

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
АМУРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
(ГАУЗ АО «АОКБ»)

«СТЕНОЗ ГОРТАНИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»

(Информационно-методическое письмо)

Подготовили:

Врач оториноларинголог

ГАУЗ АО «АОКБ»

 Голова А.А.

Врач оториноларинголог,
заведующий

оториноларингологическим отделением

ГАУЗ АО «АОКБ»

 Канова Ю.С.

Согласовано:

Главный внештатный

специалист оториноларинголог

министерства здравоохранения

Амурской области

 Блоцкий А.А.

Уважаемые коллеги!

Организационно-методическое отделение ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» направляет вам информационно-методическое письмо:

«СТЕНОЗ ГОРТАНИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»

Стеноз гортани – серьезное заболевание, характеризующееся частичным или полным перекрытием просвета гортани. Часто - это неотложное состояние, которое при неоказании своевременной адекватной медицинской помощи пациенту может привести к развитию тяжелых осложнений вплоть до удушья.

Болезнь поражает людей вне зависимости от пола и возраста. Особую группу риска составляют новорожденные (особенно недоношенные), а также люди, страдающие аллергическими реакциями и патологиями щитовидной железы.

Стеноз гортани у взрослых и детей сопровождается недостаточным прохождением воздуха по дыхательным путям, затруднением дыхания. Все органы и системы организма испытывают дефицит кислорода – гипоксию, что особенно опасно для головного мозга, сердца, почек. Крайне важно при первых же симптомах заболевания обращаться за медицинской помощью к врачу.

«СТЕНОЗ ГОРТАНИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»

(Информационно-методическое письмо)

Стеноз гортани – это патологический процесс, связанный со значительным уменьшением или полным закрытием ее просвета, приводящее к затруднению прохождения воздуха при дыхании и нарушению голосообразования, возникающее в течение быстрого или длительного времени.

Классификация.

По этиологии:

- врожденный;
- приобретенный;

По времени развития:

- молниеносные (несколько секунд, минут): инородное тело гортани, аллергический отек гортани, парезы гортани;

- острые (от нескольких часов до суток): воспалительный отек гортани - гортанная ангина, флегмонозный ларингит, хондроперихондрит гортани, острый подскладочный ларингит, острые инфекционные поражения гортани; травматический отек гортани - наружные травмы и травмы слизистой оболочки гортани; гематомы гортани; аллергический отек гортани; парезы гортани;

-подострые (в течение нескольких суток): воспалительный отек гортани - гортанная ангина, флегмонозный ларингит, хондроперихондрит гортани, острый подскладочный ларингит, острые инфекционные поражения гортани; травматический отек гортани - наружные травмы и травмы слизистой оболочки гортани; гематомы гортани; аллергический отек гортани; парезы гортани;

-хронические (в течение нескольких месяцев, лет): новообразования гортани, рубцовые изменения гортани, парезы гортани.

По степени стеноза гортани:

I степень – компенсации (углубление, уряжение дыхания, уменьшение пауз между вдохом и выдохом, урежение пульса, появление инспираторной одышки только при физической нагрузке, ширина голосовой щели - 6-7 мм);

II степень – субкомпенсации (дыхание учащено, шумное, слышится на расстоянии, бледность кожного покрова, больной ведет себя беспокойно, мечется, активное участие в акте дыхания грудной мускулатуры, втяжение надключичных, подключичных, яремных ямок, межреберных промежутков и эпигастральной области во время вдоха, ширина голосовой щели 4-5 мм);

III степень – декомпенсации (состояние пациента тяжелое, частое, поверхностное дыхание, бледно-синюшный цвет кожного покрова, вначале - акроцианоз, затем распространенный цианоз, вынужденное положение больного - полусидя, с запрокинутой головой, гортань совершает максимальные экскурсии вниз при вдохе и вверх - при выдохе, появляется потливость, частый пульс, слабого наполнения, появляется страх, ширина голосовой щели - 2-3 мм);

IV степень – асфиксия (у больного развиваются резкая усталость и безразличие, дыхание поверхностно, прерывистое (Чейна-Стокса), кожный покров бледно-серого оттенка, пульс частый, нитевидный, зрачки расширены, наступает потеря сознания,

происходят непроизвольное мочеиспускание и дефекация, быстро наступает смерть, ширина голосовой щели – до мм).

По локализации:

Гортань:

- стеноз вестибулярного отдела;
- стеноз складкового отдела;
- переднекомиссуральный;
- между голосовыми складками;
- заднекомиссуральный;
- подскладковый стеноз.

Сочетанный стеноз гортани и трахеи.

Трахея:

- выше уровня трахеостомы;
- на уровне трахеостомы;
- ниже нижнего уровня трахеостомы.

Диагностика.

