Травма гортани

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: R04.1, S10.0, S10.1, S11.0 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Травма гортани — открытое или закрытое повреждение гортани/глотки с риском обструкции дыхательных путей, кровотечения, аспирации и поздних рубцовых стенозов. Главное в ведении — быстро оценить и обеспечить проходимость дыхательных путей, остановить кровотечение, выявить повреждения гортани, пищевода, сосудов и шейного отдела позвоночника, затем выбрать консервативную или хирургическую тактику по тяжести травмы.

Главное

- Главный клинический признак — нарушение дыхания; оно может появиться сразу или нарастать позже из-за отека, воспалительной инфильтрации либо гематомы. Дисфония/афония типична для травм гортани, особенно при повреждении голосового отдела.
- Подкожная эмфизема шеи указывает на проникающее повреждение гортани или трахеи и может быстро распространяться на шею, грудь и средостение.
- Диагноз ставят по анамнезу травмы, жалобам, осмотру, ларингоскопии/видеоларингоскопии и КТ: значимы боль, одышка, стридор, изменение голоса, дисфагия, кровотечение, рана или гематома шеи, эмфизема, деформация голосовой щели, переломы хрящей, инородные тела.
- Ларингоскопия при поступлении обязательна для пациентов 12 лет и старше с травмой гортани/глотки; у детей дошкольного и младшего школьного возраста метод часто технически труден. УУР С, УДД 5.
- При подозрении на сосудистое повреждение выполняют СКТ/КТ шеи с внутривенным болюсным контрастированием; при подозрении на повреждение глотки или пищевода — КТ пищевода с пероральным контрастированием. УУР С, УДД 5.
- Первый приоритет лечения — уделить внимание проходимости дыхательных путей, своевременно выявить их обструкцию или потенциальную обструкцию и предотвратить аспирацию содержимым ротоглотки. УУР С, УДД 5.
- Всех пациентов с травмой гортани и глотки госпитализируют для наблюдения за проходимостью верхних дыхательных путей; при легких травмах наблюдение длится 24–48 часов. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Сначала выяснить механизм и время травмы, динамику жалоб; если пациент без сознания — собрать сведения у сопровождающих. Типичные жалобы: боль, отек мягких тканей шеи, нарушение дыхания, наружное кровотечение, кровотечение из горла.
2. Оценить признаки стридора: инспираторный — вероятная обструкция на уровне надскладочного отдела гортани, например из-за отека или гематомы; экспираторный — обструкция подскладочного отдела, например при травме трахеи; двухфазный — повреждение голосовой щели.
3. Осмотреть рану: локализация, размер, глубина, края, связь с сосудами и нервами; искать инородные тела, наружное или горловое кровотечение, повреждение дыхательных путей. УУР С, УДД 5.
4. Пальпировать шею и грудную клетку для исключения подкожной эмфиземы. УУР С, УДД 5.
5. Всем пациентам выполнить видеоларингоскопию: оценить слизистую, наличие или отсутствие ее повреждений, отек гортани и гортаноглотки, состояние голосовой щели и подвижность голосовых складок, подскладковый отдел гортани и трахею. УУР С, УДД 5.
6. При 2–5 группе по Schaefer после обеспечения проходимости дыхательных путей выполнить микроларингоскопию для уточнения диагностики и выбора метода и объема лечения. УУР С, УДД 5.
7. Лабораторно при кровопотере или подозрении на нее выполнить общий анализ крови; всем пациентам — ориентировочную коагулограмму для оценки гемостаза и подготовки к операции. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Консервативная тактика допустима при ссадинах, поверхностных повреждениях, тупых наружных/внутренних травмах с отеком, ссадинами, гематомами, без повреждения хрящевого каркаса или без

смещения отломков, если нет нарастания дыхательной недостаточности и гнойно-воспалительных изменений. УУР С, УДД 5.

