

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет

Кафедра оториноларингології

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

Навчально-методичний посібник
для лікарів-інтернів
зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»

Запоріжжя
2014

Склали:

Співробітники кафедри оториноларингології
Запорізького державного медичного університету:
доцент І.М. Нікулін,
доцент М.І. Нікулін,
асистент О.М. Костровський

Рецензенти:

завідувач курсу щелепно-лицьової хірургії ЗДМУ –
доктор медичних наук, професор І.В. Бердюк,

завідувач кафедри стоматології ЗДМУ-
доктор медичних наук, професор О.В. Возний

Посібник затверджений на засіданні Центральної
методичної ради ЗДМУ.
Протокол № 5 від 15.05. 2014 р

ЗМІСТ

1	День перший	12
2	День другий	37
3	День третій	77
4	День четвертий	128
5	День п'ятий	186
6	День шостий	226

ПЕРЕДМОВА

Навчально методичний посібник по курсу "оториноларингологія" створено за розділом типового навчального плану та програми інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III – IV рівнів акредитації за спеціальністю "Загальна практика – сімейна медицина" 2011 року.

Видання навчально-методичного посібника з оториноларингології для підготовки лікарів-інтернів сімейної медицини є необхідним в зв'язку з повною відсутністю методичного забезпечення педагогічного процесу цієї категорії інтернів. Він передбачає створення тематичних планів лекцій, практичних занять і семінарів, щоденного погодинного розкладу занять у відповідності з існуючим навчальним планом, формулювання питання для самопідготовки і опитування інтернів викладачем, питання проміжного і підсумкового контролю, списку практичних навичок. Кожна тема супроводжується докладним коментарієм, в якому є загальні класичні дані та сучасні досягнення медицини.

План навчального процесу
з оториноларингології для лікарів інтернів
зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»

	Кількість годин
1. Лекції	2
2. Практичні заняття	26
3. Семінари	7
4. Залік	1
Всього:	36

Тематичний план лекцій
для лікарів –інтернів
зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»

Назва курсу, розділу		Кількість годин лекції
Отоларингологія з курсом дитячої Отоларингології		2
1.	Хронічне гнійне запалення середнього вуха, етіологія , патогенез, класифікація, обов'язкові ознаки, клініка, лікування.	2

Тематичний план практичних занять
 для лікарів – інтернів
 зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»

Назва курсу, розділу		Кількість годин
Отоларингологія з курсом дитячої Отоларингології		26
1.	<p>Діагностика і амбулаторне лікування запальних захворювань вуха у дітей і дорослих:</p> <p>1. Запальні захворювання зовнішнього слухового проходу та зовнішнього вуха (фурункул зовнішнього слухового проходу, зовнішній отит). Гострий гнійний середній отит, мастоїдит. Особливості перебігу захворювань у дітей раннього віку.</p> <p>2. Хронічний гнійний середній отит, етіологія, патогенез, класифікація, обов'язкові ознаки, клініка. Лабіринтит: класифікація, клініка. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, термінової госпіталізації.</p>	4
2.	<p>Порушення гостроти слуху у дітей і дорослих.</p> <p>Негнійні захворювання вуха. Діагностика туговухості, глухоти; диференційна діагностика шумів у вухах, запаморочення.</p> <p>Показання для направлення на консультацію ЛОР, сурдолога, невролога.</p>	2
3.	<p>Отогенні внутрішньочерепні ускладнення.</p> <p>Отогенний менінгіт. Абсцес мозку та мозочку. Отогенний тромбоз сигмоподібного синуса. Отогенний сепсис.</p> <p>Профілактика та рання діагностика отогенних ускладнень, своєчасне скерування до ЛОР.</p>	2
4.	<p>Діагностика і амбулаторне лікування запальних захворювань носа і приносних пазух у дітей і дорослих.</p> <p>Захворювання носа: гострий риніт, фурункул носа, гематома та абсцес носової перегородки. Хронічний риніт, аденоїди.</p> <p>Запальні захворювання приносних пазух.</p> <p>Методика риноскопії, взяття мазків із носа. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, рентгенографію, госпіталізацію; показання для оперативного втручання.</p>	4

5.	<p>Орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення риногенного характеру. Реактивний набряк орбіти. Гнійний періостит. Субперіостальний абсцес. набряк ретробульбарної клітковини. Ретробульбарний абсцес. Флегмона орбіти. Риногенний менінгіт. Абсцес мозку та мозочку. Профілактика, рання діагностика, своєчасне скерування до ЛОР.</p>	2
6.	<p>Діагностика і амбулаторне лікування запальних захворювань глотки та гортані у дітей і дорослих. Клінічна анатомія, фізіологія та методи дослідження глотки. Гострий та хронічний фарингіти, ангіни, дифтерія глотки. Гострий і хронічний тонзиліт. Взяття мазків із горла. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, госпіталізацію. Показання для оперативного втручання. Набряк гортані, гострий ларингіт, гортанна ангіна, флегмонозний ларингіт, хондроперихондрит, дифтерія гортані. Техніка ларингоскопії. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, госпіталізацію.</p>	4
7.	<p>Травми та сторонні тіла ЛОР-органів. Опіки ЛОР-органів. Сторонні тіла ЛОР-органів. Травми носа. Отогематома.. Видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа, верхніх дихальних шляхів.</p>	4
8.	<p>Невідкладні стани в оториноларингології. Носова кровотеча. Невідкладна та перша лікарська допомога. Техніка передньої тампонади носа. Методи діагностики та надання ургентної допомоги.</p>	2
9.	<p>Пухлини і інфекційні гранульоми. Доброякісні та злоякісні пухлини ЛОР-органів, склерома, сифіліс та туберкульоз. Діагностика, методи лікування.</p>	2

Тематичний план семінарів
 для лікарів – інтернів
 зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»

Назва курсу, розділу		Кількість годин
Отоларингологія з курсом дитячої Отоларингології		7
1.	Семіотика та методи обстеження при захворюваннях ЛОР-органів. Отоскопія. Акуметрія. Аудиометрія. Передня риноскопія. Визначення дихальної та нюхової функції носа. Фарингоскопія. Пряма ларингоскопія. Пальцеве обстеження носоглотки. Взяття мазків з носа та глотки. Рентгенологічні, бактеріологічні, спеціальні дослідження в оториноларингології.	2
2.	Риногенні та отогенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення.	2
3.	Невідкладні стани в оториноларингології. Гострі стенози гортані, невідкладна допомога, техніка виконання коніко– та трахеотомії.	2
4.	Пухлини і інфекційні гранульоми. Хронічні ларінгіти. Передракові захворювання гортані.	1

**Перелік практичних навичок
для спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності
«Загальна практика – сімейна медицина»**

№	Назва навичок та умінь	Ступінь оволодіння
1.	Огляд зовнішнього вуха та барабанної перетинки з рефлектором і отоскопом	+++
2.	Оцінка гостроти слуху мовою і пошепки	+++
3.	Видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа	+++
4.	Передня риноскопія	+++
5.	Фарингоскопія	+++
6.	Визначення дихальної та нюхової функції носа	+++
7.	Передня тампонада носа	+++
8.	Пальцьове обстеження носоглотки	+++
9.	Промивання лакун піднебінних мигдаликів	+++
10.	Взяття мазка з носу та горла на бактеріологічне та вірусологічне дослідження	+++

		<p>ускладнення. Отогенний менінгіт. Абсцес мозку та мозочку. Отогенний тромбоз сигмоподібного синуса. Отогенний сепсис. Профілактика та рання діагностика отогенних ускладнень, своєчасне скерування до ЛОР.</p>	2			
3.		<p>Діагностика і амбулаторне лікування запальних захворювань носа і приносних пазух у дітей і дорослих. Захворювання носа: гострий риніт, фурункул носа, гематома та абсцес носової перегородки. Хронічний риніт, аденоїди. Запальні захворювання приносних пазух. Методика риноскопії, взяття мазків із носа. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, рентгенографію, госпіталізацію; показання для оперативного втручання. Орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення риногенного характеру. Реактивний набряк орбіти. Гнійний періостит. Субперіостальний абсцес. Набряк ретробульбарної клітковини. Ретробульбарний абсцес. Флегмона орбіти. Риногенний менінгіт. Абсцес мозку та мозочку. Профілактика, рання діагностика, своєчасне скерування до ЛОР.</p>	4			
			2			
4.		<p>Діагностика і амбулаторне лікування запальних захворювань глотки та гортані у дітей і дорослих. Клінічна анатомія, фізіологія та методи дослідження глотки. Гострий та хронічний фарингіти, ангіни, дифтерія глотки. Гострий і хронічний тонзиліт. Взяття мазків із горла. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, госпіталізацію. Показання для оперативного втручання. Набряк гортані, гострий ларингіт, гортанна ангіна, флегмонозний</p>	4	Риногенні та отогенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення.	2	

			ларингіт, хондроперихондрит, дифтерія гортані. Техніка ларингоскопії. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, госпіталізацію.				
5.			Травми та сторонні тіла ЛОР-органів. Опіки ЛОР-органів. Сторонні тіла ЛОР-органів. Травми носа. Отогематома.. Видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа, верхніх дихальних шляхів.	4	Невідкладні стани в оториноларингології . Гострі стенози гортані, невідкладна допомога, техніка виконання коніко–та трахеотомії.	2	
6.			Невідкладні стани в оториноларингології. Носова кровотеча. Невідкладна та перша лікарська допомога. Техніка передньої тампонади носа. Методи діагностики та надання ургентної допомоги. Пухлини і інфекційні гранульоми. Доброякісні та злоякісні пухлини ЛОР-органів, склерома, сифіліс та туберкульоз. Діагностика, методи лікування.	2 2	Пухлини і інфекційні гранульоми. Хронічні ларингіти. Передракові захворювання гортані.	1	1
Всього:		2		26		7	1

Всього – 36 годин

ПЕРШИЙ ДЕНЬ

I. Семінар

1. Тема. Семіотика та методи обстеження при захворюваннях ЛОР-органів

2. Актуальність теми.

Знання методики і техніки обстеження оториноларингологічного хворого та уміння провести ендоскопічне дослідження ЛОР – органів має важливе значення для виявлення патології вуха, носа, глотки та гортані і встановлення діагнозу. Інтерн, який вільно володіє цією методикою, здатен ефективно працювати на кожному занятті (обстежуючи хворих у стаціонарі або поліклініці), а отже спроможний у повному обсязі засвоїти цикл оториноларингології. Ці знання особливо необхідні майбутнім сімейним лікарям, оскільки 1/3 всіх хворих потребують консультативної та лікувальної допомоги оториноларинголога.

3. Мета заняття.

Оволодіти технікою користування лобним рефлексором; засвоїти методику та відпрацювати техніку ендоскопічного обстеження оториноларингологічного хворого (передня і задня риноскопія, орофарингоскопія, непрямая ларингоскопія, отоскопія).

4. Інтерн повинен знати.

- 1) Порядок, методику і техніку обстеження оториноларингологічного хворого.
- 2) Нормальну ендоскопічну картину носа, глотки, гортані та вуха, а також можливі типові патологічні відхилення в їх ендоскопічній картині.

5. Інтерн повинен уміти

- 1) Користуватися лобним рефлексором.
- 2) Провести передню риноскопію, оцінити стан порожнини носа в нормі та при відхиленнях від норми.

- 3) Провести орофарингоскопію, оцінити стан порожнини рота і ротової частини глотки в нормі та при відхіленнях від норми.
- 4) Виконати задню риноскопію.
- 5) Виконати непрямую ларингоскопію, оцінити стан гортанної частини глотки і гортані в нормі та при відхіленнях від норми.
- 6) Провести отоскопію, оцінити стан зовнішнього слухового ходу і барабанної перетинки в нормі та при відхіленнях від норми.

6. Оснащення семінару.

- 1) Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів: носові дзеркала, шпатель, дзеркала для задньої риноскопії, гортанні дзеркала, вушні лійки, лобний рефлектор.
- 2) Шприц Жане, вушний зондик.
- 3) Операційний мікроскоп.
- 4) Схеми, таблиці, слайди, муляжі.

7. Структура семінару.

- 1) Висвітлення головних проблемних питань семінару- 40 хвилин.
- 2) Виявлення розуміння інтернами головних положень теми – 20 хвилин.
- 3) Корекція викладачем розуміння інтернами головних питань теми – 10 хвилин.
- 4) Вирішення інтернами ситуаційних питань за темою семінару – 20 хвилин.
- 5) Написання інтернами рефератів з окремих питань семінару – самостійна домашня робота.

8. Перелік головних питань за темою семінару.

- 1) Організація робочого місця оториноларинголога.
- 2) Методика користування лобним рефлектором.
- 3) Методика проведення оториноларингологічного огляду.
- 4) Передня риноскопія.
- 5) Орофарингоскопія.

- 6) Задня риноскопія.
- 7) Ларингоскопія.
- 8) Отоскопія.

9. Основні теоритичні положення за темою семінара.

Обстеження оториноларингологічного хворого здійснюється з позиції цілісності організму. Воно починається з детального з'ясування та аналізу скарг хворого, збору анамнезу хвороби та життя. Проводиться зовнішній огляд ЛОР – органів, за необхідності виконується пальпація та перкусія. Після цього проводиться ендоскопічне дослідження ЛОР – органів.

Організація робочого місця оториноларинголога

Для проведення огляду та спеціального ендоскопічного обстеження пацієнтів з захворюваннями вуха, горла і носа необхідно створити відповідні умови, які визначають організацію робочого місця. Для цього потрібно мати джерело світла, відповідні інструменти та лобний рефлектор. Джерело світла (електричну лампу) потрібно розташовувати праворуч від хворого на рівні вушної раковини, на відстані 10-20 см від неї. На інструментальному столику розміщують інструменти, медикаменти, перев'язний матеріал. При цьому пацієнт знаходиться відносно лікаря праворуч, а джерело світла — ліворуч.

Лобний рефлектор складається з увігнутого дзеркала з фокусною відстанню 25-30 см, яке прикріплюється за допомогою шарнірного пристосування до оголів'я, що дозволяє міцно закріпити лобний рефлектор на голові в ділянці лоба перед лівим оком. У центрі дзеркало має отвір, крізь який здійснюється огляд лівим оком. Шарнірне пристосування дозволяє змінювати напрямок і кут освітлення під час огляду досліджуваного органа.

Методика користування лобним рефлектором

Після закріплення лобного рефлектора в ділянці лоба його дзеркало розташовують навпроти лівого ока так, щоб задня поверхня дзеркала була розміщена біля щоки та бокової поверхні носа лікаря, а зіниця ока — на рівні отвору дзеркала. Уміння користуватися лобним рефлектором потребує

дотримання таких правил: необхідно забезпечити достатнє освітлення досліджуваного органа; промінь світла наводити, закриваючи долонею праве око; дзеркало лобного рефлектора повернути таким чином, щоб «зайчик» світла було виданодно на кінчику носа, потім праве око звільнити і огляд здійснювати обома очима (лівим через отвір у дзеркалі), що забезпечить бінокулярність дослідження.

Методика проведення оториноларингологічного огляду

Оториноларингологічний огляд здійснюють у такому порядку: передня риноскопія, орофарингогоскопія, задня риноскопія, непряма ларингоскопія, отоскопія. Такою порядку огляду дотримуються у дорослих, дітей старшого та молодшого віку. У немовлят огляд починають з вуха. Це пов'язано з тим, що під час плачу дитини барабанна перетинка червоніє, що ускладнює оцінку отоскопічної картини.

Передня риноскопія

Спочатку оглядають зовнішній ніс і присінок носа, піднявши кінчик носа догори великим пальцем правої руки. Потім лівою рукою беруть носове дзеркало, праву руку розташовують на тімені пацієнта, фіксуючи його голову. Під контролем зору і променя світла від дзеркала рефлектора вводять бранші носового дзеркала в зімкнутому стані в присінок носа паралельно до дна носової порожнини. Кінці браншів носового дзеркала не повинні торкатися слизової оболонки. Поступово розширюючи бранші, по черзі оглядають обидві половини носа. Кожну половину носа оглядають з двох позицій. У першій позиції, коли голова хворого розташована в прямому положенні, у нормі видно нижні відділи носової порожнини: дно, нижні носові раковини, нижній відділ носової перегородки, нижній носовий хід. У другій позиції, коли голова хворого відхилена назад, у нормі видно середні та верхні відділи порожнини носа: середній та верхній відділи носової перегородки, середні й інколи верхні носові раковини, середній носовий хід, нюхову щілину. При широких носових ходах

іноді видно хоани, задню стінку носоглотки, аденоїдні вегетації. У нормі слизова оболонка порожнини носа рожева з рівною гладенькою поверхнею. Носова перегородка розташована посередині. Після закінчення огляду носове дзеркало обережно виводять із носа. У присінку носа не слід повністю змикати бранші, щоб не захопити та не вирвати волосся.

Орофарингоскопія

Обстеження глотки починається з огляду шиї та пальпації регіонарних лімфатичних вузлів. Потім за допомогою шпателя проводять огляд присінка та порожнини рота. Звертають увагу на стан слизової оболонки губ, щік, ясен, стан зубів та язика. Під час огляду ротоглотки пацієнт повинен дихати ротом, не висовуючи язика. Шпатель кладуть на передні 2/3 язика і притискають його донизу і дещо на себе. Слід пам'ятати, що натискування на корінь язика може спричинити блювотний рефлекс. Звертають увагу на стан слизової оболонки піднебінних дужок, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки. У нормі слизова оболонка цих ділянок рожева, не має потовщень. Стан піднебінних мигдаликів визначають під час ротації їх шляхом натискування іншим шпателем на передню піднебінну дужку. При цьому виявляють наявність вмісту в лакунах піднебінних мигдаликів. Оглядаючи задню стінку глотки, можна виявити як окремі гранули лімфаденоїдної тканини, так і значні накопичення її, особливо на задньобічних стінках глотки за піднебінними дужками — бічні валики глотки.

Задня риноскопія

Огляд носоглотки здійснюють за допомогою носоглоткового дзеркала та шпателя. Шпателем, який тримають лівою рукою, притискають язик у передніх 2/3 його і просять пацієнта дихати носом. Перед цим нагріте на спиртівці носоглоткове дзеркало обережно вводять за м'яке піднебіння в ротоглотку дзеркальною поверхнею догори, не торкаючись кореня язика та задньої стінки глотки. Освітлюючи дзеркало та змінюючи кут огляду, досліджують носоглотку в відбитому промені світла. У нормі слизова

оболонка в склепінні носоглотки рожева, хоани вільні та симетричні, леміш знаходиться по середній лінії. На бічних стінках носоглотки, на рівні задніх кінців нижніх носових раковин, розташовані невеликі заглибини - глоткові отвори слухових труб. У склепінні носоглотки міститься глотковий мигдалик, який може бути гіпертрофованим - аденоїдні вегетації. Дітям раннього та молодшого дитячого віку для обстеження носоглотки часто проводять пальцеве дослідження. Для цього помічник лікаря садовить дитину собі на коліна і тримає її. Лікар, стоячи збоку і дещо позаду, вводить вказівний палець правої руки в рот, а потім за м'яке піднебіння в носоглотку, обстежуючи пальцем її стінки. У той самий час пальцем лівої руки потрібно втиснути щоку дитини між верхніми та нижніми зубами, щоб запобігти укусу. У нормі носоглотка вільна. У передніх відділах пальпують хоани, леміш. За наявності аденоїдних вегетацій виявляють м'якоеластичне часточкове утворення в склепінні носоглотки, яке може перекривати хоани.

Ларингоскопія

Непряму ларингоскопію здійснюють за допомогою гортанного дзеркала, яке перед цим підігрівають на спиртівці. Під час огляду висунутий язик пацієнта утримують лівою рукою за допомогою марлевої серветки. Гортанне дзеркало вводять через порожнину рота, дзеркальною поверхнею донизу. (мал.) Не торкаючись кореня язика та задньої стінки глотки, м'яке піднебіння з язичком відтискують догори й назад. У дзеркалі добре видно надгортанник, валекули, черпакувато-надгортанні складки, черпакуваті хрящі, вестибулярні та голосові складки, підскладковий простір, голосову щілину. Звертають увагу на колір слизової оболонки, а також рухомість голосових складок під час спокійного і форсованого дихання, а також фонації голосних звуків «е» або «і».

Одночасно з ларингоскопією проводять огляд гортаноглотки — гіпофарингоскопію. При цьому оглядають корінь язика, язиковий мигдалик, валекули, грушоподібні закутки.

Пряму ларингоскопію здійснюють за допомогою ларингоскопа. Хворий лежить на спині з відкинутою назад головою. Ларингоскоп проводять через порожнину рота, відтискують корінь язика догори й одночасно інструмент проводять до гортаноглотки. Дзьобом клинка ларингоскопа захоплюють і відтискують надгортанник і корінь язика. Таке розташування інструмента забезпечує прямий огляд усіх відділів гортанної частини глотки, гортані та верхнього відділу трахеї.

Отоскопія

Обстеження вуха починають з огляду вушної раковини та заушної ділянки і суміжних відділів голови, шиї та обличчя. Потім здійснюють пальпацію та перкусію соскоподібного відростка.

Отоскопію проводять за допомогою лобного рефлектора та вушних лійок різних розмірів. Початковий відділ зовнішнього слухового ходу можна оглянути без вушної лійки. Вушну лійку потрібного розміру вводять у зовнішній слуховий хід до перешийка, утримуючи великим, вказівним і середнім пальцями руки за обідок. Зовнішній слуховий хід випрямляють шляхом відтягування вушної раковини у дорослих і дітей старшого віку догори, назад і назовні, а у дітей молодшого віку — донизу та назад.

У нормі зовнішній слуховий хід вільний, шкіра його блідо-рожевого кольору. Барабанна перетинка сірого кольору, блискуча, з перламутровим відтінком. На ній розрізняють обов'язкові утворення — пізнавальні ознаки або пункти: ручка молоточка, його бічний відросток, передня та задня молоточкові складки, світловий рефлекс, пупок. У нормі барабанна перетинка рухома, що визначається за допомогою пневматичної вушної лійки Зігле.

Мікроотоскопію здійснюють за допомогою операційного мікроскопа, що дозволяє визначити деталі будови барабанної перетинки та патологічні зміни на ній. При цьому чіткіше видно характер перфорації, грануляції, поліпи, стан слизової оболонки медіальної стінки барабанної порожнини.

10. Перелік ситуаційних задач.

II. Практичне заняття

1. Тема. *Запальні захворювання зовнішнього слухового проходу та зовнішнього вуха (фурункул зовнішнього слухового проходу, зовнішній отит). Гострий гнійний середній отит, мастоїдит.*

2. Актуальність теми. Захворювання зовнішнього вуха – досить часта патологія, з якою в своїй практиці зустрічається лікар загальної практики. Нині частота запальних процесів середнього вуха залишається досить високою і становить 25—30 % патології вуха. Гострий гнійний середній отит є однією з головних причин розвитку приглухуватості у дорослих і дітей, він спричинює виникнення різноманітних ускладнень, у тому числі внутрішньочерепних, що загрожують життю людини. Тому знання клініки, дігностики та принципів лікування цих захворювань є необхідними в роботі лікарів загальної практики – сімейної медицини та медицини невідкладних станів.

3. Мета заняття. Навчитися виявляти і видаляти сірчану пробку, встановлювати діагноз і лікувати зовнішній отит, гострий гнійний середній отит, мастоїдит, проводити диференційну діагностику та визначати раціональну тактику лікування хворих.

4. Інтерн повинен знати.

- 1) Етіологію та патогенез сірчаної пробки, зовнішнього отиту.
- 2) Клініку та діагностику цих захворювань.
- 3) Особливості диференційної діагностики цих захворювань.
- 4) Принципи лікування сірчаної пробки, захворювань зовнішнього вуха.
- 5) Етіологію, патогенез гострого гнійного середнього отиту і мастоїдиту.
- 6) Клініку та діагностику цих захворювань.
- 7) Особливості перебігу гострого гнійного середнього отиту в немовлят та при деяких гострих інфекційних захворюваннях.
- 8) Принципи лікування гострого гнійного середнього отиту і мастоїдиту.
- 9) Наслідки гострого гнійного середнього отиту.

5. Інтерн повинен уміти

- 1) Серед скарг та анамнезу хворого вибрати симптоми, які дозволяють запідозрити наявність сірчаної пробки, зовнішнього отиту, травм вуха, отгематоми.
- 2) Виконати обстеження зовнішнього вуха, провести отоскопію, оцінити та співставити найбільш інформативні ознаки, які підтверджують у хворого даний діагноз
- 3) Скласти план лікування хворого з даною патологією.
- 4) Уміти виконати туалет зовнішнього слухового ходу, промивати його, для видалення сірчаної пробки і стороннього тіла, виконати введення турунди в зовнішній слуховий хід, пневмомасаж барабанної перетинки, накладання вушної пов'язки та зігріваючого компресу.
- 5) Серед скарг та даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що дозволяють запідозрити наявність гострого гнійного середнього отиту чи мастоїдиту.
- 6) Виконати обстеження зовнішнього вуха і соскоподібного відростка, провести отоскопію, оцінити стан барабанної перетинки. Оцінити і співставити найбільш інформативні об'єктивні ознаки, що підтверджують у даного хворого діагноз середнього отиту, мастоїдиту.
- 7) Виконати дослідження слуху, оцінити дані аку- та аудіометричного дослідження.
- 8) Оцінити дані рентгенологічного дослідження скроневої кістки за методом Шюллера.
- 9) Скласти план лікування хворого з даною патологією. Уміти виконати туалет зовнішнього слухового ходу, промивання його, введення турунди в зовнішній слуховий хід, пневмомасаж барабанної перетинки, продування слухової труби за методикою Політцера, накладання вушної пов'язки та зігрівального компресу.

7. Оснащення заняття.

- 1) Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.

2) Парацентезна голка, вушний катетер, пневматична лійка, балон Політцера, шприц Жане, набір Гартмана, хірургічний інструментарій для проведення антромастоїдотомії.

3) Операційний мікроскоп.

4) Схеми, таблиці, слайди, муляжі.

8. Головні питання для визначення рівня знань та плану самопідготовки інтернів.

1) Сірчана пробка: причини виникнення, симптоми, методи видалення.

2) Зовнішній отит: етіологія, патогенез, клініка, діагностика і диференціальна діагностика фурункула та дифузного запалення зовнішнього слухового ходу, лікування.

3) Гострий гнійний середній отит: етіологія, патогенез, патологічна анатомія.

4) Шляхи проникнення інфекції в середнє вухо.

5) Клінічні стадії гострого гнійного середнього отиту.

6) Особливості перебігу гострого гнійного середнього отиту у немовлят.

7) Особливості перебігу гострого гнійного середнього отиту при деяких інфекційних захворюваннях.

8) Лікування гострого гнійного середнього отиту, тимпанопункція і парацентез.

9) Наслідки гострого гнійного середнього отиту.

10) Причини розвитку мастоїдиту.

11) Клінічна симптоматика мастоїдиту.

12) Атипові форми мастоїдиту, антрит.

13) Диференціальна діагностика мастоїдиту та лімфаденіту заушної ділянки при зовнішньому отиті.

14) Лікування мастоїдиту, антромастоїдотомія та мастоїдопластика.

9. Структура практичного заняття.

1) Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою - 5 хвилин.

- 2) Розкриття головних теоретичних положень теми - 15 хвилин.
- 3) Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 20 хвилин.
- 4) Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми -5 хвилин.

10. Перелік практичних навичок, необхідних для опанування теми.

- 1) Виявлення сірчаного корка і стороннього тіла вуха.
- 2) Проведення туалета вуха.

11. Основні теоритичні положення за темою практичного заняття.

Зовнішній дифузний отит. Розлите запалення шкіри зовнішнього слухового ходу мікробної природи має назву зовнішній дифузний отит.

Етіологія. Стафілококи, стрептококи, гемофільна паличка, синьогнійна паличка та ін.

Клініка. Хворі скаржаться на біль у вусі, свербіння, печію. Біль є менш інтенсивним, ніж при фурункулі. Біль у вусі посилюється при жуванні, відкриванні рота, при натисканні на козелок, на відміну від середнього отиту, при якому біль посилюється при натисканні на соскоподібний відросток. Виникнення захворювання звичайно пов'язане із механічним розчухуванням вуха пальцем або шпильками, сірниками та іншими предметами. Часто зовнішній отит виникає як наслідок подразнення шкіри гнійними виділеннями при середньому отиті. При отоскопії: шкіра зовнішнього слухового ходу гіперемована, інфільтрована. Прозір зовнішнього слухового ходу звужений. Із шкіри можуть сочитись прозорі виділення, які змішуються із злущеним епітелієм. Потім виділення можуть ставати гнійними і утворювати сморідну кашоподібну масу, яка заповнює слуховий хід. Може погіршуватись слух.

Лікування. Призначають антибіотики та антигістамінні препарати. Призначають діазолін, препарати кальцію. Місцево: промивають вухо розчином фурациліну або іншими дезинфікуючими розчинами. Потім

висушують вухо ватою і змащують мазями оксикорт, фторокорт, або вводять мазі на турундах. Фізіотерапевтичні процедури: УВЧ, ЛУЧ-2, КУФ.

Отомікоз – це зовнішній дифузний отит, викликаний грибками.

Клініка. Така як при звичайному зовнішньому дифузному отиті, але біль виражений значно менше. Більш виражене свербіння. Отоскопія: гіперемія і інфільтрація шкіри менш виражена. Характерна наявність прозорих виділень в просвіті слухового ходу, можуть бути жовтувато-бурі або чорні нашарування на шкірі зовнішнього слухового ходу. Перебіг захворювання тривалий, стійкий.

Лікування. Турунди з нітрофунгіном, екзодерілом, канестеном, мікозолоном вводять в зовнішній слуховий хід протягом 1 міс. Призначають опромінення зовнішнього слухового ходу гелій-неоновим лазером, КУФ.

Фурункул зовнішнього слухового ходу (зовнішній обмежений отит)

Фурункул є запаленням волосяного фолікула або сальної залози. Ці придатки шкіри розташовуються тільки в перетинчасто-хрящовій частині зовнішнього слухового ходу, їх немає в кістковій його частині. Тому якщо запалення буде в кістковій частині – це не фурункул, а якесь інше захворювання.

Етіологія: бактеріальна флора, найчастіше стафілококи. Сприяє розвитку захворювання зниження опірності організму, механічне подразнення шкіри слухового ходу, наприклад, розчухування, особливо у хворих, які мають гноетечу з вуха. Повторні фурункули зовнішнього слухового ходу нерідко свідчать про наявність цукрового діабету і являють собою прояв загального фурункульозу.

Клініка. Хворі скаржаться на різкій біль у вусі. Внаслідок закриття просвіту слухового ходу фурункулом або гноем може знижуватись слух. Температура тіла підвищується. Можуть збільшуватись регіонарні лімфатичні вузли, розташовані під вушною раковиною і на сосковидному відростку.

Розрізняють 2 стадії захворювання:

- Стадія інфільтрації.
- Стадія абсцедування.

При отоскопії бачимо звужений слуховий хід, гіперемовану, інфільтровану шкіру обмеженої ділянки перетинчасто-хрящової частини слухового ходу. В стадії абсцедування можна побачити в центрі гіперемії підвищення з білою верхівкою, за умови вскриття фурункулу може бути гній в зовнішньому слуховому ході. Натискання на козелок і відкриття рота різко болісні.

Лікування. В стадії інфільтрації призначаються дезинфікуючі засоби місцево: 3% борний спирт, софрадекс, горазон, отіnum, отіпакс на турундах, фізіотерапевтичні методи (УВЧ, соллюкс, ЛУЧ-2 на вухо). В стадії абсцедування проводиться розтин фурункула, видалення гною, промивання порожнини фурункула розчином антибіотику. Потім порожнина дронується резиновою смужкою і марлевими турундами, просоченими гіпертонічним розчином натрію хлориду. Призначаються антибіотики

Сірчаний корок - це скупчення сірки в зовнішньому слуховому ході внаслідок надмірної секреції сірчаних залоз або порушення її нормальної евакуації. Затримці сірки сприяє збільшення її в'язкості, вроджена вузькість слухового ходу, екзостози. Сірка може мати домішок епідермісу, який злущується внаслідок запальних захворювань шкіри зовнішнього слухового ходу.

Клініка. Звичайно сірчаний корок протікає безсимптомно. Хворий звертається до лікаря після потрапляння у вухо води, коли сірчаний корок розмочується і набухає, повністю закупорюючи просвіт зовнішнього слухового ходу. Внаслідок цього слух хворого раптово погіршується. Можуть бути скарги на шум у вусі, відчуття розпирання або відчуття свого голосу нібито в голові – аутофонію.

Діагностика не представляє труднощів. Корок звичайно добре видно при отоскопії.

Лікування. Застосовується промивання зовнішнього слухового ходу за допомогою шприца Жане. Відтягуючи вушну раковину назад і догори, струмінь води спрямовують по задньо-верхній стінці слухового ходу. Вода повинна мати температуру тіла, щоб не спричинити калоричного подразнення лабіринту і не викликати запаморочення. Звичайно пробка легко вимивається. Зовнішній слуховий хід висушується за допомогою вати. На 2-3 години ставлять турунду з 3% борним спиртом. Якщо перше промивання не виявляється ефективним, рекомендується протягом 3-х днів закапувати у вухо 3% перекис водню по 2-3 рази на день, після чого повторити процедуру.

Необхідно пам'ятати, що при наявності сухої перфорації барабанної перетинки вода може потрапити у барабанну порожнину і спричинити загострення запального процесу. Тому перед промиванням вуха потрібно ретельно зібрати анамнез і в'яснити у хворого, чи не було в нього коли-небудь гноетечі з вуха. В цьому разі промивання протипоказане і сірчаний корок видаляють за допомогою тупого гачка.

Гострий гнійний середній отит – це гостре гнійне запалення слизової оболонки повітроносних порожнин середнього вуха.

Значення його полягає в тому, що:

- 1) часто зустрічається;
- 2) може призвести до стійкого зниження слуху;
- 3) переходить в хронічний;
- 4) може вести до розвитку внутрішньочерепних ускладнень.

Етіологія. Спричинюють гострий гнійний середній отит віруси і бактерії. Це віруси, які викликають гострі респіраторні захворювання, вірус грипу. Із бактерій це найчастіше стафілокок, стрептокок, пневмокок, гемофільна паличка, моракселла.

Патогенез. Захворювання розвивається на фоні зниженої опірності організму.

Інфекція проникає у середнє вухо наступними шляхами.

1. З порожнини носа через слухову трубу. Часто при гострому риніті.
2. Через зовнішній слуховий хід – коли порушується цілісність барабанної перетинки. Буває при розриві барабанної перетинки внаслідок травми.

Найчастіше після удару по вуху.

При свіжих розривах барабанної перетинки надають таку допомогу: під операційним мікроскопом зіставляють краї розірваної барабанної перетинки. Після чого вони зростаються.

3. Проникнення інфекції через кров – гематогенний шлях. Цей шлях є основним при інфекційних захворюваннях – грипі, скарлатині та ін.

Важливу роль в патогенезі гострого середнього отиту відіграє стан носу, носоглотки та приносних пазух. Аденоїди, хронічні риніти, викривлення перегородки носу, гнійні синуїти сприяють виникненню захворювання.

Клініка. Гострий гнійний середній отит характеризується бурхливим розвитком. Він має три стадії:

- неперфоративна;
- перфоративна;
- репаративна.

Симптоми гострого гнійного середнього отиту залежать від стадії.

1 стадія. Основна скарга хворого – пульсуючий, стріляючий, колючий біль у вусі. Біль відчувається в глибині вуха. Біль спричинений тим, що в барабанній порожнині утворюється гній. Він розпирає стінки барабанної порожнини, тисне на барабанну перетинку. Самопочуття хворого порушується. З'являється загальна слабкість. Погіршується сон і апетит. Підвищується температура тіла до 38-39 °С і вище. З'являються запальні зміни в аналізі крові. При отоскопії видно: спочатку з'являється почервоніння барабанної перетинки – гіперемія (мал. 19 (16)). Пізніше вона потовщується. Коли в барабанній порожнині накопичується багато гною, барабанна перетинка випинається назовні.

2 стадія. В цій стадії виникає перфорація – тобто прорив барабанної перетинки. З'являється гноетеча з вуха. Біль у вусі стихає, покращується загальний стан, падає температура тіла. При отоскопії буде видно пульсуючий рефлекс – гній виділяється через перфорацію краплями синхронно в такт пульсу.

3 стадія. Стихає запальний процес, зупиняється гноетеча. Барабанна перетинка набуває звичайного кольору. Але залишається зниженим слух. Слух відновлюється повільно. Невелика перфорація гоїться повністю, не залишаючи слідів. Велика перфорація може не закритись.

У немовлят гострий середній отит виникає частіше. Це зумовлене особливостями анатомічної будови вуха у них. Захворювання, як правило, починається раптово, вночі. Температура тіла дуже висока – 39-40°C. Дитина стає неспокійною, крутить головою, хапає рукою хворе вухо. Значно погіршується загальний стан. У немовлят може виникати блювота, шлунково-кишкові розлади (парентеральна диспепсія). З'являються менінгеальні симптоми (менінгізм).

При інфекційних захворюваннях перебіг гострого середнього отиту також має свої особливості. Найтяжчі зміни у вусі спостерігаються при скарлатині і кору. У вусі починається некроз. Розпадаються всі структури середнього вуха. Руйнуються слухові кісточки. Виділення із вуха стають сморідними.

При грипі виникає бульозно-геморрагічний отит. В барабанній порожнині накопичується кров. На барабанній перетинці і в кістковому відділі зовнішнього слухового ходу утворюються пухирі (були), котрі заповнені кров'яним вмістом. Приєднується сенсоневральна приглухуватість.

При туберкульозному отиті будуть множинні перфорації барабанної перетинки, гній з неприємним запахом.

Лікування гострого гнійного середнього отиту залежить від стадії захворювання.

1 стадія. Домашній або ліжковий режим. При важкому стані – госпіталізація. Дієта вітамінізована, що легко засвоюється. Призначаються антибіотики широкого спектру дії. Приміняються судиннозвужуючі краплі в ніс, знеболюючі препарати: аналгін, аспірін, парацетамол, фервекс. Призначають антигістамінні препарати (діазолін та інші), препарати кальцію. У вухо закачують 3% борний спирт, отінум, отіпакс. На самому початку захворювання, коли ще немає гною в барабанній порожнині, застосовують фізіопроцедури (УВЧ, ЛУЧ-2, лампа “Соллюкс”). В домашніх умовах використовують зігріваючий компрес, сухі теплі пов’язки, синє світло. Але коли з’являється гній в барабанній порожнині, ці фізіотерапевтичні процедури протипоказані.

Сильний біль у вусі, вип’ячування барабанної перетинки є показаннями для проведення тимпанопункції або парацентезу. У практиці з дорослими, звичайно, починають з тимпанопункції. Якщо вона малоефективна проводять парацентез. У молодшому дитячому віці починають з парацентезу. Ці маніпуляції проводять під місцевим знеболенням.

Тимпанопункція проводиться за допомогою тонкої голки з тупим зрізом, котра одягнена на шприць. Проколюється барабанна перетинка в ділянці задніх квадрантів. Вміст барабанної порожнини відсмоктується за допомогою шприця і потім промивається розчином антибіотиків та кортикостероїдів. Протрапляння розчину в носову частину глотки свідчить про те, що слухова труба прохідна.

Парацентез проводиться спеціальною списоподібною голкою, яка називається парацентезною. Барабанна перетинка проколюється на межі верхнього і нижнього задніх квадрантів, тому що там найбільша відстань до медіальної стінки.

Подальше лікування проводиться як у перфоративній стадії захворювання.

2 стадія. У перфоративній стадії отиту необхідно 2-3 рази на день проводити туалет вуха сухою ватою на вушному зондику. Для розм’якшення

гною використовують 3% перекису водню. В стаціонарах чи поліклініках звичайно туалет вуха проводиться за допомогою електровідсмоктувача. Після цього у вухо вводять 3% борний спирт, софрадекс, бівацин, гаразон, нормакс. Ліки використовують теплими у вигляді крапель або на турундах. Турунду потрібно глибоко вводити у зовнішній слуховий хід, аж до барабанної перетинки.

3 стадія. Лікування в репаративній стадії зводиться до реабілітації функції слуху. Проводиться продування вух за Політцером, катетерізація слухових труб, пневмомасаж барабанних.

Мастоїдит

Мастоїдит – це гнійне запальне захворювання кістки сосковидного відростка. Найчастіше виникає як ускладнення гострого середнього отиту, або розвивається при загостренні хронічного середнього отиту.

Виникненню захворювання сприяє знижена опірність організму. Нераціональне лікування гострого отиту – невчасно виконана тимпанопункція або пацентез – також призводять до розвитку мастоїдиту.

Клініка. Розрізняють загальні та місцеві симптоми мастоїдиту. Загальні симптоми такі ж самі, як при гострому гнійному середньому отиті. Підвищується температура тіла. Погіршується самопочуття. З'являються запальні зміни в аналізі крові. На відміну від гострого отиту, біль у вусі не стихає навіть коли є перфорація. Біль дуже інтенсивний, пульсуючий. Місцеві симптоми наступні.

1. Біль при натисканні соскоподібного відростка.
2. Припухлість соскоподібного відростка. Відстовбурчення вушної раковини.
3. Отоскопія: посилюється гноєтеча, відновлюється пульсація гною, гній стає густим. Характерний симптом: нависання задньо-верхньої стінки кісткового відділу зовнішнього слухового ходу (мал. 31(28)).

4. Іноді гній може проривати із сосковидного відростка назовні. При цьому розвивається субперіостальний абсцес. Він може приводити до утворення нориці, через яку сочиться гній.

Може бути атиповий (особливий) перебіг мастоїдиту. Тоді немає перфорації барабанної перетинки і гноетечі з вуха.

У дітей першого року життя будова сосковидного відростка має особливості, пневматизація обмежується тільки наявністю антрума. Тому у них говорять не про мастоїдит, а про антрит. Антрит – запалення слизової оболонки печери сосковидного відростка та остеомієміті периантральної ділянки

Цінні дані для уточнення діагнозу дає рентгенограма сосковидних відростків за Шюллером. Можна бачити вуаль, деструкцію і навіть порожнину.

Лікування. Розрізняють консервативне (медикаментозне) і хірургічне лікування мастоїдиту.

Консервативне лікування проводять так само, як і гострого середнього отиту в другій стадії. Проводять туалет вуха, дезинфікуючі краплі у вухо. Обов'язкове призначення антибіотиків. Антибіотики бажано вводити внутрішньом'язово: цефазолін, цефтріаксон, цефтазідім. Призначають протигарячкові ліки: еффералган, аспірин, парацетамол. Застосовують антигістамінні засоби (діазолін та інші), препарати кальцію, вітаміни.

При неефективності консервативного лікування показана операція – трепанація сосковидного відростка. Цю операцію називають антромастоїдотомія.

У випадку субперіостального абсцесу або розвитку внутрішньочерепних ускладнень операція має бути зроблена обов'язково, без вичікувань.

У немовлят для лікування антриту використовується антропункція. Антропункція – це прокол печери сосковидного відростка з діагностичною і лікувальною метою.

III. Лекція

1. Тема лекції. *Хронічне гнійне запалення середнього вуха: етіологія, патогенез, класифікація, обов'язкові ознаки, клініка, лікування.*

Тривалість – 2 академічні години.

2. Актуальність теми.

Хронічний гнійний середній отит, поширеність якого залишається достатньо високою, належить до тяжких захворювань вуха. Цей патологічний процес є однією з головних причин зниження слуху людини і, крім того, призводить до виникнення таких захворювань, як лабіринтит, парез лицьового нерва, внутрішньочерепні ускладнення.

Це зумовлює необхідність вивчення клініки, діагностики та принципів лікування цього захворювання, знання яких є необхідним у роботі лікарів даного профілю.

3. Мета лекцій. Вивчити етіологію, патогенез, патологічну анатомію, клініку двох основних форм хронічного гнійного отиту — мезотимпаніту і епітимпаніту; навчитися ставити діагноз хронічного гнійного середнього отиту, проводити диференціальну діагностику та визначати раціональну тактику лікування хворих; ознайомитися з хірургічними втручаннями на вусі — сануючими операціями вуха, тимпанопластикою.

4. Проблемні питання, які повинні бути відображені в лекціях.

1. Етіологія та патогенез хронічного гнійного середнього отиту.
2. Дві клінічні форми хронічного гнійного середнього отиту: мезо- та епітимпаніт.
3. Холестеатома: механізми утворення, можливі ускладнення.

5. Оснащення лекцій.

1) Перелік кодограм:

- тема лекції;
- актуальність проблеми;

- етіологія хронічного отиту;
- патогенез хронічного отиту;
- патологічна анатомія хронічного отиту;
- форми хронічного отиту;
- теорії утворення холстеатоми;
- механізм руйнування кістки холстеатоною;
- алергічна форма хронічного отиту;
- методи обстеження хворого на хронічний отит;

2) Перелік слайдів:

- мезотимпаніт;
- епітимпаніт;
- рентгенограма скроневої кістки за Шюллером.
- шляхи розповсюдження інфекції з вуха в порожнину черепа.

6. Основні теоретичні положення лекцій.

Хронічний гнійний середній отит

Хронічний гнійний середній отит – довготривале запальне інфекційне захворювання порожнин середнього вуха, яке має перебіг з періодами ремісій та загострень. Початок захворювання пов'язаний з гострим отитом, іноді перенесеним в дитинстві.

Значимість захворювання.

1. Призводить до розвитку приглухуватості.
2. Спричиняє парез лицевого нерва, лабіринтит.
3. Призводить до розвитку внутрішньочерепних ускладнень. Це має велику небезпеку для життя хворого.

Етіологія. Стафілокок або змішана мікробна флора, плісняві гриби.

Патогенез. Вісока вірулентність мікроорганізмів та ослаблення імунітету сприяє переходу гострого отиту в хронічний. Важливе значення в цьому має наявність інших супутніх захворювань. Певну роль відіграє стан

порожнини носа, приносних пазух та глотки. Нерідко рецидивуючий гострий гнійний середній отит переходить у хронічний.

Клініка. Обов'язковими ознаками є наступні.

1. Тривала гноетеча з вуха. Захворювання триває роками.
2. Стійка перфорація барабанної перетинки зі змозолілими краями.
3. Зниження слуху, шум у вусі.

Захворювання ділиться на дві форми: мезотимпаніт та епітимпаніт.

Мезотимпаніт є доброякісною формою хронічного отиту. При мезотимпаніті вражаються середній та нижній поверхи барабанної порожнини. Уражається тільки слизова оболонка.

Хворі скаржаться на гноетечу з вуха та зниження слуху. Біль у вусі з'являється тільки у період загострення. Загальний стан у період ремісії не порушений. Під час загострення гноетеча з вух посилюється. З'являється біль у вусі, загальне нездужання. Температура тіла підвищується. Визначаються запальні зміни в аналізі крові.

Діагноз встановлюється на підставі отоскопічної картини. У зовнішньому слуховому ході знаходиться слизово-гнійний вміст без запаху. Рідко виділення з вуха можуть мати неприємний запах. Це трапляється у неохайних хворих, при поганому проведенні туалету вуха. Після промивання та ретельного туалету вуха неприємний запах зникає. Барабанна перетинка має майже звичайний колір. Перфорація барабанної перетинки центральна або обідкова. Це означає, що навколо перфорації зберігається обід барабанної перетинки. Перфорація може бути велика. Тоді через неї можна оглянути барабанну порожнину. У барабанній порожнині буде видно гній, потовщену слизову оболонку. Можуть бути грануляції. Велика грануляція має назву вушного поліпа. Поліп може бути великим. Навіть може закупорювати зовнішній слуховий хід. Це призводить до затримки гною в порожнинах середнього вуха і веде до розвитку ускладнень. Невідкладною допомогою в такому випадку є видалення поліпу.

При мезотимпаніті погіршується слух. Порушується звукопроведення. Це можна виявити при аудіометричному дослідженні.

Епітимпаніт є недоброякісною формою хронічного отиту. При цій формі відбувається руйнування кісткових стінок порожнин середнього вуха. Це може призводити до тяжких ускладнень. При епітимпаніті обов'язково уражається верхній поверх барабанної порожнини. Можуть уражатись також і інші поверхи. Головною найбільш характерною рисою епітимпаніту є пошкодження не тільки слизової оболонки барабанної порожнини, але і кісткових утворень. Ураження кістки має назву карієсу.

Хворі пред'являють ті ж самі скарги, що і при мезотимпаніті. Крім цього, вони можуть скаржитись на головний біль і запаморочення. У період ремісії загальний стан задовільний. Під час загострення підвищується температура, з'являється біль у вусі. Хворий відчуває загальне нездужання. Посилується гноетеча з вуха. З'являються запальні зміни в аналізі крові.

Діагноз ставиться на підставі отоскопічної картини. При епітимпаніті в зовнішньому слуховому ході міститься гній. Кількість гною часто невелика. Гній завжди має неприємний запах. Це відбувається внаслідок карієсу кістки. Так само, як буває неприємний запах при карієсі зубів. Рясними виділення при епітимпаніті бувають в двох випадках. Перший – при нагноєнні холестеатоми. Другий – при екстрадуральному абсцесі, коли відбувається скопичення гною між кісткою і твердою мозковою оболонкою. Виділення при цьому рясні, швидко з'являються після туалету вуха, мають сморідний запах. В таких випадках вухо треба оперувати обов'язково.

Перфорація барабанної перетинки при епітимпаніті крайова. Вона доходить до кісткового барабанного кільця. Перфорація обов'язково охоплює ненатягнуту (верхню) частину барабанної перетинки.

Характерним для епітимпаніту є наявність ходу в надбарабанний простір. Проводять зондування перфорації зондом Воячека. Якщо хід є, то зонд легко провалюється в аттик.

Одним із ускладнень епітимпаніту є холестеатома. Це нашарування лусочок епідерміса та холестерину. Має оболонку. Холестеатома у вусі є продуктом запалення. Часто вона нагноюється. Небезпека холестеатоми в тому, що вона руйнує кістку. Залежно від напрямку росту холестеатоми вона може зруйнувати канал лицевого нерва, зовнішній півколовий канал, верхню стінку барабанної порожнини чи сосковидного відростка. Тоді виникає парез лицевого нерва, лабіринтит або внутрішньочерепні ускладнення. Обличчя людини стає асиметричним.

Допомагає виявити холестеатому рентгенологічне дослідження. Роблять знімок скроневої кістки в укладці за Шюллером.

Ураження слуху при епітимпаніті виражене більше, ніж при мезотимпаніті. Крім порушення звукопроведення, має місце порушення звукосприйняття. Це виявляється при аудіометрії.

У більшості хворих хронічний гнійний середній отит має алергічний компонент.

У комплексне дослідження хворого на хронічний гнійний середній отит мають входити консультації невропатолога та окуліста. Це необхідно для того, щоб вчасно діагностувати виникнення внутрішньочерепних ускладнень. Обов'язково має бути проведена рентгенографія скроневої кістки та аудіометрія.

ДЕНЬ ДРУГИЙ

I. Практичне заняття

1. Тема. *Хронічний гнійний середній отит, етіологія, патогенез, класифікація, обов'язкові ознаки, клініка. Лабіринтит: класифікація, клініка. Показання до направлення на консультацію до отоляринголога, термінової госпіталізації.*

Тривалість - 2 академічні години.

2. Мета заняття.

Вивчити етіологію, патогенез, патологічну анатомію, клініку двох основних форм хронічного гнійного отиту — мезотимпаніту і епітимпаніту; навчитися ставити діагноз хронічного гнійного середнього отиту, лабіринтиту, проводити диференціальну діагностику цих захворювань. Навчались визначати раціональну лікувальну тактику хронічних гнійних отитів.

3. Оснащення заняття.

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.
2. Вушний зонд з іадрізкою і зонд Воячека, вушний пінцет, шприц Жане, вушна петля, набір вушних інструментів для загальнопорожнинної операції на вусі та тимпаноластики.
3. Операційний мікроскоп.
4. Схеми, таблиці, слайди, муляжі, рентгенограми соско видних відростків, комп'ютерні та магнітно-резонансні томограми.
5. Питання для самопідготовки та опитування.
6. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

4. Головні питання за темою заняття:

1. Етіологія та патогенез хронічного гнійного середнього отиту.
2. Дві клінічні форми хронічного гнійного середнього отиту: мезо- та

епітимпаніт.

