Парезы и параличи гортани

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J38.0 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Парез гортани — временное до 6 месяцев ограничение или отсутствие подвижности мышц гортани из-за нарушения иннервации; паралич — длительное более 6 месяцев отсутствие подвижности мышц гортани вследствие нарушения их иннервации. Рекомендация описывает диагностику, поиск причины, медикаментозную, логопедическую, реабилитационную и хирургическую тактику у взрослых и детей.

Главное

- Парез считают временным состоянием до 6 месяцев, параличом — отсутствие подвижности мышц гортани более 6 месяцев.
- Частая причина одностороннего ПГ у взрослых — операции на щитовидной и околощитовидных железах; двусторонний ПГ часто связан с хирургической травмой, опухолями, интубацией и неврологическими заболеваниями.
- При одностороннем ПГ преобладают дисфония, утомляемость голоса, придыхание, аспирация жидкости и одышка при нагрузке; при двустороннем — нарушение дыхания и инспираторный стридор.
- Основной эндоскопический признак ПГ — неподвижность или резкое ограничение подвижности одной или обеих голосовых складок; при фонации остается щель между складками. Ларингоскопия с применением эндоскопических методов показана всем пациентам с подозрением на ПГ, УУР С, УДД 4.
- Стеноз оценивают по клинике и просвету голосовой щели: компенсация — 6–8 мм, субкомпенсация — 3–4 мм, декомпенсация — 2–3 мм, терминальная стадия — 1 мм.
- Реабилитацию голоса, дыхания и глотания начинают как можно раньше; при выявленном парезе, включая ятрогенный и после ОНМК, — не позднее 72 часов после постановки диагноза, УУР С, УДД 5.
- Срочная госпитализация нужна при остром или хроническом паралитическом стенозе гортани в стадии субкомпенсации или декомпенсации.

Диагностика

1. Собрать анамнез: операции или травмы шеи, средостения, шейного отдела позвоночника, головного мозга, инфекционные заболевания; уточнить дисфонию, афонию, дисфагию, одышку, аспирацию. УУР С, УДД 5.
2. Провести первичный осмотр ЛОР-врача: осмотр и пальпация шеи, регионарных лимфоузлов, оценка рубцов, признаков воспаления, опухоли или травмы. УУР С, УДД 5.
3. Оценить дыхательную недостаточность: I степень — одышка при умеренной нагрузке, II — при малой нагрузке, III — в покое. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить ларингоскопию эндоскопическими методами всем пациентам с подозрением на ПГ; у пациентов 12 лет и старше обязательна непрямая ларингоскопия, у детей дошкольного и младшего школьного возраста при невозможности непрямой ларингоскопии показаны видеофиброларингоскопия или фиброларингоскопия, которые считают «золотым стандартом» диагностики нейрогенной патологии гортани у детей. УУР С, УДД 4.
5. Исключить имитирующие состояния: патологию перстнечерпаловидного сустава, вывих или анкилоз, воспалительные изменения, опухоли гортани и гортаноглотки.
6. Для уточнения диагноза выполнить КТ верхних дыхательных путей и шеи; если КТ недоступна — рентгенографию гортани или шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях. При подозрении на опухоль — КТ шеи с контрастированием. УУР С, УДД 5/4.
7. Всем пациентам с ПГ выполнить КТ органов грудной полости для поиска объемных образований, а также УЗИ гортани и лимфоузлов шеи. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Лечить причину ПГ; медикаментозная терапия ранних сроков у взрослых включает препараты, влияющие на нервно-мышечную передачу.

- У взрослых на ранних сроках ПГ: неостигмина метилсульфат внутрь 0,015 г 2 раза в день или 1 мл 0,05% раствора подкожно 1–2 раза в день 2 недели. УУР С, УДД 5.
- У взрослых с односторонним ПГ: ипидакрин 1 мл 15 мг внутримышечно 1 раз в день 10 дней, затем таблетки 20 мг 3 раза в день 45 дней. УУР С, УДД 2. Препараты противопоказаны детям до 18 лет.
- У взрослых на ранних сроках ПГ применяют витамины группы B1 в комбинации с B6 и/или B12; учитывать противопоказания при онкологических заболеваниях в анамнезе и у детей до 18 лет. УУР С, УДД 5.
- При одностороннем ПГ у взрослых и детей как можно раньше назначают индивидуальную логопедическую коррекцию голоса, дыхания и глотания; занятия начинают после постановки диагноза при отсутствии боли в послеоперационной ране, острого воспаления и при удовлетворительном состоянии.
- Всем пациентам с ПГ и в послеоперационном периоде нужна индивидуальная логопедическая реабилитация для восстановления дыхания и голоса. УУР С, УДД 5.
- Взрослым при двустороннем ПГ и декомпенсации дыхания выполняют трахеотомию. При сроке до 6 месяцев возможна временная хордопексия; после 6 месяцев — двусторонняя хордопексия или микроэндоларингеальная резекция/пластика при невозможности адекватного дыхания через естественные пути и неэффективности консервативного лечения.
- Детям при врожденном или приобретенном двустороннем ПГ и декомпенсации дыхания выполняют трахеотомию; детям старше 4 лет при отдельных показаниях применяют пластику гортани с реберным аутотрансплантатом или микроэндоларингеальную резекцию, при врожденном двустороннем ПГ без восстановления — пластику старше 5 лет.

Когда направить и как наблюдать

- Срочно госпитализировать при остром или хроническом паралитическом стенозе гортани в стадии субкомпенсации или декомпенсации.
- Плановая госпитализация показана пациентам с двусторонним или односторонним параличом гортани для хирургического лечения.
- Пациентам с ПГ показаны консультации эндокринолога и невролога; при подозрении на заболевания других органов и систем, которые могут быть причиной ПГ, также необходима консультация пульмонолога, гастроэнтеролога или онколога. УУР С, УДД 4.
- Наблюдение у ЛОР-врача или фониатра с непрямой ларингоскопией/видеоларингоскопией — 1 раз в 3 или 6 месяцев в зависимости от клиники дыхательной недостаточности. УУР С, УДД 5.
- После срочной госпитализации выписка возможна после восстановления дыхания и устранения признаков дыхательной недостаточности; после плановой операции — после улучшения дыхания через естественные пути и стихания послеоперационных реакций, при одностороннем ПГ — после восстановления или улучшения голоса.

Частые вопросы

Чем парез гортани отличается от паралича?

Парез — временное до 6 месяцев отсутствие или ограничение подвижности мышц гортани. Паралич — отсутствие подвижности более 6 месяцев.

Какие симптомы наиболее типичны для одностороннего и двустороннего ПГ?

При одностороннем ПГ чаще бывают утомляемость голоса, придыхание, дисфония, аспирация жидкости и одышка при нагрузке. При двустороннем ПГ ведущий симптом — нарушение дыхания, часто инспираторный стридор.

Какой метод подтверждает диагноз ПГ?

Диагноз подтверждают ларингоскопией с эндоскопическими методами: фиброларингоскопией, видеоларингоскопией, микроларингоскопией или стробоскопией. Главный признак — неподвижность или резкое ограничение подвижности голосовой складки.

Когда при двустороннем ПГ нужна трахеотомия?

Взрослым трахеотомия показана при двустороннем ПГ с декомпенсацией дыхательной функции, то есть при декомпенсированной стадии стеноза гортани.

Когда начинать голосовую и дыхательную реабилитацию?

Реабилитацию начинают с момента первого обращения; при выявленном одностороннем или двустороннем парезе — как можно раньше, не позднее 72 часов после постановки диагноза, если это возможно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/305-parezy-i-paralichi-gortani. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/305_2