

ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ РЕЧИ

1.1.1 Врожденные заболевания

- 1) **Отсутствие носа;**
- 2) **«Нос дога»;** наличие щели по средней линии спинки носа
- 3) **Расщепление носа на 2 разъединенные половинки;**
- 4) **Отсутствие одной из половин носа;**
- 5) **Удвоение ноздрей;**
- 6) **Атрезия (заращение) носовых ходов;**
 - Причины:
 - врожденная травма
 - врожденный сифилис (признак)
- 7) **Дермоидные кисты и свищи спинки носа;**
 - Причина: незаращение эмбриональных щелей;
 - Расположение: под кожей у места соединения носовых костей с хрящами, обнаруживается уже в первые месяцы жизни;
- 8) **Искривление носовой перегородки(как аномалия развития лицевого скелета);**
- 9) **Врожденные опухоли носа(ангиомы);**
- 10) **Атрезия хоан;**

1.1.2 Приобретенные нарушения

1) Травмы носа;

Симптомы:

- ✓ резчайшая боль
- ✓ носовое кровотечение (10-20 мин.)
- ✓ заложенность носа
- ✓ сильная головная боль
- ✓ припухлость мягких тканей
- ✓ деформация носа
- ✓ иногда - потеря сознания

2) Инородные тела носа;

Симптомы:

- ✓ чихание
 - ✓ слезотечение
- вскоре угасают
(через несколько дней)

- ✓ Односторонние слизистые выделения -> слизисто-гнойные с примесью крови, с неприятным запахом и закладыванием носа

Ринолиты – инородные тела длительное время находящиеся в полости носа, обрастающие известковыми и фосфорными солями и превращающиеся в камень (ринолит).

3) Носовое кровотечение;

- истечение крови из полости носа вследствие нарушения целостности стенок кровеносных сосудов. Чаще сопровождается травмы и воспалительные заболевания носа, может быть вызвано заболеваниями сосудов и системы крови. Характеризуется истечением алой крови каплями или струйкой из ноздрей, стеканием ее по задней стенке глотки. Может сопровождаться шумом в ушах и головокружением. Обильные рецидивирующие носовые кровотечения вызывают резкое падение АД, учащение пульса, общую слабость, могут представлять угрозу для жизни.

Лечение:

При лечении носового кровотечения нужно максимально быстро остановить кровь, принять меры для предотвращения последствий кровопотери (или компенсировать кровопотерю) и провести терапевтические мероприятия, направленные на борьбу с основным заболеванием.

При переднем носовом кровотечении в большинстве случаев для того, чтобы остановить кровь, достаточно положить холод на область носа, на 10-15 минут прижать ноздрю или ввести в носовую полость ватный шарик, пропитанный гемостатическим средством или слабым раствором перекиси водорода.

1.1.3 Острый насморк(ринит)

- **Причина:** проникновение в толщу слизистой оболочки болезнетворных микроорганизмов;
- **Симптомы:**
- (в начале заболевания) являются ощущение сухости и жжения в носу и в носоглотке, чихание, небольшое повышение температуры. При осмотре носовой полости в это время отмечается покраснение и отечность слизистой оболочки, набухание носовых раковин;
- Через несколько часов (иногда через 2—3 суток) сухость в носу сменяется обильными жидкими выделениями, которые постепенно густеют, становятся слизистыми, а затем приобретают гнойный характер. Набухание слизистой оболочки вызывает закладывание носа: больной не может дышать носом, чувствует тяжесть в голове, общую слабость и разбитость. Очень часто воспалительный процесс переходит на слизистую оболочку придаточных пазух носа, и тогда могут возникнуть сильные головные боли;
- **У грудных детей:** . Даже незначительное набухание слизистой оболочки носа вызывает у маленьких детей полную закупорку носовой полости, так как носовые ходы у них очень узки. Закупорка носа вызывает у грудных детей не только нарушения, связанные с отсутствием носового дыхания (плохой сон, сухость во рту и глотке), но и ведет нередко к истощению, так как ребенок, вынужденный дышать все время ртом, не может нормально сосать;

1.1.4 Хронический насморк (ринит)

Различают четыре формы хронического насморка:

1. **простой хронический насморк;**

Характеризуется: периодической заложенностью носа и более или менее обильными слизистыми выделениями. При лежании набухлость в носу увеличивается. Больные обычно заявляют, что при лежании на спине у них закладывает обе половины носа, а при лежании на боку оказывается заложенной та половина, что находится внизу.

