

## Тема 4.2 Заболевания гортани, уха и сосцевидного отростка

(Рекомендуется повторить анатомию гортани, уха)

### Острый и хронический ларингит

**Острый ларингит**— воспаление слизистой оболочки гортани, которая поражается вторично при ОРЗ, реже бывает самостоятельным заболеванием.

#### Виды:

- Подскладочный ларингит (ложный круп).  
Обычно болеют дети. Характерны отеки гортани по ночам в горизонтальном положении. Ребенок просыпается в страхе, мечется, плачет, появляется стридорозное дыхание, при чистом голосе — «лающий» кашель.  
Помощь: придать вертикальное положение, ноги опустить в горячую ванну (42—45 °С), ингаляция смеси гидрокортизона и галазолина, горчичник на грудь, внутрь — антигистаминные препараты.
- Гортанная ангина (подслизистый ларингит).  
формы:
  - воспалительный отек* - Глотание не затруднено, умеренно болезненно, дыхание свободное.  
Лечение: аспирин, антигистаминные препараты, согревающий компресс на шею, внутривенные вливания (преднизолон — 30 мг, 5%ный раствор аскорбиновой кислоты — 5 мл, раствор панангина, физраствор — 400 мл, лазикс — 1,5—2 мл).
  - абсцесс гортани* - Симптомы сходны с предыдущей формой, однако выражены гораздо сильнее + слюнотечение и афония.  
Лечение: Хирургическое как и при всех абсцессах. Консервативное- то же самое что и при отеке.
  - флегмона гортани* - сильная боль, невозможность глотания, сильная лихорадка, нарушение дыхания. В различных местах гортани очаги с выделением густого темного (геморрагического) гноя. Развитие обезвоживания.  
Лечение: антибиотики, гормоны, антигистаминные препараты, анальгетики. Введения солевых растворов (бисоль, трисоль). Из за угрозы асфиксии требуется ранняя трахеотомия.

**Дифференциальная диагностика:** Рак и туберкулез гортани, сифилис, ОРВИ, грипп, Рожистое воспаление, Сифилитическая эритема

#### Клиника.

Поражение голоса (дисфония или афония), першение и жжение в гортани, кашель, повышение температуры тела. При осмотре — гиперемия слизистой оболочки голосовых складок, других отделов гортани, иногда — слизь на складках.

## **Лечение.**

Общее: Щадящий режим (режим молчания) и диета  
Согревающий компресс на шею

### *Медикаментозная терапия:*

Ингаляции щелочные, щелочномасляные, ингаляции индивидуальным ингалятором («Биопарокс»)

При наличии корок - вливание в гортань растительного масла в течении 7-10 дней. По показаниям - анальгетики, антигистаминные препараты, витамины, редко антибиотики. Фонофорез с гидрокортизоном на область гортани, либо электрофорез с йодистым калием.

**Осложнения:** острая дыхательная недостаточность, абсцесс, сепсис, Стенозирующий ларинготрахеит, Стеноз гортани, Рак гортани, хронизация процесса

**Показания к госпитализации:** все пациенты с отёчным **ларингитом**, эпиглоттитом и абсцессом надгортанника, с осложнёнными формами заболевания при угрозе развития стеноза гортани.

## **Хронический ларингит**

### **Клиника.**

Стойкая дисфония, утомляемость голоса, охриплость, огрубение голоса (голос курильщика).

Различают 3 формы хронического ларингита:

- Хронический катаральный ларингит - легкая гиперемия и утолщение слизистой оболочки, голосовые складки смыкаются не полностью, наличие вязкой слизи.
  
- Хронический гипертрофический ларингит:
  - диффузный* - утолщение слизистой и гиперемия в период обострения. Частично или полностью перекрыты голосовые складки.
  - ограниченный* - локальность процесса в определенных отделах гортани
  - хронический атрофический ларингит* - слизистая утонченная и сухая, уплотнение соединительных тканей, облитерация сосудов, образование корок из слизи.

