

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

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

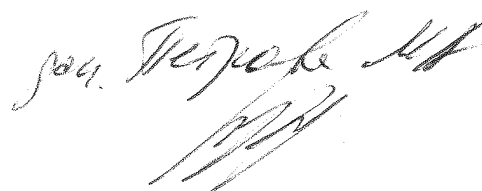
## РЕФЕРАТ

Заболевания гортани

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Петрова М. А.

Выполнила: ординатор 2 года обучения Егорова А.А.



Красноярск, 2022

## Содержание

1. Введение
2. Строение гортани
3. Болезни гортани
4. Заключение
5. Список литературы

## 1. Введение

На сегодняшний день одной из актуальных проблем отоларингологии являются болезни горла и гортани. Большинство людей не придают особого значения болезням органов дыхания, что в результате приводит к серьезным осложнениям. Частота болезни гортани постоянно увеличивается, в особенности в дошкольном возрасте и среди молодежи. При отсутствии надлежащего терапии и настойчивости в лечении возникающих патологических процессов в верхних отделах дыхательных путей очень часто формируются очаги хронической инфекции – они неблагоприятно сказываются на состоянии организма в целом.

Голосовой аппарат представляет собой сложную систему, у которой функции составляющих частей взаимосвязаны и контролируются центральной нервной системой. Он состоит из первичного генератора звука - гортани, энергетического отдела - легких, резонаторов - полости носа и носоглотки, околоносовых пазух, глотки, трахеи, бронхов и артикуляционного отдела - мышцы шеи, язык, мягкое небо, зубы, нижняя челюсть. Нарушение нормальной морфо-функциональной структуры каждого из этих отделов отрицательно сказывается на процессе голосообразования и голосоустройства, приводит к развитию функциональных и органических дисфоний.

Многие хронические заболевания органов и систем, не входящих в состав голосового аппарата, могут обуславливать неполноценность его функции даже в случае отсутствия каких-либо изменений в гортани. Сюда относятся заболевания легких, сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем. Так, хронические заболевания органов грудной и брюшной полости отрицательно сказываются на голосе из-за нарушения способности диафрагмы нормально двигаться. При появлении даже небольших участков воспаления в легких уменьшается подвижность диафрагмы, в результате чего изменяется тембр голоса, появляется его быстрая утомляемость, возникают боли в гортани, даже при незначительной голосовой нагрузке.

Гортань - гормонально зависимый орган. Голосовой аппарат находится под влиянием желез внутренней секреции не только в период роста и развития, но и в течение всей жизни человека.

Голосовые расстройства у девочек в период полового созревания сопровождаются сухостью, першением, покалыванием, а иногда и болями в горле, охриплостью. Такие нарушения чаще всего связывают с острыми респираторными заболеваниями, в связи с чем проводят неправильное лечение. У женщин голосовые расстройства могут возникать за несколько дней до или непосредственно во время менструации, при этом голос становится тусклым, низковатым. Поэтому в этот период женщинам голосоречевых профессий следует ограничить голосовую нагрузку. При использовании контрацептивных препаратов вследствие андрогенного эффекта прогестеронового компонента - тестагена могут появляться признаки вирилизации голоса.

## 2. Строение гортани

Гортань (лат. larynx) — участок дыхательной системы, который соединяет глотку с трахеей и содержит голосовой аппарат. Гортань расположена на уровне 4—6 шейных позвонков и соединяется связками с подъязычной костью. Сверху гортань соединяется с полостью глотки, снизу — с трахеей.

Гортань является завершающей областью верхних дыхательных путей, которая переходит в трахею (она уже является структурным элементом нижних дыхательных путей). У взрослого человека гортань расположена на уровне 5 шейного позвонка, у детей - на уровне 3-4, а у пожилых людей данный орган может занимать положение на уровне 7 шейного позвонка. По бокам гортани проходят кровеносные сосуды шеи, передняя ее часть покрыта мышцами, которые располагаются ниже подъязычной кости, а также фасцией шеи и боковыми верхними участками

щитовидной железы. Воздух, который проходит через гортань, предопределяет колебание голосовых связки, что и является причиной образования звуков. Стоит отметить, что в гортани интенсивность натяжения голосовых связок, а также величина и форма полости гортани могут варьироваться благодаря сокращению соответствующих мышечных волокон, что регулируется нервной системой и позволяет нам говорить и петь, изменяя тональность собственного голоса.

Полость гортани несколько напоминает на разрезе песочные часы, поскольку в средней части она сужена, а в верхних и нижних областях - расширена. Она выстлана слизистой оболочкой, верхним слоем которого является мерцательный эпителий. В наиболее узком участке гортани находятся голосовые складки и голосовая щель. Кровоснабжение гортани осуществляется при участии гортанной артерии, верхней ветви щитовидной артерии, а также при участии нижней гортанной артерии. Надо сказать, что этим артериям соответствуют одноименные вены.

Строение гортани включает лимфатическую систему, которая имеет два отдела. Они разделены между собой голосовыми складками. Верхний отдел развит лучше. Для гортани характерна симпатическая и парасимпатическая иннервация.

Гортань состоит из хрящей, суставов и связок. Среди хрящей выделяют:

- Три непарных - надгортанник, перстневидный и щитовидный;
- Три парных, к которым относится черпаловидный, рожковидный и клиновидный.
- По структуре все хрящи эластичные, за исключением щитовидного, черпаловидного и перстневидного хряща, поскольку они состоят из гиалинового волокна.

У мужчин верхний участок щитовидного хряща можно заметить на передней поверхности шеи. Данный вырост - это кадык (так называемое адамово яблоко). Стоит отметить, что кадык имеется только у взрослых, у детей он отсутствует, хотя стоит отметить, что щитовидный хрящ мальчиков несколько больше, чем у девочек. Щитовидный хрящ самый большой по размеру, имеет две пластинки, которые срастаются под углом. У женщин эти пластинки сходятся закругленно, поэтому у них кадык практически незаметен.

Надгортанник покрыт слизистой оболочкой, имеет вид тонкой плоской пластинки, расположенной сразу за корнем языка, с которым он соединяется с помощью двух складок - средней и боковой. Между этими складками есть углубления (валлекулы). Основная функция надгортанного хряща - закрывание входа в гортань во время глотания, что предотвращает попадание пищи в дыхательные пути (это помогает предупредить различные инфекции нижележащих отделов дыхательного дерева). Надгортанник укрепляется на своем месте благодаря наличию щит надгортанной и подъязыковнадгортанной связок.

Перстневидный хрящ является опорой для гортани. На его пластине размещены черпаловидные хрящи, которые имеют по два отростка (голосовой и мышечный). Благодаря перемещению черпаловидных хрящей расширяется и сужается голосовая щель. Перстнечерпаловидный сустав имеет синовиальную сумку и синовиальную оболочку. При его воспалении нарушается подвижность голосовых связок - они практически неподвижны.

Сближение и отдаление перстневидного и щитовидного хрящей обеспечивается работой перстне щитовидного сустава, что, соответственно, регулирует натяжение или расслабление голосовых складок.

### Мышцы гортани

Строение гортани также определяется мышцам, которые подразделяются на:

- Внешние - мышцы, которые отвечают за подъем и опускание гортани;
- Внутренние - мышцы, которые участвуют в движениях хрящей гортани, а также в изменении ширины голосовой щели.

Существует также физиологическая классификация мышц гортани, созданная М. С. Грачевой:

- Перстне щитовидная мышца - сужает голосовую щель
- Перстнечерпаловидная мышца (задняя) - расширяет голосовую щель;
- Мышцы-помощники;
- Мышцы, которые управляют голосовыми связками;
- Мышцы, которые отвечают за подвижность надгортанника.

Стоит отметить, что голосовая щель может сужаться и расширяться только при участии не одного мышечного волокна, а целых их групп, которые приводятся в движение влиянием импульсов нервной системы. Гортань находится в подвешенном состоянии по отношению к подъязычной кости, что обеспечивается наличием связки, которая натянута между данной костью и верхней частью щитовидного хряща. Еще одна связка есть между перстневидным и щитовидным хрящом, а также есть связка, которая помогает крепиться надгортаннику к подъязычной кости.

Связки гортани состоят из эластичных волокон желтого цвета. Они идут параллельно друг другу. Надо сказать, что в детском возрасте есть волокна, которые перекрещиваются, но у взрослых они исчезают. Строение гортани достаточно сложное и обеспечивает слаженное функционирование всех ее структурных частей для того, чтобы мы могли дышать и разговаривать.

### 3.Болезни гортани

Различают острые и хронические воспалительные заболевания гортани. Из острых чаще всего встречаются острый катаральный ларингит и подскладочный ларингит у детей.

Острый катаральный ларингит.

Довольно редко встречается как самостоятельное заболевание. Обычно он является симптомом ОРВИ и таких инфекционных заболеваний, как корь, скарлатина, коклюш. Причиной возникновения острого ларингита является инфекция, возбудители которой сапрофитируют в гортани и легко активизируются под воздействием ряда экзогенных и эндогенных факторов. К экзогенным факторам относятся общее или местное переохлаждение, злоупотребление алкогольными напитками, чрезмерная голосовая нагрузка, воздействие паров, пыли, газов и других профессиональных вредностей. К эндогенным факторам относятся нарушения функции вегетативной нервной системы, нарушение обмена веществ, снижение иммунитета и такие заболевания, как ревматизм, туберкулез и другие, при которых отмечается повышенная чувствительность слизистой оболочки гортани даже к слабовыраженным раздражителям.

Больные жалуются на охриплость вплоть до афонии, ощущение сухости, першения в горле, сухой кашель. Общее состояние остается хорошим, температура редко повышается до субфебрильных цифр. При различных острых инфекционных заболеваниях могут обнаруживаться те или иные изменения в гортани. В некоторых случаях - это обычные катаральные ларингиты (скарлатина, коклюш), в других случаях изменения носят патогномоничный характер. Сюда относятся: энантема при кори, пустулы при оспе, фибринозные налеты грязно-серого цвета при дифтерии, перихондриты при сыпном тифе, язвы при брюшном тифе и другие. Течение воспалительного

процесса в гортани в значительной степени зависит от состояния больного и тяжести основного заболевания

У детей из острых воспалительных заболеваний гортани в ряде случаев встречается подскладочный ларингит (или ложный круп). При этом заболевании возникает сужение гортани в подскладочной области вследствие воспалительного отека. Развитию подскладочного ларингита способствует узость просвета гортани и выраженный рыхлый подслизистый слой в подскладочной области у детей первых лет жизни. Обычно эти дети страдают аллергическими заболеваниями.

Клиническая картина, как правило, однотипная. Приступ начинается внезапно ночью. Появляется приступообразный лающий кашель, акроцианоз, инспираторная одышка, втяжение податливых мест грудной клетки и области эпигастрия. Приступ длится от нескольких минут до получаса, затем ребенок сильно потеет, засыпает, а на утро просыпается в нормальном состоянии.

Отдельно следует остановиться на острых стенозирующих ларинготрахеобронхитах у детей. Это заболевание всегда возникает на фоне вирусной инфекции. Постепенно к обычной клинической картине присоединяется охриплость, потом сухой, а далее кашель с мокротой; постепенно нарастают признаки стеноза гортани: инспираторная одышка и втяжение податливых мест грудной клетки, акроцианоз, ребенок может находиться только в полусидячем положении. Заболевание развивается в течение нескольких дней на фоне высокой температуры. В этих случаях показана срочная госпитализация ребенка в специализированное ЛОР-отделение.

Хронический ларингит обычно возникает под влиянием тех же причин, что и острое воспаление, если они своевременно не были устранены и продолжали свое вредное действие в течение длительного времени. К этим причинам относятся следующие факторы: постоянное дыхание через рот; хронические синуситы (особенно гнойные); хронические заболевания нижних дыхательных путей (бронхит, бронхоэктазы, туберкулез); профессиональные вредности (пыль, пары, газы); резкие колебания температуры, чрезмерная сухость или влажность воздуха; неправильное пользование голосом при пении и разговоре; злоупотребление курением и алкоголем. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, ведущие к застою крови и лимфы в области шеи, также ведут к возникновению хронических ларингитов.

Однако, признавая роль отдельных факторов в развитии хронических ларингитов, было выявлено, что каждое из вредных веществ значительно реже приводит к заболеванию гортани, чем их сочетание.

Различают три основные формы хронического ларингита: катаральную, гипертрофическую и атрофическую.

При хроническом катаральном ларингите больные жалуются на небольшую охриплость, быструю утомляемость голоса, першение в горле, частое покашливание с выделением слизистой мокроты. Во время обострения эти явления усиливаются. При ларингоскопии определяются умеренно выраженная гиперемия и отечность слизистой оболочки гортани, при фонации - неполное смыкание голосовых складок.

Хронический гиперпластический ларингит характеризуется разрастанием как эпителиального, так и подслизистого слоя. Различают диффузную и ограниченную форму гиперпластического ларингита. При диффузной форме имеется равномерное утолщение слизистой оболочки гортани, более всего выраженное в области голосовых складок. Иногда голосовые складки бывают прикрыты гиперплазированными вестибулярными складками. Ограниченная форма проявляется в виде певческих узелков, лейкоплакий, пахидермий и гиперкератозов. Одним из постоянных симптомов всех форм гиперпластических ларингитов является охриплость, степень выраженности которой зависит от стадии, формы и длительности заболевания. Диагноз ставится на основании характерных ларингоскопических признаков.

У больных гиперпластическим ларингитом часто имеется бактериальная, ингаляционная или пищевая аллергия. Так, при отечной гиперплазии голосовых складок (отек Рейнке - Гаека) преобладает повышенная чувствительность к ингаляционным аллергенам (никотин), при

диффузных формах гиперпластического ларингита большое значение придается бактериальной аллергии, а пищевая аллергия может в ряде случаев приводить к гипертрофии в области межчерпаловидного пространства.

При диффузной форме гиперпластического ларингита обычно проводят консервативное лечение: вливание в гортань противовоспалительных и гормональных препаратов, туширование слизистой оболочки гортани азотнокислым серебром. При ограниченных формах гиперпластического ларингита показано хирургическое лечение. Операции желательны проводить при прямой поднаркозной микроларингоскопии. Удалению подлежат гиперплазированный эпителий, лейкоплакии, пахидермии, полипозноизмененная слизистая оболочка гортани. При гистологическом исследовании удаленных образований в 1 - 3% случаев выявляются начальные признаки рака гортани. Ограниченный гиперпластический ларингит в виде очагов кератоза является предраковым состоянием. Поэтому эти больные должны находиться под обязательным диспансерным наблюдением. Поскольку почти все эти больные являются курильщиками, очень важно на этом этапе убедить их бросить курить, таким образом по возможности предупредив переход гиперпластического ларингита в рак гортани.

Хронический атрофический ларингит может возникнуть у лиц, работающих на химических производствах, перенесших дифтерию гортани, находившихся в зоне повышенной радиации, у больных сахарным диабетом и почечной недостаточностью. Обычно атрофический процесс в гортани сопутствует такому же процессу в носу и глотке.

Больные жалуются на сухость и першение в горле, охриплость, кашель с отхождением корочек, иногда с прожилками крови, в ряде случаев отмечается затруднение дыхания, связанное с частичным закрытием просвета гортани засохшими корками. При ларингоскопии определяется сухая и истонченная слизистая оболочка гортани, покрытая корками, преимущественно в области голосовых складок и в межчерпаковидном пространстве.

В развитии хронических воспалительных изменений в гортани установлено значение выброса содержимого желудка и пищевода в нижние отделы глотки. При этом отмечены диффузные катаральные, инфильтративные воспалительные изменения слизистой оболочки гортани, а также локальные трофические и гиперпластические изменения в области ее задней трети. Указанным органическим изменениям слизистой оболочки гортани у этой группы больных со вторичными ларингитами способствует нарушение системы иммунной резистентности, выявленной при изучении состояния общего гуморального и местного иммунитета.

#### Эпиглоттит (острое воспаление надгортанника).

Чаще диагностируется у детей, нежели у взрослых. Клинические проявления заболевания и результаты бактериологического исследования существенно разнятся в зависимости от возраста пациентов. Мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины. Предрасполагающими факторами являются множественная миелома, болезнь Ходжкина, миеломоноцитарный лейкоз, бластомикоз гортани и другие заболевания, сопровождающиеся иммунодефицитными состояниями. Возбудителями эпиглоттита являются *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, нормальная микрофлора; иногда при первичном бластомикозе гортани воспаление может распространяться и на надгортанник. У 50% больных с эпиглоттитом регистрируется транзиторная бактериемия. Клинические проявления эпиглоттита у взрослых отличаются от таковых у детей. Боли в горле характерны практически для всех больных. Далее с убывающей частотой следуют лихорадка (80%), одышка, дисфагия и осиплость голоса (около 15%). Объективные признаки фарингита и болезненность при пальпации шеи встречаются относительно редко. Абсцесс надгортанника развивается у 12% больных. При ларингоскопии отмечаются отечность и гиперемия надгортанника, значительно выступающего в просвет нижней части глотки. Диагноз подтверждается в ходе многопроекционной рентгенографии шеи.

### Грибковый ларингит.

Редко встречающееся заболевание, вызываемое грибами рода *Candida*, которому в большей степени подвержены пациенты с иммунодефицитными состояниями или получающие антибиотикотерапию. Поскольку кандидозный ларингит закономерно ассоциируется с грибковым поражением пищевода, в случаях диагностики кандидозного эзофагита показано проведение ларингоскопии. Для данного заболевания осиплость голоса нехарактерна. В случае отсутствия специфического антигрибкового лечения исходом кандидозного ларингита может явиться рубцовый стеноз гортани. Еще две грибковые инфекции *Histoplasma capsulatum* и *Blastomyces dermatidis* могут обусловить развитие хронического ларингита. Для этих форм грибкового воспаления гортани характерны осиплость голоса, одышка, дисфагия, обструкция верхних дыхательных путей, иногда кровохарканье. Характерно язвенно-некротическое поражение слизистой оболочки гортани, могущее стать причиной кровотечения.

### Туберкулез гортани.

Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом в наши дни, ларингит, вызванный *Mycobacterium tuberculosis*, сохраняет клиническую актуальность. Симптоматология туберкулезного ларингита в течение 40 лет подверглась известному патоморфозу. Чаще стали заболевать мужчины среднего и пожилого возраста (50—59 лет), мужчины в целом болеют чаще, чем женщины (3:1); нередко специфическое поражение гортани наблюдается в отсутствие клинко-рентгенологических признаков легочного туберкулеза. Осиплость голоса относится к числу наиболее частых проявлений туберкулезного ларингита. Достаточно характерное в прошлом язвенное поражение задней части голосовых связок в настоящее время встречается относительно редко. В целом же голосовые связки вовлекаются в патологический процесс в 50% случаев, относительно часто также поражение ложных голосовых связок и гортанных (морганиевых) желудочков. Иногда, однако, наблюдаются лишь гиперемия и отек слизистой, что может служить причиной ошибочной диагностики неспецифического ларингита.

### Инородные тела гортани.

Обычно аспирация инородного тела характеризуется остро развивающейся клинической симптоматикой. Появляются пронзающие боли в горле, ларингоспазм. Вследствие отека слизистой оболочки гортани присоединяется быстро прогрессирующая одышка. Часто изменяется и фонация.

Если аспирированное инородное тело оказалось острым (например, куриная кость), но довольно быстро может развиваться отек верхних дыхательных путей, сопровождающийся нарастающей одышкой. В случае перфорации стенки гортани присоединяется инфекционное воспаление мягких тканей шеи или медиастинит. При подозрении на аспирацию инородного тела гортани необходимо экстренное обследование (непрямая или прямая ларингоскопия).

### Двигательные расстройства гортани.

Двигательные расстройства в мышечной системе гортани встречаются или в форме резкого повышения их функции, или, наоборот, ослабления и полного угнетения ее. Повышение рефлекторной возбудимости нервно-мышечного аппарата гортани чаще встречается в детском возрасте в виде таких заболеваний, как спазмофилия, рахит, коклюш и другие. Оно выражается в приступах судорожного замыкания голосовой щели, которые могут повторяться много раз.

Ларингоспазм может появляться в результате рефлекторного раздражения гортани инородным телом, от применения прижигающих средств, вдыхания раздражающих газов. В других случаях ларингоспазм может быть центрального происхождения, как, например, при истерии, эпилепсии, столбняке. Лечение должно быть направлено на основное заболевание. Парезы и параличи гортани могут быть миопатическими и нейрогенными. Миопатические парезы и параличи возникают в результате воспалительных изменений во внутренних мышцах гортани. Эти явления могут наблюдаться при острых и хронических ларингитах, некоторых инфекционных заболеваниях (дифтерия, грипп, тиф, туберкулез), большой голосовой нагрузке. При миопатических параличах в процесс вовлекаются, главным образом, суживатели гортани; ларингоскопическая картина зависит от того, какая мышца или группа мышц поражена. Так, на фоне гриппа нередко развивается парез голосовых мышц, а голосовая щель приобретает веретенообразную форму. В результате неполного смыкания голосовых складок голос у этих больных ослаблен, имеет шипящий характер.

В связи с увеличенным расходом воздуха развивается одышка при длительном и напряженном разговоре. Если своевременно не начать лечение, то голос может надолго остаться охрипшим. Нейрогенные параличи гортани бывают центральными и периферическими. А центральные, в свою очередь, подразделяются на органические и функциональные. Органические центральные параличи гортани возникают при поражениях головного мозга (опухоли, кровоизлияния, сирингомиелия, острый полиомиелит, клещевой энцефалит, сифилис). При этом изолированных параличей гортани не бывает, они обычно сочетаются с поражением IX, XI и XII черепно-мозговых нервов, что выявляется при неврологическом исследовании. В случае признаков стеноза гортани показаны трахеотомия и лечение основного заболевания.

Функциональные центральные параличи гортани возникают при нервно-психических расстройствах, вследствие нарушения взаимодействия между процессом возбуждения и торможения в коре головного мозга. Ярким примером является истерия. Одним из проявлений двигательных расстройств при истерии может быть затруднение дыхания, связанное с парадоксальным смыканием на вдохе голосовых складок. Как правило, эти изменения возникают у молодых женщин с лабильной нервной системой, ранее перенесших простудные заболевания. Обычно ставился диагноз: бронхоспазм, ларингоспазм, неконтролируемая бронхиальная астма и безуспешно проводилось лечение бронхолитиками и гормонами. Длительность заболевания может колебаться от нескольких часов до 10 лет и более.

Дифференциальная диагностика между истинными стенозами гортани и дыхательными нарушениями при истерии, требующими диаметрально противоположного подхода к лечению, вызывает в ряде случаев определенные трудности. Характерно, что днем в присутствии посторонних у этих больных отмечается шумное стридорозное дыхание, но когда во время разговора больные отвлекаются, дыхание становится более свободным. Характерно, что во время сна больные дышат совершенно спокойно. При ларингоскопии периоды, когда голосовые складки на вдохе расположены почти у средней линии (просвет 1-2 мм при норме 14-16 мм), чередуются с расхождением голосовых складок в полном объеме, что никогда не бывает при органических стенозах гортани. При исследовании функции внешнего дыхания, несмотря на видимое затруднение дыхания, у больных выявляется гипервентиляция, что так характерно для истерии.

Периферические параличи возникают в результате поражения гортанных нервов, прежде всего нижнего гортанного или возвратного. Вследствие особенностей прохождения возвратного гортанного нерва в грудной полости и на шее возможно нарушение его проводимости при поражении различных органов. Поскольку левый возвратный гортанный нерв заходит в грудную полость, то многочисленные патологические процессы в этой области могут привести к его сдавлению (аневризма дуги аорты, дилатационная кардиомиопатия, рак верхушки левого легкого, опухоли и кисты средостения, туберкулезные инфильтраты, увеличенные лимфоузлы и т.д.). Различные процессы в области шеи также могут привести к сдавлению или травме нерва (рак пищевода, трахеи, щитовидной железы, травмы шеи, аневризма подключичной артерии,

операции на щитовидной железе). Если у больного выявлено ограничение подвижности левой половины гортани, прежде всего нужно сделать томографию легких и средостения, а затем рентгеновское исследование пищевода и трахеи, УЗИ щитовидной железы. При односторонних параличах гортани больные жалуются на выраженную охриплость, иногда афонию, одышку при разговоре, затрудненное откашливание мокроты. При ларингоскопии голосовая складка обычно занимает промежуточное положение, при фонации между голосовыми складками остается щель около 2 - 3 мм. Из-за этого и наблюдаются выраженные голосовые нарушения. Если односторонний паралич гортани возник после операции на щитовидной железе, как правило, в результате удаления узлового зоба и голос пропал сразу после операции, лечение, направленное на восстановление голосовой функции, можно начинать уже через 1-2 нед. При двусторонних параличах гортани, наблюдаемых, как правило, при травмах шеи и операциях на щитовидной железе, больные жалуются на выраженное затрудненное дыхание, при практически неизменяемом голосе. Нередко бытует представление, что если голос не изменен, то заболевание не связано с гортанью. И у этих больных затруднение дыхания нередко связывают с заболеванием сердца или легких и проводят неадекватное лечение, поэтому трахеотомию приходится делать уже по срочным показаниям.

#### Новообразования гортани

Среди заболеваний гортани значительное место занимают доброкачественные опухоли. Их чаще диагностируют у лиц голосоречевых профессий, которые обычно быстрее замечают даже незначительные изменения голоса и обращаются к ларингологу. Доброкачественные новообразования гортани нередко развиваются на фоне хронических ларингитов. К ним относятся фибромы, ангиомы, ангиофибромы, кисты, папилломы. Все эти опухоли, за исключением папилломы, растут медленно, иногда в течение нескольких лет и характеризуются гладкой поверхностью, наличием ножки, отсутствием инфильтрирующего роста и метастазов. Субъективные ощущения больных с доброкачественными новообразованиями различны. Характер и степень расстройств определяются локализацией, величиной и степенью подвижности опухоли. Голосовые расстройства нередко усиливаются при возникновении воспалительных явлений в гортани. При наличии у новообразования широкого основания охриплость носит постоянный характер. Если опухоль на ножке и спускается в подскладочное пространство, то голосовые складки плотно смыкаются и охриплости не возникает. В тех случаях, когда опухоль ущемляется между голосовыми складками, отмечается внезапное прерывание голоса при разговоре. Затруднение дыхания возникает редко, только при быстро растущих папилломах гортани. Диагноз ставят на основании данных ларингоскопии.

Из злокачественных новообразований чаще всего встречается рак гортани. Факторами риска являются курение, злоупотребление алкоголем, голосовые перегрузки, профессиональные вредности (пыль, сажа, анилиновые краски, радиоактивные вещества). К предраковым состояниям относятся все виды дискератозов (гиперплазии, лейкоплакии, кератоз, пахидермии), дегенеративные пролиферативные процессы (контактные язвы и гранулемы), все доброкачественные опухоли. По локализации различают рак верхнего (преддверие), среднего (голосовые складки) и нижнего (подскладочного) отделов гортани. Чаще раковой опухолью поражается верхний отдел, реже - средний и еще реже - нижний отдел. При раке преддверия гортани самым ранним симптомом является болевая или безболевая дисфагия. Поскольку при этой локализации рака голос не меняется, нередко возникают диагностические ошибки (проводят лечение фарингитов, тонзиллитов, неврозоз глотки, но без эффекта). Поэтому при подобных жалобах осмотр гортани должен быть обязательным. При поражении голосовой складки раковой опухолью основной жалобой является охриплость, которая должна заставить больного обратиться к врачу. Но существует мнение, что хриплый голос у курильщика - нормальное состояние, и

больные не торопятся обращаться к врачу по этому поводу.

При раке подскладочного отдела основной жалобой является затруднение дыхания, а это, как правило, проявляется уже на 2 - 3-й стадии заболевания.

Для диагностики рака гортани используют ларингоскопию, микроларингоскопию, фиброларингоскопию, стробоскопию и томографию гортани.

#### Функциональные дисфонии

За последние годы резко возросло число лиц с функциональными заболеваниями гортани, что связано, по мнению многих исследователей, с увеличением нагрузки на нервную систему, психику человека. Заболевания гортани, затрудняющие речевое общение, снижают работоспособность и создают угрозу профессиональной непригодности. Специализированная помощь при этих заболеваниях способствует восстановлению голосовой функции и возвращению людей к трудовой деятельности. Уменьшение звучности голоса, появление охриплости или отсутствие голоса принято рассматривать как признак заболевания гортани. Однако непрямая ларингоскопия у некоторых больных с измененным голосом не выявляет органических изменений в гортани. Такие расстройства рассматривают как функциональные. Дисфонии подразделяются на гипотонусные, гипертонусные и спастические. Функциональные афонии делятся на паретические и спастические, а фонастении - на острые и хронические. Голосо- и речеобразование осуществляется благодаря координированной деятельности дыхательного, голосового и артикуляционного аппаратов, взаимодействие которых обеспечивается и контролируется корой головного мозга.

Функциональные дисфонии возникают при нарушении этой координации на любом участке и проявляются множеством субъективных симптомов, которые распределяются на две основные группы: общевневрологические и местные расстройства. К общевневрологическим относится своеобразное поведение больного: тревожные и мрачные переживания, угнетенное состояние, опасение неблагоприятного исхода лечения, повышенная раздражительность, неустойчивость настроения, вспыльчивость, иногда апатия, нарушение сна. Местные проявления характеризуются изменением голоса, сенсорными и секреторными расстройствами. Функциональные голосовые нарушения наблюдаются у лиц, ослабленных различными соматическими и инфекционными заболеваниями, страдающих хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей, а также пользующихся неправильной техникой фонации и дыхания. Рассмотрим отдельные формы функциональных нарушений голоса.

Гипотонусная дисфония - снижение мышечного тонуса голосовых складок. Основными причинами этого заболевания являются голосовые нагрузки во время или после ОРВИ, ангина, бронхиты, трахеиты; вегето-сосудистые дистонии, гормональные дисфункции, стрессовые ситуации. Больные жалуются на быструю утомляемость голоса, охриплость, уменьшение силы голоса. Слизистая оболочка гортани и трахеи без воспалительных изменений, голосовые складки подвижны, тонус их снижен, при фонации отмечается несмыкание около 1 мм. При ларингостробоскопии выявляются вялые, ослабленные колебания голосовых складок. Максимальное время фонации укорочено.

Гипертонусная дисфония - повышение тонуса голосовых мышц. Она развивается при форсированной, силовой манере речи и пения, особенно в шумной обстановке. Наблюдается постоянное перенапряжение мышц брюшного пресса, толчкообразное движение диафрагмы, напряжение мускулатуры лица и шеи, сопровождающееся набуханием вен шеи. Основные жалобы больных: охриплость, болевые ощущения в области гортани, глотки и шеи, постоянное желание откашлять слизь и мокроту, быстрая утомляемость голоса, периодические ларингоспазмы. Голос у больных резкий, пронзительный, с металлическим оттенком, звучит напряженно. Обращает на себя внимание плотное смыкание голосовых складок при фонации.

Спастическая дисфония - нейродинамическое расстройство фонации, выражающееся в чрезмерно интенсивной деятельности и дискоординации внутренних и наружных мышц гортани, а также дыхательных мышц. Возникновение спастической дисфонии наиболее часто связано с психической травмой и стрессовыми перегрузками, но в ряде случаев может возникать у лиц, ранее перенесших острые инфекционные заболевания, например, грипп. Голос у больных спастической дисфонией монотонный, низкий, с различными призвуками, фонация напряженно-сдавленная, часто сопровождается гримасами, напряжением мышц шеи и лица. Многие больные предпочитают говорить шепотом. Во время пения, плача, смеха и после приема алкогольных напитков голос становится нормальным.

#### 4. Заключение.

Чтобы максимально оградить себя от болезней, людям со слабым иммунитетом врачи рекомендуют проводить профилактику заболеваний горла. Если говорить о боли в горле, которая чаще всего развивается на фоне простудных заболеваний, то рекомендуется соблюдать профилактические меры, касающиеся именно простуды. Самый важный момент в профилактике — это максимальное исключение любого контакта с простуженными людьми. К сожалению, полностью исключить контакт с вирусом невозможно, поэтому желательно повышать защиту организма другими дополнительными способами:

- закаливание;
- разнообразие рациона питания и получение всех необходимых витаминов, особенно в летнее время;
- увлажнение воздуха в помещении — более всего организм становится уязвимым для вируса, когда слизистые оболочки носа и горла сильно пересушены воздухом. Такой воздух бывает в помещениях в сезон отопления.
- Местная профилактика заболеваний горла

5. Список литературы:

1. Ананьева, С.В.: Болезни уха, горла, носа. - Ростов н/Д: Феникс, 2011
2. Зарубин, М.М.: Лечение болезней ЛОР-органов. - Ростов н/Д: Феникс, 2007
3. Пальчун, В.Т.: Практическая оториноларингология. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006
4. Гапанович, В.Я.: Болезни уха, горла и носа. - Минск: Высшая школа, 2002

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

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра

МОР-Бактериология Ю  
(наименование кафедры)

Рецензия

К.М.Н., асс. Лекучева М.А.  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора

2 года обучения по специальности Структурная биология  
(ФИО ординатора)

Тема реферата

Знание терминов

### Основные оценочные критерии

| №   | Оценочный критерий                                 | положительный/отрицательный |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Структурированность                                | +                           |
| 2.  | Актуальность                                       | +                           |
| 3.  | Соответствие текста реферата его теме              | +                           |
| 4.  | Владение терминологией                             | +                           |
| 5.  | Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы  | -                           |
| 6.  | Логичность доказательной базы                      | +                           |
| 7.  | Умение аргументировать основные положения и выводы | +                           |
| 8.  | Источники литературы (не старше 5 лет)             | -                           |
| 9.  | Наличие общего вывода по теме                      | -                           |
| 10. | Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)     | +                           |

Дата: «10» 10 20 22 год

Подпись рецензента

(подпись)

Лекучева М.А.  
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

(ФИО ординатора)