- сбор жалоб, анамнеза
- общий осмотр
- локальный осмотр: прямая и непрямая ларингоскопия, эндоброскопия гортани и трахеи, ларингостробоскопия.

- дополнительные методы исследования: рентгенологическое исследование органов шеи, включая КТ, СКТ, МРТ, исследование функции внешнего дыхания, ЭКГ, стробоскопия, лабораторная диагностика: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ и исследование газового состава крови, исследование содержимого гортани и трахеи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Лечение острого стеноза гортани.

Выбор метода лечения в первую очередь определяется стадией стеноза, а во вторую - причиной, вызвавшей стеноз.

II стадия стеноза: лечение направлено на устранение патологического процесса, вызвавшего удушье. Консервативная терапия - противоотечная, дегидратационная, гипосенсибилизирующая (глюкокортикостероиды - одновременно 150 мг преднизолона, р-ры кальция хлорида, магния сульфата, глюкозы 40%, эуфиллина 2,4%, мочегонные, антигистаминные препараты, антибактериальные препараты, противодифтерийная сыворотка и т.д.). Хирургическое лечение - вскрытие абсцесса в гортани и в смежных с ней органах.

III стадия стеноза: медикаментозная трахеотомия (введение противоотечных, антигистаминных, мочегонных препаратов, ГКС), при неэффективности - трахеотомия по общепринятой хирургической методике, у детей - продленная интубация трахеи.

IV стадия стеноза: коникотомия.

Техника выполнения трахеотомии.

Виды:

- верхняя (над перешейком щитовидной железы);
- средняя (через перешеек щитовидной железы);
- нижняя (под перешейком щитовидной железы);

Положение больного: лежа на спине, под плечи подкладывается валик, голова запрокинута назад.

Анестезия: местная, допустим эндотрахеальный наркоз, если возможна интубация.

Ориентиры: верхний угол щитовидного хряща и дуга перстневидного хряща.

Операция "Верхняя трахеотомия":

После обработки рук хирурга и операционного поля производится послойный разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки от верхнего края щитовидного хряща на 4-6 см вертикально книзу строго по срединной линии. Рассекают поверхностную фасцию, под которой обнаруживается "белая линия" шеи - место соединения грудино-подъязычных мышц. Последнюю надсекают и тупым путем нежно отсепаровывают мышцы. Обозревается часть перстневидного хряща и перешеек щитовидной железы. Затем производят разрез капсулы железы, фиксирующей перешеек, последний смещается книзу и удерживается тупым крючком. После этого становятся видны кольца трахеи, покрытые фасцией. До вскрытия трахеи необходимо произвести тщательный гемостаз. Для фиксации гортани вкалывают острый крючок в дугу перстневидного хряща и подтягивают гортань кверху. Во избежание сильного кашля, с помощью шприца с иглой в трахею вводят 0,5 мл 1 - 2% р-ра лидокаина. Остроконечным скальпелем вскрывают 2-3 полукольца трахеи в виде окошка диаметром около 1 см. Скальпель должен проникать не глубже 8-10 мм. Величина разреза должна соответствовать величине трахеостомической канюли. Край отверстия в трахее раздвигают с помощью расширителя Труссо или Киллиана и вводят в отверстие трахеостомическую трубку. На кожу выше и ниже стомы накладывают по 1-2 шва из шелка. Трахеоканюлю фиксируют на шее больного марлевыми турундами.

После необходимо проверить состояние дыхания через трахеостомическую трубку.

Техника выполнения коникотомии - IV стадия стеноза, по жизненным показаниям.

Анестезия: не требуется.

Ориентиры: нижний край щитовидного хряща и верхний край дуги перстневидного хряща.

Операция: после обработки операционного поля одновременно скальпелем выполняется разрез между нижним краем щитовидного хряща и верхним краем перстневидного до ощущения провала, после чего с помощью трахеорасширителя устанавливается трахеостомическая или интубационная трубка. Если на момент операции трахеорасширителя нет, то ротируем скальпель на 90° острым краем вниз и смещаем его латерально к себе, создавая просвет и устанавливаем в просвет канюлю. С помощью мешка Амбу подаем воздух через установленную в гортань трубку, обязательно удостовериться в проходимости канюли.

После выполнения коникотомии и восстановления дыхания у пациента необходимо выполнить трахеотомию (переместить трахеостомическую канюлю из гортани в трахею), чтобы предотвратить дальнейшие послеоперационные осложнения.

Литература:

Блоцкий А.А. «Неотложные состояния в оториноларингологии»/ Методическое пособие/ Благовещенск: ООО "Бегемот", 2009 г - 137 с.;

Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. «Руководство по практической оториноларингологии» - М.: ООО "Медицинское информационное агенство", 2010 г - 344 с.;

Национальное руководство /под ред. Пальчуна В.Т. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, «Оториноларингология»: 2020 г - 1024с.