

Анатомическое строение, функции и патологии ротовой ПОЛОСТИ

Работу выполнили
студенты группы «Л2908-15»

Баранова Алевтина

Зубова Анна

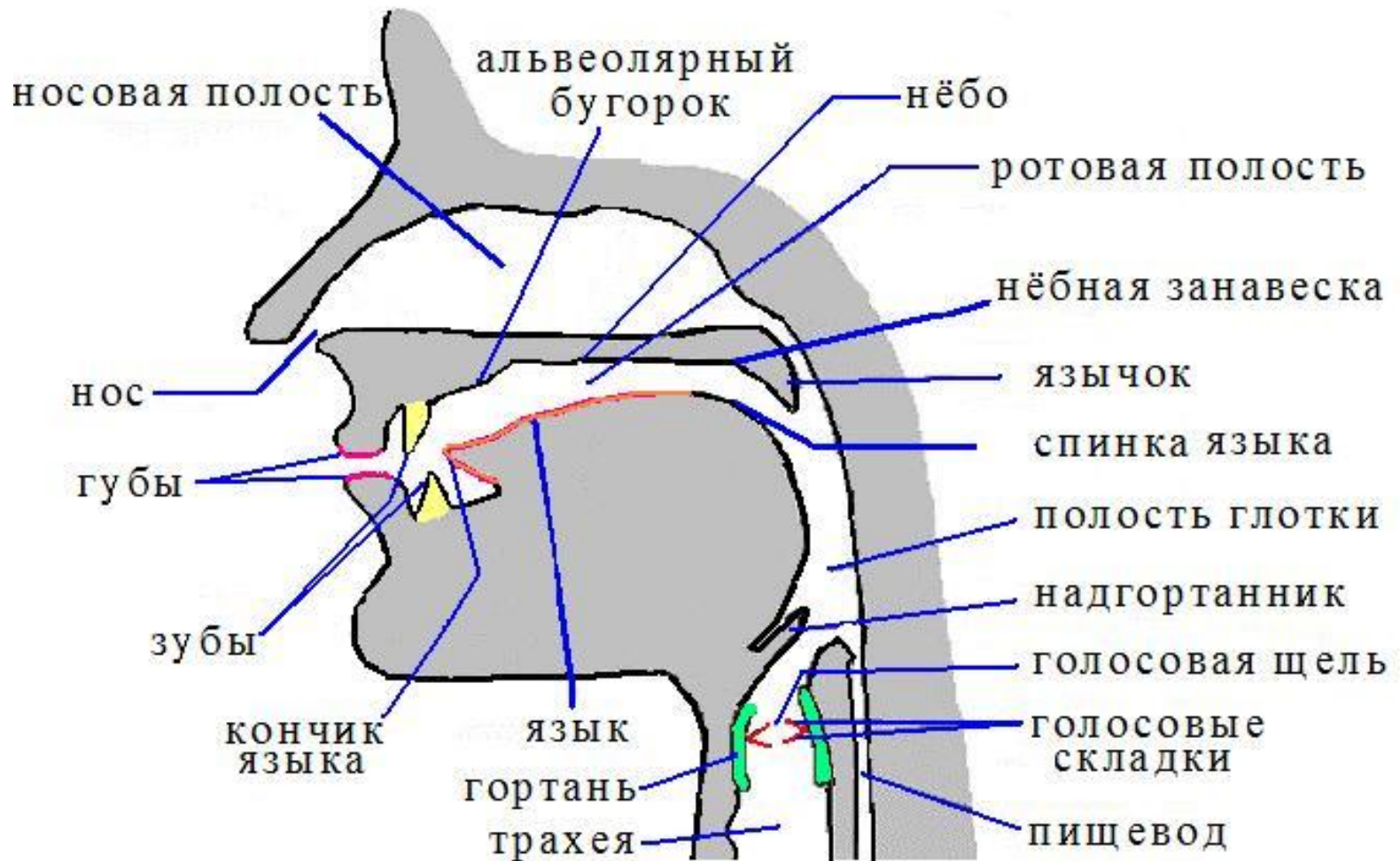
Исакина Айсылу

Тарасова Татьяна

Цуркан Гульназ

Черней Оксана

Ротовая полость



Содержание

1. Анатомическое строение мышц языка
2. Строение ротовой полости.
Функции ротовой полости.
3. Прикус и патология прикуса.
4. Анатомическое строение гортани
5. Функция гортани
6. Патология органов речи

Анатомическое строение языка



Язык (*lingua*) – мышечный орган, прикрепляющийся к дну полости рта, При сомкнутых челюстях язык полностью заполняет полость рта. Язык имеет большое количество вкусовых рецепторов. Мышечная ткань языка представлена поперечнополосатыми волокнами. Различают *скелетные* и *собственные* мышцы языка.

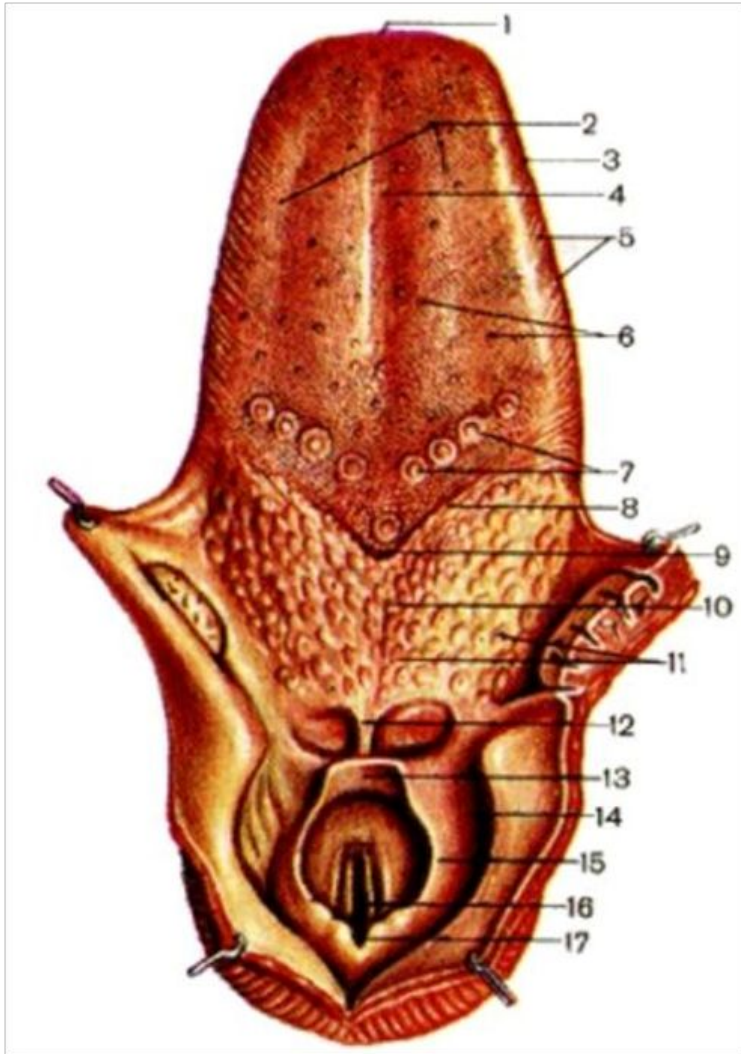


Функции языка

- Участвует в перемешивании пищи
- Определении свойства и качества пищи
- Акте глотания
- Артикуляции

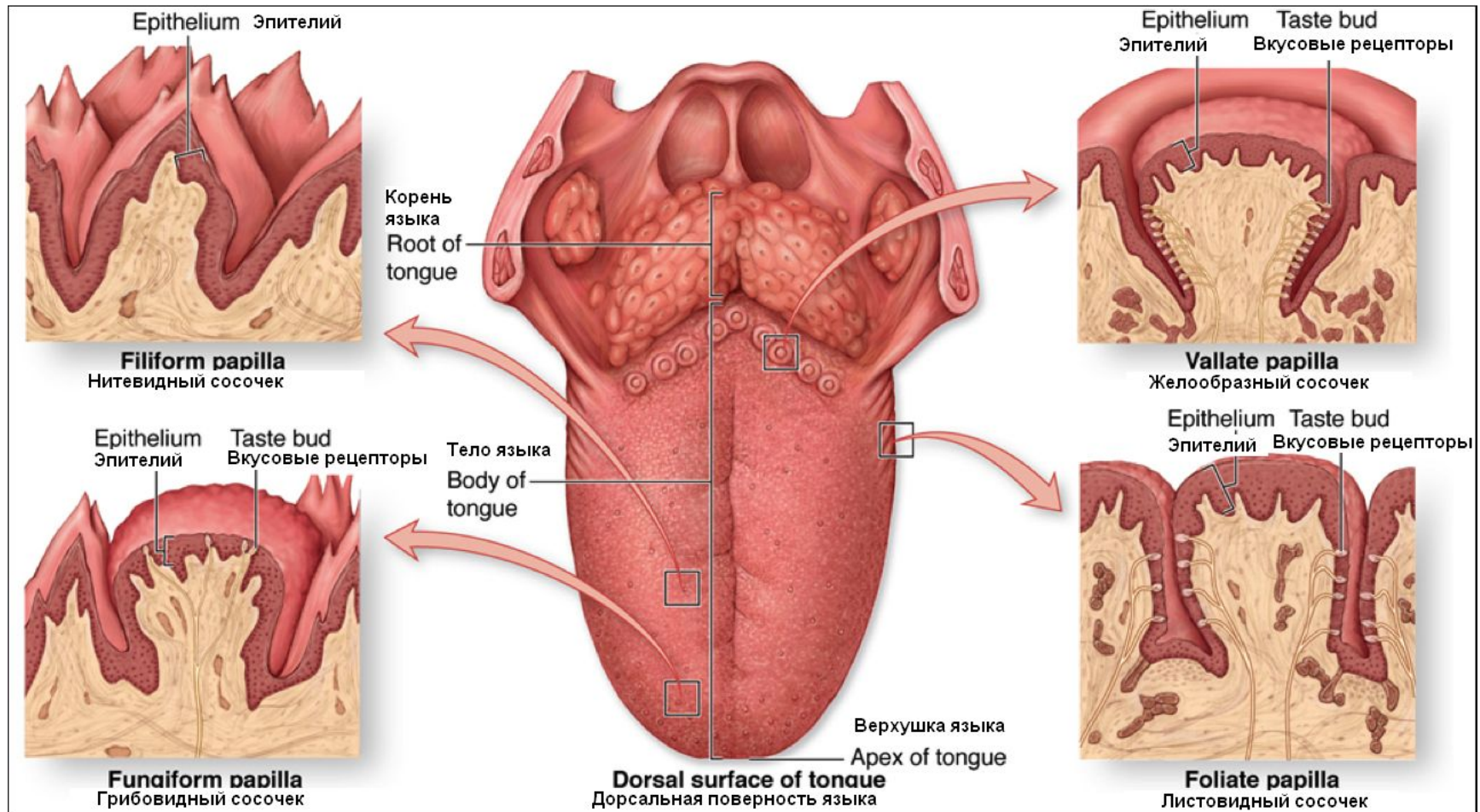


Строение языка



- 1 – верхушка языка;
- 2 – тело языка;
- 3 – край языка;
- 4 – срединная борозда языка;
- 5 – листовидные сосочки;
- 6 – грибовидные сосочки;
- 7 – желобовидные сосочки;
- 8 – пограничная борозда;
- 9 – слепое отверстие языка;
- 10 – корень языка;
- 11 – язычная миндалина;
- 12 – срединная язычно-надгортанная складка;
- 13 – надгортанник;
- 14 – грушевидный карман;
- 15 – черпало-надгортанная складка;
- 16 – голосовая щель;
- 17 – меж-черпаловидная вырезка

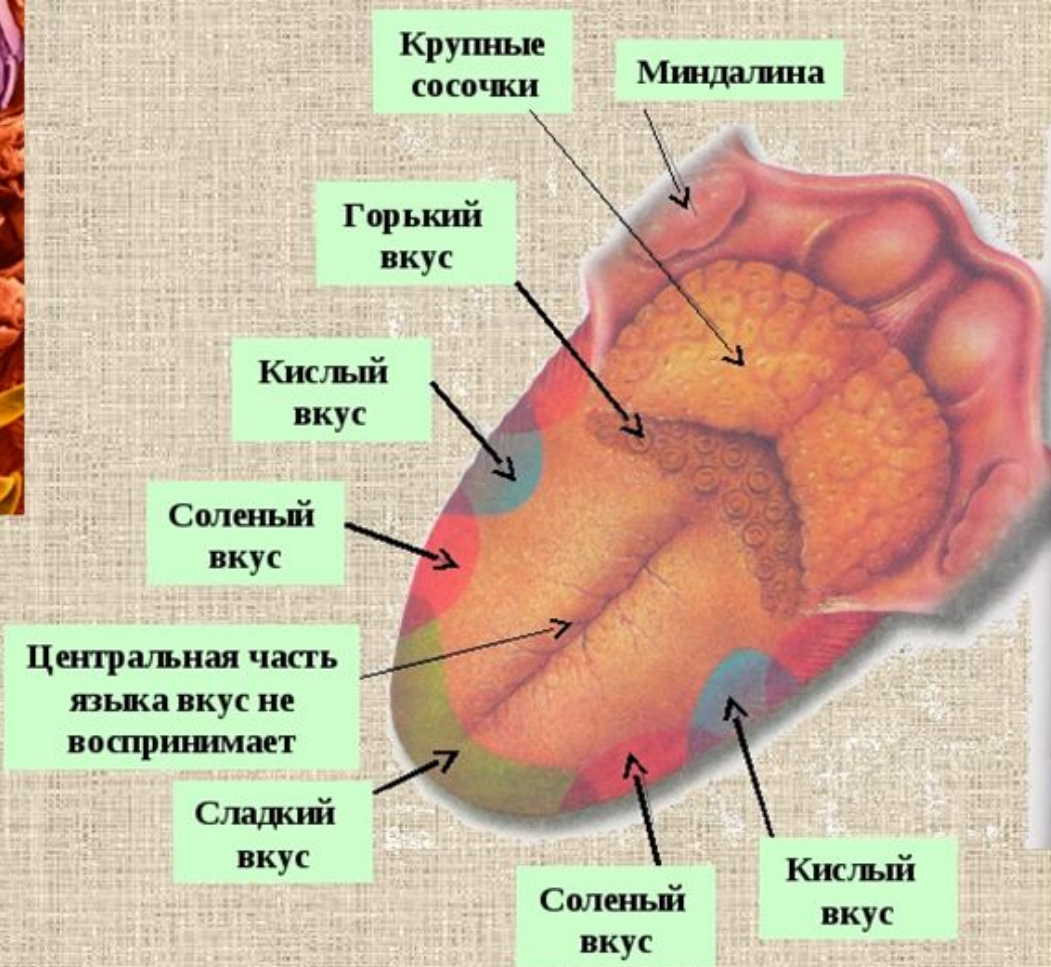
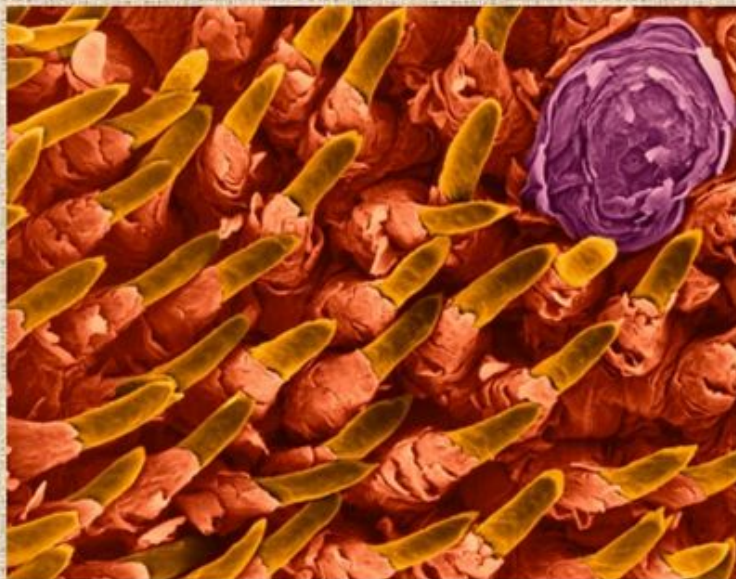
Вкусовые сосочки языка



Виды сосочков языка

- **нитевидные сосочки** покрывают всю поверхность корня языка;
- **листовидные сосочки** расположены по бокам и в задней части языка;
- **грибовидные сосочки** находятся в средней части тела и на верхушке языка;
- **желобовидные сосочки** – самые крупные. В основном, эти сосочки располагаются на теле языка и в его задней части.

В передней части языка сидят грибовидные и нитевидные сосочки, вкусовые почки которые распознают сладкий, кислый и соленый вкус.



Это интересно

Язык молодого человека имеет примерно 10 тыс. вкусовых почек. Их число с возрастом постепенно уменьшается и в старости не превышает 5 000.

Мышцы языка – парные, образованы поперечно полосатыми (исчерченными) мышечными волокнами.

1) скелетные мышцы языка:

а) *подъязычно-язычная мышца*, тянет язык назад и вниз;

б) *шилоязычная мышца*, тянет язык вверх и назад, при одностороннем сокращении – в сторону;

в) *подбородочно-язычная мышца*, тянет язык вниз и вперед;

2) собственные мышцы языка:

а) *поперечная мышца языка*, приподнимает спинку языка и уменьшает его поперечные размеры;

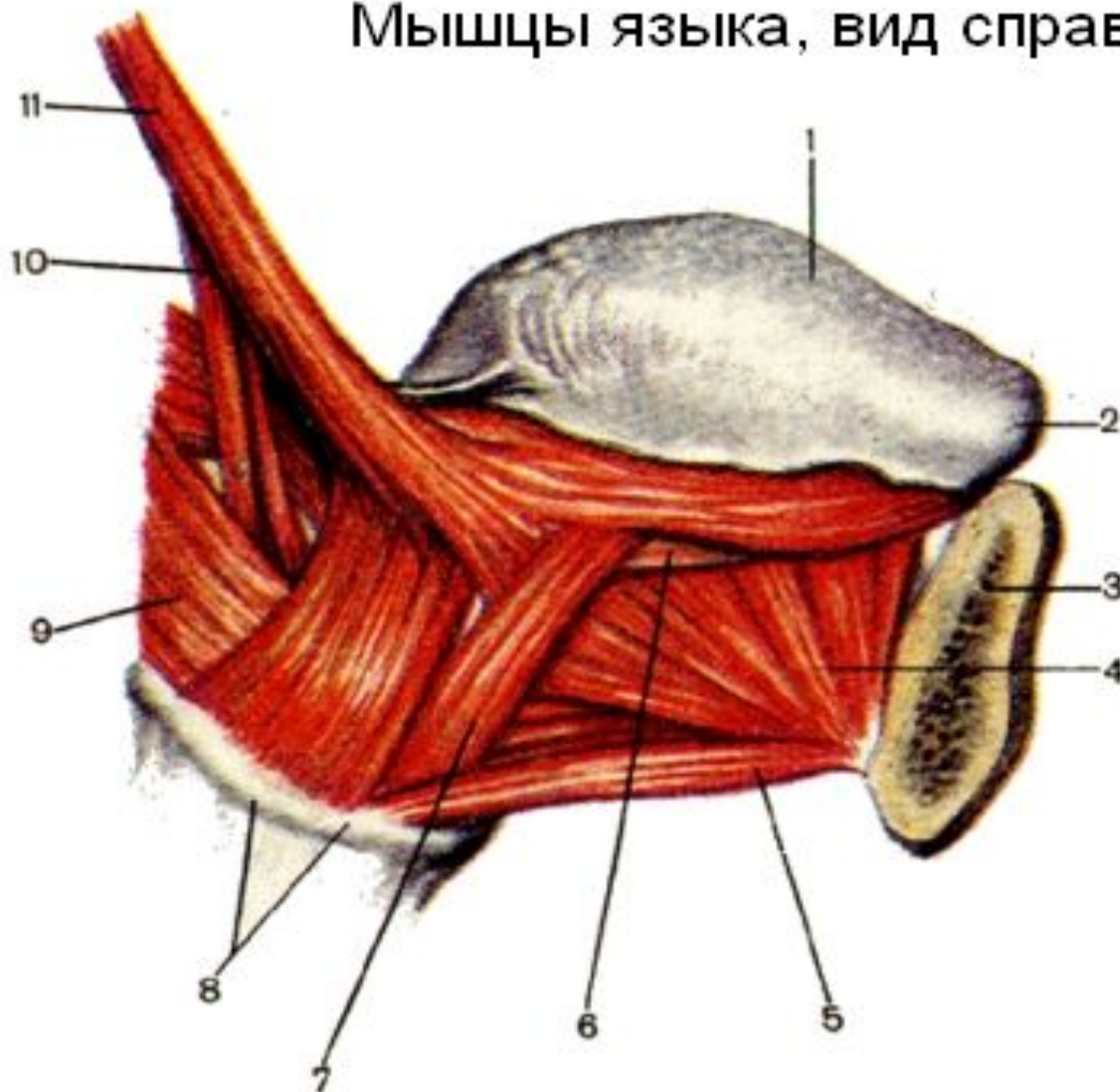
б) *вертикальная мышца языка*, делает язык плоским;

в) *верхняя продольная мышца языка*, поднимает верхушку языка и укорачивает язык;

г) *нижняя продольная мышца языка*, опускает верхушку языка и укорачивает язык.

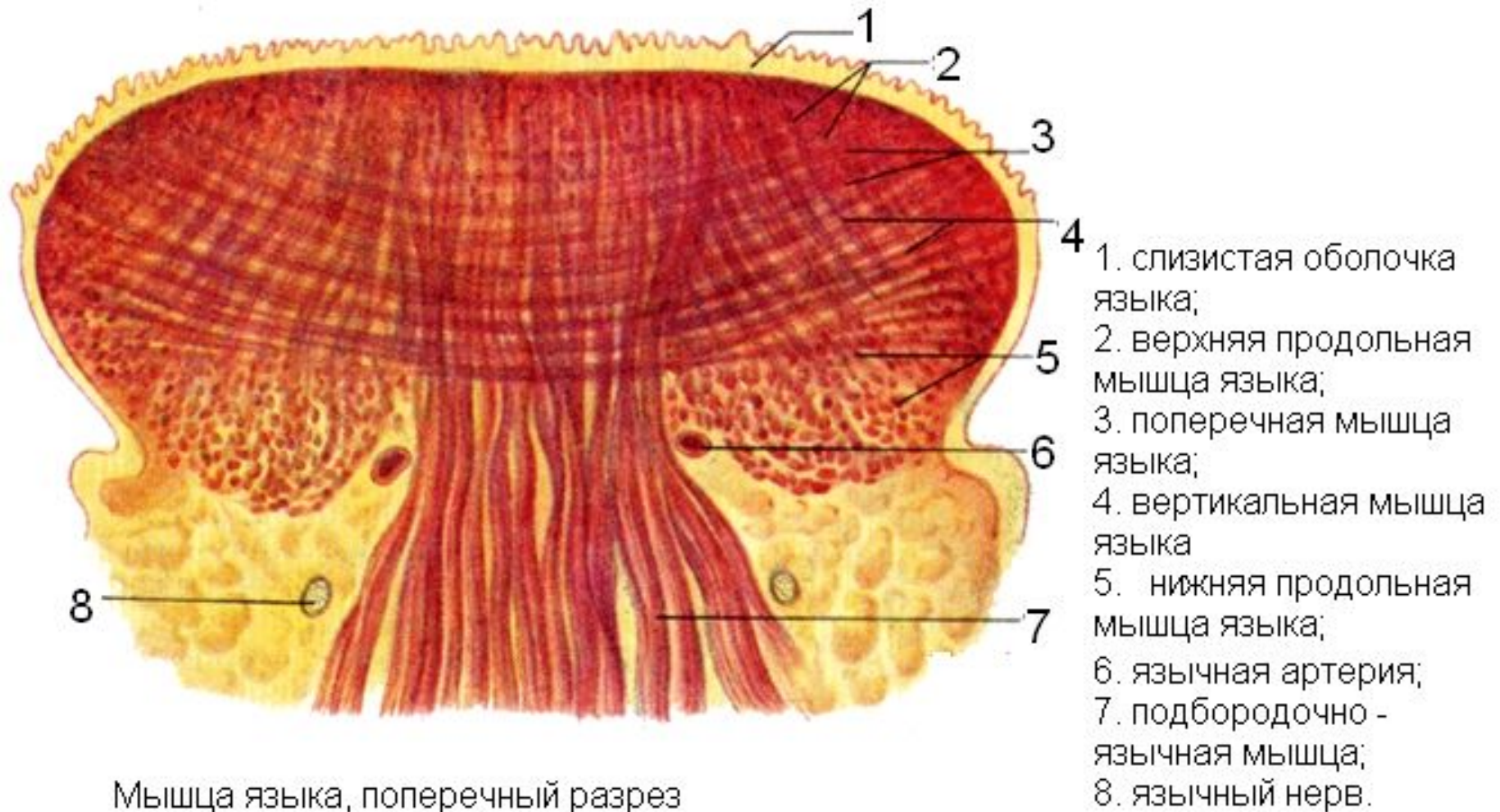
Скелетные мышцы языка

Мышцы языка, вид справа

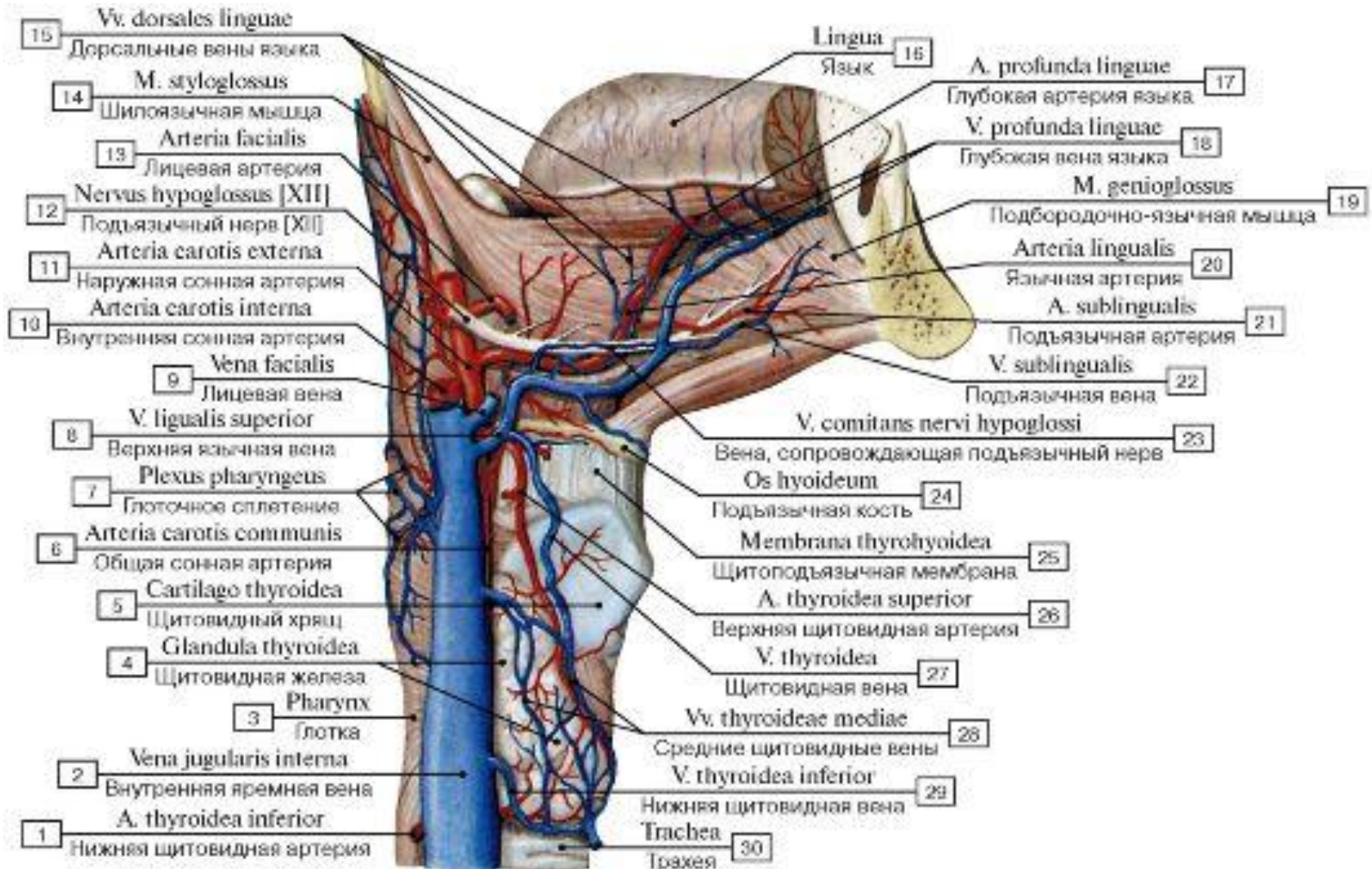


- 1 - поверхность языка
- 2 - верхушка языка
- 3 - нижняя челюсть
- 4 - подбородочно -
язычная мышца
- 5 - подбородочно -
подъязычная мышца
- 6 - нижняя продольная
мышца
- 7 - подъязычно-язычная
мышца
- 8 - подъязычная кость
- 9 - средний констриктор
глотки
- 10 - шило-глоточная
мышца
- 11 - шило-язычная
мышца

Собственные мышцы языка



Язык *кровооснабжает* парная язычная артерия (ветвь наружной сонной артерии).



Патологии языка

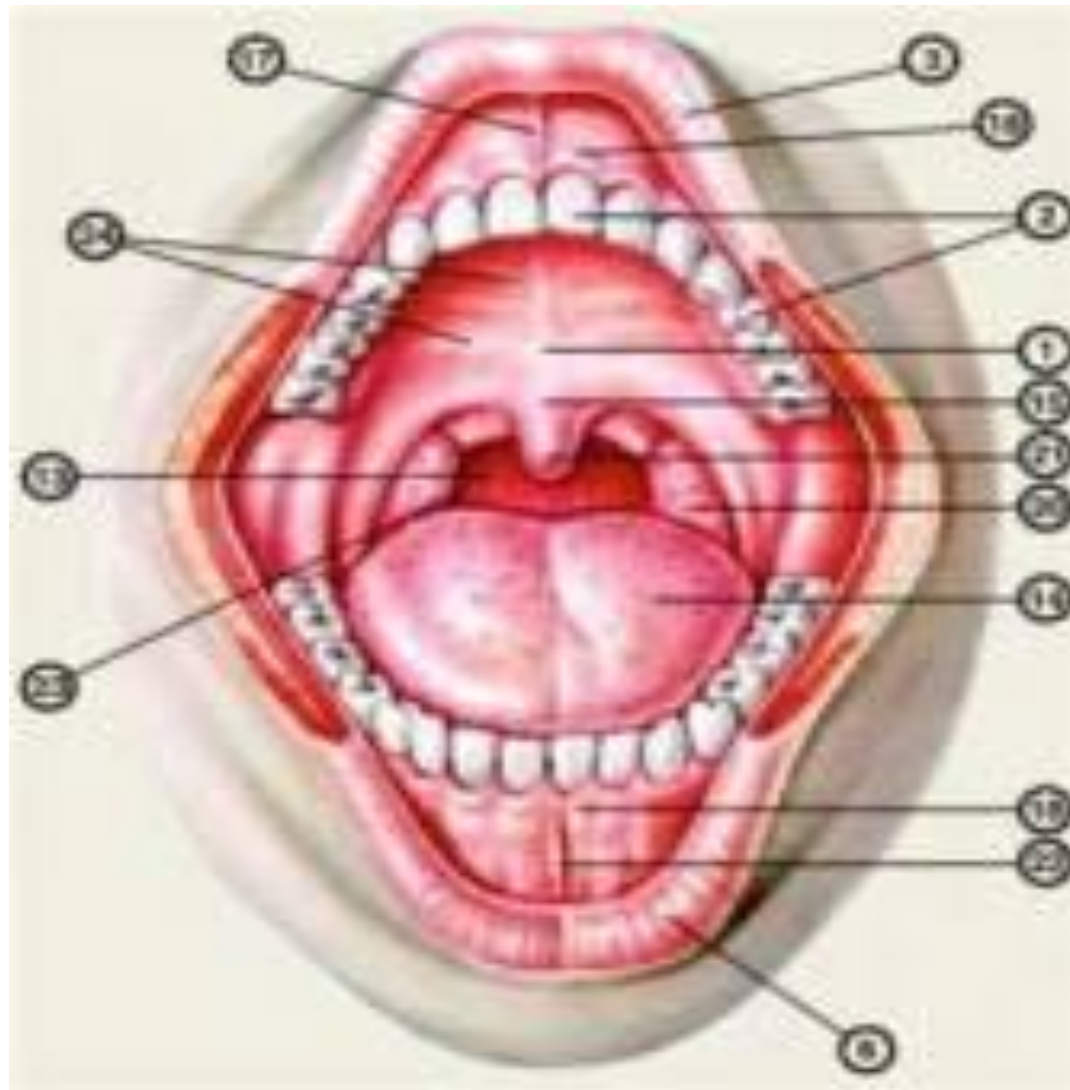
- Отсутствие или аглоссия
- Недоразвитие языка, когда размеры его оказываются чрезмерно малыми (микроглоссия)
- Ненормально большой язык (макроглоссия)
- Короткая уздечка
- Географический язык

Короткая уздечка у ребенка



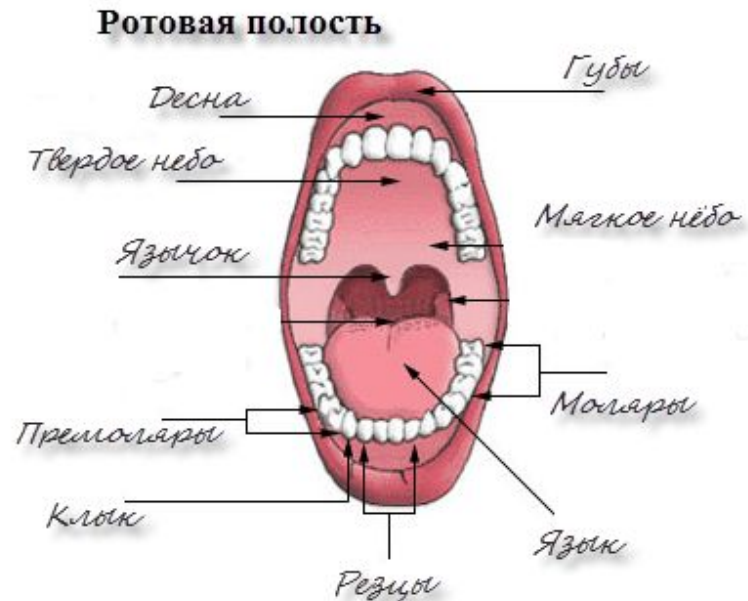
[к содержанию](#)

Ротовая полость



Ротовая полость -

это начало пищеварительного аппарата. Она имеет такое же сложное строение, как и прочие системы и органы человеческого тела.



Строение ротовой полости

С анатомической точки зрения полость рта представляет собой совокупность таких частей:

- Преддверие рта - щелевидное пространство, ограниченное спереди и с боков губами и щеками, а сзади — зубами и деснами
- Непосредственно ротовая полость, сверху ограниченная нёбом, снизу – дном, по бокам и спереди – деснами и зубами.

Губы

представляют собой мышечный валик, образованный *круговой мышцей рта*



Щёки,
как и губы, являются мышечным
образованием



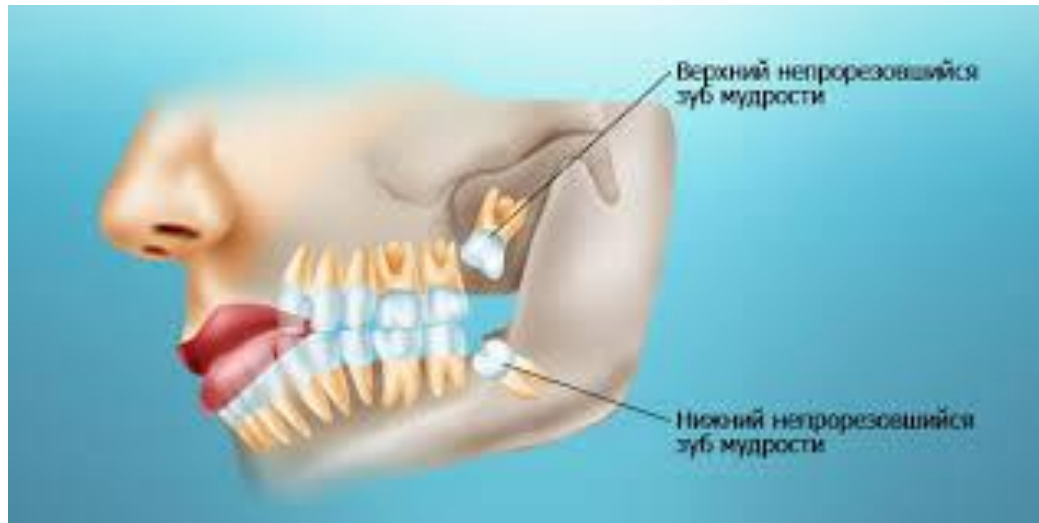
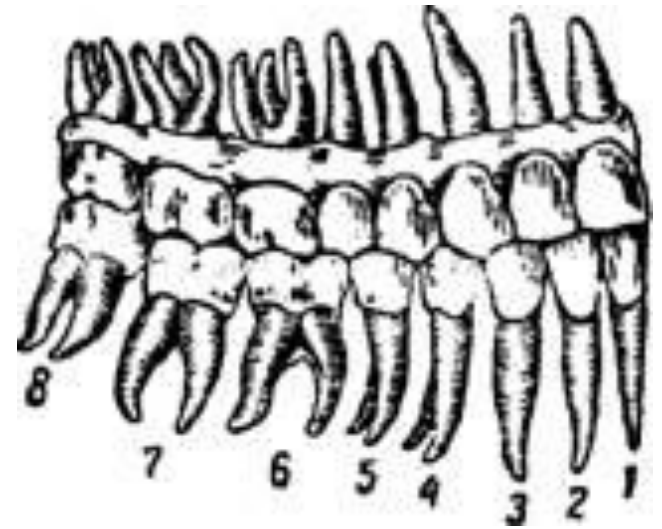
Язык – массивный мышечный орган



Зубы –

органы, непосредственно выполняющие функцию пережевывания пищи.

- резцы
- клыки, или глазные зубы
- премоляры и моляры



Дёсны -

слизистая, укрывающая альвеолярный отросток верхней и альвеолярную часть нижней челюсти.

- Существует такое разделение десны:
 - свободная, или маргинальная десна
 - десневая борозда
 - межзубной сосочек
 - прикрепленная, или альвеолярная десна

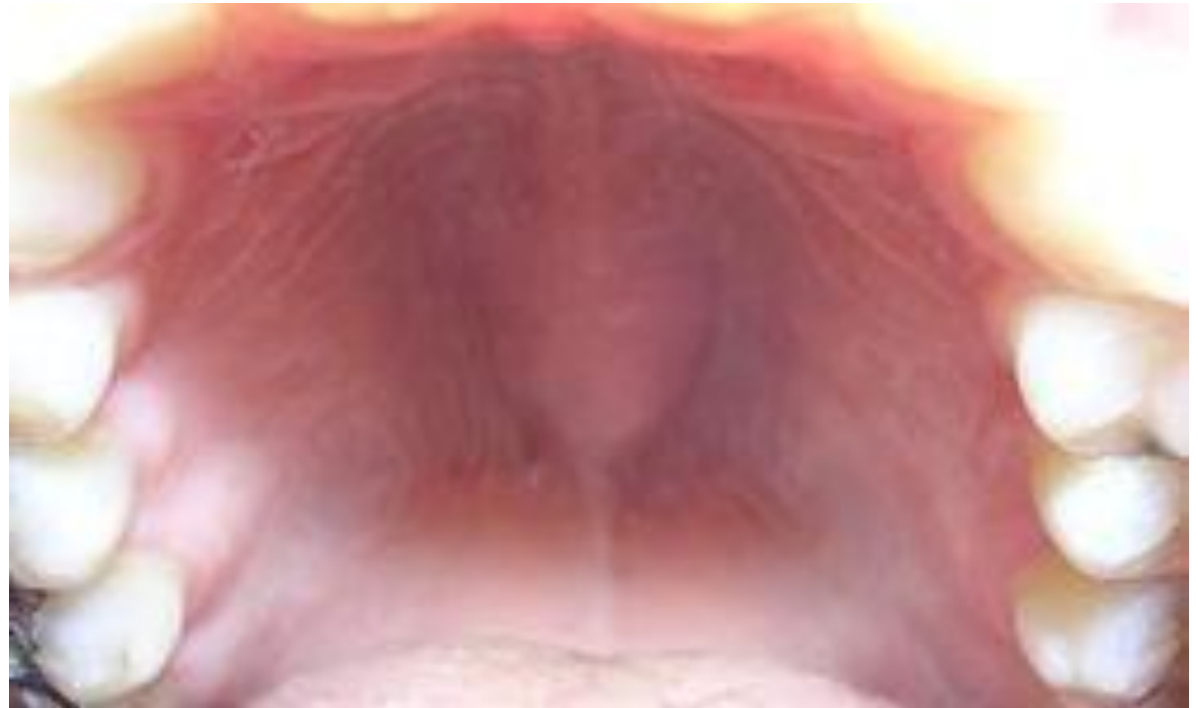


Нёбо -

покрытая слизистой оболочкой
верхняя часть полости рта

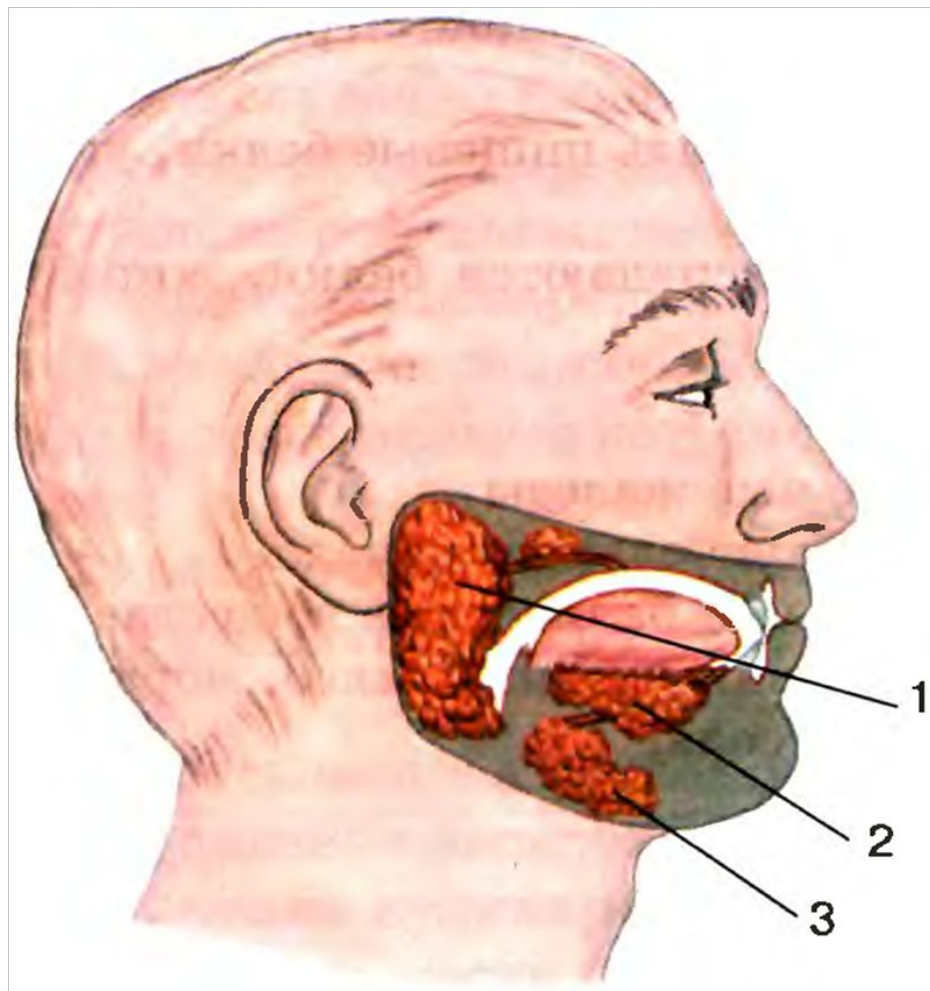
Выделяют два типа нёба:

- твердое
- мягкое

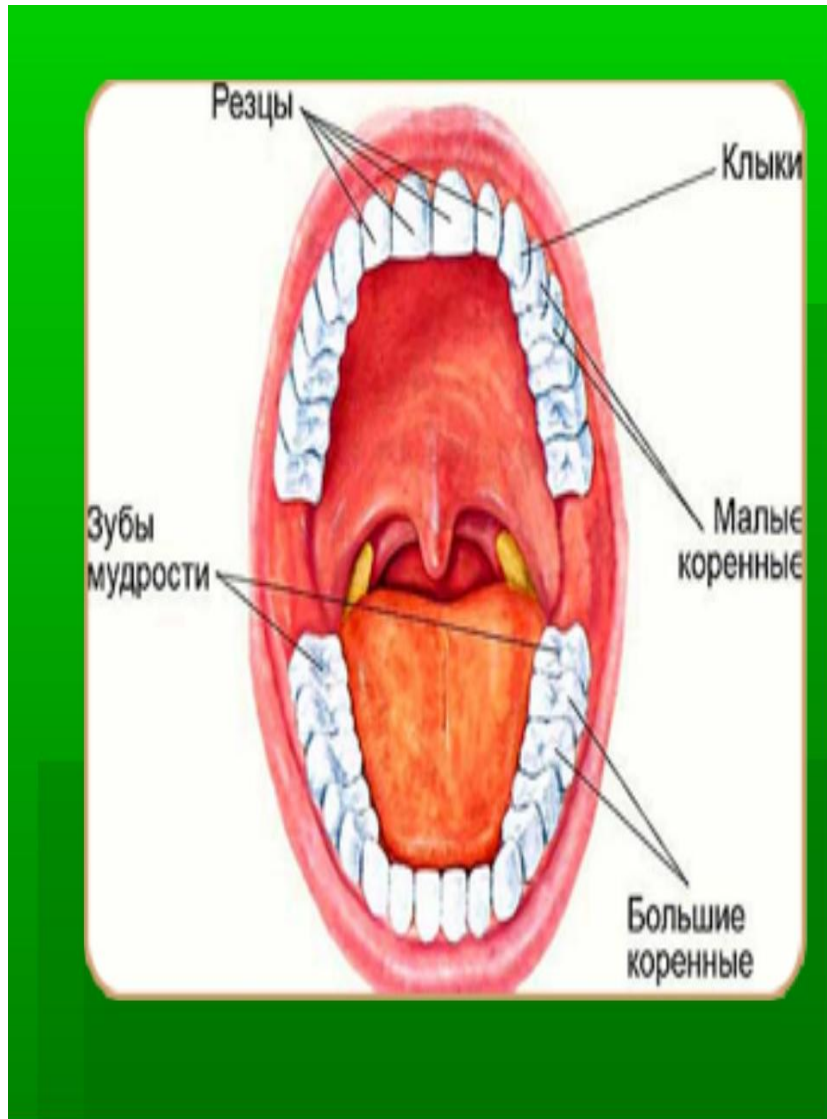


Также в ротовую полость выходят парные протоки слюнных желез:

1. подъязычная
2. подчелюстная
3. околоушная



Зубы



Располагаются в виде двух дуг (верхней и нижней) и укреплены в альвеолах (ячейках) верхних и нижних челюстей.

В каждом зубе различают коронку (выступает из челюстной ячейки), корень (скрыт в ячейке), а так же шейка зуба (сужение между коронкой и корнем).

По форме коронки зубы делятся на резцы, клыки, малые коренные, большие коренные.

Резцы и клыки относятся к передним или к фронтальным зубам, и являются однокоренными.

Малые и большие коренные относятся к задним зубам, и имеют два или три корня.

- Зубы впервые появляются на 6 – 8 месяце после рождения. Это так называемые временные или молочные зубы.
- Прорезывание молочных зубов заканчивается к 2,5 – 3 годам. К этому времени их 20, по 10 на каждой челюстной дуге (4 резца, 2 клыка, 4 малых коренных зуба).
- Смена молочных зубов на постоянные начинается на 7 году и заканчивается к 13 – 14 годам.
- Исключением являются зубы мудрости прорезываются на 18 -20 году, а иногда и позже.
- Постоянных зубов – 32, по 16 на каждой челюстной дуге (4 резца, 2 клыка, 4 малых коренных и 6 больших коренных).



Прикус

- Это взаиморасположение верхних и нижних зубных рядов при сомкнутых челюстях.
- При нормальном строении челюстей и зубной системы верхняя зубная дуга несколько больше нижней, так что при смыкании челюстей нижние передние зубы прикрываются верхними, причем зубы верхнего ряда прикасаются к зубам нижнего ряда. Такой прикус считается нормальным. Правильный прикус позволяет функционировать зубочелюстной системе полноценно, сохраняя, как эстетический внешний вид своего обладателя, так и нормальную дикцию.



Дефекты челюстей и зубов

Дефекты развития челюсти и зубного ряда чаще всего проявляются в виде аномалий прикуса.

На сегодняшний день приблизительно 90% людей страдают аномалией прикуса.

Такое состояние способствует нарушению функционирования зубочелюстной системы и влияет на эстетику внешнего вида человека.

Неправильный прикус может стать причиной заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, а также других систем и органов.

Аномальные виды развития прикуса могут быть связаны, как с генетической предрасположенностью и передаваться по наследству от родителей, так и приобретенными (в результате различных заболеваний или других факторов).

Основным показателем развития неправильного прикуса являются всякого рода отклонения от нормального состояния при смыкании зубных рядов.

В зависимости от аномалии смыкания зубов, патологический прикус может иметь следующие формы.

ПРОГЕНИЯ



От греч. Pro – вперед и geneion – подбородок.

Характеризуется значительным развитием нижней челюсти . Передние зубы нижней челюсти расположены впереди соответствующих зубов верхней челюсти. Выступающим

подбородком, а профиль лица имеет вогнутый вид. При сомкнутых челюстях нижние резцы выступают вперед.

Последствия патологии:

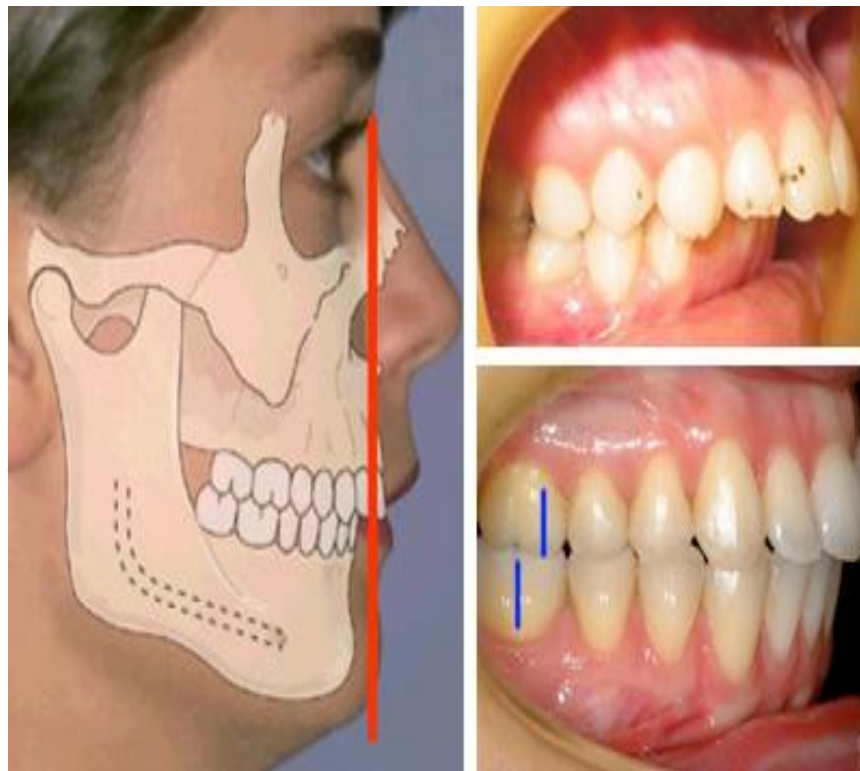
- Нарушается функция пережевывания пищи.
- Искажается форма лица.
- Развивается пародонтоз.
- Осложнения со стороны височно-нижнечелюстного сустава (хруст, боль или щелканье в суставе).

ПРОГНАТИЯ

От греч. Pro – вперед и ghnatos – челюсть. Характеризуется тем, что верхняя челюсть и верхняя зубная дуга выдвинуты вперед, нижние передние зубы расположены далеко позади верхних. Нормальные соотношения между жевательными (коренными) зубами сохраняется.

Последствия патологии:

- Вследствие отсутствия естественной опоры в виде зубов – антагонистов нижние передние зубы удлиняются и достигают твёрдого нёба.
- Нарушается процесс глотания.
- Возникновение боли и хруста в височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта .



ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС

Характеризуется наличием свободного промежутка между зубами верхней и нижней челюсти при сомкнутом их положении.

В одном случае промежуток образуется между передними зубами, в то время как задние зубы могут смыкаться нормально – передний открытый прикус.

В другом случае имеется промежуток между боковыми (коренными) зубами, а передние артикулируются нормально – боковой открытый прикус.



Кроме перечисленных аномалий прикуса, имеются и другие:

- редко поставленные зубы;
- отсутствие тех или иных зубов;
- изменение формы зубов (клиновидные зубы);
- деформированные края зубов (зазубренные зубы, зубы с полулунной вырезкой);
- зубы, косорасположенные или вне зубного ряда;
- лишние зубы и др.

Все дефекты строения и расположения зубов могут сопровождаться нарушениями произношения, чаще всего в форме щепелявости (сигматизма).



ЛЕЧЕНИЕ

Устранение аномалий прикуса и дефектов зубов производится методами ортодонтии (от греч. ortos – прямой и odus, odontos – зуб).

Ортодонтическое лечение любой из аномалий прикуса, как правило, является сложным и достаточно длительным.

В связи с этим, не стоит пренебрегать мерами профилактики, которые помогут сформироваться правильному прикусу у ребенка с самого раннего возраста.

Чем раньше начато исправление неправильного прикуса, тем успешнее будет результат.

Выравнивание зубного ряда достигается наложением:

- специальных проволочных шин;
- временных протезов в виде наклонной плоскости .

Наиболее эффективно в возрасте от 5 -6 до 10 -12 лет, то есть в тот период, когда кости очень пластичны и легко поддаются механическому воздействию.



ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Зубы лишние или растущие вне зубного ряда удаляются. При отсутствии естественных зубов вставляются искусственные в виде постоянных или съёмных протезов.



При всех дефектах полости рта хирургическое или ортодонтическое лечение сочетается со специальными логопедическими занятиями.

Так, при дефектах челюстей и зубов удаётся иногда улучшить произношение одним лишь обучением.

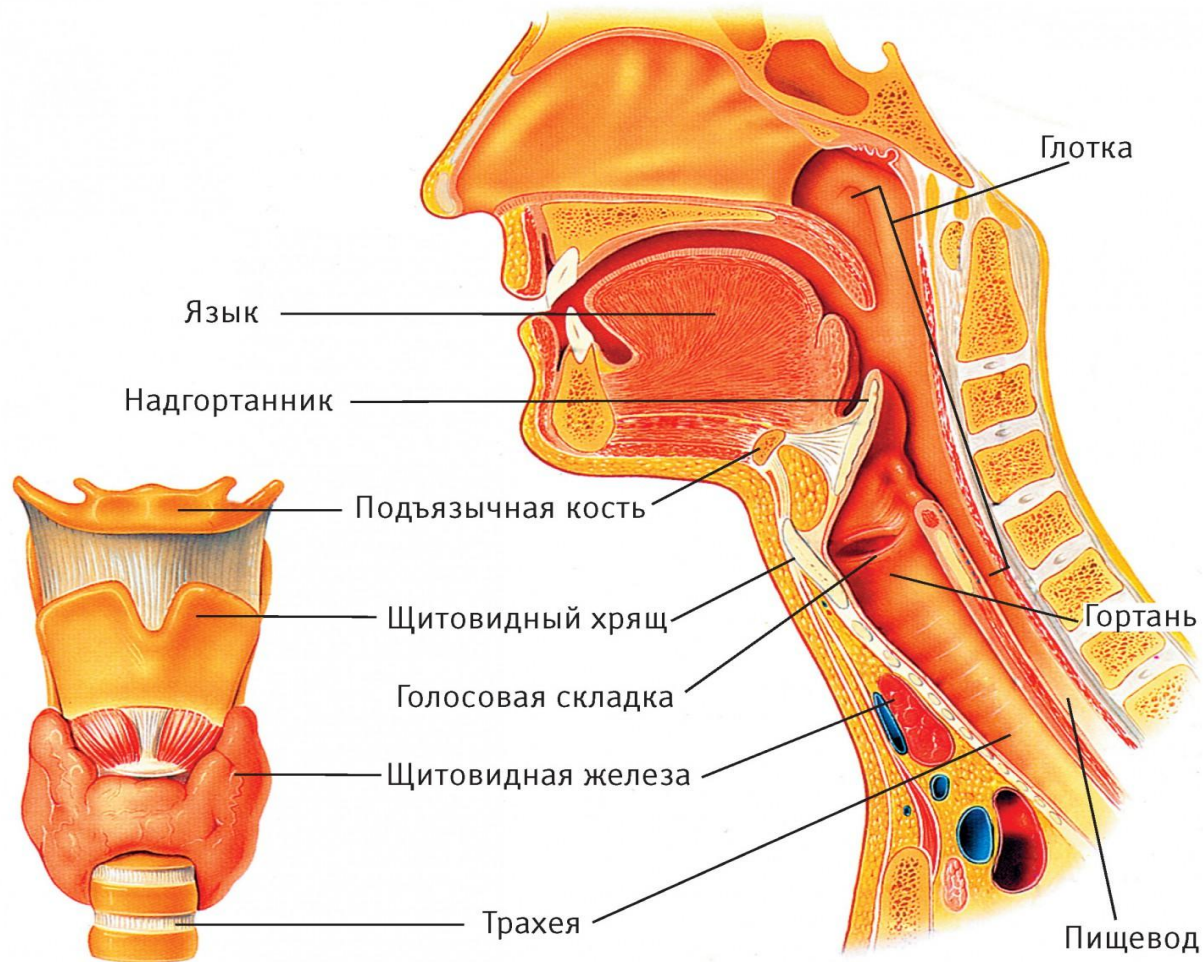


Функции ротовой полости

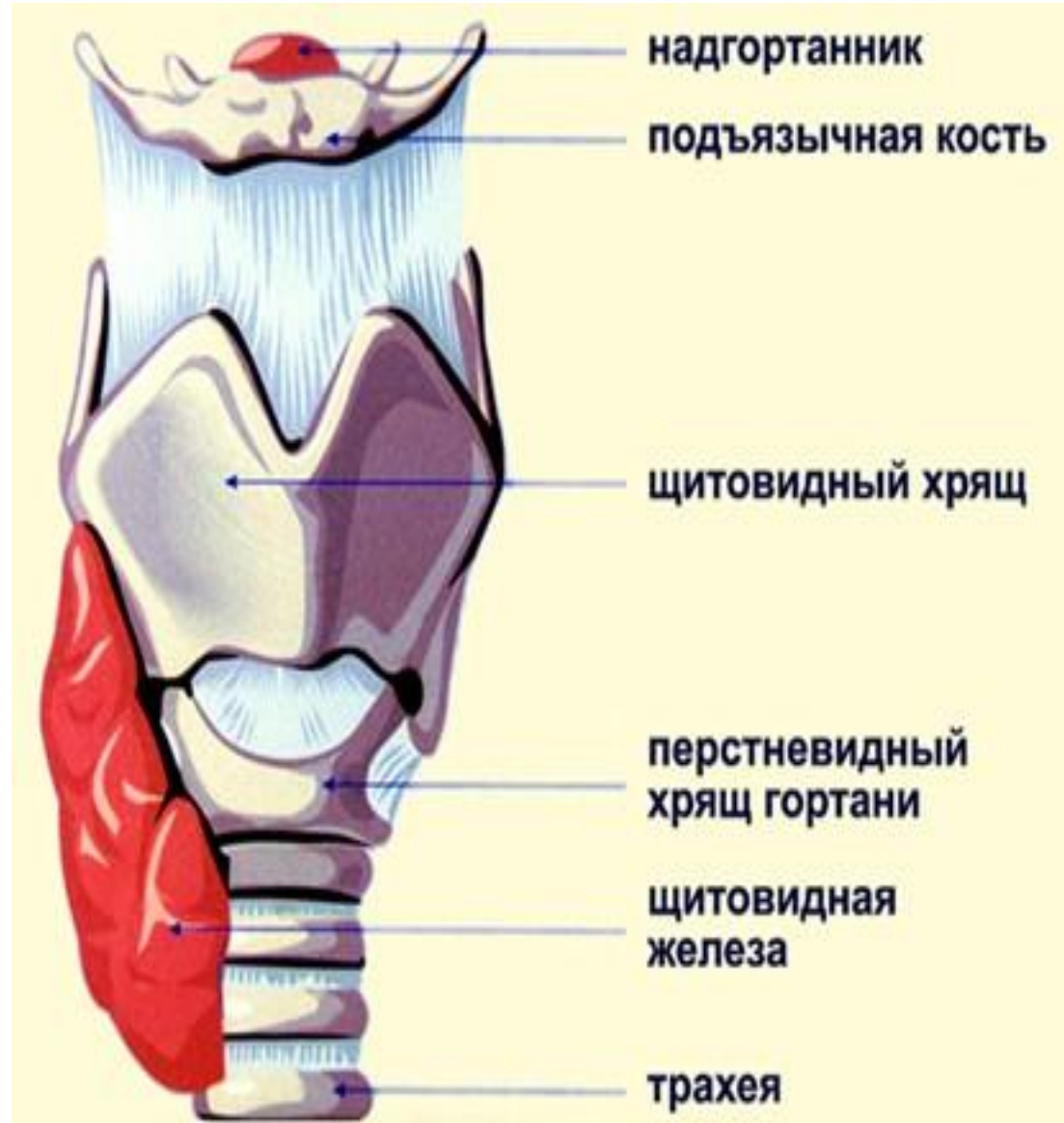
Слизистая покрывает практически всю ротовую полость. Она выполняет ряд важных функций:

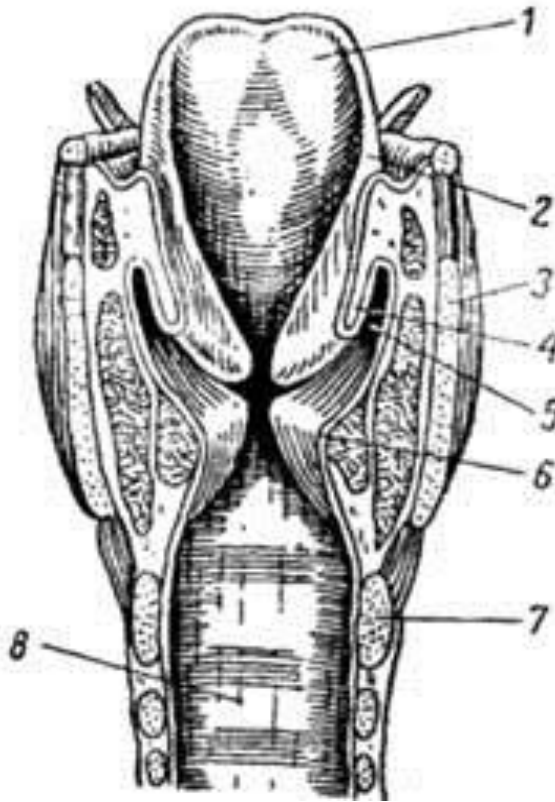
- **защитная** – проявляется в непроницаемости слизистой оболочки рта для вредоносных микроорганизмов и вирусов;
- **пластическая** – обусловлена быстрой регенерацией эпителия в случае механических повреждений;
- **чувствительная** – заключается в том, что строение языка и его расположение в ротовой полости помогает человеку воспринимать тепло, боль, тактильные и вкусовые ощущения;
- **всасывательная** – дает возможность вводить в организм необходимые медицинские препараты через слизистую оболочку полости рта.

Анатомическое строение гортани человека



Голосовой
отдел состоит
из гортани с
находящимися
в ней
голосовыми
складками





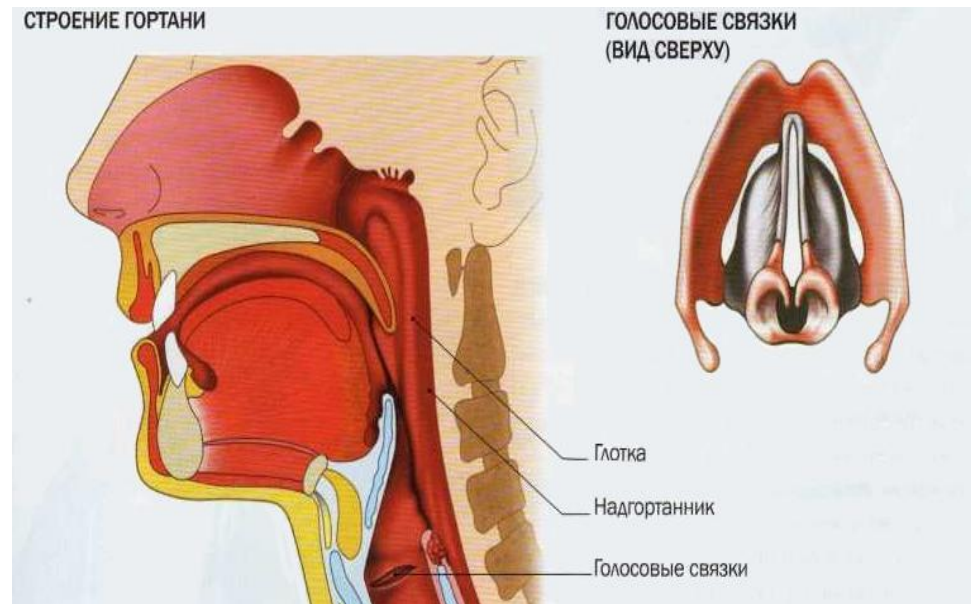
Вертикальный разрез через гортань

(видна передняя половина гортани изнутри) 1 – надгортанник; 2 – черпало-надгортанная складка; 3 – щитовидный хрящ; 4 – ложная голосовая связка; 5 – морганиев желудочек; 6 – истинная голосовая связка (складка); 7 – перстневидный хрящ; 8 – трахея

- Гортань представляет собой широкую короткую трубку, состоящую из хрящей и мягких тканей.
- Она расположена в переднем отделе шеи и может быть спереди и с боков прощупана через кожу, особенно у худых людей.
- Сверху гортань переходит в глотку, снизу – в дыхательное горло (трахею).

- Мягкое нёбо служит продолжением твёрдого нёба кзади; оно представляет собой мышечное образование, покрытое слизистой оболочкой. Задняя часть мягкого нёба носит название нёбной занавески.
- При расслаблении нёбных мышц, нёбная занавеска свободно свисает вниз, а при их сокращении (что наблюдается при акте глотания) – поднимается кверху и кзади, перекрывая вход в носоглотку.
- В середине нёбной занавески имеется удлинённый отросток – язычок.
- Надгортанник состоит из хрящевой ткани, имеющей форму язычка или лепестка. Передняя поверхность его обращена к языку, а задняя – к гортани.
- Надгортанник служит как бы клапаном: опускаясь при глотательном движении, он закрывает вход в гортань и предохраняет её полость от попадания пищи и слюны.

- У мужчин гортань крупнее, а голосовые складки длиннее и толще, чем у женщин.
- Голосовые складки своей массой почти полностью застилают просвет гортани, оставляя сравнительно узкую голосовую щель.
- У детей гортань мала и растет в разные периоды неравномерно. Заметный рост её происходит в возрасте 5-7 лет, а затем – в пубертатный период.

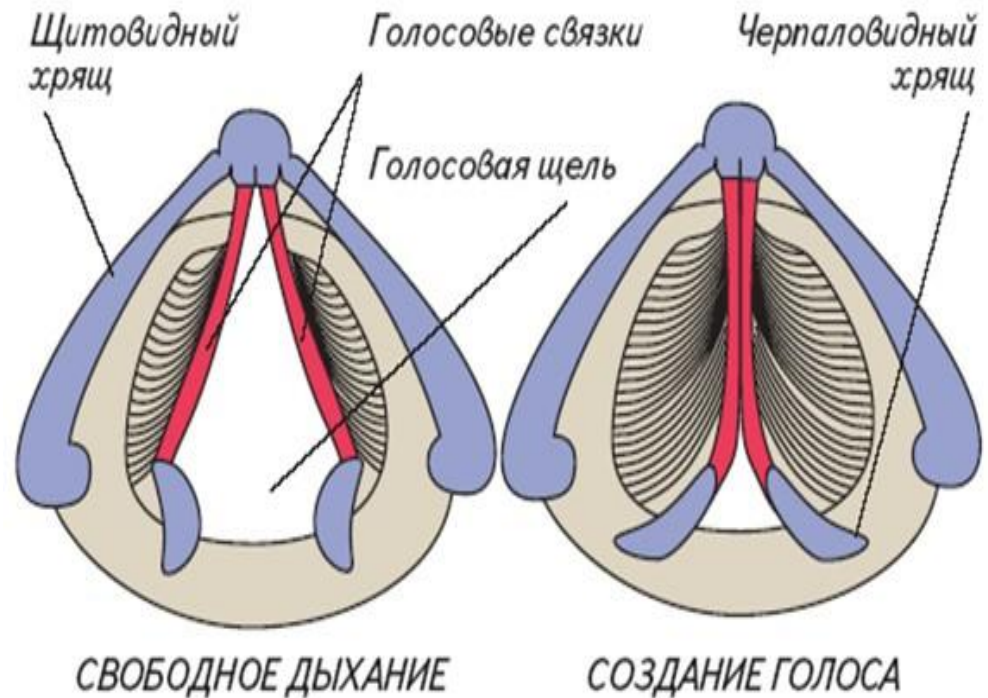


- В пубертатном периоде (у девочек в 12-13 лет, у мальчиков в 13-15 лет) размеры гортани у девочек плавно увеличиваются на одну треть, а у мальчиков этот процесс носит «взрывной» характер: начинает быстро обозначаться кадык, а существенно (на 2/3) увеличившиеся голосовые складки приводят к «смене голоса» – изменению его тембра.

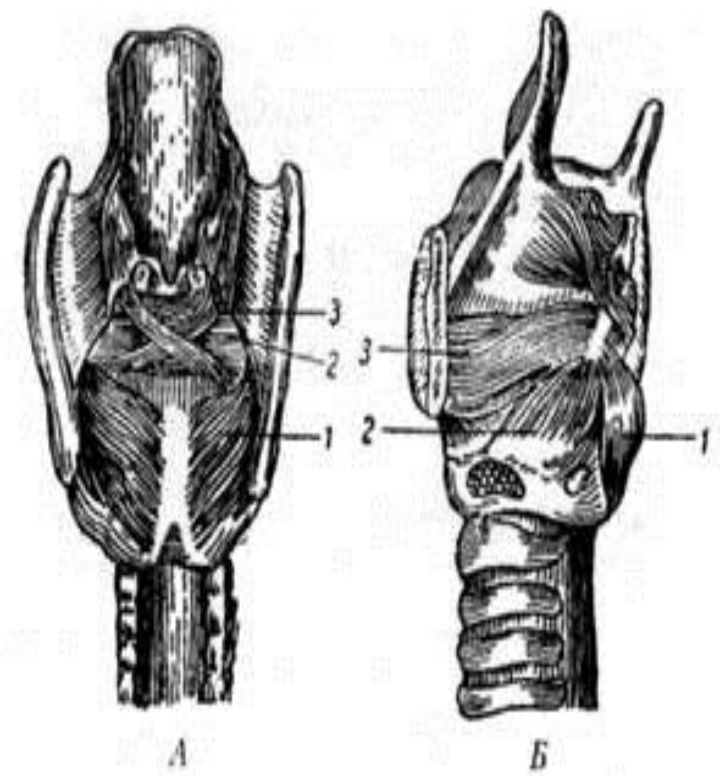
Голосовые связки

При спокойном дыхании голосовые связки вялы и между ними образуется широкая щель для свободного прохода воздуха

При разговоре голосовые связки напрягаются и приближаются друг к другу, образуя щель



- Деятельность голосовых связок связана с парными внутренними мышцами гортани: мышцы, натягивающие голосовые связки – щито-черпаловидная (или голосовая) и перстне-щитовидная мышцы.
- Первые, вместе с покрывающей их слизистой оболочкой, образуют истинные голосовые связки (складки), между которыми находится голосовая щель.



Мышцы гортани А – сзади:

1 – задняя перстне-черпаловидная мышца;

2 – поперечная межчерпаловидная мышца; 3 – косые межчерпаловидные мышцы

Б – сбоку: 1 – задняя перстне-черпаловидная мышца; 2 – боковая перстне-черпаловидная мышца;

3 – щито-черпаловидная мышца

- При сокращении щито-черпаловидной мышцы голосовые связки натягиваются и, увеличиваясь в поперечнике, несколько суживают голосовую щель.
- При сокращении перстне-щитовидной мышцы, за счёт наклона щитовидного хряща, также происходит натяжение голосовых связок;

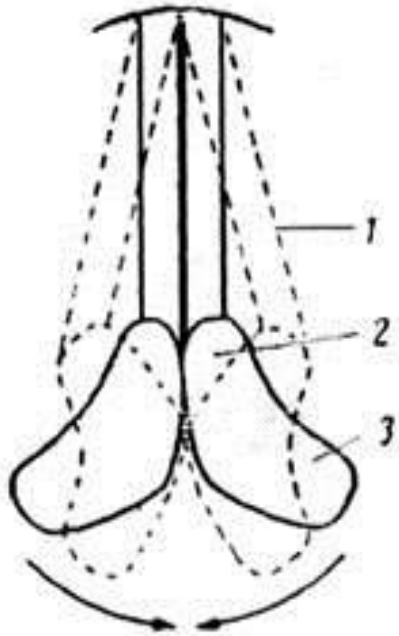
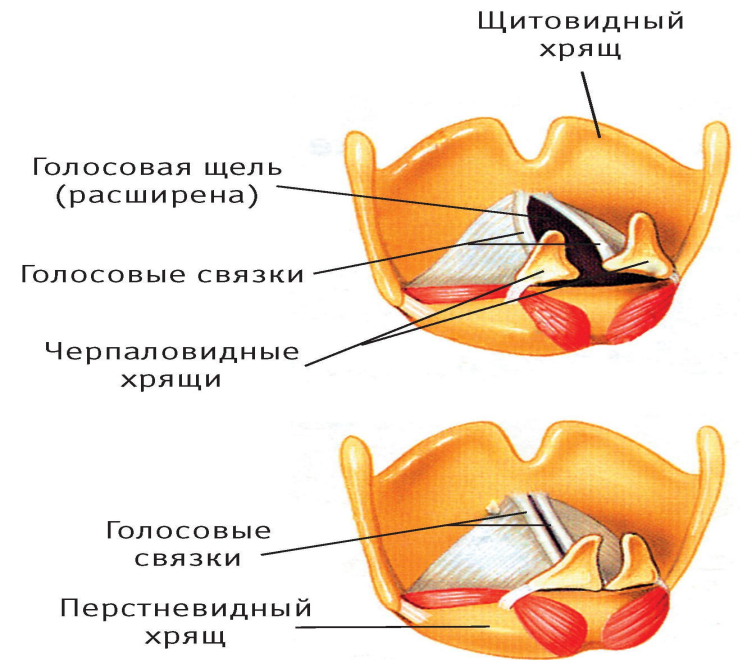


Схема действия
задней перстне-
черпаловидной
мышцы

- 1 – истинная голосовая складка;
2 – голосовой отросток;
3 – мышечный отросток

- В группу мышц, расширяющих голосовую щель, входит только одна мышца – задняя перстне-черпаловидная, называемая для краткости просто задняя мышца гортани.
- При своем сокращении она поворачивает черпаловидные хрящи вокруг вертикальной оси, вследствие чего голосовые отростки этих хрящей вместе с прикрепленными к ним задними концами истинных голосовых связок расходятся в стороны и раскрывают голосовую щель.

В группу мышц, суживающих голосовую щель, входят: боковая перстне-черпаловидная мышца, служащая антагонистом задней мышцы, и поперечная черпаловидная, или просто поперечная мышца, являющаяся единственной непарной мышцей гортани.



В группу мышц, суживающих голосовую щель, входят: боковая перстне-черпаловидная мышца, служащая антагонистом задней мышцы, и поперечная черпаловидная, или просто поперечная мышца, являющаяся единственной непарной мышцей гортани. При своем сокращении она сближает черпаловидные хрящи между собой, способствуя тем самым замыканию голосовой щели. Действие этой мышцы дополняется правой и левой косыми черпаловидными мышцами, перекрещивающимися между собой.

Функции гортани

Дыхательная функция

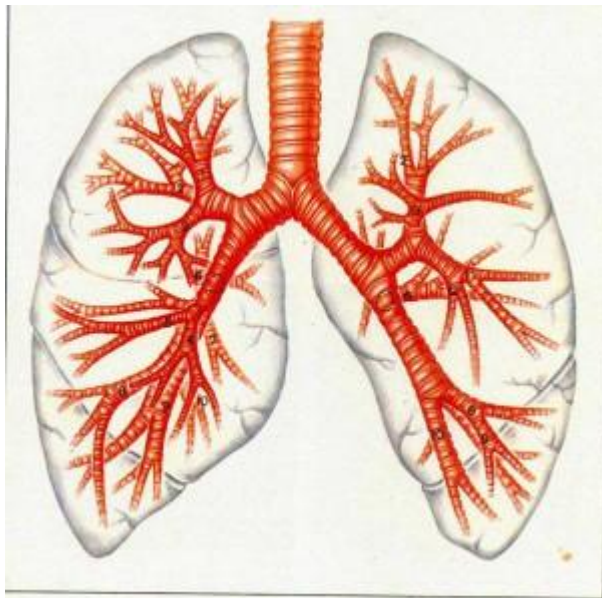
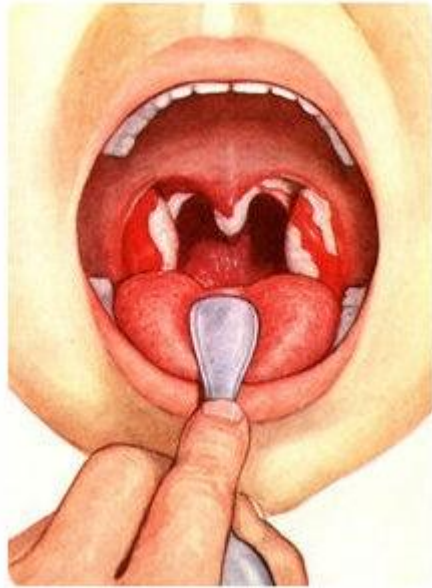
- Дыхательная функция при прохождении воздуха из вышерасположенных дыхательных путей в нижние в гортани происходит регулирование его потока посредством расширения и сужения голосовой щели. Дыхательный центр, находящийся в продолговатом мозге, связан с блуждающим нервом, иннервирующим гортань. Поэтому дыхательная функция гортани напрямую связана с ее

Защитная функция

- Защитная функция гортани заключается в том, что здесь происходит согревание и увлажнение воздуха, нейтрализация газообразных примесей и очищение их от пыли. Гортань также защищает нижележащие дыхательные пути от попадания в них инородных частиц и вредных примесей. В случае попадания инородного тела в область голосовой щели происходит рефлекторное ее захлопывание - ларингоспазм. Являясь защитной реакцией организма, направленной на недопущение попадания инородного тела в нижние дыхательные пути, ларингоспазм имеет и негативные последствия, так как может явиться причиной асфиксии и смерти больного. Поэтому при возникновении ларингоспазма следует принять экстренные меры по спасению жизни больного.

Голосообразовательная функция

- **Голосообразовательная функция** гортани осуществляется колебанием внутренних волокон голосовой мышцы (хорды вокалис), вызываемым воздухом, проходящим через голосовую щель. Это приводит к появлению гортанного первородного звука, который затем, с помощью системы надстройки верхних и нижних воздушных резонаторов, преобразуется в человеческую речь. Желая произнести необходимый звук, человек, сокращая гортанные мышцы, укорачивая или удлиняя надставную трубку и придавая различное положение языку, губам, нёбу, диафрагме, получает те или иные необходимые согласные или гласные звуки. При шепоте истинные голосовые складки не смыкаются, а только суживают голосовую щель. При этом образуется беззвучный голос - афония, что следует отличать от нарушений голоса в виде его охриплости - дисфонии. Звук принимает настоящую силу и звучность только после того, как пройдет через так называемые резонаторные полости



- Их две. В верхнюю резонаторную полость входят следующие образования: морганиевы желудочки, рото- и носоглотка, полость рта и носа, пространство под надгортанником. Нижний резонатор - легкие и бронхи. Только пройдя все резонаторы и преграды, голос приобретает те характерные черты, которые присущи данному человеку.

- Звук, выходящий из гортани, имеет много различных обертонов. Придавая различное положение языку и губам, мы можем изменять как звук голоса, так и его тембр. Голос человека имеет несколько основных характеристик. Это и сила голоса, и его высота, и тембр, и диапазон.

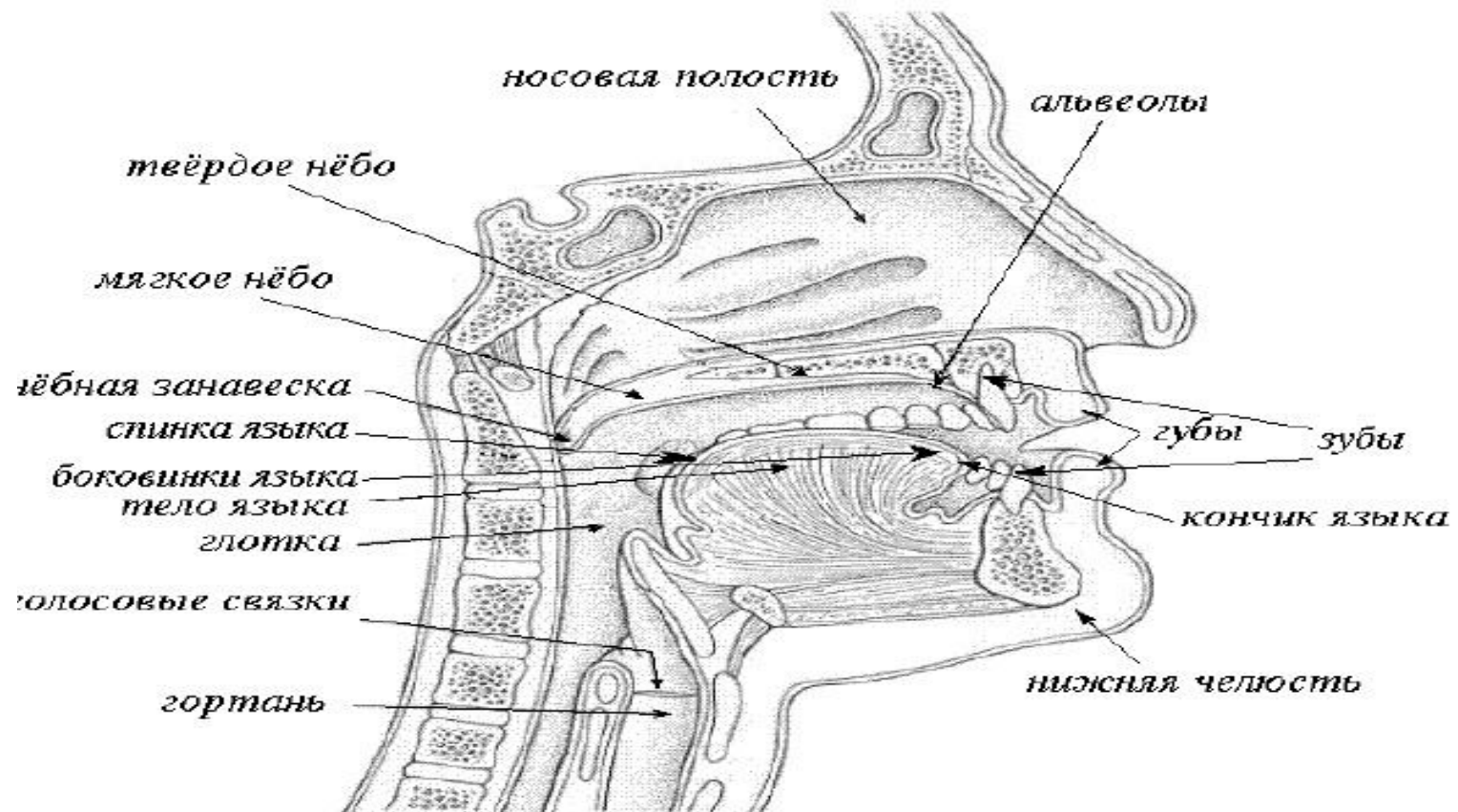
- Сила голоса регулируется силой смыкания голосовых складок и амплитудой их колебаний, что зависит от скорости прохождения выдыхаемого воздуха. Высота голоса зависит от частоты колебаний хорды вокалис и измеряется в герцах.
- Сила голоса регулируется силой смыкания голосовых складок и амплитудой их колебаний, что зависит от скорости прохождения выдыхаемого воздуха.

- Тембр голоса, или индивидуальная окраска, связан с наличием в голосе обертонов. Они определяются анатомическим строением голосового аппарата, функциональным состоянием надстройки и умением пользоваться ими. Этот последний фактор является достаточно важным в развитии человеческой речи и достигается постоянными речевыми тренировками в процессе роста и развития человека с детства. В случае неумения правильно пользоваться голосовым аппаратом и надстройкой возникают дефекты речи (косноязычие). Для их исправления существуют специально подготовленные специалисты - логопеды.

- Диапазон голоса определяется количеством тонов (звукорядом), способных к воспроизведению. В среднем певческий голос взрослого человека имеет две октавы. Для разговорной речи достаточно 4-7 тонов. У мальчиков и девочек при рождении гортань имеет примерно одинаковое строение, поэтому голоса новорожденных не дифференцируются по полу. При дальнейшем индивидуальном и половом развитии у одних детей бывает более высокий голос - дискант, а у других - более низкий - альт.

ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ РЕЧИ.

Патология (от греч. παθος — страдание, боль, болезнь и λογος — изучение) — отклонение от нормального состояния или процесса развития.



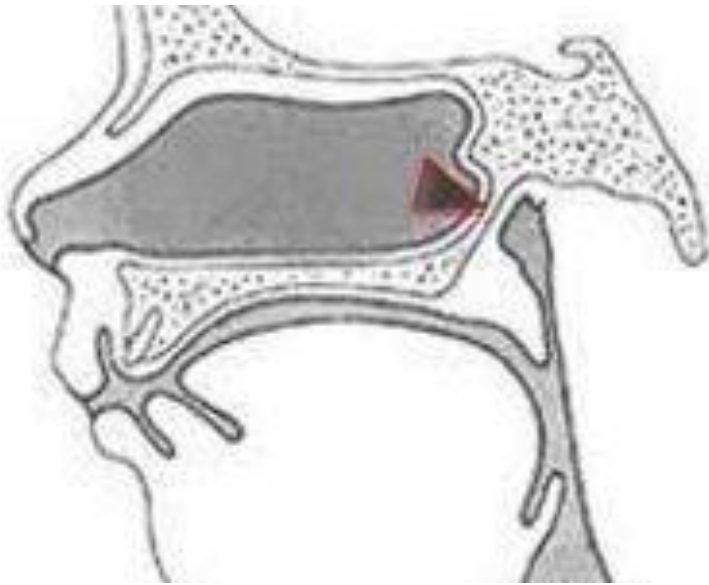
Органы речи:

1. **Активные** – способны менять объем и форму речевого тракта и создавать в нем препятствия для выдыхаемого воздуха (гортань, глотка, язык, губы, нёбная занавеска).
2. **Пассивные** – неподвижны и не трансформируются (зубы, твердое небо, полость носа).

ПОЛОСТИ.

Сужение и зарастание полости носа.

- врожденная узость носовых ходов в одной или в обеих половинах носовой полости.
- **атрезия ноздрей** (от греч. Tresis – отверстие, а – отсутствие) – частичное или полное зарастание.
- **атрезия в области хоан** (хоаны – отверстия, соединяющие носовую полость с полостью глотки). Атрезия может быть полной или неполной, односторонней и двусторонней.
- редкая аномалия – **инспираторное (вдыхательное) присасывание крыльев носа**, возникающее вследствие слабости мышц, расширяющих ноздри (т.е. ноздри при вдыхании не расширяются, а наоборот, крылья носа присасываются к носовой перегородке, что затрудняет прохождение воздуха в полость носа).



Атрезия хоан



Атрезия ноздрей

ПОЛОСТИ.

Искривление носовой перегородки.

- Носовая перегородка лишь в сравнительно редких случаях стоит совершенно прямо, чаще она искривлена в ту или другую сторону → может затруднять носовое дыхание.

Виды искривлений носовой перегородки



- Нередко на перегородке встречаются утолщения в виде шипов и гребней
- ✓ ***Причиной искривления носовой перегородки*** и развития на ней шипов и гребней является неравномерный рост различных частей носового скелета: носовая перегородка растет быстрее, чем расширяется окружающая ее костная рамка (крыша и дно носа). Нередко причиной искривления перегородки являются также ушибы носа в раннем детском возрасте (падение на нос).

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Инородные тела носа.

- Инородные тела приводят к закупорке чаще одной, а иногда и обеих половин носовой полости и нередко вызывают гнойное воспаление слизистой оболочки носа. Появление у ребенка выделений из носа с гнойным запахом является характерным признаком наличия инородного тела, особенно если гной выделяется только из одной половины носа.
- Вреда от пребывания инородных тел в носу (даже несколько дней) не бывает, поэтому НИКОГДА не следует пытаться самим удалять застрявшие предметы, дабы избежать проталкивания инородного тела в более глубокие отделы носа, что затрудняет последующее удаление.

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Острый насморк



- ✓ Острый насморк может наблюдаться как самостоятельное заболевание или как одно из проявлений общего инфекционного заболевания (грипп, корь, скарлатина, дифтерия и пр.).
- ✓ Причиной возникновения острого насморка в большинстве случаев является проникновение в толщу слизистой оболочки болезнетворных микроорганизмов.
- ✓ Закладывание носа приводит к изменению тембра голоса, появляется гнусавость.
- ✓ Нарушается обоняние
- ✓ Воспалительный процесс может распространиться на среднее ухо
- ✓ Лечение острого насморка сводится к устранению закладывания носа посредством различных медикаментозных средств, а также к лечению основного заболевания, вызвавшего насморк. Профилактика направлена на закаливание организма.

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Хронический насморк.



I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Простой хронический насморк

- Простой хронический ринит характеризуется периодической заложенностью носа и более или менее обильными слизистыми выделениями. При лежании набухлость в носу увеличивается.

Гипертрофический насморк

- При хроническом насморке часто происходит разрастание, или гипертрофия слизистой оболочки носа. Слизистая оболочка резко утолщается не на всем протяжении, а на отдельных участках. Чаще всего утолщению подвергаются задние и передние концы нижних раковин, а также их нижний край. Эти утолщения нередко имеют бугристую поверхность и выглядят при осмотре как малина. Такая форма заболевания носит название гипертрофический ринит.
- Заложенность носа при этой форме бывает более постоянной и не изменяется в зависимости от положения головы
- Слизь более густая и отделяется с трудом.
- **Осложнение** – катар среднего уха (негнойное воспаление среднего уха)

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Атрофический насморк

- характеризуется истончением слизистой оболочки носа, ее атрофией. В некоторых случаях атрофический насморк может развиваться из гипертрофического как позднейшая его стадия (сморщивание разросшейся соединительной ткани).
- При выраженной форме атрофического насморка слизистая оболочка резко истончена, покрыта сухими корочками, а носовые ходы иногда становятся настолько широкими, что через них можно видеть носоглотку.
- **Развивается на почве общего упадка питания или под влиянием постоянно действующих вредных моментов (горячий воздух, вдыхание цементной, силикатной и др. видов пыли).**

Аллергический насморк

- Причиной его являются различные аллергены, наиболее часто это пыльца цветущих растений, домашняя пыль, грибки, мед, шоколад и др. Может протекать в двух формах — сезонной (полиноз) весна—лето и постоянной.
- Клиническое течение проходит в виде приступов с заложенностью **носа, обильными водянистыми выделениями из носа, многократным чиханием. При осмотре полости носа картина значительно отличается от обычного инфекционного насморка: слизистая оболочка синюшная или беловатая (отек), гнойных выделений нет, раковины носа увеличены.**
- Аллергический ринит часто является причиной других заболеваний: синусита, бронхиальной астмы, сочетается с конъюнктивитом, крапивницей и т.д.

✓ **Лечение хронического насморка должно прежде всего быть направлено на устранение всех тех причин, которые его вызывают и поддерживают: воздействие холодного и горячего, а также сырого и чрезмерно сухого воздуха, пыли, дыма и пр.**

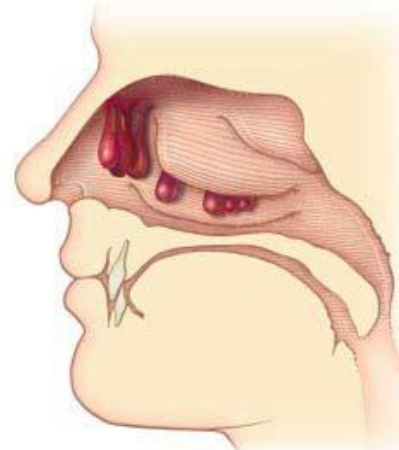
I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Озена

- Особое хроническое заболевание, сопровождающееся резкой атрофией слизистой оболочки носа и нижележащих дыхательных путей.
- Характерно образование плотных корок с резким неприятным запахом
- Отсутствие обоняния
- **Причины болезни – до сих пор недостаточно изучены (инфекция, перерождение слизистой, врожденная чрезмерная ширина носа).**

Полипы носа.

- Носовые полипы представляют собой округлые опухолевидные образования, сидящие на тонкой ножке и исходящие чаще из среднего носового хода.
- Имеют сероватый, иногда желтовато-розовый цвет, гладкую поверхность и студенистую консистенцию.
- Величина полипов разнообразна
- Затруднительное дыхание
- Речь приобретает гнусавый оттенок
- Частые головные боли
- Слух нередко понижен
- Лечение – хирургическое.



I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

Гнусавость

- патологическое изменение тембра голоса и искаженное произношение звуков речи, обусловленное нарушением нормального участия носовой полости в процессах голосо- и речеобразования.



I. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ.

- **При открытой гнусавости** во время произнесения всех звуков речи воздух проходит не только через рот, но и через нос.
- Открытая гнусавость встречается значительно чаще закрытой. Речь приобретает гнусавый оттенок, только если значительная часть воздуха попадает в нос. Это происходит обычно при таких дефектах твердого и мягкого неба, как врожденные расщелины, укорочение мягкого неба, параличи и парезы небной занавески и пр.
- **При закрытой гнусавости** воздух проходит ТОЛЬКО через рот (например при двусторонней атрезии носа) → голос звучит глухо, страдает произношение носовых звуков (например «м» и «н», вместо мама – баба, няня – дядя и т.п.)
- Если препятствие, вызывающее закрытие носовой полости, находится в задних отделах носах или носоглотке → **задняя закрытая гнусавость**.
- При наличии препятствий в передних отделах полости носа возникает **передняя закрытая гнусавость**.
- В ряде случаев закрытая гнусавость наблюдается и без нарушения проходимости носовой полости для воздуха. Тогда говорят о **функциональной закрытой гнусавости**. Такой вид гнусавости возникает иногда у глухонемых в результате отсутствия у них слухового контроля над произношением.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Дефекты губ и нёба.

- Наиболее частые аномалии развития губ и неба - щелевые дефекты верхней губы и неба.
- В зависимости от выраженности нарушения эмбрионального развития получают различные степени аномалии. Более легкими являются **расщелины верхней губы.**

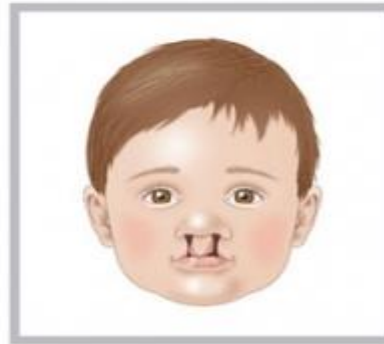




норма



Односторонняя
я полная

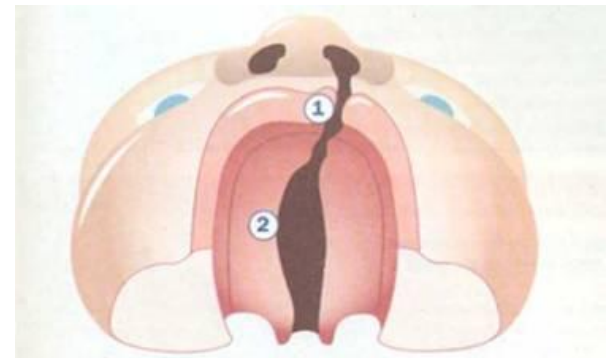


Двусторонняя



Односторонняя
я неполная

- При расщелинах губы наблюдаются также аномалии расположения числа зубов.
- **Наиболее тяжелой аномалией** является полное двустороннее (может быть и одностороннее) расщепление верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба на всем их протяжении.



II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Дефекты губ и нёба.

- **Волчья пасть** – врожденная деформация, представляющая собой расщепление тканей твердого и мягкого нёба, при котором имеется сообщение между ротовой и носовой полостью.



- Иногда дефект мышечного слоя мягкого неба прикрыт нормальной слизистой оболочкой, а в некоторых случаях слизистая оболочка может закрывать и щелинный дефект твердого неба - **субмукозные (подслизистые) расщелины.**

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Дефекты губ и нёба.

- К числу врожденных дефектов относятся и **укорочение мягкого неба, и укорочение или полное отсутствие язычка**. Эти дефекты могут возникать и в результате воспалительных процессов, сопровождающихся изъязвлением слизистой оболочки с последующим ее рубцеванием (при сифилисе).
- Лечение расщелин губы и неба – хирургическое.
- В дальнейшем речь приобретает гнусавый оттенок, становится глухой и недостаточно внятной.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Дефекты языка.

- К аномалиям развития языка относится прежде всего **полное его отсутствие, или аглоссия** (от греч. А – отрицание и лат. Glossa – язык).
- **Недоразвитие языка** – врожденный дефект развития при котором размеры его чрезмерно малы (**микроглоссия**) и ненормально больши (**макроглоссия**), когда в результате мышечной гипертрофии язык может быть увеличен настолько, что не помещается во рту и выступает наружу между зубами(не врожденный , в результате опухоли – лимфангиома).
- Укорочение уздечки языка – при этом дефекте движения языка могут быть затруднены, т.к. слишком короткая уздечка тянет его ко дну полости рта.
- Редкая аномалия – расщепление языка, которое иногда сочетается с расщепление губ и неба.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Дефекты языка.

- К аномалиям развития языка относится прежде всего **полное его отсутствие, или аглоссия** (от греч. А – отрицание и лат. Glossa – язык).
- **Недоразвитие языка** – врожденный дефект развития при котором размеры его чрезмерно малы (**микроглоссия**) и ненормально больши (**макроглоссия**), когда в результате мышечной гипертрофии язык может быть увеличен настолько, что не помещается во рту и выступает наружу между зубами(не врожденный , в результате опухоли – лимфангиома).
- Укорочение уздечки языка – при этом дефекте движения языка могут быть затруднены, т.к. слишком короткая уздечка тянет его ко дну полости рта.
- Редкая аномалия – расщепление языка, которое иногда сочетается с расщепление губ и неба.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Дефекты челюстей и зубов.

- Дефекты развития челюстей и зубного ряда чаще всего проявляются в виде **аномалий прикуса**.
- **Нормальным** считается такой прикус, при котором верхняя зубная дуга несколько больше нижней, нижние передние зубы слегка прикрываются верхними, все зубы верхнего ряда соприкасаются с соответствующими зубами нижнего ряда.
- Другие отклонения в строении зубного ряда: редко поставленные зубы; отсутствие тех или иных зубов; изменение формы зубов; косо расположенные или расположенные вне зубного ряда и др.
- Все дефекты могут сопровождаться нарушениями произношения, чаще всего в форме шепелявости (сигматизма).
- Устранение аномалий – методами **ортодонтии** (от греч. Ortos – прямой, и odontos – зуб.)

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Аномалии прикуса



Рис. 79.
Прогнатия



Рис. 80
Прогения



Рис. 81. Передний
открытый прикус



Рис. 82. Боковой
открытый прикус

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Нервно-мышечные нарушения.

- Нарушения нормальной подвижности губ и щек – **паралич лицевого нерва (как правило односторонний):**
 - Ассиметричность лица
 - Не закрывается глаз
 - Не поднимается бровь
 - Угол рта и щека опущены к низу
 - Весь рот перетянут на противоположную сторону
 - Нарушение произношения губных согласных и лабиализованных гласных («у», «о»)
- **Причины:**
 - Воспаление среднего уха
 - Механические повреждения
 - Гриппозная инфекция
 - Кровоизлияния, опухоли

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.

Нервно-мышечные нарушения.

- Нарушение движение языка – **паралич подъязычного нерва (чаще односторонний).**
 - Язык при высовывании отклоняется в здоровую сторону
 - Все движения языка на стороне поражения затруднены
 - Парализованная половина языка постепенно уменьшается в следствии наступающей мышечной атрофии
 - Расстройства речи выражены нечетко
 - Нарушения произношения язычных согласных
- **Причины:**
 - Травмы
 - Сдавление нерва опухолью
 - Инфекционные болезни (грипп, ангина)
 - Заболевания ЦНС

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.

Рубцовые деформации глотки.

- При некоторых тяжелых инфекционных заболеваниях (скарлатина, дифтерия) наблюдаются глубокие поражения слизистой оболочки глотки с омертвением отдельных ее участков и последующим развитием рубцовой ткани.
- Сходные явления наблюдаются после ожогов кислотами и едкими щелочами.
- Носовое дыхание отсутствует или резко затрудняется, гнусавость, и др. дефекты произношения, связанные с нарушением небной занавески.

Инородные тела глотки.

- случаи , когда во время глотания недостаточно прожеванной пищи в глотку могут попадать и застревать в ней инородные тела в виде рыбьих костей и осколков мясных костей.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.

Ангина.

- Острое воспаление миндалин, при котором в процесс вовлекается обычно и окружающая слизистая оболочка зева, т.е. небных дужек и мягкого неба.
- Инфекционное заболевание, вызываемое чаще стрептококком, реже стафилококком и другими микробами.
- Болезнь начинается с ощущения сухости и чувства саднения в горле, затем появляются резкие боли при глотании. Температура обычно повышена, причем у маленьких детей ангина обычно протекает при очень высокой температуре (до 40° и выше), сопровождается появлением гнойных налетов на миндалинах.
- ***Осложнения:***
 - Острое воспаление среднего уха
 - Ревматизм
 - Воспаление почек
 - Эндокардит (воспаление внутренней оболочки сердца)

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.

Хронический тонзиллит.

- Хроническое воспаление миндалин или хронический тонзиллит развивается обычно в результате повторных ангин. Субъективные ощущения при хроническом тонзиллите вне периода обострения выражены слабо и сводятся к «неловкости» в зеве, легкой болезненности при глотании, иногда запаху изо рта, также наблюдается длительное незначительное повышение температуры по вечерам (так называемая субфебрильная температура — 37,2—37,5°).
- ***Главная опасность хронического тонзиллита*** заключается в том, что, являясь постоянным источником поступления в организм инфекции и токсинов, он поддерживает и ухудшает течение осложнений, возникающих при ангине, — ревматизма, эндокардита, заболевания почек и др.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.

Гипертрофия носоглоточной миндалины (аденоидные разрастания).

- Гипертрофия носоглоточной миндалины получила название **аденоидов, или аденоидных разрастаний**. Аденоиды иногда совершенно заполняют носоглотку и резко затрудняют или даже полностью выключают носовое дыхание, что и является основным симптомом наличия аденоидных разрастаний.



II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.

Гипертрофия носоглоточной миндалины (аденоидные разрастания).

- Аденоиды иногда совершенно заполняют носоглотку
- Затрудняется носовое дыхание
- Сон с открытым ртом (тревожный)
- Вялость, апатичность
- Расстраиваются память, внимание
- Голос гнусавый
- Речь невнятная
- Проблемы со слухом

Гипертрофия небных миндалин.

- Небные миндалины у детей часто увеличиваются (гипертрофируются), достигая иногда таких размеров, что почти соприкасаются друг с другом и закрывают вход в глотку.
- **Причины:** плохое питание и неблагоприятные условия проживания, приводящие к снижению иммунитета. Немаловажную роль играет и неправильное строение верхних дыхательных путей и глотки, эндокринные заболевания, дефицит витаминов, радиационное облучение.
- Голос сдавленный, гнусавый

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.

Гипертрофия небных миндалин.

- Появляются затруднения глотания и дыхания
- Беспокойный сон, храп
- Нередко одновременно с аденоидными разрастаниями

Норма



Гипертрофия миндалин



Небные миндалины

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ.

Фиброма носоглотки.

- Представляет собой опухоль (доброкачественную), состоящую из плотной соединительной ткани и большого количества кровеносных сосудов.
- Характеризуется быстрым ростом
- Мальчики пубертатного возраста
- Может прорасти в основание черепа
- Начальный признак – одностороннее закладывание носа; через несколько месяцев полное выключение носового дыхания; нередко возникают заболевания ушей.

Паралич мягкого неба.

- Чаще всего возникает при дифтерии, носит временный характер
- Мягкое небо либо совсем не поднимается (полный паралич), либо недостаточно (неполный паралич, или парез).

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.

Аномалии развития.

- Чаще всего отмечаются отклонения в строении надгортанника (недоразвитость, либо отсутствие).
- Иногда надгортанник оказывается резко деформированным: расщепленным на несколько долей, свернутым в трубку.
- Существенного влияния на функцию голосо-речеобразования не оказывают.
- Врожденная диафрагма гортани – тонкая перепонка между истинными голосовыми связками, оставляющая небольшой просвет, через который проходит воздух.
- *Лечение* – хирургическое. Однако после операции диафрагма нередко образуется вновь.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.

Инородные тела гортани.

- Инородные тела попадают в гортань и нижележащие дыхательные пути из полости рта при вдохе.
- Иногда при рефлекторно наступающем кашле инородное тело выбрасывается из дыхательных путей, в остальных случаях его приходится удалять

Острый ларингит.

- Острое воспаление слизистой оболочки гортани, или **острый ларингит**, развивается чаще всего как часть разлитого поражения слизистой оболочки дыхательных путей при гриппе и ОРЗ. Возникновению воспалительного процесса в гортани способствует общее и местное охлаждение (пребывание в сыром и холодном помещении, вдыхание холодного воздуха через рот), а предрасполагающими факторами являются перенапряжение голоса и курение.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.

- Болезнь проявляется в ощущении сухости, царапания в горле, затем присоединяется сухой кашель, голос становится хриплым, а иногда совсем беззвучным — афония.
- Острый ларингит длится недолго и при правильном лечении проходит в течение 7—10 суток. Основное в лечении — полный покой гортани.

Ложный круп.

- острый воспалительный процесс гортани, сопровождающийся отеком ее подскладочной области, который приводит к стенозу гортани и обструкции верхних дыхательных путей.
- проявляется сухим «лающим» кашлем, осипшим голосом и одышкой, обуславливающей шумное дыхание, затрудненное дыхание в виде приступов удушья.
- Тяжесть состояния пациентов с ложным крупом зависит от степени стеноза гортани и часто меняется в течении дня.

Хронический ларингит.

- Хроническое воспаление слизистой оболочки гортани развивается чаще всего в результате повторяющегося острого ларингита.
- Другой причиной хронического ларингита служит длительное перенапряжение голоса. **Основным симптомом хронического ларингита** является дисфония (изменение голоса). К этому симптому часто присоединяются жалобы на ощущение «першения», царапания в горле и сухой кашель.
- У некоторых даже хорошо слышащих детей бывает привычка чрезмерно громко разговаривать → хронический ларингит.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.

Узелки голосовых связок.

- При чрезмерном и длительном напряжении голоса на истинных голосовых связках иногда образуются так называемые узелки.
- Узелки представляют собой ограниченные припухлости, расположенные симметрично на свободном крае истинных голосовых складок на границе между передней и средней третью их протяжения. Основным лечебным мероприятием служит покой. Полезны также лечебные процедуры в виде смазываний голосовых связок лекарственными веществами или вливаний этих веществ в гортань при помощи специального шприца.



- Голос становится хриплым
- Наблюдаются у много и сильно кричащих детей
- Предрасполагающей причиной являются частые ларингиты.
- Лечение – покой.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.

Фиброма голосовой связки.

- Называется иногда полипом гортани, представляет собой округлую опухоль с гладкой поверхностью.
- Растет медленно, размер до крупной горошины.
- Развитие обычно связано с перенапряжением голоса.
- Лечение – хирургическое.

Папиллома гортани.

- Доброкачественная опухоль, имеющая вид бугристых гроздевидных наростов, похожих на цветную капусту или петушиный гребень.

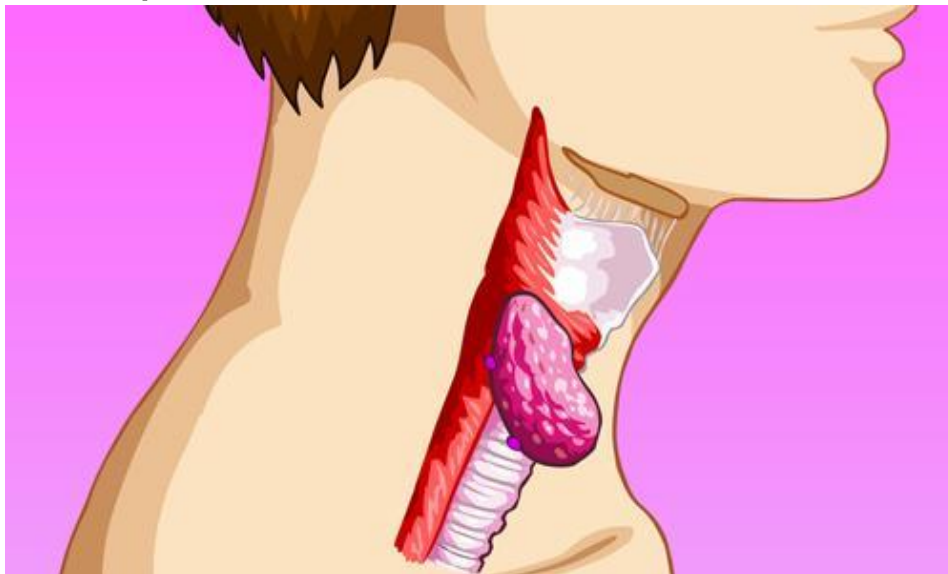


- чаще папиллома бывает множественной – папилломатоз верхних дыхательных путей
- Чаще дети 2-8 лет.
- Растет медленно.
- Прогрессирующая охриплость, может развиваться затруднение дыхания.
- Лечение – хирургическое.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.

Злокачественные опухоли гортани.

- Рак гортани чаще в возрасте после 40 лет
- Саркома (разрастание соединительной ткани) может развиваться в детском возрасте.
- Лечение: половинное или полное удаление гортани (облучение+химиотерапия).
- Восстановление речи: псевдоголос (выталкиваемый из желудка и пищевода воздух издает звук, напоминающий звук при отрыжке). Этот псевдоголос с помощью артикуляционного аппарата модулируется в речь.

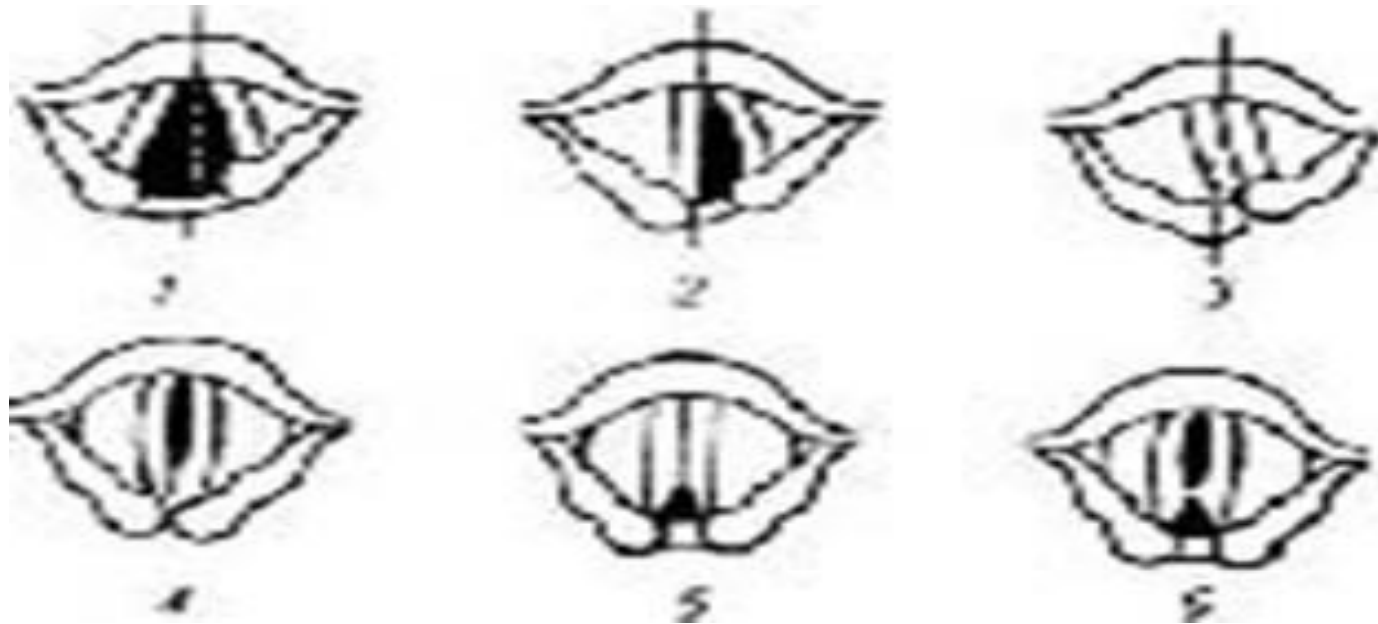


II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.

Нервно-мышечные нарушения.

- Нервно-мышечные нарушения - могут быть центрального и периферического происхождения.
- **Центральные параличи** возникают при поражениях того или иного отдела головного мозга (коры, моста, продолговатого мозга).
- **Периферические параличи** развиваются вследствие инфекционных поражений (ревматических, дифтерийных, тифозных) или травматических повреждений нижнегортанного (возвратного) нерва и его ветвей.
- Если в процесс вовлечен весь нерв, то страдает функция всех внутренних мышц соответствующей половины гортани. При односторонних параличах возвратного нерва часто постепенно наступает компенсация голосовой функции: другая голосовая складка при фонации заходит за среднюю линию и образует смыкание с парализованной складкой.
- При двустороннем параличе возвратного нерва наступает полная афония, так как складки не могут сомкнуться. При центральных параличах и поражениях ствола возвратного нерва проводят лечение, направленное на устранение основной причины, вызвавшей паралич.

II. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ.



Параличи гортани:

- 1-паралич левого возвратного нерва (положение при вдохе);
- 2-то же при фонации;
- 3-то же после компенсации (во время фонации);
- 4-двусторонний паралич щито-черпаловидной мышцы (голос хриплый, иногда беззвучный);
- 5-паралич поперечной межчерпаловидной мышцы;
- 6-комбинированный паралич этих мышц (голос хриплый, само голосообразование требует большого напряжения).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!