1. **гипертрофический насморк;**

Заложенность носа при гипертрофическом насморке бывает более постоянной и не изменяется в зависимости от положения головы, как это наблюдается при простом хроническом насморке. Слизь более густая и отделяется с трудом.

1. **атрофический насморк;**

Характеризуется не утолщением, а истончением слизистой оболочки носа, ее атрофией (от греч. atrophía — увядание). Эта болезнь развивается обычно на почве общего упадка питания или под влиянием постоянно действующих вредных моментов, как, например, высушивание слизистой оболочки носа горячим воздухом, а также вдыхание силикатной, цементной, табачной и других видов пыли. В некоторых случаях атрофический насморк может развиваться из гипертрофического как позднейшая его стадия, когда наступает сморщивание разросшейся соединительной ткани

1. **аллергический насморк.**

Причиной его являются различные аллергены. 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. При постоянной форме аллергического ринита эти симптомы сохраняются в течение длительного времени, хотя выражены меньше.

1.1.5 Заболевания придаточных пазух носа

○ Острые

- 1) **О. синусит**; встречается у детей в любом возрасте. Процесс захватывает почти все пазухи с одной или обеих сторон, развитие соответственно возрасту ребенка. Симптомы: высокая температура, головные боли приступообразные, главным образом в области лба, отдающие в зубы. Гнойные выделения из носа с примесью крови.
- 2) **О. гайморит**; выявляется болезненность при надавливании в области внутреннего угла глазницы, отек шеи. Слизистая отечна, резко гиперемирована, в среднем носовом ходе скопление гноя. Температура повышена, отмечается плохое самочувствие, дыхание через нос нарушено.
- 3) **О. этмоидит**; чаще у детей с самого раннего возраста (из-за узости выходных отверстий клеток решетчатого лабиринта и среднего носового хода).

Симптомы: повышение температуры, обильные выделения из носа (зеленый гной), отек внутреннего угла глаза.

○ Хронические

- 1) **Х. гайморит**; сводится к затруднению носового дыхания, односторонним слизистым или слизисто-гнойным выделением, чаще зимой. Часто имеется кашель, особенно по ночам. Нередки обострения среднего отита, вызванные стеканием гноя из пазухи в носоглотку и слуховую трубу.

1.1.6 Опухоли полости и придаточных пазух носа

Доброкачественные опухоли:

- 1) **Полипы;** по своей форме они напоминают опухолевые округлые образования, сидящие на тонкой ножке, исходящие чаще всего из среднего носового хода. У детей полипы встречаются редко. Они могут быть аллергического или воспалительного генезиса.
- 2) **Папилломы;** обычно локализируются в преддверии носа, растут медленно, часто рецидивируют после удаления. Учитывая, что папиллома может переродиться в рак, удаление её должно быть радикальным.
- 3) **Фибромы;** встречаются редко, локализируются в преддверии носа, носоглотки, области наружного носа.
- 4) **Ангиомы (сосудистые опухоли);** развиваются на носовой перегородке нижних носовых раковин. Растут медленно, периодически кровоточат, постепенно увеличиваются и могут заполнить полость носа, прорасти в решетчатый лабиринт, глазницу и верхнечелюстную пазуху, имеют вид округлой бугристой красно-синюшной опухоли.
- 5) **Остеомы носа и придаточных пазух; возникают в возрасте 15-25 лет.** Чаще локализируются в стенках лобных пазух и решетчатой кости. Иногда достигают больших размеров, могут распространиться в полость черепа, носа, орбиту, деформировать лицевой скелет и явиться причиной мозговых расстройств, головной боли, снижения зрения, нарушение носового дыхания и обоняния.

Злокачественные опухоли – в основном рак и редко саркома. Симптоматика вначале не носит тяжелого характера. Больных беспокоят постепенно усиливающиеся затруднение дыхания через одну половину носа, отделяемая слизистая, затем с примесью крови. Затем возможны носовые кровотечения и заложенность уха.

- У детей встречаются саркомы носа, быстро прорастающие в придаточные пазухи. Характерны резко затрудненное носовое дыхание и частые носовые кровотечения.