### **Лечение**

Как и при остром. Очень важна профилактика: отказ от холодной пищи и питья, вредных привычек, устранение неблагоприятных факторов труда и быта, лечение заболеваний легких.

**Осложнения:** стеноз гортани, пневмония, бронхит, доброкачественные и злокачественные новообразования гортани

**Показания к госпитализации:** Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.

### **Эпиглоттит**

Бактериальное воспаление надгортанника, сопровождается закрытием просвета гортани.

**Клиника:** начинается остро с высокой температуры и нарушения общего состояния, характерны боль в горле, тризм, слюнотечение, поза «треножника», открытый рот, быстрое развитие стридора, западение надгортанника в положении на спине.

**Дифференциальная диагностика:** Острый стенозирующий ларинготрахеит, трахеит, абсцесс, инородное тело, стенозы и парезы гортани.

**Лечение:**

Запрещается ингалировать, осуществлять седацию, провоцировать беспокойство. Антибиотики в\в (цефтриаксон, оксациллин). Ранняя интубация (профилактика внезапной асфиксии).

**Осложнения:** острая дыхательная недостаточность, летальный исход из-за асфиксии.

**Показания к госпитализации:** стеноз 2-3 степени, невозможность проведения адекватной терапии в домашних условиях, прогрессирующее ухудшение состояния.

### **Фибромы голосовых связок.**

Доброкачественная опухоль, поражающая область голосовых связок. Возникает в результате длительного регулярного перенапряжения связок.

**Клиника:** хрипота, боль в шее, огрубение и понижение голоса, активная работа ложных голосовых связок, затруднение дыхания.

**Дифференциальный диагноз:** папиллома гортани, лейкоплакия, контактные фибромы, фибромы гортани

**Лечение:** Удаление фибромы проводится эндоскопическим методом. Медикаментозная терапия не дает практически никаких положительных результатов. После проведения операции нельзя напрягать голосовые связки на протяжении 3 недель, показана щадящая диета и режим.

**Осложнения:** озлокачествление, стеноз гортани, афония.

## Стенозы гортани

Сужение просвета гортани, которое препятствует проникновению воздуха в нижележащие дыхательные пути.

### Причины:

- воспалительные заболевания - отек гортани, ларингит, гортанная ангина
- невоспалительные - различные травмы (гематома), инородные тела и тд.
- инфекционные - грипп, корь, скарлатина, дифтерия и др
- общие заболевания - болезни сердца, сосудов, легких и др.

**Клиника:** шумное напряженное дыхание, западение надключичных ямок, втяжение межреберных промежутков, нарушение ритма дыхания. Нарастающий страх, беспокойство, гиперемия лица, потливость, тахикардия, цианоз губ и носа, пальцев. Нарастает инспираторная одышка.

### Стадии острого стеноза:

- компенсации. Урежение и углубление дыхания, укорочение или отсутствие пауз между вдохом и выдохом. Ширина голосовой щели 6-7 мм
- субкомпенсации. Инспираторная одышка в покое, участие вспомогательных мышц, втяжение межреберных промежутков и яремной и надключичных ямок, стридор (дыхательный шум), бледность. Пульс учащен. Ширина щели 4-5мм
- декомпенсации. Поверхностное частое дыхание, вынужденное положение. Лицо бледно-синюшное, цианоз губ, кончика носа, ногтей, потливость, тахикардия, АД снижено. Ширина щели 2-3мм
- асфиксии. Прерывистое дыхание вплоть до исчезновения, резкое падение АД, тахикардия, пульс нитевидный и может не прощупываться, кожа бледно-серая. Через 1-3 мин потеря сознания, экзофтальм, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, остановка сердца.

### Лечение.

*Компенсированная и субкомпенсированная стадия:* медикаментозное дестенозирование (Глюкокортикостероиды + диуретики + антигистаминные. В одном шприце в\м или в\в: раствор пипольфена 0,25% - 2,0 мл, раствор фуросемида (лазикс) 1% - 2,0 мл, преднизолона 1мг/кг)

*Декомпенсированная:* срочная трахеостомия под местной анестезией 1% р-ром новокаина.