3. Холестеатома: механізми утворення, можливі ускладнення.
4. Етіологія та патогенез лабіринтиту.
5. Поділ лабіринтитів залежно від шляху проникнення інфекції у внутрішнє вухо (тимпаногенний, менінгогенний, гематогенний, травматичний).
6. Патоморфологічні форми лабіринтиту: серозний, гнійний, некротичний;
7. Клінічні форми лабіринтитів: обмежений лабіринтит, гострий дифузний серозний лабіринтит, гострий дифузний гнійний лабіринтит, некротичний лабіринтит; їх диференціальна діагностика.
8. Принципи консервативного лікування хронічного гнійного отиту.
9. Принципи хірургічного лікування хворих на гнійний епітимпаніт.
10. Основні принципи консервативного та хірургічного лікування різних клінічних форм лабіринтиту.

5. Структура практичного заняття.

1. Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою- 5 хилин
2. Розкриття головних теоретичних положень теми- 15 хилин.
3. Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими)- 20 хилин.
4. Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми - 5 хвилин.

6. Перелік практичних навичок, необхідних для опанування теми:

1. проведення отоскопії;
2. проведення туалету вуха.

7. Основні теоретичні положення за темою практичного заняття:

Лікування хронічного гнійного середнього отиту.

До загальних лікувальних заходів належить загартування організму. Проводяться заходи по зміцненню загальної реактивності організму. Призначають препарати кальцію, вітаміни, протиалергічні препарати, застосовують пантокрін, китайський лимонник, елеуттерокок. Показане

загальне опромінення ультрафіолетовими променями, раціональне харчування.

Антибіотики застосовуються лише у період загострення процесу.

Обов'язково обстежують ніс, носо- та ротоглотку, приносіві пазухи.

При необхідності ці органи санують.

Місцеве лікування хронічного гнійного отиту складається з двох етапів.

1. Туалет вуха.
2. Введення в барабанну порожнину лікарських засобів.

Перед проведенням місцевого лікування видаляються грануляції і поліпи з барабанної порожнини, якщо вони є. Великі грануляції або вушні поліпи видаляють конхотомом, кюреткою або петлею. Невеликі грануляції припікають ляпісом.

1 етап. Туалет вуха. Закапують у вухо 3% розчин перекису водню. Гній видаляють за допомогою вушного зонда та вати. Можна вимивати гній з барабанної порожнини дезинфікуючими розчинами. Це розчини етаклідіна лактата, фурациліна, марганцевокислого калію, борної кислоти, хлорофіліпта. Для розм'якшення гною промивають вухо ферментами: трипсіном, хемопсіном, рібонуклеазою, шлунковим соком. При великій перфорації промивання здійснюють за допомогою шприца Жане. Для промивання надбарабанного простору використовують канюлю Гартмана. Після промивання вухо ретельно висушують за допомогою вушного зонда з ватою, або тупої канюлі, з'єднаної з електровідсмоктувачем. Ретельний туалет вуха є запорукою успішного лікування.

2 етап. Введення у барабанну порожнину лікарських засобів. У барабанну порожнину вводять речовини у таких лікарських формах: 1) розчини (краплі); 2) порошки; 3) мазі. Головним чином це антисептики та висушуючі засоби.

Використовують спиртові розчини: 3% борний спирт, 5% спиртовий розчин сульфацила-натрія, 5% саліциловий спирт, 1% спиртовий розчин хлорофіліпта, 1% спиртовий розчин новокаїна, 2,5% спиртовий розчин граміцидіна, спиртові розчини часнику та цибулі. Гарний ефект дає використання соку алое, ромашки (ромузулан), чистотілу, 1%, 5%, 10% розчинів сульфаніламідів. Розчини антибіотиків призначають після отримання результату аналізу мікрофлори з вуха на чутливість до антибіотиків. Із успіхом використовуються в'яжучі засоби: 1-2% азотнокисле срібло, срібна вода, трихлороцтова кислота.

Після проведення туалету вуха в барабанну порожнину можна вдувати порошки: йодоформу, ксероформу, борної кислоти, антибіотиків, сульфаніламідів. Вдування проводять обережно, щоб не було надлишку порошку.

Гнійний середній отит *грибкового* походження є різновидом отомікоза. При його лікуванні використовують генціан віолет (синьку), рідину Кастелляні, бриліантову зелень, нітрофунгін, резорциновий спирт, флавофунгін, ністатінову мазь, клотримазол, амфотерицин В, низорал, дифлюкан.

При алергічних проявах отиту використовують 5% розчин дімедролу, дексаметазон (очні краплі), мазі – оксикорт, флуцинар, лоринден С, гідрокортизонова, преднізолонова.

При лікуванні хронічного гнійного середнього отиту використовують різноманітні фізіотерапевтичні процедури. Це електрофорез ендоназально з дімедролом, хлористим кальцієм, антибіотиками. Призначають електрофорез ендаурально з антибіотиками, 1-2% розчином азотнокислого срібла. На вухо призначають УВЧ, ЛУЧ-2, аероіонотерапію. Застосовують грязелікування: аплікації грязі на сосковидний відросток. Використовувати грязелікування можна тільки в період ремісії. При отомікозі призначають ендаурально гелій-неоновий лазер, КУФ.

Лікарські речовини, що вводять у вухо, слід замінювати кожні 2-3 тижня. Тривале використання спиртових розчинів небажане.

Головна рекомендація хворим на хронічний гнійний отит – берегти вухо від води. Під час купання або миття голови хворий повинен закривати вухо ватою, просоченою вазеліною, оливковою, або будь-якою іншою олією.

Описане лікування запроваджується частіше всього при мезотимпаніті.

При епітимпаніті можна також почати з консервативного лікування. Однак основним методом при епітимпаніті є хірургічний.

В хірургічному лікуванні хронічних гнійних середніх отитів розрізняють два види операцій.

1. Сануючі операції. Основною сануючою операцією є радикальна операція. Вона ліквідує гнійне вогнище у вусі. Її мета – запобігти виникненню отогенних ускладнень.

2. Слухопокращуючі операції – тимпаноластика. Їх метою є покращити слух. Розрізняють 5 типів тимпаноластики за Вульштейном.

Лабіринтит

Одним із ускладнень гострого та хронічного гнійного середнього отиту є лабіринтит. *Лабіринтит* є запальним інфекційним захворюванням внутрішнього вуха. Інфекція з порожнини середнього вуха проникає у внутрішнє вухо і викликає в ньому запальний процес. Рідко лабіринтит може виникати внаслідок менінгіту або інфекційних захворювань (наприклад, епідемічного паротиту).

Етіологія. Безпосередньою причиною лабіринтиту є мікроби – збудники гострого і хронічного гнійного середнього отиту. Некротичний лабіринтит виникає звичайно при туберкульозному або скарлатинозному отиті.

Класифікація. Розрізняють гострий та хронічний лабіринтит. Виділяють наступні форми гострого та хронічного лабіринтиту:

- 1) серозний;
- 2) гнійний;
- 3) некротичний.

В свою чергу, хронічний лабіринтит підрозділяється на:

- 1) обмежений;
- 2) дифузний.

Під дифузним лабіринтитом потрібно розуміти процес, який охоплює всі структури внутрішнього вуха. Під обмеженим – процес, який охоплює тільки частину лабіринту. Обмежений лабіринтит буває, коли в бічному півколовому каналі є фістула (нориця). Норича утворюється внаслідок карієсу.

Охарактеризуємо окремі форми лабіринтиту.

Обмежений лабіринтит. Зустрічається при хронічному гнійному середньому отиті, ускладненому карієсом і холестеатомою. Кісткова капсула бічного півколового каналу поступово руйнується з утворенням норичі.

Клініка. Хворий пред'являє скарги на періодичні запаморочення, які супроводжуються нудотою або блювотою, порушенням рівноваги. В період змальованих симптомів може з'явитися ністагм – горизонтальне ритмічне пошарпування очних яблук. Ністагм спрямований в бік хворого вуха. При запамороченні хворий скаржиться на обертання навколишніх предметів або власного тіла в якому-небудь одному напрямку.

Наступною важливою ознакою є фісткульний симптом. При надавленні пальцем на козелок з'являється ністагм. Цей ністагм має назву пресорного. Очні яблука починають пошарпуватись в бік хворого вуха. Іноді ністагм з'являється при очистці вуха ватним тампоном. Хворий в цей момент відчуває запаморочення. Ністагм, спричинений подразненням лабіринту,

супроводжується запамороченням, нудотою та відхиленням або падінням в бік, протилежний хворому вуху.

При обмеженому лабіринтиті слух може бути не порушений. Зниження слуху тут буде залежати від наявності запального процесу в середньому вусі. Вестибулометричне дослідження дозволяє підтвердити діагноз.

Після сануючої операції на вусі процес, як правило, припиняється. Самовиліковування без операції спостерігається рідко.

Гострий дифузний серозний лабіринтит.

Може розвинутих при гострому середньому отиті або загостренні хронічного гнійного середнього отиту.

Клініка. Порушується слухова і вестибулярна функція. Характерне виражене пониження слуху. З'являється ністагм. Спочатку він буде спрямований в бік ураженого вуха, потім міняє свій напрямок і стає спрямованим в протилежний бік. З'являється запаморочення, нудота і блювота. Порушується рівновага. Вестибулярні симптоми виражені різко. При зміні положення голови – коли хворий робить спробу поворухнути головою над подушкою – запаморочення посилюється і супроводжується блювотою. При запамороченні хворий відчуває обертання предметів або свого тіла в один певний бік. Підтвердити діагноз дозволяє вестибулометрія.

Гострий дифузний гнійний лабіринтит.

Ця форма лабіринтиту є надзвичайно важкою і за перебігом, і за наслідками. Завжди закінчується повною втратою слуху та вестибулярної функції. Крім того, він небезпечний можливістю виникнення внутрішньочерепних ускладнень. Спричиняє менінгіт та абсцес мозочка.

Клініка. Початок та перебіг захворювання бурхливий. Основними симптомами є виражене запаморочення, нудота і блювота, різке порушення рівноваги, спонтанний ністагм. Повна і безповоротна втрата слухової та вестибулярної функції настає через короткий час. В цьому полягає відмінність гнійного лабіринтиту від серозного. На самому початку при

гнійному лабіринтиті з'являється ністагм у бік ураженого вуха. Але вже через декілька годин ністагм змінює свій напрямок.

При несприятливому перебігу можуть виникнути ускладнення – менінгіт, абсцес мозочка.

Некротичний лабіринтит.

Спостерігається переважно при скарлатинозному та туберкульозному отиті, іноді при кору. З появою антибіотиків зустрічається як виняток.

Клініка некротичного лабіринтиту аналогічна клініці гнійного лабіринтиту, але перебіг ще більш важкий.

Некротичний лабіринтит є показником до операції на вусі з втручанням на лабіринті.

Лікування обмеженого лабіринту. При загостренні процесу призначається ліжковий режим, антибіотики, сульфаніламід, дегідратація. Проводиться сануюча операція на середньому вусі.

Лікування гострого дифузного серозного лабіринтиту. Призначається спокій, протизапальна та збезводнююча терапія. При гострому середньому отиті медикаментозне лікування нерідко приводить до видужання. При мастоїдиті та хронічному гнійному середньому отиті показане хірургічне лікування. Роблять сануючу операцію на середньому вусі. Якщо її не зробити, можуть виникати внутрішньочерепні ускладнення. Операція проводиться не відстрочуючи, на фоні лікування антибіотиками.

Лікування гострого дифузного гнійного лабіринтиту. Робиться сануюча операція вуха на фоні призначення антибіотиків.

8. Ситуаційні задачі для підсумкового контролю знань студентів.

Задача 1

Хворий, 46 років, скаржиться на гнійні виділення з лівого вуха, знижений слух. Хворіє 7 років. Неодноразово лікувався в стаціонарі та амбулаторно. Дані отоскопії: в лівому зовнішньому слуховому ході — слизово-гнійні виділення; ниркоподібний дефект барабанної перетинки в

нижніх квадрантах, навколо якого є залишок барабанної перетинки; слизова оболонка барабанної порожнини гіперемована, набрякла. Інші ЛОР-органи без істотних змін. Шепітну мову правим вухом сприймає з 6 м, лівим — з 3 м.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) назвати захворювання, з яким потрібно провести диференціальну діагностику;
- г) призначити лікування.

Задача 2

Хвора, 54 років, скаржиться на гноєтечу з правого вуха протягом багатьох років, зниження слуху. Пацієнтка багато лікувалась амбулаторно і стаціонарно. Хворій було запропоновано хірургічне лікування, від якого вона відмовилась. Дані отоскопії: у правому вусі — незначна кількість гнійних виділень із неприємним запахом, крайовий дефект барабанної перетинки в задньоверхньому квадранті. Шепітну мову правим вухом сприймає з відстані 1,5 м, лівим — 6м.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) вказати об'єктивні дані та проби, які Підтверджують діагноз;
- в) назвати захворювання, з яким потрібно провести диференціальну діагностику;
- г) визначити лікувальну тактику.

Задача 3

Хвора, 45 років, скаржиться на біль у лівому вусі, значні гнійні виділення, зниження слуху, підвищення температури до 37,7 °С. Страждає на гноєтечу з лівого вуха після вренесеного в дитинстві

кору. Неодноразово лікувалась амбулаторно і стаціонарно. Два тижні тому хвора застудилась, і процес у вусі загострився. Дані отоскопії: у зовнішньому слуховому ході зліва значна кількість гною з неприємним запахом, барабанна перетинка тотально зруйнована, грануляції на медіальній стінці барабанної порожнини, у верхніх відділах — білі епідермальні маси. Слизова оболонка барабанної порожнини гіперемована. Лівий соскоподібний відросток звичайної форми. Інші ЛОР-органи без змін.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати патогномонічні симптоми;
- в) назвати захворювання, з яким потрібно провести диференціальну діагностику;
- г) скласти план лікування хворого.

Задача 4

Хвора, 56 років, госпіталізована до ЛОР-відділення зі скаргами на запаморочення, хиткість під час ходи, слизово-гнійні виділення із правого вуха. Хворіє на хронічний середній отит протягом 20 років. Два дні тому назад збільшились слизово-гнійні виділення з неприємним запахом у правому зовнішньому слуховому ході, вперше з'явилися запаморочення та хиткість ходи. Дані отоскопії: у зовнішньому слуховому ході праворуч слизово-гнійні виділення з неприємним запахом, барабанна перетинка рожева з крайовою перфорацією в передньоверхньому квадранті. Виявлена позитивна фістульна проба, горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм під час погляду вправо. Під час ходьби відхиляється вліво, в позі Ромберга падає вліво.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;

в) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;

г) призначити лікування.

Задача 5

Хворий, 32 роки, скаржиться на різкий біль у правому вусі, значні гнійні виділення з нього, підвищення температури тіла до 38,5 °С, запаморочення, зниження слуху. Хворіє 5-й день. Об'єктивно: спонтанний горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм при погляді вправо і прямо, під час ходьби відхиляється ліворуч, в позі Ромберга падає ліворуч. Шепітну мову правим вухом сприймає біля вушної раковини, лівим — з відстані 5 м. Дані отоскопії: у правому слуховому ході слизово-гнійний вміст, пульсуючий рефлекс, барабанна перетинка гіперемована, набрякла, інфільтрована.

Завдання:

а) встановити діагноз;

б) вказати симптоми, що підтверджують діагноз;

в) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;

г) скласти план лікування хворого.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Задача 1

а) хронічний лівобічний гнійний мезотимпаніт;

б) давність захворювання, постійні гнійні виділення з вуха, зниження слуху, наявність стійкої центральної перфорації лівої барабанної перетинки;

в) хронічний епітимпаніт;

г) лікування консервативне: протизапальна терапія, промивання вуха антисептиками, фізіотерапевтичне лікування.

Задача 2

а) хронічний правобічний гнійний епітимпаніт;

б) давність захворювання, гноетеча, неприємний запах гною, зниження слуху, наявність крайової перфорації барабанної перетинки в задньоверхньому квадранті;

в) хронічний гнійний мезотимпаніт;

г) показане хірургічне лікування – загальнопорожнинна радикальна операція з тимпанопластикою.

Задача 3

а) загострення хронічного лівобічного гнійного епітимпаніту, ускладненого холестеатомою, що нагноїлася, грануляціями, карієсом кістки середнього вуха;

б) давність захворювання, загострення після перенесеної респіраторної інфекції, значна гноетеча, зниження слуху, підвищення температури тіла, тотальна перфорація барабанної перетинки, наявність на медіальній стінці барабанної порожнини грануляцій, а у верхніх її відділах – холестеатоми;

в) хронічний гнійний мезотимпаніт;

г) лікування хірургічне — загальнопорожнинна радикальна операція, активна протизапальна терапія.

Задача 4

а) загострення хронічного гнійного епітимпаніту праворуч, ускладненого гострим серозним обмеженим лабіринтитом;

б) хворіє протягом 20 років, наявність виділень з вуха з неприємним запахом, запаморочення, відхилення під час ходьби, нестійкість у позі Ромберга, позитивна фістульна проба, й отоскопії — крайова перфорація барабанної перетинки у передньоверхньому квадранті;

в) дифузний лабіринтит;

г) сануюча операція на середньому вусі праворуч.

Задача 5

а) гострий гнійний перфоративний середній отит праворуч, ускладнений гострим дифузним серозним лабіринтитом;

б) гострий початок захворювання, тяжкий стан хворого, висока температура тіла, наявність ознак гострого середнього отиту, наявність спонтанного горизонтального дрібнорозмашистого ністагму II ступеня, направленою праворуч, відхилення вліво під час ходьби та в позі Ромберга;

в) хронічний гнійний середній отит і гнійний лабіринтит;

г) інтенсивна протизапальна, дегідратаційна та дсінтоксикаційна терапія, за неефективності — антромастоїдотомія.

II. Практичне заняття

1. Тема. *Негнійні захворювання вуха. Діагностика туговухості, глухоти; диференційна діагностика шумів у вухах, запаморочення. Показання для направлення на консультацію ЛОР, сурдолога, невролога.*

Тривалість заняття - 2 академічні години.

2. Актуальність теми.

Негнійні захворювання вуха трапляються порівняно часто і нерідко призводять до вираженої приглухуватості. Порушення слуху позначається також на соціальній сфері, оскільки нерідко змушує людину відмовлятися від своєї професії. Приглухуватість часто супроводжується

неприємним шумом у вухах. Втрата слуху в ранньому дитячому віці може призводити до глухонімоти. Ураження вестибулярного апарату зумовлює втрату працездатності, навіть призводить до інвалідності.

3. Мета заняття.

Навчитися ставити діагноз катару середнього вуха, сенсоневральної приглухуватості, отосклерозу, хвороби Мен'єра, проводити

диференціальну діагностику та визначати раціональну тактику лікування хворих.

4. Інтерни повинен знати.

1. Етіологію та патогенез катару середнього вуха, сенсоневральної приглухуватості, отосклерозу, хвороби Мен'єра.
2. Клініку та діагностику цих захворювань.
3. Принципи їх лікування та профілактики.

5. Інтерн повинен уміти.

1. Серед скарг та даних анамнезу хвороби вибрати симптоми, які дозволяють запідозрити наявність катару середнього вуха, сенсоневральної приглухуватості, отосклерозу, хвороби Мен'єра.
2. Провести отоскопію, оцінити стан зовнішнього вуха, барабанної перетинки. Оцінити і співставити найбільш інформативні та об'єктивні ознаки, що притаманні для даних захворювань.
3. Виконати дослідження слуху за допомогою мови та камертонів, оцінити дані аудіометричного дослідження.
4. Виконати дослідження вестибулярної функції, оцінити дані вестибулометрії.
5. Оцінити дані рентгенологічного дослідження скроневої кістки за методом Стенверса, а також за допомогою комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії.
6. Скласти план лікування хворого на катар середнього вуха, сенсоневральну приглухуватість, отосклероз, хворобу Мен'єра.
7. Надати допомогу під час нападу хвороби Мен'єра.
8. Уміти виконати пневмомасаж барабанної перетинки, продування слухових труб за методикою А. Політцера, мати уявлення про методику катетеризації слухової труби.

6. Оснащення заняття..

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.
2. Набір камертонів, вушний катетер, пневматична лійка, балон Політцера, шприц Жане, отоскоп.
3. Схеми, таблиці, слайди, муляжі.
4. Питання для самопідготовки та опитування.
5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

7. Структура заняття..

- 1) Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою- 5 хвилин
- 2) Розкриття головних теоретичних положень теми - 15 хвилин.
- 3) Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 20 хвилин.
- 4) Вирішення інтернами ситуаційних питань за темою заняття – 20 хвилин;
- 5) Написання інтернами рефератів з окремих питань заняття – самостійна домашня робота.

8. Перелік головних питань за темою заняття.

- 1) Катар середнього вуха: причини виникнення, патогенез.
- 2) Клініка катару середнього вуха, діагностика.
- 3) Ексудативний отит як різновид катару середнього вуха.
- 4) Лікування і профілактика катару середнього вуха.
- 5) Сенсоневральна приглухуватість: етіологія, патогенез, патологоанатомічні зміни.
- 6) Клінічна картина і діагностика сенсоневральної приглухуватості.
- 7) Лікування і профілактика сенсоневральної приглухуватості.
- 8) Слухопротезування.
- 9) Отосклероз: етіологія, патогенез, патологогістологічні зміни.
- 10) Клініка отосклерозу.
- 11) Діагностика отосклерозу.

- 12) Лікування отосклерозу.
- 13) Причини розвитку хвороби Мен'єра, патогенез і патолого-анатомічні зміни.
- 14) Клініка та діагностика хвороби Мен'єра.
- 15) Лікування хвороби Мен'єра, надання допомоги при гострій вестибулярній дисфункції.
- 16) Хірургічне лікування хвороби Мен'єра.

9. Теоретичні положення заняття..

Негнійні захворювання вуха

До захворювань, об'єднаних загальною назвою “Негнійні захворювання вуха” відносяться такі.

1. Гострий та хронічний катар середнього вуха.
2. Отосклероз.
3. Сенсоневральна приглухуватість.
4. Хвороба Мен'єра.

Для цих захворювань є спільними такі прояви:

- 1) зниження слуху;
- 2) шум у вухах;
- 3) відсутність ознак гнійного запалення вух.

В той же час, ці захворювання суттєво відрізняються між собою.

Катар середнього вуха. Ексудативний отит

В основі цього захворювання лежить порушення функції слухової труби.

Катар середнього вуха є захворюванням, яке характеризується катаральним запаленням слизової оболонки середнього вуха, закриттям просвіту слухової труби, зниженням слуху та, дуже часто, наявністю рідини в середньому вусі.

Патогенез. Як відомо, слухова труба з'єднує порожнину середнього вуха з порожниною носа. Захворювання порожнини носа – риніт, синусит, аденоїди – спонукають виникнення захворювання. Слизова оболонка

слухової труби потовщується. Порушується прохідність слухової труби. Повітря в барабанну порожнину не поступає, або поступає недостатньо. Це призводить до втягнення барабанної перетинки. Слизова оболонка середнього вуха набрякає. Нерідко це призводить до продукції рідини. Рідина має назву ексудат. Вона накопичується в середньому вусі. В цьому випадку розвивається *ексудативний отит*. В його виникненні важливе місце має алергія. Якщо перебіг ексудативного отиту тривалий, в барабанній порожнині можуть утворюватись злуки. Тоді виникає адгезивний отит.

Клініка катару середнього вуха. Основними скаргами хворого є зниження слуху та шум у вусі. Шум низькочастотний – він нагадує шум моря, шум лісу. Хворі можуть скаржитись на відчуття закладання вуха та переливання в ньому рідини. При ковтанні, чханні, висякуванні носа або самовільно слух може то покращуватись, то погіршуватись. Зрідка у хворих виникає незначний біль у вухах. Загальний стан хворого майже не страждає.

При отоскопії барабанна перетинка має сірий або сіро-рожевий колір, втягнута. При ексудативному отиті через барабанну перетинку може просвічувати рівень рідини або пухирці повітря в рідині.

При аудіометрії виявляють зниження слуху за типом порушення звукопровідності. Надзвичайно важливу інформацію ми отримуємо при імпедансометрії. Імпедансометричне дослідження дозволяє відрізнити дисфункцію слухової труби і ексудативний отит, виключити інші захворювання вуха.

Лікування катару середнього вуха. Призначають судиннозвужуючі краплі в ніс (нафтизин, мезатон, назол та інші). Призначають антигістамінні препарати, препарати кальцію, вітаміни. Із фізіопроцедур – синє світло, солюкс, УВЧ, ЛУЧ-2 на вухо, електрофорез в ніс з хлористим кальцієм, дімедролом та антибіотиками.

Для відновлення прохідності слухової труби здійснюють продування вух за Політцером. Якщо це неефективне, то здійснюють катетерізацію слухових труб. Через катетер в середнє вухо вводять різні ліки. Роблять пневмомасаж барабаних перетинок за допомогою лійки Зігле.

При наявності ексудату в барабанній порожнині роблять тимпанопункцію. Якщо ексудат накопичується знов, роблять парацентез та шунтування барабанної порожнини. Шунт може стояти у вусі протягом декількох місяців.

При адгезивному отиті внутрішньом'язево вводять лідазу, або застосовують електрофорез з лідазою на ділянку сосковидного відростка.

Обов'язковою умовою лікування катару середнього вуха є санація порожнини носа, приносних пазух та глотки.

Отосклероз – це вогнищеве дистрофічне враження кісткової капсули вушного лабіринту. При цьому захворюванні стає нерухомим стремено. Хвороба є генетично (спадково) обумовленою. Частіше на отосклероз хворіють жінки.

Клініка. Зниження слуху та постійний, гучний, набридливий шум у вухах. Цей шум хворі переносять дуже важко. Важче, ніж при інших захворюваннях. Шум має низькочастотний характер. Хворі порівнюють його з дирчанням трактора. Зниження слуху частіше буває двобічним, але іноді може бути однобічним.

Для отосклерозу характерні такі симптоми.

1. Покращення слуху при перебуванні хворого в шумному оточенні.
2. Зниження розбірливості мови при ковтанні та жуванні.

Частина хворих на отосклероз скаржиться на короткочасне запаморочення при русі, швидких нахилах та відкиданні голови.

Отосклероз має характерну отоскопічну картину. Зовнішні слухові ходи широкі. Шкіра в кістковій частині зовнішнього слухового ходу стоншена. Вона легко травмується. Відсутня вушна сірка. Барабанна

перетинка витончена. Крізь неї просвічує зовнішня стінка барабанної перетинки, яка нагадує рожеву пляму.

Діагноз отосклерозу ставиться за результатами дослідження слуху. Характерна аудіограма з порушенням звукопроведення. Пізніше з'являється порушення звукосприйняття. Цінну інформацію дає імпедансометричне дослідження. Імпедансометрію цим хворим треба робити обов'язково. Як допоміжний метод використовують вестибулометрію.

Лікування. Основним методом лікування отосклерозу є хірургічний. Операцію виконують під мікроскопом за допомогою тонких хірургічних інструментів.

Консервативне лікування малоефективне. Воно здійснюється тільки тоді, коли операція по якійсь причині не може бути проведена. Призначають фтористий натрій всередину протягом 1-3 років. Дають електрофорез фтористого натрію з вітаміном С на сосковидний відросток та у вухо. Призначають електрофорез сульфату магнію у вухо.

Сенсоневральна приглухуватість – захворювання внутрішнього вуха. Вона характеризується порушенням звукосприймального апарату. Частіше вражаються клітини завитки.

Етіологія. Причини захворювання можуть бути різні.

1. Інфекція: ГРВІ, грип, менінгіт, сифіліс, епідемічний паротит. Дуже часто – гострий середній отит.

2. Токсичні враження:

а) промисловими отрутами – ртуть, свинець, фосфор, миш'як, бензин;

б) лікарськими речовинами – хінін, саліцилати, гентаміцин, стрептоміцин, канаміцин, неоміцин, амікацин.

3. Травма: перелом основи черепа, баротравма у водолазів, акустична травма – пошкодження голосним звуком, вібраційна травма.

4. Судинні розлади: гіпертонічна хвороба, атеросклероз, шийний остеохондроз.

5. Стареча приглухуватість – після 60-70 років.

6. Внутрішньочерепні пухлини.

7. Алергія.

8. Спадкові захворювання.

9. Вроджені вади розвитку.

Клініка. Основними скаргами є зниження слуху та шум у вухах. Шум високочастотний, нагадує тонкий писк, дзвін, тріщання. Рідко хворі можуть відмічати запаморочення та втрату рівноваги. Загальний стан пацієнта не страждає. При отоскопії змін немає. В зв'язку з цим існує жарт, що при нейросенсорній приглухуватості лікар нічого не бачить, а хворий нічого не чує.

Діагноз ставлять на основі дослідження слуху. Основним методом діагностики є тональна порогова аудіометрія. На аудіограмі виявляються порушення звукосприйняття. Імпедансометрія дозволяє підтвердити діагноз.

Лікування. Ефективність лікування залежить від давності захворювання. Якщо нейросенсорна приглухуватість виникла гостро, раптово, хворі підлягають невідкладній госпіталізації. При хронічній нейросенсорній приглухуватості медикаментозне лікування буває неефективним.

Лікування має бути комплексним. Складається воно з багатьох компонентів.

1. Усунення причини захворювання.
2. Призначення медикаментозної протиневритної терапії:
 - 1) вітаміни групи В, А, Е;
 - 2) кокарбоксілаза;
 - 3) АТФ;
 - 4) алое, фібс, апілак;

- 5) нікотинова кислота, папаверін, дібазол;
- 6) трентал, цинаризін, стугерон;
- 7) прозерин, галантамін;
- 8) унітіол;
- 9) магнезії сульфат;
- 10) гепарин;
- 11) преднізолон;
- 12) реополіглюкін;
- 13) кавінтон;
- 14) 5% розчин глюкози, фізіологічний розчин;
- 15) етрома –30;
- 16) предуктал;
- 17) танакан.

Примінення таблеток етроми-30 і предукталу може замінити внутрішньовенне – крапельне введення реополіглюкіну та кавінтону і внутрішньом'язове введення нікотинової кислоти.

3. Гіпербарична оксигенація.
4. Рефлексотерапія – голкорексотерапія, лазеропунктура.
5. Магнітотерапія.

При неефективності цих методів застосовують:

1. Реедукація (“виховання”) слуху.
2. Слухопротезування. Призначають слухові апарати.
3. Полісенсорне навчання. Навчають читання по губах і т.п.
4. Електронне протезування завитки. Практично глухим людям

вживляють в завитку електрди, котрі з'єднані з спеціальним пристроєм.

Хвороба Мен'єра

Це захворювання вперше було описане в минулому столітті французьким лікарем Мен'єром. *Хвороба Мен'єра* – це захворювання внутрішнього вуха, яке проявляється приступами запаморочення, шумом

у вусі та зниженням слуху. Причиною захворювання є гідропс (водянка) лабіринту.

Клініка. Клінічно захворювання проявляється приступами запаморочення. Вони виникають раптово. Супроводжуються порушенням рівноваги, нудотою, блюванням. В момент приступу змінюється серцева діяльність. Шкіра хворого блідне. Він вкривається холодним потом. Ці прояви супроводжуються погіршенням слуху. Хворий відчуває закладеність у вусі, шум. Ураження може бути як однобічне, так і двобічне. Якщо в міжприступному періоді слух був знижений, то під час приступу він ще більше погіршується. Характерним є те, що слухові порушення передують розладам рівноваги. Тобто може виникати слухова аура, яка передує приступу запаморочення. Така аура підказує хворому, що скоро почнеться приступ. Під час приступу у хворого можна побачити спонтанний ністагм.

Приступи звичайно тривають декілька годин. Можуть бути менше години, а можуть тривати і декілька тижнів. Найчастіше приступ триває 2-8 годин. Між приступами обов'язково існують періоди ремісії. Тривалість міжприступного періоду може бути різною. Приступи можуть бути щодня, а може бути один приступ на декілька років. В міжприступному періоді явища запаморочення повністю зникають. Однак слух залишається зниженим і з кожним приступом погіршується.

Допомагає встановити діагноз аудіометрія, імпедансометрія, вестибулометрія. На аудіограмі спочатку буде видно порушення звукопроведення, а потім – звукосприйняття. Буде позитивним гліцерол-тест. Він проводиться наступним чином. Після проведення аудіометрії хворому дають випити медичний гліцерин. Через 2-3 години знімають аудіограму повторно. При хворобі Мен'єра повторна аудіограма показує покращення слуху після прийняття гліцерину.

Хвороба Мен'єра є важким захворюванням. Пацієнти з хворобою Мен'єра звичайно мають інвалідність III та II групи.

При приступі надають таку допомогу.

1. Хворий лягає в ліжку в зручному положенні. Не допускається яскраве світло та різкі звуки.

2. До ніг хворого кладеться грілка. На шийно-потиличну ділянку – гірчичники.

3. Медикаментозна терапія:

1) внутрішньовенно вводять 40% розчин глюкози,

0,5% новокаїн;

2) внутрішньом'язово вводять піпільфен, аміназін;

3) підшкірно – атропін або платифілін та кофеїн.

4. Роблять меатотимпанальну новокаїнову блокаду.

В міжприступному періоді лікування таке.

1. 15 внутрішньовенно – крапельних вливань розчину соди.

2. В таблетках дають етромау-30 та предуктал.

3. Полівітаміни.

4. Гіпербарична оксигенація 10 сеансів.

5. Рефлексотерапія.

6. Лікувальна фізкультура.

7. Дієта. Обмежити вживання рідини та солі.

8. Санація верхніх дихальних шляхів.

При відсутності ефекту від медикаментозного лікування показане хірургічне лікування, котре спрямоване на декомпресію або деструкцію лабіринту.

Приглухуватість, глухота, глухонімота

Втрата слуху людиною становить серйозну проблему не тільки в отоларингології. Це, передусім, є значна соціальна проблема. Людина, у якої знижений слух, не може повноцінно спілкуватися з оточуючими.

Особливо це має значення у дітей. Якщо дитина має зниження слуху, вона не може добре розмовляти. Чим гірше дитина чує, тим більше в неї порушена мова, тим гірше вона розвивається і навчається.

В залежності від ступеня враження слухової функції розрізняють два основних види стійкої слухової недостатності – приглухуватість і глухоту.

Клініка приглухуватості і глухоти. Приглухуватість – це таке пониження слуху, при якому виникають утруднення сприйняття мови, але в певних умовах воно все-таки можливе. Наприклад, коли говорити гучно або безпосередньо у вухо хворому, або застосовувати спеціальні пристрої для посилення звуку. При глухоті слух відсутній повністю. Сприйняття мови неможливе навіть в умовах посилення звуку. Таким чином, *сприйняття мови* є основною ознакою для відмежовування поняття приглухуватості, глухоти та нормального слуху. Причиною цих порушень слуху можуть бути різні захворювання середнього і внутрішнього вуха, перенесені протягом життя.

При отоскопії виявляються ознаки того захворювання, яке спричинило стійке зниження слуху у даного пацієнта. Найчастіше це ознаки хронічного гнійного отиту. Діагноз підтверджує аудіологічне дослідження, в першу чергу аудіометрія.

Лікування приглухуватості і глухоти. Проводиться лікування основного захворювання, яке спричинило порушення слуху. При неефективності лікування може застосовуватись слухопротезування. Призначають слуховий апарат. При неефективності його глухим людям проводять електронне протезування завитки. Але потрібно пам'ятати, що кожен із вказаних методів має свої показання і протипоказання. В кожному конкретному випадку має вирішувати лікар.

Під *глухонімотою* розуміють такий стан, коли:

- 1) має місце вроджена або набута глухота:
- 2) у хворого не розвивається мова, хоча мовний апарат цілком здоровий.

Причинами вродженої глухонімоти можуть бути вади розвитку лабіринту у плода. Порушення розвитку лабіринту відбувається внаслідок

інтоксикації або інфекційної хвороби матері в період вагітності. Глухота у дитини може розвиватись також внаслідок родової травми.

Набута глухонімота найчастіше розвивається у дітей, які перенесли інфекційні хвороби, зокрема епідемічний цереброспінальний менінгіт, кір, скарлатину. Причиною її виникнення може бути також призначення ототоксичних антибіотиків. Травма внутрішнього вуха гучним звуком також може призводити до глухонімоти.

Клініка глухонімоти. У більшості глухонімих при отоскопії не виявляється ніяких змін у зовнішньому і середньому вусі. Діагноз підтверджує аудіологічне дослідження. В першу чергу це дослідження у немовлят умовних рефлексів на звук. Будуть відсутні аурапальпєбральний і аурупупілярний рефлекс. Тональну порогову аудіометрію у немовлят провести неможливо. Тому використовують об'єктивні аудіологічні методи. Це імпедансометрія, реєстрація стовбуромозкових викликаних потенціалів. У дитини 2-3 років можна використовувати ігрову аудіометрію.

Лікування глухонімоти неефективне. Дітей віддають у спеціальні школи та дошкільні заклади, де їх навчають розмовної мови за допомогою читання з губ. Використовують метод навчання за допомогою ручної азбуки та азбуки на пальцях. Нерідко глухі не тільки розуміють читання з губ, але й самі правильно говорять. Тому якщо у дитини є хоча б якісь залишки слуху, їй обов'язково потрібно проводити зайняття з сурдопедагогом в умовах спеціальних шкіл. За тривалого тренування дитину можна навчити розмовляти.

10. Перелік ситуаційних задач.

Задача 1

Хворий, 43 років, скаржиться на погіршення слуху на праве вухо, шум у цьому вусі. Відмічає зміни гостроти слуху інтенсивності шуму під час чхання, сякання, відчуття заповнення та тиску у вусі,

аутофонію. Хворіє протягом тижня. Перед цим переніс нежить, не лікувався. Дані отоскопії праворуч: ін'єкція судин барабанної перетинки, црабанна перетинка не має блиску, втягнута. Шепітну мову правим вухом сприймає з 1,5 м. У досліді Вебера визначається латералізація звуку в праве вухо, дослід Рінне негативний, дослід Швабаха подовжений. Інші ЛОР-органи без патології.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують попередній діагноз;
- в) визначити план обстеження хворого для уточнення юзу;
- г) вказати захворювання, з якими потрібно провести диференційну діагностику;
- д) призначити лікування.

Задача 2

Хвора, 36 років, скаржиться на зниження слуху праворуч, шум у вусі, які з'явилися після грипу. Під час отоскопії барабанна перетинка звичайного вигляду. Дослідження: шепітну мову чує правим вухом біля вушної раковини; дослід Рінне позитивний, кісткова провідність різко знижена; у досліді Вебера визначається латералізація звуку в ліве вухо; під час аудіометрії відмічається низхідний характер кривих, підвищення порогів кісткової та повітряної провідності на 40- 60 дБ переважно на високих частотах, кістково-повітряний інтервал відсутній.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) визначити симптоми, які дозволяють встановити діагноз;
- в) визначити захворювання, з якими потрібно проводити диференціальну діагностику;
- г) визначити допоміжні обстеження;
- д) призначити лікування.

Задача 3

Хвора, 32 років, звернулася до ЛОР-відділення зі скаргами на напади запаморочення без непритомності, нудоту, блювання, зниження слуху та шум у лівому вусі. Хворіє протягом 2 років, спочатку подібні напади повторювалися двічі на рік, в останні місяці напади стали частішими і більш тривалими. Тривалість нападів становить 1-2 год, частота виникнення — двічі на тиждень. Під час об'єктивного огляду у хворої був визначений спонтанний дрібнорозмашистий горизонтальний ністагм, направлений вліво, в позі Ромберга відмічено відхилення праворуч.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) вказати патогномонічні симптоми;
- в) визначити лікувальну тактику.

Задача 4

Хворий, 26 років, скаржиться на зниження слуху на обидва вуха, постійний шум у вухах. Хворіє протягом 15 років. Працював в умовах сильного шуму. Отоскопія не виявила порушень. Інші ЛОР-органи в нормі. Хворий чує шепітну мову з відстані 1,5 м на кожне вухо. Гірше чує високі звуки. У досліді Вебера латералізація звуку відсутня. Досліди Рінне і Желле позитивні. Дослід Швабаха вкорочений.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) визначити додаткові дослідження;
- г) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- д) скласти план лікування хворого.

Задача 5

Хвора, 26 років, скаржиться на зниження слуху та шум вухах. Відмічає покращення слуху в шумній обстановці. Хворіє протягом 2 років. Слух різко знизився у зв'язку з вагітністю й пологами. Дані отоскопії: зовнішні слухові ходи широкі, немає сірки, барабанні перетинки витончені, через них просвічуються рожеві плями. Чує шепітну мову з відстані 2 м на кожне вухо. У досліді Вебера латералізації звуку немає. Досліди Рінне і Желле негативні. Дослід Швабаха подовжений. З боку інших ЛОР-органів патології немає.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) визначити додаткові дослідження;
- г) визначити захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- д) призначити лікування.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Задача 1

- а) гострий катар середнього вуха;
- б) зв'язок захворювання з нежиттю, наявність аутофонії, втягненість барабанної перетинки, результати камертональних дослідів;
- в) аудіометрія та тимпанометрія;
- г) гострий гнійний середній отит, ексудативний отит, гостра сенсоневральна приглухуватість;
- д) судинозвужувальні краплі в ніс, гіпосенсибілізувальна терапія, катетеризація слухових труб, продування вух за методом А. Політцера, пневмомасаж барабанних перетинок, фізіотерапевтичне лікування (УВЧ, ЛУЧ-2, солюкс, електрофорез еіщоназально з димедролом і кальцію хлоридом), санація верхніх дихальних шляхів.

Задача 2

- а) гостра сенсоневральна приглухуватість праворуч;
- б) раптове зниження слуху та шум у вусі, що з'явилися після грипу, відсутність запальних проявів з боку середнього вуха, результати акуметричного та аудіометричного досліджень;
- в) акустична невринома, гострий катар середнього вуха;
- г) тимпанометрія, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія черепа (мосто-мозочкового кута);
- д) дезінтоксикаційна, дегідратаційна та протизапальна терапія, препарати, що поліпшують регенеративні процеси, вазоактивні препарати.

Задача 3

- а) хвороба Мен'єра, лівобічне ураження;
- б) напади запаморочення, нудота, блювання, зниження слуху та шум у вусі;
- в) спокій, відволікальні процедури (грілка до ніг, гірчичники на шийно-потиличну ділянку); внутрішньовенно — 20 мл 40 % розчину глюкози, 5 мл 0,5% розчину новокаїну; внутрішньом'язово — піпільфен, аміназін; підшкірно — атропін, кофеїн.

Задача 4

- а) хронічна двобічна сенсоневральна приглухуватість;
- б) поступове виникнення захворювання, зниження слуху, відсутність запальних проявів у середньому вусі, результати камертональних дослідів;
- в) аудіометрія, імпедансометрія;
- г) хронічний катар середнього вуха, отосклероз;
- д) призначення препаратів, які забезпечують поліпшення або відновлення обмінних процесів і регенерацію нервової тканини; поради змінити професію.

Задача 5

- а) отосклероз;
- б) покращення слуху у шумній обстановці, зв'язок захворювання з вагітністю та пологами, характерна отоскопічна картина, результати камертональних дослідів;
- в) аудіометрія, імпедансометрія;
- г) хронічна сенсоневральна приглухуватість, хвороба Мен'єра, хронічний катар середнього вуха;
- д) хірургічне лікування — стапедопластика; консервативне лікування у разі несприятливого перебігу та при кохлеарній формі захворювання — тривале призначення натрію фториду всередину.

III. Практичне заняття

1. Тема. *Отогенні внутрішньочерепні ускладнення. Профілактика та своєчасна діагностика отогенних ускладнень. Отогенний менінгіт. Абсцес мозку та мозочку. Отогенний тромбоз сигмоподібного синуса. Отогенний сепсис. Профілактика, рання діагностика, своєчасне скерування до ЛОР.*

2. Актуальність теми. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення є серйозною проблемою в оториноларингології. Незважаючи на значне розширення технічних можливостей, діагностика та диференціальна діагностика цих ускладнень залишаються складними. Високою також є летальність при цій патології, яка не має вираженої тенденції до зниження, незважаючи на застосування сучасних методів хірургічного та медикаментозного лікування. Це зумовлює необхідність вивчення клініки, діагностики та принципів лікування отогенних внутрішньочерепних ускладнень, знання яких є необхідним у роботі лікарів різного профілю

3. Мета заняття. Вивчити методи обстеження хворих з отогенними внутрішньочерепними ускладненнями, навчитися встановлювати попередній діагноз, проводити диференціальну діагностику та визначати раціональну лікувальну тактику.

4. Інтерни повинен знати.

1. Етіологію отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
2. Шляхи та етапи розповсюдження інфекції з середнього та внутрішнього вуха в порожнину черепа.
3. Клініку отогенного менінгіту.
4. Клініку отогенного тромбозу сигмоподібного синуса та отогенного сепсису.
5. Клініку отогенного абсцесу великих півкуль головного мозку та мозочка.

5. Інтерн повинен уміти.

1. Провести обстеження хворого з отогенним внутрішньо черепним ускладненням та виявити найбільш вірогідні його симптоми.
2. Встановити діагноз внутрішньочерепного ускладнення.
3. Провести диференціальну діагностику різних форм отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
4. Оцінити дані лабораторних та інших параклінічних методів дослідження (аналіз крові, спинномозкової рідини, рентгенограми скроневих кісток за методами Шюллера та Масра, комп'ютерні та магнітно-резонансні томограми черепа).
5. Скласти план лікування хворого.

6. Оснащення заняття.

1. Схеми, таблиці, слайди, рентгенограми соскоподібних відростків, комп'ютерні та магнітно-резонансні томограми.
2. Питання для самопідготовки та опитування.
3. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

7. Структура заняття..

- 1) визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою- 5 хвилин
- 2) Розкриття головних теоретичних положення теми - 15 хвилин.
- 3) Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 20 хвилин.
- 4) Вирішення інтернами ситуаційних питань за темою заняття – 20 хвилин;

5) Написання інтернами рефератів з окремих питань заняття – самостійна домашня робота.

8. Перелік головних питань за темою заняття

- 1) Загальна характеристика отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
- 2) Етіологія отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
- 3) Шляхи проникнення інфекції з середнього та внутрішнього вуха в порожнину черепа;
- 4) Етапи розповсюдження інфекції з середнього та внутрішнього вуха в порожнину черепа.
- 5) Клініка отогенного гнійного менінгіту.
- 6) Клініка тромбозу сигмовидного синуса і отогенного сепсису.
- 7) Клініка отогенного абсцесу великих півкуль головного мозку і мозочка.
- 8) Принципи лікування хворих з отогенними внутрішньочерепними ускладненнями.

9. Теоретичні положення заняття..

Отогенні внутрішньочерепні ускладнення є тяжкими життєвонебезпечними захворюваннями. Вони виникають у результаті проникнення інфекції з вуха у порожнину черепа. Це трапляється при гострих і хронічних середніх отитах. Все частіше став зустрічатися менінгіт або менінгоенцефаліт при гострому гнійному середньому отиті.

Частіше за все отит ускладнюється менінгітом. Рідше бувають абсцеси мозку і мозочку. Ще рідше зустрічається тромбоз сигмовидного синуса і отогенний сепсис. Іноді можуть виникати декілька ускладнень одночасно. Наприклад, синус-тромбоз і абсцес мозочка. Або менінгіт і абсцес великих півкуль головного мозку.

Етіологія. Причиною отогенних внутрішньочерепних ускладнень є ті ж самі мікроби, які викликали отит. При гострому отиті переважають

стафілококи, стрептококи, пневмококи. При хронічному, крім того, виділяють протей, синьогнійну паличку та ін.

В залежності від етапів розповсюдження інфекції з вуха в порожнину черепа послідовно можуть утворюватись гнояки, розташовані назовні від твердої мозкової оболонки (екстрадуральний абсцес), між оболонками головного мозку (субдуральний абсцес). Запальний процес може переходити на венозну пазуху. В результаті виникає синус-тромбоз. Якщо інфекція проникає глибше, то розвивається розлитий гнійний менінгіт. До гнійного процесу може залучатись навіть речовина головного мозку. Це призводить до утворення абсцесів великих півкуль мозку і мозочка.

Розглянемо основні види отогенних внутрішньочерепних ускладнень.

Отогенний розлитий гнійний менінгіт– це запалення оболонок головного мозку. Уражуються павутинна і судинна мозкові оболонки. Інфекція проникає з середнього та внутрішнього вуха. Менінгіт може виникати внаслідок інших отогенних ускладнень. Наприклад, синус-тромбозу.

Клініка. Найбільш частим і раннім симптомом отогенного менінгіту є головний біль. Головний біль дуже інтенсивний. Причиною його є підвищений внутрішньочерепний тиск. Біль у голові підсилюється при будь-якому зовнішньому подразненні. Наприклад, при дотику до шкіри хворого, при голосних звуках, яскравому світлі. Тому такому хворому потрібно створити відповідні умови, які виключають ці подразники.

Наступними симптомами є нудота і блювота. Виникають вони часто на висоті головного болю і не пов'язані з прийомом їжі. Блювота нерідко приносить короткочасне полегшення головного болю.

Загальний стан хворого дуже важкий. В більш пізніх стадіях може спостерігатися потьмарення свідомості, що переходить у марення.

Хворі нерідко займають позу “курка рушниці” або “лягавого собаки”. Вони лежать на боці або на спині із зігнутими ногами і закинutoю головою. Хворий рефлекторно займає дану позу, тому що це зменшує головний біль.

Температура тіла постійна, досягає 38,5-39°C і вище. Пульс прискорений, відповідає підвищенню температури тіла.

Характерними для менінгіту є менінгеальні (оболонкові) симптоми, або менінгеальні знаки.

1. Ригідність потиличних м'язів. Лікар підкладає свої руки під голову хворого і нахиляє її вперед. При менінгіті шия хворого згинається погано. Підборіддя не досягає груднини.

2. Симптом Керніга. Хворому, що лежить на спині, згинають ноги в кульшовому і колінному суглобах. Потім намагаються розігнути ногу в коліні. При менінгіті нога розгтнається не повністю.

3. Симптоми Брудзинського верхній і нижній. Під час дослідження ригідності потиличних м'язів ноги хворого згинаються і підтягуються до живота. Це верхній симптом Брудзинського. Нижній симптом: при розгинанні ноги хворого (симптом Керніга) спіддружно згинається в колінному і кульшовому суглобі й інша нога.

При тяжкому перебігу захворювання спостерігається вип'ячування очних яблук, різні розміри правої і лівої зіниць.

Діагностика. В аналізі крові у хворих на менінгіт будуть наявні ознаки запалення. При огляді очного дна окуліст виявляє застій.

Велику цінність для діагностики менінгіту має дослідження спинно-мозкової рідини, отриманої при люмбальній пункції. Ліквор при менінгіті буде мати характерні зміни.

Отогенний сепсис.

При гнійному запаленні середнього вуха, як в гострому, так і хронічному, інфекція генералізується, мікроби проникають в кров. Виникає сепсис. Частіше це буває в результаті синус-тромбозу.

Клініка отогенного сепсису і тромбозу сигмовидного синусу.

Симптоми, які спостерігаються при цьому захворюванні, поділяють на 2 групи:

- 1) загальні симптоми, що притаманні сепсису любої природи;
- 2) вогнищеві симптоми, які зумовлені ураженням сигмовидного синусу.

Загальні симптоми. Одним із найбільш показових симптомів сепсису є гектична температура. Відбувається швидке збільшення температури тіла до 39-41°C, що супроводжується ознобом. Після цього через декілька годин температура швидко (критично) знижується. Зниження температури супроводжується проливним потом. Таких підскоків температури протягом доби може бути декілька. Тому температуру у хворого потрібно вимірювати кожні 2 години. У дітей молодшого віку температура тіла буде постійна. Пульс збільшується відповідно до підняття температури тіла. Шкіра хворого бліда з землистим відтінком. Може бути жовтушність шкіри і склер.

В анамнезі крові відзначаються зміни, характерні для запального процесу. Велике значення має бакпосів крові. При сепсисі в крові виявляють мікроби. Кров на посів потрібно брати під час ознобу, коли температура тіла підвищується.

Під час отогенного сепсису мікроби розносяться по ходу кров'яного русла і осідають в інших органах. Виникають гнійники у легенях, суглобах, підшкірній клітковині, м'язах. Найбільш часто хворі помирають від легеневих ускладнень.

