

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения РФ

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат

на тему: Экстренная помощь при заболеваниях
гортаноглотки.

Восполнила: Клинический
ординатор 1 года, 115 гр
С.А. Авиустовская

Проверила: д.м.н., профессор
Н.В. Терскова

Куратор: к.м.н., доцент
М.А. Петрова

Красноярск, 2023г

Пальцами левой руки нащупывается небольшая впадина строго по средней линии между нижним краем цитовирного и верхним краем перстневидного хряща. Впадина соответствует месту перстнецитовирной (копчиковой) связки. Концы скальпелем и скальпелем строго перпендикулярно передней поверхности шеи проводят поперечный разрез глубиной 1-1,5 см на ширину лезвия скальпеля сразу через все ткани. Появление крови и выход воздуха служат признаком того, что фактически трубка вскрыта. Полученное отверстие расширяют с помощью расширителя Трусова и кровоостанавливающей зажимы, после чего вводят трахеостомическую трубку.

Перечисленные операции необходимо проводить строго по регламенту, т.к. существует вероятность осложнений: интраоперационных, к которым относятся: кровотечение, эмфизема подкожной клетчатки, пневмоторакс и пневмомедиастина, рефлекторная остановка сердца и брадикардия, ранение пищевода; послеоперационных: позднее аррозивное кровотечение, эмфизема подкожной жировой клетчатки, гнойная трахеобронхит и пневмония, констриктивный гор-тани и трахея, нагноение раны. Так же необходимо избегать использования металлических и пластиковых рвухро-светных трахеостомических трубок. Применяются современные ПВХ и силиконовые. Разрез ушивается узловыми швами.

Паратонзиллярный абсцесс

Паратонзиллярный абсцесс - воспаление паратонзиллярной клетчатки (мешу контактной миндалины и глоточной фасцией, покрывающей констриктор глотки) в абсцерирующей форме

Наиболее часто развивается у больных с хроническим тонзиллитом, в результате проникновения вирулентной инфекции на фоне местного широкого резистентности. Заболевание чаще встречается в молодом и зрелом возрасте (16-35 лет).

Причиной проникновения инфекции служат кариоз, особенно в области верхнего полюса миндалины, так же способствовать может добавочная ролька, находящаяся в паратонзиллярном пространстве. Распространение инфекции с воспаленных кариозных зубов на околоминдаликовую клетчатку приводит к развитию острого паратонзиллярного абсцесса. Прорезывание зуба мудрости, периодонтит, травма глотки и инородными телами - в меньшей степени влияют на развитие процесса.

Результатом является постоянное нарастание интоксикации организма, обусловленное экзо- и эндогенными из тонзиллярного очага инфекции, прекращение выработки лимфоцитов антител и образование иммунопатологических агрессивных антител, повреждающих собственную ткань. Токсические лимфатогенным и лимфогенным путем разносятся по организму и приводят к такой симптоматике, как: плохое самочувствие, повышенная утомляемость, слабость; увеличению лимфатических

узлов. Так же около 65% паротонзиллярных абсцессов приходится на осенне-зимний период, где отягчающими факторами служат переохлаждение организма и гиповитаминоз (С, В₁, В₂). Несомненную роль в нем же играют: неполноценное питание, неблагоприятные бытовые условия, затяжное стресса.

Клиническая картина и результат фарингоскопии:

Односторонний процесс (гастро) в период реконвалесценции или обострение хронического тонзиллита, приносящий интенсивную мучительную боль в горле, иррадиирующую в ухо, зубы. Симптомы интоксикации и повышение температуры до 39-40°C, отказ от пищи и питья, болевая реакция при поворотах головы. Втрагивенной в разную степень тризм, вперевидии того рот открывается на 1-2 см, что затрудняет фарингоскопию, при которой мы видим: индурат разной локализации, наиболее распространен супратонзиллярный абсцесс (70%), задний (16%), передний (7%), боковой (4%); смещение язычка в здоровую сторону, отечность небного и небных дужек, прилипания к средней линии. Наблюдается на 3-4-ые сутки от начала образования процесса.

При нескапании ротовой полости могут возникнуть осложнения: кровотечение, флегмона шеи, сепсис, поэтому помощь должна быть своевременной и выполненной в полном объеме.

прошептывающих и эпиглотальной области во время вхождения,
ширина голосовой щели 4-5 мм.

III Старая рекомпенсация рожания - состояние переувлажненно-тяжелого, рожания частое, поверхностное, кожные покровы цианотичные, начинае с акроцианоза, больной занимает вынужденное положение с запрокинутой головой, гортань совершает максимальное экскурсии вниз при вхождении и вверх при выходе, появляется потливость, пульс частый, слабо наполненный, чувство страха, ширина голосовой щели составляет 2-3 мм.

IV Старая терминальная - у больного развивается резкая усталость и безразличие, рожания поверхностное типа Гейка - Стокса, кожа бледно-серого цвета, пульс частый, нитевидный, зрачки расширены, затем - потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и релаксация, быстро наступает смерть, Ширина голосовой щели 1 мм.

Выбор метода лечения в первую очередь определяется стадией стеноза, а во вторую - причинами, вызвавшими стеноз. Так при I и II стадиях стеноза целью лечения направлено на устранение патологического процесса, вызвавшего удушье (противоотечная, релаксационная, гипосенсибилизирующая терапия, снотивное препараты, если отек воспалительного генеза - антибиотикотерапия).

Острый стеноз гортани не является отдельной нозологической формой, а служит причиной воспалительного отека гортани при гортанном ангине, фарингокожной ларингите, коклюшеподобном стенозе гортани, остром перикардиальном ларингите, остром инфекционном поражении гортани; травматическом отеке: наружном травмировании и травме слизистой оболочки гортани, а также отеке слизистой гортани, аллергический отек и парезы.

Независимо от фактора, вызвавшего процесс - клиническая картина стеноза и на первое место выступает инспираторная одышка.

Различают четыре стадии стеноза:

I - Стадия компенсации, которая характеризуется углублением и урежением дыхания, уменьшением пауз между вдохом и выдохом, уменьшением количества пульсовых ударов, инспираторная одышка появляется только при физической нагрузке. Ширина голосовой щели в пределах 6-7 мм, при нормальном у мужчин 17-20 мм; у женщин 13-17 мм.

II - Стадия субкомпенсации определяется тем, что при вдохе требуется большее усилие, дыхание становится шумным, слышимым на расстоянии, кожа бледная, больной берет себе беспокойно, мечется, в акте дыхания активное участие принимают мускулатура грудной клетки, стенокардия втягивания надключичных, подключичных, яремных ямок, межреберных

прошептывающих и эпиглотальной области во время вхождения,
ширина голосовой щели 4-5 мм.

III Старая рекомпенсация рожания - состояние переувлажненно-тяжелого, рожания частое, поверхностное, кожные покровы цианотичные, начинае с акроцианоза, больной занимает вынужденное положение с запрокинутой головой, гортань совершает максимальное экскурсии вниз при вхождении и вверх при выходе, появляется потливость, пульс частый, слабо наполненный, чувство страха, ширина голосовой щели составляет 2-3 мм.

IV Старая терминальная - у больного развивается резкая усталость и безразличие, рожания поверхностное типа Гейка-Стокса, кожа бледно-серого цвета, пульс частый, нитевидный, зрачки расширены, затем - потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, быстро наступает смерть, Ширина голосовой щели 1 мм.

Выбор метода лечения в первую очередь определяется стадией стеноза, а во вторую - причинами, вызвавшими стеноз. Так при I и II стадиях стеноза целью лечения направлено на устранение патологического процесса, вызвавшего удушье (противоотечная, десиндратирующая, гипосенсибилизирующая терапия, снотивное препараты, если отек воспалительного генеза - антибиотикотерапия).

При II стадии стеноза гортани, вызванного аллергическим отеком выполняют микроинвазивную трахеотомию - восстановление дыхания носоротовым введением противоотечных, антигистаминных, мочегонных препаратов и прициололов, при неэффективности - выполняют трахеотомию по общепринятой хирургической методике.

Трахеотомия - операция, целью которой является восстановление дыхания при стенозе гортани путем рассечения хрящевой трахеи и введения специальной трахеотомической трубки с последующим проведением трахеостомы.

Также производится верхняя трахеотомия с разрезом второго - третьего края хряща.

Технические операции:

Положение - лежа на спине с запрокинутой головой валиком для возвышения гортани и облегчения ориентирования. Обезболивание местное 1% раствором прокаина с примесью раствора эпинефрина 1:1000 (капля на 5 мл). Проверяют послойный разрез кожи и подкожной клетчатки от нижнего края перстневидного хряща вертикально вниз строго по срединной линии до уровня хрящевой бороздки (5-6 см). Рассекают поверхностную трахею, по которой обнаруживается белая линия, делают надрез и пупови путями разрезают мышцу. Перешеек цито-

вирной телу (коричнево-красной цвет, малые пещистен-
ция) отводят вверх или вниз, после чего обрезаются
кольца трахеи, покрывающие трахеи. До вскрытия трахеи
необходимо тщательной гигиеной фиксации - вкалывается
острый крючок в эпиглоттидную мембрану и фикси-
руют сверху. Остроконечным скальпелем вскрывают от
2 до 4 полуколец трахеи на глубину 0,5 см. В просвет
трахеи вводят 2 мл 10% раствора гидрокарбоната для пра-
вления кашлевого рефлекса. Трахеальную стенку припи-
вают к коже для формирования спайки трахеостомы.

При IV степени стеноза гортани выполняются коникото-
мия, т.к. в состоянии асфиксии времени на выполнение
типичной трахеостомы нет.

Коникотомия - вскрытие гортани в трахеостоме
миру перстневидной и щитовидной хрящом, в области
гласового кольца. Из преимуществ: не требуется ане-
стезия, быстрая и бескровная метод, неостаточное
является опасность развития в дальнейшем констрик-
ции гортани и формирования хронического стеноза
гортани. Следовательно, после окончания проверки кони-
котомии и устранения респираторной недостаточности,
следует выполнить типичную трахеостому.

Техника операции:

вирной телу (коричнево-красной цвет, малые пещистен-
ции) отводят вверх или вниз, после чего обрезаются
кольца трахеи, покрывающие трахеи. До вскрытия трахеи
необходимо тщательной гигиеной фиксации - вкалывается
острый крючок в эпиглоттидную мембрану и фикси-
руют сверху. Острым кончиком скальпеля вскрывают от
2 до 4 полуколец трахеи на глубину 0,5 см. В просвет
трахеи вводят 2 мл 10% раствора гидрокарбоната для пра-
вления кашлевого рефлекса. Трахеальную стенку припи-
вают к коже для формирования спайки трахеостомы.

При IV степени стеноза гортани выполняются коникото-
мия, т.к. в состоянии асфиксии времени на выполнение
типичной трахеостомы нет.

Коникотомия - вскрытие гортани в трахеостоме
миру перстневидной и щитовидной хрящом, в области
гласового кольца. Из преимуществ: не требуется ане-
стезия, быстрая и бескровная метод, неостаточное
является опасность развития в дальнейшем констрик-
ции гортани и формирования хронического стеноза
гортани. Следовательно, после окончания проверки кони-
котомии и устранения респираторной недостаточности,
следует выполнить типичную трахеостому.

Техника операции:

Пальцами левой руки нащупывается небольшая впадина строго по средней линии между нижним краем цитовирного и верхним краем перстневидного хряща. Впадина соответствует месту перстнецитовирной (копчиковой) связки. Концы скальпелем и скальпелем строго перпендикулярно передней поверхности шеи проводят поперечный разрез глубиной 1-1,5 см на ширину лезвия скальпеля сразу через все ткани. Появление крови и выход воздуха служат признаком того, что фактически трубка вскрыта. Полученное отверстие расширяют с помощью расширителя Трусова и кровоостанавливающей зажимы, после чего вводят трахеостомическую трубку.

Перечисленные операции необходимо проводить строго по регламенту, т.к. существует вероятность осложнений: интраоперационных, к которым относятся: кровотечение, эмфизема подкожной клетчатки, пневмоторакс и пневмомедиастина, рефлекторная остановка сердца и брадикардия, ранение пищевода; послеоперационных: позднее аррозивное кровотечение, эмфизема подкожной жировой клетчатки, гнойная трахеобронхит и пневмония, констриктивный гор-тани и трахея, нагноение раны. Так же необходимо избегать использования металлических и пластиковых рвухро-светных трахеостомических трубок. Применяются современные ПВХ и силиконовые. Разрез ушивается узловыми швами.

Уратные скорородные теп гортани у взрослых преимущественно производят при непрямой ларингоскопии изогнутой (гортанной) щипцами, а у детей при прямой ларингоскопии прямой щипцами. При асфиксии предварительно производят трахеостомию, потом - искусственное

Список литературы:

1. Оториноларингология. Справочник практического врача.
М.П. Николаев "МБДПресс-информ", 2012г

2. Хирургический тонзиллит. А.И. Крюков, Н.А. Кукельская, Г.Ю.
Царанкин, А.С. Товмасян "ГОЭТАР-Медия", 2019г

3. Неотложное состояние в оториноларингологии. А.А. Блоцкий,
С.А. Карпиченко "Диалог", 2018г

4. Оториноларингология. В.Т. Пельцун, А.И. Крюков, М.М. Манашев
"ГОЭТАР-Медия", 2022г

