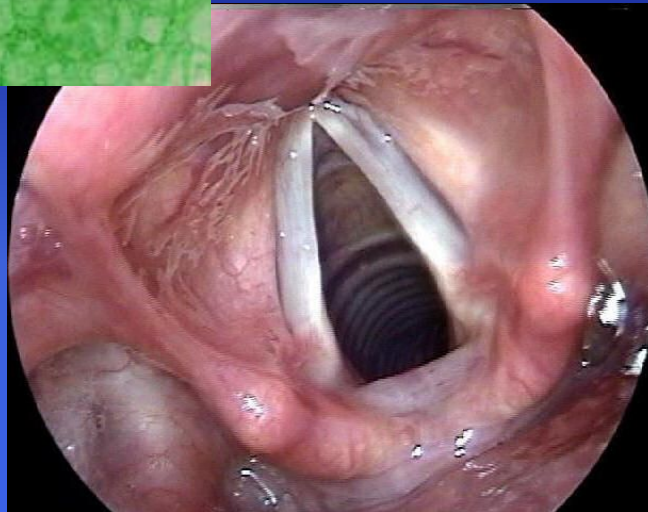
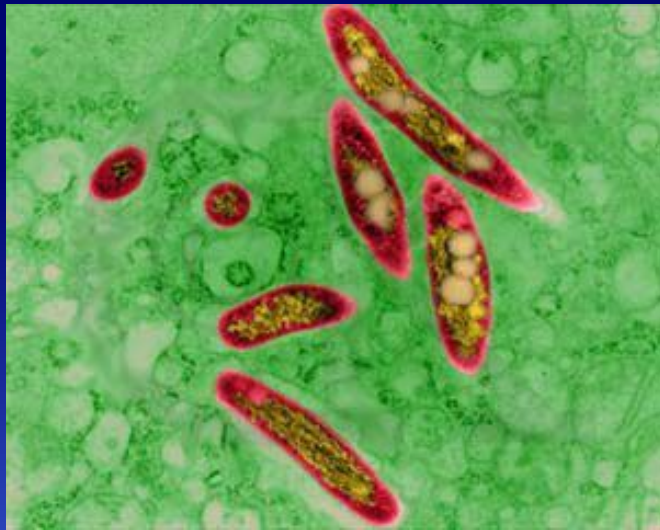


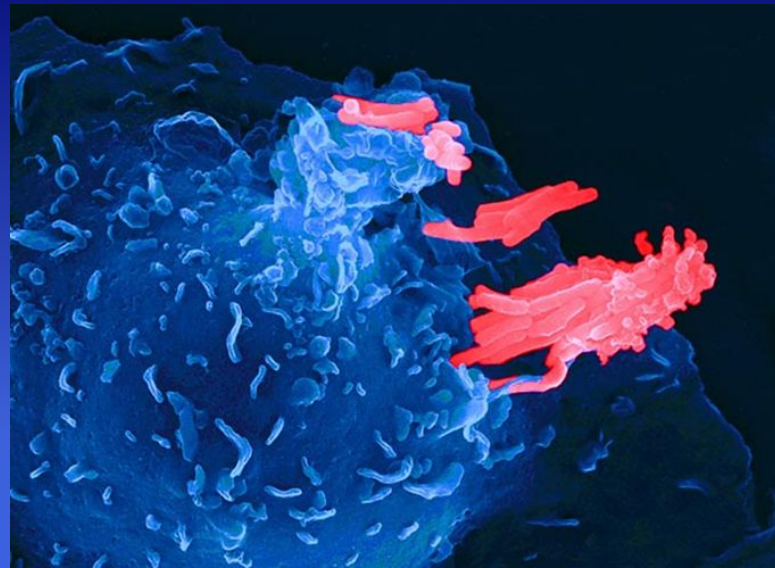
Московский Государственный Медико-
Стоматологический Университет

Туберкулёз гортани.

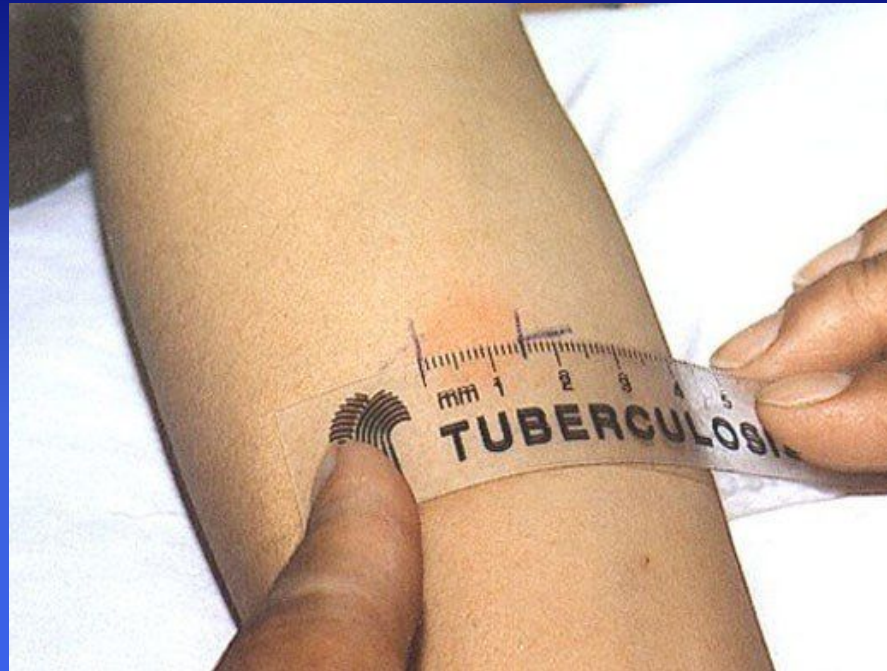


4 курс 10 группа
лечебный факультет
дневное отделение
Цветкова Анастасия
Сергеевна

- Этиологическим фактором развития туберкулёза является (бацилла Коха), относящаяся к семейству актиномицет и называемая в настоящее время микобактерией туберкулёза (МБТ).



- Морфологические и биохимические компоненты микробной клетки индуцируют специфическую тканевую воспалительную реакцию с образованием гранулёмы, гиперчувствительность замедленного типа, определяемую туберкулиновыми пробами и слабое антителообразование.



Туберкулёз гортани является почти всегда вторичным !

Её поражение происходит :

1) Гематогенно,

2) Спυтогенно – попадание инфицированной мокроты, выделяющейся из лёгких .

Чаще встречается у мужчин из 100 клинических наблюдений (90 мужчин и 10 женщин).

Классификация.

Форма

характер
процесса

Локализация

Клиническое
течение



- По характеру: продуктивный, экссудативный.
- По форме: инфильтративный, язвенный.
- По локализации: наружный, внутренний.
- По клиническому течению: активный, неактивный.

Симтомалогия.

Жалобы: сухость в горле, жжение, царапанье, першение, позывы к отхаркиванию, слабость и утомляемость горла.



Боль.

- 1) Периодические ,
- 2) Постоянные ,
- 3) Только при глотании(дисфагия),
- 4) Иррадиирующие в ухо.



Изменение голоса-от приглушенности и лёгкой осиплости вплоть до афонии.

При небольших процессах в пределах наружных отделов гортани голос может оставаться нормальным.



Дисфония.

- I. Небольшое изменение голоса или непостоянная охриплость.
- II. Постоянная, значительно выраженная хриплота.
- III. Утрата способности к звучной речи, афония.



Дисфагия.

- I. Небольшая болезненность в горле, появляющаяся или усиливающаяся в момент глотания.
- II. Значительна Болезненность при глотании жидкой и плотной пищи .
- III. Невыносимые боли. Отказ от пищи.



Диагностика.

Для постановки диагноза требуется полноценный тщательный осмотр гортани, включающий грушевидные синусы и корень языка.

- Передние отделы лучше видны в положении Тюрка (врач стоит перед сидящим больным),
- Задняя стенка гортани, в положении Киллиана,
- Видимость устьев гортанных желудочков и инфильтратов в подголосовой полости улучшается в положении Аввелиса (больной наклоняет голову в сторону на 35-45° в сторону, а гортанное зеркало помещается на границе мягкого нёба и верхнего полюса той миндалины, которая находится выше противоположной).

Если предполагается возможность туберкулёза верхних дыхательных путей, следует :

- Рентген грудной клетки ,
- Анализ крови,
- Реакция Манту,
- Определение МБТ в мокроте.

Было обследовано 50 больных туберкулёзом гортани :

- МБТ в мокроте у 16 не оказалось ,
- У 5 человек СОЭ ниже 20мм/ч,
- У 10-число лейкоцитов было менее $8 \cdot 10^9$ /л
- Сдвиг «формулы крови» влево и лимфоцитопения у большинства пациентов отсутствовали,
- У нескольких человек реакция Манту расценивалась как сомнительная .

- Определённые данные можно получить при рентгенологическом исследовании гортани: в стандартном боковом положении и фронтальной томографии.
- Боковой снимок для оценки: надгортанника, пространства между ним и корнем языка, передней и задней стенок подголосовой полости.
- Фронтальная томография даёт представление о состоянии гортанных желудочков и боковых стенок подголосовой полости-отделов, невидимых при обычной ларингоскопии.



Фронтальная
томограмма гортани,
поражённой
туберкулёзом.

- Расширение тени черпалонадгортанных складок, частично прикрывающих грушевидные синусы, и утолщение голосовых складок, больше справа; уменьшен просвет правого гортанного желудочка.

Для туберкулёза гортани характерны:

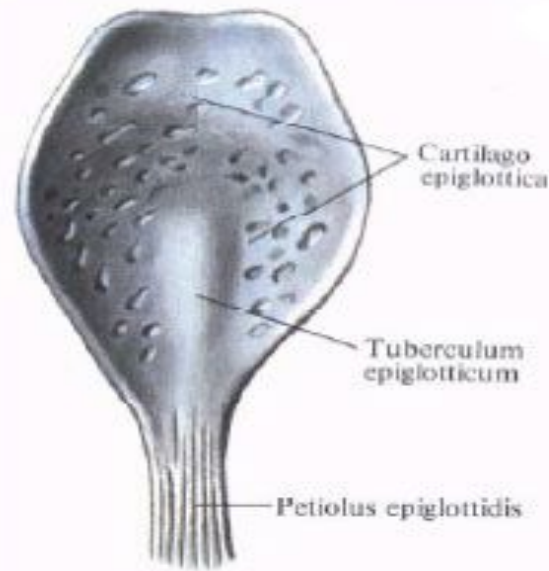
- Относительно небольшая глубина патологического процесса, не распространяющегося на преднадгортанниковое пространство,
- Сохранение эластичности поражённых отделов, определяемое при пробе Вальсавы,
- Длительное сохранение просвета гортанных желудочков при поражении голосовых складок,
- Меньшая интенсивность тени инфильтратов по сравнению с раковой опухолью,
- Документированная томографически инволюция процесса под влиянием противотуберкулёзной терапии

Ларингоскопическая картина.

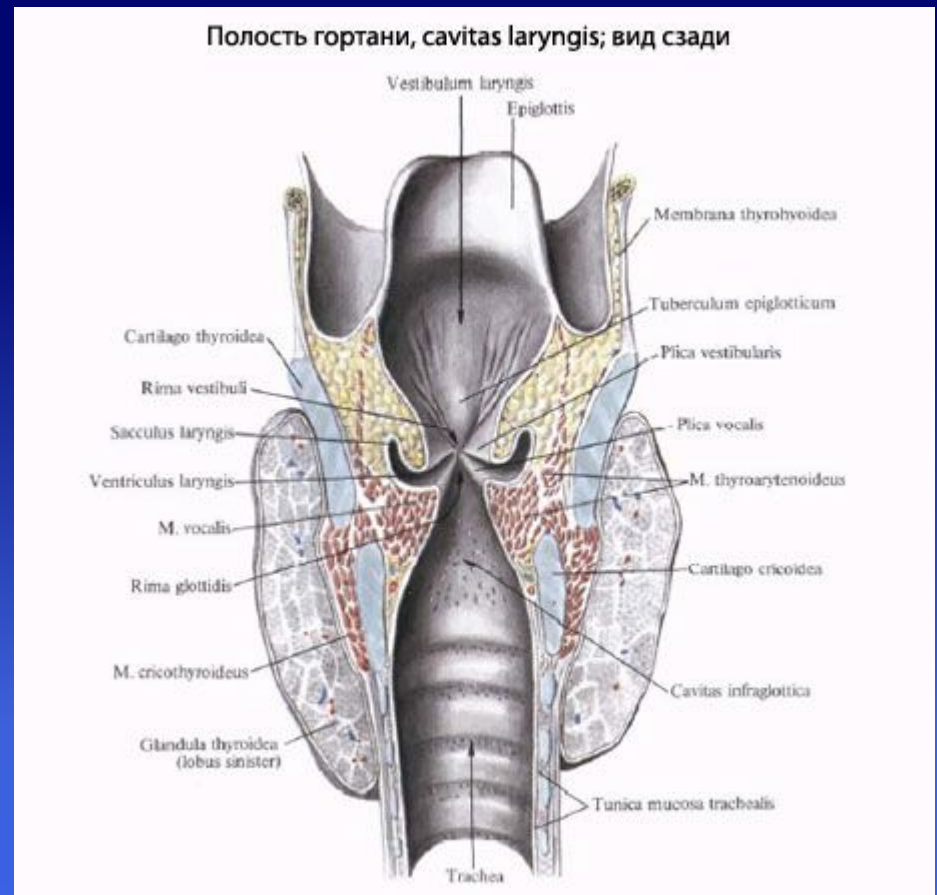


- Основной элемент специфическая инфильтрация, характеризующаяся увеличением объёма отдельных участков или отделов гортани.

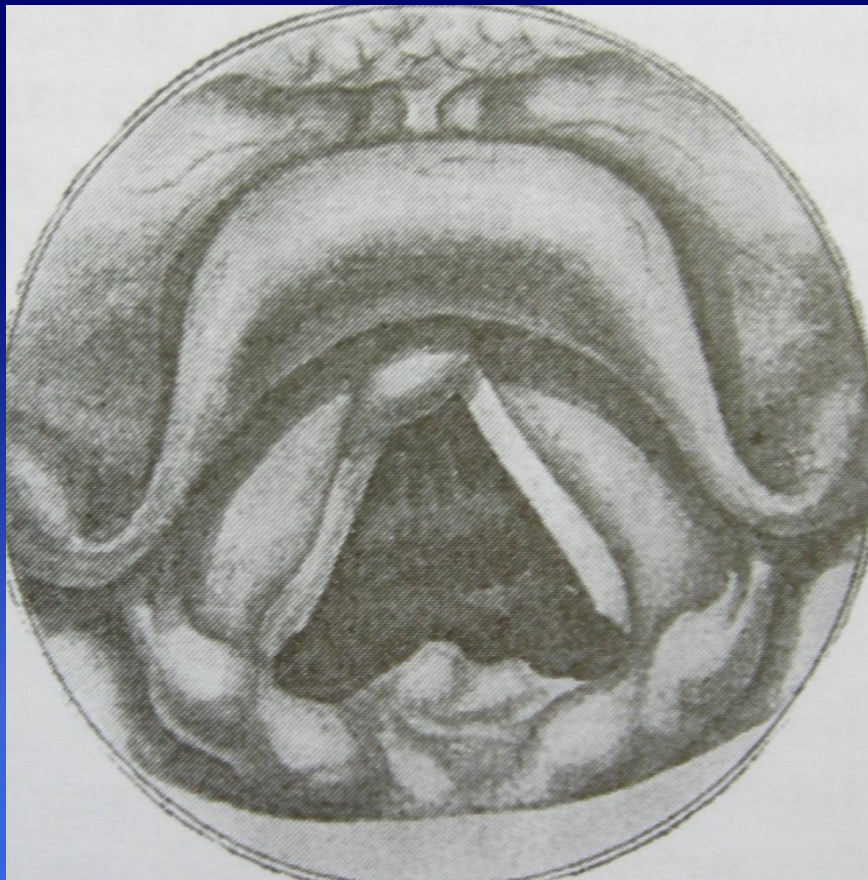
Надгортанный хрящ, cartilago epiglottica; вид сзади



- Инфильтрация: надгортанника, черпаловидные хрящи, голосовые складки, боковых стенок подголосового отдела гортани, боковых стенок, инфильтрация складки преддверия.