Вогнищеві симптоми. Відмічається набряк і болісність м'яких тканин по задньому краю сосковидного відростка. Болісність при пальпації шиї з хворого боку. Часто голова хворого може бути нахилена в уражений бік.

Оттогенні абсцеси великих півкуль мозку та мозочка – це гнояки, які утворюються в мозку і мозочку в результаті гнійних середніх отитів.

Клініка. Виділяють 4 стадії клінічного прояву абсцесу.

1. Початкова стадія. Продовжується 2-3 тижні. Характерні запальні явища. Виникають легкі менінгеальні симптоми. Це головний біль, млявість, підвищення температури тіла, нудота і блювота.

2. Прихована стадія. Продовжується 2-3 тижні. В цій стадії всі симптоми чи взагалі зникають, чи проявляються в дуже послабленому вигляді.

3. Явна стадія. Триває декілька тижнів. Характеризується великою різноманітністю симптомів. Хворий відчуває слабкість, відсутність апетиту, виснаження. Підвищується температура тіла. З'являються запальні зміни в аналізі крові. Але ці прояви виражені значно менше, ніж при менінгіті і сепсисі.

Виникає головний біль. Головний біль підсилюється при постукуванні пальцем по черепу над тією ділянкою, де є абсцес. Виникає нудота і блювота, які не пов'язані з прийомом їжі. Пульс сповільнюється до 45 ударів на хвилину. На очному дні окуліст виявляє застій. Може з'являтися ригідність потиличних м'язів і симптом Керніга.

Якщо абсцес міститься в великих долях головного мозку, будуть з'являтися парези і паралічі кінцівок. Може бути парез лицевого нерва - коли обличчя стає асиметричним. Виникають судоми та інші неврологічні симптоми. Хворий падає в бік, протилежний ураженню. Може бути запаморочення. Виникають галюцинації. У хворого порушується мова. Іноді мова стає незрозумілою, набором беззмістовних слів. Хворий може розучитись читати і писати.

При абсцесі мозочка виникають такі симптоми. На стороні знаходження абсцесу знижується тонус м'язів кінцівок. Рука хворого буде

слабко опиратись при розгинанні. При дослідженні ходи і пози Ромберга хворий відхиляється в сторону ураження. Характерним є неможливість здійснення флангової ходи в хворий бік. При виконванні вказівної проби хворий не попадає рукою в кінчик носа. Рука на стороні ураження відхиляється в хворий бік. Спостерігається спонтанний ністагм. Очні яблука хворого пошарпуються в хворий бік.

Абсцеси головного мозку і мозочку можуть вести до порушення свідомості, дихання і серцевої діяльності.

4. Термінальна стадія абсцесу мозку. Це остання із стадій абсцесу. Звичайно триває декілька днів і закінчується смертю хворого. Виникає набряк мозку. Стан хворого різко погіршується. Нарощується вираженість проявів інтоксикації. Настає зупинка дихання, серцевої діяльності і смерть.

Діагностика абсцесу мозку і мозочку. Сучасними методами діагностики цих ускладнень є наступні.

1. Ехоенцефалографія.
2. Радіоізотопна енцефалографія.
3. Комп'ютерна томографія і ядерно-магнітний резонанс.

Лікування внутрішньочерепних ускладнень. Лікуванням хворих з отогенними внутрішньочерепними ускладненнями займаються в основному отоларингологи і нейрохірурги. Але в цьому повинні приймати активну участь невропатологи, терапевти, педіатри, інфекціоністи, окулісти.

Лікування хворих з отогенними внутрішньочерепними ускладненнями включає хірургічне втручання та інтенсивну медикаментозну терапію.

Хірургічне втручання спрямоване на видалення гнійного вогнища у середньому вусі і ліквідацію ускладнення. При гострому гнійному

середньому отиті проводиться операція - розширена антростоїдотомія. При хронічному гнійному середньому отиті – розширена загальнопорожнинна радикальна операція.

При отогенному менінгіті у ході операції вскриваються середня і задня черепні ямки.

При тромбозі сигмовидного синуса і отогенному сепсисі проводиться та чи інша операція на вусі. Обов'язково вскривається задня черепна ямка. Проводиться пункція сигмовидного синуса. При необхідності синус розрізають і видаляють тромб.

При отогенних абсцесах мозку і мозочка отоларинголог проводить антростоїдотомію або радикальну операцію. Потім розтинає задню або середню черепну ямку і пунктує речовину мозку. Потім по голці вскриває абсцес і ставить дренаж. Якщо у хворого виявлені множинні абсцеси, або гнояк розташований у віддаленій від хворого вуха ділянці, то абсцес розтинає нейрохірург.

Одночасно з хірургічним лікуванням призначається інтенсивна медикаментозна терапія.

1. Призначаються антибіотики. В ін'єкціях дають цефтріаксон, цефтазидім, ванкоміцин, метраджил, пеніцилін в великих дозах та інші.

2. Внутрішньовенно вводять протинабрякові ліки. Це гемодез-Н, нативна плазма крові, альбумін, манітол, лазікс, 40% глюкоза, 10% хлорид натрію, гексаметилентетрамін (уротропін), 5% аскорбінова кислота, вітамін А, суспензія гідрокортизону. При цьому контролюють артеріальний тиск.

3. Протиалергічні препарати вводять внутрішньом'язово. Це дімедрол, піпольфен, супрастин та інші.

4. При психомоторному збудженні вводять оксібутират натрію і седуксен внутрішньовенно на 40% глюкозі.

5. При стафілококовій інфекції проводиться імунотерапія. Внутрішньом'язово вводять антистафілококовий імуноглобулін.

6. Призначають серцеві глікозиди, аналептики, знеболюючі при потребі.

7. Всім хворим з підозрою на отогенний менінгіт проводиться лікувально-діагностична люмбальна пункція. В спинно-мозковий канал при потребі вводять хлоркальцієвий комплекс стрептоміцину і преднізолон.

8. При лікуванні тромбозу сигмовидного синусу призначають гепарин, сінкумар або неодикумарин під контролем коагулограми.

Важливе місце в проведенні інтенсивної терапії посідає боротьба з набряком мозку. Використовують манітол, 40% глюкозу з інсуліном, сірчанокислу магнезю, лазікс внутрішньовенно. Призначають стероїдні гормони: преднізолон, гідрокортизон або дексаметазон. Вводять 5% вітамін С, 10% кальцію хлорид, рутін внутрішньовенно. Для поліпшення мозкового кровотоку внутрішньовенно вводять еуфілін, трентал. Внутрішньовенно – крапельно вводять оксибутират натрію, глютамінову кислоту, тіопентал натрію (вводять повільно).

Література.

- 1.Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. — К.: Здоров'я, 1999. — С. 145—160.
- 2.Мітін Ю.В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. —С. 61—77.
- 3.Тестові завдання для контролю знань студентів з оториноларингології. — К., 1996. — С. 64—75.
- 4.Пальчун В.Т., Крюков А.Й. Оториноларингологія. — М.: Литера, 1997. — С. 353—377.

ДЕНЬ ТРЕТІЙ

I. Практичне заняття

1. Тема. Діагностика і амбулаторне лікування запальних захворювань носа і приноскових пазух у дітей і дорослих. (Захворювання носа: гострий риніт, фурункул носа, гематома та абсцес носової перегородки. Хронічний риніт, аденоїди. Запальні захворювання приноскових пазух). Показання до направлення на консультацію до отоларинголога, рентгенографію, госпіталізацію; показання для оперативного втручання.

Тривалість - 4 академічні години.

2. Актуальність теми. Лікарі загальної практики в своїй повсякденній роботі часто мають справу з такими захворюваннями, як риніти, фурункул носа, травми носа. Такі хворі потребують невідкладної медичної допомоги. Фурункул носа є небезпечним захворюванням, оскільки може призводити до тяжких орбітальних та внутрішньочерепних ускладнень, які загрожують життю людини. Тому знання клінічної анатомії, фізіології, методів дослідження носа та приноскових пазух, клініки, діагностики та принципів лікування цих захворювань є необхідним у роботі лікарів даного профілю.

В останні роки спостерігається значне зростання кількості хворих на гострі та хронічні захворювання носа, підвищується їх питома вага в структурі загальної ЛОР – патології. Викривлення носової перегородки виявляють майже у 30% людей, воно спричинює не тільки постійне утруднення носового дихання, але й розвиток хронічних запальних процесів слизової оболонки порожнини носа та приноскових пазух, розлад функції багатьох органів і систем організму людини. Запальні процеси приноскових пазух нерідко призводять до розвитку хронічного бронхіту, бронхіальної астми, пневмонії. Синусити можуть стати причиною виникнення тяжких орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень, що загрожують життю людини. Тому знання

клініки, діагностики та принципів лікування цих захворювань є необхідним у клінічній практиці лікарів сімейної медицини та невідкладних станів.

3. Мета заняття.

Вивчити клінічну анатомію, фізіологію та методи дослідження носа і приносових пазух. Навчитися діагностувати фурункул носа, гематому і абсцес перегородки носа, проводити диференціальну діагностику, надання невідкладної допомоги та визначати раціональну лікувальну тактику. Навчитись діагностувати викривлення носової перегородки, хронічні риніти, гострі та хронічні форми синуїтів, проводити диференціальну діагностику та визначити раціональну лікувальну тактику, мати уяву про сучасну ендоскопічну методдику дослідження та хірургічне лікування захворювань приносових пазух.

4. Інтерн повинен знати.

1. Клінічну анатомію носа і приносових пазух.
2. Фізіологію носа і приносових пазух.
3. Вікові особливості будови носа і приносових пазух.
4. Методи дослідження цих органів.
5. Етіологію та патогенез фурункула носа, гострого риніту.
6. Клініку та методи діагностики цих захворювань.
7. Принципи лікування фурункула носа, гострого риніту.
8. Ускладнення фурункула носа та його прфілактику.
9. Механізм травм носа та методи лікування гематоми і абсцесу перегородки носа.
10. Етіологію та патогенез викривлення перегородки носа і хронічних ринітів.
11. Види викривлення перегородки, показання та принципи хірургічного втручання при цьому захворюванні.

12. Класифікацію хронічних ринітів.

13. Принципи лікування викривлення перегородки носа і хронічних ринітів:

1.) Поняття про моно-, гемі- та пансинуїт, гайморит, етмоїдит, фронтит, сфеноїдит, первинний та вторинний синуїти.

2.) Гострий синуїт: етіологія, патогенез, класифікація, клініка та діагностика.

3.) Особливості клінічного перебігу гострих етмоїдитів у немовлят.

4.) Принципи лікування гострих запалень приносних пазух.

5.) Класифікація хронічних синуїтів.

6.) Клініка та діагностика хронічного запалення верхньощелепної, решітчастої, лобної та основної пазух.

7.) Особливості перебігу одонтогенних гайморитів.

14. Особливості використання відеоендоскопічної техніки під час дослідження на хірургічних втручань у носовій порожнині.

5. Інтерн повинен уміти.

1. Серед скарг та даних анамнезу хворого вибирати симптоми, що свідчать про наявність фурункула носа, гострого риніту.

2. Провести обстеження зовнішнього носа, його присінку, виконати передню та задню риноскопію. Оцінити стан зовнішнього носа, присінку, носової перегородки, нижніх та середніх носових раковин. Зіставити суб'єктивні та об'єктивні дані, що підтверджують у хворого діагноз фурункула носа, гострого риніту, гематоми і абсцесу перегородки носа.

3. Виконати дослідження стану носового дихання та нюхової функції.

4. Виконувати маніпуляції: виконати туалет порожнини носа; змашувати слизової оболонки порожнини носа; введенням в порожнину носа серветки і тампона; провести поверхневу анестезію слизової оболонки порожнини носа; приготування ватних тампонів на зондах.

5. Провести аналіз рентгенограм носа і приносових пазух.
6. Провести дослідження носового дихання (проба з ватою) на нюху за методикою В.Г. Воячека (за допомогою пахучих речовин).
7. Оцінити дані лабораторних методів дослідження (загальний аналіз крові, коагулограма, рентгенографія приносових пазух).
8. Скласти план лікування хворого з даною патологією.
9. Серед скарг та даних анамнезу хворого вибрати симптоми, які свідчать про наявність викривлення перегородки носа, хронічного риніту.
10. Провести обстеження зовнішнього носа, його присінку, виконати передню та задню риноскопію. Оцінити стан зовнішнього носа, присінку, носової перегородки, нижніх та середніх носових раковин. Спів ставити суб'єктивні та об'єктивні дані, які підтверджують у хворого діагноз викривлення носової перегородки, хронічного риніту.
11. Виконати дослідження стану носового дихання та нюхової функції.
12. Оціти дані лабораторних методів дослідження (загальний аналіз крові, коагулограма, рентгенографія приносових пазух).
13. Скласти план лікування хворого з даною патологією.
14. Виконати туалет порожнини носа, введення серветок у загальний носовий хід, провести анемізацію слизової оболонки порожнини носа.

6. Оснащення заняття.

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР – органів.
2. Інструментарій для хірургічного втручання на носовій перегородці та носових раковинах.
3. Схеми, таблиці, слайди, кодограми, муляжі.
4. Питання для самопідготовки та опитування.
5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

7. Головні питання по темі заняття для визначення рівня знань та плану самопідготовки інтернів.

1. Клінічна анатомія носа і приносових пазух.
2. Фізіологія носа і приносових пазух.
3. Методи дослідження носа і приносових пазух.
4. Етіологія синуїтів.
5. Патогенез синуїтів.
6. Класифікація синуїтів.
7. Клініка гострих синуїтів.
8. Діагностика синуїтів.
9. Лікування гострих синуїтів.
10. Клініка хронічних синуїтів.
11. Лікування хронічних синуїтів.
12. Гематома і абсцес перегородки носа, клініка, лікування.
13. Фурункул носа: етіологія, патогенез, патологічна анатомія, клініка, діагностика та лікування.
14. Можливі ускладнення фурункула носа, зв'язок з особливостями венозного відтоку з носа.
15. Гострий риніт: причини виникнення, стадії перебігу, можливі ускладнення, принципи лікування.
16. Особливості перебігу гострого риніту у немовлят.
17. Викривлення носової перегородки: причини виникнення, види викривлення носової перегородки, які визначають як захворювання.
18. Клінічна картина викривлення носової перегородки, діагностика, можлива патологія інших органів і систем; показання до операції, види оперативних втручань: підслизова резекція носової перегородки, крістотомія;
19. Класифікація хронічних ринітів.
20. Причини хронічних ринітів.
21. Хронічний катаральний риніт.
22. Хронічний гіпертрофічний риніт.
23. Хронічний атрофічний риніт.

24. Озена: ендемічність, етіологія, патогенез, клінічна картина.
25. Лікування озени: етіотропне, патогенетичне, хірургічне.
26. Вазомоторний риніт: алергічна та нейровегетативна форми.
27. Клініка алергічної форми вазомоторного риніту.
28. Клініка нейровегетативної форми вазомоторного риніту.
29. Лікування алергічної форми вазомоторного риніту.
30. Лікування нейровегетативної форми вазомоторного риніту.
31. Методи ощадливої відеоендоскопічної ринохірургії.

9. Структура практичного заняття.

1. Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою - 10 хвилин.
2. Розкриття головних теоретичних положень теми - 35 хвилин.
3. Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 30 хвилин.
4. Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми -15 хвилин.

10. Перелік практичних навичок, необхідних для опанування теми.

1. Проведення передньої і задньої риноскопії.
2. Проведення задньої риноскопії (уявлення)
3. Дослідження стану носового дихання та нюхової функції.
4. Передня марлева тампонада носа (уявлення).
5. Розтин абсцесу носової перегородки (уявлення).

11. Основні теоретичні положення за темою практичного заняття.

Клінічна анатомія носа і приноскових пазух

Розрізняють зовнішній ніс і носову порожнину.

Зовнішній ніс своєю формою нагадує тригранну піраміду. Верхній кінець носа, що міститься під лобною кісткою, називається коренем носа. Дві латеральні поверхні носа сходять під кутом і утворюють спинку носа,

яка переходить у кінчик носа. Бокову поверхню зовнішнього носа також утворюють крила носа. Нижній вільний край крил носа разом з рухомою частиною перегородки носа утворює виріз ніздрів.

Кістковий відділ носа складається з парних носових кісток, з'єднаних з носовими відростками лобної кістки, і двома лобними (носових) відростками верхньої щелепи.

Хрящовий відділ зовнішнього носа складається з парних бічних хрящів, великих крильних хрящів у вигляді підкови з двома ніжками (медіальної та латеральної), малих крильних хрящів. Позаду трикутних (латеральних) і крильних хрящів розміщується кілька сесамовидних хрящів незначної величини. Хрящова частина носа рухлива.

М'язи зовнішнього носа не мають великого практичного значення. Вони беруть участь у звуженні і розширенні крил носа.

Кровообіг зовнішнього носа. Шкіра носа отримує кров від лицьової артерії та гілочок зовнішньої нижньоорбітальної артерії. На верхівці носа артерії утворюють дуже широку судинну сітку, що пояснює швидку загоюваність ран у цій зоні, а також виражену кровоточивість тканин при пошкодженнях даної ділянки. Венозний відтік із ділянки зовнішнього носа здійснюється за рахунок передньої лицьової вени, яка через кутову вену з'єднує верхньою очною веною, що впадає у кавернозний синус (середня черепна ямка). Ці обставини роблять ситуацію небезпечною при розвитку фурункула в ділянці зовнішнього носа із-за можливості розповсюдження гнійних емболів за венозними шляхами в очницю та порожнину черепа.

Лімфатичні судини зовнішнього носа виливаються у великі лімфатичні судини обличчя, що йдуть до лімфатичних вузлів підщелепної ділянки.

Іннервація зовнішнього носа здійснюється з першої гілки трійчастого нерва і руховими нервами лицьового нерва, які іннервують м'язи носа.

Носова порожнина поділяється носовою перегородкою на дві половини – праву і ліву, які не сполучаються між собою. Порожнина носа спереду відкривається входами в ніс (ніздрями), а ззаду з'єднується хоанами з носоглоткою. Кожна половина носа має зовнішню, внутрішню, верхню і нижню стінки. Зовнішня стінка є медіальною стінкою верхньощелепної пазухи. У цій ділянці розміщені три носові раковини – нижня, середня і верхня. Відповідно розрізняють три носові ходи. Крім того, є спільний носовий хід між носовою перегородкою і носовими раковинами. Внутрішньою стінкою порожнини носа є носова перегородка. Вона складається із сошника, вертикальної пластинки решітчастої кістки та чотирикутного хряща. Верхня стінка утворена ситовидною пластинкою решітчастої кістки, яка є межею між порожниною носа і передньою черепною ямкою. Нижня стінка утворена дном порожнини носа і відокремлює останню від порожнини рота.

У підслизовій основі носових раковин є венозні сплетення. Це дає можливість носовим раковинам збільшуватися в об'ємі і звужувати просвіт загального носового ходу під впливом хімічних і температурних подразників.

Порожнина носа сполучається з приносовими пазухами. У середньому носовому ході відкриваються вузькими отворами верхньощелепна пазуха, передні і середні клітини решітчастої кістки, лобна пазуха. Ці отвори містяться під середньою носовою раковиною у півмісяцевій щілині. У верхній носовий хід відкриваються задні клітини решітчастого лабіринта. Над заднім кінцем верхньої носової раковини відкривається основна пазуха.

Під нижньою носовою раковиною спереду на 1,5-2 см від її переднього кінця відкривається слізноносовий канал.

Присінок носа вкритий шкірою, який має волоски та сальні залози і поступово переходить у слизову оболонку, що вкриває носову порожнину.

У носовій порожнині розрізняють дихальну і нюхову ділянки. Простір між середньою носовою раковиною і перегородкою носа називається

нюховою щілиною. Частина порожнини носа, що розташована нижче нюхової щілини належить дихальній зоні.

Слизова оболонка дихальної ділянки вкрита багаторядним циліндричним миготливим епітелієм, війки якого рухаються у напрямі до хоан. У цій слизовій оболонці є багато залоз, які продукують секрет серозного і слизового характеру.

Слизова оболонка нюхової ділянки складається з нюхових і підтримуючих клітин. Нюхові клітини складають перший нейрон нюхового тракта, їх центральні відростки проходять через отвори решітчастої пластинки у порожнину черепа і вступають до нюхової цибулини. Далі ланцюг нейронів досягає центральних відділів нюхового аналізатора, який знаходиться у скроневій долі кори головного мозку.

Кровопостачання носової порожнини здійснюється за рахунок гілочок внутрішньої сонної артерії (передньої та задньої решітчастої артерій), та гілочок зовнішньої сонної артерії - верхньощелепної артерії (клиновидно-піднебінна артерія). Велике практичне значення має знання того, що у передньому відділі носової перегородки є судинне сплетення (кровоточива зона або кісельбахівське сплетення), так як близько 90% носових кровотеч виникають саме з нього. Вени порожнини носа повторюють хід одноіменних артерій. Відтік венозної крові із порожнини носа відбувається до вен очниці та до кавернозного синуса (середня черепна ямка).

Лімфа з носової порожнини відтікає до вузлів, розміщених під нижньою щелепою, а також до потиличних і глибоких шийних лімфовузлів.

Іннервація слизової оболонки носа, крім нюхового нерва, відбувається чутливими гілками очного і верхньощелепного нервів (гілки трійчастого нерва).

Приносіві пазухи. До приносівих пазух відносять верхньощелепні, лобні, клітини решітчастої кістки, клиновидну (мал. 52).

Формування приносівих пазух починається на 9-10-му тижні ембріонального розвитку плода і остаточно сформовуються до 14-15 років.

Пазухи виникають внаслідок резорбції кістки. Раніше пневматизується гратчастий лабіринт та основна пазуха, повільніше – верхньощелепна та лобна пазухи.

Верхньощелепна пазуха – порожнина, розташована у кістковому масиві верхньої щелепи з обох боків. Стінки пазухи зсередини вистелені слизовою оболонкою, вкритою миготливим епітелієм. Її природний отвір відкривається в середній носовий хід. На передній стінці верхньощелепної пазухи контурується так звана собача ямка. Верхня стінка пазухи межує з орбітою, задня – з крилопіднебінною і підскроневою ямками, нижня – з порожниною рота та альвеолярним відростком верхньої щелепи. Внутрішня стінка пазухи межує з порожниною носа і решітчастим лабіринтом. Об'єм пазухи може бути до 20 см³.

Лобна пазуха – повітроносна порожнина, що знаходиться у товщі лобної кістки. Для неї характерна різноманітність форми і розмірів. Задня стінка пазухи відмежовується від передньої черепної ямки тоненькою кістковою пластинкою, нижня стінка межує з решітчастим лабіринтом і орбітою, передня – формує відповідну ділянку обличчя. Лобна пазуха відкривається до передньої частини середнього носового ходу за допомогою лобно-носового каналу.

Решітчаста пазуха складається з групи пневматичних комірок у кількості 9-10, які групуються у передні, середні та задні клітини. Передні, середні її комірки відкриваються до середнього носового ходу, задні - до верхнього. Решітчастий лабіринт межує з верхньощелепною і основною пазухами, орбітою і порожниною черепа.

Основна пазуха міститься в тілі основної кістки. Вона парна, тому що сагітально перегороджена кістковою пластинкою. Пазуха межує зверху з перехрестям зорових нервів і гіпофізом (турецьке сідло), з боків – з внутрішніми сонними артеріями і венозними кавернозними пазухами, нижня стінка пазухи частково формує склепіння глотки. Основна пазуха відкривається в сфеноетмоїдальний простір.

Кожна з усіх перелічених пазух – парна, тобто всіх їх нараховується вісім. Чотири із них однієї сторони відкриваються в одну (відповідну) половину порожнини носа, інші – в другу.

Кровопостачання приносних пазух відбувається за рахунок гілочок зовнішньої і внутрішньої сонних артерій.

Фізіологія носа і приносних пазух

Порожнина носа виконує дихальну, захисну, нюхову і резонаторну функції.

При нормальному фізіологічному диханні повітря, що потрапляє в носову порожнину завихрюється у носових ходах і спускається через хоани в носоглотку. Кількість повітря при нормальному носовому диханні дорівнює 500 мл під час одного вдиху. Встановлено, що під час дихання ротом вентиляція легень зменшується на 25-30%, а це впливає на вміст у крові кисню та вуглекислого газу.

Наявність рефлексогенних зон у слизовій оболонці носа забезпечує широкий зв'язок з різними системами організму. Наприклад, при подразненні слизової оболонки носа тютюновим димом змінюються частота і глибина дихання, під впливом парів хлороформу може наступити повна зупинка дихання. Внаслідок утрудненого носового дихання можливе підвищення артеріального тиску, слезотеча, звуження зіниць, зміни складу крові. Відомий “нособронхіальний рефлекс”. Відмічено, що у 54-80% випадків алергічний риніт передують бронхіальній астмі.

Захисна функція полягає в зігріванні, зволоженні, знепиленні і знезараженні повітря, нейтралізації шкідливих газоподібних речовин, а також у видаленні сторонніх тіл за допомогою рефлекторних актів чхання і слизотечі.

Завдяки вираженій васкуляризації слизової оболонки порожнини носа, наявності печеристих тіл, завихрення і змішування з повітрям при носових пазух, досягається його зігрівання. Зволожується повітря завдяки функції секреторних залоз порожнини носа, міжтканинної лімфи, слизової рідини.

Внаслідок наявності волосин у ділянці присінка носа і секрета, що вкриває тонким шаром слизову оболонку носової порожнини, повітря, проходячи через носову порожнину, очищається від пилу. Знезараження забезпечується дією лізоцима, який є у носовому секреті, на мікроби, що потрапляють у ніс. Покрученість носових ходів, велика площа зволоженої слизової оболонки є своєрідним фільтром, що затримує бактерії та інші сторонні речовини. Нарешті, захисні носові рефлекси – чхання і слизовиділення сприяють видаленню тіл із порожнини носа.

Подразнення пахучими речовинами периферичного рецепторного нюхового аналізатора, розміщеного в нюховій ділянці порожнини носа, викликає у людини нюхові відчуття. Поряд з подразненням нюхової ділянки відбувається подразнення трійчастого нерва і смакових рецепторів. Нюховий аналізатор диференціює за запахом не тільки те повітря, яке надходить ззовні, а і їжу, що перебуває у порожнині рота. Пахуча речовина з током повітря, досягає поверхню чутливих клітин нюхового епітелію – хеморецепторів, розчиняється у шарі слизу, в який занурені пучки нюхальних волосків. Це приводить до подразнення специфічної нервової тканини, що поширюється шляхами нюхового нерва у підкоркові та коркові центри.

Для людини нюхова функція не є життєво важливою, але вона відіграє роль у шлунковій секреції, орієнтує в навколишньому середовищі. Вдихання певного запаху протягом тривалого часу послаблює нюхову функцію, і настає адаптація та стомлення. Можливі нюхові галюцинації та ілюзії.

Завдяки мовній або резонаторній функції носа і приносівих порожнин голос набуває певного тембру, забарвлення і змінюється при патологічному стані даних структур. Ненормальне сполучення ротової порожнини з носовою і резонансові перешкоди під час мови ведуть до різного роду гугнявості (відкритої і закритої).

Приносіві пазухи як органи, заповнені повітрям, полегшують вагу лицьового черепа і відіграють певну захисну роль (під час удару в ділянку

лицьового черепа повітря послаблює удар, немовби амортизує його). У нормальному стані пазухи є резервуаром тепла для зігрівання повітря, що проходить через ніс.

Методи дослідження носа і приносових пазух

При дослідженні носа і приносових пазух насамперед потрібно з'ясувати скарги та анамнез.

Зовнішній ніс. Звертають увагу на форму зовнішнього носа, відмічаючи відхилення від середньої лінії спинки носа, її западіння. При підозрі на перелом кісток носа проводять пальпацію зовнішнього носа, відмічають зміщення кісткових структур і наявність або відсутність кріпіння уламків.

Порожнина носа. Огляд присінка носа проводиться без спеціального інструментарію, але з використанням лобного рефлектора, піднявши пальцем кінчик носа догори. Для огляду внутрішніх структур носа користуються передньою риноскопією за допомогою носового дзеркала, що вводиться браншами у ділянці входу в ніс. Звертають увагу на стан слизової оболонки передніх кінців носових раковин, носової перегородки, дна носової порожнини, стан носових ходів.

У ряду хворих не можна добре оглянути передні відділи носової порожнини у зв'язку з набуханням нижніх носових раковин або їх гіпертрофією. У таких випадках застосовують судинозвужувальні засоби (адреналін, мезатон) для зм'якшення слизової оболонки носа. Через 1-2 хв носові ходи розширюються, що дає можливість глибше оглянути порожнину носа.

У маленьких дітей для огляду носової порожнини застосовують вушну лійку відповідних розмірів.

Для огляду задніх відділів носової порожнини і сусідніх ділянок застосовують задню риноскопію. Для цього потрібні шпатель і маленьке носоглоткове дзеркальце, а також, як і при передній риноскопії, - джерело світла і лобний рефлектор. Шпателем натискають на язик так, щоб видно

було ротоглотку і вільно звисало м'яке піднебіння. Пропонуючи хворому дихати носом, підводять нагріте дзеркальце, обернене дзеркальною поверхнею догори за край *uvulae*. У дзеркальці видно хоани із задніми кінцями носових раковин, леміш, верхню частину (купол) носоглотки, вічка слухових труб, задню стінку м'якого піднебіння і носоглотки, глотковий мигдалик. Дітям до 10-12 років важко зробити задню риноскопію і тому вдаються до пальцевого дослідження носоглотки.

Далі, в разі потреби, застосовують додаткові методи дослідження зовнішнього носа і носової порожнини: рентгенографію, комп'ютерну, магнітно-резонансну томографію, дослідження нюху, прохідності носової порожнини для повітря (ринопневмометрія, акустична ринометрія), бактеріологічне, патоморфологічне дослідження.

Для визначення прохідності повітряного струменя закривають одну, а потім другу ніздрю, притискаючи крило носа до носової перегородки. Пропонують хворому робити глибокі вдихи і видихи через ніс. При цьому, до носа підносять пушинку (ватку). За рухом пушинки під час подиху можна орієнтовно визначити ступінь прохідності носа.

За допомогою передньої та задньої риноскопій можна виявити патологічний стан приносних пазух за наявності гнійного вмісту в середньому носовому ході, хоанах і на стінках носоглотки.

Дуже цінними способами визначення стану приносних пазух носа є рентгенографія і томографія, а на даний час - КТ, ЯМР-томографія. Користуються також контрастною рентгенографією, застосовуючи для цього контрастні речовини, що вводять у пазуху. Іноді застосовують діафаноскопію (просвічування). Роблять діагностичну пункцію верхньощелепних пазух голкою Г.Г. Куликовського під нижньою носовою раковиною, що дає змогу визначити присутність вмісту в порожнині, аспірувати його, промити пазуху і за необхідністю ввести в неї ліки.

Фурункул носа

Це гнійне запалення волосяних фолікулів та сальних залоз із частковим некрозом та нагноєнням навколишніх тканин. Фурункул виникає в місцях скупчення волосків та сальних залоз. Причиною розвитку фурункула носа є занесення стафілококової інфекції через дрібні пошкодження, прояв загального фурункульозу (у хворих на цукровий діабет).

Спочатку фурункул проявляється обмеженою гіперемією з напруженням шкіри, його центральна ділянка конусоподібно підіймається над загальною поверхнею. Інколи протягом 3-5 днів відбувається абсцедування з наступним відторгненням стрижня та некротизованої клітковини. Температура тіла субфебрильна, але може значно підвищуватися, погіршується загальний стан хворого. Розвивається регіонарний лімфаденіт.

Фурункул носа варто вважати дуже серйозним захворюванням у зв'язку з можливим виникненням тяжких ускладнень: флегмони орбіти, менінгіту, тромбозу печеристої пазухи із сепсисом. Тому, при фурункулі носа показана невідкладна госпіталізація.

Лікування. Призначають антибіотики внутрішньовенно або внутрішньом'язево. Місцево застосовують протимікробні та протизапальні засоби у вигляді мазей, ефективні примочки зі спиртовим екстрактом прополісу. Фізіотерапевтичні процедури призначають у стадії інфільтрації і розривання: УФО, УВЧ, ЛУЧ-2.

Для профілактики розвитку тромбофлебиту призначають антикоагулянти, переважно аспірин. Лише в стадії абсцедування застосовують хірургічне втручання.

Гематома та абсцес носової перегородки

Гематома – це скупчення крові між охрястям носової перегородки та її хрящем, причому з обох боків одночасно. Вона виникає переважно внаслідок травми носа. Кров, яка скупчилася самовільно, як правило, не

розсмоктується, а через декілька днів після утворення гематоми інфікується і перетворюється на абсцес.

Хворий скаржиться на різке утруднення носового дихання і відчуття важкості в голові. Під час підняття кінчика носа видно припухлість червоного кольору, круглої форми, яка флюктує при дотику. Температура тіла в межах норми. Встановити діагноз допомагає пробна пункція.

Лікування. Гематому пунктують з обох сторін, кров відсмоктують за допомогою шприца. Після цього проводять передню тампонаду носа, щоб притиснути слизову оболонку і охрястя до хряща і цим самим запобігти повторному скупченню крові. При неефективності даної методики використовують хірургічне лікування. Проводять розтин слизової оболонки носової перегородки, після видалення крові з порожнини гематоми, носову порожнину тампонують з обох боків.

Абсцес носової перегородки найчастіше виникає внаслідок нагноєння гематоми, рідко – перихондриту носової перегородки, інфекційних захворювань, фурункула присінка носа, остеомієліту коренів верхніх різців. Хворі скаржаться на головний біль, підвищення температури тіла, відзначається припухлість та почервоніння зовнішнього носа і прилеглих ділянок обличчя. Абсцес спричиняє швидке руйнування хряща носової перегородки з наступним западанням спинки носа в його хрящовому відділі, іноді виникають орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення.

Лікування тільки хірургічне. Абсцес розкривають з обох боків не в симетричних місцях. Порожнину промивають розчином антисептика, уводять марлеві турунди з гіпертонічним розчином, тампонують обидві половини носа. Призначають антибактеріальну терапію.

Гострий риніт

Гостре запалення слизової оболонки носа найчастіше розвивається внаслідок порушення захисних механізмів після загального чи місцевого охолодження. Це сприяє активізації сапрофітної мікрофлори на слизовій оболонці носа. Гострий риніт часто виникає внаслідок дії на слизову

оболонку подразнювальних речовин, може бути початковою стадією грипу та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій.

Перебіг гострого риніту має 3 стадії:

- 1 – суха;
- 2 – стадія секреції;
- 3 – слизо-гнійних виділень.

За наявності сухої стадії хворі скаржаться на сухість, жар, лоскотання в носі, сльозотечу, чхання. Спостерігаються загальне нездужання, головний біль, рідко субфебрильна температура. Через декілька годин або наступного дня процес переходить у другу стадію – стадію секреції. Настає порушення носового дихання, респіраторна гіпосмія і з'являються дуже рідкі виділення з носа. Слизова оболонка носа при огляді різко гіперемована, набрякла, вкрита рідкими виділеннями, носові ходи значно звужені.

Через 2-3 дні з'являються слизово-гнійні виділення з носа, і процес переходить у третю стадію. Загальний стан хворого покращується, відновлюється носове дихання, зникає головний біль. Слизова оболонка носа стає гіперемованою, набряклого, з'являються слизо-гнійні виділення в нижньому носовому ході. Поступово кількість виділень зменшується і згодом вони припиняються, настає повне видужання.

Лікування. У перші 2 доби хвороби варто застосовувати відволікаючу терапію (гарячу ножну ванну, гарячий чай, після чого сон). Із фізіотерапевтичних методів використовують УВЧ на ніс, тубус-кварц ендоназально. У 2-й стадії захворювання призначають судинозвужувальні краплі в ніс (нафтизин, санорин, галазолін тощо).

Викривлення носової перегородки

Викривлення носової перегородки належать до аномалій розвитку лицьового скелета нерівномірного росту та кісткової частині носової перегородки або виникають внаслідок травми носа. На викривленій частині виникають кісткові або хрящові стовщення у вигляді гребня чи шипа, носова

перегородка частково або повністю зміщується від серединної лінії як в кістковому, так и в хрящовому відділах.

Головним симптомом викривлення носової перегородки є утруднення носового дихання. Стикаючись з носовою раковиною, гребінь або шип здатні спричинити низку патологічних змін: вазомоторний риніт, головний біль, кашель, напад бронхіальної астми, тубоотит, запалення приноскових пазух.

Лікування хірургічне. Воно показане хворим із порушенням носового дихання або за умови розвитку розладів, спричинених дією шипа чи гребня. Оєм хірургічного втручання залежить від виду деформації носової перегородки і може бути різним – від ошадливої крістотомії і ендоскопічної ендопластики до класичної резекції за Кіліаном.

Хронічні риніти

Хронічна нежить є неспецифічним запально-дистрофічним процесом слизової оболонки носа. В деяких випадках процес розповсюджується на хрящі та кістки носа.

Розрізняють такі форми хронічних ринітів

- 1) хронічний катаральний риніт;
- 2) хронічний гіпертрофічний риніт:
 - дифузний;
 - обмежений;
- 3) хронічний атрофічний риніт:
 - простий;
 - сморідний або озена;
- 4) вазомоторний риніт:
 - алергійна форма – а) постійний тип; б) сезонний тип (поліноз);
 - нейровегетативна форма.

Хронічний катаральний риніт

В основі цього захворювання лежить хронічне катаральне запалення, яке викликає порушення тонуусу судин слизової оболонки носа. Запалення

виникає внаслідок частих інфекцій, дії шкідливих чинників, як вторинний процес при патології носа та носоглотки (викривлення носової перегородки, аденоїди, синуїти, сторонні тіла).

Хворі скаржаться на утруднення носового дихання та виражені слизові виділення з носа. При загостренні хронічного процесу кількість виділень значно збільшується, вони стають гнійними. При передній риноскопії слизова оболонка гіперемована, має ціанотичний відтінок. В загальному носовому ході виявляється велика кількість слизово-гнійних виділень, які накопичуються на дні порожнини носа. Судинозвужувальні засоби викликають зменшення набрякості слизової оболонки, що свідчить про відсутність гіпертрофії.

Лікування хронічного катарального риніта консервативне. Використовують в'язучі речовини (2-5% розчин протаргола або коларгола у вигляді крапель для носа, змащення слизової оболонки носа 3-5% розчином ляпіса 4-5 разів з інтервалом у 2-3 дні). Широко застосовується фізіотерапевтичні процедури УВЧ, ЛУЧ-2 на ніс, КУФ – ендоназально.

Хронічний гіпертрофічний риніт

Захворювання характеризуються наявністю проліферативного процесу, гіпертрофічних змін слизової оболонки порожнини носа. Іноді спостерігається гіперплазія кісткової основи раковин.

Гіпертрофія може бути : дифузною, коли гіпертрофічних змін зазнала вся нижня або середня носова раковина; обмеженою, коли гіпертрофовані лише передні або задні кінці нижніх чи середніх носових раковин.

Основною скаргою хворих є утруднення носового дихання. Можуть з'являтися слизові або слизово-гнійні виділення з носа. Окрім того можуть виникати скарги, що пов'язані з утрудненням носового дихання: головний біль, втомленість, гугнявість.

При передній риноскопії носові раковини збільшені в об'ємі, носові ходи звужені, слизова оболонка може бути блідою, ціанотичною. Горбкуваті гіпертрофовані кінці нижніх носових раковин нагадують ягоду шовковиці,

але гіпертрофія може бути гладкою. Після проведення проби із судиннозвужувальними засобами об'єм раковин змінюється не суттєво.

Консервативна терапія гіпертрофічного риніта не ефективна. При помірно вираженій гіпертрофії виконують припікання раковин гальванокаутером, внаслідок чого відбувається руйнування гіпертрофованої тканини та зменшення об'єму носової раковини за рахунок рубцювання. Також з метою деструкції тканини застосовують кріовплив в тому числі підслизова кріоконхотомія та вазотомія. При значній гіпертрофії, коли гальванокаустика та кріовплив не ефективні, виконують резекцію носових раковин або їх частин.

Простий атрофічний нежить

Простий хронічний атрофічний нежить може бути розлитим та відмежованим. При розлитій формі процес охоплює всю дихальну ділянку порожнини носа, при відмежованій – звичайним є ураження передніх відділів порожнини носа.

Хворі скаржаться на сухість у носі, утворення кірок. При дифузних змінах у носі може бути головний біль, а при ураженні слизової оболонки носової перегородки та передніх кінців носових раковин – кровотеча.

Риноскопична картина: носові ходи широкі, носові раковини зменшені в об'ємі, з блідою, тонкою, сухою слизовою оболонкою, яка вкрита кірками або густим слизом. Після видалення кірок можна побачити задню стінку глотки.

Лікування поділяється на загальне та місцеве. Загальне складається з призначення стимулюючих засобів: біостимуляторів, вітамінів груп В, А, D, нікотинової кислоти, препаратів заліза. Головним у місцевій терапії є призначення подразнюючих процедур. Вони базуються на використанні препаратів йода, які подразнюють слизову оболонку та стимулюють функцію залоз, наприклад, розчин Люголя (йодгліцерин); лужно-калієвих, масляних інгаляцій. Необхідно проводити повторні курси лікування.

Озена

Озена – це хронічне захворювання порожнини носа, для якого характерна атрофія слизової оболонки та кістково- хрящового скелета носа, густий липучий вміст, який засихає в кірки, що мають сморідний запах, гіпосмія або аносмія. За сукупністю ознак озена належить до хронічних інфекційних захворювань людини, збудником захворювання вважається *Klebsiella ozaenae* (паличка Абвера-Левенберга).

Поширеність озени характеризується ендемічністю. Озена частіше зустрічається у країнах Східної Азії (Японія, Китай, Індія), Іспанії, Болгарії, Греції, Тунісі, Латинській Америці (Аргентині, Бразилії). Озена поширена на Україні, в Росії та Білорусії, особливо у великих містах. Деякі автори вважають озену спадковим захворюванням, інші – пов'язують захворювання з розладами ендокринної системи, конституційних особливостей будови носової порожнини, авітаміноза, порушення обміну заліза в організмі.

Для захворювання характерною є триада симптомів: атрофія слизової оболонки та кістково-хрящового скелета носа; утворення у порожнині носа сморідних кірок; гіпо- або аносмія, оскільки атрофічний процес охоплює не тільки дихальну але й нюхову зону порожнини носа.

При огляді слизова оболонка суха, витончена, вкрита липким тягучим вмістом або сірозеленими кірками, що мають сморідний запах. На пізніх стадіях озени, після повної атрофії слизової оболонки, кірки не утворюються, а слизова оболонка нагадує серозну оболонку або рубець. Нижня носова раковина атрофована, носові ходи широкі, стає можливим огляд верхніх відділів порожнини носа та бокових стінок носоглотки.

Лікування Внутрішньом'язеві ін'єкції стрептоміцина по 500 тис. од. щоденно, курсова доза становить 15 г. стрептоміцина. Повторюють введення такої ж кількості препарату через 4-6 міс. Останнім часом для лікування озени з гарним ефектом застосовуються антибіотики фторхінолонового ряду (офлоксацин та інші). Місцево на протязі 2-3 тижнів, щоденно у порожнину

носа вводять турунди, змащені розчином, який містить стрептоміцин та етоній. З метою ліквідації гіпосидероза призначається феррум-лек (або інший препарат розчинного заліза для парентерального введення) на курс лікування 20 ін'єкцій. Другий курс лікування препаратами заліза проводять через 4-6 місяців.

Одним із компонентів комбінованого лікування озени є хірургічне втручання. Найпоширенішим - є спосіб звуження порожнини носа шляхом введення трансплантата під мукоперіхондрій та мукоперіост. З цією метою використовують, консервовану тверду мозкову оболонку, хрящі та інші метериали.

Вазомоторний риніт

Розрізняють дві форми вазомоторного риніта: алергічну та нейровегетативну.

Чітко провести межу між ними не завжди легко. Особливо між постійною алергічною та нейровегетативною формами. Ймовірно, у ряді спостережень можна говорити про змішану форму вазомоторного риніта.

Алергічна форма

В етіології цієї форми головну роль відіграє алерген – речовина, до якої організм має підвищену чутливість. Зіткнення людини з такою речовиною негайно викликає приступ риніта. Тому ці хворі потребують ретельного алергологічного обстеження. Алергічна форма риніта поділяється на два типи: сезонний або поліноз і постійний.

При сезонному розрізняють три періоди захворюваності полінозом протягом року. Весняний (з кінця березня до кінця травня) відповідає періоду цвітіння дерев, літній (з початку червня до кінця липня) – періоду цвітіння лугових та злакових трав, літньо-осінній (з середини липня до кінця вересня) – періоду цвітіння бур'янів. Явища риніта виникають в одну й ту саму пору року, під час цвітіння якоїсь рослини.

Постійний тип обумовлений алергенами з якими людина знаходиться у постійному зіткненні (домашній пил, шерсть тварин, корм для рибок, паперовий пил; різноманітна мікрофлора, що приводить до розвитку бактеріальної алергії).

Хворий скаржиться на чхання, закладеність носа, рясні рідкі прозорі виділення з носа. Приступи чхання змінюються проміжками спокійного стану. Приступ часто супроводжується почервонінням обличчя, кон'юнктиви, слезотечею, пітливістю. Страждає нюхова функція.

При риноскопії визначається значна набряклість слизової оболонки носа, блідо-рожевий, майже білий колір її. Судинозвужувальні засоби мало ефективні. Можуть визначатись поліпи. Надзвичайно швидко реагує набряком слизова оболонка приносних пазух. У крові та у виділеннях з носа визначається підвищена кількість еозинофілів.

Лікування алергічної форми вазомоторного риніта включає в себе елімінацію алергена, санацію верхніх дихальних шляхів та порожнини носа. Рекомендують обмежувати використання судинозвужувальних засобів. Проводять специфічну десенсибілізацію, яка полягає у ін'єкціях невеликих, зростаючих доз екстракта антигена (за схемою).

Неспецифічну десенсибілізацію проводять антигістамінними препаратами, препаратами кальцію, аскорбіновою кислотою, інгібіторами протеаз, кортикостероїдами.

Нейровегетативна форма

Причиною розвитку нейровегетативної форми є дисфункція вегетативної нервової системи, яка приводить до порушення судинної та секреторної іннервації слизової оболонки порожнини носа. Нейровегетативна форма виникає здебільше у осіб, що мають загальні вегетативні розлади. Ця форма нерідко розвивається після перенесення гострої респіраторної вірусної інфекції, яку супроводжував гострий риніт. Захворювання сприяє тривале безладне використання деконгенстантів.

При риноскопії визначають збільшення об'єму носових раковин, носові ходи звужені, але вільні. Слизова оболонка ціанотичного кольору, на цьому фоні визначаються сиві та білі плями (ділянки ішемії), які мають назву плями В.Г.Воячека. Судиннозвужувальні засоби при даній формі мають виражену дію.

Лікування нейровегетативної форми вазомоторного риніта включає в себе хірургічну корекцію анатомічних вад порожнини носа, зниження реактивності нервової системи, загартування, використання вітамінів, біостимуляторів, вегетотропних засобів, імуномодуляторів. Також застосовуються методи рефлекторної терапії, напівхірургічні методи лікування - ультразвукова дезінтеграція, гальванокаустика, кріодеструкція носових раковин, підслизова вазотомія

Синуїт – це запальний процес, що уражує слизову оболонку, підслизовий шар, а іноді окістя та кісткові стінки приносних пазух.

Синуїт є поширеним захворюванням, яке за даними загальноприйнятої статистики становить 25—30% від загальної кількості стаціонарних ЛОР-хворих та 15—16% серед амбулаторних пацієнтів оториноларинголога.

Найчастіше уражується верхньощелепна пазуха (гайморит), друге місце за частотою ураження посідає гратчаста пазуха (етмоїдит), третє – лобна пазуха (фронтит) і рідше за все — основна (сфеноїдит).

У дітей молодшого віку на першому місці за частотою виникнення стоїть етмоїдит, який складає близько 80—92 % від усіх захворювань приносних пазух у дітей цієї вікової категорії. Це пов'язано із особливостями формування приносних пазух у дітей. Пазухи виникають внаслідок резорбції кістки. Раніш за все пневматизується решітчастий лабіринт та основна пазуха, більш повільно — верхньощелепна та лобна пазухи. Саме тому у дітей молодшого віку найбільш часто виникають етмоїдити.

Запальний процес може вражати одну чи кілька пазух. Якщо уражена одна пазуха процес має назву моносинусит, кілька — полісинусит. Різновидом полісинуситу є гемісинусит (уражуються всі пазухи з одного боку) та пансинусит (уражені всі пазухи з обох боків). Найчастіше зустрічається поєднання гаймориту та етмоїдиту — гаймороетмоїдит.

Безпосередньою причиною синуситів є різноманітні мікроорганізми: вірусна та бактеріальна флора. Процес переважно починається внаслідок гострої респіраторної вірусної інфекції, тобто спочатку організм зазнає дії вірусної інфекції, а бактеріальні збудники приєднуються вторинно.

За походженням синусити поділяють на первинні та вторинні. Первинні синусити зустрічаються рідко, при травмі або алергії. Найчастіше синусити бувають вторинними, тобто запальний процес поширюється з іншого вогнища інфекції. У зв'язку з цим синусити поділяють на: риногенні, одонтогенні, травматичні, гематогенні, алергічні.

Риногенний синусит — це процес проникнення інфекції у приносіві пазухи з порожнини носа. Він розвивається при захворюванні людини на гостру респіраторну вірусну інфекцію, одним з проявів якої є гострий риніт.

Одонтогенний синусит може виникнути лише у верхньощелепній пазусі. 4, 5, 6 верхні зуби своїми коренями близько підходять до нижньої стінки верхньощелепної пазухи. У зв'язку з цим патологічний процес може розповсюджуватись з коренів зубів або альвеолярного відростка (остеомієліт) на нижню стінку верхньощелепної пазухи.

Гематогенні (метастатичні) синусити виникають внаслідок занесення гнійної інфекції через кровоносні судини.

Травматичні синусити є наслідками черепно-лицевих травм, що нерідко супроводжуються деформацією лицевих стінок пазух та орбіти. Корекція цих деформацій потребує хірургічних втручань.

Алергічний синусит розвивається в тому випадку, коли при виникненні алергічного процесу шоковим органом стають приносіві пазухи. У більшості випадків це полісинусит.

До факторів, що сприяють розвитку синуїтів відносять: зниження реактивності, загальне ослаблення організму, наявність патологічних змін з боку носа та носоглотки, що порушують дренажні можливості приносових пазух, сприяють проникненню інфекції у пазухи.

Синуїти поділяються на гострі та хронічні.

Гострі синуїти

При гострому синуїті у слизовій оболонці приносових пазух відбувається артеріальна гіперемія, дрібноклітинна інфільтрація, мукоїдний набряк, ексудація. Ексудат спочатку має слизовий, серозний або геморагічний характер, але швидко стає гнійним.

За характером запального процесу гострі синуїти поділяються на катаральні, гнійні, некротичні.

Клініка гострого синуїту складається із загальних та місцевих симптомів. Загальні симптоми обумовлені реакцією всього організму на запальний процес. Місцеві симптоми обумовлені локалізацією запального процесу в одній з приносових пазух.

До загальних проявів синуїтів належать: погане самопочуття, підвищення температури тіла, зниження апетиту, порушення сну, запальні зміни в крові. Тобто це симптоми, що притамані будь-якому запальному процесові.

Місцеві симптоми: біль, що відповідає локалізації пазухи, закладеність носа, гнійні виділення з носа, набряк м'яких тканин обличчя, слезотеча, порушення нюху.

Гострий гайморит

Якщо процес однобічний, що зустрічається частіше, характерним симптомом є однобічний риніт: виділення гною з ураженої половини носа, утруднене носове дихання з цього боку. У випадку ураження обох пазух нежить двобічна.

Характерними є головний біль та біль, що відповідає локалізації верхньощелепної пазухи. Біль може віддавати в орбіту, зуби, чоло, скроні,

поширюватись на відповідну половину обличчя. Така іррадіація пов'язана із загальною інервацією цієї ділянки трійчастим нервом. Виникнення болю пояснюється звуженням або закриттям вивідного отвору пазухи, внаслідок набряку слизової оболонки. Це приводить до затримки евакуації ексудата. Ексудат тисне на стінки пазухи, внаслідок чого виникає головний біль та відчуття тиску у ділянці верхньощелепної пазухи.

