иногда сливающихся, на поверхности слабо измененной слизистой оболочки.

Лечить нужно основное заболевание, послужившее причиной инфекции.

Новообразование (рак) миндалин наблюдается чаще у мужчин после 40 лет (курильщиков, злоупотребляющих алкоголем).

Односторонняя лимфаденопатия с увеличением подчелюстных лимфатических узлов является единственным характерным признаком. Снижение общего самочувствия может быть весьма значительным. Симптомы включают верхнюю дисфагию с рефлекторной оталгией. Прогрессирует медленно. При фарингоскопии: опухоль с наличием изъязвлений и грануляций или без таковых. Новообразование всегда плотное на ощупь и кровоточит при касании.

В подозрительных случаях необходимо выполнить биопсию.

Особенности голоса. При обследовании пациента обращает на себя внимание качественное изменение голоса, обусловленное различными патологическими процессами в голосовых складках. Описание голоса позволяет заподозрить ряд заболеваний. Иногда при параличе голосовых складок голос бывает слабым и хриплым, но не грубым. В других случаях голос грубый, это часто отражает степень неравномерности голосовых складок, которые поражены патологическим процессом. В этих случаях голос действительно будет хриплым. В амбулаторной практике охриплость голоса чаще всего обусловлена инфекционным ларингитом. Однако нужно расспросить больного о пристрастии к курению и алкоголю (факторы риска рака гортани), возможной перегрузке голоса (фактор риска образования певческих узелков), травмах. При гипотиреозе охриплость голоса прогрессирует постепенно, а на фоне лечения исчезает. Возможны также травматические или хирургические повреждения возвратного гортанного нерва. Основным симптомом рака гортани является прогрессирующая охриплость голоса (дисфония). Так как любые опухоли в области голосовой щели нарушают подвижность голосовых складок, они проявляются раньше, чем опухоли надголосовой и подголосовой областей. Поэтому всем больным старше 40 лет с охриплостью голоса, сохраняющейся в течение 2 недель, показана непрямая ларингоскопия.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОРТАНОГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА

В.Г. Зенгер
МОНИКИ

В настоящее время в результате урбанизации, увеличения количества транспортных средств и различных движущихся механизмов возрос общий травматизм, в частности полых органов шеи, то есть

гортани, трахеи, глотки и пищевода. Развитие щадящих методов лечения онкологических заболеваний, а также неквалифицированное выполнение некоторых диагностических и даже лечебных пособий, способствует появлению больных, вынужденных дышать через трахеостомическую трубку, а питаться через гастростому. И безусловно, продолжают оставаться пациенты, которые получили ожоги слизистой оболочки глотки, гортани и пищевода в результате отравления или ожогов различными едкими или другими веществами или вследствие иных причин.

Причиной эндогенных повреждений гортаноглотки и пищевода могут стать инородные тела или манипуляции во время их поисков и удаления. Эти повреждения опасны своими осложнениями, наступающими при сквозных перфорациях стенки с проникновением инфекции в клетчатку шеи или заднего средостения.

К сожалению, значительная часть пострадавших – молодые люди, которые в результате вышеуказанных причин становятся инвалидами. Поэтому восстановление анатомо-физиологических функций полых органов имеет не только медицинский, но и социальный аспект. Лишь совместные действия как оториноларингологов, так и специалистов другого профиля, а именно, торакальных и общих хирургов, эндоскопистов, анестезиологов и реаниматологов, могут успешно решить данную проблему.

Анатомо-физиологические особенности повреждений гортаноглотки и шейного отдела пищевода. При транспортных или промышленных травмах повреждения полых органов шеи чаще всего бывают закрытыми, то есть возникают подкожные разрывы их стенок. Уровень повреждения зависит от места приложения удара (об руль или другую часть автомобиля, трос, проволоку, веревку и т.п. при езде на мотоцикле, мопеде, велосипеде, либо от сдавления шеи волосами, косынкой или другими частями одежды пострадавшего, которые попали в движущиеся части машин (станки, пилорама и т.д.).