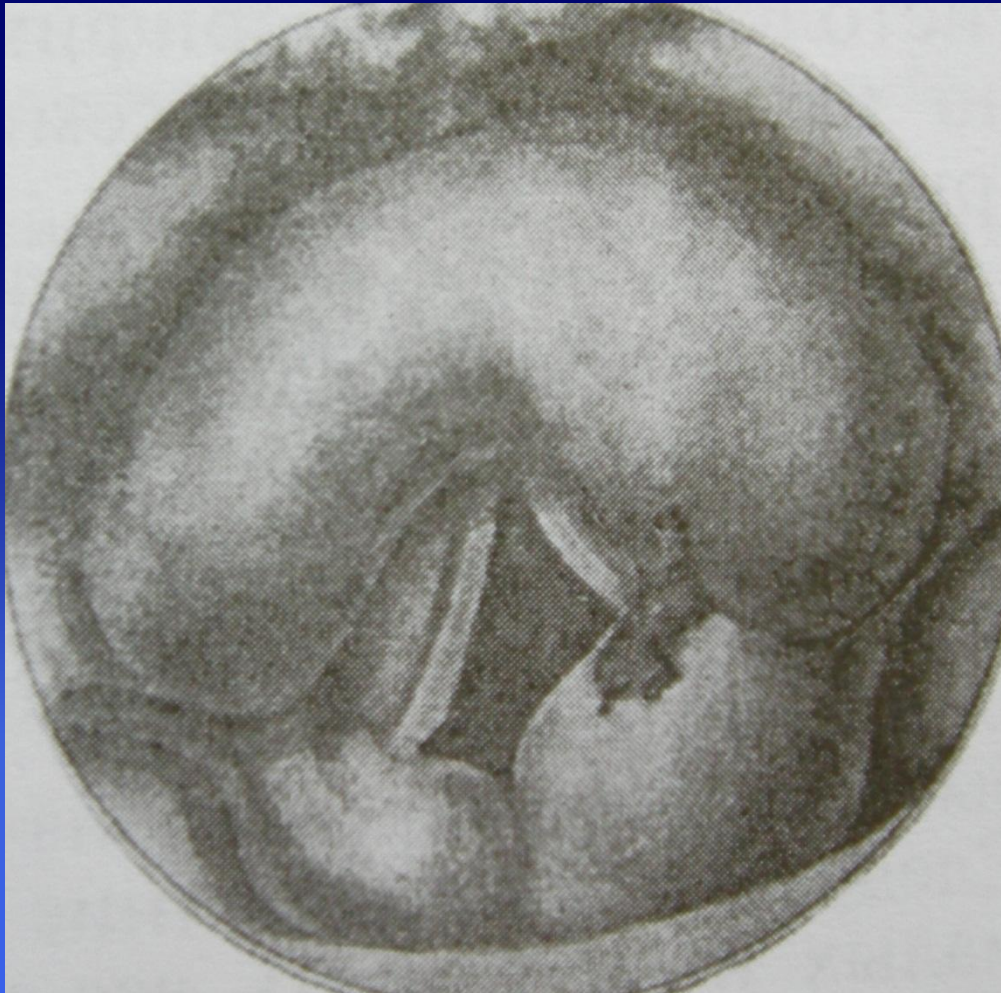


Преимущественно продуктивный,
инфильтративный, внутренний туберкулёз
гортани.

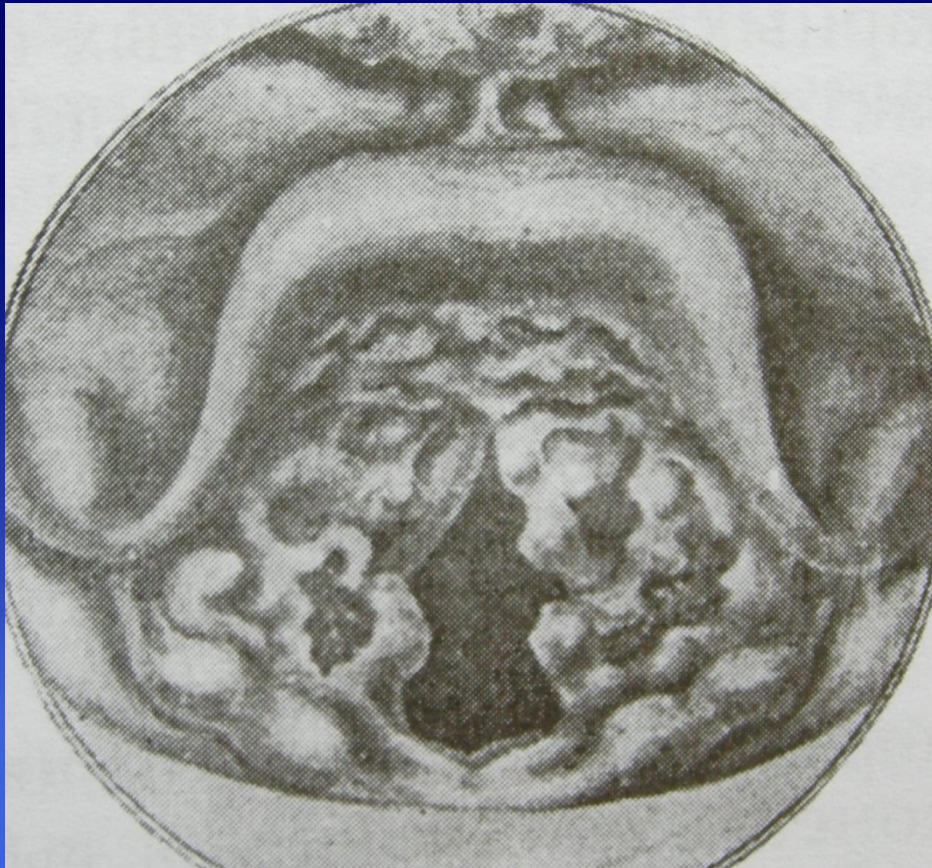


- Бугристый инфильтрат задней стенки гортани, инфильтрация слизистой оболочки передних отделов правого гортанного желудочка, “клювовидно” выступающей (“пролабирующей”) из его устья; незначительная инфильтрация правой голосовой складки.

Туберкулёз гортани, преимущественно экссудативный, язвенный, наружный.

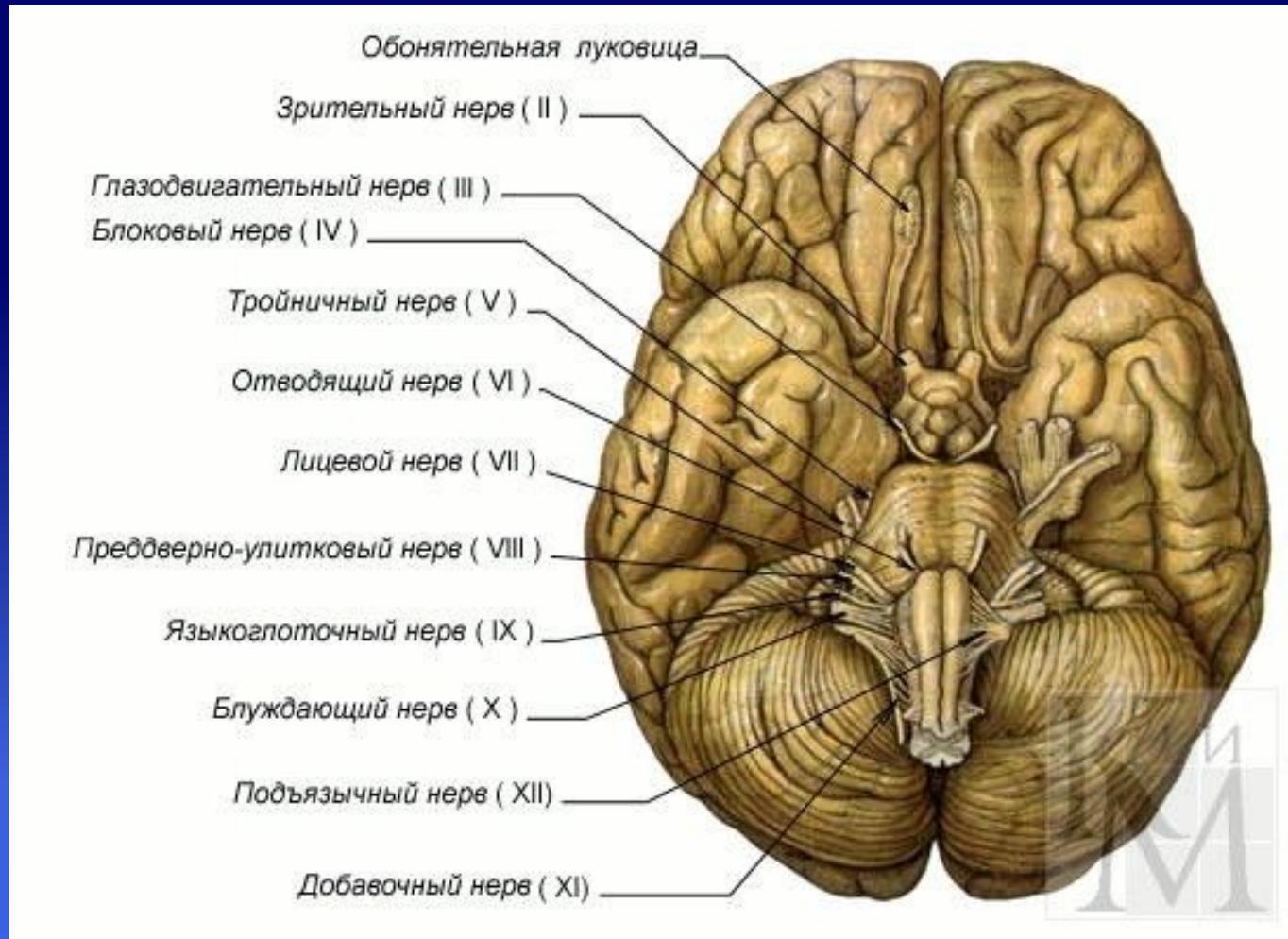


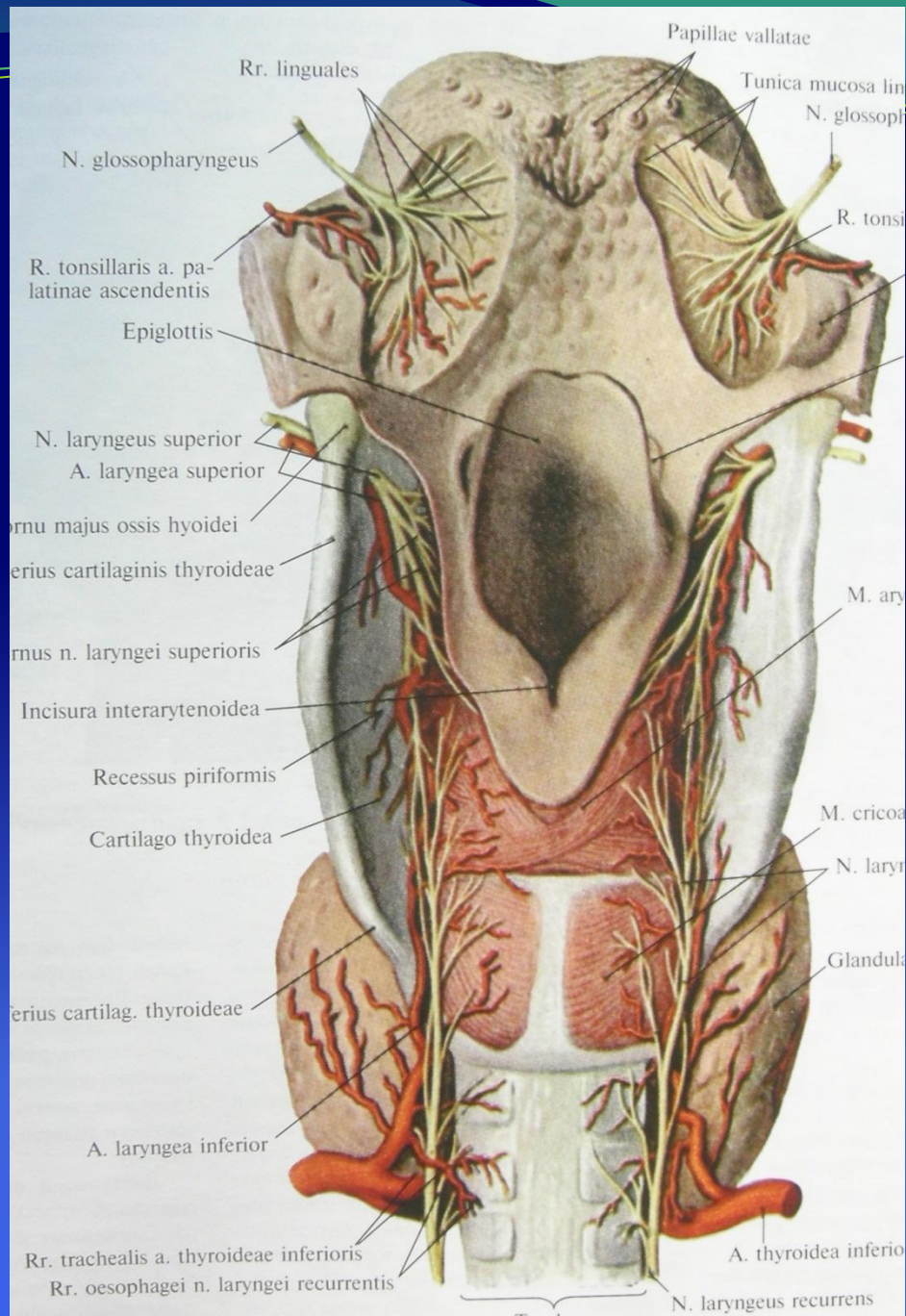
- Резко отёчная асимметричная инфильтрация преддверия (“наружного кольца”) гортани с язвой на границе надгортанника и левой черпалонадгортанной складки.



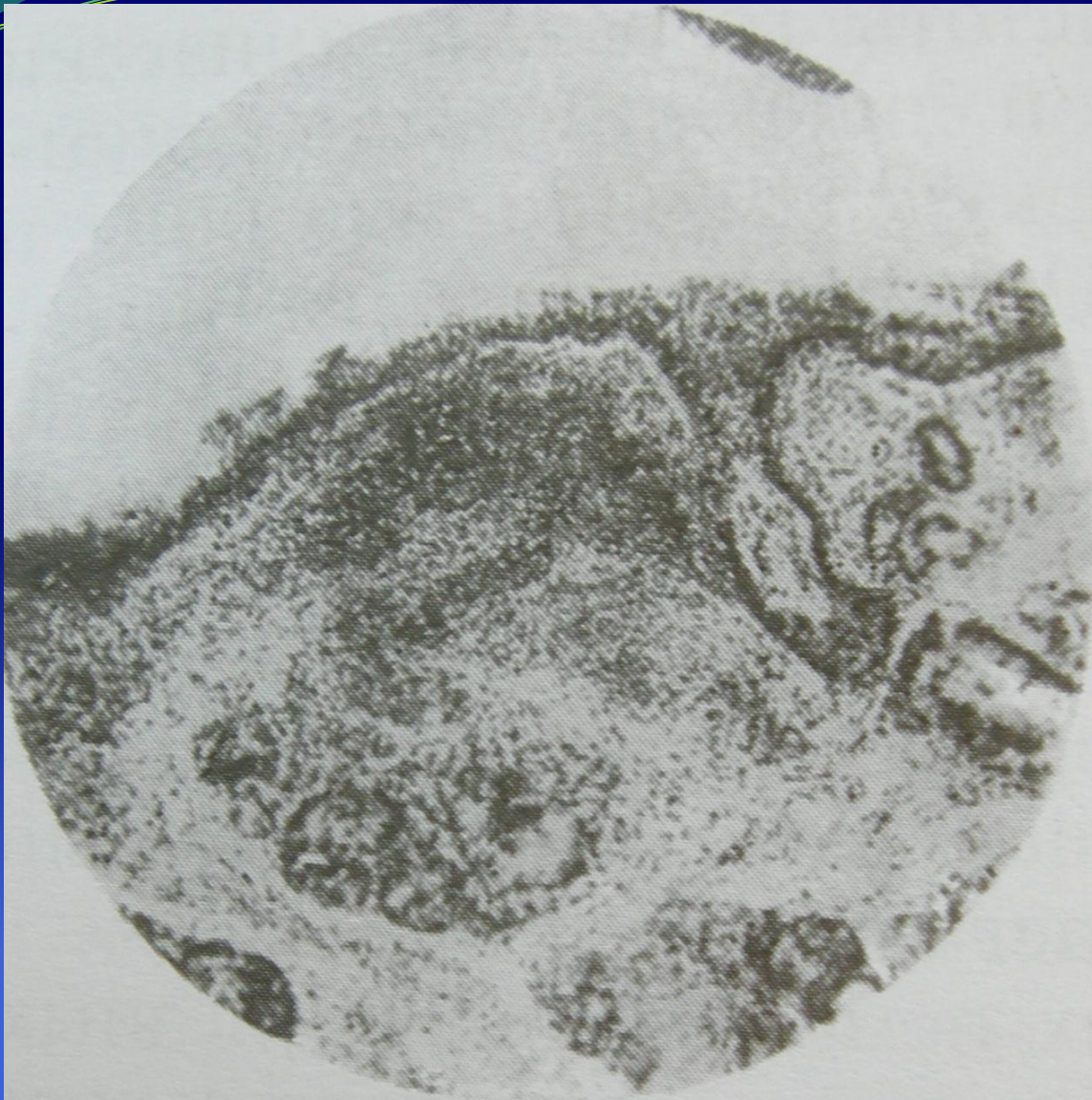
● Туберкулёз гортани, преимущественно экссудативный, язвенный, наружный и внутренний (с деструктивным поражением складок преддверия и внутренней поверхности надгортанника).

Поражение нервной системы.





- В начале XX века были проведены серийные гистологические исследования внешне нормальных гортаней. Вознесенский обнаружил участки круглоклеточной инфильтрации с наличием эпителиоидных клеток и без них.
- Эпителий указанных гортаней наряду с метаплазией представляется утолщенным и разрыхлённым, особенно над участками клеточной инфильтрации и туберкулёзных бугорков.
- Такое состояние автор назвал «предтуберкулёзный ларингит».



- Поверхностный очаг круглоклеточной инфильтрации и дистрофические изменения у больного туберкулёзом лёгких

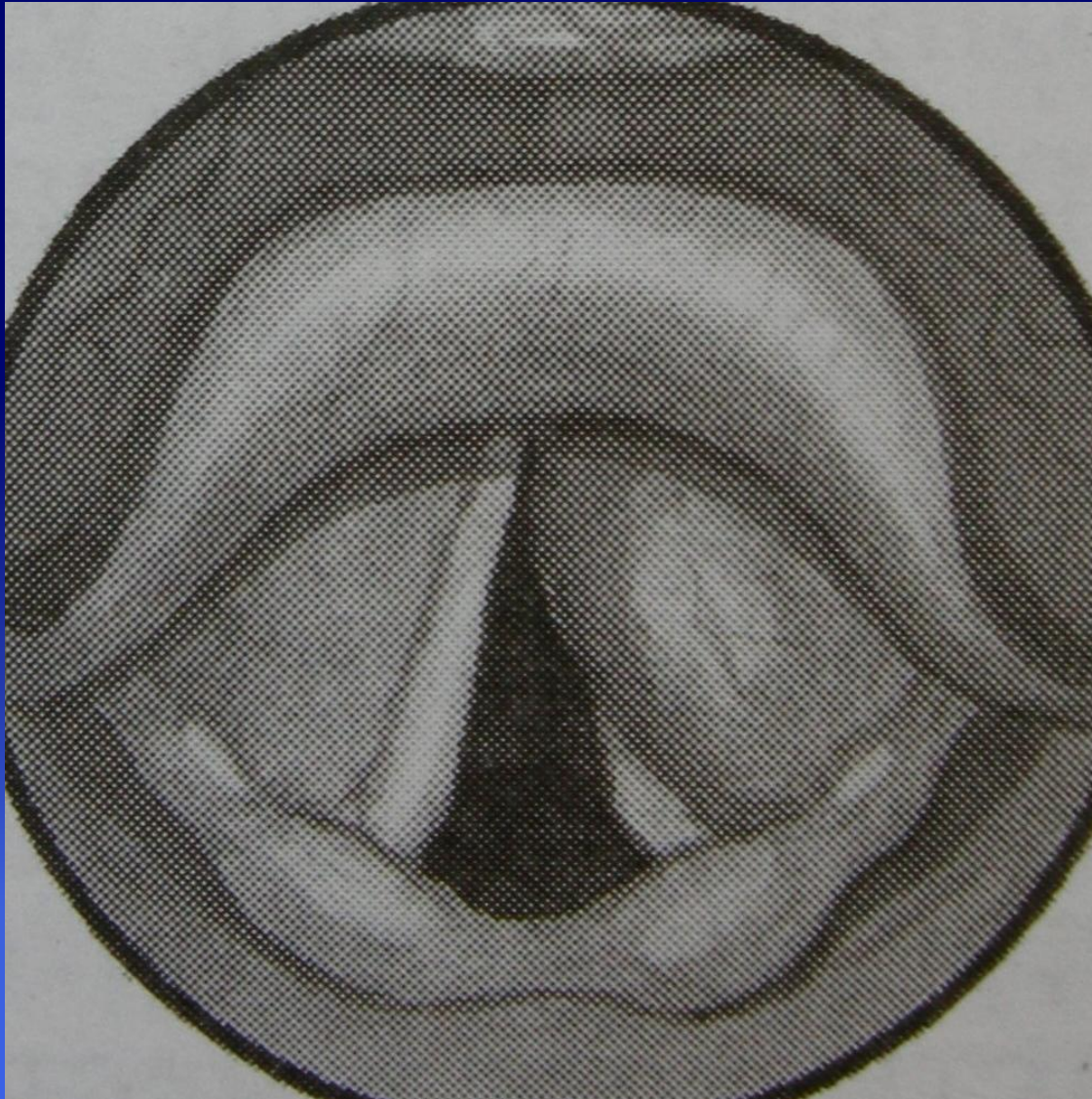


- Подэпителиальный туберкулезный узелок с гигантскими клетками

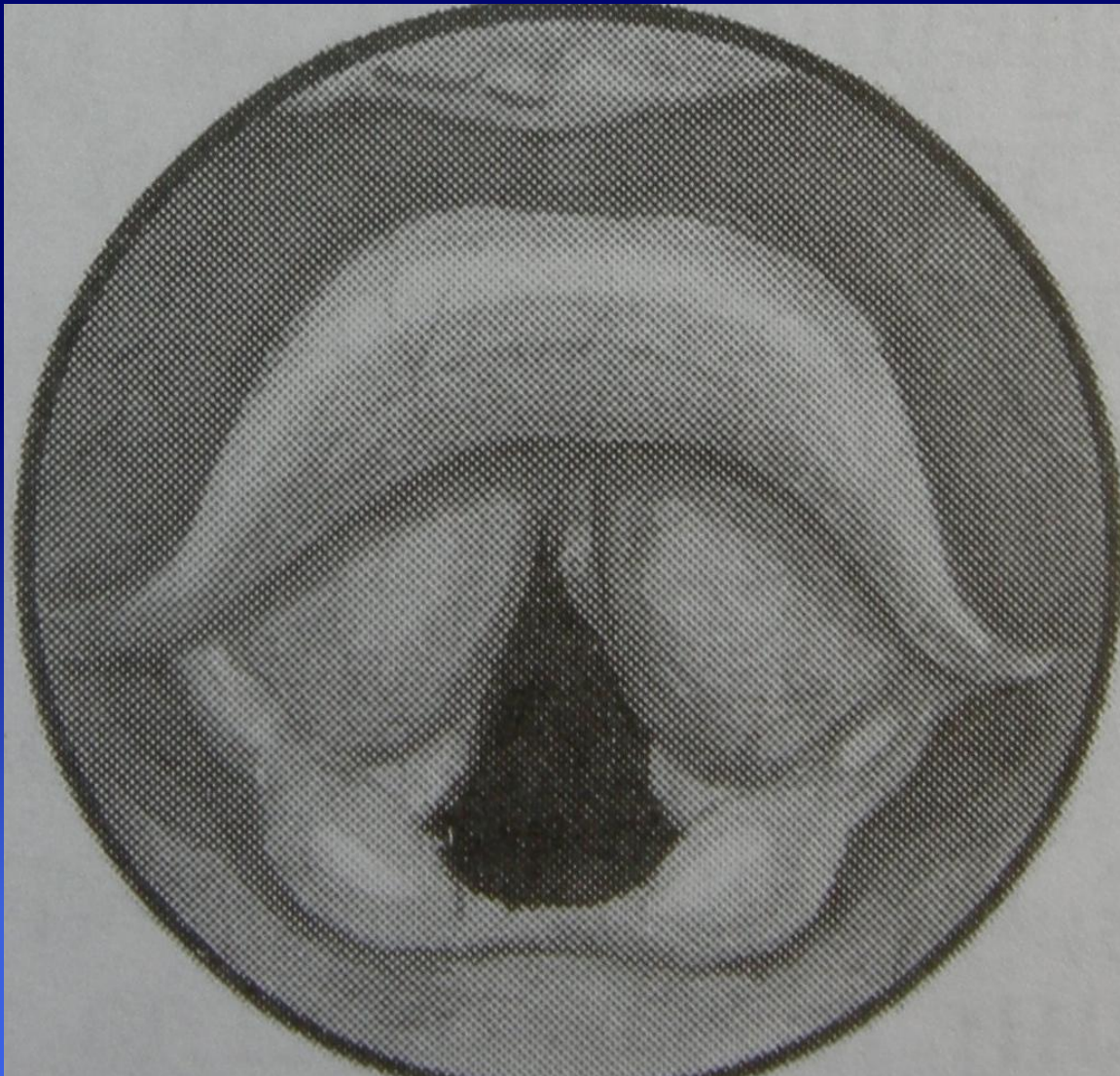
резидуальные изменения гортани.

Было обследовано 157 человек , возраст 10 ,20 и 30 лет ,
большинство старше 40.

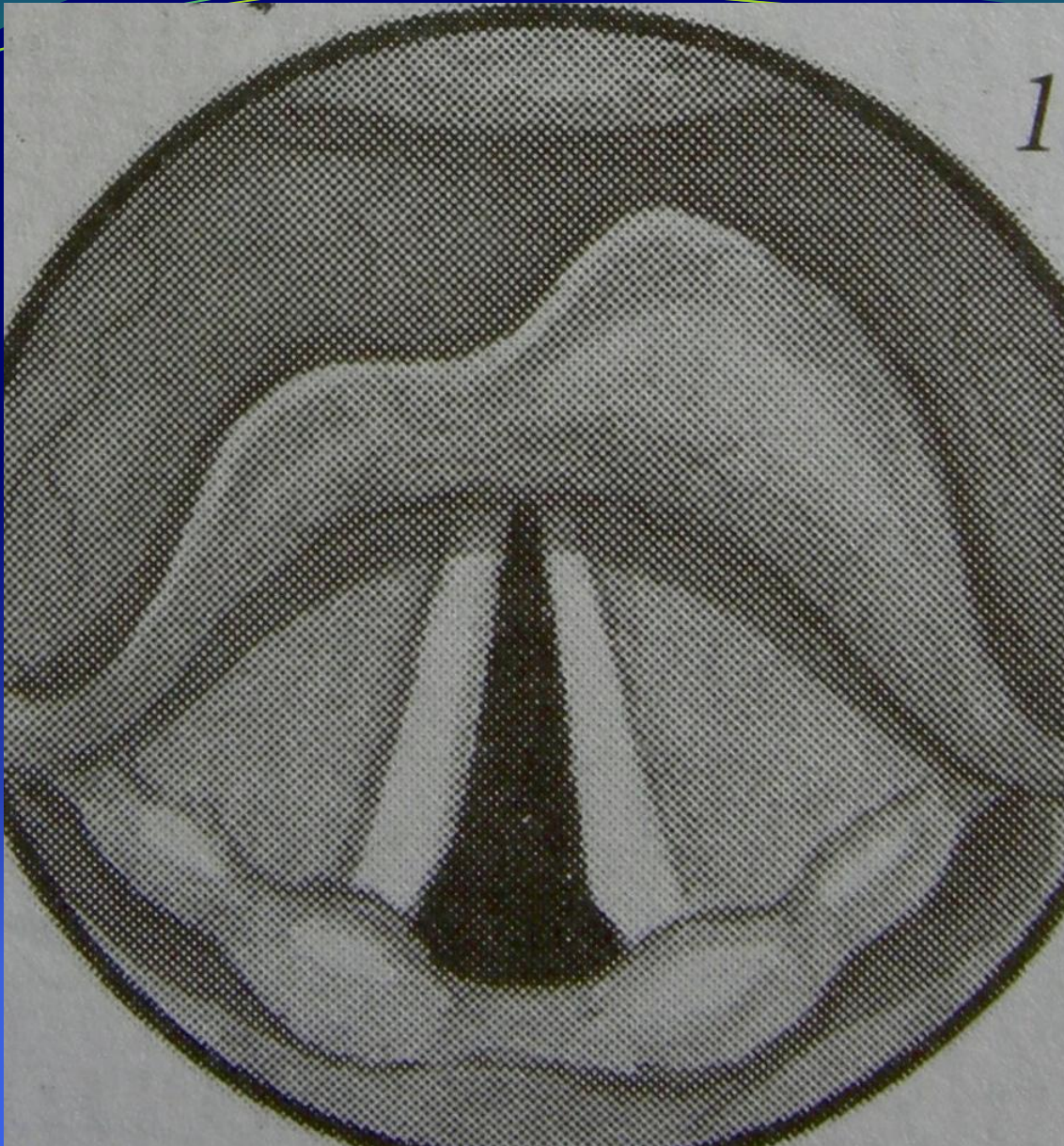
- У 73 (46,5%) - гладкие утолщения разной величины (иногда множественные),
- 6(3,8%) – гладкие рубцы,
- 11(7%) -изолированные рубцовые дефекты,
- 54(34,4%) -рубцово-фиброзные деформации (иногда в сочетании с гладкими и рубцовыми дефектами,
- 5(3,2%) -рубцовые мембраны (в сочетании с другими изменениями),
- 8(5,1) -лимфостаз.



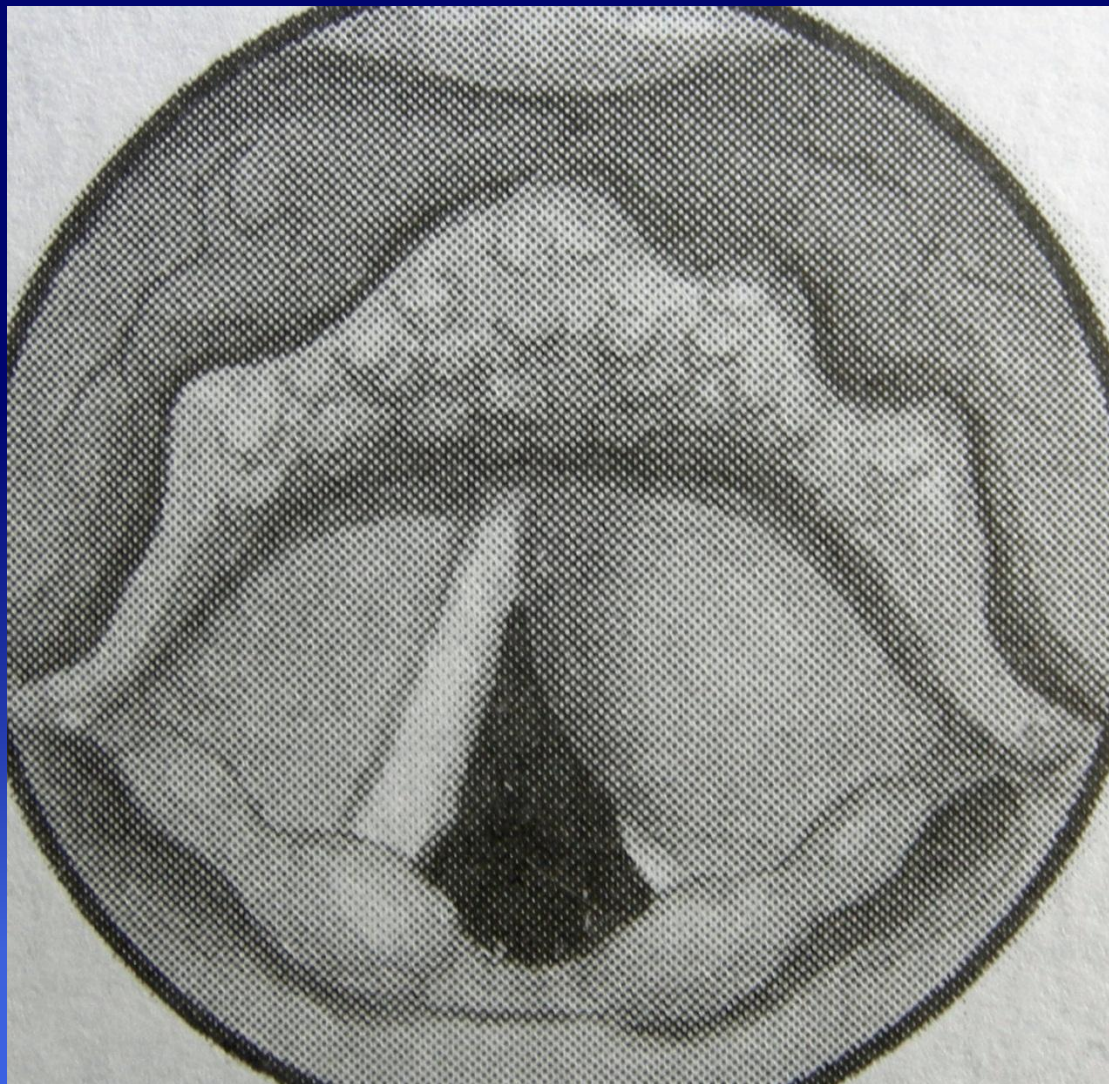
- Подушкообразное утолщение левой складки преддверия, покрытой гладкой слизистой оболочкой



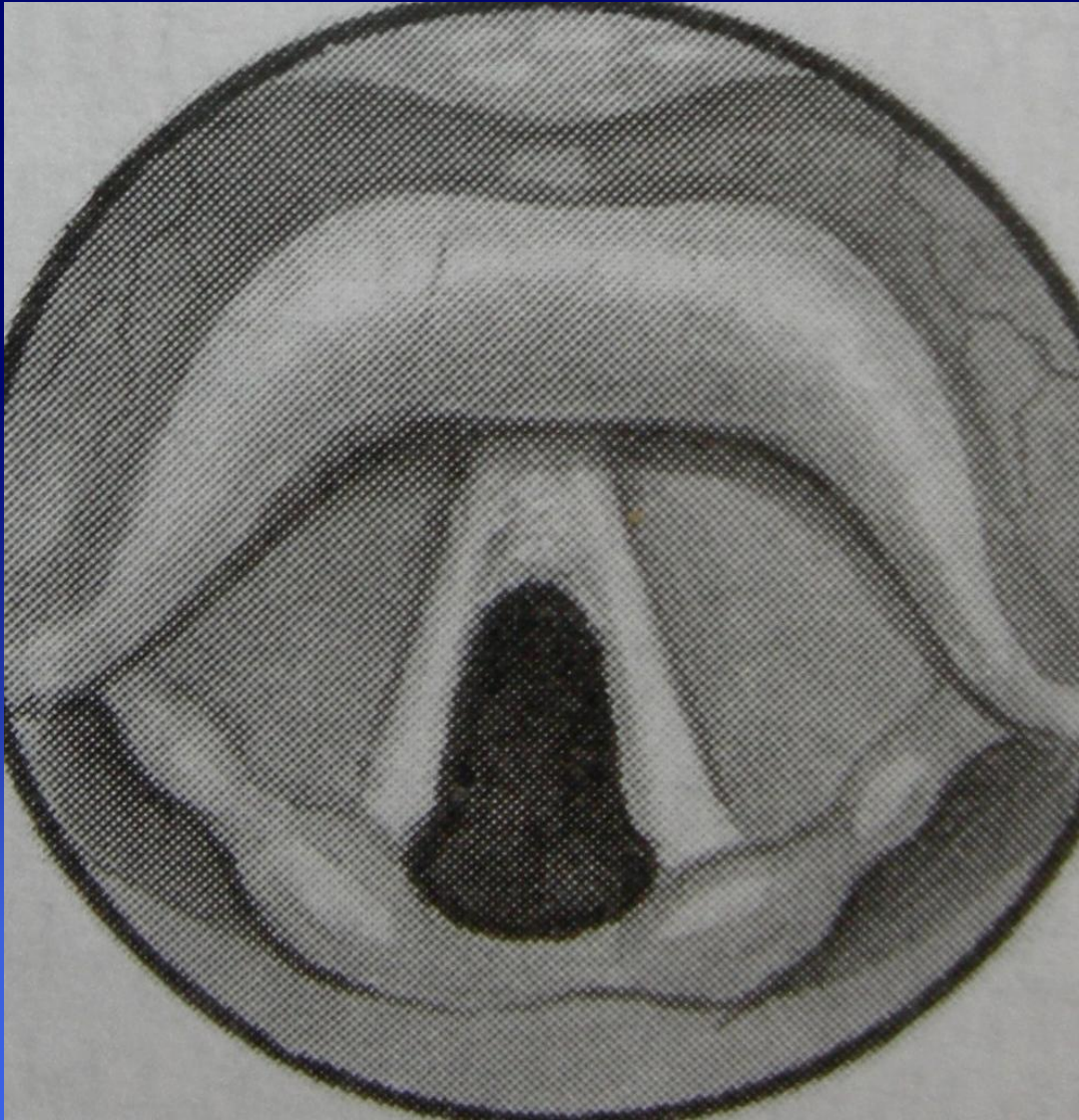
- Утолщение обеих складок преддверия с пролапсом участка слизистой оболочки левого гортанного желудочка



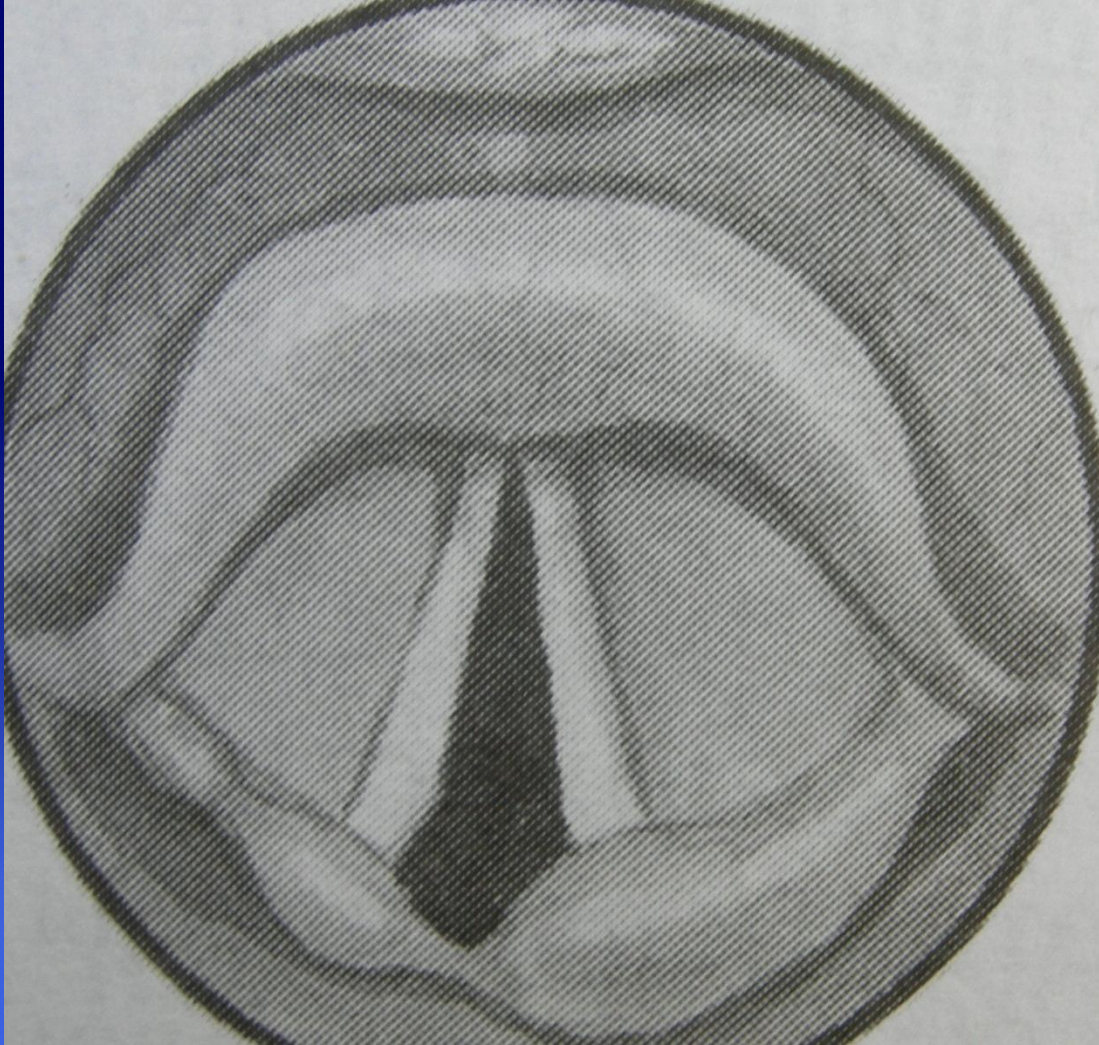
- Рубцовый дефект свободного края надгортанника справа



- Множественные дефекты свободного края надгортанника с фиброзной трансформацией грануляций на его внутренней поверхности

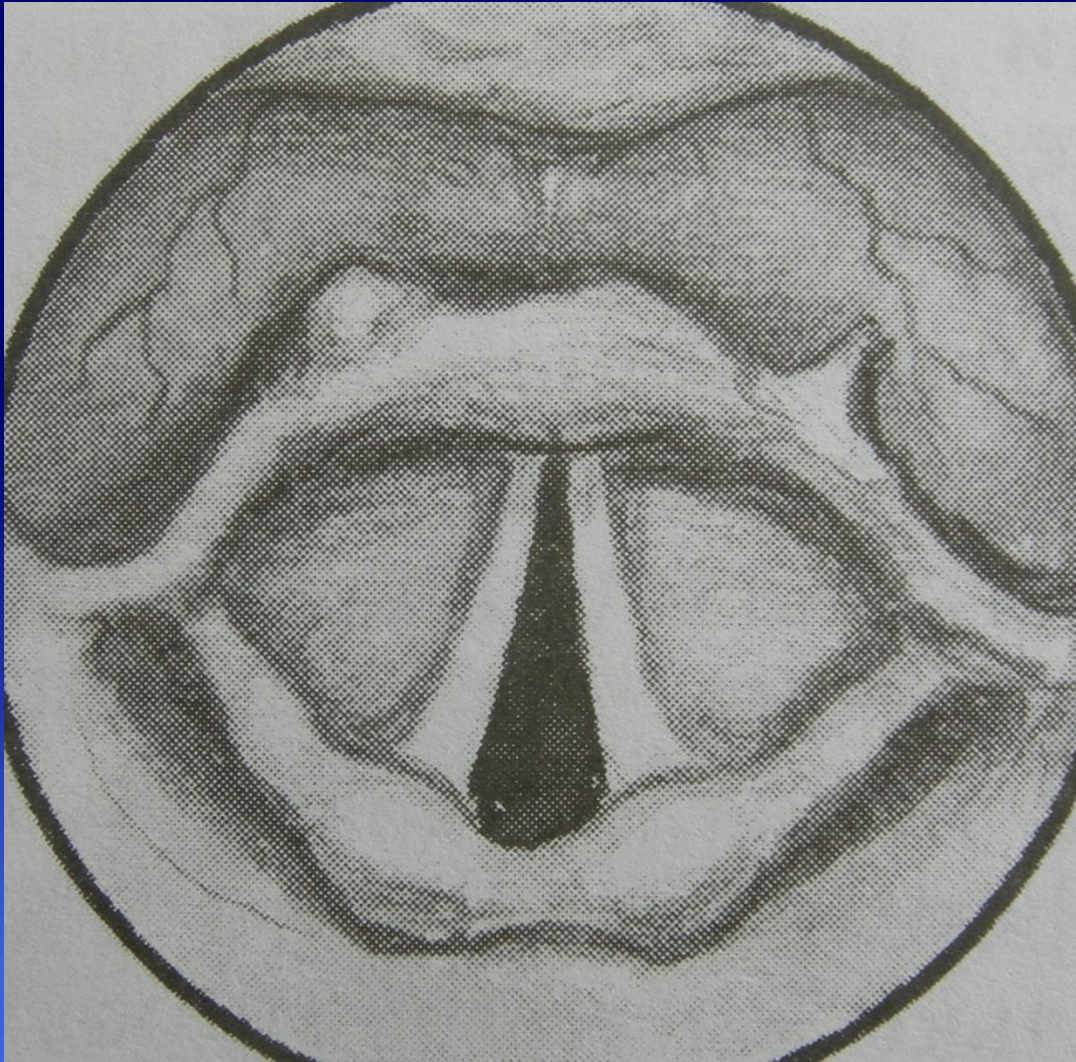


- Рубцовая мембрана в передних отделах голосовой щели

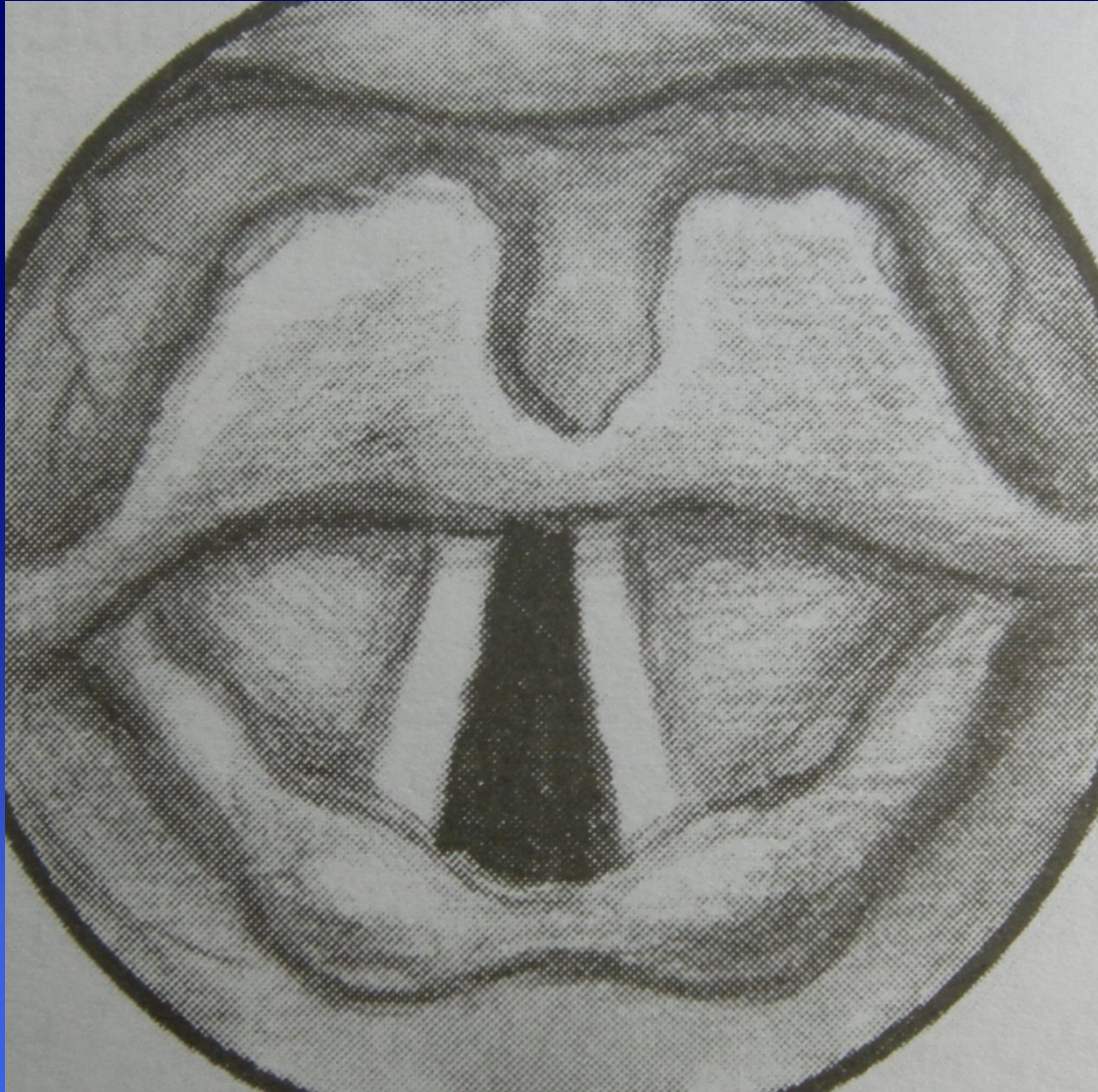


- Застойная отёчность в области черпаловидного хряща и черпало надгортанной складки слева

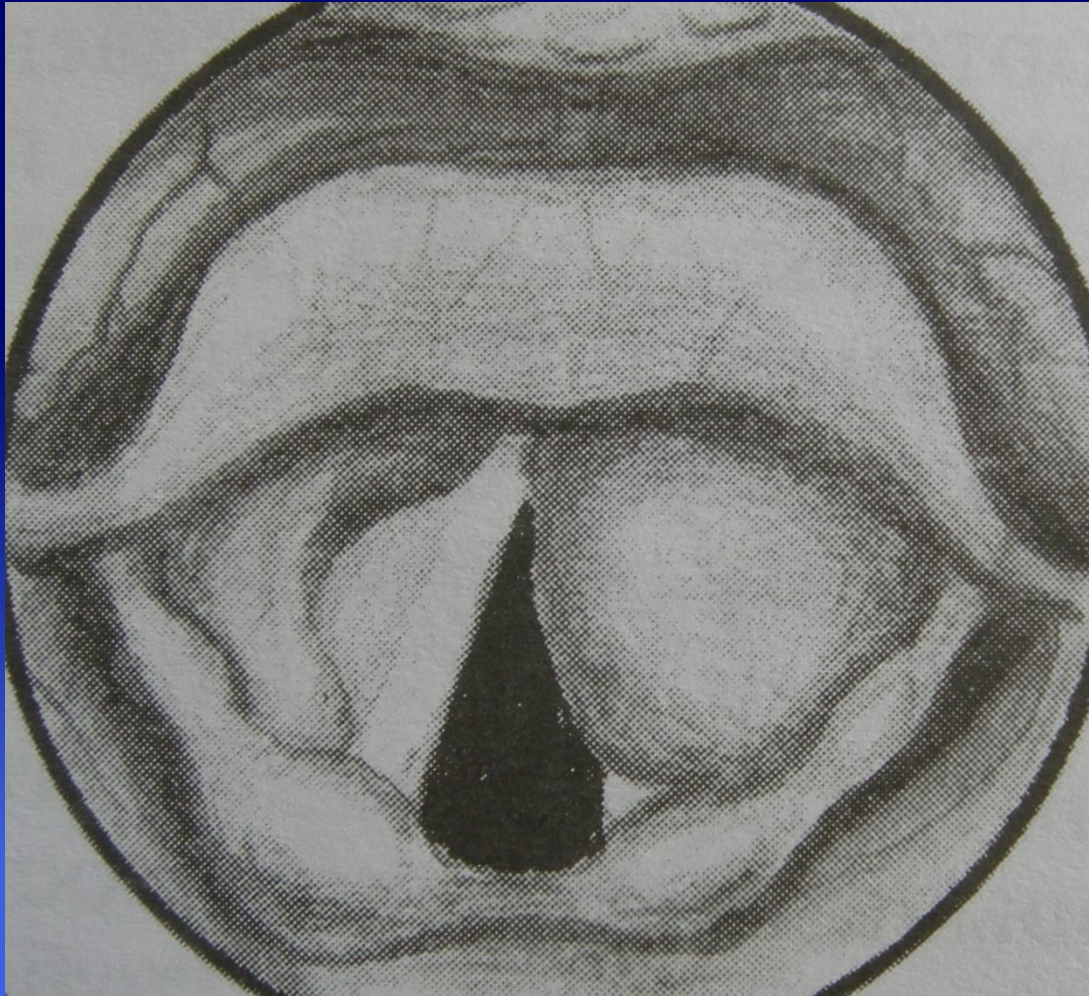
- В ряде случаев ларингоскопическая картина не укладывалась в перечисленные выше типы и была «необычной». Таких больных было 7. Следует отметить, что 3 из при контрольных осмотрах ни на что не жаловались, у 4 имелась небольшая охриплость. Сами больные привыкли к своему состоянию и за врачебной помощью не обращались.