1.2 Заболевания полости рта

1. Заячья губа;

2. Волчья пасть;

3. Дефекты языка:

- Недоразвитие языка (вплоть до его отсутствия – аглоссия)
- Малый размер языка – микроглоссия
- Увеличение размера языка – макроглоссия
- Укорочение уздечки языка
- Расщепление языка

4. Дефекты челюсти и зубов;

Проявляются в виде аномалий прикуса (нарушение соотношения верхнего и нижнего рядов зубов при сомкнутых челюстях). Норма: верхний ряд зубов несколько больше нижнего и прикрывает нижние зубы, все зубы верхнего ряда соприкасаются с соответствующими зубами нижнего ряда.

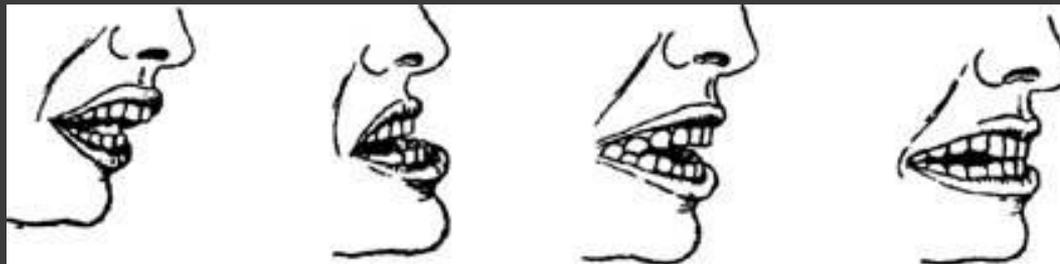
Нарушения прикуса:

- **Прогнатия;** верхняя челюсть и зубная дуга сильно выдвинуты вперед, при этом нижние передние зубы могут удлиняться и достигать твердого неба.
- **Прогения;** значительное развитие нижней челюсти.
- **Открытый прикус;** наличие свободного промежутка между зубами верхней и нижней челюсти при сомкнутом рте. Выделяют передний и боковой открытый прикус.

Также могут быть и другие дефекты: редко поставленные зубы, отсутствие ряда зубов, изменение формы и деформация и др.

Все дефекты обычно сопровождаются нарушением произношения, чаще всего в форме сигматизма (шепелявости).

5. Нервно-мышечные нарушения; Нарушения нормальной подвижности губ и щек наблюдаются обычно в результате *паралича лицевого нерва*. Паралич лицевого нерва, как правило, бывает односторонним. Лицо при этом становится асимметричным: на стороне, соответствующей пораженному нерву, не закрывается глаз, не поднимается бровь, угол рта и щека опущены книзу, отведение губ и оскаливание зубов невозможны, весь рот перетянут на противоположную сторону.



Передний откр.; Боковой откр.;
Прогнатия; Прогения

1.3.1 Врожденные и приобретенные нарушения

ГЛОТКИ

- ⦿ Патология глотки связана с дефектами ротовой и носовой полостей. Кроме того, бывают рубцовые деформации глотки после скарлатины и дифтерии, при ожогах, инородных телах.
- ⦿ Аномалии развития глотки; частичное отсутствие мягкого или твердого неба, язычка, щели в небных дужках или мягком небе, расщепление язычка; в области носоглотки иногда наблюдается закрытие устья слуховой трубы, атрезия хоан.
- ⦿ Причины поражения глотки: механические, термические, химические травмы, рубцовые деформации глотки.
- ⦿ Инородные тела; этому способствует смех во время еды, чиханье, судорожный кашель и т. д. Ребенок испытывает острую боль при глотании, возникает рвотное движения.

1.3.2 Гипертрофия лимфоидного кольца глотки

- ⊙ Патология миндалин встречается в основном до полового созревания, в меньшей степени – до 30 лет. Наиболее часто гипертрофия встречается у детей в возрасте от 4 до 7 лет.
- ⊙ Гипертрофия миндалин препятствует нормальному дыханию, приему пищи, речеобразованию.
- ⊙ У детей наиболее часто встречается гипертрофия носоглоточной миндалины – аденоиды.
- ⊙ Аденоиды чаще наблюдаются у детей от 3 до 10 лет. Основной симптом: затрудненное носовое дыхание, упорный насморк.
- ⊙ Гипертрофия небных миндалин; чаще бывает в детском возрасте, иногда достигает таких размеров, что закрывает вход в глотку. Это может служить препятствием для нормального дыхания и приема пищи. Характерен кашель по ночам и храп. Нарушается произношение некоторых согласных, появляется гнусавость.