Можлива поява набрякості у ділянці лицьової стінки верхньощелепної пазухи, набряк може поширюватись на нижню повіку.

Нюх у більшості випадків знижений, але прояви попередніх симптомів турбують хворих настільки, що на порушення нюху хворі не звертають уваги.

При передній риноскопії визначають гіперемію та набряк слизової оболонки носа на боці ураження. У середньому носовому ході наявний гнійний вміст, оскільки верхньощелепна пазуха відкривається у середній носовий хід.

Одонтогенний гайморит виникає внаслідок розповсюдження інфекції з вогнищ гострого та хронічного запалення у ділянці молярів та премолярів (головним чином 4, 5 та 6 верхні зуби): періодонтити, періостити, остеомієліти, нагнійні радикалярні кісти, розкриття верхньощелепної пазухи та проштовхування кореня зуба в неї під час видалення зуба.

Одонтогенний гайморит завжди є однобічним, хворіють дорослі.

Клінічна картина гострого одонтогенного гаймориту може маскуватись симптомами основного захворювання. Больовий симптом незначний. Це дозволяє припустити, що при одонтогенному гаймориті процес має первинно хронічний перебіг.

Одонтогенний гайморит супроводжується утворенням гною з неприємним запахом, що свідчить про своєрідність бактеріальної флори, яка викликає запальний процес у зубах. Можливе утворення нориць, що відкриваються у присінок ротової порожнини.

Гострий етмоїдит

Анатомічна близькість, тісний венозний та лімфатичний зв'язок решітчастого лабіринта з іншими приносними пазухами пояснюють часту комбінацію етмоїдиту з іншими синуїтами. Цим пояснюється і той факт, що етмоїдити часто бувають нерозпізнаними. Багатопорожнинна будова решітчастої пазухи має велике клінічне значення, оскільки запальний процес може бути обмежений групою клітин.

Головний біль при ураженні передніх клітин локалізується біля кореня носа та внутрішніх кутів очей, середніх — біль іррадіює у скроні та тім'я (мигреноподібний характер болю), задніх — у потилицю.

Виділення з носа, порушення носового дихання, гіпосмія є також одними з головних скарг хворих на гострий етмоїдит.

При передній риноскопії слизова оболонка носа у ділянках середнього, верхнього носових ходів набрякла, гіперемована, нерідко визначається виділення гною. Ізольований гострий етмоїдит зустрічається рідко. Здебільше запалення клітин решітчастого лабіринта поєднується із захворюванням лобної та верхньощелепної пазух, запалення задніх клітин - із захворюванням основної пазухи.

Гострий фронтит

Найбільш характерним суб'єктивним симптомом фронтиту є біль у лобній ділянці, яка посилюється при пальпації або постукуванні по передній стінці лобної пазухи, особливо при натисненні у верхньо-внутрішньому куту очниці на нижню (орбітальну), найбільш тонку стінку лобної пазухи.

Окрім болю, хворі скаржаться на підвищення температури тіла, утруднення носового дихання, виділення з відповідної половини носа. Одночасно може з'явитись почервоніння та набряк шкіри у ділянках лоба та верхньої повіки.

При риноскопії спостерігається слизово-гнійний вміст під переднім кінцем середньої носової раковини. Слизова оболонка середньої носової раковини гіперемована та набрякла.

Гострий сфеноїдит

Характерними для сфеноїдиту є біль у потилиці, рідко у ділянці лоба, тім'ї, скронях, підвищення температури тіла, порушення нюху, підвищена втомлюваність, іноді психічна пригніченість.

При передній риноскопії визначається набряк і гіперемія слизової оболонки верхнього носового ходу та слизово-гнійні або гнійні виділення у нюховій щілині (між перегородкою носа та середньою носовою раковиною). При задній риноскопії гній визначається у верхньому носовому ході або на задній стінці глотки.

Для підтвердження діагнозу синуїта проводять допоміжні методи дослідження. Найчастіше користуються рентгенографією. Існують і інші: діафаноскопія (просвічування приноскових пазух за допомогою спеціальної лампи Герінга в темній кімнаті); тепlobачення (інфрачервона термографія); ехографія (базується на використанні ультразвука); СВЧ-радіометрія (різновид термографії); комп'ютерна томографія (КТ) та магнітна резонансна томографія (МРТ); оптична риноскопія і пункція.

У ЛОР-практиці широко проводять пункції верхньощелепної (мал. 62) та лобної пазух, як з діагностичною, так і з лікувальною ціллю. Застосовується метод зондування приноскових пазух через природні вивідні отвори.

Лікування гострих синуїтів

Хворі на гострий синуїт потребують ліжкового режиму, а у важких випадках — стаціонарного лікування.

Хворим на гострий синуїт необхідно проводити протизапальну терапію, призначати судинозвужувальні засоби, які зменшують об'єм слизової оболонки носа та розширюють вивідні отвори пазух у порожнину носа, що покращує евакуацію ексудату з пазух.

Симптоматична терапія включає в себе використання анальгетиків, жарознижувачих, серцевих та судинних препаратів.

Одонтогенні гайморити потребують санації причинного зуба.

Пункція приносних пазух. Перша пункція є одночасно діагностичною та лікувальною, подальші пункції — лікувальні. За допомогою дренажа, що введений у пазуху через пункційний отвір можливе послідовне проведення промивання приносних пазух та введення в них лікарських препаратів.

Із фізіотерапевтичних процедур призначають соллюкс, УВЧ, ЛУЧ-2 на лицьові стінки приносних пазух.

У більшості випадків при гострому синуїті достатнім є проведення консервативного лікування.

Показаннями до негайного хірургічного втручання при гострому синуїті є місцеві та загальні ускладнення: некротичний синуїт, абсцес або флегмона орбіти, внутрішньочерепний абсцес, менінгіт, сепсис. У цих випадках виконують фронтотомію, гайморотомію, а при необхідності через верхньощелепну пазуху розкривають решітчастий лабіринт. Нерідко хірургічне лікування показане при одонтогенному гаймориті, що супроводжується остеомієлітом верхньощелепної кістки.

Хронічні синуїти

Причиною хронічних синуїтів є невилікуваний гострий синуїт. Переходу гострого процесу у хронічний сприяють: змінена реактивність організму, знижена опірність, утруднене відтікання секрету з приносних пазух (деформація носової перегородки, хронічний гіпертрофічний риніт), неповноцінність слизової оболонки пазух.

При хронічному синуїті пазуха заповнюється набряклою слизовою оболонкою та гноєм. Потім відбувається гіперплазія, виникають ретенційні кісти. Можливе виникнення псевдохолестеатоми, періоститу, остеомієліту, норичь. У стадії гіперплазії відбувається розрощення слизової оболонки у вигляді поліпів.

Хронічні синуїти поділяються на гнійні (зустрічається у 78% спостережень), гнійно-поліпозні, поліпозні (на дві останні форми припадає приблизно 22% спостережень).

Хронічний синуїт має перебіг із періодами ремісій та загострень. Перебіг хронічного синуїта тривалий, у період ремісії характерна відсутність загальних явищ та головного болю. Пацієнт скаржиться на зниження працездатності, гнійні виділення з носа, які внаслідок приєднання анаеробів стають сморідними. Гіперплазія слизової оболонки та утворення поліпів приводять до утруднення носового дихання або відсутності його. Спостерігається зниження нюху.

Загострення хронічного процесу може супроводжуватись підвищенням температури тіла, погіршенням самопочуття, появою болісної набряклості щокі та набряку повік, локальним або розлитим головним болем. Визначається запальний зсув у крові.

Хронічний гайморит

При ексудативній формі однією з основних скарг є тривалий одно- або двобічний риніт. При гнійній формі виділення нерідко мають неприємний запах. При хронічному процесі інтенсивність болю менша ніж при гострому. Виникає погіршення нюху і навіть повна його відсутність.

Серед об'єктивних ознак хронічного гаймориту перше місце посідає наявність гнійного вмісту у середньому носовому ході. Також виникає гіпертрофія слизової оболонки носа, утворюються поліпи. В ряді випадків поліпи з носової порожнини виходять в носоглотку (хоанальний поліп), заповнюючи її і не унеможлиблює носове дихання. Слід завжди пам'ятати про можливість одонтогенного походження гаймориту, особливо за наявності кариозного процесу у коренях четвертого, п'ятого та шостого верхніх зубів, верхівки яких знаходяться безпосередньо під дном верхньощелепної пазухи.

Хронічний фронтит

Хронічний фронтит здебільшого супроводжується ураженням клітин решітчастого лабіринта. Головний біль є постійним симптомом хронічного фронтиту. Біль локалізується у ділянці ураженої пазухи. Виділення з носа можуть бути постійними, рясними зранку, коли хворий підводиться з ліжка.

Об'єктивні симптоми характеризуються наявністю гнійних виділень, поліпів, гіпертрофії слизової оболонки у середньому носовому ході. Під час загострення фронтита у верхньовнутрішньому куту орбіти може з'являтися набряклість м'яких тканин, болісна при натискуванні.

Хронічний етмоїдит

Майже завжди хронічний етмоїдит поєднується із хронічними захворюваннями інших приносових пазух.

Головний біль локалізується у ділянці перенісся, рідше біля внутрішнього кута орбіти. Хворих турбує порушення носового дихання та виділення з носа. Відмічається порушення нюху.

При риноскопії визначаються поліпи, які можуть бути множинними, оскільки походять з численних вивідних отворів решітчастих клітин. Поліпи заповнюють не тільки середній носовий хід, але й всю порожнину носа. Чисто гнійні форми етмоїдиту зустрічаються рідко.

Хронічний сфеноїдит

При цьому синуїті можливе ізольоване ураження основної пазухи, або його комбінація із ураженням задніх клітин решітчастого лабіринту.

Основною ознакою хронічного сфеноїдита є головний біль, що у більшості випадків має суто локальний характер: при малій пневматизації пазухи біль локалізується у ділянці тім'я, а при великих пазухах може розповсюджуватися на потиличну ділянку. Другою скаргою хворого є стікання виділень по задній стінці глотки. Нерідко спостерігається різке, швидко прогресуюче зниження зору, оскільки перехрестя зорових нервів розташоване на тонкій верхній стінці основної пазухи.

Під час об'єктивного дослідження визначається незначний слизовий або слизово-гнійний вміст у ділянці верхнього носового ходу.

Лікування хронічних синуїтів

Найбільш ефективним методом лікування хронічних гнійних або поліпозно-гнійних синуїтів є хірургічний.

Хірургічні втручання на верхньощелепній пазусі можуть бути екстра- та ендоназальними.

Ендоназально верхньощелепна пазуха розкривається через нижній носовий хід. Слизову оболонку пазухи при цьому не видаляють. Крізь зроблений отвір здійснюють промивання пазухи.

З екстраназальних методів розкриття верхньощелепної пазухи найпоширенішою є операція за Калдуеллом-Люком (мал.64 а, б, в, г, д, е). Виконують розріз слизової оболонки у присінку ротової порожнини по перехідній складці верхньої губи від другого до шостого зубів. Лицьова стінка видаляється у ділянці собачої ямки. Після цього з'являється можливість добре оглянути верхньощелепну пазуху та видалити з неї патологічний вміст (поліпи, кісти, поліпозноперероджену слизову оболонку). Операція закінчується створенням співустя з порожниною носа.

Основними сануючими операціями на лобній пазусі є операція Кілліана, операція Н.В.Белоголовова, операція Янсена-Ріттера. Усі ці оперативні втручання спрямовані на радикальне видалення патологічних тканин з приносних пазух та відновлення лобноносового співустя.

Широке використання методів ендоскопічної діагностики та хірургії в ринології почалось у 60-х роках, після розробки оптичних систем Гопкінса та спеціальних наборів ендоскопів. Це дало можливість проводити сануючі операції на приносних пазухах без пошкодження здорових тканин, зберігаючи архітектоніку порожнини носа.

II. Практичне заняття

1. Тема. Орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення риногенного характеру. (Реактивний набряк орбіти. Гнійний періостит. Субперіостальний абсцес. набряк ретробульбарної клітковини. Ретробульбарний абсцес. Флегмона орбіти. Риногенний менінгіт. Абсцес мозку та мозочку. Профілактика, рання діагностика, своєчасне скерування до ЛОР).

Тривалість заняття - 2 академічні години.

2. Актуальність теми.

Синуїти можуть стати причиною виникнення тяжких орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень, що загрожують життю людини. Тому знання клініки, діагностики та принципів лікування цих захворювань є необхідним у клінічній практиці лікарів сімейної медицини та невідкладних станів.

3. Мета заняття.

Виявляти виникнення орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень риногенного походження, проводити диференціальну діагностику та визначати раціональну тактику лікування хворих.

4. Інтерни повинен знати.

1. Анатомічні передумови розвитку орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень.
2. Види орбітальних і внутрішньочерепних риногенних ускладнень.
3. Принципи лікування орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень риногенного походження.
4. Види оперативних втручань на верхньощелепній, решітчастій, лобній та основній пазухах при орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень риногенного походження.
5. Наслідки синуїтів, орбітальних та внутрішньочерепних риногенних ускладнень.

5. Інтерн повинен уміти.

1. Виконати пальпаторне обстеження ділянок приносних пазух, провести передню та задню риноскопію, оцінити стан слизової оболонки порожнини носа.
2. Оцінити і співставити і найбільш інформативні та об'єктивні ознаки, що підтверджують у даного хворого діагноз гострого чи хронічного синуситу, наявність орбітального або внутрішньочерепного ускладнення риногенного походження.
3. Оцінити дані рентгенографії приносних пазух (нативної та з використанням контрастних речовин), комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії.
4. Оцінити дані лабораторного дослідження крові, і спинномозкової рідини, вмісту приносних пазух.
5. Скласти план лікування хворого з даною патологією.
6. Виконати анемізацію слизової оболонки порожнини носа, місцеву анестезію для проведення пункції верхньо-щелепної пазухи.

6. Оснащення заняття.

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР – органів.
2. Інструментарій для хірургічного втручання на приносних синусах.
3. Схеми, таблиці, слайди, кодограми, муляжі.
4. Питання для самопідготовки та опитування.
5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

7. Головні питання по темі заняття для визначення рівня знань та плану самопідготовки інтернів.

1. Анатомічні передумови виникнення риногенних орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень;
2. Орбітальні ускладнення: реактивний набряк клітковини орбіти та повік, негнійний та гнійний остеоперіостит орбіти, абсцес повік,

субперіостальний та ретробульбарний абсцеси, флегмона орбіти; клініка й діагностика цих захворювань.

3. Принципи лікування орбітальних ускладнень риногенного походження.

4. Шляхи проникнення інфекції з приносних пазух у порожнину черепа.

5. Внутрішньочерепні риногенні ускладнення: гнійний менінгіт, тромбоз пазух твердої мозкової оболонки, риногенний сепсис, епі- та субдуральний абсцеси, абсцес лобової частки мозку; клініка і діагностика цих захворювань.

6. Принципи лікування внутрішньочерепних риногенних ускладнень, види оперативних втручань.

8. Структура практичного заняття.

1. Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою - 10 хвилин.

2. Розкриття головних теоретичних положень теми - 35 хвилин.

3. Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 30 хвилин.

4. Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми -15 хвилин.

9. Перелік практичних навичок, необхідних для опанування теми.

1. Проведення передньої і задньої риноскопії.

2. Проведення задньої риноскопії (уявлення)

3. Дослідження стану носового дихання та нюхової функції.

4. Передня марлева тампонада носа (уявлення).

10. Основні теоретичні положення за темою практичного заняття.

Риногенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення виникають внаслідок розповсюдження інфекції з носа та приносних пазух в орбіту і

порожнину черепа. До захворювань, що спричинюють їх розвиток належать: фурункул носа, абсцес носової перегородки, гострі та хронічні параназальні синусити, травматичні ушкодження носа та приносних пазух, хірургічні втручання на цих органах.

Передумовою до виникнення риногенних ускладнень є анатомічна близькість порожнини носа та приносних пазух з орбітою і порожниною черепа, судинно-нервові зв'язки порожнини носа та приносних пазух з орбітою і порожниною черепа.

Головну роль у виникненні риногенних ускладнень відіграє мікробний фактор: стафілококи, стрептококи, пневмококи, протей, синьогнійна паличка, анаеробні бактерії та гриби. Умовами для розвитку анаеробної інфекції є порушення вентиляційної функції природних отворів приносних пазух. При гострому процесі, у більшості випадків виявляється монофлора, при хронічному — мікробні асоціації. Велике значення у виникненні ускладнень має вірус грипа.

Шляхи проникнення інфекції з носа і приносних пазух до орбіти та черепа наступні: контактний, гематогенний, лімфогенний, внаслідок травми.

Орбітальні ускладнення

Орбітальні ускладнення можуть бути такими: реактивний набряк клітковини і повік орбіти, періостит (негнійний та гнійний), абсцес повік, субперіостальний абсцес, ретробульбарний абсцес, флегмона орбіти.

Реактивний набряк орбіти та повік розвивається найчастіше у дитячому віці при гострих етмоїдитах, що виникають на фоні гострої респіраторної інфекції. Спостерігається набряк та почервоніння шкіри у ділянці повік, очна щілина звужена, помітно виражена гіперемія та набряк кон'юнктиви повік. Однак вказані зміни є досить непостійними і розпочате лікування, обмежене лише покращенням відтоку патологічного вмісту з пазухи, спричинює швидкий регрес ознак орбітального ускладнення.

Періостит негнійний . Залежно від того, яка пазуха уражена лобна, решітчаста або верхньощелепна, на верхній, медіальній або нижній стінці

орбіти з'являється незначна, болісна при пальпації припухлість, що поступово розсмоктується після припинення синуїта.

Гнійний періостит має більш важкий перебіг. Він супроводжується загальною реакцією (висока температура тіла, загальна слабкість, головний біль). Місцево — на стінці орбіти утворюється надзвичайно болісний інфільтрат. Відбувається відшарування періосту від кістки та утворення субперіостального абсцесу.

Абсцеси повік можуть бути самостійним ускладненням або наслідком інших орбітальних ускладнень. Для захворювання характерною є гіпертермія, різко виражена слабкість, головний біль. З місцевих проявів відмічають значний набряк повік та кон'юнктиви, хемоз. Очна щілина різко звужена або закрита, однак рухомість очного яблука не порушена.

Субперіостальний абсцес виникає внаслідок проникнення гною з приносової пазухи під періост орбіти через ушкоджену кісткову стінку. Рухомість очного яблука різко обмежена, можливий розвиток екзофтальму внаслідок супутнього набряку клітковини. У порожнину орбіти гній потрапляє рідко, найчастіше він розповсюджується назовні, утворюючи норицю.

Ретробульбарний абсцес виникає внаслідок прориву у орбіту глибоко розташованого субперіостального абсцесу. Порівняно із субперіостальним абсцесом він має більш важкий перебіг. Характерною є значна інтоксикація із септичною температурою та ознобом. Найвизначніший набряк та гіперемія шкіри обох повік, очна щілина різко звужена, розвивається набряк кон'юнктиви з хемозом. Потім виникає обмеження рухомості очного яблука у всіх напрямках, екзофтальм.

Нерідко ретробульбарний абсцес спричинює різні порушення зорової функції, особливо якщо він викликаний запаленням задніх решітчастих клітин. У таких випадках може спостерігатися зниження гостроти зору, до повної сліпоти, звуження полів зору, парези та паралічи ококорухових нервів.

Флегмона орбіти характеризується гнійним розплавленням всієї орбітальної клітковини. При цій формі орбітального ускладнення загальні та місцеві клінічні прояви є найбільш вираженими. Характерними є важка інтоксикація, септична температура із ознобом, різкий головний біль та біль у ділянці ураженої орбіти, що посилюється при натискуванні на очне яблуко. З місцевих симптомів наявні набряк та гіперемія повік, м'яких тканин щоки, іноді із багряно-синюшним відтінком. Очна щілина закрита, розвивається набряк кон'юнктиви з хемозом, різке обмеження рухомості очного яблука до повної її втрати, екзофтальм, функціональні розлади зору

Розвиток флегмони орбіти супроводжується тромбоутворенням та розповсюдженням інфекції по ходу венозних сплетінь. Це може привести до тромбозу вен обличчя та переходу процесу на кавернозний, поперечний та поздовжний синуси.

Лікування орбітальних ускладнень

При проведенні комплексного лікування орбітальних риногенних ускладнень необхідно звертати увагу на характер ураження органу зору та приносних пазух.

Перш за все призначають антибактеріальні препарати. Раціональна антибіотико терапія має вирішувальне значення. При підборі антибіотиків вивчається чутливість мікроорганізмів до відповідних антибіотиків. Як правило використовується комбінація кількох антибіотиків. Ми віддаємо перевагу цефалоспоринам III покоління, макролітам, фторхінолонам. З інших антибактеріальних препаратів широко використовується метронідазол. З метою зниження явищ загальної інтоксикації вводять дезінтоксикаційні засоби (неогемодез, поліглюкін, альбумін, розчин глюкози з аскорбіновою кислотою). Показане проведення гіпосенсибілізуючої терапії (димедрол, супрастин, діазолін, діпразин, тавегіл), що спрямована на зменшення запальних реакцій, зниження проникності судинної стінки.

У комплексному лікуванні хворих з риногенними ускладненнями показане використання глюкокортикоїдів (гідрокортизон, кортизон,

преднізолон, дексаметазон), що мають виражені протизапальні та гіпосенсибілізуючі властивості.

За виникненням загрози розвитку тромбозу показане введення антикоагулянтів.

З метою зменшення набряку слизової оболонки порожнини носа та покращення вентиляційної функції приносних пазух місцево використовують різні судинозвужувальні засоби (адреналін, ефедрин, нафтизін, галазолін, санорін).

Для евакуації гнійного вмісту з приносних пазух та наступного введення лікарських препаратів виконують пункції уражених пазух. Поряд із консервативною терапією, впроваджуються хірургічні втручання на уражених приносних пазухах, обсяг яких визначається залежно від ступеню ураження пазух, що залучені у запальний процес та характером орбітального ускладнення. Метою операції є створення широкого співустя між ураженими пазухами і порожниною носа для забезпечення вільного відтікання гнійного вмісту та промивання порожнин. Через пазухи також можливий розтин та дренажування гнійних порожнин орбіти, однак гнояки повік і орбіти частіше розкривають і дренажують зовнішніми доступами.

Риногенні внутрішньочерепні ускладнення

Внутрішньочерепні риногенні ускладнення бувають такими: екстрадуральний абсцес, субдуральний абсцес, абсцес мозку, менінгіт, тромбоз печеристого та верхнього поздовжнього синусів, риногенний сепсис.

Екстрадуральний абсцес. Відбувається скупчення гною між твердою мозковою оболонкою та кісткою. Абсцес локалізується при фронтиті та етмоїдиті у передній черепній ямці, при сфеноїдиті — у середній. Найбільш характерними клінічними проявами є головний біль, може з'явитися блювота.

Субдуральний абсцес. Гній знаходиться між твердою мозковою і павутинною оболонками головного мозку. Симптоми більш виражені,

приєднуються ознаки ураження мозкових оболонок та речовини мозку. Субдуральний абсцес при порушенні грануляційного бар'єру переходить у гнійний менінгіт.

Абсцес лобної долі мозку. Розрізняють чотири стадії:

- 1)початкова;
- 2)прихована;
- 3)явна;
- 4)термінальна.

В явній стадії всі симптоми можна розділити на чотири групи.

1. Загальні симптоми, що притаманні будь-якому гнійному процесу: загальна слабкість, відсутність апетиту, обкладений язик, підвищення температури тіла, запальний зсув у крові.

2. Загально мозкові симптоми, що залежать від підвищення внутрішньочерепного тиску (гіпертензійний синдром): головний біль, блювота, брадикардія, зміни на очному дні.

3. Мозкові явища, що обумовлені реакцією більш або менш віддалених від абсцеса частин мозку (дислокаційні симптоми): парези, паралічі, розлади мовлення.

4. Локальні (вогнещеві) ознаки, що залежать від порушення функцій ураженої ділянки мозку. Спостерігається лобна атаксія у вигляді розладів стояння (астазія) та ходи (абазія), апраксія (порушення поведінки) - хворий стає неохайним, ейфоричним, балакучим, схильним до недоречних жартів.

Клінічний діагноз встановлюється за допомогою КТ та МРТ досліджень.

Розлитий гнійний менінгіт. Для нього характерними є симптоми, що обумовлені підвищенням внутрішньочерепного тиску: головний біль, нудота, блювота.

Захворювання є дуже важким гнійним запаленням, що проявляється високою температурою тіла та значним запальним зсувом у крові.

Патогномонічними для цього захворювання є менінгеальні симптоми: ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, симптоми Брудзинського верхній та нижній. Може спостерігатися поза рушничного курка або лягавого собаки.

Заключний діагноз встановлюється на основі дослідження спинномозкової рідини: ліквор під час люмбальної пункції витікає під підвищеним тиском, мутний, плеоцитоз, збільшений вміст білка, позитивні глобулінові реакції Панді та Нонне-Апельта, концентрація цукру та хлоридів знижується.

Тромбоз кавернозного та верхнього поздовжного синусів.

Це найбільш часте риногенне внутрішньочерепне ускладнення. Печериста пазуха є колектором для багатьох вен та венозних сплетінь. У клінічній картині цього захворювання розрізняють дві групи симптомів.

Загальні симптоми, що є характерними для сепсиса: гектична температура, підвищення якої супроводжується ознобом, а падіння — профузним потом; метастатичні гнояки.

Місцеві симптоми, що обумовлені порушенням кровотоку.

Для тромбозу кавернозного синуса характерні такі місцеві симптоми: екзофтальм, обмеження рухів очного яблука, набряк повік та кон'юнктиви, хемоз, крововиливи у сітківку, застійний диск та неврит зорового нерва. Для тромбозу верхнього поздовжного синуса - набряк тканин та гіперемія шкіри у ділянці перенісся та по середині лоба, які поширюються на волосисту частину голови. Захворювання може ускладнюватись остомієлітом лобної кістки та субперіостальним абсцесом. Для визначення характеру процесу широко використовується КТ та МРТ дослідження.

Лікува я риногенн х внутрішньочерепних ускладнень

Комплексна терапія таких хворих складається із наступних компонентів: своєчасного широкого розтину основних гнійних вогнищ інфекції (гайморотомія, етмоїдотомія, фронтотомія), адекватної антибактеріальної, дегідратаційної і дезінтоксикаційної терапії, призначення вазоактивних препаратів, антикоагулянтів.

Прогноз риногенних внутрішньочерепних ускладнень залишається тяжким.

Ситуаційні задачі для підсумкового контролю знань інтернів.

Задача 1

Хвора, 28 років, звернулася до оториноларинголога зі скаргами на головний біль, загальну слабкість, підвищену температуру тіла, порушене носове дихання та гнійні виділення з лівої половини носа. Під час передньої риноскопи виявлено гіперемію та набряк слизової оболонки лівої половини носа, наявність гною в середньому носовому ході.

Завдання: визначити, які приноскові пазухи можуть бути вражені у цієї хворої.

Задача 2

До оториноларинголога звернувся хворий, 45 років, зі скаргою на носову кровотечу, яка почалася раптово без явних причин.

Завдання: вказати найбільш часту локалізацію носових кровотеч.

Задача 3

Хворий, 20 років, скаржиться на постійне утруднення носового дихання через обидві половини носа, слизисті виділення, головний біль. Хворіє протягом 5 років. Об'єктивно: нижні носові раковини збільшені в об'ємі, особливо передні їх кінці, які прилягають до перегородки носа, носові ходи звужені. Після введення в носові ходи судинозвужувальних засобів об'єм раковин не зменшився.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 4

Хворий, 54 років, хворіє на цукровий діабет, скаржиться на біль у ділянці носа, підвищення температури тіла до 38 °С. Хворіє 3 дні. Об'єктивно: гіперемія та інфільтрація шкіри кінчика та лівого крила носа. У присінку носа зліва визначається інфільтрат конусоподібної форми з гнійним стрижнем у центрі, різко болючий під час доторкування. Під час пальпації болючі підщелепні лімфатичні вузли зліва.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 5

Хвора, 33 років, скаржиться на закладеність і сухість у носі, носове дихання погіршується в горизонтальному положенні і в душному приміщенні. Хворіє протягом 5 років. Регулярно використовує судинозвужувальні краплі, які покращують дихання на 2—3 год.

Дані передньої риноскопії: нижні носові раковини збільшені в об'ємі, носові ходи звужені, слизова оболонка синюшна, місцями на ній наявні сизо-білі плями. Використання судинозвужувальних речовин спричинює різке зменшення об'єму носових раковин.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) скласти план лікування.

Задача 6

Хвора, 24 років, скаржиться на періодичне утруднення носового дихання з почерговим закладенням то однієї, то другої половин носа, слизисті виділення з носа. Хворіє протягом кількох років.

Об'єктивно: слизова оболонка порожнини носа помірно гіперемована, набрякла, з ознаками ціанозу. Нижні носові раковини набряклі, збільшені в об'ємі, носові ходи звужені, у них знаходиться невелика кількість слизу. Стан погіршується під час переохолодження. Після введення в ніс судинозвужувальних засобів об'єм раковин різко зменшився.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 7

Під час обстеження хворого з фурункулосом носом виявлено екзофтальм, хемоз. Рухомість очного яблука збережена, дещо обмежено його відведення назовні, значні застійні прояви на очному дні. У хворого спостерігається гектична температура, озноби.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) скласти план лікування хворого.

Задача 8

Хвора, 50 років, скаржиться на утруднене дихання через ліву половину носа, гнійні виділення з неї і через носоглотку, головний біль, біль у ділянці кореня носа, швидку стомлюваність під час виконання розумової роботи. Хворіє протягом 5 років, двічі була поліпотомія носа. Об'єктивно: слизова оболонка лівої половини порожнини носа гіперемована, набрякла, у середньому носовому ході гнійні виділення та поліпозні утворення; під час задньої риноскопії в лівій хоані видно пухлиноподібне утворення сірого кольору з гладкою поверхнею. На рентгенограмі приносних пазух носа виявлено зниження пневматизації лівої верхньощелепної пазухи і клітин решітчастого лабіринту.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;

- б) вказати додаткові методи обстеження;
- в) визначити раціональну лікувальну тактику.

Задача 9

Хвору, 24 років, турбує сильніш головний біль у ділянці лоба, закладеність носа, підвищення температури тіла до 38,5 °С, загальна слабкість, нездужання. Захворювання розвилось після ГРВІ, ускладненої пневмонією, із приводу якої хвора протягом 2 тижнів приймала антибіотики. На рентгенограмі приносних пазух відмічається затемнення лобових пазух у вигляді рівня рідини. Під час пункції і наступного промивання лобових пазух під тиском виділялася велика кількість гнійного вмісту.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) вказати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- г) скласти план лікування хворого.

Задача 10

Хвора, 35 років, скаржиться на гнійні виділення з правої половини носа, утруднення носового дихання, головний біль тяжкості в ділянці правої щоки, підвищення температури тіла до 37,8 °С. Хворіє протягом тижня, захворюванні пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно: болючість під час пальпації в ділянці правої щоки. Слизова оболонка правої половини порожнини носа гіперемована, набрякла, у середньому носовому ході - смужка гною. Рентгенологічно - гомогенне зниження пневматизації правої верхньощелепної пазухи.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані, які підтверджують діагноз;

в) вказати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;

г) скласти план лікування.

Задача 11

Хвора, 17 років, скаржиться на головний біль, нудоту блювання, підвищення температури тіла до 39 °С, утруднене дихання і гнійні виділення з правої половини носа. Хворіє 10 днів, захворювання пов'язує з переохолодженням, після якого температура тіла підвищилася до 38 °С, з'явилися головний біль і нежить. Через тиждень температура знизилася, але гнійні виділення з правої половини носа не припинились, тримався головний біль. Вчора температура тіла підвищилася до 39 °С, погіршився загальний стан, з'явилися нудота і блювання, не пов'язані з вживанням їжі. Об'єктивно: пульс 96 на 1 хв, ритмічний. Відзначається ригідність м'язів потилиці, позитивні симптоми Керніга і Брудзинського. Відмічається гіперемія і набряк слизової оболонки порожнини носа праворуч, смужка гною в середньому носовому ході, болючість під час пальпації в ділянці передніх стінок верхньощелепної та лобової пазух праворуч. На рентгенограмі приносних пазух спостерігається інтенсивне затемнення лобової, верхньощелепної пазух і клітин решітчастого лабіринту справа.

Завдання:

а) встановити попередній діагноз;

б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують попередній діагноз;

в) вказати додаткові методи дослідження;

г) визначити лікувальну тактику.

Задача 12

Хворий 24 років, скаржиться на сильний головний біль у лівій половині голови, набряк повік лівого ока, підвищення температури тіла до 40 °С, гнійні виділення з лівої половини носа. Захворів 4 дні тому

після купання в річці та переохолодження. Лікувався самостійно: робив прогрівання носа і лівої щоки. Об'єктивно: набряк м'яких тканин лівої половини обличчя, верхньої та нижньої повік. Пульс 108 ударів за 1 хв, ритмічний. Менінгеальних симптомів не виявлено. Ліва половина носа звужена за рахунок сильного набряку слизової оболонки, у носових ходах відмічають значні гнійні виділення. Носове дихання через ліву половину носа відсутнє. Інші ЛОР-органи без змін. Під час огляду хворого окулістом визначено наявність реактивного набряку повік, екзофтальму немає, рухливість очного яблука обмежена догори, очне дно без змін. Зір не порушений.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) визначити методи обстеження, які необхідно провести для обґрунтування діагнозу;
- в) встановити, які обставини спричинили розвиток орбітального ускладнення;
- г) призначити лікування.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Задача 1

Ліві верхньощелепна, лобна, передня і середня групи клітин решітчастого лабіринту.

Задача 2

Передньонижній відділ носової перегородки.

Задача 3

- а) хронічний гіпертрофічний риніт;
- б) лікування хірургічне — конхотомія.

Задача 4

- а) фурункул носа в стадії абсцедування;

б) розтин і дронування абсцесу, активна протизапальна терапія в умовах стаціонару з урахуванням призначень едокринолога.

Задача 5

- а) вазомоторний риніт, нейровегетативна форма;
- б) седативні та вегетотропі засоби, вітаміни, біостимулятори, рефлекторна терапія; за відсутності ефекту від консервативної терапії - підслизова вазотомія або кріоконхотомія.

Задача 6

- а) хронічний катаральний риніт;
- б) в'язучі речовини у вигляді крапель в ніс 3 % розчину коларголу, КУФ ендоназально, УВЧ або мікрохвильова терапія.

Задача 7

- а) фурункул носа, ускладнений тромбозом кавернозного синуса;
- б) необхідна невідкладна госпіталізація, розтин фурункула, активна протизапальна, дезінтоксикаційна терапія, призначення антикоагулянтів.

Задача 8

- а) лівобічний хронічний поліпозно-гнійний гаймороектоїдит, хоанальний поліп;
- б) пункція лівої верхньощелепної пазухи для уточнення характеру ураження;
- в) лікування хірургічне - лівобічна носова поліпотомія, Лівобічна гаймороектоїдотомія.

Задача 9

- а) двобічний гострий гнійний фронтит;
- б) скарги на сильний біль у ділянці лоба, закладання носа, підвищення температури тіла, погіршення загального стану, затемнення лобових пазух з рівнем рідини, наявність гнійного вмісту при пункції пазух;

- в) гострий гайморит та ГРВІ;
- г) повторна пункція лобових пазух, адекватна антибіотикотерапія, судинозвужувальні краплі в ніс.

Задача 10

- а) правобічний гострий гнійний гайморит;
- б) скарги на головний біль, утруднене носове дихання, біль у ділянці правої щоки, зниження пневматизації правої верхньощелепної пазухи, наявність смужки гною в середньому носовому ході;
- в) гострий фронтит, сфеноїдит, етмоїдит; необхідно виключити одонтогенний генез захворювання;
- г) пункція правої верхньощелепної пазухи, протизапальна антибіотикотерапія, судинозвужувальні краплі в ніс.

Задача 11

- а) правобічний гострий гнійний гемісинуїт, ускладненні риногенним гнійним менінгітом;
- б) наявність ознак гострого гнійного правобічного гемісинуїту та менінгеальних симптомів;
- в) пункції правих верхньощелепної та лобової пазух, люмбальна пункція;
- г) потужна антибіотикотерапія, дезінтоксикаційні та протинабрякові засоби, повторні пункції пазух, за неефективності консервативної терапії хворому показане хірургічне лікування правобічна фронто-, етмоїдо-, гайморотомія.

Задача 12

- а) лівобічний гострий гнійний гемісинуїт, ускладненій реактивним набряком клітковини орбіти та повік;
- б) рентгенографія приноскових пазух, діагностичні пункції верхньощелепного та лобового синусів;
- в) до розвитку ускладнення призвело нераціональне ліки вання хворого — проведення прогрівання уражених пазух без дренивання синусів та протизапальної терапії;

г) пункції верхньощелепної та лобної пазухи, інтенсивна антибіотикотерапія, дезінтоксикаційні, дсгідратаційні засоби; за неефективності консервативної терапії показане хірургічне лікування — фронто-, етмоїдо-, гайморотомія.

Література.

- 1) Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. — К.: Здоров'я, 1999. — С. 145—160.
- 2) Мітін Ю.В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — С. 61—77.
- 3) Тестові завдання для контролю знань студентів з оториноларингології за редакцією Ю.В.Мітіна — К., 1996. — С. 64—75.
- 4) Пальчун В.Т., Крюков А.Й. Оториноларингологія. — М.: Литера, 1997. — С. 353—377.

ДЕНЬ ЧЕТВЕРТИЙ

I. Практичне заняття

1. Тема. *Діагностика і амбулаторне лікування запальних захворювань глотки та гортані у дітей і дорослих.* (Клінічна анатомія, фізіологія та методи дослідження глотки. Гострий та хронічний фарингіти, ангіни, дифтерія глотки. Гострий і хронічний тонзиліт. Взяття мазків із горла. Показання до направлення на консультацію до отоларинголога, госпіталізацію. Показання для оперативного втручання. набряк гортані, гострий ларингіт, гортанна ангіна, флегмонозний ларингіт, хондроперихондрит, дифтерія гортані. Техніка ларингоскопії. Показання до направлення на консультацію до отоларинголога, госпіталізацію).

Тривалість - 4 академічні години.

2. Актуальність теми.

Оскільки захворювання глотки: гострий та хронічний фарингіт, ангіна, дифтерія глотки - є найбільш частою патологією, яка зустрічається в практиці сімейного лікаря та лікаря швидкої допомоги - знання цього розділу оториноларингології надзвичайно важливим. А знання клініки завжди базується на знанні анатомії і фізіології. Гострі захворювання глотки (фаренгіти, ангіни) часто трапляються в практичній діяльності лікарів. Хронічний фарингіт - поширене захворювання; понад 30% пацієнтів, які звертаються в ЛОР - кабінети поліклінік, страждають на різні форми хронічного фарингіту. Серед гострих тонзилітів найчастіше трапляються катаральна, лакунарна та фолікулярна ангіни. Вони становлять 50-60 випадків на 1000 населення за рік, особливо часто хворіють діти.

Гострі захворювання гортані є досить частою патологією верхніх дихальних шляхів, тому лікарі різних спеціальностей повинні орієнтуватися в клініці, діагностиці та принципах лікування цієї

патології. набряк, що ускладнює різноманітну патологію гортані (у тому числі і такі тяжкі захворювання, як гортанна ангіна, флегмонозний ларингіт, хондроперихондрит гортані та інші), відноситься до ускладнень, що загрожують життю людини. Тому знання клініки, діагностики, загальних принципів терапії та невідкладної допомоги при цих захворюваннях є необхідними в роботі сімейних лікарів та лікарів швидкої допомоги.

3. Мета заняття.

Вивчити клінічну анатомію, фізіологію та методи дослідження глотки. Навчитися встановлювати діагноз гострого та хронічного фарингіту, ангіни, дифтерії глотки, проводити диференційну діагностику цих захворювань, визначати раціональну тактику лікування хворих.

Навчитися ставити попередній діагноз гострого ларингіту, гортанної ангіни, флегмонозного ларингіту, хондроперихондриту гортані, виявляти стеноз і набряк гортані, проводити диференціальну діагностику цієї патології та визначати раціональну тактику лікування хворих.

4. Інтерн повинен знати.

- 1) Клінічну анатомію, фізіологію, методи дослідження глотки
- 2) Етіологія та патогенез, клініку та принципи лікування гострих і хронічних фарингітів, ангін.
- 3) Етіологію, класифікацію, клініку, диференційну діагностику, ускладнення та атипові форми дифтерії глотки.
- 4) Клінічну анатомію гортані, трахеї, бронхів і стравоходу, а також їх взаємозв'язки.
- 5) Фізіологію гортані, трахеї, бронхів, стравоходу.
- 6) Вікові особливості будови цих органів.
- 7) Методи дослідження цих органів.
- 8) Причини та клініку набряку гортані.

- 9) Методи надання невідкладної допомоги при набряку гортані.
- 10) Етіологію, патогенез, фактори ризику гострого ларингіту, гортанної ангіни, флегмонозного ларингіту, хондроперихондриту гортані, дифтерії гортані.
- 11) Клінічну класифікацію дифтерії гортані.
- 12) Клініку та діагностику цих захворювань.**
- 13) Принципи лікування набряку гортані, гострого ларингіту, гортанної ангіни, флегмонозного ларингіту, хондроперихондриту гортані та дифтерії гортані.

5. Інтерн повинен уміти.

- 1) Провести орофарингоскопію, задню риноскопю, непрямую ларингоскопію.
- 2) Здійснити пальпацію шийних лімфатичних вузлів.
- 3) Поставити попередній діагноз та вміти провести, диференціальну діагностику фарингітів, ангін і дифтерії глотки.
- 4) Призначити відповідне лікування даних захворювань.
- 5) Провести такі маніпуляції: взяття мазків з носа і горла змащування, зрошування та інсуфляцію глотки лікарськими речовинами.
- 6) Серед скарг та даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що дозволяють запідозрити наявність набряку гортані, гострого ларингіту, флегмонозного ларингіту, гортанної ангіни, хондроперихондриту гортані, дифтерії гортані.
- 7) Виконати обстеження - гортані (зовнішній огляд, пальпація гортані та регіонарних лімфатичних вузлів, непрямая ларингоскопія), оцінити стан слизової оболонки гортані (наявність або відсутність гіперемії, інфільтрації, набряку, достатність голосової щілини для дихання, рухомість структур гортані).
- 8) Вибрати найбільш інформативні та об'єктивні ознаки, що підтверджують у даного хворого діагноз гострого ларингіту, гортанної ангіни, флегмонозного ларингіту, хондроперихондриту гортані,

набряку гортані, дифтерії гортані.

9) Визначити тактику та скласти план лікування хворого даною патологією.

6. Інтерн повинен мати уявлення:

Про хірургічні методи лікування флегмонозного ларингіту і набряку гортані, гострого ларингіту, флегмонозного ларингіту, гортанної ангіни, хондроперихондриту гортані, дифтерії гортані.

7. Оснащення заняття.

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.
2. Пробірки для бактеріологічного дослідження.
3. Гортанний шприц та насадка для вливань розчинів у гортань
4. Схеми, таблиці, слайди, кодограми, муляжі.
5. Питання для самопідготовки та самоконтролю.
6. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

8. Головні питання по темі заняття для визначення рівня знань та плану самопідготовки інтернів.

1. Клінічна анатомія глотки.
2. Фізіологія глотки.
3. Методи дослідження глотки.
4. Гострий фарингіт: етіологія, клініка, діагностика, лікування;
5. Хронічний фарингіт: етіологія, клініка, класифікація, діагностика та лікування різних форм;
6. Класифікація тонзилітів;
7. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування катаральної, фолікулярної та лакунарної ангіни;
8. Виразково-плівчаста ангіна Симановського—Веисаиа—Плаута: етіологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування;
9. Дифтерія глотки: етіологія, епідеміологія, патогенез, клініка, диференціальна діагностика.

10. Клінічна анатомія та фізіологія гортані.
11. Клінічна анатомія та фізіологія трахеї і бронхів.
12. Клінічна анатомія та фізіологія стравоходу.
13. Методи дослідження гортані, трахеї, бронхів і стравоходу.
14. Гострий ларингіт: етіологія, фактори, що сприяють виникненню, клініка, лікування.
15. Гортанна ангіна: визначення поняття, етіологія, клініка, лікування.
16. Флегмонозний ларингіт: визначення поняття, етіологія, клініка, ускладнення, лікування.
17. Хондроперихондрит гортані: визначення поняття, етіологія, клініка, ускладнення, лікування.
18. Причини розвитку набряку гортані, його види, симптоматика.
19. Етіологія й епідеміологія дифтерії.
20. Клініка дифтерії гортані (стадії, перебіг).
21. Лікування дифтерії гортані.

8. Структура практичного заняття.

1. Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою - 5 хвилин.
2. Розкриття головних теоретичних положень теми - 15 хвилин.
3. Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 20 хвилин.
4. Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми - 5 хвилин.

9. Перелік практичних навичок, необхідних для опанування теми.

1. Проведення орофарингоскопії, задньої риноскопії, непрямой ларингоскопії (гіпофарингоскопії).
2. Взяти мазки з носа та глотки.

3. Проведення прямої ларингоскопії (уявлення).
4. Проведення вливання в гортань лікарських розчинів, накладання компресу на гортань (уявлення).
5. Техніка виконання конікотомії(уявлення).
6. Техніка виконання трахеостомії(уявлення).
7. Інтубація гортані (уявлення)
8. Вміти проводити туалет трахеостоми і доглядати за трахеостомічною канюлею.

10. Основні теоретичні походження за темою практичного заняття.

Клінічна анатомія глотки

Глотка являє собою порожнину з м'язовими стінками, що розташована між основою черепа і VI-VII шийними хребцями. Її довжина становить 12-14 см.

Враховуючи анатомічні, фізіологічні та клінічні особливості глотку поділяють на три відділи: верхній – носоглотка, середній – ротоглотка, нижній – гортаноглотка. Межа між носовою та ротовою частинами є умовна лінія , яка являє собою продовження твердого піднебіння до заду. Ротоглотка та гортаноглотка розмежовані рівнем верхнього краю надгортанника.

Носоглотка сполучається з порожниною носа за допомогою двох хоан, з барабанными порожнинами за допомогою слухових труб, вічка яких розташовані на бокових стінках носоглотки на рівні задніх кінців нижніх носових раковин. Позаду від отворів слухових труб знаходяться глоткові кармани. В цих заглибленнях розміщені трубні мигдалики. На задній та задньоверхній стінках також маєтся скупчення лімфаденоїдної тканини – глотковий мигдалик. До періоду статевого дозрівання відбувається інволюція цього мигдалика.

Ротоглотка є продовженням донизу порожнини носоглотки. Вона сполучається з порожниною роту за допомогою зіву. Зів – це отвір, який обмежений зверху м'яким піднебінням, знизу – коренем язика, з боків – передніми та задніми піднебінними дужками, між якими розташовані піднебінні мигдалики. На бокових та задніх стінках ротоглотки також розміщені скупчення лімфаденоїдної тканини - бічні валики та лімфоїдні фолікули.

Завдяки рухам м'якого піднебіння ротоглотка та носоглотка можуть герметично відмежовуватися одна від другої. Гортаноглотка та ротоглотка не мають фізіологічного розмежування.

Гортаноглотка, починаючись від верхнього краю надгортанника і звужуючись донизу, переходить у стравохід. Вона має вигляд лійки. Передньою стінкою гортаноглотки є корінь язика, на якому розміщений язиковий мигдалик. Між язиковою поверхнею надгортанника та коренем язика розташовані два заглиблення - валекули.

З боків гортаноглотки містяться грушоподібні синуси, які переходять в стравохід позаду пластинки персневого хряща. В грушоподібних синусах та валекулах найчастіше локалізуються сторонні тіла.

Глотка зсередини вкрита слизовою оболонкою, котра в носовому відділі має циліндричний миготливий епітелій, в ротовому і гортанному відділах - багат шаровий плоский епітелій. Глибше розташована фіброзна оболонка, яка являє собою сполучнотканинне утворення, що щільно пов'язане з слизовою оболонкою і м'язовим шаром. Поза фіброзною оболонкою розташована м'язова оболонка глотки, яка включає дві групи поперечносмугастих м'язів:

- 1) стискачі глотки з циркулярним розташуванням волокон;

2) м'язи, що піднімають глотку, волокна яких мають повздовжній напрям.

Глоткові м'язи забезпечують хвилеподібні рухи глотки, що призводять до проштовхування страви в стравохід.

Зовні м'язи вкриті адвентицією - зовнішньою сполучнотканинною оболонкою. Рихла клітковина, за допомогою якої адвентиція з'єднана з оточуючими анатомічними утвореннями, забезпечує значну рухливість глотки.

Між адвентицією спереду, передхребтовою фасцією позаду та фасціальними пластинками з боків, які ідуть від передхребтової фасції до адвентиціальної оболонки глотки, локалізується заглотковий простір. На рівні носоглотки цей простір поділений на дві рівні половини сагітальною перегородкою. Він виповнений рихлою клітковиною і у дітей містить лімфатичні вузли, нагноєння яких веде до розвитку заглоткового абсцесу. Донизу клітковина заглоткового простору переходить у позастравохідну клітковину і нище в клітковину середостіння.

Кровопостачання глотки здійснюється в основному за рахунок гілок зовнішньої сонної артерії. Іннервується глотка гілкам трійчастого, язикоглоткового, блукаючого та додаткового нервів.

Фізіологія глотки

Глотка виконує чотири життєво важливі функції.

1. Дихальну.
2. Захисну.
3. Участь в ковтанні та смоктанні.
4. Голосо- та мовоутворення.

В акті дихання задіяні всі три відділи глотки. При порушенні прохідності носа дихання відбувається через рот. Захисні реакції

виникають у відповідь на дію хімічних, механічних, термічних подразників. Слизова оболонка, м'язи, нервові закінчення, залози, судини та лімфоїдна тканина глотки забезпечують відхаркування секрету, звуження просвіту глотки і попередження більш глибокого проникнення сторонніх тіл, зігрівання та зволоження повітря, бактерицидну дію.

Ковтання являє собою складний процес, що складається з двох послідовних фаз. Перша – довільна, відбувається шляхом підйому язика та проштовхування харчового комка за передні піднебінні дужки. Друга фаза – безумовно-рефлекторна: харчовий комок пересувається до входу в стравохід. При цьому піднімається м'яке піднебіння, перекриваючи хід в носоглотку і запобігаючи таким чином потраплянню їжі в носовий відділ глотки. В цей же час піднімається гортань, а надгортанник опускається і перекриває вхід в гортань.

Новонароджені діти вживають їжу лише за допомогою акту смоктання. Діяльність глотки пристосована до одночасного смоктання молока та дихання через ніс. Це відбувається завдяки координації скорочень м'язів м'якого піднебіння та стінок глотки: при диханні гальмуються ковтальні рухи, а під час ковтання рефлекторно гальмується дихання.

Функція голосоутворення глотки є результатом резонування звуків, що виникають в гортані. Резонуючими порожнинами є порожнини глотки, носа, роту, приносних пазух. За їх рахунок відбувається формування тембра голосу. Під час вимови голосних звуків м'яке піднебіння піднімається, розмежовуючи ротоглотку і носоглотку. При вимові приголосних звуків м'яке піднебіння залишається опущеним.

Методи дослідження

Обстеження хворого з захворюваннями глотки звичайно починають зі збору скарг та анамнеза.

Далі проводять зовнішній огляд шиї. При цьому звертають увагу на її симетричність, характер змін шкіри, наявність нориць. Пальпацію шиї проводять симетрично двома руками з обох боків. При цьому особливу увагу звертають на стан лімфатичних вузлів (їх болісність, еластичність, рухомість), на наявність болісних зон, пухлин, аневрізм, кісткових виступів хребта. Для обстеження защеплених, підщелепних та підборідочних лімфатичних вузлів необхідно нахилити голову хворого вниз, щоб розслабити підшкірний м'яз шиї.

