

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Реферат
«Туберкулез гортани»

Выполнила: ординатор 217гр Лисовская Е.В.
Проверил: к.м.н., зав.кафедрой Омельчук Д.Е

Красноярск
2024г

Оглавление

Введение.....	3
Патогенез и патоморфология	4
Клиника	5
Диагностика.	6
Лечение.....	9
ТУБЕРКУЛЕЗ ТРАХЕИ И БРОНХОВ.....	12
Список использованной литературы:	16

Введение.

Поражение гортани — наиболее частое и тяжелое проявление туберкулеза в верхних дыхательных путях.

Первичный туберкулез гортани бывает настолько редко, что с ним практически считаться не приходится. Это, как правило, осложнение легочного процесса. Однако в отдельных случаях оно приобретает очень большое значение. Обусловленная туберкулезным поражением гортани дисфагия лишает больного возможности питаться и тем ухудшает его состояние. Нарушение голосовой функции резко отрицательно отражается на психике больного, а состояние психики, как хорошо известно, оказывает большое влияние на течение соматических заболеваний.

Туберкулез гортани осложняет туберкулез легких, по разным статистикам, в 8—30% случаев, обычно у людей в цветущем возрасте — от 20 до 40 лет. Мужчины болеют туберкулезом гортани чаще, чем женщины, что можно поставить в связь с работой в пыльной обстановке, с большой голосовой нагрузкой у мужчин, а также с курением и употреблением спиртных напитков.

Чаще всего заражение гортани происходит спутогенно, т. е. через мокроту. Мокрота, приставшая к стенкам гортани, приводит к мацерации слизистой оболочки. Нарушению целостности последней способствует кашель. Не исключается также лимфогенный путь заражения гортани; гематогенный путь редок.

Патогенез и патоморфология

Различают следующие патоморфологические формы туберкулеза гортани:

- а) инфильтрат
- б) язву
- в) перихондрит.

Инфильтрат представляет собою скопление в субэпителиальной ткани туберкулезных бугорков, состоящих из эпителиоидных и лимфоидных гигантских клеток с круглоклеточной инфильтрацией и отеком вокруг. При выраженной резистентности организма вокруг бугорка разрастается соединительная ткань, которая, в отличие от того, что происходит в легком, не подвергается склерозированию, а имеет склонность к дальнейшему развитию — возникает опухолевидное образование специфического характера. Процесс распространяется в подэпителиальной ткани диффузно, захватывая железы. Так бывает при хорошем иммуно-биологическом состоянии организма; клинически при этом отмечается доброкачественное течение болезни.

Если в результате продолжающегося действия туберкулезных бацилл и их токсинов реактивность организма понижается, местный процесс может прогрессировать, происходит гибель эпителия, образуются **язвы**. Одновременно с процессом дегенерации и разрушения эпителия в нем протекает и другой параллельный процесс — усиленный рост как по поверхности, так и в глубь грануляционной ткани, подготовка ее к рубцеванию. Таким образом, и эпителиальная ткань в борьбе с инфекцией играет активную, а иногда даже основную роль.

При продолжающемся неблагоприятном течении процесса после образования язв, особенно при присоединении вторичной инфекции, возникает **перихондрит** (хондро-перихондрит). Перихондрит может быть и специфическим, когда в надхрящнице обнаруживаются эпителиоидные бугорки и бациллы Коха.

Клиника

Жалобы при туберкулезе гортани различны в зависимости от локализации, распространенности и формы процесса. Ограниченный инфильтрат на ложной голосовой связке, на черпаловидном хряще или в межчерпаловидном пространстве может не причинять никаких расстройств. Такой же инфильтрат на истинной голосовой связке обуславливает быструю утомляемость голоса, сипоту. Нарушения голоса более заметными бывают к вечеру (в противоположность обычному катару гортани). В дальнейшем при увеличении инфильтрата хрипота делается резко выраженной и стойкой.

Язвенный процесс на надгортаннике или перихондрит его является причиной болей при глотании. Боли при глотании бывают резко выражены в случаях изъязвления черпало-надгортанных складок и задней поверхности черпаловидных хрящей. Болезненные ощущения усиливаются при приеме кислой и соленой пищи. Имеются они, порою даже очень интенсивные, при пустом глотке.