На рис. I представлена схема уровней повреждений полых органов шеи. На схеме видно, что при повреждении на уровне плоскости «а», то есть в подъязычной области, может пострадать подъязычная кость, надгортанник, задняя стенка глотки и позвоночник. В результате разрыва щитоподъязычной мембраны вследствие разнонаправленности тяги мышц полости рта и шеи, а также тяжести трахеобронхиального дерева, обязательным будет смещение подъязычной кости кверху, а гортани – книзу. В случае этого смещения и последующего рубцевания возникает анатомическое сужение просвета гортаноглотки, вестибулярного отдела гортани и резкие функциональные расстройства как акта глотания, так и дыхания. Фонаторная функция в данном случае не нарушается.

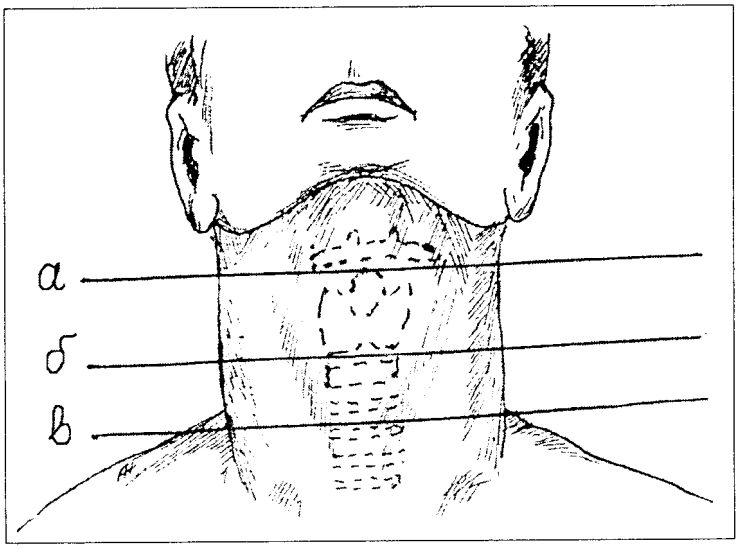

Рис. Схема уровней повреждений полых органов шеи.

При повреждении в плоскости «б» возникает травма щитовидного хряща щитоперстневидной мембраны, самого перстневидного хряща с отрывом одного или обоих черпаловидных хрящей. При этом может возникнуть повреждение как задней стенки глотки, так и стенок начального отдела пищевода. В последнем случае может возникнуть и паралич одной или обеих ветвей возвратного нерва. Таким образом, при данном уровне повреждения заинтересованными анатомическими структурами будут все отделы гортани, а также глотка и шейный отдел пищевода. Последующие рубцовые изменения превратят гортань в деформированный орган с отсутствующим просветом и полным функциональным нарушением всех функций: дыхательной и фонаторной. Повреждения стенок пищевода и глотки ведут к нарушению и акта глотания.

При повреждении в плоскости «в» возникает отрыв гортани от трахеи или разрыв трахеи с повреждением стенки пищевода и одного или обоих ветвей возвратного нерва. В этом случае анатомических повреждений хрящевого остова гортани может не наблюдаться, но в тоже время при двусторонних параличах дыхательная функция страдает вплоть до асфиксии. К последней приводят и западения в разорванный или оторванный дистальный отдел трахеи мягких тканей шеи («клапанный механизм») и затекание крови или слюны в просвет трахеи или бронхов. Возникающая одномоментно подкожная эмфизема тканей шеи и ее органов усиливает и ускоряет дыхательные расстройства. При отсутствии ургентной помощи этой и предыдущей категории пострадавших прогноз – неблагоприятной.

Следует подчеркнуть, что при наиболее выраженной травме этих органов обязательным является повреждение шейного отдела позвоночника с вовлечением элементов спинного мозга, вплоть до тетраплегии. У большинства пострадавших такие повреждения несовместимы с жизнью.

Таким образом, возникающие при закрытых травмах полых органов

шеи повреждения имеют различия как по анатомическим проявлениям, так и по функциональным расстройствам.

При открытых повреждениях в результате резаных, рубленых, колотых и других видах травм возникают аналогичные структурные нарушения этих органов.

При повреждениях, связанных с «медицинской» травмой, возникают дефекты из-за удаления части органа, пораженной опухолевым или иным процессом, либо вследствие экскориации слизистой оболочки или ее разрыва от прямого воздействия инструмента (эндоскопа, интубационной, трахеостомической трубки или аспиратора и т.п.). При этом виде травмы повреждение локализуется на любом уровне гортаноглотки, гортани, трахеи или пищевода.

