

ГАПОУ РК «Петрозаводский базовый медицинский колледж»

Гортань



Презентацию подготовили:
студентки 312 группы III бригады
специальность: «Лечебное дело»

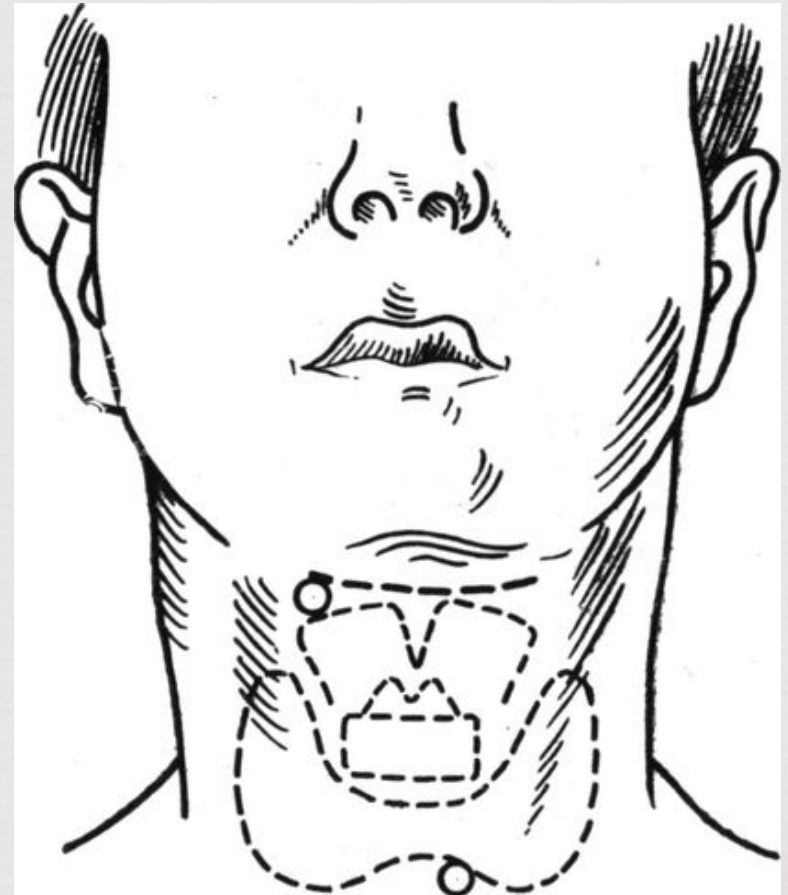
Кирсанова Ксения
Гребнева Александра

2017

Анатомия гортани



Гортань (larynx) — не только отдел воздухоносных путей, связывающий глотку с трахеей. Это, кроме того, орган голосообразования, участвующий в процессе членораздельной речи. Многообразие функций гортани соответствует и сложность ее строения.



Гортань расположена на уровне IV- VI шейных позвонков, от которых отделена нижней частью глотки.

Верхняя часть гортани подвешена к подъязычной кости с помощью щито-подъязычной перепонки, а нижняя соединена с трахеей.

Гортань занимает на шее поверхностное положение: спереди и с боков ее прикрывает поверхностная группа собственных мышц шеи, а выступающий по срединной линии гребень (кадык) лежит прямо под кожей.

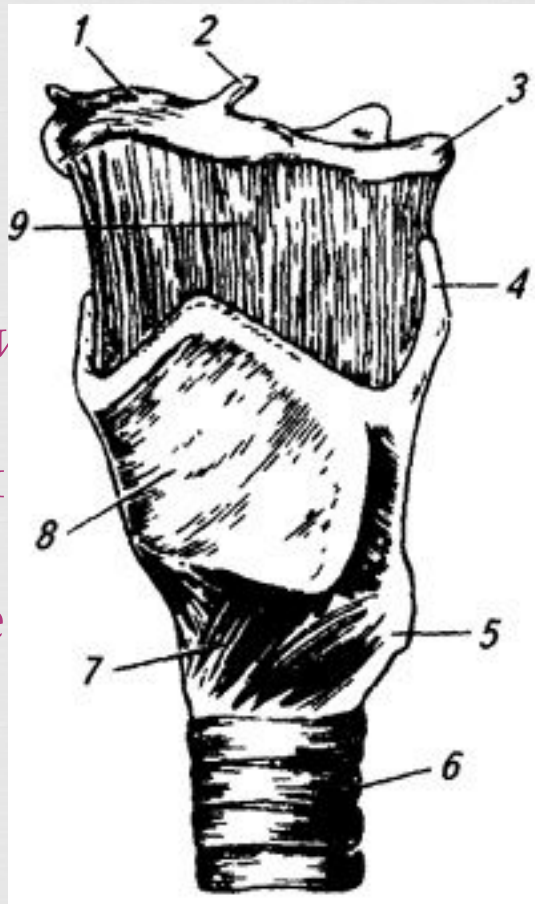
Спереди и с боков к гортани прилегает щитовидная железа, а сзади — гортанная часть глотки.

У мужчин гортань больше, чем у женщин. Это различие начинает проявляться в период полового созревания.

Гиалиновые хрящи



Основу гортани
составляют
гиалиновые хрящи
⇒ щитовидный,
⇒ перстневидный
и
⇒ черпаловидные



Они подвижно соединены
суставами, связками и
мышцами.

- 1 — тело;
- 2 — малый и 3 — большой
рога подъязычной кости;
- 4 — верхний и 5 — нижний
рожки щитовидного хряща;
- 6 — полукольца трахеи;
- 7 — перстне-щитовидная
мышца;
- 8 — левая пластинка
щитовидного хряща;
- 9 — щито-подъязычная

Щитовидный хрящ



Щитовидный хрящ самый крупный, непарный. Он состоит из правой и левой пластинок, сходящихся спереди. У мужчин в месте их соединения образуется кадык.

Задние углы каждой пластинки вытянуты в верхний и нижний рога. Последние сочленяются с перстневидным хрящом.

Верхний край хряща имеет над кадыком вырезку и связан с подъязычной костью щито-подъязычной перепонкой.

В области вырезки она усилена средней подъязычно-щитовидной связкой.

Верхние рожки хряща соединены с большими рожками подъязычной кости боковыми подъязычно-щитовидными связками.

Нижний край щитовидного хряща связан с перстневидным хрящом перстне-щитовидной связкой.

Перстневидный хрящ



Перстневидный хрящ с обращенной вперед узкой дугой и расширяющейся сзади угловатой пластинкой подобен кольцу. Эта пластинка сверху сочленяется с парой небольших черпаловидных хрящей, а по бокам и снизу, у места перехода в дугу, — с нижними рогами щитовидного хряща, образуя здесь сустав с горизонтальной осью. Нижний край перстневидного хряща соединен с трахеей перстне-трахейной связкой.

Черпаловидные хрящи



Черпаловидные хрящи парные, напоминают трехгранные пирамидки, каждая из которых своим основанием сочленяется с пластинкой перстневидного хряща, образуя сустав с вертикальной осью. От основания черпаловидного хряща вперед, в полость гортани, выдается голосовой отросток, а назад и наружу — мышечный отросток. Между слизистой оболочкой гортани и хрящами залегает слой эластической ткани; часть ее между внутренним углом щитовидного хряща и черпаловидными хрящами образует эластический конус, причем те его пучки, которые идут к голосовым отросткам, образуют пару голосовых связок.

Так как у мужчин угол щитовидного хряща резче выступает вперед, то и голосовые связки у них длиннее (22-24 мм), чем у женщин (15-18 мм). Этим обусловлен низкий голос мужчин (чем

Надгортанник



Надгортанник — листовидная изогнутая пластинка эластического хряща, более широкое основание которой обращено кверху, передняя поверхность — к корню языка, а верхушка опущена книзу. Одной связкой надгортанник прикреплен к середине внутренней поверхности щитовидного хряща, а другой — к подъязычной кости.

Надгортанник не имеет опорной функции и выполняет роль клапана, закрывающего вход в гортань при глотании. Основу надгортанника образует пластинка эластического хряща.