Выраженная ларингеальная одышка у гортанно-туберкулезных больных бывает весьма редко. Нам пришлось наблюдать всего лишь двух-трех человек, которым понадобилась трахеотомия. Кровохарканье в связи с гортанным туберкулезным процессом обычно непродолжительное; если оно длится более суток, причину нужно искать в легких.

Диагностика.

Ларингоскопические картины при туберкулезе гортани соответствуют патоморфологическим формам. Нужно заметить, что для туберкулеза гортани характерно поражение определенных мест: межчерпаловидного пространства, черпаловидных хрящей и прилежащих к ним отделов истинных голосовых связок.

Даже незначительная **инфильтрация** ткани оказывается отчетливо заметной при локализации процесса на истинной голосовой связке. Инфильтрат представляется в виде небольшой припухлости и выделяется розовой окраской на фоне бледной слизистой оболочки гортани. Распространяется он обычно вдоль связки. Очень характерна односторонность процесса; именно она позволяет заподозрить специфический характер заболевания, отличить его от вульгарного катара гортани (рис. 210, а). Инфильтрат в межчерпаловидном пространстве выглядит как конусовидное или холмообразное возвышение, располагающееся асимметрично, ближе к одному из черпаловидных хрящей (рис. 210, б). В других случаях инфильтрат здесь в момент закрывания голосовой щели образует складки наподобие гармошки.

Инфильтрация черпаловидного хряща проявляется утолщением его. При туберкулезном инфильтрате, как правило, имеется и отек тканей. По цвету пораженный участок обычно бледнее, чем слизистая оболочка остальной гортани, но может быть и ярче ее. Наконец, туберкулезные инфильтраты могут выглядеть как папилломы. На стенках гортани видны скопления густой мокроты.

При благоприятном течении болезни, как уже сказано, вокруг инфильтрата разрастается соединительная ткань, и он приобретает характер опухоли — **туберкуломы**. Специфический инфильтрат на надгортаннике и ложных голосовых связках замечен в виде ограниченной припухлости (рис. 210, г).

Туберкулезные **язвы** имеют характерные особенности. Это обычно множественные плоские язвы с подрытыми краями и грязным дном, покрытые грануляциями и мокротой. Воспалительная реакция вокруг язв мало выражена. В межчерпаловидном пространстве поверхность язвы бахромчата, грануляции приподнимаются в виде зубцов, напоминают языки пламени костра (рис. 210, в).

Язвы на истинных голосовых связках распознаются по неровному краю последних. На надгортаннике изъязвление чаще занимает гортанную поверхность, края его зигзагообразны. Туберкулезные язвы очень болезненны при зондировании.

При **перихондрите** черпаловидные хрящи значительно увеличиваются в объеме, становятся отечными, подвижность их ограничивается.

Поставить диагноз туберкулеза гортани в далеко зашедших случаях не составляет особого труда. Молодой возраст, общий вид тяжелобольного, исхудание, бледность кожных покровов, длительный субфебрилитет, упорный кашель с мокротой при наличии описанных ларингоскопических картин дают достаточно оснований для диагноза. В начальных стадиях дело обстоит иначе. Нередко требуется наблюдение в течение некоторого времени, чтобы правильно решить вопрос.

Основным в диагностике является установление туберкулеза в других органах, прежде всего в легких, а также в лимфатических узлах путем **общего обследования больного, рентгеноскопии легких, повторных анализов крови, мокроты и реакции оседания эритроцитов, пробы Пирке**. Диагноз может быть поставлен двумя врачами — отоларингологом и фтизиатром. При ларингоскопии нужно учитывать односторонность процесса, локализацию его в излюбленных местах, бледность слизистой оболочки, наличие мокроты. В отдельных случаях следует производить ларингоскопию в киллиановском положении, при котором становится хорошо обозримым межчерпаловидное пространство. Для обнаружения туберкулезных бацилл можно воспользоваться мокротой, взятой ватничком непосредственно из гортани или

с гортанного зеркала. Туберкулез гортани возникает обычно при открытых формах поражения легких, однако это необязательно. Также далеко не всегда имеется соответствие тяжести процесса в гортани, тяжести туберкулеза легких. Бывают случаи, когда при наличии подозрительных изменений в гортани легочный процесс выявляется не сразу или даже вначале отрицается фтизиатром и устанавливается позже по настоянию ларинголога. В случаях катара гортани и специфического легочного процесса больной должен быть оставлен под постоянным наблюдением ларинголога. Периодическая ларингоскопия у всех легочнотуберкулезных больных позволяет своевременно установить начальную форму туберкулеза гортани.