Классификация сочетанных повреждений воздухо- и пищепроводных путей

Закрытые	Медицинские травмы	Открытые
(без нарушения целостности покровных тканей шеи)	(открытые для доступа к удаляемому объекту) и закрытые.	(с нарушением целостности покровных тканей шеи)
Ушибы Переломы Подкожные разрывы Ожоги: химические, термические, лучевые Повреждения, связанные с аспирацией инородных тел	Резекции органов или удаление новообразований и инородных тел. Параличи гортани после струмэктомии, операций на органах средостения. Постинтубационные и постреанимационные.	Ранения: -резаные -колотые -огнестрельные -укушенные -осколочные -транспортные -минно-взрывные

Аналогичные повреждения могут возникнуть и при ожогах или отравлениях едкими веществами или даже паром. Тяжесть повреждения тканей в этом случае зависит от концентрации едкого вещества и длительности его экспозиции на слизистой оболочке.

Повреждения, связанные с ранее проведенной лучевой терапией, могут привести к рубцовым деформациям, стенозам и даже атрезиям просвета полых органов шеи.

С целью восстановления воздухо- и пищепроведения большинству больных проводят трахеостомию и гастростомию. У больных с открытыми повреждениями полых органов шеи часто вводят в дистальный участок воздухопроводного пути трахеальную канюлю, а для обеспечения пищепроведения – назогастральный зонд.

Таким образом, отсутствие адекватной неотложной помощи приводит к появлению больных, у которых помимо анатомо-физиологических нарушений полых органов шеи, имеется и трахеотомическая канюля и гастростомическая трубка.

При всех видах повреждений гортаноглотки и пищевода общим симптомом является дисфагия. Менее постоянными являются: кашель, кровохарканье, гиперсаливация, подкожная эмфизема, нарушения дыхания и голоса, а также изменения мягких тканей шеи. Весьма часто

пострадавший в связи с шоком теряет сознание. Удушье чаще всего развивается исподволь – от возникновения отека, эмфиземы, кровоизлияния или из-за аспирации крови в дыхательные пути, либо в результате сдавления гортани и трахеи воздухом, проникшим в ткани шеи и средостение, а также разрыва возвратных нервов. К изменению голоса (от хрипоты до афонии) приводят не только изменения нервно-мышечных элементов гортани, но и нарушения черпало-перстневидных суставов.

При переломе подъязычной кости или верхних рожков щитовидного хряща вследствие тяги мышц, прикрепляющихся к указанным анатомическим образованиям, помимо дисфагии, обязательным является болезненность при открывании рта и высовывании языка, склонность к его западению, затруднение речи, а также появление крепитации отломков и их патологическая подвижность.

Кровохарканье и приступообразный кашель свидетельствуют о нарушении целостности слизистой оболочки, что бывает особенно выраженным при повреждении стенки пищевода.

Эмфизема – грозный симптом, появляющийся с разрывом стенки гортани, трахеи или пищевода. Возникает она сразу же после травмы или в более позднем периоде, являясь следствием нагнетания воздуха из воздухопроводящих путей в мягкие ткани шеи при инспираторном стридоре или кашле. Воздух, просачиваясь в подкожную клетчатку, расслаивая мышцы шеи, попадает в средостение, грудную полость, в результате чего может возникнуть пневмоторакс. Следует заметить, что тяжесть общего состояния больного, выраженная эмфизема тканей шеи не всегда позволяют в первые часы и даже дни после травмы детализировать и локализовать место повреждения. Особенно это относится к пострадавшим с поперечным отрывом гортани от трахеи или разрывом последней. Симптомы этих повреждений нарастают с молниеносной быстротой и достигают своего апогея через несколько минут или первые часы после травмы. В первые минуты после такой травмы в результате быстро наступающей и нарастающей эмфиземы у пострадавшего припухает и увеличивается в размере шея. Эта припухлость распространяется на грудь, верхние конечности, на лицо, которое становится одутловатым. Глазные щели суживаются и даже закрываются вспухшими веками, на коже и склерах могут быть экхимозы. До развития эмфиземы в этих случаях можно определить наличие дыхательного баллотирования кожи над местом разрыва или симптом «клавиша». При ларингоскопии отмечается выстояние надгортанника, почти сливающегося с корнем языка, неподвижность одной или обеих половин гортани при неизмененных ее элементах.