*Асфиксия:* коникотомия (поперечный разрез сразу через все слои в области щитоперстневидной мембраны), а затем трахеостомия.

**Показания к госпитализации:** плановая госпитализации - хронические рубцовые стенозы в ЛОР-отделение. Экстренная в ЛОР- отделение если есть флегмонозный ларингит, инородное тело гортани, травма гортани. Экстренная в соматический или инфекционный стационар если есть ложный круп, острый ларинготрахеобронхит, аллергический отек гортани.

## Болезни наружного уха

### Классификация.

- по форме:
  1. ограниченный наружный отит (фурункул наружного слухового прохода)
  2. гнойный диффузный (разлитая форма)
  
- по длительности:
  1. острые
  2. хронические

### Наружный ограниченный отит (фурункул)

#### Клиника:

Инфильтрация кожи и резкая болезненность. Боль усиливается при движениях челюстью, жевании, дотрагивании до козелка и оттягивании ушной раковины. Сужение наружного слухового прохода в хрящевом отделе с наличием флюктуирующего инфильтрата. Необозримость барабанной перепонки.

**Дифференциальная диагностика:** мастоидит, гнойный паротит.

#### Лечение:

*консервативное* ( в стадию инфильтрации)

и *хирургическое* (при абсцедировании): вскрытие и дренирование фурункула с введением турунды с гипертоническим раствором (10% NaCl).

а/б терапия только в случае выраженной интоксикации  
УВЧ, СВЧ, УФО.

### Наружный гнойный диффузный отит

Причиной диффузного отита является инфицирование кожи слухового прохода при механической, термической или химической травмах, гнойном среднем отите, гриппе, дифтерии.

#### Клиника:

Боль в ухе постоянного характера, резко болезненная пальпация ушной раковины и околоушной области, снижение слуха по типу звукопроводения, м\б симптомы интоксикации.

*При отоскопии:* инфильтрация стенок, сужение просвета и наличие гнойного отделяемого в наружном слуховом проходе

#### **Лечение.**

*Этиотропное* - системное антибактериальное (пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны);

*Местное* введение турунд с линиментами антибиотиков в сочетании с кортикостероидами после тщательного туалета н/слухового прохода 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> или хлоргексидином. Физиотерапия (лазеротерапия, озонотерапия, светолечение) .

## **Острый и хронический отит**

#### **Клиника.**

*Острый:* диффузная гиперемия, инфильтрация стенок слухового прохода, болезненность при отоскопии, надавливании на козелок. Сужение слухового прохода. Выделения десквамированного эпидермиса и гноя с гнилостным запахом.

*Хронический:* симптомы менее выражены, но кожа слуховом проходе утолщена, барабанная перепонка инфильтрирована.

**Дифференциальная диагностика:** средний отит, фурункул наружного слухового прохода, экзематозный грибковый и вирусный отит, мастоидит, гнойный паротит

#### **Лечение:**

Регулярный туалет наружного слухового прохода. Антисептики (мирамистин, йодинол), антимикробные (фторхинолоны, аминогликозиды, противогрибковые средства). Ушные капли (гентамицин, офлоксацин, норфлоксацин, ципрофлоксацин)

**Осложнения:** распространение инфекции на глубокие ткани— целлюлит шеи, лимфаденит, остеомиелит, временное снижение слуха.

**Показания к госпитализации:** Лечится амбулаторно. При злокачественном наружном отите - в ЛОР-стационар.

## **Болезни среднего уха**

**Средний отит** - острое воспаление слизистых оболочек барабанной полости, клеток сосцевидного отростка и слуховой трубы.

**Виды:**

- Острый средний отит (катаральная и гнойная форма)
- Хронический средний отит

**Острый серозный и гнойный средний отит**

Развивается в результате проникновения инфекции через слуховую трубу в среднее ухо при остром или обострении хронического воспаления слизистой оболочки носа и носоглотки.