Далі переходять до методів візуального обстеження глотки. Цей метод має назву фарингоскопія. Її проводять при штучному освітленні за допомогою спеціальних інструментів. Лікар і хворий сидять один навпроти другого. Столик з інструментами і джерело світла знаходяться справа від хворого. За допомогою лобного дзеркала оглядають всі три відділа глотки по черзі: верхній (носовий відділ) - епіфарингоскопія, середній (ротовий відділ) - мезофарингоскопія, нижній (гортанний відділ) - гіпофарингоскопія. Обстеження починають з спостереження за тим, наскільки вільно і безболісно відкриває рот хворий.

Для епіфарингоскопії необхідно мати шпатель і носоглоткове дзеркало діаметром від 5 до 10 мм (в залежності від віку хворого). При проведенні обстеження хворий відкриває рот і дихає носом, щоб м'яке піднебіння вільно звисало і не торкалось задньої стінки глотки. Підвищений глотковий рефлекс можна зменшити за допомогою змащування слизової оболонки задньої стінки глотки та кореня язика анестетиками: 3% розчином дикаїна, 5% розчином тримекаїна або 10% розчином лідокаїна. Шпателем, який лікар тримає в лівій руці, притискають спинку язика. Носоглоткове дзеркало, попередньо зігрите на спиртівці або в гарячій воді, беруть в праву руку дзеркальною поверхнею доверху і обережно, не торкаючись кореня язика, вводять за м'яке піднебіння так, щоб світло від лобного рефлектора віддзеркалювалось в

носоглотку. Обережно повертаючи дзеркало в різні боки, освітлюють не лише склепіння глотки, але і передню та бокові стінки носоглотки, отримуючи в дзеркалі їх відображення.

При епіфарингоскопії на верхній стінці носоглотки в нормі можна побачити глотковий мигдалик або виявити ознаки того або іншого захворювання, наприклад, пухлини або іншого. На бокових стінках носоглотки можна побачити отвори слухових труб, що попереду та позаду мають валики слизової оболонки. За заднім валиком розташований глотковий карман. Попереду видно хоани, леміш, задні кінці нижніх та середніх носових раковин. У дітей, коли не можливо встановити контакт і провести епіфарингоскопію, проводиться пальцеве дослідження носоглотки. Лікар підходить до дитини справа і лівою рукою притискає щільно до себе голову дитини, так, щоб вказівний палець лікаря був розташований на середині його лівої щоки. Дитині пропонують розкрити рот. При цьому щока дитини вказівним пальцем лікаря втискається між щелепами. Майже одночасно з цим вказівний палець правої руки вводиться в носоглотку. Лише після вилучення руки з рота приймається друга рука, що утримувала голову і щоку дитини. Таке дослідження використовується при підозрі на аденоїдні розростання або пухлину.

Мезофарингоскопія починається з огляду порожнини рота (ороскопії), враховуючи те, що при цілому ряді захворювань глотки вражається також слизова оболонка порожнини рота. При мезофарингоскопії лікар бере в ліву руку шпатель, а права його рука лежить на голові хворого і фіксує її. Шпатель кладеться на передні дві третини язика і обережно, повільно натискають на спинку язика донизу. Грубе натискання може викликати блювання. Мезофарингоскопія дає можливість оглянути м'яке піднебіння, його рухомість, язичок, піднебінні дужки, піднебінні мигдалики, задню і бокові стінки глотки, корінь язика (мал.68). Увагу звертають на колір слизової оболонки глотки,

рельєф поверхні задньої стінки глотки, наявність скупчень лімфаденоїдної тканини в вигляді гранул або бокових валиків. Виявляють такі захворювання цього відділу, як абсцеси, пухлини, сторонні тіла та інші.

При огляді піднебінних мигдаликів звертають увагу на їх розміри, стан піднебінних дужок, визначають наявність зрощень останніх з мигдаликами, наявність і характер вмісту в лакунах. Для виявлення вмісту лакун необхідно надавити шпателем на передню піднебінну дужку, можна оглянути також вільну поверхню мигдалика, яка нерідко схована за піднебінною дужкою.

Для оцінки рухливості м'якого піднебіння обстежуваному пропонують вимовити звук "А".

Сильно натискуючи на корінь язика донизу, можна оглянути більшу частину нижнього відділу глотки, язиковий мигдалик і іноді (особливо у дітей) верхній край надгортанника. Однак, більш детально гортанну частину глотки оглядають за допомогою гортанного дзеркала, як при ларингоскопії. Гіпофарингоскопію проводять, використовуючи гортанні дзеркала діаметром 10-15-25мм. В дзеркалі видно відображення таких структур: корінь язика, вільний край надгортанника, грушевидні синуси, задня і бокові стінки гортанної частини глотки і перехід її в стравохід. Огляд нижнього відділу глотки як у дітей, так і у дорослих виконують також при прямій ларингоскопії.

При виявленні нальотів підозрілих на дифтерію, використовується їх бактеріологічне дослідження, в випадку підозри на лептотріхоз - бактеріоскопія, а при підозрі на злоякісну пухлину проводять цитологічне дослідження пунктата або гістологічне дослідження біоптованої тканини.

Із додаткових методів дослідження глотки необхідно назвати рентгенографію, термографію, ультразвукове дослідження, комп'ютерну і магнітно-резонансну томографію.

Захворювання глотки

Гострий фарингіт

Гострий фарингіт являє собою гострий запальний процес слизової оболонки задньої стінки глотки. Його причинами можуть бути інфекційні агенти (стрептококи, стафілококи, віруси грипу, аденовіруси), що потрапляють в організм із зовнішнього середовища, або сапрофіти, які активуються під впливом несприятливих факторів, наприклад, місцевого чи загального переохолодження. Нерідко він розвивається при ГРВІ. В таких випадках фарингіт майже не буває самостійним, а поєднується з гострим ринітом або ларингітом. Розвиток гострого фарингіту також провокується впливом термічних або хімічних подразнюючих чинників, що потрапляють в порожнину глотки разом з повітрям або їжею (алкоголь, пил, тютюновий дим, виробничі пари, гаряча, холодна або гостра їжа).

Хворі скаржаться на сухість, болісність в горлі, які посилюються під час ковтання. Може турбувати кашель. Температура у більшості хворих залишається нормальною або підвищується до субфебрильних цифр. Загальний стан порушується мало.

Об'єктивно слизова оболонка задньої стінки глотки гіперемована, набрякла, місцями вкрита слизово-гнійним секретом. Запальні зміни поширюються на піднебінні дужки та язичок. Лімфаденоїдні фолікули також гіперемовані, набряклі, збільшені. Можуть збільшуватись регіонарні защеlepні лімфатичні вузли.

Лікування починається з призначення хворому дієти - тепла, не подразнююча їжа. Рекомендують полоскання глотки теплими дезінфікуючими розчинами (фурацилін, настої лікарських рослин), таблетки для розсмоктування (фарингосепт, фалімінт, септолете, декаметоксин, стрепсілс, декатілен), зрошення глотки аерозолями (інгаліпт, каметон, йокс, біопарокс, колустан).

Хронічний фарингіт

Причини, що призводять до хронічного запалення слизової оболонки глотки, багаточисельні. Хронічний фарингіт може бути наслідком повторних гострих фарингітів. Хронізації при цьому сприяють кліматичні умови, професійні шкідливості (температурні коливання, сухість повітря, пари, гази та пил на хімічних виробництвах), шкідливі звички (зловживання алкоголем та паління), вживання гострої і подразнюючої їжі. Серед причин, що сприяють розвитку хронічного фарингіту також необхідно перерахувати порушення носового дихання, хронічний риніт, хронічні запальні процеси в розташованих поруч органах (гнійні процеси в приносових пазухах, хронічний тонзиліт, хронічна патологія ротової порожнини). Певну роль в підтримці хронічного запалення слизової оболонки глотки мають захворювання внутрішніх органів: діабет, гіпертиреоз, хронічні гастрити, ентерити, коліти, застійні явища в венозній системі при захворюваннях серця, легенів, печінки та ін.).

Хронічний фарингіт класифікують на катаральний, гіпертрофічний та атрофічний.

Хронічний катаральний процес характеризується найменшими змінами. Хворі скаржаться на неприємні відчуття у горлі, лоскотання, садніння, сухість, що викликає необхідність постійного покашлювання та відхаркування секрету, що накопичується. Фарингоскопічно слизова

оболонка гіперемована, набрякла, потовщена, її судини розширені, місцями її поверхня вкрита слизом.

При хронічному гіпертрофічному риніті скарги аналогічні описаному вище, проте вони більш виражені. Можуть виникати скарги на закладеність вух, що приходить після декількох ковтальних рухів. Фарингоскопічно можна виділити дві форми хронічного гіпертрофічного фарингіту: хронічний гранульозний та хронічний бічний фарингіт. При першій формі на задній стінці глотки помітні округлі лімфаденоїдні утворення розміром від 1-2 до 3-5 мм, що піднімаються над поверхнею слизової оболонки. При другій формі можна побачити гіпертрофію лімфаденоїдних валиків на бокових стінках глотки. Нерідко ці дві форми поєднуються у одного хворого. Іноді піднебінні та язиковий мигдалики також залучаються до хронічного запального процесу: вони збільшені та гіперемовані.

У хворих на хронічний атрофічний фарингіт основною скаргою є відчуття сухості та дряпання в горлі, що найбільш виражені зранку. Може з'являтися неприємний запах з роту. При огляді слизова оболонка різко стоншена. Поверхня її бліда, блискуча і має "лакований" вигляд. Місцями вона може бути вкрита зеленуватими або сіруватими кірками, при видаленні яких видно гіперемовану поверхню.

Лікування має складатися з комплексу загальних та місцевих заходів. В першу чергу необхідно усунути подразнюючі фактори, які можуть підтримувати фарингіт :припинити паління, санувати приносіві пазухи та інші джерела інфекції, виключити вплив професійних шкідливостей, провести лікування внутрішніх органів, скорегувати порушення обміну. Хворому призначають щадну не подразнюючу дієту. Місцево застосовують інгаляції лужних розчинів (0,5-2% розчин бікарбонату натрія). Цей же розчин використовують для полоскань. Слизову оболонку змащують 3-5%розчином коларголу або протарголу, йодгліцерином. Ефективним при

хронічному гіпертрофічному фарингіті є застосування кріовпливу. При лікуванні хронічного атрофічного фарингіту добрий ефект спостерігається від опромінення задньої стінки глотки гелійнеоновим лазером, при катаральному і гіпертрофічному – короткими ультрафіолетовими променями. При боковому та гранульозному фарингіті добрий результат дає припікання лімфаденоїдних валиків та гранул 2-3% розчином ляпісу.

Гострий та хронічний тонзиліт

Гострі первинні тонзиліти (ангіни)

Гострий тонзиліт – загальне захворювання із яскраво вираженими місцевими змінами лімфаденоїдної тканини. При гострих первинних тонзилітах ведучою ланкою є ураження саме мигдалика. Проте в більшості випадків ангіна перебігає з вираженими загальними змінами: можуть виникати ускладнення з боку серця, нирок, суглобів.

Первинні тонзиліти іноді називають неспецифічними, тому що їх збудниками є банальна мікрофлора. За даними різних авторів в 79-89-98 % випадків збудником є β -гемолітичний стрептокок групи А. Значну роль в етіології ангін відіграє стафілокок. На протязі останніх десятиріч широке використання антибіотиків привело до формування антибіотикорезистентних штамів. Це надає проблеми стафілокової інфекції особливої актуальності.

Патогенні властивості стрептококів та стафілококів пов'язують з їх здатністю виділяти ферменти (гіалуронідаза, ентеротоксин, гемолізін, некротоксин та ін.).

Ангіни грибкової етіології зустрічаються нечасто. Для них характерна незначна вираженість запальних змін, відсутність інтоксикації.

Збудники ангіні потрапляють в організм зовні, або власна сапрофітна флора може набути патогенних властивостей. Шлях передачі може бути повітряно-крапельним або під час користування загальним посудом, рушником. Вогнищем інфекції можуть бути каріозні зуби, гнійні захворювання носа та приносних пазух.

Велике значення в розвитку ангіні мають провокуючі фактори, які впливають на загальну та місцеву реактивність організму. До таких факторів можна віднести місцеве та загальне переохолодження, перевтома, інтоксикація, гіповітамінози.

Катаральна ангіна. Хворі скаржаться на сухість та помірний біль в горлі, що посилюється при ковтанні, загальну слабкість та головний біль. Іноді з'являються ломота та болісність суглобів. Температура тіла звичайно субфебрильна. У дітей катаральна ангіна може супроводжуватись значним підвищенням температури і порушенням загального стану. В крові визначаються збільшення кількості лейкоцитів, зсув лейкоцитарної формули вліво підвищенням ШОЕ.

Фарингоскопічно мигдалики гіперемовані, набряклі, вкриті слизом. Слизова оболонка навколо мигдаликів почервоніла, але розлітої гіперемії ротоглотки, що є характерною ознакою гострого фарингіту, не буває.

Катаральна ангіна триває 3-4 дні, але при відсутності лікування на 1-2 добу від початку захворювання вона може перейти в **лакунарну** або **фолікулярну** ангіну. Для них властивий більш важкий перебіг із вираженою інтоксикацією. Порушується загальний стан хворого, температура тіла сягає 40 градусів. Хворого турбують головний біль, болі у суглобах та попереку. Біль у горлі значний, може іррадіювати у вухо.

Лакунарна та фолікулярна ангіни супроводжуються збільшенням та болісністю защецепних та шийних лімфатичних вузлів. В аналізі

крові: виражений лейкоцитоз, зсув лейкоформули вліво, ШОЕ підвищується до 40-50 мм/год.

Фарингоскопічна картина дає можливість поставити діагноз. При лакунарній ангіні слизова оболонка піднебінних мигдаликів гіперемована. В лакунах з'являються білі або жовті нашарування. Вони збільшуються, можуть зливатися і вкривати всю поверхню мигдалика, не виходячи за його межі. Нашарування легко знімаються, не лишаючи після себе кровоточачої поверхні.

Фолікулярна ангіна характеризується появою на гіперемованій і набряклій слизовій оболонці мигдаликів виступаючих жовтуватих або жовтувато-білих крапок, розміром із шпилькову голівку. Це фолікули, що нагноїлися.

Лікування ангін включає цілий ряд заходів. По-перше, хворим необхідно взяти мазок із слизової оболонки глотки та носа на наявність палички дифтерії (BL) та провести загальний аналіз крові з метою виключення хвороби крові, симптомом якої може бути ангіна. По-друге, хворим призначають ліжковий режим. Їх ізолюють в домашніх умовах або в інфекційному стаціонарі, в залежності від важкості загального стану пацієнта. Хворим рекомендують рідку, молочно-рослинну дієту та велику кількість рідини.

Медикаментозна терапія передбачає призначення антибіотиків: пеніцилін, ампіцилін, оксацилін, цефазолін, еритроміцин та ін. у загальноприйнятних дозах. Антибіотикотерапія проводиться протягом 5-6 днів. Хворим також призначають антигістамінні препарати, вітаміни групи В та С та симптоматичні засоби (анальгетики, жарознижувачі, серцеві та ін.). Місцево рекомендують полоскання ротоглотки теплими дезінфікуючими розчинами (фурациліну, етакридину лактату, відварами ромашки, шавлія). При наявності регіонарного лімфаденіту показані

теплові процедури на ділянку шиї: тепла пов'язка, зігріваючий компрес, солюкс.

Змащування мигдаликів при ангінах протипоказані, оскільки це може призвести до гінералізації інфекції.

Виразково-плівчаста ангіна Симановського-Венсана-Плаута

У 1890 році під час епідемії в Петербурзі М.П.Симановський вперше описав цю ангіну, як захворювання з невідомим збудником. Плаут та Венсан у 1898 році виявили збудника цієї хвороби.

Захворювання викликається симбіозом двох мікроорганізмів, які звичайно вегетують в ротовій порожнині у здорових людей. Ці мікроорганізми - веретеноподібна палочка та спірохета ротової порожнини. Існує ряд факторів, які передумовлюють розвиток виразково-плівчастої ангіни. Їх можна поділити на загальні (гіповітамінози, аліментарні дістрофії, кахексії, що викликані новоутвореннями, променевою хворобою, зниження реактивності внаслідок перенесених гострих та хронічних інфекцій) та місцеві (наявність каріозних зубів, захворювання десен, ротове дихання).

Морфологічно захворювання проявляється некротичними змінами зівної поверхні верхівки одного з піднебінних мигдаликів з утворенням виразки, дно якої вкрите рихлою фібринною плівкою, що має жовтувато-білий колір. Під цією плівкою знаходиться некротизована лімфаденоїдна тканина. По периферії омертвілих тканин розташована зона реактивного запалення, яка містить збудників захворювання.

Захворювання починається з дискомфорту в горлі, відчуття стороннього тіла під час ковтання. У хворих може з'явитися неприємний запах з рота та слинотеча. Загальне самопочуття хворого залишається добрим, температурна реакція звичайно відсутня. Підвищення температури тіла може бути ознакою приєднання ускладнень.

В аналізі крові помірний лейкоцитоз зі збільшенням відсотка лімфоцитів та моноцитів. ШОЕ підвищується незначно. Під час фарингоскопії на поверхні одного, рідше обох мигдаликів виявляються нальоти жовтувато-білого кольору. Частіше ці нальоти розташовуються в ділянці верхнього полюса мигдалика. Вони легко знімаються. Після зняття або самовільного відторгнення нальоту утворюється досить глибока виразка, яка може трохи кровоточити. На боці враження збільшуються регіонарні лімфатичні вузли. В подальшому виразка поглиблюється і з часом може відбутися омертвіння всього мигдалика, і процес навіть може розповсюджуватись на суміжні тканини. Захворювання триває звичайно від 1 до 4 тижнів. Виразки в ділянці мигдаликів звичайно заживають без значних рубцевих деформацій.

Наявність в мазку із глотки веретеноподібної палички та спірохети порожнини рота не дає підстав для заключного встановлення діагнозу, так як ці мікроорганізми можуть бути сапрофітами. Необхідно провести диференційний діагноз із злоякісною пухлиною, туберкульозом та сифілісом.

Лікування включає перш за все призначення хворому бензилпеніциліну внутрішньом'язево, оскільки йому властива спірохетоцидна дія. Місцеве лікування складається з полоскань ротоглотки дезінфікуючими розчинами (перекису водню, етакридину лактата, перманганату калія), очищень виразок від нальотів та припікання їх дна 10% розчином ляпісу, 10% розчином новарселону в гліцерині. Хворі також потребують повноцінного харчування та вітамінотерапії.

Гострі вторинні тонзиліти

Дифтерія глотки

Дифтерія – гостре інфекційне захворювання. Збудник - коринебактерія дифтерії - грампозитивна паличка, що вперше була винайдена у 1883 році Г.Клебсом у зрізах дифтерійних плівок, а у 1884 році Ф.Лефлер виділив її у вигляді чистої культури. Збудники дифтерії поділяються на токсигенні та нетоксигенні штами.

Джерелом інфекції може бути лише людина: хворий, реконвалісцент, бактеріоносій. Збудник в організмі реконвалісцента перебуває від 2 до 7 тижнів, найчастіше 20-25 днів. Передається захворювання переважно повітряно-крапельним шляхом, проте можлива передача інфекції і через побутові предмети (іграшки, посуд, білизну) та продукти харчування. Інкубаційний період складає 2-10 днів. Вхідними воротами для інфекції частіш за все є слизова оболонка піднебінних мигдаликів, рідше – інших відділів глотки, носа, гортані, ще рідше очей, статевих органів, або ураженої поверхні шкіри. Захворюваність зростає в холодний період року. Хвороба може вражати людей будь-якого віку, але особливістю сучасного перебігу дифтерії є переважна захворюваність серед дорослого населення.

Дифтерія – гостре антропонозне токсично-інфекційне захворювання, для якого характерні місцеве фібриозне запалення слизових оболонок, явища загальної інтоксикації та ураження серцево-судинної і нервової систем.

Патогенез. Коринебактерії дифтерії утворюють сильний екзотоксин, який є основним фактором їх патогенності. Екзотоксин пригнічує біосинтез клітинного білку. У місцях локалізації збудника під дією токсина виникає почервоніння, набряк, а потім коагуляційне омертвіння епітелію. Підвищується проникність стінок судин, що призводить до пропотівання ексудату, який містить фібриноген. Фібриноген перетворюється у фібрин, спричиняючи утворення щільної, спаяної з підлеглими тканинами фібринозної плівки. Екзотоксин,

розповсюджуючись лімфогенно, приводить до набряку регіонарних лімфатичних вузлів, а при токсичних формах до набряку підшкірної клітковини підщелепної ділянки та шиї. Гематогенно поширення екзотоксину в організмі є причиною розвитку міокардитів, поліневритів, паралічів, нефрозу та інших ускладнень.

Клініка. Дифтерія ротоглотки становить 90% всіх випадків цієї хвороби у дорослих. При дифтерії ротоглотки токсикоз має найбільшу вираженість. За ступнем токсикозу виділяють такі форми дифтерії: субтоксичну, токсичну, гіпертоксичну, геморагічну. Основний критерій для оцінки важкості захворювання – вираженість загального токсикозу та характер ускладнень, а не поширеність змін у глотці.

Субтоксична форма дифтерії може бути локалізованою та поширеною. При локалізованій формі запальний процес не виходить за межі мигдалика, а при поширенні її плівки розповсюджуються на м'яке піднебіння та піднебінні дужки. Після відторгнення нашарувань залишається ерозія, яка злегка кровоточить, але швидко епітелізується. Загальний стан хворого при субтоксичній формі порушається мало, інтоксикація виражена слабо. Це може приводити до того, що захворювання не діагностується лікарем, а через 1-2 тижні після перенесеної ангіни розвиваються ускладнення (параліч м'якого піднебіння та ін.).

При *токсичній формі* дифтерії загальний стан хворого порушається більш значно, з'являється виражена інтоксикація. У хворого частий, аритмічний пульс слабкого наповнення, що є ознакою токсичного ураження серця. Збільшується площа дифтерійних нашарувань, вони переходять на слизову оболонку носоглотки, гортані та трахеї. Лімфатичні вузли збільшуються. З'являється набряк підшкірної клітковини шиї, який у важких випадках може сягати ключиць.

При *геморагічній формі* дифтерії спостерігаються крововиливи у слизову оболонку та шкірні покриви, а дифтерійні нашарування, просочені кров'ю, набувають коричневого кольору.

Для дифтерії характерні слідуєчі **диференційно-діагностичні ознаки:**

1. Гострий початок захворювання.
2. Загальноінтоксикаційний синдром (виключаючи катаральну форму).
3. Рівень температури та інтоксикації не відповідає вираженості місцевих змін.
4. Біль у горлі помірний, не відповідає вираженості місцевих змін.
5. Голос гугнявий за рахунок обмеження рухливості м'якого піднебіння.
6. набряк у глотці переважає над почервонінням.
7. Лімфовузли збільшуються не завжди, збільшені лімфовузли помірно болючі.

Можливе поєднання дифтерії ротоглотки з іншими локалізаціями. В таких випадках мова йде про комбіновані форми (ротоглотка та ніс, ротоглотка та гортань).

Бувають атипові варіанти перебігу дифтерії (у щеплених хворих, у осіб з видаленими мигдаликами, в разі поєднання дифтерії з ГРВІ, з паратонзилітом, паратонзиллярним абсцесом, ангіною Симановського-Венсана-Плаута та ін.).

Діагноз дифтерії глотки встановлюється перш за все клінічною картиною, але необхідне мікробіологічне дослідження мазків глотки та носа, яке складається з бактеріоскопії та бактеріологічного дослідження (виділення культури збудника). Бактеріоскопія дає можливість отримати

попередню відповідь через 1-2 години: у мазку виявлені чи ні бактерії подібні до збудника дифтерії. Негативний результат не є підставою для зняття діагнозу. Бактеріологічне дослідження полягає у виділенні коринебактерій дифтерії. При негативному результаті відповідь дається через 48 годин. При позитивному результаті для отримання відповіді необхідно 72-96 годин (3-4 доби).

Лікування. Всі хворі на дифтерію підлягають госпіталізації у інфекційне відділення не залежно від клінічної форми. Призначають ліжковий режим, напіврідку їжу, багату на вітаміни. Основою специфічного лікування є введення протидифтерійної антитоксичної сироватки. Лікувальна доза (разова та курсова) у кожному випадку визначається індивідуально із урахуванням форми, ступеню важкості, наявності та характеру ускладнень, віку хворого: від 30тисяч МОд до 400 тисяч МОд.

Призначення антибіотиків є обов'язковим при лікуванні дифтерії з метою профілактики бактеріальних ускладнень. Використовують пеніцилін, ампіцилін, тетрациклін, левоміцетин, еритроміцин та ін.. Комплексне лікування включає також проведення дезінтоксикаційної терапії та призначення антигістамінних препаратів.

Хворих виписують із стаціонару після ліквідації всіх патологічних змін та за відсутності в мазках коринебактерій дифтерії після дворазового дослідження.

Ангіна при скарлатині

Слизова оболонка ротоглотки при скарлатині різко почервоніла. Гіперемоване м'яке піднебіння різко відрізняється від нормально забарвленої слизової оболонки твердого піднебіння, на ньому можуть з'являтися крапкові крововиливи. Мигдалики набряклі, часто вкриті

білувато-сірими нашаруваннями. Нальоти можуть розповсюджуватись на дужки, піднебіння, язичок. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, щільні, болючі. Язик вкритий нальотом, а з 4-5 дня і до 10 дня набуває яскраво-червоного кольору (“малиновий язик”). Тривалість захворювання перевищує тривалість неспецифічних ангін і становить 2-3 тижні, на протязі яких температура тіла залишається підвищеною.

Для скарлатини характерний сип, що з’являється наприкінці першої доби: дрібнокрапкові висипання на шиї та грудях. На протязі наступних 2-3 днів сип поширюється по всьому тілу.

Лікування скарлатини комплексне. Воно включає обов’язкове призначення антибіотиків, дезінтоксикаційну, десенсибілізуючу та симптоматичну терапію.

Необхідно пам’ятати, що при кору ангіни не буває, однак для кору характерне катаральне запалення верхніх дихальних шляхів, в тому числі слизової оболонки ротоглотки. Тому на ранніх стадіях може бути поставлений помилковий діагноз катаральної ангіни. Висипання на м’якому, а іноді і на твердому піднебінні у вигляді червоних плям, що через 1-2 доби зливаються, відрізняють кір від неспецифічних ангін. Патогномонічним для кору симптомом є поява плям Бельського-Філатова-Коплика - утворення на слизовій оболонці щік навпроти верхніх корінних зубів у вигляді дрібних білуватих крапок, що підвищуються над поверхнею слизової оболонки. Нашарування на мигдаликах для кору не характерні.

Ангіна при інфекційному мононуклеозі.

Відповідно сучасній теорії збудником захворювання є лімфотропний вірус. Шляхи зараження – повітряно-крапельний та контактний. Вхідні ворота - слизова оболонка порожнини носа та глотки.

Для захворювання характерно підвищення температури тіла до 39-40 градусів. Хворого турбує біль в горлі. Через 2-3 доби збільшуються підщелепні та шийні лімфавузли, а потім і всі інші. Вони щільні і безболісні при пальпації, не погноюються. У більшості хворих одночасно з лімфатичними вузлами збільшуються печінка і селезінка.

Зміни в ротоглотці звичайно з'являються після збільшення лімфатичних вузлів. Вони нагадують неспецифічну ангіну - катаральну, лакунарну, рідше виразково-некротичну. В подальшому з'являються жовтувато-сірі нашарування, що нагадують дифтерію. Ці нальоти залишаються на мигдаликах до 1 тижня, але потім можуть з'явитися знову.

В аналізах крові хворих на інфекційний мононуклеоз виявляють лейкоцитоз, значне збільшення кількості моноцитів (до 70-75 %), ШОЕ підвищене до 20-30 мм/год.

Лікування включає призначення антибіотиків для профілактики вторинної інфекції, місцево – полоскання дезінфікуючими розчинами. У випадку затяжного перебігу призначають кортикостероїди коротким курсом.

Агранулоцитарна ангіна

Агранулоцитарна ангіна супроводжує клініко-гематологічний синдром, що має назву агранулоцитоз і не є самостійним захворюванням, а лише є наслідком впливу на кровотворення різних факторів (опромінення, прийом цитостатиків та ін.). Зміни кровотворення полягають в його пригніченні, що приводить до зменшення кількості зернистих лейкоцитів (гранулоцитів): нейтрофілів, еозинофілів та базофілів, а іноді до повного їх зникнення. Одночасно при цьому

відносно зростає число лімфоцитів та моноцитів. Це є причиною зниження опірності організму і приєднання інфекційних ускладнень.

Захворювання проявляється підвищенням температури тіла до 40 градусів, хворих турбує біль у горлі. Загальний стан хворих важкий, гектичний характер температури, жовтушне забарвлення шкіри, болі в суглобах, частий малий пульс. При фарингоскопії виявляють ділянки омертвіння на піднебінних мигдаликах, що розповсюджуються на стінки ротоглотки, порожнину рота, гортань.

В основі діагностики лежать зміни в аналізі крові.

Хворим призначають антибіотики для боротьби з інфекційними ускладненнями. Внутришньовенно переливають лейкоцитарну масу. З метою стимуляції кровотворення рекомендують приймати пентоксил, лестацин або тезан. Захворювання потребує інтенсивного лікування.

Ангіна при лейкозах

Причиною виникнення гострих тонзилітів при лейкозах, як і при всіх захворюваннях системи кровотворення, є зниження реактивності організму. В цих умовах загальний та місцевий імунітет знижується настільки, що з'являється схильність до виникнення запальних і некротичних процесів перш за все там, де найбільше мікрофлори (ротова порожнина, мигдалики, кишківник). Якщо лейкоз не був діагностований, то поява таких ускладнень може бути сприйнята, як первинне захворювання. Ангіна супроводжується загальним тяжким станом, високою температурою, інтоксикацією, збільшенням печінки, селезінки, лімфатичних вузлів.

При фарингоскопії видно почервонілі та набряклі мигдалики. В подальшому враження мигдаликів може носити геморогічний, виразково-некротичний або гангренозний характер.

Діагноз ставиться на підставі виявлення змін в аналізі крові.

Лікування складається з лікування основного захворювання та симптоматичної терапії.

Хронічний тонзиліт

Хронічний тонзиліт може бути специфічним та неспецифічним. Специфічний хронічний тонзиліт являє собою ураження мигдаликів інфекційними гранульомами (туберкульозом, сифілісом, склеромою). Хронічний неспецифічний тонзиліт є захворювання інфекційно-алергічного характеру з місцевими проявами у вигляді стійкої запальної реакції мигдаликів, що морфологічно виражається альтерацією, ексудацією та проліферацією.

Нижче буде розглянута проблема хронічного неспецифічного тонзиліту. Важливість цієї проблеми визначається перш за все великою частотою захворювання: за даними різних авторів від 2 до 15% всього населення страждає на хронічний тонзиліт. По-друге, з хронічним тонзилітом пов'язане виникнення та погіршення перебігу цілої низки захворювань. Це частіше всього серцево-судинні захворювання (а серед них – ревматизм), хвороби нирок, суглобів, тиреотоксикоз.

Формування вогнища хронічного запалення в мигдаликах та розвиток тонзилогенних процесів в організмі відбувається в результаті тривалої взаємодії мікроорганізмів та макроорганізму.

Серед збудників хронічного тонзиліту найвагомніше місце займає асоціація β -гемолітичного стрептокока групи А, стафілокока та аденовірусів.

З боку макроорганізму мають значення зміни загальної та місцевої реактивності організму, алергічний стан, який може передувати або бути наслідком хронічного тонзиліту. До зниження реактивності ведуть такі фактори:

- 1) загальне або місцеве охолодження;

2) нераціональне харчування - надлишок білків та брак вітамінів;

3) несприятливі умови праці та побуту;

4) інші вогнища хронічної інфекції – каріозні зуби, парадонтоз, гнійні синуїти, порушення носового дихання (аденоїди, викривлення носової перегородки).

При хронічному тонзиліті піднебінні мигдалики перетворюються у місце сенсibiliзації організму, джерело бактеріальних і тканинних антигенів. При хронічному тонзиліті токсична дія мікроорганізмів приводить до пригнічення активності окислювально-відновних процесів в мигдаликах, що має клінічний прояв у вигляді полігіповітаміноза. Також при цьому захворюванні змінюється функція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи - найважливішої ланки адаптаційних та захисних реакцій організму. При хронічному тонзиліті в патологічний процес втягується нервовий апарат мигдаликів, що приводить до спотворення нервово-рефлекторних зв'язків їх з деякими органами, зокрема з серцем.

Згідно класифікації хронічного тонзиліту І.Б.Солдатова розрізняють компенсовану та декомпенсовану форми, які трактують наступним чином. При компенсованій формі наявні лише місцеві ознаки хронічного запалення мигдаликів. Декомпенсована форма комбiнується з рядом патологічних станів організму.

До найбільш ймовірних місцевих ознак хронічного тонзиліту відносяться:

1.Почервоніння та валикоподібне потовщення країв піднебінних дужок.

2.Рубцеві спайки між мигдаликами та піднебінними дужками.

3.Розрихлі або рубцево-змінені та ущільнені мигдалики.

4.Казеозно-гнійні пробки або рідкий гній в лакунах .

5.Регіонарний лімфаденіт – збільшення защеlepних лімфатичних вузлів.

Декомпенсована форма хронічного тонзиліту характеризується наявністю не тільки місцевих ознак хронічного запалення мигдаликів, але й проявами декомпенсації у вигляді рецидивуючих гострих тонзилітів, паратонзилітів, паратонзиллярних абсцесів, різноманітних захворювань віддалених органів та систем (серця, нирок, суглобів та ін.).

При формулюванні діагнозу необхідно вказувати не тільки клінічну форму захворювання, а якщо вона декомпенсована, то і конкретний вид декомпенсації. Це дозволяє правильно орієнтуватися в виборі лікування (консервативне, напівхірургічне, хірургічне).

Приклади формулювання діагнозу:

- 1.Хронічний тонзиліт, компенсована форма.
- 2.Хронічний тонзиліт, декомпенсована форма - рецидиви ангіні.
- 3.Хронічний тонзилит, декомпенсована форма - рецидиви ангіні, ревматизм.

Методи лікування хронічного тонзиліту поділяють на наступні групи:

1. Консервативне, яке проводиться при компенсованій формі та при декомпенсації, що заключається в рецидивах ангіні.

2. Напівхірургічне: гальванокаустика, діатермокоагуляція, кровоплив на піднебінні мигдалики, лакунотомія, вишкрібання лакун. Напівхірургічне лікування показане при декомпенсованій формі, яка заключається в рецидивах ангіні та неефективному консервативному лікуванні.

3. Хірургічне - тонзилектомія. Вона проводиться у випадках безрезультатного консервативного лікування декомпенсованої форми та

при декомпенсації у вигляді ураження віддалених органів та систем організму.

Консервативне лікування проводиться згідно наступної схеми.

1. Підвищення реактивності організму: правильний режим, загартування, раціональне харчування, курортно-кліматичне лікування, вітамінотерапія, медикаментозні препарати загальної дії (імудон, ІРС-19, рібомуніл, бронхомунал, тонзильгон Н, умкалор, тонзилотрен, інфлюцид).

2. Гіпосенсибілізуючі засоби: препарати кальцію, антигістамінні препарати.

3. Засоби місцевої сануючої дії на мигдалики: промивання лакун піднебінних мигдаликів дезинфікуючими розчинами, відсмоктування вмісту лакун, змащування мигдаликів розчином люголя на гліцерині.

4. Фізіотерапія: КУФ на ділянку мигдаликів, УВЧ, "Луч-2" на защелепні лімфатичні вузли; ультразвукове озвучення піднебінних мигдаликів, грязелікування, фоноферез інтерферона, солюкс, опромінення мигдаликів гелій-неоновим лазером.

Консервативне лікування проводять у вигляді курсів два рази на рік (весною та осінню).

Хірургічним методом лікування хронічного тонзиліту є тонзилектомія. Вона показана при безрезультатності консервативного лікування декомпенсованої форми та при декомпенсації у вигляді ураження віддалених органів та систем. Абсолютними протипоказаннями до тонзилектомії є гемофілія та інші захворювання крові, що супроводжується кровотечами, захворювання серцево-судинної системи з недостатністю кровообігу II-III ступенів, важкий перебіг гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, гострі запальні захворювання.

Тонзилектомію проводять в умовах ЛОР-стаціонару. Перед операцією проводять лабораторне обстеження (загальний аналіз крові з

визначенням кількості тромбоцитів, час згортання крові, загальний аналіз сечі) та клінічне обстеження (огляд терапевта).

Операція проводиться найчастіше під місцевою анестезією з попередньою премедикацією (знеболююче та заспокійливе). Знеболювання складається з поверхневої обробки слизової оболонки 2% розчином дикаїну або 5% розчином тримекаїна та інфільтрації тканин навколо мигдалика 1% розчином новокаїна. Після анестезії проводять розріз слизової оболонки по краю передньої піднебінної дужки. Далі мигдалик екстракапсулярно тупо елеватором відсепаровують до нижнього полюсу. Нижній полюс відсікають за допомогою петлі. Після цього зупиняють кровотечу з тонзиллярних ніш, а хворого переводять до палати. Виписка із стаціонару під амбулаторне спостереження звичайно відбувається на 2-3 добу. Але хворі повинні ще на протязі 2 тижнів обмежувати фізичні навантаження та притримуватись щадної дієти.

Профілактика хронічного тонзиліту проводиться у двох напрямках:

- 1) підвищення загальної реактивності організму;
- 2) санація інших вогнищ хронічної інфекції – лікування каріозних зубів, парадонтозу, гнійних синуїтів.

Набряк гортані.

Набряк гортані не є самостійним захворюванням, а тільки одним з проявів багатьох патологічних процесів. набряк гортані може бути запальної і незапальної природи. Це дуже важливо мати на увазі, тому що від цього принципово залежить лікувальна тактика.

Запальний набряк, у більшості випадків є результатом гнійного процесу. Саме тому головним у наданні допомоги хворим є розтин гнійника. Запальний набряк гортані може розвинутиися при гнійному процесі у глотці (паратонзиллярний абсцес), навкологлотковому просторі (латерофарингеальний абсцес), шийному відділі хребта, корені язика, дні

порожнини рота, гострому тиреоїдиті, гортанній ангіні, флегмонозному ларингіті, хондроперихондриті гортані.

Незапальний набряк гортані виникає при ідіосинкразії до деяких харчових продуктів (суниці, яйця, раки та ін.) або до лікарських речовин (антибіотики, настоянка йоду та ін.). До цієї ж групи причин набряку гортані належить ангіоневротичний набряк Квінке, при якому набряк гортані поєднується з набряком обличчя та шиї.

Набряк гортані може розвинутися при захворюваннях серцево-судинної системи, які супроводжуються недостатністю кровообігу II та III ступенів, захворюваннях нирок, цирозі печінки, кахексії.

Однією з найчастіших причин набряку гортані є травми гортані, які поділяються слідуючим чином:

1. Механічні травми (удар у ділянку гортані).
2. Вогнепальні поранення.
3. Травми внаслідок тривалої трахеобронхоскопії, травми інтубаційною трубкою при ендотрахеальному наркозі.
4. Травми при проведенні ендоларингеального хірургічного втручання та струмектомії.
5. Термічні травми - опік гортані гарячою їжею, відмороження гортані.
6. Хімічні травми - кислотами і лугами. Така травма можлива при отруєннях, коли людина випиває сильну кислоту або їдкий луг випадково або з суїцидальними намірами.
7. Травми сторонніми тілами.
8. Променеві травми. Набряк виникає після променевого лікування онкологічних захворювань органів шиї.

Набряк гортані у більшості випадків розвивається в тих її частинах, де є багато рихлої клітковини в підслизовому шарі, тобто на язиковій поверхні надгортанника, в черпаконадгортанних складках, на задній стінці входу в гортань і, особливо, у нижньому поверсі гортані (підкладковий простір).

Набряк гортані, особливо її нижнього поверху, супроводжується значними порушеннями дихання.

Флегмонозний ларингіт

Під флегмонозним ларингітом розуміють гостре запальне захворювання гортані, коли запальний процес розповсюджується не тільки в підслизовому шарі, але і в м'язах та зв'язках гортані при цьому можуть утворюватися абсцеси в ділянці надгортанника, черпаконадгортанних складок, черпакуватих хрящів. Частим проявом флегмонозного ларингіту є гнійне запалення надгортанника (епіглотит) та його абсцедування (абсцес надгортанника).

Причиною розвитку захворювання може бути гортанна ангіна, поверхневі травми гортані та пошкодження її слизової оболонки (стороннє тіло, хімічні та термічні опіки та ін.). Важливе значення у розвитку захворювання має охолодження. Як вторинне захворювання процес може розвиватися при паратонзиліті, абсцесі кореня язика, бешисі, тифі, дифтерії гортані, хворобах крові, сепсисі. Іноді флегмонозний ларингіт може ускладнити рак, туберкульоз, сифіліс гортані.

Безпосередньою причиною флегмонозного ларингіту є бактеріальна флора - найчастіше кокова (стафілококи, стрептококи, пневмококи). Запальний процес в гортані супроводжується інфільтрацією та скупченням гнійного ексудату в місцях з добре розвинутим підслизовим шаром, і через деякий час набуває розлитого характеру. У тих випадках коли процес має схильність до обмеження, формується абсцес. При значній вірулентності флори та ослабленому організмі гнійний процес гортані може розповсюджуватися на охрястя, а по міжтканинним щілинам шії може призвести до виникнення флегмони шії та запалення межистіння.

Клініка. Захворювання починається гостро. Хворі скаржаться на біль у горлі, який підсилюється при ковтанні, загальну слабкість, нездужання,

високу температуру тіла. Сильні болі відмічаються при абсцесі надгортанника, черпаконадгортанних складок. Якщо запальний процес локалізується в порожнині гортані, то з'являється хриплість, утруднення дихання. Може розвинутися гострий стеноз гортані, що потребує негайної трахеостомії. Найбільш частим проявом захворювання є розвиток набряку, інфільтрації, абсцедування слизової оболонки надгортанника, черпаконадгортанних складок, ділянки черпакуватих хрящів або однієї половини гортані з явищами перихондриту. Слизова оболонка має яскраво-червоне забарвлення. У випадку абсцедування визначається обмежена ділянка інфільтрації, на верхівці якої просвічується гній. Ізольовані гнійники частіше утворюються на язиковій поверхні надгортанника і черпаконадгортанних складок. Пальпація гортані болісна.

При флегмонозному ларингіті може розвинутися обмеження рухомості черпакуватих хрящів, голосових складок, що разом з набряком слизової оболонки може зумовити розвиток стенозу, асфіксії, раптової смерті. Процес може поширитися за межі гортані. Можуть розвинутися глибокі абсцеси шиї, тромбоз яремної вени, медіастиніт, сепсис. При аспірації гною може розвинутися абсцедуюча пневмонія.

Одним з різновидів проявів флегмонозного ларингіту може бути гостре запалення надгортанника (епіглотит) з розвитком набряку та абсцедуванням.

Лікування флегмонозного ларингіту включає застосування великих доз антибіотиків широкого спектру дії, сульфаніламідних препаратів, протинабрякових засобів. При виявленні абсцесу в гортані необхідно провести його розтин гортанним ножом. Розвиток декомпенсованого стенозу гортані потребує проведення трахеостомії. При виникненні абсцесів на шиї проводять їх розтин. Флегмона шиї і медіастиніт потребують невідкладного хірургічного втручання.

Прогноз при неускладненому розвитку захворювання - сприятливий. При розвитку ускладнень прогноз залежить від їх важкості.

Хондроперихондрит гортані

Запальний процес в гортані може поширитися на охрястя та хрящ і призвести до розвитку хондроперихондриту гортані. Хондроперихондрит гортані може бути первинним (виникає гематогенне при інфекційних захворюваннях) і вторинним (спочатку уражується слизова оболонка гортані, а потім охрястя і хрящ). Розрізняють хондроперихондрити обмежені і розлиті, гострі та хронічні. Звичайно уражуються обидва листки перихондрію, у зв'язку з цим розподіл хондроперихондриту на поверхневий і внутрішній є умовним.

Причинами захворювання є:

- 1) механічні травми;
- 2) вогнепальні поранення;
- 3) сторонні тіла;
- 4) тривала інтубація;
- 5) високо проведена трахеостомія з пошкодженням перснеподібного хряща та спричиненим цим тиском на нього трахеоканюлі, що призводить до пролежню хряща;
- б) променева терапія злоякісної пухлини гортані.

Перихондрит звичайно є гнійним. Гній відшаровує охрястя, порушує живлення хряща. Хрящ, що залишився без живлення, розсмоктується або некротизується з утворенням секвестрів, що виділяються через нориці. Листки охрястя можуть утворювати навколо хряща секвестральну капсулу. Інша форма захворювання склерозуюча. Інфільтрат не нагноюється, а розвиваються грануляції з наступним рубцюванням.

Клініка. Хворий скаржиться на біль у ділянці гортані, болісне ковтання, підвищену температуру тіла, хриплість, утруднене дихання. Стан

хворого важкий. Відзначається сглаженість контурів гортані, збільшення об'єму шиї, потовщення хрящів та різкий біль при пальпації, інколи визначається флюктуація, шийний лімфаденіт. Ларингоскопічна картина характеризується набряком та інфільтрацією слизової оболонки. Порушується рухомість однієї або обох половин гортані. Виражений стеноз гортані у більшості випадків розвивається при ураженні перснєподібного хряща. Гнійний хондроперихондрит може ускладнюватися аспіраційною пневмонією, сепсисом. При хронічному хондроперихондриті симптоматика виражена менш яскраво. До пізніх ускладнень хондроперихондриту відносяться стійкі рубцеві стенози гортані.

У діагностиці захворювання допомагає рентгенологічне дослідження гортані, при якому виявляється потовщення м'яких тканин, змінюється малюнок нормального заостеніння хрящів. Хронічний хондроперихондрит характеризується "хаотичною декальцінацією".

У лікуванні хондроперихондриту гортані ведуче місце посідають антибіотики, сульфаніламідні препарати, протинабрякові речовини. При розвитку декомпенсованого стенозу гортані проводиться трахеостомія. Абсцеси, у випадку їх появи потрібно розітнути. Самовільне розкриття абсцесу може призвести до аспірації гною та розвитку тяжких легеневих ускладнень. Нераціональне лікування може призвести до грубої деформації гортані.

Дифтерія гортані

Синонімом терміна дифтерія гортані є "дифтерійний круп" або "істиний круп". Найбільш чутливими до дифтерії гортані є діти віком від 1 до 3 років потім 3-5 років, у старших вікових групах дітей дифтерія зустрічається рідше. Серед характерних особливостей перебігу епідеміологічного процесу дифтерії за останні роки слід підкреслити ріст захворюваності дорослого населення, переважно мешканців міст.

Гортань уражується дифтерійним процесом в більшості випадків у комбінації з дифтерією глотки та носа, таке ураження носить назву нисхідного крупу. Ізольоване ураження гортані дифтерією (первинний круп) зустрічається рідше.

Збудником захворювання є паличка дифтерії (паличка Лефлера). Зараження у більшості випадків відбувається повітряно-краплинним шляхом, при безпосередньому контакті з хворим на дифтерію, бацилоносієм, що одужує, або здоровим людиною, яка ще виділяє токсигенні штами, у рідких випадках можливе зараження через побутові речі або продукти харчування (наприклад молоко).

Клініку дифтерії гортані визначає виникнення гострого стенозу гортані, у розвитку якого можна виділити такі фактори:

- 1) утворення фібринових плівок (нальотів) у порожнині гортані;
- 2) набряк її слизової оболонки;
- 3) спазм внутрішніх м'язів гортані.

При проведенні ларингоскопії у прозорі гортані визначаються плівки, які важко знімаються та залишають кровоточачу поверхню на слизовій оболонці.

Для перебігу дифтерії гортані характерним є послідовний розвиток симптоматики, що дає можливість виділити три стадії захворювання:

- 1) дисфонічна або крупозного кашлю;
- 2) стенотична;
- 3) асфіктична.

Першій стадії, що відповідає катаральним змінам, притаманні прояви симптомів загальної інтоксикації, підвищення температури тіла. З'являється та поступово посилюється кашель, який стає "лаючим". "Лаючий кашель" — обов'язковий симптом крупа, він спричинений тим, що повітря, яке видихається під час кашлю при крупі проходить крізь звужену голосову щілину. Якщо при крупі голосові складки незначно уражені виникає дзвінкий "лаючий кашель", при більш поширеному ураженні — більш

глухий, хриплий. Змінюється голос: з'являється охриплість і навіть афонія. Ця стадія може тривати від кількох годин до кількох діб. При ларингоскопії визначається гіперемія та набряк слизової оболонки гортані, нальотів немає.

На фоні афонії та малозвучного кашлю з'являється утруднення дихання, що відповідає другій стадії. Ця стадія обумовлена зменшенням прозору гортані внаслідок наявності фібринозних плівок та рефлекторного спазму м'язів гортані, що спричинене подразненням нервових закінчень дифтерійним токсином, запальним набряком. З'являється інспираторна задишка, що супроводжується втягненням слабких місць грудної клітки.

Характерним для стенотичного дихання є утруднення проходження повітря при вдосі крізь звужену голосову щілину внаслідок цього вдих хворого можна чути на відстані. Через подовження вдиху випадає пауза між вдихом та видихом, дихання набуває "шумного характеру". Із наростанням ступеню важкості стенозу дитина стає більш неспокійною, метушиться. Покриви шкіри стають блідими, вкриті потом, з'являється акроціаноз, тахікардія. На якийсь час дитина заспокоюється та засинає, але сон короткочасний. Дитина прокидається від кашлю. Утруднення дихання при першій вдосі лякає дитину, наслідком чого стає посилення спазму м'язів гортані. При ларингоскопії: голосова щілина різко звужена, на фоні набряку слизової оболонки визначаються суцільні або у вигляді окремих острівців сірі плівки, що частіш розташовані на голосових складках та у підголосовій щілині.

Дитина втрачає сили та заспокоюється, іноді схлипує, потім зовсім затихає. Однак це несправжній спокій — дитина дихає дуже поверхнево. Третя стадія відповідає переходу стенозу гортані у термінальну стадію. Хворий стає в'ялим, сонливим, дихання дуже часте, пульс ниткоподібний із випадінням окремих пульсових хвиль. На цьому фоні може наступити смерть.

Діагноз дифтерії гортані встановлюється на підставі поступового наростання стенозу гортані, поєднання ураження гортані із дифтерією

глотки, де визначаються нальоти. Допомагає встановити діагноз ларингоскопічна картина.

Діагноз підтверджується бактеріологічними дослідженнями мазків з носа, глотки, гортані. Однак, бактеріологічний метод є допоміжним, оскільки не завжди дає позитивні результати.

У наш час захворювання реєструється переважно у дорослих, а клініка має стертий характер, що утруднює своєчасну діагностику. В початковому періоді клінічна картина може бути нечіткою, яскраві ознаки стенозу гортані нерідко проявляються лише при поширенні плівок у трахею та бронхи. Імунітет після вакцинації не попереджує носійство, але перешкоджає утворенню дифтерійних плівок.

При підозрі на дифтерію хворого необхідно ізолювати та госпіталізувати в інфекційну лікарню.

Лікування дифтерії гортані потребує максимально раннього введення протидифтерійної антитоксичної сироватки, у дозі, що відповідає важкості захворювання. Специфічне лікування слід починати при підозрі на дифтерію, не очікуючи на результаті бактеріологічного дослідження. Враховуючи можливість алергічних реакцій на введення протидифтерійної сироватки, хворому попередньо призначають гіпосенсибілізуючі препарати.

Хворому призначають тривалий ліжковий режим. Обов'язковим є ретельний контроль за станом серцево-судинної системи. Для усунення спазму м'язів гортані внутрішньовенно призначають 2,4% розчин еуфіліну з розрахунку 0,2 мл. на кг. маси дитини. Дом`язево вводять аскорбінову кислоту, комплекс вітамінів групи В. Полегшують стан хворого лужні інгаляції, що сприяють відходженню плівок. Для боротьби із вторинною інфекцією призначають антибіотики.

При переході стенозу з стадії неповної компенсації у декомпенсовану виконують трахеостомію.

Виписку з лікарні здійснюють після клінічного одужання та триразового (через кожні 2 дні) негативного результату бактеріологічного дослідження.

Ситуаційні задачі для підсумкового контролю знань інтернів.

