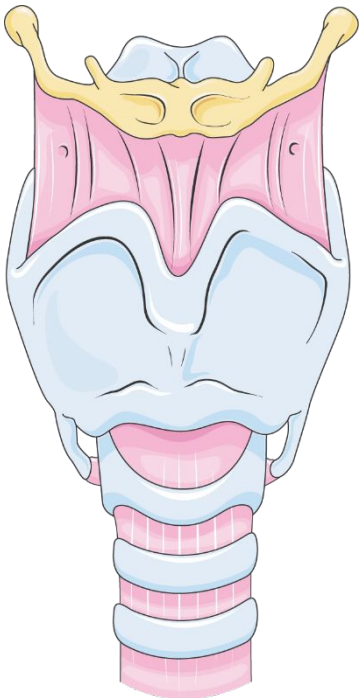


Парезы и параличи гортани.



Выполнила: Лебедева Гая
Студентка 73 группы, 6 курс, ИКМ им.
Склифосовского.

Определения.

- **Парез гортани** - временное нарушение подвижности мышц гортани и этот диагноз устанавливается пациентам с длительностью заболевания до 6 мес. Возможно восстановление подвижности в сроки от нескольких месяцев до 2 лет.
- **Паралич гортани** — расстройство двигательной функции в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц

Клиническая анатомия.

Движения голосовых складок осуществляются в результате координированного сокращения различных групп мышц гортани.

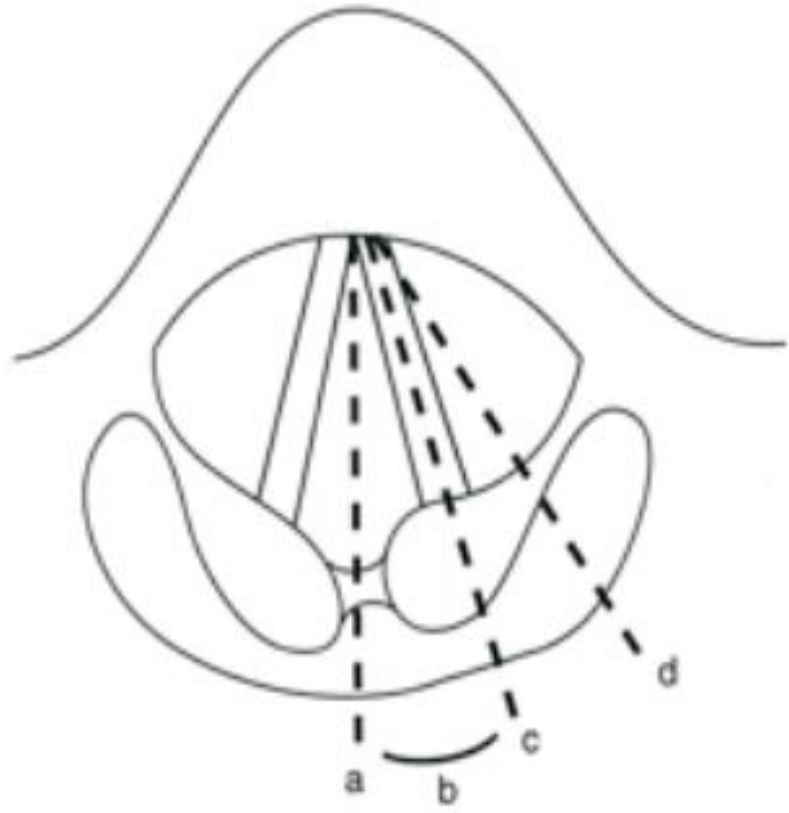
Функция	Мышца
Открытие голосовой щели, отведение голосовых складок	Задняя перстнечерпаловидная мышца
Закрытие голосовой щели, приведение голосовых складок	Латеральная перстнечерпаловидная мышца Щиточерпаловидная мышца Поперечная и косая черпаловидные мышцы
Натяжение голосовых складок	Перстнещитовидная мышца Медиальная часть щиточерпаловидной мышцы (голосовая мышца)



Рис.1



Рис.2



Этиология и патогенез

Односторонний

- операции на органах шеи (**щитовидной железе**, сонной артерии, шейном отделе позвоночника) — в 21,6%
- травма гортани — 20%,
- инфекционные заболевания (грипп, дифтерия и др.) — 7%,
- патология средостения (аневризма дуги аорты, рак легкого) — 3%,
- идиопатические парезы составляют 4%.

