

Хронічні хвороби гортані, трахеї, стравоходу

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: ПІСЛЯДИПЛИМНОЇ ОСВІТИ

Кафедра: ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

асистент кафедри Шаменко В.О.

2016

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ

Хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки и подслизистого слоя гортани и трахеи возникает под влиянием тех же причин, что и в случае с острыми заболеваниями: воздействие неблагоприятных бытовых, профессиональных, климатических, конституциональных и анатомических факторов. Иногда воспалительное заболевание с самого начала приобретает хроническое течение, например при болезнях сердечно-сосудистой и легочной систем.

Различают следующие формы хронического воспаления в гортани: катаральный,

- атрофический,
- гиперпластический,
- диффузный или ограниченный,
- подскладочный ларингит,
- пахидермия гортани.

Хронический катаральный ларингит

Хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки гортани (laryngitis chronica catarrhalis) - самая частая и наиболее легкая форма хронического воспаления. Основную этиологическую роль в данной патологии играет длительная нагрузка на голосовой аппарат (певцы, лекторы, учителя и т.д.). Важное значение имеет и воздействие неблагоприятных экзогенных факторов: климатических, профессиональных и вредных привычек.

Клиника. Наиболее частым признаком является охриплость, расстройство голосообразовательной функции гортани, быстрая утомляемость, изменение тембра голоса. В зависимости от выраженности болезни беспокоят также першения, сухость, ощущения инородного тела в гортани, кашель. Различают кашель курильщика, который возникает на фоне продолжительного курения и характеризуется постоянным, редким, несильным кашлем.

При ларингоскопии определяется умеренная гиперемия, отечность слизистой оболочки гортани, больше в области голосовых складок, и выраженная инъецированность сосудов слизистой оболочки.

Диагностика не представляет затруднений и основывается на характерной клинической картине, анамнезе и данных не прямой ларингоскопии.

Лечение. Необходимо устранить воздействие этиологического фактора, рекомендуется соблюдение щадящего голосового режима (исключить громкую и продолжительную речь). Лечение в основном носит местный характер. В период обострения эффективно вливание в гортань раствора антибиотиков с суспензией гидрокортизона: 4 мл изотонического раствора хлорида натрия с добавлением 150 000 ЕД пенициллина, 250 000 ЕД стрептомицина, 30 мг гидрокортизона. Этот состав вливают в гортань по 1-1,5 мл два раза в день. Этот же состав можно использовать для ингаляции. Курс лечения проводится в течение 10 дней.