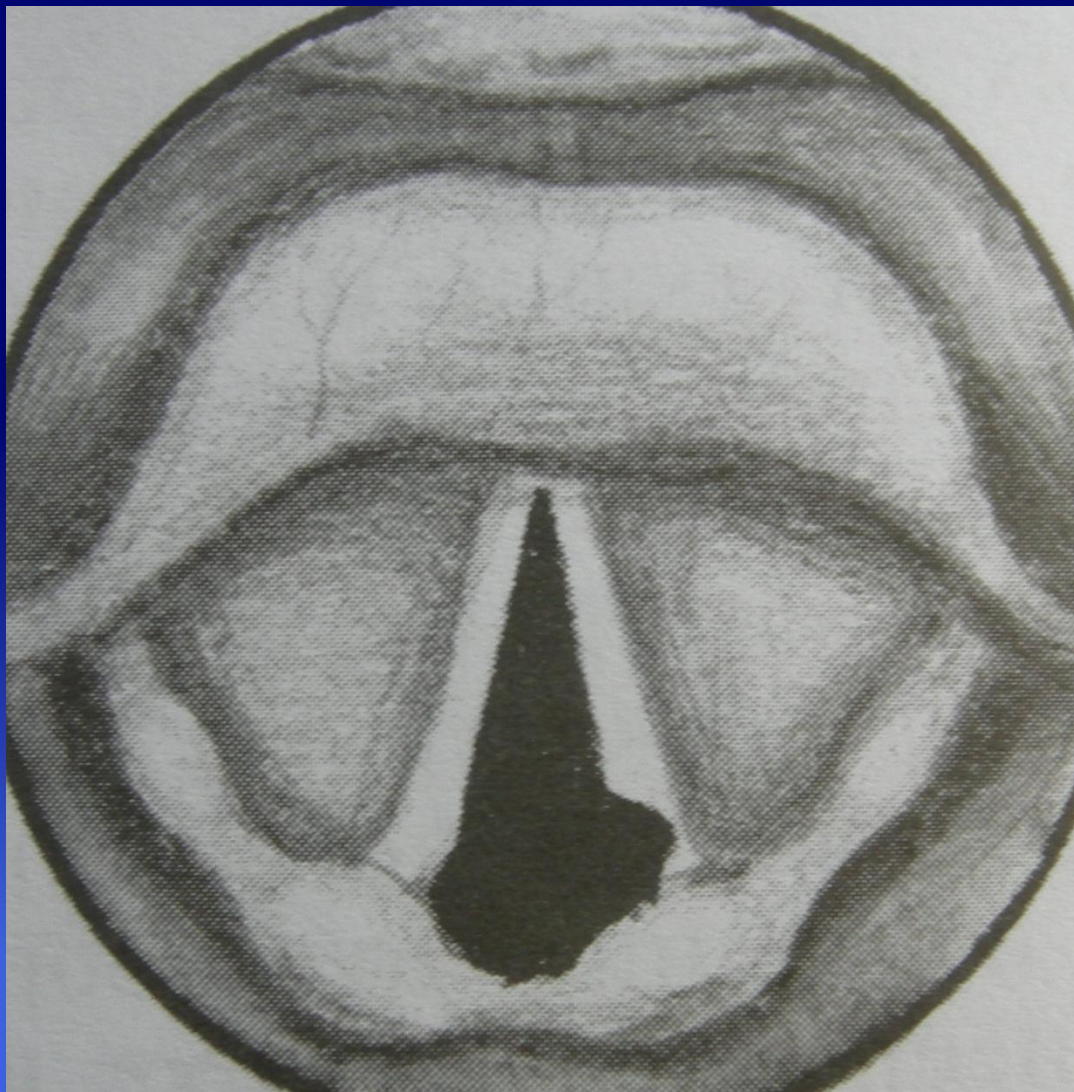
- Дефекты
свободного
края
надгортанника



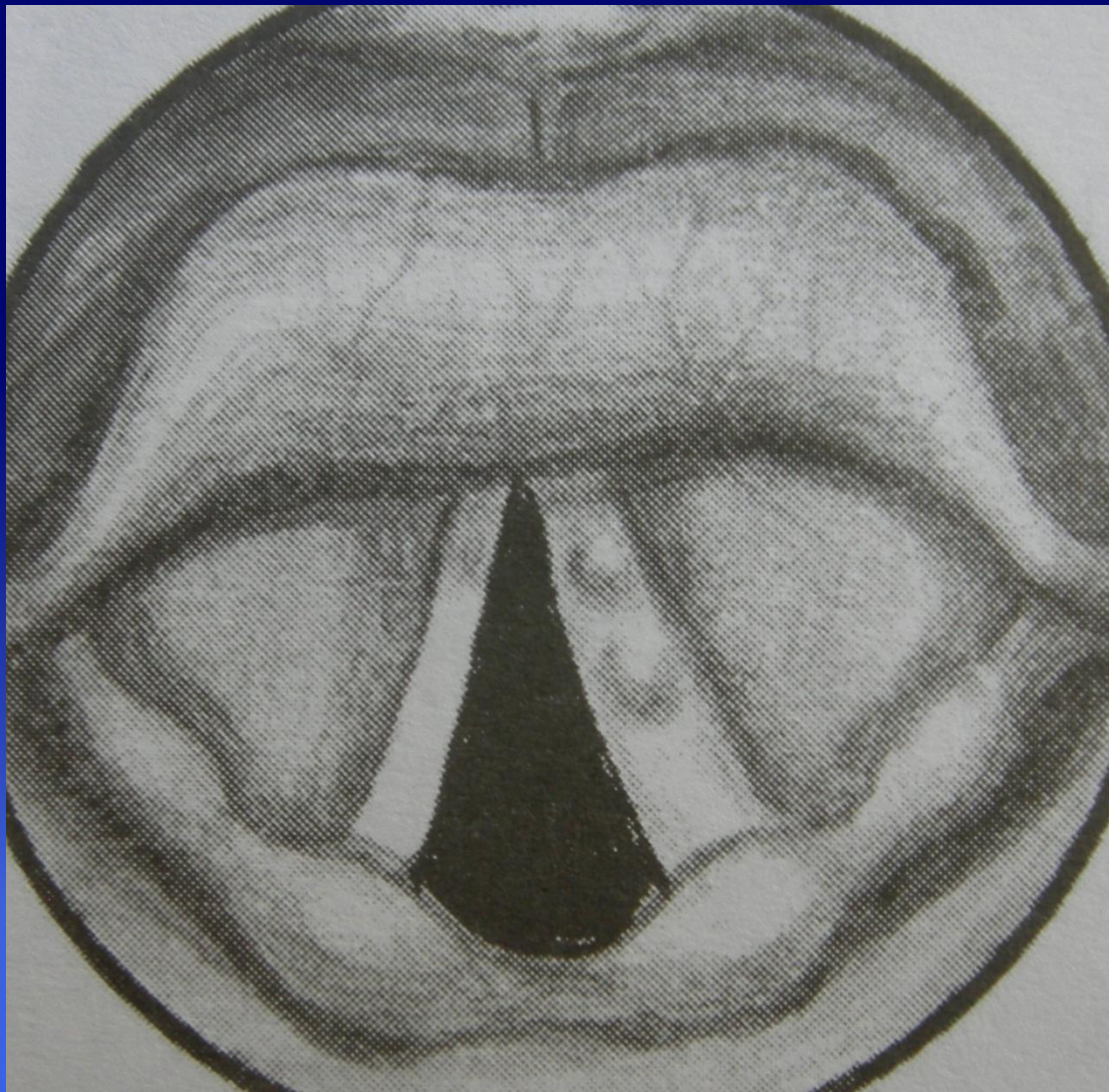
- Дефекты
свободного
края
надгортанника



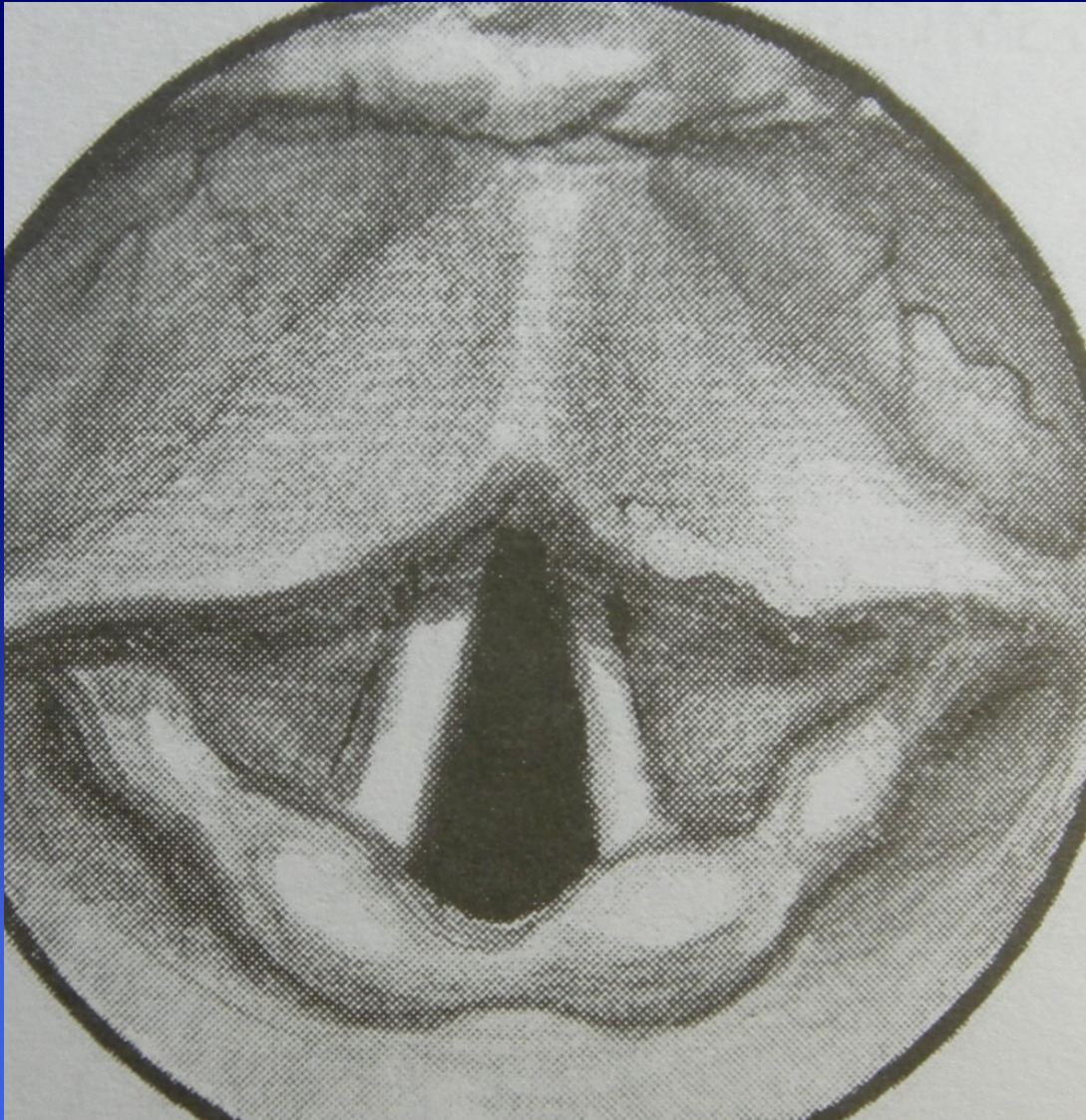
- «подушкообразное» утолщение левой и большой дефект правой складок преддверия с обнажением дна желудочка



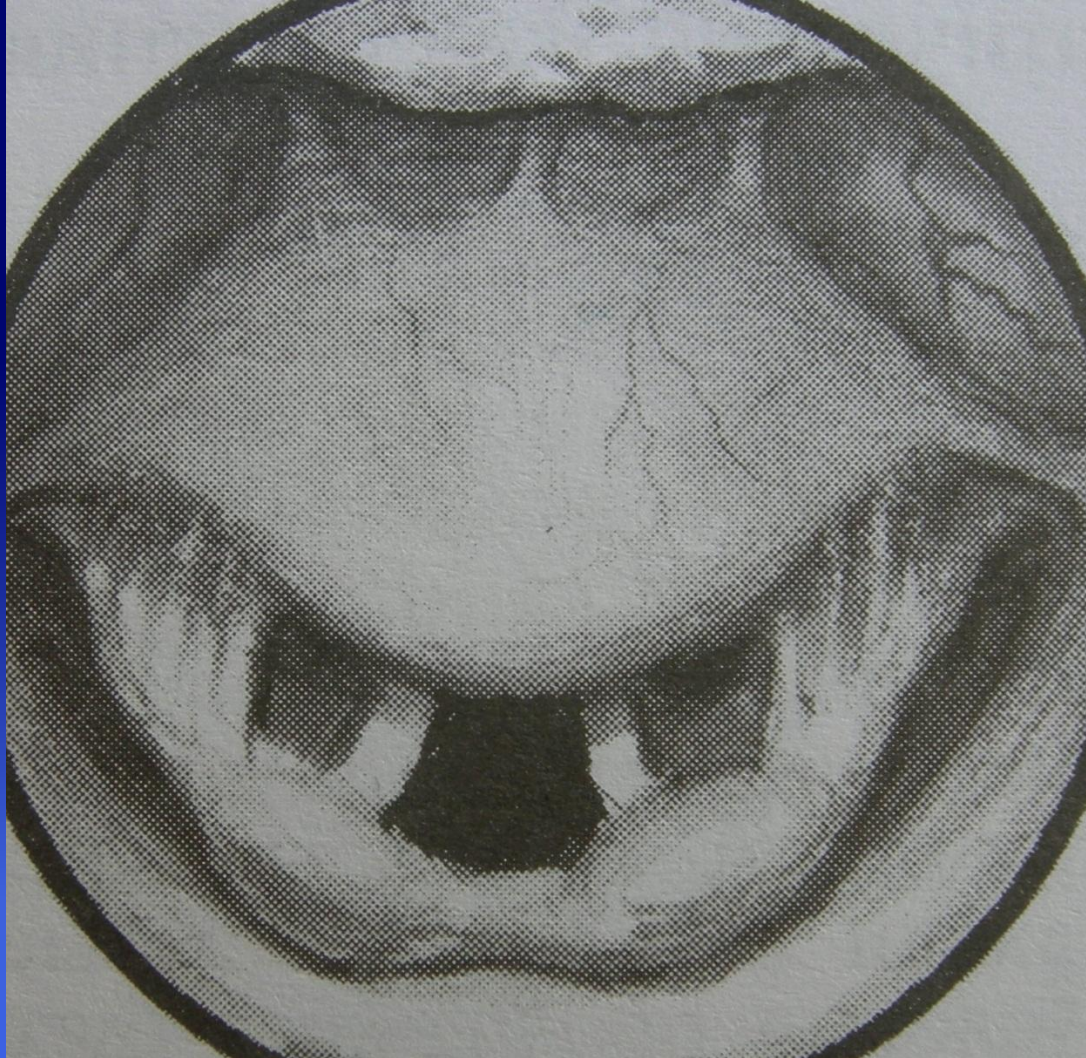
- Изолированный дефект в области голосового отростка левого черпаловидного хряща



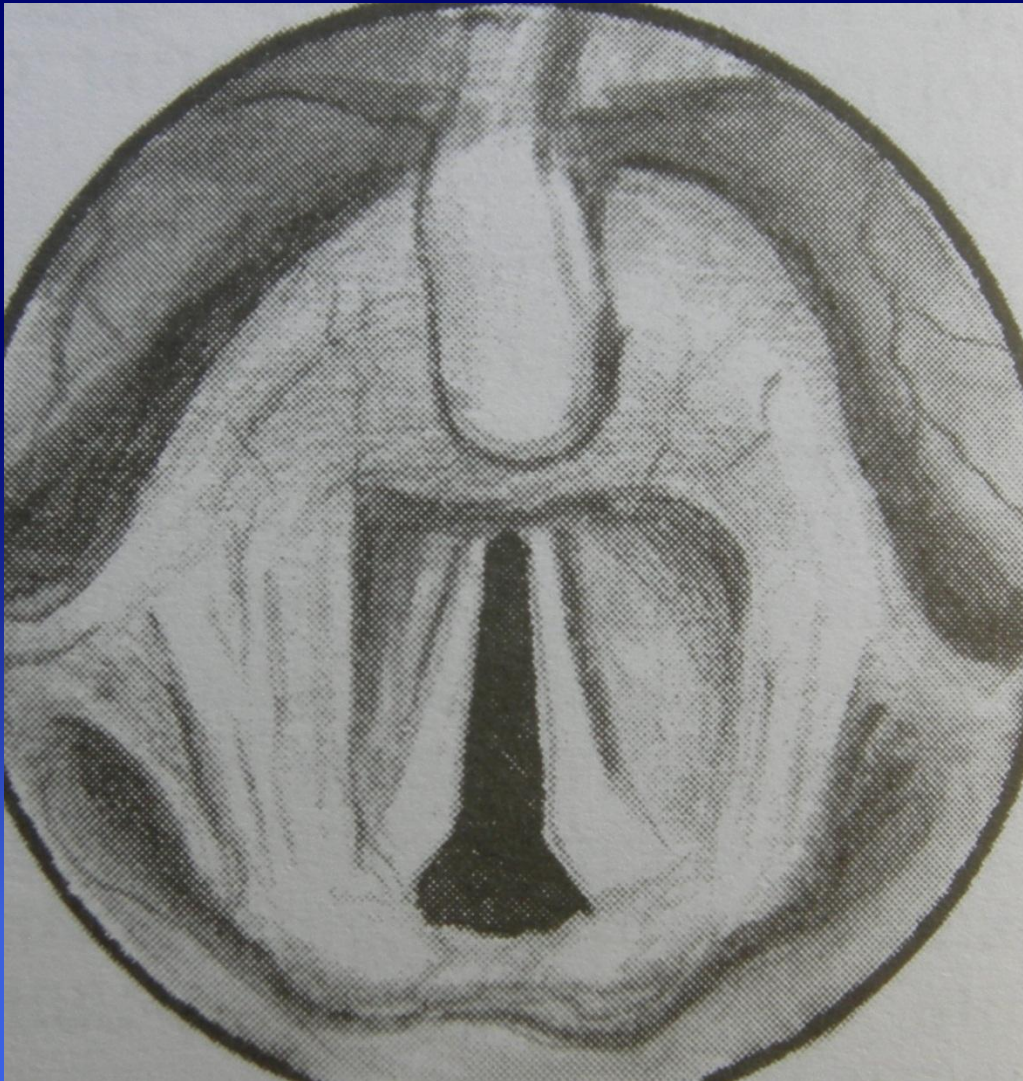
- Два опухолеподобных утолщения на верхней поверхности левой голосовой складки



- Рубцовая деформация фиксированного надгортанника с небольшим дефектом его свободного края слева



- Рубцовая мембрана между надгортанником и черпалонадгортанными складками, удерживающая его смещённом кзади положении