При рентгенологическом многоосевом исследовании и томографии гортани и трахеи определяется равномерное утолщение мягких тканей или увеличение отдельных элементов, деформация и сужение воздушного просвета, а в ряде случаев – и линия перелома хрящей, особенно дающих тень, то есть подвергшихся возрастной или

патологической оссификации. Эмфизема документируется по наличию пузырьков газа, расслаивающих мягкие ткани шеи.

При подкожном разрыве щитоподъязычной мембраны и нарушении целостности гортани и глотки, что чаще всего наблюдается при попадании головного платка, волос, одежды, обвившихся вокруг шеи, во вращающиеся механизмы машин, дополнительно выявляется симптом «длинной шеи», свидетельствующий об опущении гортани в силу тяги мышц, к ней прикрепляющихся, и тяжести трахеобронхиального дерева. Подъязычная кость при этом смещается ко дну полости рта. Это особенно четко выявляется при профильной рентгенографии гортани по методике проф. Г.М. Земцова.

В отличие от закрытых повреждений органов шеи, при ее ранениях имеется ещё и раневой канал, через который с шумом входит и выходит воздух, пенистая мокрота и кровь. При этом отмечается быстрое развитие аспирационных осложнений. Подкожная эмфизема не столь быстрая и распространенная, как это наблюдается при закрытых травмах гортани и трахеи. Хотя затрудненное дыхание развивается исподволь, в результате наступающего отека слизистой оболочки или подслизистой эмфиземы, симптомы дыхательной недостаточности, включая асфиксию, могут развиться довольно быстро в случаях обтураций просвета гематомой, отъединенными тканями, присасывающимися при вдохе, либо вследствие затекания крови в трахею и бронхи и закупорки дыхательного пути сгустками крови. Изменения голоса и речи связаны как с отеком, гематомой, деформацией хрящей, нарушением проводимости нижнегортанного нерва, так и с отсутствием герметизма и утечкой воздуха из дыхательных путей, то есть с падением воздушного давления, оказывающего влияние на колебания голосовых складок.

Если рана прошла над подъязычной костью и проникла в глотку, то через неё удается видеть корень языка и надгортанник, а также осмотреть стенки глотки, особенно при помощи фиброэндоскопа.

При подподъязычной фаринготомии края раны широко расходятся под влиянием тяги мышц, прикрепляющихся к подъязычной кости и к гортани, и тяжести трахеобронхиального дерева, а также вследствие отклонения головы назад (перерезка глубоких и односторонняя тяга разгибательных). При осмотре раны вверху, на передней стенке, обнаруживается часть надгортанника со свободным краем, отошедшим к языку, а внизу – элементы входа в гортань и грушевидные синусы. Голосовые складки обычно находятся в парамедианном положении. Спустя некоторое время, в результате развития значительного отека, элементы гортани сливаются в общий конгломерат и трудно дифференцируются. Необходимо заметить, что при резанных ранах шеи последовательный наружный осмотр дает много больше представлений о характере ранения, чем ларингоскопическое или рентгенологические исследования, которые к тому же трудно осуществимы. При колотых ранах, наоборот, о характере

и локализации ранения можно составить большее представление на основании зеркального осмотра гортани, фиброэндоскопии и рентгенологического исследования.

Для лучшей ориентации хирургов при оказании помощи пострадавшим целесообразной является классификация повреждений с учетом анатомического строения органа. Следует различать раны: I) подподъязычной области, 2) складкового отдела гортани, 3) подскладкового пространства и трахеи с повреждением или без повреждения пищевода.

При ранениях 1-й группы неизбежно вскрывается просвет глотки, следовательно, течение их будет более тяжелым. Первая помощь должна быть направлена на борьбу с инфицированием соседних областей, предотвращение аспирации и быстрейшее восстановление целости пищепроводного пути.