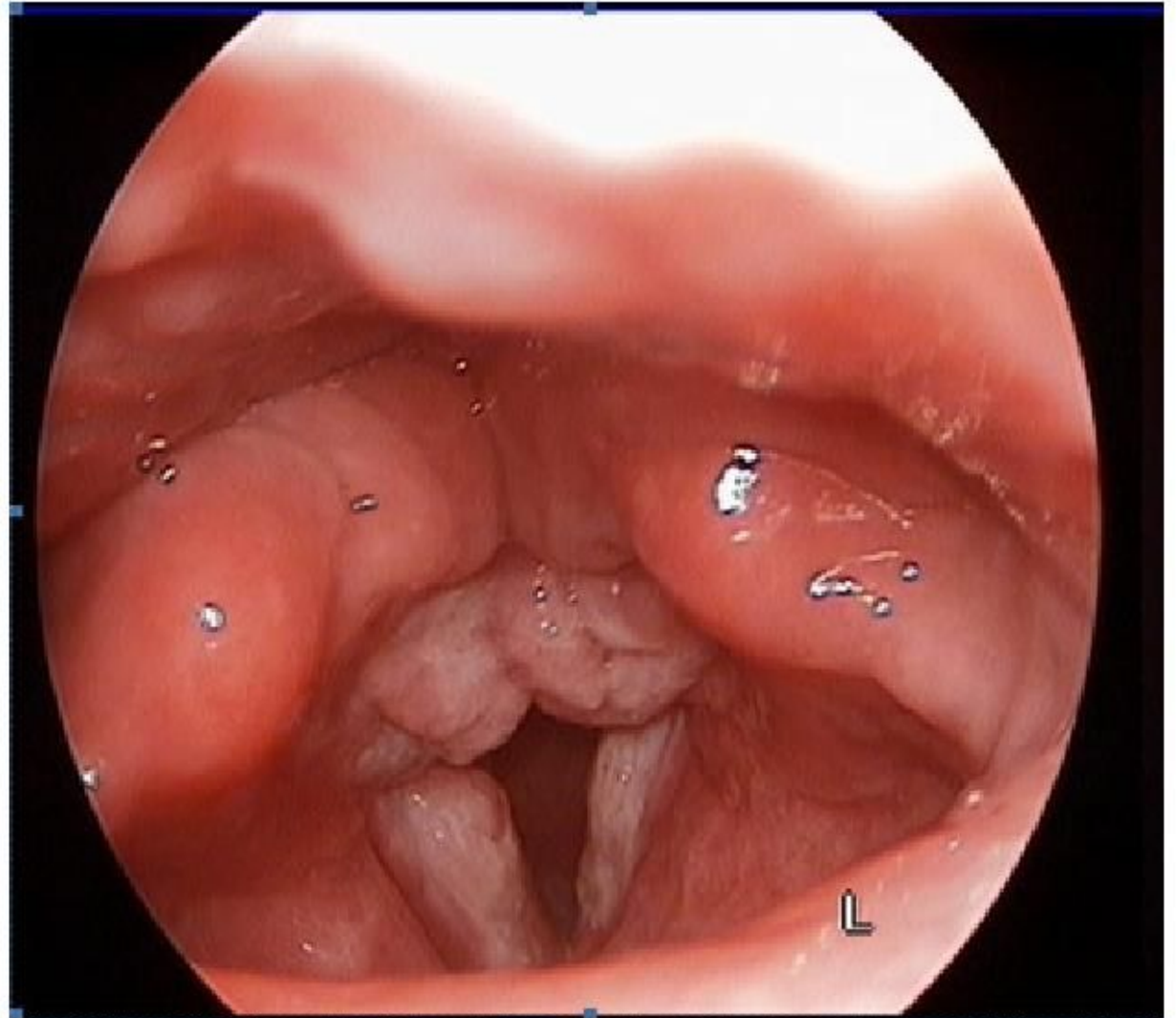
При местном использовании лекарственных препаратов можно менять антибиотики после посева на флору и выявления чувствительности к антибиотикам. Из состава можно исключить также гидрокортизон, а добавить химопсин или флуимуцил, обладающие секретолитическим и муколитическим эффектами.

Благоприятно действует назначение аэрозолей для орошения слизистой оболочки гортани комбинированными препаратами, в состав которых входит антибиотик, анальгетик, антисептик (биопарокс, ИРС-19). Применение масляных и щелочно-масляных ингаляций необходимо ограничивать, поскольку эти препараты отрицательно действуют на мерцательный эпителий, угнетая и полностью прекращая его функцию.

Большая роль в лечении хронического катарального ларингита принадлежит климатотерапии в условиях сухого морского побережья.

Прогноз относительно благоприятный при правильной терапии, которую периодически повторяют. В противном случае возможен переход заболевания в гиперпластическую или атрофическую формы.

При хроническом гиперпластическом ларингите возникает гиперплазия (чрезмерное разрастание клеток) слизистой оболочки гортани, которая может быть диффузной (разлитой) или ограниченной - в виде складок, узелков, грибовидных возвышений и валиков.



Хронический гиперпластический ларингит

Хронический гиперпластический (гипертрофический) ларингит (laryngitis chronica hyperplastica) характеризуется ограниченной или диффузной гиперплазией слизистой оболочки гортани. Различают следующие виды гиперплазии слизистой гортани:

- фиброзные узелки голосовых складок (певческие узелки);
- пахидермия гортани;
- хронический подскладочный ларингит;
- выпадение, или пролапс, морганиева желудочка.

Клиника. Основной жалобой больного является различной степени выраженная стойкая охриплость, утомляемость голоса, иногда афония. При обострениях больного беспокоят першение, ощущение инородного тела при глотании, редкий кашель со слизистым отделяемым.

Диагностика. Непрямая ларингоскопия и стробоскопия позволяют обнаружить ограниченную или диффузную гиперплазию слизистой оболочки, наличие густой слизи как в межчерпаловидном, так и в других отделах гортани.