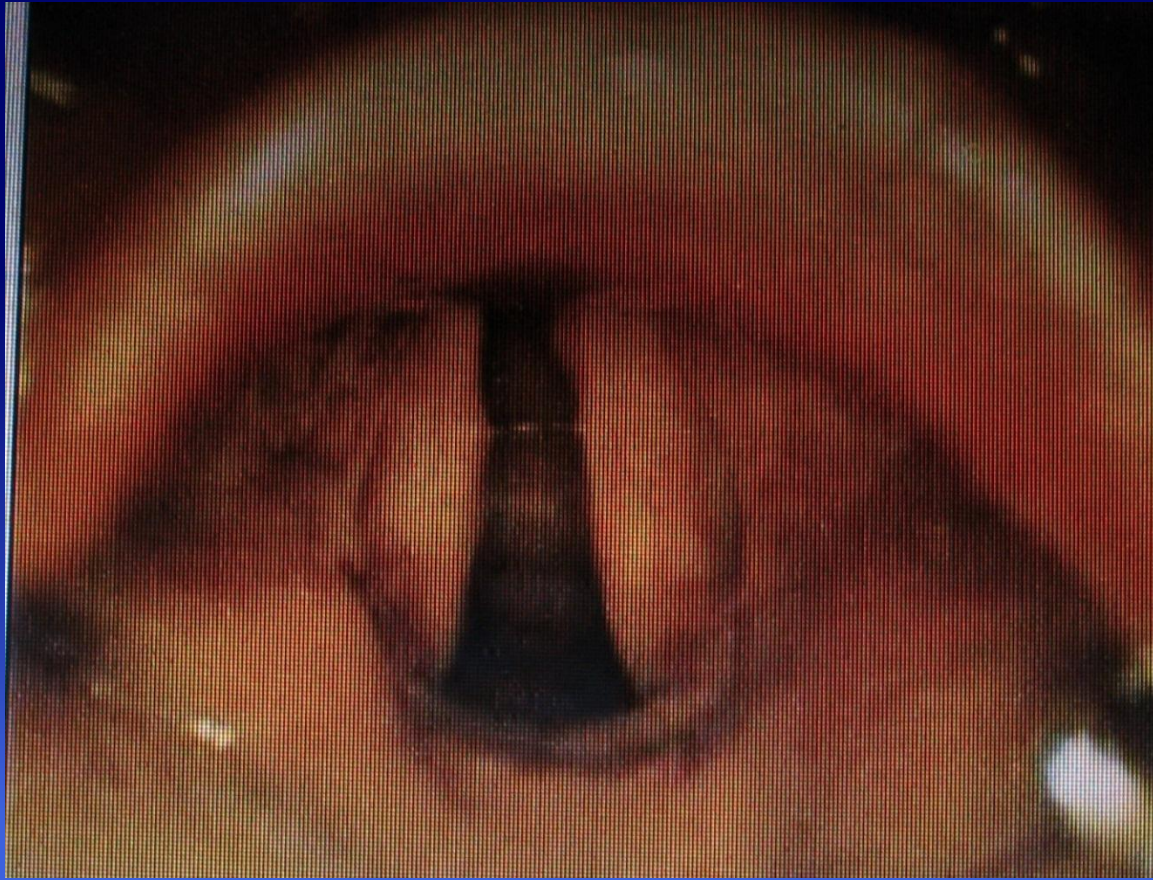


- Тот же больной с надгортанником, оттянутым кпереди с помощью крючка

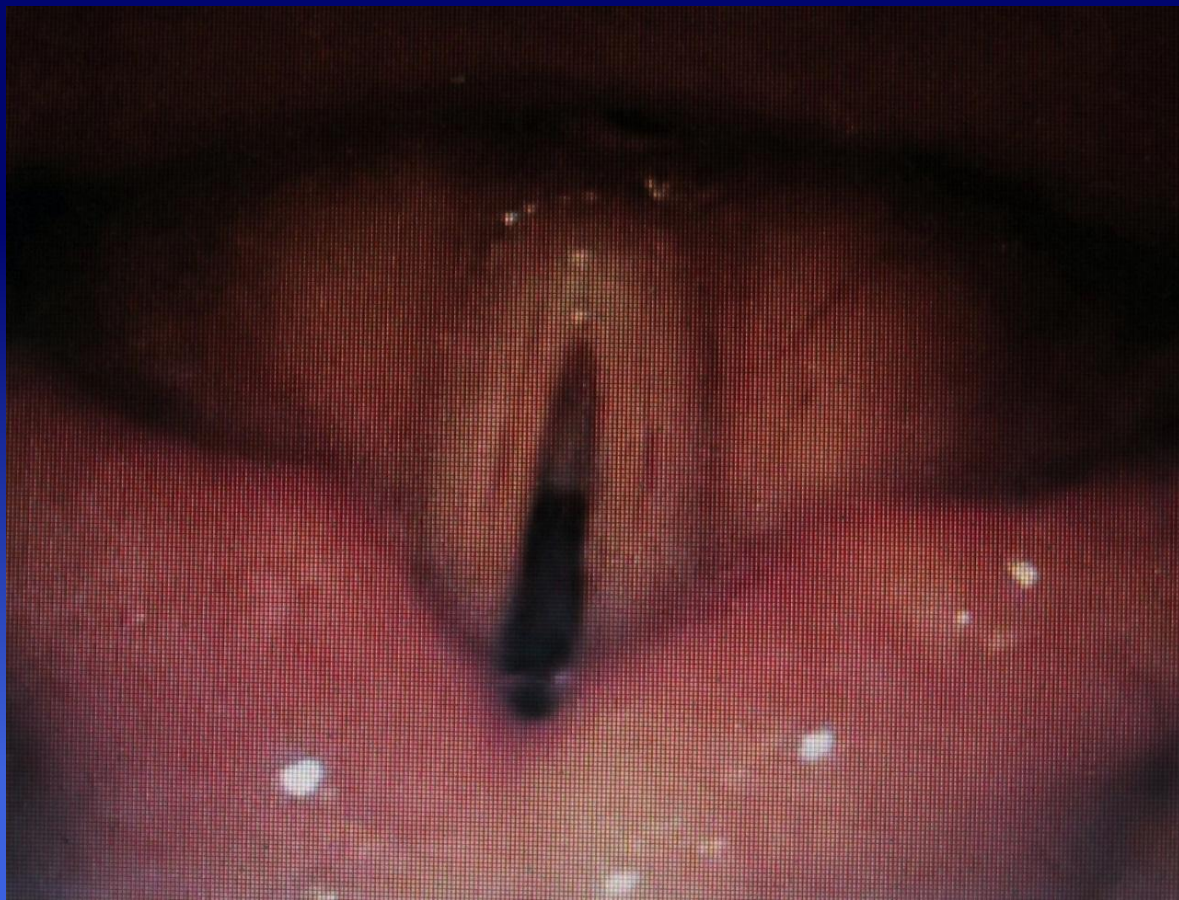
Дифференциальный диагноз.

А.Н.Вознесенский перечислил 26 заболеваний гортани, от которых следует отличать туберкулезное поражение:

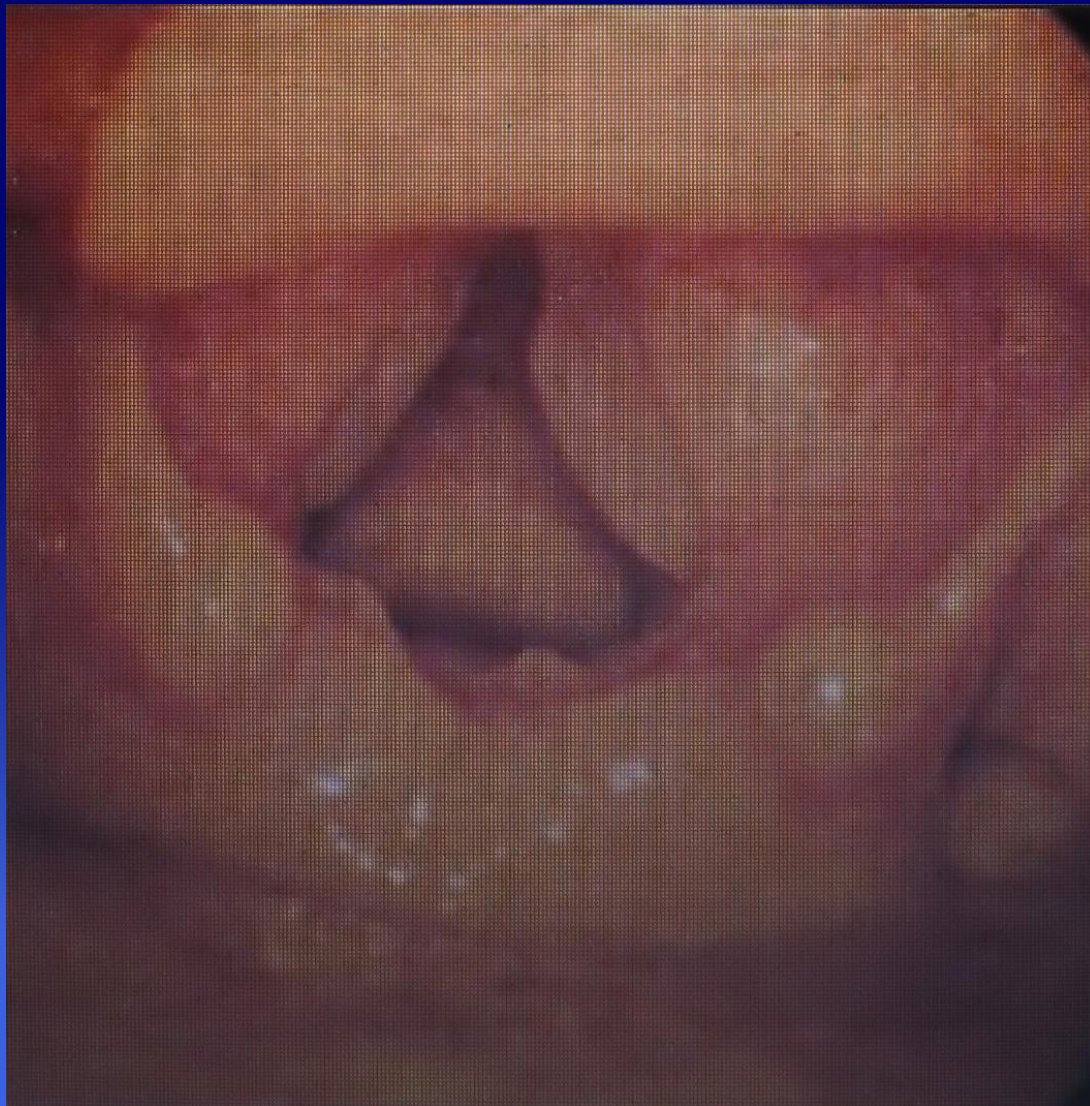
- Острые ларингиты,
- Злокачественные и доброкачественные опухоли,
- Туберкулёзная волчанка ,
- Параличи гортани,
- Сифилис .



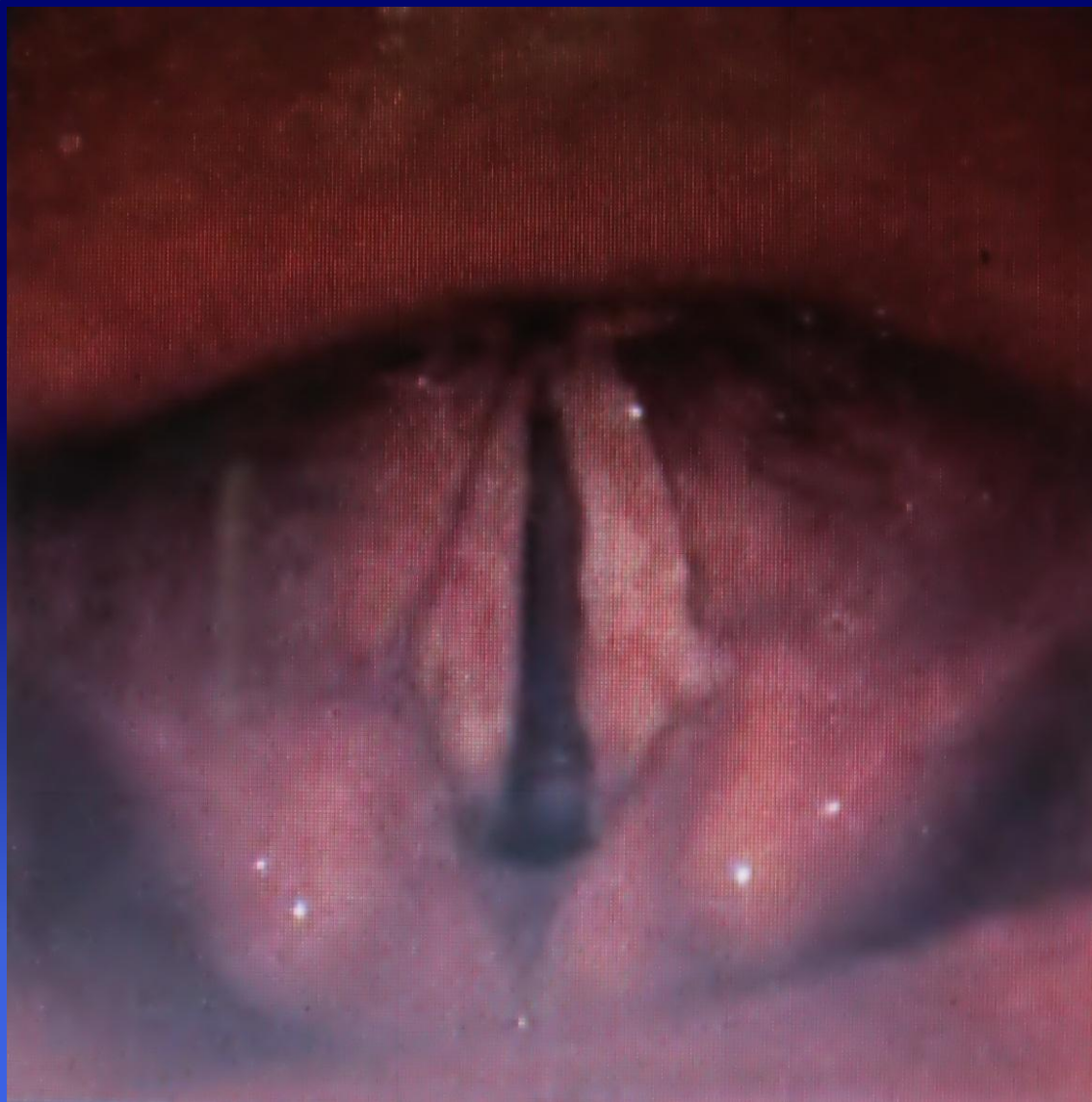
- Ларингодиплегия абдукторного типа (синдром Симеена). Зияющая голосовая щель



- Синдром Гехарда, парамедиальное положение, почти нормальный голос, учащённые дыхательные движения



- Хронический ларингит. Лёгкая форма во время усиленного вдоха веретенообразной появляется инфильтрат ,в основном на средней трети складки.



- Лейкоплакия с обеих сторон.