Задача 1

До оториноларинголога звернувся хворий зі скаргами на різкий біль у горлі, який віддає у вухо, неможливість відкрити рот, високу температуру тіла до 40 °С. Під час огляду: виражений тризм жувальних м'язів, асиметрія зіва, правий піднебінний мигдалик гіперерований, зміщений до середини зіву, язичок зміщений вліво, гіперемія, інфільтрація, припухлість правої половини м'якого піднебіння, неприємний запах з рота, підвищена саливація. Защелепні лімфатичні вузли справа збільшені, різко болючі під час пальпації. Риноскопична і отоскопічна картини в нормі.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) назвати захворювання, з якими необхідно провести диференціальну діагностику;
- в) призначити лікування.

Задача 2

Хвора скаржиться на легкий біль у горлі зліва, підвищення температури тіла до 37 °С. Об'єктивно: загальний стан не порушений. Змін з боку внутрішніх органів не виявлено. Під час огляду глотки: верхній полюс лівого піднебінного мигдалика покритий сіруватим нашаруванням, після видалення якого з'явилася глибока виразка з нерівними краями. Інші ЛОР-органи без змін. Під час бактеріологічного дослідження виявлено симбіоз веретеноподібної палички і спірохети порожнини рота.

Завдання:

- а) встановити діагноз;

- б) назвати захворювання, з якими необхідно провести диференціальну діагностику;
- в) призначити лікування.

Задача 3

Хвора, 32 років, звернулась у поліклініку зі скаргами на біль, відчуття дертя, сухість у горлі. Загальний стан хворої задовільний. Захворювання пов'язує з переохолодженням. Хворіє протягом 3 днів. Дані фарингоскопії: слизова оболонка задньої стінки глотки гіперемована, набрякла, на ній видно збільшені лімфатичні гранули, піднебінні мигдалики не змінені.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 4

Дитина, 5 міс, неспокійна, плаче, відмовляється брати груди, дихає через відкритий рот, температура тіла 39,8 °С. Об'єктивно: тризм жувальних м'язів відсутній, асиметрії м'якого піднебіння немає, на задній стійці глотки визначається випинання округлої форми, гіперемія слизової оболонки. Носове дихання різко погіршене.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 5

Хворий, 16 років, госпіталізований у приймальне відділення зі скаргами на загальне нездужання, головний біль, біль у горлі. Хворіє третій день. З анамнезу відомо, що 5 днів тому був у контакті з хворою дитиною, яка була госпіталізована в інфекційне відділення. Загальний стан хворого тяжкий, шкіра бліда, температура тіла 38,2 °С, пульс 94 за 1 хв. Слизова оболонка глотки помірно гіперемована, скловидний набряк м'якого піднебіння і язичка. Піднебінні мигдалики покриті

фібринозним нальотом, що розповсюджується на піднебінні дужки. Нашарування знімаються важко, після зняття останніх поверхня трохи кровоточить. Защелпні лімфатичні вузли збільшені, помірно болючі, набряк підшкірної клітковини до середини шії. Ковтання помірно болюче. Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) вказати додаткові методи обстеження, які необхідно провести хворому для підтвердження діагнозу;
- в) вказати тактику лікаря при даному захворюванні та при підозрі на нього.

Задача 6

Хворий, 23 років, звернувся до оториноларинголога зі скаргами на загальну слабкість, субфебрильну температуру тіла протягом 2 міс, періодичні ангіни. На ангіни хворіс з дитинства по 2—3 рази на рік. Об'єктивно: в защелпній ділянці пальпуються збільшені регіонарні лімфатичні вузли з обох боків. Під час огляду глотки піднебінні мигдалики розпушені, спаяні з дужками, у лакунах рідкий гній, гіперемія і потовщення країв передніх піднебінних дужок. Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) вибрати метод лікування.

Задача 7

Хвора, 31 року, направлена на консультацію до оториноларинголога терапевтом, у якого вона перебуває на диспансерному обліку з приводу ревматизму протягом 5 років. Скаржиться на періодичні ангіни по 3—4 рази на рік, що перебігають з високою температурою, болем у горлі, серці, суглобах. Об'єктивно: піднебінні мигдалики маленькі, спаяні з дужками,

краї дужок гіперемовані, в лакунах гнійні пробки. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені.

Завдання.:

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 8

Хворий, 21 року, звернувся зі скаргами на часті ангіни по 3—4 рази на рік; тричі за останні 5 років йому розтинали абсцеси в глотці. Об'єктивно: піднебінні мигдалики дещо збільшені, спаяні з дужками, на передніх піднебінних дужках рубці - місця розтину абсцесів, у лакунах гнійні пробки. Підгінебінні дужки потовщені, з проявами застійної гіперемії.

Завдання: :

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 9

Хвора, 18 років, звернулася до оториноларинголога зі скаргами на загальну слабкість, тривалу субфебрильну температуру. В анамнезі ангін не було. Тривало, але безуспішно, лікувалася у терапевтів. Об'єктивно: піднебінні мигдалики ,на рівні дужок, спаєні з ними, ротація неможлива, в лакунах велика кількість рідкого гною. Дужки гіперемовані, краї їх потовщені. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені з обох боків.

Завдання: :

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 10

Дитина, 5 років, зі слів батьків погано спить вночі, дихання шумне, рот завжди широко відкритий. Голос гугнявий, тверду їжу ковтає із зусиллям, їсть повільно і довго. Об'єктивно: неправильний прикус, тверде піднебіння високе. Піднебінні мигдалики гладкі, великих розмірів, сходяться по середній лінії. Піднебінні дужки не змінені, лакуни чисті, регіонарні

лімфатичні вузли не збільшені. Під час пальцевого дослідження у склепінні носоглотки виявлено утворення м'якоеластичної консистенції, яке прикриває хоани.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) призначити лікування.

Задача 1

До ЛОР-відділення звернулася хвора, 54 років, з явищами вираженої інспіраторної задишки. З анамнезу стало відомо, що під час їжі хвора випадково з варенням проковтнула бджолу, відчула сильний біль у горлі, пізніше з'явилися ознаки утрудненого дихання. Була викликана швидка медична допомога. Під час огляду виявлено набряк слизової оболонки присінкового відділу гортані.

Завдання:

- а) визначити методи, за допомогою яких можна оглянути порожнину гортані;
- б) назвати анатомічні елементи гортані, які належать до присінкового відділу.

Задача 2

У поліклініку до оториноларинголога звернувся пацієнт зі скаргами на охриплість. Під час непрямой ларингоскопії виявлено нерухомість лівої половини гортані без будь-якої видимої патології.

Завдання:

- а) визначити, який нерв уражений;
- б) визначити обстеження, яке необхідно провести для виявлення причин захворювання.

Задача 3

У хворого, що приймав новий антибіотик, з'явилися скарги на відчуття стороннього тіла в горлі, значне утруднення дихання (інспіраторна задишка), хрипота, набряк обличчя та шиї.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) вказати ларингоскопічні дані, які підтверджують діагноз;
- г) скласти план лікування хворого.

Задача 4

Хворий скаржиться, що під час бійки його вдарили по передній поверхні шиї. Через кілька годин з'явилась задишка і хрипота. Хворий збуджений; виявлені тахікардія, інспіраторна задишка. Дані ларингоскопії: пухлиноподібне утворення синюшного кольору правої присінкової ділянки перекриває голосову щілину.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз та його ускладнення;
- в) вказати стадію стенозу;
- г) вирішити, чи показана хворому трахостомія.

Задача 5

Хворий скаржиться на сильний біль у горлі, що посилюється під час ковтання, утруднення дихання, хрипоту, кашель. Хворіє 3-й день, після пиття холодної води. Об'єктивно: температура тіла підвищена — 38,8 °С, інспіраторна задишка. Пальпація у ділянці гортані болюча, шийні лімфатичні вузли збільшені та болючі під час пальпації. Дані ларингоскопії: гіперемія та інфільтрація слизової оболонки, набряк надгортанника, на ньому - ділянки абсцедування, голосової щілини не видно. Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати, з чим пов'язане виникнення задишки;
- в) визначити раціональну лікувальну тактику.

Задача 6

Хворий скаржиться на відчуття дряпання та лоскотання в горлі, сухий кашель, хрипоту і швидку втомлюваність голосу. Хворіє 2-й день, захворюванню передувало переохолодження. Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Слизова оболонка гортані гіперемована, на поверхні її - невелика кількість в'язких виділень. Голосові складки інфільтровані, рухомість їх не змінена.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) призначити лікування.

Задача 7

Хворий скаржиться на хрипоту, біль у ділянці гортані, особливо під час ковтання, незначне утруднення дихання. Хворіє протягом 2 діб, захворюванню передував грип. Температура тіла підвищена до 38 °С, під час пальпації лімфатичні вузли шиї болючі та збільшені. Дані ларингоскопії: гіперемія та інфільтрація слизової оболонки черпакувато-надгортанних і присінкових складок гортані, голосова щілина звужена.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- г) визначити тактику лікування хворого.

Задача 8

Машиною швидкої допомоги в ЛОР-стаціонар доставлено дитину 3 років зі скаргами на утруднення дихання, гавкаючий кашель, незначну захриплість. Дитина хворіє протягом 4 днів, коли з'явився нежить, кашель, підвищилася температура тіла. Під час сну різко погіршилось дихання. Дитина збуджена, шкіра бліда, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи. Під час прямої ларингоскопії слизова оболонка гортані почервоніла, в підскладковому просторі визначають валики червоного кольору, голосова щілина різко звужена; під час кашлю виділилась значна кількість гнійного мокротиння. Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- в) призначити лікування.

Задача 9

Машиною швидкої допомоги в приймальне відділення доставлено дитину 3 років зі стенозом у термінальній стадії. Тяжкий стан дитини не дозволяє виконати класичну трахео-стомію за браком часу.

Завдання:

- а) визначити оптимальний вид оперативного втручання;
- б) визначити методику виконання цього оперативного втручання.

Задача 10

Хвора скаржиться на різку загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5 °С, біль у горлі, утруднення ковтання, втрату голосу, нестерпний безголосий кашель із періодичним відторгненням темно-сірої плівки. Дані непрямой ларингоскопії: слизова оболонка гортані гіперемована, вкрита сірою плівкою, що звужує голосову щілину.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати об'єктивні дані, які підтверджують попередній діагноз;

- в) визначити додаткові дослідження;
- г) визначити відділення, у якому необхідно лікувати хвору;
- д) прогноз щодо життя й одужання.

Задача 11

Хворий, 57 років, скаржиться на захриплість, неприємні відчуття в горлі, періодичний сухий кашель. Уперше голос змінився два роки тому. Робота пов'язана з частими переохолодженнями й запиленістю повітря, пацієнт палить. Дані непрямой ларингоскопії: слизова оболонка голосових складок рожевого кольору, нерівномірно потовщена, у ділянці задніх відділів голосових складок нашарування білого кольору, обидві половини гортані симетрично рухомі. Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- а) визначити лікувальну тактику;
- г) визначити онкопрогноз для даного хворого.

Задача 12

У хворого через 3 роки після трахеостомії погіршилось дихання, з'явилась крепітація підшкірної клітковини у ділянці переднього відділу шиї.

Завдання:

- а) визначити причини погіршення дихання через трахеостому;
- б) визначити лікувальну тактику

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Задача 1

- а) правобічний паратонзиллярний абсцес;
- б) ангіна, заглотковий та парафарингеальний абсцеси;

в) лікування хірургічне — розтин абсцесу або абсцестонзилсктомія, активна протизапальна терапія.

Задача 2

- а) виразково-плівчаста ангіна Симановського—Всисана—Плауна;
- б) сифіліс, туберкульоз, злоякісна пухлина;
- в) ін'єкції пеніциліну, вітамінотерапія, дезінфекуючі полоскання.

Задача 3

- а) гострий фарингіт;
- б) щадна діста, дезінфекційні полоскання горла, розсмоктувальні таблетки (фолімінт, фарингосепт, декатилем), аерозольні препарати (колустан, біопарокс, гекса-спрей), фізіотерапевтичні методи (КУФ на задню стінку глотки).

Задача 4

- а) заглотковий абсцес;
- б) лікування хірургічне - розтин заглоткового абсцесу, активна протизапальна терапія.

Задача 5

- а) дифтерія глотки;
- б) бактеріологічне обстеження на дифтерію;
- в) госпіталізація в інфекційне відділення, введення протидифтерійної сироватки, антибіотики.

Задача 6

- а) хронічний тонзиліт, декомпенсована форма — рецидиви ангін, довготривалий субфебрилітст;
- б) лікування консервативне, за його неефективності - хірургічне (тонзилектомія).

Задача 7

а) хронічний тонзиліт, декомпенсована форма — рецидиви ангін, ревматизм;

б) лікування хірургічне — тонзилектомія.

Задача 8

а) хронічний тонзиліт, декомпенсована форма — рецидиви ангін, повторні паратонзиллярні абсцеси;

б) лікування хірургічне — тонзилектомія.

Задача 9

а) хронічний тонзиліт, декомпенсована форма - довго тривалий субфебрилітет, тонзилогенна інтоксикація;

б) консервативне лікування, за його неефективності - хірургічне (тонзилектомія).

Задача 10

а) гіпертрофія піднебінних мигдаликів III ступеня, аденоїдні вегетації III ступеня;

б) лікування хірургічне — тонзилотомія, аденотомія.

Задача 1

а) непряма та пряма ларингоскопія;

б) надгортанник, черпакувато-надгортанні складки, черпакуваті хрящі, міжчерпакуватий простір.

Задача 2

а) лівий зворотній;

б) рентгенографія органів грудної клітини.

Задача 3

а) ангіоневротичний набряк Квінке;

б) приймання нового антибіотика, відчуття стороннього ла в горлі, утруднення дихання (інспіраторна задишка), зміни голосу, набряк обличчя та шиї;

в) під час непрямой ларингоскопії спостерігається набряк, слизової оболонки язикової поверхні надгортанника, черпакувато - надгортанних складок, задньої стінки входу в гортань;

г) лікування направлено на ліквідацію причини набряк у гортані і включає дегідратаційну, гіпосенсибілізуючу, седативну терапію.

Задача 4

а) гематома гортані, гострий стеноз у стадії неповної компенсації;

б) в анамнезі травма гортані, об'єктивно виявлені тахікардія, інспіраторна задишка, під час ларингоскопії — гематома присінкової ділянки, яка перекриває голосову щілину;

в) стадія неповної компенсації;

г) хворому показана консервативна терапія, у разі погіршення стану - трахеостомія.

Задача 5

а) флегмонозний ларингіт, абсцес надгортанника;

б) виникнення задишки пов'язане зі звуженням просвіту гортані;

в) розкриття абсцесу надгортанника за допомогою гортанного ножа, проведення антибактеріальної і протинабрякової терапії.

Задача 6

а) гострий ларингіт;

б) скарги на сухий кашель, хрипоту, відчуття дряпання в горлі; під час непрямой ларингоскопії визначається почервоніння голосових складок, накопичення слизу;

в) голосовий режим, відволікаюча, гіпосенсибілізуюча, інгаляційна терапія, інстиляція в гортань лікарських речовин, при затяжному перебігу — протизапальні засоби.

Задача 7

а) гортанна ангіна, стеноз гортані в стадії неповної компенсації;

б) хворіє протягом 2 діб, захворюванню передував грип, температура тіла підвищена до 38 °С; під час непрямой ларингоскопії: гіперемія і інфільтрація слизової оболонки черпакувато-надгортанних і присінкових складок, голосова щілина звужена;

в) гострий тиреоїдит;

г) протизапальна, дегідратаційна і гіпосенсибілізуюча терапія.

Задача 8

а) ГРВІ. Первинний гострий ларинготрахеїт, 2 варіант, безперервний перебіг. Стеноз гортані в стадії неповної компенсації;

б) дифтерія, заглотковий абсцес, стороннє тіло гортані, бронхіальна астма, папіломатоз гортані;

в) протизапальна, дегідратаційна, гіпосенсибілізуюча терапія, спазмолітичні засоби; лікарські речовини вводяться переважно у вену.

Задача 9

а) конікотомія;

б) пальпаторно визначають конічну зв'язку та розсікають її (за наявності використовують конікотом), у подальшому проводять типову трахеостомію, тому що конікотомія може сприяти розвитку перихондриту гортані і хронічного рубцевого стенозу гортані.

Задача 10

а) дифтерія гортані;

б) афонія, нестерпний безголосий кашель із відторгненням темно-сірої плівки, наявність сірих плівок на слизовій оболонці гортані;

в) бактеріологічне дослідження мазків із носа, глотки, гортані;

г) інфекційне відділення;

д) прогноз сприятливий.

Задача 11

а) хронічний гіпертрофічний ларингіт, лейкоплакія голосових складок;

б) дифузна форма;

- в) злюккісна пухлина, туберкульоз, склерома та сифіліс;
- г) мікроларингоскопія та мікрохірургічне втручання на гортані (декортикація голосових складок), гістологічне дослідження;
- д) підлягає диспансерному нагляду в групі підвищеного онкологічного ризику.

Задача 12

- а) трахеоканюля вийшла з просвіту трахеї;
- б) провести ревізію трахеостоми і ввести трахеоканюлю в просвіт трахеї.

11. Список літератури.

1. Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. — К.: Здоров'я, 1999. — С. 177—201.
2. Мітін Ю.В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — С. 97—115.
3. Тестові завдання для контролю знань студентів з оториноларингології/ За редакцією Ю.В. Мітіна — К., 1996. — С. 87—96.
4. Пальчун В.Т., Крюков А.Й. Оториноларингологія. — М.: Литера, 1997. — С. 367—395.

II. Семінар

1. Тема . *Риногенні та отогенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення.*

2. **Актуальність теми.**

Отогенні внутрішньочерепні ускладнення є серйозною проблемою в оториноларингології. Незважаючи на значне розширення технічних можливостей, діагностика та диференціальна діагностика цих ускладнень залишаються складними. Високою також є летальність при цій патології, яка не має вираженої тенденції до зниження, незважаючи на застосування

сучасних методів хірургічного та медикаментозного лікування. Це зумовлює необхідність вивчення клініки, діагностики та принципів лікування отогенних внутрішньочерепних ускладнень, знання яких є необхідним у роботі лікарів різного профілю

3. Мета заняття. Розширити обсяг знань про методи обстеження хворих з отогенними та риногенними внутрішньочерепними ускладненнями, навчитися встановлювати попередній діагноз, проводити диференціальну діагностику та визначати раціональну лікувальну тактику.

4. Інтерни повинен знати.

1. Етіологію отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
2. Шляхи та етапи розповсюдження інфекції з середнього та внутрішнього вуха в порожнину черепа.
3. Клініку отогенного менінгіту.
4. Клініку отогенного тромбозу сигмоподібного синуса та отогенного сепсису.
5. Клініку отогенного абсцесу великих півкуль головного мозку та мозочка.
6. Анатомічні передумови розвитку орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень.
7. Види орбітальних і внутрішньочерепних риногенних ускладнень.
8. Принципи лікування орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень риногенного походження.
9. Види оперативних втручань на верхньощелепній, решітчастій, лобній та основній пазухах при орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень риногенного походження.
10. Наслідки синуїтів, орбітальних та внутрішньочерепних риногенних ускладнень.

5. Інтерн повинен уміти.

1. Провести обстеження хворого з отогенним внутрішньо черепним ускладненням та виявити найбільш вірогідні його симптоми.
2. Встановити діагноз внутрішньочерепного ускладнення.
3. Провести диференціальну діагностику різних форм отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
4. Оцінити дані лабораторних та інших параклінічних методів дослідження (аналіз крові, спинномозкової рідини, рентгенограми скроневих кісток за методами Шюллера та Масра, комп'ютерні та магнітно-резонансні томограми черепа).
5. Скласти план лікування хворого.
6. Оцінити і співставити найбільш інформативні та об'єктивні ознаки, що підтверджують у даного хворого діагноз гострого чи хронічного синуситу, наявність орбітального або внутрішньочерепного ускладнення риногенного походження.
7. Оцінити дані рентгенографії приносних пазух (нативної та з використанням контрастних речовин), комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії.
8. Оцінити дані лабораторного дослідження крові, і спинномозкової рідини, вмісту приносних пазух.

6. Оснащення семінару.

1. Схеми, таблиці, слайди, рентгенограми соскоподібних відростків, комп'ютерні та магнітно-резонансні томограми.
2. Питання для самопідготовки та опитування.
3. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

7. Структура семінару.

1. Висвітлення головних проблемних питань семінару- 40 хвилин.
2. Виявлення розуміння інтернами головних положень теми – 20 хвилин.
3. Корекція викладачем розуміння інтернами головних питань теми – 10 хвилин.
4. Вирішення інтернами ситуаційних питань за темою семінару – 20 хвилин.

5. Написання інтернами рефератів з окремих питань семінару – самостійна домашня робота.

8. Перелік головних питань за темою семінару.

- 1) Загальна характеристика отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
- 2) Етіологія отогенних внутрішньочерепних ускладнень.
- 3) Шляхи проникнення інфекції з середнього та внутрішнього вуха в порожнину черепа;
- 4) Етапи розповсюдження інфекції з середнього та внутрішнього вуха в порожнину черепа.
- 5) Клініка отогенного гнійного менінгіту.
- 6) Клініка тромбозу сигмовидного синуса і отогенного сепсису.
- 7) Клініка отогенного абсцесу великих півкуль головного мозку і мозочка.
- 8) Принципи лікування хворих з отогенними внутрішньо черепними ускладненнями.
- 9) .Анатомічні передумови виникнення риногенних орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень;
- 10) Орбітальні ускладнення: реактивний набряк клітковини орбіти та повік, негнійний та гнійний остеоперіостит орбіти, абсцес повік, субперіостальний та ретробульбарний абсцеси, флегмона орбіти; клініка й діагностика цих захворювань.
- 11) Принципи лікування орбітальних ускладнень риногенного походження.
- 12) Шляхи проникнення інфекції з приносних пазух у порожнину черепа.
- 13) Внутрішньочерепні риногенні ускладнення: гнійний менінгіт,

тромбоз пазух твердої мозкової оболонки, риногенний сепсис, епіта субдуральний абсцеси, абсцес лобової частки мозку; клініка і діагностика цих захворювань.

- 14) Принципи лікування внутрішньочерепних риногенних ускладнень, види оперативних втручань.

Література.

- 1.Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. — К.: Здоров'я, 1999. — С. 145—160.
- 2.Мітін Ю.В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. —С. 61—77.
- 3.Тестові завдання для контролю знань студентів з оториноларингології. — К., 1996. — С. 64—75.
- 4.Пальчун В.Т., Крюков А.Й. Оториноларингологія. — М.: Литера, 1997. — С. 353—377.

ДЕНЬ П'ЯТИЙ

I. Практичне заняття

1. Тема. *Травми та сторонні тіла ЛОР-органів.* (Опіки ЛОР-органів. Сторонні тіла ЛОР-органів. Травми носа. Отогематома.. Видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа, верхніх дихальних шляхів).

Тривалість - 2 академічні години.

2. Актуальність теми.

Травми ЛОР-органів — часта патологія в практиці лікарів загальної практики та медицини невідкладних станів. Знання клініки, діагностики та принципів лікування і профілактики цих захворювань допоможе в практичній роботі лікаря для вибору правильної терапії хворих

3. Мета заняття.

Навчитися встановлювати попередній діагноз в разі травм ЛОР-органів, визначати раціональну тактику лікування хворих.

4. Інтерн повинен знати.

1. Механізми і види травм ЛОР- органів.
2. Клініку та діагностику цих захворювань.
3. Принципи лікування та надання невідкладної допомоги при них.
4. Види і найбільш часту локалізацію сторонніх тіл ЛОР – органів.
5. Клініку і діагностику сторонніх тіл ЛОР- органів.
6. Принципи лікування та надання невідкладної допомоги при них.

5. Інтерн повинен уміти.

1. Серед скарг та даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що дозволяють запідозрити наявність травми та наявність стороннього тіла.
2. Виконати обстеження носа, глотки та гортані. Виділити найбільш інформативні, об'єктивні ознаки, що підтверджують діагноз сторонніх тіл і

травм.

3. Оцінити дані рентгенограм, комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії.

4. Скласти план лікування хворого на дану патологію.

5. Видалити стороннє тіло з вуха, носа та глотки.

6. Надати першу допомогу при травмі барабанної перетинки, контузії середнього та внутрішнього вуха.

7. Зробити зовнішню репозицію кісткових уламків носа.

8. Накласти пращеподібну пов'язку на ніс.

6. Інтерн повинен мати уявлення: про хірургічні методи лікування травм та видалення сторонніх тіл ЛОР – органів: езофагоскопія , трахеобронхоскопія

7. Оснащення заняття

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.

2. Езофагоскоп, гачки та щипці для вилучення сторонніх тіл із носа, глотки та гортані. Інструменти для репозиції кісткових уламків носа, для передньої та задньої тампонади носа.

3. Схеми, таблиці, слайди, муляжі.

4. Питання для самопідготовки та опитування.

5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

8. Головні питання по темі заняття для визначення рівня знань та плану самопідготовки інтернів.

1. методи первинної хірургічної обробки ран.

2. переломи кісток носа: відкриті та закриті, зі зміщенням та без зміщення кісткових уламків, з вивихом хрящів та без нього.

3. класифікація переломів верхньої щелепи за Ле Фортом.

4. клініка та діагностика перелому кісток носа.

5. надання допомоги при переломі кісток носа.

6. поєднана і травма зовнішнього носа, приносних пазух, інших відділів

ліцевого скелета, порожнини черепа та очей, особливості надання допомоги в разі таких травм.

7. поранення глотки, лікувальна тактика при них.
8. травми гортані та трахеї, невідкладна допомога.
9. травматичний розрив барабанної перетинки, тактика лікаря.
10. опіки стравоходу, тактика лікаря під час надання допомоги хворому з хімічним опіком стравоходу.
11. клініка сторонніх тіл стравоходу.
12. етапи обстеження хворого з підозрою на стороннє тіло стравоходу.
13. лікувальна тактика у випадку сторонніх тіл носа.
14. сторонні тіла дихальних шляхів, їх вікові особливості.
15. клініка і надання допомоги в разі сторонніх тіл гортані.
16. клініка і надання допомоги в разі сторонніх тіл трахеї.
17. рентгенологічне обстеження хворого: феномен Гольцкнехта-Якобсона.
18. сторонні тіла зовнішнього слухового ходу, принципи їх видалення.

9. Структура практичного заняття.

- 1) Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою - 5 хвилин.
- 2) Розкриття головних теоретичних положень теми - 15 хвилин.
- 3) Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 20 хвилин.
- 4) Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми -5 хвилин.

10. Перелік практичних навичок, необхідних для опанування теми.

1. Уміти оцінити бокову рентгенограму кісок носа.
2. Уміти оцінити фронтальну рентгенограму при носових пазух.

3. Уміти оцінити КТ та МРТ ЛОР – органів.

11. Основні теоретичні походження за темою практичного заняття.

Поранення середнього і внутрішнього вуха

Пошкодження барабанної перетинки – найбільш часта травма, яка зустрічається в мирний час. Травма барабанної перетинки може бути пряма або опосередкована. Пряма травма барабанної перетинки трапляється внаслідок видалення стороннього тіла, поранення її шпильками або сірниками під час очищення зовнішнього слухового ходу. Опосередковані розриви барабанної перетинки можуть бути внаслідок перелому основи черепа, удару долонею по вусі, стрибків у воду з висоти, у водолазів при швидкій декомпресії, в разі близького розриву петарди, снарядів.

Травма барабанної перетинки може супроводжуватись появою раптового різкого болю у вусі, шуму, порушенням слуху. При отоскопії в зовнішньому слуховому ході виявляють кров, крапельні крововиливи, перфорацію барабанної перетинки різної величини та форми. Внаслідок розриву барабанної перетинки в барабанну порожнину потрапляє інфекція, що може призводити до розвитку гострого гнійного середнього отиту.

У разі пошкодження сосковидного відростка в кістку проникає інфекція, розвивається остеомієліт, який супроводжується клінічною картиною гострого мастоїдиту.

У разі травми середнього вуха може бути розрив сполучення слухових кісточок, що призводить до порушення слуху за кондуктивним типом.

Можливі травми лабіринту – безпосередні та опосередковані. У мирний час перші зустрічаються рідко і спостерігаються інколи внаслідок хірургічного втручання на середньому вусі. Може бути вивих стремени у вікні присінка, поранення горизонтального присінкового каналу. Непрямі (опосередковані) пошкодження лабіринту спостерігаються в разі переломів основи черепа, які включають переломи піраміди скроневої кістки та поранення великих кровоносних судин порожнини черепа.

Клінічна картина в разі перелому основи черепа характеризується непритомним станом хворого. Можна спостерігати крововиливи під кон'юнктивою і в ділянці повік.

У разі поздовжнього перелому піраміди скроневої кістки виникає перфорація барабанної перетинки, через яку виділяється кров і спинно-мозкова рідина. Функція кохлеарного та вестибулярного апаратів порушується незначною мірою. У разі поперечного перелому піраміди спостерігається повне випадіння кохлеарної та вестибулярної функції і параліч лицьового нерва.

Таким хворим необхідно проводити рентгенографію черепа, люмбальну пункцію, дослідження очного дна та вивчення функціонального стану кохлеарного та вестибулярного апаратів.

Лабіринт може також пошкоджуватись внаслідок різких коливань атмосферного тиску – виникає баротравма. Це трапляється у водолазів, пілотів літаків. Внаслідок дії інтенсивного звуку виникає акутравма. Завитка може пошкоджуватись під час операцій на середньому вусі. Все це призводить до розвитку нейросенсорної приглухуватості.

Лікування. Розрив барабанної перетинки потребує ретельного співставлення країв перфорації. За допомогою операційного мікроскопа розправляють і зіставляють краї розірваної барабанної перетинки. Зверху зіставлених країв для їх утримання накладають фібринову плівку або курячий амніон. В зовнішній слуховий хід ставлять стерильну турунду. Призначають протизапальне лікування. Таке мікрохірургічне втручання можливо проводити тільки у перші дні після травми, доки не з'явилися ознаки нагноєння.

У разі поранення сосовидного відростка проводять первинну хірургічну обробку з видаленням розтрощеної кістки. Рану не зашивають, а лікують відкритим методом.

Травми лабіринту внаслідок перелому основи черепа потребують обережного транспортування хворого. У стаціонарі зупиняють кровотечу з

вуха шляхом уведення в слуховий хід стерильних турунд. У разі підвищення внутрішньочерепного тиску проводять люмбальну пункцію. За наявності сильної кровотечі або ознак менінгіту проводять широке хірургічне втручання на середньому вусі.

В разі аку- або баротравми лабіринту призначають комплексну протиневритну терапію.

Травми та опіки глотки

Пошкодження глотки поділяють на зовнішні та внутрішні. Внутрішні частіше зустрічаються в мирний час і виникають внаслідок потрапляння або проходження сторонніх тіл (кістки, уламки скла, дрібні дитячі іграшки) через природні шляхи. Зовнішні ушкодження у великій кількості зустрічаються у воєнний час. Їх поділяють на колоті, різані, забійні, вогнепальні. Вогнепальні в свою чергу бувають кульові та осколочні, а в залежності від ходу раньового каналу - сліпі, сквозні, дотичні.

Поранення глотки також класифікують на ізольовані (самостійні), на комбіновані і на проникаючі та непроникаючі. Внутрішні пошкодження частіше є ізольованими, а зовнішні - комбінованими, так як пошкоджуючий предмет травмує тканини шиї, обличчя (ніс та приносові пазухи, орбіта, гортань, хребет, судини та нерви шиї).

Внутрішні поранення глотки можуть бути незначними (садно на слизовій оболонці), або значними з ушкодженням всіх шарів стінки та проникненням раньового каналу до парафарингеального простору, що буває значно рідше. Анамнез хворих з внутрішніми травмами глотки досить характерний: проковтування стороннього предмету. Скарги на дискомфорт та біль в горлі, іноді хворий чітко локалізує місце ушкодження. При огляді виявляються садна, крововиливи на слизовій оболонці глотки, пізніше на місці поранення виникає запальний процес - нагноєння з утворенням абсцесу або флегмони та реактивним збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів.

Зовнішні травми глотки, як правило, характеризуються більш важким перебігом ніж внутрішні за рахунок травмування тканини сусідніх ділянок, судин та нервів, що приводить до порушень дихання та мови, кровотеч та парезів. Наслідком потрапляння крові у дихальні шляхи є розвиток аспіраційної пневмонії. В подальшому в зв'язку з приєднанням запалення тканин шиї та можливим розповсюдженням гнійного процесу на клітковину середностіння стан хворого стає значно важчим і може закінчитися смертю пацієнта. В випадках зовнішніх травм глотки проводять не лише оториноларингологічне обстеження, але і рентгенологічне, що дає можливість встановити розповсюдженість зони враження, локалізацію сторонніх тіл, положення уламків кісток.

Лікування хворих з внутрішніми пошкодженнями глотки починають з видалення сторонніх тіл, після чого призначають антибактеріальну терапію, щадливу дієту, полоскання глотки дезинфікуючими розчинами.

При зовнішніх травмах глотки у першу чергу необхідно ліквідувати загрозу життю хворого. Кровотечу зупиняють шляхом тампонади носоглотки, перев'язки судин у рані, а , при необхідності, шляхом перев'язки зовнішньої сонної артерії. При пораненнях , що досягають гортані, можуть виникати утруднення дихання, як внаслідок самого поранення, так і послідуєчого набряку та запалення. В таких випадках проводять трахеостомію. Після цього виконують хірургічну обробку рани з видаленням уламків кісток та сторонніх тіл. Іноді травми супроводжуються розладами ковтання що може привести до потрапляння їжі в дихальні шляхи і в подальшому до розвитку аспіраційної пневмонії. Для попередження розвитку цих ускладнень хворому вводять шлунковий зонд. При зовнішніх травмах пацієнтам необхідно вводити протиправцеву сироватку. При формуванні в стінці глотки гнійних процесів їх розтинають через порожнину глотки або використовують зовнішній підхід.

Опіки глотки бувають термічні, хімічні , електричні, променеві. Звичайно вони поєднані з опіками порожнини рота, інших

відділів верхніх дихальних шляхів, стравоходу та шлунку. Такі опіки є наслідками нещасних випадків в побуті або на виробництві, або виникати при спробах самогубства (суїцидальних) - хімічні опіки.

Термічні опіки звичайно виникають при ковтанні гарячої їжі, частіше рідини, іноді при потраплянні в порожнину глотки гарячої пари або повітря. Хімічні опіки є результатом ковтання концентрованих розчинів кислот або лугів, нашатирного спирту.

Опіки, що обмежені лише порожнинами рота та глотки звичайно не несуть значної небезпеки на відміну від опіків, які поширюються на гортань, трахею, стравохід, шлунок. Тяжкість стану хворого при хімічних опіках залежить від кількості, концентрації речовини та тривалості дії на тканини. Кислоти та луги мають різні механізми пошкодження тканини організму. Кислоти віднімають воду у білків, що приводить до їх згорання і утворення щільного струпу. Луги омиляють жири і глибоко проникають в тканини, що робить опіки лугами більш розповсюдженими і більш небезпечними для життя хворих.

При термічних та хімічних опіках клінічно виділяють три ступеня змін в тканинах: I ступінь – еритема, II ступінь - утворення пухирів, III ступінь – некроз.

Опіки I ступеня характеризуються катаральним запаленням слизової оболонки глотки і закінчуються повним одужанням без утворення рубців. При некротизації слизової оболонки виникають рубцеві складки, що не порушують еластичності всієї стінки органа. Якщо некроз поширюється і на м'язовий шар, еластичність і моторика стінок порушується.

Клініка опіків характеризується появою в перші години болю в глотці, що посилюється під час ковтання. Якщо опік поширюється на гортань та трахею, можуть виникати порушення дихання.

При опіках I ступеня загальний стан хворого страждає мало, вражена слизова оболонка гіперемована, поверхневі шари епітелію відторгаються на 3-4 добу. Опіки II ступеня характеризуються більш тяжким загальним

станом за рахунок вираженої інтоксикації, що виражена найбільш на 6-7 добу - в період відторгнення некротичних мас. Рубці утворюються поверхневі без порушення функції органа. Опіки III ступеня супроводжуються тяжкою інтоксикацією, глибоким враженням тканини стінки. Після відторгнення некротичних нальотів через декілька тижнів утворюється грубі деформуючі рубці.

Перша допомога при хімічних опіках має бути спрямована на нейтралізацію залишків отруйної речовини. Якщо опік викликаний лугом хворому дають для полоскання і промивання шлунку слабкий розчин лимонної або оцтової кислоти. При опіках кислотою хворому пропонують розчин гідрокарбонату натрія або оксиду магнія. При відсутності цих розчинів хворим дають воду з додаванням молока або білків сирих яєць. Одночасно необхідно проводити противошокові заходи: вводять знеболюючі, серцево-судинні, антибактеріальні препарати та дезінтоксикаційну терапію(реополіглюкін, неогемодез, 5% розчин глюкози).

Якщо опік супроводжується набряком гортані і порушенням дихання внутрішньовенно вводять преднізолон або дексаметазон, а при необхідності проводять трахеостомію.

В подальшому з метою зменшення рубцевого стенозування використовують гормональні препарати (глюкокортикоїди) та бужування.

Травми гортані і трахеї

Травми гортані і трахеї займають порівняно невелику питому вагу в оториноларингологічній патології — близько 1%, в патології тільки гортані і трахеї складають до 10%. У чоловіків травми гортані і трахеї зустрічаються в 4 рази частіше, ніж у жінок. Ця патологія належить до важкої і потребує екстреної допомоги.

Травми гортані розподіляються на закриті та відкриті, тобто без пошкодження шкірних покривів або з їх пошкодженням. Травми гортані можуть бути з пошкодженням цілості хрящів та без їх пошкодження.

Типовими симптомами травм гортані і трахеї є порушення дихання, голосу і ковтання, кашель, кровохаркання, емфізема підшкірної жирової клітковини та середостіння. Залежно від складності та особливостей пошкодження ці симптоми можуть бути виражені більшою або меншою мірою. Емфізема свідчить про пошкодження цілості стінок гортані або трахеї. Удар у ділянку гортані може спричинити шок і рефлекторну зупинку дихання, і як наслідок — непритомність. Можливі крововиливи у м'які тканини гортані. Травма іноді супроводжується парезом або паралічем гортанних нервів, що приводить до обмеження рухливості або до повної нерухомості однієї або обох половин гортані.

У разі травми гортані без переломів хрящів та розриву слизової оболонки звичайно з'являється помірна припухлість м'яких тканин ший. Больові відчуття при цьому проявляються незначно.

Під час ларингоскопії можна побачити з відповідного боку припухлість, крововилив, іноді гематому, обмежену рухливість голосових складок.

Більш важкою травмою гортані є перелом хрящів. Перелом хрящів гортані супроводжується внутрішньогортанною кровотечею різної інтенсивності та емфіземою підшкірної жирової клітковини. У разі появи підшкірної емфіземи конфігурація ший значно змінюється. Пальпація визначає локальну болючість та крепітацію. По міжфасціальним просторам повітря може поширюватись у середостіння та плевральні порожнини. Під час ларингоскопії можна побачити пошкоджену слизову оболонку, кров або її згустки, деформацію гортані, звуження її просвіту. Іноді визначається підслизова емфізема у вигляді припухлості слизової оболонки блідого кольору. Рентгенологічні дослідження визначають розширення тіні м'яких тканин гортані, деформацію та звуження повітряного просвіту, лінію перелому хряща.

Небезпечною для життя травмою є відрив трахеї, що звичайно відбувається в місці переходу гортані в трахею або в ділянці біфуркації трахеї. Може трапитися розрив трахеї. Такі травми звичайно супровод-

жуються значним порушенням дихання. При цьому майже одразу виникає емфізема, що веде до збільшення шиї.

Іноді спостерігається відрив гортані від під'язикової кістки та надгортанника, у зв'язку з чим відбувається опущення гортані. Під'язикова кістка при цьому відходить до дна ротової порожнини, а щитопід'язиковий простір збільшується. Це стає причиною порушення дихальної та розподільчої функцій гортані. Останнє проявляється в потраплянні їжі в дихальні шляхи.

Унаслідок перелому під'язикової кістки, який може поєднуватися з переломом щитоподібного хряща, з'являється болючість під час відкривання рота та висовування язика, западання язика, порушення мовлення та ковтання. Пальпація ділянки під'язикової кістки виявляє деформацію останньої, крепітацію та рухливість відламків.

За умови всіх описаних ушкоджень, якщо в подальшому приєднується хондроперихондрит гортані, стан хворого ускладнюється. Хондроперихондрит сприяє формуванню стійкого стенозу.

До відкритих ушкоджень гортані належать її рани. Розрізняють різані, колоті, оскольчасті, вогнепальні та вкушені рани гортані. Звичайно через рану входить та виходить повітря, виділяється піниста кров, слиз. У хворого спостерігається напа-доподібний кашель, порушення дихання, голосу та ковтання, їжа може потрапляти в дихальні шляхи та викидатися через рану. Потрапляння їжі в нижні дихальні шляхи сприяє розвитку аспіраційної пневмонії. Поступово наростає емфізема, яка тим більша, чим менший отвір рани.

Перша допомога хворим із травмами гортані і трахеї спрямована на відновлення дихання (найчастіше проводиться трахеостомія), зупинку кровотечі, ревізію, первинну хірургічну обробку та пошарове ушивання рани. На різані рани накладають первинний шов. На колоті рани первинний шов накладати не варто, щоб уникнути розвитку підшкірної емфіземи. Трахеостомію бажано проводити якомога нижче від гортані. Іноді

трахеоканюлю на декілька годин уводять у рану, якщо вона проникає в дихальні шляхи. Потім накладають типову трахеостому. За наявності підшкірних розривів гортані і трахеї показано закрите ушкодження зробити відкритим, тому що можливе швидке наростання емфіземи. За наявності відривів трахеї методом вибору є накладання анастомозу кінець у кінець. У разі зміщення гортані донизу проводять її підшивання до під'язикової кістки — ларингопексію. У разі пошкодження горла та стравоходу уводять носостравохідний зонд.

Перша допомога під час термічних опіків включає призначення бо-лезаспокійливих засобів, дієти, що виключає хімічні, термічні та механічні подразники, внутрішньовенного уведення 10—20% розчину глюкози, ізотонічного розчину натрію хлориду, н-гемодезу та плазмо-замінників.

У разі хімічних опіків важливо з'ясувати, якою речовиною спричинений опік. Обов'язково проводять промивання шлунка, пульверизацію горла та гортані нейтралізуючими речовинами. У разі отруєння кислотами шлунок промивають 2 — 3% розчином паленої магнезії, 4% розчином натрію гідрокарбонату або зависсю яєчного білка у воді, у разі отруєння лугами — слабкими розчинами кислот. Необхідно проводити дез інтоксикаційну терапію, компенсувати втрату білків шляхом уведення гідролізатів, коригувати серцево-судинну діяльність, обов'язково призначити знеболювальні засоби (наркотики) з протишоковою метою. Для зменшення салівації призначають ін'єкції 0,1% розчину атропіну 1 мл. Обов'язково призначають антибіотики для профілактики бактеріальних ускладнень. Для припинення наростання набряку рекомендують антигістамінні препарати, кальцію хлорид або кальцію глуконат, аскорбінову кислоту, кортикостероїдні гормони. З цією ж метою проводять внутрішньоносову новокаїнову блокаду: в нижні носові раковини уводять 0,5 — 1% розчин новокаїну по 2 — 3 мл. Якщо спостерігається наростання явищ стенозу гортані, проводять трахеостомію.

Сторонні тіла зовнішнього слухового ходу

Сторонні тіла частіше трапляються у дітей, які заштовхують у вуха різноманітні предмети. У дорослих це можуть бути уламки сірників, шматки вати, зернини, металеві осколки. У зовнішній слуховий хід можуть потрапляти різні комахи: таргани, клопи та ін.

Клініка. Звичайно сторонні тіла не викликають неприємних відчуттів. Але якщо стороннє тіло гостре, то воно може спричинити кров'янисті виділення з вуха, біль. Особливо різкий біль виникає при потраплянні у вуха комах. Може виникати кашель, запаморочення. Стороннє тіло добре видно під час отоскопії.

Лікування. Потрібно промити вуха теплою водою за допомогою шприца Жане. Якщо промивання неефективне, отоларинголог видаляє стороннє тіло за допомогою тупого гачка. Ні в якому разі не можна видаляти стороннє тіло пінцетом, бо це сприяє його проштовхуванню глибше в зовнішній слуховий хід.

Якщо у вуха потрапила комаха, то спочатку необхідно її знерухомити. Для цього закачують у вуха спирт або підігріту рослинну олію. Потім вимивають стороннє тіло за допомогою шприца Жане.

Сторонні тіла носа і приносових пазух

Сторонні тіла носової порожнини найчастіше зустрічаються у дітей. Це можуть бути дрібні іграшки, гудзики, монети, зерна бобових рослин, насіння тощо. Вони також можуть потрапляти в ніс з боку носової частини горла під час блювоти.

Діагностика сторонніх тіл носа здебільшого нескладна. При передній риноскопії стороннє тіло знаходять найчастіше в нижньому носовому ході або в загальному.

Часто діти приховують факт потрапляння стороннього тіла і воно тривалий час перебуває в порожнині носа. У такому разі виникають явища

впертого однобічного нежитю з гнійними виділеннями із носа, однобічним утрудненням дихання через ніс.

Сторонні тіла носа має усувати лише фахівець під контролем зору. Круглі сторонні тіла можна видаляти лише гачком або кюреткою. Неприпустимо проштовхувати стороннє тіло до носоглотки – це може привести до його аспірації з потраплянням до просвіту трахеї чи бронхів.

Носовий камінь, або риноліт утворюється внаслідок відкладання мінеральних солей, що містяться в секреті слизових та слізних залоз навколо стороннього тіла, згустка слизу або крові, тощо. Риноліт дуже повільно збільшується у розмірі і може перебувати в порожнині носа впродовж років і, навіть, десятиліть.

Лікування полягає у видаленні риноліта через природні шляхи. Великий риноліт попередньо дробиться щипцями.

Сторонні тіла

Сторонні тіла глотки досить часта патологія. В основному вони потрапляють до неї під час їжі (рибні та м'ясні кістки), рідше під час розмови, сміху або завдяки неувважності та необережності хворого (зубні протези, монети, шпильки, цвяхи, скло, дрібні іграшки та ін.). В умовах жаркого клімату сторонніми тілами глотки можуть бути п'явки, що потрапляють в порожнину разом з водою з відкритих водоймищ. П'явки частіше локалізуються в носоглотці.

Хворі із сторонніми тілами глотки скаржаться на колючій біль в горлі, болісність при ковтанні. Може виникати кашель, порушуватись мова та дихання, якщо стороннє тіло звужує вхід в гортань. Тривале перебування стороннього тіла в глотці призводить до розвитку запалення в тканинах.

Діагностика сторонніх тіл глотки засновується на даних анамнеза, огляду, а при необхідності пальпації та рентгенографії. Необхідно сказати, що у багатьох хворих з підозрою на наявність стороннього тіла при обстеженні виявляють лише сліди травми слизової оболонки. Іноді

причиною скарг на наявність стороннього тіла при об'єктивній відсутності такого є парестезії, неврози у хворого.

Обстеження хворих починають з огляду, під час якого не завжди легко знайти дрібні сторонні тіла. Під час непрямой гіпофарингоскопії іноді виявляють затримку слини в грушевидному синусі ("слинне озеро"), що є непрямую ознакою наявності стороннього тіла в цій ділянці, коли стороннє тіло проштовхується в глибину тканин застосовують пальцеве дослідження. Якщо є підозра на металеве стороннє тіло, то доцільним є виконання рентгенологічного дослідження.

Видалення стороннього тіла виконують, як правило після попередньої поверхневої анестезії слизової оболонки задньої стінки глотки, кореня язика та грушевидних синусів 10% розчином лідокаїна, 5% розчином тримекаїна або 2% розчином дикаїна. Цю процедуру проводять за допомогою пінцету або корнцангу.

Якщо стороннє тіло не видалене своєчасно можуть розвиватися ускладнення у вигляді запальних процесів (абсцесів, флегмон) або кровотечі з місць локалізації сторонніх тіл.

Сторонні тіла гортані, трахеї та бронхів

Аспірація сторонніх тіл у дихальні шляхи спостерігається переважно в дитячому віці.

Частота переважної локалізації сторонніх тіл в дихальних шляхах має наступний вигляд: в гортані – 13%, в трахеї – 22%, в бронхах – 65%.

Для розуміння патогенезу та клініки сторонніх тіл трахеї та бронхів важливе значення має знання клінічної анатомії та фізіології. Трахея відходить від гортані на рівні VII шийного хребця, її довжина в дорослих складає 11 – 13 см. У трахеї є хрящова та перетинчаста частина. Хрящова частина утворена 15 – 20 гіаліновими хрящами підковоподібної форми. Задня перетинчаста частина формується колагеновими та еластичними волокнами. Слизова оболонка трахеї вистелена багаторядним циліндричним миготливим епітелієм.

Місце розгалуження трахеї на головні бронхи називається біфуркацією. Тут між бронхами розміщується виступ – шпора (carina). Правий бронх ширше за лівий, відходить під значно меншим кутом, є ніби продовженням трахеї. Ця анатомічна особливість пояснює найбільшу частоту сторонніх тіл саме правого бронху.

Головна функція трахеї та бронхів дихальна. Тут також відбувається подальше зігрівання, зволоження і очищення від пилу та мікробів повітря, що вдихається.

Для сторонніх тіл гортані характерний гострий, бурхливий початок захворювання, виражений стеноз, інспіраторна задишка, ціаноз, приступоподібний кашель. Ступень дихальних порушень багато в чому зв'язаний з розмірами стороннього тіла, набряком слизової оболонки гортані, спазмом голосової щілини. Осиплість або афонія вказують на розташування стороннього тіла у підскладковому просторі або безпосередньо у голосовій щілині.

При огляді звертає на себе увагу виражена інспіраторна задишка та втягнення податливих ділянок грудної клітки. Дані перкусії та аускультатії легень мало характерні.

Необхідною в діагностиці сторонніх тіл гортані є пряма ларингоскопія, за допомогою якої їх і видаляють. В рідких випадках при стрімко наростаючої асфіксії, яка загрожує життю, показана екстрена трахеостомія.

Сторонні тіла трахеї також супроводжуються бурхливим розвитком симптомів. Характерний тривалий, багаторазовий приступоподібний гавкаючий кашель, який нерідко переходить у блювоту. Гострі порушення дихання можуть бути обумовлені переміщенням стороннього тіла та спазмом голосових зв'язок при ударі об них аспірованого предмету. Іноді відмічається тупий за груди́нний біль.

Патогномонічними ознаками переміщення сторонніх тіл в трахеї є симптом “хлопання” та визначення флотації при аускультатії. Нерідко

хлопаючий звук при диханні чутний на відстані, причому інтенсивність його змінюється при зміні положення пацієнта. Сторонні тіла в ділянці біфуркації трахеї змінюючи положення порушують вентиляцію то в одному, то в іншому бронху, що знаходить відображення в переміжній клінічній картині. Фізикальні дані швидко змінюються.

Лікування заключається в невідкладному ендоскопічному дослідженні трахео-бронхіального дерева (верхня трахеобронхоскопія) та видаленні стороннього тіла.

У клінічному перебігу сторонніх тіл бронхів виділяють три періоди: період гострих респіраторних порушень, прихований період та період ускладнень.

Період гострих респіраторних порушень відповідає моменту аспірації та проходженню стороннього тіла через гортань та трахею. Ведучим симптомом є кашель, який виникає одразу після аспірації і нерідко супроводжується блювотою. Ці явища у дитини можуть бути короткочасними, і батьки не звертають на них увагу. У зв'язку з цим в анамнезі не завжди є чітка вказівка на аспірацію стороннього тіла.

Прихований період настає після переміщення стороннього тіла в бронх, причому чим далі від головного бронху розташовується стороннє тіло, тим менше виражені клінічні симптоми. В цей період зникають зовнішні прояви аспірації стороннього тіла. Тривалість цього періоду від декількох годин до 7-10 днів. Залежно від розміру та походження стороннього тіла розвивається частковий, вентильний або повний бронхостеноз. Найчастіше зустрічається вентильний бронхостеноз, коли стороннє тіло перетворюється на клапан. При цьому крізь звужений просвіт бронху повітря входить в більшій кількості, ніж виходить. Це сприяє розвитку емфіземи легені на тому боці, де є стороннє тіло. При рентгеноскопії у таких хворих типовим є зміщення межистіння на вдиху в бік бронхостенозу, тобто стороннього тіла (позитивний симптом

Гольцкнехта – Якобсона). Це пов'язано з тим, що екскурсія здорової легені завжди більша, ніж у легені з патологічним процесом.