**Классификация**

Три стадии:

**1. Доперфоративная.**

Клиника: выраженный болевой синдром. Боль в глубине уха (колющая, стреляющая, сверлящая, пульсирующая). Иррадиирует в зубы, висок, всю соответствующую половину головы, усиливается при глотании, кашле. Заложенность уха, шум. Появления серозного экссудата (катаральный отит). Температура 38-39

**2. Перфоративная. (на 2—3й день)**

Клиника: боль стихает и происходит перфорация барабанной перепонки и выделение экссудата. Выделения обильные, гнойного характера (гнойный отит). Общее состояние и температура в норме. В среднем длится 10 дней.

**3. Репаративная**

Клиника: при нормальном течении болезни гноетечение из уха прекращается, и перфорация барабанной перепонки самостоятельно рубцуется.

**Дифференциальная диагностика:** наружный отит, абсцесс наружного уха, карбункул, фурункул

**Лечение:**

*в 1 стадии:* купирование болевого синдрома (капли - 5%ный раствор карболовой кислоты в глицерине или 20%ный раствор камфорного спирта ),  
болеутоляющие, жаропонижающие и седативные препараты (анальгин, амидопирин, ацетилсалициловую кислоту, фенobarбитал). Назальные капли (санорин, нафтизин, галазолин и их аналоги). А\б пенициллинового ряда + гипосенсибилизирующие средства. Местно: полуспиртовой компресс на ухо на ночь, днем — согревающая повязка. Можно УВЧ.

*2 стадия:* отменяются обезболивающие спиртовые капли, компрессы и УВЧ. Продолжают а\б + гипосенсибилизирующие средства, сосудосуживающие капли в нос. Сухой туалет уха с последующим введением в наружный слуховой проход марлевой

турунды (сухой или смоченной 20%ным р-ом сульфацила натрия, 3%ный р-ом H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, р-р перманганата калия, фурацилина. Вместе турунд можно капли ушные). Кожа слухового прохода смазывается оксолиновой мазью.

*3 стадия:* отмена а\б, туалета и ушных капель. Гипосенсибилизирующая терапия продолжается. Сосудосуживающие капли в нос или мази.

**Осложнения:** лабиринтит, разрыв перепонки, мастоидит, хронический отит, паралич лицевого нерва, абсцесс мозга, энцефалит, менингит, тугоухость, развитие адгезивного процесса, сепсис.

**Показания к госпитализации:** Если протекает с осложнениями, не купируется гнойно-воспалительный процесс, сильные с-мы интоксикации, неэффективность амбулаторного лечения - в ЛОР-стационар.

### **Хронический средний отит.**

**Общие проявления:** снижение слуха, неоднократные выделения из уха, стойкая перфорация барабанной перепонки (при хр. отите она круглой формы, при остром в виде щели).

**Две формы:**

1. Неосложненная (мезотимпанит)
2. Осложненная (эпитимпанит)

*1. Мезотимпанит.* Протекает волнообразно. Поражается только слизистая оболочка. Перфорационное отверстие расположено внизу.

*2. Эпитимпанит.* Перфорационное отверстие расположено вверху. Злокачественная форма, так как может развиваться холестеатома.

**Лечение, диф диагностика то же, что и при остром течении.**

**Показания к госпитализации:** Если нужна санация и реконструкция среднего уха в ЛОР-стационар или ЛОР-хирургическое.

### **Отомикоз**

Заболевание обусловлено развитием на стенках наружного слухового прохода плесневых грибов различных видов.

**Клиника:**

Боль, зуд в слуховом проходе, головная боль на стороне пораженного уха, шум, ощущение полноты и заложенности. *Объективно:* слуховой проход сужен, стенки гиперемированы. Отделяемое умеренное, различной окраски в зависимости от грибка, запаха не имеет.



**Дифференциальная диагностика:** кандидамикоз, дерматиты наружного уха.

**Лечение:** строго индивидуально. Местно противогрибковые (нистатиновая эмульсия, спиртовые р-ры флавофунгина, фунгифена, хинозола).