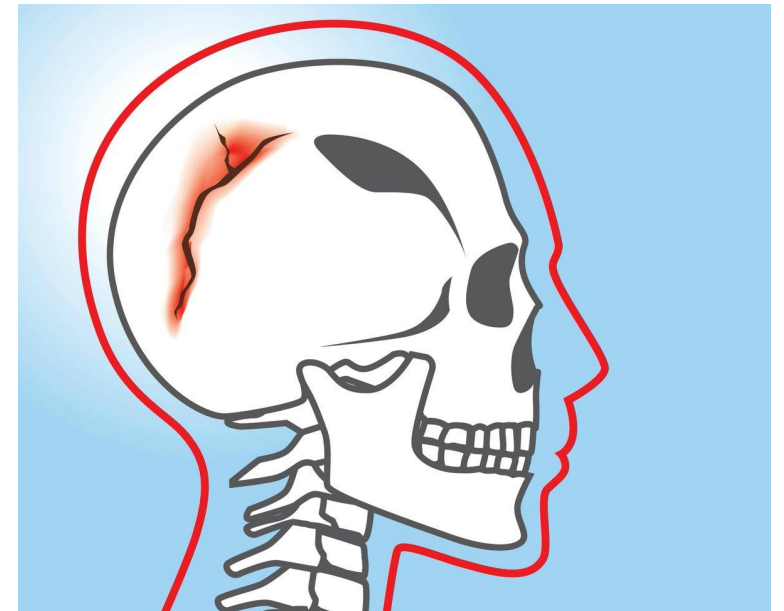
Двусторонний

- хирургическая травма (44%),
- злокачественные новообразования (17%),
- эндотрахеальная интубация (15%),
- неврологические заболевания (12%),
- идиопатические (12%)

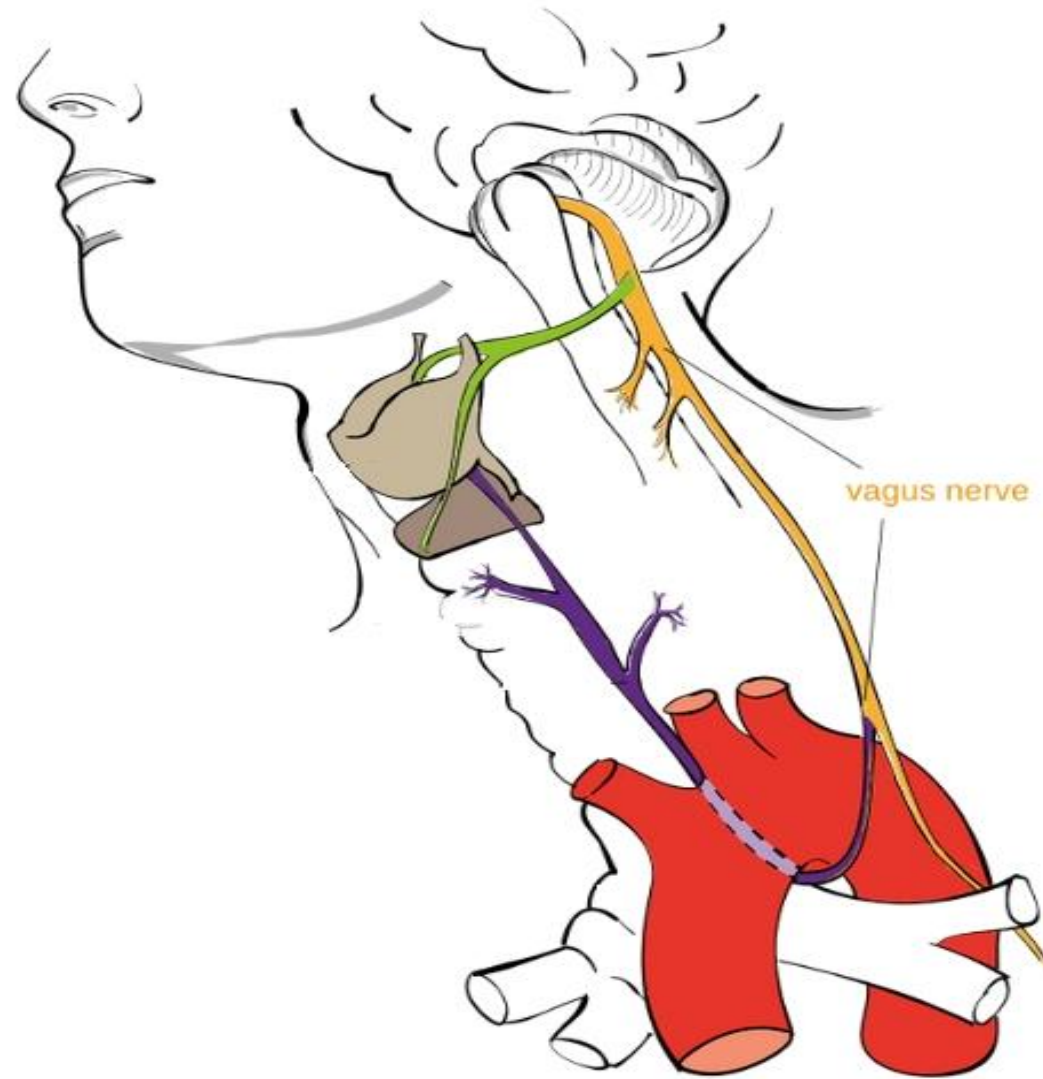
Центральные параличи гортани.

