

**Н.Ж. Хушвакова,  
Г.Б. Давронова**

# **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**



**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И  
ИННОВАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**Н.Ж. Хушвакова., Г.Б. Давронова**



*Направление – Здоровоохранение – 510000  
Предмет "Оториноларингология, стоматология"*

# **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

*Для студентов среднего специального медицинского техникума*





UO`K 616.21(075)

KBK 56.8я7

X 98

Н.Ж. Хушвакова., Г.Б. Давронова.

Оториноларингология [Текст]: учебник / Н.Ж. Хушвакова, Г.Б. Давронова; редактор А.М. Мустафоев; переводчик А. Умрзаков. – Самарканд: Samarqand, 2024. – 104 с

#### Составители:

**Хушвакова Н. Ж.** - Заведующая кафедрой оториноларингологии № 1 Самаркандского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

**Давронова Г.Б.** - и.о. доцент кафедры оториноларингологии № 1 Самаркандского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук.

#### Рецензенты:

**Бакиева Ш.Х.** - Профессор кафедры оториноларингологии и стоматологии Ташкентской медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.

**Хамракулова Н.О.** – Заведующая кафедрой анатомии человека Самаркандского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, доцент.

*Перед вашими преподавателями стоит трудная задача - за очень короткий срок предоставить вам основные теоретические сведения и обучить некоторым практическим методам диагностики и лечения, совершенно необходимым в его сестринской практике.*

*Вы найдете в этом учебнике детального описания анатомии и физиологии процессов, тонких методов исследования, научных размышлений и сложнейших операций. Структура кровообращения и иннервации ЛОР-органов у детей такая же, как у взрослых.*

*Мы стремились сделать учебник компактным по объему, конкретным, отдавая предпочтение прикладным практическим вопросам. Однако есть еще не менее важная составляющая профессионализма врача, которая позволит избежать многочисленных небольших и огромных личных врачебных ошибок – это выработать для себя закон: относиться к каждому больному, как к родному и близкому человеку.*

*Студент – медик всегда хочет стать замечательным и преуспевающим врачом высшей квалификации и уж, конечно, не совершать врачебных ошибок.*

*Для тех же, кто захочет посвятить свою врачебную деятельность нашей любимой специальности, уже издана масса учебников и руководств, книг, атласов и монографий. Конечно, мы надеемся, что и наш скромный труд будет не только полезным, но и привлечет некоторых из них к выбору замечательной профессии – оториноларинголога.*

ISBN 978-9910-771-38-5

© Н.Ж. Хушвакова, Г.Б. Давронова, 2024 г

© Самарканд 2024 г

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1. ОСТРЫЙ РИНИТ, РИНОФАРИНГИТ .....	4
ГЛАВА 2. АНГИНА.....	9
ГЛАВА 3. СИНУСИТ.....	18
ГЛАВА 4. ЛАРИНГОТРАХЕИТ .....	26
ГЛАВА 5. ОТИТ.....	33
ГЛАВА 6. НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ.....	42
ГЛАВА 7. ПОРАЖЕНИЕ ЛОР – ОРГАНОВ ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ .....	71
ГЛАВА 8. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ.....	80
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	102



## ГЛАВА 1. ОСТРЫЙ РИНИТ, РИНОФАРИНГИТ

Острый ринит - воспаление слизистой оболочки полости носа, обычно вирусной этиологии, которое каждый человек в течение жизни переносит неоднократно. Синонимы в быту - «острый насморк» или «простуда», поскольку заболеванию часто предшествует общее переохлаждение.

**ЭТИОЛОГИЯ.** Основными возбудителями острого вирусного ринита - большая группа респираторных или пневмотропных вирусов: аденовирусы, риновирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, вирусы гриппа и парагриппа, коронавирусы и другие.

Основные бактериальные возбудители острого инфекционного ринита - *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Streptococcus pyogenes*. Разные серотипы этих микроорганизмов, последовательно сменяя друг друга, колонизируют носоглотку сразу после рождения, в результате даже у здоровых людей они существуют в носоглотке в единичных экземплярах.

**ПАТОГЕНЕЗ.** Инфекция передается воздушно-капельным путем. Продолжительность инкубационного периода - 2-5 сут (в среднем 2-3 сут). В это время вирус соединяется с молекулами адгезии, экспрессируемыми на поверхности эпителиальных клеток. Это способствует его проникновению внутрь клетки с репликацией вирусного генетического материала и образованием дочерних вирионов, которые распространяются по слизистой оболочке, разрушая эпителиальные клетки с образованием очагов дезэпителизации и нарушая мукоцилиарный транспорт. Помимо этого вирусное инфицирование инициирует каскад защитных реакций - расширение кровеносных сосудов и повышение их проницаемости, клеточная инфильтрация, гиперпродукция секрета желез, выделение медиаторов и стимуляция чувствительных нервных окончаний. Каскад защитных реакций приводит к элиминации вируса и формированию защитного иммунного механизма, который не стоек и не предотвращает повторное вирусное инфицирование. При наличии преходящих или стойких дефектов иммунитета либо нарушения мукоцилиарного транспорта вирусное инфицирование становится лишь первой фазой заболевания, которая открывает путь бактериальной

суперинфекции. Через образовавшиеся в результате воздействия вируса дефекты в эпителиальном покрове эти бактерии проникают в собственный слой слизистой оболочки, что ведет к усиленной миграции нейтрофилов, макрофагов и активации механизмов антибактериальной защиты.

Острый ринит развивается и при ряде инфекционных заболеваний: дифтерия, грипп, корь, гонорея, ВИЧ-инфекция.

В зависимости от вирулентности этиологического агента воспаление из полости носа распространяется сначала в носоглотку, далее в глотку и нижележащие отделы дыхательных путей. При первичном поражении глотки возможен обратный процесс. Такое распространение инфекции в большей степени характерно для детей, учитывая малые размеры полости носа и отсутствие полноценной иммунной защиты. В этом случае заболевание называют ринофарингит или назофарингит.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.** Типичная клиническая картина острого ринита состоит из трех последовательных стадий, которые у каждого больного выражены в разной степени либо полностью отсутствуют, если не наступает бактериальное инфицирование.

Первая стадия (рефлекторная или продромальная) развивается быстро вследствие переохлаждения организма и длится несколько часов. Сначала происходит спазм сосудов, далее их паралитическое расширение с переполнением кавернозных венозных сплетений и отеком носовых раковин. Клинические симптомы этой стадии - сухость, жжение в полости носа, затруднение носового дыхания, частое чихание. Передняя риноскопия: слизистая оболочка носа гиперемирована, отделяемое из носа скудное, слизистое.

Вторая стадия (катаральная или серозная) длится 2-3 дня и развивается в результате дальнейшего течения воспаления и реакции иммунной системы с образованием медиаторов воспаления. Для этой стадии характерны усиление заложенности носа и выделений из носа, которые по-прежнему носят водянистый или слизистый характер, снижение обоняния, слезотечение, чувство заложенности ушей и гнусавый оттенок речи. Обильное отделяемое из носа раздражает кожу преддверия носа и верхней губы, особенно у детей. Слизистая оболочка носа в этой стадии гиперемирована и отечна, в просвете носовых ходов определяют обильную слизь.



Третья стадия наступает на 4-5-е сутки в связи с присоединением бактериальной инфекции, что приводит к смене слизистого экссудата слизисто-гнойным, содержащим продукты фагоцитарной активности. Появление таких выделений из носа не всегда свидетельствует о развитии гнойного синусита, для которого характерны тяжесть или боль в проекции околоносовых пазух, ухудшение общего состояния, повышение температуры тела. Помимо слизисто-гнойных выделений из носа больного беспокоит стекание носового секрета по задней стенке носоглотки с мучительным кашлем, особенно характерным для детей. Слизистая оболочка носа в этой стадии остается гиперемированной и отечной, но цвет ее постепенно нормализуется, просвет носовых ходов расширяется. Общее состояние улучшается, восстанавливаются носовое дыхание и обоняние. Весь цикл болезни продолжается 7-10 дней, но при неблагоприятных условиях (аллергия, снижение иммунитета, детский или пожилой возраст, работа в коллективах или резкие температурные колебания) затягивается и приводит к осложнениям - синусит, отит, трахеобронхит и др.

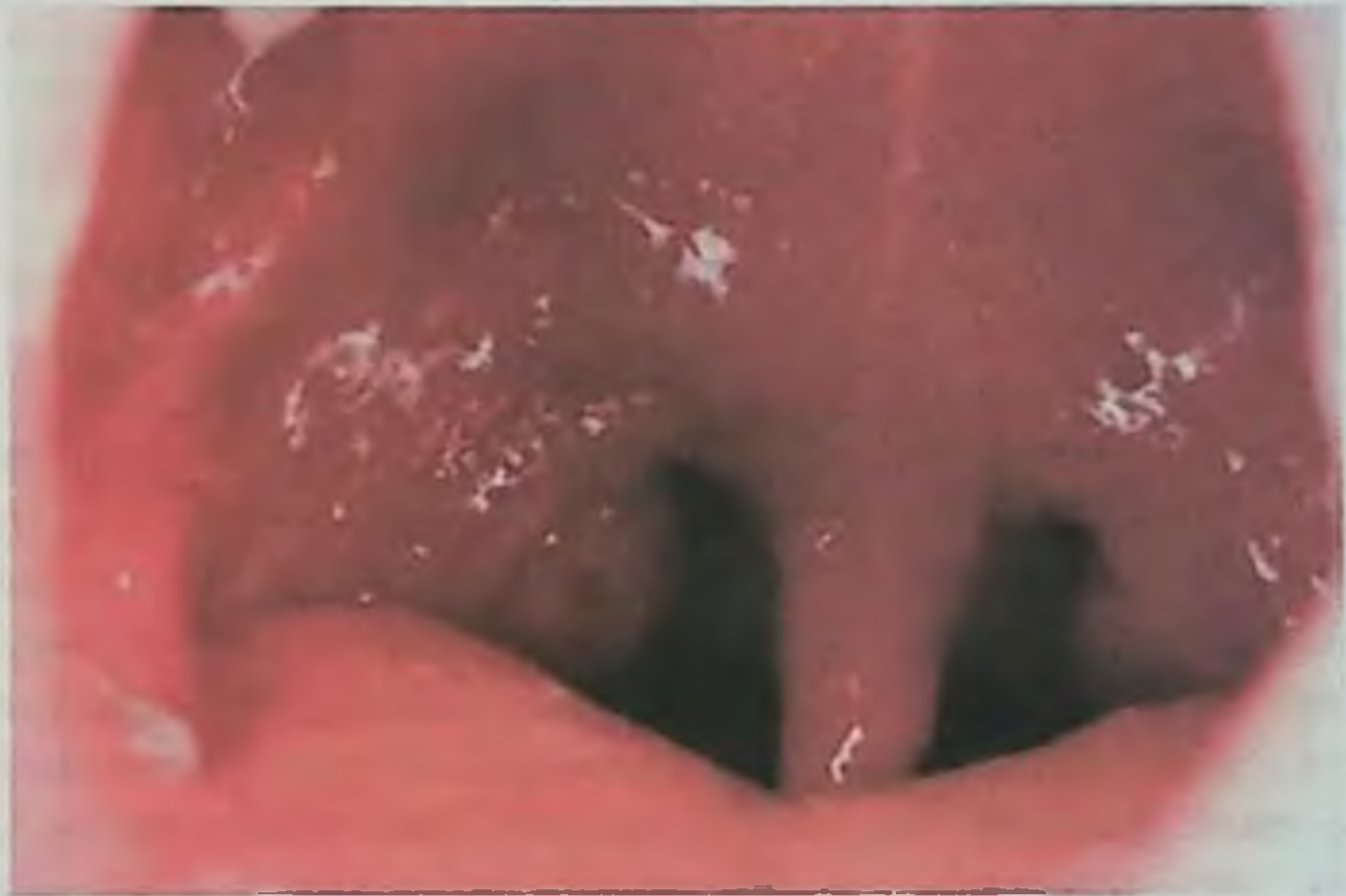
**ДИАГНОСТИКА.** Диагностика острого ринита не сложная - анализ жалоб, анамнеза и клинической картины. Если внимательно проследить очередность появления симптомов, можно легко определить стадию ринита.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.** Основные вопросы дифференциальной диагностики острого ринита - определение вирусной и бактериальной фаз заболевания с учетом клинических признаков ринита, вызванного возбудителями кори, скарлатины, дифтерии и других заболеваний.

Дифтерийный ринит вызывает *Corynebacterium diphtheriae* - обычно распространенный процесс с вовлечением не только полости носа, но и остальных отделов верхних дыхательных путей. Отличительные клинические признаки - наличие плотно прилегающих к слизистой оболочке распространенных желтоватых налетов, при отделении которых обнажается ее кровоточащая поверхность. Симптомы со стороны полости носа - нарушение носового дыхания, примесь крови при высмаркивании, общая интоксикация. Дифтерией болеют преимущественно люди, которым не проведена специфическая вакцинация. Поражение дыхательной системы - далеко не единственное клиническое проявление



дифтерии, поскольку в процессе жизнедеятельности коринебактерии продуцируют биологически активные вещества: гиалуронидазу, нейраминидазу - некротизирующие и диффузионные факторы. Действие токسينа на ткани приводит к поражениям нервной и сердечно-сосудистой систем - невриту и миокардиту. Такой больной нуждается в экстренной помощи и госпитализации. Для диагностики дифтерии помимо анамнеза и клинических признаков имеет значение микроскопия мазков из пораженной области с выявлением возбудителя.



*Рис. 1.1. Фарингоскопическая картина острого фарингита*

**ЛЕЧЕНИЕ.** Лечение фарингита зависит от его этиологии. В любом случае из рациона исключают раздражающую горячую, холодную, кислую, острую и соленую пищу. Рекомендуют обильное питье - 1,5-2 л в сутки. Воздействие раздражающих факторов, например, табачного дыма, исключают. Основные лечебные мероприятия при вирусной природе заболевания - полоскание горла антисептическими и противовоспалительными растворами, использование аэрозолей, ингаляции, лекарства в форме пастилок, таблеток, леденцов для рассасывания. При выявлении бактериальной природы проводят местную или системную антибиотикотерапию.



**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС.** Сестринский процесс у больных острым фарингитом на разных этапах лечения включает первичную оценку состояния пациента, планирование сестринского процесса, выполнение сестринских вмешательств, итоговую оценку сестринского ухода.

Медицинская сестра должна уметь:

- подготовить кабинет к работе;
- подготовить инструменты для исследования глотки;
- пользоваться лобным осветителем;
- выполнять фарингоскопию;
- взять материал со слизистой оболочки глотки для

исследования:

- наматывать вату на зонд с навивкой;
- выполнить аппликацию лекарственных препаратов на слизистую оболочку глотки или инстилляцию аэрозоля.

### **ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактика острого фарингита, как и других воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, непосредственно связана с профилактикой ОРВИ в целом. Необходимо выработать устойчивость организма к респираторным вирусам и бактериям. Для профилактики острого фарингита, как и ринита, используют комплекс мероприятий, направленных на исключение влияния вредных факторов, своевременное лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний и выявление хронических очагов инфекции (кариес зубов, хронический тонзиллит и синусит) (см. Профилактика острого ринита).

### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ**

1. Определение острого фарингита.
2. Этиология острого фарингита.
3. Клиническая картина острого фарингита.
4. Основные лечебные мероприятия при остром фарингите.

## ГЛАВА 2. АНГИНА

Ангина - общее острое инфекционное заболевание, при котором местное воспаление поражает лимфаденоидную ткань миндалин глотки, однако чаще воспаление затрагивает небные миндалины.

**ЭТИОЛОГИЯ.** Этиологические агенты заболевания - разные микроорганизмы: вирусы, бактерии, грибы и другие. Однако классический вариант заболевания, сопровождающийся тонзиллогенной интоксикацией и развитием сопряженных заболеваний, вызывается  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Его обнаруживают у 50-80% больных ангиной. Более редкие этиологические агенты - стрептококки других групп (С и G) *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria*, анаэробы, спирохеты, микоплазмы и хламидии. Небные миндалины часто поражаются и при ОРВИ, когда этиологический агент - банальные респираторные вирусы.

**ПАТОГЕНЕЗ.** Экзогенные возбудители проникают в слизистую оболочку миндалин обычно воздушно-капельным путем, например при вирусном тонзиллите. Вирусное воспаление «прокладывает» путь бактериальной инфекции, разрушая эпителиальный покров и увеличивая адгезию бактерий к клеткам эпителия. Для бактериального воспаления возможен воздушно-капельный, алиментарный, контактный путь или активизация эндогенной флоры. Предрасполагающие факторы - снижение иммунитета, резкие сезонные колебания условий внешней среды (температура, влажность, питание, ограниченное поступление в организм витаминов и др.), травма миндалин, наследственная предрасположенность к ангинам, состояние центральной и вегетативной нервной системы, хронические воспалительные заболевания в полости рта, носа и околоносовых пазухах.

Ангина развивается по типу аллергически-гиперергической реакции, что способствует ревматизму, острому диффузному нефриту и другим заболеваниям инфекционно-аллергического характера и ассоциированным с антигеном БГСА.

**КЛАССИФИКАЦИЯ.** Учитывая разнообразие этиопатогенеза ангин, существует удобная классификация ангин по Б.С. Преображенскому, согласно которой ангины разделяют на:



- первичные ангины (простые, банальные) - катаральная, лакунарная, фолликулярная, флегмонозная;
- вторичные (симптоматические) ангины при острых инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, дифтерия, инфекционный мононуклеоз) и заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз и др.);
- специфические ангины - ангина Симановского-Плаута-Венсана, грибковая ангина.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.** Банальные ангины имеют ряд общих клинических особенностей. Воспаление миндалин всегда двустороннее; первичный этиологический фактор - банальная микрофлора; признаки интоксикации организма, боль при глотании локализуется преимущественно в проекции нёбных миндалин.

Переход одной формы ангины в другую - последовательный процесс, поскольку лакунарная форма без предшествующей катаральной ангины невозможна. Для этого имеют значение вирулентность этиологического агента и связанная с ней быстрота смены стадий, своевременность обращения к врачу и другие факторы.

При катаральной форме признаки воспаления выражены незначительно. Фарингоскопический определяют разлитую гиперемию миндалин и краев нёбных дужек, миндалины несколько отечны (рис. 2.1).

Язык сухой, обложен. Часто определяют небольшое увеличение регионарных лимфатических узлов. Обычно болезнь на фоне лечения продолжается 3-5 дней. Редко катаральная ангина протекает тяжелее.



*Рис. 2.1. Фарингоскопическая картина катаральной ангины*



Лакунарная ангина характеризуется выраженным воспалением более глубоких отделов миндалин - лакун. Налеты в них - следствие некроза эпителия - легко снимаются шпателем без обнажения кровоточащей их поверхности в отличие от дифтерийных налетов (рис. 2.2). При этой форме более выражены клинические признаки - высокая температура тела, общая интоксикация, сильная боль при глотании. В анализе крови - увеличение числа лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов. Продолжительность заболевания на фоне лечения - 5-7 дней.



*Рис. 2.2. Фарингоскопическая картина лакунарной ангины*

Фолликулярная ангина характеризуется преимущественным поражением паренхимы миндалин, их фолликулярного аппарата - наиболее тяжелая форма первичной ангины, при которой степень выраженности симптомов максимальная. При фарингоскопии видны отечные и гиперемизированные небные миндалины, сквозь эпителиальный покров которых просвечивают нагноившиеся фолликулы в виде беловато-желтоватых образований величиной с булавочную головку. Резко выражен регионарный лимфаденит. Нередко у больного обнаруживают одновременно признаки лакунарной и фолликулярной ангины. Длительность заболевания на фоне лечения - 5-7 дней.

Помимо небных миндалин в острое воспаление вовлекаются и другие скопления лимфаденоидной ткани, в частности, глоточная миндалина, расположенная в носоглотке. Ее воспаление - аденоидит



- наиболее актуально в педиатрической практике, поскольку в детском возрасте роль глоточной миндалины, ее размеров высока. Аденоидит характеризуется болями в верхних отделах глотки (носоглотке), затрудненным носовым дыханием, стеканием слизисто-гнойного отделяемого по задней стенке глотки, «гнусавостью», храпом, частым распространением воспаления на трубные миндалины и закупоркой устьев слуховых труб.

Ангина язычной миндалины сопровождается болью при глотании и при высовывании языка. Воспаление, распространяясь на соединительную и межмышечную ткани, может привести к интерстициальному гнойному воспалению языка.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ БАНАЛЬНЫХ АНГИН**

Осложнения банальных ангин разделяют на местные и системные.

Местные осложнения - паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. Развитие этих осложнений свидетельствует о несостоятельности местного иммунитета и распространении воспаления за пределы миндалин. Паратонзиллит - ранняя стадия паратонзиллярного абсцесса - характеризуется односторонними болями в ротоглотке, резко усиливающимися при глотании, повышенной саливацией. При осмотре видны отечные и гиперемизированные небные дужки с одной стороны, однако мягкое небо, как правило, остается симметричным и отсутствует тризм жевательной мускулатуры (рис. 2.3). Два последних симптома в большей степени характерны для паратонзиллярного абсцесса.



**Рис. 2.3. Фарингоскопическая картина паратонзиллита**



Системные осложнения банальных ангины - метатонзиллярные заболевания: ревматизм, инфекционно-аллергический миокардит, ревматоидный полиартрит, гломерулонефрит.

Миокардит развивается при первичной ангине в первые дни реконвалесценции, при повторной ангине - с первых дней болезни. Это осложнение редко проявляется классическими симптомами заболевания. Частый единственный признак миокардита - стойкие изменения электрокардиограммы, свидетельствующие об очаговом поражении мышцы сердца, и умеренное повышение активности 1-2-й фракций лактатдегидрогеназы.

Гломерулонефрит развивается на 5-6-е сутки нормальной температуры тела (8-10-е сутки заболевания), что соответствует времени формирования аутоиммунных (против тканей почек) и иммунопатологических факторов. Гломерулонефрит протекает без экстраренальных симптомов. Единственное его проявление - стойкий мочевого синдром в виде умеренной протеинурии (0,033-0,099 г/л), лейкоцитурии (10-50 клеток в поле зрения в препарате осадка мочи), эритроцитурии (3-20 клеток в поле зрения) и цилиндрурии.

### СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНГИНЫ

Ангина Симановского-Плаута-Венсана вызывается симбиозом веретенообразной палочки (*Bacillus fusiformis*) и спирохеты полости рта (*Spirochaeta buccalis*), как правило, у ослабленных больных или при наличии очагов некроза в полости рта (кариес зубов). При этом общее состояние не изменяется. Основные клинические симптомы - неприятный запах изо рта, увеличение регионарных лимфатических узлов на стороне поражения, поскольку воспаление обычно одностороннее.

Грибковую ангину (фарингомикоз) встречают в основном у детей раннего возраста. Она вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida albicans* - 95% и *Leptotryx buccalis* - 5%. Общие симптомы не выражены или слабо выражены. При фарингоскопии выявляют точечные белые или желтоватые налеты на миндалинах, легко снимающиеся шпателем, иногда распространяющиеся на слизистую оболочку щек и языка.