Дифференциальный диагноз.

Дифференцировать туберкулез гортани необходимо от ограниченного гиперпластического ларингита (пахидермии), а также от сифилиса. Пахидермии в межчерпаловидном пространстве локализуются строго посередине, в то время как туберкулезный инфильтрат — несколько асимметрично. Сифилис можно отвергнуть на основании отрицательной реакции Вассермана, отсутствия проявлений его в других органах. Множественные туберкулезные сосочковые инфильтраты легко смешать с доброкачественными опухолями гортани — папилломами.

Лечение.

Лечение гортаннотуберкулезного больного должно быть направлено против общей интоксикации организма. При назначении терапии нужно подходить строго индивидуально. В комплекс лечебных мероприятий входит создание для больного оптимальных условий труда и быта, рациональное применение антибиотиков и химиопрепаратов.

Стрептомицин — эффективное средство лечения всех форм туберкулеза верхних дыхательных путей. Абсолютными показаниями для его назначения являются начальные формы гортанного процесса, а также экссудативные, экссудативно-продуктивные и продуктивно-экссудативные формы, острые, подострые и хронические. Эффективным является применение стрептомицина при инфильтративных и язвенных прогрессирующих формах, осложненных дисфагией, сужением голосовой щели, дисфонией или афонией. При продуктивных, опухолевых формах (туберкуломах) показания к стрептомицинотерапии являются относительными. Стрептомицин вводят внутримышечно один раз в сутки по 1 г, растворенным в бидистиллированной воде или 0,25% новокаине. Общее количество его на курс должно быть не менее 60—80 г. Из других противобактериальных препаратов назначают натриевую соль парааминосалициловой кислоты (ПАСК) по 2,5 г четыре раза в сутки и производные гидразида изоникотиновой кислоты — фтивазид по 0,5 или тубазид по 0,2 г два-три раза в сутки. Лучшие результаты получаются от комбинированного применения перечисленных средств.

К моменту окончания курса лечения часто никаких клинических проявлений в гортани не остается: инфильтраты полностью рассасываются, язвы эпителизируются или рубцуются. Однако несмотря на клиническое выздоровление, в подслизистом слое гортани сохраняются бациллы Коха, которые при неблагоприятных обстоятельствах могут обусловить рецидив процесса. Поэтому следует повторить предупредительные курсы химиотерапии.

Переходя к вопросу о местном лечении, нужно подчеркнуть, что для гортанно-туберкулезного больного имеет большое значение нераздражающая богато витаминизированная диета и ограничение голосовой нагрузки.

Долгое время гортанно-туберкулезному больному предписывали абсолютное молчание. Затем этот вопрос был пересмотрен, так как постоянное молчание очень тяжело отражается на психике больного и нарушает тонус гортанных мышц. Правильнее ограничить речь такого больного и рекомендовать ему пользоваться губным шепотом или тихой разговорной речью, при которых меньше напрягаются внутренние гортанные мышцы, чем при обычном шепоте.

Для лучшего отделения мокроты и защиты слизистой оболочки полезно применять 1—2—3% растворы ментола в вазелиновом масле в виде вливаний в гортань или, лучше, ингаляций. Заживлению язв можно способствовать смазыванием их 0,5% раствором цитраля или прижиганием кристаллической трихлоруксусной кислотой после предварительной анестезии дикаином. При хорошем общем самочувствии больного, затухании легочного процесса, нормальной температуре и РОЭ показано удаление больших инфильтратов или туберкулом хирургическими методами (выкусывание, кюретаж). Сохраняют свое значение физические методы лечения: гелиотерапия, облучение дуговой или кварцлампой и др.

Гортанно-туберкулезный больной может лечиться в условиях любого климата, однако пребывание на курорте для него является весьма полезным. Оно должно быть продолжительным — не менее двух-трех месяцев. При выборе курорта нужно руководствоваться показаниями со стороны основного легочного процесса, но следует учитывать, что при наличии выраженной сухости слизистой оболочки или изъязвлений в гортани больному противопоказан горный климат. Лучшими курортами для гортанно-легочных больных, располагающими к тому же специальными санаториями, на юге нашей страны являются Ялта и Сухуми. В эти места направляются лица с продуктивными поражениями и ограниченными изъязвлениями в гортани или

без них. При инфильтративно-продуктивных формах полезно пребывание в высокогорных климатических станциях, например в Теберде на Кавказе, а также на морском курорте (Геленджик), в средней полосе Российской Федерации или в сосновых лесах Подмосквья. Нельзя посылать на курорты обольных с острыми, подострыми и хроническими выражение прогрессирующими формами гематогенно-диссеминированного туберкулеза, с повышенной температурой.