Этиология: черепно – мозговые травмы, внутричерепные кровоизлияния, множественный склероз, сифилис, бешенства, полиомиелита, энцефалита, внутримозжечковых опухолей. . Чаще связаны с поражением продолговатого мозга и сочетаются с параличом мягкого нёба.

Симптомы: включают затруднение дыхания, охриплость голоса, головокружение, тошноту, рвоту, нистагм, нарушение равновесия и походки.



Периферические параличи гортани.



Верхний гортанный нерв может быть поврежден при тиреоидэктомии у гиперстеников с низким положением гортани.

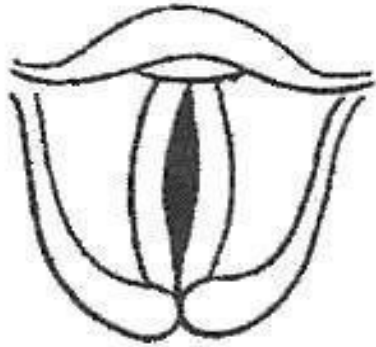
Поражение наружной ветви верхнего гортанного нерва сопровождается нарушением иннервации щитоперстневидной мышцы:

- отсутствуют выраженные нарушения подвижности голосовых складок, столь характерные для большинства гортанных параличей;
- понижается разговорная интонация, доходящая до монотонности;
- возникает быстрая утомляемость голоса, вследствие чего использование сильного разговорного голоса (лекторы, преподаватели) или певческого голоса, становится **НЕВОЗМОЖНЫМ**

Причины патологии возвратного нерва:

- **На уровне шейного отдела:** операции на **щитовидной железе**, злокачественный зоб, тупые и острые травмы шеи, сдавление нерва гематомой, метастазы шейных лимфоузлов, лимфадениты, удаление лимфоузлов шеи, заболевания шейного отдела пищевода или трахеи и операции при этих заболеваниях, растяжение нерва из-за неправильного положения больного при интубации или сдавление нерва эндотрахеальной трубкой.
- **На уровне грудной клетки:** врожденные **заболевания сердца и сосудов** (пороки сердца), воспалительные заболевания сердца (в том числе перикардит), аневризма дуги аорты или подключичной артерии, реконструктивные операции на дуге аорты, при кардиомегалии различной этиологии (синдром Ортнера редкий кардиовокальный синдром, сопровождающийся осиплостью голоса); **заболевания легких** (туберкулез, особенно поражение верхушечных сегментов, **рак Панкоста** – до 25% его случаев сопровождаются парезом нижнего гортанного нерва).

