**Осложнения при резанных ранах гортани**

При тупых наружных травмах гортани могут возникать ушибы, контузии, разрывы мягких тканей, переломы и различной тяжести раздробления хрящей гортани, вывихи в суставах, а также сочетанные повреждения окружающих гортань анатомических образований. Ушибы вызывают шоковое состояние, в то время как контузии, переломы, вывихи, раздробления нарушают морфологическую и анатомическую структуру и целость гортани, обусловливая возникновение кровотечений и повреждение ее нервного аппарата. Вывихи в суставах и разрывы их сумок, кровоизлияния нарушают подвижность надгортанника, черпаловидных хрящей, в результате чего страдают запирательная, дыхательная и голосовая функции, а наличие кровотечения приводит к аспирации крови и в зависимости от его интенсивности к различного рода осложнениям - от аспирационной пневмонии до асфиксии. В ближайшем периоде после травмы возникает интерстициальный отек гортани, особенно выраженный в области черпалонадгортанных складок и черпаловидных хрящей. Как правило, вывихи в суставах гортани сочетаются с переломами ее хрящей, а в изолированном виде встречаются крайне редко. У детей и лиц молодого возраста, когда еще не начался процесс кальцификации хрящей, благодаря их эластичности и подвижности гортани относительно позвоночника, эти повреждения наступают реже, чем у лиц старше 40-50 лет.

Чаще всего перелому подвергается щитовидный хрящ, при этом разрушение проходит по срединной линии, соединяющей боковые пластинки; также часто возникают переломы и рогов щитовидного хряща. При повешении чаще всего возникают переломы верхних рогов и подъязычной кости. Перелом перстневидного хряща происходит в области его дуги или ближе к пластинке перед перстнечерпаловидным суставом, как правило, сочетаясь с переломом нижних рогов щитовидного хряща и разрывом верхней и нижней перстнероговых связок. Одновременно с этими повреждениями возникают и вывихи черпаловидных хрящей в перстнечерпаловидных суставах.

Характер переломов хрящей зависит от точки приложения, направления и величины травмирующей силы. Они могут быть открытыми (с нарушением целости слизистой оболочки) и закрытыми - без последнего. Смещенные отломки хряща травмируют слизистую оболочку, перфорируют ее, что вызывает внутреннее кровотечение (угроза аспирациоиной асфиксии) и эмфизему окружающих гортань межтканевых пространств (угроза компрессионой асфиксии). Наиболее массивные эмфиземы возникают, когда повреждение хрящевого каркаса и слизистой оболочки локализуется в подскладочном пространстве из-за того, что в этом случае образуется своеобразный клапан, механизм которого заключается в том, что выдыхаемый воздух, встречая препятствие на уровне голосовой щели, сомкнутой в результате нарушения подвижности черпаловидных хрящей, устремляется под давлением через разрывы слизистой оболочки в окружающие ткани, при этом обратного хода ему нет из-за клапанного механизма, образующегося флотирующими частями разорванной слизистой оболочки. При таких травматических повреждениях гортани эмфизема может достигать средостения, препятствуя диастоле сердца. Из вторичных осложнений следует отметить абсцессы и флегмоны, перихондрит, рубцовые деформации гортани, медиастинит, сепсис.

При проникающих ранениях гортани (колотые, резаные, огнестрельные ранения) полость гортани может быть открыта в различных направлениях, сообщающих ее с пищеводом, средостением, предпозвоночным пространством, а в особо тяжелых случаях - с крупными венами и артериями шеи. Резаные раны, происхождение которых обусловлено попыткой убийства или самоубийства, имеют поперечное направление, располагаются выше переднего края щитовидного хряща, захватывают срединную щитовидную и подъязычно-надгортанные связки, а также надгортанник. При перерезке мышц, фиксирующих гортань к подъязычной кости, в частности, щитоподъязычной мышцы, гортань под действием грудинощитовидных мышц опускается книзу и выдвигается вперед, что делает обозримой ее полость через раневое отверстие. Эта конфигурация ранения обеспечивает пострадавшему относительно свободное дыхание через рану и оказание экстренной помощи на месте происшествия путем разведения ее краев для свободного доступа воздуха. Если режущий предмет (нож, бритва) попадает на плотный щитовидный хрящ, то он соскальзывает вниз и разрезает перстнещитовидную связку (мембрану), начинающуюся на дужке перстневидного хряща и прикрепляющуюся к нижнему краю щитовидного хряща. В этом случае полость гортани становится обозримой снизу, а начальные отделы трахеи - сверху. Это обстоятельство также позволяет проводить экстренные мероприятия по обеспечению дыхания, например, путем введения в трахею через раневой канал трахеотомической канюли.

При ранениях, располагающихся между перстневидным хрящом и трахеей, полностью их разъединяющих, трахея проваливается в средостение; одновременно возникает сильное кровотечение из поврежденной щитовидной железы. Благодаря тому, что крупные сосуды прикрывают мощные грудино-ключично-сосцевидные мышцы, и тому, что обычно при нанесении травмы голова рефлекторно отклоняется кзади, а вместе с ней смещаются кзади и крупные сосуды шеи, последние редко подвергаются травме, что, как правило, спасает жизнь пострадавшего.

Огнестрельные ранения гортани являются самыми тяжелыми и часто из-за поражения соседних жизненно важных органов (сонные артерии, спинной мозг, крупные нервы) несовместимы с жизнью. Поражающими объектами при этих ранениях являются осколки (гранат, мин, снарядов и др.), пули и вторичные поражающие объекты (камни, стекла и др.). Самые обширные разрушения гортани наносятся при осколочных ранениях, поскольку зона разрушения значительно выходит за пределы самой гортани.

При наружных травмах могут повреждаться и нервы гортани, либо непосредственно от ранящего орудия, либо вторично - от сдавления отеком, гематомой, фрагментом хряща. Так, поражение возвратного нерва указанными факторами приводит к его параличу и приведению голосовой складки к медиальной линии, что значительно усугубляет дыхательную функцию гортани с учетом быстро развивающегося интерстициального отека.

**Наиболее часто встречаемая форма роста рака гортани**

Экзофитная (растет в просвет органа, имеет бугристую поверхность и четкие границы. Считается менее агрессивным, медленно растет и практически не метастазирует)

**Наиболее достоверный признак злокачественной опухоли складкового отдела гортани**

Неподвижность голосовой складки

**Облигатные формы предрака гортани**

Пахидермия и лейкоплакия

**Задача:** Больной 69 лет поступил в онкодиспансер с жалобами на одышку, затрудненное дыхание, осиплость голоса, резкую слабость.

При непрямой ларингоскопии определяется опухоль (экзофитной формы роста), суживающая просвет гортани на 2/3.

Тактика.

Назначить УЗИ лимфоузлов шеи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, биопсия опухоли гортани, морфологическое исследование.

План лечения: лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое лечение.