1.3.3 Воспалительные заболевания глотки

- 1) **Фарингит** – воспалительный процесс слизистой оболочки ротоглотки.
 - **Острый фарингит**; больной ощущает сухость, легкую болезненность, напряжение и саднение в глотке. Его беспокоят кашель, боль при глотании, которая нередко отдает в ухо. Температура тела может быть нормальной или немного повышенной.
 - **Хронический фарингит**; больные жалуются обычно на скопление в горле большого количества вязкой слизи, вызывающей раздражение и постоянное желание откашливаться. Особенно выражено оно по утрам и может сопровождаться даже тошнотой и рвотой.
- 2) **Ангина** (острый тонзиллит) – острое воспаление небных миндалин, основное инфекционное заболевание глотки. Возбудителем является чаще всего гемолитический стрептококк. Размножаясь, стрептококк распространяется по лимфатическим узлам, вовлекая в патологический процесс регионарный лимфатический узлы. У детей раннего возраста ангина сопровождается судорогами, рвотой, потерей сознания.

Виды ангины (по тяжести):

Катаральная: острое начало, Т 39-40 гр.; бред, сухость во рту, рвота, боль в ушах; на языке белый налет; небные миндалины отечны. Воспалительные явления исчезают через 4 – 5 дней.

Фолликулярная: светло-желтый налет в устьях лакун; Т до 40 гр.; сильная интоксикация. Воспалительные явления исчезают через 5-7 дней.

Тяжелые формы ангины: **фибринозная** (наличие пленок от лопнувших фолликул, некроз устья лакун); **флегмонозная; герпетическая** (очень заразная форма, в-к и фекально-оральный пути заражения), **язвенно-некротическая** (образование язв и некроз миндалин).

- 3) **Хронический тонзиллит**; субъективные ощущения слабые, но при надавливании на миндалину выделяется гной. Его обострения: 2 – 3 раза в год. Главная опасность – постоянный источник поступления в организм инфекции и токсинов. Могут быть тяжелые осложнения.

1.3.4 Новообразования ГЛОТКИ

◎ Доброкачественные опухоли:

У детей встречаются редко.

Виды:

- Папилломы(на небной миндалине)
- Лимфангиомы(на небных миндалинах, корне языка ; встречаются относительно часто)
- Фибромы(в области носоглотки, миндалин, корня языка)

Носоглоточная фиброма – опухоль из плотной соединительной ткани и большого числа кровеносных сосудов, характеризуется быстрым ростом. Начальные признаки: одностороннее закладывание носа; через несколько мес. носовое дыхание полностью выключается и возникает заболевание среднего уха.

◎ Злокачественные опухоли:

- Саркомы(на небных миндалинах; прогноз неблагоприятный)
- Лимфосаркома носоглотки(в носоглотке, полости носа, придаточных пазухах, гортани; вначале симптомы сходны с аденоидами; вскоре - метастазы в области шейных лимфатических узлов; быстрое течение; прогноз неблагоприятный)

1.4.1 Аномалии развития

- ⊙ **Врожденные мембраны**; встречаются на уровне голосовых складок и под ними, они частично покрывают просвет гортани.

Симптомы: дисфония, лающий кашель, отдышка во время игры.

- ⊙ **Врожденная киста**; находится рядом с надгортанником, проявляется к 4-15 мес. По мере роста она раздвигает свободный край надгортанника, черпало-надгортанную складку. Наблюдается сильная отдышка, без лечения киста может привести к асфиксии.

- ⊙ **Острый стеноз гортани и трохеи**; быстро развивающееся заболевание, обусловленное сужением просвета гортани или трахеи, сопровождается тяжелыми общими явлениями, требующими срочного вмешательства для спасения жизни больного.

Симптомы: гортанная отдышка; голос изменен, голова наклонена вперед.

Стадии стеноза:

1. Усиление работы дыхательных мышц, вдох удлиняется, голос охрипший, число ударов пульса в 4-6 раз превышает число дыхательных движений;
2. Дыхание учащается и сопровождается шумом, появляется синюшная окраска покровов тела;
3. Нарастает цианоз, дыхание чистое. Поверхностное; ослабление пульса, падение сердечной деятельности; расширение зрачков, потеря сознания; непроизвольное отхождение мочи и кала.

1.4.2 Травмы гортани

- ◎ **Инородные тела гортани.** Инородные тела попадают в гортань и нижележащие дыхательные пути из полости рта при вдохе. Чаще всего это случается у детей. Если ребенок, взявший в рот какой-нибудь маленький предмет (например, пуговицу, семечко, горошину), сделает в это время вдох или засмеется, то вместе с вдыхаемым воздухом этот предмет попадет в дыхательные пути.

Попавшие в гортань инородные тела в части случаев застревают в самой гортани, особенно острые инородные тела, в большинстве же случаев проскакивают в трахею и бронхи.

Иногда при рефлекторно наступающем кашле инородное тело выбрасывается из дыхательных путей, в остальных же случаях его приходится удалять.

При инородных телах гортани, трахеи и бронхов, в отличие от инородных тел носа, **откладывать вмешательство нельзя** во избежание развития воспалительных явлений с последующим наступлением удушья или легочных осложнений.

Удаление инородного тела гортани может быть произведено только врачом-специалистом под контролем гортанного зеркала или при помощи специального инструментария.

1.4.3 Острые воспалительные заболевания

- Острый ларингит - острое воспаление слизистой оболочки гортани.

Симптомы: охриплость, сухой кашель, небольшой подъем Т, першение, жжение, чувство инородного тела в горле.

- Истинный круп (дифтерия гортани)

Симптомы: изменение голоса в виде охриплости или афонии и характерный лающий кашель. При ларингоскопии хорошо видны сероватые или грязноватые фиброзные пленки, покрывающие слизистую оболочку гортани. Одновременно быстро появляются признаки нарастающего стеноза, сопровождающегося резко выраженной одышкой. В тяжелых случаях может наступить удушье. Общая реакция организма: повышение Т до субфебрильной или фебрильной, признаки воспаления в составе крови, общая слабость, плохой аппетит и сон.

В особо тяжелых случаях возможны токсический паралич голосовых складок, поражение ССС, почек и т.д.

- Ложный круп (подскладочный ларингит) разновидность острого катарального ларингита, развивающаяся в подголосовой полости.

У детей, особенно младшего возраста (2—7 лет), наблюдается форма подскладочного ларингита, характеризующаяся значительной отечностью слизистой оболочки и получившая название ложного крупа (в отличие от истинного крупа, или дифтерии гортани, на которую эта форма ларингита несколько похожа по своим симптомам).

Припухшая слизистая оболочка выступает в просвет гортани и суживает дыхательную щель. У ребенка появляется сухой «лающий» кашель, а нередко и затрудненное дыхание в виде приступов удушья. Эти приступы наступают внезапно и большей частью ночью, поэтому дети с признаками ложного крупа должны находиться под неослабным наблюдением медицинского персонала. Приступы длятся 1—2 часа, затем дыхание восстанавливается, и ребенок сразу чувствует облегчение; в редких случаях затруднение дыхания достигает такой резкой степени, что требует принятия срочных мер.

1.4.4 Хронические воспалительные заболевания

- ⦿ Хронический ларингит; хроническое воспаление слизистой оболочки гортани развивается чаще всего в результате повторяющегося острого ларингита. Другой причиной хронического ларингита служит длительное перенапряжение голоса. Предрасполагающими причинами могут служить: 1) постоянное или длительное дыхание ртом вследствие отсутствия или затруднения носового дыхания; 2) частый кашель вследствие заболевания нижележащих дыхательных путей (например, при хроническом бронхите); 3) раздражение стекающими из носоглотки слизистыми или гнойными выделениями при хроническом насморке и при заболеваниях придаточных пазух носа. Основным симптомом хронического ларингита является *дисфония* (изменение голоса). К этому симптому часто присоединяются жалобы на ощущение «першения», царапания в горле и сухой кашель. Дисфония может быть выражена в различной степени (от небольшого нарушения звучности голоса до резкой охриплости и даже афонии); она зависит от неравномерной припухлости голосовых связок и от прилипания к связкам комочков густой, вязкой слизи; при сухой (атрофической) форме ларингита на связках образуются сухие корки, затрудняющие иногда не только речь, но и дыхание.
- ⦿ 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 связок на границе между передней и средней третью их протяжения

1.4.5 Нервные расстройства

Параличи и парезы гортанных мышц в детском возрасте наблюдаются сравнительно редко. Они 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. Иногда паралич и парезы гортанных мышц наступают в результате сдавления нервных волокон увеличенными бронхиальными и шейными лимфатическими узлами, увеличенной щитовидной железой, опухолью пищевода.

Если в процесс вовлечен весь нерв, то страдает функция всех внутренних мышц соответствующей половины гортани, как суживающих, так и расширяющих голосовую щель. Истинная голосовая связка принимает полуоткрытое положение, не изменяющееся при фонации и дыхании. В результате несмыкания истинных голосовых связок при фонации происходит утечка воздуха через несомкнутую голосовую щель, голосообразование резко нарушается, возникает афония, т.е. становится возможной только шепотная речь. Однако при односторонних параличах возвратного нерва часто постепенно наступает компенсация голосовой функции: другая голосовая связка при фонации заходит за среднюю линию и образует смыкание с парализованной связкой. В этих случаях афония проходит, но голос бывает слабым и глухим вследствие недостаточного напряжения парализованной связки.

При двустороннем параличе возвратного нерва наступает полная афония, так как связки не могут сомкнуться.

В случае поражения отдельных ветвей возвратного нерва страдает функция лишь тех мышц, которые иннервируются этими ветвями.

1.4.6 Опухоли гортани

- **Фиброма голосовой связки**, называемая иногда полипом гортани, представляет собой округлую опухоль с гладкой поверхностью. Она образуется обычно на одной из истинных голосовых связок, чаще по свободному ее краю, реже на верхней или нижней поверхности. Иногда фиброма сидит на широком основании, но значительно чаще она имеет тонкую ножку. Растет фиброма медленно, величина ее колеблется от размеров просяного зерна до крупной горошины.

- **Папиллома гортани** — доброкачественная опухоль, имеющая вид бугристых гроздевидных наростов, похожих на цветную капусту или петушиный гребень. Иногда папиллома бывает одиночной и располагается в этих случаях обычно на истинной или ложной голосовой связке. Чаще она бывает множественной, распространяясь по всей слизистой оболочке гортани, а иногда и глотки и трахеи. В этих случаях говорят о папилломатозе верхних дыхательных путей. Папиллома может развиваться в любом возрасте, но чаще всего встречается у детей в возрасте от 2 до 8 лет, а иногда и в первые месяцы жизни.

Растет папиллома обычно медленно. Основным симптомом ее — прогрессирующая охриплость; в далеко зашедших случаях наступает полная потеря голоса (афония) и может развиваться затруднение дыхания.

- **Злокачественные опухоли гортани**. Рак гортани чаще встречается у пожилых людей (старше 40 лет), хотя может наблюдаться и в более молодом возрасте. Саркома (разрастание соединительной ткани) может развиваться в детском возрасте.

В прежнее время прогноз при злокачественных опухолях был абсолютно неблагоприятен. Больные гибли от удушья или от кровотечения, вызванных ростом и распадом опухоли, либо от метастазов (вторичных очагов) опухоли в других жизненно важных органах. В последние годы благодаря ранней диагностике и усовершенствованию методов лечения прогноз значительно улучшился. Теперь лечение рака гортани заключается в половинном или полном удалении гортани с предшествующим и последующим облучением рентгеновыми лучами или радием в сочетании с химиотерапией. Большое значение имеет восстановление речи у лиц с удаленной гортанью. Для голосообразования у них используется воздух, накапливаемый посредством заглатывания или присасывания в пищеводе и желудке. Причем эти органы как бы заменяют собой легкие, а какое-либо сужение и складки слизистой оболочки в глотке или начальной части пищевода берут на себя роль голосовых связок. Выталкиваемый из желудка и пищевода воздух издает звук — так называемый псевдоголос. В некоторой степени он напоминает звук при отрыжке. Этот псевдоголос с помощью артикуляционного аппарата модулируется в речь.