Боли при глотании обычно исчезают под влиянием общего лечения, но в некоторых случаях они держатся долго, значительно отягощая состояние больного и причиняя ему много страданий; поэтому усилия врача должны быть направлены на устранение дисфагии. С этой целью предложено много осредств, некоторые из них, как застойная гиперемия по Виру или перерезка верхнегортанного нерва, имеют исторический интерес. В настоящее время для обезболивания употребляются анастезин по 0,3 г для сосания за 15 мин перед едой, смазывания гортани кокаином или дикаином.

Перечисленные средства дают лишь кратковременное обезболивание. Длительный эффект, до 1¹/₂—2 недель, достигается «физиологической перевязкой» верхнегортанного нерва. Этот способ предложен Гофманом и заключается в инъекции 1—2 мл 70° спирта. Больного укладывают на спину и поворачивают голову в противоположную сторону. Врач ставит указательный палец у верхне-наружного края пластинки щитовидного хряща и прокалывает здесь кожу и подъязычно-щитовидную мембрану. После прокола иглой отыскивают верхнегортанный нерв, что сопровождается резкой болью, иррадиирующей в ухо. Заранее предупрежденный больной дает знать об этом поднятием пальца (разговаривать в этот момент нельзя). После этого на иглу насаживается шприц и вводится вначале 1 мл 0,5% раствора новокаина, а затем спирт. При удачном впрыскивании спирта дисфагия сразу же исчезает (рис. 211).

А. Н. Вознесенский при туберкулезе гортани рекомендует производить внутрикожную новокаиновую блокаду. Он считает, что помимо

обезболивания блокада может вызвать затухание экссудативного процесса и переход его в продуктивный. Это происходит в результате воздействия на трофику тканей гортани через широкую нервную сеть в коже шеи (рис. 212). Повышение материального и культурного уровня жизни нашего народа, профотбор, широкая сеть противотуберкулезных диспансеров, массовые профилактические обследования, санитарно-просветительная работа и наличие мощных антибактериальных препаратов обеспечивают резкое снижение заболеваемости туберкулезом в СССР, вообще, и гортани, в частности.

ТУБЕРКУЛЕЗ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

Трахея и бронхи поражаются туберкулезом вторично. Первичный очаг имеется во внутригрудных лимфатических узлах или в легком. У детей более частый первый путь, когда происходит прорыв туберкулезной железы в бронх; у взрослых туберкулезом бронхов осложняется открытый легочный процесс. Заражение происходит через мокроту. Помимо указанных путей инфекция может распространяться по лимфатическим и кровеносным сосудам. Чаще встречается поражение трахеи или бронхов при инфильтративном и фиброзно-кавернозном туберкулезе легких и реже при диссеминированном.

В зависимости от характера процесса А. Н. Вознесенский делит туберкулезные поражения трахеи и бронхов на *продуктивные* и *экссудативные*, а по форме — на *инфильтративные* и *язвенные*.

При инфильтративных формах в трахее или бронхах макроскопически находят гиперемию и отек слизистой оболочки, ограниченные утолщения на их стенках. Гипертрофических форм при туберкулезе трахеи почти не бывает. Поэтому туберкулому трахеи обнаруживают исключительно редко.

В трахее встречаются множественные мелкие язвы с бледной слизистой оболочкой по периферии и глубокие язвы с резко инфильтрованным и гиперемизированным основанием. Форма их неправильная, дно покрыто гноем

или казеозным распадом. Иногда имеется характерное для туберкулеза нависание краев язв и грануляции.

На первом месте по частоте поражения стоит нижняя треть трахеи, область бифуркации, затем следуют главные и зональные бронхи. Туберкулез бронхов обычно локализуется на той стороне, где имеются каверны. Соответствие между тяжестью легочного и бронхиального процесса наблюдается не всегда. Встречается язвенный туберкулез бронхов и при сравнительно небольших поражениях легких. При заживлении язв могут возникать стенозы.

Женщины болевают чаще, чем мужчины. Возраст больных цветущий — от 20 до 40 лет.