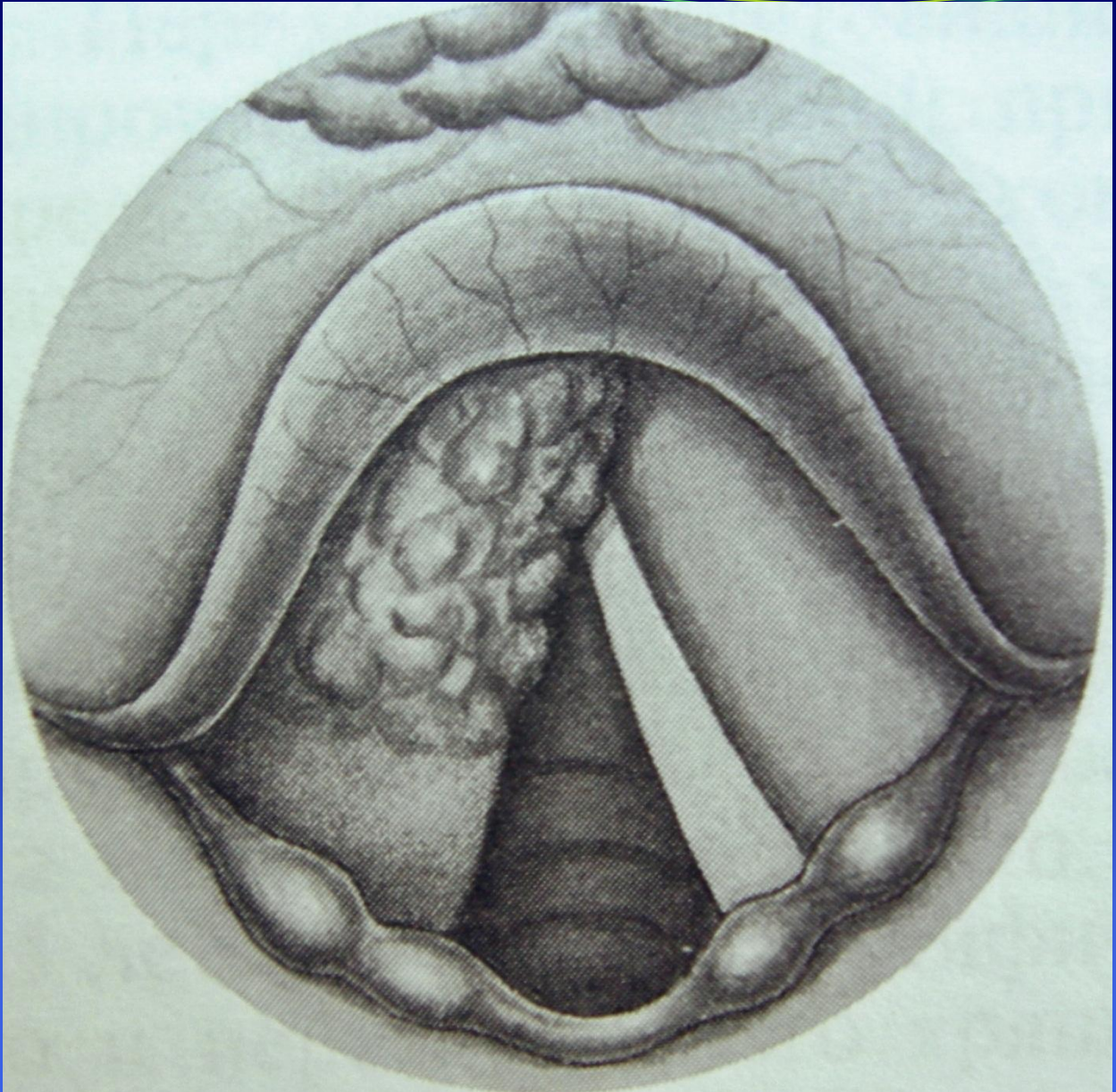
- Карцинома захватывает область вестибулярной складки входа в гортань



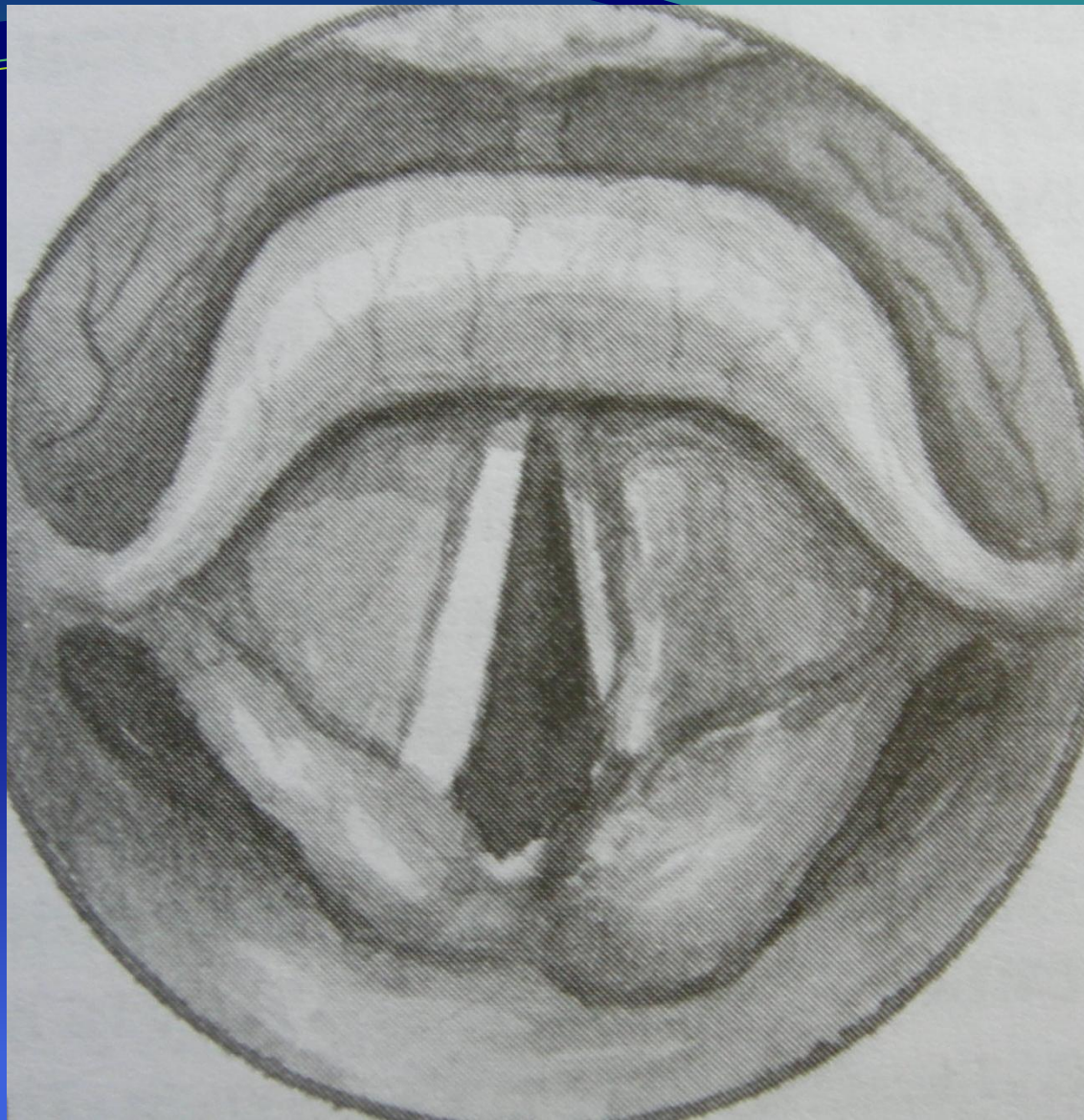
- Папиллома с гиперкератозом: единичные хорошо очерченные очаги гиперкератоза, цвет зависит от толщины рогового слоя.

Клинический случай.

- В Лор-клинике МОНИКИ наблюдался мужчина 38 лет с туберкуломой на широком основании, исходившей из передней половины правой складки преддверия, принимавшейся за раковую опухоль. Лишь после её удаления через ларингофиссуру и гистологической верификации был выявлен бессимптомно протекавший диссеменированный туберкулёз лёгких.

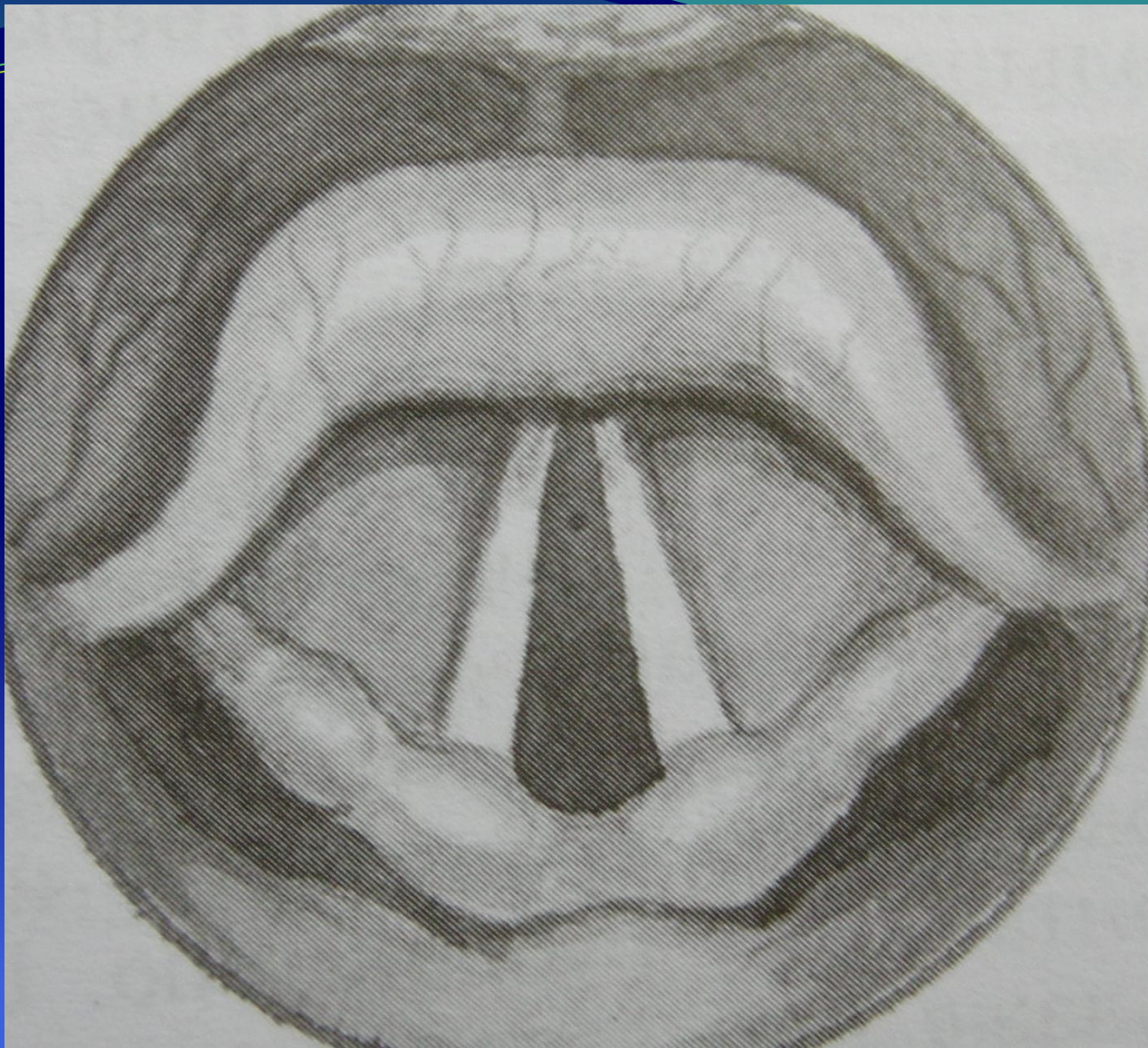


- Мужчина 49 лет поступил в августе в ЛОР-клинику МОНИКИ по поводу раковой опухоли левой половины преддверия гортани T3NoMo. При рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений не выявлено.



- Раковая опухоль левой половины гортани до лечения.

- В сентябре проведён курс дистанционной гамма-терапии .Общая курсовая доза составила 6623 рад. Макроскопически опухоль исчезла, и при выписке из больницы в ноябре гортань казалась нормальной.



- Полная резорбция раковой опухоли после гамма-терапии

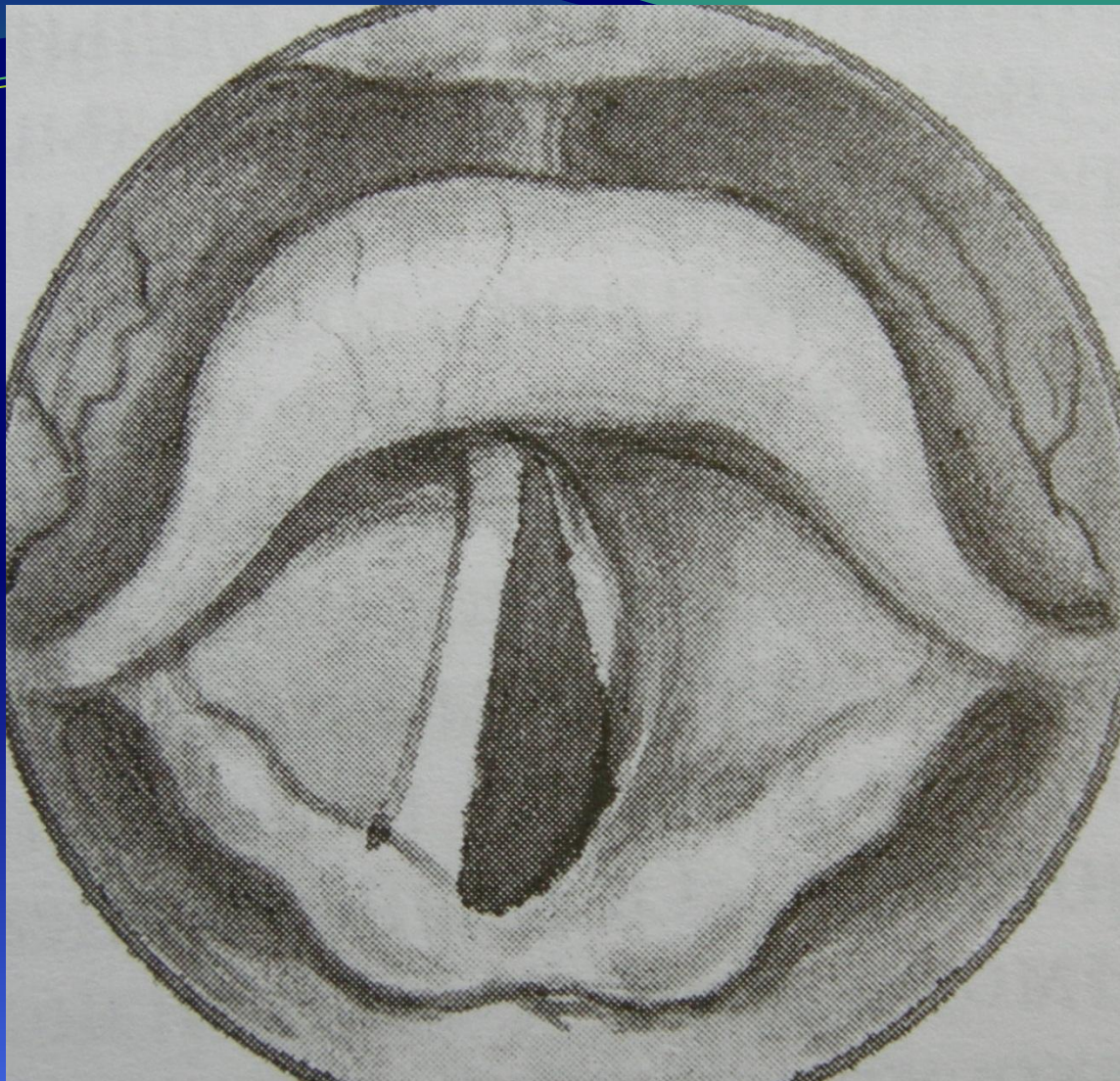
Через 2 года летом появились боли в полости рта и горле при глотании, кашель с мокротой, ухудшился голос; за месяц потерял около 10 кг массы тела. При обследовании диагностированы подострый диссеминированный туберкулёз лёгких с наличием МБТ в мокроте.

Преимущественно экссудативный язвенный туберкулёз полости рта, мягкого нёба, дужек и гортани.



- Экссудативный язвенный туберкулёз гортани.

- С конца августа и до середины апреля был проведён интенсивный курс химиотерапии стрептомицином, изониазидом, рифадином, флоримицином, циклосерином в сочетании с аэрозольными ингаляциями эмульсии гидрокортизона. В результате было достигнуто клиническое излечение туберкулёза.



- Клиническое излечение туберкулёза гортани с резидуальными изменениями в области левой складки преддверия и черпаловидного хряща.

Спасибо за внимание!