- При стенозе верхних дыхательных путей — ингаляции лекарств и кислорода; на этапе эвакуации целесообразен прохладный кислород через маску. Будесонид ингаляционно: взрослым 1,0 мг 1–2 раза/сут курс 5–8 процедур; детям старше 6 месяцев 0,25–0,5 мг 1–2 раза/сут курс 5 процедур; ингаляция обычно 10 минут, интервал между препаратами разного действия около 30 минут. УУР С, УДД 5.
- При травме гортани ограничить голос: полный голосовой покой 1–2 суток, далее ограничение любой голосовой нагрузки; не кричать и не шептать не менее 2 дней. Также исключить острую, соленую, горячую, холодную пищу, алкоголь и курение. УУР С, УДД 5.
- При открытой ране, осложнениях или сочетанных повреждениях назначают системные антибиотики. Варианты: цефотаксим 1 г взрослым и детям >12 лет/>50 кг 2 раза/сут 7–10 дней; детям <12 лет/<50 кг 50–75 мг/кг 2 раза/сут; новорожденным 25 мг/кг 2 раза/сут. Цефтриаксон взрослым 1–2 г 1 раз/сут 7–10 дней; детям 2 мес.–12 лет 20–100 мг/кг 1 раз/сут; новорожденным с 15 дней, грудным и младшим детям 20–80 мг/кг 1 раз/сут. Метронидазол в/в капельно: >12 лет 500 мг 3 раза/сут, <12 лет 7,5 мг/кг 3 раза/сут 7–10 дней. УУР С, УДД 5.
- При кровотечении используют гемостатики: этамзилат взрослым 250–500 мг в/в или в/м, затем по 250 мг каждые 4–6 часов; детям 10–15 мг/кг/сут за 3–4 приема 5–10 дней. Транексамовая кислота 10–15 мг/кг каждые 6–8 часов взрослым, детям старше 1 года 20 мг/кг/сут до остановки кровотечения. Аминокапроновая кислота взрослым 4–5 г за первый час, затем при продолжающемся кровотечении 1 г/ч не более 8 часов, максимум 30 г/сут. УУР С, УДД 5.
- Хирургическое лечение показано при декомпенсированном стенозе гортани, кровотечении, открытой или загрязненной ране, инородных телах, нежизнеспособных тканях, потере мягких тканей/дефиците кожи, выраженной или нарастающей эмфиземе, переломе хрящевого каркаса со смещением фрагментов, суживающих просвет. УУР С, УДД 5.
- При значительном, особенно прогрессирующем отеке гортани выполняют трахеотомию в сознании, чтобы не потерять проходимость дыхательных путей. По возможности избегают интубации, так как трубка может дополнительно травмировать гортань и дестабилизировать переломы; у детей трахеотомию выполняют только в условиях комбинированного ингаляционного наркоза. УУР С, УДД 4.
- При ранении гортаноглотки/пищевода, выраженном отеке гортаноглотки или невозможности питания через естественные пути устанавливают назогастральный зонд и назначают лечебное парентеральное питание, чтобы пища не попадала в дыхательные пути. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать всех пациентов с травмой гортани и глотки для контроля проходимости верхних дыхательных путей; легкие травмы наблюдать в стационаре 24–48 часов, особенно у детей. УУР С, УДД 5.
- При повреждении шейного отдела позвоночника нужна немедленная консультация профильного специалиста; повреждения позвоночника следует исключать во всех случаях травмы гортани. УУР С, УДД 5.
- После тупой травмы шеи с повреждением гортани/гортаноглотки, а также после ларинготрахеопластики без ларингостомы или после закрытия ларингостомы — повторный осмотр ЛОР-врача по месту жительства; при нарушении голоса — консультация фониатра/фонопеда. УУР С, УДД 5.
- После открытой раны шеи с повреждением гортани и ларинготрахеопластики с формированием ларингостомы/ларинготрахеостомы требуется наблюдение ЛОР-врача стационара. УУР С, УДД 5.
- Диспансерное наблюдение: повторный осмотр ЛОР-врача через 1 месяц, затем 1 раз в 3 месяца в течение года; на осмотрах выполняют видеоларингоскопию, ларингостробоскопию и по показаниям оценку функции внешнего дыхания. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие симптомы после удара в шею заставляют думать о травме гортани?

Боль в проекции гортани/глотки, одышка или стридор, изменение голоса, дисфагия, кашель, кровохарканье или кровь изо рта, отек/гематома шеи. Подкожная эмфизема особенно подозрительна на проникающее повреждение гортани или трахеи.

Что означает инспираторный, экспираторный и двухфазный стридор при травме гортани?

Стридор на вдохе указывает на обструкцию на уровне надскладочного отдела, например из-за отека или гематомы. Стридор на выдохе чаще связан с подскладочной обструкцией, в том числе травмой трахеи; двухфазный стридор предполагает повреждение голосовой щели.

Какие инструментальные исследования нужны при травме гортани?

Всем пациентам выполняют видеоларингоскопию; при подозрении на сосудистое повреждение — СКТ/КТ шеи с внутривенным контрастированием, при подозрении на повреждение глотки или пищевода — КТ пищевода с пероральным контрастом. При 2–5 группе Schaefer после обеспечения дыхательных путей выполняют микроларингоскопию.

Когда при травме гортани достаточно консервативного лечения?

При поверхностных повреждениях, ссадинах, тупых наружных или внутренних травмах с отеком/гематомой без повреждения хрящевого каркаса или без смещения хрящевых отломков, если дыхательная недостаточность не нарастает и нет гнойно-воспалительных изменений тканей шеи.

Когда нужна трахеотомия?

Трахеотомию в сознании выполняют пациентам со значительным отеком гортани, особенно при его прогрессировании, чтобы не допустить потери проходимости дыхательных путей из-за нарастания стеноза. У детей трахеотомию выполняют только в условиях комбинированного ингаляционного наркоза.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/813-travma-gortani. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/813_1