Возникновение голоса



Голос возникает от колебания голосовых связок воздухом, когда он с силой выдыхается из легких.

Произношение звуков речи сопряжено с быстрой сменой формы и размеров голосовой щели и натяжением голосовых связок.

Оттенки (тембр) голоса зависят от резонанса в полости гортани, а также глотки, в ротовой полости, в полости носа и его придаточных пазухах внутри воздухоносных костей черепа.

В произнесении звуков участвуют также язык, зубы, губы, мягкое нёбо.

При проникновении в гортань посторонних предметов или воды ее просвет рефлекторно сужается.

Острые заболевания гортани

Острый катаральный

ларингит



Причины возникновения и течение болезни. Острый ларингит может иметь катаральную, отёчную и флегмонозную форму воспалительного процесса. Острый катаральный ларингит может возникнуть как самостоятельное заболевание или сопутствовать некоторым инфекциям верхних дыхательных путей, бронхов и трахеи. Это заболевание может быть составной частью симптомокомплекса ОРВИ, который включает грипп, аденовирусные инфекции, парагрипп. В этом случае практически вся слизистая оболочка верхних дыхательных путей оказывается вовлечена в воспалительный процесс. Но острый катаральный ларингит может быть одним из симптомов следующих заболеваний: ревматизм, коклюш, корь, тиф.

Клиническая картина. Для этого заболевания характерно внезапное начало. Общее состояние пациента остается хорошим, но в некоторых случаях отмечается легкое недомогание.

Температура обычно остается в норме или незначительно повышается. Больные жалуются на ощущение жжения, сухости, щекотания и саднения в горле. Иногда возникают болезненное ощущение при глотании и кашель. Отмечается изменение голоса. Он становится более хриплым и слабым, бывает и афония (отсутствие звучного голоса).

В начале заболевания мокрота имеет прозрачный цвет, консистенция её жидкая. Затем мокрота становится густой, мутной и приобретает гнойный характер.

Лечение направлено на элиминацию воспаления в гортани и восстановление голоса. Также очень важно не допустить перехода заболевания в хроническую форму. Лечение острого ларингита, течение которого происходит без осложнений, осуществляется в поликлинике без освобождения от работы. Исключением являются люди, которые должны на работе много говорить (работники голосо-речевой специальности) – дикторы, артисты, педагоги.



Под запретом курение, острая пища и газированные напитки. Рекомендуется пить минеральную воду пополам с теплым молоком. Назначаются отхаркивающие средства, ингаляции, а так же согревающие компрессы, ножные ванны с горчицей. Хороший эффект дает физиотерапевтическое лечение: ультразвуковое орошение гортани лекарственными средствами, сеансы лазеротерапии, сеансы виброакустической терапии и магнитотерапия. Крайне эффективно проведение вливаний в гортань лекарственных растворов, в основе которых лежит персиковое масло, суспензия гидрокортизона, адреналинсодержащие препараты. В случае, если заболевание принимает затяжной характер, то назначают антибиотики и антигистаминные (десенсибилизирующие) средства.

Гортанная ангина



Причины возникновения
и течение болезни.

Заболевание могут
вызвать стафилококки,
стрептококки,
пневмококки и
диплококки. Достаточно
часто такое воспаление
развивается после ОРВИ,
ангины, а также при
повреждениях гортани
инородным телом. Для
возникновения этого
заболевания
немаловажную роль
играет переохлаждение.

В лимфоидной ткани
возникают мелкие очаги
клеточной инфильтрации.

Окружающая её
соединительная ткань
становится отёчной,
кровеносные сосуды
расширяются, крипты под
воздействием
лейкоцитарного экссудата
растягиваются. Также
наблюдается чешуйчатое
шелушение покровного
эпителия на значительных
участках гортани.

Клиническая картина. В связи с тем, что клиническая картина этого заболевания складывается из множества факторов, общее состояние пациентов может ухудшаться в различной степени выраженности.

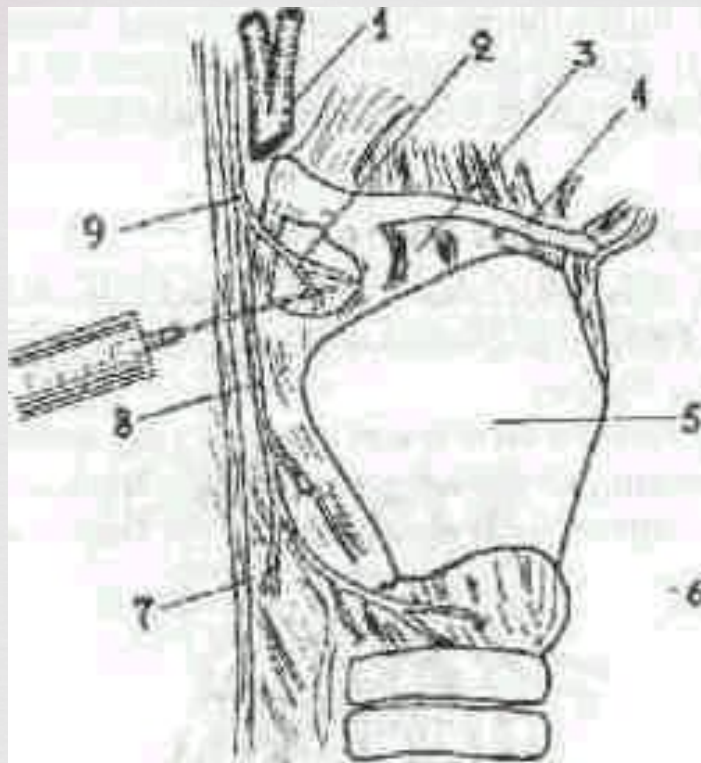
В легких случаях температура тела остается нормальной, голос почти не меняется. Больные жалуются на сухость, ощущение инородного тела, боль в горле. Явления стеноза гортани (сужения просвета гортани) наблюдается крайне редко. Ларингоскопическая картина имеет большое сходство с катаральным воспалением гортани острого характера. Однако при проведении микроскопии гортани наблюдается ассиметричное расположение с одной стороны. В некоторых случаях можно увидеть воспалительные фолликулы, покрытые точечными налётами.

Для тяжелого течения гортанной ангины характерно значительное ухудшение общего самочувствия: появляется сильная боль при глотании, возникает охриплость и затруднения при дыхании, значительно повышается температура. При пальпации области гортани часто отмечается болезненность. В гортани наблюдается гиперемия (выраженное покраснение слизистой оболочки) и инфильтрация слизистой надгортанника, грушевидных карманов, голосовых складок и т.д. В некоторых случаях отек бывает настолько сильным, что создает затруднение при дыхании.

Гортанную ангину следует отличать от следующих заболеваний:

- Дифтерии. Она отличается клиническими проявлениями и результатами бактериологических исследований;
- Рожистого воспаления гортани, при котором одновременно с глоткой поражается и кожный покров;





Назначается антибактериальная и дегидратационная (удаление избытка воды) терапия. Хороший эффект при лечении гортанной ангины дает новокаиновая блокада, которую проводят в передне-боковой области шеи на стороне поражения. В случае развития острого стеноза гортани применяют срочную трахеотомию (операция по рассечению кожи, подкожной клетчатки, фасций шеи и трахеи).

Подскладочный ларингит (ложный круп)



Ложный круп — острый воспалительный процесс гортани, сопровождающийся отеком ее подскладочной области, который приводит к стенозу гортани и обструкции верхних дыхательных путей. Ложный круп проявляется сухим «лающим» кашлем, осипшим голосом и инспираторной одышкой, обуславливающей шумное дыхание. Тяжесть состояния пациентов с ложным крупом зависит от степени стеноза гортани и часто меняется в течении дня. Диагностируется ложный круп благодаря характерной клинике и аускультативной картине в легких, а также данным анализа КОС крови, исследования газового состава крови, ларингоскопии, рентгенографии, бакпосева, ПЦР и ИФА-диагностики. Лечение пациентов с ложным крупом проводится антибиотиками, противокашлевыми, седативными, антигистаминными и глюкокортикоидными препаратами.

Причины возникновения и патогенез ложного крупы

Наиболее часто причиной появления ложного крупа является вирусная инфекция. Это преимущественно вирусы парагриппа, гриппа и аденовирусы, реже вирус кори, простого герпеса, ветряной оспы, коклюша. Ложный круп бактериальной этиологии (гемофильная палочка, стрептококки, стафилококки, пневмококки) наблюдается достаточно редко и характеризуется более тяжелым течением. Как правило, ложный круп возникает как осложнение острого ринита, фарингита, аденоидита, гриппа, ОРВИ, кори, ветряной оспы, скарлатины и других инфекций. Ложный круп может быть следствием обострения хронического тонзиллита. Способствует появлению заболевания ослабленное состояние организма ребенка в следствие родовой травмы, перенесенной в родах гипоксии плода, рахита, диатеза, искусственного вскармливания, авитаминоза, сниженного иммунитета.

От обычного ларингита ложный круп отличается тем, что воспалительные изменения в гортани сопровождаются ее стенозированием. Стеноз гортани, которым сопровождается ложный круп, развивается в результате нескольких патогенетических механизмов.

Во-первых, воспаление гортани при ложном крупе характеризуется выраженной отечностью пространства под голосовыми связками, что суживает просвет гортани в этой области. Во-вторых, происходит рефлексорный спазм мышечных констрикторов гортани, который усугубляет ее стеноз. В-третьих, в результате воспаления происходит повышение секреторной активности желез слизистой оболочки гортани с образованием большого количества густой мокроты. Мокрота, а также некротические наложения обтурируют суженный просвет гортани.

Эти механизмы обуславливают развитие обструктивного синдрома — нарушения прохождения воздуха в дыхательные пути. В начале ложного крупа недостаточное поступление кислорода в организм компенсируется за счет усиленной работы дыхательных мышц и более интенсивного дыхания. При нарастании степени стеноза и обструкции может наступить стадия декомпенсации.



В результате выраженного стеноза при ложном крупе развивается гипоксия — кислородное голодание, приводящее к нарушению в работе прежде всего ЦНС и сердечно-сосудистой системы, а также всех органов и тканей.



Классификация ложного крупа

В зависимости от этиологии выделяют вирусный и бактериальный ложный круп. По наличию или отсутствию осложнений ложный круп разделяют на осложненный и неосложненный.

Но наиболее часто в клинической практике ложный круп классифицируют по степени стеноза гортани. При компенсированном стенозе (I степень) отмечается инспираторная одышка (затруднение вдоха) при беспокойстве или физической нагрузке. Ложный круп с субкомпенсированным стенозом (II степень) сопровождается инспираторной одышкой не только при нагрузке, но и в покое. Декомпенсированный стеноз (III степень) характеризуется тяжелой инспираторной или смешанной одышкой, может наблюдаться парадоксальное дыхание. При ложном крупе с терминальной степенью стеноза (IV степень) имеет место тяжелая гипоксия, приводящая к гибели пациента.

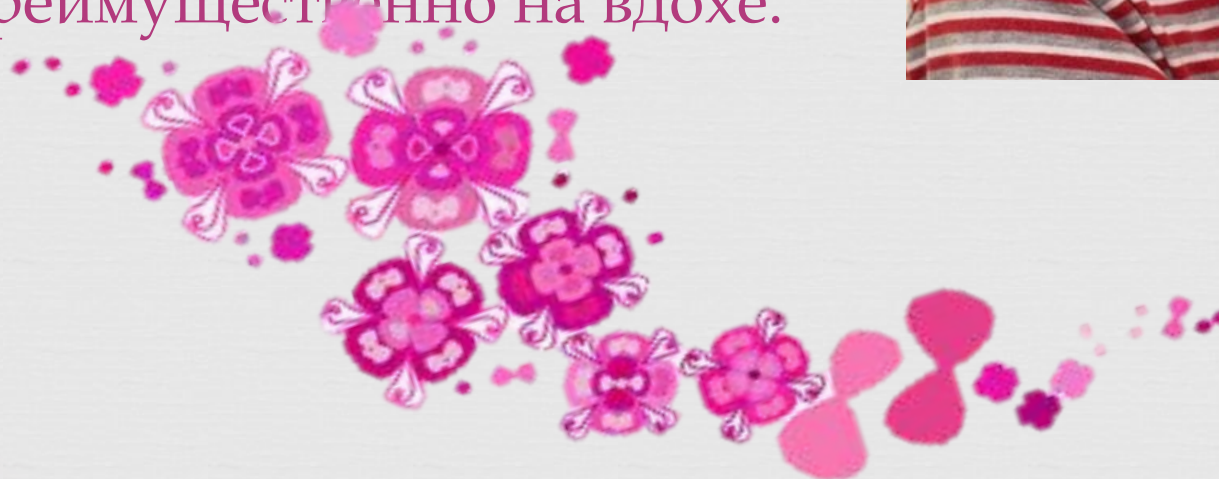


Симптомы ложного крупы

В большинстве случаев ложный круп развивается на 2-3 сутки острого инфекционного заболевания верхних дыхательных путей. Появляется типичная для крупа триада признаков: звонкий кашель лающего характера, осиплость голоса и стридор — шумное дыхание, обусловленное сужением просвета гортани. Наблюдается инспираторный тип одышки. Ребенок возбужден и беспокоен. Степень повышения температуры тела зависит от вида возбудителя и состояния реактивности организма. Это может быть субфебрилитет (чаще при парагриппозной инфекции) и подъем температуру до 40 °С (преимущественно при гриппе). Осмотр ребенка с ложным крупом часто выявляет увеличение шейных лимфоузлов (лимфаденит). При вдохе могут выслушиваться свистящие сухие хрипы.

Клинические проявления ложного крупа напрямую зависят от степени стеноза гортани.

I степень стеноза характеризуется наличием одышки лишь при физической нагрузке и волнении ребенка. Аускультация обнаруживает удлиненный вдох и наличие в легких единичных свистящих хрипов, появляющихся преимущественно на вдохе.



II степень стеноза отличается наличием одышки и в состоянии покоя. На вдохе наблюдается втяжение яремной ямки и межреберных промежутков. Аускультативно выслушиваются сухие хрипы. Возникает синюшная окраска носогубного треугольника, свидетельствующая о легком кислородном голодании. Отмечается тахикардия, возбуждение,



III степень стеноза. Имеет место сильная инспираторная одышка с втяжением во время дыхания яремной ямки, межреберий и эпигастральной области. У больного ложным крупом отмечается выраженный «лающий» кашель, появляется дисфония и парадоксальное дыхание. Возможна одышка смешанного характера, которая является неблагоприятным признаком в плане прогноза заболевания. Цианоз носит диффузный характер. Пульс нитивидный с выпадениями на вдохе, тахикардия. Беспокойство ребенка сменяется заторможенностью, сонливостью, возникает спутанность сознания. В легких на вдохе и на выдохе выслушиваются сухие и влажные разнокалиберные хрипы, отмечается





IV степень стеноза характеризуется отсутствием типичного для ложного крупа «лающего» кашля и шумного дыхания. Наблюдается аритмичное поверхностное дыхание, артериальная гипотония, брадикардия.

Возможны судороги.

Сознание пациента с ложным крупом спутано и переходит в гипоксическую кому. Ложный круп с IV степенью стеноза может закончиться летальным исходом в следствие развития асфиксии.



Отличительной особенностью является то, что ложный круп протекает с изменениями тяжести обструктивного синдрома и инспираторной одышки на протяжении суток от резко выраженных до почти незаметных. Однако наибольшая тяжесть состояния отмечается всегда ночью. Именно ночью возникают приступы ложного крупа, вызванные выраженным стенозом гортани. Они проявляются прогрессирующим чувством удушья, страхом и двигательным беспокойством со стороны ребенка, сильной одышкой, характерным кашлем, периоральным цианозом и бледностью остального кожного покрова.



Осложнения ложного крупы

Нарушение нормального дыхания при ложном крупе со стенозом II-III степени приводит к присоединению бактериальной флоры и образованию на стенках гортани гнойно-фибринозных пленок. Распространение инфекции ниже по дыхательным путям обуславливает развитие острого трахеобронхита, обструктивного бронхита и пневмонии. Осложнением при крупе могут также стать синусит, отит, ангина, конъюнктивит,





Диагностика ложного крупы

Ложный круп диагностируется педиатром или отоларингологом на основании типичной клинической картины, данных анамнеза (возникновение заболевания на фоне инфекции дыхательных путей), результатах осмотра ребенка и аускультации легких. Дополнительно проводится микроларингоскопия и бакпосев мазка из зева для выявления и идентификации возбудителя бактериальной природы. Установление хламидийной и микоплазменной флоры, которой в отдельных случаях бывает вызван ложный круп, производится методами ПЦР и ИФА. Для выявления грибковой инфекции производят микроскопию мазка и посев на среду Сабуро. Оценку тяжести гипоксии, которой сопровождается ложный круп, проводят по анализу КОС (кислотно-основного состояния) и газового состава крови. Диагностика обусловленных ложным крупом осложнений включает рентгенографию легких, фарингоскопию, риноскопию, отоскопию и рентгенографию околоносовых пазух.



Дифференциальная диагностика ложного крупы

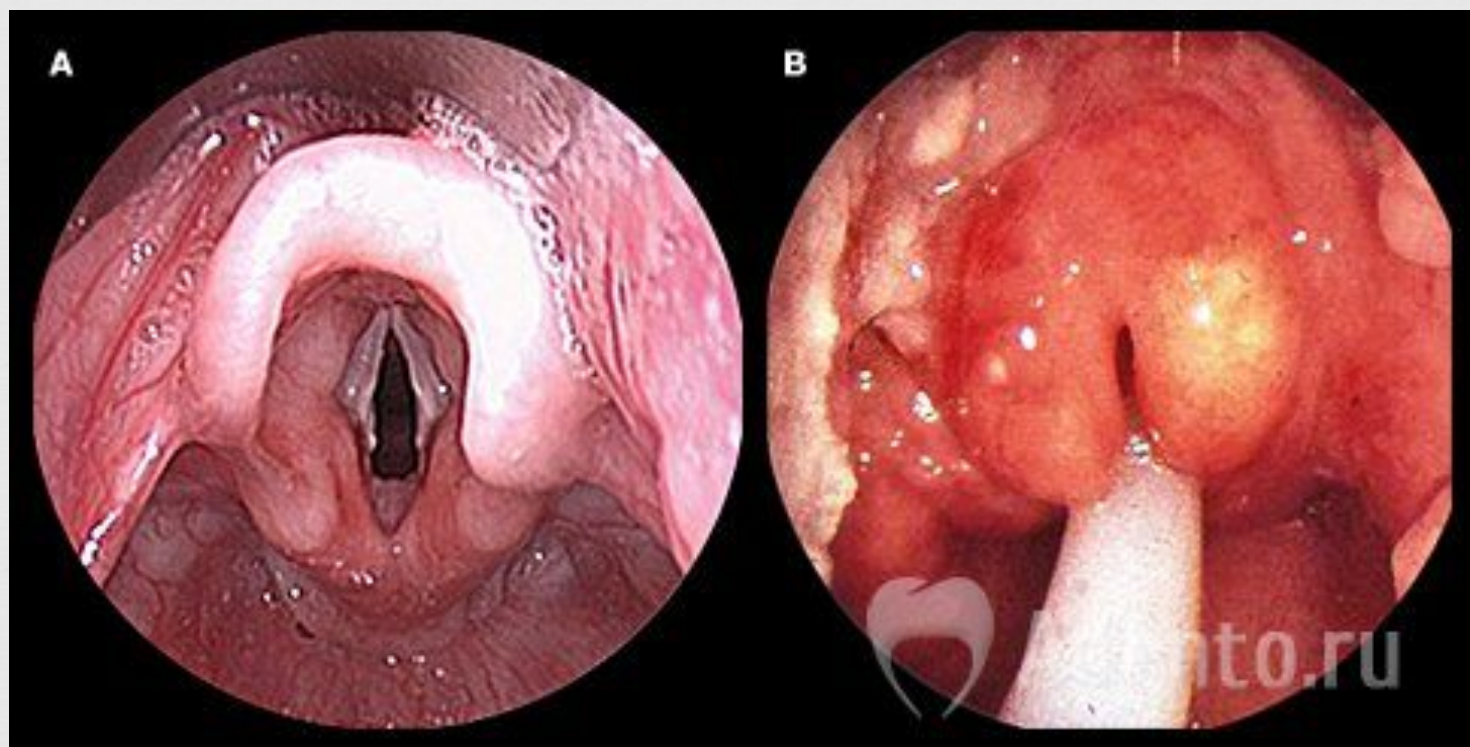
Ложный круп в первую очередь необходимо дифференцировать с истинным. Дифтерийный круп отличается постепенным и прогрессирующим нарастанием стеноза гортани, сопровождающимся дисфонией вплоть до полного отсутствия голоса.

Ложный круп может протекать с нарушениями голоса, но при нем никогда не бывает афонии.

Истинный круп характеризуется отсутствием усиления голоса при плаче или крике. У пациентов с ложным крупом усиление голоса сохраняется.

Диагностировать дифтерийный круп помогает выявление дифтерийных налетов при осмотре гортани и обнаружение возбудителя дифтерии при бактериологическом исследовании мазков.

Ложный круп также дифференцируют от других заболеваний, которые могут сопровождаться стенозом гортани. Это аллергический отек гортани, инородное тело гортани, острый эпиглоттит, заглоточный абсцесс, опухоль гортани, поражение гортани у детей с врожденным сифилисом, приступ бронхиальной астмы, врожденный стридор и пр.





Лечение

Маленьким пациентам назначают теплое питье - молоко, боржоми, а так же горячие ножные или общие ванны, обертывания с использованием горчицы, горчичники на область шеи. Для того чтобы успокоить ребенка старше 3 лет ему дают успокаивающие капли а для смягчения кашля назначаются препараты, которые способствуют лучшему отхождению мокроты.



Острый флегмонозный ларингит



Причины возникновения и течение болезни. Причин возникновения этого заболевания достаточно много. Часто оно возникает при таких травмах гортани как ожог гортани, инородное тело гортани и т.д. Острый флегмонозный ларингит иногда развивается при тифе, паратонзиллите, заболеваниях крови и ее заражении, роже и др.

Иногда это заболевание проявляется как осложнение при сифилисе, туберкулезе и раке гортани. Встречаются случаи, когда флегмонозный ларингит развивается после гортанной ангины.



Воспалительный процесс в основном вызывают стрептококки, пневмококки и стафилококки. Гораздо реже возбудителем этого заболевания являются спирохеты в сочетании с веретенообразной палочкой. Экссудат может быть гнойным или серозно-гнойным. Сначала он скапливается в местах, где в гортани имеется хорошо развитый подслизистый слой, а потом приобретает разлитой характер. Если воспалительный процесс имеет склонность к ограничению, то возникает абсцесс. При распространении инфекции по кровеносным и лимфатическим сосудам может развиваться сразу несколько очагов воспаления. В зависимости от вирулентности (болезнетворности) инфекции возможно различное течение заболевания:

- Рассасывание инфильтрата;
- Гнойное расплавление ткани, после чего очаг воспаления вскрывается сквозь слизистую оболочку;
- Распространение воспаления на надхрящницу;
- Выход процесса за пределы гортани и распространение его по межтканевым щелям, которые располагаются в шее. Иногда возможно достижение средостения.

Для острого флегмонозного ларингита характерно острое начало. Больные испытывают недомогание, слабость и разбитость. Отмечается повышение температуры и боли в горле. Если воспалительный процесс возникает в области голосовых складок, то возможны следующие проявления: трудности при дыхании, охриплость голоса, лающий кашель. Нередко возникает такое осложнение, как острый стеноз гортани.



При таком заболевании чаще всего наблюдается отек, инфильтрации и возникновение очагов воспаления с явлениями острого перихондрита гортани (воспаление надхрящницы или тканей, которые окружают хрящ). Слизистая оболочка гортани приобретает ярко-красную окраску, на которой располагаются островки омертвевшего эпителия. Отмечается наличие густых слизисто-гнойных выделений. При абсцедировании можно довольно легко обнаружить инфильтрацию на ограниченном участке, с вершиной, через которую просвечивает гной. Чаще всего изолированные гнойники встречаются на язычной поверхности надгортанника и черпалонадгортанных складках.

Флегмонозный ларингит следует отличать от отека гортани, гортанной ангины и острого перихондрита гортани. При отеке отсутствуют признаки воспаления, он отличается по цвету и имеет желеподобную консистенцию. Течение перихондрита имеет довольно большое сходство с развитием флегмонозного ларингита, однако ларингит носит острый характер и при нем наблюдается абсцесс и развитие отёка.

Лечить острый флегмонозный ларингит нужно в условиях стационара. Пациентам назначают антибиотики с широким спектром действия. Проводится противоотечная терапия, которая включает прием кортикостероидов, мочегонных и антигистаминных препаратов. В случае обнаружения абсцесса проводят операцию

Рожа гортани



В качестве возбудителей рожы гортани в основном выступают стрептококки, стафилококки, пневмококки. Они могут проникнуть в подслизистые ткани, даже если повреждения слизистой оболочки гортани не очень значительны. Рожа гортани может возникнуть как первичное заболевание, но чаще всего заражение происходит через трахеостомическое отверстие, если такое заболевание первично возникло на слизистых

Воспалительный процесс, протекающий в подслизистом слое, имеет значительное сходство с такими заболеваниями как острый отёчный ларингит или флегмона гортани. Для рожы гортани характерно возникновение воспалительного отёка, клинические проявления которого соответствуют первой стадии острого катарального ларингита. Но затем к нему присоединяются такие симптомы как мелкоклеточная

Заболевание проявляет себя внезапно резким подъемом температуры до 40 градусов по Цельсию, которая сопровождается потрясающим ознобом. Наблюдаются сильные головные боли, адинамия (общий упадок сил). При глотании и разговоре возникает боль, которая отдает в уши. Затруднения при дыхании могут привести к асфиксии (удушью). В некоторых случаях возможно затемнение сознания и потеря всякой связи с действительностью. Голос становится хриплым, а иногда возможна и его полная потеря -



При роже гортани слизистая оболочка приобретает темно-красную окраску. В надгортаннике, черпалах и черпалонадгортанных складках отмечается умеренная инфильтрация. Отёк имеет склонность быстро захватывать участки, которые еще не вовлечены в воспалительный процесс. Одновременно наблюдается постепенное угасание воспаления на участках слизистой, которые были заняты рожистым процессом первоначально. В некоторых случаях можно видеть пятна фибринозного транссудата (отёчная жидкость), которые имеют серовато-белый цвет.

Расположенные на шее лимфатические узлы увеличиваются в размерах, становятся более плотными и



Диагноз ставится на основании характерных клинических проявлений с учетом тяжелого состояния лор пациента. Рожу гортани иногда путают с острым отёчным ларингитом и острым флегмонозным ларингитом. Однако при этих состояниях имеются существенные отличия. При отеке гортани слизистая оболочка имеет бледную окраску, температура остается в норме или незначительно повышается. При флегмонозном ларингите температура редко бывает очень высокой, а припухлость захватывает окружающие ткани значительно медленнее, чем при развитии рожи гортани.

Рожь гортани, если не возникают какие-либо осложнения, длится от 6 до 12 дней и чаще всего проходит не вызывая последствий. Однако при неблагоприятном течении заболевания возможно возникновение таких серьезных осложнений как рожистая бронхопневмония и острый



Пациентам назначают антибактериальную терапию. Проводятся мероприятия по дезинтоксикации и дегидратации (удаление излишней жидкости). Показаны и физиотерапевтические процедуры: ультрафиолетовое облучение области шеи и полости рта, сеансы лазеротерапии, сеансы виброакустической терапии, ультрафиолетовое облучение, ультразвуковое лекарственное орошение ротоглотки и гортаноглотки, ингаляции небулайзером с использованием аэрозольных антибиотиков.

Абсцесс гортани



Чаще всего причиной возникновения абсцесса гортани становится повреждение слизистой оболочки гортаноглотки, каким-либо инородным предметом, например, рыбной костью, во время прохождения пищевого комка по гортаноглотке в пищевод. Гнойное воспаление в основном возникает в области расположения одного из черпаловидных хрящей или язычной поверхности надгортанника. Как правило, абсцесс гортани развивается постепенно и сопровождается общей воспалительной реакцией всего организма: повышение температуры тела, слабость, адинамия, воспалительные изменения в крови и т.д.

Вследствие длительного воспаления образуется полость – карман, в котором скапливается гной. При этом визуально место, где наблюдается самое значительное выбухание, и есть место скопления гноя. Через слизистую оболочку часто просвечивается содержимое гнойного кармана, и выглядит

Лор пациенты в основном жалуются на ощущение инородного тела в горле и гортани и на болевые ощущения, которые при приеме пищи становятся значительно сильнее. В некоторых случаях боль бывает настолько сильной, что процесс глотания становится невозможным. В ходе осмотра гортани наблюдается ограниченный участок воспаленной слизистой оболочки,

а в её центре хорошо виден очаг воспаления.

При развитии заболевания в черпаловидном хряще или надгортаннике резко снижается их подвижность. При

отсутствии своевременного лечения может развиться острый

стеноз гортани



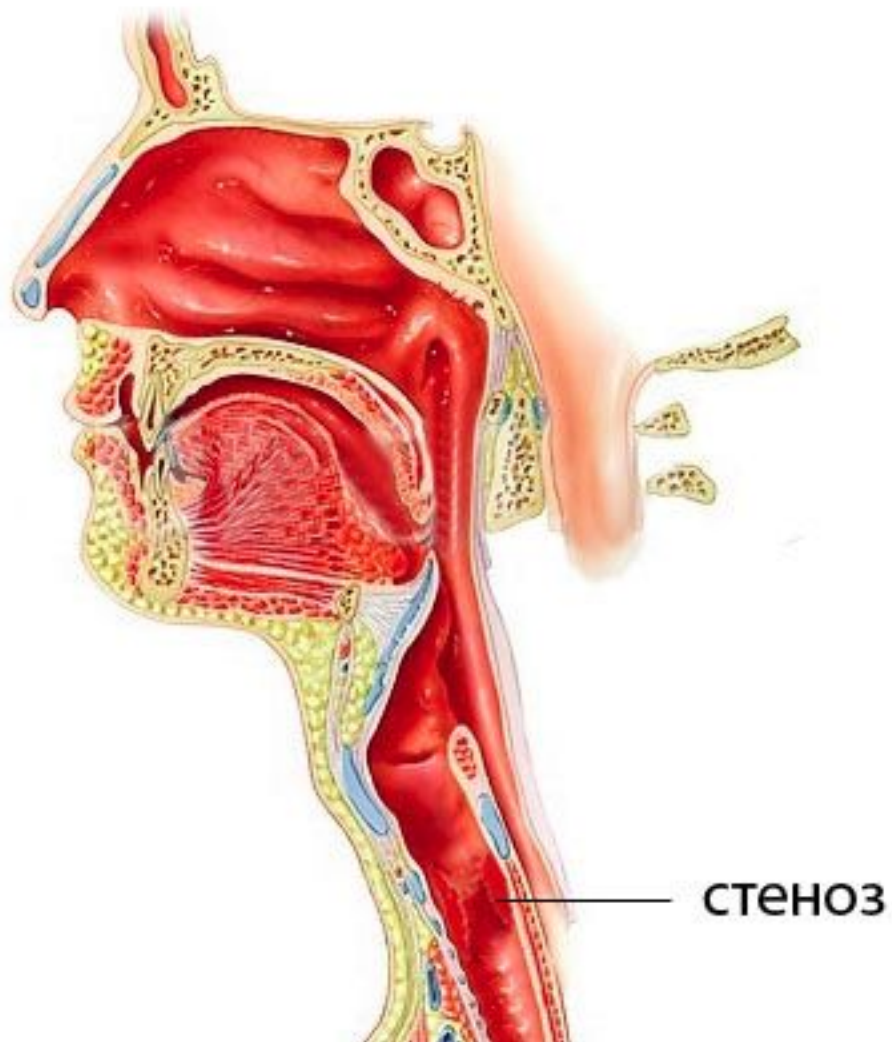
Цель лечения этого заболевания – ликвидация (опорожнение и санация) гнойного очага воспаления. На стадии инфильтрации назначают противовоспалительные и антибактериальные препараты. Следует внимательно наблюдать за дыханием больного и в случае возникновения острого стеноза гортани (сужения дыхательных путей) необходимо проведение операции трахеотомии, а в экстремальных случаях, когда счёт идёт на минуты – коникотомии, с последующим проведением операции – трахесомии.



Если абсцесс уже сформировался, то его нужно дренировать. После проведения операции по вскрытию абсцесса гортани назначают ингаляции с использованием антибиотиков. В этом случае хороший эффект дает препарат биопарокс, который необходимо использовать

Острый стеноз гортани

Стеноз гортани



Причины возникновения острого стеноза гортани могут носить как общий, так и местный характер, причем они очень разнообразны и многочисленны. К ним относятся:

Местные заболевания воспалительного характера – ложный круп, острый катаральный ларингит, острый флегмонозный ларингит, гортанная ангина, абсцесс гортани, дифтерия гортани;



Невоспалительные процессы в гортани - инородные тела гортаноглотки, врожденные дефекты развития гортани, огнестрельные ранения гортани, а также механические травмы гортани, термические и химические травмы гортани, полученные как в быту, так и на производстве;

- Инфекционные заболевания, носящие острый характер, – скарлатина, дифтерия, тиф, корь и т.д.;
- Заболевания общего характера – воспаление лёгких, болезни сердца и почек, сифилис, туберкулез, аллергия на лекарственные препараты и т.д.;
- Паралич гортанных нервов;
- Заглочный абсцесс и патологические процессы в близко расположенных областях;
- Новообразования в пищеводе и средостении;
- Гипертрофические изменения в щитовидной железе, которую иногда называют зобом.

Для ранних этапов развития острого стеноза гортани характерно возникновение гипоксии (острое кислородное голодание) и гиперкапнии (отравление углекислым газом). Избыточное содержание в организме человека углекислого газа приводит к возбуждению в дыхательном и сосудодвигательном центре. Потом это становится причиной излишней активности тормозящих волокон блуждающего нерва,



При возникновении острого стеноза в области средостения возрастает отрицательное давление. В результате у лор больных дыхание становится шумным, нарушается его ритмичность, надключичные ямки западают. При прогрессировании заболевания у пациента появляются навязчивые страхи и наступает двигательное возбуждение, в результате чего он стремится куда-то бежать, мечется по комнате. Одновременно возникают такие явления: гиперемия (резкое покраснение) лица, высокая потливость, нарушения в деятельности сердца, почек и желудка; губы, ногти и нос приобретают сильно выраженный синюшный оттенок, возникает инспираторная одышка (одышка при вдохе).

Острый стеноз гортани имеет следующие стадии: компенсации, субкомпенсации, декомпенсации и асфиксии. Каждая из них имеет свои проявления и особенности.

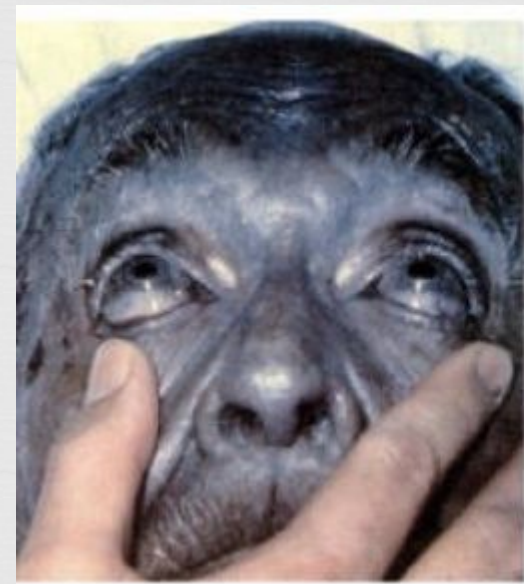


Для стадии компенсации характерно сокращение частоты дыхания, когда паузы между вдохом и выдохом сокращаются. К тому же пульс становится реже, а при физической нагрузке возникает инспираторная отдышка

При наступлении второй стадии острого стеноза больному для того чтобы сделать вдох необходимо выраженное усилие. При этом дыхание становится настолько шумным, что его можно услышать даже на расстоянии, наблюдается бледность кожных покровов. Возникают изменения в поведении пациента – он становится ещё более беспокойным, постоянно мечется. Кроме этого, в процесс дыхания включаются мускулатура грудной клетки: реберные, под- и надключичные ямки, промежутки между



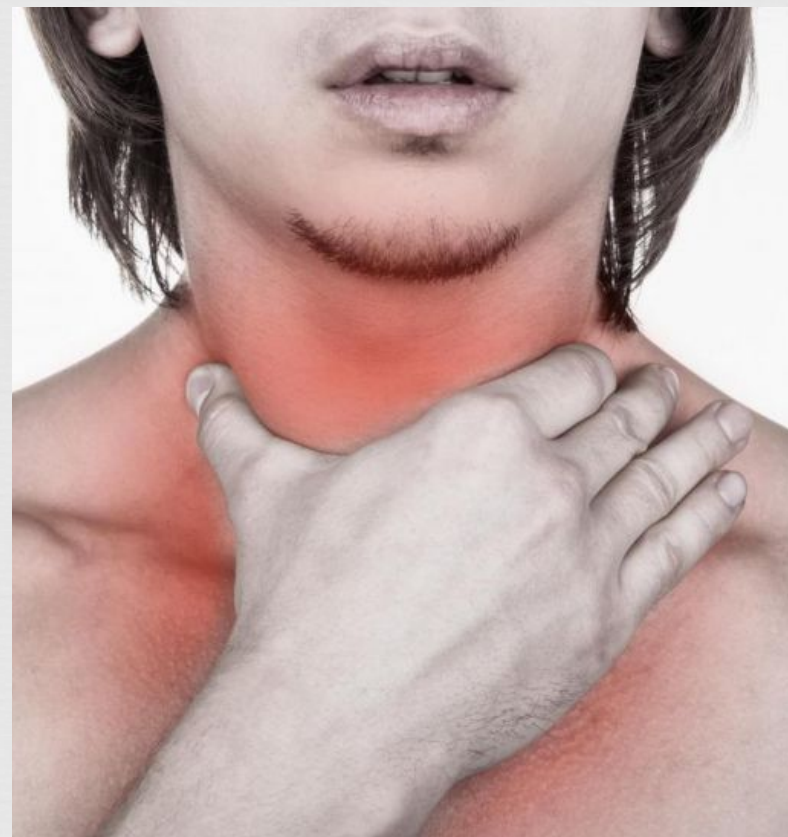
В стадии декомпенсации состояние больного переходит в тяжелое. Дыхание становится частым и поверхностным, появляется потливость. Кожные покровы приобретают бледно-синюшный оттенок. Это явление возникает как следствие развития сначала акроциноза (недостаточность кровоснабжения капилляров), а затем цианоза, который возникает из-за высокого содержания в крови восстановленного гемоглобина. Больной вынужден полусидеть с запрокинутой головой, а гортань при этом совершает



При наступлении последней стадии заболевания – асфиксии у пациента наблюдается усталость и безразличие. Дыхание становится прерывистым и поверхностным. Пульс – более частым и нитевидным, кожа приобретает бледно-розовый цвет, зрачки расширяются. Потом пациент теряет сознание, происходит непроизвольное мочеиспускание и дефекация, а потом наступает смерть.



Это заболевание имеет ряд специфических симптомов, которые позволяют однозначно диагностировать острый стеноз гортани. Но при диагностике следует исключить следующие патологические состояния: приступ бронхиальной астмы, приступ истерии, травмы черепа и головного мозга и т. д. При этих заболеваниях в гортани и трахее наблюдается скопление слизи, что имеет большое сходство с клинической картиной стеноза гортани. Следует исключить отдышку



Пациенты с острым стенозом гортани нуждаются в неотложном лечении и в срочном порядке направляются в лор стационар. Если стеноз гортани находится в стадии компенсации, то возможно консервативное лечение. Однако необходимо постоянное наблюдение за состоянием лор больного, так как в любое время может потребоваться хирургическое вмешательство - трахеотомия. Вначале больным назначают отвлекающие и дегритационные (удаление излишней жидкости) мероприятия. Показаны ванны для ног, внутривенное введение десенсебилизирующих (противоотёчных) препаратов и раствора глюкозы, теплое питье небольшими порциями, магнезия. Назначаются оказывающие седативное воздействие бромиды, антигистаминные и кортикостероидные препараты.

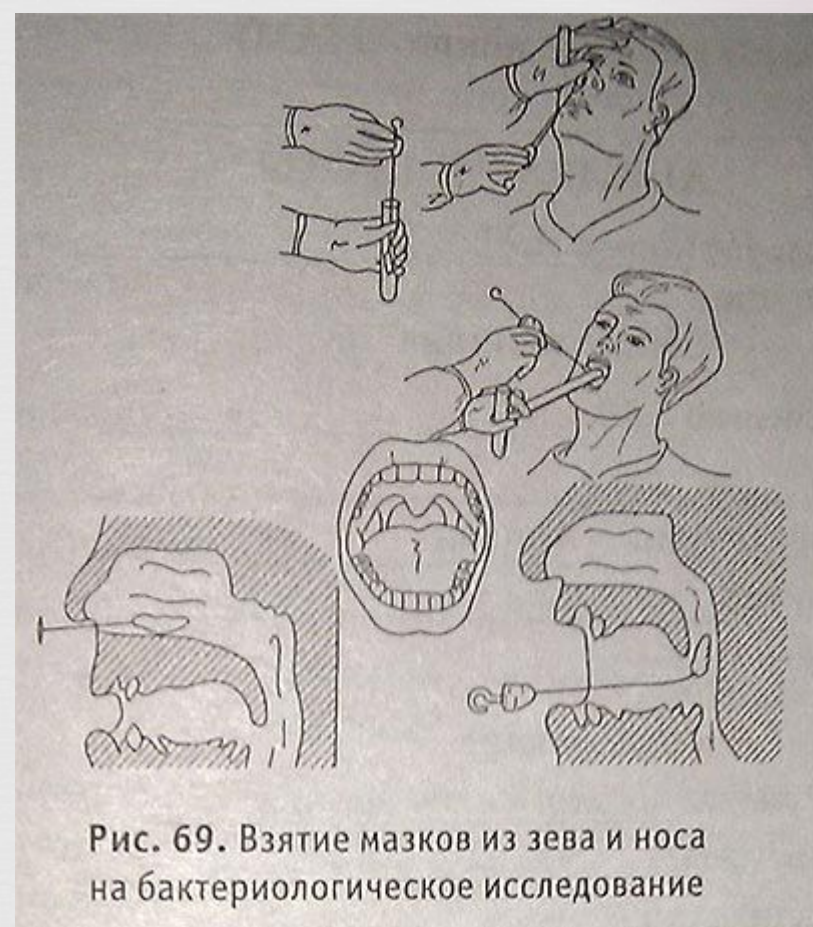
Дифтерия гортани



Чаще всего дифтерией
гортани болеют дети.

Возбудителем этого
заболевания является палочка
дифтерии, или по другому
Бацилла Леффлера (BL).

Изолированное поражение
гортани бывает очень редко.
Как правило, это заболевание
возникает в сочетании с
дифтерией носа и зева.

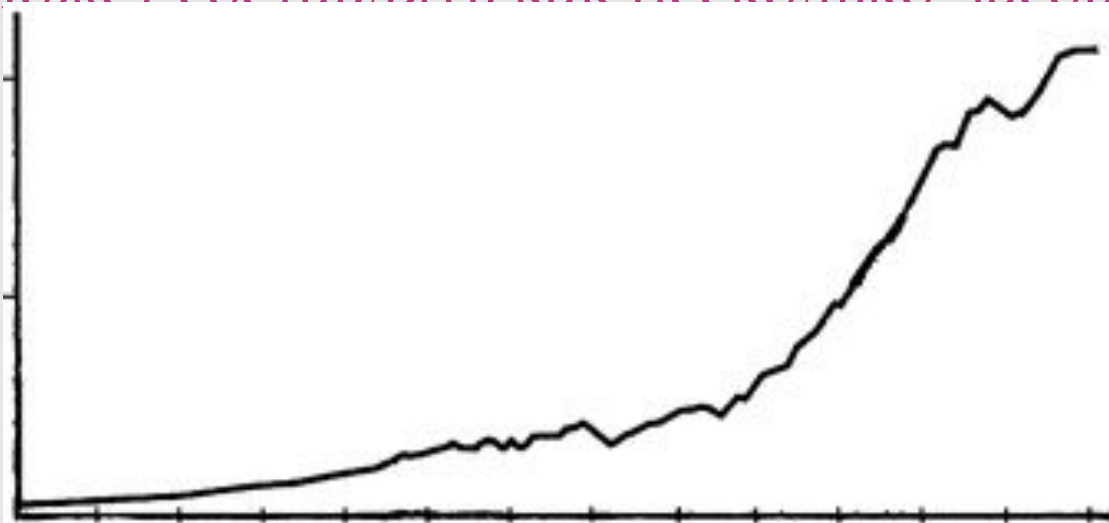


При развитии дифтерии гортани четко просматривается картина возникновения острого стеноза: образование фибринозных налётов, отёк слизистой оболочки гортани и спазм внутренних мышц гортани. При этом заболевании симптомы нарастают в определенной последовательности и поэтому можно выделить следующие стадии:

- Дисфоническая, иногда называют стадией крупозного кашля;
- Стенотическая;
- Асфиктическая.

На первой стадии заболевания развиваются катаральные изменения: значительно повышается температура тела, проявляются симптомы, характерные для общей интоксикации организма. Появляется кашель, который постепенно усиливается. Наблюдаются изменения голоса – охриплость вплоть до афонии (отсутствие звучного голоса). Это происходит из-за того, что голосовые связки покрывает фибринозный налет.

Кашель сначала становится хриплым, а потом практически беззвучным. Продолжительность этой стадии может составлять как несколько часов, так и дней.



При наступлении второй, стенотической фазы заболевания, такие проявления как афония и беззвучный кашель сохраняются. К ним присоединяется затруднение дыхания, которое возникает из-за уменьшения просвета в гортани. Это вызвано наличием пленок, а также рефлексорным спазмом внутренних мышц гортани, которое возникает из-за того, что нервные окончания раздражаются дифтерийным токсином. Затрудненный вдох (инспираторная отдышка) сопровождается резким втяжением уступчивых мест грудной клетки (межреберные промежутки, верхняя часть живота и ямка, расположенная между ключицами). По мере увеличения отека возрастает и степень нарастания стеноза гортани. При этом пациент бледнеет, а в некоторых случаях появляется цианотическая окраска кожи (синюшный цвет слизистых и кожи). Кроме того он мечется и буквально обливается холодным потом, пульс становится более частым, а дыхание – шумным.

Асфиктическая стадия оправдывает свое название. Она наблюдается при переходе стеноза гортани в терминальную стадию. Больной становится безучастным к происходящему вокруг него, сонливым. Частота дыхания увеличивается, а пульс становится нитевидным. В итоге наступает смерть от удушья.



При подозрении на дифтерию назначают бактериологическое исследование мазков, взятых из глотки, носа и гортани. Кроме этого, для постановки правильного диагноза проводится ларингоскопия. При дифтерии пленки снимаются с большим трудом и после этого слизистая оболочка сильно кровоточит. В случае если вышеперечисленные исследования указывают именно на наличие дифтерии, то учитывая нарастающие проявления стеноза гортани, можно поставить точный диагноз.

Это заболевание следует отличать от острого ларинготрахеита, который часто возникает при ОРВИ. В случае если есть подозрение на дифтерию, больного немедленно изолируют и направляют в инфекционную

Больному вводят
противодифтерийную
антитоксическую сыворотку.

Её доза определяется
тяжестью заболевания.

Лечение проводится
исключительно в
инфекционной больнице.

Прогноз в основном зависит
от своевременности
обращения за медицинской
помощью и тяжести течения
заболевания, а так же
правильности назначенного
лечения.



Хронические воспалительные заболевания гортани

Хронический ларингит

Хронический ларингит – это воспаление, которое возникло в слизистой оболочке гортани и носит хронический характер. Его возникновение связано с ранее перенесенными острыми ларингитами, которые не были своевременно вылечены до полного выздоровления, а также хроническими воспалениями в бронхах, легких, носовой полости и околоносовых



Хронический стеноз

Гортани
Хронический стеноз гортани – так называют устойчивое сужение просвета гортани, которое возникает из-за морфологических изменений в ней, а также и в рядом расположенных анатомических областях.



Папилломатоз

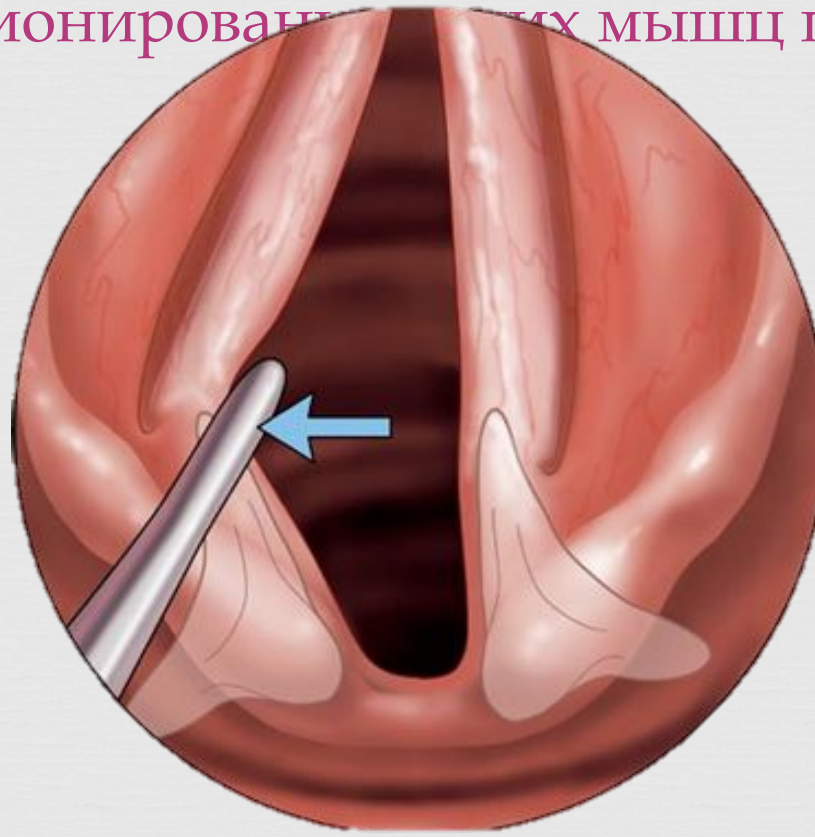
Папилломатоз Гортани — это патология, при которой на слизистой оболочке гортани происходит образование множественных папиллом. Они развиваются из плоского или переходного эпителия и выделяются над поверхностью гортани в виде мелких гроздей или



Паралич

гортани

Паралич гортани – это нарушение двигательной функции из-за практически полного отсутствия произвольных движений в гортани. Они возникают из-за разрушения связи между центральной нервной системой и соответствующими мышцами гортани, а также при нарушении функционирования этих мышц гортани.





Врождённые заболевания гортани

Врожденная мембрана гортани



Причиной является патология развития. Чем меньше мембрана фиксирует связки, тем слабее проявляются симптомы заболевания. Однако при вирусных заболеваниях симптомы могут усиливаться. При врожденной мембране гортани возможно свистящее и прерывистое дыхание, нарушение голоса. В тяжелых случаях (при мембране, полностью блокирующей связки и перекрывающей дыхательный проход) может появиться затруднение дыхания и развиваться удушье.



При наличии вышеперечисленных симптомов или подозрении на врожденную мембрану гортани необходимо сделать эндоскопию. При подтверждении диагноза необходимо хирургическое вмешательство, выбор которого зависит от многих факторов: степени тяжести заболевания, места расположения мембраны, общего состояния пациента, существования других патологий дыхательных путей. Чаще всего делают резекцию и бужирование. В





Травмы гортани и трахеи

Открытая травма



Резаная рана



Колотая рана гортани



Огнестрельная рана гортани



Закрытая травма гортани

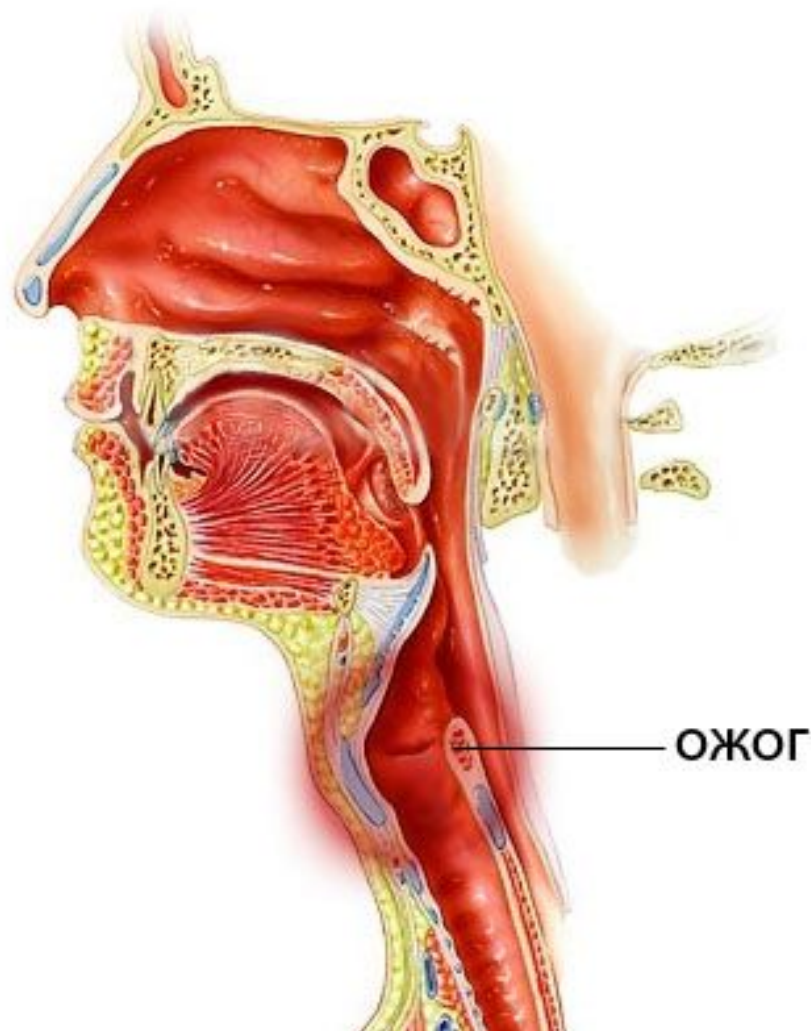


Наружная закрытая травма гортани



Ожоги гортани

Ожог гортани



Инородное тело гортани





Спасибо за
внимание