Ранения складкового отдела свидетельствует о повреждении щитовидного хряща и говорят о необходимости пристального наблюдения за такими больными из-за возможности развития удушья, последующего хондроперихондрита и стеноза дыхательного пути. То же самое надо сказать и в отношении повреждений подскладкового отдела, при которых, как правило, повреждается и трахея (хрящи травмируются при ранении или заболевают от инфицирования). Таким образом, при ранениях 2-й и 3-й групп первая помощь сводится к обеспечению достаточного дыхания и восстановлению анатомической структуры воздухопроводящего пути. При одновременном ранении стенок пищевода возникает угроза тех же осложнений, что и при ранениях 1-й группы.

Следовательно, классификацией ранений по анатомическому признаку можно уточнять локализацию и особенности течения повреждений органов шеи, что имеет важное прогностическое значение.

По прошествии нескольких недель после травмы, в случаях, когда не было проведено соответствующее лечение по восстановлению анатомической структуры и функций органов, развиваются рубцовые стенозы воздухопроводящих и пищепроводных путей, оформляются дефекты стенок гортани, трахеи, глотки и пищевода. Смещенные органы фиксируются рубцами к окружающим тканям и остаются в анормальном для них положении. Дыхание, фонация, а в ряде случаев и глотание, стойко нарушаются. Если при травме пострадала целость щитоподъязычной мембраны, то конфигурация шеи изменяется вследствие фиксации гортани рубцами в нижних отделах шеи, расстояние между гортанью и подъязычной костью увеличивается в 2-2,5 раза. При поперечном отрыве гортани от трахеи или разрыве последней гортань смещается вверх и прилежит к подъязычной кости.

При ларингоскопии в случаях разрыва щитоподъязычной мембраны определяется высокое расположение свободного края надгортанника, удлиненный и деформированный петиолюс, низкое

расположение голосовых складок, приведенных к средней линии, а иногда – наличие рубцовой мембраны на дне воронкообразно суженного вестибулярного отдела гортани.

После отрыва гортани от трахеи или поперечного разрыва последней элементы гортани не изменяются, подвижность ее ограничена или отсутствует, а над трахеостомической трубкой в области разрыва определяется наличие грануляционной ткани или рубца, нередко полностью разобщающих выше- и нижележащие отделы воздухопроводящего пути. Иногда на задней стенке виден трахеопищеводный свищ или большое отверстие, через которое воздухопроводящие пути сообщаются с пищепроводными.

Соответствующие описанным изменения определяются и на рентгенограммах.

РЕШЕНИЕ ВОПРОСОВ ДЕРМАТОЛОГИИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

А.В. Молочков, А.Н. Хлебникова, С.С. Кряжева, В.А. Молочков
ФУВ МОНИКИ, ФППО ММА им. И.М. Сеченова

Дерматиты представляют собой воспаление кожи в результате воздействия раздражающего или сенсибилизирующего действия экзогенного фактора. Дерматиты подразделяются на простой контактный, аллергический контактный и токсикоаллергический.

Дерматит простой контактный развивается строго в месте воздействия этиологического фактора и обычно не распространяется на окружающую кожу. Клиническая картина характеризуется развитием выраженной эритемы, отека, пузырей, наполненных серозным, реже – серозно-геморрагическим содержимым. Больные жалуются на жжение, зуд, реже – на болезненность в очагах поражения. Устранение воздействия этиологического фактора в большинстве случаев приводит к разрешению клинических проявлений. При интенсивном воздействии сильного раздражителя (высокая температура) в очаге поражения может возникнуть некроз. Присоединение вторичной инфекции осложняет течение заболевания.

Простой контактный дерматит вызывается действием химических веществ, облигатных раздражителей (крепкие кислоты, щелочи, соли щелочных металлов, боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия). При повторном длительном механическом воздействии развиваются омозолелости, гиперкератоз. К физическим факторам, вызывающим возникновение простого контактного дерматита, относятся высокие и низкие температуры (ожоги I, II, III степени, отморожения I-III степени), ультрафиолетовые лучи (солнечный дерматит), рентгеновское излучение (острый и хронический рентгеновские дерматиты). Хроническое лучевое поражение кожи способствует образованию на пораженных участках гиперкератозов, папиллом, бородавчатых разрастаний, имеющих тенденцию к