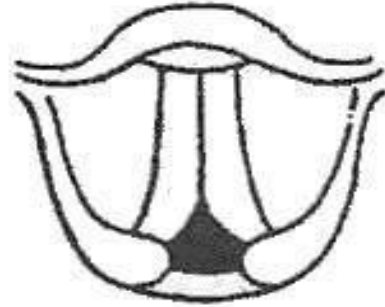
Миопатические параличи.



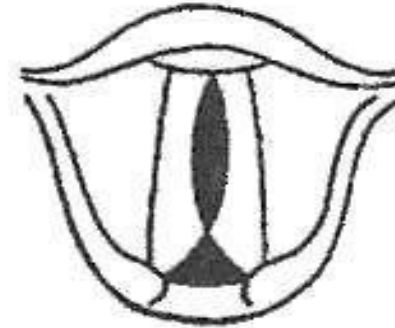
1



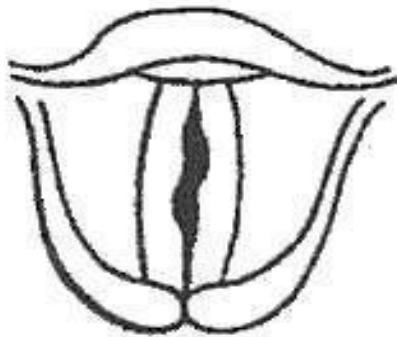
2



3



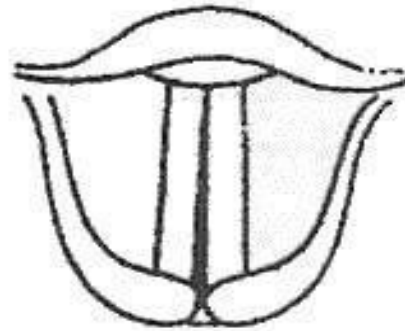
4



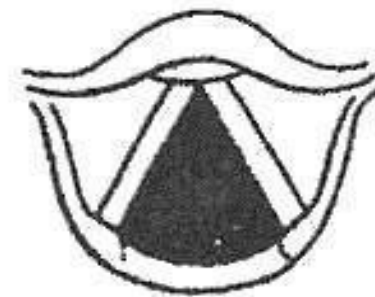
5



6



7



8

Диагностика

- Жалобы и анамнез.

Односторонние

- Нарушения фонаторной функции: возникает осиплость, битональность или полная потеря голоса.
- Аспирация.
- Кашель и раздражение слизистой оболочки гортани.
- Одышка, усиливающаяся при физической нагрузке.

Двусторонние

- Больше беспокоит нарушение дыхания.
- При физических нагрузках, во время сна или разговора появляется инспираторный стридор.
- Голос может быть звучным, иногда отмечается придыхательная охриплость, при разговоре характерны длительные инспираторные фазы.
- Симптомов аспирации и дисфагии нет.

Физикальное обследование.

- При стенозе гортани и компенсации дыхания отмечаются укорочение паузы между вдохом и выдохом, удлинение вдоха (**инспираторная одышка**). При этом дыхание становится шумным, возникает изменение частоты, напряжения и ритма пульса.
- Отмечаются цианоз пальцев рук и лица, одышка в покое и при небольшой физической нагрузке, тахикардия, повышение АД.



- **Лабораторная диагностика :**

Общеклинические исследования : общий анализ крови.

- **Инструментальная диагностика:**

- ✓ Рекомендовано проведение спиральной компьютерной томографии головного мозга, органов шеи и грудной клетки
- ✓ Рекомендовано проведение ларингоскопии, ларингостробоскопии.
- ✓ Рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфоузлов шеи и щитовидной железы.
- ✓ Рекомендовано проводить оценку качества голоса пациентов с помощью шкалы определения звучности голоса GRBAS при мультипараметровом акустическом исследовании голоса с помощью компьютерной программы.
- ✓ При акустическом анализе голоса определяют основную частоту (F0) и силу голоса, Jitter, время максимальной фонации (ВМФ) и индекс выраженности дисфонии (DSI), производят запись



Шкала GRBAS.

Каждой характеристике исследователем присваивается значение от 0 (норма) до 3 (резко выраженная):

- Общая тяжесть имеющихся нарушений (G, grade)
- Грубость (R, roughness)
- Наличие придыханий (B, breathiness)
- Астеничность, слабость голоса (A, Aesthenia)
- Напряжение (S, strain)

Лечение.

- **Консервативное лечение:**

- ✓ Стимулирующую терапию (прозерин, галантамин, нимодипин, глюкокортикостероиды)
- ✓ Нейромышечную электрофизиологическую стимуляцию в комбинации с фонопедией.



Двусторонний парез гортани

При двустороннем парезе восстановление нормальной проходимости дыхательных путей имеет первостепенное значение. При декомпенсации дыхания показана **трахеотомия**.

В раннем послеоперационном периоде в результате повреждения возвратного нерва, при отсутствии симптомов острой дыхательной недостаточности в течение 10–14 дней лечится консервативно.

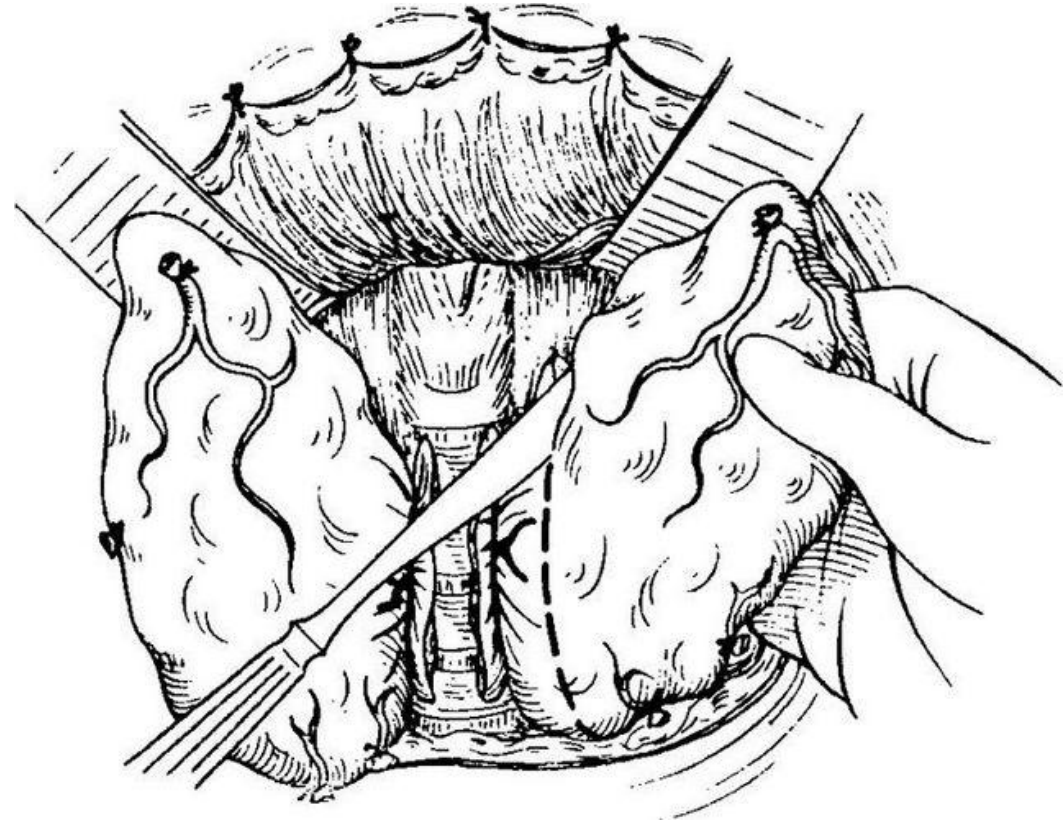
Терапия включает:

- ✓ Назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия
- ✓ Гормонотерапию.

Двусторонний паралич гортани

после струмэктомии в острой фазе (1–4 нед.):

- – антибиотики широкого спектра действия внутримышечно или внутривенно – 7–9 дней;
- – гормоны внутривенно (дексаметазон, преднизолон);
- – этамзилат 2,0 внутримышечно – 1–3 сут. после операции;
- – ГБО – 8–10 сеансов с 1-х сут.;
- – кокарбоксилаза 100 мг внутривенно 2 р./сут.;
- – ангиопротекторы (пентоксифиллин) внутривенно;
- – пентоксифиллин 5,0 внутривенно капельно с 6–8 сут. после операции;
- – поливитамины 2,0 через 2 сут. № 5 внутривенно;
- – препараты с комбинированным метаболическим действием – актовегин, винпоцетин
- – физиолечение (фонофорез лекарственных веществ, магнитолазер);
- – нейропротекторы – неостигминаметилсульфат подкожно



Хирургическое лечение.

Виды лечения

Нейропластика

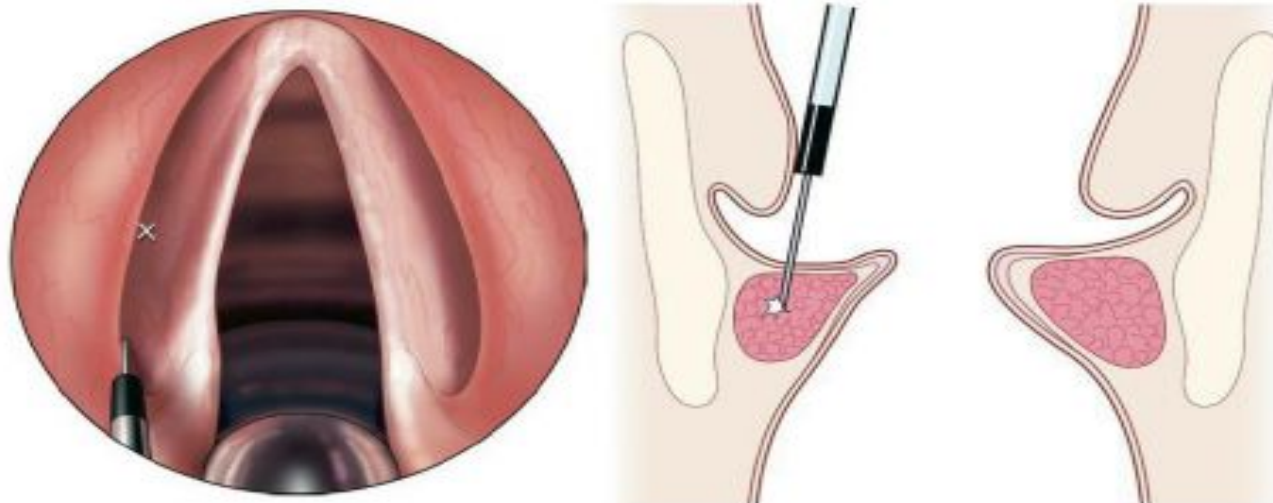
Имплантация
различных веществ в
голосовую складку

Хирургия остова
гортани

При отсутствии эффекта от консервативного лечения применяются хирургические методы, **но не раньше 12 месяцев после возникновения пареза** гортани.

- ✓ тиреопластика,
- ✓ аддукция черпаловидного хряща
- ✓ тракция латеральной перстнечерпаловидной мышцы

- **Инъекционная ларингопластика** - это процедура, проводимая при изменении формы голосовых связок или их подвижности, может проходить под наркозом, либо под местной анестезией. Введение в голосовую складку производных гиалуроновой кислоты (Hylan B gel), собственной жировой ткани, карбоксиметилцеллюлозы, полидиметилсилоксана (VOX Implants®) и другое.



Список литературы.

1. Бербом Х. Болезни уха, горла и носа/Бербом Х., Кашке О., Навка Т., Свифт Э.; пер.

с англ.-М.:МЕДпресс-информ, 2012-776 С.:ил.

2. Вязьменов Э.О. Парезы и параличи гортани у детей: особенности развития и

течения, методы диагностики и лечения / Э.О. Вязьменов, Е.Ю. Радциг, М.Р. Богомильский// Вестн. оториноларингологии. - 2007. - № 2. - С. 63-67.

3. Дайхес Н.А., Назарочкин Ю.В., Трофимов Е.И., Харитонов Д.А., Е.М.ФукиЕ. М.

Профилактика нарушений иннервации гортани при лечении больных узловыми

заболеваниями щитовидной железы.//Усовершенствованная медицинская технология,Москва – 2006

4. Дерягин Н.И. Кокорина В.Э. К вопросу о тактике лечения больных с нарушениями

двигательной иннервации гортани // Дальневост. мед.журн. - 2002. - № 1. - С.

Спасибо за внимание.

