

ПМ 01.МДК 01. 02.

***Диагностика заболеваний
в отоларингологии***

***Заболевания носа
и носовых синусов***

Клиническая анатомия

Наружный нос: корень, спинка, кончик, скаты, крылья

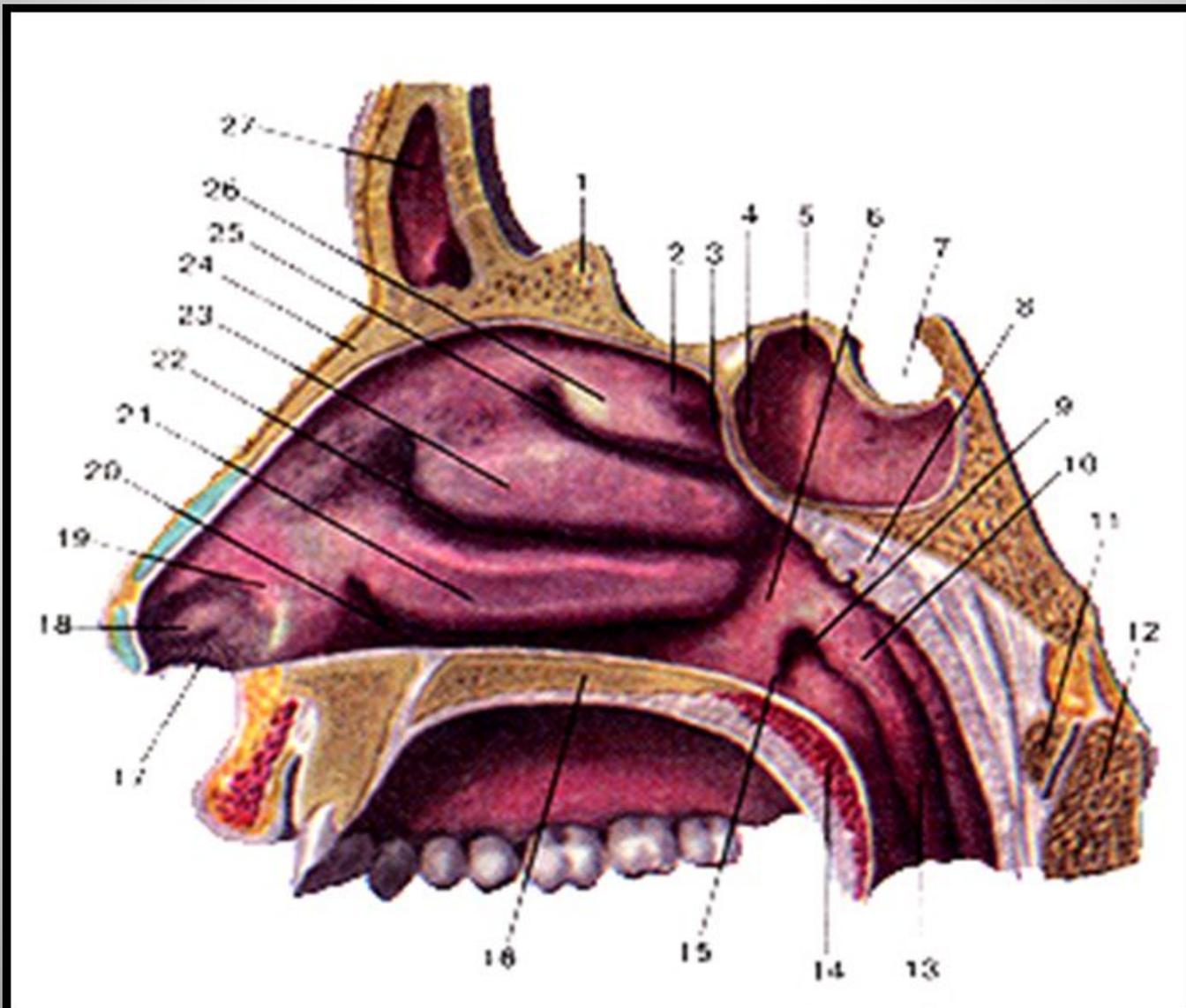
Полость носа: преддверие и собственно полость носа, перегородка, верхний, средний и нижний носовые ходы

Функции носа и пазух: дыхательная, обонятельная, защитная, резонаторная, рефлекторная

Околоносовые синусы

- Верхнечелюстные (гайморовы) пазухи расположены в проекции собачьих ямок
- Лобные пазухи расположены в проекции надбровных дуг
- Решетчатые пазухи расположены в проекции корня носа
- Основная пазуха расположена в толще тела основной (клиновидной) кости

Полость носа и синусы



Фурункул носа

Это воспаление волосяной луковицы
и сальной железы

Причины: снижение иммунитета,
микротравмы, нарушение обмена
веществ, стафилококк

Клиника: инфильтрация кожи с
конусовидным выпячиванием и
гнойно-некротическим стержнем на
фоне симптомов воспаления

Диагностика

Диагноз ставится на основании:

- жалоб пациента на боли, недомогание, наличие температуры, наличие гнойника**
- клиники, соответствующей синдрому воспаления**
- данных объективного обследования**
- данных лабораторного исследования:**
 - в анализе крови повышение СОЭ и лейкоцитоза со сдвигом формулы влево**

Осложнения

Фурункула
Флебит вен лица

**Флегмона периорбитальной
клетчатки**

Менингит

Тромбоз кавернозного синуса

Абсцесс головного мозга

Менингоэнцефалит

Лечение

Срочная госпитализация

**Вскрытие, дренирование и лечение по фазам
раневого процесса**

Антибактериальная терапия

Витамиотерапия

Иммунотерапия

Физиотерапия – УВЧ

Острый ринит

- *Это острое неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа.*
- **Причины:**
переохлаждение, снижение иммунитета
- **Клиника:** 1 стадия – *сухая* (раздражения)
- 2 стадия – *серозных выделений*
- 3 стадия – *разрешения*



1 стадия сухая (раздражения)

- Пациент ощущает сухость в носу, периодическое чихание***
- При риноскопии:***
 - слизистая розовая чистая***
 - отделяемого нет***
 - носовое дыхание затруднено***

2 стадия серозных

выделений

- Пациент жалуется на заложенность носа и обильные выделения водянистого характера**
- При риноскопии определяется гиперемия и отёчность слизистой, раковины увеличены в размерах, закрывают носовые ходы**
- Отделяемое слизистое обильное**
- Длится стадия 3 – 8 дней**

3 стадия разрешения

- Отделяемое становится густым и уменьшается его количество***
- Носовые ходы более свободны, уменьшается гиперемия и отёчность слизистой оболочки***
- В норме острый ринит длится от 4 дней до 3 – 4 недель***

Осложнения острого

ринита

- ***Переход в хроническую форму***
- ***Синуситы***
- ***Отиты***
- ***Фарингиты***
- ***Ангины***
- ***Ларингиты***

Лечение острого ринита

Сосудосуживающие капли: адрианол, ксилен, отривин, галазолин, нафтизин, африн

Дезинфицирующие капли: санорин, софрадекс, ципромед, називин, назол, полидекса, изофра

Секретомоторики: ринофлуимуцил

Детям: колларгол, протаргол, деринат, виброцил, назол «беби», снуп, отривин «беби» с аспиратором, ринорин

Таблетки: риниколд, ринза, колдакт

Промывание: долфин, аквамор, аквамарис

Закапывание капель



Хронический ринит

1 Хронический катаральный ринит

А) Хр. катар. **аллергический** ринит

Б) Хр. катар. **нейровегетативный**
ринит

2 Хронический гипертрофический
ринит

3 Хронический атрофический ринит

Хронический катаральный

аллергический ринит

**Бывает сезонным и круглогодичным,
возникает после контакта с аллергеном**

**Клиника: выраженная заложенность носа с
обильным водянистым отделяемым,
слезотечением**

**При риноскопии – застойная гиперемия с
водянистым отёком**

**Хронический
катаральный
нейровегетативный**

ринит
Возникает как осложнение
вегетососудистой дистонии и
артериальной гипертензии

Клиника: заложенность носа без наличия
патологического отделяемого

Риноскопия: увеличение носовых раковин
и застойная гиперемия слизистой

Хронический гипертрофический ринит

Формируется в результате гипертрофии подслизистого слоя и трансформации бокаловидных клеток слизистой

Причины: неадекватное лечение острых ринитов, неграмотное применение сосудосуживающих капель

Клиника: заложенность носа не снимается каплями, гипоосмия до аносмии

При риноскопии

Носовые раковины увеличены в размерах, закрывают носовые ходы, имеют багрово-синюшный цвет

После анемизации заложенность носа не исчезает

В запущенных случаях в верхнем носовом ходе определяются полипы

Хронический атрофический ринит

Причины: силикатная, табачная, асбестовая пыль, травмы, операции

Клиника: сухость, образование сухих корок, частые носовые кровотечения

Риноскопия: слизистая бледная с инъекцией сосудов, атрофическая, с наличием корок

Лечение

Аллергический ринит лечится у аллерголога,

назначают гормональные спреи: **Авамис (с 2 лет), Будостер(с6лет),Назонекс (с 12 лет),**

Тафен (с 12 лет), или применяют

эндонозальные блокады

Нейровегетативный ринит лечится у

невролога или у терапевта, при

неэффективности применяются

эндонозальные блокады с новокаином

***Лечение
гипертрофического
ринита***
Лазеротерапия

Ультразвуковая дезинтеграция

Полипотомия

Лечение атрофического ринита

- Смазывание корок раствором Люголя на глицерине с последующим удалением их и повторным смазыванием растительным маслом с витамином А (аекол, каротинил, масло облепихи, шиповника)
 - Увлажнение слизистой салином
- Промывание долфином, аквамарисом, физиологическим раствором хлорида натрия
 - Устранение контакта с пылью
 - Бальзам Караваева «Витаон»

Синуситы

Гайморит – воспаление верхнечелюстных
пазух

Этмоидит – воспаление решетчатых пазух

Фронтит – воспаление лобных пазух

Сфеноидит – воспаление основных пазух

Гемисинусит – воспаление всех пазух с одной
стороны

Пансинусит – воспаление всех носовых пазух

Носовые синусы



Пазухи носа



Лобные

Решетчатый
лабиринт

Гайморовы

Причины синуситов
**Неадекватное лечение острых и
хронических ринитов**

Аденоидные вегетации

**ОРВИ, грипп, др. инфекционные
заболевания**

Одонтогенная инфекция

Травмы и инородные тела полости носа

Причины синуситов



Клиника синуситов

Гайморит – боли локализуются в обл.

«собачьей ямки»

Фронтит – в обл. надбровных дуг

Этмоидит – в обл. корня носа

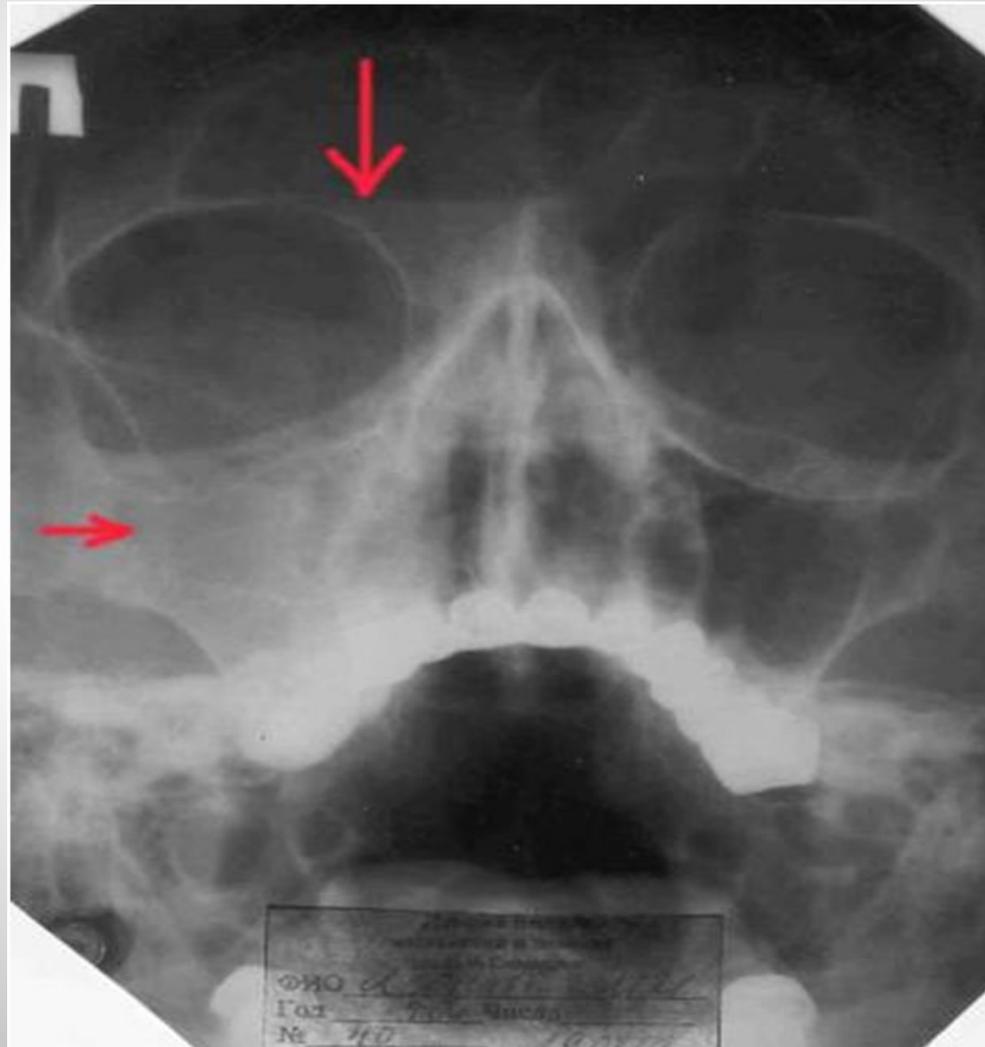
Сфеноидит – боли глубоко в носоглотке

Боли усиливаются при наклоне головы

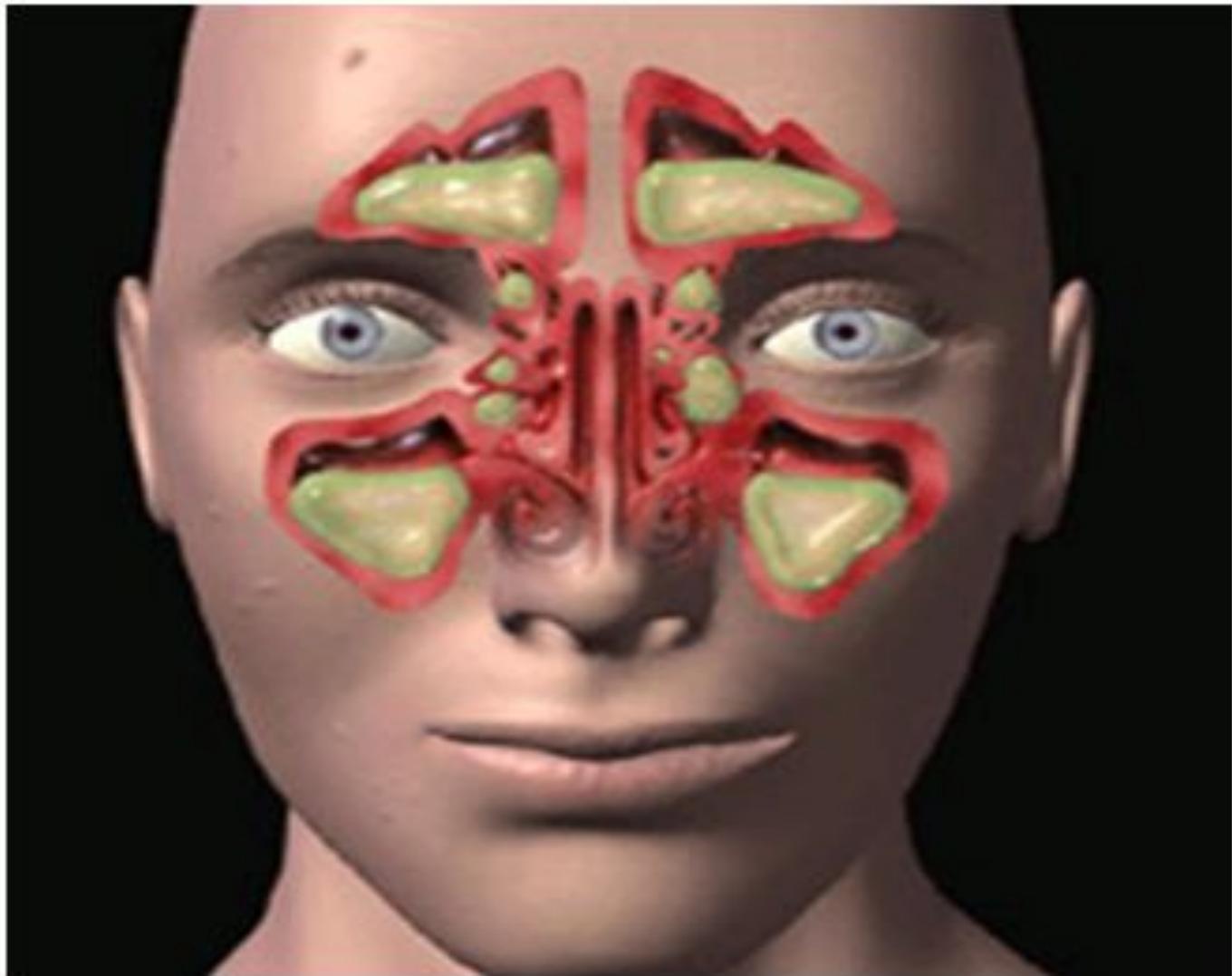
Гайморит



Правосторонний гемисинусит



Пансинусит



При всех синуситах

Заложенность носа

Гипоосмия, аносмия

Выделения гнойные, гнойно-сукровичные

Фебрилитет, субфебрилитет

Перкуторно – боль над пазухами

Боль при надавливании на точки выхода 1 и 2

ветви тройничного нерва

При риноскопии

**Слизистая носа гиперемирована
отёчна Раковины увеличены в
размерах**

**В среднем носовом ходе
определяется
полоска гноя**

Риноскопия



Диагностика

На рентгенограмме или флюорограмме

синусов определяется

снижение прозрачности синусов

«уровень» жидкости в них

Гомогенное затемнение синусов

Осложнения

Переход в хроническую форму

Флебит вен лица, сепсис

**Реактивный отёк периорбитальной
клетчатки**

Флегмона периорбитальной клетчатки

Менингит, абсцесс мозга

Тромбоз кавернозного синуса

Отит фарингит ангина бронхит трахеит

Лечение

Антибактериальная терапия

Анемизация слизистой

Промывание пазух методом перемещения

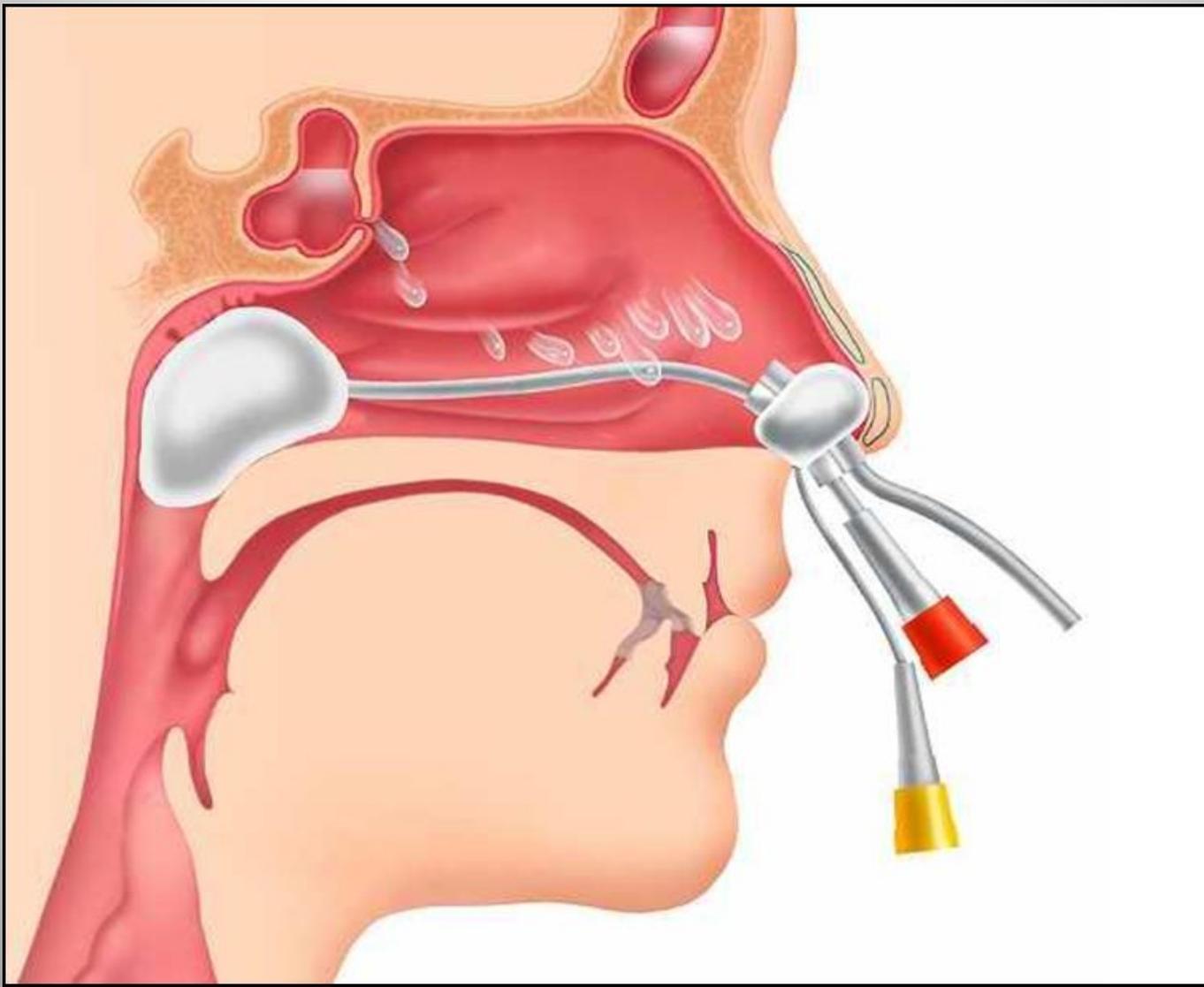
Промывание системой «долфин», аквамарис, аквалор, физраствором

Пункция и дренирование синусов

Физиотерапия – ЛУЧ-3, УВЧ

Операции – гайморотомия, фронтотомия – в осложнённых случаях

Промывание синусов



Заболевания глотки

Клиническая анатомия глотки

глотка состоит из трёх отделов:

носоглотки, ротоглотки и гортаноглотки

**Носоглотка сверху ограничена основанием
черепа**

**В неё открываются хоаны и слуховые трубы
(Евстахиевы трубы)**

**В ней расположены 3 миндалины – одна
носоглоточная (аденоиды) и две трубные**

Ротоглотка - зев

Включает в себя:

**нёбные миндалины с передн. и задн.
дужками**

**малый язычок и мягкое нёбо, корень языка
и заднюю стенку глотки**

**В ротоглотке находится 3 миндалины – две
нёбные и одна язычная**

Все миндалины носоглотки и ротоглотки
составляют **лимфойдно - глоточное кольцо**
Пирогова - Вальдейера, состоящее из шести
миндалин – две нёбные, две трубные, одна
носоглоточная и одна язычная

Гортаноглотка

В гортаноглотку включают

ВХОД В ПИЩЕВОД

ВХОД В ГОРТАНЬ С ЕЁ НАДГОРТАННИКОМ,

ГРУШЕВИДНЫМИ СИНУСАМИ И

ГОЛОСОВЫМИ СКЛАДКАМИ

Функции глотки

- перекрёст дыхательного и пищеварительного тракта
 - барьерная функция
 - рефлекторная
- формирование иммунитета
 - речеобразовательная
- голосообразовательная функция

Фарингит

**это острое неспецифическое воспаление
слизистой глотки**

Причины:

- банальная инфекция**
- инородные тела**
- травмы**
- переохлаждение**

Клиника

**боли в горле, сухость, першение,
подкашливание, чувство инородного тела**

**При фарингоскопии: на слизистой зева
гиперемия, отёчность, инфильтрация,
может быть увеличение лимфойдных
элементов задней стенки глотки в виде
гранул (гранулёзный фарингит)**

Лечение

-диета щадящая

- полоскание зева** настоями трав (ромашка, подорожник, шалфей, эвкалипт, зверобой, календула), хлорофиллиптом, йодинолом
- орошение зева аэрозолями:** ингалипт, каметон, антиангин, пропосол, ИРС-19, Люголь, румазолон, мирамистин, гипосаликс
- таблетированные сублингвальные препараты:** фарингосепт, травесил, грамицидин, септрин, лизобакт, стрепсилс
- для долечивания** - масло облепихи, шиповника, оливковое, аекол, каротинил

Ангины

**общее острое инфекционное заболевание,
при котором поражаются и миндалины**

Классификация:

- катаральная ангина**
- фолликулярная ангина**
- лакунарная ангина**
- язвенно-некротическая ангина**
- ангина Симановского - Венсана**

Причины

- контакт с ангинозным больным или его

посудой

- общее или местное переохлаждение

- носительство бета - гемолитического

стрептококка (БГСА)

- кариозные зубы

Клиника

Катаральная ангина. Пациент жалуется на умеренные боли в горле, недомогание, температура может быть нормальной или субфебрильной

При фарингоскопии определяется гиперемия и гипертрофия миндалин

Длится такая ангина 1 – 2 дня, купируется лечением или переходит следующую форму – фолликулярную

Фолликулярная ангина

У пациента **боли в горле**, усиливаются при глотании, **головные боли**, **боли в мышцах**, в **суставах**, в **области сердца** и в **поясничной области**, **повышение температуры тела до 38 градусов**

При фарингоскопии миндалины **гиперемированы**, **гипертрофированы**, на их поверхности определяются **гнойные пузырьки**
от 1 до 20 штук

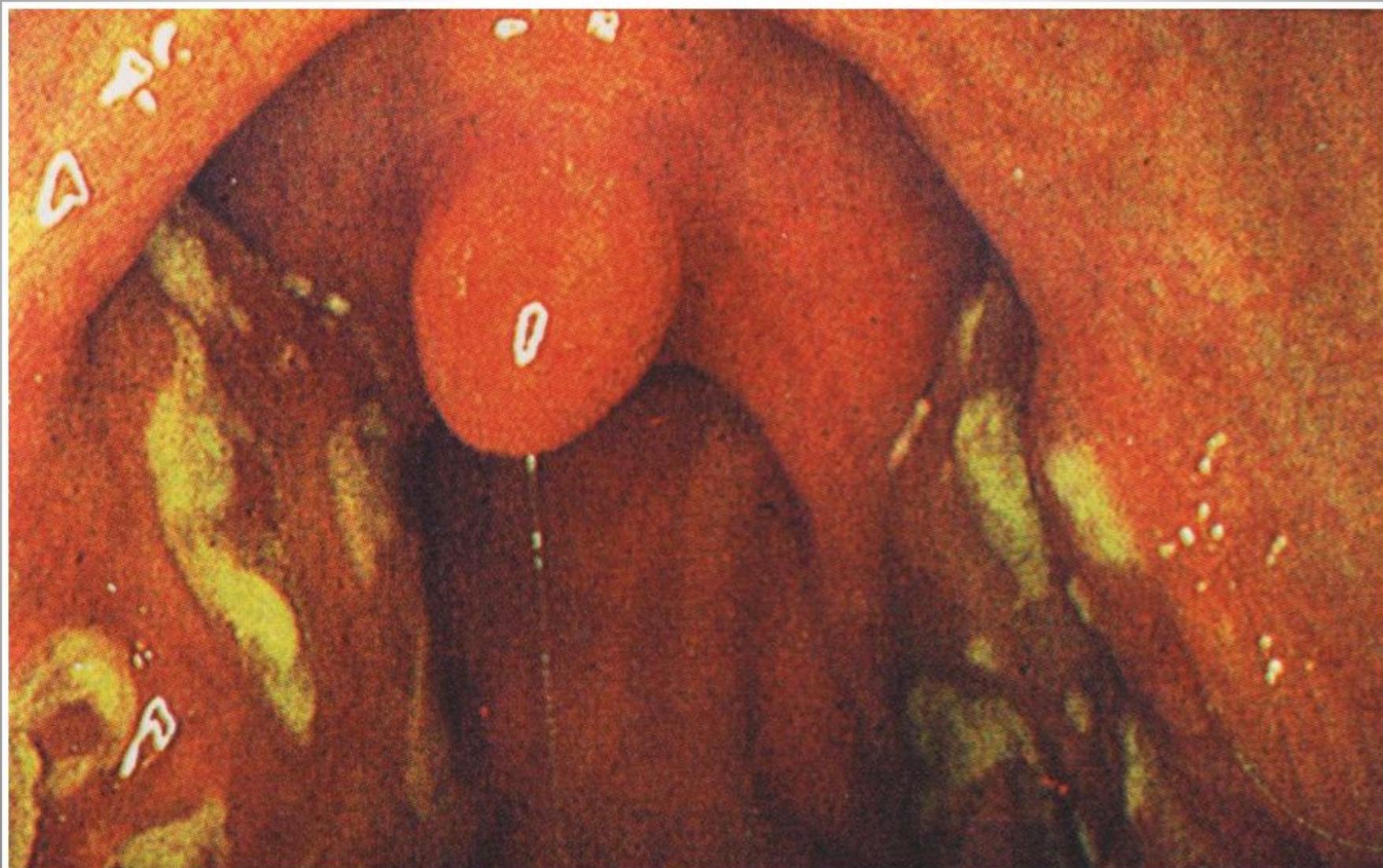
Лакунарная ангина

Состояние пациента **средней степени тяжести**, может быть **тяжёлым**. Протекает клинически значительно тяжелее, чем фолликулярная ангина

с более выраженными симптомами интоксикации, температура – **39 – 40градусов**

При фарингоскопии на миндалинах определяются **гнойные налёты**, исходящие из лакун. После **удаления** налётов симптомы интоксикации **значительно уменьшаются**

Лакунарная ангина



Язвенно-некротическая

ангина

Более выражены жалобы пациента и

более тяжёлое состояние, чем при

лакунарной ангине Температура 40

градусов

При фарингоскопии на миндалинах

определяются участки некроза чёрного

цвета, чередующиеся с изъязвлениями

Ангина Симановского -

Венсана **Считается атипичной**

Общее состояние пациента страдает мало

Температура **субфебрильная** или нормальная

Болевой синдром практически не выражен

Наблюдаются **умеренные симптомы**

интоксикации

При фарингоскопии на миндалинах
определяются участки некроза и язвы, как при
типичной язвенно-некротической ангине

Осложнения ангины

- **эндокардиты, миокардиты**
- **пиелонефриты, гломерулонефриты**
- **коллагенозы (ревматизм, СКВ, артрит)**
- **тонзиллогенный сепсис**
- **местные осложнения : хронический тонзиллит, перитонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, гнойный лимфаденит**

Формулировка диагноза

Катаральная ангина

Фолликулярная ангина

Лакунарная ангина

Язвенно-некротическая ангина

Ангина Симановского - Венсана

Лечение ангины

- мазок на ВЛ из носа и зева

- решение вопроса о госпитализации

- Катаральная и не осложнённая

фолликулярная ангины лечатся

амбулаторно - в течение 3 дней активно

пациент посещается на дому

Лакунарная и язвенно-некротическая

ангины лечатся в инфекционном отделении

изоляция пациента с соблюдением режима

инфекционного больного

Антибактериальная

терапия
Антибиотики: 1 линия – пенициллиновый ряд
(амосин, амоксициллин клавуанат 375 мг-3 р/д)

2 линия – цефалоспорины (супракс,
ципрофлоксацил, цефазолин, цедекс)

3 линия - макролиды (эритромицин,
азитромицин, сумамед, рулвид, макропен,
джозамицин)

Авелокс 400 мг – 1 р в день

- антигистаминная терапия

- витаминотерапия

- салицилаты (аспирин)

- полоскание зева растворами фурациллина,
перекиси водорода, марганца, соды через
каждые 2 часа

Диспансерное наблюдение

Пациент нетрудоспособен в течение 10-12

дней

Диспансерное наблюдение осуществляется

в течение одного года после ангины

Дважды в году проводится ОАК, ОАМ, ЭКГ,

санация полости рта и зева

Хронический тонзиллит
это хронический аутоаллергический
процесс в небных миндалинах

Классификация:

**1 Хронический тонзиллит
компенсированный**

**2 Хронический тонзиллит
декомпенсированный**

а) Хр. тонзиллит, декомпенсация 1

Причины

- ангины, леченные некомпетентно

- кариозные зубы

- патология носоглотки, сопровождающаяся
нарушением носового дыхания

- ангины более 2 раз в году

- иммунодефицитные состояния

Клиника

Хронический тонзиллит компенсированный

симптомы хронической интоксикации, сопровождающиеся субфебрилитетом

При фарингоскопии миндалины гипертрофированы у детей и атрофированы у взрослых. Миндалины рыхлые, лакуны глубокие изрытые, рубцовоизменены, в них определяется жидкий гной или казеозные массы. Передние дужки инфильтрированы цианотичны, спаяны с тканью миндалин. Определяются увеличенные и болезненные регионарные лимфатические узлы

Достаточно 3 признаков

Хронический тонзиллит декомпенсированный 1 степени

К клиническим симптомам

компенсированного тонзиллита

присоединяются местные осложнения:

перитонзиллярные и заглоточные

абсцессы и гнойные лимфадениты

Хронический тонзиллит декомпенсированный 2

степени

Кроме симптомов компенсированного хронического тонзиллита у пациентов определяют **сопряжённые заболевания:**

- коллагенозы

**- эндокардиты, миокардиты и последующие
приобретённые пороки сердца**

- пиелонефриты, гломерулонефриты

- полиартриты

- тонзиллогенный сепсис

Лечение

- диспансерный учёт с обследованием и лечением пациента 2 – 4 раза в году у ЛОР врача

- санация полости рта

- **консервативное** лечение применяется при компенсированном хр.тонзиллите:

- полоскание зева настоями трав

- промывание лакун антисептиками (иодиол, диоксидин, протаргол, хлоргексидин)

- смазывание миндалин раствором люголя

- физиотерапия – УФО, УВЧ, ультразвук с гидрокортизоном, лазеротерапия

- **при декомпенсированном** применяется оперативное лечение – **тонзиллэктомия** и общее лечение сопряжённых заболеваний

Аденоидные вегетации

это увеличение носоглоточной миндалины

Причины:

- хронические риниты, синуситы

**- инфекционные заболевания – грипп, корь,
скарлатина, ОРВИ**

- иммунодефицитные состояния

Клиника

затруднение носового дыхания, храпящее дыхание во время сна, частые воспалительные заболевания носоглотки, отиты

В тяжёлых случаях наступает деформация лицевого скелета:

- верхняя челюсть выступает вперёд**
 - сглажены носогубные складки**
 - рот полуоткрыт**
- высокое расположение твёрдого и мягкого нёба**

При задней риноскопии

- при аденоидах 1 степени носоглоточная миндалина закрывает сошник на 1/3 часть
- при аденоидах 2 степени она закрывает сошник на 2/3 части
- при 3 степени вегетаций миндалина закрывает сошник полностью
- при разрастании аденоидной ткани 4 степени она обнаруживается при фарингоскопии

Диагностика

Диагноз выставляется на основании:

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

фарингоскопии

пальцевого исследования носоглотки

Формулировка диагноза

Аденоидные вегетации 1 степени

Аденоидные вегетации 2 степени

Аденоидные вегетации 3 степени

Аденоидные вегетации 4 степени

Лечение

Аденоиды 1 и 2 степени лечатся консервативно:

- дыхательная гимнастика
- промывание носоглотки ТМВ, чистотелом
- закапывание в нос водного раствора прополиса

2 раза в день в течение месяца

- лазеротерапия

Аденоиды 3 и 4 степени лечатся оперативно

– проводится операция – **аденотомия**

Перитонзиллярный абсцесс

**это гнойное расплавление
околоминдаликовой клетчатки**

Причины:

- ангины, леченые неадекватно**
- хронические тонзиллиты, не
санированные**
- инородные тела**
- травмы миндалин и их капсул**
- кариозные зубы (одонтогенная инфекция)**

Клиника

боли в горле при глотании и в покое с одной стороны с иррадиацией в ухо

тризм жевательной мускулатуры, при котором пациент не может раскрыть полость рта

Глотание невозможно из-за деформации ротоглотки

Температура субфебрильная, чаще остаётся фебрильной

Пальпируются увеличенные болезненные регионарные лимфатические узлы

При фарингоскопии

миндалина с одной стороны:

гипертрофирована

гиперемирована

смещена к средней линии

передняя дужка инфильтрирована под ней

флюктуирующий абсцесс

Диагностика

Диагноз выставляется на основании:
жалоб пациента, анамнеза заболевания,
данных объективного обследования,
фарингоскопии, КТ, МРТ

Формулировка диагноза:

Правосторонний (или левосторонний)
перитонзиллярный абсцесс

Осложнения

- флегмона шеи

- медиастенит

- сепсис

- асфиксия

Лечение

- срочная госпитализация в хирургическое или ЛОР отделение
 - взятие мазка на ВЛ
- вскрытие абсцесса тупым путём (зажимом Москит)
 - дренирование раны
 - полоскание зева антисептиками
- Системная антибактериальная терапия
 - УВЧ

Заглотоочный абсцесс *это гнойное расплавление заглотоочной клетчатки*

Бывает, как правило, у детей до 3 лет

**У взрослых в исключительных случаях – как
следствие травм задней стенки глотки, и как
осложнение туберкулёза тел шейных
ПОЗВОНКОВ**

Причины

- ангины, леченые неадекватно

- хронические тонзиллиты, не

санированные

- травмы инородными телами задней

стенки глотки

- кариозные зубы (одонтогенная

Клиника

боли в горле и невозможность глотания

обильная саливация

невозможность повернуть голову

высокая температура, реже

субфебрильная

При фарингоскопии: выпячивание

слизистой задней стенки глотки

её гиперемия, отёчность, инфильтрация,

флюктуация

Заглоточный абсцесс



У детей

У детей чаще абсцесс располагается в проекции **боковых валиков задней стенки глотки**, поэтому сопровождается симптомом **функциональной кривошеи** и **фебрильной температурой**

У взрослых он располагается, как правило, по **средней линии**, не сопровождается кривошеей, отличается **субфебрильной температурой**, т. к. является следствием **туберкулёза**. И у взрослых и у детей определяются **увеличенные болезненные**

Диагностика

Диагноз выставляется на основании жалоб пациента, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, фарингоскопии, рентгенографии шейного отдела позвоночника в боковой проекции, КТ, МРТ

Формулировка диагноза:

Заглочный абсцесс

Осложнения

- флегмона шеи**
- медиастенит**
- сепсис**
- асфиксия**

Лечение

- мазок на ВЛ
- вскрытие абсцесса тупым путём
 - дренирование гнойника
- Системная антибактериальная терапия
 - антигистаминные препараты
 - ВИТАМИНЫ
- полоскание зева антисептиками каждые 2 часа
 - физиотерапия – УВЧ

***Заболевания уха
и сосцевидного
отростка***

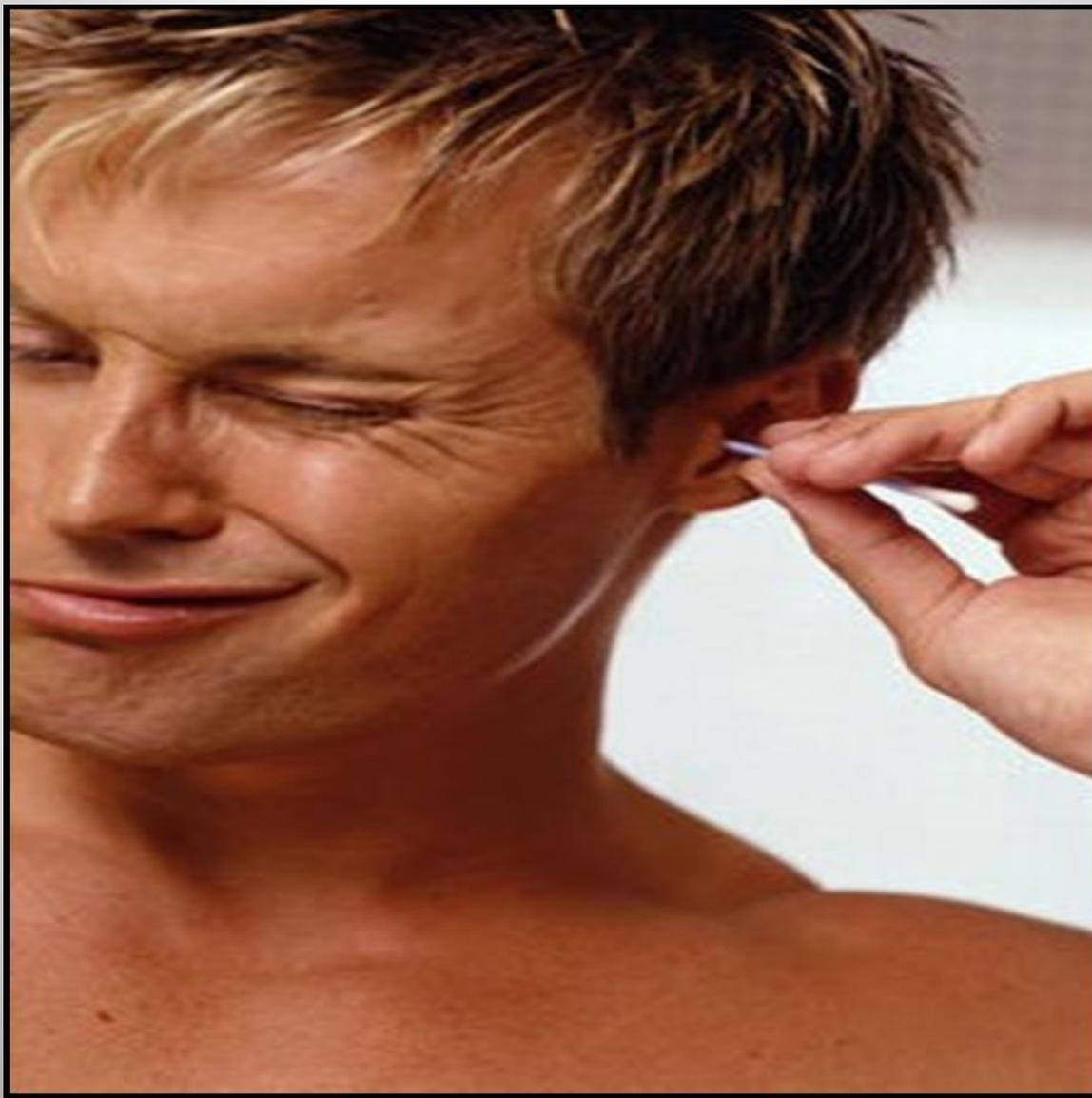
Заболевания уха и сосцевидного отростка

Наружный отит - это воспаление кожи
наружного слухового прохода

Причины:

- микротравмы
- инородные тела
- медицинские манипуляции
- переохлаждения
- грибковые поражения
- аллергические поражения кожи.

Травмы уха



Клиника наружного отита

**Пациенты жалуются на боли в ухе, усиливающиеся при жевании и надавливании на козелок
может быть снижение слуха шум в ухе**

в редких случаях повышается температура

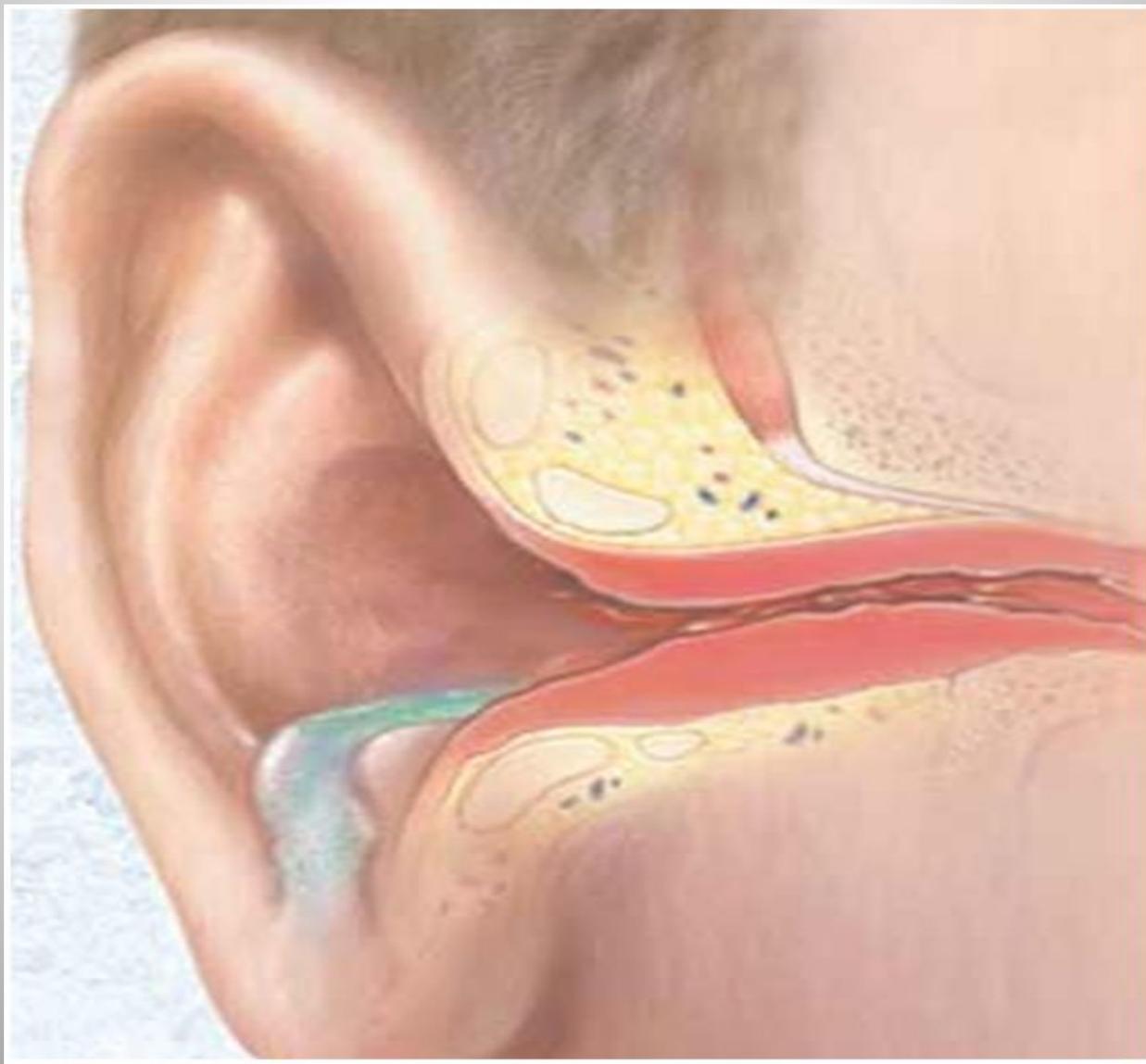
Иногда может быть жжение и зуд в ухе

При отоскопии

При фурункуле на коже слухового прохода гиперемия, отёчность, инфильтрация, конусовидное выпячивание с гнойно-некротическим стержнем в центре

При диффузном наружном отите определяется концентрическое сужение слухового прохода на фоне воспалительных явлений

Диффузный наружный отит



При отоскопии

При аллергических поражениях

наблюдается клиника дерматита с мокнущей мацерацией кожи

При грибковых поражениях (отомикозах)

в слуховом проходе определяются грибковые наложения белого, серого, коричневого или чёрного цветов с неприятным запахом на фоне воспаления

Формулировка диагноза

Острый правосторонний наружный отит

**Фурункул правого (левого) слухового
прохода**

Острый диффузный наружный отит

Аллергический наружный отит

Отомикоз справа (слева)

Лечение

При фурункулах и абсцессах слухового
прохода производят их **вскрытие,**
дренирование и лечение по фазам раневого
процесса

В слуховой проход дважды в день водят
спиртово-мазевые турунды или капли
«отофа», комбинил – дуо, полидекса,
нормакс

Физиотерапия - УВЧ

Аллергические отиты лечатся у аллерголога

Лечение

При отомикозах проводят тщательный туалет слухового прохода с перекисью водорода с последующим введением турунды с мазями:

Нистатиновая

Левориновая

Клотримазол Микосептин

Ламизил Экодакс

Экдозерил Пимафукорт

Или Кандибиотик 3-4 капли 3-4 раза в день

Острый средний отит

**это воспаление слизистой среднего уха
(барабанной полости)**

Классификация

- острый катаральный средний отит**
- острый гнойный средний отит**
- острый гнойно-перфоративный
средний отит**

Причины

Заболевания носоглотки - риносинуситы, аденоиды, ОРВИ, ангины и другие заболевания, в результате которых блокируется функция слуховой трубы

Травмы барабанной перепонки – механическая и баротравма

Переохлаждения

Клиника

Пациенты жалуются на

**Стреляющие боли в ухе, снижение слуха,
шум в ухе, повышение температуры тела**

**Дети отказываются от приёма пищи или
очередного кормления**

**У детей до года могут наблюдаться
менингиальные симптомы, беспокойное
поведение**

**Боль усиливается при надавливании на
козелок**

При отоскопии

Если отит катаральный, то на барабанной перепонке определяется **гиперемия, отёчность, инъекция сосудов**

При гнойном отите кроме воспалительных явлений определяется **сглаженность контуров барабанной перепонки, отсутствие опознавательных знаков, выстояние перепонки в слуховой проход**

При отоскопии

При гнойно-перфоративном среднем отите

на барабанной перепонке определяется рваная перфорация с пульсирующим рефлексом слизистой оболочки среднего уха

Отделяемое гнойное или гнойно – сукровичное

Выражен болевой синдром

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

Жалоб пациента

Анамнеза заболевания

Данных объективного обследования

Отоскопии

Формулировка диагноза

**Острый катаральный правосторонний
(левосторонний) средний отит**

**Острый гнойный правосторонний
(левосторонний) средний отит**

**Острый гнойно-перфоративный
правосторонний (левосторонний) средний
ОТИТ**

Осложнения

- переход в хроническую форму
 - тугоухость кондуктивная
 - тугоухость сенсоневральная
 - мастоидит
 - лабиринтит
- внутричерепные осложнения:
 - менингит, абсцесс мозга, тромбоз сигмовидного синуса

Лечение

При катаральном отите достаточно назначить
капли в слуховой проход **капли:**

**спиртовой раствор борной кислоты,
отинум, отипакс, софрадекс, ципромед,
отофа, данцил, нормакс, комбинил - дуо**

Для улучшения дренажной функции слуховой
трубы обязательно назначают

сосудосуживающие

капли в нос

Лечение

При гнойном отите назначают антибиотики
капли в ухо **не должны быть спиртовыми**
(ципромед, нормакс, отофа, комбинил-дуо,
полидекса, данцил)

Капли в нос обязательны

Выполняют вскрытие барабанной перепонки
(парацентез), дренирование, туалет уха
Физиотерапевтическое лечение

УВЧ, ЛУЧ-3, электрофорез с калия иодидом

Лечение

При гнойно-перфоративном отите

к вышеперечисленному лечению добавляют

**Промывание полости среднего уха
антисептиками**

**перекисью водорода, диоксидином,
йодиолом, сульфацилом натрия**

Закапывают капли не содержащие спирт

Вводят мазевые турунды

Хронический отит

**это хроническое воспаление
слизистой среднего уха**

**Отит считается хроническим, если на
барабанной перепонке имеется:**

стойкая перфорация и

гноетечение,

**продолжающееся шесть месяцев и
более**

Классификация

**Хр. правостор. (левостор.)
мезотимпанит**

**Хр. правостор. (левостор.)
эпитимпанит**

**Хр. правостор. (левостор.)
мезоэпитимпанит**

Причины

- **острые отиты, не леченные или леченые не адекватно**
 - **патология носоглотки**
 - **переохлаждение**
- **травмы барабанной перепонки без специализированного лечения**
- **попадание влаги в ухо провоцирует обострение процесса**

Клиника при обострении

боли в ухе

шум в ухе

снижение слуха

гноетечение

М.б. повышение температуры

Клиника

**Если обострение ликвидировано
лечебными мероприятиями,
то из всех симптомов остаётся
снижение слуха и
наличие стойкой перфорации на
барабанной перепонке**

При отоскопии

При мезотимпаните определяется перфорация в натянутой части барабанной перепонки

При эпитимпаните перфорация расположена в расслабленной части перепонки

При мезоэпитимпаните перфорация распространяется и на расслабленную и на натянутую часть барабанной перепонки

Отоскопия

Во время обострения

отоскопическая картина дополняется

**гиперемией, отёком барабанной перепонки
и слизистой среднего уха, на которой может
определяться пульсирующий рефлекс**

**Гноетечение может быть скудным или
обильным**

Формулировка диагноза

**Хронический правосторонний
(левосторонний) мезотимпанит**

**Хронический правосторонний
(левосторонний) эпитимпанит**

**Хронический правосторонний
(левосторонний) мезоэпитимпанит**

Осложнения

- Кондуктивная тугоухость

- Сенсоневральная тугоухость

 - Мастоидит

 - Лабиринтит

- Внутричерепные осложнения:

 - менингит, абсцесс мозга,

 - тромбоз сигмовидного синуса,

которые чаще возникают при **эпитимпанитах**

Лечение

- санация носоглотки

- Системная антибактериальная терапия

- иммунотерапия

- местно: туалет уха антисептиками, капли в ухо не содержащие спирт

- физиотерапевтические процедуры – ЛУЧ-3, электрофорез с йодистым калием

Мезотимпаниты лечатся в амбулаторно

Эпитимпаниты лечатся стационарно, чаще с помощью saniрующих операций

Мастоидит

это воспаление ячеек сосцевидного отростка

У детей **до года** мастоидит называют **отоанtritом** У них ячейки отростка не сформированы и имеется только одна полость под названием **антрум**

Причины

- острые отиты**
- хронические отиты**

Клиника

На фоне клиники острого или хронического отита или после травмы возникает **усиление боли** в покое и **при пальпации сосцевидного отростка** резко усиливается **при перкуссии**

Кожа над отростком гиперемирована, отёчна, инфильтрирована

Инфильтрация смещает ушную раковину, **оттопыривая её**

Над сосцевидным отростком может определяться **флюктуация**

При отоскопии

на барабанной перепонке определяется клиника острого или хронического отита

Может быть травмирована барабанная перепонка с воспалительными явлениями

Очень часто определяется нависание заднее - верхнего отдела барабанной перепонки

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

отоскопии

рентгенографии сосцевидных отростков

Компьютерной томографии

Формулировка диагноза

**Острый правосторонний
(левосторонний) мастоидит**

Отоанtrit справа (слева)

Осложнения

- тромбоз кавернозного синуса

- тромбоз сигмовидного синуса

- менингит

- абсцесс мозга

- энцефалит

- сепсис

Лечение

только оперативное

– трепанация сосцевидного отростка

с удалением всех поражённых ячеек

с последующей массивной

антибактериальной терапией и

детоксикацией

Лабиринтит

это воспаление костного и перепончатого отделов внутреннего уха

Причины

- острые отиты

- хронические отиты

- травмы лабиринта через овальное окно

- черепно-мозговые травмы

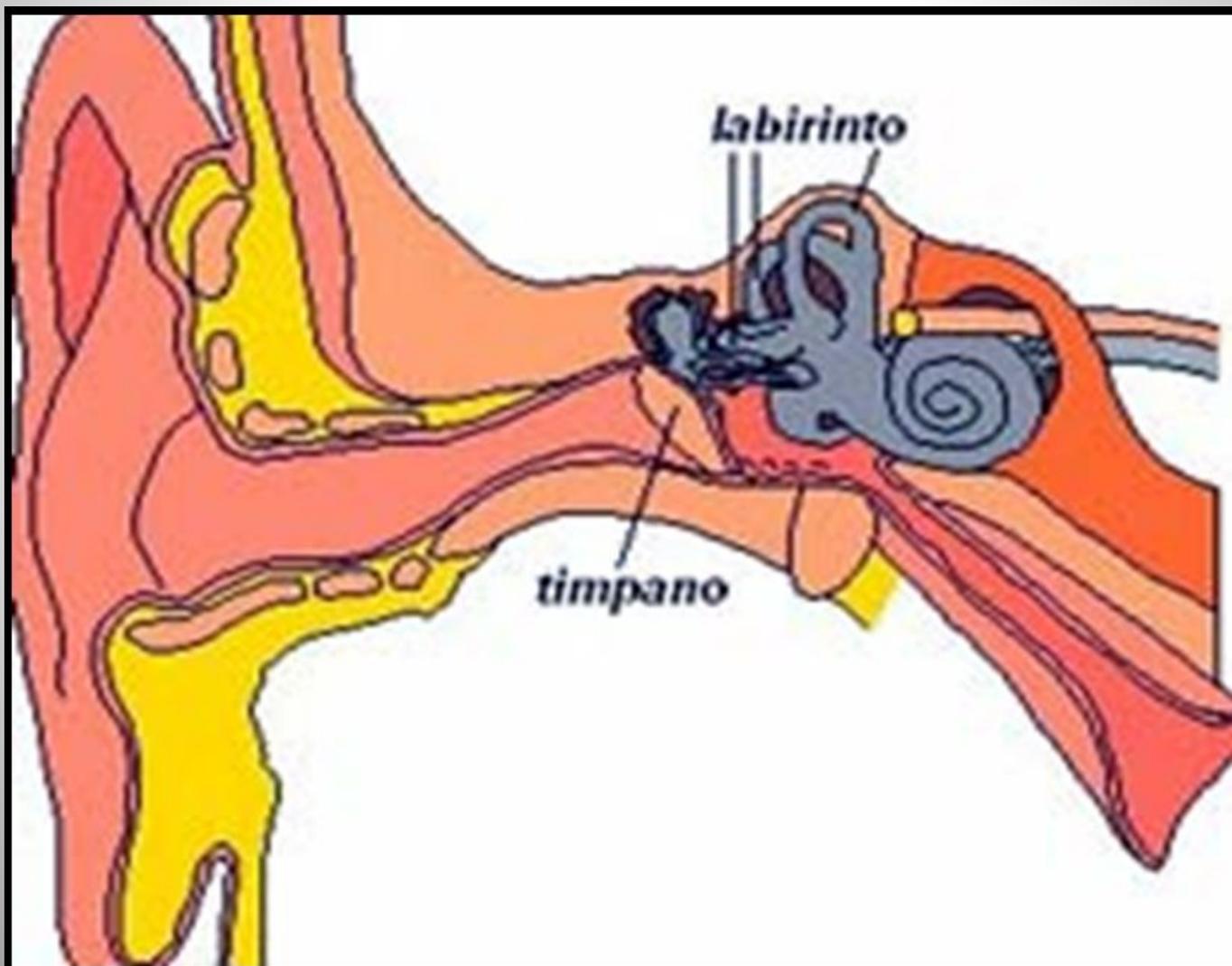
- акустические и баротравмы

- интоксикации

Лабиринтит



Лабиринтит



Клиника

**системное головокружение
при малейшем повороте головы даже на
несколько градусов
нарушение координации движений
вегетативные реакции – усиленная
соливаация, тошнота, «приливы»,
тахикардия,
снижение слуха, шум в ухе,
спонтанный нистагм**

При отоскопии

наблюдается клиника острого

обострения хронического отита

травма барабанной перепонки

Может определяться абсолютно

неизменённая перепонка

если лабиринтит развился на фоне

интоксикации

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

отоскопии

рентгенографии сосцевидных отростков

Компьютерной томографии

Формулировка диагноза

**Острый серозный правосторонний
(левосторонний) лабиринтит**

**Острый гнойный правосторонний
(левосторонний) лабиринтит**

Лечение

- строгий постельный режим с фиксацией головы в положении наименьшего головокружения
- санация уха вплоть до оперативного лечения
 - (лабиринтэктомия)
 - Кавинтон
 - Бетасерк
 - Нейромедин
 - Антибактериальная терапия
 - Детоксикация

Сенсоневральная тугоухость

**это поражение звуквоспринимающей
части слухового анализатора**

(Кортиев орган, слуховой нерв, центр слуха)

Синонимы сенсоневральной тугоухости:

неврит слухового нерва

кохлеарный неврит

нейросенсорная тугоухость

Причины

- инфекции: грипп, краснуха, паротит, корь
 - акустические и баротравмы
 - работа в шумной обстановке
 - контузии головного мозга
- неадекватное применение мочегонных препаратов
- воспалительные процессы среднего и внутреннего уха и сосцевидного отростка
- применение ототоксических антибиотиков аминогликозидового ряда:
гентамицин, канамицин, стрептомицин,
МОНОМИЦИН

Клиника

- снижение слуха и шум в ушах
- шум пациенты дифференцируют как
 - стрекотание кузнечика
 - гудение проводов
- шум работающего трактора

Если причиной тугоухости являются острые или хронические отиты, то жалобы будут соответствующие

При отоскопии

барабанные перепонки могут быть

абсолютно здоровыми

или на них определяются симптомы

острого, хронического отита

или мастоидита

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

отоскопии

рентгенографии сосцевидных отростков,

КТ Диагноз уточняется с помощью

аудиограммы (нарушение

звуквоспринимающей части слухового

анализатора)

Формулировка диагноза

Острая сенсоневральная тугоухость справа

(слева, или двухсторонняя)

Хроническая сенсоневральная тугоухость

справа (слева, или двухсторонняя)

Лечение

В остром периоде лечение стационарное с последующим диспансерным наблюдением курсами амбулаторного лечения 2 – 4 раза в году

Лечение назначают с целью стабилизации слуха под контролем аудиограммы

Если пациент лечится не регулярно, то снижение слуха быстро прогрессирует.

Лечение

- детоксикация

- витаминотерапия (мильгамма)

- прозерин

- актовегин

- сосудистые препараты – пентоксифиллин, кавинтон, фемара, никотиновая кислота

- иглорефлексотерапия

- эндауральные и парамеатальные блокады

- электрофорез с йодистым калием

Лечение

- Оперативное лечение

кохлеарная имплантация (вживление

микрочипа во внутреннее ухо)

- Слухопротезирование

с помощью слуховых аппаратов

Отосклероз

**это остеодистрофический процесс,
сопровождающийся заменой ячеистой
структуры сосцевидного отростка на
компактную структуру**

Причины

- наследственность

Патогенез

Заболевание, передаваясь по наследственности, проявляется у женщин во время беременности, а у мужчин во время полового созревания

При наличии отосклероза подножная пластинка стремени постепенно становится неподвижной и не передаёт импульс из среднего уха на улитку внутреннего уха, то есть страдает звукопроводящая часть слухового анализатора (кондуктивная тугоухость)

Клиника

Пациент жалуется на снижение слуха на оба уха и шум в ушах

В тоже время он отмечает улучшение слуха в шумной обстановке

что является дифференциально-
диагностическим признаком

При отоскопии

патологических явлений не определяется,

но имеются косвенные признаки

отосклероза:

- широкий слуховой проход

- сниженное количество серы

- барабанная перепонка розового цвета,

так как истончена и через неё просвечивает

слизистая среднего уха

Диагноз уточняется с помощью

аудиограммы, на которой определяется

нарушение звукпроводящей части

слухового анализатора

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

отоскопии

Диагноз уточняется с помощью

аудиограммы

Лечение

Производится операция – стапедопластика, при которой удаляется цепь слуховых косточек, перфорируется подножная пластинка стремени и между барабанной перепонкой и подножной пластинкой стремени устанавливается протез Протез может быть сформирован из хряща ушной раковины больного или искусственный из пластика

Травмы и инородные

тела

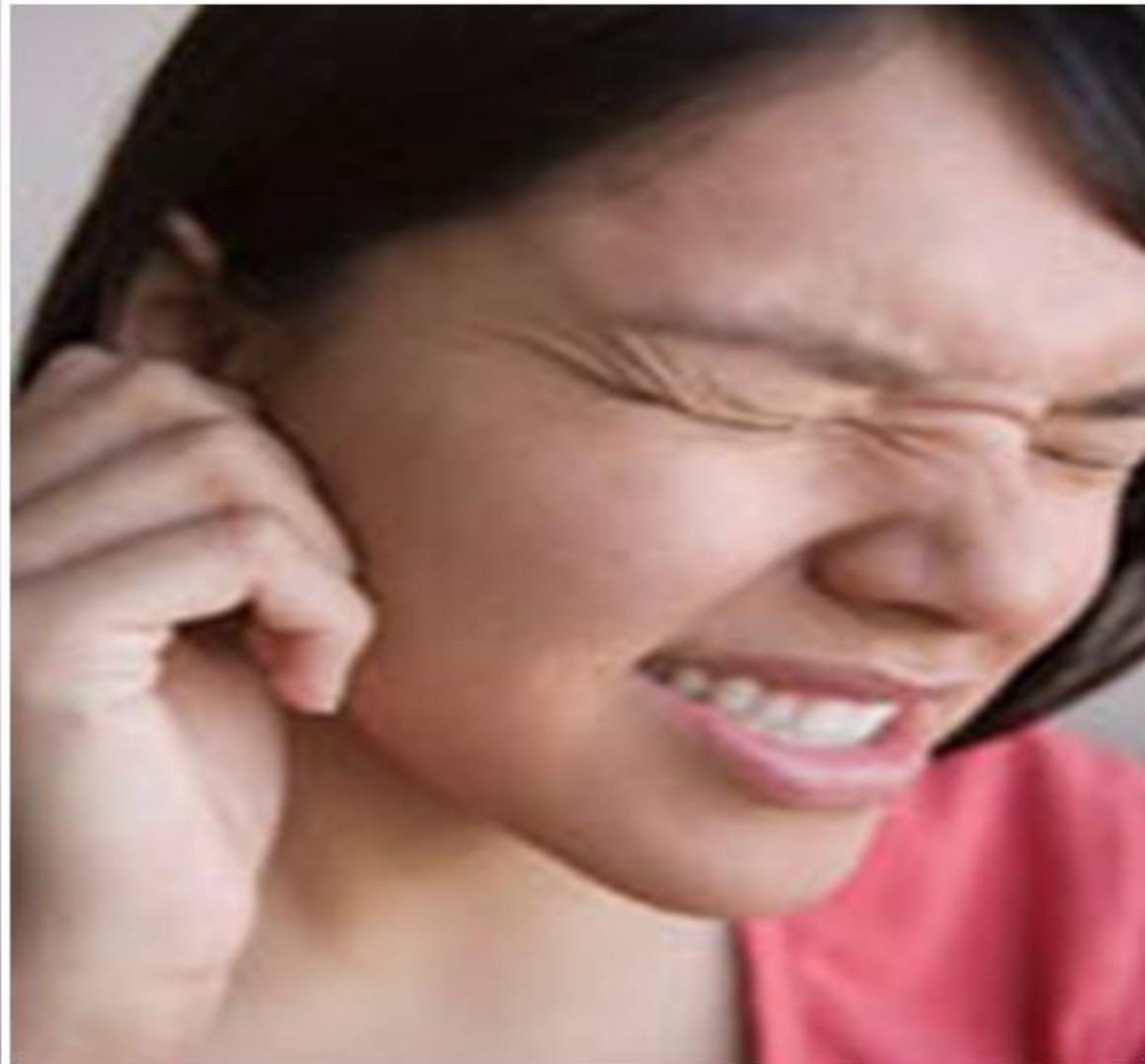
ЛОР органов

Оталгия

Причины

- отиты острые и хронические
- заболевания полости рта и зева
- неврологические заболевания шейного отдела позвоночника

Боль в ухе



Клиника, Диагностика

- **стреляющие боли в ухе**
- **снижение слуха и шум в ухе**

Диагноз выставляется на основании **жалоб** пациента, **анамнеза** заболевания, данных **объективного** обследования, **отоскопии**, **рентгенографии** сосцевидных отростков, **КТ**
Диагноз уточняется с помощью **аудиограммы**

Неотложная помощь

- **Обезболивание**
- **Капли в ухо:** отипакс, отинум, софрадекс, ципромед, спиртовой раствор борной кислоты
- **Капли в нос:** адрианол, санорин, пиносол, софрадекс
- **Детям:** колларгол, протаргол, деринат, виброцил, назол «беби», снуп, отривин «беби» с аспиратором, ринорин
- **Согревающий компресс на ухо**

Разрыв барабанной перепонки

Причины:

- механическая травма**
- баротравма**
- манипуляции пациента**
- медицинские манипуляции**

Клиника

- **стреляющая боль в ухе**
- **снижение слуха и шум в ухе**
- **кровянистые выделения из уха**

Разрыв барабанной перепонки следует отличать от **поперечного перелома**

основания черепа, при котором определяется

не только выделение крови из уха, но и

ликворрея

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

отоскопии

данных неврологического статуса

Формулировка диагноза

Разрыв правой (левой)

барабанной перепонки

Неотложная помощь

- обезболивание

- рыхлая турунда с перекисью водорода в слуховой проход

- срочная транспортировка пациента в приёмное отделение

Гематома носовой перегородки

это скопление крови между слизистой оболочкой носа и костно-хрящевой частью носовой перегородки

Причины

- травмы наружного носа**
- переломы костей носа**

Клиника

- заложенность носа с одной или с обеих

сторон

- неэффективность сосудосуживающих

капель

- флюктуирующее образование в проекции

перегородки носа при риноскопии

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

риноскопии

Формулировка диагноза

Гематома носовой перегородки

справа

(слева, или двухсторонняя)

Неотложная помощь

- обезболивание
- транспортировка в приёмное отделение

Лечение

- вскрытие гематомы и передняя тампонада
носа на три дня
- антибактериальная терапия

Осложнения

- абсцесс носовой перегородки
- внутричерепные осложнения:

Менингит

Абсцесс мозга

Тромбоз кавернозного синуса

Перелом костей носа

Причины: травмы костей носа

Классификация

- переломы со смещением отломков**
- переломы без смещения отломков**
- закрытые переломы костей носа**
- открытые переломы костей носа
(считаются открытой ЧМТ)**

Клиника

- локальная боль
- боль при осевой нагрузке
- крепитация
- патологическая подвижность
- деформация наружного носа
- нарушение функции – отсутствие носового дыхания
- кровотечение из носа
- кровоизлияния в области корня носа
- деформация носовой перегородки при риноскопии

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

жалоб пациента

анамнеза заболевания

данных объективного обследования

риноскопии

рентгенографии костей носа

Формулировка диагноза

**Закрытый (открытый) перелом
костей носа со смещением (без
смещения) отломков**

Неотложная помощь

- обезболивание**
- холод**
- асептическая повязка при наличии раны**
- транспортировка в приёмное отделение**
- с противошоковыми мероприятиями**

Лечение

- **репозиция** костей носа под общим обезболиванием с помощью элеватора
- при открытых переломах репозицию проводят **после ПХО раны**
- после репозиции - **передняя тампонада носа**
- **иммобилизация** с помощью гипсовой повязки

Если репозиция не проведена в течение первых **трёх дней**, то деформацию наружного носа ликвидируют с помощью

Носовое кровотечение,

причины

- **травмы**
- **гипертонические кризы**
- **заболевания крови – гемобластозы, гемофилия, анемия**
- **заболевания печени**
- **инфекц. заболевания – грипп, гепатит, ВИЧ**
- **неадекватное применение антикоагулянтов, салицилатов, гормонов**
- **заболевания носа – атрофические риниты, доброкачественные и злокачественные новообразования**

Клиника

Кровотечение из носовых ходов разной степени интенсивности

Диагностика

Диагноз выставляется на основании

Жалоб, анамнеза заболевания

данных объективного обследования

риноскопии, рентгенографии костей носа,

ОАК с подсчётом количества тромбоцитов,

коагулограммы

Формулировка диагноза

**Носовое
кровотечение**

**+ Формулировка
основного
заболевания, которое
привело к
кровотечению**

Неотложная помощь

- придать пациенту **сидячее или лежащее** положение, с наклоном головы **вперёд**, чтобы кровь не стекала в носоглотку
- дать ему лоток и салфетку
- осторожно освободить нос от сгустков, чтобы **дышать носом**
- приложить **холод** к носу
- измерить **АД** и подсчитать **пульс** (если **АД** выше «рабочего» - коррекция, если **САД** **90мм** ртутного столба и ниже – **противошоковая инфузионная терапия**)

Неотложная помощь

- ввести в нос ватный тампон с перекисью водорода и прижать к перегородке (**гемоблок**)
- закапать сосудосуживающие капли (если нет АГ)
- провести переднюю тампонаду полости носа
- провести гемостатическую терапию:

Этамзилат натрия 12,5% раствор от 2 до 8мл в/в или в/м

Викасол 1% раствор от 2 до 8мл в/в или в/м

Аминокапроновая кислота 5% раствор в/в

Транексам по 1гр 3 р/д 7 дней

Октанат натрия в/в при гемофилии

- транспортировка в приёмное отделение

Инородные тела носа

Инородные тела обнаруживаются, как
правило,
у детей беспечных родителей

Клиника

- заложенность носа с **одной стороны**
- **длительный ринит с ихорозным запахом**
при застарелых инородных телах

Формулировка диагноза

Диагноз выставляется на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, риноскопии

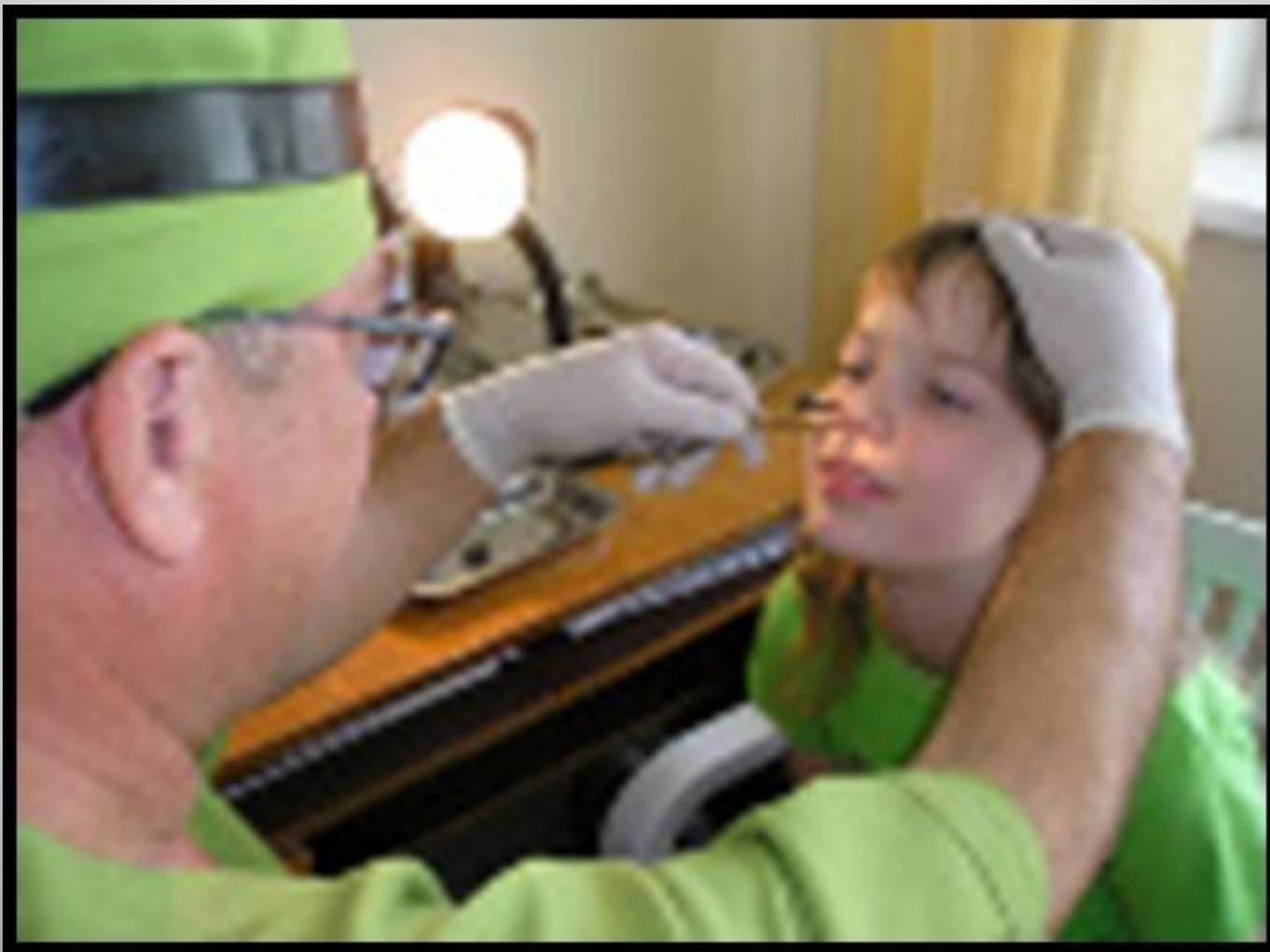
Формулировка диагноза

Инородное тело правой (левой) половины носа (бусинка, пуговица, и т.д.)

Приёмы удаления и/т

- **высмаркивание**
- **вымывание** водой через здоровую половину носа с помощью резиновой груши, наклонив ребёнка над раковиной так, чтобы голова была ниже туловища
- удаление и/т **крючком (не пинцетом!!)**
- контрольная риноскопия
- **санация** слизистой носа 5-7дней
- при невозможности удалить и/т - **транспортировка** пациента в приёмное отделение

Контрольная риноскопия



Осложнения

- Острые риниты

- Хронические риниты

- Синуситы

- Внутричерепные гнойные

осложнения

Инородные тела глотки

Причины

- поспешная еда***
- отсутствие зубов***
- наличие протезов***
- болезни жевательного аппарата***
- привычка держать предметы во рту***

Клиника

Острые инородные тела, как правило, попадают с пищей. Чаще рыбные или куриные кости, шелуха от злаков, кусочки дерева. Они фиксируются в миндалинах, в области передних или задних дужек, в корне языка

Жалобы:

- боли в горле при глотании, иногда невозможность глотания**
- чувство инородного тела**
- нарушение речи и дыхания, если инородное тело крупное**

Диагностика

Диагноз выставляется на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, фарингоскопии

Формулировка диагноза

Инородное тело глотки

(рыбья кость, проволока и т.д.)

Приёмы удаления

- **орошение** зева лидокаином, для снятия рвотного рефлекса и обезболивания
- удаление инородного тела по его оси с помощью **зажима с замком**
- контрольная фарингоскопия
- **санация** зева в течение 3 - 7 дней полосканием и смазыванием его антисептиками

Осложнения

- **фарингиты**
- **ангины**
- **перитонзиллярные абсцессы**
- **заглотоочные абсцессы**

Инородные тела

пищевода

Причины:

- поспешная еда**
- болезни жевательного аппарата**
- отсутствие зубов**
- наличие протезов**
- разговор или смех во время приёма пищи**

Клиника

Пациенты жалуются на боли в области шеи, за грудиной или в эпигастральной области

Это зависит от места фиксации инородного тела

Иррадиация болей тоже зависит от уровня фиксации – или в руку, или в позвоночник

Пациент не может принимать пищу и даже пить воду

Если удаётся сделать глоток, появляется рвота

Диагностика

**Диагноз выставляется на основании жалоб
пациента, анамнеза заболевания, данных
объективного обследования**

**Диагноз подтверждается с помощью
рентгенографии пищевода с жидким
барием, эзофагоскопии**

Формулировка диагноза

Инородное тело верхней (средней, нижней) **трети пищевода** (рыбья кость, монета, пуговица, мясной завал и т.д.)

Неотложная помощь

- обезболивание

- введение спазмолитиков

- транспортировка в приёмное отделение

Лечение

**Удаление инородного тела с помощью
эзофагоскопии с последующей санацией
пищевода на фоне строгой диеты**

Осложнения

- эзофагит

- перфорация пищевода инородным телом

- разрывы пищевода во время

эзофагоскопии

медиастинит

Травмы гортани

Механизм травмы:

- удар по передней поверхности шеи ребром ладони**
- попытка удушения или повешения**
- удар шеи о твёрдый предмет при ДТП или катастрофах**
- ранения острыми предметами**

Патоанатомия

При травмах происходит повреждение хрящевого скелета гортани – щитовидного и перстневидного вплоть до голосовых складок

Травмы могут завершиться вывихом или переломом хрящей гортани

Иногда фрагменты хрящей проникают в просвет гортани, затрудняя дыхание

Травмы гортани могут быть закрытые и открытые

Клиника

Боли в области гортани, нарушение голоса вплоть до афонии. Нарушение дыхания – шумное, стридорозное, вплоть до асфиксии

Невозможность глотания

На коже определяются кровоизлияния, гематомы, отёчность, возможна деформация с изменением конфигурации гортани

Раны могут быть различной величины, с выстоянием хрящей, баллотированием тканей соответственно дыханию (дышащая рана)

Диагностика

Диагноз выставляется на основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования. Диагноз подтверждается ларингоскопией, рентгенографией, КТ, МРТ.

Формулировка диагноза:

Ушиб гортани

Ранение гортани

Перелом хрящей гортани (открытый, закрытый)

Неотложная помощь

- обезболивание
- пункция трахеи или трахеостомия для обеспечения дыхания
- противошоковая терапия, иногда гормональные препараты
- асептическая повязка
- транспортировка в приёмное отделение
- В тяжёлых случаях - ИВЛ

Лечение

Восстановление проходимости гортани

с помощью операции –

реконструкция гортани на интубационной

трубке или наложение T – образной трубки с

последующим формированием

ларингофиссуры

Инородные тела гортани и

трахеи

Причины:

- беспечность родителей**
- поспешная еда**
- приём пищи во время разговора**
- приём пищи в движущемся транспорте**
- болезни жевательного аппарата**
- привычка держать предметы в полости рта**
- обморочное состояние**
- ослабление защитных рефлексов при алкогольном опьянении и после наркоза**

Патофизиология

Инородные тела чаще бывают у детей до 5 лет

У взрослых при наличии патологии полости рта и зубов (протезы)

При глубоком **вдохе** в гортань или трахею попадают разные инородные тела. Это могут быть семечки подсолнуха и арбузные семечки, фасоль, горох, пуговицы, булавки, крючки, гвозди, шурупы, кнопки, **ущемляются в гортани или баллотируют в трахее при дыхании**

Клиника и/т гортани

В момент аспирации наступает **рефлекторный спазм** голосовой щели, сопровождающийся **приступом кашля, удушья** с выраженным **цианозом** кожных покровов

При инородных телах гортани **асфиксия** сопровождается **потерей сознания**

Блок дыхания переходит в **клиническую**, а затем и **биологическую** смерть

Клиника и/т трахеи

При инородных телах трахеи оно чаще баллотирует в ней – при вдохе ударяется о бифуркацию трахеи, а при выдохе ударяется о голосовые складки, вызывая **приступы кашля**

Иногда баллотирование и/т слышно на расстоянии. Такая картина может продолжаться длительное время и может закончиться **выделением** его наружу, **фиксацией в бронхе** или **ущемлением в гортани**

Диагностика

Диагноз выставляется на основании
жалоб, анамнеза,
данных **объективного** обследования

Диагноз подтверждается с помощью
ларингоскопии, трахеобронхоскопия,
рентгенографии гортани, КТ, МРТ

Формулировка диагноза

- Инородное тело гортани,

асфиксия

- Балотирующее (фиксированное)

инородное тело трахеи

Приёмы удаления

- пальцевое удаление инородного тела
- можно тряхнуть ребёнка за ножки трижды
- взрослого наклонить через своё колено и трижды ударить его между лопатками
- применить приём Хаймлика – подойти сзади к пациенту и резко прижать его к себе, установив свои предплечья на уровне рёберных дуг пациента

Приёмы удаления

- Пункция трахеи иглой с широким сечением под углом 40 градусов сверху вниз по срединной линии
- Наложение трахеостомы разрезом по средней линии на уровне 2 - 3 полуколец трахеи с введением трахеостомической трубки или любой другой трубки
- вдувание инородного тела в правый бронх
- обезболивание
- транспортировка с противошоковыми мероприятиями в приёмное отделение

Инородные тела уха

Причины

- беспечность родителей**
- наличие насекомых в доме**

Клиника

- снижение слуха**
- шум в ухе**
- чувство инородного тела в ухе**

Диагностика

Диагноз выставляется на основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, отоскопии

Формулировка диагноза

**Инородное тело правого (левого)
слухового прохода**

Приёмы удаления

- **вымывание** инородного тела водой как серную пробку **с помощью шприца Жане**
- и/т растительного происхождения **удаляют крючком** через 15-20 минут после закапывания спирта
- живые и/т удаляют **крючком** или вымывают водой через 20 минут после закапывания **растительного масла**
- пластилин вымывают водой после закапывания **бензина** (он превращается в крошкообразную массу)

При невозможности удалить и/т

федеральным центром неотложной помощи и ДОР

Промывание уха



Контрольная отоскопия



Заболевания гортани

Острый ларингит

Хронический ларингит

Хондроперихондрит гортани

Клиническая анатомия и физиология гортани

Гортань расположена на уровне 5 – 6 шейных позвонков, у детей на уровне 3 – 4 позвонков. Основу гортани составляют хрящи, соединённые между собой связками и суставами. Гортань состоит из трёх непарных (щитовидный, перстневидный и надгортанник) и трёх парных хрящей (черпаловидных, рожковидных и клиновидных). Перстневидный хрящ является основанием гортани, на его пластинке расположены черпаловидные хрящи, имеющие два отростка – голосовой и

Анатомия и физиология гортани

За счёт работы этих хрящей и голосовых складок происходит образование голоса. При нарушении их функции нарушается фонация, возникают проблемы с голосом (афония)

Надгортанник закрывает гортань во время проглатывания пищи, защищая дыхательные пути от инородных тел. При нарушении его функции возникает поперхивание во время приёма пищи

Щитовидный хрящ защищает гортань спереди от механических повреждений

Функции гортани: дыхательная, защитная, фонаторная (голособразовательная)

Острый ларингит

это воспаление слизистой гортани

Причины

- неправильное использование голоса**
- запылённость, загазованность помещений**
 - горячее или холодное питьё**
- инфекционные заболевания – грипп, корь, скарлатина**
- вредные привычки – курение и злоупотребление алкоголем**

Клиника

Пациенты жалуются на охриплость голоса вплоть до афонии, чувство и/тела, саднения, заложенность в горле, иногда сухой кашель Температура может быть нормальной или субфебрильной

При ларингоскопии определяется гиперемия, отёчность слизистой гортани и голосовых складок, неполное их смыкание при фонации

Диагностика

Диагноз выставляется на основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, ларингоскопии

Формулировка диагноза

**Острый катаральный (гнойный)
ларингит**

Лечение

- Голосовой покой

- Ингаляции с ТМВ, растительными маслами, лазолваном, лучше через небулайзер

- Орошение гортани антисептиками, маслом облепихи, шиповника

- Физиолечение – электрофорез с раствором калия иодида, гидрокортизоном

Освобождение от работы полагается только людям голосовых профессий

Осложнения – переход в хроническую форму, трахеит, бронхит

Хронический ларингит

**это хроническое воспаление слизистой
гортани**

Классификация

- хронический катаральный ларингит**
- хронический гипертрофический ларингит**
- хронический атрофический ларингит**

Причины

- хроническое перенапряжение голоса
- загазованность, запылённость рабочих помещений
- длительное переохлаждение (работа на холоде)
 - вредные привычки
- неадекватное лечение острого ларингита

Патоанатомия

При хроническом катаральном ларингите на первый план выступают расстройства местного кровообращения и изменения со стороны покровного эпителия

В нём происходит **метаплазия** из цилиндрического в плоский эпителий, он разрыхляется и слущивается

В подэпителиальном слое отмечается **круглоклеточная инфильтрация**

Патоанатомия

При хроническом гипертрофическом ларингите происходит разрастание соединительной ткани, что ведёт к утолщению тканей гортани

При хроническом атрофическом ларингите происходят более глубокие изменения
Кроме **метаплазии** эпителия наступает **гиалинизация соединительной ткани** и **жировое перерождение железистой ткани**

Клиника

Клиника всех форм хронического ларингита во многом сходная и скудная

Больные жалуются на **повышенную утомляемость голоса, охриплость, покашливание**

При **гипертрофических** ларингитах – **повышенное отделение мокроты**

При **атрофических** ларингитах, наоборот, пациенты жалуются на **сухость в гортани, наличие откашливаемых корок**

Ларингоскопия

- При хр. катаральном ларингите определяется **застойная гиперемия слизистой**
- При гиперпластическом ларингите определяется **утолщение слизистой гортани, голосовые складки утолщены, определяются сгустки мокроты**
- При атрофическом ларингите слизистая **истончена, сухая, покрыта корками. Голосовые складки становятся розовыми, инфильтрированными, смыкаются не полностью при фонации**

Диагностика

Диагноз выставляется на основании жалоб,
анамнеза, данных объективного
обследования, ларингоскопии

Формулировка диагноза:

Хронический катаральный ларингит

Хронический гипертрофический ларингит

Хронический атрофический ларингит

Лечение

- **голосовой покой**
- **щелочные и масляные ингаляции**
- **антибактериальная терапия при обострении**
- **заливки в гортань смесей, снимающих отёк**
- **физиотерапия - электрофорез с калия иодидом, грязелечение**
- **массаж воротниковой зоны**

Хондроперихондрит

**это воспаление хрящей и надхрящницы
гортани**

Классификация

- гнойный хондроперихондрит**
- склерозирующий хондроперихондрит**

Причины

- специфическая инфекция –
туберкулёз, сифилис
- травмы гортани – открытые и
закрытые
- лучевая терапия злокачественных
новообразований гортани

Патоанатомия

При гнойном процессе надхрящница отслаивается гноем от хряща, что нарушает его питание. В результате хрящ **некротизируется, образуются свищи – внутренние или наружные**

При склерозирующем хондроперихондрите хрящи покрываются **грануляциями**, которые после лечения **рубцуются и деформируют хрящи**

Клиника

Пациенты жалуются на боли при глотании,
разговоре, охриплость голоса

В тяжёлых случаях затруднено дыхание,
повышена температура тела

При наружном осмотре определяется
сглаженность контуров гортани, увеличение
объёма шеи и резкая боль при пальпации

При ларингоскопии

**определяется гиперемия отёчность
слизистой оболочки, могут быть гнойники,
грануляции, язвы, деформация хрящей,
несмыкание голосовых складок при
фонации**

**Могут быть стойкие рубцовые стенозы
гортани**

Диагностика

Диагноз выставляется на основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, ларингоскопии

Формулировка диагноза

Острый гнойный хондроперихондрит

**Хронический склерозирующий
хондроперихондрит**

Лечение

- массивная антибактериальная терапия
 - лечение основного заболевания
(туберкулёз, сифилис, травма)
 - специальные заливки
- при декомпенсированном стенозе
 - трахеостомия

Будьте здоровы !!!