Повний бронхостеноз дає ателектаз, а частковий – зниження прозорості відповідної частини легені.

Тривале перебування стороннього тіла приводить до розвитку таких ускладнень, як ателектаз легені, важких пневмоній. Поступово розвивається хронічний легеневий процес: абсцес легені, пневмосклероз.

Лікування сторонніх тіл бронхів полягає в їх видаленні при верхній бронхоскопії дихальним бронхоскопом.

Сторонні тіла стравоходу

Сторонні тіла стравоходу являють собою складну проблему практичної оториноларингології. Несвоєчасна діагностика та видалення сторонніх тіл стравоходу нерідко приводять до розвитку важких, а іноді небезпечних для життя ускладнень. Рання діагностика та невідкладне видалення сторонніх тіл з використанням сучасних методів знеболення складають основу профілактики ускладнень.

Перш за все необхідно зупинитись на клінічній анатомії стравоходу. Стравохід представляє собою м'язову трубку довжиною приблизно 25 см, яка складається з м'язового і підслизового шарів та слизової оболонки. М'язовий шар стравоходу в верхніх віділах є продовженням поперечно-смугастих м'язових волокон глотки. В середніх відділах відбуваються заміна поперечно-смугастих м'язових волокон гладкими, в нижніх відділах стінка стравоходу складається тільки з гладких м'язових волокон. Підслизовий шар представлений добре вираженою пухкою сполучною тканиною, завдяки чому слизова оболонка має велику кількість складок. Ці багаточисельні складки настільки зближуються одна до одної, що майже повністю заповнюють просвіт стравоходу, надаючи йому на поперечних зрізах зірчастий вигляд.

Починається стравохід на рівні VI-VII шийних хребців, розташовується попереду хребта та позаду трахеї і складається з трьох

відділів: шийного, грудного та черевного. Стравохід на початку відхиляється вліво від серединної лінії і тільки в середній частині грудного відділу відтісняється аортою праворуч. В грудній клітині стравохід межує з багатьма життєво важливими органами: на рівні IV-V грудних хребців прилежить до задньої стінки трахеї, нижче до навколосерцевої сумки, де вона покриває задню поверхню серця. В черевній порожнині стравохід межує з заднім краєм лівої долі печінки. Задня стінка стравоходу до рівня IX грудного хребця відділена від хребта пухкою клітковиною, завдяки їй стравохід є гнучким і легко зміщується, що має велике значення при езофагоскопії. Передхребетна клітковина, що являє собою продовження позаглоткової клітковини, може бути шляхом розповсюдження запального процесу з заглоткової ділянки на заднє межистіння. Нижче IX грудного хребця задня стінка стравоходу прилягає до грудної аорти. З боків до нього прилягають плевральні листки.

Стравохід має три фізіологічних звуження. Перше розташовується в початковій частині, на відстані 15-16 см від краю верхніх різців (вхід в стравохід); друге – на рівні IV грудного хребця, на місці ділення трахеї на два головних бронхи (24-26 см від краю верхніх різців); третє – в місці проходу стравоходу через діафрагму (38-40 см від верхніх різців). Саме в цих звуженнях застряють сторонні тіла.

Сторонні тіла потрапляють у стравохід найчастіше випадково під час їжі. Причинами попадання сторонніх тіл до стравоходу є зубощелепна патологія (відсутність зубів, зубні протези, що закривають тверде піднебіння), ковтання недостатньо пережованої їжі, зниження рефлексів слизової оболонки глотки при алкогольному сп'янінні, необережність під час їжі, шкідлива звичка тримати в роті різні предмети, патологічні зміни стінок стравоходу (рубцеві звуження, розширення вен).

Клінічна картина при сторонніх тілах стравоходу надзвичайно різноманітна і визначається характером, розмірами, формою стороннього тіла, його локалізацією та термінами перебування у стравоході.

Хворі скаржаться на біль у нижньому відділі глотки або у стравоході як під час ковтання, так і в стані спокою, збільшення саливації, утруднене проходження їжі або повну її зупинку. Характерна іррадіація болі в спину. Повна непрохідність спостерігається при харчових завалах, в основному при рубцевих звуженнях стравоходу.

Загальний стан хворого при неускладненому сторонньому тілі стравоходу, як правило, не порушений. При пальпації шиї нерідко визначається болісність по ходу трахеостравохідної борозни, частіше зліва. При ускладненнях виявляються болючі місця, інфільтрат, підшкірна емфізема на шиї.

Потім обов'язково проводять фарингоскопію та дзеркальну ларингоскопію, оскільки можливі сторонні тіла гортаноглотки, які симулюють стороннє тіло стравоходу. У 30% хворих визначається симптом Джексона – скупчення слини у грушоподібному синусі з ураженого боку. Цей симптом може бути позитивним і при травмі слизової оболонки стравоходу.

Рентгенологічне дослідження починають з бічної безконтрастної рентгенографії шийного відділу стравоходу за методикою Г.М.Земцова .

На цих рентгенограмах вдається побачити не тільки тінь дрібних сторонніх тіл, розташованих в шийному відділі стравоходу, але й реакцію тканин на стороннє тіло у вигляді набряку слизової оболонки, потовщення параезофагальної клітковини, наявності повітря в м'яких тканинах шиї. Якщо безконтрастне дослідження виявляється малоінформативним проводять контрастну рентгеноскопію та рентгенографію стравоходу.

Основним методом прямого дослідження стравоходу, під час якого видалається стороннє тіло, є езофагоскопія. Для цього використовують езофагоскопи з жорсткими трубками. Езофагоскопію проводять як під місцевим, так і під загальним знеболенням.

У разі сумнівного діагнозу стороннього тіла стравоходу з діагностичною метою слід використати фіброезофагоскопію, при якій можливо також видалення невеликих сторонніх тіл.

При неускладненій езофагоскопії хворому рекомендують ощадливу дієту. В разі необхідності призначають протизапальне лікування.

До ускладнень при сторонніх тілах відносять проникаючі та непроникаючі травми стравоходу. Проникаюча травма стравоходу це його перфорація, яка можлива безпосередньо самим стороннім тілом або інструментами.

Клініка перфорації характеризується сильним болем в ділянці шиї та за грудиною, утворенням підшкірної емфіземи шиї та надключичних ділянок, підвищенням температури тіла, рентгенологічним розширенням позатрахеального простору з наявністю повітря у навколостравохідній клітковині. Проникаюче поранення стінки стравоходу супроводжується розповсюдженням вмісту стравоходу в оточуючу стравохід клітковину, що веде до швидкого розвитку нагноєння. Гнійне запалення розповсюджується на межистіння, що призводить до виникнення медіастиніту.

При невеликих перфораціях в шийному відділі стравоходу та відсутності симптомів медіастеніту від термінового хірургічного втручання можна утриматись. Таким хворим призначається парентеральне харчування та протизапальна терапія. За умови наростання симптомів показане оперативне лікування, виконується шийна медіастенотомія.

За наявності перфорації нижніх відділів стравоходу та симптомів медіастеніту хворих потрібно направляти в торакальне відділення для проведення екстреної медіастинотомії.

II. Семінар.

1. Тема семінару. *Невідкладні стани в оториноларингології. (Гострі стенози гортані, невідкладна допомога, техніка виконання коніко– та трахеотомії).*

2. Актуальність теми.

Стенози гортані - це патологічні стани, які потребують надання невідкладної медичної допомоги. Гострий ларинготрахеїт у дитячому віці трапляється часто та має тяжкий перебіг. Причиною гострого стенозу гортані у дітей віком до 3 років у 99 % спостережень є гострий ларинготрахеїт, що розвивається внаслідок ГРВІ. Прогноз при цій хворобі завжди серйозний і нерідко потребує невідкладного інтенсивного втручання. Конікотомія і трахеостомія - це операції, які рятують життя хворого. В екстремальних ситуаціях їх повинен уміти виконати лікар будь-якого фаху, не говорячи вже про лікаря-спеціаліста з медицини невідкладних станів і лікаря загальної практики - сімейної медицини.

3. Мета семінару .

Навчитися діагностувати стеноз гортані, в тому числі у дітей з гострими ларинготрахеїтом, проводити диференційну діагностику, надавати ургентну допомогу таким хворим, мати уявлення про проведення конікотомії і трахеостомії, інтубації гортані.

4. Інтерн повинен знати.

1. Клінічну анатомію гортані, трахеї, бронхів і стравоходу, а також їх взаємозв'язки.
2. Фізіологію гортані, трахеї, бронхів, стравоходу.
3. Вікові особливості будови цих органів.
4. Методи дослідження цих органів.

5. Інтерн повинен уміти

- 1) Виконати обстеження - гортані (зовнішній огляд, пальпація гортані та регіонарних лімфатичних вузлів, непряма ларингоскопія), оцінити стан слизової оболонки гортані (наявність або відсутність гіперемії, інфільтрації, набряку , достатність голосової щілини для дихання, рухомість структур гортані).
- 2) доглядати за трахеоканюлею.

3) призначати інтенсивну терапію гострого ларинготрахеїту у дітей

6. Структура семінару.

1. Висвітлення головних проблемних питань семінару- 40 хвилин.
2. Виявлення розуміння інтернами головних положень теми – 20 хвилин.
3. Корекція викладачем розуміння інтернами головних питань теми – 10 хвилин.
4. Вирішення інтернами ситуаційних питань за темою семінару – 20 хвилин.
5. Написання інтернами рефератів з окремих питань семінару – самостійна домашня робота.

7. Перелік головних питань за темою семінару.

1. визначення поняття "стеноз гортані", класифікація, причини гострих і хронічних стенозів гортані.
2. стеноз гортані: клініка, стадії перебігу, лікарська тактика при різних видах і на різних стадіях стенозу гортані.
3. визначення поняття: "трахеотомія", "трахеостомія", "конікотомія".
4. показання до трахеотомії.
5. варіанти трахеотомії.
6. техніка трахеотомії.
7. ускладнення трахеотомії.
8. інтубація гортані.
9. етіологія гострого ларинготрахеїту в дітей.
10. патогенез гострого ларинготрахеїту у дітей: фактори, що спричиняють стеноз гортані
11. клініка гострого ларинготрахеїту у дітей.
12. диференціальний діагноз гострого ларинготрахеїту у дітей.
13. лікування гострого ларинготрахеїту у дітей зі стенозом гортані в стадії неповної компенсації дихання.
14. інтенсивна терапія гострого ларинготрахеїту у дітей: лікування інгаляціями під тентом, подовжена інтубація, трахеотомія.

9. Основні теоритичні положення за темою семінара.

СТЕНОЗ ГОРТАНІ

Стеноз гортані - це звуження прозору гортані, яке призводить до порушення дихання через неї. Стеноз гортані також не є самостійною нозологічною одиницею. Цей патологічний стан може бути проявом різних захворювань гортані.

Стеноз гортані поділяється на гострий і хронічний. Ці поняття визначаються часом, протягом якого стеноз розвинувся. Гострий стеноз розвивається протягом декількох секунд, хвилин, годин, днів. Попадання стороннього тіла в прозир гортані викликає стеноз гортані миттєво. Хронічний стеноз гортані розвивається протягом декількох тижнів, місяців, років.

Причини гострого стенозу гортані.

1. набряк.
2. Травма.
3. Сторонні тіла гортані і великі сторонні тіла входу у стравохід.
4. Гострий ларинготрахеїт у дітей.
5. Дифтерія гортані.
6. Ларингоспазм.

Причини хронічного стенозу гортані.

1. Пухлини та кісти гортані.
2. Інфекційні гранульоми - гумозний сифіліс гортані, туберкульоз гортані, склерома.
3. Рубцеві зміни, внаслідок перенесеного хондроперихондриту гортані, опіків, травматичних пошкоджень, вогнепальних поранень, тривалої інтубації при ШВЛ або подовженої інтубації у дітей у зв'язку з гострим ларинготрахеїтом; інколи, після трахеостомії, особливо у дітей молодшого віку.

4. Вроджена патологія гортані - мембрани та інше.

5. Двобічний параліч зворотніх нервів. Такий параліч може бути результатом перенесеної ГРВІ; інтраопераційної травми при струмектомії, коли пересікаються обидва зворотніх нерва; патологічного процесу у межистінні - злоякісна пухлина, збільшені лімфатичні вузли при лімфогранульоматозі, що стискають обидва зворотніх нерви. Такий хронічний стеноз гортані називають серединним, оскільки голосові складки при вдосі не розходяться, а займають положення близьке до середньої лінії.

Незалежно від причини, що викликала стеноз гортані, клінічна його картина однотипна, на перше місце у ній виступає інспіраторна задишка (ядуха), клінічним проявом якої є збільшення тривалості вдиху. Цей симптом є найважливішим при проведенні диференційної діагностики із бронхіальною астмою, для якої характерною є експіраторна задишка, тобто утруднення видиху.

Залежно від вираженості стенозу виділяють 4 стадії клінічного перебігу стенозу гортані. Визначення клінічної стадії стенозу гортані виключно важливе, тому що від цього залежить лікувальна тактика лікаря.

1 стадія. Стадія компенсованого дихання або компенсації.

2 стадія. Стадія неповної компенсації дихання або субкомпенсації.

3 стадія. Стадія декомпенсації дихання або декомпенсована.

4 стадія. Стадія асфіксії або термінальна.

В залежності від перебігу захворювань гортані тривалість стадій буде змінюватися. Так, вони найбільш чітко простежується при захворюваннях, що супроводжуються розвитком хронічного стенозу гортані. В той час як при гострому стенозі (аспірація великого стороннього тіла) може бути тільки 3 або 4 стадії.

Розглянемо клінічну характеристику стадій стенозу гортані.

У першій стадії - стадії компенсації - дихання стає більш рідким та глибоким, скорочуються або випадають паузи між вдихом і видихом,

зменшується кількість пульсових ударів, інспіраторна задишка з'являється тільки при фізичному навантаженні.

У другій стадії - стадії неповної компенсації, при цьому потрібне вже виражене зусилля для вдиху, дихання стає шумним, його чути на відстані. Частота дихань збільшується, пульс частішає. В акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура грудної клітки, що приводить до утягнення над-, підключичних та яремних ямок, міжреберних проміжків, епігастрія. Шкірні покриви бліді. Хворий поводить себе неспокійно, метушиться.

У третій стадії - стадії декомпенсації - стан хворого дуже важкий. Дихання - часте і поверхневе. Хворий займає вимушене напівсидяче положення з відкинутою назад головою, гортань здійснює максимальні екскурсії вниз при вдиху і вгору при видиху. Шкірні покриви стають блідосинюшного кольору. Спочатку може бути акроціаноз, який потім переходить в розлитий ціаноз, з'являється пітливість. Частота пульсу збільшується, наповнення його слабе, особливо при вдосі.

У четвертій стадії - термінальній - хворий швидко стомлюється, байдужіє, дихання поверхневе, переривчасте, зінниці розширенні, пульс частий, нитковидний, шкіра блідо-сірого кольору. Потім хворий втрачає свідомість, можливе мимовільне виділення сечі, дефекація і смерть.

Схема надання першої допомоги при стенозі гортані.

1. Внутрішньовенно такому хворому потрібно ввести:

Sol. Glucosae	40% - 20,0;
Sol. Calcii chloridi	10% - 10,0;
Sol. Acidi ascorbinici	5% - 5,0;
Sol. Euphyllini	2,4% - 5,0-10,0;
Sol. Prednisoloni	60-90 мг.

Гіпертонічний розчин глюкози, хлориду кальцію та аскорбінової кислоти мають дегідратуючу дію. Два останніх препарати відносяться також до гіпосенсибілізуючих препаратів, які зменшують проникність судинної

стілки. Еуфілін має спазмолітичну дію. Крім того еуфілін є слабким сечогінним засобом, що також буде сприяти зменшенню набряку. Кортикостероїди на сьогоднішній день є найбільш активними протинабряковими засобами.

2. Дом'язево вводять:

Sol. Dimedroli 1% 2,0;

Sol. Pipolpheni 2,5% 2,0, або інший антигістамінний препарат.

3. Проводять відволікаючі процедури: гарячі ванни для ніг, гірчичники на грудну клітку та литкові м'язи. Механізм дії відволікаючих процедур полягає у розширенні периферичних судин, збільшенні їх наповнення. Перерозподіл крові призводить до зменшення кровонаповнення судин гортані, що спричинює зменшення її набряку. Відволікаючі процедури не потрібно проводити при наявності гіпертермії та серцево-судинної недостатності, тому що у цьому випадку вони можуть погіршити стан хворого.

4. Інгаляції зволоженним киснем. Кисень для зволоження пропускається через апарат Боброва або подібні пристрої. Це необхідно робити тому, що кисень висушує слизову оболонку дихальних шляхів і може збільшити дихальну недостатність.

5. У випадку запального набряку гортані необхідно провести розтин абсцесу в гортані або суміжних з нею органах.

При 3 і 4 стадіях стенозу завжди використовується штучне відновлення прохідності дихальних шляхів. Таких методів існує тільки два: інтубація і трахеостомія.

6. Інтубація.

7. Трахеостомія.

Інтубація гортані, трахеотомія, трахеостомія, конікотомія

Інтубація гортані та операції горлосічення (трахеотомія, трахеотомія, конікотомія) є заходами, що спрямовані на усунення порушення прохідності верхнього відділу дихальних шляхів.

Інтубація гортані полягає у введенні спеціальної трубки у гортань з метою поновлення її прохідності.

Інтубація буває двох видів: звичайними трубками для ендотрахеального наркоза (через них можливе проведення штучної вентиляції легень) і термопластичними трубками, які при температурі тіла стають м'якими і при тривалому знаходженні в прозорі гортані не викликають пролежнів. Останній вид інтубації називається подовженим. Він був запропонований для надання допомоги дітям, що хворіють на гострий ларинготрахеїт, і склав деяку конкуренцію трахеостомії.

Під подовженою інтубацією розуміють введення трубки на тривалий (від 2-3 до 7-10 днів) час. Але подовжена інтубація не витіснила трахеостомії. При наданні допомоги дітям хворим на гострий ларинготрахеїт ці методи мають різні можливості корекції зовнішнього дихання. Починати відновлення прозору дихальних шляхів слід із подовженої інтубації, а при відсутності ефекту виконувати трахеостомію.

Трахеостомія - це операція, що має на меті утворення тимчасового або стійкого співустя порожнини трахеї з навколишнім середовищем. Трахеостомія залишає перешкоди для проходження повітря в трахею вище трахеостоми. Під терміном "трахеотомія" потрібно розуміти розсічення кілець трахеї, тобто етап трахеостомії.

Показання до трахеостомії можна звести у три групи.

1 група. Для усунення причини, що призводить до непрохідності верхнього відділу дихального тракту (стороннє тіло, параліч та спазм голосових складок, набряк, пухлини, інфекційні гранульоми та ін.).

2 група. Для туалету нижніх дихальних шляхів.

3 група. З метою проведення тривалої штучної вентиляції легень.

Класично виділяють верхню, середню та нижню трахеотомію, в залежності від рівня розтину кілець трахеї по відношенню до перешийка щитовидної залози: вище перешийка - верхня; нижче - нижня; середня - розсікаються кільця, що відповідають перешийку щитовидної залози, після пересічення перешийка.

У зв'язку з тим, що у дітей гортань розташована вище (III-IV шийні хребці), ніж у дорослих (IV-VII шийні хребці), більш доступними у них є нижні кільця трахеї. Тому частіше у дітей виконується нижня трахеотомія, а у дорослих - верхня. Середню трахеостомію виконують, якщо неможливо провести верхню або нижню трахеостомію. Така ситуація може виникнути при несприятливому для трахеостомії анатомічному варіанті будови органів шиї, особливо у гіперстеніків, або при пухлині щитовидної залози.

Техніка трахеостомії. Хворий під час трахеостомії лежить на спині, під плечі підкладається валик, голова закинута назад. Таке розташування хворого дозволяє максимально наблизити гортань і трахею до передньої поверхні шиї, що значно полегшує проведення хірургічного втручання на них.

Операцію можна провести під місцевою анестезією і під наркозом. Але при можливості операцію потрібно проводити під інтубаційним наркозом. Попередня інтубація трахеї технічно значно полегшує проведення операції, наближує умови її проведення до умов планової операції. В екстремальних умовах оперують без анестезії.

Розпізнавальними пунктами при операції є: верхній кут щитовидного і дуга персневого хрящів. Розріз шкіри, підшкірної клітковини і поверхневої фасції проводиться від нижнього краю щитовидного хрящу до яремної ямки, чітко по середній лінії шиї. Серединну вену шиї зміщують в бік або перев'язують і перерізають, знаходять білу лінію, по ній тупим шляхом розділяють поверхневі м'язи гортані та оголюють перешийок щитовидної залози. При виконанні верхньої трахеостомії відшукують нижній край щитовидного хряща і поперечним розрізом надсікають фасцію, яка

прикріплює капсулу щитовидної залози до персневого хряща. Тупим шляхом відсепаровують перешийок щитовидної залози і відтягують його донизу. При нижній трахеостомії перешийок щитовидної залози відтягують доверху. Оголивши кільця трахеї вище або нижче перешийку їх вскривають повздовжним розрізом. Перед вскриттям трахеї, якщо операція проводиться під місцевою анестезією, шприцом через проміжок між кільцями вводять у просвіт трахеї 0,25—0,5 мл розчину дікаїну (1—2%) для пригнічення кашльового рефлексу. Для полегшення введення трахеоканюлі у просвіт трахеї, краї розрізу розводять розширювачем Труссо або носовим дзеркалом Кіліана, після чого у прозір трахеї вводять трахеоканюлю.

Трахеостомія може давати ускладнення, серед яких: кровотеча під час операції, емфізема підшкірної клітковини, пневмоторакс, пневмомедіастинум, зупинка дихання після розтину прозору трахеї, пізня ерозивна кровотеча, поранення стравоходу, розвиток гнійного трахеобронхіту в післяопераційному періоді.

В екстрених випадках, коли не має часу та умов для проведення трахеостомії, проводиться конікотомія або крікоконікотомія, тобто розсікається конічна зв'язка або одночасно з нею й дуга персневого хряща. Якщо провести пальцем по середній лінії шиї від підборіддя до низу, палець обов'язково потрапить у заглиблення між щитовидним і персневим хрящем. Це й буде конічна зв'язка. Після пальпаторного визначення конічної зв'язку, її розсікають через усі шари м'яких тканин передньої поверхні шиї.

Ця операція може призвести до перихондриту гортані, тому далі проводиться типова трахеостомія і трахеоканюля переставляється у прозір трахеї.

Конікотомія хоча й переслідує мету, що аналогічна трахеостомії, але не може називатися різновидом останньої, тому що проводиться у межах гортані, а не на трахеї. Трахеостомія, конікотомія та крікоконікотомія об'єднані в одну групу операцій горлосічення.

Гострий стенозуючий ларинготрахеобронхіт у дітей

Гострий стенозуючий ларинготрахеобронхіт є поширеним захворюванням у дітей, що розвивається як прояв гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), супроводжується обструкцією гортані, трахеї та бронхів, у зв'язку з чим є небезпечним для життя дитини. У випадках, коли запальний процес уражує тільки гортань та трахею, використовують термін "гострий стенозуючий ларинготрахеїт". Зараз для позначення цього патологічного процесу, який є синдромом ГРВІ, використовують термін гострий ларинготрахеїт і обов'язково вказують у діагнозі стадію стенозу гортані. 99% спостережень гострого стенозу гортані у дітей молодшого віку припадає на гострий стенозуючий ларинготрахеїт.

Гострий стенозуючий ларинготрахеїт має подвійну природу:

- 1) як клінічний прояв безпосередньо вірусної інфекції;
- 2) як ускладнення ГРВІ, що викликане вторинною бактеріальною мікрофлорою.

Первинним фактором у виникненні захворювання завжди виступають респіраторні віруси, а приєднання бактеріальної флори у більшості випадків змінює перебіг захворювання, визначає його наслідки.

ГРВІ лише у частини дітей реалізується у вигляді гострого стенозуючого ларинготрахеобронхіту.

Існують "фактори ризику", які значно підвищують вірогідність розвитку цього синдрому при ГРВІ:

- 1) вік від 6 місяців до двох років;
- 2) чоловіча стать;
- 3) ексудативно-катаральний або тимико-лімфатичний діатез;
- 4) попередня алергізація;
- 5) обтяжений акушерський анамнез та несприятливий перебіг періоду новонародженості;
- 6) профілактичні щеплення, що співпали із захворюванням ГРВІ.

Гострий стенозуючий ларинготрахеїт розвивається у дітей раннього віку, здебільше від 6 місяців до 3 років. До 4 місяців це захворювання практично не виникає, у віковій групі від 4 до 6 місяців відомі поодинокі випадки, найбільш висока захворюваність припадає на друге півріччя життя. Дуже високою є захворюваність протягом другого року життя. Хлопчики хворіють майже у трічі частіше за дівчат. Ці факти є свідченням особливостей реактивності дітей цього віку, а також свідчать, що вузькість голосової щілини у дітей не має вирішального значення у розвитку стенозу гортані.

Клініка. Для гострого стенозуючого ларинготрахеобронхиту характерними є три ведучих симптоми:

- 1) зміна голосу;
- 2) грубий, "лаючий" кашель;
- 3) стенотичне дихання.

Зміна голосу залежить від того наскільки залучені у запальний процес голосові складки, однак афонія не характерна для цього захворювання. Грубий, "лаючий" кашель пов'язаний із тим, що повітря під час кашлю проходить крізь звужену голосову щілину, при ізольованому набряку підскладкового простору виникає дзвінкий "лаючий" кашель. Стенотичне дихання обумовлено набряком та інфільтрацією слизової оболонки гортані та трахеї, перш за все підскладкового простору, спазмом м'язів гортані, трахеї та бронхів, гіперсекрецією залоз слизової оболонки трахеї, утворенням слизово-гнійних кірок.

Гострий ларинготрахеобронхіт може виникнути вперше або повторно (первинний та рецидивуючий). Захворювання може розвиватись за одним з таких клінічних варіантів.

1-й варіант — захворювання починається раптово, частіш за все вночі, під час сну із приступами стенотичного дихання на фоні повного здоров'я, інші ознаки ГРВІ відсутні.

2-й варіант — стеноз гортані виникає раптово, але на фоні наявних інших ознак ГРВІ (нездужання, кашель, нежить, підвищення температури тіла).

3-й варіант — явища гострого ларинготрахеобронхіту поступово наростають на фоні ГРВІ.

При 1-ому варіанті стан дитини залежить від ступеню вираженості стенозу гортані. Для 2-го та 3-го варіантів характерним є те, що важкість загального стану дитини визначається не лише ступенем вираженості стенозу гортані, але й ступенем токсикозу, що супроводжує ГРВІ (особливо при грипі), та пневмонією, що часто виникає у дітей молодшого віку у ранні строки вірусного захворювання.

Перебіг гострого ларинготрахеобронхіта має два види: безперервний перебіг — симптоми захворювання наростають до певної межі, а потім стан дитини поступово нормалізується; хвильоподібний перебіг — періоди покращення та погіршення стану змінюють одне одне.

У 1976 році І Всесоюзною конференцією з дитячої оториноларингології була прийнята клінічна класифікація гострого ларинготрахеїта, розроблена професором Ю.В.Мітіним.

Клінічна класифікація гострого ларинготрахеїта у дітей, розроблена професором Ю.В.Мітіним

I. Вид гострої респираторної вірусної інфекції:

- 1) грип, парагрип, аденовірусна інфекція, респираторно-синтиціальна інфекція;
- 2) ГРВІ — встановлюється, якщо неможливо провести клінічну розшифровку або відсутня експрес діагностика.

II. Форма та клінічний варіант:

Первинна форма. Рецидивуюча форма.

1-й варіант -раптовий початок за відсутності інших симптомів ГРВІ.

2-й варіант - раптовий початок на фоні ГРВІ.

3-й варіант - поступове наростання симптомів на фоні ГРВІ.

III. Перебіг: 1) безперервний; 2) хвильоподібний.

IV. Стадія стеноза гортані:

- 1) компенсована;
- 2) неповної компенсації;
- 3) декомпенсована;
- 4) термінальна.

Встановити заключний діагноз, а також провести диференційну діагностику допомагає пряма ларингоскопія. Типовою є така ларингоскопічна картина: гіперемія та інфільтрація слизової оболонки гортані, прозір гортані звужений за рахунок набряково-інфільтративних "валиків" яскраво-червоного кольору у підскладковому просторі. Гортань має вигляд триповерхової: вестибулярні складки, голосові складки та валики у підскладковім просторі. У трахеї знаходиться густий гнійний вміст, який при прямій ларингоскопії дитина у більшості випадків відкашлює.

Диференційний діагноз гострого ларинготрахеїта у дітей слід проводити із наступними захворюваннями: дифтерія гортані, стороннє тіло гортані, заглотковий абсцес, бронхіальна астма, стеноз гортані при кору, скарлатині, захворюваннях нирок.

У хворих на гострий стенозуючий ларинготрахеобронхіт часто виникають ускладнення, у більшості випадків — пневмонії. Можливе також виникнення отитів, стоматитів, анемії, парентеральної диспепсії, пієлонефриту.

У наш час організація відділень для хворих на гострий стенозуючий ларинготрахеобронхіт іде у двох напрямках: при дитячих інфекційних лікарнях і при дитячих соматичних багатопрофільних лікарнях. Перевагою організації такого відділення на базі багатопрофільної лікарні є наявність умов для об'єднання зусиль оториноларингологів, педіатрів та реаніматологів, без чого неможлива повноцінна допомога таким дітям.

Лікування. До обов'язкових лікувальних заходів входить призначення інтерферона, протигрипозного гамаглобуліну, антибіотиків.

Надаючи допомогу хворим, в яких гострий стенозуючий ларинготрахеобронхіт супроводжується стенозом гортані у стадії неповної компенсації, впроваджують такі заходи:

1. Внутрішньовенно вводять: Sol. Glucosae 20% 10-20 мл; Sol. Calcii chloridi 10% за розрахунком 1 мл на рік життя; Sol. acidi ascorbinici 5% за розрахунком 1 мл на рік життя; Sol. Euphyllini 2,4% за розрахунком 0,2 мл на 1 кг маси; Sol. Prednisoloni 2-3 мг на 1 кг маси.

2. Дом'язево вводять Sol. Dimedroli 1% 0,2 – 3 мл (або інший антигістаминний засіб).

3. Ефективними є відволікаючі процедури (гарячі ніжні ванни, гірчичники на грудну клітку) та інгаляції. У склад сумішей для інгаляцій вводять антигістамінні, спазмолітичні препарати та протеолітичні ферменти.

При переході стеноза гортані з стадії неповної компенсації у стадію декомпенсації дитину слід помістити під тент з поліетиленової плівки або у кисневий намет, який перетворюється на головний тент. Принцип цього метода полягає в створенні у обмеженім об'ємі для дихання повітрям мікроклімата із високою вологістю, підвищеною концентрацією кисню та різних лікарських речовин. Це лікування проводиться на фоні корекції основних показників гомеостаза — інфузійної терапії, кортикостероїдних гормонів, боротьби з ацидозом, усуненням дефіциту калію, введення нейролептичних та седативних препаратів, протеолітичних ферментів та серцевих глікозидів.

Хворі на ларинготрахеобронхіт, в яких розвивається декомпенсований стеноз гортані, становлять 2,8% від кількості дітей, госпіталізованих у ларингітне відділення. Слід виділити два етапи інтенсивної терапії хворих при декомпенсованому стенозі гортані:

- 1) подовжена інтубація;
- 2) трахеостомія.

Профілактика гострого ларинготрахеобронхіту складається з уважного ставлення до гігієнічного режиму дітей, загартовування, диспансерного

нагляду за дітьми, що часто хворіють на ГРВІ, санації хронічних вогнищ інфекції.

11. Ситуаційні задачі для підсумкового контролю знань інтернів.

Задача 1

До оториноларинголога хворий зі скаргами на утруднене носове дихання. Під час опитування виявлено, що 2 дні тому була травма носа. Температура тіла 36,8 °С. Під час передньої риноскопії в порожнині носа визначається пухлиноподібне випинання переднього відділу носової перегородки червоного кольору з синюшним відтінком, м'якої консистенції, безболісне. Лікар провів пункцію даного утворення і видалив 2 мл кров'янисто-серозної рідини. З боку інших ЛОР-органів патологічних змін не виявлено.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) надати невідкладну допомогу.

Задача 2

Хвора дитина, 7 років, доставлена до ЛОР-клініки зі скаргами на кашель, утруднене дихання. З анамнезу виявлено, що дитина їла горіх і несподівано закашляла, з'явилося утруднене дихання. Батьки викликали машину швидкої допомоги, яка доставила дитину в клініку. Під час огляду черговим лікарем виявлено: періодичний кашель, утруднений видих, відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. Аускультативно визначається послаблене дихання справа, перкуторно — тимпаніт, рентгенологічно — зміщення органів середостіння вліво.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані, які підтверджують попередній діагноз;
- в) вирішити, чи показана хворому бронхоскопія;

г) визначити раціональну лікувальну тактику.

Задача 3

До чергового ЛОР-відділення доставлено хворого, 46 років, зі скаргами на повну непрохідність їжі та рідини по стравоходу. Зі слів хворого: у віці 20 років переніс опік стравоходу, лікувався стаціонарно, проводилося бужування, за умови дотримання режиму харчування стравохід був прохідний для рідкої їжі. У день, коли сталася повна непрохідність стравоходу, їв м'ясо.

Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) вказати патогномонічні симптоми;
- в) визначити дослідження, які треба провести для підтвердження діагнозу;
- г) визначити план лікування.

Задача 4

До ЛОР-відділення районної лікарні надійшов хворий зі скаргами на головний біль, підвищення температури тіла, утруднене носове дихання. З анамнезу встановлено, що 5 днів тому хворий переніс травму носа. За медичною допомогою не звертався. Об'єктивно: температура тіла 38,3 °С. Під час огляду: тканини зовнішнього носа набряклі, червоного кольору, пальпаторно безболісні. Передня риноскопія: з двох боків перегородка носа визначається у вигляді випинання синюшно-червоного кольору, м'якої консистенції. Лікар зробив розтин пухлиноподібного утворення справа, отримав 3 мл гною, потім у порожнину гнояка вставив турунду, змочену гіпертонічним розчином натрію хлориду і госпіталізував хворого. Призначено антибіотики.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дослідження, які треба провести для підтвердження діагнозу;
- в) скласти план лікування.

Задача 5

До ЛОР-клініки доставлений хворий, 60 років, зі скаргами на біль за грудниною, непрохідність їжі, блювання після вживання їжі. З анамнезу відомо, що хворий їв курячі м'ясо. Черговий оториноларинголог визначив підшкірну емфізему справа в ділянці шиї. Під час непрямой піпофарингоскопії в нижній частині глотки виявляється велика кількість слини. Завдання:

- а) визначити попередній діагноз;
- б) вказати, яке ускладнення виникло у хворого;
- в) вказати додаткові методи обстеження для підтвердження попереднього діагнозу;
- г) визначити тактику чергового оториноларинголога;
- д) скласти план лікування.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Задача 1

- а) гематома перегородки носа;
- б) під час опитування виявлено, що 2 дні тому була травма носа, температура тіла 36,8 °С, під час передньої риноскопії в порожнині носа визначається пухлиноподібне випинання слизової оболонки переднього відділу носової перегородки червоного кольору з синюшним відтінком, м'якої консистенції, безболісне;
- в) лікування можна обмежити відсмоктуванням крові під час пункції та передньою тампонадою носової порожнини.

Задача 2

- а) стороннє тіло правого бронха, клапанний тип закупорки бронха;
- б) з анамнезу виявлено, що дитина їла горіхи і несподівано закашлялась, з'явилось утруднене дихання; об'єктивно: аускультативно виявлено

послаблене дихання справа, перкуторно - тимпаніт, рентгенологічно - зміщення органів середостіння вліво;

в) хворому показана бронхоскопія;

г) видалення стороннього тіла бронха за допомогою дихального бронхоскопа.

Задача 3

а) стороннє тіло стравоходу — рубцеве звуження стравоходу, м'ясний завал;

б) 20 років тому переніс опік стравоходу, лікувався, проводилося бужування, стравохід був прохідний для рідкої їжі, під час вживання м'яса сталася повна його непрохідність;

в) контрастна рентгенографія стравоходу;

г) показана езофагоскопія.

Задача 4

а) абсцес перегородки носа;

б) діагностична пункція;

в) лікування абсцесу носової перегородки — хірургічне; його розкривають з обох боків, але в несиметричних місцях, промивають розчином антисептика, вводять марлеві турунди з гіпертонічним розчином натрію хлориду, обидві половини носа тампонуєть, призначають протизапальну терапію.

Задача 5

а) стороннє тіло стравоходу;

б) перфорація шийного відділу стравоходу;

в) бокова безконтрастна рентгенографія стравоходу за методом Земцова, контрастна рентгенографія стравоходу з водорозчинним контрастом;

г) видалити стороннє тіло, призначити протизапальну терапію, голод, динамічне спостереження протягом 2 діб;

д) у разі наростання ознак періезофагіту, медіастиніту необхідне оперативне лікування — шийна медіастинотомія.

Література.

1. Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. — К.: Здоров'я, 1999. — С. 21—55.
2. Мітін Ю.В. Оториноларингологія (лекції). К.: Фарм Арт, 2000. — С. 4—9.
3. Тестові завдання для контролю знань студентів з оториноларингології за редакцією Ю.В.Мітіна. - К., 1996. — С. 9—25.
4. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. — М.: Литера, 1997. — С. 56—92.
5. Мітін Ю.В. монографія «Гострий ларинготрахеїт у дітей»

ДЕНЬ ШОСТИЙ

I. Практичне заняття

1. Тема. *Невідкладні стани в оториноларингології.* (Носова кровотеча. Невідкладна та перша лікарська допомога. Техніка передньої тампонади носа. Методи діагностики та надання ургентної допомоги)

Тривалість - 2 академічні години.

2. Актуальність теми. Кровотеча із ЛОР-органів,— часта патологія в практиці лікарів загальної практики та медицини невідкладних станів. Знання клініки, діагностики та принципів лікування і профілактики цієї патології допоможе в практичній роботі лікаря для вибору правильної терапії хворих.

3. Мета заняття.

Навчитися встановлювати попередній діагноз в разі кровотеч із ЛОР-органів, визначати раціональну тактику лікування хворих.

4. Інтерн повинен знати.

1. Механізми і види травм і кровотеч із ЛОР-органів.
2. Клініку та діагностику цих захворювань.
3. Принципи лікування та надання невідкладної допомоги при них.

5. Інтерн повинен уміти.

1. Серед скарг та даних анамнезу хворого вибрати симптоми, що дозволяють запідозрити наявність кровотечі.
2. Виконати обстеження носа
3. Зробити передню та задню тампонаду носа.
4. Накласти пращеподібну пов'язку на ніс.

6. Інтерн повинен мати уявлення: про ендоскопічні методи зупинки носових кровотеч.

7. Оснащення заняття

1. Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів.
2. Інструменти для передньої та задньої тампонади носа.
3. Схеми, таблиці, слайди, муляжі.
4. Питання для самопідготовки та опитування.
5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

8. Головні питання по темі заняття для визначення рівня знань та плану самопідготовки інтернів.

1. носова кровотеча, місцеві та загальні причини носових кровотеч.
2. відділи порожнини носа, з яких найчастіше спостерігаються носові кровотечі.
3. місцеві способи зупинки носових кровотеч.
4. загальні заходи допомоги хворому з носовими кровотечами.

9. Структура практичного заняття.

- 1) Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою - 5 хвилин.
- 2) Розкриття головних теоретичних положень теми - 15 хвилин.
- 3) Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 20 хвилин.
- 4) Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми -5 хвилин.

10. Перелік практичних навичок, необхідних для опанування теми.

1. Передня тампонада носа (уявлення).
2. Задня тампонада носа (уявлення).
3. Уміти оцінити бокову рентгенограму кісок носа.
4. Уміти оцінити фронтальну рентгенограму при носових пазух.
5. Уміти оцінити КТ та МРТ ЛОР – органів.

11. Основні теоретичні походження за темою практичного заняття.

Носова кровотеча

Носова кровотеча виникає внаслідок місцевих (травми, доброякісні та злоякісні новоутворення носової порожнини, атрофічний риніт, виразки сифілітичної, туберкульозної чи іншої природи) або загальних (захворювання серцево-судинної системи та крові, інфекційні захворювання, гіпо- або авітаміноз, фізичне перенавантаження, тощо) причин.

Найчастішим місцем геморагії є передньонижній відділ носової перегородки – кіссельбахова зона, рідше – передні та задні решітчасті артерії, крилоподібно-піднебінна артерія, задня артерія носової перегородки, вени, які супроводжують перераховані артерії, а також кавернозні венозні тіла нижніх та середніх носових раковин.

Визначити причину носової кровотечі інколи буває дуже складно. Варто пам'ятати що витікання крові з носа може спостерігатись внаслідок легеневих, стравохідних, шлункових та посттравматичних внутрішньочерепних кровотеч. У той же час у хворих із носовою кровотечею кров з носа може поступати в носову частину горла, а звідти заковтуватися чи аспіруватися.

Визначення джерела кровотечі здійснюється за допомогою риноскопії, фарингоскопії та огляду інших ЛОР-органів.

За ступенем крововтрати розрізняють незначні, помірні та сильні носові кровотечі.

Лікування. У разі виникнення носової кровотечі хворому надають положення напівсидяче з нахиленою вперед головою, призначають холод на ділянку зовнішнього носа. При кровотечі з зони кіссельбаха достатньо притиснути крило носа до перегородки пальцем на декілька хвилин з ватною кулькою, просоченою вазеліновою олією і попередньо введеною у передні відділи носової порожнини. У разі повторних кровотеч можна інфільтрувати ділянку, що кровоточить, 5% розчином амінокапронової кислоти або припекти міцним розчином трихлороцтової кислоти, ляпісом, або хромовою кислотою.

У разі кровотечі з середніх та задніх відділів носової порожнини необхідно проводити передню тампонаду носа.

За наявності інтенсивної кровотечі із задніх відділів носової порожнини використовують задню тампонаду носа марлевым тампоном. Поряд з терапією основного захворювання, симптомом якого є кровотеча, призначають загальне гемостатичне лікування: внутрішньовенно крапельно 5% розчин амінокапронової кислоти 100,0 – 150,0, етамзилат натрію або дицинон, кальцію хлорид, вітамін С, внутрішньом'язево вітамін К, всередину рутин. В особливо тяжких випадках проводять переливання крові (50,0 – 100,0 – з гемостатичною ціллю), еритроцитарної, тромбоцитарної маси, антигемофільну плазму (при гемофілії), роблять перев'язку зовнішньої сонної артерії.

II. Практичне заняття

1. Тема. Пухлини і інфекційні гранульоми. (Доброякісні та злоякісні пухлини ЛОР-органів, склерома, сифіліс та туберкульоз. Діагностика, методи лікування).

Тривалість - 2 академічні години.

2. Актуальність теми.

Діагностика і лікування хворих на пухлини та інфекційні гранульоми ЛОР-органів залишається однією з найскладніших і найбільш актуальних проблем сучасної оториноларингології в силу того, що за останнє десятиріччя реєструється інтенсивний ріст як їх абсолютної кількості, так і питомої ваги уражень ЛОР-органів цією патологією. Тому знання клініки, діагностики (особливо ранньої) пухлих та інфекційних гранулом верхніх дихальних шляхів і принципів їх лікування є вкрай необхідним у практичній діяльності лікарів.

3. Мета заняття.

Отримати уявлення про різноманітність пухлин та інфекційних гранульом верхніх дихальних шляхів. Напчитися запідозрити пухлину або інфекційну гранульому верхніх дихальних шляхів, встановити попередній діагноз, провести диференціальну діагностику, визначити раціональну тактику для цієї категорії хворих залежно від локалізації та морфології пухлини і збудника інфекційної гранульоми.

4. Інтерн повинен знати.

- 1) Клініку, діагностику та лікування доброякісних пухлин ЛОР-органів.
- 2) Клініку, діагностику та лікування злоякісних пухлин ЛОР-органів.
- 3) **Етіологію, клініку, діагностику та лікування інфекційних гранульом верхніх дихальних шляхів.**

5. Інтерн повинен уміти.

- 1) Зі скарг та даних анамнезу вибрати симптоми, що дозволяють запідозрити пухлину або інфекційну гранульому ЛОР-органів.
- 2) За допомогою зовнішнього та ендоскопічного досліджень ЛОР-органів оцінити і співставити найбільш інформативні об'єктивні дані, які свідчать про наявність у даного хворого пухлини або інфекційної гранульоми.
- 3) Взяти мазок з глотки і носа, провести поверхневу анестезію слизової оболонки носа та глотки для взяття біопсії.
- 4) Оцінити типові рентгенограми, комп'ютерні та магнітно-резонансні томограми при патології носа, приносових пазух, глотки та гортані.
- 5) Скласти план лікування хворого з даною патологією.

6. Інтерн повинен мати уявлення:

Про хірургічні методи лікування пухлин та інфекційних гранульом верхніх дихальних шляхів

7. Оснащення заняття.

Інструментарій для виконання ендоскопічного дослідження ЛОР-органів:

1. Гортанний шприц та насадка для вливань розчинів у гортань
2. Схеми, таблиці, слайди, кодограми, муляжі.

3. Питання для самопідготовки та самоконтролю.
4. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

8. Головні питання по темі заняття для визначення рівня знань та плану самопідготовки інтернів.

1. лікування папіломатозу гортані.
2. клініка, діагностика й лікування фіброми гортані.
3. групи ризику раку гортані.
4. фактори, які визначають клініку раку гортані.
5. діагностика раку гортані, принципи ранньої діагностики.
6. клініка раку гортані.
7. лікування раку гортані.
8. злякисні пухлини мигдаликів.
9. злякисні пухлини мигдаликів.
10. клініка, діагностика та лікування юнацької ангіофіброми основи черепа.
11. види злякисних пухлин порожнини носа і при носових пазух.
12. клініка й діагностика злякисних пухлин порожнини носа і приносних пазух.
13. лікування злякисних пухлин носа і приносних пазух.
14. епідеміологія склероми.
15. етіологія і патологічна анатомія склероми.
16. стадії та клінічні форми склероми.
17. лікування склероми.
18. клініка та лікування туберкульозу верхніх дихальних шляхів.
19. клініка та лікування сифілісу верхніх дихальних шляхів.

8. Структура практичного заняття.

1. Визначення початкового рівня знань інтернів за даною темою - 5 хвилин.

2. Розкриття головних теоретичних положень теми - 15 хвилин.
3. Освоєння необхідних практичних навичок (робота з хворими) - 20 хвилин.
4. Визначення кінцевого рівня знань інтернів та оцінка засвоєння ними головних питань теми -5 хвилин.

10. Основні теоретичні походження за темою практичного заняття.

Склерома

Склерома (від грецького skleroma- ущільнення) є хронічним специфічним запальним захворюванням дихальних шляхів. Це ендемічне захворювання. На території, що об'єднує Білорусь, західну частину України, Литви та Польщі знаходиться одне з найбільших вогнищ склероми. Склерома зустрічається переважно у болотистих місцевостях з вологим кліматом. Збудником склероми вважають клебсієлу склероми (паличка Фріша-Волковича).

Клініка. Перебіг склеромної хвороби має три періоди: початковий, активний та резидуальний.

В початковому (латентному, доклінічному) періоді єдиним специфічним проявом склероми є позитивні реакції зв'язування комплемента та аглютинації з склеромним антигеном. Ці реакції на кілька років випереджають виникнення клінічних місцевих змін, що притаманні для склероми. В цей період можуть бути лише неспецифічні загальні явища – втомлюваність, зниження здатності до фізичної та розумової праці, порушення апетиту та сну.

В активному (клінічному) періоді хвороби виявляють прояви у двох формах: в продуктивній (гранульоматозній) та в дистрофічній.

Для продуктивної форми характерним є утворення хрящової щільності гранульоматозних розрощень, що у подальшому замінюються рубцями. Перебіг цієї форми має три клініко-морфологічні стадії: інфільтративну, інфільтративно-рубцеву та рубцеву. Однак, в склеромній хворобі немає

чіткої послідовності стадій захворювання, оскільки нерідко можна визначити виникнення свіжих інфільтратів за наявності завершеного старого рубцевого процесу.

Улюбленими місцями розташування продуктивних змін при склеромі є: присінок носової порожнини, ділянка хоан, верхня частина м'якого піднебіння, підскладковий простір, ділянка біфуркації трахеї. Важливою диференційно-діагностичною ознакою склероми (пухлини, сифіліс, туберкульоз) є те, що склеромні інфільтрати ніколи не вкриваються виразками.

Для дистрофічної форми склероми характерним є розвиток атрофії слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, із утворенням кірок та проявами з боку нервової системи, зокрема гіпестезією слизової оболонки з гіпореклексією. Частіш за все обидві форми поєднуються, що має назву змішаної форми. Іноді може зазнавати ураження орган зору та ротова порожнина.

В резидуальному (залишкових явищ) періоді склеромної хвороби відбувається згасання процесу: серологічні реакції стають негативними, клебсієла склероми більше не висівається з виділень дихальних шляхів, наявні лише залишкові явища – рубці, атрофія слизової оболонки.

Діагноз склероми встановлюється на підставі анамнезу хвороби, даних клінічного обстеження та результатів додаткових методів дослідження. Серед лабораторних методів діагностики використовують: серологічну діагностику – реакція зв'язування комплекта зі склеромним антигеном та реакція аглютинації безслизових форм склеромної палички; бактеріологічну – визначення у виділеннях з верхніх дихальних шляхів вірно ідентифікованої клебсієли склероми; морфологічну – цитологічні та гістологічні дослідження.

Лікування склероми. Засоби та міри, що використовують для лікування хворих на склерому, в залежності від їх дії можна розділити на три групи.

I. Етіотропна терапія, що спрямована на знищення клебсіели склероми. Ведучим засобом для етіотропної терапії є стрептоміцин: по 0,5 г 2 рази на добу, до 100-200 г препарата на курс (на протязі 2-3 місяців). Застосовують також антибіотики аміноглікозидного та фторхінолонового ряду. Одночасно слід використовувати препарати, що сприяють проникненню антибіотиків вглиб тканин (гіалуронідаза, лідаза, пірогенал).

II. Патогенетична терапія. Вона проводиться у другому та третьому періодах хвороби і полягає у видаленні специфічних інфільтратів, рубців хірургічним шляхом, бужуванні звужених ділянок дихальних шляхів.

При дистрофічній формі проводять змащування слизової оболонки носа та глотки розчином Люголя, інгаляції розчинів протеолітичних ферментів, лужних мінеральних вод. Ці процедури зменшують кількість кірок та сухість слизової оболонки.

III. Синогенетична терапія. Ця терапія спрямована на нормалізацію функцій організму, порушених у зв'язку з захворюванням на склерому. При склеромі це перш за все боротьба з гіпоксією: оксигенотерапія, кокарбоксілаза, вітаміни, глюкоза, препарати заліза, кортикостероїдні препарати.

Сифіліс

Збудником сифілісу є бліда спірохета. Сифіліс верхніх дихальних шляхів зустрічається у вигляді первинного склерозу, вторинних і третинних проявів.

Клініка сифілісу залежить від періоду та локалізації процесу. Проявом первинного сифілісу є твердий шанкр або первинна сифілома, що може локалізуватися біля входу в ніс, на його крилах, у передніх відділах слизової оболонки носа, та носовій перегородці, на губах, слизовій оболонці щоки, язика, м'якого піднебіння, піднебінного мигдалика та інших ділянках ротової порожнини.

Клінічно на місці виникнення первинного склерозу утворюється твердий щільний інфільтрат коричнево-червоного кольору, що має різні

форму та розміри. Виразка твердого шанкру у більшості випадків неглибока, плоска, вкрита сальним нальотом; краї її рівні, гладенькі, не підриті. Швидко після виникнення первинного афекта можна визначити реакцію регіональних лімфовузлів. Вони швидко збільшуються, стають щільними, неболючими. Незалежно від наявності чи відсутності терапії твердий шанкр зникає, однак в ряді випадків на місці заживлення залишається пігментація або пляма з пігментованою каймою.