Симптоматика туберкулеза трахеи и бронхов яркая. Главным симптомом является кашель. Он бывает судорожным, мучительным и по тяжести не соответствует легочному процессу. Кашель с одышкой дает основание для ошибочного диагностирования бронхиальной астмы у таких больных. Следующим важным симптомом являются упорные за грудиной боли или чувство жжения и зуда. Большое значение имеют стойкие, парастернальные хрипы, прослушиваемые на ограниченных участках; они обычно грубые, громкие.

Больные выкашливают вязкую слизистую мокроту. Резкие колебания количества мокроты в течение суток указывают на частичную закупорку бронха.

Заподозрить туберкулез трахеи и бронхов заставляют громкое свистящее дыхание, необъяснимое другими причинами, повышение температуры, тахикардия, наличие палочек Коха в мокроте при отсутствии видимых очагов в легких или при эффективной коллапсотерапии. К объективным признакам относятся также нерасправляющееся легкое после наложения искусственного пневмоторакса, перемежающийся ателектаз всего легкого или доли его вследствие бронхостеноза. Временный бронхостеноз может быть вызван воспалительным отеком, набуханием слизистой оболочки,

закупоркой суженного просвета бронха пробками из вязкой мокроты и слущенного эпителия. При стойком стенозе, развившемся вследствие разрастания грануляционной или фиброзной ткани в стенке бронха, ателектаз остается необратимым.

Для диагноза важны не отдельные симптомы, а сумма признаков. Они выявляются путем перкуссии и аускультации, рентгенологического и лабораторного исследования. Иногда изменения стенок трахеи и бронхов могут быть хорошо видны на жестких рентгенограммах или на томограммах; нередко их удается различить на бронхограммах. Главную же роль в выявлении туберкулезного поражения трахеобронхиального дерева играет зрительная диагностика.

При трахеобронхоскопии обычно отмечается утолщение на более или менее ограниченном участке трахеи или главных бронхов, чаще на задней или задне-боковой стенке. Инфильтрированные участки выступают в просвет дыхательной трубки, суживая его. На стенках трахеи и бронхов бывают видны отдельные эрозии или язвы, края которых через отечную слизистую оболочку переходят в нормальную ткань. Цвет слизистой оболочки пораженного участка обычно ярко-красный, иногда огненно-красный. При наличии грануляций на ярко-красном основании хорошо заметны серовато-белые выступы. Язвы бывают покрыты неснимающимся грязно-серым налетом. Они легко кровоточат при дотрагивании тампоном или смотровой трубкой. Прикосновение к болезненному участку вызывает приступ судорожного кашля. Просвет бронха заполнен большим количеством вязкого, трудноудаляемого секрета. Иногда мокрота выступает из суженного бронха при кашле толчками в виде тянущейся нити. Не исключается полная обтурация бронха казеозными массами.

Если к сказанному добавить, что трахеобронхоскопия делает возможным взятие с подозрительных участков мокроты, а также пробных кусочков для исследования, то роль этого метода зрительной диагностики станет совершенно ясной. Противопоказанием для трахеобронхоскопии у

туберкулезных больных являются: общее тяжелое состояние, склонность к легочным кровотечениям, гортанный туберкулез (П. И. Бонгард).

Для диагностики туберкулеза используется метод промывания трахеи и бронхов физиологическим раствором с последующим анализом промывной жидкости на туберкулезные палочки. М. С. Розенблат, Е. Р. Кричевская и Б. Ф. Брук несколько видоизменили предложенный Я. С. Зобиным метод и вливают 20—40 мл физиологического раствора с помощью металлического гортанного катетера.

Основными средствами для лечения туберкулеза трахеи и бронхов, как и туберкулеза других органов, являются стрептомицин, ПАСК, фтивазид. Особенно эффективно парентеральное применение стрептомицина. К методам общего воздействия относится также санаторно-курортное, климатическое лечение. Из методов локальной терапии применяются скисывание грануляций, диатермокоагуляция через бронхоскоп. Диатермокоагуляция при язвенных процессах дает хорошие результаты, а опасность развития рубцового стеноза после нее невелика.

Список использованной литературы:

1. Туберкулез органов дыхания (руководство для врачей) / Под ред. А.Г. Хоменко. 2018 год
2. Перельман М.И. «Туберкулез органов дыхания»
3. Справочник практического врача, под ред. И.Г. Кочергина, 2017 год
4. Перельман М.И. «Фтизиатрия»