При диффузной форме гиперпластического процесса слизистая оболочка утолщена, пастозна, гиперемирована; края голосовых складок утолщены и деформированы на всем протяжении, что препятствует их полному смыканию.

При ограниченной форме (певческие узелки) слизистая оболочка гортани розового цвета без особых изменений; на границе между передней и средней третями голосовых складок на их краях расположены симметричные образования в виде соединительнотканых выростов (узелков) на широком основании диаметром 1-2 мм.

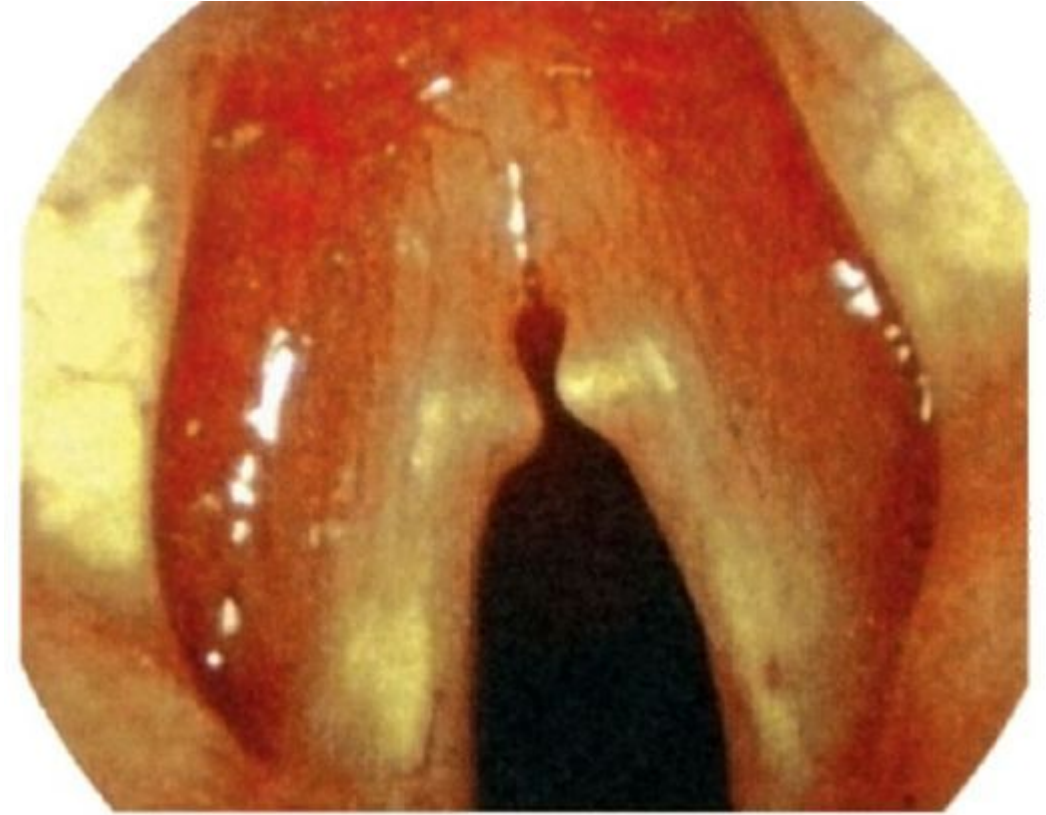
При пахидермии гортани в межчерпаловидном пространстве слизистая оболочка утолщена, на ее поверхности имеются эпидермальные ограниченные выросты, внешне напоминающие мелкую бугристость, могут быть грануляции на задней трети голосовых складок и межчерпаловидном пространстве. В просвете гортани имеется скудное вязкое отделяемое и местами корки.

Выпадение (пролапс) морганиева желудочка возникает в результате длительного перенапряжения голоса и воспалительного процесса слизистой оболочки желудочка. При форсированном выдохе, фонации, кашле гипертрофированная слизистая оболочка выступает из желудочка гортани и частично прикрывает голосовые складки, препятствуя полному смыканию голосовой щели, обуславливая хриплое звучание голоса.

Хронический подскладочный ларингит при непрямой ларингоскопии напоминает картину ложного крупа, при этом имеется гипертрофия слизистой оболочки подголосового пространства, суживающая голосовую щель. Анамнез и эндоскопическая микроларингоскопия и биопсия позволяют уточнить диагноз.

Дифференциальная диагностика. Ограниченные формы гиперпластического ларингита необходимо дифференцировать с специфическими инфекционными гранулемами, а также с новообразованиями. Соответствующие серологические реакции и биопсия с последующим гистологическим исследованием помогают в постановке диагноза. Клинический опыт показывает, что специфические инфильтраты не имеют симметричной локализации, как при гиперпластических процессах.

Лечение. Необходимо устранение воздействия вредных экзогенных факторов и обязательное соблюдение щадящего голосового режима. В периоды обострения проводится лечение, как при остром катаральном ларингите.



Ограниченная форма гиперпластического ларингита (певческие узелки)

Хронический атрофический ларингит

Хронический атрофический ларингит (laryngitis chronica atrophica) - заболевание в изолированной форме, встречается редко. Причиной развития атрофического ларингита является чаще всего атрофический ринофарингит. Условия окружающей среды, профессиональные вредности (запыленность, загазованность горячий воздух и др.), болезни желудочно-кишечного тракта, отсутствие нормального носового дыхания способствуют развитию атрофии слизистой оболочки гортани.

Клиника. Ведущими жалобами при атрофическом ларингите являются ощущение сухости, першения в гортани и ощущение инородного тела в гортани, а также дисфония различной степени выраженности. При откашливании в мокроте могут быть прожилки крови вследствие нарушения целостности эпителия слизистой оболочки в момент кашлевого толчка.

При ларингоскопии слизистая оболочка истончена, гладкая, блестящая, местами покрыта вязкой слизью и корками. Голосовые складки несколько истончены. При фонации смыкаются не полностью, оставляя щель овальной формы, в просвете которой также могут быть корки.

В гортани наблюдается вязкий секрет, который засыхает и превращается в желто-зеленые корки. В некоторых случаях их цвет может быть красновато-чёрным или грязно-коричневым.



Лечение. Рациональная терапия включает устранение причины заболевания. Необходимо исключить курение, употребление раздражающей пищи. Следует соблюдать щадящий голосовой режим. Из лекарственных препаратов назначают средства, способствующие разжижению мокроты, легкому ее отхаркиванию: орошения глотки и ингаляции изотоническим раствором хлорида натрия (200 мл) с добавлением 5 капель 10% настойки йода. Процедуры проводятся по

2 раза в день, используя на сеанс 30-50 мл р-ра, длительными курсами в течение 5-6 нед. Периодически назначают ингаляции 1-2% р-ром ментола в масле. Масляный раствор ментола 1-2% можно вливать в гортань ежедневно в течение 10 дней. Для усиления деятельности железистого аппарата слизистой оболочки назначают 30% р-р йодида калия по 8 капель 3 раза в день внутрь в течение 2 нед (перед назначением необходимо выяснить переносимость йода).

При атрофическом процессе одновременно в гортани и носоглотке хороший эффект дает подслизистая инфильтрация в боковые отделы задней стенки глотки раствора новокаина и алоэ (2 мл 1% р-ра новокаина с добавлением 2 мл алоэ). Состав инъецируют под слизистую глотки по 2 мл в каждую сторону одновременно. Инъекции повторяют с промежутками в 5-7 дней; всего 7-8 процедур.

Хронический стеноз гортани и трахеи

Хронический стеноз гортани и трахеи - длительное постепенное патологическое сужение просвета гортани и трахеи, вызывающее гипоксемию и гипоксию в организме. Стойкие, обычно объемные морфологические изменения в гортани и трахее или в соседних с ними областях суживают их просвет, развиваясь медленно в течение длительного времени.



Причины хронического стеноза гортани и трахеи разнообразны. Наиболее частыми являются:

- 1) рубцовый процесс после оперативных вмешательств и травм или длительной трахеальной интубации (свыше 5 дней);
- 2) доброкачественные и злокачественные опухоли гортани и трахеи;
- 3) травматический ларингит, хондроперихондриты;
- 4) термические и химические ожоги гортани;
- 5) длительное пребывание инородного тела в гортани и трахее;
- 6) нарушение функции нижегортанных нервов в результате токсического неврита, после струмэктомии, сдавления опухолью и др.;
- 7) врожденные пороки, рубцовые мембраны гортани;
- 8) специфические заболевания верхних дыхательных путей (туберкулез, склерома, сифилис и др.).

Клиническая картина зависит от степени сужения дыхательных путей и причины, вызвавшего стеноз. Однако медленное и постепенное нарастание стеноза дает время для развития приспособительных механизмов организма, что позволяет даже в условиях недостаточности внешнего дыхания поддерживать функции жизнеобеспечения. Хронический стеноз гортани и трахеи оказывает отрицательное влияние на весь организм, особенно детский, что связано с кислородной недостаточностью и изменением рефлекторных влияний, исходящих из рецепторов, расположенных в верхних дыхательных путях.

Нарушение внешнего дыхания ведет к задержке мокроты и частым рецидивирующим бронхитам и пневмонии, что в конечном итоге приводит к развитию хронической пневмонии с бронхоэктазии. При длительном течении хронического стеноза к этим осложнениям присоединяются изменения сердечно-сосудистой системы.

Диагностика основывается на характерных жалобах, анамнезе и симптомах. Исследование гортани для определения характера и локализации стеноза производят посредством не прямой и прямой ларингоскопии, применением бронхоскопии и эндоскопических методов, которые позволяют определить уровень поражения, его распространенность, толщину рубцов, внешний вид патологического процесса, ширину голосовой щели.

Лечение. Небольшие рубцовые изменения, не препятствующие дыханию, специального лечения не требуют, однако необходимо наблюдение, так как при старении рубца происходит его сморщивание и нарастание стеноза. Рубцовые изменения, вызывающие стойкий стеноз, требуют соответствующего лечения.

При определенных показаниях иногда применяют расширение, растягивание (бужирование) гортани возрастающими в диаметре бужами и специальными дилататорами в течение 5-7 мес. При тенденции к сужению и неэффективности длительной дилатации просвет дыхательных путей восстанавливают хирургическим путем. Оперативные пластические вмешательства на верхних дыхательных путях производятся, как правило, открытым способом и представляют различные варианты ларингофаринготрахеофиссуры. Эти оперативные вмешательства сложны в исполнении и носят многоэтапный характер.

Хронический эзофагит

Хронический эзофагит - воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки пищевода, отмечающееся при систематических алиментарных нарушениях (употребление слишком горячей, острой пищи и др.), пищевой аллергии, застое, разложении пищи в пищеводе при его стенозе или в дивертикулах, гастроэзофагеальном рефлюксе (ГЭР), после ингаляционного наркоза, при гиповитаминозах А, С, В, передозировке антибиотиков.

Наиболее часто встречающимся заболеванием пищевода является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - воспаление дистальной части пищевода вследствие повторяющегося ГЭР.

По морфологическим проявлениям различают эзофагиты катаральные, эрозивные, язвенные, геморрагические, псевдомембранозные, флегмонозные, некротические.

Диагностика. Учитывают данные анамнеза, клинической картины, эндоскопического, рентгенологического исследования, внутри пищеводной pH-метрии, эзофаготономографии.

Лечение проводят с учетом этиологии заболевания. При хроническом эзофагите рекомендуется 5-6-разовое питание небольшими по объему порциями, принимать пищу за 3-4 ч до сна, не есть на ночь, после еды в течение 1,5-2 ч не принимать горизонтальное или наклонное положение. Во время сна изголовье должно быть приподнято на 15 см. Пища должна быть механически, химически и термически щадящая.

Медикаментозную терапию проводят антацидами (алмагель, фосфалюгель, маалокс), антисекреторными (H₂-гистаминовые блокаторы - ранитидин, фамотидин или ингибиторы протоионовой помпы-омепразол) и антирефлюксными (прокинетики - церукал, мотилиум) препаратами. Дискинетические проявления у детей раннего возраста купируются приемом прифиниума бромида (готовый раствор «Риабал детский»).

Прогноз. В целом, при своевременном лечении острого и хронического эзофагита, благоприятный. Однако при геморрагическом, эрозивном и язвенном эзофагите возможно кровотечение с развитием постгеморрагической анемии. При хроническом рефлюкс-эзофагите тяжелого течения возможно развитие рубцовой стриктуры и укорочение пищевода.