Своєрідний вигляд має твердий шанкр, що локалізується на поверхні язика: він різко виступає над рівнем оточуючих тканин, нагадуючи формою блюдце перевернене догори дном, на його поверхні локалізується ерозія, що має колір сирого м'яса. Первинний сифіліс глотки частіш за все уражує піднебінні мигдалики (60-65%). При локалізації на мигдалику твердий шанкр може проявлятися у вигляді виразки, ангіни, або комбінації цих двох форм. Типовий твердий шанкр не викликає різкої болісності, у більшості випадків на червоному відмежованому фоні у верхньому відділі мигдалика утворюється твердий інфільтрат, який за відсутності дефекта у вигляді ерозії або виразки розвивається як шанкр-амігдаліт, який знаходиться з одного боку, нагадує ангіну та супроводжується мінімумом суб'єктивних відчуттів. Взагалі для сифілітично уражених мигдаликів характерним є невідповідність місцевих та загальних симптомів, що має привернути увагу лікаря, змусивши його виключити специфічний характер ураження.

Твердий шанкр гортані має вигляд різко обмеженої пухлини, на якій швидко з'являється виразка вкрита сіро-брудним нальотом, при цьому визначається безболісний щільний аденіт під нижньою щелепою та на шиї.

Вторинний сифіліс носа розвивається в перші місяці після утворення первинного афекту та співпадає із виникненням висипки на шкірі та слизовій оболонці. Він проявляється розеольозними, еритематозними, папульозними та пустольозними висипками, що на слизовій оболонці мають специфічний вигляд. Ерітема — різко окреслені плями червоно-багрового кольору, що нерідко зливаються. Папули мають вигляд плоских різної

конфігурації підвищень із краєм білісуватого кольору. При сифілітичному ураженні порожнини носа хворі нерідко скаржаться на неприємний запах з носа, що відноситься до розряду какосмії.

Вторинні ураження слизової оболонки ротової порожнини, глотки та гортані не супроводжуються суб'єктивними відчуттями, тому можуть залишатися непоміченими і хворий тривалий час є джерелом зараження. Особливістю розеольозної висипки на слизовій оболонці ротової порожнини є виникнення так званої еритематозної ангіни, яка обумовлена злиттям розеол, внаслідок чого уражена ділянка набуває застійно червоного, точніше мідно-червоного кольору, що різко окреслена.

Специфічним проявом вторинного сифілісу гортані є сифілітичний хордит, для якого характерним є наявність окремих або злитих бляшок опалового кольору, що трохи виступають на фоні гіперемованих голосової та вестибулярної складок.

Найбільш важким захворюванням гортані при вторинному сифілісі є виразковий ларингіт. Виразки можуть бути розташовані на будь-яких ділянках слизової оболонки гортані, що і визначає симптоматику. При локалізації їх у вестибулярному відділі виникає дисфагія. У випадку ураження голосових складок — стійкі зміни голосу. За відсутності специфічного лікування виразковий сифілітичний ларингіт може призвести до розвитку стенозу гортані.

Третинний період сифілісу з клініко-анатомічної точки зору характеризується утворенням гумозних інфільтратів та бугоркових сифілідів.

Ураження верхніх дихальних шляхів у більшості випадків представлено гумозним інфільтратом, що може бути розташований у ділянці м'якого та твердого піднебіння, язика, в носовій порожнині, на задній стінці глотки. Гумозний інфільтрат швидко зазнає розпаду з утворенням гумозної виразки, що має кратероподібний характер, дно її вкрито гноем та тканинним розпадом, краї оточені валиком щільного інфільтрату. При

розташуванні язви у ділянці перегородки носа відбувається її перфорація, а при руйнуванні верхніх відділів леміша та крильних хрящів виникає характерна сідлоподібна деформація носа.

Гумозний процес м'якого піднебіння, піднебінних дужок та язика викликає їх руйнування з утворенням рубцевого звуження зіву. У більш важких випадках, при ураженні твердого піднебіння утворюються сполучення між ротовою та носовою порожниною, внаслідок чого виникає гугнявість та їжа потрапляє у ніс.

Проникнення виразки вглиб гортані призводить до розвитку хондроперихондриту гортані, а секвестрація хряща та рубцювання — до стійкого стенозу гортані.

Діагностика сифілісу базується на клінічному дослідженні, мікроскопії блідої трепонеми в темному полі (з поверхні висипок або пунктату регіональних лімфатичних вузлів) та комплексу серологічних реакцій (реакція Вассермана).

Лікування. Для протисифілітичного лікування в першу чергу використовують бензилпеніцилін, його дюрантні препарати (біцилін) та солі вісмута. Лікування проводиться в шкірно-венерологічних установах.

Туберкульоз

Збудником туберкульозу є мікобактерія туберкульозу (паличка Коха). Туберкульозне ураження верхніх дихальних шляхів виникає, як ускладнення активного первинного або вторинного туберкульозу легенів, коли хворі виділяють з харкотинням мікобактерії туберкульозу. В цих випадках можна говорити про спутогенний шлях інфікування слизової оболонки верхніх дихальних шляхів.

Значно рідше ураження верхніх дихальних шляхів спостерігається при лімфогенному та гематогенному шляху інфікування.

Туберкульоз носа спостерігається відносно рідко і проявляється у вигляді інфільтрата, виразки або туберкуломи. Найбільш часто туберкульозні ураження спостерігаються на слизовій оболонці передньої

частини носової переділки і передньому кінці нижньої носової раковини, іноді на середній раковині і на дні носа.

Суб'єктивні симптоми в початковій стадії мало виражені, по мірі збільшення інфільтратів хворих турбує затруднення носового дихання. Після розпаду інфільтратів і утворення виразок з'являються виділення, які можуть бути слизово-гнійними або чисто гнійними, іноді забарвлені кров'ю. Кірки, що утворюються, утруднюють носове дихання і викликають зуд в носі. Видалення кірок може викликати кровотечу і оголити туберкульозну виразку на слизовій оболонці. Може виникнути перфорація хрящової тканини переділки носа.

Туберкульоз глотки і порожнини рота зустрічається відносно рідко. На слизовій оболонці м'якого піднебіння, піднебінних дужок та мигдаликів з'являється висип міліарних горбиків у вигляді сірувато-жовтуватих крапок на фоні помірно набряклої, інфільтрованої, гіперемованої слизової оболонки. Стадія інфільтрації і висипання міліарних горбиків частіше не супроводжується скаргами з боку хворих. Скарги з'являються в період утворення виразок. Виразки мають нерівні підриті краї і блідо-рожеве забарвлення; їх поверхня може бути вкрита гнійним нальотом, під яким розташоване дно виразки з грануляціями. Основний суб'єктивний симптом при туберкульозі глотки - значна болючість при ковтанні.

Туберкульоз гортані. З усіх відділів верхніх дихальних шляхів частіше при туберкульозі вражається гортань (90-95%). Особливо часто туберкульоз гортані зустрічається у хворих, що виділяють мікобактерії.

Симптоми туберкульозу гортані різноманітні. Хворі скаржаться на сухість, біль в горлі, охриплість.

Ларингоскопічно початкова форма ураження голосових складок проявляється у вигляді гіперемії та інфільтрації їх окремих ділянок, переважно в задніх відділах, нерідко з одного боку - монохордит. Інфільтрат з часом перетворюється на виразку з блідо-сірим дном. Нерідко виразки на голосових складках розміщуються на їх вільному краї. При цьому голосова

складка нагадує лезо пилки. При локалізації туберкульозного процесу в міжчерпакуватуому просторі тут також формується інфільтрат (туберкулома), що може досягти великих розмірів, нагадуючи пухлину. При розпаді інфільтратів утворюються глибокі виразки. Одночасно з надгортанником, складками присінку, міжчерпакуватим простором уражуються ділянки черпакуватих хрящів, частіше з двох боків, в ділянці яких виникає набряк слизової оболонки з подальшим утворенням виразок і ураженням охрястя та хрящів. Ураження черпакуватих хрящів може супроводжуватись їх нерухомістю, що при двобічному процесі призводить до затруднення дихання.

Діагноз встановлюється на основі анамнезу та клініки захворювання, даних рентгенографії легенів та дослідження харкотиння на наявність збудника.

Лікування туберкульозу верхніх дихальних шляхів має бути своєчасним, комплексним та тривалим. Лікування проводять стрептоміцином, ріфампіцином, ізоніазідом, фтівазідом та іншими протитуберкульозними препаратами першого ряду. Для того, щоб створити підвищену концентрацію протитуберкульозних препаратів в вогнищах туберкульозного ураження, окрім парентерального і перорального прийому, їх призначають місцево, використовуючи аерозольтерапію.

Для ліквідації больового синдрому користуються масляними інгаляціями, місцевим застосуванням анестезуючих засобів. Виразки припікають трихлороцтовою кислотою або розчином нітрату срібла.

Профілактика полягає в своєчасному і раціональному лікуванні туберкульозу легенів.

Пухлини вуха та верхніх дихальних шляхів

Пухлини вуха

Доброякісні пухлини вуха

До доброякісних пухлин вуха відносять папіломи, фіброми, ангіоми, хондроми, остеоми, гломусні пухлини, невриноми тощо. Серед пухлиноподібних утворень виділяють кісти (атероми, дермоїди, первинну холестеотому).

Діагностика доброякісних пухлин зовнішнього вуха полягає в ендоскопічному та гістологічному дослідженнях. Остеоми зовнішнього слухового ходу діагностуються рентгенологічним методом.

Гломусні пухлини розвиваються з гломусних тілець, що локалізуються в порожнині середнього вуха, на цибулині яремної вени. Пухлина росте дуже повільно, характеризується інфільтративним розвитком, який веде до деструкції утворень середнього вуха.

Серед доброякісних пухлин внутрішнього вуха частіше всього зустрічається невринома VIII нерва, яка розвивається з його оболонки.

Лікування доброякісних новоутворень вуха переважно хірургічне.

Злоякісні пухлини вуха

Серед злоякісних пухлин вуха частіше діагностується плоскоклітинний ороговілий рак, у дітей-саркома, рідше зустрічається аденокарцинома, меланома.

Рак зовнішнього вуха проявляється в вигляді бородавчастих вузлів або плоскої виразки з чітко обмеженими інфільтрованими краями. Подальший ріст пухлини супроводжується інфільтрацією і некрозом оточуючих тканин, утворенням дефектів.

Перебіг злоякісних утворень середнього вуха повільний, зовні вони нагадують гранулюючу, кровоточиву виразку чи поліп. Рак середнього вуха часто розвивається на фоні хронічного середнього отита і клінічний перебіг в ранніх стадіях нічим не відрізняється від клініки гнійного запалення середнього вуха.

Діагноз встановлюють гістологічно, а поширеність процесу – рентгенологічно. При раку середнього вуха рано виникає параліч VII нерва, і пухлина метастазує в привушну слинну залозу та шийні лімфовузли. Наявність вестибулярних явищ та метастазів свідчить про запущену стадію раку.

Лікування раку вуха може бути як за допомогою променевої терапії, так і хірургічне.

Пухлини носа та приносових пазух

Доброякісні пухлини носа та приносових пазух

Серед доброякісних пухлин носу найчастіше зустрічається папілома. Вона має вигляд бородавчастих наростів на слизовій оболонці, схожих на цвітну капусту. Локалізується папілома в присінку носа, на носовій перегородці або на нижній носовій раковині. Хворий скаржиться на відчуття стороннього тіла в носі та утруднення носового дихання. Росте пухлина повільно, часто рецидивує після видалення, має схильність до малігнізації, тому її видалення має бути радикальним.

Гемангіоми це судинні пухлини які частіше розвиваються в хрящовому відділі носової перегородки. Вони мають горбисту поверхню, червонувато-синюшний колір, періодично кровоточать. Однією з найпоширеніших гемангіом є кровоточивий поліп (ангіофіброма). Хворі в основному скаржаться на одnobічне утруднення носового дихання та рецидивуючі носові кровотечі. Лікування полягає у видаленні гемангіоми із прилеглими тканинами носової перегородки.

Остеома найчастіше розвивається в лобових пазухах. Виявляється на рентгенограмах приносових пазух. Остеома може бути причиною головного болю, зниження зору та нюху. За умови досягнення великих розмірів пухлина може поширюватись у порожнину черепа, носа, орбіту, приводити до деформації лицевого скелета. Хірургічному лікуванню підлягає лише остеома середніх та великих розмірів.

Злоякісні пухлини носа та приноскових пазух

Первинні злоякісні пухлини носа та приноскових пазух є порівняно рідкою патологією та становлять біля 3% випадків злоякісних пухлин верхніх дихальних шляхів. Початкові стадії розвитку пухлин мають майже безсимптомний перебіг, що зумовлює пізні звертання хворих та великий відсоток діагностичних помилок.

Найбільш поширеною злоякісною пухлиною носа та приноскових пазух є плоскоклітинний рак. Клінічно розрізняють екзофітну та ендофітну форми раку. Основними симптомами при екзофітній формі є утруднення носового дихання, домішки крові у виділеннях з носу, у подальшому утворення виразки та розпад пухлин. При риноскопії визначається горбкувата, легко кровоточива пухлина на широкій основі. На рентгенограмах, комп'ютерні томографії та магнітно резонансні томографії визначаються деструктивні зміни у лицьовому скелеті.

Ендофітна форма пухлини проростає у приноскові пазухи носа, перш за все у верхньощелепну пазуху та гратчастий лабіринт. Може проростати в орбіту, альвеолярний відросток та порожнину черепа, при цьому з'являються симптоми ураження черепних нервів, болі в зубах, деформація лицьових стінок біля носових пазух, зміщення очного яблука.

Меланома уражує порожнину носа частіше, ніж інші відділи верхніх дихальних шляхів. Характерним є темно-бурий колір та схильність до кровотеч. Останні утруднюють проведення хірургічних втручань. Пухлина погано піддається променевої терапії.

Естезіонейробластома походить з нейроепітеліальних нюхових клітин. За своїми клінічними проявами має високий темп росту – швидко проростає в приноскові пазухи, в порожнину черепа.

Саркома зустрічається рідше за рак. Є гладкою або крупногорбкуватою пухлиною. У більшості випадків виразки, як при раку,

не утворюються. Метастази зустрічаються більш рідко ніж при раку. Проростає у сусідні органи.

Лікування злоякісних пухлин носа та приносних пазух включає хірургічні, променеві та хіміотерапевтичні методи. Велика увага приділяється пластичній хірургії. При великих дефектах використовують протезування.

Пухлини глотки

Доброякісні пухлини глотки

Серед доброякісних пухлин глотки найчастіше зустрічаються папіломи та фіброми на ніжці. Вони бувають невеликих розмірів, м'якої консистенції, розміщуються на м'якому піднебінні та піднебінних дужках і, як правило, мало турбують хворих. Діагностика не складна і полягає в гістологічному дослідженні. Лікування хірургічне.

До доброякісних пухлин носоглотки відносять ювенільну (юнацьку) ангіофіброму основи черепа, яка виникає тільки в осіб чоловічої статі в період статевого дозрівання. У більшості випадків після 25-річного віку відбувається зворотній розвиток пухлини.

Частіш всього пухлина походить з тіла основної кістки і поступово заповнює носоглотку. Ангіофіброма має тенденцію проростати в основну пазуху та гратчастий лабіринт у порожнину носа та верхньощелепну пазуху. У більш пізній стадії пухлина може проростати у крилопіднебінну та підвискову ямку, орбіту, середню або рідше передню черепну ямку з ураженням гіпофіза та зорових нервів.

Симптоми та перебіг процесу залежать у більшості випадків від локалізації пухлини та напрямку росту. В початковій стадії визначають незначне утруднення носового дихання, слизові виділення. Потім утруднення носового дихання збільшується, виділення набувають слизово-гнійний характер. З'являється гугнявість, відчуття тупого тиску в голові.

Найбільш характерним симптомом пухлини є часті носові кровотечі, що ведуть до анемізації хворого. У пізніх стадіях відтісняючи тканини, які зустрічаються на шляху росту, ангіофіброма приводить до грубої асиметрії обличчя, викликає зміщення очного яблука, зниження зору і порушення кровотоку різних відділів головного мозку. Таку пухлину слід оцінювати як умовну доброякісну.

Діагноз ставиться при передній та задній риноскопії, пальцевому дослідженні носоглотки. Пухлина дуже щільна, гладка або злегка горбкувата, від блідо-рожевого до червоного кольору. Допомагають встановити діагноз рентгенологічне дослідження, комп'ютерна томографія, магнітна резонансна томографія, ангіографія. Біопсію потрібно проводити обережно, так як вона може супроводжуватись значною кровотечею.

Диференціальна діагностика проводиться з аденоїдними розрощеннями, хоанальним поліпом, саркомою, раком та вторинними пухлинами, що проростають у носоглотку.

Лікування пухлини хірургічне. Для зменшення кровотечі у передопераційному періоді у пухлину нерідко вводять склерозуючі речовини, інколи проводять перев'язку зовнішньої сонної артерії. Також можливе використання кріовпливу, коли пухлина заморожується по частинах і видаляється.

Злоякісні пухлини глотки

За частотою ураження глотки злоякісними пухлинами перше місце посідає рак, друге – тонзиллярні пухлини. Рідко зустрічаються саркома та нейроектодермальні пухлини.

Рак спостерігається переважно у віковій групі старше 40 років. У глотці частіше виникає ендofітна форма раку – горбкуватий, щільний інфільтрат з виразками, рідше екзофітна форма – утворення на широкій основі, що має вигляд цвітної капусти. Зустрічається також змішана форма.

При локалізації пухлини у носоглотці до ранніх симптомів відносяться утруднення носового дихання, головний біль, шум у вухах, зниження слуху. При утворенні виразок на поверхні новоутворення з'являються слизово-кров'янисті або кров'янисто-гнійні виділення з носа. Пізніше, якщо пухлина заповнює порожнину носоглотки, змінюється тембр голосу, з'являється закрита гугнявість. Симптоми ураження черепних нервів свідчать про значну поширеність пухлинного процесу.

Рак ротоглотки переважно локалізується на піднебінних мигдаликах і піднебінних дужках. Для раку ротоглотки на ранніх етапах характерними є відчуття стороннього тіла, біль при ковтанні, що нерідко ірадіює у вухо. У подальшому приєднуються симптоми, що обумовлені проростанням пухлини у жувальні м'язи, корінь язика. Розпад пухлини веде до кровохаркання. Поступово розвивається кахексія.

Рак гортаноглотки частіше розвивається у грушоподібному синусі. На початку захворювання хворих турбує відчуття дискомфорту при ковтанні та періодичне виникнення болі в горлі. У випадках великої вираженості процесу з'являються симптоми ураження гортані – захриплість та утруднення дихання. Відмічається звуження грушоподібного синусу, скопичення в ньому слини.

Рак глотки часто дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли, що розташовані у защелепній ділянці та на шиї.

Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, даних фаринго- та ларингоскопії, рентгенологічного дослідження і біопсії.

Лікування раку носоглотки є комплексним: опромінення та хіміотерапія. При раку ротоглотки та гортаноглотки основним методом лікування є комбінований – променевий та хірургічний.

До групи тонзиллярних пухлин відносять лімфоепітеліому або пухлину Шмінке та ретикулосаркому. Тонзиллярні пухлини ростуть з лімфаденоїдної

тканини, що входить у склад тонзиллярних утворень. Ці пухлини є низькодиференційованими і визначаються високою радіочутливістю. Частіше пухлини розвиваються з піднебінних мигдаликів, рідше з глоткового, трубних та язикового мигдаликів.

Характерними клінічними проявами тонзиллярних пухлин є швидкий інфільтруючий ріст, раннє метастазування в регіонарні лімфатичні вузли та висока схильність до множинного метастазування у віддалені органи. Спочатку відмічається збільшення одного з мигдаликів, який має щільноеластичну консистенцію. Потім пухлина розповсюджується на прилягаючі до мигдалика ділянки глотки, можуть з'являтися виразки, що супроводжуються виникненням болів. Далі пухлина виходить за межі глотки, проростає у ясни, корінь язика, порожнину носа. В запущених випадках пухлина проростає у кісткові утворення.

Основним методом лікування радіочутливих пухлин мигдаликів є променева терапія. Хірургічне лікування протипоказане, оскільки воно веде до дисемінації пухлинного процесу. В стадії генералізації та при рецидивах використовують хіміотерапевтичні препарати.

Пухлини гортані

Доброякісні пухлини гортані.

Серед доброякісних пухлин гортані найбільш часто зустрічаються папілома та фіброма.

Папілома – є пухлиною, що серед доброякісних новоутворень гортані зустрічається найбільш часто. Це найбільш часта пухлина ЛОР-органів у дитячому віці. Папіломи гортані у більшості випадків виникають у хлопчиків. Папіломи в гортані переважно множинні. Такий процес має назву папіломатозу гортані. Важливою клінічною характеристикою є рецидиви папілом після їх видалення. Після настання статевого дозрівання схильність до розростання та виникнення рецидивів зникає.

Клініка папіломатозу гортані характеризується прогресуючою захриплістю, на фоні якої розвивається стеноз гортані.

Діагноз встановлюють на підставі даних ларингоскопії. За зовнішнім виглядом папіломи нагадують цвітну капусту, колір їх блідо-рожевий або сірий, рецидивні папіломи нерідко набувають рожевого кольору. Папіломи можуть локалізуватися на слизовій оболонці голосових, вестибулярних та черпаконадгортаних складок, ділянках черпакуватих хрящів, гортаних шлуночків, міжчерпакуватого простору, гортаній та язиковій поверхні надгортаника. Рухомість гортані не порушується, оскільки папіломи не проростають у м'язи та нервові утворення гортані. Клінічний діагноз підтверджується даними гістологічного дослідження.

Лікування папіломатоза гортані складається з двох етапів: хірургічного та протирецидивної терапії. Хірургічне втручання передбачає видалення папілом за допомогою гортанної кюретки або гортанних щипців. Операція проводиться під наркозом при прямій ларингоскопії з використанням операційного мікроскопа, що дозволяє більш ощадливо та більш ретельно видалити папіломи.

Для попередження виникнення рецидивів папілом найбільше значення має використання деструктивного лазера (зокрема, CO₂-лазер). Для проведення протирецидивного лікування широко використовуються лікові препарати: 30% спиртовий розчин подофіліну, 0,5% мазь колхаміна. Цими препаратами обробляють ділянки слизової оболонки з яких видалено папіломи. Використовують цитостатик проспедін (мазь, інгаляції, внутрішньом'язові ін'єкції) та інтерферон (або реаферон).

Фіброма гортані переважно виявляється у дорослих, у дітей це ураження відносно рідке. У більшості випадків фіброма має форму невеликої горошини, гладку поверхню, сірувато-білий колір. Частіше фіброма має тонку ніжку, що виходить з підскладкового простору, рідше розташована на голосовій складці. Фіброма є утворенням, що складається з

волокнистої сполучної тканини, яка вкрита плоским епітелієм. У випадках, коли пухлина має багато кровоносних судин, мова йде про ангіофіброму. Звичайна фіброма має сірий колір, ангіофіброма має рожевий або червоний, що залежить від кількості кровоносних судин в ній.

Ведучим клінічним проявом фіброми гортані є зміни голосу. Порушення дихання спостерігається рідко, оскільки пухлина у більшості випадків невелика.

Діагноз встановлюється при ларингоскопії. В просвіті голосової щілини визначається утворення круглястої форми на ніжці, що виходить з підскладкового простору або з голосової складки.

Лікування фіброми гортані – хірургічне. У більшості випадків пухлина видаляється за допомогою гортанної кюретки при дзеркальній ларингоскопії. Пухлина рецидивує рідко.

Злоякісні пухлини гортані

Серед злоякісних пухлин верхніх дихальних шляхів рак гортані зустрічається найчастіше. Захворювання виникає переважно у чоловіків у віці старше 40 років. Сприяють розвитку новоутворення тривале подразнення гортані хімічними речовинами, алкоголь та паління. Рак гортані часто виникає на фоні різних хронічних захворювань гортані. До передракових захворювань гортані належать: хронічний гіперпластичний ларингіт, дискератози (лейкоплакія, пахідермія), папіломатоз після закінчення статевого розвитку.

Клініку раку гортані визначає первинна локалізація пухлини: вестибулярний відділ, голосові складки, підскладковий простір. Ракове ураження вестибулярного відділу гортані становить 70%, голосових складок – 25%, підскладкового простору – 5%.

Для раку надскладкового простору характерний тривалий безсимптомний перебіг та пізнє встановлення діагнозу. Основна скарга, що

притаманна патологічним станам гортані – захриплість, при цій локалізації стоїть на останньому місці. Для надскладкової локалізації пухлини характерними є скарги на неприємні відчуття та біль у глотці при ковтанні, відчуття стороннього тіла у глотці. Ірадіація болю у вуха має привернути увагу лікаря. Поступово дисфагічні порушення (попирхування), відчуття стороннього тіла та біль при ковтанні посилюється. При утворенні виразок та розпаді пухлини з'являється кровохаркання, неприємний запах з рота. Стеноз гортані при цій локалізації раку гортані спостерігається рідко. З пухлин верхнього відділу найбільш часто зустрічається рак надгортанника. Із надгортанника рак може розповсюджуватися на вестибулярний відділ гортані, корінь язика та інші відділи гортаноглотки.

Рак голосових складок рано дає знати про себе захриплістю. Пізніше приєднується кашель, болі і стеноз гортані. Хворі з даною локалізацією раку рано звертаються до лікаря та рано починають лікування.

Рак підскладкового відділу гортані характеризується поступовим збільшенням стенозу гортані на фоні повільно прогресуючої захриплості. У подальшому може з'явитися сухий гавкаючий кашель та болі, пов'язані із проростанням пухлини у хрящі.

Діагноз раку гортані встановлюється на підставі ларингоскопічної картини, рентгенологічного дослідження та біопсії.

Непряма ларингоскопія є основним та найбільш простим діагностичним заходом, що використовується при підозрі на рак гортані. Важливим діагностичним критерієм є визначення обмеження рухливості або нерухомості відповідної половини гортані.

Рентгенологічне дослідження гортані уточнює та документує дані клініки. Серед рентгенологічних методів ведуче місце посідає томографія, у зв'язку з тим, що гортань та оточуючі тканини шийі близькі за платністю. На

томограмі гортані видно який поверх і на якому протязі уражено, що дозволяє орієнтовно планувати об'єм оперативного втручання.

Заключним етапом дослідження хворого є біопсія. Її необхідно проводити всім хворим з підозрою на рак гортані. Спеціальне онкологічне лікування не можна починати без гістологічного підтвердження діагнозу.

Серед методів лікування раку гортані розрізняють комбінований метод (променево та хірургічне лікування), поєднану терапію (різні форми опромінення) та комплексну терапію (до хірургічного та променевого методів додається хіміо-або гормонотерапія).

Основними видами хірургічних втручань при раку гортані є органозберігаючі операції чи резекції гортані, які передбачають видалення частини гортані, ураженої пухлиною. Коли уражена більша частина гортані виконується повне видалення гортані – ларингектомія, чи екстирпація гортані. Якщо метастази у шийні лімфатичні вузли множинні та мало зміщуванні, проводиться операція Крайля – єдиним блоком видаляють грудинно-ключично-сосковидний м'яз, додатковий нерв, внутрішня та зовнішня яремні вени, лопаточно-підязиковий м'яз. Для реабілітації голосу після екстирпації гортані виконуються операції трахеостравохідного шунтування.

III. Семінар.

1. Тема семінару. *Захворювання гортані: хронічний ларингіт, передракові стани гортані.*

Тривалість семінару - 2 академічні години.

2. Актуальність теми.

Хронічний ларингіт - це захворювання, яке спричиняє виникнення передракових станів гортані. Тому знання клініки, діагностики та лікування захворювання важливе для лікарів загальної практики. Хронічний ларингіт і передракові стани гортані можуть спричинювати до виникнення набряку, а в

подальшому стенозу гортані, що важливо знати лікарям медицини невідкладних станів.

3. Мета семінару.

Навчитися встановити діагноз хронічною ларингіту і передракових станів гортані, проводити диференційну діагностику, визначити раціональну тактику лікування цих хвороб.

4. Інтерн повинен уміти.

1. Провести аналіз скарг, анамнестичних даних і визначити попередній діагноз, хронічного ларингіту, передпухлинних захворювань.
2. Провести об'єктивне обстеження хворого із захворюваннями гортані, і на підставі об'єктивних ознак встановити діагноз.
3. Визначити тактику лікування хворих на хронічний ларингіт, передпухлинні захворювання.

5. Оснащення семінару.

1. Інструментарій для ендоскопічного дослідження ЛОР- органів.
2. Хірургічний інструментарій для виконання трахеостомії.
3. Схеми, таблиці, слайди, муляжі.
4. Питання для самопідготовки та опитування.
5. Ситуаційні задачі для визначення підсумкового рівня знань.

6. Структура семінару.

1. Висвітлення головних проблемних питань семінару- 40 хвилин.
2. Виявлення розуміння інтернами головних положень теми – 20 хвилин.
3. Корекція викладачем розуміння інтернами головних питань теми – 10 хвилин.
4. Вирішення інтернами ситуаційних питань за темою семінару – 20 хвилин.
5. Написання інтернами рефератів з окремих питань семінару – самостійна домашня робота.

7. Перелік головних питань за темою семінару.

1. Основні форми хронічного ларингіту.
2. Клініка та лікування хронічного катарального ларингіту.
3. Клініка та лікування хронічного гіпертрофічного ларингіту (форми захворювання, види обмеженого хронічного гіпертрофічного ларингіту).
4. Клініка і лікування хронічного атрофічного ларингіту.
5. Передпухлинні захворювання гортані (дис кератози, пахідермія, лейкоплакія).

8. Теоретичні положення семінару.

Хронічний ларингіт

Хронічні запальні процеси в гортані складають близько 8% всіх захворювань ЛОР-органів. Хронічні захворювання гортані є соціальною проблемою, тому що, викликаючи порушення голосу, призводять до втрати працездатності, людей багатьох професій, інколи на тривалий строк. Крім того, саме на фоні хронічних захворювань гортані нерідко розвивається рак гортані. У 16—20% хворих раком гортані попереднім захворюванням був хронічний ларингіт. Хронічне запалення, порушуючи захисні функції гортані, очевидно, сприяє депонуванню канцерогенних речовин у тканинах та виникненню ланцюга передракових змін гортані і ракових пухлин її.

Причини хронічного ларингіту:

1. Невилікований гострий ларингіт.
2. Паління, зловживання спиртними напоями. Якщо куріння у всьому світі одностайно визнане канцерогенним фактором, то алкоголь у сполученні з курінням, очевидно, також стає таким фактором.
3. Часті охолодження та нагрівання, особливо швидкі їх зміни.
4. Вдихання пилу (мучного, силікатного, цементного) або пари хімічних речовин.

5. Перенапруга голосу. Патологія гортані у людей голосових професій складає предмет такого розділу оториноларингології як фоніатрія.

6. У дитячому віці хронічний ларингіт може розвинутися після скарлатини, коклюшу, кору.

Всі перелічені причини реалізуються у вигляді хронічного ларингіту частіше за наявності таких передумов:

- 1) конституційних особливостей;
- 2) патологічних змін у носі, навколоносових пазухах, глотці, трахеї, бронхах, легенях;
- 3) наявності захворювань серця, нирок, шлунково-кишкового тракту, розладу обміну речовин;
- 4) рефлекторно-васкулярних причини;
- 5) бактеріальної, харчової, інгаляційної алергії.

Найбільш частою патогенною мікрофлорою, що висівають з гортані, є золотистий стафілокок, як у чистому вигляді, так і в асоціації з стрептококом. Інколи знаходять гриби.

Внаслідок тривалої дії перелічених факторів порушується трофіка тканин, змінюється їх реактивність, розвивається дистрофічний процес. У залежності від глибини цього процесу хронічні ларингіти поділяються на наступні форми:

1. Хронічний катаральний ларингіт.
2. Хронічний гіперпластичний (гіпертрофічний) ларингіт.
3. Хронічний атрофічний ларингіт.

Розглянемо кожну з цих форм окремо.

Хронічний катаральний ларингіт

При катаральному ларингіті на перший план виступають розлади місцевого кровообігу та зміни покривного епітелію, який у окремих ділянках може перетворюватися з циліндричного в плоский, розрихлюватися й злущуватися.

Основним симптомом, характерним для всіх форм хронічного ларингіту, є охриплість. Вираженість її різна — від незначної до афонії.

Клініка. При катаральному ларингіті відзначається підвищена втомлюваність голосу, хриплість, покашлювання, сильне виділення мокротиння. При загостренні процесу ці явища підсилюються.

Діагноз встановлюється на підставі ларингоскопії: змінюється колір слизової оболонки, що найбільше видно на голосових складках — вони стають рожевими. Звичайно складки при цьому потовщенні, вільний край закруглений.

При лікуванні хронічного ларингіту обов'язковим є усунення всіх факторів, що сприяють розвитку цього захворювання, особливо, перенапруги голосового апарату. Необхідна санація вогнищ інфекції у верхніх дихальних шляхах. При наявності утрудненого дихання через ніс необхідно його нормалізувати. Найбільш поширеними лікувальними заходами є інгаляції та інстиляції (вливання) лікувальних розчинів у гортань.

При хронічному катаральному ларингіті в гортань вливають розчин антибіотиків, суспензію гідрокортизону, протеолітичні ферменти хлоробутанолгідрат, галаскорбін, колларгол (протаргол), масляний розчин вітаміну А, аевіт. Звичайно призначають 10 вливань на курс лікування, вливання проводять кожен день. Інгаляції можуть бути лужно-масляні, з 2% масляним розчином цитралю, з настоєм лікувальних рослин (календула, евкаліпт, масло шипшини).

Хронічний гіперпластичний ларингіт

Морфологічна суть гіперпластичного ларингіту характеризується розростанням сполучної тканини в слизовій оболонці гортані, збільшенням кількості клітинних елементів покривного епітелію (гіперплазії), та перетворенню одного виду епітелію в інший (метаплазія).

Хронічний гіперпластичний ларингіт поділяється на дві форми:

- 1) Хронічний дифузний гіперпластичний ларингіт;
- 2) Хронічний обмежений гіперпластичний ларингіт.

При дифузній формі гіперплазії піддається слизова оболонка майже всієї гортані.

Клініка. Симптомами хронічного дифузного гіперпластичного ларингіту є: першіння, відчуття стороннього тіла у гортані, кашіль, який особливо часто спостерігається при локалізації процесу в міжчерпакуватому просторі, зміни голосу від незначної захриплості до афонії, скупчення в'язкого слизово-гнійного мокротиння. При тривалій розмові голос втомлюється. Інколи з'являється біль у гортані.

Діагноз встановлюють після огляду гортані. Ларингоскопічно при дифузній формі хронічного гіпертрофічного ларингіта виявляють потовщення слизової оболонки та гіперемію її у період загострення.

З метою лікування при дифузному гіперпластичному ларингіті застосовують в'язучі і припікаючі речовини, що сприяють зменшенню об'єму тканин і секретії залоз. Змащують слизову оболонку гортані 1—2 % розчином азотнокислого срібла, 2—3 % розчином таніну в гліцерині, вливають в гортань 2—3% розчин коларголу або протарголу.

Широко використовується інгаляційну терапію. Ефективні інгаляції антибіотиків з гідрокортизоном. Курс інгаляцій — 10—12 сеансів. Для інстиляції в гортань та інгаляцій використовують водні розчини хлоробутанолгідрата, галаскорбіну, масляний розчин вітаміну А, аевіт, слабкі лужні розчини (у тому числі мінеральні води), 1—2% масляний розчин ментолу.

Важливою умовою лікування хронічного ларингіту, взагалі, та гіперпластичного, зокрема, є усунення дії шкідливих факторів, які можуть сприяти розвитку ларингіту. Такими факторами є — голосове перевантаження, зловживання алкоголем, куріння. Повітря, яким дихає пацієнт, повинно бути чистим, оптимальної температури й вологості. Проводять елімінацію патологічних процесів у носі й глотці.

Рекомендується загальнозміцнюючі заходи та гіпосенсибілізуючі речовини. Необхідно звернути увагу на стан серцево-судинної системи, тому що захворювання серця можуть призвести до застою у верхніх дихальних шляхах.

Електрофізіотерапевтичні процедури хворим на гіперпластичний ларингіт призначати не потрібно, пам'ятаючи про онкологічну пильність.

При обмеженому гіперпластичному ларингіті у процес залучаються окремі ділянки слизової оболонки гортані — голосових та вестибулярних складок, гортанних шлуночків, міжчерпакуватого простору.

Виділяють такі види обмеженого гіперпластичного ларингіту:

1. Епідермальні вузлики голосових складок, які утворюються на межі передньої та середньої третин голосових складок, на симетричних ділянках, у вигляді напівшаровидних вип'ячувань величиною з макове або просяне зерно (мал. 95). Звичайно ці утворення виникають при тривалій перенарузі голосового апарату, особливо часто у співаків, тому їх іще називають співочими вузликами. Епідермальні вузлики голосових складок у маленьких дітей інколи називають вузликами крикунів. Лікування хірургічне. Якщо голосові вузлики невеликі, то можливий їх зворотній розвиток при призначенні голосового режиму.

2. Монохордит — виражений стійкий запальний процес у одній голосовій складці. В основному монохондрит виникає як професійне захворювання. Лікування монохондриту консервативне, призначаються загально зміцнюючі та гіпосенсибілюючі засоби, інгаляції та інстиляції.

3. Дискератози слизової оболонки гортані — лейкоплакія (або лейкокератоз) і пахідермія. Дискератози займають одне з головних місць серед передракових захворювань гортані.

Причиною виникнення дискератозів є хронічні запальні процеси слизової оболонки, що викликані бактеріальними, хімічними та термічними факторами, а також причинами загального характеру — обмінна або харчова недостатність вітаміну А, гормональні порушення. Якщо у початковій стадії

розвитку дискератозу, виключити причину, що викликає хворобу, то можливий зворотній розвиток процесу. В протилежному випадку підсилюється проліферація епітелію й передракова стадія далі переходить у злякисний процес.

Лейкоплакією називається захворювання, яке проявляється появою білих плям на гіперемованій слизовій оболонці гортані.

Пахідермія також розвивається на фоні запального процесу. При ларингоскопії пахідермії нагадують блюдцеподібні потовщення епітелію, які частіш за все локалізуються у задніх третинах голосових складок – контактні пахідермії або у міжчерпакуватому просторі.

Пахідермії виникають частіше у віці від 40 до 60 років, переважно у чоловіків. Ведучим симптомом є охриплість.

Лікування хронічних гіпертрофічних ларингітів і дискератозів включає усунення причин, що підтримують патологічний процес: санація носа та приносних пазух, носоглотки та глотки, заборона паління і вживання алкоголю. Широко використовується інгаляційна терапія та вливання лікувальних речовин у гортань. Застосовують антибіотики широкого спектру дії, суспензію гідрокортизону, протеолітичні ферменти, лужні розчини, масляний розчин вітаміну А. За відсутності ефекту від консервативного лікування змінену оболонку видаляють хірургічним шляхом. Втручання потрібно проводити за допомогою операційного мікроскопа. Видалена тканина направляється на гістологічне дослідження.

4. Ларингіт Гайєка. Інша назва цієї форми обмеженого ларингіту — набряк гортані Рейнке. При цій формі ларингіту є набрякова припухлість в передніх двох третинах голосових складок у вигляді паруса. Ведучим симптомом захворювання є зміна голосу. Лікування хірургічне — видалення зміненої слизової оболонки з голосових складок. Інша назва цієї операції — декортикація голосових складок.

5. Гіперплазія слизової оболонки гортанного шлуночка, внаслідок чого відбувається її випадання (вона не вміщується у цьому просторі). Клініка захворювання визначається змінами голосу різної вираженості. Лікування хірургічне: видаляється гіперплазована ділянка слизової оболонки.

Хронічний атрофічний ларингіт

Однією з можливих передумов у виникненні й розвитку хронічних атрофічних ларингітів, крім вище перелічених, є порушення вуглеводного обміну, захворювання нирок.

Клініка. При атрофічному ларингіті хворих хвилює сухість, першіння, відчуття стороннього тіла у горлі, кашель з мокротинням, яке важко відходить. Характерною є зміна голосу протягом доби. При тяжкому атрофічному процесі у гортані має місце стійке порушення голосу до афонії та порушення дихання при скупченні кірок. При цьому під час ларингоскопії визначається атрофія всієї слизової оболонки гортані. Вона виглядає сухою, шершавою, без блиску на всьому протязі. Кірки розташовуються як на голосових складках, так і на вестибулярних та в міжчерпакуватій ділянці. Голосові складки при фонації зникають недостатньо за рахунок слабкості голосових м'язів.

Лікування при хронічному атрофічному ларингіті поділяється на загальне і місцеве.

Серед місцевих призначень використовують інгаляції — парові, лужні, лужно-масляні, лужно-калієві. Гарний ефект дають лужно-калієві інгаляції, оскільки вони містять препарат йоду. Йод подразнює слизову оболонку й активізує діяльність серозних й слизових залоз. Через 15 хвилин після лужно-калієвих інгаляцій хворому відпускають заспокійливу масляну інгаляцію.

Крім інгаляцій застосовують пульверизацію слабких сольових розчинів, вливання у гортань люголевського розчину, хлоробутанолгідрату,

персикового або шипшинового масел. Доцільним є застосування протеолітичних ферментів для інгаляцій та вливання у гортань. На одну інгаляцію потрібно 10 мг препарату, який розчиняється в 5 мл фізіологічного розчину.

На ділянку гортані призначають Д'Арсонваль або грязьові аплікації. Слизову оболонку гортані опромінують низькоенергетичним гелій-неоновим лазером.

При атрофічному ларингіті призначають також загальне лікування: біогенні стимулятори — алоє, скловидне тіло, ФІБС; аутогемотерапію, курс ін'єкцій новокаїну — дом'язово або внутрішньовенно 0,5%, 1%, 2% по 5 мл №25; нікотинову й аскорбінову кислоти, вітаміни групи В, глюкозу. Показано санаторно-курортне лікування на південному березі Криму.

У профілактиці хронічних ларингітів важливе значення має своєчасне лікування хронічних захворювань носа і приносових пазух, хронічного тонзиліту.

9. Ситуаційні задачі для підсумкового контролю знань інтернів.

Задача 1

До ЛОР-відділення звернулася хвора, 54 років, з явищами вираженої інспіраторної задишки. З анамнезу стало відомо, що під час їжі хвора випадково з варенням проковтнула бджолу, відчула сильний біль у горлі, пізніше з'явилися ознаки утрудненого дихання. Була викликана швидка медична допомога. Під час огляду виявлено набряк слизової оболонки присінкового відділу гортані.

Завдання:

- а) визначити методи, за допомогою яких можна оглянути порожнину гортані;
- б) назвати анатомічні елементи гортані, які належать до присінкового відділу.

Задача 2

У поліклініку до оториноларинголога звернувся пацієнт зі скаргами на охриплість. Під час непрямой ларингоскопії виявлено нерухомість лівої половини гортані без будь-якої видимої патології.

Завдання:

- а) визначити, який нерв уражений;
- б) визначити обстеження, яке необхідно провести для виявлення причин захворювання.

Задача 3

У хворого, що приймав новий антибіотик, з'явилися скарги на відчуття стороннього тіла в горлі, значне утруднення дихання (інспіраторна задишка), хрипота, набряк обличчя та шиї.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) вказати ларингоскопічні дані, які підтверджують діагноз;
- г) скласти план лікування хворого.

Задача 4

Хворий скаржиться, що під час бійки його вдарили по передній поверхні шиї. Через кілька годин з'явилась задишка і хрипота. Хворий збуджений; виявлені тахікардія, інспіраторна задишка. Дані ларингоскопії: пухлиноподібне утворення синюшного кольору правої присінкової ділянки перекриває голосову щілину.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз та його ускладнення;
- в) вказати стадію стенозу;
- г) вирішити, чи показана хворому трахостомія.

Задача 5

Хворий скаржиться на сильний біль у горлі, що посилюється під час ковтання, утруднення дихання, хрипоту, кашель. Хворіє 3-й день, після пиття холодної води. Об'єктивно: температура тіла підвищена — 38,8°C, інспіраторна задишка. Пальпація у ділянці гортані болюча, шийні лімфатичні вузли збільшені та болючі під час пальпації- Дані ларингоскопії: гіперемія та інфільтрація слизової оболонки, набряк надгортанника, на ньому -ділянки абсцедування, голосової щілини не видно.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати, з чим пов'язане виникнення задишки;
- в) визначити раціональну лікувальну тактику.

Задача 6

Хворий скаржиться на відчуття дряпання та лоскотання в горлі, сухий кашель, хрипоту і швидко втомлюваність голосу. Хворіє 2-й день, захворюванню передувало переохолодження. Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Слизова оболонка гортані гіперемована, на поверхні її - невелика кількість в'язких виділень. Голосові складки інфільтровані, рухомість їх не змінена.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) призначити лікування.

Задача 7

Хворий скаржиться на хрипоту, біль у ділянці гортані, особливо під час ковтання, незначне утруднення дихання. Хворіє протягом 2 діб, захворюванню передував грип. Температура тіла підвищена до 38 °С, під час пальпації лімфатичні вузли шиї болючі та збільшені. Дані

ларингоскопії: гіперемія та інфільтрація слизової оболонки черпакувато-надгортанних і присінкових складок гортані, голосова щілина звужена.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати дані анамнезу та об'єктивні симптоми, які підтверджують діагноз;
- в) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- г) визначити тактику лікування хворого.

Задача 8

Машиною швидкої допомоги в ЛОР-стаціонар доставлено дитину 3 років зі скаргами на утруднення дихання, гавкаючий кашель, незначну захриплість. Дитина хворіє протягом 4 днів, коли з'явився нежить, кашель, підвищилася температура тіла. Під час сну різко погіршилось дихання. Дитина збуджена, шкіра бліда, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи. Під час прямої ларингоскопії слизова оболонка гортані почервоніла, в підскладковому просторі визначають валики червоного кольору, голосова щілина різко звужена; під час кашлю виділилась значна кількість гнійного мокротиння. Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- в) призначити лікування.

Задача 9

Машиною швидкої допомоги в приймальне відділення доставлено дитину 3 років зі стенозом у термінальній стадії. Тяжкий стан дитини не дозволяє виконати класичну трахео-стомію за браком часу.

Завдання:

- а) визначити оптимальний вид оперативного втручання;
- б) визначити методiku виконання цього оперативного втручання.

Задача 10

Хвора скаржиться на різку загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5 °С, біль у горлі, утруднення ковтання, втрату голосу, нестерпний безголосий кашель із періодичним відторгненням темно-сірої плівки. Дані непрямой ларингоскопії: слизова оболонка гортані гіперемована, вкрита сірою плівкою, що звужує голосову щілину.

Завдання:

- а) встановити попередній діагноз;
- б) вказати об'єктивні дані, які підтверджують попередній діагноз;
- в) визначити додаткові дослідження;
- г) визначити відділення, у якому необхідно лікувати хвору;
- д) прогноз щодо життя й одужання.

Задача 11

Хворий, 57 років, скаржиться на захриплість, неприємні відчуття в горлі, періодичний сухий кашель. Уперше голос змінився два роки тому. Робота пов'язана з частими переохолодженнями й запиленістю повітря, пацієнт палить. Дані непрямой ларингоскопії: слизова оболонка голосових складок рожевого кольору, нерівномірно потовщена, у ділянці

задніх відділів голосових складок нашарування білого кольору, обидві половини гортані симетрично рухомі. Завдання:

- а) встановити діагноз;
- б) назвати захворювання, з якими потрібно провести диференціальну діагностику;
- а) визначити лікувальну тактику;
- г) визначити онкопрогноз для даного хворого.

Задача 12

У хворого через 3 роки після трахеостомії погіршилось дихання, з'явилась крепітація підшкірної клітковини у ділянці переднього відділу шиї.

Завдання:

- а) визначити причини погіршення дихання через трахеостому;
- б) визначити лікувальну тактику

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Задача 1

- а) непряма та пряма ларингоскопія;
- б) надгортанник, черпакувато-надгортанні складки, черпакуваті хрящі, міжчерпакуватий простір.

Задача 2

- а) лівий зворотній;
- б) рентгенографія органів грудної клітини.

Задача 3

- а) ангіоневротичний набряк Квінке;
- б) приймання нового антибіотика, відчуття стороннього ла в горлі, утруднення дихання (інспіраторна задишка), зміни голосу, набряк обличчя та шиї;
- в) під час непрямой ларингоскопії спостерігається набряк, слизової оболонки язикової поверхні надгортанника, черпакувато - надгортанних складок, задньої стінки входу в гортань;
- г) лікування направлено на ліквідацію причини набряк у гортані і включає дегідратаційну, гіпосенсибілізувальну, седативну терапію.

Задача 4

- а) гематома гортані, гострий стеноз у стадії неповної компенсації;
- б) в анамнезі травма гортані, об'єктивно виявлені тахікардія, інспіраторна задишка, під час ларингоскопії — гематома присінкової ділянки, яка перекриває голосову щілину;
- в) стадія неповної компенсації;

г) хворому показана консервативна терапія, у разі погіршення стану — трахеостомія.

Задача 5

- а) флегмонозний ларингіт, абсцес надгортанника;
- б) виникнення задишки пов'язане зі звуженням просвіту гортані;
- в) розкриття абсцесу надгортанника за допомогою гортанного ножа, проведення антибактеріальної і протинабрякової терапії.

Задача 6

- а) гострий ларингіт;
- б) скарги на сухий кашель, хрипоту, відчуття дряпання в горлі; під час непрямой ларингоскопії визначається почервоніння голосових складок, накопичення слизу;
- в) голосовий режим, відволікаюча, гіпосенсибілізуюча, інгаляційна терапія, інстиляція в гортань лікарських речовин, при затяжному перебігу - протизапальні засоби.

Задача 7

- а) гортанна ангіна, стеноз гортані в стадії неповної компенсації;
- б) хворіє протягом 2 діб, захворюванню передував грип, температура тіла підвищена до 38 °С; під час непрямой ларингоскопії: гіперемія і інфільтрація слизової оболонки черпакувато-надгортанних і присінкових складок, голосова щілина звужена;
- в) гострий тиреоїдит;
- г) протизапальна, дегідратійна і гіпосенсибілізуюча терапія.

Задача 8

- а) ГРВІ. Первинний гострий ларинготрахеїт, 2 варіант, безперервний перебіг. Стеноз гортані в стадії неповної компенсації;
- б) дифтерія, заглотковий абсцес, стороннє тіло гортані, бронхіальна астма, папіломатоз гортані;

в) протизапальна, дегідратаційна, гіпосенсибілізуєча терапія, спазмолітичні засоби; лікарські речовини вводяться переважно у вену.

Задача 9

а) конікотомія;

б) пальпаторно визначають конічну зв'язку та розсікають її (за наявності використовують конікотом), у подальшому проводять типову трахеостомію, тому що конікотомія може сприяти розвитку перихондриту гортані і хронічного рубцевого стенозу гортані.

Задача 10

а) дифтерія гортані;

б) афонія, нестерпний безголосий кашель із відторгненням темно-сірої плівки, наявність сірих плівок на слизовій оболонці гортані;

в) бактеріологічне дослідження мазків із носа, глотки, гортані;

г) інфекційне відділення;

д) прогноз сприятливий.

Задача 11

а) хронічний гіпертрофічний ларингіт, лейкоплакія голосових складок;

б) дифузна форма;

в) злоякісна пухлина, туберкульоз, склерома та сифіліс;

г) мікроларингоскопія та мікрохірургічне втручання на гортані (декортикація голосових складок), гістологічне дослідження;

д) підлягає диспансерному нагляду в групі підвищеного онкологічного ризику.

Задача 12

а) трахеоканюля вийшла з просвіту трахеї;

б) провести ревізію трахеостоми і ввести трахеоканюлю в просвіт трахеї.

11. Список літератури.

- 1) Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. — К.: Здоров'я, 1999. — С. 177—201.
- 2) Мітін Ю.В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. — С. 97—115.
- 3) Тестові завдання для контролю знань студентів з оториноларингології. За редакцією Ю.В. Мітіна — К., 1996. — С. 87—96.
- 4) Пальчун В.Т., Крюков А.Й. Оториноларингологія. — М.: