**Заболевания носа, горла, уха. ЛОР-болезни**

Аденоиды (аденоидные разращения, аденоидные вегетации) - патологическое разращение (гиперплазия, гипертрофия) глоточной (носоглоточной) миндалины. Могут встречаться изолированно или в сочетании с увеличенными небными миндалинами. Глоточная миндалина хорошо развита в детском возрасте; приблизительно с 12 лет она становится меньше, а у взрослых нередко полностью атрофируется. Аденоиды чаще всего наблюдаются у детей 3-10 лет, но могут быть и в первые годы жизни, и после периода полового созревания. Развитию аденоидов способствуют детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дифтерия), часто повторяющиеся вирусные и микробные воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, иммунодефицит-ные состояния, склонность к аллергии, не исключена роль и наследственного фактора.

Симптомы, течение. Нарушение носового дыхания, обильное выделение слизистого секрета, заполняющего носовые ходы и стекающего в носоглотку, хроническое набухание и воспаление слизистой оболочки носа (см. Насморк). Из-за затрудненного носового дыхания дети спят с открытым ртом, сон часто бывает беспокойным и сопровождается громким храпом; дети встают вялыми, апатичными. У школьников часто снижается успеваемость из-за ослабления памяти и внимания. Аденоиды, закрывая глоточные отверстия евстахиевых (слуховых) труб и нарушая нормальную вентиляцию среднего уха, могут вызвать понижение слуха, иногда значительное. Искажается речь, голос теряет звучность и принимает тусавый оттенок. Дети раннего возраста с трудом овладевают речью. Часты жалобы на упорную головную боль как результат затрудненного оттока крови и лимфы от головного мозга, обусловленного застойными явлениями в полости носа. Постоянные выделения слизистого секрета из носа вызывают мацерацию и припухание кожи верхней губы, а иногда экзему. Рот постоянно открыт, нижняя челюсть отвисает, носо-губные складки сглаживаются, выражение лица в поздних стадиях малоосмысленное, из углов рта вытекает слюна, что придает лицу ребенка особое выражение, получившее название «аденоидное лицо» или «внешний аденоидизм». Постоянное дыхание через рот приводит к деформации лицевого черепа. У таких детей может наблюдаться неправильный прикус, высокое, так называемое готическое небо. В результате длительного затрудненного носового дыхания деформируется грудная клетка, становясь уплощенной и впалой. Нарушается вентиляция легких, снижается оксигенация крови, уменьшается количество эритроцитов и содержание гемоглобина. При аденоидах нарушается деятельность желудочно-кишечного тракта, развиваются анемия, ночное недержание мочи, хореоподобные движения мышц лица, ларингоспазм, астматические приступы, приступы кашля.

Преимущественно в детском возрасте может возникать самостоятельно или чаще в сочетании с острым воспалением небных миндалин (см. Ангина) острый аденоидит (ангина глоточной миндалины), при котором температура тела может повышаться до 39°С и выше, появляется ощущение сухости, саднения, жжения в носоглотке.

Наряду с насморком, заложенностью носа у больных отмечается закладывание, а иногда и боль в ушах, приступообразный кашель по ночам. Реп/юнарные лимфатические узлы (подчелюстные, шейные и затылочные) увеличены и болезненны при пальпации. У детей раннего возраста могут появиться признаки общей интоксикации, диспепсия. Заболевание длится 3-5 дней. Нередкое осложнение острого аденоидита - евстахиит (см.), отит (см.).

Вследствие частых респираторных заболеваний, острых аденоидитов, особенно при выраженной аллергии, возникает хронический аденоидит. При этом характерно нарушение общего состояния больного, ребенок становится вчлым, теряет аппетит, во время приема пищи нередко возникает рвота. Затекание из носоглотки в нижележащие дыхательные пути слизисто-гнойного отделяемого вызывает упорный рефлекторный кашель, особенно по ночам. Температура тела нередко субфебрильная, регионарные лимфатические узлы увеличены. Воспалительный процесс из носоглотки легко распространяется на придаточные пазухи носа, глотку, гортань, нижележащие дыхательные пути, в результате чего дети часто страдают бронхолегочными заболеваниями.

Для распознавания применяют заднюю риноскопию, пальцевое исследование носоглотки и рентгенологическое исследование. По величине аденоиды делят на три степени: I степень -аденоиды малого размера, прикрывают верхнюю треть сошника; II степень-аденоиды среднего размера, закрывают две трети сошника; III степень-аденоиды большого размера, прикрывают весь или почти весь сошник. Размеры аденоидов не всегда соответствуют вызванным ими патологическим изменениям в организме. Иногда аденоиды I - II степени вызывают резкое затруднение дыхания через нос, снижение слуха и другие патологические изменения. Аденоиды дифференцируют от юношеской фибромы носоглотки и других опухолей этой области. Затрудненное дыхание через нос бывает не только при аденоидах, но и при искривлении носовой перегородки, гипертрофическом рините, новообразованиях полости носа.

Лечение хирургическое. Показаниями к операции служат не столько величина аденоидов, сколько возникшие расстройства в организме. У детей с аллергическим диатезом, склонных к аллергии, аденоиды после хирургического лечения нередко рецидивируют. В таких случаях операцию проводят на фоне десенсибилизирующей терапии. При аденоидах I степени без выраженных нарушений дыхания можно рекомендовать консервативное лечение-закапывание в нос 2% раствора протаргола. Из общеукрепляющих средств назначают рыбий жир, препараты кальция внутрь, витамины С и D, климатическое лечение.

АНГИНА (острый тонзиллит) - острое общее инфекционное заболевание с преимущественным поражением небных миндалин. Воспалительный процесс может локализоваться и в других скоплениях лимфаденоидной ткани глотки и гортани - в язычной, гортанной, носоглоточной миндалинах. Тогда соответственно говорят о язычной, гортанной или ретроназальной ангине. Инфицирование может быть экзо (чаще) или эндогенным (аутоинфекция). Возможны два пути передачи инфекции: воздушно-капельный и алимен-тарный. Эндогенное инфицирование происходит из полости рта или глотки (хроническое воспаление небных миндалин, кариозные зубы и др.). Источником инфекции могут быть также гнойные заболевания носа и его придаточных пазух.

Этиология. Наиболее часто возбудителями инфекции являются стафилококк, стрептококк (особенно гемолитичес-кий), пневмококк. Есть сведения о возможности ангин вирусной этиологии. Предрасполагающие факторы: местное и общее охлаждение, снижение реактивности организма. Ангиной чаще болеют дети дошкольного и школьного возраста и взрослые до 35- 40 лет, особенно в осенний и весенний периоды.

Симптомы, течение. Боль при глотании, недомогание, повышение температуры тела. Нередки жалобы на боль в суставах, головную боль, периодический озноб. Длительность заболевания и местные изменения в небных миндалинах зависят от формы ангины. При рациональном лечении и соблюдении режима ангина в среднем длится 5-7 дней. Различают катаральную, фолликулярную и лакунарную форму ангины. По существу это различные проявления одного и того же воспалительною процесса в небных миндалинах.

Ангина катаральная. Обычно начинается внезапно и сопровождается першением, нерезкой болью в горле, общим недомоганием, субфебрипьной температурой. Изменения в крови нерезко выражены или отсутствуют. При осмотре глотки (фарингоскопия) отмечаются умеренная припухлость, гиперемия небных миндалин и прилегающих участков небных дужек; мягкое небо и задняя стенка глотки не изменены. Ре-гионарные лимфатические узлы могут быть увеличены и болезненны при пальпации. Катаральная ангина может быть начальной стадией другой формы ангины, а иногда проявлением той или иной инфекционной болезни.

Ангины лакунарная и фолликулярная характеризуются более выраженной клинической картиной. Головная боль, боль в горле, недомогание, общая слабость. Изменения в крови значительнее, чем при катаральной ангине. Нередко заболевание начинается ознобом, повышением температуры до 38-39 °С и выше, особенно у детей. Отмечается высокий лейкоцитоз -20 • 109/л и более со сдвигом белой формулы крови влево и высокой СОЭ (40-50 мм/ч). Регионар-ные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. При фарингоскопии отмечают выраженную гиперемию и припухлость небных миндалин и прилегающих участков мягкого неба и небных дужек. При фолликулярной ангине видны нагноившиеся фолликулы, просвечивающие сквозь слизистую оболочку в виде мелких желто-белых пузырьков. При лакунарной ангине также образуются желтовато-белые налеты, но они локализуются в устьях лакун. Эти налеты в дальнейшем могут сливаться друг с другом, покрывая всю или почти всю свободную поверхность миндалин, и легко снимаются шпателем. Деление ангин на фолликулярную и лакунарную условно, так как у одного и того же больного может быть одновременно как фолликулярная, так и лакунарная ангина.

Ангина флегмонозная. Острое гнойное воспаление око-ломиндаликовой клетчатки. Чаще является осложнением одной из описанных выше форм ангин и развивается через 1-2 дня после того, как закончилась ангина. Процесс чаще односторонний, характеризуется резкой болью в горле при глотании, головной болью, ознобом, ощущением разбитости, слабостью, гнусавостью, тризмом жевательных мышц, повышением температуры тела до 38-39 °С, неприятным запахом изо рта, обильным выделением слюны. Изменения в крови соответствуют острому воспалительному процессу. Регионарные лимфатические узлы значительно увеличены и болезненны при пальпации. При фарингоскопии отмечают резкую гиперемию и отечность тканей мягкого неба с одной стороны. Небная миндалина на этой стороне смещена к срединной линии и книзу. Вследствие отечности мягкого неба осмотреть миндалину нередко не удается. Подвижность пораженной половины мягкого неба значительно ограничена, что может привести к вытеканию жидкой пищи из носа. Если к первые 2 дня энергичное лечение флегмонозной ангины не начато, то на 5-6-й день может образоваться ограниченный гнойник в околоминдаликовой клетчатке - перитон-зиллярный (паратонзиллярный) абсцесс. При высокой вирулентности микрофлоры и пониженной реактивности организма абсцесс может образоваться, несмотря на активное лечение, раньше, чем обычно (на 3-4-й день от начала заболевания).

При сформировавшемся перитонзиллярном абсцессе можно видеть истонченный участок слизистой оболочки бело-желтого цвета-просвечивающий абсцесс. После самостоятельного или хирургического вскрытия абсцесса наступает быстрое обратное развитие заболевания. В последние годы наблюдаются затянувшиеся до 1-2 мес формы флегмонозной ангины с периодическим абсцедированием, что связано с нерациональным применением антибиотиков.

Воспалительные изменения в лимфаденоидном глоточном кольце не всегда свидетельствуют об ангине. Дифференциальный диагноз следует проводить со скарлатиной, дифтерией, корью, гриппом (см. Инфекционные болезнч], острым катаром верхних дыхательных путей, в том числе острым фарингитом, с острыми заболеваниями крови - мононукле-озом и др. (см. Заболевания крови). Помимо клинических проявлений ангины большое значение имеет и характер местных изменений, обнаруживаемых при осмотре глотки и гортани (фаринго- и ларингоскопия, задняя риноскопия). Большую роль играют данные лабораторных методов исследования (исследование налетов миндалин на палочки дифтерии, общий анализ крови). Например, обнаружение специфических мононуклеаров в крови указывает на инфекционный мо-нонуклеоз.

В клинической практике часто приходится дифференцировать лакунарную ангину от локализованной дифтерии зева. Ангина при дифтерии является наиболее опасной в эпидемиологическом отношении и из-за возможных осложнений. Подозрение на дифтерию должно возникнуть уже при общем осмотре больного. Ангина при дифтерии вызывает выраженную интоксикацию: больной вял, бледен, адинамичен, но вместе с тем температурная реакция может быть слабо выражена (в пределах субфебрильной). При пальпации шейных лимфатических узлов отмечается их увеличение, а также выраженный отек клетчатки шеи.

Фарингоскопически при лакунарной ангине обнаруживают налеты желтовато-белого цвета, локализующиеся в пределах миндалин, при дифтерии они выходят за пределы миндалин и имеют грязно-серую окраску. При лакунарной ангине налет снимается легко, поверхность миндалины под налетом не изменена; при дифтерии налеты снимаются с трудом, при снятии налета обнаруживается эрозированный участок слизистой оболочки. При лакунарной ангине - всегда двусторонняя симптоматика; при дифтерии - часто локализация изменений может быть односторонней (особенно при легкой и средней формах течения). При подозрении на дифтерию срочно следует взять мазок с налетов миндалин для бактериологического исследования на присутствие дифтерийной папочки. Больного следует срочно госпитализировать в боксированное отделение инфекционной больницы.

Диагностика перитонзиллярного абсцесса не представляет затруднений. Типичная клиническая картина, развившаяся после, казалось бы, закончившейся ангины, односторонняя гиперемия и резкая припухлость тканей мягкого неба, выпячивание миндалины к срединной линии, значительное повышение температуры тела указывают на воспаление околоминдаликовой клетчатки.

Осложнения: ревматизм,холецистит, орхит, менингит, нефрит и т. д. Из местных осложнении, кроме описанной выше флегмонозной ангины, наиболее часто встречаются острый средний отит, острый ларингит, отек гортани, пара-фарингеальный абсцесс, острый шейный лимфаденит, флегмона шеи.

Лечение. В первые дни заболевания до нормализации температуры назначают постельный режим. Пища должна быть богатой витаминами, неострой, негорячей и нехолодной. Полезно обильное питье: свежеприготовленные фруктовые соки, чай с лимоном, молоко, щелочная минеральная вода. Необходимо следить за функцией кишечника. Медикаментозные средства следует применять строго индивидуально в зависимости от характера ангины, состояния других органов и систем. При легком течении ангины без выраженной интоксикации назначают по показаниям сульфаниламидные препараты внутрь, взрослым по 1 г 4 раза вдень. В тяжелых случаях, при значительной интоксикации, назначают антибиотики. Чаще применяют пенициллин в/м по 200 000 ЕД А-6 раз в сутки. Если бальной не переносит пенициллин, назначают эритромицин по 200 000 ЕД внутрь во время еды 4 раза в день в течение 10 дней, или опететрин по 250 000 ЕД внутрь 4 раза в день в течение 10 дней, или тетрациклин внутрь по 250 000 ЕД 4 раза в день в течение 10 дней. Больным ревматизмом и лицам с патологическими изменениями в почках для предупреждения обострения заболевания назначают антибиотики независимо от формы ангины. Внутрь назначают также ацетилсалициловую кислоту по 0,5 г 3-4 раза в день, аскорбиновую кислоту по 0,1 г 4 раза в день.

Для полоскания используют теплые растворы пермангана-та калия, борной кислоты, грамицидина, фурацилина, гидрокарбоната и хлорида натрия, антибиотиков, а также отвары шалфея, ромашки (1 столовая ложка на стакан воды). Детям, не умеющим полоскать горло, часто дают (через каждые 0,5- 1 ч) пить негорячий чай с лимоном или фруктовые соки. Смазывание глотки противопоказано, так как может возникнуть обострение ангины. При регионарном лимфадените назначают согревающие компрессы на ночь (лучше спиртовые: 1/3 спирта и 2/3 воды) и теплую повязку на шею днем, паровые ингаляции. При затянувшихся лимфаденитах показано местное применение соллюкса, токов УВЧ. В процессе лечения необходимо наблюдать за состоянием сердечно-сосудистой системы, повторять анализы мочи и крови, что позволит своевременно начать лечение осложнений. При флегмонозной ангине, если процесс прогрессирует и образовался перитон-зиллярный абсцесс, показано его вскрытие. Иногда вместо вскрытия абсцесса производят операцию - абсцесстонзил-лэктомию (удаление миндалин, во время которого опорожняется гнойник).

Профилактика. Больного следует поместить в отдельную комнату, часто проветривать ее и производить влажную уборку. Выделяют специальную посуду, которую после каждою употребления кипятят или ошпаривают кипятком. Около постели больного для сплевывания слюны ставят сосуд с дезинфицирующим раствором. Ограничивают контакт больною с окружающими людьми, особенно с детьми, которые наиболее восприимчивы к ангине. Для предупреждения ангины важна своевременная санация местных очагов инфекции (кариозные зубы, хронически воспаленные небные миндалины, гнойные поражения придаточных пазух носа и т. д.), устранение причин, затрудняющих свободное дыхание через нос (у детей это чаще всего аденоиды). Большое значение имеют закаливание организма, правильный режим труда и отдыха, устранение различных вредностей-пыль, дым (в том числе и табачный), чрезмерно сухой воздух, алкоголь и др.

В профилакториях применяют массовое облучение рабочих ультрафиолетовыми лучами. Лиц, часто болеющих ангиной (как взрослых, так и детей), следует взять под диспансерное наблюдение.

АНТРИТ (ОТОАНТРИТ) - воспаление стенок антрума и окружающих его тканей. Встречается у детей грудного возраста, чаще у недоношенных при гипотрофии, у ослабленных различными заболеваниями.

Симптомы, течение. Заболевание может протекать с выраженной клинической картиной (длительный токсикоз, быстрое падение массы тела ребенка) и латентно. Отоскопические данные скудные: барабанная перепонка тусклая, опознавательные пункты плохо определяются. Ребенок сонлив или, наоборот, беспокоен, часто плачет, плохо спит и ест, худеет, кожа становится бледно-серой или цианотичной, тоны сердца приглушены, пульс учащен, стул жидкий, температура тела повышена (38-39 °С), но чаще субфебрильная или даже нормальная. В крови-лейкоцитоз (нейтрофилез), сдвиг белой формулы влево.

Диагноз помогают установить тимпанопункция, пробный парацентез, антропункция, рентгенологическое исследование.

Лечение. Антибиотикотерапия с обязательным определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Хороший эффект оказывают инъекции пенициллина в область задневерхней стенки наружного слухового прохода. При токсикозе применяют гаммаглобулин, переливание сухой плазмы, внутривенные вливания раствора глюкозы. Если антропункция с введением в антрум пенициллина не дает эффекта, то производят антротомию под местной анестезией.

АТРЕЗИИ И СИНЕХИИ ПОЛОСТИ НОСА - соединительнотканные, хрящевые или костные сращения, частично или полностью закрывающие просвет носа. Редко бывают врожденными, чаще являются следствием оспы, дифтерии, тифа, системной красной волчанки, сифилиса, склеромы, травмы или прижиганий в носу с лечебной целью (гальванокаутер).

Симптомы, течение. Частичное или полное выключение носового дыхания на стороне поражения. Распознаются с помощью передней риноскопии и зондирования полости носа, задней риноскопии и пальпации носоглотки. Лечение хирургическое.

АЭРОСИНУСИТ - воспаление придаточных пазух носа, возникающее при резких перепадах барометрического давления окружающего воздуха. Наблюдается у летчиков, экспериментаторов в барокамерах, при работах в кессонах. Возникает вследствие непроходимости выводных отверстий придаточных пазух носа (у больных аллергическим ринитом, с искривлением носовой перегородки, с гипертрофическим ринитом и др.). Чаще в процесс вовлечены лобные пазухи, реже - верхнечелюстные.

Симптомы, течение. Ощущение тяжести, давления и резкая боль в области пораженной пазухи, головная боль, нарушение носового дыхания. На рентгенограмме отмечаются затемнение пазухи и иногда уровень жидкости.

Лечение должно быть направлено на восстановление носового дыхания и проходимости выводных протоков придаточных пазух. В целях профилактики аэросинусита рекомендуют отложить полет, работу в кессонах, барокамерах цо восстановления носового дыхания.

ГЕМАТОМА НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. Травмы носа часто сопровождаются кровоизлиянием под слизистую оболочку носовой перегородки с образованием гематомы. В дальнейшем при инфицировании гематомы может образоваться абсцесс.

Симптомы, течение. Резкое затруднение носового дыхания; при развитии абсцесса носовой перегородки-повышение температуры тела, головная боль. При передней риноскопии видны мягкие, мешковидные выпячивания ярко-красного цвета. При гнойном расплавлении хряща носовой перегородки отмечается западение спинки носа.

Лечение. При гематоме - отсасывание крови и тугая тампонада носа, при абсцессе - широкое вскрытие его и тампонада полости носа, антибиотикотерапия; западение спинки носа исправляют хирургическим путем (пластические операции - пересадки хряща и др.)

ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН нередко сочетается с аденоидами. Встречается чаще в детском возрасте как проявление гипертрофии лимфаденоидной ткани глотки. С возрастом гипертрофированные миндалины могугподвергать-ся обратному развитию.

Симптомы, течение. Заболевание проявляется нарушениями дыхания, речи и прохождения пищи. В результате наличия механического препятствия может возникать рефлекторный кашель по ночам, особенно у детей. Эти дети тяжело переносят скарлатину, дифтерию. При фарингоскопии небные миндалины резко увеличены, бледно-розового цвета, мягкие при надавливании шпателем, выступают из-за небных дужек и при рвотных движениях, соприкасаясь, закрывают вход в глотку. Характерно, что воспалительных явлений в таких миндалинах у детей, как правило, нет.

Лечение. Полоскания с щелочными или вяжущими средствами, смазывание йодглицерином; общеукрепляющее лечение - витаминотерапия, климатическое лечение (пребывание в горах или на берегу моря). При неэффективности консервативного лечения и отсутствии противопоказаний производят тонзиллотомию (частичное удаление небных миндалин).

ДИАФРАГМА ГОРТАНИ - соединительнотканная перепонка в гортани. Причина - образование ру бцовой ткани в результате длительного ношения интубационной или трахеотомической трубки, воспалительного процесса (хондроперихон-дрит гортани), склеромы, реже врожденная аномалия.

Симптомы, течение зависят от размеров диафрагмы; при значительной ее величине отмечается одышка, особенно при физической нагрузке, охриплость, при небольшой диафрагме жалобы могут отсутствовать. При осмотре гортани видна перепонка в области голосовой щели или в подскла-дочном пространстве.

Лечение. Расширение просвета гортани с помощью бужей или бронхоскопических трубок. При отсутствии эффекта -эндо- или экстраларингеальное (через ларингофиссу-ру) иссечение диафрагмы.

ЕВСТАХИИТ - заболевание слуховой (евстахиевой) трубы, нарушающее вентиляцию среднего уха. Неразрывно связано с патологией барабанной полости, поэтому нередко используют термины, объединяющие оба заболевания: «саль-пингоотит» или «тубоотит». Различают острый (при гриппе, сезонных катарах верхних дыхательных путей) и хронический катаральный евстахиит. Рецидивирующие острые и хронические катаральные евстахииты нередко ведут к развитию адгезивного среднего отита. Непроходимость слуховой трубы может наступить в результате закрытия ее носоглоточного устья аденоидами, хоанальным полипом, опухолью, в результате гипертрофии заднего конца нижней носовой раковины, перехода воспалительного процесса на стенки слуховой трубы при ринофарингите и др.

Симптомы, течение, лечение (см. Отит средний, острый и хронический).

ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС (ретрофарингеапьный абсцесс) образуется в результате нагноений лимфатических узлов и клетчатки"заглоточного пространства. Инфекция проникает по лимфатическим путям со стороны полости носа, носоглотки, слуховой трубы и среднего уха. Иногда абсцесс является осложнением гриппа, кори, скарлатины, а также может развиться при ранениях слизистой оболочки задней стенки глотки инородным телом, твердой пищей. Наблюдается, как правило, в раннем детском возрасте у истощенных и ослабленных детей.

Симптомы, течение. Характерны жалобы на поперхивание и резкую боль при глотании, при этом пища нередко попадает в нос. Больной отказывается от пищи. При расположении абсцесса в носоглотке нарушается носовое дыхание, появляется закрытая гнусавость. При распространении абсцесса на нижние отделы глотки возникает инспира-торная одышка, сопровождающаяся хрипением, особенно в вертикальном положении больного. Температура тела достигает 39-40 °С. Характерно вынужденное положение головы: она запрокинута назад и наклонена в больную сторону. Нередко наблюдается припухлость позади угла нижней челюсти и по переднему краю грудиноключичнососцевидной мышцы. Диагноз подтверждают при фарингоскопии, при которой обнаруживают флюктуирующую припухлость на задней стенке глотки. В первые дни заболевания шарообразное выпячивание задней стенки глотки расположено с одной стороны, а в дальнейшем - по средней линии. В сомнительных случаях производят диагностическую пункцию.

Осложнения. Острый отек входа в гортань или самопроизвольное вскрытие с удушьем из-за попадания гноя в полость гортани; гной может распространиться на область больших сосудов шеи или спуститься по предпозвоночной фасции в грудную полость и вызвать гнойный медиастинит или сдавление трахеи.

Лечение. Раннее вскрытие заглоточного абсцесса с последующей антибактериальной и дезинтоксикационной терапией.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА. Инородные тела уха наиболее часто наблюдаются у детей, засовывающих в наружный слуховой проход различные мелкие предметы (бумага, плодовые косточки, горох, семечки подсолнуха, бусины и др.). У взрослых встречаются кусочки ваты, обломки спичек и т. д. В ухо могут попадать и различные насекомые (клопы, тараканы, мухи и др.).

Симптомы, течение. Небольшие инородные тела с гладкими стенками при отсутствии травмы стенок слухового прохода могут не вызывать жалоб у больных. Инородные тела с острыми краями и особенно живые насекомые вызывают неприятные, а иногда и мучительные ощущения, служат причиной боли и шума в ушах.

Лечение. Перед удалением инородного тела обязательно осматривают ухо для установления характера инородного тела. Насекомых обычно умерщвляют, закапав в ухо 2-3 капли жидкого масла или спирта, затем удаляют пинцетом или промыванием наружного слухового прохода теплой водой из шприца Жане. Аналогичным методом удаляют и другие инородные тела. Нельзя удалять пинцетом округлые предметы, например бусины, так как это может привести к проталкиванию их в более глубокие отделы слухового прохода. Набухающие инородные тела растительного происхождения (горох, бобы) перед удалением обезвоживают путем повторного вливания в ухо спирта. Промывание уха - наиболее безопасный метод, однако оно противопоказано при перфорации барабанной перепонки (во избежание гнойного отита), при инородных телах, полностью обтурирующих костный отдел слухового прохода (струя воды проталкивает их еще глубже). Если вымывание неэффективно, то инородное тело под контролем зрения удаляют маленьким крючком.

Инородные тела носа, как и инородные топа уха, чаще всего встречаются у детей. В полости носа могут застревать и кусочки пищевых масс, попадающие туда через носоглотку при рвоте. Иногда вокруг инородного тела, долго находящегося в полости носа, откладываются известковые и фосфорные соли, вследствие чего образуется так называемый носовой камень - ринолит.

Симптомы, течение. Одностороннее затруднение дыхания через нос и гнойные выделения из одной половины носа, реже носовое кровотечение. Для распознавания применяют риноскопию, ощупывание зондом и рентгенографию (металлические тела).

Лечение. Если инородное тело не удается удалить высмаркиванием, то его извлекают тупым крючком. Плоские инородные тела (монета, спички, бумага и др.) можно удалить пинцетом. Не следует обольщаться легкостью удаления пинцетом или щипцами, казалось бы, близко расположенных инородных тел округлой формы, так как они часто выскальзывают и проталкиваются дальше. Большие рино-литы перед извлечением следует раздробить носовыми щипцами и удалить по частям.

Инородные тела глотки, как правило, попадают с пищей (рыбьи кости, шелуха от злаков, кусочки дерева и др.), реже застревают обломки зубных протезов, булавки, гвозди (у портных, сапожников). При недостаточном прожевывании и поспешном проглатывании большие куски пищи могут застрять над пищеводом, закрыть вход в гортань и вызвать асфиксию. Способствуют попаданию инородных тел разговор, смех во время еды. Чаще всего острые инородные тела застревают в области зева, миндалин и корня языка, реже- в других отделах глотки.

Симптомы, течение. Ощущение чего-то постороннего в горле, боль и затруднение при глотании. При крупных инородных телах нарушаются речь и дыхание. При длительном пребывании инородного тела развивается воспалительный процесс, иногда с образованием флегмоны.

Диагноз ставят на основании осмотра глотки, пальпации (мелкие, глубоко внедрившиеся инородные тела) и рентгенологического исследования (металлические предметы). Нередко больные жалуются на инородное тело, а при осмотре глотки видны лишь травмы от проглоченного предмета. Царапины и ссадины слизистой оболочки могут долго симулировать присутствие инородного тела.

Лечение. Инородные тела удаляют коленчатым пинцетом или щипцами.

Инородные тела гортани. В гортани инородные тела застревают редко (чаще всего они проскальзывают через голосовую щель в трахею и бронхи). Наблюдаются, как правило, у детей. В гортани обычно обнаруживают инородные тела с острыми краями и концами (рыбьи и мясные кости, скорлупа ореха, яичная скорлупа и др.), а также сравнительно крупные предметы, застревающие в просвете голосовой щели или ущемляющиеся в подскладочном пространстве.

Симптомы, течение зависят от величины и локализации инородных тел. Наиболее частые признаки - приступы сильного кашля, боли в области гортани, охриплость голоса вплоть до афонии. В зависимости от степени закрытия голосовой щели или за счет присоединившегося отека подскладочного пространства возникает нарушение дыхания или даже развивается асфиксия.

Лечение. Следует внимательно осмотреть гортань и быстро удалить инородное тело. При выраженных явлениях стеноза гортани показана трахеостомия.

Инородные тела трахеи и бронхов. Ими могут быть любые мелкие предметы: семечки подсолнуха и арбуза, пуговицы, булавки, крючки, гвозди, кнопки, канцелярские скрепки, фасоль, горох и т. д. В большинстве случаев они встречаются в детском возрасте, попадая туда из полости рта при глубоком вдохе. Редко инородные тела могут попасть в нижние дыхательные пути из желудочно-кишечного тракта (при рвоте, запопзании круглых глистов). Способствующими моментами являются смех, плач, кашель, сон, обморочное состояние, опьянение, ослабление кашлевого рефлекса.

Симптомы, течение зависят от характера, формы, величины инородного тела, его местонахождения, а также

возраста и индивидуальных особенностей больного. Б момент аспирации наступает рефлекторный спазм голосовой щели, возникает приступ удушья с резко выраженным цианозом кожных покровов и нередко потерей сознания. Приступ удушья сравнительно быстро исчезает и появляется сильный кашель.

Инородные тела трахеи, как правило, не фиксированы, а баллотируют. При попадании на область бифуркации трахеи возникает приступ кашля, инородное тело подбрасывается вверх и ударяется о нижнюю поверхность голосовых складок, тогда можно слышать характерный хлопающий звук; кроме того, во время баллотирования инородное тело иногда ущемляется между голосовыми складками. Это ведет к удушью. Особую опасность представляют инородные тела, способные разбухать (фасоль, горох), вызывая обтурацию просвета трахеи.

Инородные тела бронхов в 80% случаев попадают в правый бронх, являющийся почти прямым продолжением трахеи. Характерны одышка и кашель. Если одно из легких функционирует нормально, то одышка выражена нерезко. При полной обтурации просвета одного из главных бронхов возникает ателектаз легкого. Другое легкое эмфизематозно расширяется. Иногда инородное тело может выполнять роль клапана: при вдохе воздух свободно проходит через бронх, а выдох затруднен. В этом случае развиваются явления эмфиземы. Для диагностики большое значение имеет рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Лечение. Быстрое удаление инородного тела из трахеи (при прямой ларингоскопии или при трахеоскопии). Если это не удается, то производят трахеостомию с последующим удалением инородного тела. Инородное тело из бронха удаляют с помощью бронхоскопии.

Профилактика. Большая роль принадлежит санитарному просвещению. Следует напоминать родителям и персоналу детских учреждений об опасности мелких предметов для маленьких детей. Важно следить за поведением детей во время кормления.

ИСКРИВЛЕНИЕ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ - следствие аномалии развития лицевого скелета или травмы. На искривленной части носовой перегородки часто бывают костные или хрящевые утолщения в виде гребня или шипа.

Симптомы, течение. Затруднение или выключение носового дыхания. Нередко возникает хроническое воспаление слуховой трубы и барабанной полости. Затрудняя отток секрета из придаточных пазух, искривленная носовая перегородка может способствовать развитию синусита. Искривления, шипы и гребни, соприкасаясь с раковиной, иногда вызывают рефлекторные неврозы.

Лечение. При значительном искривлении, препятствующем носовому дыханию, показана подслизистая резекция носовой перегородки. Нередко ограничиваются удалением шипов и гребней.

КРОВОТЕЧЕНИЕ НОСОВОЕ. Причины: травма носа, хирургическое вмешательство в полости носа, опухоли, острые инфекционные заболевания, артериальная гипертензия, геморрагические диатезы.

Симптомы, течение. Носовое кровотечение может начаться внезапно, без видимого повода. Обычно источник его находится в одной половине носа. Оно может остановиться самопроизвольно или продолжаться долго. Кровотечения бывают из любых участков слизистой оболочки носа, но в большинстве случаев исходят из передненижней части носовой перегородки.

Лечение. Небольшое кровотечение можно остановить, прижав пальцем крыло носа к носовой перегородке. Рекомендуется также ввести в носовой ход кусочек ваты, смоченной перекисью водорода или вазелином и прижать его через крыло носа к перегородке. При отсутствии эффекта применяют переднюю тампонаду полости носа: длинным марлевым тампоном, смоченным перекисью водорода или вазелиновым маслом, последовательно выполняют все углубления носовой полости. На затылок кладут пузырь со льдом, что рефлекторным путем способствует уменьшению кровотечения. После анестезии кровоточащий участок можно прижечь нитратом серебра, трихлоруксусной или хромовой кислотой. Если эти способы остановки кровотечения оказались безрезультатными, то осуществляют заднюю тампонаду.

Кровотечения, обусловленные заболеваниями крови или сосудов, нередко возобновляются после удаления тампона. В таких случаях необходимо лечение основного заболевания. Местно применяют гемостатическую губку, фибринные пленки, биологический антисептический тампон (БАТ) и др. Целесообразно назначение препаратов, уменьшающих проницаемость и ломкость капилляров (аскорбиновая кислота, рутин). Кроме того, для остановки кровотечения парентерально вводят викасол. При кровопотере, сопровождающейся значительным снижением гематокрита и гемоглобина, показано переливание эритроцитной массы. При выраженной артериальной гипертензии носовое кровотечение может играть положительную роль, в связи с чем не всегда следует стремиться срочно его остановить. В первую очередь надо быстро снизить высокое артериальное давление, после чего носовое кровотечение, как правило, останавливается.

ЛАБИРИНТИТ - разлитое или ограниченное поражение периферических отделов звукового и вестибулярного анализаторов. Возникает при острых или чаще хронических воспалениях среднего уха (холестеатомы), туберкулезе среднего уха, травме. В зависимости от путей развития воспалительные заболевания внутреннего уха можно разделить на тимпа-ногенные, менингогенные и гематогенные. Различают также гнойные и негнойные поражения лабиринта, а по распространению -диффузные и ограниченные.

Симптомы, течение зависят от локализации процесса во внутреннем ухе. В начальных стадиях заболевания отмечается раздражение лабиринта (шум в ушах, головокружение, тошнота, снижение слуха, спонтанный нистагм, расстройство равновесия, рвота). Спонтанный нистагм направлен в больную сторону; если наступает угнетение лабиринта - в здоровую сторону. Интенсивность головокружения весьма различна. Расстройство равновесия наблюдается в покое и при движении. При серозном лабиринтите патологические изменения заключаются в образовании экссудата и отека во всех мягких частях лабиринта. При благоприятном течении болезни происходит постепенная резорбция экссудата. Ограниченные лабиринтиты бывают с фистулой или без нее. Фистула чаще находится на горизонтальном канапе. При гнойном лабиринтите может повышаться температура. При диффузном гнойном лабиринтите наступает полная потеря слуха.

Диагностика затруднена,еслилабиринтитсопровождается такими осложнениями, как абсцесс мозжечка, менингит. Частичная сохранность функции кохлеарного и вестибулярного аппаратов свидетельствует об ограниченном или серозном лабиринтите. Полное выпадение их функций указывает на диффузно-гнойный лабиринтит.

Лечение. При серозном и ограниченном лабиринтите с остатками функций лабиринта показано консервативное лечение (постельный режим, дегидратационная и антибактериальная терапия). При лабиринтитах с фистульным симптомом и сохранившейся функцией лабиринта, если антибактериальная терапия неэффективна, показана общеполостная трепанация. Абсолютным показанием к операции на лабиринте одновременно с операцией на среднем ухе является секвестрация лабиринта или гнойный лабиринтит с лабирин-тогенными внутричерепными осложнениями.

ЛАРИНГИТ - воспаление слизистой оболочки гортани. Может быть острым и хроническим.

Ларингит острый редко бывает изолированным. Чаще это одно из проявлений острого респираторного заболевания, гриппа, скарлатины, коклюша и т. д. Его развитию способствуют общее и местное переохлаждение, перенапряжение голоса, вдыхание запыленного воздуха, раздражающих паров и газов, погрешности в питании, курение, злоупотребление спиртными напитками.

Симптомы, течение. Ощущение сухости, перше-ния, саднения, царапанья в горле; кашель вначале сухой, а в дальнейшем сопровождается отхождением мокроты; голос становится хриплым, грубым или совсем беззвучным; иногда боль при глотании, головная боль и небольшое повышение температуры. Продолжительность болезни обычно не превышает 7-10 дней. При неблагоприятных условиях может перейти в подострую или хроническую форму. При ларингоскопии отмечают разлитую гиперемию и отечность слизистой оболочки гортани. Голосовые складки утолщены, гиперемированы, на них комочки вязкой мокроты, при фонации они смыкаются не полностью. При гриппе возможны кровоизлияния в слизистую оболочку (так называемый геморрагический фарингит). Если патологические изменения наблюдаются лишь на одной стороне гортани и ларингит принял затяжное течение, необходимо исключить туберкулезное, сифилитическое поражение, новообразование.

Лечение. Устранение причин, вызвавших заболевание. Для полного покоя гортани в течение 5-7 дней больному рекомендуют не разговаривать. Запрещают курить, употреблять спиртные напитки. Необходимо также исключить острые приправы, пряности. Полезны теплое питье (молоко, боржом), полоскание горла отваром ромашки или шалфея, теплые щелочные ингаляции, ингаляции аэрозолей антибиотиков, тепло на шею (повязка или согревающий компресс), горячие ножные ванны (42-45 °С на 20-30 мин). При кашле назначают кодеин, ипекакуану. Применяют также физиотерапевтические методы: соллюкс на переднюю поверхность шеи, ультрафиолетовое облучение, электрофорез новокаина на область гортани, УВЧ и микроволновую терапию.

Ларингит острый подскладочный, ларингит стенозиру-ющий (ложный круп) см. в главе «Детские болезни».

Ларингит хронический, как правило, возникает под влиянием тех же причин, что и острое воспаление, но действующих постоянно и длительно. В результате нарушается трофика тканей и развивается дистрофический процесс. В зависимости от характера указанных расстройств различают катаральную, гипертрофическую и атрофическую формы хронического ларингита.

Хронический катаральный ларингит сопровождается хроническим воспалением слизистой оболочки гортани, чаще диффузным.

Симптомы. Охриплость, быстрая утомляемость голоса, ощущение першения, саднения в горле, периодический кашель с мокротой. Все эти признаки усиливаются при обострении ларингита. При ларингоскопии видна диффузно утолщенная, умеренно гиперемированная слизистая оболочка, голосовые складки утолщены, на них видны инъецированные кровеносные сосуды; иногда одновременно отмечается парез внутренних мышц гортани, что проявляется неполным закрытием голосовой щели при фонации.

Лечение. Щадящий голосовой режим; исключение факторов, способствующих заболеванию; масляные и щелочные ингаляции, ингаляции аэрозолей антибиотиков; устранение погрешностей в питании; запрещение курения и употребления спиртных напитков. При кашле - кодеин. Полезно теплое питье (молоко, боржом). Эффективно применение физиотерапевтических процедур (УВЧ, микроволновая терапия, электрофорез новокаина на область гортани, соллюкс, ультрафиолетовое облучение передней поверхности шеи).

Хронический гипертрофический ларингит характеризуется разрастанием эпителия и подслизистого слоя. Может быть ограниченным или диффузным.

Симптомы. Охриплость, иногда доходящая до афонии, ощущение неловкости, жжения, саднения в горле, кашель при обострении ларингита. При ларингоскопии - равномерное утолщение слизистой оболочки гортани, больше выраженное в области голосовых складок. При ограниченной форме определяется гиперплазия отдельных участков слизистой оболочки гортани, чаще голосовых складок или вестибулярных складок, подскладочного пространства, межчерпаловидной области. Дифференцировать следует от специфических инфекционных гранулем (туберкулез, сифилис и др.) и опухолей.

Лечение то же, что при хроническом катаральном ларингите. Кроме того, после анестезии слизистой оболочки гортани раствором кокаина или дикаина гиперплазированные участки прижигают 3-5% раствором нитрата серебра. Участки резко выраженной гиперплазии удаляют эндоларингеаль-но хирургическим путем.

Хронический атрофичвский ларингит проявляется истон-чением и атрофией слизистой оболочки гортани. Как правило, бывает одним из компонентов атрофического процесса в слизистой оболочке верхних дыхательных путей.

Симптомы. Ощущение сухости, першения, саднения в горле, сухой кашель, охриплость. При ларингоскопии слизистая оболочка выглядит истонченной, сухой, покрыта густой слизью, местами засохшей в корки. При усиленном откашливаний могут отходить корки с прожилками крови.

Лечение в основном симптоматическое. Применяют щелочные и масляные ингаляции, смазывание гортани раствором Люголя в глицерине. Для лучшего отхождения корок можно назначить ингаляции аэрозолей протеолитических ферментов (химопсин, химотрипсин и др.).

ЛАРИНГОСПАЗМ. Чаще встречается в раннем детском возрасте, при рахите, спазмофилии, гидроцефалии или вследствие искусственного вскармливания и т. д. и объясняется повышением рефлекторной возбудимости нервно-мышечного аппарата гортани. У взрослых может быть результатом рефлекторного раздражения гортани инородным телом, вдыхания раздражающих газов.

Симптомы, течение. У детей - периодические приступы судорожного замыкания голосовой щели с продолжительным шумным вдохом, цианозом, подергиваниями конечностей, сужением зрачков, иногда с остановкой дыхания, редко потерей сознания. Приступ обычно длится несколько секунд и дыхание восстанавливается. У взрослых приступ ла-рингоспазма также непродолжителен и сопровождается сильным кашлем, гиперемией лица, а затем цианозом.

Лечение. Устранение причины заболевания. Во время приступа раздражают слизистую оболочку (щекочут в носу, дают нюхать нашатырный спирт) и кожу (опрыскивание лица холодной водой, укол, щипок). Интубацию или трахеостомию применяют очень редко. В межприступном периоде проводят общеукрепляющее лечение (прогулки на свежем воздухе, витаминотерапия, особенно показан витамин D). Детей, склонных к ларингоспазму и находящихся на искусственном вскармливании, следует по возможности обеспечить донорским молоком

МАСТОИДИТ ОСТРЫЙ - острое воспаление тканей сосцевидного отростка; является чаще осложнением острого гнойного воспаления среднего уха (вторичный мастоидит). Первичный мастоидит развивается как самостоятельное заболевание в результате травмы или при сепсисе. Образуется субпериостальный абсцесс или гной проникает в полость черепа и вызывает внутричерепные осложнения.

Симптомы, течение. Боль, припухание и гиперемия наружных покровов области сосцевидного отростка, гноетечение из уха. При отоскопии наружный слуховой проход сужен за счет опущения его задневерхней стенки. Отмечаются головная боль, бессонница, потеря аппетита. Температура повышается до 38,5 °С, но нередко остается субфебрильной.

Мастоидит может развиваться в течение нескольких дней, иногда нескольких недель, месяцев. Дифференцируют от заушного абсцесса (при фурункуле наружного слухового прохода или нагноении лимфатических узлов). Большое значение в диагностике мастоидита имеет рентгенологическое исследование.

Лечение консервативное: лечение острого среднего отита. Операция - антромастоидотомия-показана при выраженных деструктивных изменениях в сосцевидном отростке. Абсолютными показаниями к операции служат признаки перехода процесса на мозговые оболочки, сигмовидный синус или лабиринт, паралич лицевого нерва, субпериостальный абсцесс.

МЕНЬЕРА БОЛЕЗНЬ. Причины неясны. Основными патогенетическими факторами являются увеличение количества лабиринтной жидкости (эндолимфы) и повышение внутри-лабиринтного давления.

Симптомы, течение. Внезапные приступы сильного головокружения, тошноты, рвоты, сопровождающиеся шумом в ушах и снижением слуха (чаще на одно ухо), нистагмом (обычно в здоровую сторону) и потерей равновесия; больной не может ходить, стоять и даже сидеть. Приступ может длиться от нескольких часов до нескольких суток, повторяться чрезвычайно часто (каждые 2-3 дня), иногда, значительно реже (1 раз в 1-2 года). В межприступный период признаки заболевания отсутствуют, за исключением понижения слуха. Повторные приступы ведут к прогрессирующему снижению слуха иногда вплоть до полной глухоты на одно ухо. Общая продолжительность заболевания весьма различна, иногда болезнь длится'десятки лет. Чаще болеют женщины 30-50 лет. Нередко кпиническая картина недостаточно четкая. В этих случаях пользуются обобщающим термином «лабиринтопатия». При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду лабиринтит, невриному слухового нерва, гипертоническую болезнь, шейный остеохондроз, атеросклероз, сахарный диабет.

Лечение. В период приступа - постельный режим, исключение шума, яркого света. Назначают щадящую диету, слабительные. Применяют аэрон по 0,005 г в таблетках 2 раза в день. При спазме сосудов назначают сосудорасширяющие средства (никотиновую кислоту по 0,1 г 2 раза в день, папаверин по 0,015 г 3-4 раза в день), дегидратационную терапию. При частых приступах и безуспешности консервативного лечения выполняют хирургическое вмешательство: перерезку барабанной струны, рассечение нервных волокон барабанного сплетения (тампаносимпатэктомия), вскрытие эндо-лимфатического пространства. Курение и употребление алкоголя полностью исключают. Иногда положительный результат дает специальный комплекс лечебной физкультуры. Занятия лечебной физкультурой следует проводить только в межприступном периоде. Страдающие болезнью Меньера не должны работать на транспорте, на высоте, у движущихся механизмов.

МУКОЦЕЛЕ (ПИОЦЕЛЕ) ЛОБНОЙ ПАЗУХИ - кистообразное расширение придаточных пазух носа. Закрытие выводного отверстия чаще всего обусловлено травмой, реже опухолью, высоко расположенным искривлением носовой перегородки. Скапливающееся в па- ухе содержимое приводит к истончению и растяжению костных стенок; оно чаще бывает слизистым, реже гнойным.

Симптомы, течение. Заболевание вначале протекает бессимптомно; в некоторых случаях отмечается прогрессирующая головная боль преимущественно в области лба. При поражении лобной пазухи глазное яблоко смещается вниз и снаружи, при мукоцеле решетчатой пазухи-вперед и кнаружи, а при поражении основной пазухи - вперед. Затем развиваются слезотечение, атрофия диска зрительного нерва, иногда изъязвление роговой оболочки. Кожные покровы над опухолью не изменены. При надавливании слышен пергаментный хруст. С диагностической целью применяют диа-фаноскопию, рентгенофафию.

Лечение хирургическое.

НАСМОРК (ринит) - воспаление слизистой оболочки носа. Различают острый и хронический насморк.

Острый насморк может быть самостоятельным заболеванием или симптомом острых инфекционных заболеваний (грипп, корь, дифтерия и др.). Предрасполагающим фактором служит главным образом переохлаждение, реже причиной могут быть механические или химические раздражения. Острый насморк всегда двусторонний.

Симптомы, течение. Вначале отмечается легкое недомогание, ощущение сухости в носоглотке, зуд в носу. Носовое дыхание затруднено, появляются чиханье, слезотечение, снижается обоняние, изменяется тембр голоса, наблюдаются обильные жидкие выделения из носа. В дальнейшем выделения становятся слизисто-гнойными, при нарушении целости мелких кровеносных сосудов - кровянистыми. Воспаление слизистой оболочки носа может распространиться и на другие отделы дыхательных путей, а также на придаточные пазухи, носослезный канал, слуховую трубу, барабанную полость. При риноскопии обнаруживают гиперемию и набухлость слизистой оболочки носа. При благоприятном течении через 12-14 дней исчезает заложенность носа, восстанавливается обоняние.

Лечение. При повышенной температуре показан постельный режим. Хорошее действие оказывают горчичные ножные ванны, потогонные средства, ультрафиолетовое облучение подошв стоп эритемными дозами. Местно для устранения набухлости слизистой оболочки носа назначают сосудосуживающие средства: 0,1% раствор санорина, 0,1% раствор нафтизина, 0,1 % раствор гапазолина.

После сосудосуживающих капель вводят вазелиновое или персиковое масло. Хороший эффект дает вдувание в нос порошка следующего состава: белый стрептоцид -1,5 г, норсульфазол -1,5 г, пенициллин - 25 000 ЕД, эфедрина гидрохлорид- 0,05 г; порошок следует втягивать (или вдувать) в каждую половину носа 3-4 раза вдень. Эффективны также ингаляции аэрозолей антибиотиков.

Насморк острый у детей раннего (грудного) возраста. Всегда протекает как острый ринофарингит. Нередко процесс распространяется на слизистую оболочку гортани, трахеи, бронхов и может вызвать воспаление легких. Ринофарингит у детей-общее заболевание с ярким местным проявлением. Нос у ребенка заложен настолько, что он не может дышать, сосать грудь. Часто бывают рвота, понос и метеоризм. Ребенок становится беспокойным, худеет, нарушается сон, температура часто повышена.

Лечение. Раствор адреналина в разведении 1:10 000 по 4 капли в каждую половину носа перед кормлением с последующим введением 1 % раствора протаргола по 4 капли 2 раза в день. Препараты с ментолом и кокаин детям до 3 лет не назначают.

Хронический катаральный (простой) насморк. Причины: затянувшийся или повторяющийся острый насморк; длительное воздействие различных раздражителей - химических, термических, механических; раздражение слизистой оболочки носа гнойным секретом при заболеваниях придаточных пазух носа; длительное расстройство кровообращения в слизистой оболочке носа (пороки сердца, миокардиты, нефриты, эмфизема, бронхоэктазы, эндокринные заболевания).

Симптомы, течение. Периодическая заложенность носа и обильное слизистое отделяемое. При риноскопии видны разлитая застойная гиперемия и равномерная отечность слизистой оболочки. Больные указывают, что левая половина носа заложена при положении на левом боку, правая - на правом, носовое дыхание затруднено в положении лежа на спине. Общее состояние обычно не страдает. Полное исчезновение отечности слизистой оболочки носа после закапывания 2-3% раствора кокаина с адреналином или 0,1 % раствора нафтизина указывает на хронический (простой) насморк. Если отечность не исчезает после закапывания сосудосуживающих средств, следует говорить о хроническом гипертрофическом насморке.

Лечение. Капли в нос (санорин, галазолин, нафтизин и др.). Применяют также средства, обладающие вяжущим или прижигающим действием: 2-3% раствор колларгола или протаргола, смазывание слизистой оболочки носа 2-5% раствором нитрата серебра. При неэффективности указанного лечения нижние носовые раковины прижигают трихлоруксус-ной или хромовой кислотой или выполняют неглубокую гальванокаустику.

Хронический гипертрофический насморк-следствие хронического катарального (простого) насморка. Обычно развивается в результате длительного воздействия неблагоприятных факторов (пыль, газы, неподходящий климат и др.). Причиной заболевания часто бывает хронический воспалительный процесс в придаточных пазухах носа или аденоиды. Характеризуется разрастанием соединительной ткани главным образом в местах скопления кавернозной ткани (передний и задний концы нижней и средней носовых раковин).

Симптомы, течение. Постоянные выделения и закладывание носа, тяжесть в голове и головная боль, снижение обоняния. Чаще поражаются передние и задние концы нижних и средних раковин. Цвет раковин бледно-розовый, иногда с синюшным оттенком.

Лечение. При умеренной гипертрофии нижние раковины прижигают трихлоруксусной или хромовой кислотой. При отсутствии эффекта осуществляют гальванокаустику. Резко гипертрофированные участки слизистой оболочки удаляют петлей или ножницами.

Хронический атрофический насморк может быть обусловлен неблагоприятными климатическими условиями, профессиональными вредностями, часто повторяющимся острым насморком, инфекционными болезнями, хирургическими вмешательствами в носу.

Симптомы, течение. Ощущение сухости в полости носа, трудное высмаркивание, понижение обоняния; нередки носовые кровотечения. Риноскопически определяются широкая носовая полость из-за атрофии главным образом нижних носовых раковин, скопление густого секрета, который местами, засыхая, образует корочки.

Лечение симптоматическое. Густую слизь и корки разжижают щелочным раствором. Применяют также щелочно-маспяные ингаляции (через нос).

НАСМОРК ВАЗОМОТОРНЫЙ, АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ. Симптомы, течение. Приступы внезапной заложенности носа с обильными водянисто-слизистыми выделениями, чиханьем. Вазомоторный насморк представляет собой нервнорефлекторное заболевание, наблюдается преимущественно у лиц с общими вегетативными расстройствами. Малейшее раздражение нервных окончаний полости носа или отдаленных рефлексогенных зон (охлаждение, резкий запах и др.) ведет к бурной реакции слизистой оболочки полости носа. Аллергический насморк рассматривают как местную анафилактическую реакцию на какой-либо аллерген. При сезонной форме насморка таким раздражителем может быть пыльца злаков (сенной насморк). При круглогодичной форме раздражителями выступают так называемые бытовые аллергены (косметические средства, домашняя пыгь, волосы и перхоть домашних животных и др.). Эти формы насморка называют еще ринопатиями, поскольку при них обычно нет воспалительных изменений слизистой оболочки.

Диагноз ставят на основании анамнеза, риноскопии и лабораторных данных. При риноскопии определяют резкую набухлость или отечность слизистой оболочки носовых раковин, которая в отличие от банальных воспалительных процессов имеет бледно-синюшный цвет, нередко обнаруживают отечные полипы. При микроскопическом исследовании слизи обнаруживают много эозинофилов. Кожные пробы с аллергеном при аллергическом насморке часто бывают положительными.

Лечение. При вазомоторном рините основное внимание обращают на закаливание организма, лечение общих вегетативных нарушений организма. Местно выполняют внут-риносовую новокаиновую блокаду, при необходимости-гальванокаустику нижних раковин. При аллергическом насморке проводят специфическую десенсибилизацию. Если аллерген не обнаружен, то назначают препараты кальция, антигиста-минные средства и др. (димедрол, пипольфен, дипразин, супрастин, перновин и др.). Местно применяют гидрокортизон в виде инъекций в нижнюю носовую раковину. С успехом используют криотерапию и ультразвуковое воздействие на нижние носовые раковины.

НЕВРИТ КОХЛЕАРНЫЙ (неврит слухового нерва). Симптомы, течение. Заболевание, характеризующееся тугоухостью (нарушается звуковосприятие) и ощущением шума в одном или обоих ушах. Причины разнообразны. Важнейшие из них: инфекционные заболевания (грипп, эпидемический паротит, эпидемический менингококковый менингит, тиф, корь, скарлатина и др.), атеросклероз, болезни обмена веществ и крови, интоксикация лекарственными препаратами (хинин, салицилаты, стрептомицин, неомицин и др.), никотином, алкоголем, минеральными ядами (мышьяк, свинец, ртуть, фосфор), шумовая и вибрационная травма. Диагноз ставят на основании аудиопогического обследования. Отоскопическая картина без отклонений от нормы. Дифференциальную диагностику проводят со смешанной и кохле-арной формой отосклероза.

Лечение. При остром кохлеарном неврите больного следует срочно госпитализировать, чтобы принять все необходимые меры для восстановления слуха. При острой интоксикации слухового нерва назначают потогонные (пилокарпин), мочегонные и слабительные средства. Если неврит возник в результате перенесенного инфекционного заболевания или во время него, то назначают антибактериальные средства; внутривенные вливания раствора глюкозы. При так называемом хроническом кохлеарном неврите лечение малоэффективно. Назначают витамины В,, В,, А, никотиновую кислоту, препараты йода, экстракт алоэ, АТФ, кокарбоксилазу, иглорефлексоте-рапию. Для уменьшения шума в ушах применяют внутриносо-вую, интрамеатальную блокаду новокаином. При выраженном снижении слуха показано слухопротезирование.

ОЗЕНА (зловонный насморк)-хроническое заболевание полости носа с резкой атрофией слизистой оболочки, образованием густых выделений, ссыхающихся в зловонные корки, истончением костной ткани раковин и стенок носа. Встречается в 2-J раза чаще у лиц женского пола и иногда наблюдается одновременно у нескольких членов семьи. Начинается в возрасте 8-16 лет, иногда позже.

Симптомы, течение. Развивается медленно, иногда с переходом атрофического процесса на слизистую оболочку глотки, гортани, а иногда трахеи и бронхов. Больные жалуются на затрудненное носовое дыхание, мучительную сухость и зуд в носу, резкое ослабление или полное отсутствие обоняния. На запах из носа обращают внимание окружающие (сами больные его не ощущают). Больные часто угнетены и подавлены; неприятный запах из носа заставляет их избегать общения с людьми. Диагноз ставят на основании характерных жалоб больного, резкой атрофии слизистой оболочки носа и зловонных корок в носу.

Лечение прежде всего симптоматическое и направлено на размягчение и устранение корок, а также сухости носовой полости.

ОТЕК ГОРТАНИ встречается как одно из проявлений воспалительного или невоспалительного поражения гортани и локализуется обычно в местах скопления рыхлой подслизистой клетчатки гортани (подскладочное пространство, вестибулярные складки, черпалонадгортанные складки, поверхность надгортанника со стороны языка). Может быть ограниченным или диффузным. Причины: травма (механическая, термическая, химическая) слизистой оболочки глотки или гортани, аллергия, острые инфекционные заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы и почек, коллатеральный отек при патологических изменениях в шейных лимфатических узлах, щитовидной железе, при воспалительных процессах в глотка (перитонзиллярный, парафарингеальный абсцесс и др.); флегмона шеи при остром, особенно флегмонозном ларингите, при новообразованиях гортани.

Симптомы, течение зависят от локализации и выраженности отека. Они могут заключаться лишь в ощущении неловкости, умеренной боли в горле при глотании или быть более серьезными вплоть до резкого затруднения дыхания. При этом нередко возникает значительное стенозиро-вание просвета гортани. При ларингоскопии видно ограниченное или разлитое, напряженное студенистое опухолевид-ное образование бледно-розового цвета. Контуры анатомических деталей гортани в области отека исчезают.

Лечение. Больного госпитализируют, так как даже незначительный отек может очень быстро увеличиться и привести к выраженному стенозу гортани. По возможности необходимо устранить причины отека. Больному дают глотать кусочки льда, кладут пузырь со льдом на шею, назначают отвлекающую терапию (горчичники, банки, горячие ножные ванны), вдыхание кислорода, ингаляции аэрозолей антибиотиков, антибиотики в/м, сульфаниламиды, дегидратационную терапию (в/в вливания 20 мл 40% раствора глюкозы), в/в введение 10 мл 10% раствора хлорида кальция, 1 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. Показаны также внутриносовая новокаиновая блокада, мочегонные средства, антигистаминные препараты внутрь, в/м (пипольфен, супрастин и др.), ингаляции аэрозолей кор-тикостероидов. В тяжелых случаях вводят в/м 1-2 мл гцдро-кортизона (25-50 мг) или в/в 1-2 мл водного раствора пред-низолона (медленно в течение А-5 мин). При безуспешности медикаментозной терапии и нарастании стенозирования гортани показана трахеостомия (или продленная интубация).

ОТГЕМАТОМА (отематома) - кровоизлияние в области наружной поверхности ушной раковины (в верхней ее трети) между хрящом и надхрящницей, иногда между хрящом и кожей. Причины: травма ушной раковины (у борцов, боксеров); у пожилых или истощенных лиц может возникнуть спонтанно или при длительном надавливании жесткой подушкой.

Симптомы. Полушаровидная гладкая припухлость багрово-синего цвета, при пальпации безболезненна и флюктуирует.

Лечение. В легких случаях можно наложить давящую повязку. При больших гематомах необходима пункция с отсасыванием содержимого и наложением давящей повязки.

ОТИТ - воспаление уха. Различают наружный, средний и внутренний (см. Лабиринтит) отит.

Наружный отит. Существуют две формы-ограниченная (фурункул наружного слухового прохода) и диффузная. Ограниченный наружный отит возникает в результате внедрения инфекции (чаще всего стафилококка) в волосяные фолликулы и иапьные железы фиброзно-хрящевого отдела наружного слухового прохода, чему способствуют мелкие травмы при манипуляции в ухе спичками, шпильками и т. д. Фурункулы наружного слухового прохода чаще бывают у лиц, страдающих сахарным диабетом, подагрой, гиповитаминозом (А, С, группы В). Иногда процесс может распространиться на околоушную клетчатку. Диффузный (разлитой) наружный отит развивается преимущественно при хроническом гнойном среднем отите вследствие внедрения в кожу и подкожную жировую клетчатку слухового прохода различных бактерий, а также грибов (см. Отомикоз). Воспалительный процесс нередко распространяется и на барабанную перепонку.

Симптомы, течение. Боль в ухе, усиливающаяся при надавливании на козелок, при потягивании за ушную раковину. Болезненность при открывании рта наблюдается при локализации фурункула на передней стенке. При остром диффузном наружном отите больные жалуются на зуд и боль в ухе, гнойные выделения с неприятным запахом.

Диагноз ставят на основании отоскопии. Слух почти не страдает.

Лечение. Введение в наружный слуховой проход марлевых турунд, смоченных 70% спиртом, согревающий компресс, физиотерапрптическио процедуры (соллюкс, токи УВЧ), витаминотерапия.

Антибиотики и сульфанипамидные препараты применяют при выраженном воспалительном инфильтрате и повышенной температуре. При образовании абсцесса показано его вскрытие. При разлитом воспалении промывают слуховой проходдезинфицирующими растворами (3% раствор борной кислоты, раствор фурацилина 1:5000 и др.). Кожу наружного слухового прохода смазывают оксикортом, синтомициновой эмульсией.

Острый средний отит развивается в результате проникновения инфекции главным образом через слуховую трубу в среднее ухо при остром или обострении хронического воспаления слизистой оболочки носа и носоглотки (острый ринит, грипп и др.). Различают катаральную и гнойную формы заболевания. Расстройство вентиляционной функции слуховой трубы способствует венозному застою в слизистой оболочке барабанной полости и образованию транссудата. Серозное воспаление вызывается слабовирулентной инфекцией, проникающей из верхних дыхательных путей, на фоне ослабления защитных сил организма. Отит у новорожденных возникает в результате попадания околоплодных вод в среднее ухо во время прохождения по родовым путям. Большое значение имеет также анатомическое строение слуховой трубы (у детей она шире и короче). Различают три стадии острого среднего отита: I стадия-возникновение воспалительного процесса, образование экссудата (острый катаральный отит); II стадия - прободение барабанной перепонки и гноетечение (острый гнойный отит); III стадия - затихание воспалительного процесса, уменьшение и прекращение гноетечения, сращение краев прободения барабанной перепонки. Продолжительность заболевания от нескольких дней до нескольких недель.

Симптомы, течение зависят от стадии воспалительного процесса. В I стадии - сильная боль в ухе, иррадиирующая в соответствующую половину головы, зубы, высокая температура тела (38-39 °С), значительное понижение слуха по типу поражения звукопроводящего аппарата. При отоскопии в начале воспаления видны расширенные кровеносные сосуды, затем появляется гиперемия барабанной перепонки, ее контуры сглаживаются. В конце этой стадии происходит выпячивание барабанной перепонки. В крови лейкоцитоз, повышенная СОЭ. Во II стадии возникает гноетечение в результате прободения барабанной перепонки, боль при этом стихает, но может возобновиться при задержке оттока гноя. Общее состояние улучшается, температура тела нормализуется. При отоскопии в этой стадии виден гной, уменьшение выпячивания барабанной перепонки, однако еще остаются гиперемия и сглаженность ее контуров. В III стадии после прекращения гноетечения ведущей жалобой может быть понижение слуха.

Клиническая картина острого воспаления среднего уха у новорожденных и грудных детей несколько отличается от таковой у взрослых. Острые отиты у грудных детей часто протекают незаметно для окружающих вплоть до появления гноетечения. При выраженном отите ребенок просыпается ночью, беспокоен, кричит, вертит головой, трет больное ухо о подушку, тянется рукой к уху, отказывается от груди (боль в ухе при сосании и глотании усиливается вследствие повышения давления в среднем ухе). Обычно наблюдается рино-фарингит. Нередко острый средний отит сочетается с менин-геальным симптомокомплексом.

Лечение. Постельный режим, по показаниям антибиотики (при гноетечении необходимо определение чувствительности к ним микрофлоры), сульфаниламидные препараты, антисептики. При высокой температуре амидопирин, аце-тилсалициловая кислота. Местно применяют согревающие компрессы, грелки, физиотерапию (соллюкс, токи УВЧ). Сосудосуживающие капли в нос. Для уменьшения боли в ухо закапывают в теплом виде 96% спирт или капли, состоящие из 0,5 г карболовой кислоты и 10 г глицерина. При появлении гноетечения закапывание в ухо прекращают. При отсутствии эффекта от консервативного лечения производят парацентез барабанной перепонки. После появления гноетечения из наружного слухового прохода необходимо обеспечить его хороший отток. Если после прекращения гнойных выделений из уха и рубцевания барабанной перепонки слух остается пониженным, показаны продувание, пневматический массаж и УВЧ-терапия на область уха.

Хронический гнойный средний отит сопровождается длительным гноетечением из уха, стойко сохраняется прободное отверстие барабанной перепонки и снижается слух, преимущественно по типу нарушения функции звукопроводящего аппарата. В большинстве случаев заболевание возникает вследствие острого гнойного воспаления. Этому способствуют высокая вирулентность микробов, снижение реактивности организма, хронический патологический процесс в полости носа и носоглотки, нерациональное лечение.

Симптомы, течение. Снижение слуха. Отоскопически выявляют прободное отверстие барабанной перепонки. В зависимости от характера процесса и локализации прободного отверстия различают хронический гнойный мезотим-панит и хронический гнойный эпитимпанит. При мезотимпа-ните прободное отверстие находится в центральном отделе барабанной перепонки, при эпитимпаните - в верхнем, нередко оно занимает оба отдела, и тогда говорят об эпимезо-тимпаните. Мезотимпанит протекает, как правило, более доброкачественно, чем эпитимпанит, при нем значительно реже бывают осложнения. Эпитимпанит или эпимезотимпа нит сопровождается кариесом кости (остит) с образованием грануляций, полипов. Возможно возникновение так называемой холестеатомы, которая клинически проявляет себя как опухоль, т. е. вызывает деструкцию кости и этим создает опасность внутричерепных осложнений.

Диагноз ставят на основании данных анамнеза и отоскопии. В анамнезе, как правило, острое гнойное воспаление среднего уха с последующим периодическим или постоянным гноетечением. Для оценки характера и распространенности деструктивного процесса кости важно рентгенологическое исследование височных костей.

Лечение. Консервативное лечение возможно при свободном оттоке гноя и доступе медикаментозных средств через перфорационное отверстие в барабанной перепонке к слизистой оболочке среднего уха. Если отверстие закрыто грануляциями или полипом, то их прижигают нитратом серебра или удаляют хирургическим путем. Вводить в барабанную полость те или иные медикаментозные средства следует лишь после тщательного удаления гноя. С этой целью ухо протирают ватой, навернутой на зонд, до тех пор, пока вата, вынутая из уха, не будет сухой. Для закапывания в ухо наиболее часто применяют растворы альбуцида, фу-рацилина или салициловой кислоты в спирте и другие дезинфицирующие средства. Если грануляции небольшие, то используют прижигающие вещества (растворы протаргола, нитрат серебра в виде капель). При эпитимпаните промывают надбарабанное пространство дезинфицирующими растворами. Если отверстие в барабанной перепонке большое, а отделяемого мало, то в ухо вдувают тонкий порошок борной кислоты, сульфаниламидного препарата или антибиотика. Хирургическое лечение применяют для ликвидации патологического процесса в ухе (общеполостная или радикальная операция), а также для улучшения слуха (тимпа-нопластика).

Экссудативный средний отит (отит катаральный, отит секреторный, отит серозный и др.). Возникает в результате длительного нарушения дренажной и вентиляционной функции слуховой трубы при острых и хронических заболеваниях носа, придаточных пазух носа и глотки, при гриппе, ОРВИ, аллергии, нерациональном применении антибиотиков при лечении острого среднего отита. Барабанная полость в этих случаях содержит экссудат, который в острой стадии заболевания жидкий, в хронической - вязкий, густой.

Симптомы, течение. Снижение слуха по типу нарушения функции звукопроводящего аппарата, ощущение заложенности уха, переливания жидкости в нем. Отоскопически барабанная перепонка мутна, втянута, ее опознавательные пункты сглажены. Нередко виден уровень жидкости, остающийся постоянным при наклоне головы больного вперед или назад.

Лечение. В острой стадии консервативно-антибактериальная терапия, поливитамины, десенсибилизирующая терапия (по показаниям), сосудосуживающие капли в нос, согревающий компресс на ухо, соллюкс, токи УВЧ и микроволновая терапия на область уха, эндауральный электрофорез лидазы илихимотрипсина, продувание ушей. При отсутствии эффекта производят тимпанопункцию в заднениж-нем квадранте барабанной перепонки с отсасыванием экссудата. В хронической стадии для предупреждения адгезив-ного среднего отита важно добиться восстановления проходимости слуховой трубы, с этой целью при продувании уха через катетер в нее вводят гидрокортизон. Если таким путем восстановить проходимость трубы не удается, то проводят длительное дренирование барабанной полости через специально изготовленный (чаще из тефлона) шунт (в виде катушки), который вставляют в парацентезное отверстие и оставляют до 1-2 мес (иногда и дольше, на усмотрение врача). Наличие шунта позволяет отсасывать экссудат (специальным наконечником под увеличением), вводить в среднее ухо раствор антибиотиков и гидрокортизона. Необходимо добиться проникновения этих препаратов через слуховую трубу в носоглотку (это отметит сам больной). Такое введение медикаментозных средств в среднее ухо проводят до нормализации отоскопической картины и ликвидации патологического процесса в слуховой трубе. По показаниям следует осуществлять санацию полости носа, придаточных пазух коса и глотки.

Адгезивный (слипчивый) средний отит возникает чаще после перенесенного острого или хронического гнойного воспаления среднего уха. Нерациональное применение антибиотиков при остром катаральном (неперфоративном) среднем отите также ведет к образованию спаек в барабанной полости. Адгезивный отит может развиваться и без предшествующего воспаления среднего уха в результате тех или иных патологических процессов в носоглотке и слуховой трубе, длительно препятствующих, вентиляции барабанной полости. При перфорации барабанной перепонки говорят о «сухом пер-форативном отите».

Симптомы, течение. Основной симптом - тугоухость по типу расстройства функции звукопроводящего аппарата. Нередко бывает шум в ушах. При отоскопии-истонченная, рубцово-измененная барабанная перепонка с участками отложения извести. Подвижность перепонки и проходимость слуховой трубы нарушены.

Лечение вначале консервативное: продувание ушей, пневмо- и вибромассаж, введение в барабанную полость прс-теолитических ферментов (лидаза, химотрипсин), диатермия на область ушей, грязелечение. Эти методы, как правило, дают лишь временный эффект, в связи с чем применяют хирургическое лечение- стапедопластику, тимпанопластику.

Отомикоз - заболевание, обусловленное развитием на стенках наружного слухового прохода (иногда и на барабанной перепонке) плесневых грибов различных видов. Этому способствуют влажная среда, предшествующий гнойный средний отит, длительное нерациональное применение антибиотиков и др.

Симптомы, течение. Боль, зуд в слуховом проходе, повышенная чувствительность кожи слухового прохода и ушной раковины, головная боль на стороне пораженного уха, шум в ухе, ощущение полноты и заложенности уха. При осмотре уха слуховой проход сужен на всем протяжении, его стенки мацерированы и гиперемированы (меньше, чем при бактериальных отитах). Отделяемое слухового прохода в большинстве случаев умеренное, может иметь различную окраску (серо-черная, черно-коричневая, желтоватая или зеленоватая) и зависит от вида гриба, вызвавшего заболевание; оно, как правило, не имеет запаха. Барабанная перепонка у большинства больных гиперемирована, инфильтрирована, с нечетко выраженными опознавательными пунктами. Иногда видно отверстие в барабанной перепонке (результат только грибковой инфекции без вовлечения в процесс среднего уха). В редких случаях патологический процесс может распространиться за пределы наружного слухового прохода и даже наружного уха (кожа лица, шеи). После клинического выздоровления могут наблюдаться рецидивы заболевания.

Диагноз ставят на основании данных отоскопии и микологического исследования отделяемого наружного слухового прохода. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с кандидамикозом (поражение дрожжевыми грибами) и дерматитами наружного уха другой этиологии.

Лечение строго индивидуальное с учетом общего состояния больного, особенности клинической картины заболевания и вида гриба. Хороший эффект получают при назначении местно противогрибковых препаратов: гриземиновой, лютенуриновой или нистатиновой эмульсии, а также спиртовых растворов флавофунгина, фунгифена или хинозола. По показаниям назначают десенсибилизирующее лечение.

Прогноз при своевременной диагностике и интенсивной противогрибковой терапии обычно благоприятный.

Отосклероз (отоспонгиоз)-очаговое поражение костной капсулы лабиринта неясной этиологии. Прогрессирующее снижение слуха является следствием фиксации отосклеро-тическим очагом подножной пластинки стремени в овальном окне. В некоторых случаях патологическое разрастание кости распространяется на канал улитки. Заболевание возникает обычно в период полового созревания или в ближайшие годы после него. Иногда встречается в детском возрасте (8-10 лет). Женщины болеют чаще, чем мужчины.

Симптомы, течение. Прогрессирующая тугоухость (обычно на оба уха), наступающая чаще всего без видимой причины, шум в ушах. Нередко шум в ушах - основная жалоба больных, причем в шумной обстановке больной слышит лучше, болезнь, как правило, развивается медленно. Беременность и роды обычно ускоряют течение процесса. При отоскопии видны неизмененные барабанные перепонки.

Диагноз ставят на основании анамнеза, клинических и аудиометрических данных. При типичной тимпанальной форме отосклероза наблюдается тугоухость по типу нарушения функции звукопроводящей системы. Смешанная форма отосклероза характеризуется умеренным, а кохлеарная - значительно выраженным вовлечением в процесс звуковоспри-нимающей системы. В этих случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику с кохлеарным невритом.

Лечение хирургическое (стапедопластика).

ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ГОРТАНИ возникают вследствие воспалительных и дегенеративных процессов в мышцах или нарушения функции иннервирующих гортань нервов, мозговых центров и проводящих путей.

Миопатические парезы или параличи обусловлены изменениями в мышцах гортани и наблюдаются при остром и хроническом ларингите, некоторых общих инфекционных заболеваниях (дифтерия, гиф,грипп, туберкулез), при кровоизлиянии в мышцы гортани в результате резкого перенапряжения голоса. Как правило, бывают двусторонними с поражением чаще всего голосовых мышц гортани.

Невропатические парезы или параличи могут быть периферического или центрального происхождения. Центральные парезы или параличи чаще возникают при бульварных табетических поражениях и истерии. Периферические парезы или параличи зависят от нарушения функции ветвей блуждающего нерва. Причиной нарушения функции этих нервов могут быть травмы, различные воспалительные, опухолевые и другие патологические процессы в области шеи и грудной клетки.

Симптомы, течение. Охриплость вплоть до афонии. Важное практическое значение имеет паралич задней перстнечерпаловидной мышцы (мышца, отводящая кнаружи голосовую складку и тем самым раскрывающая голосовую щель). При остро наступающем двустороннем параличе этих мышц голосовая щель не раскрывается, наступает стеноз гортани, требующий срочной трахеостомии. При нарушении функции других мышц гортани жалобы больных сводятся к изменению характера голоса.

Диагноз ставят с помощью ларингоскопии. По виду щели, остающейся между голосовыми складками при фонации, можно выявить, функция каких мышц нарушена.

Лечение при миопатических парезах или параличах гортани воспалительной этиологии то же, что и при остром катаральном ларингите. Кроме того, применяют физиотерапию: электрофорез, диатермию. При невропатических парезах или параличах гортани показано лечение заболевания, вызвавшего нарушение иннервации гортани.

ПОЛИПЫ НОСА образуются главным образом в результате длительного раздражения слизистой оболочки. Нередко причиной развития полипов является аллергия. Полипы часто бывают множественными и имеют самую разнообразную форму. Носовой полип, спускающийся в носоглотку, называют хоанальным. Аллергические полипы склонны к рецидивам.

Симптомы, течение. Затрудненное носовое дыхание, головная боль, плохой сон, заложенность ушей, пониженное обоняние. При риноскопии обнаруживают отечные бледно-синюшные опухолевидные образования, большей частью имеющие ножку.

Лечение. Когда полипы сопутствуют гнойному воспалению придаточных пазух, их удаляют одновременно с широким вскрытием пазух. При аллергическом полипозе полипы удаляют из полости носа на фоне десенсибилизирующей терапии

СЕПСИС ОТОГЕННЫЙ возникает вследствие распространения инфекции из гнойного очага в среднем ухе по венам и синусам височной кости или в результате непосредственного контакта гноя со стенкой сигмовидного синуса. Встречается преимущественно у лиц молодого возраста. Наиболее часто сепсис наблюдается в связи с развитием синус-тромбоза у больных с острыми и хроническими гнойными средними отитами.

Симптомы, течение обычные для сепсиса.

Лечение. Местное лечение - дренирование гнойного очага, послужившего причиной септического процесса. В зависимости от степени поражения среднего уха выполняют простую или общеполостную операцию. Общее лечение см. Сепсис.

СЕРНАЯ ПРОБКА - скопление ушной серы в наружном слуховом проходе вследствие повышенной секреции расположенных в нем серных желез. Ушная сера задерживается из-за своей вязкости, узости и извилистости наружного слухового прохода, раздражения его стенок, попадания в слуховой проход цементной, мучной пыли. Серная пробка вначале мягкая, а в дальнейшем становится плотной и даже каменистой. Она может быть светло-желтого или темно-коричневого цвета.

Симптомы, течение. Если серная пробка не закрывает полностью просвет слухового прохода, она не вызывает никаких нарушений. При полном закрытии просвета появляются ощущение заложенности уха и понижение слуха, аутофония (резонанс собственного голоса в заложенном ухе). Эти расстройства развиваются внезапно, чаще всего при попадании в слуховой проход воды во время купания, мытья головы (серная пробка при этом набухает) или при манипуляции в ухе спичкой, шпилькой. Серная пробка может вызвать и другие нарушения, если она давит на стенки слухового прохода и барабанную перепонку (кашлевой рефлекс, шум в ухе и даже головокружение).

Диагноз ставят при отоскопии. При обтурирующей пробке исследование слуха указывает на поражение звукопроводящего аппарата.

Лечение. Удаляют промыванием теплой водой. Иногда следует предварительно размягчить пробку: для этого закапывают в ухо подогретый до 37 °С раствор гидрокарбоната натрия (соды) на 10-15 мин в течение 2-3 дней. Необходимо предупредить больного, что вследствие набухания пробки от действия раствора слух может временно ухудшиться. Промывают ухо с помощью шприца Жане. Струю жидкости толчками направляют вдоль задней стенки слухового прохода, оттянув ушную раковину кверху и кзади.

СИНУСИТ - острое или хроническое воспаление придаточных пазух носа. Различают гайморит-воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной (гайморовой) пазухи: фронтит - воспаление лобной пазухи; этмоидит - воспаление решетчатого лабиринта и сфеноидит-воспаление клиновидной пазухи. Заболевание может быть односторонним или двусторонним, с вовлечением в процесс одной пазухи или поражением всех придаточных пазух носа с одной или обеих сторон - так называемый пансинусит. По частоте заболеваний на первом месте стоит верхнечелюстная пазуха, затем решетчатый лабиринт, лобная и клиновидная пазухи.

Гайморит острый часто возникает во время острого насморка, гриппа, кори, скарлатины и других инфекционных заболеваний, а также вследствие заболевания корней четырех задних верхних зубов.

Симптомы, течение. Ощущение напряжения или боли в пораженной пазухе, нарушение носового дыхание, выделения из носа, расстройство обоняния на пораженной стороне, светобоязнь и слезотечение. Боль часто разлитая, неопределенная или локализуется в области лба, виска и возникает в одно и то же время дня. При осмотре: слизистое или слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе (место сообщения пазухи с полостью носа), реже припухлость щеки и отек верхнего или нижнего века, нередко болезненность при пальпации лицевой стенки верхнечелюстной пазухи. Температура тела повышена, нередко бывает озноб. Во время задней риноскопии на задней стенке глотки нередко обнаруживают гнойные выделения.

Из вспомогательных методов исследования применяют диафаноскопию, рентгенографию и пробную пункцию. При диафаноскопии и рентгенографии пораженная пазуха оказывается затемненной.

Лечение обычно консервативное - главным образом обеспечение хорошего оттока содержимого из пазухи. При повышении температуры тела рекомендуется постельный режим и назначение жаропонижающих и антиневралгических средств (ацетилсалициловая кислота, амидопирин, анальгин). При выраженной интоксикации назначают в/м антибиотики. Для уменьшения отека и набухания слизистой оболочки в нос закапывают сосудосуживающие средства. Существенную роль играют физиотерапевтические методы лечения (лампа синего света, соллюкс, токи УВЧ). Перед каждым сеансом УВЧ-терапии рекомендуется введение в нос сосудосуживающих средств. Диатермию назначают после стихания острых явлений при хорошем оттоке содержимого пазухи. Благоприятный эффект оказывают также ингаляции аэрозолей антибиотиков. В упорных случаях прибегают к пункции пазухи и промыванию ее растворами антисептических препаратов с последующим введением антибиотиков.

Гайморит хронический бывает при повторных острых воспалениях и особенно часто при затянувшемся воспалении верхнечелюстных пазух, а также при хроническом насморке. Известную роль играют искривление носовой перегородки, тесное соприкосновение средней раковины с латеральной стенкой носа, врожденная узость носовых ходов. Одонтоген-ный гайморит с самого начала нередко имеет вялое хроническое течение. Различают экссудативные формы воспаления (гнойная, катаральная), продуктивные формы (полипоз-ная, пристеночно-гиперпластическая, холестеатомная, казе-озная, некротическая, атрофическая). Встречается также вазомоторный и аллергический гайморит, который наблюдается одновременно с такими же явлениями в полости носа. При атрофических процессах в верхних дыхательных путях и озе-не развивается и атрофический гайморит. Некротический гайморит является обычно осложнением тяжелых инфекционных болезней.

Симптомы, течение зависят от формы заболевания. При экссудативных формах основная жалоба больного на обильные выделения из носа. При затрудненном оттоке секрета из пазухи выделений из носа почти нет и больные жалуются на сухость в глотке, отхаркивание большого количества мокроты по утрам, неприятный запах изо рта. Боли в области пораженной пазухи обычно нет, но она может появиться при обострении процесса или затруднении оттока экссудата. В таких случаях определяется болезненность при пальпации передней стенки пазухи и верхневнутреннего угла глазницы на пораженной стороне. Нередко бывают головная боль и расстройства нервной системы (быстрая утомляемость, невозможность сосредоточиться). При обострении могут наблюдаться припухлость щеки и отек век. Иногда бывают трещины и ссадины кожи у входа в нос. Наличие отделяемого в среднем носовом ходе является важным признаком. Для его обнаружения часто приходится смазывать слизистую оболочку среднего носового хода сосудосуживающими средствами. Характерны также гипертрофия слизистой оболочки и возникновение отечных полипов. Течение заболевания длительное. Часто процесс из-за скудной симптоматики остается нераспознанным.

Диагноз ставят на основании анамнеза, данных передней и задней риноскопии, диафаноскопии, рентгенологического исследования и пробной пункции.

Лечение должно быть комплексным, оно напраалано на устранение причины, поддерживающей воспалительный процесс в пазухе (аденоидные разрастания, искривление носовой перегородки, полипозно измененная средняя раковина, кариозные зубы), обеспечение достаточного оттока патологического секрета (систематическое смазывание сосудосуживающими средствами среднего носового хода). Широко применяют соллюкс, диатермию, токи УВЧ, ингаляции. Во многих случаях положительные результаты дает пункционное промывание пазухи антисептическими растворами (фураци-лин и др.) с последующим введением протеолитических ферментов и антибиотиков. При лечении аллергических гайморитов применяют кортизон, АКТГ и их дериваты. При отсутствии эффекта от консервативного лечения (главным образом при гнойно-полипозных формах) производят радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе.

Фронтит. Причины те же, что и при воспалении гайморовой пазухи. Протекает значительно тяжелее, чем воспаление других придаточных пазух носа. Недостаточное дренирование лобной пазухи, обусловленное гипертрофией средней раковины, искривлением носовой перегородки, способствует переходу острого фронтита в хроническую форму.

Симптомы, течение. Боль в области лба, особенно по утрам, нарушение носового дыхания и выделения из соответствующей половины носа. Боль нередко невыносимая, приобретает невралгический характер. В тяжелых случаях-боль в глазах, светобоязнь и снижение обоняния. Головная боль стихает после опорожнения пазухи и возобновляется по мере затруднения оттока. При остром гриппозном фронтите температура тела повышена, иногда изменен цвет кожных покровов над пазухами, отмечаются припухлость и отечность в области лба и верхнего века, являющиеся следствием расстройства местного кровообращения (коллатеральный отек). В редких случаях могут развиться субпериостапьный абсцесс, флегмона, наружный гнойный свищ. Пальпация и перкуссия лицевой стенки и области верхневнутреннего угла глазницы болезненны. При риноскопии обнаруживают отделяемое под передним концом средней раковины. Этот отдел раковины отечен и утолщен. При хроническом фронтите наблюдаются полипы или гипертрофия слизистой оболочки в среднем носовом ходе. Иногда воспалительный процесс переходит на надкостницу и кость с ее некрозом и образованием секвестров, свищей. При некрозе задней стенки пазухи могут развиться экстрадуральный абсцесс, абсцесс головного мозга или менингит. Для уточнения диагноза используют дополнительные методы исследования: зондирование, рентгенографию.

Лечение при остром фронтите консервативное. Отток отделяемого из пазухи обеспечивается путем смазывания слизистой оболочки среднего носового хода 2-3% раствором кокаина с адреналином или 0,1 % раствором нафтизина, 0,2% раствором галазолина. Эти же растворы можно применять и в виде капель в нос. В первые дни болезни рекомендуются постельный режим, прием ацетилсалициловой кислоты, анальгина, ингаляции аэрозолей антибиотиков, физиотерапия (прогревание лампой синего света, соллюкс, УВЧ-терапия). В тяжелых случаях показано в/м введение антибиотиков. При хроническом фронтите лечение следует начинать с консервативных методов и в случае их безуспешности применять хирургическое вмешательство.

Этмоидит. Причины те же, что и при воспалении гайморовых пазух. Острый этмоидит с поражением костных стенок наблюдается преимущественно при скарлатине. Неблагоприятные условия оттока из-за отека слизистой оболочки могут привести к образованию эмпиемы. Заболевание передних клеток решетчатого лабиринта протекает обычно одновременно с поражением гайморовой и лобной пазух, а задних - с воспалением основной пазухи.

Симптомы, течение. Головная боль, давящая боль в области корня носа и переносицы. У детей нередко отмечают отек внутренних отделов верхнего и нижнего века, гиперемию конъюнктивы на соответствующей стороне. В некоторых случаях острый этмоидит сочетается с выраженными невралгическими болями. Выделения вначале серозные, а затем гнойные. Гнойное отделяемое в среднем носовом ходе-признак поражения передних решетчатых клеток, в верхнем носовом ходе-воспаления задних. Резко снижено обоняние, значительно затруднено носовое дыхание. Температура тела повышена. Средняя раковина в большинстве случаев увеличена, гиперемирована. При затрудненном оттоке гноя воспалительный процесс может распространяться на глазничную клетчатку. В подобных случаях отекают веки, а глазное яблоко отклоняется кнаружи (эмпиема передних решетчатых клеток) или выпячивается и отклоняется кнаружи (эмпиема задних решетчатых клеток).

Хронические этмоидиты протекают главным образом по типу катарального воспалительного процесса. Вокруг выводных отверстий решетчатых IOIOTOK образуются утолщения слизистой оболочки, представляющие собой мелкие множественные полипы. Бальные жалуются на давящую боль в области переносицы или внутреннего угла глазницы. Обоняние понижено. При риноскопии обнаруживают гной под средней раковиной (поражение передних решетчатых клеток) или над ней (поражение задних решетчатых клеток). Часто гной выделяется после удаления полипов. Уточнить диагноз помогают данные рентгенологического исследования.

Лечение в острых случаях консервативное, как и при воспалении других пазух. При неосложненных формах хронического этмоидита лечение также консервативное. Иногда применяют такие внутриносовые оперативные вмешательства, как удаление переднего конца средней раковины или полипото-мия. В запущенных случаях производят внутриносовое или наружное вскрытие клеток решетчатого лабиринта.

Сфеноидит встречается редко и обычно связан с заболеванием решетчатого лабиринта-его задних клеток.

Симптомы, течение. Жалобы на головную боль. Чаще всего она локализуется в области темени, в глубине головы и затылка, глазнице. При хронических поражениях боль ощущается в области темени, а при больших размерах пазух может распространяться и на затылок. При риноскопии определяют скопление отделяемого в обонятельной щели. Нередко видны полоски гноя, стекающего по своду носоглотки и задней стенке глотки. При одностороннем сфеноидите наблюдается односторонний боковой фарингит. Иногда больные жалуются на быстрое снижение зрения, что связано с вовлечением в процесс перекреста зрительных нервов. Хронический сфеноидит может протекать и со слабовыраженной симптоматикой. Большое значение в диагностике сфеноидита имеет рентгенологическое исследование.

Лечение. Частое смазывание слизистой оболочки полости носа сосудосуживающими средствами для обеспечения оттока отделяемого из пазух. При затянувшемся заболевании рекомендуется зондирование и промывание пазухи растворами антибиотиков. Иногда показано хирургическое вмешательство (например, резекция заднего конца средней раковины).

Профилактика синуситов должна быть направлена на лечение основного заболевания (грипп, острый насморк, корь, скарлатина и другие инфекционные заболевания, поражение зубов), устранение предрасполагающих факторов (искривление носовой перегородки, атрезии и синехии в полости носа и др.). Важную роль играет систематическое закаливание организма.

СКЛЕРОМА - хроническое инфекционное заболевание, поражающее слизистую оболочку дыхательных путей. Возбудитель - палочка Фриша - Волковича. Пути и способы заражения не установлены. Эндемические очаги есть во многих странах мира, в СССР находятся в Западной Украине и Белоруссии.

Симптомы, течение. Заболевание характеризуется медленным течением, прогрессирующим в течение многих лет. В начальных стадиях образуются плотные инфильтраты в виде плоских или бугристых возвышений, которые, как правило, не изъязвляются, располагаются преимущественно в местах физиологических сужений: в преддверии носа, хоа-нах, носоглотке, подскладочном пространстве гортани, у бифуркации трахеи, у разветвлений бронхов. В более поздней стадии инфильтраты рубцуются, вызывая тем самым сужение просвета дыхательных путей и расстройство дыхания. Обычно склерома захватывает одновременно несколько отрезков дыхательных путей. Реже процесс локализуется в одном участке.

Склерома носа (риносклерома). Жалобы больного сводятся главным образом к ощущению сухости и заложенности носа. В связи с атрофией слизистой оболочки наблюдается скудное вязкое отделяемое с образованием корок, иногда приторный запах, напоминающий запах гниющих фруктов. При риноскопии в области входа в нос видны бугристые инфильтраты. Если они расположены в области преддверия носа, то наступает деформация наружного носа. Крылья носа инфильтрированы, оттопырены.

Склерома глотки. Процесс обычно распространяется из полости носа через хоаны. Поражается в основном мягкое небо. Рубцевание инфильтратов ведет к деформации мягкого неба и небных дужек, чаще задних. Иногда деформация может привести к почти полной разобщенности носоглотки и ротоглотки. Чаще эти изменения сочетаются с патологией носа и гортани, характерной для склеромы.

Склерома гортани. Инфильтраты расположены обычно симметрично с обеих сторон в области подскладочного пространства, реже на вестибулярных складках, голосовых складках, черпаловидных хрящах и надгортаннике; подвергаясь рубцеванию, они часто вызывают нарушение голоса и стенозы гортани. Склеромный процесс может распространиться на трахею и бронхи, приводя в конечном счете к их стенозу.

Диагноз. Для распознавания склеромного процесса применяют серологические реакции Вассермана, Борде - Жангу, гистологическое исследование биопсийного материала и исследование мокроты на палочки Фриша - Волковича. Следует учитывать проживание больного в местности, где встречается склерома.

Лечение. Специфического лечения нет. Благоприятный результат получают при стрептомицинотерапии и рентгенотерапии. К хирургическим методам лечения относятся бужи-рование, удаление и электрокоагуляция инфильтратов.

СТЕНОЗ ГОРТАНИ - значительное уменьшение или полное закрытие ее просвета. Различают острые и хронические стенозы гортани. Острые стенозы могут возникнуть внезапно, молниеносно или развиться постепенно в течение нескольких часов. Наблюдаются при истинном и ложном крупе, остром ларинготрахеОбронхите у детей, отеке гортани, флегмо-нозном ларингите, хондроперихондрите, инородном теле, травме (механической, термической, химической), двустороннем параличе задней перстнечерпаловидной мышцы. Хронические стенозы характеризуются медленным развитием сужения просвета гортани и его стойкостью. Однако в период хронически протекающего сужения гортани при неблагоприятных условиях (воспаление, травма, кровоизлияние и др.) может быстро развиться острый стеноз гортани. Хронические стенозы возникают на почве Рубцовых изменений гортани после травм, хондроперихондрита, склеромы, при дифтерии, сифилисе, опухоли.

Симптомы, течение зависят от стадии стеноза. Стадия I - компенсации - сопровождается выпадением паузы между вдохом и выдохом, удлинением вдоха, рефлекторным уменьшением числа дыханий и нормальным соотношением числа дыхательных движений и пульса. Голос становится хриплым (за исключением стенозов, обусловленных параличом нижнегортанных нервов), на вдохе появляется сте-нотический шум, слышимый на значительном расстоянии. Стадия II -декомпенсации: отчетливо выступают все признаки кислородного голодания, усиливается одышка, кожные покровы и слизистые оболочки принимают синюшный оттенок, при вдохе наблюдается резкое втяжение межреберных промежутков, над- и подключичных ямок, яремной ямки. Больной становится беспокойным, мечется, покрывается холодным потом, дыхание учащается, усиливается дыхательный шум. Стадия III - асфиксии (удушья) - характеризуется падением сердечной деятельности, дыхание редкое и поверхностное, усиливается бледность кожных покровов, больные становятся вялыми, безучастными к окружающему, зрачки расширены, наступают стойкая остановка дыхания, потеря сознания, непроизвольное отхождение капа и мочи. Для оценки степени стеноза наиболее существенна величина просвета голосовой щели. Однако при медленном нарастании стеноза больной иногда удовлетворительно справляется с дыханием при узком просвете гортани.

При установлении диагноза следует исключить стеноз трахеи, расстройство дыхания вследствие болезней легких и сердца.

Лечение. При любом заболевании гортани, если не исключена опасность стеноза, больного следует срочно госпитализировать, чтобы своевременно принять все необходимые меры по предупреждению асфиксии. В стадии компенсации еще возможно восстановление дыхания терапевтическими методами (горчичники на грудь, горячие ножные ванны, ингаляция кислорода, медикаментозные средства группы морфина, дегидратационная терапия, сердечные средства). В стадии декомпенсации и асфиксии необходимо немедленно произвести трахеостомию (в последние годы с успехом применяют продленную интубацию), при дифтерийном стенозе- интубацию. В случае остановки дыхания после вскрытия трахеи проводят искусственную вентиляцию легких. У больных с хроническим стенозом лечение должно быть направлено на основное заболевание (опухоль, склерома и др.). При рубцо-вых стенозах применяют бужирование и хирургические методы лечения-ларинго- и трахеостомию с иссечением рубцо-вой ткани.

СТРИДОР ВРОЖДЕННЫЙ - аномалия развития наружного кольца гортани. Выявляется в раннем детском возрасте. Надгортанник мягок и сложен в трубочку, черпаловидно-над-гортанные складки приближены друг к другу и образуют как бы ненатянутые паруса, которые при вдохе присасываются в полость гортани, чем объясняется инспираторный шум при дыхании. Характерен свистящий звонкий шум во время вдоха. Его интенсивность уменьшается во время сна и, наоборот, увеличивается при волнении, крике, кашле. Общее состояние остается неплохим, голос сохранен. Явления стри-дора обычно к 6 мес жизни уменьшаются и к 2-3 годам исчезают полностью. Лечение не проводится.

ТОНЗИЛЛИТ ХРОНИЧЕСКИЙ - воспаление небных миндалин; болеют как взрослые, так и дети. Причиной служат повторные ангины, реже другие острые инфекционные заболевания (скарлатина, корь, дифтерия). Развитию хронического тонзиллита способствуют стойкое нарушение носового дыхания (аденоиды, искривление носовой перегородки), заболевания придаточных пазух носа, кариозные зубы, альвеолярная пиорея, хронический катаральный фарингит, хронический ринит. Согласно принятой в настоящее время классификации Солдатова хронический тонзиллит подразделяют на компенсированный и декомпенсированный.

Симптомы, течение.Ощущениепершения,садне-ния, инородного тела в глотке в области миндалин, неприятный запах изо рта, откашливание так называемых пробок- казеозных масс, образующихся в лакунах миндалин, незначительная периодически возникающая боль при глотании, иногда отдающая в ухо. Нередко заболевание сопровождается длительным (в течение нескольких недель и даже месяцев) субфебрилитетом, понижением работоспособности, головной болью, иногда приступами кашля рефлекторного происхождения. Некоторые больные хроническим тонзиллитом не предъявляютникакихжалоб. Нередки осложнения: поражение сердца, суставов, общая слабость, потливость. Возможно развитие ревматизма, нефрита. При фарингоскопии - признаки хронического воспалительного процесса: небные миндалины разрыхлены, рубцово изменены, сращены с небными дужками, поверхность миндалин неровная (бугристая), лакуны расширены. При легком надавливании шпателем на область миндалины из лакун выделяются «пробки» или стекает гной нередко с неприятным запахом. Слизистая оболочка передних небных дужек гиперемирована, особенно их свободный край. Регионарные лимфатические узлы часто бывают увеличены и несколько болезненны при пальпации. Большие размеры миндалин не всегда бывают признаком хронического тонзиллита (у детей это физиологично); наоборот, хронические воспалительные изменения зачастую развиваются в маленьких (скрытых) миндалинах. Хронический тонзиллит следует дифференцировать от фарингрмикоза.

Лечение консервативное, проводят главным образом при неосложненных формах хронического тонзиллита: систематически промывают миндалины дезинфицирующими растворами (фурацилин 1:5000, пенициллин 1:10 000 ЕД.этак-ридина лактат 1:5000 и др.) с последующим смазыванием лакун миндалин раствором Люголя. Промывание можно сочетать с физиотерапевтическим лечением: ультрафиолетовым облучением через специальный тубус (субэритемная доза), токами УВЧ на область регионарных лимфатических узлов. При необходимости такой курс лечения (12- 15 промываний) повторяют через 2-4 мес. При отсутствии эффекта, а также при осложненных формах хронического тонзиллита небные миндалины удаляют (тонзиллэктомия). Противопоказаниями к операции являются заболевания крови: гемофилия, тромбопения и др. В этих случаях применяют крио-воздействие на ткань небных миндалин. Относительные противопоказания ктонзиллэктомии (туберкулез, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.) в каждом случае отори-ноларинголог обсуждает с терапевтом. Операцию следует производить не раньше 3 нед после перенесенной ангины. К наиболее частым осложнениям операции относят кровотечения и обострения заболеваний, связанных с патологией небных миндалин.

Профилактика. Лица, часто болеющие ангиной (особенно дети), должны состоять на диспансерном учете. Показаны санация полости рта, придаточных пазух носа, восстановление свободного дыхания через нос, закаливание орга-' низма, оздоровление условий труда и быта. Для профилактики осложнений, таких, как ревматизм, заболевания почек, сердца и др., необходимо своевременно удалять патологически измененныемебные миндалины.

ТРАВМЫ. Травмы уха. Механическая травма -наиболее частый вид повреждений уха. Характер повреждений зависит от интенсивности травмы. Может повреждаться не только наружное ухо, но и среднее, и даже внутреннее ухо (перелом основания черепа).

Симптомы, течение. Ушибы ушной раковины нередко осложняются отгематомой. Более сильные травмы могут сопровождаться отрывом и размозжением ушной раковины. При сильной травме наблюдаются как продольный (чаще), так и поперечный перелом пирамиды. Продольный перелом пирамиды помимо общих симптомов сопровождается разрывом барабанной перепонки, кожи верхней стенки наружного слухового прохода, кровотечением из уха и нередко ликвореей; лицевой нерв, как правило, при этом не повреждается, функция вестибулярного аппарата сохранена, слух понижается (нарушено звукопроведение). Поперечный перелом\* пирамиды височной кости сопровождается повреждением лабиринта и, как правило, лицевого нерва. При этом слуховая и вестибулярная функции почти всегда полностью выпадают. Барабанная перепонка обычно остается целой, кровотечения из наружного слухового прохода не отмечается. Характер костных повреждений устанавливают при рентгенологическом исследовании черепа.

Лечение. При небольших ссадинах и кровоподтеках ушной раковины - смазывание 5% настойкой йода и асептическая повязка. Лечение отгематомы. При размозжении и отрыве ушной раковины - щадящая первичная хирургическая обработка, швы на края раны, повязка. Вводят противостолбнячную сыворотку по Безредке и анатоксин, назначают по показаниям антибиотики, сульфаниламидные препараты, физиотерапевтическое лечение - ультрафиолетовое облучение, токи УВЧ. При кровотечении из наружного слухового прохода (переломы основания черепа) следует ввести в слуховой проход комок стерильной ваты и наложить стерильную повязку. Очистка наружного слухового прохода и особенно его промывание противопоказаны. Больному назначают полный покой. Если развивается гнойный средний отит, то его лечат по общим правилам (см. Отит).

Хирургическое вмешательство проводят при соответствующих показаниях (не останавливающееся кровотечение из уха, симптомы внутричерепных осложнений).

Баротравма. Повреждение среднего уха в результате резких перепадов атмосферного давления. Возникает при взрыве, работе в кессонах, у летчиков и водолазов. При повышении атмосферного давления, если оно своевременно не выравнивается в среднем ухе через слуховую трубу, барабанная перепонка втягивается, при понижении - выпячивается. Резкие перепады атмосферного давления передаются через барабанную перепонку и цепь слуховых косточек на внутреннее ухо и отрицательно сказываются на его функции. Баротравма может сопровождаться даже разрывом барабанной перепонки.

Симптомы, течение.В момент баротравмы ощущаются резкий «удар» в ухо и сильная боль. Отмечается снижение слуха, иногда головокружение, появляются шум и звон в ушах. При разрыве барабанной перепонки - кровотечение из наружного слухового прохода. При отоскопии видны гиперемия, кровоизлияние в барабанную перепонку, иногда ее разрыв. При кровоизлиянии в барабанную полость через целую барабанную перепонку можно видеть характерное темно-синее просвечивание.

Лечение. Если нет разрыва барабанной перепонки, то в наружный слуховой проход вводят комок стерильной ваты. При разрыве перепонки следует осторожно вдувать сульфа-ниламидный порошок или антибиотики, наложить стерильную повязку на ухо. При поражении внутреннего уха лечение такое же, как и при кохлеарном неврите.

Травмы носа и его придаточных пазух. Встречаются открытые и закрытые травмы. Характер повреждения зависит от силы и направления удара. Тупые травмы сопровождаются закрытым переломом костей носа, а иногда и стенок придаточных пазух. При разрыве слизистой оболочки после сморкания появляется подкожная эмфизема лица. Тяжелые травмы носа нередко сопровождаются потерей сознания и шоком. Часто наблюдаются носовое кровотечение, гематома носовой перегородки.

Симптомы, течение. Припухлость мягких тканей, деформация носа, кровоподтеки и кровоизлияния,'нередко распространяющиеся на область верхнего и нижнего века. При пальпации определяется крепитация отломков. Выявить место перелома костей носа позволяет рентгенологическое исследование.

Лечение. После анестезии места перелома отломки костей носа вправляют. Боковое смещение спинки носа устраняют посредством давления на смещенные части носового скелета пальцами обеих рук. В ряде случаев при западании отломков их следует приподнять введенным в нос узким элеватором. После репозиции вводят в нос стерильные тампоны, смоченные вазелиновым маслом. Носовое кровотечение останавливают тампонадой.

Огнестрельные ранения придаточных пазух носа бывают сквозными, касательными, слепыми. Симптомы травм придаточных пазух носа сходны с признаками повреждений носа, однако кровотечения бывают более обильными и чаще возникают нагноительные процессы, остеомиелиты, псев-дохолестеатомы. Слепое ранение носа или придаточных пазух, захватывающее область глазницы, полость и основание черепа, представляет опасность для жизни. Для уточнения диагноза большое значение имеет рентгенография.

Лечение. Кровотечения останавливают тампонадой. При отсутствии эффекта перевязывают наружную сонную артерию. Производят первичную обработку раны. Инородное тело удаляют эндо- или экстраназально. Вводят противостолбнячную сыворотку и анатоксин. По показаниям назначают антибиотики и сульфаниламидные препараты.

Травма глотки. Может быть изнутри - при проникновении ранящего предмета через рот или нос (особенно у детей) и снаружи-при ранениях шеи. В мирное время чаще наблюдаются внутренние повреждения, в военное - наружные.

Симптомы. При внутренних повреждениях - боль и затруднения при глотании. Повреждение легко устанавливают при осмотре глотки (фарингоскопия, задняя риноскопия).

Лечение. При внутренних повреждениях в первую очередь удаляют инородные тела, если они имеются. С целью профилактики нагноительного процесса в глотке назначают полоскания горла (растворы фурацилина, перманганата калия и др.), щадящую диету, по показаниям -сульфаниламидные препараты и антибиотики. При абсцедировании применяют хирургическое лечение.

'Ожоги глотки наблюдаются обычно как результат несчастного случая в быту. У взрослых тяжелые ожоги возникают при проглатывании в состоянии опьянения кислот (серная, хлористоводородная, азотная), щелочей (едкий натр или едкое кали), нашатырного спирта. Тяжелые ожоги нередко бы-ваютудетей при проглатывании едких жидкостей.

Симптомы. При ожогах только ротовой полости и глотки состояние больного не столь тяжелое, однако вследствие поражения надгортанника и черпаловидно-надгортанных складок может наблюдаться затрудненное дыхание (особенно у детей). Сразу после ожога больных беспокоит сильная боль при глотании даже слюны, которая скапливается во рту.

Лечение должно проводиться в стационаре, так как при усиливающемся затруднении дыхания может понадобиться трахеостомия,. В порядке первой помощи пострадавшему дают пить нейтрализующие жидкости: при ожогах кислотами для полоскания полости рта и глотки применяют 1-2% раствор гидрокарбоната натрия (питьевая сода), мыльную воду, а при ожогах щелочами - воду, подкисленную лимонным соком. Можно использовать молоко, а также яичные белки, разведенные холодной водой. Дают также глотать небольшие кусочки льда, назначают щадящую диету. Для предупреждения воспаления и образования рубцов в глотке с самого начала леченияожогов проводят антибиотико- и гормонотерапию (гид-рокортизон, АКТГ и др.).

Травма гортани. Различают ушибы, переломы (подъязычная кость, хрящи гортани) и ранения.

Симптомы. Ушибы гортани: затрудненные дыхание и глотание, иногда кашель. Ощупывание хрящей обычно болезненно. Нередко наступает кратковременный обморок. Значительные расстройства дыхания - результат сотрясения гортани. Переломы гортани: приступы кашля с выделением кровавой мокроты, глотание и разговор болезненны, голос грубеет. Часто затрудненное дыхание сопровождается свистящим шумом. Могут возникнуть цианоз и приступы удушья. Удушье обусловлено кровоизлиянием в трахею, отеком слизистой оболочки, смещением отломков хрящей, а также эмфиземой подкожной жировой клетчатки или клетчатки средостения.

Диагноз ставят на основании наружного осмотра, пальпации и рентгенографии. Ларингоскопия обычно затруднена. При ней обнаруживают резкую гиперемию, отечность и кровоизлияния, обрывки слизистой оболочки и смещение отломков хрящей.

Лечение. Необходимы покой и режим молчания, мест-но-холод на область шеи; дают глотать кусочки льда. Пострадавший подлежит срочной госпитализации. При открытых травмах гортани необходимо ввести противостолбнячную сыворотку и анатоксин. Показано раннее наложение трахеос-томы даже при нерезких явлениях стеноза для предупреждения эмфиземы средостения. После наложения трахеостомы необходимо удалить излившуюся в бронхи кровь. Чтобы предотвратить вторичное кровотечение, можно пользоваться тампонирующей канюлей или после ларингофиссуры произвести тампонаду гортани. С профилактической целью показана сульфаниламидо- и антибиотикотерапия. На гладкие резаные раны можно наложить первичный шов. При расстройствах глотания необходимо обеспечить зондовое и парентеральное питание.

ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ является осложнением туберкулеза легких и встречается преимущественно у мужчин в возрасте 20-40 лет. Патологоанатомические изменения характеризуются образованием эпителиоидных бугорков. При развитии инфильтратов и творожистом распаде туберкулов возникают язвы. При распространении туберкулезного процесса вглубь поражаются надхрящница и хрящ.

Симптомы, течение зависят от процесса в легких. Наблюдается ухудшение при беременности, инфекционных заболеваниях.

Наиболее часто больные жалуются на различные расстройства голоса и боль, как самостоятельную, так и при глотании слюны и пищи, при разговоре, кашле. Боль в горле обусловлена поражением наружного кольца гортани. Стенотическое дыхание вследствие сужения голосовой щели бывает при инфильтративно-язвенном гранулирующем процессе или отеке подскладочного отдела, надгортанника, черпаловидных хрящей. Кашель не является характерным признаком туберкулеза гортани, поскольку зависит от изменений в легких. Поражение голосовых складок выражается в гиперемии, шероховатости, утолщении и инфильтрации отдельных участков, главным образом задней трети голосовых складок. Изъязвление чаще определяют на внутренней или верхней поверхности голосовых складок. Внутренние отделы гортани поражаются туберкулезным процессом значительно чаще, чем наружные.

Лечение. При продуктивных опухолевидных формах (туберкулемы) производят кюретаж, электрокоагуляцию. В комплексную терапию при парезах и параличах включают вибрационный массаж шеи в области гортани. При лечении дис-фагии применяют внутрикожную новокаиновую блокаду шеи (см. Болезни органов дыхания, Туберкулез).

ФАРИНГИТ - острое или хроническое воспаление слизистой оболочки глотки.

Фарингит острый редко бывает изолированным, чаще сочетается с острым воспалением верхних дыхательных путей (грипп, катар дыхательных путей, различные инфекционные заболевания). Изолированное поражение слизистой оболочки глотки может наблюдаться при непосредственном воздействии на нее раздражителей, таких, как длительное дыхание через рот и разговор на холоде, курение, алкоголь, горячая и холодная пища и др.

Симптомы, течение. Ощущение саднения, першения в глотке, небольшая боль при глотании (больше выражена при проглатывании слюны, при так называемом пустом глотке, чем при проглатывании пищи). Температура тела может быть субфебрильной. Общее состояние, как правило, страдает мало. При фарингоскопии слизистая оболочка глотки, включая небные миндалины, гиперемирована, местами на ней слизисто-гнойные налеты, иногда на задней стенке глотки выступают в виде красных зерен отдельные фолликулы, язычок отечный. У детей младшего возраста (до 2 лет) заболевание протекает более тяжело. Оно чаще сочетается с воспалением слизистой оболочки носоглотки и острым катаральным ринитом. Нарушается носовое дыхание. Острый фарингит следует дифференцировать с катаральной ангиной.

Лечение преимущественно местное - такое же, как при ангине.

Фарингит хронический. Различают атрофическую, катаральную и гипертрофическую формы. Развивается из острого фарингита, если долго не устраняют раздражители, действующие на слизистую оболочку глотки. Способствуют возникновению хронического фарингита насморк, тонзиллит, гнойные воспаления придаточных пазух носа, кариес зубов, нарушения обмена веществ, болезни сердца, легких, почек и др.

Фарингит хронический атрофический, как правило, сочетается с атрофией слизистой оболочки носа (см. Насморк атрофический).

Симптомы. Ощущение сухости, першения, царапанья в горле, нередко сухой кашель, быстрая утомляемость голоса. При фарингоскопии слизистая оболочка задней стенки глотки выглядит сухой, истонченной, бледной, блестящей, как бы покрытой тонким слоем лака; часто она бывает покрыта слизью, засыхающей в виде корок.

Лечение симптоматическое: полоскания щелочными растворами, масляные и щелочные ингаляции, смазывание слизистой оболочки раствором Люголя в глицерине. Внутрь- витамин А, 3% раствор йодида калия.

Фарингит хронический катаральный и гипертрофический. Симптомы. Ощущение першения, саднения, инородного тела в горле, умеренная боль при глотании, скопление в глотке большого количества вязкого слизистого отделяемого, особенно при гипертрофическом фарингите, что вызывает постоянную необходимость откашливаться и отхаркиваться. Откашливание бывает особенно сильным по утрам, иногда сопровождается тошнотой и рвотой. При фарингоскопии: утолщение и разлитая гиперемия слизистой оболочки глотки; вязкий слизистый или слизйсто-гнойный секрет на ней; выступают увеличенные отдельные группы фолликулов. Мягкое небо и язычок отечны и утолщены. При гипертрофической форме фарингита указанные симптомы выражены больше. Скопление и увеличение лимфоидной ткани задней стенки глотки, так называемых гранул, обозначают как «гранулезный фарингит», а гипертрофия лимфоидной ткани на боковых стенках глотки за задними небными дужками в виде ярко-красных валиков носит название «боковой фарингит». Этими терминами обозначают гипертрофические формы фарингита.

Лечение. Полоскания щелочными растворами, ингаляции и пульверизации; смазывания слизистой оболочки глотки раствором Люголя с глицерином, 2-3% раствором колларгола или протаргола. При гипертрофической форме фарингита -прижигание гранул 5-10% раствором нитрата серебра, трихлоруксусной кислотой. При выраженных гипертрофических формах фарингита применяют криотерапию.

ФАРИНГОМИКОЗ - поражение слизистой оболочки глотки грибом лептотриксом. На поверхности слизистой оболочки задней стенки глотки, боковых валиков, в лакунах небных миндалин появляются беловатые плотные образования в виде шипов, плотно сидящих на основании. Они возникают вследствие усиленной пролиферации эпителия с ороговением. Эти шипы отчетливо видны при фарингоскопии. Фарингомикозу способствуют длительное нерациональное применение антибиотиков, хронический тонзиллит, гипоавитаминозы.

Течение хроническое, не беспокоящее больного; заболевание часто обнаруживается случайно при осмотре глотки. Лишь иногда больной указывает на неприятное ощущение чего-то постороннего в горле. При лабораторном исследовании в плотных шипах находят грибы лептотрикса.

Лечение. Смазывание слизистой оболочки и миндалин раствором Люголя с глицерином. Полоскание горла и промывание лакун 0,1 % водным раствором хинозола (2 раза в неделю, всего. 8-10 раз). При сопутствующем хроническом тонзиллите показано удаление миндалин.

ФИБРОМА НОСОГЛОТКИ - наиболее частая опухоль носоглотки. Гистологически она относится кдоброкачественным новообразованиям, однако безудержный рост с деструкцией окружающих тканей, в том числе костных, склонность к рецидивам после удаления, частые, иногда угрожающие жизни кровотечения дают основание клинически трактовать эту опухоль как злокачественную. Исходным местом фибромы чаще всего являются свод носоглотки и задняя стенка глотки, направление роста - в полость глотки, носа и его придаточных пазух, в глазницу, заскуловую область, реже в полость черепа. Опухоль возникает, как правило, у мальчиков в возрасте 10-13 лет. После 24-25 лет рост опухоли прекращается и она подвергается обратному развитию.

Симптомы, течение. Односторонняя заложенность носа, затем через 5-6 мес носовое дыхание выключается полностью с обеих сторон, появляется закрытая гнусавость. Может быть резкая анемия как результат повторных носовых кровотечений, характерных для данного заболевания. При распространенной опухоли в зависимости от направления ее роста могут возникнуть экзофтальм, выпячивание мягкого и твердого неба, деформация наружного носа и другие признаки. Прорастание опухоли в полость черепа грозит жизни больного.

Диагноз ставят с помощью передней и задней риноскопии, пальпации носоглотки. Распространенность процесса уточняют рентгенологическим методом, включая томографию. Дифференциальный диагноз проводят с аденоидами и злокачественными опухолями, в отличие от которых при фиброме носоглотки нет метастазов и изъязвлений. Лечение чаще хирургическое.

ФУРУНКУЛ ПРЕДДВЕРИЯ НОСА возникает как результат травмы и расчесов, наносимых больным обычно пальцем, с занесением стафилококковой инфекции в сальные железы и волосяные фолликулы, расположенные у входа в нос. Особенно часто наблюдаются у лиц, склонных к общему фурункулезу.

Симптомы, течение. Сильная боль, часто отдающая в висок, зубы, глаз. Кожа на кончике и крыле носа отечна, гиперемирована, напряжена и очень болезненна при дот-рагивании. Температура тела может быть повышенной. Воспалительный отек может распространиться на окружающие ткани лица. Иногда наблюдаются тяжелые осложнения (тромбоз венозного синуса), особенно после прокалывания или выдавливания фурункула, что совершенно недопустимо, так как ведет к распространению инфекции по кровеносным сосудам в полость черепа.

Лечение консервативное. При начинающемся фурункулезе закладывают в нос 10% синтомициновую эмульсию или марлевую турунду, смоченную раствором буровской жидкости (через каждые 3-4 ч). При фурункулезе необходимы покой, антибиотикотерапия. Применяют также УВЧ-терапию, аутогемотерапию, общеукрепляющее лечение, гамма-глобулин, стафилококковый анатоксин.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>