**ДИАГНОСТИКА.** Ангину диагностируют по клинико-анамнестическим данным. Однако при наличии налетов на



миндалинах обязательно выполнение медико-экономического стандарта помощи таким больным - бактериологическое исследование мазка для выявления БГСА. От этого зависит выбор антибиотика, длительность лечения, необходимость дополнительного обследования. В арсенале оториноларинголога имеются экспресс тест-полоски для диагностики БГСА - быстрый и достаточно чувствительный метод, не требующий отправки материала в микробиологическую лабораторию. Дополнительно при налетах на миндалинах берут материал из глотки и носа для микроскопического выявления коринебактерий дифтерии. Общий анализ крови по изменениям в лейкоцитарной формуле позволяет дифференцировать преимущественно бактериальную или вирусную фазу болезни. В общем анализе мочи при активизации сопряженных с тонзиллитом заболеваний выявляют различную степень нефротического синдрома. В этот период в крови повышен уровень белков острой фазы воспаления, ревматоидный фактор и антистрептолизин О. На электрокардиограмме отмечают различные изменения, связанные с тонзиллокардиальным рефлексом. Поражение клапанного аппарата сердца в рамках тонзиллогенного эндокардита определяют при ЭХО-кардиографии (ультразвуковой кардиографии). При выявлении этих отклонений следует рекомендовать больному консультацию кардиоревматолога. Углубленное обследование при банальной ангине и отсутствии характерных жалоб, указывающих на какое-либо сопряженное заболевание, обычно не проводят в отличие от ситуации с хроническим тонзиллитом для определения его формы (компенсированная или декомпенсированная).

**ЛЕЧЕНИЕ.** Ангина - острое инфекционное заболевание, поэтому необходима строгая изоляция больного либо в инфекционном стационаре, либо на дому. Дома больному необходимо выделить отдельное помещение, которое следует регулярно проветривать и проводить влажную уборку, и отдельную посуду. Больной должен соблюдать постельный режим. При необходимости общения с ним следует пользоваться медицинскими масками.

Учитывая выраженную интоксикацию, показано обильное питье, жидкая калорийная, витаминизированная пища.



Широко используют полоскания горла антисептиками 5-6 раз в сутки. Для увеличения времени экспозиции лекарства на слизистой оболочке используют лекарственные формы в виде таблеток или леденцов для рассасывания.

Системное антибактериальное лечение применяют обычно при тяжелых формах ангины: лакунарной, фолликулярной. Препарат выбирают таким образом, чтобы он действовал на все возможные патогенные микроорганизмы и особенно на БГСА. При подозрении на БГСА продолжительность антибактериального лечения - не менее 10 дней (в остальных случаях 5-7 дней). Препараты выбора при лечении банальной ангины - аминозащищенные пенициллины (амоксциллин+клавулановая кислота); цефалоспорины III-IV поколений, формы для приема внутрь и парентеральные формы: современные макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин, спирамицин) и респираторные фторхинолоны, разрешенные к применению только у взрослых (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин). Учитывая высокую резистентность БГСА к тетрациклину, сульфаниламидам и котримоксазолу, применять их не следует.

Стартовые антибиотики - защищенные аминопенициллины. При аллергии к ним применяют препараты других групп. Следует помнить о возможной перекрестной аллергии к цефалоспорином.

По показаниям используют жаропонижающие и антигистаминные средства.

Показатели здоровья после перенесенной ангины - нормальная температура тела, отсутствие болей в горле и болезненности при пальпации подчелюстных лимфатических узлов, нормальные показатели анализов крови, мочи и электрокардиограммы.

Лечение специфической ангины Симановского-Плаута-Венсана проводится оториноларингологом: смазывание изъязвленной слизистой оболочки глотки 10% раствором новарсенола в глицерине, 2% метиленовым синим\*, 1% раствором борной кислоты, 10% раствором сульфата меди\*, полоскание горла 0,1% раствором этакридина, 0,1% раствором перманганата калия. При тяжелом течении заболевания рекомендуют системное антибактериальное лечение и внутривенные инъекции новарсенола (0,3-0,4 г с интервалом 1-2 сут. Больного, страдающего вторичным острым тонзиллитом при инфекционных заболеваниях, лечат в



инфекционном стационаре, используя этиотропное и патогенетическое лечение. Местно применяют дезинфицирующие полоскания. Больного со вторичным острым тонзиллитом при заболеваниях системы крови лечат в терапевтическом или специализированном гематологическом отделении по правилам лечения основного заболевания.

Лечение грибковой ангины комплексное - прием внутрь противогрибковых препаратов в течение 10-14 дней (кетоконазол, флуконазол, клотримазол), аскорбиновой кислоты, антигистаминных препаратов и витаминов группы В. Местно - полоскания и ингаляции. Для полосканий используют водный 3% раствор борной кислоты, грамицидина С 1:10000, перманганата калия 1:10000, 1% раствор оксихинолина (хинозол<sup>®</sup>).

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС.** Сестринский процесс у больных ангиной на разных этапах лечения включает первичную оценку состояния больного, планирование сестринского процесса, выполнение сестринских вмешательств, итоговую оценку сестринского ухода.

Медицинская сестра должна уметь:

- подготовить кабинет к работе;
- подготовить инструменты для исследования глотки;
- пользоваться лобным осветителем;
- выполнять фарингоскопию;
- взять материал со слизистой оболочки глотки и миндалин для исследования;
- научить больного правильному полосканию горла;
- наматывать вату на зонд с навивкой;
- выполнять аппликацию лекарственных средств на слизистую оболочку глотки.

**ПРОФИЛАКТИКА.** Профилактика ангины - многочисленные общие мероприятия, направленные на исключение влияния вредных факторов, своевременное лечение других острых инфекционно-воспалительных заболеваний, выявление хронических очагов инфекции (кариес зубов, хронический тонзиллит и синусит), санаторно-курортное лечение, регулярные занятия физической культурой, которые актуальны и для человека, не болеющего ангиной, для сохранения здоровья.

Помимо общеукрепляющего лечения и мероприятий, направленных на предупреждение ОРВИ, эффективное средство профилактики ангины - препараты бактериального происхождения, в частности комплексы лизат-антигенов наиболее частых возбудителей воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, полости рта и глотки.

### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ**

1. Определение ангины.
2. Клинические отличия ангины от острого фарингита.
3. Классификация ангин.
4. Какая форма лекарственных средств для местного применения (таблетки для рассасывания, раствор для полоскания или спрей для орошения) при заболеваниях глотки предпочтительна и почему?
5. Для выявления каких микроорганизмов, помимо банальных бактерий, необходимо брать материал при лакунарной ангине?



## ГЛАВА 3. СИНУСИТ

Острый синусит - воспаление околоносовых пазух, которое обычно развивается как осложнение ОРВИ и острого ринита. Более употребим термин «риносинусит», который подчеркивает единство полости носа и околоносовых пазух и взаимное влияние их заболеваний.

**КЛАССИФИКАЦИЯ.** При риносинусите воспаление может локализоваться в верхнечелюстной (гайморит), клиновидной (сфеноидит), лобной (фронтит) пазухах и в ячейках решетчатой кости (этмоидит). Воспаление всех околоносовых пазух на одной стороне - гемисинусит. Воспаление нескольких пазух справа и слева - полисинусит, воспаление всех пазух - пансинусит.

Если острый риносинусит - осложнение ОРВИ, то это, как правило, бактериальная суперинфекция. Отек слизистой оболочки и патологическое содержимое в околоносовых пазухах обнаруживают и при вирусной, грибковой инфекции, и при аллергической природе заболевания.

**ЭТИОЛОГИЯ.** Основные возбудители острого бактериального риносинусита - *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*. При остром синусите выделяют и другие бактерии - *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococ-*

*cus viridans*. Спектр возбудителей острого бактериального риносинусита существенно варьирует в зависимости от географических, социально-экономических и прочих условий.

Возбудители внутрибольничных, развившихся на фоне иммунодефицитных состояний, и одонтогенных риносинуситов наряду с уже перечисленными бактериями - *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.*, у иммунодефицитных больных, кроме того, - сапрофитные бактерии и грибковая микрофлора. В последние годы обсуждают роль хламидий и другой атипичной микрофлоры в этиологии риносинусита.

**ПАТОГЕНЕЗ.** Острый синусит практически всегда развивается при нарушении мукоцилиарного клиренса, когда созданы оптимальные условия для бактериальной инфекции.

Обычный пусковой фактор для развития острого бактериального риносинусита - ОРВИ. Отек слизистой оболочки и застой секрета в околоносовых пазухах выявляют у 90% больных ОРВИ. Однако синусит возникает лишь у 1-2% таких больных.

Кроме нарушения мукоцилиарного транспорта важную роль играют аномалии строения внутриносовых структур и решетчатого лабиринта, блокирующие проходимость естественных отверстий околоносовых пазух и нарушающие механизмы очищения пазух.

Внутрибольничный риносинусит часто обусловлен продленной назотрахеальной интубацией.

Одонтогенный гайморит в большей степени - хроническое бактериальное воспаление, развивающееся на фоне очагов инфекции, кист или гранулем в области корней зубов верхней челюсти. Попадание в верхнечелюстную пазуху кусочков пломбировочного материала или корней зубов возможно при образовании сообщения между ротовой полостью и верхнечелюстной пазухой после экстракции или лечения зуба. В этом случае синусит развивается остро или изначально принимает подострое или хроническое течение.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.** Основные симптомы риносинусита - затруднение носового дыхания, головная боль и выделения из носа. Менее постоянные симптомы - снижение обоняния, чувство заложенности ушей, повышение температуры тела, общее недомогание и кашель (более характерен для детей).

При воспалении верхнечелюстных и лобных пазух боль локализуется в лице, области переносицы и надбровья. Для сфеноидита характерны боли в центре головы и затылке.

Выделения из носа бывают слизистыми или гнойными, отходят при высмаркивании или стекают по задней стенке глотки, что более характерно для воспаления клиновидной пазухи и задних отделов решетчатого лабиринта.

**ДИАГНОСТИКА.** Риносинусит диагностируют на основании анамнестических данных, клинических проявлений, лабораторных



исследований, результатов инструментальных методов обследования.

Для острого бактериального риносинусита характерна связь с перенесенной 5-10 дней назад ОРВИ.

Для определения этиологии заболевания традиционно используют бактериологическое исследование мазка из среднего носового хода под контролем эндоскопа или пунктата из пазухи. При взятии материала из полости носа высока вероятность попадания «путевой» микрофлоры. Бактериологическое исследование ценно при упорном, резистентном к лечению остром синусите и при хроническом синусите. Для получения результатов исследования необходимо 5-10 сут. Метод не обладает исключительной информативностью, что обусловлено аутостерилизацией гноя в полостях, нарушением методики исследования, вирусной (или иной) этиологией заболевания.

Метод инструментальной диагностики острого синусита - эндоскопия полости носа жестким или гибким эндоскопом. Исследование проводят после анемизации слизистой оболочки. Как правило, используют и местную аппликационную анестезию 10% раствором лидокаина. При эндоскопии определяют точную локализацию воспаления (рис. 3.1).

Традиционный метод диагностики синусита – рентгенография околоносовых пазух - относительно недорогой и доступный метод. Однако его ценность как рутинного метода в последние годы ставят под сомнение. Многие эксперты предлагают к однозначным признакам гнойного синусита относить либо тотальное затемнение пазухи, либо наличие границы жидкость/воздух. Изменения в виде пристеночного утолщения возможны и при ОРВИ, и в отсутствие острого воспаления, как следствие хронического синусита.

Более детально анализировать состояние околоносовых пазух позволяет компьютерная томография в коронарной проекции, которая постепенно становится «золотым стандартом» исследования околоносовых пазух.



*Рис. 3.1. Эндоскопическая картина при гнойном синусите: гнойное отделяемое в среднем носовом ходе*



*Рис. 3.2. Рентгенограмма при двустороннем гайморите: уровни в верхнечелюстных пазухах*



сложных диагностических ситуациях, например при подозрении на деструкцию стенок околоносовых пазух или после предшествующих операций, показано проведение исследования дополнительно в аксиальной проекции. Метод не только позволяет определить характер и распространенность изменений в околоносовых пазухах, но и выявляет причины и особенности строения носа и пазух, приводящие к развитию и рецидивам риносинусита. Компьютерная томография с высоким разрешением позволяет визуализировать структуры, которые не видны при обычной рентгенографии (рис. 3.2 и 3.3).



*Рис. 3.3. Компьютерная томограмма при левостороннем гайморите: выпот в верхнечелюстной пазухе*

Современный метод визуализации - магнитно-резонансная томография - имеет меньшую ценность при исследовании околоносовых пазух, поскольку не дает представления о проходимости их соустьев. Она показана только в определенных ситуациях: подозрение на грибковый характер поражения околоносовых пазух или опухолевую природу заболевания, орбитальные и внутричерепные осложнения риносинусита.



Диагностическая пункция околоносовых пазух и их зондирование дают возможность оценить объем и характер содержимого пазухи и косвенным путем получить данные о проходимости ее естественного отверстия.

**ЛЕЧЕНИЕ.** Лечение синусита значительно отличается от лечения больных с острым ринитом. Воспаленная пазуха носа труднодоступна для каких-либо местных препаратов.

Основной метод воздействия на патогенные микроорганизмы при синусите - антибактериальное лечение, которое применяют по стандарту, разработанному в целом для воспаления верхних дыхательных путей. Препараты выбора - амнипенициллины (амоксциллин), аминозащищенные пенициллины (амоксциллин + клавулановая кислота), которые имеют преимущество по устойчивости бактерий к бета-лактамазам, что определяет их лучшую эффективность. Однако учет этого фактора требуется далеко не в каждом случае, поскольку доля бактерий, продуцирующих бета-лактамазы, при остром синусите невелика.

В определенных ситуациях применяют цефалоспорины II-III поколений (цефуроксим, цефиксим), например после лечения пенициллинами давностью не более 1 мес. Парентеральные цефалоспорины (III-IV поколений) и респираторные фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин) используют при неэффективности стартового лечения или при изначально тяжелом течении синусита с угрозой осложнений. Современные макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин, спирамицин) - альтернатива стартовым препаратам при средне-тяжелом синусите, поскольку обладают худшей природной активностью в отношении гемофильной палочки.

Длительность стартового антибактериального лечения - не менее 7 дней. Лечение без системных антибиотиков возможно при катаральной форме синусита и легком его течении без выраженных клинических симптомов и общей интоксикации. При этом используют солевой назальный душ, интраназальные глюкокортикостероиды, муколитики. Эти препараты входят в схему лечения синусита средне-тяжелого и тяжелого течения в дополнение к системному антибактериальному лечению.

Сосудосуживающие препараты в нос (ксилометазолин, оксиметазолин) показаны при любом варианте острого синусита.



поскольку позволяют быстро уменьшить отек слизистой оболочки полости носа и облегчить эвакуацию отделяемого из пазух. Ограничения применения этих препаратов - их побочные эффекты, быстрое привыкание с развитием медикаментозного ринита, циклодепрессивное действие, системная гипертензия. Поэтому сосудосуживающие средства применяют строго в соответствии с показаниями в течение не более 7 дней, целесообразно 2-3 дня, поскольку при правильном лечении синусита необходимость в их дальнейшем использовании отпадает.

Сопутствующий аллергический фон (аллергический ринит) требует применения антигистаминных средств, поскольку многие препараты, в том числе ряд антибиотиков (макролиды), теряют активность в условиях повышенной продукции иммуноглобулина Е.

В качестве методов эвакуации гнойного отделяемого из пазух традиционно используют метод Проетца, пункцию верхнечелюстных пазух, трепанопункцию лобных пазух, Ямик синус-катетер. Эти методы применяют в качестве вспомогательного лечения и не заменяют системное антибактериальное лечение, поскольку при персистенции патогенных микроорганизмов в пазухах более 1 мес возникает высокий риск хронизации воспаления.

Метод Проетца наименее эффективен в этом ряду методов эвакуации, поскольку в действительности позволяет очистить только область среднего носового хода со структурами остиомеатального комплекса. Однако и он дает положительный результат, позволяя очистить область естественных соустьев околоносовых пазух.

Пункцию верхнечелюстных пазух ранее выполняли рутинно при каждом случае синусита. В настоящее время благодаря появлению эффективных антибактериальных средств ее выполняют по показаниям: рентгенологическое определение выпота в пазухе с выраженным болевым синдромом, угроза осложнений, необходимость взятия отделяемого для микробиологического исследования непосредственно из пазухи. За рубежом этот метод практически не применяют.

Ямик синус-катетер в практике оториноларинголога появился сравнительно недавно. Применение его позволяет эвакуировать отделяемое из околоносовых пазух по принципу разницы давления, достигаемой созданием вакуума в полости носа, и ввести в них

лекарственный препарат. Однако изолированное поражение той или иной пазухи даже при двустороннем воспалении (двусторонний гайморит), что часто встречаются в клинической практике, - ограничение к его применению, поскольку возможно распространение инфекции на интактные пазухи.

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС.** Сестринский процесс у больного острым синуситом включает реализацию аналогичных задач, что и при лечении больного острым ринитом (см. сестринский процесс при остром рините).

Медицинская сестра дополнительно должна знать методики дренирования околоносовых пазух (пункция, метод Проетца, Ямик-метод) и уметь ассистировать при выполнении этих манипуляций.

**ПРОФИЛАКТИКА.** Профилактика острого синусита, как и других воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, непосредственно связана с профилактикой ОРВИ. Для распространения воспаления на околоносовые пазухи имеют значение и определенные структурные изменения в полости носа: искривление перегородки носа, буллезные изменения средних носовых раковин, гипертрофия крючковидного отростка или выраженная булла решетчатого лабиринта. Однако к ним следует относиться сдержанно, поскольку они распространены и у людей без истории синусита. В большей степени на развитие синусита влияет нарушение мукоцилиарного транспорта, связанное с фоновым аллергическим ринитом, иммуносупрессией и пр. Для профилактики синусита актуален и ряд общих мероприятий, направленных на исключение влияния вредных факторов, своевременное лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний и выявление хронических очагов инфекции (кариес зубов, хронический тонзиллит и синусит) (см. профилактику острого ринита).

#### ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Определение острого синусита.
2. Что такое гемисинусит, полисинусит и пансинусит?
3. Клиническая картина острого синусита, ее отличия от острого ринита.
4. Принципы лечения больных острым синуситом.
5. Методы дренирования околоносовых пазух.



## ГЛАВА 4. ЛАРИНГОТРАХЕИТ

Острый ларингит, или ларинготрахеит, - воспаление слизистой оболочки трахеи и гортани, при выраженном затруднении дыхания и появлении инспираторной одышки - стенозирующий ларингит, или ларинготрахеит.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.** Острым ларинготрахеитом часто болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 4-5 лет (с пиком заболеваемости в 1-2 года), однако заболевание возможно и в старшем возрасте, и у взрослых. Заболеванию в стенозирующей форме способствует выраженная подслизистая основа в младшем детском возрасте, которая при воспалении (инфекционном, аллергическом) склонна к значительному отеку. Поскольку инфекционный фактор в силу слабого иммунитета в детском возрасте играет значительную роль, пик заболеваемости острым ларинготрахеитом приходится на холодные месяцы осени и зиму - периоды эпидемий ОРВИ. При этом среди респираторных вирусов основную этиологическую роль играют вирусы парагриппа и респираторно-синцитиальный вирус.

Попадая на слизистую оболочку полости носа и носоглотки, вирус быстро проникает в гортань и трахею, где вызывает снижение местного клеточного иммунитета и мукоцилиарного транспорта. В подскладочном отделе гортани появляются реактивная гиперемия и отек, увеличивается секреция слизи. Выраженность обструктивного синдрома усиливается за счет рефлекторного спазма мышц гортани и скопления в ее просвете густой липкой слизи и корок. При вторичном бактериальном инфицировании заболевание протекает как вирусно-бактериальная инфекция с характерным поражением органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов, центральной нервной системы. Часто слизистая оболочка бронхов и бронхиол тоже вовлекается в воспаление, что вызывает их обструкцию, ателектазы легкого, нарушение газообмена.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.** Заболевание обычно развивается на фоне типичных симптомов ОРВИ: ринореи, боли в горле и повышения температуры тела. В дополнение к ним появляется грубый, лающий, «металлический» кашель, сопровождающийся инспираторной одышкой различной степени выраженности.

Осложнение заболевания - развитие ложного крупа или острого подскладкового стеноза, связанного с отеком рыхлой соединительной ткани в подскладочном отделе гортани, которая у детей младшего возраста развита в большей степени.

Ложный круп обычно появляется во время сна ребенка, когда внезапный приступ удушья приводит к его просыпанию, беспокойству, появлению судорожного кашля, цианоза губ, при этом голос обычно не меняется. Приступ может прекратиться самостоятельно или после рвоты. Если в момент приступа произвести ларингоскопию, то под неизменными голосовыми складками можно увидеть валики ярко-красного цвета, суживающие дыхательную щель.

Предложено несколько классификаций острого стеноза дыхательных путей. Одна из них, согласно литературным данным, предусматривает различную степень острого стеноза гортани в зависимости от степени обструкции дыхательных путей (табл. 4.1).

Степень стеноза	Выраженность обструкции (%)
I степень	0-50
II степень	51-70
III степень	71-99
IV степень	100

*Таблица 4.1. Классификация острого стеноза гортани в зависимости от выраженности обструкции дыхательных путей*

Кроме этого существует классификация на основании клинических проявлений острого стеноза гортани, согласно которой выделяют компенсированную стадию, стадию неполной компенсации, декомпенсированную и терминальную.

#### Стадия компенсации острого стеноза гортани

Общее состояние больного удовлетворительное. Признаки нарушения внешнего дыхания в покое отсутствуют, дыхательные экскурсии редкие и глубокие, дыхательные паузы между вдохом и выдохом укорочены или выпадают. При физическом напряжении появляется инспираторная одышка, отмечают брадикардию и компенсированный дыхательный ацидоз.

#### Стадия неполной компенсации острого стеноза гортани

Больной беспокоен, общее его состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, цианотичные.



Признаки дыхательной недостаточности - учащенное шумное дыхание с участием вспомогательных мышц грудной клетки. При вдохе заметно втяжение надключичных и подключичных ямок, межреберных промежутков, яремной ямки, эпигастрия. Характерно изменение кислотно-основного состояния - субкомпенсированный дыхательный или смешанный ацидоз.

#### Стадия декомпенсации острого стеноза гортани

Больной возбужден, беспокоен, общее его состояние тяжелое. Глаза широко раскрыты, лицо выражает страх. Иногда он принимает вынужденное положение с опорой на руки и запрокинутой назад головой; резко втянуты уступчивые места грудной клетки. В акте дыхания участвуют наружные мышцы гортани, которая совершает максимальные экскурсии при вдохе и выдохе. Кожа бледная, выражен цианоз носогубного треугольника и слизистых оболочек, акроцианоз. У ребенка в результате мышечной нагрузки волосистая часть головы и лицо покрыты липким холодным потом. Появляется «парадоксальный пульс»: аритмия, тахикардия, замедление пульса или выпадение пульсовой волны на вдохе. Сердечная аритмия - предвестник асфиксии. При исследовании выявляют декомпенсированный дыхательный и метаболический ацидоз.

#### Терминальная стадия (асфиксия)

Общее состояние больного крайне тяжелое. Малейшее физическое напряжение затрудняет дыхание, которое становится поверхностным, прерывистым. Больной безучастен, безразличен, крайне утомлен, не просит о помощи - грозный симптом истощения защитных адаптационных механизмов. В результате генерализованного спазма мелких артерий кожа приобретает бледный землистый цвет, ногтевые фаланги значительно цианотичны, почти черные. Черты лица заострены, выступает липкий холодный пот.

Ларингеальный рефлекс истощен, наступает атония голосовых складок и диафрагмы. Приступы кашля редкие и слабые. Пульс нитевидный, почти не определяется, тоны сердца глухие, артериальное давление (АД) низкое. Ослабление сердечной деятельности сопровождается расширением зрачков, экзофтальмом, потерей сознания; появляются судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Смерть наступает обычно на высоте клонико-тонических судорог от паралича дыхательного центра.



**ДИАГНОСТИКА.** Острый ларинготрахеит и острый стеноз гортани обычно диагностируют на основании клинической картины, данных аускультации и ларингоскопии.

При аускультации на высоте одышки в легких выслушивают хрипы, стридорозное дыхание. Над некоторыми отделами легких дыхание не выслушивают из-за образования ателектазов.

При ларингоскопии выявляют отек слизистой оболочки подскладочного отдела гортани в виде гиперемированных валиков под свободными краями голосовых складок.

Клинический анализ крови редко бывает информативным, так как число лейкоцитов обычно остается нормальным. Изменения газового состава крови появляются позже по мере нарастания обструкции гортани.

При тяжелом течении используют рентгенологические методы исследования: рентгенограмма гортани в боковой проекции, томограмма во фронтальной проекции или компьютерная томограмма. При этом видно сужение воздушного столба в подскладочном отделе. При типичной клинической картине острого инфекционного ларингита и при компенсированном остром стенозе гортани подобное углубленное обследование, как правило, не требуется.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.** Острый стенозирующий ларинготрахеит необходимо дифференцировать со многими заболеваниями, иногда с бронхиальной астмой и пневмонией. Ошибочную диагностику допускают, если приступ бронхиальной астмы сопровождается одышкой смешанного характера. Приступ удушья при бронхиальной астме отличается экспираторной одышкой, отсутствием втяжения податливых мест грудной клетки, температурной реакции и интоксикации. При перкуссии над легкими определяют коробочный звук, при аускультации - обильные свистящие хрипы.

Для дифтерийного поражения гортани характерны постепенное развитие стеноза, типичные изменения в глотке, увеличение шейных лимфатических узлов и дисфония. Окончательная диагностика - микробиологическое исследование.

Для заглочного абсцесса характерны постепенно нарастающий носовой оттенок голоса, затруднение глотания и определяемое при фарингоскопии выпячивание задней или



заднебоковой стенки глотки. Заглоточный абсцесс часто появляется у детей младше 1 года. Заболевание никогда не сопровождается охрипостью, кашель часто отсутствует; характерны признаки интоксикации.

Против наличия в дыхательных путях инородного тела свидетельствует возникновение острого стеноза гортани в ночное время, инородное тело редко аспирируют во время сна. Важную роль играет анамнез: острое начало заболевания, сопровождающееся цианозом, приступами кашля и рвоты. Температура тела нормальная, интоксикация отсутствует. Решающую роль играет ларингоскопия.

Ларинготрахеит при кори, скарлатине, ветряной оспе исключают на основании симптомов, типичных для этих заболеваний: высыпания на коже и слизистых оболочках.

Уремический стеноз гортани сочетается с другими признаками уремии, заболеваниями почек в анамнезе. В педиатрической практике уремический стеноз встречаются обычно у детей в возрасте 6-7 лет и старше, острый ларинготрахеит с острым стенозом гортани - в основном в возрасте до 3 лет.

Дифференциальная диагностика острого ларинготрахеита и эпиглоттита обычно не вызывает затруднений. В сложных ситуациях помогают непрямая ларингоскопия или фиброларингоскопия и рентгенография, позволяющие уточнить уровень обструкции.

**ЛЕЧЕНИЕ.** Выбор лечебных мероприятий определяется тяжестью состояния больного и степенью стеноза. При этом острый ларинготрахеит легкого течения без стеноза гортани (лающий кашель, инспираторная одышка в горизонтальном положении) лечат амбулаторно, используя симптоматическое лечение: ингаляции с противоотечными средствами, горячие ножные ванны, по показаниям - противовирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее, антигистаминное лечение.

Острый ларинготрахеит с острым стенозом гортани I степени требует госпитализации из-за возможного прогрессирования стеноза. По показаниям применяют противовоспалительные средства, проводят противовирусное, антибактериальное, иммуномодулирующее и антигистаминное

лечение. Иногда необходимы бронхо- и муколитические средства, глюкокортикостероиды.

При остром ларинготрахеите с острым стенозом гортани II степени перечисленные препараты вводят внутривенно или внутримышечно, проводят дезинтоксикационное лечение, коррекцию нарушений кислотно-основного состояния.

При остром ларинготрахеите с острым стенозом гортани III-IV степени показана интубация или срочная трахеостомия - единственный способ лечения заболевания и прогрессирующей обструкции дыхательных путей, резистентных к медикаментозному лечению.

Показания к интубации:

- прогрессирующая обструкция дыхательных путей, острый стеноз гортани III-IV степени;
- нарастающее истощение физической активности, угнетение дыхательных движений;
- гипоксемия, увеличение потребности в кислороде, ацидоз;
- неэффективность интенсивного комплексного лечения в течение 3-4 ч;
- отсутствие реакции на повторные инъекции эпинефрина (адреналин<sup>®</sup>).

Подготовку к интубации необходимо начинать до появления критических симптомов асфиксии, потери сознания и развития тяжелой дыхательной недостаточности. По возможности ей должно предшествовать эндоскопическое исследование верхних дыхательных путей, во время которого оценивают выраженность отека подскладочного отдела гортани.

Метод выбора - назотрахеальная интубация, выполняемая быстрее и проще. Длительность пребывания интубационной трубки у детей младше 2 лет не должна превышать 2-3 сут, у старших детей - 7 сут. В отсутствие перспективы экстубации через 5-7 сут выполняют трахеостомию.

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС.** Сестринский процесс у больных острым ларингитом на разных этапах лечения включает первичную оценку состояния больного, планирование сестринского процесса, выполнение сестринских вмешательств, итоговую оценку сестринского ухода.

Медицинская сестра должна уметь:



- подготовить кабинет к работе;
- подготовить инструменты для исследования гортани;
- знать правила оказания неотложной помощи при остром стенозе гортани.

**ПРОФИЛАКТИКА.** Профилактика острого ларингита непосредственно связана с профилактикой ОРВИ и включает комплекс мероприятий, направленных на:

- исключение влияния вредных факторов;
- своевременное лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний;
- выявление хронических очагов инфекции (кариес зубов, хронический тонзиллит и синусит) (см. профилактику острого ринита, фарингита).

Настороженность по отношению к возможной бронхообструкции необходима при наследственном анамнезе, отягощенном аллергией или бронхообструктивными заболеваниями.

#### ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Симптомы острого ларинготрахеита.
2. Отличие «ложного крупа» от истинного.
3. Доврачебная помощь при ложном крупе.
4. Стадии стеноза гортани.

## ГЛАВА 5. ОТИТ

Термином «отит» обозначают большую группу заболеваний, при которых поражены разные отделы уха. Воспаление наружного уха инфекционного генеза - наружный отит, среднего уха - средний, внутреннего - лабиринтит. В клинической практике наиболее распространены наружный отит и средний отит.

**ЭТИОЛОГИЯ.** Этиологические агенты наружного отита - бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, условно-патогенные стафилококки и стрептококки, грамотрицательные палочки), грибы (рода *Candida*, плесневые грибки) и вирусы (вирус гриппа, простого герпеса).

Основные возбудители острого среднего отита у взрослых и детей - типичные респираторные бактерии *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Гораздо реже выявляют *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* или ассоциации микроорганизмов. Средний отит может иметь и вирусное происхождение, что наблюдают при ОРВИ. Тяжелое поражение среднего уха характерно для вируса гриппа при гематогенном распространении и вируса герпеса (опоясывающего лишая) (распространение по нервным волокнам).

**ПАТОГЕНЕЗ.** Причина заболевания - сочетание факторов - понижение местной и общей резистентности организма и проникновение инфекции в ухо, которое при наружном отите происходит часто извне (купание в грязных водоемах, использование различных предметов для чистки ушей, наушников), при среднем отите - транстубарно, то есть по слуховой трубе. В последнем случае имеет значение выраженность воспаления в полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. Реже инфекция попадает в среднее ухо через поврежденную барабанную перепонку при ее травме - травматический средний отит. Сравнительно редко встречаются третий гематогенный путь проникновения инфекции в среднее ухо -. Он возможен при инфекционных заболеваниях - грипп, скарлатина, корь, тиф, туберкулез и др. Крайне редко острый средний отит развивается в результате ретроградного распространения инфекции из полости черепа или лабиринта.



**КЛАССИФИКАЦИЯ.** Наружный отит принято разделять на ограниченный (фурункул) и диффузный.

Острый средний отит разделяют на катаральный отит (стадия инфильтрации слизистой оболочки) и гнойный отит (стадия гнойного воспаления) - этапы единого инфекционного воспаления.

Форма неинфекционного поражения среднего уха – тубоотит или евстахиит - воспаление слуховой трубы, чаще ее устья. Просвет трубы уменьшен или закрыт, поступление воздуха в среднее ухо затруднено или отсутствует. Часть имеющегося в среднем ухе воздуха всасывается, давление в нем падает, происходит прилив крови к сосудам слизистой оболочки с образованием выпота - транссудата - и втяжением барабанной перепонки. При сохранении этих нарушений следующий этап патогенеза - транссудация жидкости из сосудов слизистой оболочки в просвет барабанной полости с последующим ее сгущением и развитием экссудативного отита.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.** Основная жалоба при наружном отите - боль в ухе, усиливающаяся при дотрагивании до него, надавливании на козелок. Воспаление переходит на ушную раковину с появлением гиперемии и шелушения кожи в полости ушной раковины. При осмотре отмечают гиперемию и отечность кожи прохода, возможно большое количество слущенного эпителия, гнойного отделяемого или грибковых масс.

Особая форма наружного отита - перихондрит, когда в воспаление вовлечена хрящевая ткань. При этом поражение ушной раковины типично. Интактной остается лишь мочка уха, поскольку в ней отсутствует хрящевая ткань.



Рис. 5.1. Отит: а - наружный отит; б - наружный отит с перихондритом ушной раковины

Острый средний отит начинается с воспаления слизистой оболочки слуховой трубы, которое в дальнейшем переходит в барабанную полость. При этом наблюдают отек слизистой оболочки и ее лейкоцитарную инфильтрацию - катаральный отит. Резкое нарушение функции слуховой трубы приводит к заполнению среднего уха серозным экссудатом, который далее приобретает гнойный характер - гнойный отит. В результате значительного давления гнойного экссудата и расстройства кровообращения наступает выбухание барабанной перепонки наружу, далее - расплавление ее участка с последующей отореей.

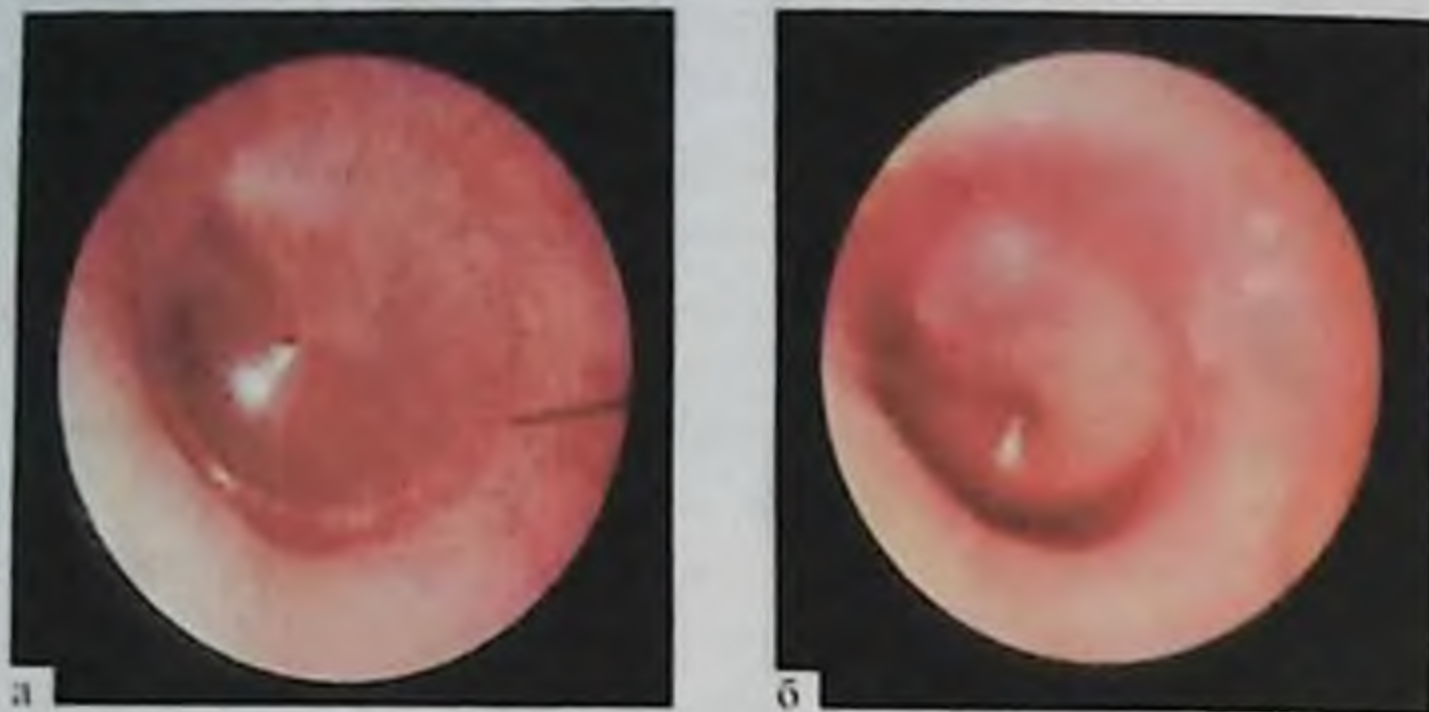
Типичное течение острого среднего отита характеризуется стадийностью, при этом местные и общие симптомы заболевания выражены различно в зависимости от стадии и тяжести заболевания. Различают 3 стадии острого гнойного среднего отита: доперфоративную, перфоративную и репаративную.

Заболевание не всегда проходит все три стадии, что связано с мобилизацией естественных защитных механизмов и своевременно начатым лечением, когда заболевание регрессирует уже в первой стадии.

Доперфоративная стадия заболевания - выраженные местные и общие симптомы. Ведущая жалоба - резкие боли в ухе.



иррадирующие в висок. Патогенез боли связан с раздражением окончаний ветвей тройничного и языкоглоточного нервов.



*Рис. 5.2. Отоскопическая картина: а - I стадия острого среднего отита; б - II стадия острого среднего отита*

Иногда наблюдают болезненность при пальпации и перкуссии сосцевидного отростка, что обусловлено воспалением его слизистой оболочки. Одновременно возникает чувство заложенности, шум в ухе - следствие воспаления и ограничения подвижности барабанной перепонки и слуховых косточек. В этот период нередко нарушается общее состояние больного, появляются признаки интоксикации, повышается температура тела до 38-39 °С; в крови выявляют характерные для воспаления изменения. При отоскопии определяют инъекцию сосудов по ходу рукоятки молоточка и радиальных сосудов перепонки. В дальнейшем гиперемия барабанной перепонки становится разлитой, исчезают ее опознавательные пункты, перепонка выбухает, иногда покрыта беловатым налетом. Длительность этой стадии острого среднего отита - от нескольких часов до 2-3 сут.

Перфоративная стадия - прободение барабанной перепонки и появление гноетечения. При этом быстро стихает боль в ухе, улучшается общее состояние больного, снижается температура тела. Выделения из уха сначала обильные, слизисто-гнойные, иногда с примесью крови. При отоскопии наблюдают «пульсирующий рефлекс» - гной виден через перфорацию и пульсирует синхронно пульсу. Перфорация обычно небольшая, округлая и часто расположена в задненижнем, иногда передненижнем, квадранте.



Большая перфорация образуется при скарлатинозном, коревом, туберкулезном поражении. Через несколько дней количество выделений уменьшается, они становятся густыми и приобретают гнойный характер. Гноетечение обычно продолжается 5-7 дней.

В репаративную стадию при достаточности иммунитета или адекватном лечении количество гнойных выделений постепенно уменьшается вплоть до прекращения. После этого перфорация барабанной перепонки рубцуется, но чувство заложенности уха еще некоторое время сохраняется. Небольшая перфорация (до 1 мм) закрывается быстро, не оставляя следов. При большой перфорации средний фиброзный слой в месте дефекта обычно не регенерируется. Если перфорация все же закрывается, восстанавливаются эпидермальный слой снаружи и слизистый изнутри. Этот участок выглядит атрофичным, имеет вид папиросной бумаги, иногда здесь наблюдаются отложения известковых солей. Перфорация округлой формы с выраженным дефектом ткани часто не закрывается; при этом слизистая оболочка перепонки по краю срастается с эпидермисом и образуется стойкая перфорация с орозоленными краями. Фиброзные спайки после перенесенного среднего отита нередко остаются и в самой барабанной полости, ограничивая подвижность слуховых косточек, что свидетельствует о прогрессирующем адгезивном процессе. Критерий выздоровления - нормализация отоскопической картины и полное восстановление слуха.

Типичное течение острого гнойного среднего отита может быть нарушено в любой стадии воспаления. Иногда заболевание сразу принимает вялый затяжной характер со слабовыраженными общими симптомами. Перфорация барабанной перепонки не наступает, в барабанной полости скапливается вязкий, густой секрет, который трудно эвакуировать.

Иногда, напротив, в дебюте заболевания симптомы выражены значительно - молниеносное течение. Отсутствие пути эвакуации гноя (спонтанной перфорации) приводит к распространению инфекции из среднего уха в полость черепа с развитием внутричерепных осложнений и даже летального исхода.

Иногда при обычном течении заболевания после наступления улучшения состояния больного и нормализации температуры



возникает рецидив симптомов. Это свидетельствует о развитии осложнения острого среднего отита - мастоидита.

Длительность заболевания обычно не превышает 2-3 нед. Осложненное течение и неблагоприятный исход острого гнойного среднего отита обусловлены снижением местного и общего иммунитета, высокой вирулентностью возбудителя и его резистентностью к антибиотикам, нерациональным лечением.

Острый гнойный средний отит часто встречаются у детей младше 3 лет. Отличительная особенность этого заболевания в настоящее время - менее острое начало и вялое течение, в детском возрасте - склонность к рецидивам.

Общие симптомы тубоотита и экссудативного среднего отита - чувство заложенности и шум в ухе. При скоплении экссудата в барабанной полости появляются выраженное снижение слуха, тяжесть в голове и неприятное ощущение вследствие сильного звучания собственного голоса - аутофония. Часто больному кажется, что в ухо попала вода, так как при перемене положения головы транссудат перемещается. Болевой синдром не характерен. Температура тела в пределах нормы. При отоскопии определяют втянутость барабанной перепонки и укорочение светового рефлекса (тубоотит), просвечивание сквозь нее экссудата (экссудативный отит), цвет которого различный: прозрачный, белесоватый, розовый.

**ДИАГНОСТИКА.** Диагностика наружного отита не представляет затруднений и основана на жалобах, анамнезе и отоскопической картине.

Для определения этиологии заболевания выполняют микробиологическое исследование мазка из наружного слухового прохода, что позволяет точно подобрать лечение.

**ЛЕЧЕНИЕ.** Системные антибиотики показаны при выраженных клинических симптомах, особенно в детском возрасте, и при рецидивирующем отите. Препараты выбора - аминопенициллины (амоксциллин), защищенные аминопенициллины (амоксциллин + клавулановая кислота), цефалоспорины II-III поколения для приема внутрь, респираторные фторхинолоны при тяжелом течении инфекции и непереносимости пенициллинов у взрослых, при непереносимости пенициллинов у детей - макролиды.



При отсутствии эффекта после 3 дней лечения стартовым антибиотиком или угрозе осложнений проводят коррекцию лечения. В зависимости от тяжести состояния альтернативные препараты - парентеральные цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) и амнозащищенные пенициллины (амоксциллин+клавулановая кислота). Последние две группы препаратов имеют формы для приема внутрь и для внутривенного введения. При быстром улучшении общего состояния больного не следует раньше времени прекращать или сокращать курс лечения антибиотиками во избежание селекции антибиотикорезистентных штаммов бактерий.

Для обезболивания в начальной стадии заболевания используют нестероидные противовоспалительные препараты. Местно - согревающий полуспиртовой компресс на ухо, ускоряющий разрешение воспаления. Однако при гнойном отите подобные согревающие мероприятия приводят к распространению инфекции за пределы среднего уха.

Восстановление или улучшение вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы возможно при применении сосудосуживающих капель (ксилометазолин, оксиметазолин), которые предпочтительно применять в форме аэрозоля.

Экстренная эвакуация гнойного отделяемого из среднего уха при резком выбухании барабанной перепонки и выраженной клинической картине или угрозе осложнений - парацентез барабанной перепонки. Часто его выполняют в детском возрасте, поскольку у детей барабанная перепонка толще и труднее поддается разрыву под давлением гнойного экссудата.

Системные антибиотики показаны при выраженных клинических симптомах, особенно в детском возрасте, и при рецидивирующем отите. Препараты выбора - аминопенициллины (амоксциллин), защищенные аминопенициллины (амоксциллин + клавулановая кислота), цефалоспорины II-III поколения для приема внутрь, респираторные фторхинолоны при тяжелом течении инфекции и непереносимости пенициллинов у взрослых, при непереносимости пенициллинов у детей - макролиды.

При отсутствии эффекта после 3 дней лечения стартовым антибиотиком или угрозе осложнений проводят коррекцию лечения.



В зависимости от тяжести состояния альтернативные препараты - парентеральные цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) и амнозащищенные пенициллины (амоксциллин+клавулановая кислота). Последние две группы препаратов имеют формы для приема внутрь и для внутривенного введения. При быстром улучшении общего состояния больного не следует раньше времени прекращать или сокращать курс лечения антибиотиками во избежание селекции антибиотикорезистентных штаммов бактерий.

Для обезболивания в начальной стадии заболевания используют нестероидные противовоспалительные препараты. Местно - согревающий полуспиртовой компресс на ухо, ускоряющий разрешение воспаления. Однако при гнойном отите подобные согревающие мероприятия приводят к распространению инфекции за пределы среднего уха.

Восстановление или улучшение вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы возможно при применении сосудосуживающих капель (ксилометазолин, оксиметазолин), которые предпочтительно применять в форме аэрозоля.

Экстренная эвакуация гнойного отделяемого из среднего уха при резком выбухании барабанной перепонки и выраженной клинической картине или угрозе осложнений - парацентез барабанной перепонки. Часто его выполняют в детском возрасте, поскольку у детей барабанная перепонка толще и труднее поддается разрыву под давлением гнойного экссудата.

Медицинская сестра должна уметь:

- подготовить кабинет к работе;
- подготовить инструменты для исследования уха;
- при наличии микроскопа подготовить его к работе;
- выполнять отоскопию;
- наматывать вату на зонд с навивкой, готовить марлевые турунды;
- взять материал с кожи наружного слухового прохода;
- выполнять аппликацию лекарственных средств в ухо;
- подготовить больного к парацентезу барабанной перепонки.

**ПРОФИЛАКТИКА.** Предупреждение воспалительных заболеваний среднего уха предполагает устранение или ослабление

влияния тех факторов, которые способствуют возникновению острого среднего отита и его переходу в хронический отит.

На заболеваемость отитом детей и взрослых влияет ряд других факторов:

- высокая распространенность ОРВИ, снижающей мукоцилиарную активность респираторного эпителия;

- бессистемное и необоснованное применение антибиотиков, которое приводит к появлению резистентных штаммов возбудителей;

- сенсibilизация организма и извращение механизмов местного и общего иммунитета при употреблении в пищу продуктов, содержащих консерванты, различные синтетические добавки, а у детей при искусственном вскармливании;

- снижение общей неспецифической резистентности в связи с гиподинамией, ограниченным пребыванием на свежем воздухе и солнце, недостаточным потреблением богатых витаминами продуктов.

Аденоиды всегда способствуют возникновению и хронизации острого среднего отита, поэтому целесообразна своевременная аденоидэктомия.

В ряде случаев помогают методы специфической профилактики гриппа и острых респираторных заболеваний (лизаты бактерий, вакцинация и др.), активная санация верхних дыхательных путей, методы адекватного лечения без системных антибиотиков.

### ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Этиопатогенетические отличия наружного отита и среднего отита.

2. Клиническое отличие наружного и среднего отита.

3. Основные пути проникновения инфекции в среднее ухо.

4. Стадии острого среднего отита.

5. Клинические проявления гриппозного острого среднего отита.

6. В каком месте барабанной перепонки производят парацентез?



## ГЛАВА 6. НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ

Новообразования верхних дыхательных путей и уха встречаются сравнительно часто и составляют около 6-8 % всех видов новообразований человека. Опухоли могут образовываться из эпителиальной, соединительной, мышечной, нервной и других тканей организма.

Среди новообразований ЛОР-органов встречаются опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли. Чаще всего они локализируются в гортани; на втором месте стоят нос и околоносовых пазухи, затем глотка; сравнительно редко развиваются опухоли уха.

Большинство новообразований не имеет характерных клинических признаков, поэтому точный диагноз можно установить только на основании результатов гистологического исследования, которое выполняют в обязательном порядке при удалении любого новообразования.

### Классификация новообразований

Опухоли классифицируют по их гистологическому строению.

#### I. Эпителиальные опухоли:

- a. Доброкачественные (папиллома, аденома и др.):
- b. Злокачественные (плоскоклеточный рак, аденокарцинома, аденокистозный рак, недифференцированный рак и др.)

#### II. Опухоли мягких тканей:

- a. Доброкачественные (липома, гемангиома, нейрофиброма, неврилеммома, хемодектома и др.)
- b. Злокачественные (фибросаркома, ангиосаркома, саркома Капоши и др.)

#### III. Опухоли кости и хряща:

- a. Доброкачественные (остеома, хондрома и др.)
- b. Злокачественные (хондросаркома и др.)

#### IV. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.

#### V. Смешанные опухоли

#### VI. Вторичные опухоли



VII. Опухолеподобные образования (кератоз без атипии, кисты, интубационная гранулема, полипы, отложения амилоида и др.)

*Профилактика.* Лечение опухолей любой локализации наиболее эффективно при их выявлении на самой ранней стадии, однако ранняя диагностика новообразований является и наиболее сложной.

Самый эффективный метод своевременного выявления опухоли – тщательный осмотр ЛОР – органов при любом посещении оториноларинголога, который четко представляет нормальное строение ЛОР-органов и может своевременно отметить любые отклонения от нормы.

**Доброкачественные и злокачественные новообразования гортани**

*Опухолевидные образования гортани*

Среди опухолеподобных образований гортани часто встречаются полипы голосовых складок и диффузные полипозные образования, отличающиеся значительным разнообразием по форме, размерам и локализации. Чаще всего они располагаются на голосовых складках и бывают двусторонними.

Происхождение таких полипов объясняют особой формы воспаления субэпителиального пространства голосовых складок. Это пространство, впервые описанное Reinke в 1895 г., находится между эпителием и краем эластического конуса голосовой складки и заполнено рыхлой соединительной тканью. При отеке соединительной ткани эпителий не в состоянии его ограничить, поэтому отек края голосовой складки постепенно увеличивается и развивается полип.

Заболевание, представляющее собой своеобразный полипозный ларингит, впервые было описано М.Гаеком. Полипы в данном случае чаще бывают двусторонними, располагаются по свободному краю голосовых складок от передней комиссуры до голосового отростка черпаловидного хряща, и на него обычно не распространяются (рис. 6.1).





*Рис. 6.1 Полипозная гиперплазия Рейнке-Гаека*

Лечение полипов хирургическое, наиболее эффективно их удаление под контролем микроскопа.

Певческие узелки («узелки крикунов») чаще можно встретить у лиц голосовых профессий. Они представляют собой эпителиальные образования типа ограниченной мозоли, локализующиеся на границе между передней и средней третями голосовых складок (рис. 6.2). Узелки часто бывают двусторонними.



*Рис. 6.2. Певческие узелки*

Основная и нередко единственная жалоба при этом заболевании — охриплость голоса, которая постепенно прогрессирует.

Иногда эффективным оказывается консервативное лечение: выполнение фонопедических упражнений, фонофорез с гидрокортизоном, димедролом и др. Хирургическое лечение представляет собой эндоларингеальное удаление узелков при прямой или непрямой ларингоскопии, лучше под контролем микроскопа. Поочередно, с интервалом в 2 – 3 недели, узелки удаляют гортанным выкусывателем или с помощью лазера. Удаленную ткань направляют на гистологическое исследование.



### Кисты гортани

Встречаются не часто; обычно они локализируются на гортанной поверхности надгортанника по его краю, в области валлекул, а также вестибулярных и голосовых складок. В большинстве своем кисты гортани относятся к ретенционным (способным к обратному развитию) образованиям.

Клиника. Клинические проявления кист зависят от места их локализации.

Так, киста надгортанника некоторое время не причиняет больному никаких неприятностей, поэтому часто ее выявляют случайно – во время диспансерного осмотра. Лишь по достижении определенного размера она вызывает ощущение инородного тела в глотке.

Первым признаком кисты голосовой складки является нарушение голоса. При осмотре киста имеет вид образования шаровидной формы, с гладкой поверхностью, чаще розоватого цвета с желтоватым оттенком. (рис.6.3).



*Рис. 6.3. Киста левой голосовой складки*

Ларингоцеле – воздушная киста гортани, развивается в слепом отростке гортанного желудочка при наличии клапанного механизма у входа в этот отросток. При кашле, чиханье или натуживании воздух поступает в просвет желудочка, но если отток воздуха нарушен (что бывает из-за сужения входа в него при воспалительных процессах или опухолях), то желудочек постепенно растягивается. Таким образом формируется ларингоцеле.

Различают внутренние, наружные и комбинированные воздушные кисты гортани. Внутренняя киста локализуется в толще преддверной складки и видна в просвете гортани. Увеличиваясь в



размерах, оно достигает щитоподъязычной мембраны, расслаивает ее и появляется на боковой поверхности шеи. Так формируется наружная киста гортани. Комбинированная форма ланригоцеле располагается и в просвете гортани, и на поверхности шеи.

### **Доброкачественные опухоли гортани**

Наиболее распространены доброкачественными опухолями гортани является папилломы и сосудистые опухоли.

**Папилломы** – доброкачественная фиброэпителиальная опухоль верхних дыхательных путей, представляющая собой одиночные или чаще множественные сосочковые выросты, приводящая к наущению голосообразовательной и дыхательной функций и часто рецидивирующая.

Возбудителем папилломатоза является вирус папилломы человека из семейства паповавирусов. В настоящее время определено более 70 разновидностей этого семейства вирусов, однако при папилломатозе чаще обнаруживают типы 6 и 11 или их сочетание.

Заболевание встречается у детей от 10 – летнего возраста, но чаще всего на 2 -5 м году жизни. Папиллома, как и ряд других доброкачественных опухолей, растет неравномерно: периоды интенсивного роста сменяются периодами относительного спокойствия. При половом созревании нередко наблюдают прекращение роста папиллом, однако если опухоль сохраняется у взрослого человека, то вероятность ее малигнизации резко возрастает и составляет 15 – 20 %.

Гистологическое исследование показало, что папилломы состоят из соединительнотканной стромы и многослойного плоского эпителия, четко отграниченных друг от друга базальной мембраной. В зависимости от количества соединительной ткани в строме опухоли различают твердые и мягкие папилломы.

По форме и виду поверхность папилломы напоминает тутовую ягоду или цветную капусту, обычно имеет бледно – розовый цвет, иногда с сероватым оттенком (рис. 6.4). Как правило, папилломы имеют широкое основание и лишь изредка – небольшую ножку. Наиболее часто они локализуются в области комиссуры и передней трети голосовых складок. Из среднего отдела гортани папилломатоз может распространяться на всю гортань и даже за ее пределы.





*Рис. 6.4. Папилломатоз гортани*

Основным симптомами заболевания являются охриплость, достигающая до афонии, и постепенное затруднение дыхания, которое может перейти в удушье в результате обтурации просвета гортани.

Лечение. Обычно лечение папиллом проводят хирургическим путем. У взрослых возможно их удаление под местной анестезией эндоларингеально при непрямой ларингоскопии, у детей – обязательно под контролем прямой микроларингоскопии, после чего проводят гистологическое исследование иссеченных тканей. Иногда папиллому не удается удалить за один раз полностью, и тогда операцию производят в несколько этапов. Следует стремиться к выполнению хирургического вмешательства в гортани до появления необходимости наложения трахеостомы, так как трахеальное канюленосительство способствует распространению папиллом на трахею и даже бронхи.

Эффективной оказалась лазерная фотодеструкция папиллом, для проведения которой применяют хирургический углекислотный лазер, ИАГ – неодимовый и ИАГ – гольмиевый лазеры. К достоинствам метода относят высокую точность воздействия лечебного лазера, возможность удаления папиллом из труднодоступных отделов гортани, малую кровоточивость во время проведения операции, хороший функциональный эффект.



С целью урежения рецидивов папилломатоза используют довольно значительный арсенал лечебных средств: проспидин (внутримышечно, внутривенно и местно в виде мази); препараты интерферона (реаферон, виферон, интрон –А); лейкомакс, зовиракс (ацикловир), проводят дискретный плазмоферез и т.д.

**АНГИОМЫ** – доброкачественная сосудистая опухоль гортани, формирующаяся из расширенных кровеносных (гемангиомы) или лимфатических (лимфангиомы) сосудов, локализуемая на поверхности голосовых, вестибулярных или черпалонадгортанных складок.

Ангиома растет медленно, причем обычно можно наблюдать единичную, небольших размеров опухоль (рис. 6.5). Цвет гемангиомы синюшный или красный; лимфангиома имеет бледно – желтую окраску. Гемангиомы могут быть диффузными и инкапсулированными.



*Рис. 6.5. Ангиоматозный полип*

**Клиника.** Клинические проявления ангиомы зависят от локализации и распространенности опухоли.

При расположении опухоли в верхнем отделе гортани больного беспокоит ощущение инородного тела в горле, иногда покашливание. Постепенно, в течение нескольких лет, симптоматика нарастает: появляются охриплость, болезненность, а затем примесь крови в макроте.

Если опухоль локализуется на голосовой складке, то первым симптомом является постепенное изменение голоса от незначительной слабости до афонии.



Нарушение дыхания характерно для крупных опухолей, исходящих из нижнего отдела гортани.

Лечение ангиом хирургическое. Операцию чаще выполняют эндоларингеальным доступом. При ее проведении следует учитывать, возможность возникновения интраоперационного кровотечения. Распространенные гемангиомы удаляют наружным доступом, после предварительно выполненной трахеостомии. При диффузных гемангиомах вслед за хирургическим иссечением опухоли проводят обработку методом криодеструкции.

**КОНТАКТНАЯ ГРАНУЛЕМА** - образуется в области голосового отростка чеспаловидного хряща как следствие хронической травмы (повышенной голосовой нагрузки). Из-за нарушения питания слизистой оболочки здесь развивается трофическая язва, по краям которой образуются грануляции, постепенно покрывающиеся тонкой эпителиальной оболочкой. Так формируется неспецифическая гранулема.

Со временем на голосовом отростке противоположного черпалавидного хряща формируется еще одна язва с грануляциями на краях. При фонации гранулема и изъязвление соприкасаются, и образуется контактная гранулема (рис. 6.6). Больной при этом отмечает не только охриплость, но и ощущение инородного тела, а также легкую болезненность в области гортани. При длительном течении заболевания охриплость и болезненность постепенно усиливаются.



*Рис. 6.6. Контактная гранулема*

### **Злокачественные опухоли гортани**

Рак гортани — злокачественное новообразование эпителиального происхождения, поражающее различные отделы



гортани, способное к экзофитному или инфильтративному (эндофитному) росту и в процессе своего развития дающее регионарные и отдаленные метастазы.

Рак гортани составляет от 2 до 8 % злокачественных образований всех локализаций и до 2/3 всех злокачественных образований ЛОР – органов. Чаще эта опухоль формируется у людей в возрасте 60 -70 лет, по появлению ее возможно также в детском возрасте. У мужчин рак гортани встречается почти в 10 раз чаще, чем у женщин, однако частота поражения увеличивается у курящих женщин. Городские жители болеют чаще, чем жители села.

Этиология. Среди факторов, способствующих развитию рака гортани, в первую очередь следует отметить курение – у курильщиков вероятность возникновения рака гортани в 6 – 30 раз выше, чем у некурящих. Определенное значение имеют некоторые производственные вредности (загазованность и запыленность воздуха и др.), голосовая нагрузка и злоупотребление алкоголем.

Нередко раковый процесс развивается на фоне разнообразных патологических процессов и состояний. Так, у 60 % больных возникновению рака гортани предшествовал хронический ларингит, чаще гиперпластический. К другим факторам риска относят: пищеводный рефлюкс, облучение, юношеский папилломатоз в анамнезе.

Понятием «предрак» обозначают те патологические состояния, которые могут дать начало развитию злокачественной опухоли. Предраковые опухоли принято делить на факультативные и облигатные. К факультативной форма предрака относят редко малигнизируемые опухоли, а к облигатной - те, которые часто (не менее чем в 15 % наблюдений) переходят в рак. Так, к облигатному предраку относят твердую папиллomu, которая переходит в злокачественную форму у 15 – 20 % больных.

Патоморфология. Раковая опухоль может развиваться по типу зрелой, дифференцированной, что относится к ороговевающим формам, и незрелой, малодифференцированной и более злокачественной, свойственной неороговевающим формам.

Более дифференцированная опухоль растет медленнее, метастазирует реже и в более позднем периоде. Плоскоклеточный неороговевающий малодифференцированный рак распространяется быстро и метастазирует рано, в то время как плоскоклеточный



ороговевающий дифференцированный рак растет медленно, а метастазирует в позднем периоде.

В зависимости от места локализации опухоли различают рак верхнего, среднего и нижнего отделов гортани. Чаще всего поражается средний, реже верхний, еще реже – нижний ее отдел (рис 6.7). Существует возможность распространения раковой опухоли гортани и за ее пределами, а также метастазирования по регионарным лимфатическим путям.



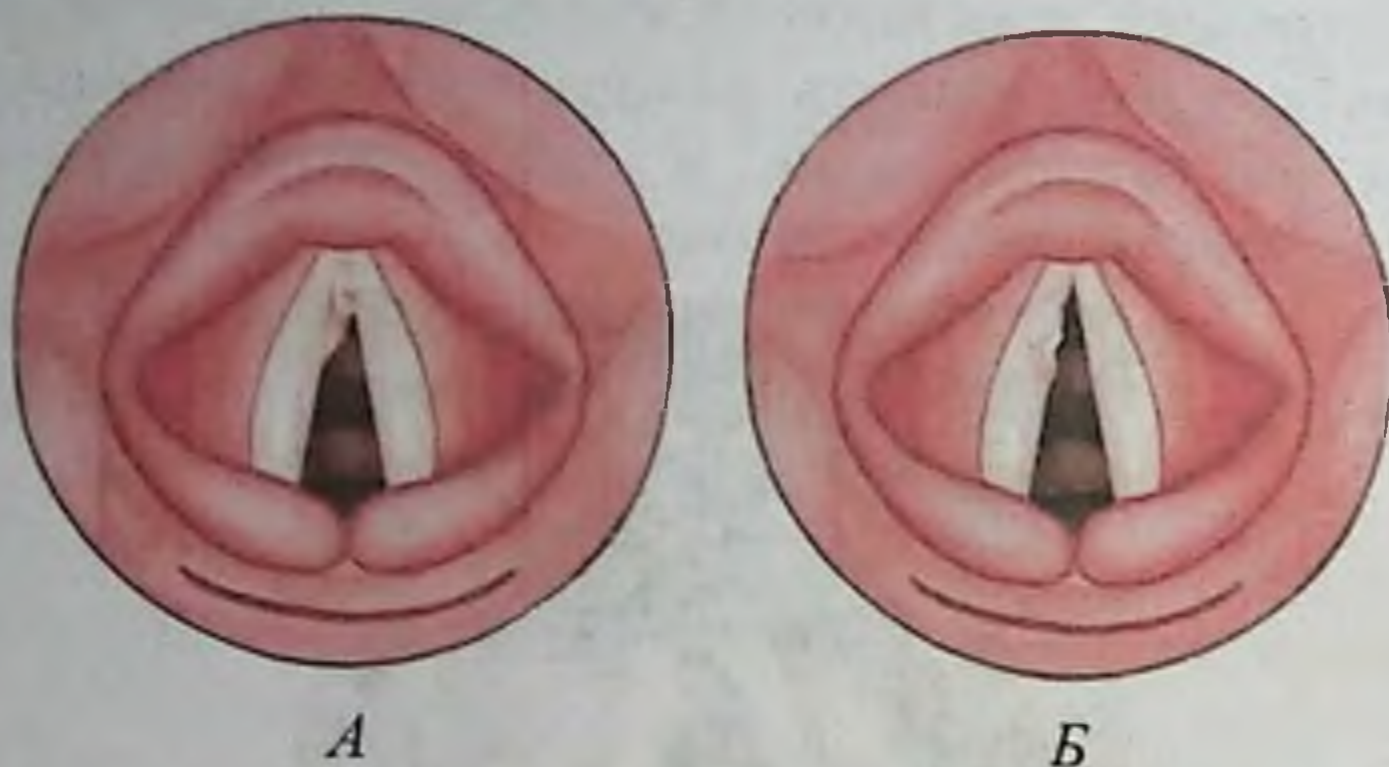
*Рис. 6.7. Рак вестибулярного отдела гортани*

Наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении считается рак верхнего (вестибулярного) отдела гортани – он встречается приблизительно в 20 % случаев. Эта область наиболее богата рыхлой клетчаткой и жировой тканью. Лимфатическая сеть вестибулярного отдела гортани тесно связана с яремными и надключичными лимфатическими узлами. При раковой опухоли преддверия гортани происходит наиболее раннее и обширное метастазирование. Следует также учесть что формирование опухоли преддверия гортани сопровождается на ранних стадиях весьма скудной субъективной симптоматикой, напоминающей проявления банального катара глотки (фарингита). Это приводит к тому, что заболевание нередко бывает обнаружено лишь на поздних его стадиях.

Рак среднего отдела гортани развивается приблизительно у 65-70 % больных. Это наиболее «благоприятная» для излечения форма рака гортани. Опухоль чаще возникает в передних 2/3 голосовой



складки, поражая ее верхнюю поверхность и свободный край (рис. 6.8). На голосовой складке могут появиться экзофитные и инфильтративные формы рака, причем последние встречается несколько реже.



*Рис 6.8. Рак голосовой складки чаще возникает в передних 2/3 голосовой складки, поражая её верхнюю поверхность и свободный край*

В процессе роста опухоль вначале ограничивает подвижность голосовой складки, а затем полностью иммобилизует ее. Она, как правило, плотная, бугристая, бледно – розового цвета. На поздних стадиях наступает изъязвление, и пораженное место покрывается беловатым фибринозным налетом. Экзофитная раковая опухоль постепенно уменьшает ширину просвета гортани, что приводит к стенозу.

Область голосовых складок имеет всего один или два лимфатических капиллярных сосуда, поэтому метастазирование здесь наблюдается значительно реже и позже, чем при других формах рака гортани.

Рак нижнего (подголосового) отдела гортани встречается реже, чем рак верхнего и среднего отделов (менее 10 % случаев). По сравнению с вестибулярным отделом гортани нижний отдел значительно менее богат лимфатическими сосудами. Для опухолей нижнего отдела характерен эндофитный рост, они почти не возвышаются над слизистой оболочкой (рис 6.9). Еще одно отличие от новообразований верхнего и среднего отделов, склонных расти вперед и кверху, состоит в том, что опухоли нижнего отдела чаще растут книзу.





*Рис 6.9. Рак подголосового отдела гортани*

### **Международная классификация рака гортани**

Существует международная классификация рака гортани в системе TNM, где Т (тумор) – величина опухоли, или степень распространения первичного процесса, N (нодуль – узел) – регионарные метастазы, М – отдаленные метастазы. (Эту классификацию не применяют для саркомы).

В рамках данной классификации гортань схематически разделена на анатомические элементы для того, чтобы оценить рост (величину) первичной опухоли по ее распространенности в пределах этих частей. Применительно к системе TNM различают следующие анатомические части гортани:

- а – гортанную поверхность лепестка надгортанника;
- б – петиолюс;
- в – гортанную поверхность черпаловидного хряща;
- г – гортанную поверхность черпалонадгортанной складки;
- д – вестибулярную складку;
- е – голосовую складку;
- ж – межчерпаловидное пространство;
- з – подголосовую полость и др.

По размерам (распространенности) первичную опухоль характеризуют следующим образом:

Т1 – опухоль ограничивается одним анатомическим элементом гортани, не захватывая его границы;



T2 – опухоль полностью занимает один анатомический элемент и доходит до его границы;

T3 – опухоль распространяется за пределы одного анатомического элемента;

T4 – опухоль распространяется за пределы гортани, имеются отдаленные метастазы.

Оценивают также поражение раком регионарных лимфатических узлов:

N0 – узлы не увеличены и не пальпируются;

N1 – имеются увеличенные односторонние смещаемые узлы;

N2 – пальпируются увеличенные односторонние фиксированные лимфатические узлы или односторонние крупные пакеты узлов, прорастающих в окружающие ткани.

На основании перечисленных критериев рак гортани (и вообще верхних дыхательных путей) распределяют по стадиям:

I стадия - T1N0M0;

II стадия - T1N1M0 или T2N0M0;

III стадия - T1N2M0 или T2N1-3M0 или T3-4N0-2M0;

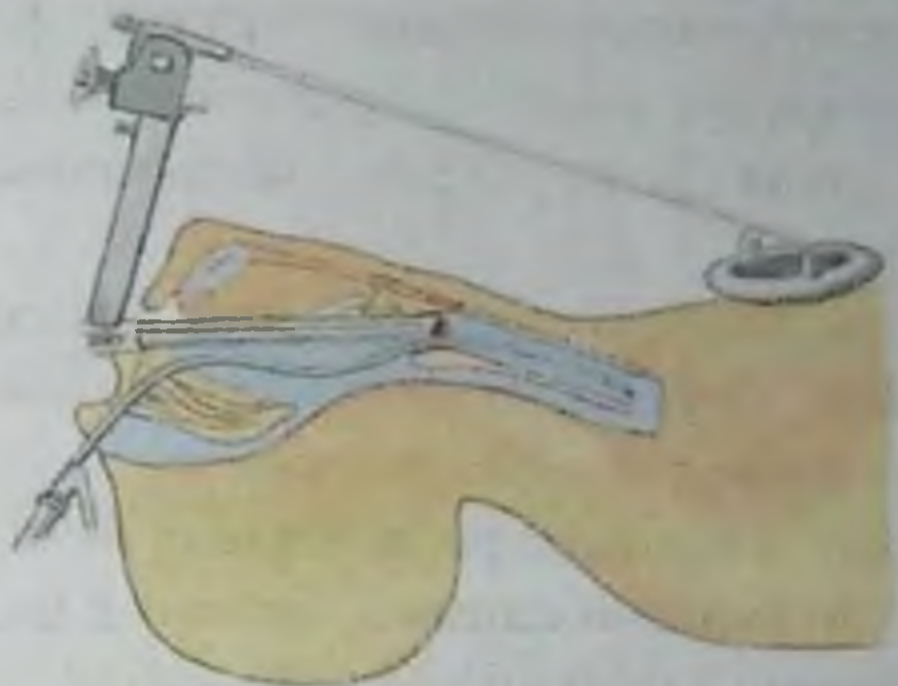
IV стадия - T1-3N3M0 или T1-3N0-3M.

*Диагностика.* Ранняя диагностика рака гортани основана не на патогномоничных и постоянных симптомах, а на сочетании ряда банальных признаков, которые позволяют заподозрить опухоль. Например, у многих больных в течение нескольких месяцев до установления диагноза отмечаются сухость, першение, ощущение инородного тела в глотке. Несколько позже появляются утомляемость и глухота голоса, неловкость при глотании, а затем и болезненность. Вначале боли возникают только по утрам при глотании слюны, в последующем они усиливаются, становятся постоянными, могут иррадиировать в ухо. Схожесть указанной симптоматики с признаками хронического фарингита или ларингита нередко является причиной диагностической ошибки. Эти и другие так называемые «малые признаки» позволяют заподозрить опухоль на самой ранней стадии ее развития.

Важным звеном в раннем распознавании опухоли является оценка ларингоскопической картины, поэтому необходим тщательный осмотр гортани (рис. 6.10). При постановке диагноза злокачественной опухоли решающее значение имеет



гистологическое исследование, для которого берут кусочек на видимой границе здоровой и опухолевой ткани.



*Рис 6.10. Прямая подвесная ларингоскопия*

Основными методами лечения рака гортани являются хирургический, лучевой и химиотерапевтический. Первые два метода применяют как самостоятельные виды лечения, химиотерапию – лишь в качестве вспомогательного. Выбор метода зависит от стадии заболевания, гистологического строения раковой опухоли и в некоторой степени от места ее локализации.

На I стадии многие врачи предпочитают лучевой метод; в то же время эндоларингеальное удаление новообразования, а затем лучевое воздействие на ткани являются более надежными.

На II стадии наиболее обоснованным является сочетание хирургического и лучевого методов, хотя тот и другой могут быть применены отдельно. Опухоль удаляют до здоровых тканей и затем осуществляют лучевое воздействие на пути лимфооттока.

На III стадии ведущим является комбинированный метод: сначала проводят хирургическое лечение, затем лучевое.

IV стадия является показанием для химиотерапии при раке гортани.

При хирургическом лечении больных раком гортани применяют три основных вида операций: полное удаление гортани (ларингоэктомия), различные варианты резекции гортани, реконструктивные вмешательства. Основные принципы, которыми руководствуется хирург – обязательная абластичность удаления опухоли и максимальное сохранение органа.

В зависимости от размеров (распространенности) опухоли существует несколько вариантов резекции гортани.



Хордэктомия – удаление одной голосовой складки.

Гемиларингэктомия – половинная резекция гортани.

Передняя (фронтальная) резекция гортани – удаление передней комиссуры и прилежащих к ней участков обеих голосовых складок в тех случаях, когда эти отделы оказываются пораженными опухолевым процессом.

Горизонтальная резекция гортани – при локализации опухоли в преддверии гортани пораженную часть органа резецируют, а голосовые складки могут быть сохранены.

При вовлечении в процесс регионарных лимфатических узлов производят резекцию гортани единым блоком с шейной клетчаткой и глубокими яремными узлами соответствующей половины шеи или выполняют операцию по аналогии с операцией Крайля, когда вместе с узлами и клетчаткой удаляют и яремную вену. После заживления раны проводят лучевую терапию.

### **Новообразования носа и околоносовых пазух**

В полости носа и околоносовых пазух развиваются все виды новообразований – опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли.

#### *ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НОСА*

Опухолеподобные образования носа довольно разнообразны среди них следует отметить полипы, кисты, фиброзную дисплазию, ангиогранулему (кровооточащий полип перегородки носа) и др. Их необходимо разграничивать с опухолями.

#### *ПОЛИПЫ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ*

Полипы полости носа и околоносовых пазух – одно из наиболее распространенных в настоящее время заболеваний. Полипозный риносинусит относят к продуктивным формам хронического воспаления околоносовых пазух. Источником роста полипов часто является слизистая оболочка решетчатого лабиринта, и в этом случае образуются так называемые этмоидальные полипы (рис. 6.11). Однако нередко полипы выполняют также просвет верхнечелюстной и лобной пазух, гораздо реже – клиновидной.



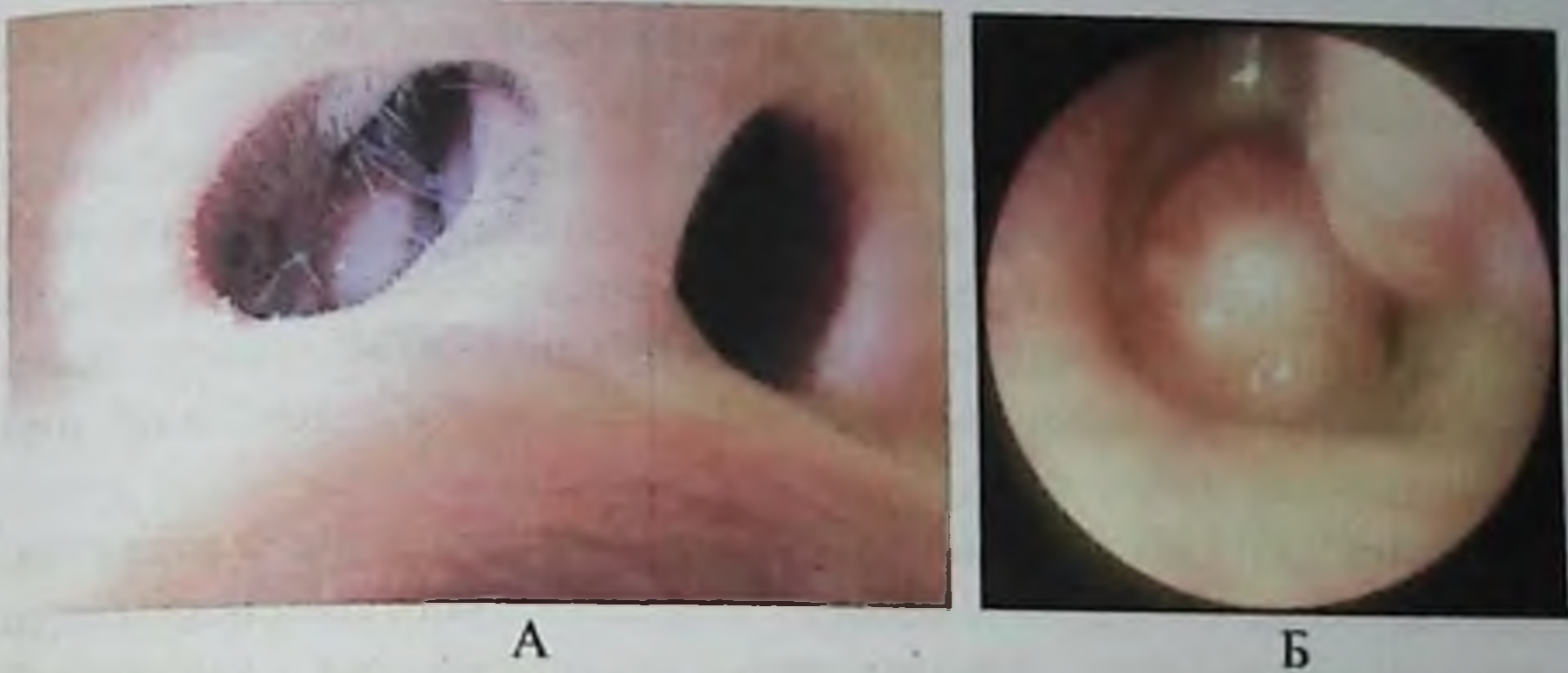


Рис 6.11. Эндифотграфия при хроническом полипозном этмоидите

Причиной роста полипов обычно является хронический воспалительный процесс, вызывающий длительное раздражение слизистой оболочки носа патологическим отделяемым. Несомненную роль играет также аллергия.

Иногда полипы бывают одиночными, но чаще они множественные, обтурируют полость носа, могут оказывать давление на его стенки и даже вызывать его наружную деформацию. При риноскопии полипозные образования чаще обнаруживают в среднем и верхнем отделах полости носа. Они могут быть светлыми, серыми и бледно – розовыми, иногда студенистыми; поверхность в большинстве случаев бывает гладкой. Обычно каждый полип имеет относительно тонкую ножку. Гистологически полипы представляют собой отечные воспалительные образования слизистой оболочки.

Диагностика. При проведении дифференциального диагноза следует помнить, что полипы могут быть также проявлением так называемой аспириновой триады (полипозный риносинусит, бронхиальная астма, непереносимость аспирина). Еще одно заболевание, с которым следует дифференцировать полипоз, - инвертированная папиллома, особенно сопровождающийся носовыми кровотечениями и часто рецидивирующий, следует дифференцировать со злокачественной опухолью.

Лечение при полипозном риносинусите бывает консервативным и хирургическим.

При единичных, мелких полипах, не обтурирующей полость носа, лечение может быть консервативным. Его основу составляет



длительное применение топических кортикостероидов – альдецина, фликсоназе, назонекса.

В остальных случаях показано хирургическое лечение полипоза – полипотомия носа со вскрытием ячеек решетчатого лабиринта, а при необходимости – и других околоносовых пазух. В настоящее время операция по поводу полипоза может быть выполнена с использованием эндоскопической техники или операционного микроскопа.

**ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ** – своеобразный порок развития, представляющий собой самоотграничивающееся неинкапсулированное образование, состоящее из фиброзной соединительной ткани, развивающейся взамен нормальной костной. Фиброзная дисплазия в полости носа развивается редко, чаще оно поражает костные структуры верхней челюсти.

У больного появляется безболезненная плотная припухлость в области щеки, которая медленно увеличивается. Распространение образования на боковую стенку носа проявляется затруднением носового дыхания, иногда вследствие нарушения оттока секрета из этой пазухи возможно развитие хронического гайморита.

На рентгенограммах наряду со снижением пневматизации верхнечелюстной пазухи нередко можно видеть дефекты костной ткани. Окончательный диагноз устанавливают на основании результатов гистологического исследования материала, полученного при вскрытии пазухи.

Лечение хирургическое, проводимое обычно совместно со стоматологом.

**АНГИОГРАНУЛЕМА** – кровоточащий полип перегородки носа – медленно растущее образование, локализующееся обычно в хрящевом отделе перегородки носа. Чаще встречается у женщин, особенно в период беременности, проявляется нередкими кровотечениями из носа, обычно небольшими порциями.

Ангиогранулема имеет широкое основание, неровную бугристую поверхность, легко кровоточит при дотрагивании. Диагноз подтверждается результатами гистологического исследования удаленного новообразования.

Лечение обычно хирургическое. Во избежание рецидива новообразование должно быть удалено с подлежащим участком



надхрящницы и хряща. Некоторые оториноларингологи применяют электрокоагуляцию, а также крио или лазеродеструкцию гранулем.

Доброкачественные новообразования носа и околоносовых пазух.

Наибольшее значение среди доброкачественных опухолей носа и околоносовых пазух имеют папилломы, аденомы, сосудистые опухоли, остеомы и хондромы.

**ПАПИЛЛОМЫ** – сравнительно редкая опухоль, одинаково часто выявляемая у мужчин и женщин в возрасте старше 50 лет, однако бывают случаи развития папилломы и у детей.

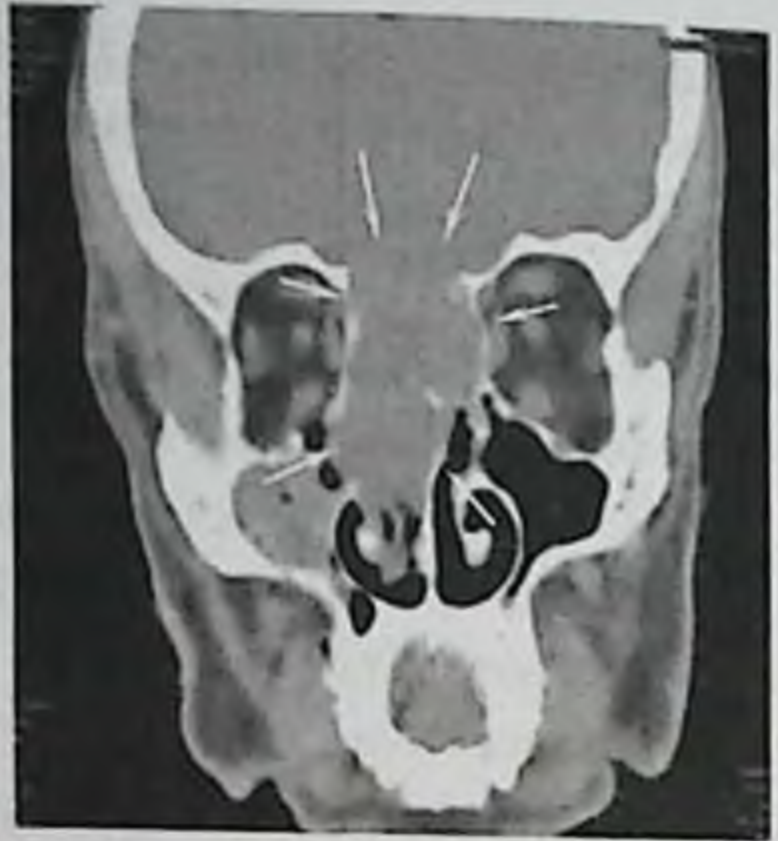
Различают грибовидные, инвертированные и переходно – клеточные папилломы. Грибовидная форма локализуется в преддверии носа (на перегородке носа, его дне, внутренней поверхности крыльев носа) и по внешнему виду напоминает цветную капусту (рис.6.12).



*Рис 6.12. Грибовидная папиллома*

Переходно – клеточная (инвертированная) папиллома исходит из слизистой оболочки глубоко расположенных отделов полости носа, чаще располагаясь на его боковой стенке (рис 6.13- а, б). Поверхность такой опухоли гладкая, и при осмотре новообразование может быть принято за обыкновенный полип.





А. Эндофотография

Б. компьютер томография

*Рис. 6.13. Переходно-клеточная (инвертированная) папиллома полости носа*

Данная папиллома способна разрушать мягкие ткани и костные стенки, проникая в околоносовые пазухи и даже за их пределы. Кроме того, переходно – клеточная папиллома склонна к малигнизации в плоскоклеточный рак, которая отмечается у 10 – 15 % больных. Существует мнение, что малигнизации доброкачественных опухолей, в том числе папиллом, способствует рентгеновское облучение.

Лечение папиллом хирургическое. После удаления грибовидной папилломы проводят обработку исходного места опухоли с помощью низких температур (криовоздействие) или электрокаустическим методом. Переходно – клеточную папиллому удаляют доступа по Динкеру, а при необходимости - по Муру; при этом следует стремиться к полному удалению опухоли.

#### **Сосудистые опухоли полости носа**

Сосудистые опухоли полости носа – капиллярная и кавернозная гемангиома и ламфангиомы – локализуются на перегородке носа, нижних носовых раковинах, в области свода полости носа. Растут они медленно, периодически кровоточат, постепенно увеличиваются и могут заполнять всю полость носа, а также прорастать в решетчатый лабиринт, глазницу и верхнечелюстную пазуху. Часто имеют вид округлой бугристой синюшной опухоли. Следует иметь в виду, что гемангиомы, располагающиеся на латеральной стенке полости носа, имеют повышенную склонность к малигнизации.



Лечение этих видов опухолей хирургическое.

**ОСТЕОМА** – доброкачественная опухоль, исходящая из костной ткани и отличающаяся медленным ростом. Остеомы чаще располагаются в лобных пазухах и в решетчатой кости, реже – в верхнечелюстных пазухах (рис 6.14).



*Рис 6.14. Остеома при рентгенографии носа и придаточных пазух носа*

Остеомы маленьких размеров часто остаются незамеченными и бывают обнаружены случайно (на рентгенограмме околоносовых пазух, сделанной по совершенно другому поводу). При отсутствии функциональных, косметических и иных нарушений оснований к немедленному хирургическому лечению остеомы нет. В этом случае просто проводят длительное наблюдение за пациентом. Показанием к удалению остеомы является ее заметный рост.

**Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух**

Среди факторов риска развития злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух можно назвать следующие:

- половая принадлежность – злокачественные опухоли у мужчин возникают в два раза чаще, чем у женщин;
- длительно протекающий синусит – это заболевание, особенно если оно носит односторонний характер, может трансформироваться в злокачественную опухоль;
- работа в никелевой промышленности – у работников этой отрасли промышленности плоскоклеточный рак развивается более чем в 100 раз чаще, чем среди остального населения;



- другие профессиональные вредности: воздействие древесной пыли, различных веществ кожевенного производства, хромосодержащие красители, горчиный газ и др.

#### **Рак носа и околоносовых пазух**

Рак наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль данной локализации. Раковые опухоли полости носа и околоносовых пазух распределяются следующим образом:

- чаще всего (55 % случаев) бывает поражена верхнечелюстная пазуха;
- на втором месте по встречаемости – полость нос (35 % случаев);
- на третьем – пазухи решетчатой кости (9 % случаев);
- крайне редко бывает поражена клиновидная пазуха или перегородка носа.

В области наружного носа чаще развивается базально – клеточный рак, в полости носа – плоскоклеточный ороговевающий; реже в этой области можно обнаружить аденокарциному.

Первичная локализация опухоли в верхнечелюстной пазухе характеризуется длительным отсутствием клинических симптомов. Первыми признаками нередко являются невралгические боли, вторичное поражение зубов, деформация лицевого рельева, вторичный воспалительный процесс в пазухе носа, экзофтальм. Большую помощь в постановке диагноза оказывают современные диагностические методы, в частности компьютерная томография.

Из верхнечелюстной пазухи опухоль может прорасти через соустье в полость носа и решетчатую кость, а затем – и в основание черепа. Опухоли околоносовых пазух относительно быстро прорастают в соседние органы и ткани: в основание черепа, крылонебную ямку, глазницу, полость рта.

Метастазирование обычно наступает поздно, вначале – в затылочные и подчелюстные лимфатические узлы, малодоступные для клинического исследования, а затем – и в шейные, где метастазы легко выявить при пальпации.

При прогнозировании течения рака верхнечелюстной пазухи пользуются так называемой линией Онгрена. Это условная линия, проведенная от внутреннего угла глазной щели до угла нижней челюсти.



При расположении опухоли над этой линией прогноз менее благоприятен, так как велика тенденция к метастазированию опухоли вверх и назад. Опухоль расположенная ниже линии Онгрена, легче резецировать, и потому прогноз более благоприятен.

Лечение. При злокачественных опухолях носа и околоносовых пазух используют хирургический, лучевой и химиотерапевтический методы лечения, чаще – их комбинацию.

При ограниченных новообразованиях в полости носа во время операции используют наиболее щадящий хирургический доступ – по Денкеру. При более распространенных опухолях этот доступ не может обеспечить необходимой широты обзора и свободы действий хирурга. В этих случаях производят вмешательства с наружным подходом, через разрезы на лицею. Используют несколько видов доступов, в частности челюстно – носовой, небный, небно – альвеолярный и лицевой.

### **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (САРКОМЫ) ЧЕЛЮСТИ**

Среди сарком верхней челюсти встречаются остеогенная саркома, хондросаркома, злокачественные фиброзные гистиоцитомы, саркома Юинга и ряд более редко встречающихся опухолей.

Злокачественная фиброзная гистиоцитома – опухоль которая может поражать как костные структуры, так и мягкие ткани.

При поражении мягких тканей саркома представляет собой опухоль красного цвета, плотной консистенции, часто экзофитную, хотя в подкожной клетчатке может иметь вид инфильтрата. При поражении костей развивается деструкция, масштабы которой зависят от распространенности процесса.

Саркома малочувствительна к лучевой и лекарственной терапии. Лечение преимущественно хирургическое. Объем операции зависит от распространенности процесса.

#### **Новообразования глотки**

Среди различных новообразований верхних дыхательных путей опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли носо -, рото – и гортаноглотки по частоте встречаемости находятся на третьем месте после опухолей гортани и носа.

### **ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЕ ГЛОТКИ**



Кисты глотки относятся к опухолевидным образованиям и встречаются в различных ее отделах. Чаще всего они развиваются в миндалинах – то так называемые фолликулярные (или ретенционные) кисты, заполненные гноевидным отделяемым.

Формируются также интрамуральные (истинные) кисты, имеющие внутреннюю эпителиальную выстилку и заполненные светлым слизистым отделяемым. Истинные кисты локализуются чаще на мягком нёбе; размеры их небольшие, поэтому особого беспокойства они обычно не вызывают, однако иногда в глотке появляется ощущение инородного тела.

Диагностика кисты не вызывает особых затруднений. При осмотре можно видеть округлое эластическое образование с гладкой поверхностью. При пункции можно получить жидкость, как правило, янтарного цвета.

Лечение кист хирургическое.

Доброкачественные опухоли глотки

Среди доброкачественных опухолей глотки наиболее распространенными являются папиллома, ювенильная (юношеская) ангиофиброма и ангиома.

#### ПАПИЛЛОМА

Папилломы развиваются в глотке довольно часто. При этом плоскоклеточные папилломы нёбных дужек, миндалин, язычка и свободного края мягкого нёба, как правило, единичны.

Папиллома представляют собой образование сероватого цвета, с неровными краями и зернистой поверхностью, как правило, подвижное, поскольку обычно оно имеет тонкое основание (ножку). Слизистая оболочка вокруг папилломы не изменена. Окончательный диагноз устанавливают на основании результатов гистологического исследования.

Лечение заключается в удалении одиночных папиллом с последующей обработкой мест их прикрепления методом гальванокаустика; возможно также воздействие на участки папилломатозного перерождения методом криодеструкции.

#### ЮНОШЕСКАЯ (ЮВЕНИЛЬНАЯ) АНГИОФИБРОМА

Юношеская (ювенильная) ангиофиброма – опухоль носоглотки, исходящая из ее купола или области крылонёбной ямки. Результаты гистологических исследований говорят о том, что этот вид опухолей имеет доброкачественный характер. Однако по клиническому



течению (деструирующий рост, сильные кровотечения, частые рецидивы после операции, прорастание в околоносовые пазухи и даже в полость черепа) ангиофиброма проявляет себя скорее как злокачественное образование.

Ангиофиброма развивается чаще всего у юношей в возрасте 10 – 18 лет, поэтому она и называется юношеской. После 20 лет она обычно претерпевает обратное развитие. Считается, что фиброма носоглотки возникает из аномально отшнуровавшихся в эмбриональном периоде остатков мезенхимальной ткани.

Источником роста опухоли может быть тело клиновидного кости, глоточно – основная фасция и задние ячейки решетчатой кости; все это позволяет отнести ее к сфеноэктоидальному типу фибром.

Из глотки опухоль может прорасти в решетчатый лабиринт, клиновидную пазуху, полость носа, глазницу и верхнечелюстную пазуху. Если она растет из области свода носоглотки (базальный тип фибромы), то может прорасти по направлению к ротоглотке. Если же фиброма начинается из области крыловидного отростка клиновидной кости (птеригомаксиллярный тип опухоли), она может прорасти в ретромаксиллярное пространство, крылонёбную ямку, внутрь черепа, орбиту и полость носа. В соответствии с направлением роста фибромы возникает асимметрия лица, сдавливаются и деформируются окружающие костные и мягкие ткани, что может привести к смещению глазного яблока, нарушению кровоснабжения различных отделов мозга, сдавлению нервных образований.

В начале заболевания больной отмечает небольшое затруднение носового дыхания, першение в горле, незначительные катаральные явления. В дальнейшем дыхание через одну половину носа полностью прекращается и затрудняется через другую, нарушается обоняние, появляется гнусавость, изменяется голос, лицо приобретает вид «аденоидного». Наиболее тяжелый и часто встречаемый симптом – рецидивирующие носовые кровотечения, вызывающие анемию и ослабление организма. Опухоль может сопровождаться гнойным синуситом и / или гнойным средним отитом.

Лечение юношеской ангиофибромы только хирургическое и по возможности радикальное, так как в противном случае возможны



рецидивы. Учитывая быстрый рост опухоли, операцию необходимо производить как можно раньше.

Вмешательство выполняют под наркозом; используют следующие виды хирургических подходов – эндооральный, эндоназальный и трансмаксиллярный. Можно использовать модификации радикальных операций по Муру или Денкеру. Операции на глотке часто сопровождаются сильным кровотечением, поэтому заранее следует подготовить все необходимое для массивного переливания крови. Перед удалением опухоли производят перевязку наружной сонной артерии, это позволяет значительно уменьшить кровопотерю. В настоящее время эффективной альтернативной перевязки артерии является предоперационная эндоваскулярная эмболизация сосудов, питающих фибому.

#### Злокачественные опухоли глотки

В глотке чаще всего развиваются карциномы и саркомы, реже можно наблюдать лимфоэпителиомы, цитобластомы, ретикулоцитомы, смешанные опухоли. Мужчины болеют чаще, чем женщины, обычно в среднем возрасте.

Ранняя симптоматика злокачественных опухолей глотки скудна и малохарактерна. У больного появляется легкое ощущение неловкости или инородного тела в горле, першение, иногда ощущение распирания.

Если опухоль расположена в носоглотке, то на более поздних стадиях происходит нарушение носового дыхания и возникает ощущение заложенности в ухе. При наличии опухоли в ротоглотке появляется ощущение инородного тела в горле и затруднение проглатывания пищи, а затем и слюны; наконец, если опухоль растет в гортаноглотке, то возникает нарушение проходимости вначале для густой, а затем и для жидкой пищи и нарушение дыхания.

Дифференцировать злокачественную опухоль среднего отдела глотки нужно с доброкачественными новообразованиями, паратонзиллитом, ангиной при заболеваниях крови, ангиной Симановского – Венсана. Лечение на ранних стадиях развития опухоли комбинированное – хирургическое (диатермокоагуляция), совмещаемое с лучевым, в поздних стадиях – только лучевое или химиотерапия.



## НОВООБРАЗОВАНИЕ УХА

Среди новообразований уха различают опухолеподобные образование, доброкачественные и злокачественные опухоли наружного, среднего и внутреннего уха.

К опухолеподобным образованиям относят невус, келонды, кожный рог; некоторые авторы относят к ним еще кисты, свищи, полипы, атеромы. Доброкачественные опухоли также отличаются большим разнообразием, при этом наиболее часто образуются папилломы, фибромы, остеомы, гемангиомы, хемодектомы.

Доброкачественные опухоли уха

### НЕВРИНОМА VIII ЧЕРЕПНОГО НЕРВА

По частоте встречаемости на первом месте среди доброкачественных опухолей внутреннего уха состоит невринома VIII черепного нерва. Заболевание составляет до 13 % всех опухолей головного мозга, причем чаще развивается у женщин среднего возраста. По гистологическому строению это опухоль доброкачественная, исходящая из шванновской оболочки вестибулярной порции VIII нерва, обычно она имеет капсулу и потому сдавливает, но не инфильтрирует окружающие ткани.

Ранним проявлением невриномы является постепенное одностороннее снижение слуха вплоть до глухоты. Тугоухость иногда развивается незаметно для больного, и ее обнаруживают случайно. Нередко больному ставят диагноз «односторонняя нейросенсорная тугоухость», и он в течении 5 – 6 лет продолжает сохранять трудоспособность. Во всех подозрительных на невриному случаях необходимо делать КТ и МРТ.

Различают три стадии заболевания:

I стадия – оториноларингологическая. Размер опухоли на этой стадии не превышает в диаметре 1,5 см. Характерно развитие нейросенсорной тугоухости или глухоты на одно ухо, сопровождающееся отсутствием феномена ускоренного нарастания громкости. Другим характерным признаком невриномы является отсутствие латерализации звука в опыте Вебера при четкой латерализации ультразвука в здоровую сторону. Одновременно наблюдают нарушение или выпадение вестибулярной возбудимости и вкусового восприятия на передних 2/3 языка; снижение чувствительности роговицы глаза, слизистой оболочки носа, полости рта и глотки на стороне поражения.



Во II стадии (отоневрологической) размер невриномы составляет уже 1,5 – 4 см. Появляется множественный спонтанный нистагм, оптикинетический нистагм ослабевает во всех направлениях, нарушается статика. Появляются признаки сдавления ствола лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе.

В III стадии (неврологической) диаметр невриномы превышает 4 см. Симптоматика обусловлена резким сдавлением мозга, окклюзией сильвиева водопровода. Появляется грубый тонический множественный спонтанный нистагм, который возникает из-за давления невриномы на ствол мозга; гидроцефалия вызывает нарушение психики; в связи со сдавлением зрительных нервов может наступить слепота.

Лечение в I и II стадиях невриномы хирургическое. Чаще всего оно приводит к выздоровлению или значительному улучшению состояния пациента и восстановлению трудоспособности. В III стадии возможно лишь паллиативное воздействие, направленное на снижение гипертензионного синдрома.

### ГЕМАНГИОМЫ

Гемангиомы в области уха встречается нечасто. Обычно можно наблюдать кавернозные инкапсулированные, капиллярные (поверхностные и глубокие), ветвистые (артериальные и венозные) гемангиомы. Они могут локализоваться в любом отделе уха, однако несколько чаще возникают в наружном ухе. Сосудистые опухоли среднего уха растут медленно, способны разрушать окружающие ткани и выходить далеко за пределы уха. Некоторые из них могут изъязвляться, что сопровождается интенсивным кровотечением.

Лечение гемангиомы хирургическое.

### ХЕМОДЕКТОМА (ПАРААНГИОМА)

Из других доброкачественных опухолей среднего уха необходимо отметить хемодектому (рис. 16.24) Эта опухоль развивается из гломусных телец, содержащихся в слизистой оболочке барабанной полости, и располагается по ходу нервных волокон и сосудов.

Скопления гломусных телец локализуются в адвентиции верхней луковичи внутренней яремной вены и в толще пирамиды височной кости. Если хемодектома развивается из гломусных телец барабанной полости, то субъективно она уже на ранней стадии проявляется пульсующим шумом в ухе и снижением слуха,



причем эти симптомы быстро нарастают. По мере роста хеMODEKТОМА постепенно заполняет среднее ухо и просвечивает через барабанную перепонку, затем может разрушить ее и в виде ярко – красного «полипа» появиться в наружном слуховом проходе.

Следует отметить, что начальные признаки гемаНГИОМЫ и хеMODEKТОМЫ барабанной полости во многом сходны, однако при гемаНГИОМАХ возникают кровотечения из уха, которые для хеМОТЕКТОМЫ не характерны.

ХеMODEKТОМА способна разрушить костные стенки барабанной полости и распространиться на основание черепа или проникнуть в его полость. О распространении опухоли в полости черепа свидетельствует появление признаков раздражения мозговых оболочек и поражения IX, X и XI черепных нервов. Если опухоль первично возникает из яремных гломусов в области яремной ямки, то эти признаки появляются довольно рано.

Диагностика доброкачественных опухолей уха. При гемаНГИОМАХ и хеMODEKТОМАХ можно наблюдать положительную пробу Брауна: повышение давления воздуха в наружном слуховом проходе во время опыта сопровождается пульсацией опухоли, а больной при этом отмечает появление или усиления пульсирующего шума в ухе. При сдавливании сосудов на шее пульсирующий шум уменьшается или прекращается, а гемаНГИОМА иногда бледнеет и уменьшается в размерах.

Дополнительным методом диагностики указанных опухолей является селективная ангиография. Оно позволяет уточнить границы опухоли, состояние яремной вены, выявить сосуды, снабжающие опухоль кровью. Надежными методами диагностики являются КТ и МРТ.

**Злокачественные опухоли уха.**

Среди злокачественных опухолей уха чаще всего можно наблюдать плоскоклеточные и базальноклеточный рак. Иногда наблюдают саркомы, меланомы, гемаНГИОЭНДОТЕЛИОМЫ.

Злокачественные опухоли среднего уха чаще развиваются у больных, длительно страдающих хроническим гнойным средним отитом с явлениями пролиферации. Наиболее распространенным видом опухоли височной кости у взрослых является рак, у детей – саркома.



Симптоматика сходна с той, что наблюдается при обострении хронического отита: больной отмечает усиление гноетечения из уха, постепенно нарастают болевые ощущения, в гнойных выделениях появляется примесь крови. Затем может развиваться парез лицевого нерва, иногда возникают головокружение и приступообразная головная боль. С распространением опухоли на основание черепа в процесс оказываются вовлечены IX, X и XI черепные нервы. Все эти симптомы появляются в течение нескольких месяцев. При отоскопии злокачественную опухоль у большинства больных первоначально принимают за грануляции и полипы.

Большую роль в постановке диагноза играют лучевые методы. Так, рентгенография и КТ височных костей позволяют определить границы процесса в пределах костных структур черепа. Помощь в диагностике оказывают также радионуклидное исследование и ангиография. Окончательный диагноз устанавливают на основании результатов гистологического исследования.

Лечение больных со злокачественными опухолями уха проводят хирургическим и лучевым методами, используют также их комбинацию. У больных со злокачественной опухолью среднего уха выполняют радикальную хирургическую операцию, во время которой удаляют большую часть височной кости (за исключением внутренней части пирамиды) и прилегающей к ней чешуи затылочной кости, околоушную слюнную железу, височно — нижнечелюстной сустав и клетчатку бокового отдела шеи с глубокими шейными лимфатическими узлами. Через две недели после операции проводят лучевую терапию. У части больных в незапущенных случаях возможно излечение и продление жизни.



## ГЛАВА 7. ПОРАЖЕНИЕ ЛОР – ОРГАНОВ ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

ВИЧ-инфекция – медленно прогрессирующее антропонозное инфекционное заболевание с контактным механизмом передачи, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы с развитием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), который проявляется оппортунистическими инфекциями, возникновением злокачественных новообразований и аутоиммунных процессов, приводящих к гибели человека.

Этиология. Вирус иммунодефицита человеческий относится к семейству ретровирусов. В настоящее время описаны два серотипа вируса: ВИЧ -1 и ВИЧ – 2, отличающиеся по структурным и антигенным характеристикам.

Для нас наиболее эпидемиологическое значение имеет серотип ВИЧ -1, так как именно он распространен на территории России. Он сохраняет жизнеспособность в крови и других биологических средах; постоянно репродуцируется и использует в качестве резервуара лимфоидные ткани, микроглию нервной ткани и эпителий кишечника.

Источник инфекции – человек в любой стадии инфекционного процесса. Вирус содержится в крови, сперме, влагалищном секрете, материнском молоке. Пути передачи – половой, парентеральный, трансплацентарный, через материнское молоко, инъекционный. От человека к человеку инфекция чаще передается через кровь (при инъекциях, особенно у наркоманов, при повторном использовании шприца разными людьми), через слизистые оболочки при сексуальных (как гомо, так и гетеро) контактах, через плаценту – от матери к ребенку.

Группы риска, в которых заболеваемость СПИДом особенно высока: гомосексуалисты, наркоманы, а также люди, которым ранее переливали кровь.

Эпидемиология. К концу 2000 г. в эпидемию ВИЧ – инфицирования были вовлечены все континенты, к 2006 г. инфекция зарегистрирована во всех субъектах Российской Федерации.

Сегодня по крайней мере один из каждых 100 взрослых людей сексуально активного возраста ВИЧ – инфицирован, но лишь около 10% этих людей знают о своей болезни.



Де середине 1990 – х годов основным путем передачи ВИЧ – инфекции в России был половой путь, затем на первое место вышли инъекционный путь – среди наркоманов, практикующих парентеральное введение психоактивных веществ. В последние годы все большее значение приобретает гетеросексуальный путь передачи инфекции, вырос также риск передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Период времени между заражением и проявлением клинических симптомов значительно варьируется у разных людей. Обычно между выявлением в крови антител, специфичных к ВИЧ (как признака наличия в организма данной инфекции), и развитием комплекса клинических симптомов СПИД проходит в среднем 7 – 11 лет, однако возможно развитие заболевания уже в первые 3 года.

Профилактика. В настоящее время существует только неспецифическая профилактика ВИЧ – инфекции. К мерам, предупреждающим заражение ВИЧ, относят:

- профилактику половой и перинатальной передачи ВИЧ;
- контроль переливаемых компонентов крови и ее препаратов;
- предупреждение передачи ВИЧ во время медицинских манипуляций;
- оказание медицинской помощи и социальной поддержки ВИЧ – инфицированным, их семьям и окружающим.

#### КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ – ПОРАЖЕНИЯ

Сейчас в России принята классификация ВИЧ – поражения В.И.Покровского, которая предлагает выделять в течении заболеваний V стадий:

- I – стадия инкубации;
- II – стадия первичных проявлений:
  - A – бессимптомная;
  - Б – острая ВИЧ – инфекция без вторичных заболеваний;
  - В – острая ВИЧ – инфекция, сопровождаемая вторичными заболеваниями;
- III – латентная (субклиническая) стадия;
- IV – стадия вторичных заболеваний, состоящая из 3 фаз (А,Б,В), отражающих нарастание и генерализацию различных инфекционных и опухолевых процессов;
- V – терминальная стадия.



Стадия инкубации (I) – период от момента заражения до появления реакции организма в виде острой инфекции и / или появления антител. Продолжительность этой стадии от 2-4 недель до 3 месяцев (в среднем около месяца).

Стадия первичных проявлений (II). Чаще всего она развивается с 6 – 8 – й недели после инфицирования. Клиника острого начала ВИЧ-инфекции обычно неспецифична, характеризуется мононуклеозоподобным (наиболее часто) или гриппоподобным синдромом, полиаденитом, поражением нижних отделов дыхательного тракта, могут развиваться гастроэнтерит, серозный менингит, энцефалопатия, нефропатия, тромбоцитопеническая пурпура.

Проявления мононуклеозоподобного или гриппоподобного синдромов при физикальном обследовании больного трудно отличить от схожих заболеваний другой этиологии.

Мононуклеозоподобный синдром протекает с повышением температуры до 38-39,5 С, при этом может развиваться ангина (по типу мононуклеарной) (рис. 17.1), происходит увеличение лимфатических узлов, возникают гепато и спленомегалия, нередко наблюдают артралгию, миалгию и диарею. В этот период может появиться эритематозная макулопапулезная сыпь, которая локализуется в основном на туловище, хотя отдельные ее элементы иногда наблюдают на лице и шее. В некоторых случаях появляются также небольшие (до 3 мм в диаметре) геморрагические пятна, напоминающие высыпания при геморрагическом аллергическом васкулите.

Мононуклеозоподобный синдром при ВИЧ – инфекции следует дифференцировать с инфекционным мононуклеозом, краснухой, аденовирусной инфекцией, иерсинозом, острым лейкозом, вторичным сифилисом, гиперкератозом слизистой оболочки.

Гриппоподобный синдром характеризуется внезапным началом, сильной лихорадкой с ознобами, выраженными признаками интоксикации – головной болью, миалгией, артралгией, анорексией. Могут развиваться полиаденопатия, спленомегалия, экссудативный фарингит. Слизистая оболочка глотки умеренно гиперемирована, пастозна, миндалины также гиперемированы. Возможно волнообразные течение



гриппоподобного синдрома, напоминающее аденовирусную инфекцию.

Подстадия II – А характеризуется бессимптомным вирусносительством. В этот период в крови появляются антитела к ВИЧ, титры их постепенно возрастают. Почти у половины ВИЧ-инфицированных больных в ЦНС возникает демиелинизирующий процесс, который, по – видимому, является причиной развития нейросенсорной тугоухости и субклинических форм патологии вестибулярной анализатора. У некоторых больных развивается транзиторная тромбоцитопения, что может быть причиной геморрагических осложнений при хирургических вмешательствах.

На подстадии II – Б могут возникать вирусные поражения кожных покровов лица и шеи – герпетическая инфекция.

Подстадия II – В характеризуется развитием персистирующей генерализованной лимфаденопатии. В течение длительного времени (до десяти и более лет) генерализованная лимфаденопатия может быть единственным проявлением заболевания. Увеличиваются лимфатические узлы, в большой степени – задние шейные, затылочные и ретромандибулярные. У ряда больных увеличение лимфатических узлов сопровождается лихорадкой с повышением температуры иногда до 39 С и более, ознобами, проливными ночными потами.

Уже на этой стадии нередко происходит бурное развитие оппортунистических инфекций и формирование онкологической патологии.

Оппортиноустической называется инфекция, возбудителем которой является условно – патогенный микроорганизмы, не представляющий угрозы для лиц с нормальной иммунной системой, но вызывающий тяжелое поражение в условиях иммунного дефицита.

Из оппортиноустических инфекций, поражающих ЛОР – органы, чаще всего можно наблюдать кандидоз полости рта (рис. 17.4), глотки (17.5) и пищевода. Врача всегда должен насторожить стойкий фарингомикоз у молодых людей, никогда ранее не получавших лечение антибиотиками, кортикостероидами или цитостатиками.

У ВИЧ – инфицированных нередко выявляют различные вирусные инфекции ( простой или опоясывающий герпес,



волосистую лейкоплакию, вирусные бородавки и другие поражения, вызываемые папилломавирусами, а также цитомегаловирусную инфекцию).

Крайне тяжелым оппортунистическим заболеванием, развивающимся при ВИЧ – инфекции, является пневмоцистная пневмония, которая появляется на фоне резкого подавления иммунной защиты организма. Пневмоцитозом легких болеют до 2/3 больных СПИДом, гораздо реже возможно поражение среднего уха.

Важным признаком СПИДа является развившаяся при отсутствии других причин иммунодепрессии и длящаяся более 1 месяца герпетическая инфекция, поражающая слизистую оболочку полости рта и глотки (рис. 17.6.), а также кожу. Простой герпес, начавшийся с высыпаний на лице (например, его лабиальная форма), может приобретать диссеминированный характер. Возможно развитие *herpes zoster oticus* с высыпаниями в наружном слуховом проходе, резкими болями в пораженной половине лица, патологическим изменением VII и VIII, реже V, X и XI черепных нервов.

Другими проявлениями ВИЧ – инфекции в ЛОР – практике являются:

- волосистая лейкоплакия – утолщенный участки измененной слизистой оболочки на дорсальной или боковых поверхностях языка и внутренней поверхности щек. Патологические образования имеют характерный белый цвет, неровную сморщенную поверхность и не счищаются шпателем. Возбудителями этого заболевания являются вирусы Эпштейна – Барра или папиломавирусы;

- грибковые поражение различной локализации: кандидоз рта, глотки и пищевода, кандидозный дерматит, псевдомембранозный кандидоз, эритематозный (атрофический) кандидоз;

- ангулярный хейлит – трещины или вытянутые язвы в углах рта, по краям которых может развиваться гиперкератоз.

Вышеперечисленные ЛОР – заболевания составляют так называемый СПИД – ассоциированный комплекс.

Разнообразные острые и хронические гнойные заболевания ЛОР – органов обусловлены активацией пиогенной инфекции на фоне резкого снижения иммунитета. Характерной особенностью данной патологии является отсутствие должного эффекта от



проводимого лечения, переход синусита или отита в хроническую форму с частыми обострениями. Течение воспалительного процесса обычно длительное, лечение малоэффективное.

Кроме того, в области головы и шеи нередко развиваются фурункулы и карбункулы.

Цитомегаловирусная инфекция приводит к развитию у больных СПИДом эзофагита, колита, гастрита, энтерита. Наряду с желудочно – кишечным трактом цитомегаловирус поражает также глаза (хориоретинит), легкие, центральную нервную систему.

Среди опухолевых проявлений СПИДа чаще других можно наблюдать саркому Капоши – злокачественную опухоль кровеносных сосудов. На коже и слизистых оболочках сначала появляются красные или гиперпигментированные пятна, которые со временем трансформируются в папулы и бляшки, а затем сливаются и образуются инфильтраты. Саркома локализуется чаще в области ушных раковин и заушных складок, на шее и щеках, в полости рта – на твердом и мягком нёбе, на слизистой оболочке щек, на миндалинах и в гортани (в последнем случае развивается осиплость голоса).

Диагностика. При постановке диагноза учитывают клинические данные и эпидемиологические анамнез, однако ведущее значение имеют лабораторные исследования.

Методы лабораторной диагностики ВИЧ – инфекции основаны на определении специфических анти – ВИЧ антител в биологических жидкостях организма. Стандартной и наиболее доступной процедурой является выявление антител к ВИЧ серологическим методом в реакции иммуно- ферментного анализа (ИФА) с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга. Антитела к ВИЧ появляются в период от 2 недель до 3 месяцев с момента заражения.

В последнее время для диагностики ВИЧ – инфекции стали применять метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), позволяющий оценить «вирусную нагрузку», которая резко возрастает по мере прогрессирования заболевания.

Цель лечения больных ВИЧ – инфекцией – подавление репликации вируса с помощью высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), профилактика и терапия оппортунистических инфекций и сопутствующих синдромов. Средств, позволяющих



радикально излечивать больных ВИЧ - инфекцией, в настоящее время не существует. Лечебные мероприятия направлены на предупреждение или замедление прогрессирования болезни.

Основу медикаментозного лечения составляют специфические противовирусные (в том числе анти-ретровирусные) средства. Применяют следующие препараты.

1. Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ): абакавир, зидовудин, ламивудин, диданозин, ставудин, форфазид.

2. Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ): ифавиренц, невирапин.

3. Ингибиторы протеазы (ИП): атазанавир, индинавир, (лопиновир) калетра, ритонавир, нельфинавир (вирасепт), ампренави, саквинавир, дарунавир.

4. Ингибиторы фузии (ИФ): фузеон.

Лечение антиретровирусными препаратами необходимо начать до развития сколько – нибудь существенного иммунодефицита и проводить пожизненно.

При лечении больных ВИЧ – инфекцией в оториноларингологической практике немаловажную роль играет терапия вторичных и сопутствующих заболеваний. Лечение этих болезней имеет приоритет перед началом ВААРТ, поскольку тяжесть состояния больного напрямую зависит от наличия того или иного вторичного заболевания. В настоящее время уже разработаны схемы лечения наиболее распространенных вторичных заболеваний.

Например, при лечении герпес – зостер – вирусной инфекции назначают какой – либо из нижеперечисленных препаратов:

1) ацикловир по 800 мг 5 раз в сутки внутрь или 750 – 1000 мг 3 раза в сутки внутривенно;

2) валацикловир по 1 г внутрь 3 раза в сутки;

3) фамцикловир по 500 мг внутрь 3 раза в сутки (курс составляет от 7 до 10 дней).

При кандидозном поражении полости рта и глотки назначают пастилки клотримазола 10 мг 5 раз в сутки до исчезновения симптомов. Альтернативные схемы:

1) флуконазол – 100 мг в сутки;

2) нистатин – 500 тыс. ЕД 4 – 5 раз в сутки;

3) интраконазол – орунгал – 100 мг в сутки.



Все препараты принимают внутрь в форма суспензии до исчезновения симптомов.

Лечение вторичной инфекции ЛОР – органов у ВИЧ – инфицированных больных имеет свои особенности. Назначают большие дозы препаратов, увеличивают срок их применения, проводят профилактический прием лекарственных средств. При этом следует помнить, что иммуностимулирующие и иммунодепрессивные средства назначать нельзя.

Применяют также разнообразные препараты для лечения оппортунистических инфекций, заболеваний крови, опухолей и т.п.

Эффективность лечения больного с ВИЧ – инфекцией контролируют систематическим измерением величины вирусной нагрузки в динамике количества CD4+ T – лимфоцитов.

Своевременно начатая комплексная терапия позволяет значительно увеличить продолжительность и качество жизни ВИЧ – инфицированных больных. И все же прогноз ВИЧ – инфекции в целом неблагоприятный, поэтому очень важна общественная и индивидуальная профилактика заболевания. Новообразования верхних дыхательных путей и уха встречаются сравнительно часто и составляют около 6-8 % всех видов новообразований человека. Опухоли могут образовываться из эпителиальной, соединительной, мышечной, нервной и других тканей организма.

Среди новообразований ЛОР-органов встречаются опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли. Чаще всего они локализируются в гортани; на втором месте стоят нос и околоносовых пазухи, затем глотка; сравнительно редко развиваются опухоли уха.

Большинство новообразований не имеет характерных клинических признаков, поэтому точный диагноз можно установить только на основании результатов гистологического исследования, которое выполняют в обязательном порядке при удалении любого новообразования.

Классификация новообразований

Опухоли классифицируют по их гистологическому строению.

VIII. Эпителиальные опухоли:

а. Доброкачественные (папиллома, аденома и др.):



в. Злокачественные (плоскоклеточный рак, аденокарцинома, аденокистозный рак, недифференцированный рак и др.)

IX. Опухоли мягких тканей:

а. Доброкачественные (липома, гемангиома, нейрофиброма, неврилеммома, хемодектома и др.)

в. Злокачественные (фибросаркома, ангиосаркома, саркома Капоши и др.)

X. Опухоли кости и хряща:

а. Доброкачественные (остеома, хондрома и др.)

в. Злокачественные (хондросаркома и др.)

XI. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.

XII. Смешанные опухоли

XIII. Вторичные опухоли

XIV. Опухолоподобные образования (кератоз без атипии, кисты, интубационная гранулема, полипы, отложения амилоида и др.)

*Профилактика.* Лечение опухолей любой локализации наиболее эффективно при их выявлении на самой ранней стадии, однако ранняя диагностика новообразований является и наиболее сложной.

Самый эффективный метод своевременного выявления опухоли – тщательный осмотр ЛОР – органов при любом посещении оториноларинголога, который четко представляет нормальное строение ЛОР-органов и может своевременно отметить любые отклонения от нормы.



## ГЛАВА 8. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

### СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УША, ГОРЛА, НОСА У ОСОБЫХ КАТЕГОРИЙ БОЛЬНЫХ

Сестринский уход за детьми с заболеваниями уха, горла и носа имеет отличительные черты, обусловленные особенностями психологии детей. Уход за больным ребенком требует помимо хорошей профессиональной подготовки большого терпения, умения и любви к детям. При уходе за больным ребенком необходимо учитывать особенности его возраста. У часто болеющих детей, особенно в раннем возрасте, обнаруживают задержку психического и физического развития. У детей дошкольного и младшего школьного возраста нередок страх (фобии) темноты, одиночества, белых халатов, невротические реакции - недержание мочи, кала. Медицинская сестра, работающая с детьми, должна постоянно проявлять заботу, внимание и в какой-то степени компенсировать отсутствие родителей. При этом важно объяснить ребенку в доступной для него форме суть его заболевания. Ребенок в силу особенностей психики не всегда точно определяет свое состояние, иногда возникают упорные мысли о тяжести заболевания, о невозможности излечения. Важно установить с ребенком эмоциональную связь, чтобы он ощутил заботу, внимание, сочувствие. При этом улучшится психическое состояние ребенка, что позволит медицинской сестре качественно выполнить необходимые манипуляции.

Многие заболевания у людей пожилого и старческого возраста протекают атипично, вяло, без выраженной температурной реакции, с тяжелыми осложнениями.

Часто у них отмечают повышенную чувствительность к изменениям температуры окружающей среды, питанию, светового и звукового режима, к лекарственным препаратам. С этим связана и подверженность инфекционно-воспалительным заболеваниям. Помимо этого характерны психические отклонения - эмоциональная неустойчивость, при сосудистых заболеваниях мозга - значительное снижение памяти, интеллекта, самокритики, беспомощность и неопрятность, требующие особого внимания, терпения и тщательного гигиенического ухода. Пожилые люди склонны к



застойным явлениям, вследствие чего возникает пневмония, поэтому рекомендуют в пределах допустимого поддерживать их активность, использовать массаж, дыхательную гимнастику.

При общении с людьми со значительным снижением слуха или глухими необходимо помнить, что медицинский работник выполняет возложенные на него обязанности и представляет свое учреждение. Его внешний вид, поведение и речь должны соответствовать общепринятым правилам этики, это способствует эффективности работы и формирует мнение об учреждении в целом.

С людьми с нарушениями слуха важно соблюдать особые правила этики, которые облегчают получение ими информации через иные каналы восприятия, например визуальный контакт. Общаясь с плохо слышащим человеком, не следует прятать свое лицо, чтобы собеседник имел возможность следить за его выражением. Говорить следует ясно и ровно, не повышая излишне голос, и определять адекватность понимания общения. Следует использовать короткие и простые фразы без употребления специальных терминов, незначительной информации и сложных речевых конструкций. Если конкретное предложение не понято собеседником, следует перефразировать его, а сложную информацию желательно записать.

### **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ**

В поликлинике все возможные оториноларингологические мероприятия выполняют, как правило, в одном помещении - кабинете ЛОР-врача. В этих условиях возрастает роль соблюдения асептики и антисептики: частая уборка кабинета, оснащение его средствами быстрой стерилизации.

В стационаре существует несколько помещений для проведения оториноларингологических мероприятий: перевязочная («гнойная» и «чистая»), смотровая для осмотра амбулаторных больных и контрольного осмотра после операции. В перевязочной проводят различные малоинвазивные хирургические вмешательства.

Оториноларингологические манипуляции, как в стационаре, так и в поликлинике, выполняют с помощью ЛОР-комбайна - компактного многофункционального комплекса. Приступая к работе



в ЛОР-кабинете, медицинская сестра должна изучить возможности конкретного ЛОР-комбайна, поскольку часть манипуляций (например, продувание ушей по Политцеру или промывание серных пробок) можно проводить в рамках сестринской помощи.

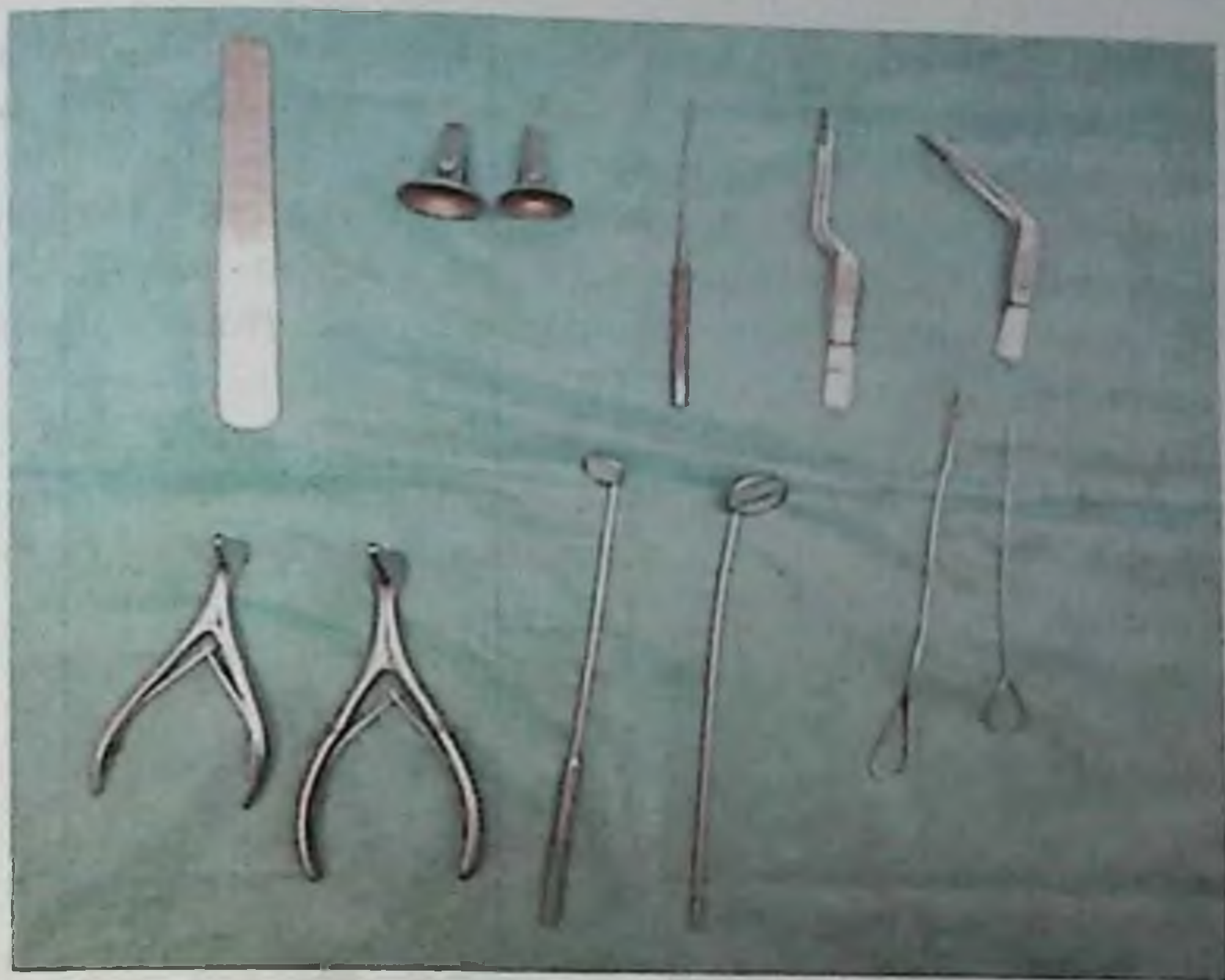
Основное отличие сестринской работы в стационаре - уход за тяжелыми больными после хирургического лечения, с осложненным течением заболеваний ЛОР-органов, например с отогенными и риногенными внутричерепными осложнениями. Это наиболее тяжелый контингент больных оториноларингологического отделения, нуждающийся в интенсивном лечении и тщательном уходе. Основные формы внутричерепных отогенных и риногенных осложнений - абсцесс мозга, менингит и тромбоз мозговых венозных синусов. Таких больных рекомендуется помещать в небольшие палаты, оградить от шума и яркого света, так как у них отмечают повышенную реакцию на внешние раздражители.

Очень важны точные действия при уходе за больными после операции (трахеотомия, ларингэктомия и др.) - контроль дыхания через трахеотомическую трубку, обеспечение питания через зонд после экстирпации гортани.

### *ПОДГОТОВКА К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ*

Инструменты для осмотра больного оториноларингологического профиля - носовое зеркало (детское и взрослое), шпатель для фарингоскопии, ушные воронки разных размеров, носоглоточное и гортанное зеркало, штыковидный пинцет, зонд малый и большой, ушной или аттиковый зонд (рис. 8.1). Этот сравнительно небольшой набор инструментов позволяет выполнить полноценный оториноларингологический осмотр, достаточен для диагностики у большинства больных.





*Рис. 8.1. Набор инструментов для оториноларингологического осмотра*

После завершения обследования и диагностики врач определяет задачи ухода за больным, способы и приемы их реализации. Ряд манипуляций при этом относится к сестринскому процессу.

### *СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ*

Часто возникает необходимость в аппликации или инсталляции лекарственных средств в полость носа. Их выполняют с помощью носорасширителя или носового зеркала разных размеров. Если в полости носа при осмотре выявлено большое количество отделяемого, мешающего оценить более глубокие отделы полости носа, целесообразно его удалить вакуум-отсосом. После этого возможна инстилляционная сосудосуживающего препарата в виде капель или спрея (анемизация). При этом спрей предпочтителен, поскольку позволяет более равномерно распределить лекарственный препарат в полости носа. При использовании капель целесообразно горизонтальное положение больного с запрокидыванием головы назад. Аналогичным образом выполняют инстилляцию лекарственных растворов. Для аппликации



мази используют зонд с ватой или вводят мазь на турунде (тампоне). Ватные тампоны используют и для остановки незначительного кровотечения, туалета полости носа.

Для приготовления носового ватодержателя (ватника) в правую руку берут носовой зонд с нарезкой, в левую - разрыхленный кусочек ваты, которую накручивают на зонд так, чтобы кончик его прикрывался ватой (рис. 8.2).

Носовой ватный тампон готовят из большего куска ваты. С его помощью возможна более длительная аппликация лекарственного средства в полости носа, остановка умеренного носового кровотечения.

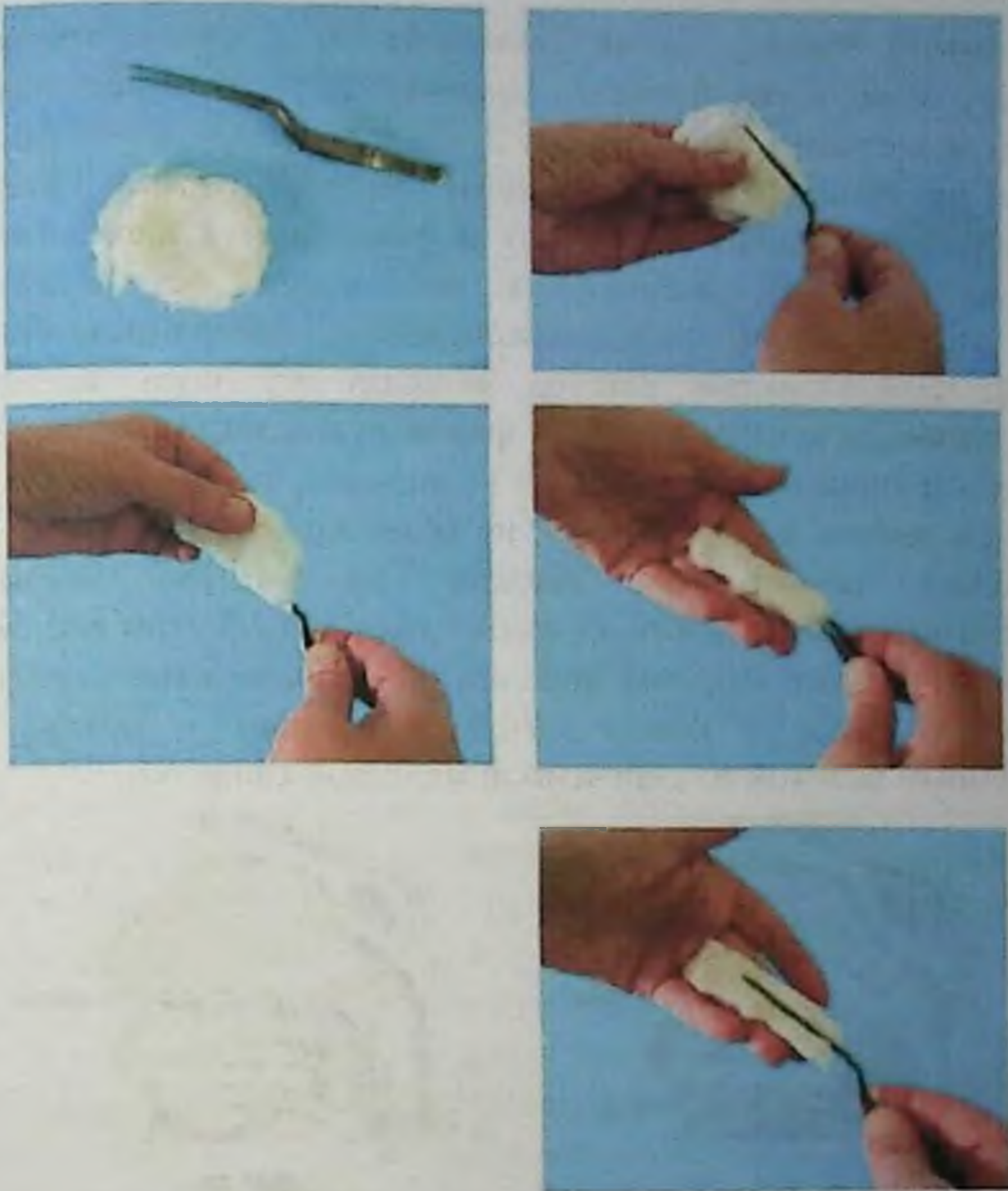


*Рис. 8.2. Приготовление носового ватодержателя (ватника): а - правильное; б - неправильное*



*Рис. 8.2. Продолжение. Приготовление носового ватодержателя (ватника): в - навивка*





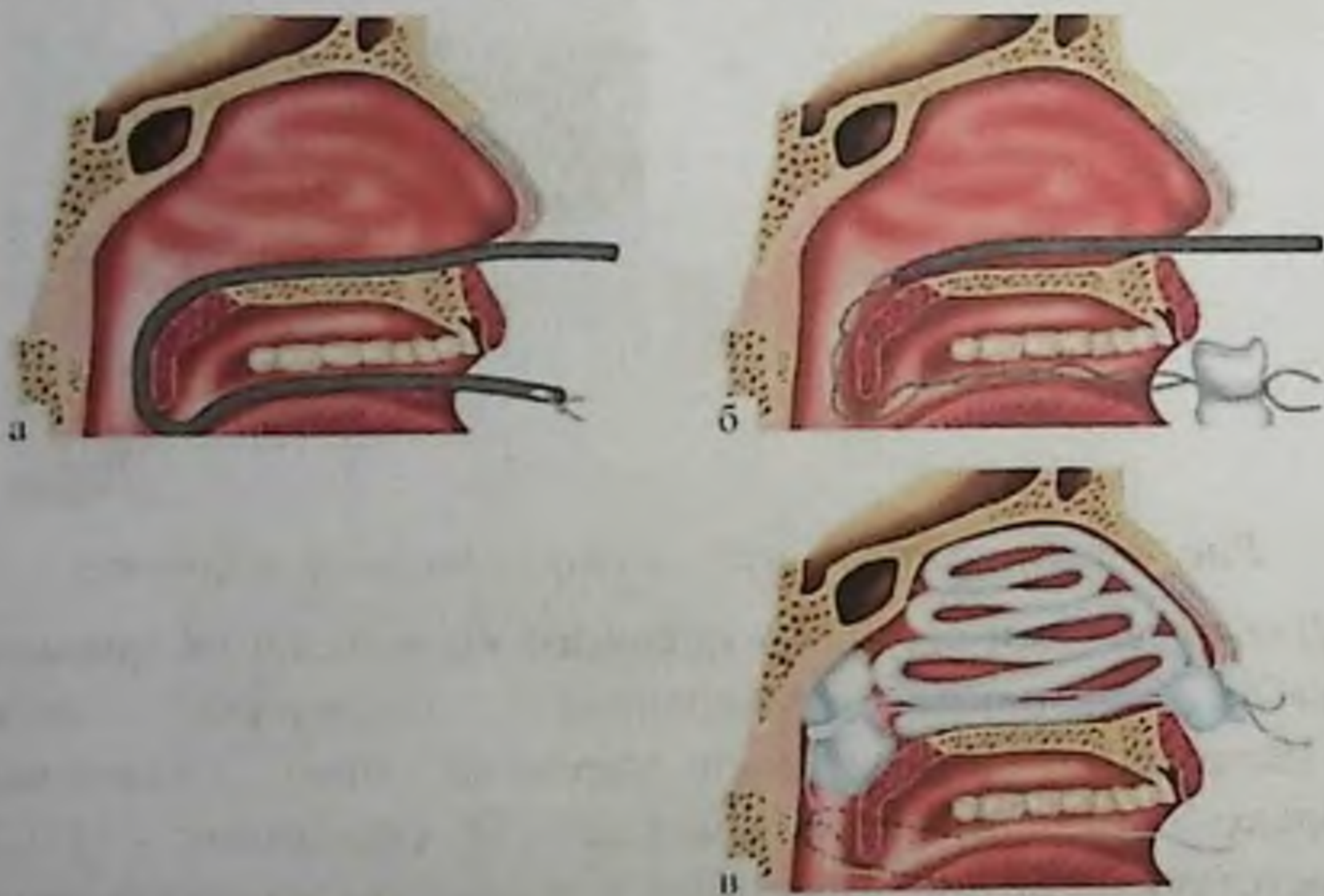
*Рис. 8.3. Приготовление носового ватного тампона*

Для остановки сильного носового кровотечения применяют марлевые тампоны - передняя тампонада полости носа. Используют стандартный марлевый бинт, сложенный в несколько слоев. Ширина тампона - 2 см, длина - 1-1,5 м. Соответствующую половину носа с помощью носового пинцета заполняют тампоном в виде «гармошки».

При интенсивном носовом кровотечении и неэффективности передней тампонады носа выполняют заднюю тампонаду носа (рис. 8.4). При этом через нижний носовой ход проводят тонкий резиновый катетер, который выводят через рот



корнцангом. Заранее готовят тампон из марли, соответствующий размеру носоглотки больного, перевязывают его крест-накрест толстым шелком с оставлением 3 концов длиной 30-40 см. Два конца привязывают к выведенному через рот концу катетера, третий конец выводят через рот и фиксируют к щеке. Тампон удобно вынимать, потянув за этот конец, без риска его заглатывания или обтурации нижележащих отделов дыхательных путей. Лево́й рукой катетер выводят из носа вместе с привязанными к нему нитями; правой рукой помогают тампону принять продольное положение в носоглотке, выправляя при этом пальцем мягкое нёбо и язычок из возможного ущемления. При правильно подобранном тампоне он наглухо закрывает носоглотку. Далее, удерживая нити у носа в натянутом состоянии и разведя их в обе стороны, дополнительно выполняют переднюю тампонаду носа, а концы нитей завязывают у ноздри над уложенным валиком из скрученной марлевой салфетки.



*Рис. 8.4. Задняя тампонада носа (а-в)*

Материал для микробиологического исследования берут стерильным зондом с ватой - компонент современной транспортной системы, оснащенной кроме этого пробиркой с определенной транспортной средой.



После расширения преддверия носа носовым зеркалом проводят зонд по нижнему носовому ходу до хоан, избегая при этом контакта с кожей преддверия носа для исключения попадания путевой микрофлоры. Далее зонд выводят наружу, касаясь при этом слизистой оболочки нижних носовых раковин. Если необходим анализ микрофлоры околоносовых пазух, целесообразно взять материал из среднего носового хода после его анемизации. Однако и в этом случае следует учитывать возможную контаминацию зонда путевой микрофлорой.

Для приготовления пращевидной повязки используют обычный широкий бинт длиной 0,5 м, который разрезают с обеих сторон посередине, не доходя до центра бинта 10 см. В эту часть бинта вкладывают вату, которую фиксируют после завязывания концов бинта с обеих сторон. Повязку прикладывают к носу, закрывая обе ноздри так, чтобы нижние концы повязки шли выше, а верхние - ниже ушных раковин, и завязывают сзади на затылке. После пропитывания кровью повязку меняют.

Манипуляции, при выполнении которых необходима помощь медицинской сестры, - разные способы дренирования околоносовых пазух: вакуум-дренаж околоносовых пазух по Проетцу, пункция верхнечелюстной пазухи, Ямик-метод.

Дренирование околоносовых пазух по Проетцу - создание отрицательного давления в полости носа, за счет которого в полость носа из околоносовых пазух выходит патологическое отделяемое. Процедура сопровождается промыванием полости носа антисептическим раствором. Больной лежит на спине с запрокинутой головой. При этом голову можно опустить ниже уровня кушетки с поддержкой ее ассистентом. В одну половину носа вводят лекарственный раствор, из другой половины носа этот раствор удаляют вакуум-отсосом. Больной произносит слоги «ку-ку», что вынуждает мягкое небо двигаться вверх и отделять носоглотку от полости носа. При этом за счет работы отсасывающего прибора создается отрицательное давление (рис. 8.5).

Пункцию верхнечелюстной пазухи выполняют под местной анестезией. Для этого используют тонкий (ушной) зонд с нарезкой,



на который намотан небольшой кусок ваты (большой объем ваты препятствует продвижению зонда по нижнему носовому ходу). Для анестезии применяют 10% раствор лидокаина (для детей - 5% раствор), которым смачивают зонд. Предварительно необходимо выяснить аллергологический анамнез об использовании местных анестетиков (лечение или удаление зубов, операции под местной анестезией, наследственный аллергологический анамнез).



*Рис. 8.5. Дренаживание околоносовых пазух по Проетцу*





*Рис. 8.6. Игла Куликовского*

Через 2-3 мин после установки зонда под нижней носовой раковиной, отступя 2-3 см от ее начала - наивысшая точка прикрепления ее верхнего края, наступает адекватная анестезия этого участка. Далее врач вынимает зонд и вводит в то же место иглу Куликовского, разработанную главным оториноларингологом Красной Армии проф. Г.Г. Куликовским,- изогнутую трубчатую иглу с канюлей, очень удобную для пункции и промывания верхнечелюстной пазухи (рис. 8.6).

При большом объеме гнойного отделяемого в пазухе после пункции наблюдают его появление непосредственно из канюли или при потягивании поршня шприца «на себя». При отсутствии необходимости взятия материала для микробиологического исследования это можно не выполнять, поскольку при дальнейшем промывании пазухи патологический секрет выходит через ее естественное устье и видно в промывной жидкости. Положение больного при пункции - сидя со слегка наклоненной вперед и в сторону пунктируемой пазухи головой. Больной в руках держит под подбородком лоток (рис. 8.7). После промывания пазухи раствором антисептика - нитрофурал (фурацилин), хлоргексидин, диоксидин -



вводят какой-либо лекарственный препарат, антисептик или антибиотик, разрешенный для использования в подобных случаях. Вводить разведенный антибиотик для внутримышечного введения не рекомендуют, поскольку точно неизвестно его влияние на эпителий слизистой оболочки пазухи. Кроме бактерицидного действия возможно и иное, например цилиодепрессивное, действие и пр.



*Рис. 8.7. Промывание верхнечелюстной пазухи через иглу Куликовского после выполнения пункции*

### **СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛОТКИ**

Фарингоскопию выполняют с помощью шпателя, технически она не трудна. Язык при этом находится за нижними зубами. Несмотря на кажущееся затруднение осмотра глотки, простое давление на спинку языка в области передних его двух третей позволяет больному спокойно дышать ртом даже при выполнении манипуляций. Многие пациенты считают, что осмотр глотки возможен при максимальном высовывании языка наружу, что на самом деле усиливает напряжение мягких тканей и маскирует истинное состояние глотки. Помимо этого при использовании этой тактики осмотр нижних отделов ротоглотки затруднителен.



Для лечения многих заболеваний глотки используют лекарственные средства в виде аппликаций, инстилляций, полосканий или ингаляций. Медицинская сестра готовит раствор лекарственного средства на одну процедуру. Состав раствора для полоскания и схему применения определяет врач. В обязанности медицинской сестры входит научить больного правильному полосканию горла. Раствор должен иметь температуру 40-42 °С, объем - 200-250 мл на одну процедуру. Немного лекарства набирают в рот, запрокидывают голову назад и, не глотая, полощут и выплевывают. Полоскание повторяют 3-5 раз в день после приема пищи. Ингаляции медицинская сестра проводит в специально оборудованном кабинете или с помощью портативного ингалятора.



*Рис. 8.8. Взятие материала для микробиологического исследования*

Аппликация лекарственного средства на слизистую оболочку ротоглотки возможна с помощью зонда с ватой. При наматывании ваты следует стремиться закрыть ею конец зонда во избежание травмы слизистой оболочки. Далее, отдавливая шпателем передние 2/3 языка, быстрым движением смазывают видимые отделы задней стенки глотки, нёбных дужек, нёбных миндалин и мягкого нёба. Если больной не испытывает затруднений, связанных с глоточным рефлексом при надавливании шпателем на корень языка или в связи с индивидуальными особенностями реактивности нервной системы, просят его не закрывать рот в течение 30-60 с. Это способствует более длительному контакту лекарственного средства со слизистой



оболочкой. Любые манипуляции в глотке сопряжены с возникновением глоточного рефлекса и рвоты, поэтому необходима предварительная подготовка больного: накрывают его шею и грудь полотенцем или салфеткой и дают в руки лоток.

Аналогичным образом берут материал для микробиологического исследования (рис. 7.8).

### *ЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРТАНИ*

Осмотр гортани выполняют при непрямой ларингоскопии с использованием гортанного зеркала или через эндоскоп. Для осмотра гортани необходимо подготовить подогреватель зеркал, марлевые салфетки для фиксации языка или эндоскопическое оборудование.

Гортань - труднодоступное место для осмотра и проведения манипуляций: взятие материала для микробиологического исследования, гортанные вливания лекарственных препаратов. Поэтому их выполняет только врач.

В рамках сестринского процесса медицинская сестра должна уметь оказывать помощь при остром стенозе гортани и ухаживать за трахеостомой.

Неотложная помощь при остром стенозе гортани

I стадия стеноза:

- доступ свежего прохладного воздуха;
- при отсутствии лихорадки:

◇ отвлекающие процедуры: горчичники на икроножные мышцы, теплая ножная или общая ванна, температуру воды увеличивают постепенно от 37 °С до 40 °С;

◇ теплые ингаляции с изотоническим раствором;

- теплое обильное питье;
- внутримышечно вводят:

◇ 2% раствор папаверина - 0,15 мл на год жизни;

◇ при аллергической природе заболевания антигистаминные препараты: 2,5% раствор прометазина (пипольфен<sup>®</sup>) - 0,1 мл на год жизни.

II стадия стеноза:

- доступ свежего прохладного воздуха;
- при отсутствии лихорадки:



◇ отвлекающие процедуры: горчичники на икроножные мышцы, теплая ножная или общая ванна, температуру воды увеличивают постепенно от 37 °С до 40 °С;

◇ теплые ингаляции с изотоническим раствором натрия хлорида;

- внутримышечно вводят:

◇ 2% раствор папаверина - 0,15 мл на год жизни;

◇ при аллергической природе заболевания антигистаминные препараты: 2,5% раствор прометазина (пипольфен\*) - 0,1 мл на год жизни;

◇ преднизолон 2-3 мг/кг;

- подкожно - 0,1% раствор эпинефрина (адреналин\*) - 0,01 мл/кг (максимальная доза - 0,3 мл) с интервалом 5 мин не более 3 раз;

- госпитализация.

III-IV стадия стеноза:

- доступ свежего прохладного воздуха;

- внутримышечно вводят:

◇ 2% раствор папаверина - 0,15 мл на год жизни;

◇ при аллергической природе заболевания - антигистаминные препараты: 2,5% раствор прометазина (пипольфен\*) - 0,1 мл на год жизни;

◇ преднизолон 2-3 мг/кг;

- подкожно - 0,1% раствор эпинефрина (адреналин\*) - 0,01 мл/кг (максимальная доза - 0,3 мл) с интервалом 5 мин не более 3 раз;

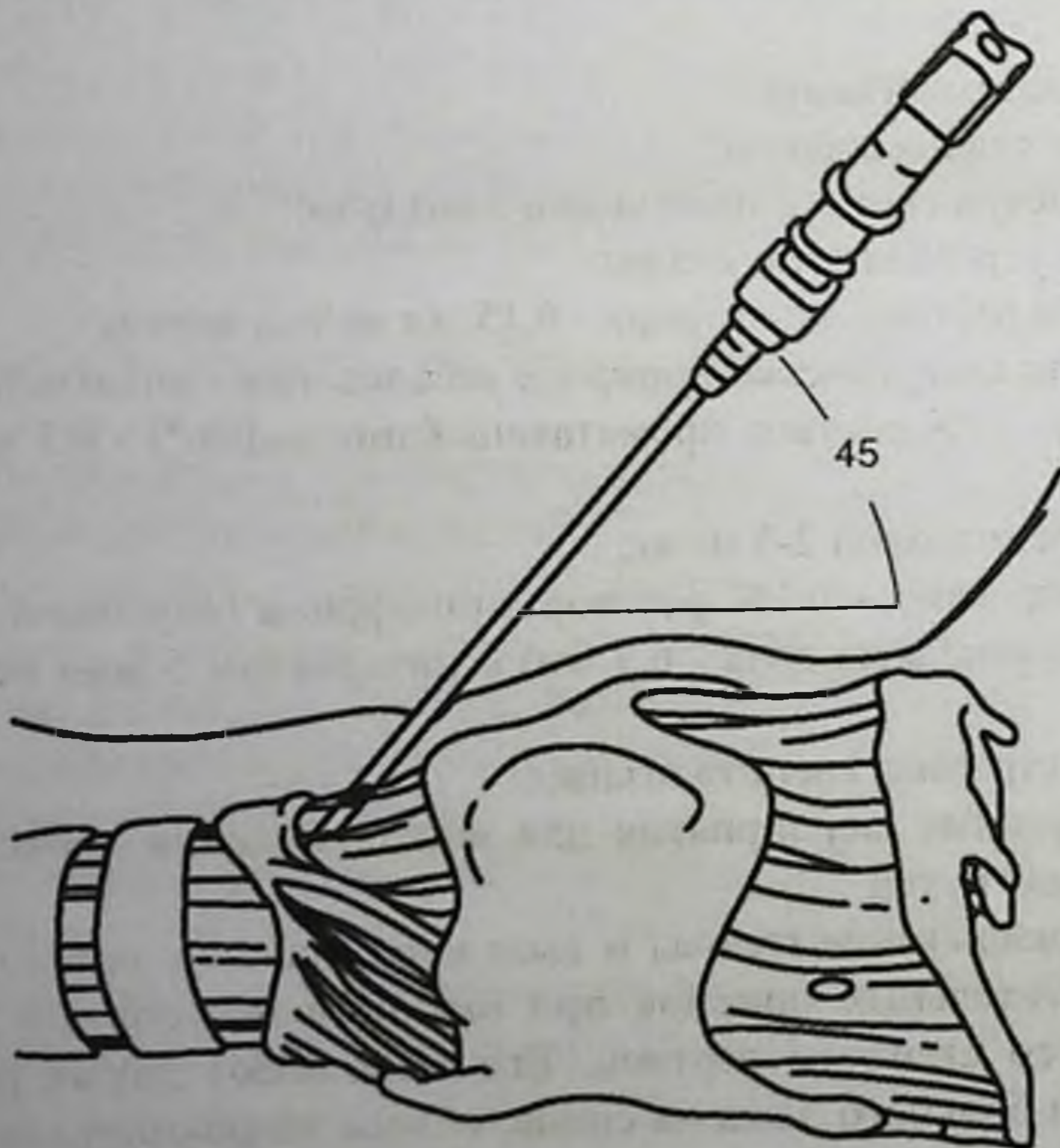
- экстренная госпитализация.

Экстренные мероприятия для восстановления проходимости дыхательных путей

Запрокидывание головы и выведение нижней челюсти - один из вспомогательных приемов при оказании неотложной помощи больному со стенозом гортани. Его выполняют двумя руками в положении больного лежа на спине, голова запрокинута назад, рот закрыт. Необходимо поднять подбородок, что способствует подъему и продвижению вперед подъязычной кости. Для выведения нижней челюсти следует слегка приоткрыть рот, нажав большими пальцами на подбородок, сжать пальцами нижнюю челюсть и поднять ее вперед и вверх, нижние зубы совместить с верхними.



Пункционная коникотомия - временное обеспечение вентиляции дыхательных путей в течение 30-40 мин. Положение больного на спине. После обработки кожи антисептическим раствором (если позволяет время) пальпаторно определяют перстнещитовидную связку ниже щитовидного хряща. Шприц объемом 5 мл соединяют с ангиокатетером № 12-14 и пунктируют связку по средней линии (рис. 8.9). Катетер направляют вниз под углом 45° к поверхности кожи и продвигают его, потягивая поршень шприца, до аспирации воздуха, что подтверждает положение катетера в просвете трахеи. Адаптер детской эндотрахеальной трубки диаметром 3 мм присоединяют к канюле катетера, Y-образный переходник - к кислородной трубке и к адаптеру эндотрахеальной трубки. Кислород подают со скоростью 15 л/мин.



*Рис. 8.9. Пункция конической связки*

Для срочной трахеотомии должен быть готов трахеотомический набор инструментов: скальпель, анатомические (2 шт.), пинцеты хирургические (2 шт.), пинцеты (2 шт.),



кровоостанавливающие зажимы Кохера (6 шт.), элеватор для поднятия перешейка щитовидной железы, однозубый крючок для фиксации гортани, ранорасширитель Труссо, ножницы Купера, иглодержатель и хирургические иглы; комплект трахеостомических трубок с разным диаметром просвета (7-9 м) (рис. 8.10); стерильный шелк; шприц, 0,5% раствор прокаина (новокаин\*) в ампулах (5 ампул по 10 мл).



Рис. 8.10. Трахеостомический комплект



Рис. 8.11. Уход за трахеостомой: антисептическая обработка стомы





*Рис. 8.11. Продолжение. Подготовка трубки с фиксацией к ней марлевых завязок, смазывание ее антибактериальной мазью и 10% раствором лидокаина, введение трубки в трахеостому, фиксация трубки, удаление проводника, небольшое раздувание манжеты, подложка из стерильной салфетки*

Уход за трахеостомой после трахеостомии - ежедневная санация внутренней канюли трахеотомической трубки, предварительно вынутой из основной канюли, 4-5 раз в день. Смазав ее антибактериальной мазью или маслом, вставляют в наружную трубку и прикрывают двухслойной марлевой салфеткой



в виде «фартука» (рис. 8.11). Этой процедуре можно обучить самого больного. Однако наружную трубку меняет только врач.

Сестринский процесс при заболеваниях уха

Ухо осматривают с помощью ушной воронки. Для увеличения изображения применяют отоскоп, микроскоп или эндоскоп. Медицинская сестра выполняет ряд манипуляций для диагностики и лечения больных с заболеваниями уха.

Туалет уха проводят при наличии отделяемого из наружного слухового прохода. Ранее для этого использовали турунды или ватники, с помощью которых вращательными движениями удаляли отделяемое из уха. Однако при интенсивных движениях в наружном слуховом проходе неизбежно возникают микротравмы, при которых инфекция проникает глубоко в кожу. Для туалета уха целесообразнее использовать промывание через канюлю теплым раствором антисептика; при наличии крупных сухих корок, свободно располагающихся в наружном слуховом проходе, их удаляют ушным пинцетом.

Материал из уха для микробиологического исследования берут зондом с ватником. Однако в современных условиях материал берут посредством готового диагностического набора, который оснащен аналогичным стерильным зондом. Его вставляют в слуховой проход или в барабанную полость, некоторое время удерживая там для пропитывания отделяемым, далее извлекают и опускают в пробирку с транспортной средой. При высыхании отделяемого в ухе или его малом количестве перед введением в слуховой проход смачивают зонд физиологическим раствором или дистиллированной водой.

Капли в ухо закапывают пипеткой, взрослым по 5-7 капель, детям - 3-5 капель, подогретых до температуры тела во избежание раздражения лабиринта. При наличии отделяемого перед процедурой выполняют туалет наружного слухового прохода. Во время закапывания для выпрямления наружного слухового прохода ушную раковину у взрослого оттягивают назад и вверх, у грудных детей - назад и вниз. Капли стекают по задневерхней стенке слухового прохода, пациент при этом находится в горизонтальном положении больным ухом вверх около 10-15 мин



для обеспечения более длительного их контакта с кожей наружного слухового прохода. После процедуры ухо только протирают стерильной ватой, не вводя ее в слуховой проход.

Для обеспечения продолжительного контакта лекарственного средства с кожей наружного слухового прохода в него вводят марлевую турунду - сложенная узкая марлевая полоска шириной 5-6 мм и длиной 5 см. Конец турунды берут ушным пинцетом, осторожно не плотно вводят турунду в слуховой проход на глубину 2,5 см, не травмируя эпидермис, сохраняя аэрацию прохода (рис. 8.12).



*Рис. 8.12. Введение марлевой турунды с лекарственным средством в наружный слуховой проход*

В ряде случаев для очищения наружного слухового прохода, например при серной пробке, используют более сильный напор струи проточной воды или антисептического раствора. Такой системой оснащены современные ЛОР-комбайны. При их отсутствии манипуляцию выполняют с помощью шприца Жанне. Противопоказания к использованию метода: подозрение и наличие «сухой» перфорации барабанной перепонки при мезотимпаните, поскольку в этом случае можно вызвать обострение заболевания или появление сильного головокружения как реакции лабиринта. Во избежание этого осложнения желательно промывать водой или



раствором, подогретым до температуры тела. Шприц вводят в наружный слуховой проход не глубже 1 см, и струю жидкости направляют по задневерхней его стенке. Больной плотно прижимает лоток к боковой поверхности шеи, куда вытекает вода из уха (рис. 8.13). Остатки жидкости удаляют из уха ватным тампоном. При очень плотной пробке промывание откладывают на 1-2 дня для ее размягчения: содовые или содово-глицериновые капли 3 раза в день по 7-10 капель (состав: натрия бикарбонат\* 0,5 г; глицерин\* и дистиллированная вода по 5 мл).

Согревающий компресс на ухо используют для получения болеутоляющего и противовоспалительного эффекта. В середине отрезка марли из 4-5 слоев размером 15x15 см ножницами делают продольный разрез для ушной раковины. Марлю смачивают полуспиртовым раствором, слегка отжимают и укладывают на ухо.



*Рис. 8.13. Промывание наружного слухового прохода с помощью шприца Жанне*





*Рис. 8.14. Наложение согревающего компресса на ухо*

Сверху кладут компрессную клеенку или вощеную бумагу, превышающую размер марли на 1 см, затем слой ваты. Компресс закрепляют на голове бинтом и оставляют его на 6-8 ч (рис. 8.14).

Продувание ушей по Политцеру выполняют как с диагностической, так и с лечебной целью. Для этого используют грушевидный резиновый баллон, заканчивающийся пластмассовой или металлической оливой, или устройство для продувания ушей в ЛОР-комбайне. Оливу вводят в одну из ноздрей, поддерживая ее безымянным пальцем левой руки, а большим, указательным и средним пальцами той же руки зажимают обе ноздри. Больному предлагают произнести «раз», «два», «три» или слово «пароход». В этот момент врач сжимает баллон правой рукой; воздух попадает через нос в носоглотку и через слуховую трубу в барабанную полость, так как при



слове «три» или «ход» мягкое небо прилегает к задней стенке глотки, и носоглотка становится замкнутым пространством. Под давлением воздушной струи устье слуховой трубы раскрывается. Аналогично выполняют продувание через другую половину носа. Если тугоухость была следствием нарушения проходимости слуховой трубы, после продувания слух, как правило, улучшается. Раскрытие слуховой трубы и движение барабанной перепонки можно контролировать с помощью отоскопа.



## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомильский М.Р., Чистяков В.Р. Детская оториноларингология. 2-е изд. перераб. И доп. – М.: 2007. – 576 с. Нашриет номи «ГЭОТАР Медиа»
2. Лучихин Л.А. Оториноларингология. Под редакцией Пальчуна В.Т. Москва, Эксмо, 2018. -320с. (Профессиональная медицина).
3. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Руководство по практической оториноларингологии. Москва. Медицинское информационное агентство, 2011.
4. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. Москва. «ГЭОТАР Медиа», 2008.
5. Шамсиев А.М., Атакулов Д. О, Лёнюшкин А.И. Хирургические болезни детского возраста. Учебник 2001. Издательство медицинской литературы шимени Абу Али Ибн Сино
6. Хушвакова Н.Ж. Оториноларингологияда тез тиббий ёрдам. Ўқув қўлланма. “Optima print” Самарканд 2014
7. Хушвакова Н.Ж. Оториноларингология. Дарслик. “Ўзбекистон нашриети” Тошкент 2019 й.
8. Шеврыгин Б.В. Синусити у детей и взрослых. М. Медицина, 2013.
9. Косимов К., Норбоев З.К. Оториноларингология. «Step by step print» Андижан 2015. 13. Sklafani Entoni P, Total Otolaryngology – Head and Neck Surgery. 2017
10. Vigand M.E. Endoscopic Surgery of the Paranasal Sinuses and Anterior Skull Base. 2014.



**Н.Ж. Хушвакова., Г.Б. Давронова**

# **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

*Для студентов среднего специального  
медицинского техникума*

*Номер удостоверения: G/00051-2023*



Номер лицензии издателя: 143413

*Ответственный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА*

*Корректор — Олим РАХИМОВ*

*Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ*

*Вёрстка — Дилшода АБДИАХАТОВА*

*Дизайнер — Даврон НУРУЛЛАЕВ*

**Отпечатано в типографии “SARVAR MEHROJ BARAKA”**

**Номер сертификата — 704756. 140100. г. Самарканд,  
ул. Мирзо Улугбек, 3.**

**Подписано в печат 25.01.2023 Протокол 6**

**Формат 60x84<sup>1/16</sup>. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 6,05**

**Тираж: 200 экз. Заказ № 77/2024**

**Тел/факс: +998 94 822-22-87. e-mail: [sarvarmehrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmehrojbaraka@gmail.com)**