## **Мастоидит**

Осложнение острого гнойного среднего отита. Он возникает при переходе воспаления со слизистой оболочки клеток (ячеек) сосцевидного отростка на костную ткань с возникновением остеомиелита.

### **Формы:**

1. Первичный. Патологический процесс возникает сразу в сосцевидном отростке, не затрагивая барабанной полости. (возникает самостоятельно)
2. Вторичный. Развивается на фоне или после острого гнойного среднего отита.

### **Клиника.**

Обычно проходит 2—3 недели от начала острого гнойного среднего отита, а затем на фоне улучшения клинической картины вновь возобновляются боль и гноетечение из уха, повышается температура и ухудшается общее самочувствие. Снижение слуха. Оттопыренность ушной раковины (из-за воспаления и инфильтрации). Нависание задне верхней стенки слухового прохода в костном отделе вследствие периостита. Барабанная перепонка инфильтрирована, может иметь медно красный цвет. После удаления гноя он вновь накапливается в большом количестве в слуховом проходе (симптом резервуара).

**Дифференциальная диагностика:** туберкулез среднего уха, фурункул, гнойное воспаление лимфоузлов заушной области.

### **Лечение.**

Чаще всего хирургическое.

Консервативное лечение в начальной стадии мастоидита соответствует активному лечению острого отита. АБ и противовоспалительную терапию сочетают с частым туалетом уха и введением в него лекарственных препаратов.

**Осложнения:** лабиринтит, внутричерепные осложнения (тромбоз сигмовидного синуса и абсцесс мозжечка или височной доли головного мозга)

**Показания к госпитализации:** так как это осложнение, то в любом случае в ЛОР-стационар.

## Лабиринтит

Это воспалительное заболевание внутреннего уха. Чаще всего является отогенным осложнением среднего отита

### 4 вида:

1. *Ограниченный лабиринтит.*

Клиника: головокружение, тошнота, возникающие при резких поворотах головы и наклонах тела. Прессорный нистагм в сторону пораженного уха.

2. *Индукцированный лабиринтит.*

Клиника: спонтанный нистагм в сторону больного уха, головокружение и патологические вегетативные реакции. Связано с токсическим действием на лабиринт, но воспаления в нем нет. Явления индуцированного лабиринтита исчезают после разгрузки барабанной полости через ее перфорацию. Если этого не происходит, то в лабиринте возникает воспалительная реакция.

3. *Серозный диффузный лабиринтит.*

Клиника: понижение слуха по смешанному типу с поражением звуковосприятия. В начальной стадии отмечается раздражение рецепторов вестибулярного аппарата, а затем их угнетение. Спонтанный нистагм направлен сначала в большую сторону, а затем в здоровую.

4. *Гнойный диффузный лабиринтит.*

Клиника: гибель слуховых и вестибулярных рецепторов. Фаза раздражения лабиринта кратковременна - резко ухудшается слух, и возникает спонтанный нистагм в сторону больного уха. А в фазе угнетения нистагм меняет свое направление в сторону здорового уха. Выраженное головокружение, тошнота и рвота. Температура тела субфебрильная и даже нормальная.

О гибели лабиринта свидетельствует отсутствие восприятия крика с заглушением противоположного уха.

**Дифференциальная диагностика:** абсцесс мозжечка, арахноидит, отосклероз, атаксия, кохлеарный неврит.

**Осложнения:** лабиринтогенный гнойный менингит, абсцесс мозга, лабиринтогенный абсцесс мозжечка

### Лечение:

Комплексное. В первую очередь подавить гнойный очаг в среднем ухе, удалить экссудат. Дегидратационные, антибактериальные и дезинтоксикационные средства.

**Показания к госпитализации:** так как это осложнение, то в любом случае в ЛОР-стационар.

## Отосклероз

Своеобразное дистрофическое заболевание уха, поражающее преимущественно костную капсулу лабиринта, проявляющееся анкилозом стремени и прогрессирующей тугоухостью.

### Общая клиника:

Нарушение слуха (снижение) сначала в одном ухе, потом может быть в другом, шум в ушах, тугоухость.

Формы:

1. *Тимпанальная.* Анкилоз подножной пластинки стремени. Слух снижен по типу нарушения звукопроводения.
2. *Смешанная.* Появление сенсоневрального компонента тугоухости, слух снижен по смешанному типу. Сохраняется нормальная чувствительность к ультразвуку.
3. *Кохлеарная.* Нарушение звуковосприятия. Возникает при длительном течении заболевания.

**Дифференциальная диагностика:** Экссудативный отит, адгезивный средний отит, тимпаносклероз, Врожденные пороки развития среднего уха, Перилимфатическая фистула.

### Лечение.

Лечение тимпанальной и смешанной форм отосклероза хирургическое. Консервативное лечение показано с целью снижения активности отосклеротического процесса и уменьшения шума в ушах (при кохлеарной форме). Применяют препараты кальция, фосфора в сочетании с длительным приемом витамина D3. При гормональных нарушениях используют паратиреоидин и тестостерон.

**Осложнения** оперативного вмешательства: головокружения, сенсоневральная тугоухость (глухота), повторные снижения слуха.

**Показания к госпитализации:** для планового лечения и операции в ЛОР-стационар.

## Сенсоневральная тугоухость (звуквоспринимающая)

Поражение слуховой системы от рецептора до слуховой зоны коры головного мозга.

В зависимости от *уровня патологии* ее подразделяют на:

- рецепторную

- ретрокохлеарную
- центральную (стволовую, подкорковую и корковую)

*По течению:*

- острая
- хроническая
- обратимая
- стабильная
- прогрессирующая

Деление носит условный характер. Наиболее часто встречается рецепторная тугоухость.

### **Клиника.**

Постоянная одно или двусторонняя тугоухость, которая возникла остро или постепенно, с прогрессированием. Шум разного вида, от низкого до мучительного.

**Дифференциальная диагностика:** *хронический тубоотит, адгезивный отит, отосклероз, болезнь Меньера и кондуктивная тугоухость.*

### **Лечение.**

*Острая форма:* Основа - устранение причины. В\в 400 мл реополиглокина, 400 мл гемодеза, сразу после капельно 0,9%ного раствора натрия хлорида (500 мл) с добавлением в него 60 мг преднизолона, 5 мл 5%ной аскорбиновой кислоты, 4 мл солкосерила, 0,05 кокарбоксилазы, 10 мл панангина.

Этиотропное - антидоты (унитиол и натрия тиосульфат). Антибиотики, глюкокортикоиды, новокаин, дибазол вводят путем заушного фонофореза.

*Стабильная:* в\в капельно винтон, трентал, пирацетам. Внутрь циннаризин, поливитамины, биостимуляторы и антихолинэстеразные препараты. Симптоматическая терапия.

Для уменьшения ушного шума применяют рефлексотерапию, метод введения анестетиков в биологически активные точки околушной области, магнитотерапию.

*Прогрессирующая:* установка слухового аппарата.

**Осложнения:** односторонняя или двусторонняя полная глухота.

**Показания для госпитализации:** плановая при отсутствии эффективности консервативного лечения, для оперативного вмешательства.

## **Кондуктивная тугоухость (звукопроводящая)**

Нарушение слуха, при котором затруднено проведение звуковых волн по пути от наружного уха к внутреннему.

### **Клиника.**

Снижение слуха + специфические симптомы:

1. Тест Вебера- звук уходит в сторону больного уха (то есть с больной стороны он слышится лучше, чем со здоровой).
2. Тест Ринне - отрицательный. Это означает, что костное проведение звуков лучше, чем воздушное (в норме все наоборот – воздушное проведение выше костного)

### **Лечение.**

Направлено на устранение основного заболевания, которое привело к такому виду тугоухости (болезни наружного и среднего уха). Оперативное лечение: мирингопластика - замена барабанной перепонки.

Осложнения и показания к госпитализации те же.