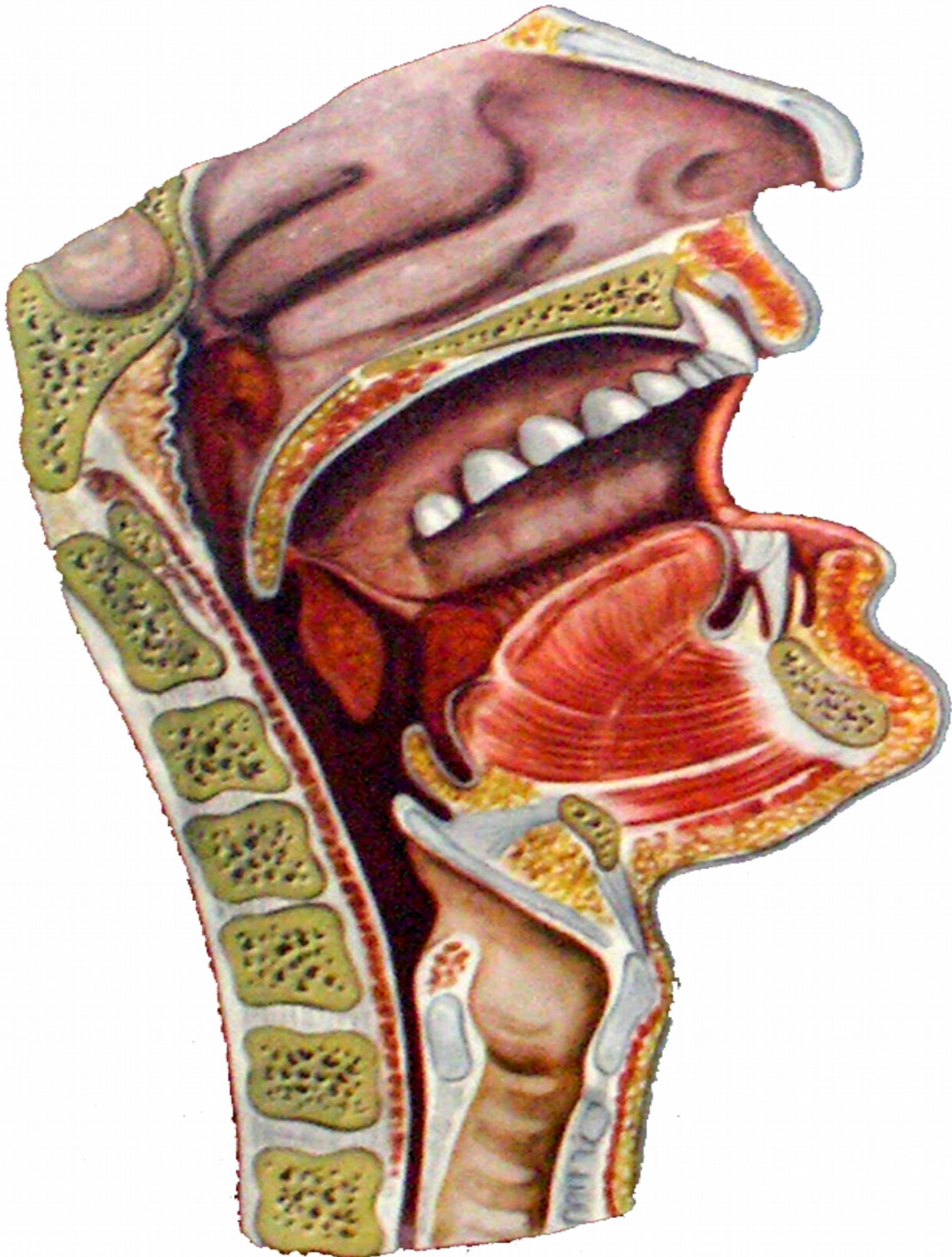


КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ І ФІЗІОЛОГІЯ
ГЛОТКИ, ГОРТАНІ. ГОСТРІ ТА
ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЛОТКИ
І ГОРТАНІ.

ГІПЕРТРОФІЯ ЛІМФОЇДНОЇ
ТКАНИНИ ГЛОТКИ.
НОВОУТВОРЕННЯ ГЛОТКИ І
ГОРТАНІ.

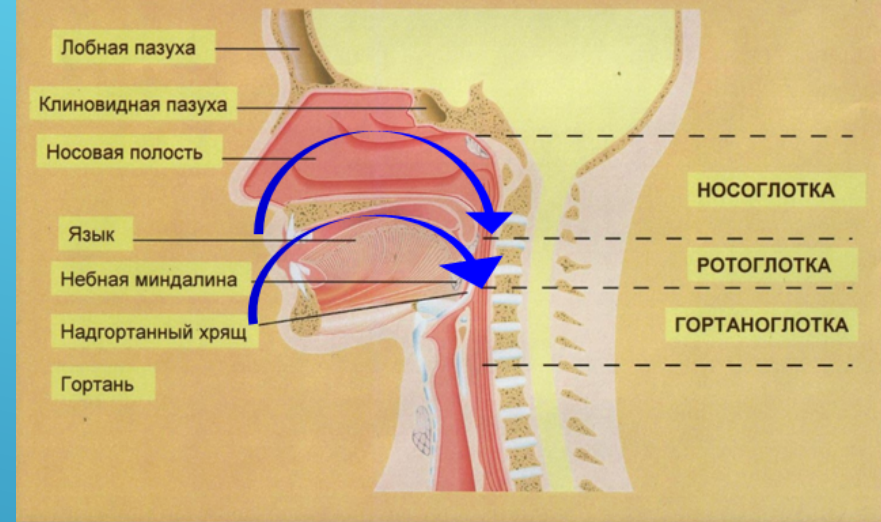
ТРАВМИ ГОРТАНІ. СТЕНОЗ
ГОРТАНІ. ТРАХЕОСТОМІЯ.



ВІДДІЛИ ГЛОТКИ

- носоглотка
- ротоглотка
- гортаноглотка

ФУНКЦІЇ ГЛОТКИ



1. Дихальна

2. Травна і їжепровідна

3. Голосо- і мовообразуюча

4. Визначення смаку

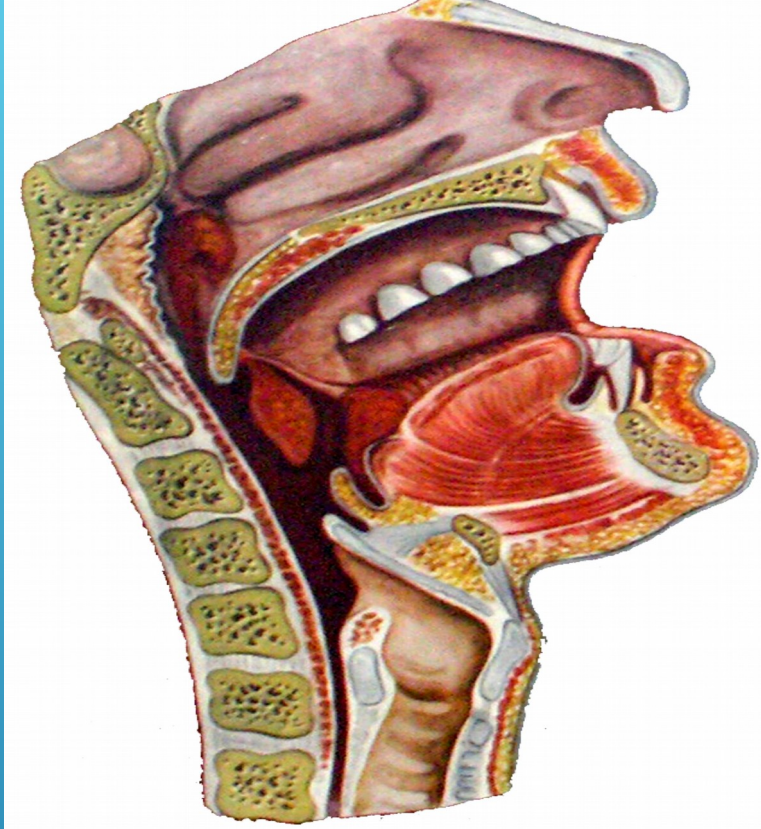
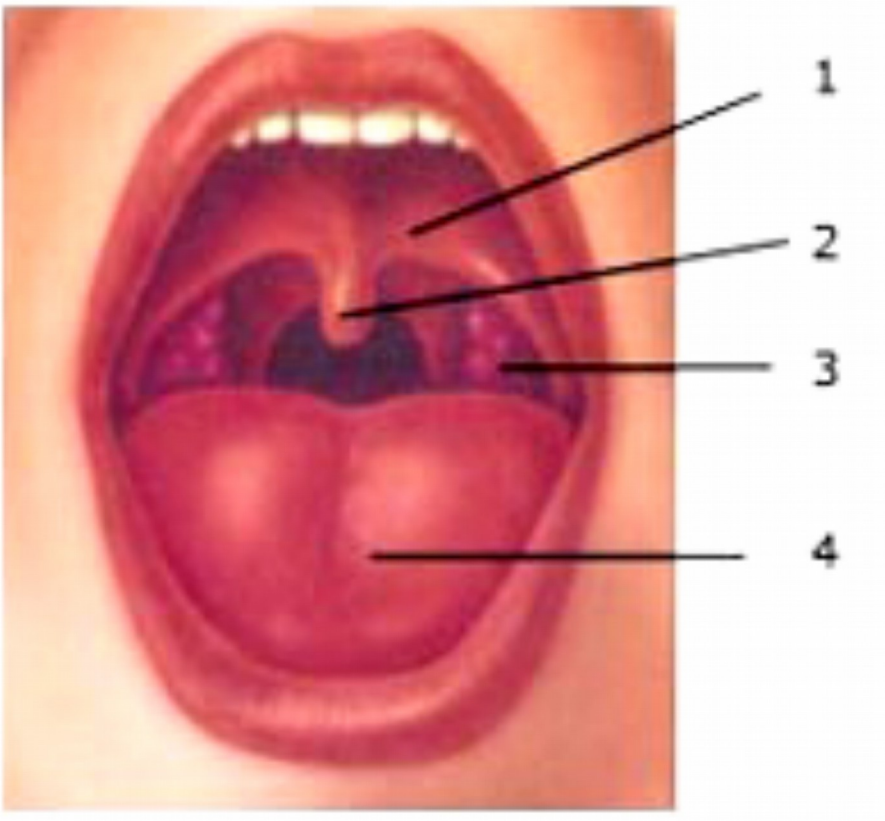
5. Захисна:

□ механічний захист (кашель, блювотний рефлекс, мукоциліарний кліренс);

□ бактерицидні властивості слизу і слини;

□ виражена активність репарації;

□ імунна (лімфоепітеліального кільце глотки Пирогова-Вальдейера)



Фарінгоскопія:

- м'яке піднебіння
- язичок
- піднебінна мигдалина
- ЯЗИК

Лімфоепітеліальне кільце глотки Пирогова-Вальдейєра
 I, II - піднебінні мигдалини;
 III - глоткова мигдалина;
 IV – язична мигдалина;
 V, VI - трубні мигдалики.

ЛІМФОЇДНА ТКАНИНА ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИН



- Капсула - листок щечно-глоткової фасції
- Строма - представлена септотяжами або трабекулами
- Паренхіма - представлена пухкою аденоидною або ретикулярною тканиною
- Фолікули - центр розмноження лімфоцитів
- Епітеліальний покрив - багат шаровий плоский епітелій чергується з лімфоїдними клітинами
- Лакуни - від 12 до 20.
- Площа поверхні лакун мигдалин - 290-300 см²

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНОГО ГЛОТКОВОГО КІЛЬЦЯ

1. Імунна:

- клітинний імунітет - лімфоцити беруть участь у фагоцитарних реакціях;
- гуморальний імунітет - продукція секреторного SIgA, сироваткових IgA, IgM, IgG;
- антивірусний імунітет - продукція інтерферону.


2. Інформаційно-імунологічна - забезпечує надходження інформації в імунокомпетентні органи (тимус, селезінка, ретикулоендотеліальна система) про стан бактеріального фону. Ця інформація йде двома шляхами: нервовим (симпатична і парасимпатична іннервація) і гуморальним (формування клітин імунної пам'яті).

3. Кровотворна - продукція лімфоцитів.

4. Депо нуклеотидів і нуклеозидів.

ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА)

Загальне гостре інфекційне захворювання, пов'язане із запаленням лімфоаденоїдної тканини різних мигдалин глотки в результаті дії патологічної флори



ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА)

Етіологія

▣ β-гемолітичний стрептокок групи А.

Це підтверджує:

▣ 95% серед інших мікробів висіяних з лакун мигдалин;

▣ імунологічні зрушення в організмі спрямовані проти стрептокока;

▣ можливо моделювання ангін в експерименті за допомогою стрептокока

▣ при ускладненнях ангін в інших органах виявляють β-гемолітичний стрептокок

ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА)

Шляхи передачі:

- повітряно-крапельний;
- контактний;
- аліментарний.

Сприятливі фактори:

- карієс зубів;
- хронічний тонзиліт;
- хронічні гнійні синусити;
- суперінфекція;
- переохолодження;
- зниження реактивності організму.



КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ (ПО І.Б.СОЛДАТОВУ)

1. Первична:

□ катаральна, фолікулярна, лакунарна, виразково-плівкова ангіни.

2. Вторична:

□ при гострих інфекційних захворюваннях - дифтерії, скарлатині, туляремії, черевному тифі;

□ при захворюваннях системи крові - інфекційному мононуклеозі, агранулоцитозі, аліментарно-токсичної алейкії, лейкозах.

СХЕМА ПОРУШЕНЬ СТРУКТУРНИХ БАР'ЄРНИХ УТВОРЕНЬ МИГДАЛИН ПО В.І. ВОЯЧЕКА

- Епітелій, що вистилає лакуни мигдалин (катаральна ангіна);
- Підепітеліальна ретикулярна тканина (лакунарна ангіна);
- Лімфоїдні фолікули (фолікулярна ангіна);
- Пухка сполучна тканина строми (місцеві ускладнення - паратонзиліт, паратонзілярний абсцес, лімфаденіт, парафарингіт);
- Гісто-гематичеські бар'єр (метатонзілярні ускладнення - сепсис, ревматизм, нефрит та ін.).

ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА)

Клінічна картина

Загальні симптоми:

- ▣ слабкість, нездужання, лихоманка;
- ▣ зниження апетиту;
- ▣ порушення сну;
- ▣ біль у суглобах і в попереку;
- ▣ головні болі;
- ▣ підвищення температури тіла до фебрильних цифр.

Місцеві симптоми:

- ▣ біль у горлі;
- ▣ порушення ковтання.

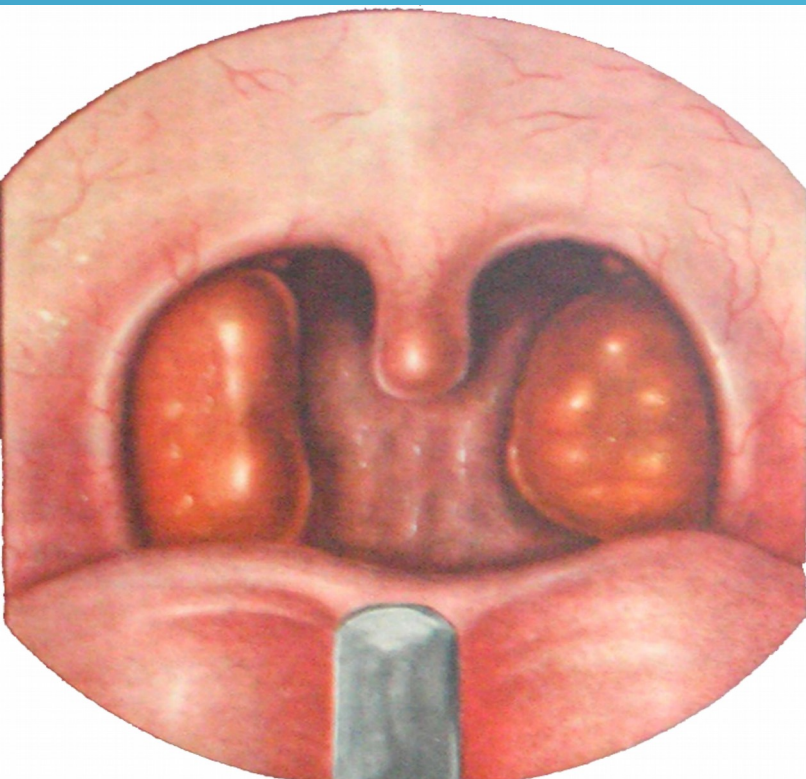
ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА)

Клінічна картина

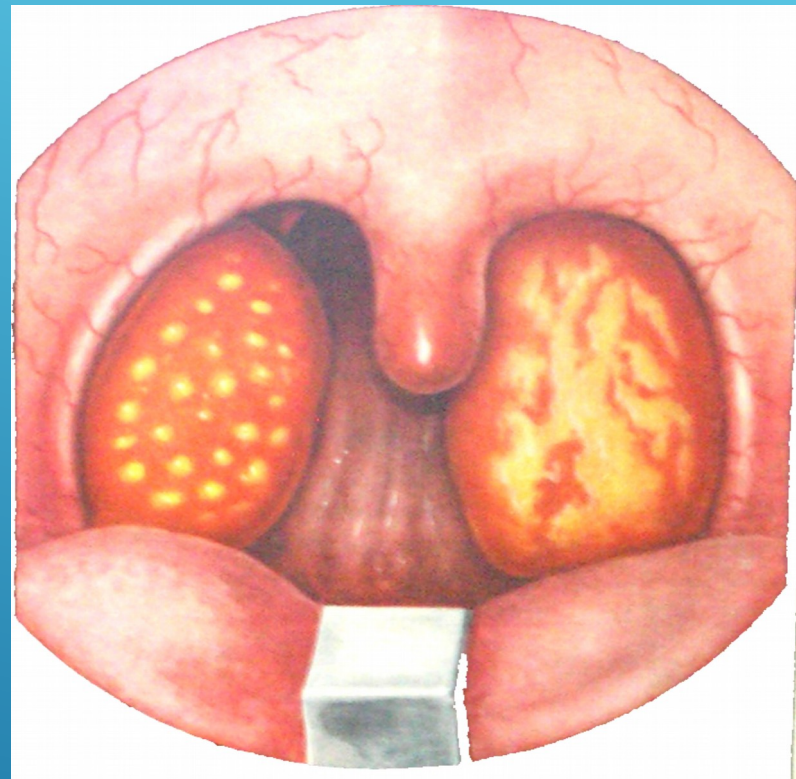
Об'єктивні зміни:

- ▣ Гіперемія піднебінних мигдалин;
- ▣ Наявність нальотів на мигдалинах (в залежності від форми ангіни);
- ▣ Неприємний запах з рота;
- ▣ Збільшення регіонарних лімфовузлів;
- ▣ Зміни показників крові (лейкоцитоз, прискорене ШОЕ, гострофазових показники: С-реактивний білок, глікопротеїди, серомукоїд, сіалова кислоти);
- ▣ Зміни в клінічному аналізі сечі (білок, лейкоцити, наявність свіжих і вилужених еритроцитів).

ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА) ФАРІНГОСКОПІЯ



Катаральна ангіна

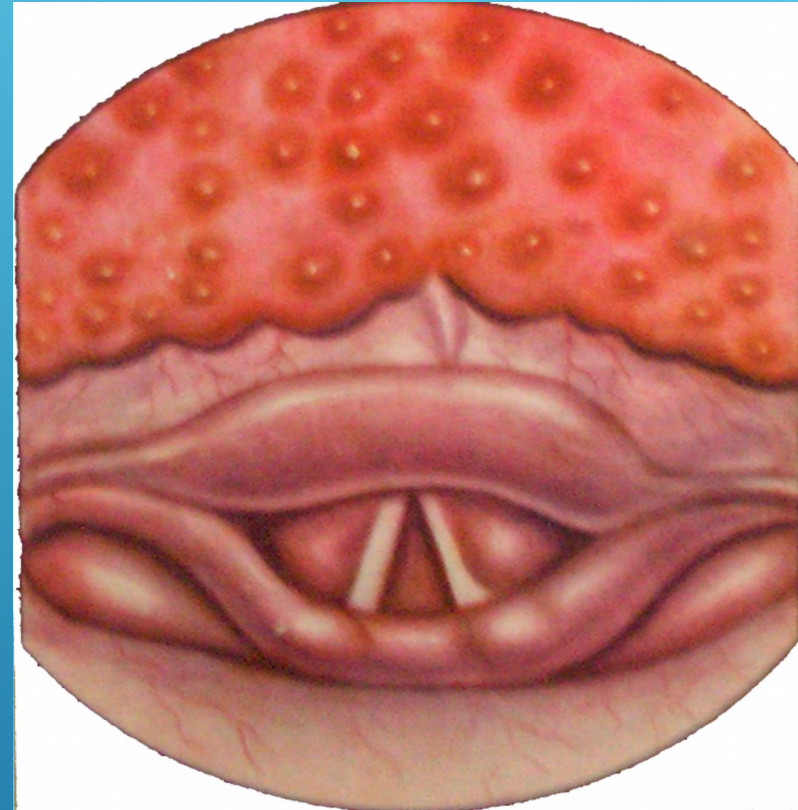


Фолікулярна ангіна
(праворуч) і лакунарна
ангіна (ліворуч)

ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА)



Ангіна глоткової
мигдалини
(аденоїдит)



Ангіна язичної
мигдалини

ГОСТРИЙ ТОНЗИЛІТ (АНГІНА)

Лікування


Загальне лікування:

- ▣ антибактеріальна терапія
- ▣ протизапальна терапія (глюконат кальцію, аспірин, НСПВС)
- ▣ анальгетики
- ▣ гипосенсибилизирующая терапія
- ▣ Постільний режим

Місцеве лікування:

- ▣ Полоскання і зрошення глотки антимікробними розчинами
- ▣ Інгаляції з протизапальними і антимікробними препаратами
- ▣ Дієта.

УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ


- ▣ Паратонзиліт і паратонзілярний абсцес (флегмонозная ангіна).
 - ▣ Внутріміндаликовий абсцес.
 - ▣ Парафарингіт і парафарінгеальний абсцес.
 - ▣ Заглотковий абсцес (у дітей до 3-4 років).
 - ▣ набряк гортані.
 - ▣ Шийний лімфаденіт.
 - ▣ Глибока флегмона шиї.
 - ▣ Тонзілогенний медіастеніт.
 - ▣ Тонзілогенний сепсис.
- 

ПАРАТОНЗИЛІТ

Стадії:

- ▣ Набряково-інфільтративна (паратонзиліт)
- ▣ Абсцедуюча або гнійна (паратонзілярний абсцес)


Форми

- ▣ Передньо-верхній паратонзілярний абсцес
 - ▣ Задній паратонзілярний абсцес
 - ▣ Передньо-нижній паратонзілярний абсцес
 - ▣ Латеральний паратонзілярний абсцес
- 

ПАРАТОНЗИЛІТ

Клінічна картина:

Загальні симптоми:

- ▣ Розвивається через 5-7 днів після перенесеної ангіни
 - ▣ Підвищення температури до 38-39 ° С
 - ▣ Симптоми загальної інтоксикації організму
 - ▣ Порушення сну
- 

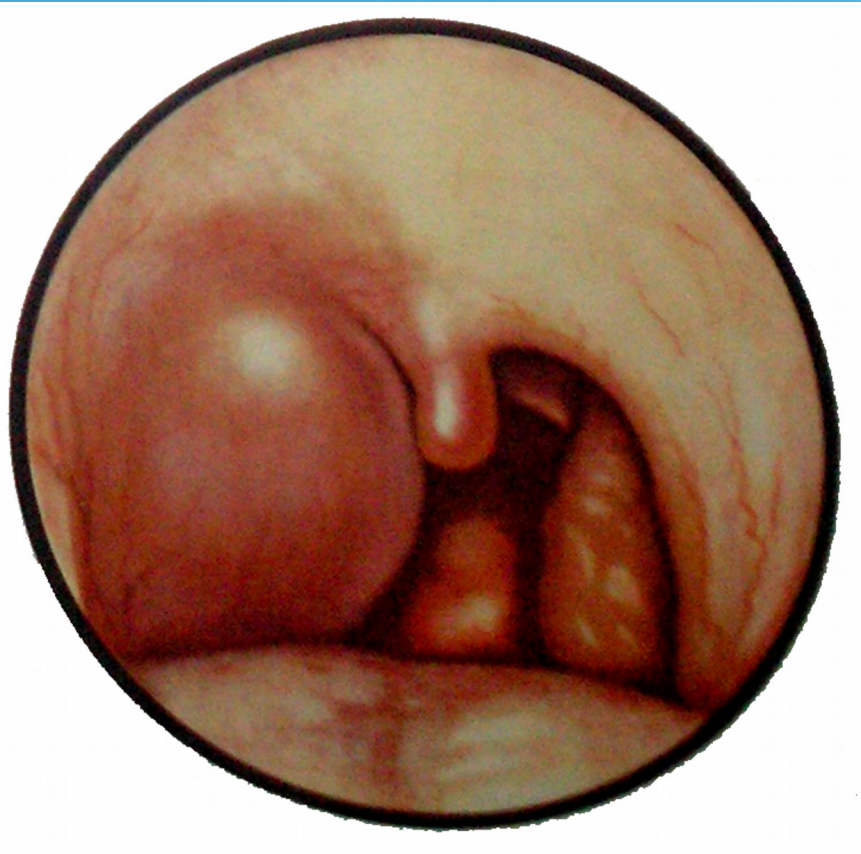
ПАРАТОНЗИЛІТ

Клінічна картина:

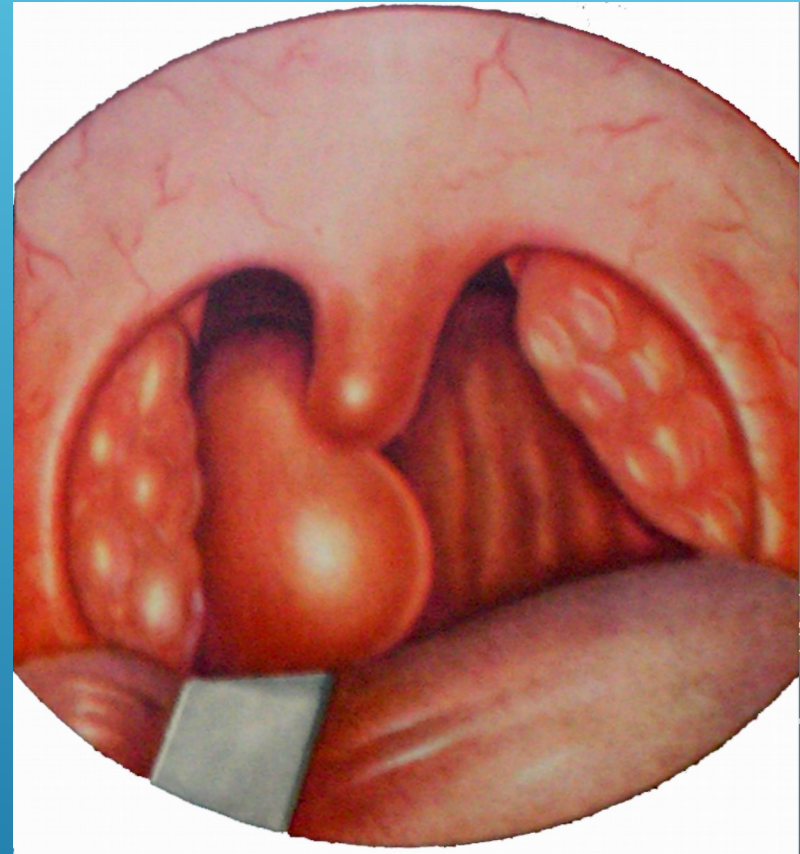
Місцеві симптоми:

- як правило односторонній процес
- тризм жувальних м'язів, різко обмежує відкривання рота
- болі в горлі, які іррадіюють у вухо і верхню щелепу
- регіонарні лімфовузли збільшені в розмірах і різко болючі при пальпації
- відкрита гугнявість
- рясна салівація
- вимушене положення хворого (сидить з нахиленою в бік абсцесу і вперед головою, поворот голови здійснює всім корпусом)

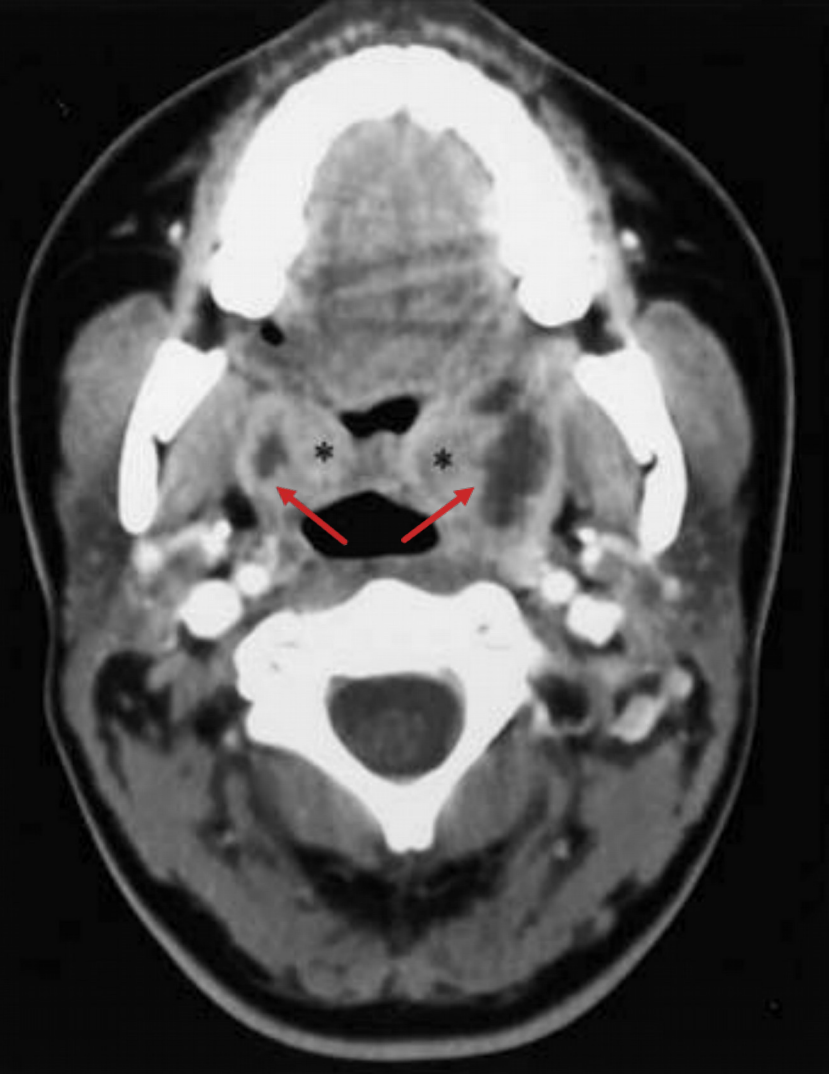
ФАРИНГОСКОПІЯ



Паратонзілярний
абсцес



Заглотковий
абсцес



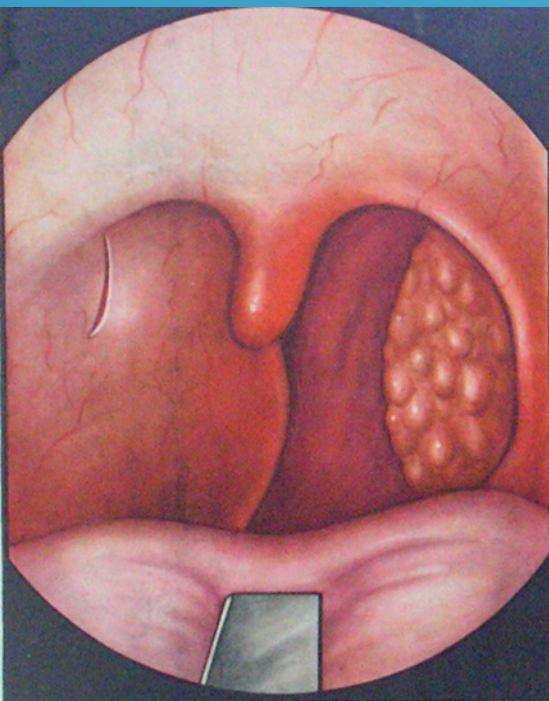
Паратонзілярний
абсцес

Заглотковий
абсцес

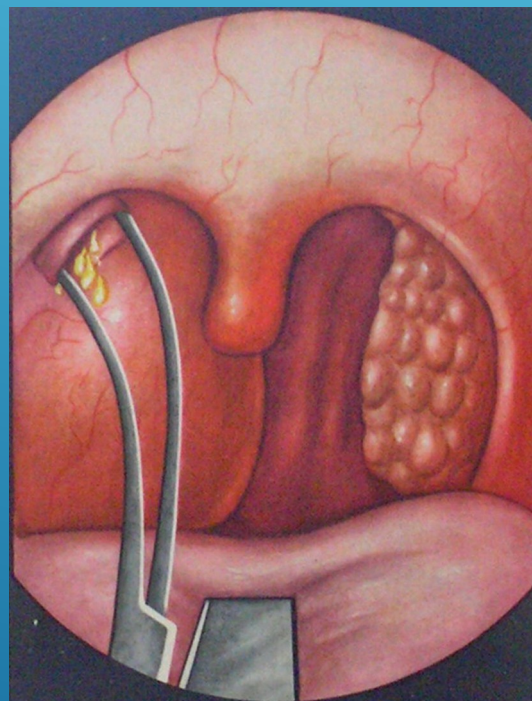
*піднебінний мигдалик

ЛІКУВАННЯ

- консервативне
- хірургічне



Місце розрізу
передньо-верхнього
паратонзиллярного
абсцесу



Розтин передньо-
верхнього
паратонзиллярного
абсцесу



Розтин заглоточного
абсцесу

ДИФТЕРІЙНА АНГІНА

Етіологія

Corynebacterium diphtheriae (бацилла Лефлера)

Форми:

- локалізована
- поширена
- токсична

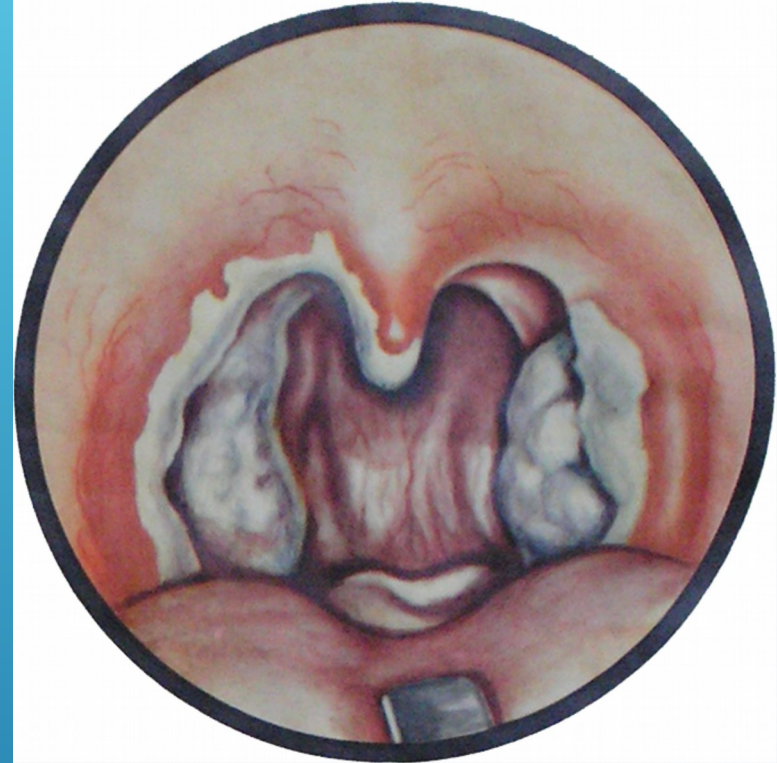
Форми за характером локальних змін зів:

- катаральна
- плівчата
- геморагічна

ДИФТЕРІЙНА АНГІНА


Диференційна діагностика

1. Виражена інтоксикація, ураження міокарда і нервової тканини.
2. Наявність набряку дужок, язичка, що переходить на шийну клітковину (I ступінь - набряк поширюється до середини шиї, II - до ключиці, III - нижче ключиці).
3. Сірі нальоти на мигдалинах, які насилу знімаються, залишаючи поверхню, що кровоточить. Наліт може переходити на дужки і інші відділи глотки.
4. Мазок на ВЛ з носа і горла.



ДИФТЕРІЙНА АНГІНА

Лікування

- Госпіталізація в спеціалізоване інфекційне відділення.
 - Введення протидифтерійної сироватки за Безредко
 - Антибактеріальна терапія.
 - Симптоматичне лікування.
 - Лікування ускладнень.
- 

АНГІНА СИМАНОВСЬКОГО-ПЛАУТ-ВЕНСАНА (ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНА)

Етіологія

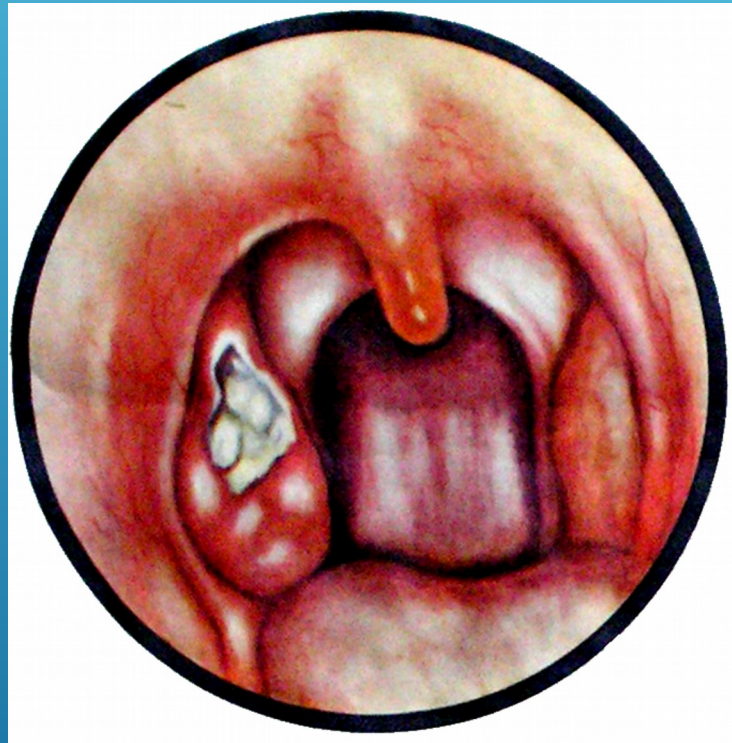
- ▣ Симбіоз веретеноподібної палички та щечної спірохети (*bacilla fusiformis et spirocheta buccalis*)
- ▣ Захворювання розвивається у людей з вираженим зниженням загальної і місцевої реактивності організму

Клінічна картина

- ▣ Односторонній процес
- ▣ Незначні болі в горлі
- ▣ Неприємний запах з рота
- ▣ Збільшення регіонарних лімфовузлів
- ▣ Субфебрильна температура
- ▣ Загальний стан не страждає
- ▣ Триває 7-12 днів
- ▣ У клінічному аналізі крові - помірний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ

АНГІНА СИМАНОВСЬКОГО-ПЛАУТ-ВЕНСАНА (ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНА)

Фарінгоскопія



На піднебінній мигдалині - сірувато-жовті нальоти, виразки. Наліоти можуть поширюватися на піднебінні дужки і задню стінку глотки. При відторгненні нальотів залишається виразка з чіткими краями.

АНГІНА СИМАНОВСЬКОГО-ПЛАУТ-ВЕНСАНА (ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНА)

Диференціювати слід з дифтерією, сифілісом, раком мигдалини

Лікування

1. Антибіотики діють на збудників
2. Вітамінотерапія
3. Полоскання порожнини рота антисептиками
4. Видалення некротичних мас
5. Змазування виразкової поверхні 10% р-ром новарсенола в гліцерині, 2% розчином метиленового синього, 1% р-ром борної кислоти, 5% р-ром марганцю, 5% р-ром йоду

ГОСТРИЙ ФАРИНГІТ

Дифузне запалення слизової оболонки глотки і гранул лімфоїдної тканини знаходяться в її підслизовому шарі.

Етіологія

Бактеріальна флора (переважно стрептококи і стафілококи), віруси грипу, парагрипу, аденовіруси

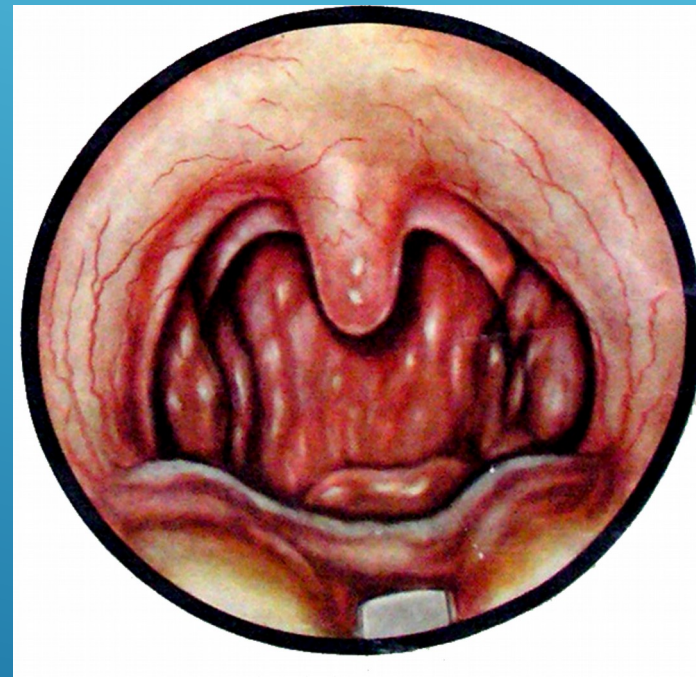
Сприятливі фактори:

- ▣ зниження загальної та місцевої реактивності організму
- ▣ переохолодження
- ▣ сенсебілізація
- ▣ порушення функції носового дихання
- ▣ вплив факторів зовнішнього середовища: пил, пари, гази
- ▣ тривала голосова навантаження при недостатній вологості повітря

ГОСТРИЙ ФАРИНГІТ

Клінічна картина

- Скарги на дискомфорт в горлі (відчуття першіння, печіння, наявності стороннього тіла)
- Кашель
- Болі при ковтанні (як при «порожньому глотці», так і при прийомі їжі)
- Загальна гіперемія слизової оболонки задньої стінки глотки
- Підвищена секреція
- Запалені гранули лімфоїдної тканини
- Потовщення бічних валиків глотки



ГОСТРИЙ ФАРИНГІТ

Лікування

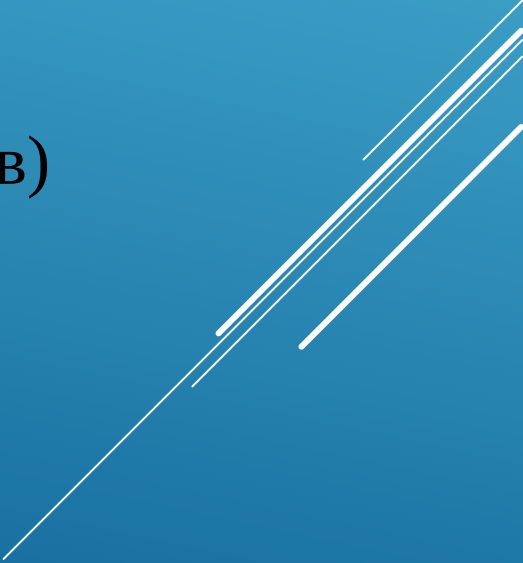
- ▣ Дієта (виключення гострих страв, дуже гарячої або холодної їжі)
- ▣ Полоскання і зрошення глотки антимікробними розчинами
- ▣ Розсмоктування таблеток і інгаляції з антимікробними та протизапальними препаратами
- ▣ Змазування глотки йодгліцеріном
- ▣ Протизапальна терапія (НСПВС)
- ▣ УФ-опромінення задньої стінки глотки
- ▣ Вітамінотерапія
- ▣ Виняток шкідливих звичок (куріння, алкоголь)

ГІПЕРТРОФІЯ ЛІМФОЇДНОЇ ТКАНИНИ ГЛОТКИ

- Гіпертрофії схильні в першу чергу глотковий мигдалик, а потім піднебінні мигдалики.
- Патологія властива дитячому віку (від 2 до 15 років)
- Гіпертрофія глоткової мигдалини нерідко поєднується зі збільшенням трубних мигдаликів - в клініці називається аденоїдні розрощення (аденоїди)

ГІПЕРТРОФІЯ ЛІМФОЇДНОЇ ТКАНИНИ ГЛОТКИ

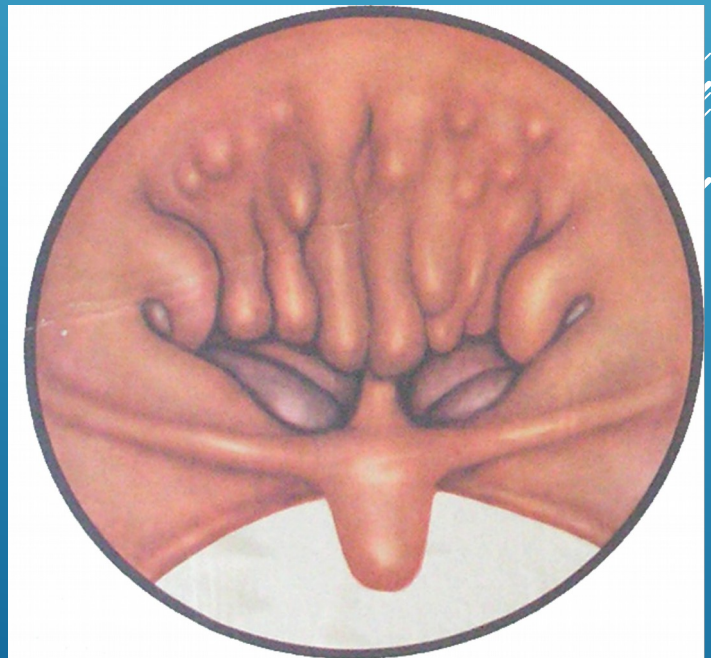
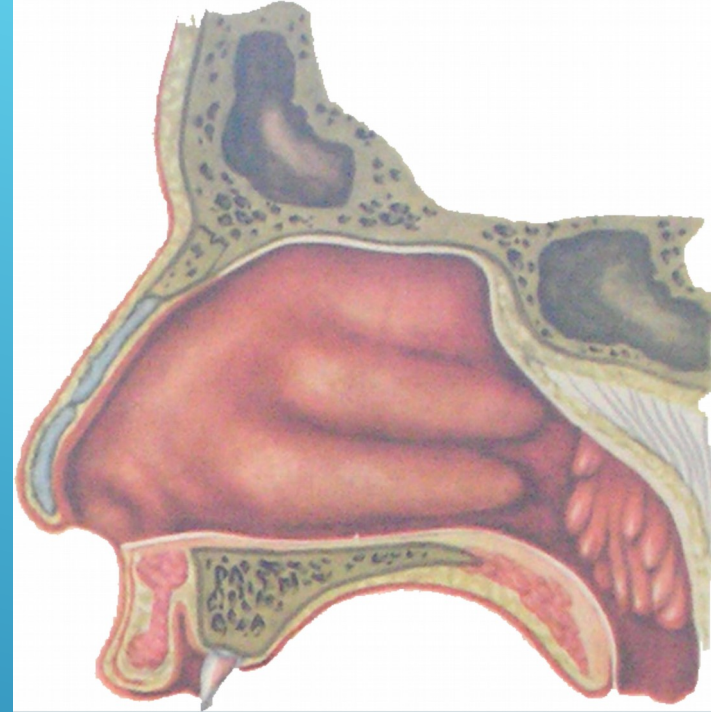
Причини виникнення

- ▣ Часті інфекційні захворювання верхніх дихальних шляхів (грип, інші респіраторні захворювання, гострі риніти, синусити);
 - ▣ Дитячі загальні інфекції (скарлатина, кір, краснуха, коклюш);
 - ▣ Сенсibiliзація
 - ▣ Незбалансоване харчування (багато вуглеводів)
 - ▣ Конституціональні особливості
 - ▣ Спадковий фактор
- 

АДЕНОЇДИ

Ступені гіпертрофії:

- I ступінь - глоткова мигдалина закриває 1/3 хоан;
- II ступінь - глоткова мигдалина закриває хоани наполовину або на 2/3;
- III ступінь - глоткова мигдалина закриває хоани повністю



АДЕНОЇДИ

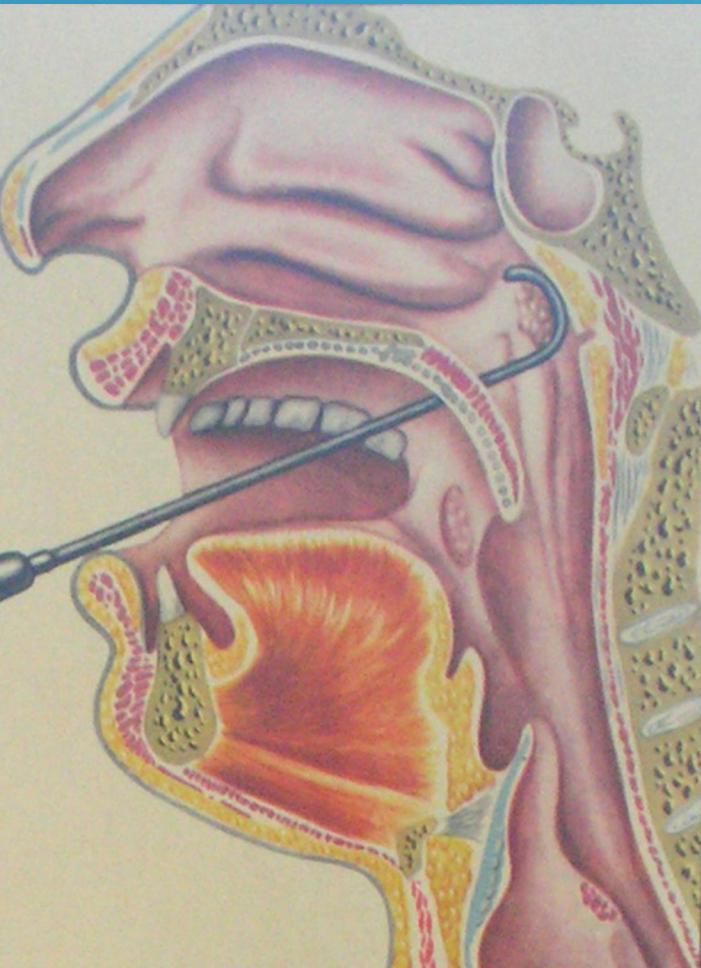
- порушується розвиток кісток лицьового черепа:
- змінюється зростання;
- формується під ротовий дихання (напіввідкритий рот);
- утворюється аркоподібне небо, неправильний прикус;
- згладжуються носогубні складки;
- особа поступово набуває характерного аденоїдний вид.



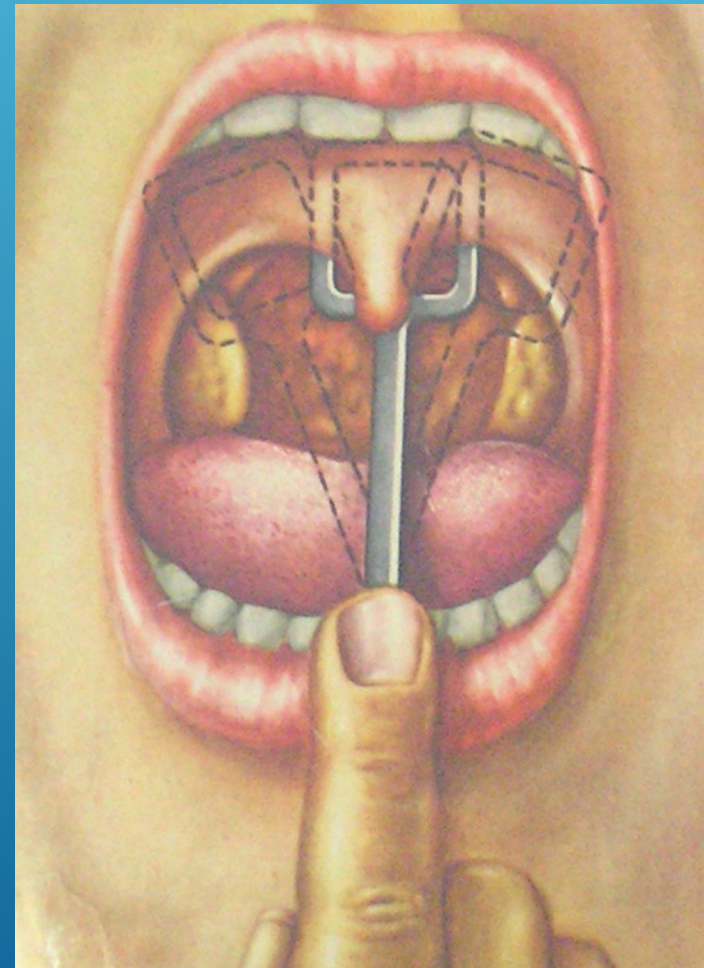
АДЕНОЇДИ

Лікування

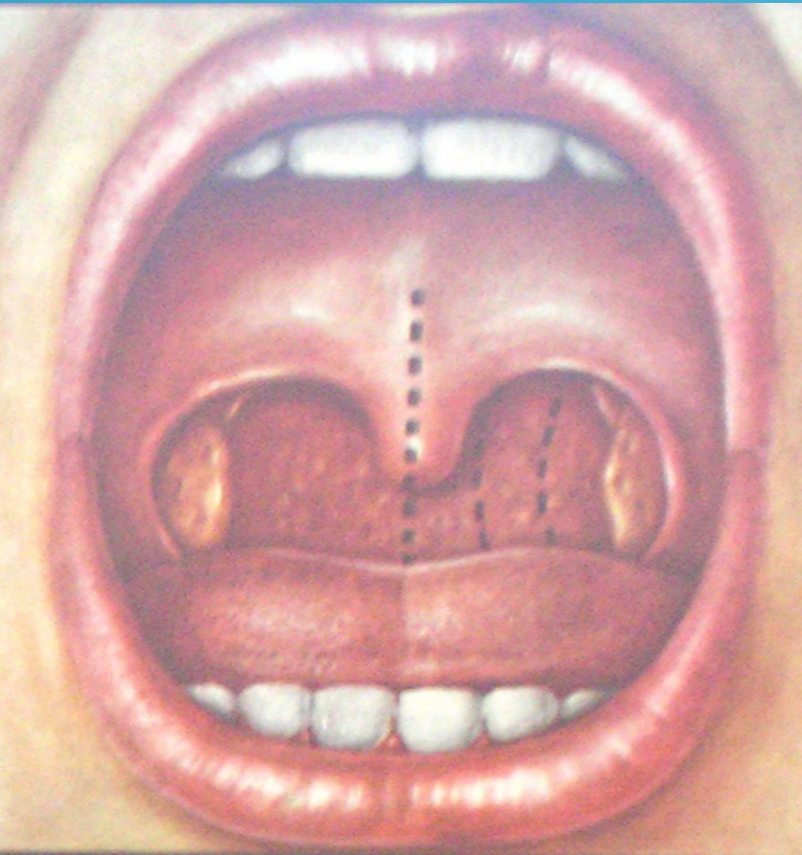
Залежно від ступеня гіпертрофії підрозділяється на консервативне та хірургічне



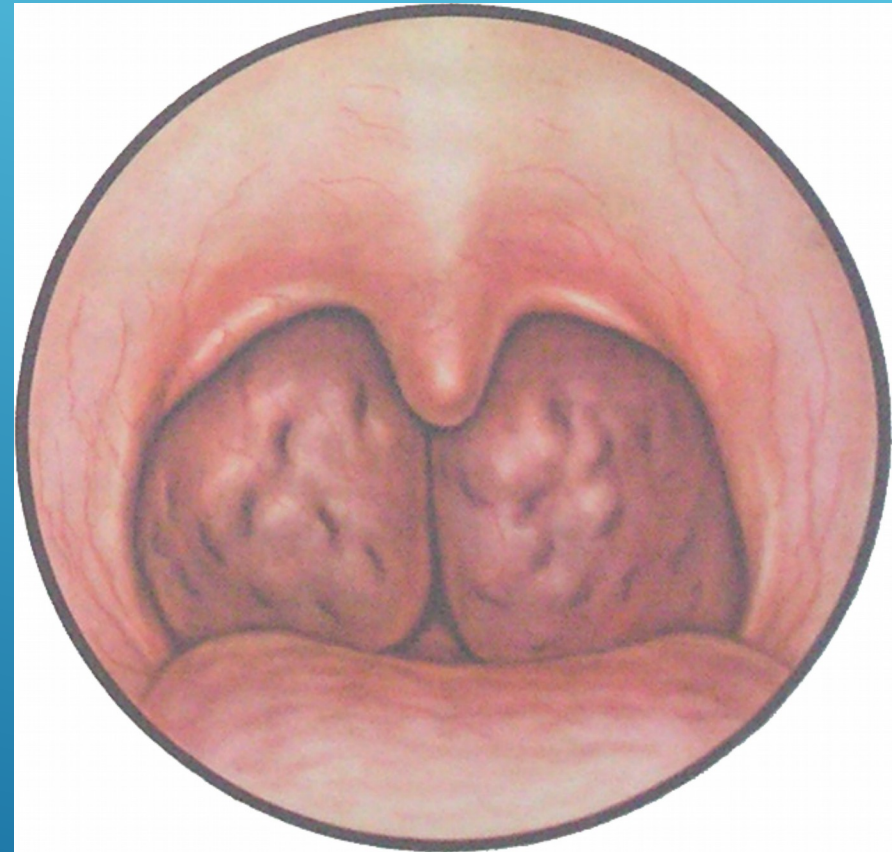
Аденотомія



ГІПЕРТРОФІЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИН



Визначення ступенів
гіпертрофії по
Б.С. Преображенському



III ступінь гіпертрофії

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

- Захворювання інфекційно-алергічного характеру з місцевими проявами у вигляді стійкої запальної реакції піднебінних мигдалин, морфологічно вираженою альтерацією, ексудацією і проліферацією.

Етіологія

- Асоціація β -гемолітичного стрептокока групи А, стафілокока і аденовірусів

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Захворювання виникає як наслідок порушення рівноваги між мікро- і макроорганізмом. При підвищенні вірулентності мікробів і ослабленні організму, чому сприяє:

- а) надлишок мікрофлори (каріозні зуби, потрапляння гною в зону зіву при синуїтах, аденоїдах);
- б) перенесені ангіни і простудні захворювання і сам фактор місцевого і загального переохолодження;
- в) порушення носового дихання, що веде до зниження місцевого імунітету мигдалин;
- г) зниження загальної реактивності організму.

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

1. Порушення дренажної функції лакун, скупчення в них секрету і продуктів життєдіяльності мікробів, а також фрагментів мікробних тіл в результаті фагоцитарних реакцій;
2. Порушення тканинного метаболізму в мигдалинах (імбібіція тканини сироватковими мукополисахаридами, порушення проникності гісто-гематичного бар'єру);
3. Освіта патологічної імпульсації, що впливає на інші органи і системи.
4. Зниження захисних властивостей мигдалин, в тому числі продукції секреторних імуноглобулінів А.
5. Поява гіперергічних реакцій у вигляді частих ангін і метатонзиллярних ускладнень.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ (ПО І.Б.СОЛДАТОВУ)

1. Неспецифічні:

- компенсована форма;
- декомпенсована форма

2. Специфічні:

- при інфекційних гранульомах - туберкульозі, сифілісі, склеромі.

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Клінічна картина

▣ Загальні симптоми: втомлюваність, млявість, дискомфорт в області серця, періодичні болі в суглобах, субфебрилітет, мікрополіаденія.

Місцеві симптоми:

▣ Застійна гіперемія (ознака Гізі) і валикообразное потовщення країв піднебінних дужок (ознака Преображенського), набряклість країв піднебінних дужок (ознака Зака).

▣ Рубцеві спайки між мигдалинами і піднебінні дужки.

▣ Розпушені або рубцево-змінені і ущільнені мигдалини.

▣ Казеозно-гнійні пробки або рідкий гній в лакунах мигдалин.

▣ Регіонарний лімфаденіт - збільшення підщелепних лімфовузлів, а також лімфовузлів по передньому краю кивательної м'язи - валик Корицького.

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Клінічна картина

▣ Загальні симптоми: втомлюваність, млявість, дискомфорт в області серця, періодичні болі в суглобах, субфебрилітет, мікрополіаденія.

Місцеві симптоми:

▣ Застійна гіперемія (ознака Гізі) і валикообразное потовщення країв піднебінних дужок (ознака Преображенського), набряклість країв піднебінних дужок (ознака Зака).

▣ Рубцеві спайки між мигдалинами і піднебінні дужки.

▣ Розпушені або рубцево-змінені і ущільнені мигдалини.

▣ Казеозно-гнійні пробки або рідкий гній в лакунах мигдалин.

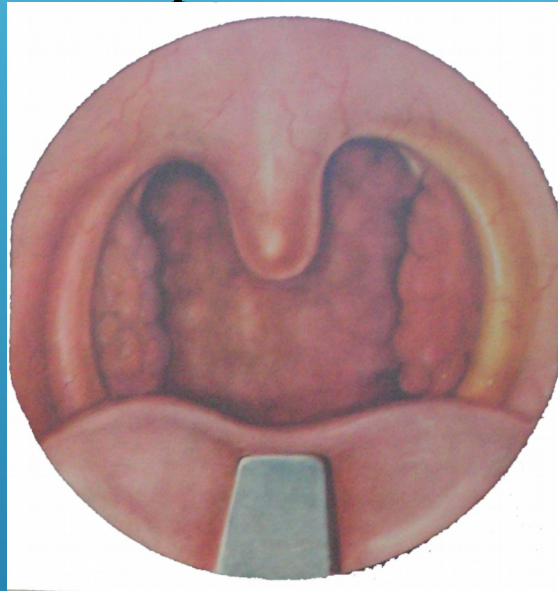
▣ Регіонарний лімфаденіт - збільшення підщелепних лімфовузлів, а також лімфовузлів по передньому краю кивательної м'язи - валик Корицького.

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

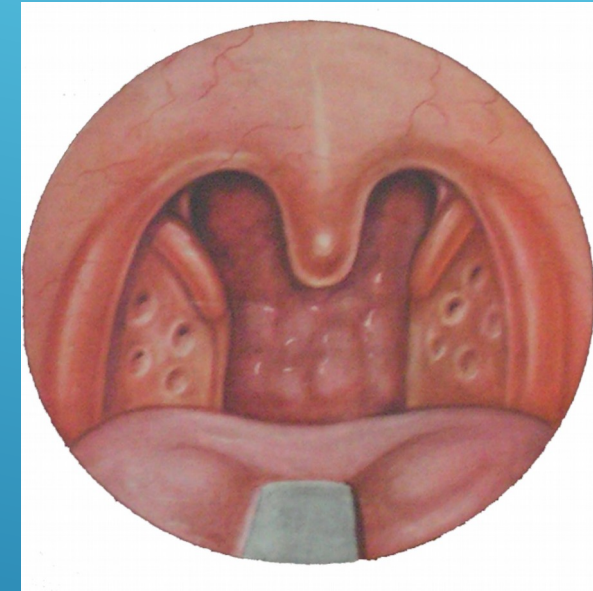
Фарингоскопія



Патологічний секрет в тонзілярних лакунах



Ознака Зака (зліва) і Гізі (праворуч)



Ознака Преображенського

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Лікування

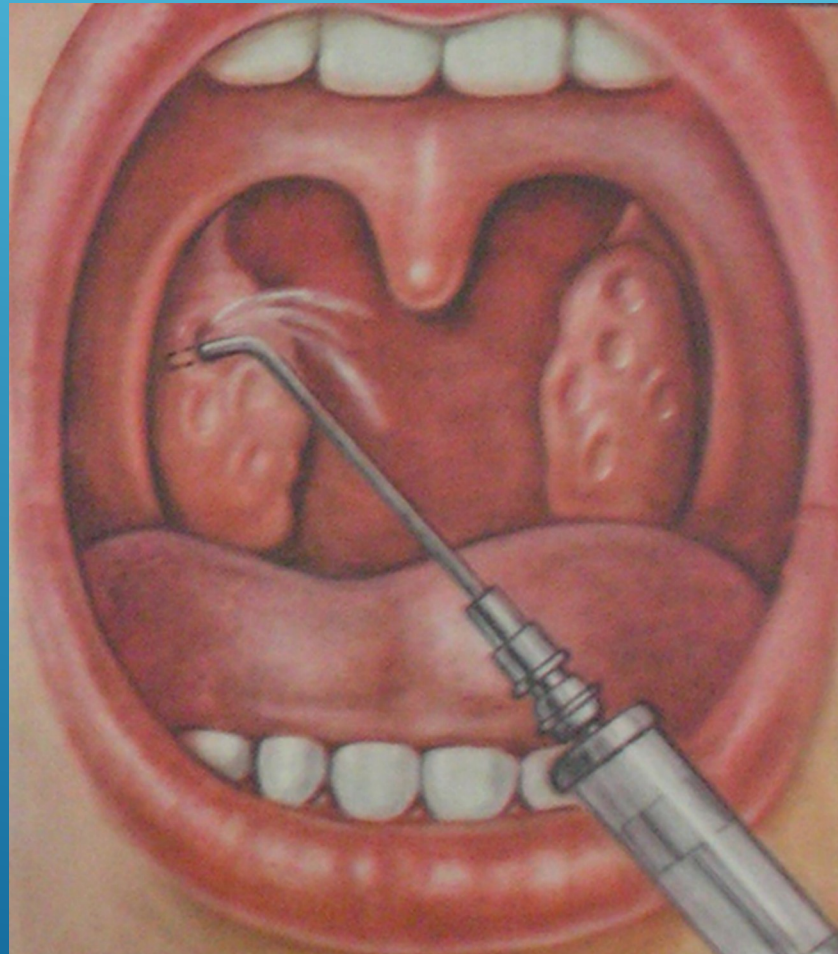
залежить від форми тонзиліту і ділитися на консервативне та хірургічне.

Консервативне:

- ▣ Засоби, які спрямовані на підвищення реактивності організму.
- ▣ Відновлення функції носового дихання.
- ▣ Гипосенсибилизуючі кошти.
- ▣ Препарати місцевого сануючого впливу на мигдалини.
- ▣ Санація інших вогнищ інфекції.
- ▣ Промивання лакун антибактеріальними речовинами.
- ▣ Кріодія.
- ▣ Фізіотерапія (УВЧ, ГН-лазер, діатермія, УФО, мікрохвильова терапія).
- ▣ Склерозування мигдалин і введення в них лікарських речовин

ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Лікування



Промивання лакун
антибактеріальними засобами

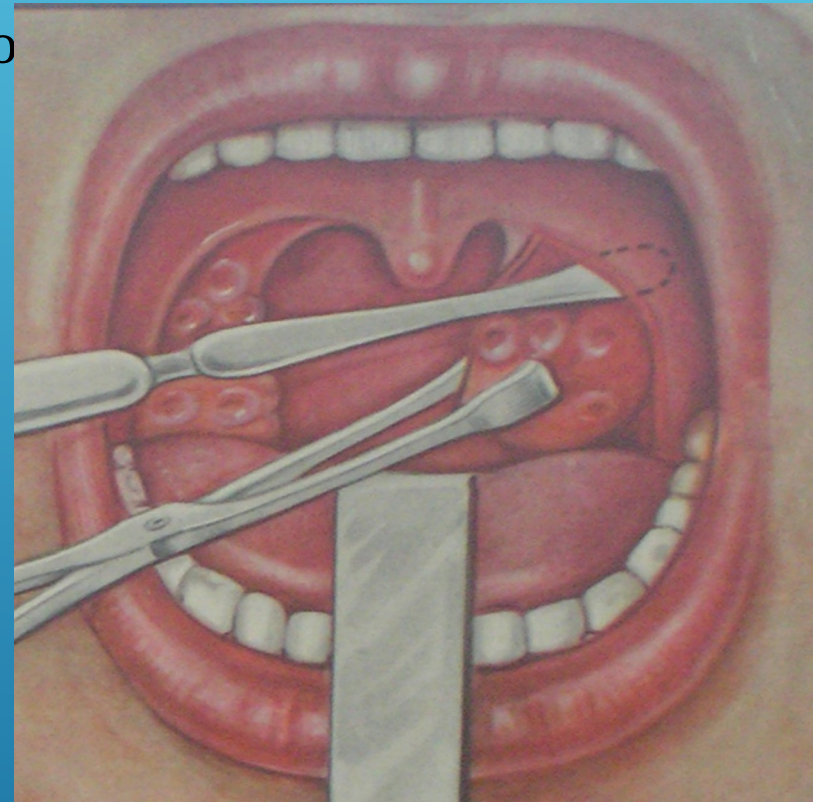
ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Лікування

лікування – то



Розріз перехідною складки між піднебінні дужки і миндалиной



Відділення мигдалини від піднебінних дужок, вилущування мигдалини з тонзілярного ложа

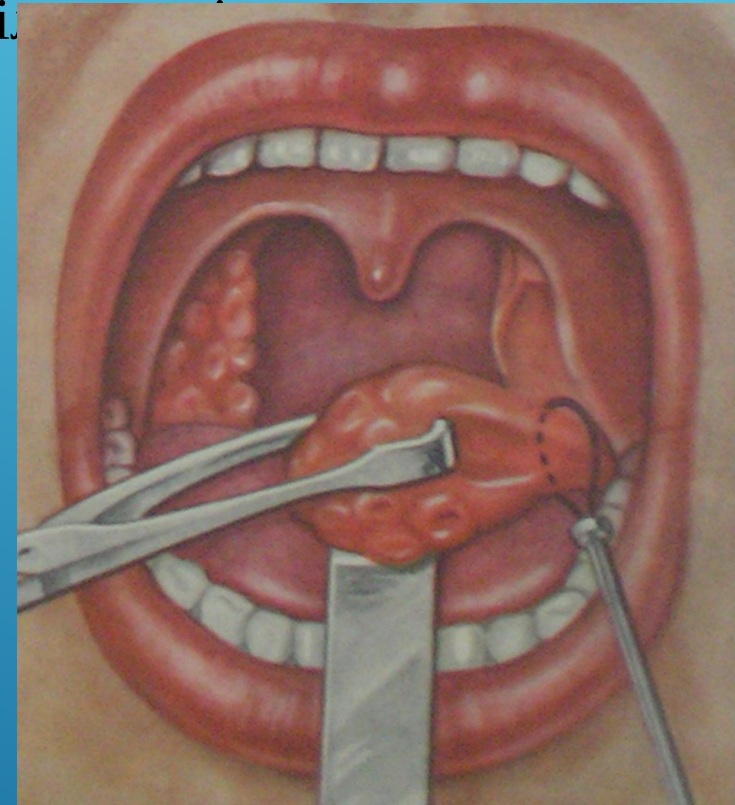
ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Лікування

лікування – тонзі-



Розсічення трикутної складки



Відсікання мигдалини петлею


ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Фактори виникнення захворювання

- ▣ Порушення носового дихання, що приводить до дихання ротом;
- ▣ Вплив несприятливих факторів навколишнього середовища;
- ▣ Похибки харчування (гостра, гаряча або холодна їжа);
- ▣ Куріння, алкоголь;
- ▣ Вірусна інфекція (в горлі проживає до 60 видів аденовірусів);
- ▣ Хронічні вогнища інфекції в порожнині носа, навколоносових пазухах і порожнини рота;
- ▣ Гастроезофагальний рефлюкс;
- ▣ Шийний остеохондроз;
- ▣ Атрофія міндалікової тканини;
- ▣ Неадекватне лікування гострого фарингіту.

ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Класифікація

1. Катаральний
 2. Гіпертрофічний:
 - гранульозний
 - бічний
 3. Атрофічний
- 

ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Клінічна картина

- Сухість, першіння, відчуття грудки в горлі
- Кашель
- Болі при «порожньому глотці»
- Неможливість вживання гострої та солоної їжі
- Болі при диханні через рот

При катаральній формі:

- застійна гіперемія і набряк слизової оболонки глотки
- гіперсекреція слизових залоз
- виражений судинний малюнок задньої стінки глотки

ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Клінічна картина

При гіпертрофічній формі:

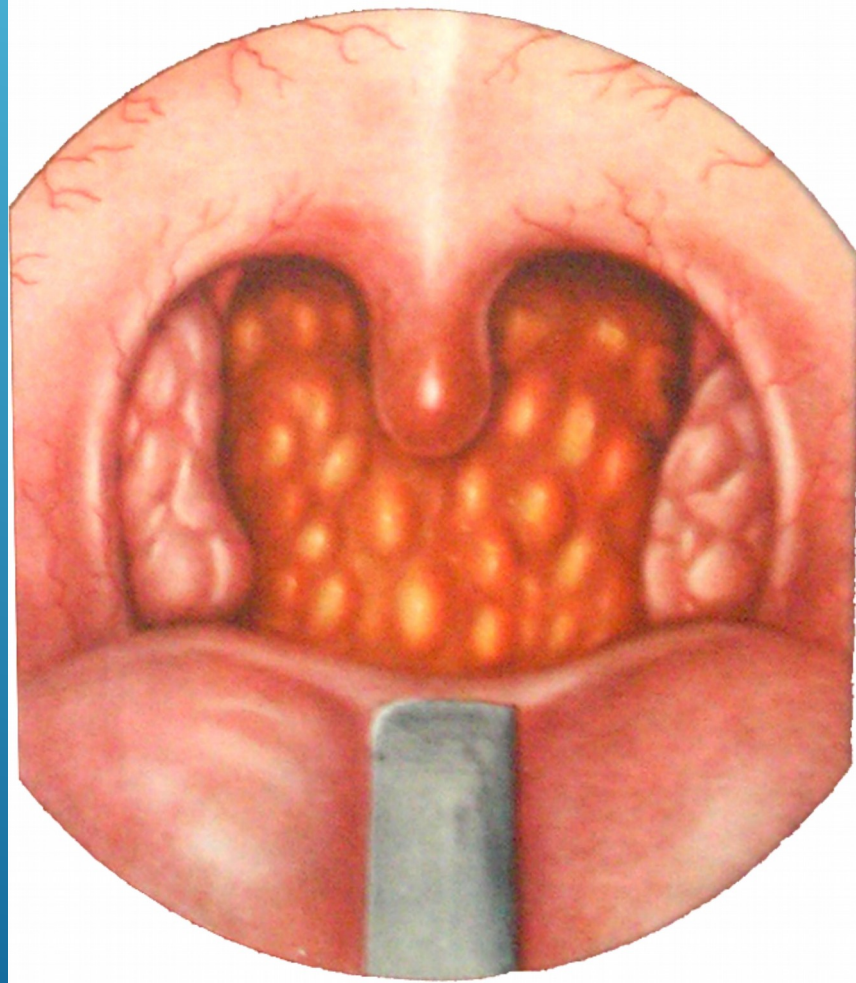
- ▣ Збільшення гранул лімфоїдної тканини задньої стінки глотки
- ▣ Потовщення бічних валиків глотки
- ▣ Слизово-гнійні виділення, що стікають по задній стінці глотки

При атрофічній формі:

- ▣ Стоншена слизова оболонка задньої стінки глотки
- ▣ Слизова оболонка задньої стінки глотки набуває «лаковий» блиск
- ▣ Сухі гнійні кірки

ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Фарингоскопія



Гіпертрофічний гранулезний
фарингіт

ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Лікування

- ▢ Дієта (виключення гострих страв, дуже гарячої або холодної їжі)
 - ▢ Протизапальна терапія (НСПВС)
 - ▢ Вітамінотерапія
 - ▢ Виняток шкідливих звичок (куріння, алкоголь)
 - ▢ Голкорексфлексотерапія
 - ▢ Масаж комірцевої зони
- При катаральній формі:
- ▢ Інгаляційна терапія: теплі інгаляції з відвару ромашки, шавлії, евкаліпта, лужної мінеральної води в поєднанні з олійними сумішами шипшини і обліпихи
 - ▢ Полоскання і зрошення глотки антимікробними розчинами
 - ▢ Розсмоктування таблеток з антисептичними і протівовоспалі-них препаратами
 - ▢ Кліматична терапія: морське узбережжя, гірські райони

ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Лікування

При гіпертрофічній формі:

▣ Пріпікання гранул и бічних валіків глотки нітратом срібла або тріхлороцтової кислотою

▣ Кріодія

▣ Вплив високоенергетичних лазером

При атрофіческой формі:

▣ Полоскання глотки Лужний водно-гліцерінові розчин

▣ Змазування глотки йодгліцеріном

▣ Ионофорез лікарських препаратів на область шії (нікотінова кислота)

▣ ГН-лазер

▣ Индуктотермия

▣ Ингаляції рослинних масел, що містять ретинол, токоферолу ацетат, аскорбінову кислоту

▣ При великій кількості сухих кірок - інгаляції з протеолітичними ферментами

ПУХЛИНИ ГЛОТКИ

1. доброякісні:

- папіломи, гемангіоми, фіброми

2. злоякісні:

- рак, саркома, лімфепітеліома

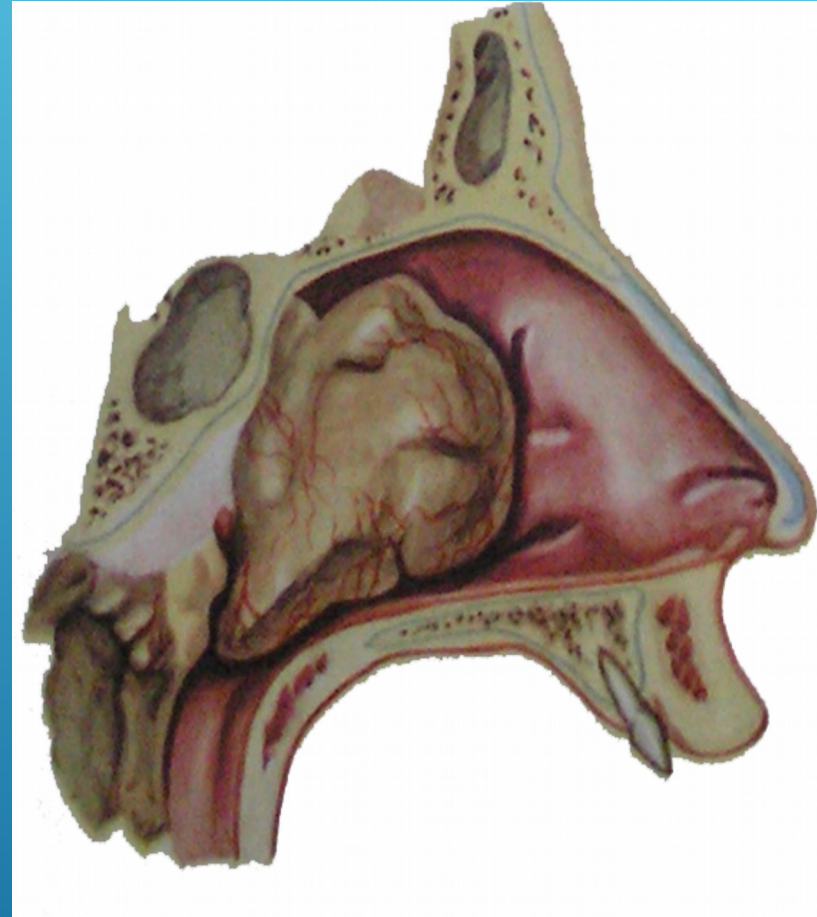
Юнацька фіброма носоглотки

- Зростає з фіброзної фасції носоглотки. Зустрічається у віці 7 - 20 років, переважно у хлопчиків. Має схильність до рецидиву після видалення. Необхідно диференціювати з аденоїдними розрощеннями. За гістологічною структурою має доброякісний характер, а за клінічним перебігом і зростання - злоякісна.

ПУХЛИНИ ГЛОТКИ

Напрями зростання юнацької фіброми носоглотки

- 1.Базоетмоїдальний (від основи черепа в бік порожнини носа);
- 2.Базосфеноїдальний (в порожнину черепа)
- 3.Птерігомаксиллярний (в сторону крилопіднебінній ямки)

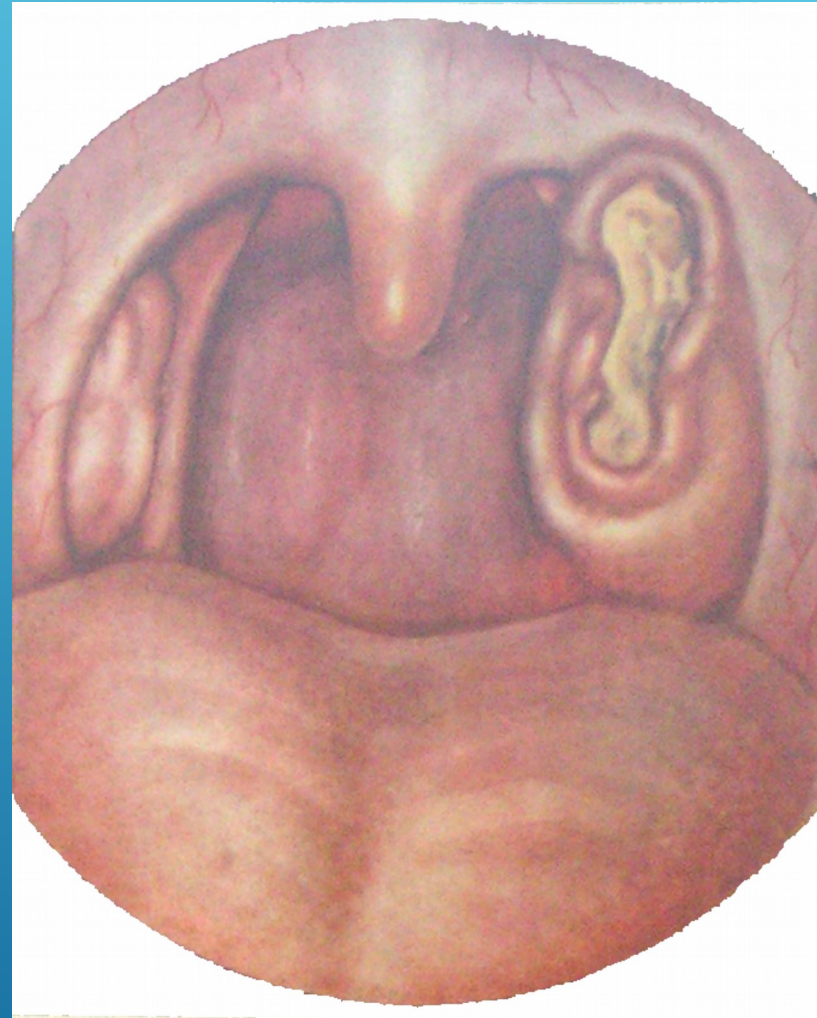


ПУХЛИНИ ГЛОТКИ

Рак локалізується:

□ в носоглотці (погано діагностується на ранніх стадіях, виявляється при появі на шиї регіонарних метастазів)

□ в піднебінних мигдалинах (виразковий дефект з різко інфільтрованими і піднятими краями, процес може роз-ространяться на піднебінні дужки і корінь язика)



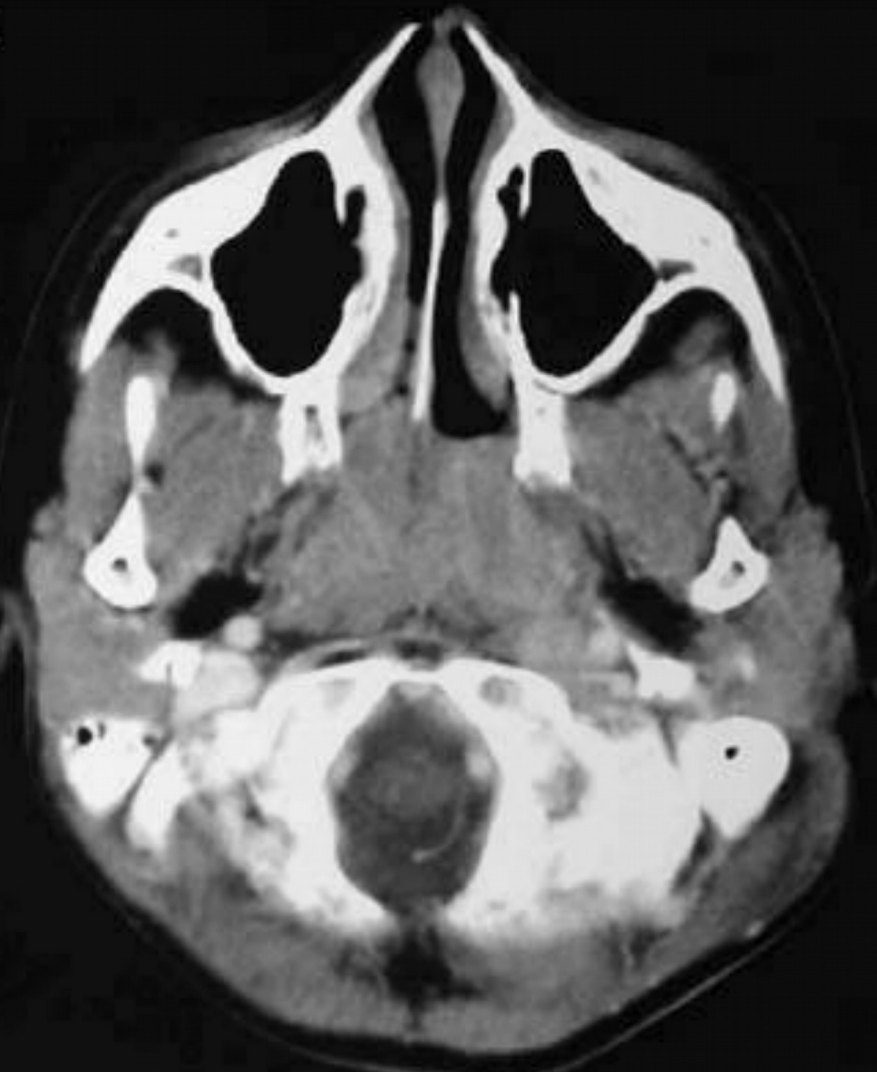
Рак піднебінного
мигдалика

ПУХЛИНИ ГЛОТКИ

Саркома піднебінних мигдалин частіше зустрічається у дітей і проявляється у вигляді різкого збільшення однієї мигдалини.

Лімфепітеліома дуже злоякісна пухлина, що складається з малігнізуватися епітелію і лімфоцитів. Протікає у вигляді запальних процесів (ангіна, паратонзиллит, гіпертрофія мигдалин) з утворенням виразок з неінфільтрованими краями. Пухлина високочутлива до променевої терапії.

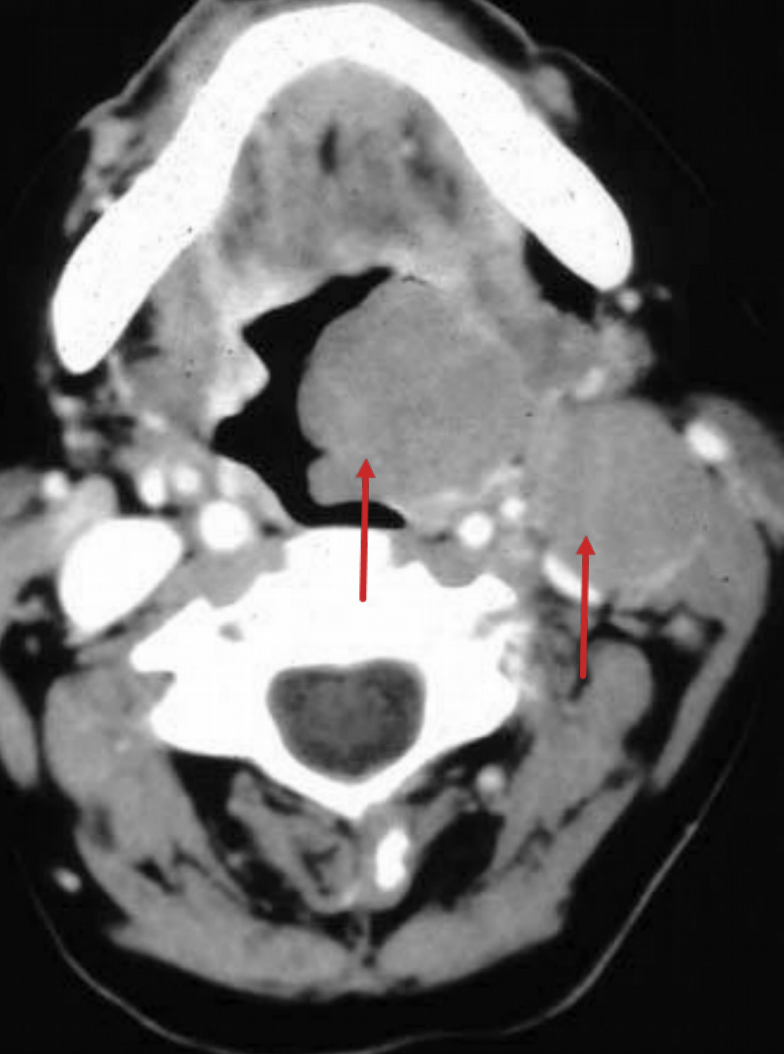
Лікування. Незначний ефект при оперативних втручаннях. Найчастіше вдаються до променевої та хіміотерапії.



Рак носоглотки з
проростанням в задні відділи
порожнини носа



Рак носоглотки з
проростанням в ліву орбіту

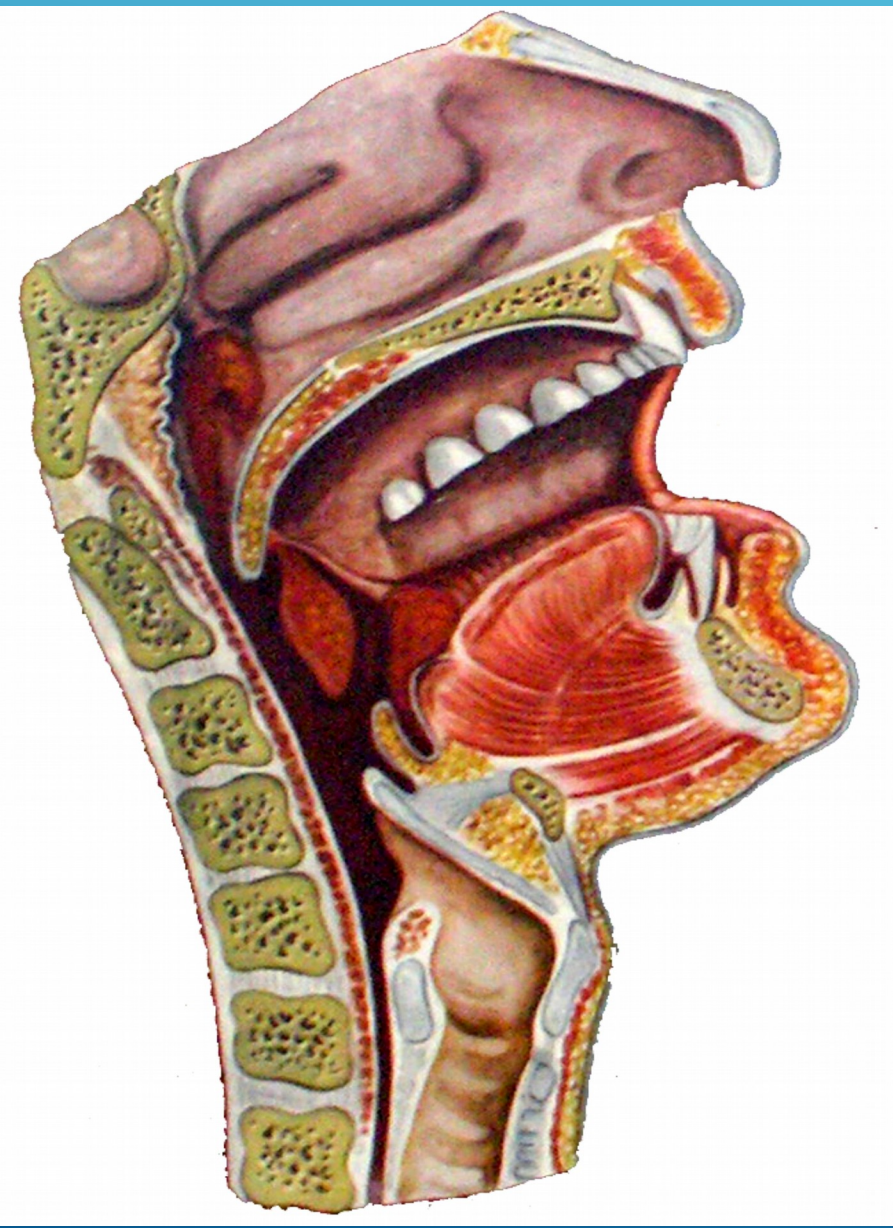


Лімфепітеліома
піднебінної мигдалини



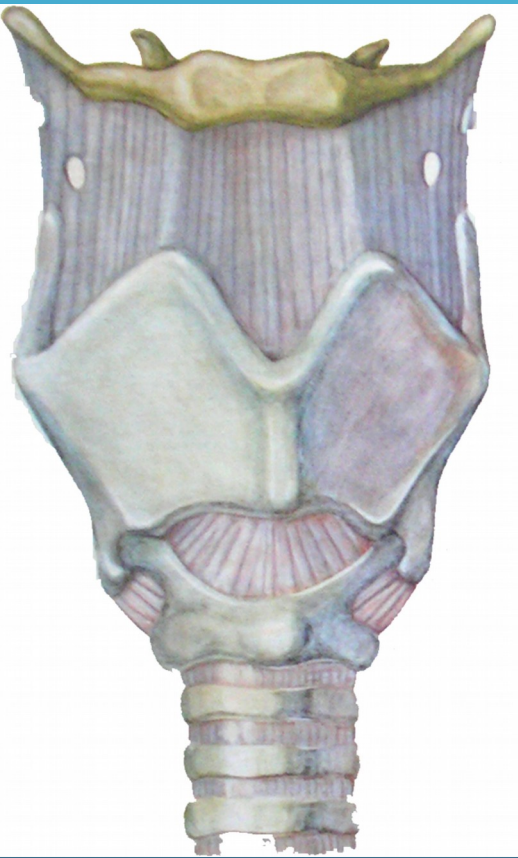
Рак піднебінної мигдалини

ТОПОГРАФІЯ ГОРТАНІ І ТРАХЕЇ

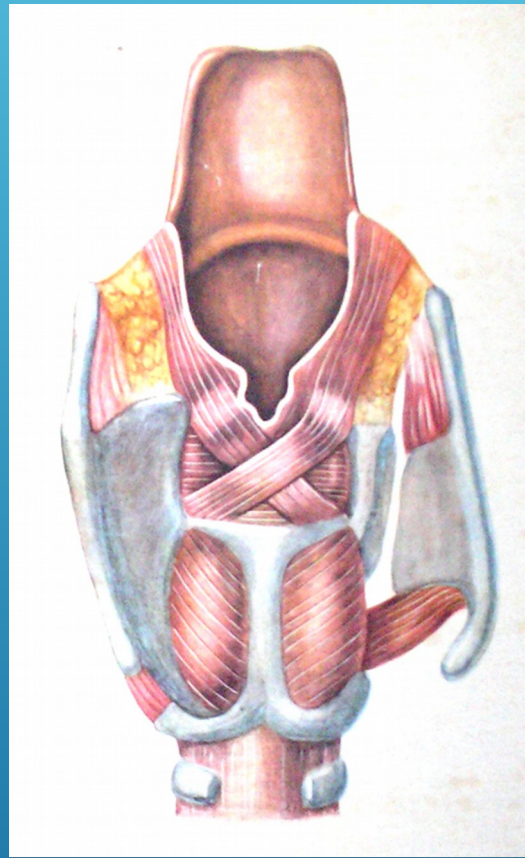


- У дорослої людини гортань проектується на рівні СІV -СVІ
- У новонароджених гортань займає більш високе положення - на рівні СІІІ -СІV
- З віком гортань опускається і в осіб похилого віку визначається на рівні СVІ -СVІІ
- По відношенню до шкіри верхні кільця трахеї знаходяться на глибині 1,5-2 см, над вирізкою грудини - це відстань дорівнює 4 см.

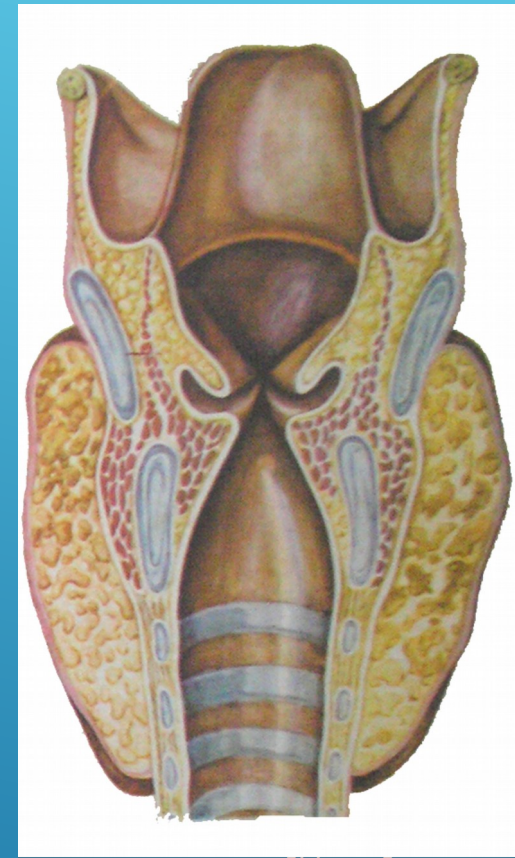
КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ГОРТАНІ



хрящі і зв'язки
гортані



м'язи гортані



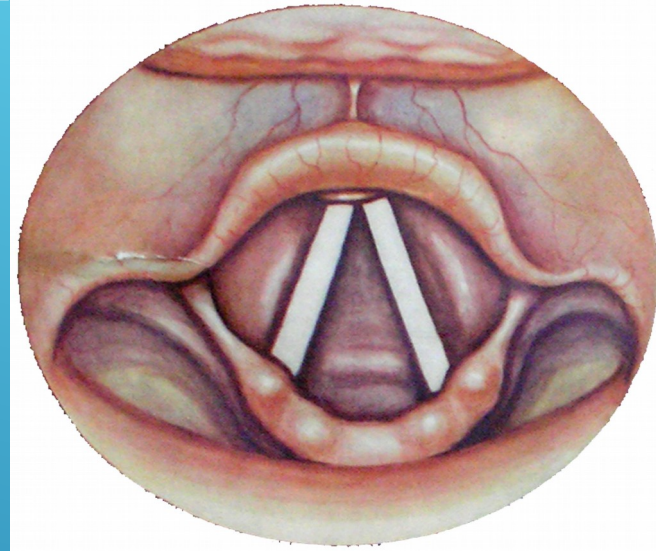
порожнина
гортані

ФУНКЦІЇ ГОРТАНІ

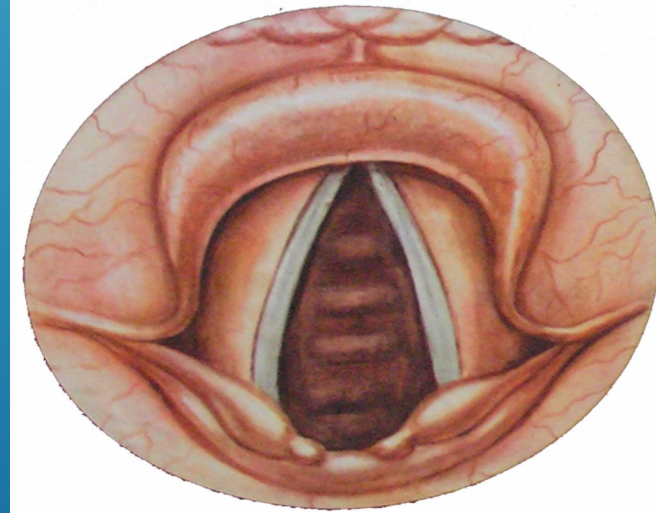
1. Дихальна.

□ Проведення повітря в нижні дихальні шляхи і в зворотному напрямку (акт дихання забезпечується дихальною мускулатурою, а в гортані скороченням задніх персні-черпаловідних м'язів - *mm. Posticus*)

□ Регуляція ритму і глибини дихальних рухів, що в свою чергу впливає на наповнення альвеол повітрям і дифузію в них газів, кровонаповнення порожнини серця;



Голосова щілина при
спокійному вдиху



Голосова щілина при
глибокому вдиху

ФУНКЦІЇ ГОРТАНІ

II. Захисна.

- При ковтанні надгортанник і інші елементи передодня гортані прикривають вхід в неї і тим самим ізолюють дихальні шляхи від піщепроводних.
- Спазм входу в гортань і голосової щілини при надходженні з повітрям сторонніх тіл і шкідливих домішок.
- Рефлекторний кашель (форсований видих), який, як і відкашлювання, сприяє евакуації назовні твердих, рідких і газоподібних частинок.
- Бар'єрну функцію виконує миготливий епітелій, лімфаденоїдна тканину гортані, а також слиз, що володіє бактерицидними властивостями.

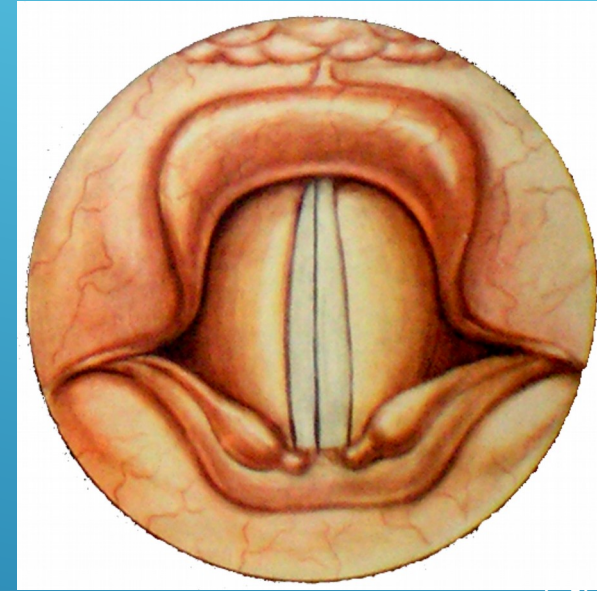
ФУНКЦІЇ ГОРТАНІ

III. Голосоутворювальні (фонаторная) і мовна.

□ Освіта звуку відбувається на видиху при змиканні голосових складок, їх ритмічне скорочення надає повітряному струмені коливальний характер.

□ В процесі голосоутворення бере участь весь дихальний апарат (легені, бронхи і трахея виконують роль хутра; глотка, порожнини носа і рота - резонаторів).

□ При шепоті голосові складки не замикаються, а лише зближуються.



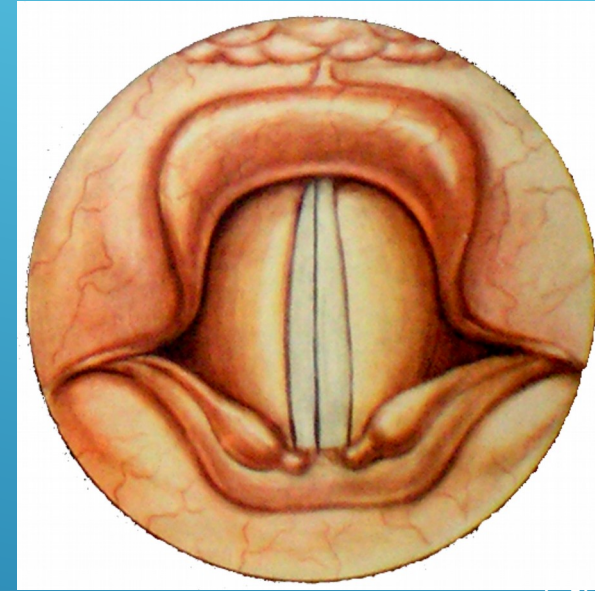
Голосова щілина при
фонації

ФУНКЦІЇ ГОРТАНІ

III. Голосоутворювальні (фонаторная) і мовна.

□ Інтенсивне зростання гортані у віці 5-7 років і в період статевого дозрівання призводить до зміни тембру, сили і висоти голосу - мутації.

□ Гортань - гормонозалежний орган. На фонаторну функцію гортані впливають гормони щитовидної і статевих залоз, наднирників і гіпофіза. При порушенні гормональної сфери змінюється тонус гортанних м'язів.



Голосова щілина при
фонації

ФУНКЦІЇ ГОРТАНІ

III. Голосоутворювальні (фонаторная) і мовна.

Гортань бере участь у формуванні розмовної і шепітної мови. Діяльність голосообразуючого і артикуляції апаратів знаходиться під впливом кори головного мозку. Мова формується завдяки функціонуванню слухового аналізатора. Частотний діапазон голосу укладається в частотний діапазон слухового сприйняття, складаючи його частину.

ТРАВМИ ГОРТАНІ

I. внутрішні:

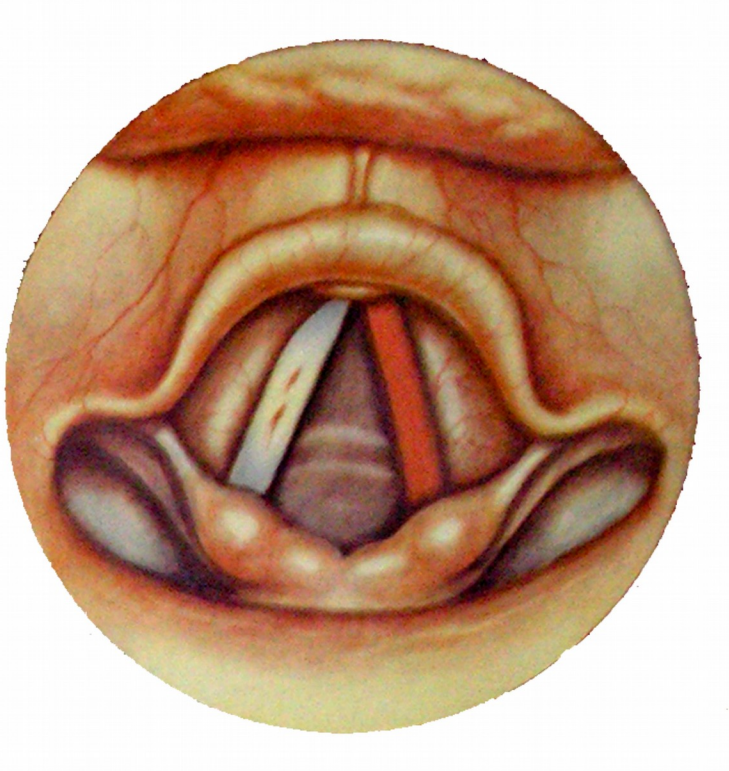
- ▣ механічні (чужорідні тіла, інтубація, хірургічні втручання)
- ▣ термічні (опіки)
- ▣ хімічні

II. зовнішні:

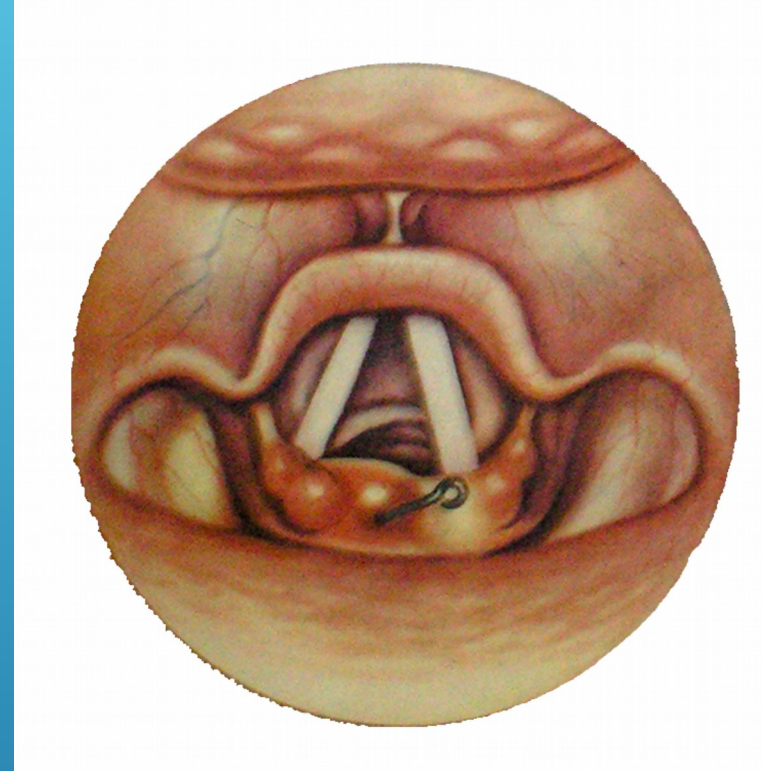
- ▣ відкриті (різані, колоті, хірургічні втручання, вогнепальні)
- ▣ закриті (забиті місця, переломи хрящів, відрив гортані від трахеї або під'язикової кістки)

Травми поділяються на ізольовані і комбіновані (тобто при залученні в процес інших органів - гіпофарінксом, трахеї, стравоходу, судинно-нервового пучка, спинного мозку)

ТРАВМИ ГОРТАНІ

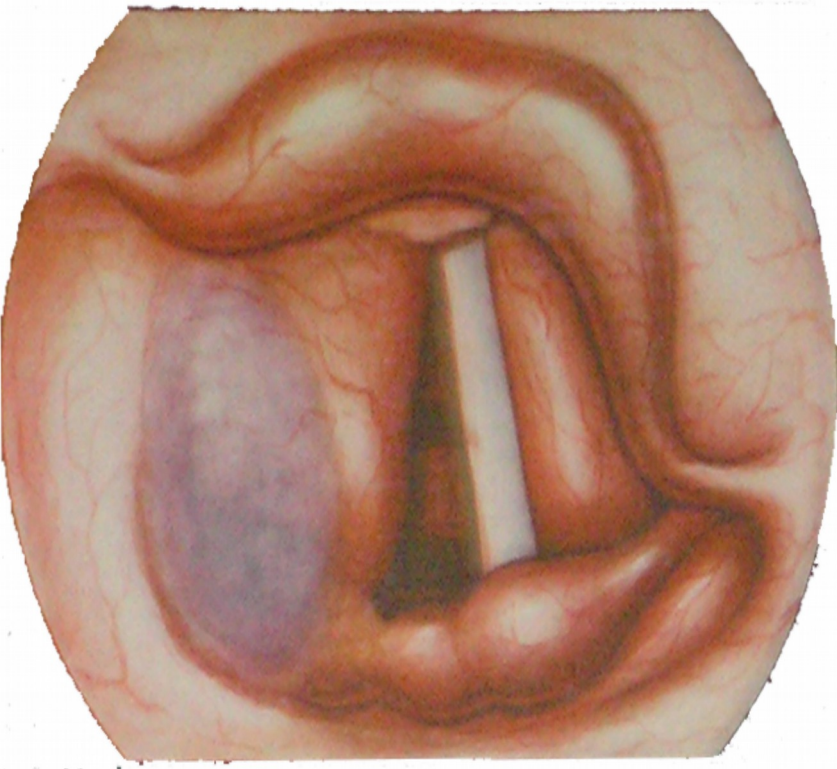


Крововилив в ліву
голосову складку



Чужорідне тіло
гортані

ТРАВМИ ГОРТАНІ



Травматична гематома
гортані

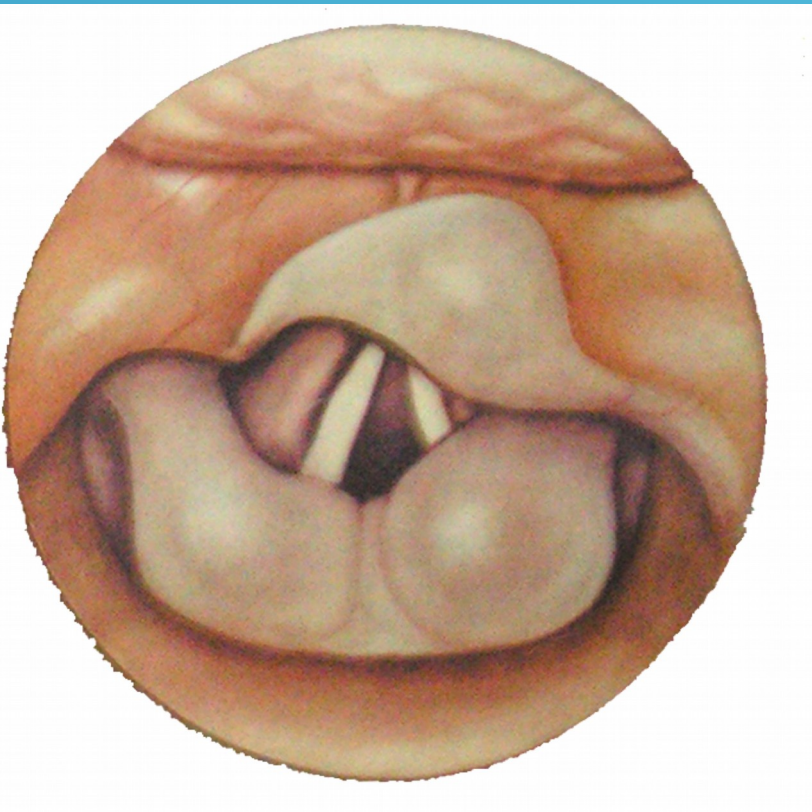


Опік гортані

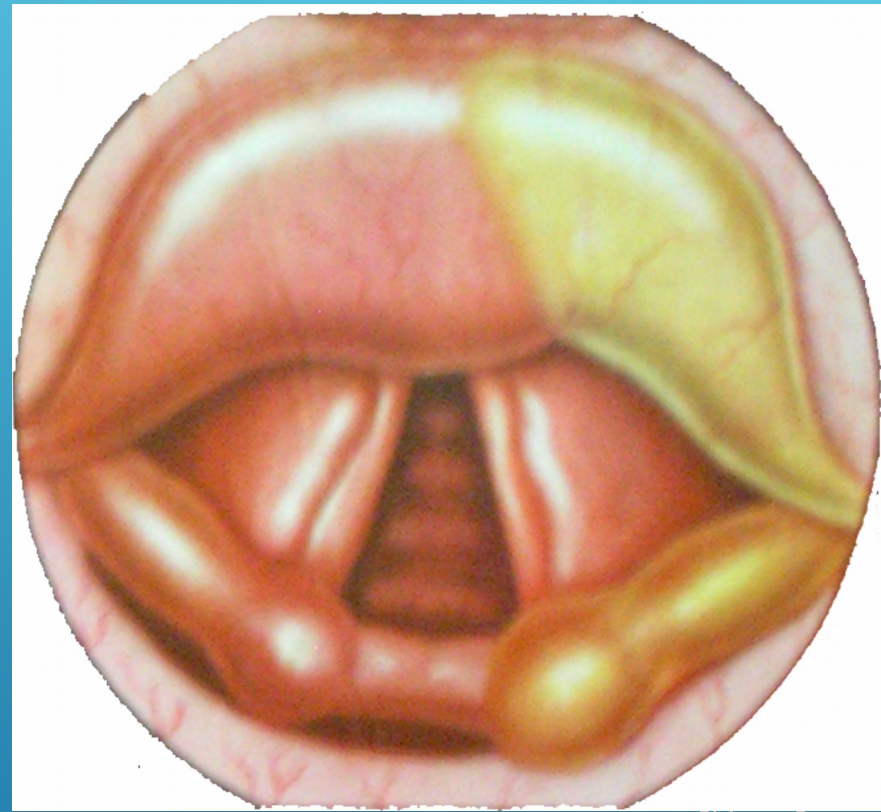
НАБРЯК ГОРТАНІ

- Запальний (гортанним ангіна, флегмонозний ларингіт, абсцес надгортанника, нагноїтельніє процеси глотки, окологлоточного простору, дна порожнини рота, кореня язика і шиї).
- Травматичний.
- Алергічний (ідіосинкразії, ангіоневротичний набряк Квінке).
- При захворюваннях серцево-судинної системи (недостатність кровообігу 2-3 ступеня), нирок, печінки, кахексії.
- Набряк гортані розвивається в тих ділянках, де є пухка клітковина в підслизовому шарі (на мовній поверхні надгортанника, в черпало-надгортанних складках, на задній стінці входу в гортань і в подголосової порожнини).

НАБРЯК ГОРТАНІ



Алергічний набряк



Запальний набряк

- СТЕНОЗ ГОРТАНІ - звуження просвіту гортані, що веде до утрудненого дихання через неї.
- Це стан, який може супроводжувати різні захворювання гортані та інших органів ший.
- Незалежно від причини стенозу гортані клінічна картина його однотипна - провідним симптомом в ній є інспіраторна задишка

ЗА ЧАСОМ РОЗВИТКУ РОЗРІЗНЯЮТЬ ТАКІ ФОРМИ СТЕНОЗА:

1. Блискавичний стеноз - розвивається протягом секунд, хвилин (при аспірації чужорідного тіла).
2. Гострий стеноз - розвивається протягом декількох годин, до доби (при гортанній ангіні, ларинготрахеїте, опіках, набряках).
3. Підгострий стеноз - розвивається протягом декількох днів, до тижня (при дифтерії гортані, позаорганних паралічі гортанних нервів).
4. Хронічний стеноз - розвивається протягом тижня і довше (при пухлинах, інфекційних гранулемах гортані, пухлинах щитовидної залози і струму, кістах, придбаних мембранах гортані).

СТАДІЇ ПЕРЕБІГУ СТЕНОЗА ГОРТАНІ:

I-я стадія - компенсованого дихання - характеризується поглибленням і уражень дихання, зменшенням пауз між вдихом і видихом, уповільненням пульсу; струс задишка з'являється тільки при фізичному навантаженні.

II-а стадія - неповної компенсації дихання - характеризується тим, що для вдиху потрібні зусилля, з'являється інспіраторна задишка в спокої, дихання стає шумним, чутним на відстані, шкіра бліда, хворий поводить себе неспокійно, в акті дихання бере активну участь мускулатура грудної Клек, що проявляється втягненням під час вдиху яремної, надключичних і підключичних ямок, міжреберних проміжків і епігастрію.

СТАДІЇ ПЕРЕБІГУ СТЕНОЗА ГОРТАНІ:

III-я стадія - декомпенсації дихання - стан хворого надзвичайно важкий, дихання часте, поверхнєве, шкірні покриви блідо синюшного кольору (спочатку - акроціаноз, потім - поширений ціаноз), хворий займає вимушене напівсидячому положенні із закинутою головою, гортань здійснює максимальні екскурсії вниз при вдиху і вгору при видиху, з'являється пітливість, пульс ставати частим, наповнення його слабким.

IV-я стадія - термінальна - у хворого настає різка втома, байдужність, дихання поверхнєве, переривчасте (типу Чейн-Стокса, Біота), шкіра блідо-сірого кольору, пульс частий, ниткоподібний, зіниці розширені, настає втрата свідомості, мимовільне сечовипускання, дефекація і смерть.

ДОПОМОГА ПРИ СТЕНОЗІ (НАБРЯКУ) ГОРТАНІ

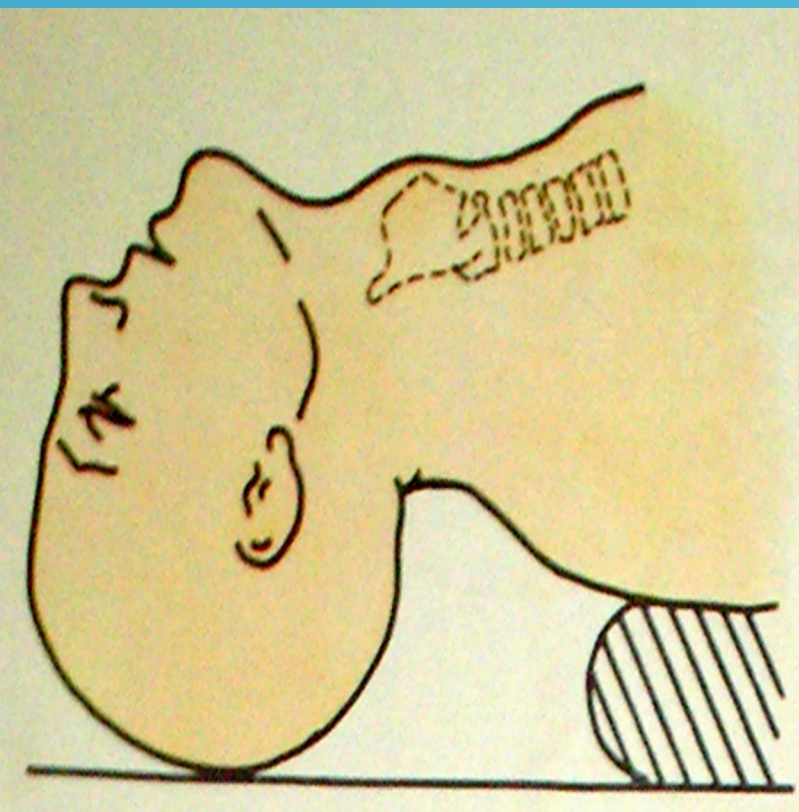
- I. Медикаментозна терапія: внутрішньовенно - глюкоза 40% -20 ml; кальцію хлорид 10% -10 ml; аскорбінова кислота 5% -5 ml; еуфілін 2,4% -10 ml; дексаметазон 8-12 мг; внутрішньом'язово: супрастин, димедрол 1% -2 ml; атропін 0,1% -1 ml; лазикс 1-2 ml
- II. Відволікаючі процедури (гарячі ножні ванни, гірчичники на литкові м'язи).
- III. Інгаляції зволуженим киснем, а також з лужними гипосенсибилизующие і спазмолітичними засобами.
- IV. Розтин абсцесу гортані або суміжних з нею органів.
- V. Інтубація.
- VI. Трахеостомія, коникотомія, крикоконікотомія.

Трахеостомія - це операція метою, якої є створення тимчасового або стійкого повідомлення порожнини трахеї з навколишнім середовищем. Під терміном «трахеотомія» слід розуміти лише розсічення трахеї, тобто етап трахеостомии.

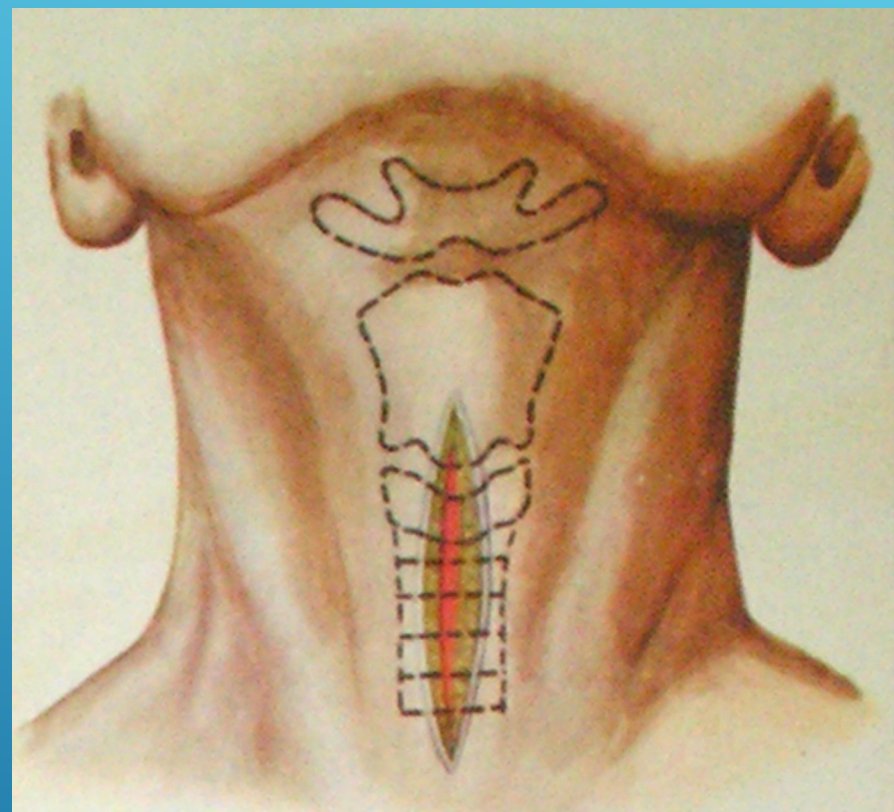
Показання

- ▣ Непрохідність дихального тракту в верхньому відділі - чужорідні тіла гортані, параліч і спазм голосових складок, виражений набряк гортані, пухлини шиї, викликають здавлення дихальних шляхів.
- ▣ Порушення прохідності дихального тракту продуктами аспірації і секретії - для санації і дренивання дихальних шляхів.
- ▣ Гостра дихальна недостатність і відсутність спонтанного дихання внаслідок травми грудної клітини, пошкодження шийних сегментів спинного мозку з виключенням іннервації міжреберної мускулатури, травми і гостра судинна патологія головного мозку.
- ▣ Тривала інтубація із застосуванням апарату ШВЛ.
- ▣ Стеноз гортані в стадіях декомпенсації та термінальної є показанням до екстреної трахеостомиї.

ТРАХЕОСТОМІЯ

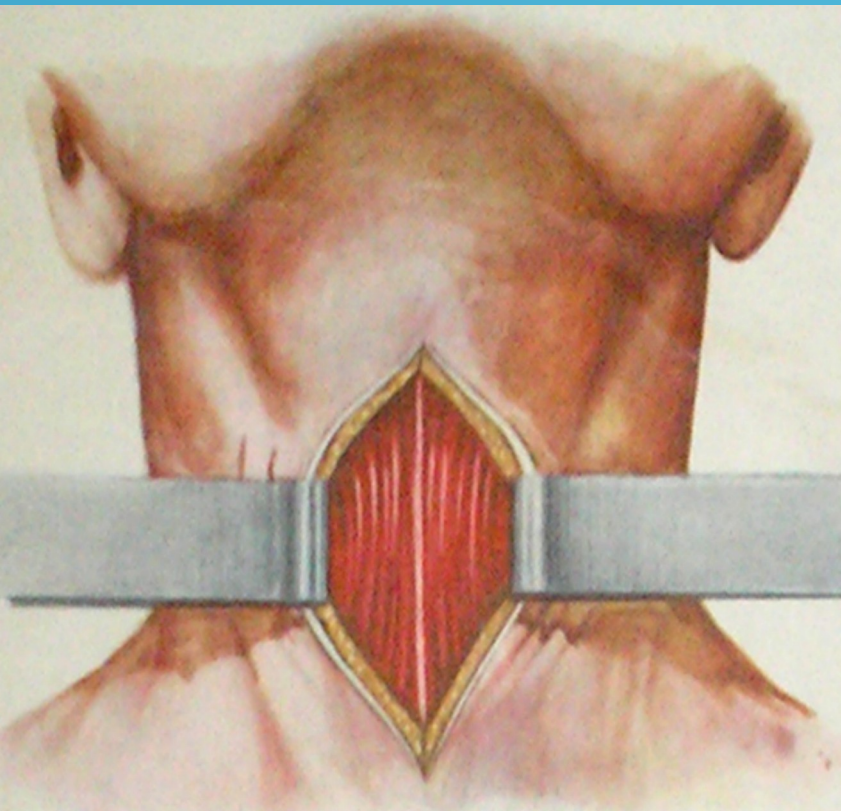


Положення хворого

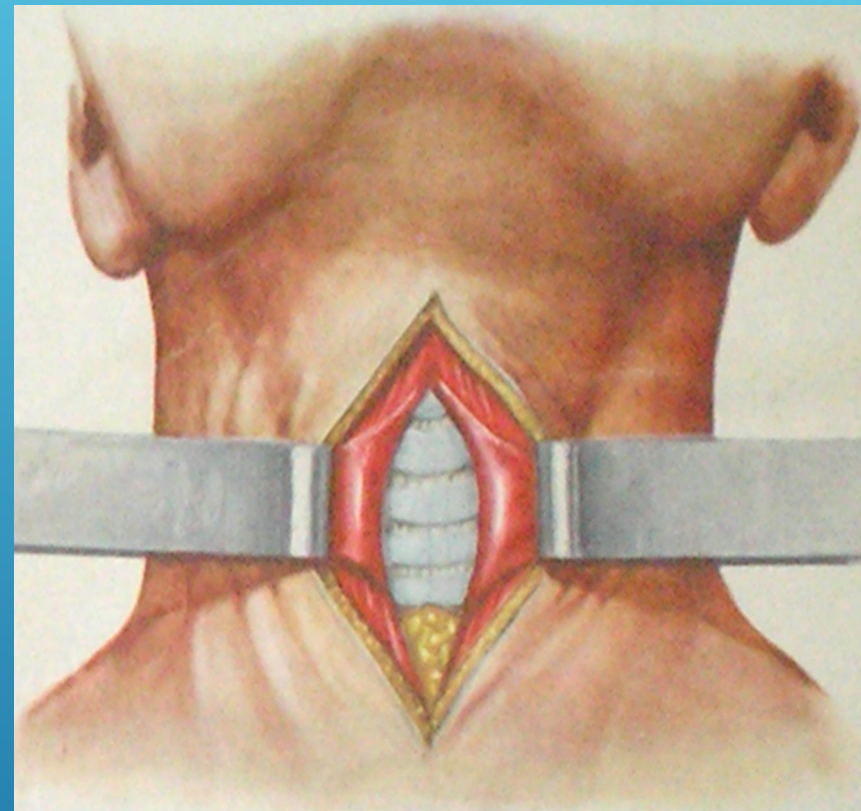


Шкірний розріз

ТРАХЕОСТОМІЯ

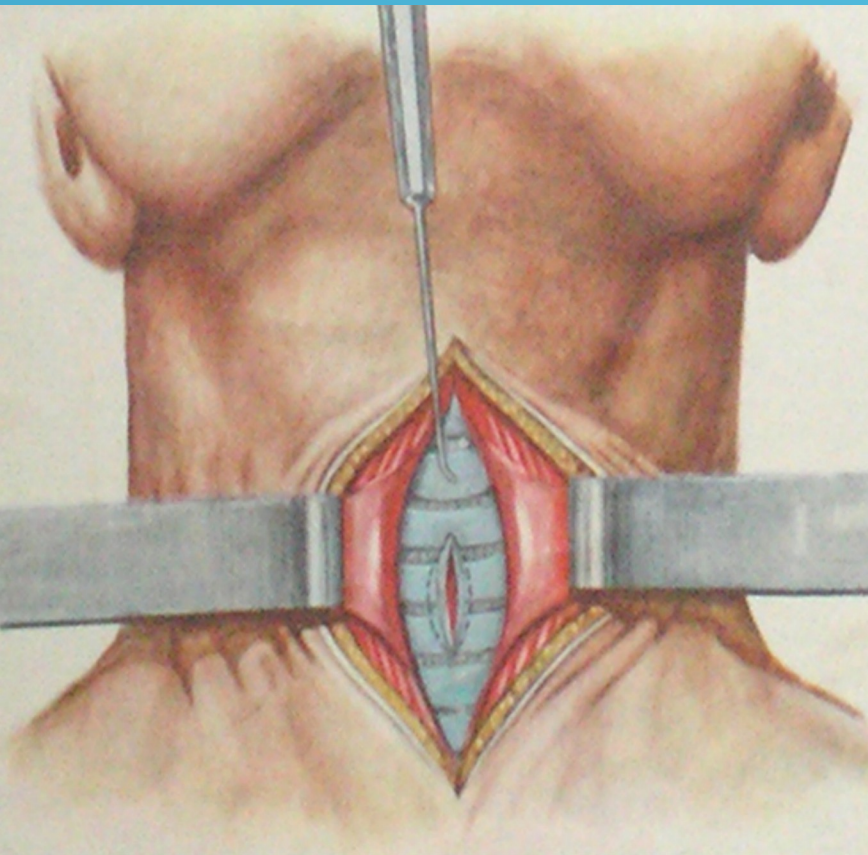


Оголення шийних м'язів

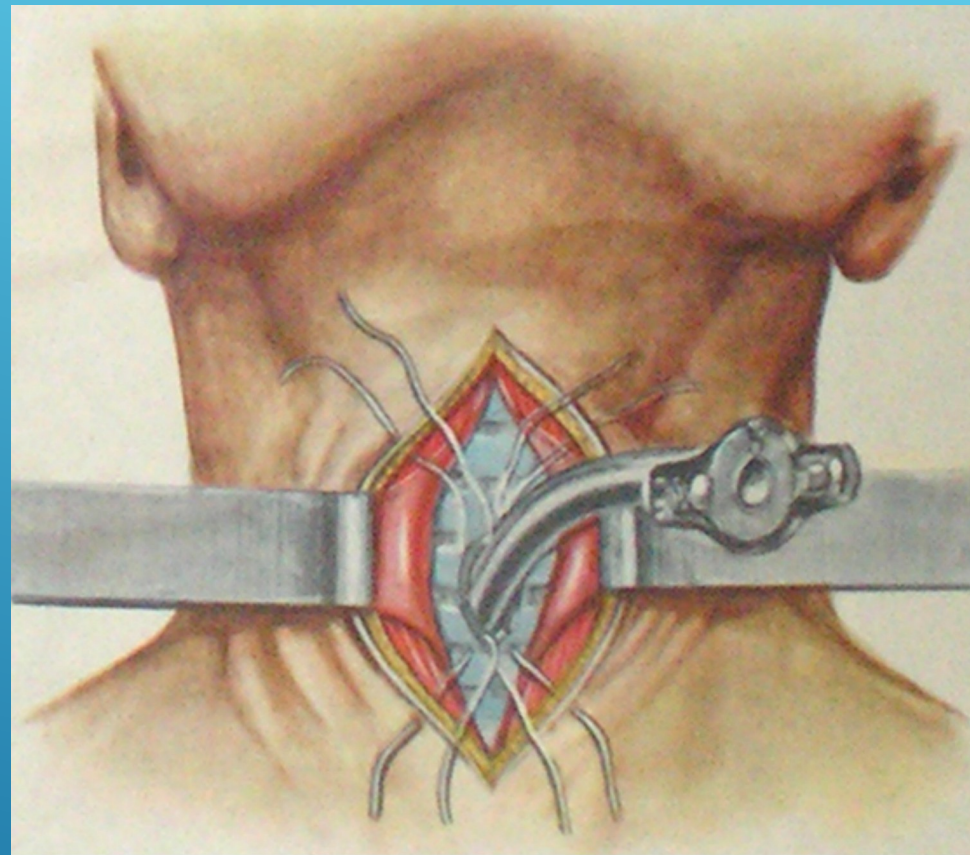


Отсепаровка, зміщення
перешийка щитовидної
залози і оголення кілець
трахеї

ТРАХЕОСТОМІЯ

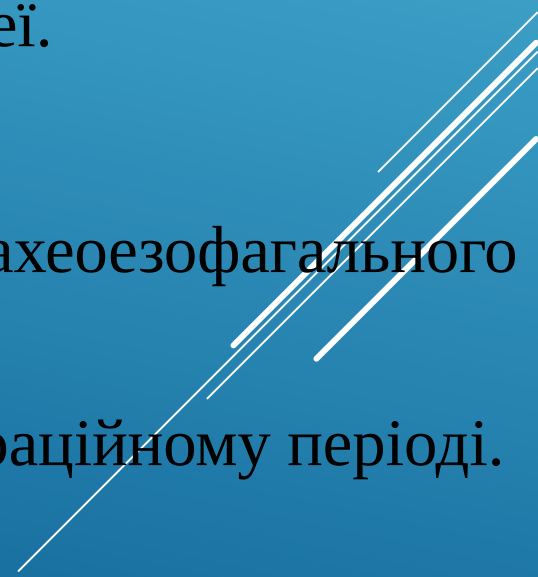


Розсічення кілець трахеї




Введення
трахеостомической трубки

УСКЛАДНЕННЯ ТРАХЕОСТОМІЇ

- Кровотечі.
 - Емфізема підшкірної клітковини.
 - Пневмоторакс.
 - Пневмомедіастенум.
 - Зупинка дихання після розтину просвіту трахеї.
 - Пізніше ерозивно кровотеча.
 - Поранення стравоходу (формування трахеоезофагального свища).
 - Розвиток гнійного трахеобронхіту в післяопераційному періоді.
- 

ГОСТРИЙ ЛАРИНГІТ

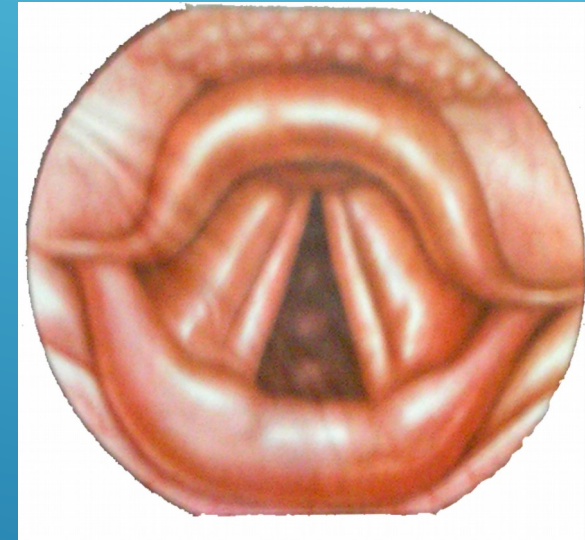
- Катаральний ларингіт.
 - Субхордальний ларингіт.
 - Гортанна ангіна.
 - Флегмонозний ларингіт.
 - Хондроперихондрит гортані.
- 

ГОСТРИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ЛАРИНГІТ

Катаральне запалення слизової оболонки, підслизового шару і внутрішніх м'язів гортані.

Клініка:

- Дисфонія (осиплість)
- Відчуття першіння в горлі, кашель
- Гіперемія голосових складок, їх потовщення і наявність на них слизу
- При фонації - неповне змикання голосових складок
- набряк слизової оболонки гортані може бути менш або більш виражений

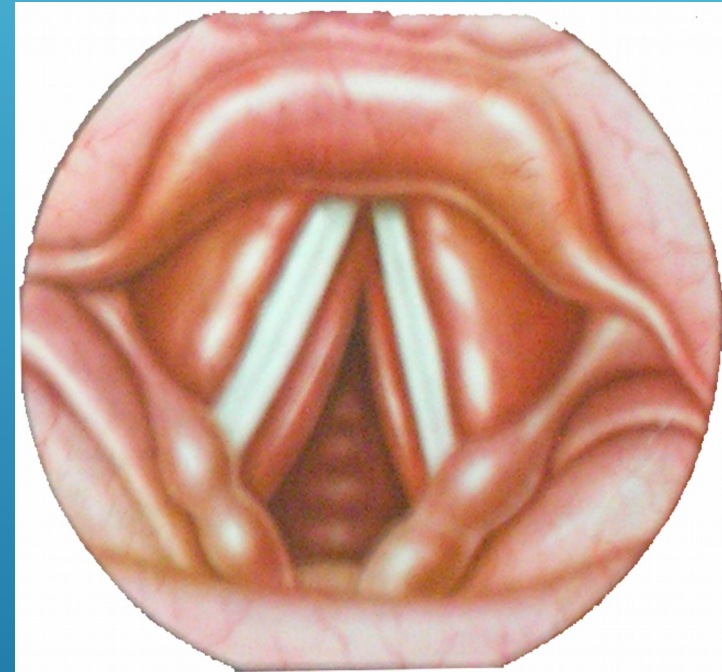


ГОСТРИЙ СУБХОРДАЛЬНИЙ ЛАРИНГІТ (ПОМИЛКОВИЙ КРУП)

Частіше розвивається у дітей до 5-7 річного віку

Клініка

- ▣ Раптовий напад задухи, що виникає вночі з симптомами, які супроводжують інспираторну задишку
- ▣ Гавкаючий кашель при чистому голосі
- ▣ При непрямій ларингоскопії видно незмінені голосові складки і під ними набряклі валики підскладочного простору

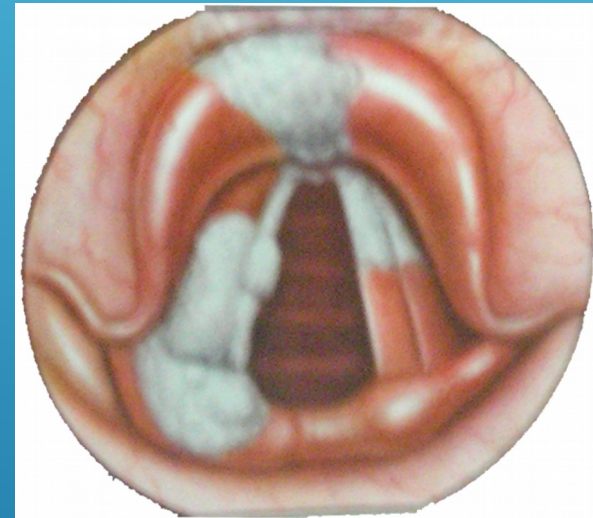


ДИФТЕРІЯ ГОРТАНІ (ІСТИННИЙ КРУП)

Розрізняють дісфонічну, стенотичну і асфіктичну стадії перебігу захворювання

Клініка

- ▣ Поступовий початок (незалежно від часу доби)
- ▣ Прогресуючий перебіг
- ▣ Сиплий кашель і хрипкий голос аж повної афонії з наростаючим стенозом
- ▣ Виражені симптоми інтоксикації
- ▣ набряк клітковини шиї
- ▣ Фібринозний наліт на слизовій гортані і голосових складок



ГОСТРИЙ ФЛЕГМОНОЗНИЙ ЛАРИНГІТ

Гостре запальне захворювання гортані, при якому гнійний процес поширюється не тільки в підслизовому шарі, але і в м'язах, зв'язках гортані, а іноді до цього процесу залучаються надхрящніца і хрящі

Клініка

- ▣ Симптоми загальної інтоксикації
- ▣ Температура тіла підвищується до 39-40 ° С
- ▣ Сильні болі в горлі
- ▣ набряк, інфільтрація і абсцедирование слизової оболонки надгортанника, черпало-надгортанних складок, області хрящів
- ▣ При локалізації процесу в області голосової щілини - захриплість, утруднене дихання, грубий гавкаючий кашель; нерідко розвивається гострий стеноз гортані




ЛІКУВАННЯ

Залежить від форми гострого ларингіту

- Інтерферон, протигрипозний гамма-глобулін
- антибіотикотерапія
- Медикаментозна терапія як при стенозі гортані
- Інгаляції антигістамінних і спазмолітичних препаратів, зволоженого кисню
- відволікаючі процедури
- При флегмонозном ларингіті - розтин гнійного вогнища
- Ендоларінгеально вливання антибактеріальних і протизапальних засобів

ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ

Класифікація

1. Катаральний.
 2. Атрофічний.
 3. Гіпертрофічний (гіперпластичний)
 - а) дифузний;
 - б) обмежений
 4. Вазомоторний (набряк Рейнке).
- 

ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ

Сприятливі фактори

- ▣ Невилікуваний гострий ларингіт.
- ▣ Конституціональні особливості.
- ▣ Захворювання верхніх відділів дихальних шляхів, що сприяють порушенню носового дихання.
- ▣ Побутові шкідливості, паління, злоупотреблніе алкоголем, переохолодження, перегрів.
- ▣ Екологічні та професійні шкідливості.
- ▣ Перенапруження голосової функції.
- ▣ Захворювання серця, нирок, печінки, шлунково-кишкового тракту, розлади обміну речовин.
- ▣ Перенесені дитячі інфекційні захворювання (кір, скарлатина, коклюш).
- ▣ Гормональний дисбаланс.

ХРОНІЧНИЙ ГІПЕРТРОФІЧНИЙ ЛАРИНГІТ

До обмежених ларингітів відносять:

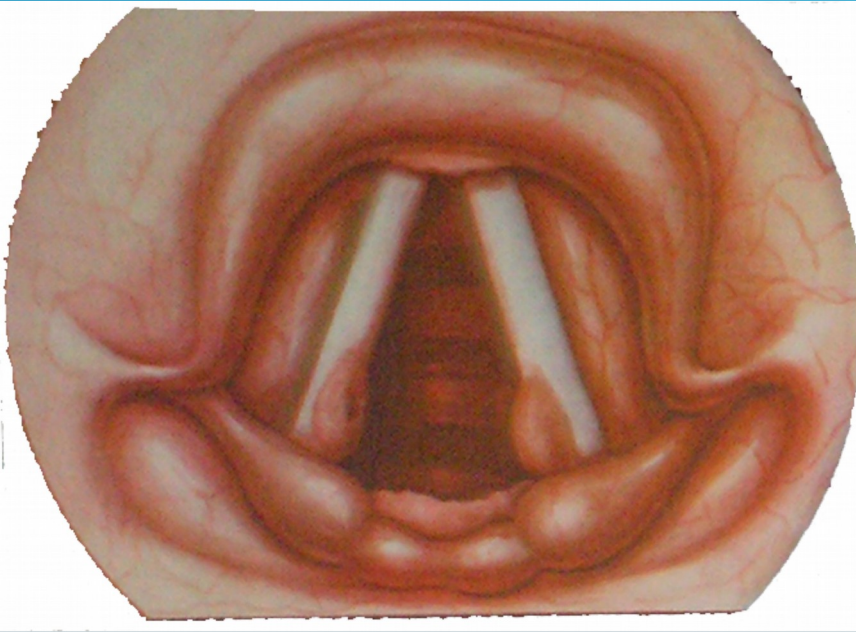
а) пахідермія - потовщення плоского епітелію задніх відділів голосових складок або наявність бородавчастих або зубчастих розрощення в межчерпаловідного просторі;

б) випадання морганієвих шлуночка (гіпертрофія слизової оболонки цієї галузі і випинання її у напрямку до середньої лінії помітне при диханні, а при фонації утворює горб, частково закриває голосову складку);

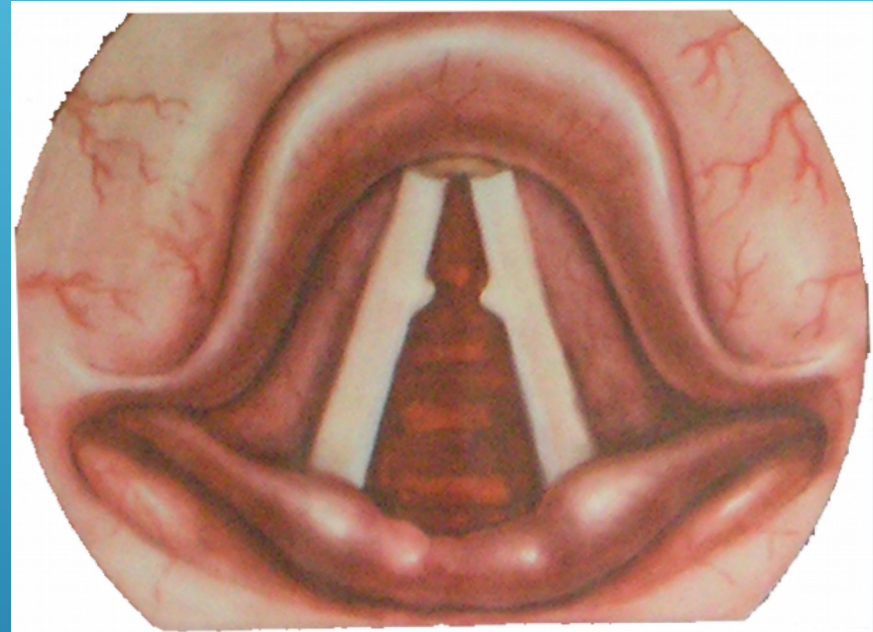
в) вузлики співаків, величиною від шпилькової головки до просяного зерна, розташовані у вигляді конуса на кордоні передньої і середньої третини голосових складок;

г) контактний ларингіт, коли в області одного з голосових відростків черпала видно гіперплазія слизової оболонки у вигляді бугра, призахідного прифонації в виразково-подібне поглиблення, що знаходиться у іншого черпала.

ХРОНІЧНИЙ ГІПЕРТРОФІЧНИЙ ЛАРИНГІТ



Контактний ларингіт



Вузлики співаків

ЛІКУВАННЯ

- Усунення причини - куріння, алкоголь
- Санація порожнини носа, навколоносових пазух і носоглотки
- Застосування індивідуальних і колективних засобів захисту від шкідливих речовин на виробництві
- Голосовий спокій.
- При гіпертрофічних ларингіті ендоларінгеально видаляється надмірна тканину.
- Змазування гортані 1% ляпісом, 10% розчином таніну в гліцерині, 2% протарголом.
- Вливання в гортань ментолу, хлорфиллипта, розчину евкаліпта.
- Інгаляції з лужними розчинами, трипсином, антибіотиками, протинабряковими засобами, тиосульфатом натрію

ПУХЛИНИ ГОРТАНІ

Класифікація

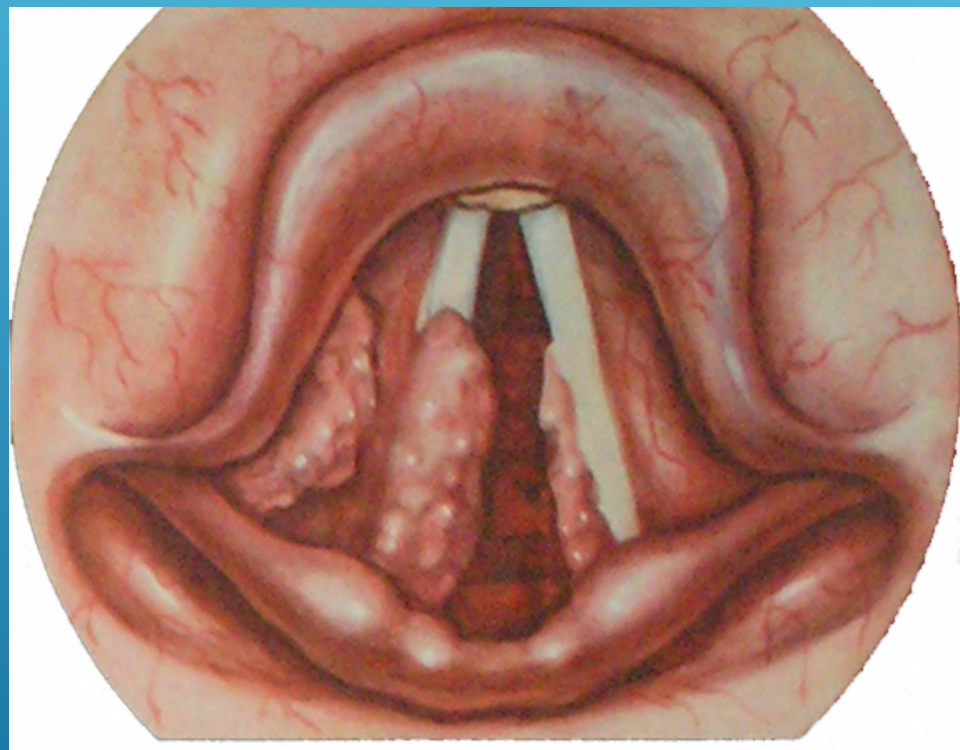
Доброякісні:

- папіломи
- фіброми
- повітряні кісти гортані

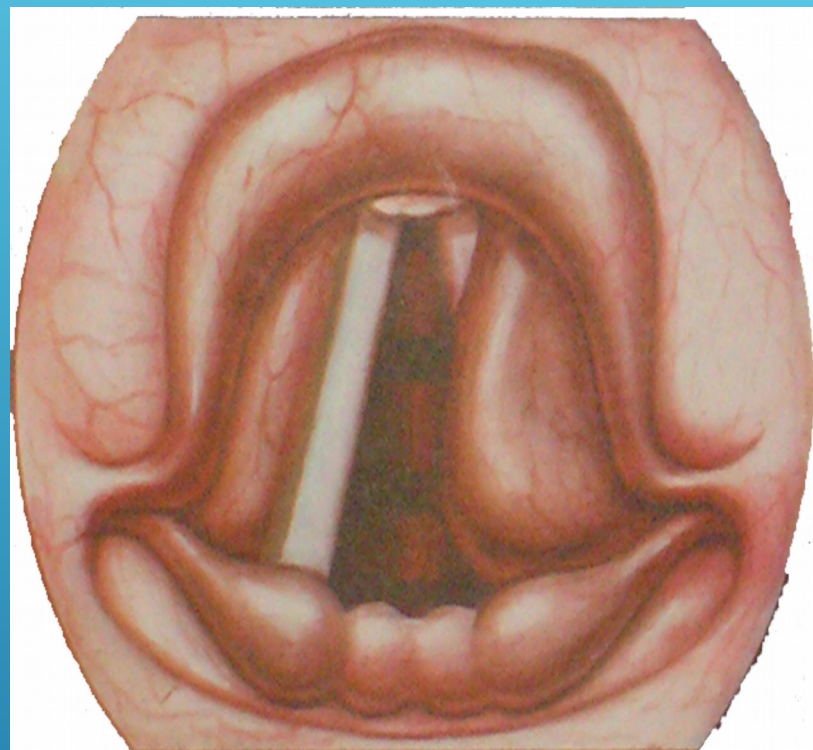
Злоякісні:

- рак
- саркома
- карциносаркоми

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ГОРТАНІ



Папіломатоз гортані



Ларингоцеле

ПУХЛИНИ ГОРТАНІ

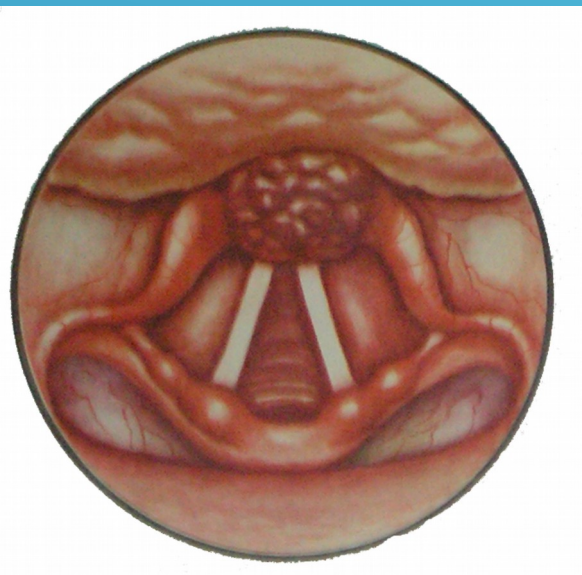
Класифікація

Враховує два критерії: локалізацію і стадію (верхній, середній і нижній поверхи гортані; I, II, III, IV стадії).

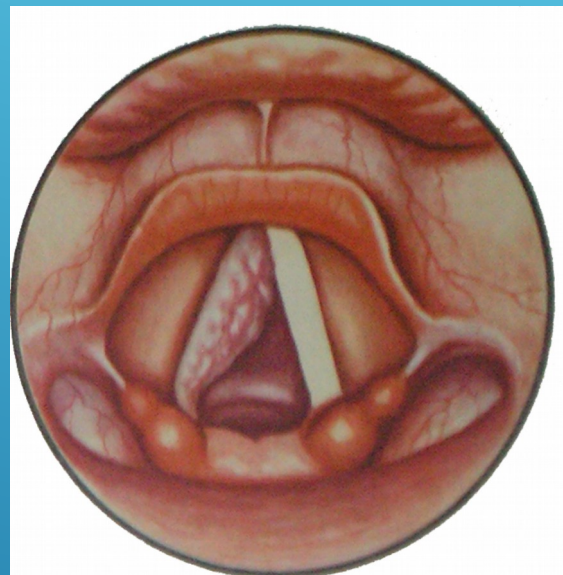
Міжнародна класифікація за системою TNM враховує не тільки локалізацію і стадію (T), а й стан регіонарних (N) і віддалених метастазів (M). Завдяки цьому розширюються можливості її використання в діагностиці, лікуванні та прогнозуванні результату раку гортані.

1. Перша стадія розцінюється як локалізація процесу в своєму поверсі на обмеженій ділянці
2. Друга стадія - пухлина заповнює весь поверх, що не поширюючись на інший
3. Третя стадія - пухлина переходить на сусідній поверх; можуть бути рухомі регіонарні метастази
4. Четверта стадія - пухлина пореходіт або на сусідній орган (глотка, стравохід, трахея), або є нерухомі, включені регіонарні (лімфовузли шиї), або будь-які віддалені метастази.

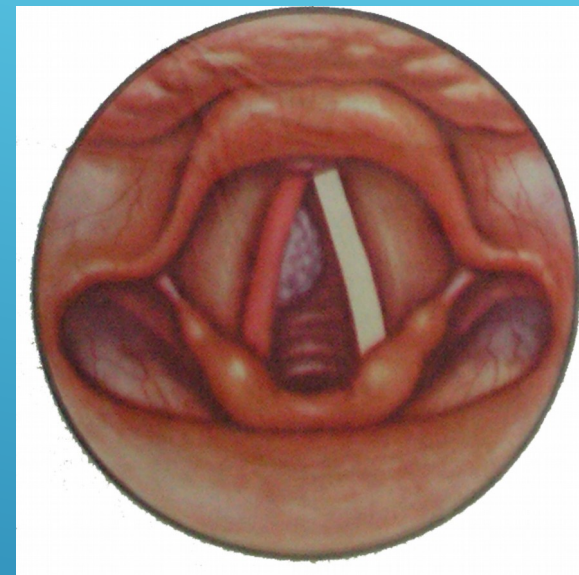
ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ГОРТАНІ



Рак верхнього
відділу гортані



Рак середнього
відділу гортані



Рак нижнього
відділу гортані

ПУХЛИНИ ГОРТАНІ

Лікування

1. Хірургічне:

- ▣ Ендоларінгеально видалення новоутворень
- ▣ Функціональна резекція гортані в ІІ і іноді в ІІІ стадіях раку
- ▣ Ларінгектомія і її розширені варіанти з включенням операції на лімфатичних шляхах шиї (футлярно-фасціальні її резекції, операції Крайля);

2. Променева терапія

3. Комбіноване лікування

- ▣ Опромінення + операція
- ▣ Операція + опромінення
- ▣ Опромінення + операція + опромінення

4. Хіміотерапія - цитостатичні і протипухлинні засоби

5. Симптоматичне лікування - коникотомія і трахеостомія при стенозі, наркотичні препарати при болях