



*Бібліотека
студента-медика*

ОТОРИНО- ЛАРИНГОЛОГІЯ



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



100 років
ОДЕСЬКОМУ
МЕДИЧНОМУ
УНІВЕРСИТЕТУ
1900–2000

Бібліотека студента-медика

*Започатковано 1999 р. на честь 100-річчя
Одеського державного медичного університету
(1900 — 2000 рр.)*

*Видається за загальною редакцією
лауреата Державної премії України
члена-кореспондента АМН України
В. М. ЗАПОРОЖАНА*

ГОЛОВНА РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

В. М. ЗАПОРОЖАН (*головний редактор*),
Ю. І. БАЖОРА, **І. С. ВІТЕНКО**,
В. Й. КРЕСЮН (*заст. головного редактора*),
О. О. МАРДАШКО, **В. К. НАПХАНЮК**,
Г. І. ХАНДРІКОВА (*відповідальний секретар*),
П. М. ЧУЄВ



**Одеський державний
медичний університет**



Вельмишановний читачу!

Одеський державний медичний університет продовжує видання нової серії навчальної літератури — «Бібліотеки студента-медика».

Розбудовуючи незалежну Україну, дбаючи про майбутнє, слід турбуватися про збереження і примноження історичних, культурних і наукових цінностей для нащадків. Найкращим засобом для цього слугує хороша книжка. Є й інші причини, які спонукали нас до роботи.

По-перше, недостатня кількість і якість сучасних підручників, виданих державною мовою. Тому ми прагнули створити серію підручників і навчальних посібників, яка б містила як класичні відомості з різних галузей медицини, так і новітні досягнення та великий досвід наших провідних фахівців.

По-друге, останнім часом згідно з навчальними планами та типовими програмами запроваджено цілу низку нових дисциплін і курсів, з яких немає аніяких підручників. Це такі дисципліни, як клінічна імунологія та клінічна фармакологія, медична генетика і перинатологія тощо.

По-третє, ми вважаємо, що саме Одеський медуніверситет, якому 2000-го року виповниться сто років, має всі підстави для створення серії оригінальних підручників і навчальних посібників. Адже він є ядром, навколо якого згуртувалося чимало медичних шкіл і напрямків, очолюваних відомими медиками, що мають неабиякий авторитет не лише в Україні, але й у багатьох країнах світу.

Сподіваємося, що ця серія стане вагомим внеском у розвиток медицини, підготовку медичних кадрів.

***Валерій ЗАПОРОЖАН,
головний редактор серії,
лауреат Державної премії України,
член-кореспондент АМН України***

Г. М. Пеньковський

ОТОРИНО- ЛАРИНГОЛОГІЯ

*Затверджено
Центральним методичним кабінетом
з вищої медичної освіти МОЗ України
як навчальний посібник для студентів
вищих медичних закладів освіти
III–IV рівнів акредитації
та лікарів-інтернів*



Одеса
Одеський медуніверситет
1999

ББК 56.8я73
УДК 616.21(075)

Автор: Г. М. Пеньковський

Рецензенти: Директор Київського науково-дослідного інституту оториноларингології ім. проф. О. С. Коломійченка д-р мед. наук професор Д. І. Заболотний

Голова спеціалізованої Вченої Ради при Київському науково-дослідному інституті оториноларингології ім. проф. О. С. Коломійченка д-р мед. наук професор Г. Е. Тімен

Зав. кафедри оториноларингології
Національного медичного університету д-р мед. наук професор Ю. В. Мітін

Оториноларингологія: Навч. посібник /Г. М. Пеньковський. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 1999. — 130 с. — (Б-ка студента-медика).

Іл. 34. Табл. 5.

ISBN 966-573-121-1

У навчальному посібнику наведено короткі відомості з анатомії та фізіології вуха, носа, глотки, гортані, трахеї і стравоходу у взаємодії з навкружними органами і за віковим аспектом. Викладені методи огляду ЛОР-органів, діагностика, клінічні прояви та принципи лікування захворювань, що спостерігаються дуже часто.

Навчальний посібник відповідає програмі, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України.

ББК 56.8я73

ISBN 966-573-121-1

ПЕРЕДМОВА

У навчальному посібнику з оториноларингології подано основні відомості щодо запальних, незапальних (дистрофічних) та пухлинних уражень верхніх дихальних шляхів і вуха, які найчастіше зустрічаються.

В усіх розділах, крім опису клінічних проявів захворювань, представлена анатомічна будова органів у клінічному аспекті. Особливу увагу приділено опису використовуваних методів дослідження при захворюваннях носа, глотки, гортані та вуха, якими мусить володіти лікар будь-якого фаху. Проведене оцінювання кожного симптому та його прояву за різних захворювань ЛОР-органів.

Оториноларингологія є хірургічною спеціальністю, у зв'язку з чим у кожному розділі відведено місце для опису хірургічних операцій при цих захворюваннях.

Під час роботи над навчальним посібником автор користувався досягненнями сучасної оториноларингології, а також власним багаторічним досвідом викладача та лікаря-практика.

Автор сподівається, що навчальний посібник стане у пригоді студентам-медикам, майбутнім лікарям-оториноларингологам.

РОЗДІЛ I

ВУХО

Вухо складається з трьох відділів: зовнішнього, середнього і внутрішнього (рис. 1).

Зовнішнє вухо містить:

- а) вушну раковину;
- б) зовнішній слуховий прохід;
- в) барабанну перетинку.

Середнє вухо містить:

- а) барабанну порожнину;
- б) печеру;
- в) систему клітин соскоподібного відростка;
- г) слухову трубу.

Внутрішнє вухо містить:

- а) завитку;
- б) півколові канали;
- в) переддвер'я.

Зовнішнє та середнє вухо здійснюють функцію *проведення звукових коливань* у внутрішнє вухо.

Кохлеарна частина внутрішнього вуха здійснює *сприйняття звуку* (подразнення волоскових клітин і проведення нервових імпульсів по кохлеарному нерву в центр слуху в скроневій частці мозку).

Провідна приглухуватість настає внаслідок уражень, які трапляються при обструкції шляхів, що проводять звук, у ділянці зовнішнього і середнього вуха.

Перцептивна приглухуватість настає в результаті уражень кохлеарної частини внутрішнього вуха, кохлеарного нерва або центральної нервової системи.

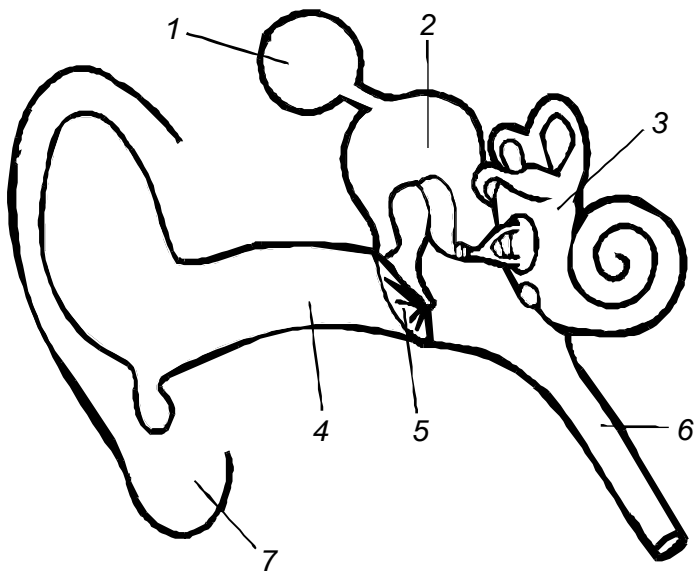


Рис. 1. Анатомія вуха:

1 — соскоподібний відросток; 2 — середнє вухо; 3 — внутрішнє вухо; 4 — зовнішній слуховий прохід; 5 — барабанна перетинка; 6 — євстахієва труба; 7 — вушна раковина

ЗОВНІШНЄ ВУХО

Анатомія зовнішнього вуха

Зовнішнє вухо складається з вушної раковини (рис. 2), зовнішнього слухового проходу й барабанної перетинки.

Зовнішній слуховий прохід має довжину 2,5 см, початкова частина його є перетинчасто-хрящовою, спрямована вгору і назад. Внутрішня — на 2/3 кісткова (близько 16 мм), спрямована донизу і вперед. Шкіра зовнішньої частини має волосся, сальні та сірчані залози, які продукують сірку. Відтікання лімфи відбувається у перед- і завушні лімфатичні вузли.

Функції зовнішнього вуха. Вушна раковина збирає звук. Зовнішній прохід проводить звук і охороняє середнє вухо своїм звичайним напрямом, волосинками та сіркою.

Дослідження зовнішнього вуха. Зовнішній слуховий прохід можна вирівняти шляхом відтягування вушної раковини вго-

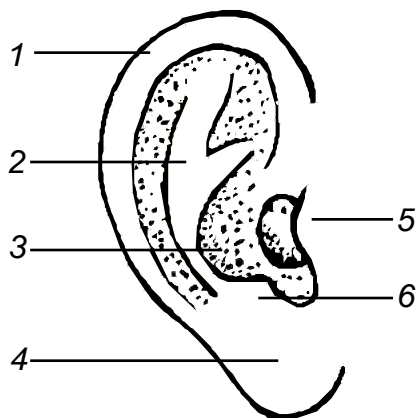


Рис. 2. Вушна раковина:
 1 — завиток; 2 — протизавиток;
 3 — порожнина раковини; 4 — часточка; 5 — козелок; 6 — протигозелок

ру і назад у дорослих і донизу — у дітей.

Слуховий канал і барабанну перетинку можна побачити за допомогою вушної лійки та лобового рефлектора. Використовуючи пневматичну лійку, можна дослідити рухливість барабанної перетинки.

Захворювання вушної раковини

Природжені захворювання вушної раковини — мікротія (маленьке вухо), макротія, відстовбурчені вуха, вуха летючої миші, додаткова раковина і преаурикулярна фістула.

Лікування: пластична хірургія.

Гематома вушної раковини. Це захворювання майже завжди має травматичне походження («вухо боксера»).

Лікування: аспірація або розріз й евакуація, антибіотики.

Перихондрит вушної раковини. Інфекція може уражати хрящ вушної раковини, спричиняючи перихондрит, що призводить до некрозу й подальшої деформації раковини (вухо у вигляді кольорової капусти).

Етіологія: захворювання виникає внаслідок інфікування гематоми (нагноєння), як післяопераційне ускладнення, при фурункульозі.

Клінічні прояви: вушна раковина стає червоною, гарячою, м'якою й набряклого. Як наслідок можлива її деформація.

Лікування: розріз, дренаж і видалення некротичних ділянок хряща, антибіотики.

Пухлини вушної раковини. Спостерігаються рідко. Бувають доброякісними чи злоякісними, такими як плоскоклітинний або базальноклітинний рак (виразкові форми).

Лікування: хірургічне, променеве.

Захворювання зовнішнього слухового проходу

До цих захворювань належать природжені атрезії зовнішнього вуха і природжена обструкція зовнішнього слухового проходу, що призводить до звукопровідної приглухуватості.

Сірчана пробка. Сірка — це продукт сірчаних залоз. Накопичення секретів сальних і сірчаних залоз, розташованих у перетинчасто-хрящовій частині зовнішнього слухового проходу, призводить до утворення сірчаних пробок. Спостерігаються деякі індивідуальні особливості кількісного й якісного складу сірки.

Симптоми. Глухота виявляється під час повної закупорки слухового проходу, що може статися після потрапляння води у вухо. Також відмічається шум у вухах.

Ознаки: темно-коричневого кольору сірчана пробка помітна у слуховому проході.

Лікування: промивання зовнішнього слухового проходу шприцом Жане. Якщо сірчана пробка суха, перед промиванням її розм'якшують закапуванням лужно-гліцеринового розчину або перекису водню.

Сторонні тіла. Різноманітні предмети можуть знаходитися в зовнішньому слуховому проході, частіше за все у дітей або розумово неповноцінних дорослих. До вуха можуть потрапляти живі комахи, такі як москіти, мухи або їх личинки, блохи. Вони спричиняють відчуття дискомфорту, шуму, болю. Потрапляють також дрібні неживі сторонні тіла, як-от:

а) ті, що набухають під дією води (рослинного походження — боби чи горошина);

б) не набухаючі під дією води, наприклад, металеві сторонні тіла, шматки паперу або кульки, намистинки.

Лікування. Здебільшого найуспішнішим є промивання вуха. Комах слід знерухомити перед промиванням: закапати кілька крапель олії чи спиртового розчину. Промивання протипоказані при сторонніх тілах рослинного походження (за винятком найдрібніших) і при гноетечі. Для видалення сторонніх тіл рослинного походження або загнаних застосовується гачок. Загальну анестезію проводять у дітей із загнаними сторонніми тілами, якщо інші заходи не ефективні. Завушний доступ і розширення кісткової частини каналу можуть виявитися необхідними.

Ускладнення виникають під час видалення стороннього тіла або рідше внаслідок його тривалого перебування. Розрізняють

такі ускладнення: ушкодження барабанної перетинки або шкіри слухового проходу; інфікування (зовнішній або середній отит).

Запалення зовнішнього слухового проходу бувають *бактеріальними* (дифузний зовнішній отит; обмежений зовнішній отит, або фурункульоз) і *грибковими* (отомікоз).

Зовнішній отит може бути як вірусного, так і алергічного походження й супроводжуватись екземою шкіри та себореєю.

Дифузний отит. При дифузному отиті спостерігається дифузне ураження шкіри, що вистилає зовнішній слуховий прохід.

Етіологія. Схильність до захворювання спричиняють такі фактори:

1. Деякі індивідуальні особливості (діабет, алергія).

2. Надмірна пітливість і купання влітку в гарячій вологій атмосфері та витирання вух вологим рушником.

3. Локальна травма в результаті розчухів і миття вух.

Безпосередніми причинами захворювання є піогенна флора, яка потрапляє зовні (стрептококи, стафілококи, протей і піоціанеум), іноді трапляється повторне інфікування при гнійних середніх отитах.

Симптоми: біль, що посилюється під час руху щелеп (у гострій стадії); зниження слуху (виявляється незначно); виділення (мізерні, гнійні).

Прояви. Шкіра слухового проходу набрякла, гіперемована у гострій стадії й потовщена зі звуженням просвіту слухового проходу — у хронічній.

Лікування. Більшість випадків піддається лікуванню місцевим очищенням шкіри слухового проходу. У гострих стадіях вводять марлеві турунди з алюмінієм ацетату 8%-м, а у хронічній — гідрокортизон. Загальне лікування проводять антибіотиками (відповідно до збудників та їх чутливості). Місцево антибіотики не застовуються, бо вони можуть спричинити алергічні дерматити й грибкове ураження. У деяких випадках застосовують анальгетики.

Фурункульоз. Стафілококова інфекція уражає волосяний фолікул перетинчасто-хрящової ділянки зовнішнього слухового проходу, внаслідок чого утворюється фурункул.

Симптоми. Інтенсивний біль, що посилюється під час руху суглоба чи щелепи. Зниження слуху спостерігається тільки при великих фурункулах, що обтурують слуховий прохід. Мізерні

крихтоподібні чи гнійні виділення з'являються при прориві фурункула.

Прояви: рух нижньої щелепи болісний. Припухлість шкіри слухового проходу спостерігається, якщо фурункул знаходиться у зовнішній частині слухового каналу або припухлість передвушної та завушної ділянок спричинена набряком чи залуценням до процесу регіонарних лімфовузлів.

Диференціальний діагноз проводять з гострим мастоїдитом.

Обстеження: при рецидивуючому перебігу треба провести дослідження сечі стосовно діабету.

Місцеве лікування полягає в застосуванні марлевих турунд з іхтіолом. Вичавлювати фурункул неприпустимо, бо інфекція може перейти на хрящ і спричинити перихондрит. У разі накопичення гною потрібен розріз.

Загальне лікування полягає в призначенні антибіотиків й анальгетиків.

Отомікоз. Грибкове захворювання слухового проходу. Спричиняють його різноманітні грибки, звичайно *aspergillus niger* та *candida albicans*.

Симптоми: свербіння, печіння, іноді біль. Зниження слуху незначне.

Прояви: маси білих шматків, що нагадують мокрий промокальний папір, виповнюють слуховий прохід. Вони можуть мати чорні плями.

Лікування: очищення слухового проходу. Призначають протигрибкові вушні краплі: ністатин або канастен; 1%-й розчин саліцилової кислоти у спирті (саліцилова кислота є кератолітичним агентом, а спирт — протигрибковим); тераміцин з поліміксином у вигляді вушних крапель; перхлорид ртуті 1:4000 (сулема).

Пухлини зовнішнього слухового проходу. Найчастіше екзостози, які являють собою кісткові розростання в кістковій частині зовнішнього слухового проходу. Якщо вони сягають великих розмірів, то можуть стати причиною провідної приглухуватості.

Лікування: видалення пухлин.

Барабанна перетинка

Анатомія барабанної перетинки

Барабанна перетинка має овальну форму (10×8 мм), напівпрозора, перламутрово-сірого кольору. Розташовується навкiс

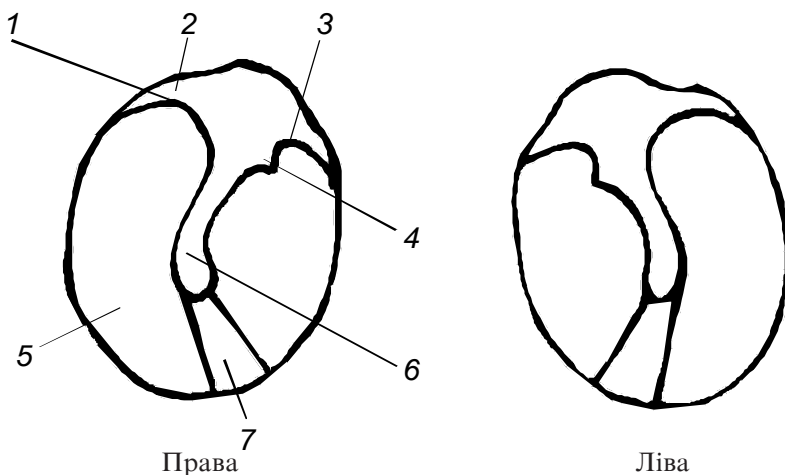


Рис. 3. Барабанна перетинка:

1 — задня молоточкова складка; 2 — розслаблена частина; 3 — передня молоточкова складка; 4 — латеральний відросток; 5 — натягнута частина; 6 — рукоятка молоточка; 7 — світловий конус

так, що нижня і передня стінки зовнішнього слухового проходу довші, ніж верхня і задня. Вона обернена опуклістю в барабанну порожнину (рис. 3).

Барабанна перетинка складається з трьох шарів:

- а) зовнішній епідермальний (шкірний);
- б) середній фібрзний, що містить циркулярно та радіарно розташовані волокна, — є в натягнутій частині барабанної перетинки (*pars tensa*), відсутній у верхній (меншій) розслабленій частині (*pars flaccida*);
- в) слизова оболонка барабанної порожнини.

Барабанна перетинка розділена передньою й задньою молоточковими складками на дві частини: верхня — розслаблена, нижня — натягнута.

Світловий конус помітний у передньо-нижньому квадранті барабанної перетинки і є відбиттям світла, спрямованого на перетинку лобним рефлектором.

Травматичні розриви барабанної перетинки

Етіологія: ушкодження барабанної перетинки можуть виникнути з різних причин:

1. Непряма травма:
 - а) удар по вуху долонею руки (найчастіша причина);
 - б) баротравма;
 - в) вибухова хвиля.
2. Пряма травма:
 - а) при видаленні стороннього тіла з застосуванням інструментів або при промиванні;
 - б) при колупанні у вусі;
 - в) перелом основи черепа з ушкодженням барабанної перетинки.

Клінічна картина травматичного розриву перетинки внаслідок удару по вуху супроводжується такими симптомами: незначний біль, що виникає в момент розриву, зниження слуху, дзвін у вусі, незначна кровотеча, зрідка — запаморочення.

Дуючий шум при продуванні вуха є ознакою невеликої перфорації з рваними краями, яку слід відрізнити від такої при хронічному середньому отиті (табл. 1).

Таблиця 1. Диференціальна діагностика травматичної та патологічної барабанної перетинки при середньому отиті

	Травматична перфорація	Патологічна перфорація
Анамнез	Травма Виділення з вуха найчастіше відсутні	Захворювання Виділення з вуха наявні
Об'єктивні дані: — локалізація	Завжди в натягнутій частині Завжди центральна, найчастіше в передньо-верхньому квадранті	У натягнутій чи розслабленій частині Центральна або крайова
— розмір	Звичайно маленька	Звичайно велика
— форма	Неправильна або трикутна	Правильної форми (кругла, овальна)
— краї	Тонкі Вкриті згустками крові (є крововилив або розширені судини)	Потовщені Вкриті гноем

При вторинному інфікуванні травматичної перфорації її важко відрізнити від перфорації при середньому отиті.

Лікування. Під час консервативного лікування вухо не промивають і не закачують ніяких ліків. Призначають судинозвужуючі краплі до носа, радять пацієнтові не продувати ніс. Застосування антибіотиків запобігає вторинному інфікуванню.

Здебільшого перфорація закривається протягом 3 тиж. Якщо перфорація велика і зберігається протягом 3 міс, її слід закрити клаптем, наприклад, із скроневої фасції. Операція дістала назву *мірингопластики*.

Ушкодження барабанної перетинки при баротравмі спричиняється різкою зміною атмосферного тиску і може супроводжуватися травматичним розривом барабанної перетинки.

Етіологія. У пасажирів з обструкцією слухової труби ушкодження може статися під час зниження літака, що призводить до виразної різниці тиску в барабанній порожнині й зовні. При швидкому зниженні атмосферного тиску барабанна перетинка випинається так, що може настати її розрив.

Симптоми: зниження слуху, дзвін у вусі, біль.

Прояви ушкодження барабанної перетинки такі:

- випинання барабанної перетинки;
- рідина чи кров у барабанній порожнині;
- розрив барабанної перетинки спостерігається у виключних випадках.

Лікування полягає в проведенні маніпуляцій, як-от: продування середнього вуха методом Вальсальва чи методом Поліцера; катетеризація слухової труби.

Міринготомія виконується за наявності рідини в барабанній порожнині з метою її евакуації. Також проводять лікування розриву барабанної перетинки, якщо він настав. Для профілактики розриву треба відновити носове дихання, причиною утруднення якого можуть бути викривлення носової перегородки, інфекційні й алергічні захворювання носа та приноскових пазух. Для профілактики можна призначити судинозвужуючі краплі до носа. При зниженні атмосферного тиску слід відновити прохідність слухової труби методом Вальсальва, частим ковтанням і жуванням.

Промивання вух

Показаннями до проведення промивання вух є сірчана пробка (якщо дуже тверда, її розм'якшують шляхом закапування

лужно-гліцеринових крапель або перекису водню; сторонні тіла: живі (після знерухомилення їх шляхом закапування олії або спиртового розчину) або неживі (крім тих, які розбухають у воді, наприклад, боби тощо).

Видалення вмісту обов'язково слід проводити при отомікозі (деякі лікарі віддають перевагу сухому способу очищення або відсмоктуванню); хронічних гнійних середніх отитах (очищення здійснюють сухим способом або відсмоктуванням). Також проводять калоричний тест (див. далі).

Протипоказання: промивання вух не проводиться при травматичному розриві барабанної перетинки; наявності сухої перфорації барабанної перетинки, а також фістули півколового каналу. Промивання протипоказане за наявності стороннього тіла рослинного походження (навіть якщо воно невеликих розмірів), що вкорінилося. Дифузний зовнішній отит також є протипоказанням для промивання.

Техніка промивання (рис. 4). Пацієнт сидить, рушник покриває його одяг. Ниркоподібний тазик хворий тримає нижче вуха. Шприц Жане вповнюється фурациліном, слабким розчином марганцевокислого калію, 4%-м розчином борної кислоти або перевареною водою, близькою до температури тіла. Зовнішній

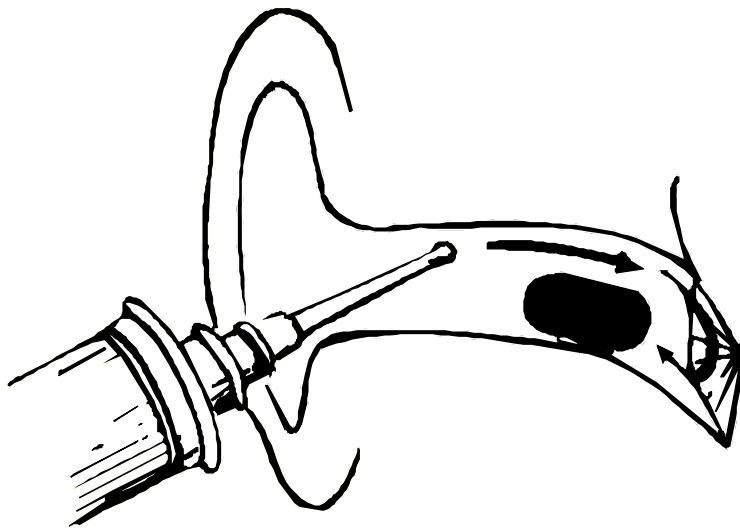


Рис. 4. Промивання вуха

слуховий прохід вирівнюється відтягуванням вушної раковини догори й назад. Наконечник шприца спрямований до задньої або верхньої стінки слухового проходу, а не прямо до барабанної перетинки. Струмінь рідини вимиває пробку своїм зворотним плином. Стінки слухового проходу висушуються ватничком.

Ускладнення, що трапляються внаслідок промивання, це насамперед ушкодження: може статися травматичний розрив барабанної перетинки, особливо у випадках попередньої травми. Пацієнт відчуває раптовий біль, рідина може потрапити в глотку, інколи спостерігається незначна кровотеча, хворий відчуває дзвін у вусі.

Лікування описане вище.

Ушкодження шкіри зовнішнього слухового проходу можна заподіяти наконечником шприца. Інфікування під час промивання може статися при зовнішньому чи середньому отиті за наявності сухої перфорації.

Подразнення внутрішнього вуха, запаморочення та ністагм спостерігаються при використанні гарячої чи холодної води. Холодною вважається вода, температура якої нижча за температуру тіла, а гарячою — вища ніж температура тіла.

Подразнення закінчень блукаючого нерва супроводжується рефлекторним кашлем або вегетативно-судинним розладом.

СЕРЕДНЄ ВУХО

Середнє вухо складається зі слухової (євстахієвої) труби, барабанної порожнини, повітроносних комірок соскоподібного відростка, включаючи й печеру.

Шестистінна **барабанна порожнина** розташована у скроневій кістці, заввишки 15 мм і завдовжки 15 мм (передньо-задній напрямком). Барабанна порожнина складається з трьох поверхів:

1. Епітимпанум (аттик) — розташовується вище за верхній край барабанної перетинки.

2. Мезотимпанум — розташовується на рівні барабанної перетинки.

3. Гіпотимпанум — розташовується нижче від рівня нижнього краю барабанної перетинки.

Латеральна стінка барабанної порожнини утворена, головним чином, барабанною перетинкою, кісткою вище і нижче за неї. *Медіальна стінка* відокремлює середнє вухо від внутрішнього і складається з такого:

- мис (промонторій — основний завиток завитки);
- овальне вікно (закрите підніжною пластинкою стремена);
- кругле вікно (закрите вторинною барабанною перетинкою);
- канал лицьового нерва (горизонтальна ділянка).

Верхня стінка (покрівля барабанної порожнини) утворена тонкою пластинкою кістки, яка відокремлює барабанну порожнину від середньої черепної ямки (скронева частина мозку).

Нижня стінка (дно барабанної порожнини) утворена тонкою пластинкою кістки, яка відокремлює барабанну порожнину від цибулини яремної вени.

Передня стінка складається з каналу для м'яза, що натягає барабанну перетинку; барабанного вічка слухової (євстахієвої) труби; каналу внутрішньої сонної артерії, відокремленої від барабанної порожнини тонкою кістковою пластинкою.

Задня стінка складається зі входу до печери, що з'єднує аттик з печерою; пірамідки, через яку сухожилля м'яза, що напружує стремено, перекидається вперед перед прикріпленням до шийки стремена; каналу лицьового нерва (вертикальна частина, відокремлена кістковою пластинкою від барабанної порожнини).

Середнє вухо містить три кісточки: молоточок, ковадло, стремено (рис. 5); два м'язи, що напружують барабанну перетинку і стремено; хорду барабанного нерва.

Слухова (євстахієва) труба з'єднує середнє вухо з носоглоткою. Вона має довжину 36 мм, із них 1/3 частина — кісткова (12 мм) і 2/3 — хрящова (24 мм). Звичайно закрита, відкривається для вентиляції та дренажу порожнин середнього вуха в момент ковтання й позіхань шляхом скорочення м'язів, що напружують м'яке піднебіння, і червоподібних (стафілінових) м'язів.

У новонароджених і дітей 1–2-го року життя труба ширша, коротша і більш горизонтально розташована, ніж у дорослих, що сприяє проходженню інфекції до середнього вуха.

Слухова труба вистелена слизовою оболонкою, вкритою циліндричним миготливим епітелієм. Напрямок миготіння війок спрямований у бік носоглотки.

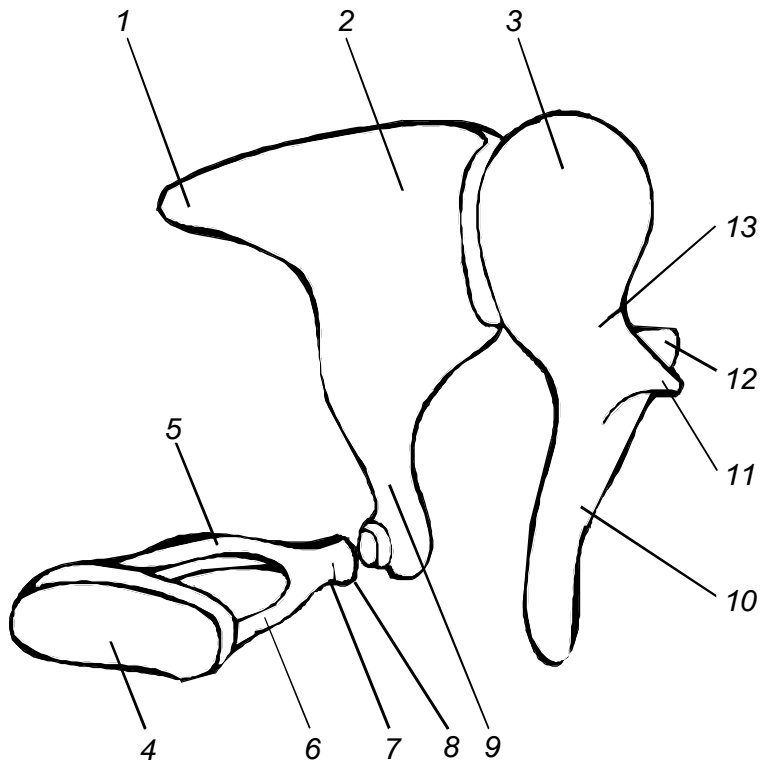


Рис. 5. Слухові кісточки:

1 — короткий відросток ковадла; 2 — тіло ковадла; 3 — головка молоточка; 4 — підніжна пластинка стремена; 5 — задня ніжка стремена; 6 — передня ніжка стремена; 7 — шийка стремена; 8 — головка стремена; 9 — довгий відросток ковадла; 10 — рукоятка молоточка; 11 — латеральний відросток молоточка; 12 — передній відросток молоточка; 13 — шийка молоточка

Функцією **середнього вуха** є проведення та підсилення звуку. Барабанна перетинка і ланцюг слухових кісточок проводять звук, підсилюючи його у 18–24 рази, у внутрішнє вухо. Слухова труба проводить повітря в барабанну порожнину, вирівнюючи в ній тиск, що сприяє рухливості барабанної перетинки і ланцюга слухових кісточок.

Дослідження середнього вуха полягає в огляді зовнішнього слухового проходу та барабанної перетинки — отоскопії, що було описано вище. Дуже добре детальний огляд барабанної

перетинки можна здійснити при отомікроскопії. Проводять огляд і пальпацію соскоподібного відростка стосовно припухлості та болючості. Слухову трубу досліджують методом Вальсальва, виконують продування за Політцером (форсоване продування крізь ніс із застосуванням балона Політцера) і катетеризацію слухової труби (уведення катетера в носоглотковий отвір слухової труби з наступним продуванням).

Дослідження слуху (див. у відповідному розділі)

Додатковими методами дослідження є рентгенографія, томографія, комп'ютерне, а також мікроскопічне, мікробіологічне дослідження виділень із вуха й визначення їх чутливості до медикаментозних засобів.

Захворювання середнього вуха

Гострий середній отит — це гостре запалення слизової оболонки, що вистеляє порожнину середнього вуха.

Етіологія. Збудниками найчастіше є стрепто-, стафіло- і пневмококи. При загальних інфекційних захворюваннях запалення виникає внаслідок вторинного інфікування.

Шляхи проникнення інфекції: звичайно інфекція проникає крізь слухову трубу. Респіраторні захворювання верхніх дихальних шляхів сприяють її проникненню. Якщо інфекція проникає крізь ніс, то спостерігається гострий риніт (при застуді, переохолодженні). Інфікований слиз при сяканні може потрапити до слухової труби. Небезпечними є риніти під час грипу, висипів (кір, вітряна віспа, скарлатина), коклюш. Інфекція проникає з боку приносних пазух (синусити), крізь носоглотку (аденоїдити), ротоглотку (ангіна, хронічний тонзиліт). Інфіковані маси можуть потрапити крізь слухову трубу при блюванні й зригуванні молока у немовлят під час годування. Запалення може спричинити вода басейнів і водоймищ, що потрапила до вуха під час купання та пірнання. Причиною запалення може виявитися задня тампонада.

Крізь зовнішній слуховий прохід інфекція може проникнути під час купання і миття голови, якщо є травматична перфорація барабанної перетинки. Крізь внутрішній слуховий прохід при цереброспинальному менінгіті інфекція потрапляє рідко, гематогенно (з плином крові) — дуже рідко.

Клінічна картина. Розрізняють 4 стадії перебігу гострого середнього отиту.

1. Стадія катарального запалення труби (**тубоотит**). набряк закриває просвіт труби, і повітря з барабанної порожнини всмоктується слизовою оболонкою.

Симптоми: зниження слуху, шум у вусі.

Ознаки: втягування барабанної перетинки.

2. Стадія гострого катарального середнього отиту: запалення розповсюджується на порожнини середнього вуха з ексудацією серозної рідини.

Симптоми: біль, зниження слуху, шум у вусі.

Ознаки: ін'єкція судин вздовж рукоятки молоточка і за периферією барабанної перетинки. Дослідження слуху доводить наявність кондуктивної приглухуватості.

Стадія гострого гнійного середнього отиту поділяється на доперфоративну і стадію перфорації.

3. У доперфоративній стадії виявляється рідина в барабанній порожнині, що стає слизо-гнійною, а потім гнійною.

Симптоми: підвищення температури, біль пульсуючий і рвучкий, зниження слуху, шум у вусі.

Ознаки. Барабанна перетинка випнута. Спостерігається кондуктивна приглухуватість.

4. На стадії перфорації відбувається некроз ділянки барабанної перетинки й її перфорація.

Симптоми: виділення слизо-гнійні. Біль вщуває, температура знижується. Спостерігається приглухуватість.

Ознаки: барабанна перетинка перфорована, кондуктивна приглухуватість.

Для лікування гострого середнього отиту загально застосовують антибіотики широкого спектра дії, анальгетики.

Місцево у ніс закачують судинозвужуючі краплі або аерозолі (нафтизин, отривін, галазолін, ефедрин з адреналіном) для відновлення просвіту слухової труби. У вухо на стадії інфільтрації барабанної перетинки застосовують теплі карбол-гліцеринові вушні краплі (5%-ні для дорослих і 2%-ні — для дітей). Гліцерин гігроскопічний, усуває набряк, карболова кислота має анестезуючу дію, паралізує нервові закінчення. Тепло поліпшує кровообіг в осередку запалення.

У стадії випинання барабанної перетинки проводять міринготомію (парацентез барабанної перетинки — розріз у задньонижньому квадранті).

Показання до парацентезу: доперфоративний період, що затягнувся, супроводжується температурою, ознаками подраз-

нення мозкових оболонок (нудота, блювання, брадикардія, ригідність потиличних м'язів), парезом лицьового нерва, мастоїдальною реакцією. Також проводять бактеріологічне дослідження виділень і визначення чутливості флори до антибіотиків.

У стадії перфорації міринготомія показана, якщо перфорація дуже маленька і недостатня для дронування; проводять повторне очищення вуха від гнійних виділень, які не припиняються протягом тижня. Застосовують сухий і вологий способи очищення слухового проходу ватничком після закапування перекису водню або легкого промивання шляхом спринцювання слабким розчином марганцевокислого калію; призначають краплі у вухо (антибіотики, кортикостероїди, 3%-й борний спирт, 4%-й борний гліцерин).

Прогноз залежить від адекватності лікування, вірулентності флори, загальної опірності організму хворого.

Якщо лікування є адекватним, вірулентність флори низька й опірність організму висока, то слух відновлюється повністю і перфорація барабанної перетинки затягується.

Якщо лікування не адекватне, вірулентність флори висока і резистентність організму низька, то слух повністю не відновлюється через наявність рідини в порожнинах середнього вуха (хронічний секреторний середній отит). Це можливе за непрохідності слухової труби і наявності резистентної флори.

Лікування полягає в продуванні слухової труби за методом Вальсальва, балоном Політцера або її катетеризації; міринготомії й уведенні маленької трубки у вигляді катушки крізь барабанну перетинку для дронування барабанної порожнини.

Слух не відновлюється через наявність спайок у барабанній порожнині (хронічний адгезивний середній отит). Спайки утворюються за тривалої затримки рідини в барабанній порожнині, що призводить до приглухуватості; стійка перфорація барабанної перетинки і виділення з вуха (хронічний гнійний середній отит) також стоять на заваді відновленню слуху.

Лікування (див. у відповідному розділі).

Можливі краніальні ускладнення при гострому середньому отиті (гострий мастоїдит, параліч лицьового нерва за наявності дегістенцій у кістковому каналі лицьового нерва), а також інтракраніальні.

Гострий середній отит у новонароджених і дітей першого року життя

Етіологія. Виникненню гострого середнього отиту в новонароджених і маленьких дітей сприяють такі фактори:

— слухова труба ширша, коротша і більш горизонтально розташована, ніж у дорослих;

— інфекційні захворювання з ураженням слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, зокрема риніт при кору, вітряній віспі й ін., а також коклюшу (спостерігаються тільки в дитячому віці);

— аденоїдити, ангіни і хронічний тонзиліт частіше бувають у дітей; інфекція проникає крізь слухову трубу найчастіше з молоком.

Гострий середній отит здебільшого спостерігається у новонароджених, які перебувають на штучному годуванні, ніж на природному грудному, з таких причин:

а) лежаче положення при годуванні з різька сприяє зригуванню молока в носоглотку, а грудне годування здійснюється у більш підвищеному положенні голови;

б) молоко піддається забрудненню;

в) низька резистентність дітей, які перебувають на штучному годуванні.

Диспепсія й гастроентерити у дітей часто супроводжуються блюванням, блювотна маса може досягати слухової труби. Сприяючим фактором є прорізування зубів: під час цього періоду знижується резистентність організму дитини.

Загальні симптоми: підвищення температури, озноб, можливі судороги. Температура є вищою в дітей, ніж у дорослих. Спостерігаються блювання, пронос. Ці симптоми слід відрізняти від таких за диспепсії (парентеральна диспепсія). Дитина не спокійна, кричить, не спить.

Місцеві симптоми: потягування або натискування на вушну раковину спричиняє рух голови з боку в бік.

Ознаки. Барабанна перетинка у дітей товща, ніж у дорослих, тому більш стійка до випинання або перфорації. Може бути зменшеним світловий конус, спостерігаються виразна інфільтрація та гіперемія.

Лікування. Застосовують антибіотики, проводять міринготомію (парацентез барабанної перетинки). Її слід виконувати рано, переважно під анестезією.

Хронічний середній отит

Розрізняють хронічний негнійний середній отит (хронічний секреторний середній отит й адгезивний середній отит) і хронічний гнійний середній отит.

Хронічний секреторний отит — це негнійне ураження середнього вуха (рис. 6). Барабанна перетинка є інтактною.

Етіологія. Найчастіше причиною захворювання є незавершений гострий середній отит, який виникає внаслідок неадекватного застосування антибіотиків. Спостерігається непрохідність слухової труби, наприклад, при аденоїдах. Перенесені інфекції й алергічний фон сприяють виникненню хронічного секреторного отиту.

Симптоми. Хворий скаржиться на зниження слуху. Пацієнт іноді відчуває «воду», шум у вусі.

Об'єктивні ознаки. Барабанна перетинка інтактна, дещо мутна. Рівень рідини може бути помітним у вигляді «волосяної лінії». Спостерігається кондуктивна приглухуватість.

Лікування полягає в продуванні вуха балоном Політцера або катетеризації слухової труби. Проводять міринготомію й вводять маленьку дренажну трубку — «котушку» (рис. 7).

При **хронічному адгезивному середньому отиті** рідина може організовуватися у фіброзні спайки, які обмежують рухливість слухових кісточок і барабанної перетинки, що призводить до кондуктивної приглухуватості.

Лікування звичайно дуже утруднене через утворення нових спайок після їх розсічення. Найкращим способом профілактики є первентивне призначення повного курсу антибіотиків при гострому середньому отиті та своєчасне виконання парacenteзу з евакуацією вмісту.

Хронічний гнійний середній отит — це хронічне запалення порожнин середнього вуха, яке характеризується наявністю стійкої перфорації, гноетечею й зниженням слуху.

Розрізняють 3 типи захворювання:

1. **Мезотимпаніт.** Переважно уражується слизова обо-

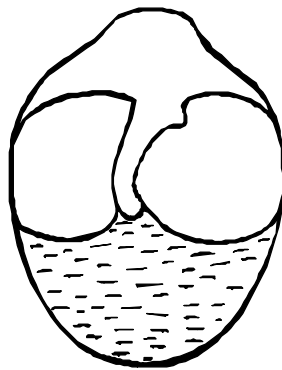


Рис. 6. Секреторний середній отит

лонка барабанної порожнини та слухової труби з утворенням внутрішньослизових кіст і спайок. На кістку, як правило, процес не розповсюджується. Характер перебігу відносно сприятливий. Перфорація спостерігається в натягнутій ділянці барабанної перетинки, не виходить за межі обідка, а тому завжди центральна. Гноетеча слизо-гнійна, без запаху. При загостренні процесу — сильна, пульсуюча. Зниження слуху за типом порушення звукопроведення (кондуктивна приглухуватість).

2. **Епітимпаніт.** Переважно уражується надбарабанний простір — аттик і антрум. Перебіг процесу несприятливий, оскільки супроводжується утворенням холестеатоми, яка руйнує кістку, що може призвести до появи черепних і внутрішньочерепних ускладнень. Перфорація називається *крайовою*, тому що розміщується в розслабленій ділянці барабанної перетинки, доходить до краю й оголює кістку. Цьому сприяє відсутність у

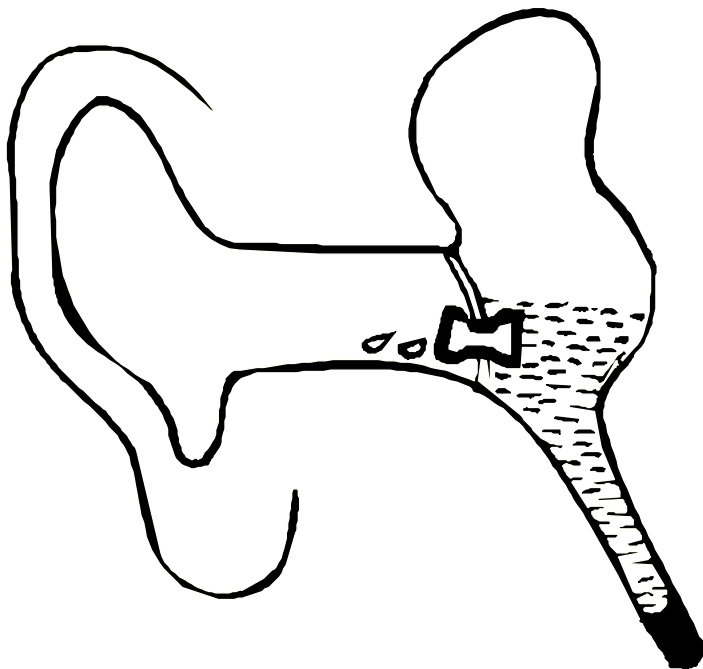


Рис. 7. Котушечна трубка в барабанній перетинці

ривінієвій вирізці фіброзного кільця. Оголення кістки та залучення її до запального процесу призводить до карієсу. Виділення з вуха мізерні, з неприємним запахом. Зниження слуху відмічається за комбінованим типом. Звукопровідний тип порушення пов'язаний з ураженням аттика, де знаходиться більша частина слухових кісточок, на які переходять як запальний, так і каріозний процеси. Порушення слуху за типом звукосприйняття відбувається за рахунок інтоксикації внутрішнього вуха.

Холестеатома — мішок, стінка якого сформувалася з кератинізованого багат шарового плоского епітелію. Кератин вторинно інфікується стафілококами, кишковою, синьогнійною паличками та ін. Холестеатома руйнує кістку в результаті дії протеолітичних ферментів і меншою мірою — внаслідок атрофії від тиску.

3. **Епімезотимпаніт**, за якого уражуються всі відділи барабанної порожнини, характеризується дефектом барабанної перетинки — тотальним або субтотальним. Крізь дефект із барабанної перетинки можуть випинатися грануляції та поліпи, іноді помітна холестеатома. Виділення гнійні, з характерним запахом, зниження слуху — за комбінованим типом.

Етіологія мезотимпаніту. Причинами переходу гострого середнього отиту в хронічний процес є такі:

Неадекватне лікування: недостатній дренаж при маленькій чи високій перфорації. Доцільно в таких випадках виконувати міринготомію, що покращило б дренаж.

Нераціональне застосування антибіотиків також є причиною виникнення мезотимпаніту.

Властивості мікроорганізму посідають чільне місце в етіології захворювання. Це висока вірулентність, набута після перенесених інфекцій у дітей (кір, скарлатина), коли більша частина барабанної перетинки є некротизованою (гострий некротичний середній отит). Ця перфорація не закривається самостійно.

Реінфікування крізь слухову трубу, наприклад, при повторних загостреннях при аденоїдитах і тонзилітах у дітей або синуїтах у дорослих, низька опірність організму пацієнта через недоїдання, анемію, діабет сприяють переходу гострого середнього отиту в хронічний.

Етіологія епі-, епімезотимпаніту. Цей тип захворювання зазвичай не пов'язаний з передуючим захворюванням на гострий середній отит.

Найбільш визнаною теорією виникнення захворювання є міграційна. Тривала непрохідність слухової труби призводить до негативного тиску в середньому вусі. Верхня частина барабанної перетинки втягується всередину барабанної порожнини і в подальшому відділяється у вигляді мішка. Таким чином, кожний шар потрапляє в несприятливі умови (первинно набута холестеатома).

За теорією метаплазії, відбувається переродження нормального одношарового епітелію в багатошаровий (вторинно набута холестеатома).

Стосовно захворювань вуха поняття «природжена холестеатома» не визнається.

Симптоми хронічного гнійного отиту:

1. Приглухуватість (з шумом у вусі).
2. Гноетеча.

Об'єктивною ознакою захворювання є перфорація. При мезотимпаніті — центральна (в натягнутій частині барабанної перетинки, не досягає краю); при епітимпаніті — крайова, розташовується в розслабленій ділянці барабанної перетинки, може розповсюджуватися на натягнуту частину, супроводжується оголенням кісткового краю.

Важливою ознакою є виділення з вуха: при мезотимпаніті — рясні, слизо-гнійні; при епітимпаніті — мізерні, гнійні, смердючі, містять білі епітеліальні включення (холестеатома). Грануляції виникають як наслідок тривалої дії інфекції на слизову оболонку.

Вушний поліп — це набрякові грануляції на ніжці. Він може випинатися крізь перфорацію барабанної перетинки, проникати у зовнішній слуховий прохід.

Зниження слуху відбувається за типом звукопроведення.

Додаткові методи дослідження включають посів і визначення чутливості мікрофлори, а також рентгенограми соскоподібних відростків.

Лікування хронічного гнійного середнього отиту може бути консервативним і хірургічним.

Консервативне лікування передбачає загальні заходи (загальнозміцнюючі, десенсибілізуючі, протизапальні, антибактеріальні) і місцеві (туалет вуха: очищення ватничком — сухий метод, промивання вуха — вологий метод, відсмоктування). Призначають вушні краплі — антибіотики або спиртовий розчин борної кислоти.

Хірургічне лікування хронічного гнійного отиту полягає в здійсненні сануючих операцій: аттикоантромастоїдотомія, радикальна загальнопорожнинна операція. Проводять тимпанопластику (слуховідновна операція).

Видаляють і санують осередки інфекції (аденоїди, тонзиліт, синуїт).

Ускладнення гнійного середнього отиту можуть розвинути-ся при гострих і хронічних середніх отитах. Вони найчастіше спостерігаються у випадках гострого або загостренні хронічного отиту (рис. 8, 9).

Класифікація. Ускладнення гнійного середнього отиту поділяються на краніальні, інтракраніальні й екстракраніальні.

Краніальні ускладнення, локалізовані скроневою кісткою, — це мастоїдит, петрозит, парез лицьового нерва, лабіринтит.

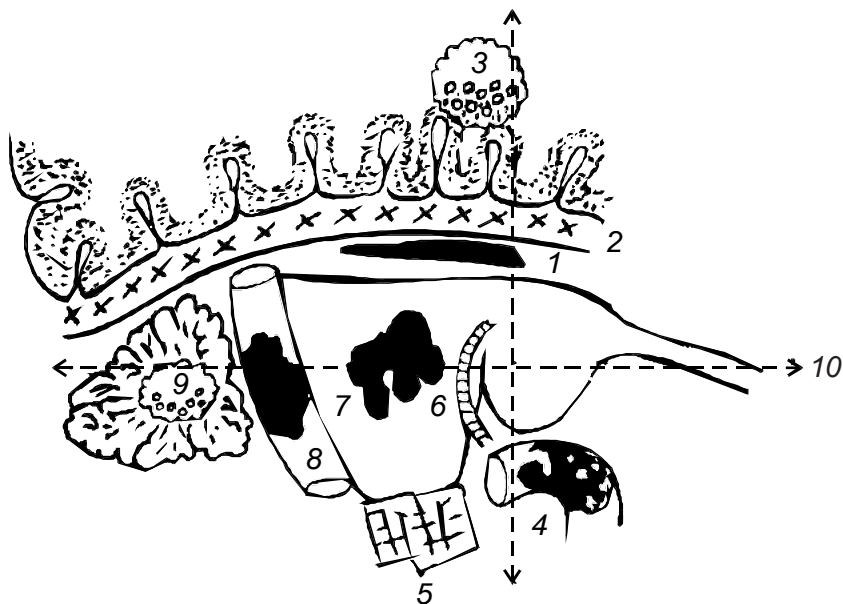


Рис. 8. Ускладнення хронічних гнійних середніх отитів.

Вгору: 1 — екстрадуральний абсцес; 2 — менінгіт; 3 — абсцес скроневої частки мозку. Донизу: 4 — тромбоз яремної вени; 5 — верхівковий мастоїдит. Назад: 6 — параліч лицьового нерва; 7 — гострий мастоїдит; 8 — тромбоз латерального синуса; 9 — абсцес мозочка. Наперед: 10 — за-глотковий абсцес

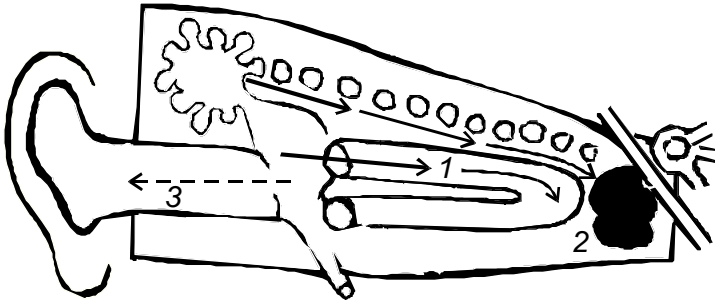


Рис. 9. Ускладнення хронічних гнійних середніх отитів.
 Медіально: 1 — лабіринтит; 2 — петрозит; латерально:
 3 — зовнішній отит

До *інтракраніальних (внутрішньочерепних)* ускладнень належать екстрадуральний абсцес, тромбоз сигмоподібного синуса, менінгіт, абсцес мозку або мозочка.

За *екстракраніальних ускладнень* спостерігаються зовнішній отит, тромбоз яремної вени, Бецольдовський абсцес (мастоїдит), заглотковий абсцес.

Краніальні ускладнення виявляються **гострим мастоїдитом**.

Анатомія соскоподібного відростка. Здебільшого соскоподібний відросток містить маленькі повітряні комірочки, які сполучаються між собою (рис. 10).

Найбільшою коміркою є печера. Вона сполучається спереду з верхнім поверхом барабанної порожнини (аттиком) крізь маленький отвір, що називається *входом у печеру*. Повітряні комірочки об'єднуються в різні групи, які мають назву відповідно до їх розташування. Залежно від виразності коміркової структури відростка розрізняють такі типи їх будови:

- пневматичний,
- диплоетичний,
- склеротичний,
- мішаний.

Визначення поняття «гострий мастоїдит». Перехід запалення при гострому середньому отиті на кісткові стінки повітряних комірочок називається остейтом. Це супроводжується некрозом кісткових стінок з утворенням порожнин, виповнених гноем.

Мастоїдальний абсцес

Флюктууюча припухлість під надкісницею наявна, якщо гній проривається крізь зовнішню поверхню соскоподібного відростка (субперіостальний абсцес). Він може прориватися крізь шкіру (мастоїдальний свищ).

Етіологія. Гострий середній отит або загострення хронічного отиту сприяють розвитку абсцесу.

Симптоми гострого отиту є більш вираженими: температура вища у дітей, ніж у дорослих, спостерігається жорсткий біль над соскоподібним відростком. За вухом часто з'являється болісна припухлість.

Об'єктивні ознаки: болючість над соскоподібним відростком (верхівка, задній край і проекція антрума), зовнішня припухлість у вигляді набряку при гострому мастоїдиті та флюктуація при формуванні абсцесу. Завушний мастоїдальний абсцес характеризується флюктууючою припухлістю, що відтис-

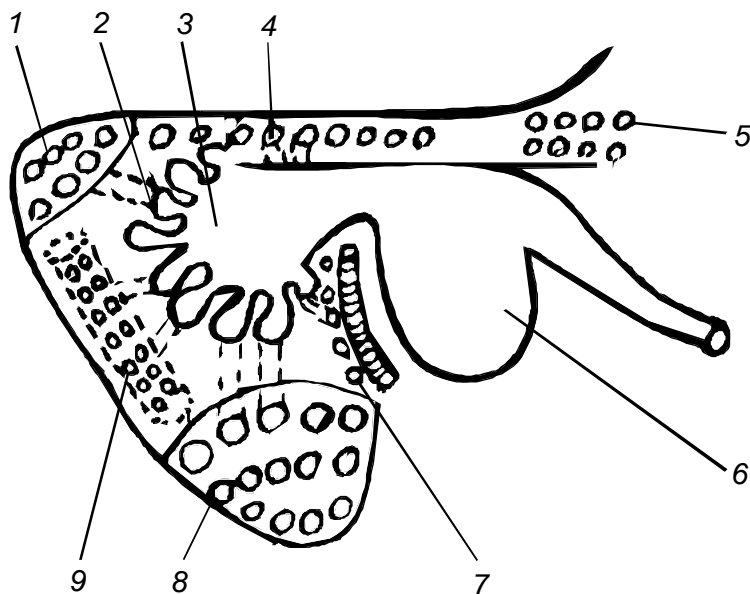


Рис. 10. Повітряноні комірочки соскоподібного відростка:
1 — синодуральні; 2 — переантральні; 3 — антрум; 4 — субдуральні; 5 — виличні; 6 — барабанна порожнина; 7 — ретрофасціальні; 8 — верхівкові; 9 — перисинуозні

кає вушну раковину наперед і донизу. При абсцесі Бецоляда гній спускається вниз від соскоподібного відростка глибше за ходом грудинно-ключично-соскового м'яза, формуючи абсцес на шиї. Зигоматицит характеризується припухлістю над або попереду вуха внаслідок запалення комірок виличного відростка.

Скваміт — це припухлість над вушною раковиною в результаті запалення комірок у товщі луски скроневої кістки.

Внутрішня припухлість є об'єктивною ознакою. Спостерігається випинання та нависання верхньо-задньої стінки кісткової частини зовнішнього слухового проходу через періостит і набряк. Це важлива діагностична ознака.

Гноетеча при мастоїдальному абсцесі є рясною, слизово-гнійною або гнійною.

Барабанна перетинка інфільтрована або перфорована.

Дослідження слуху доводить значний ступінь кондуктивної приглухуватості. Проводять додаткові методи дослідження: посів флори і визначення її чутливості, рентгенографію соскоподібних відростків.

Диференціальна діагностика. Завушний лімфаденіт супроводжує зовнішній отит або запалення волосяної частини голови. Мастоїдальний абсцес слід відрізнити від фурункула зовнішнього слухового проходу (табл. 2):

Лікування. Призначають антибіотики, проводять міринготомію.

Мастоїдотомія показана в таких випадках:

а) гострий мастоїдит, якщо консервативне лікування не ефективне, при вушному болю, розм'якшуванні, високій температурі, що утримується понад 48 год тощо;

б) гострий мастоїдит з ускладненнями (синус-тромбоз, парез лицьового нерва, тромбоз яремної вени);

в) субперіостальний абсцес, верхівковий мастоїдит, зигоматицит, скваміт.

Петрозит — це запалення повітроносних комірок у ділянці верхівки піраміди скроневої кістки. Відмічається залучення до процесу V і VI черепномозкових нервів, які розміщуються поблизу верхівки піраміди.

Клінічна картина (симптомокомплекс Граденіго) складається з таких симптомів:

1. Диплопія (параліч відвідного VI нерва).
2. Тригемініт (ураження V нерва).
3. Гноетеча з вуха.

Таблиця 2. Диференціальна діагностика гострого мастоїдиту і фурункула зовнішнього слухового проходу

	Гострий мастоїдит	Фурункул зовнішнього слухового проходу
Збудник	Стрептокок	Стафілокок
Анамнез	Середній отит	Хворий не відзначає середнього отиту в минулому
Симптоми: біль; приглухуватість	Над соскоподібним відростком; виражений	При відтягуванні вухної раковини і жуванні. Слух може бути знижений при закритті слухового проходу
Об'єктивні ознаки: — болючість — завушна складка — внутрішня припухлість — барабанна перетинка — виділення	Над соскоподібним відростком (верхівка, задній край і проекція антрума) Згладжена Нависання верхньо-задньої стінки в кістковому відділі зовнішнього слухового проходу Завжди змінена: ущільнена або перфорована Слизо-гнійні, резервуар — ознака позитивна	Над козелком Збережена Фурункул розташовується в хрящовому відділі зовнішнього слухового проходу Нормальна Мізерні, крихтоподібні (ніколи не бувають прозорими або слизовими)
Рентгенографія	Затінення повітроносних комірок і руйнування їх стінок	Нормальні повітроносні комірки

Лікування. Призначають антибіотики. Проводять мастоїдотомію з дренованням запалених комірок піраміди.

Параліч лицьового нерва

Етіологія. Виникає внаслідок гострого середнього отиту за наявності дегістенції в кістковому каналі лицьового нерва чи хронічного гнійного середнього отиту при деструкції кісткового каналу, що відбувається при холеастеатомі або туберкульозному середньому отиті.

Пошкодження можуть траплятися під час таких операцій:

- а) заушний розріз: у маленьких дітей лицьовий нерв розташований поверхнево і може бути розсічений при розрізі шкіри;
- б) мастоїдотомія, мастоїдектомія;
- в) радикальна операція на вусі, тимпанопластика;
- г) стапедектомія (рідко).

Клінічна картина (див. у відповідному розділі).

Лікування. При гострих середніх отитах призначають антибіотики, проводять міринготомію.

При хронічних гнійних середніх отитах застосовують антибіотики, проводять радикальну трепанацію з виділенням нерва. При пошкодженні під час операції слід проводити виділення нерва, декомпресію або застосовувати трансплантат.

Лабіринтит (див. у відповідному розділі).

Внутрішньочерепні ускладнення

До внутрішньочерепних ускладнень належать екстрадуральний абсцес, менінгіт, тромбоз сигмоподібного синуса, абсцес мозку та мозочка.

Екстрадуральний абсцес характеризується накопиченням гною між кісткою і твердою мозковою оболонкою.

Клінічна картина здебільшого є безсимптомною й діагностується під час операції. Спостерігається біль у вусі або головний біль, що може бути єдиним симптомом. Температура тіла невисока. Наявна пульсуюча гноетеча.

Лікування: проводять радикальну операцію на вусі з дрениванням абсцесу (кістка видаляється з оголенням здорової твердої мозкової оболонки), призначають антибіотики.

Тромбоз сигмоподібного синуса. Спостерігається інтермітуюча температура (що може симулювати малярію) або гектична. Підвищення температури супроводжується ознобом, а її падіння — профузним потом. Озноби супроводжують вихід інфікованих емболів, мають нерегулярні інтервали, між якими пацієнт може почувати себе задовільно. При застосуванні антибіотиків захворювання може перебігати безсимптомно і виявляється під час операції.

Об'єктивні ознаки. Болючість і потовщення за ходом внутрішньої яремної вени спостерігаються, якщо тромбоз розповсюджується донизу. Болючість і набряк шкіри над соскоподібним відростком, якщо тромбоз розповсюджується зовні венозного випускника (емісарія), є *ознакою Грезінгера*.

Підвищення внутрішньочерепного тиску спричиняє головний біль, блювання. Застійний сосок зорового нерва з'являється, якщо тромбоз розповсюджується догори. Виникає закупорка сагітального синуса.

Тромбоз кавернозного синуса спостерігається, якщо тромбоз розповсюджується наперед у бік кавернозного синуса.

Додаткові дослідження. Проводять пробу Квікенштедта: тиск у спинномозковому каналі після люмбальної пункції підвищується при стискуванні внутрішньої яремної вени зі здорового боку і не підвищується при стискуванні внутрішньої яремної вени з хворого боку. Посів культури крові слід проводити на висоті ознобу.

Картина білої крові виявляється лейкоцитозом.

Диференціальна діагностика. Слід відрізнити прояви внутрішньочерепних ускладнень від малярії: напади ознобів регулярні при малярії, але не регулярні при тромбозі; лейкопенія спостерігається при малярії, у крові наявні плазмодії.

Лікування. Антибіотики, антикоагулянти (гепарин) застосовуються після видалення інфікованого тромба з метою запобігання подальшому тромбуванню. Проводять радикальну мастоїдектомію з оголенням сигмоподібного синуса і видаленням тромба. Тромбований синус сірий, вкритий грануляціями, щільний.

Перев'язують внутрішню яремну вену. Якщо вона тромбована, то це призводить до септичної емболії (піємії).

Менінгіти — дифузне запалення субарахноїдального простору, що містить спинномозкову рідину.

Симптоми. Температура залишається дуже високою, що свідчить про наявність інфекції.

Спостерігаються симптоми підвищення внутрішньочерепного тиску: головний біль, дуже жорстокий і генералізований; блювання; загальмованість, кома.

Симптомами подразнення мозкових оболонок є неспокій, напруженість, світлобоязнь, ригідність потиличних м'язів (блукність).

Об'єктивні ознаки залежать від виразності подразнення мозкових оболонок.

Симптом Керніга — це неможливість розгинання гомілки з одночасним згинанням стегна до живота (розгинання болісне і утруднене). *Симптом Брудзинського:* згинання стегна і колін наявне при згинанні ший.

Додаткові дослідження. Люмбальна діагностична пункція з дослідженням спинномозкової рідини (табл. 3), бактеріологічне дослідження і визначення чутливості флори.

Лікування: проводять сануючу операцію на вусі; у спинномозковий канал шляхом повторних люмбальних пункцій вводять антибіотики: кристалічний пеніцилін (натрієва сіль) 5000 МО, розчинених у 50 мл ізотонічного розчину хлористого натрію уводиться у канал після виведення з нього кількох мілілітрів спинномозкової рідини з метою зниження її тиску. Загальне лікування полягає у внутрішньовенному введенні сульфаніламідів, антибіотиків великими дозами.

Абсцес мозку може локалізуватися в скроневій частці або мозочку.

Клінічна картина характеризується такими стадіями:

1. *Стадія енцефаліту* (укорінення інфекції): висока температура, токсемія (у дітей — судороги); головний біль.

2. *Латентна стадія:* прояви залежать від локалізації абсцесу, симптоми можуть бути мінімальними або відсутніми зовсім.

3. *Явна стадія:* абсцес збільшується за розміром.

Симптоми й ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску є такими:

- дуже стійкий головний біль;
- нестримне блювання;
- застійний сосок зорового нерва;

Таблиця 3. Характер спинномозкової рідини при отогенному менінгіті відносно норми

	Спинномозкова рідина при менінгіті	Нормальна спинномозкова рідина
Зовнішній вигляд	Мутна	Чиста
Тиск	Підвищений	150 мм водяного стовпа
Клітинний склад	Зростаючий поліморфізм	1–5 лімфоцитів
Білок	Підвищений	40 мг/100 мл
Цукор	Знижений	80 мг/100 мл
Хлориди	Знижені	750 мг/100 мл
Мікроорганізми	Можуть бути наявними	Відсутні

- уповільнений пульс;
- субнормальна температура (навіть 35,5 °С);
- уповільнене дихання;
- неспокій, кома спостерігаються пізніше.

Локальними симптомами й ознаками абсцесу скроневої частки є тиск на зоровий шлях (гомонімна геміанопсія); на мовний центр (афазія); на моторну (геміплегія на протилежному боці) та сенсорну ділянку (геміанестезія).

Абсцес мозочка виявляється такими симптомами:

- атаксія, нестійкість у позі Ромберга (тенденція падіння у хворий бік);
- м'язова слабкість на боці ураження (астенія);
- порушення м'язової координації за результатами пальце-носової проби (дисиметрія, асиметрія);
- інтенційне дрижання;
- адіадохокінез;
- запаморочення, ністагм;
- нерозбірлива мова.

Термінальна стадія характеризується проривом абсцесу в шлуночки з настанням коми і смерті.

Додаткові дослідження проводять для виявлення локалізації абсцесу. Це рентгенологічні дослідження (венгерулографія, ангіографія), електроенцефалографія (радіоізотопне і комп'ютерне дослідження).

Лікування: застосовують антибіотики. Для зниження внутрішньочерепного тиску призначають гіпертонічні розчини внутрішньовенно: 40%-й розчин глюкози, 50%-й розчин сечовини або сульфат магnezії в клізмі. Проводять радикальну операцію на вусі з оголенням речовини мозку, пошуком абсцесу і широким хрестоподібним розрізом, дренажування.

Екстракраніальні ускладнення (позачерепні)

Зовнішній отит може бути вторинним за наявності гноетечі при середньому отиті. Запальний процес уражає шкіру слухового проходу, вушної раковини і привушної ділянки. Шийні лімфатичні вузли можуть бути збільшеними.

Тромбоз внутрішньої яремної вени і верхівково-шийний мастоїдит описані вище.

Заглотковий абсцес зустрічається дуже рідко. Виникає в результаті потрапляння інфекції на заглоткові лімфатичні вузли.

ВНУТРІШНЄ ВУХО

Анатомія внутрішнього вуха. Кістковий лабіринт містить перилімфу, в якій підвішений перетинчастий лабіринт (рис. 11).

Перетинчастий лабіринт містить ендолімфу. Він складається з кохлеарного і вестибулярного відділів. Перший відділ має відношення до слуху, другий — до рівноваги.

Кохлеарний відділ містить орган Корті, який лежить на основній мембрані, а орган Корті — сенсорні волоскові клітини, що прикріплюються до нервових закінчень кохлеарного нерва, який має відношення до слуху. Вестибулярний відділ складається з мішечка, маточки і півколових каналів. У каналах містяться сенсорні нервові закінчення вестибулярного нерва, який має відношення до рівноваги.

Функції внутрішнього вуха. Внутрішнє вухо має дві функції: слухову і підтримання рівноваги. Кохлеарна частина пов'язана зі сприйняттям звуку. Звукові хвилі спричиняють коливання основної мембрани й органа Корті з подразненням його волоскових клітин і закінчень кохлеарного нерва (рис. 12).

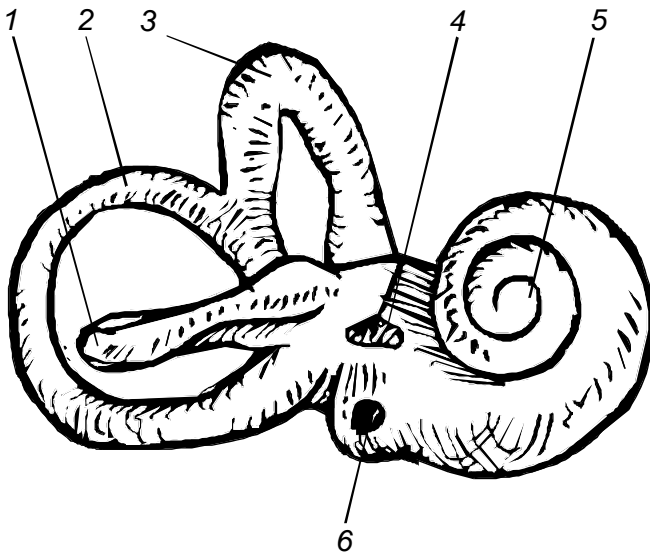


Рис. 11. Кістковий лабіринт:

1 — боковий канал; 2 — задній канал; 3 — верхній канал; 4 — овальне вікно; 5 — завитка; 6 — кругле вікно



Рис. 12. Механізм слуху

Вестибулярна частина пов'язана з рівновагою. Нервові імпульси передаються вестибулярним нервом.

Для дослідження вестибулярної функції проводять калоричну пробу, що є найбільш уживаним методом дослідження цієї функції. Пацієнт лежить обличчям вгору, голова нахилена вперед на 30° , кожне вухо протягом 40 с промивається холодною (30°C), потім теплою (44°C) водою, тобто температура води на 7°C нижча і вища за температуру тіла. Відмічають появу ністагму як наслідок подразнення латерального півколового каналу. Нормальним проявом є ністагм тривалістю близько 2 хв.

Скорочення цього періоду свідчить про гіпофункцію, а відсутність реакції — про загибель лабіринту. Під час електроністагмографії ністагм, що виник при калоричній пробі, реєструється графічно на спеціальному апараті. Для дослідження вестибулярної функції проводять також обертальну і гальванічну проби.

Захворювання внутрішнього вуха

Хвороба Мен'єра — це гідропс перетинчастого лабіринту (підвищене накопичення ендолімфи), що призводить до нападів запаморочення, глухоти і шуму у вухах.

Укладнення. Хвороба є найчастішою причиною запаморочення, може уражати односторонньо або двосторонньо.

Етіологія остаточно не з'ясована. Існує кілька теорій походження цієї хвороби.

Автономний дисбаланс — найбільш прийнятна теорія. Спостерігається підвищення симпатичної активності, що призводить до судинного спазму, накопичення метаболітів, вазодилатації з утворенням надлишку рідини. Передбачають, що алергія і порушення водно-сольового обміну сприяють розвитку хвороби.

Лікування. Консервативне лікування полягає в застосуванні седативних засобів і засобів, що усувають запаморочення (дралалін, торекан тощо).

Призначають вазодилатори (нікотинова кислота), стрептоміцин: 2 г щоденно для знищення обох вестибулярних лабіринтів у разі двосторонньої глухоти. Застосовують діуретики, обмежують вживання солі й води.

Якщо консервативне лікування не ефективне, проводять хірургічне: лабіринтектомію при глухоті, а при доброму слуху — селективну деструкцію вестибулярного лабіринту ультразвуком або кріохірургічним способом і селективну деструкцію вестибулярного нерва, а також декомпресію лабіринту.

Лабіринтити

Етіологія. Лабіринтити виникають внаслідок ускладнення гнійних отитів. Інфікування лабіринту відбувається крізь фістулу за наявності холестеатоми й інтоксикації організму.

Клінічні прояви: запаморочення (з нудотою, блюванням і ністагмом), глухота (перцептивна), шум у вухах.

Фістульний симптом — це поява ністагму і запаморочення при підвищенні чи зниженні тиску повітря в зовнішньому слуховому проході крізь пневматичну ліжку або при надавлюванні на козелок. Це доводить наявність фістули в кістковій капсулі лабіринту.

Клінічна картина обмежених лабіринтитів виявляється позитивною фістульною пробою. Дифузні серозні лабіринтити супроводжуються запамороченням, зниженням слуху і шумом у вухах. Якщо слух не відновлюється після послаблення ознак лабіринтиту, це свідчить про те, що причиною вказаних явищ є дифузний гнійний лабіринтит.

Ускладненням є перехід процесу на мозкові оболонки (**менінгіт**).

Лікування. Застосовують антибіотики, седативні лікувальні препарати. Мастоїдектомія і дронування лабіринта можуть бути необхідними у стійких випадках.

СИМПТОМИ Й ОЗНАКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ВУХА

Симптоми: зниження слуху (приглухуватість), шум у вухах, запаморочення, параліч лицьового нерва, біль, головний біль, гноетеча (виділення з вуха).

Приглухуватість

У нормі ми чуємо розмовну мову на відстані 12 м, шепітну мову — 6 м. Приглухуватістю називається зниження слуху. Є такі типи приглухуватості: кондуктивна приглухуватість, перцептивна приглухуватість.

Наявність двох типів одночасно називається мішаною приглухуватістю.

Кондуктивна приглухуватість

У зовнішньому вусі з боку зовнішнього слухового проходу приглухуватість виникає через природжену атрезію (обструкція), або звуження; сторонні тіла або сірчані пробки; запальні захворювання: зовнішній отит, фурункульоз й отомікоз при обструкції каналу. Пухлини, наприклад, екзостози, також є причиною приглухуватості. Барабанна перетинка може порушуватися внаслідок травматичної перфорації.

Причини приглухуватості з боку середнього вуха:

- природжені: недорозвинення середнього вуха;
- травматичні (механічні: гематотимпанум при переломі основи черепа; фізичні: баротравма).

Запальні захворювання, що призводять до приглухуватості, такі:

- гострий середній отит;
- хронічний негнійний середній отит;
- хронічний секреторний середній отит;
- хронічний адгезивний отит;
- хронічний гнійний середній отит.

Пухлини теж спричиняють порушення слуху, наприклад, гломусна югулярна або карцинома. До приглухуватості призводять порушення ланцюга слухових кісточок — роз'єднані ланцюги кісточок при черепномозкових травмах.

Отосклероз — своєрідне захворювання вуха, за якого спостерігається фіксація (анкілоз) підніжної пластинки стремена,

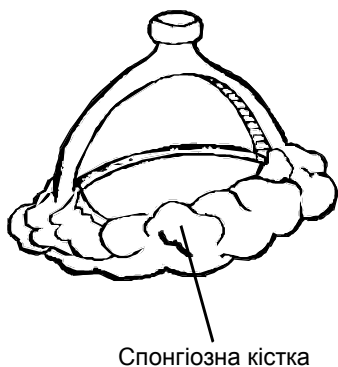


Рис. 13. Отосклероз

заново утвореної спонгіозною кісткою навколо овального вікна, що перешкоджає проходженню звуку у внутрішнє вухо, — теж є причиною порушення слуху (рис. 13).

Частота виникнення захворювання залежить від сімейної схильності (спадковості). Здебільшого отосклероз спостерігається у жінок віком від 15 до 30 років.

Симптоми: приглухуватість, звичайно двостороння і значно прогресуюча, шум у

вухах. Спостерігається погіршення слуху під час вагітності.

Ознаки: барабанна перетинка і слухова труба не змінені, визначається кондуктивна приглухуватість.

Лікування. Хірургічна операція — стапедектомія чи стапедопластика.

Кондуктивна приглухуватість виникає внаслідок ураження слухової (євстахієвої) труби.

Катаральний євстахіїт і обструкція євстахієвої труби пухлинами носоглотки або аденоїдами призводять до погіршення слуху.

Перцептивна приглухуватість

Внутрішнє вухо здебільшого уражається з таких причин:

1. Природжені:

- а) спадкові, що найчастіше спостерігаються в родинних шлюбах;
- б) пренатальні: вірусні захворювання, ототоксичні антибіотики або токсемія під час вагітності;
- в) натальні: пологова травма, аноксія;
- г) постнатальні: жовтяниця новонароджених (резус-конфлікт).

2. Травматичні:

- а) механічні: перелом основи черепа з пошкодженням лабіринту;

- б) фізична (акустична) травма:
— гостра акустична травма (вибухова хвиля),
— хронічна акустична травма (тривале перебування в умовах інтенсивного шуму).

3. Запальні (лабіринтити).

Кохлеарний неврит виникає внаслідок інфікування при гнійному середньому отиті, а також як ускладнення інфекційних захворювань:

- вірусні: висипи (при кору), свинка, грип;
- бактеріальні: менінгіти (цереброспінальний, туберкульозний), енцефаліти, тифи та сифіліс.

Захворювання виникає внаслідок інтоксикації антибіотиками — стрептоміцином, канаміцином, неоміцином, особливо при порушенні функції нирок; нікотинном, алкоголем, хініном і саліцилатами; при порушенні обміну речовин (діабет, ниркова або печінкова недостатність), осередковий сепсис (недостовірно), наприклад, при хронічному холециститі, що може спричинити токсичний капілярит.

Судинні розлади, як-от: спазм, тромбоз, крововилив або емболія судин (ендартеріїт), виражена анемія — також можуть бути причиною виникнення кохлеарного невриту.

Старечі зміни, наприклад, сенільний пресбіакузис, приглухуватість після 60 років, спричинена дегенерацією сприймаючих клітин, а також хвороба Мен'єра, призводять до цього захворювання.

Причинами приглухуватості з боку стовбура і кори головного мозку є такі:

1. Запальні (енцефаліти).
2. Дегенеративні (розсіяний склероз).
3. Судинні (тромбоз, крововилив або емболія).
4. Пухлини.
5. Психогенні.
6. Епілепсія.

Диференціальна діагностика провідної та сприймаючої приглухуватості. У пацієнта відмічається зміна голосу — він стає голоснішим при сприймаючій приглухуватості і тихішим — при провідній. Хворий чує свій голос краще при захворюваннях вуха, які супроводжуються провідною приглухуватістю, що пояснюється наявністю аутофонії.

Дослідження може виявити тип приглухуватості, що настала. Проводять такі дослідження слуху:

1. Камертональне:

- а) *проба Рінне* — порівняння кісткової та повітряної провідності; камертон, що звучить, розташовують спочатку біля зовнішнього слухового проходу, а потім його ніжка встановлюється на соскоподібному відростку. У нормі повітряна провідність переважає над кістковою. У разі провідної приглухуватості кісткова провідність переважає над повітряною (Рінне –). У випадках сприймаючої приглухуватості повітряна провідність переважає над кістковою, але обидві менші за норму (редукований Рінне +);
- б) *проба Вебера* — у нормі, якщо встановити камертон, що звучить, по середній лінії черепа над лобом або на різцях верхніх зубів, досліджувана особа чує звук камертона в обох вухах однаково. При провідній приглухуватості звук чути краще у хворому вусі, при сприймаючій приглухуватості — в здоровому;
- в) *проба Швабаха* — порівняння тривалості сприйняття камертона, що звучить, із соскоподібного відростка досліджуваного і дослідника (порівняння кісткової провідності хворого з нормою). При провідній приглухуватості кісткова провідність коротша за нормальну. Проба Швабаха може бути виконана із закритим зовнішнім слуховим проходом для виключення зовнішніх звуків (абсолютна кісткова провідна проба). При провідній приглухуватості кісткова провідність не змінена, при сприймаючій — укорочена відносно нормальної.

2. Аудиометрія:

- а) суто тональна аудиометрія проводиться аудиометром — електричним апаратом, що продукує звук різної частоти й інтенсивності. Слух визначається й реєструється на аудіограмі. Запис ведеться окремо для кісткової та повітряної провідності;
- б) мовна аудиометрія проводиться так: пацієнту пропонують серію різних слів і вираховують процент слів, які він зміг правильно повторити за різної гучності. Результати записують у слуховий паспорт. Це також сприяє диференціюванню провідної та сприймаючої приглухуватості.

Приглухуватість у дітей. Розвиток мовлення й мови залежить від слуху. Якщо дитина має виражену сприймаючу або провідну приглухуватість — природжену чи набуту ранніми роками життя (особливо у перші три роки), то вона не зможе говорити (глухонімота). Найчастішою причиною тяжкої приглухуватості раннього дитячого віку є менінгіт, кір чи свинка.

Лікування: слухопротезування й читання з губ.

Дослідження слуху у дітей. До 2 років застосовують ігрову техніку. Це може бути гучний звук: використовується дзвін або барабан — дитина відповідає рефлексом зажмурювання очей або різким поворотом голови чи тіла, або тихі звуки: використовуються ложка і чашка, тріскачка або музична коробочка — дитина повертається в бік джерела звуку. Між 2–5 роками застосовують ігрову аудіометрію. Дитина відповідає вибором предмета або іграшки, коли чує той чи інший звук, наприклад, спричинюваний вимовою глухих звуків або камертоном.

У дітей, старших за 5 років, проводять камертональне дослідження або аудіометрію.

У будь-якому віці при відставанні в розвитку і симуляції потрібне дослідження за допомогою викликаної відповіді (кіркова) й аудіометрії (викликані потенціали). При застосуванні тональної аудіометрії проводять електроенцефалографію. Якщо дитина чує, зміни, що визначаються на енцефалограмі, наявні в момент сприйняття звуку. Для визначення тиску в порожнинах середнього вуха й акустичного рефлексу стремениого м'яза застосовують імпедансометрію, що дозволяє диференціювати захворювання середнього вуха.

Шуми у вусі

Відчуття шуму у вусі може бути у вигляді дзвону, свисту або пульсуючого звуку.

Причини відчуття шуму можуть бути пов'язані з приглухуватістю — провідною чи сприймаючою. Шуми, не пов'язані з приглухуватістю, виникають внаслідок ураження за межами вуха.

Суб'єктивні шуми, які чує тільки пацієнт, виникають через зубний карієс і порушення розвитку зуба мудрості; ураження

міжхребетних дисків шийної ділянки хребта (спондиліоз); гіпертонію або гіпотонію.

Об'єктивні шуми (шум, який чують і пацієнт, і дослідник), виникають з таких причин:

а) аневризма (наприклад, внутрішньої сонної артерії) і судинні внутрішньочерепні пухлини; пульсуючий шум чути при аскультації черепа;

б) клонічні судорожні скорочення м'язів барабанної порожнини і м'якого піднебіння.

Запаморочення характеризується відчуттям руху пацієнта або предметів навколо себе (галюцинація руху). Вона може виникнути через хвороби внутрішнього вуха. Хвороба Мен'єра є найчастішою причиною запаморочення.

Травматичні ушкодження також призводять до запаморочення. Позиційному запамороченню передують удари по голові. Механізм розвитку позиційного запаморочення невідомий. Пацієнт відчуває короточасні напади запаморочення під час руху головою у певних положеннях, особливо лежачи на спині. Якщо перелом основи черепа розповсюдився на внутрішнє вухо, то це також спричиняє запаморочення.

Запальні (лабіринтити) і судинні захворювання призводять до появи шуму у вусі. Захворювання вестибулярного нерва може сприяти появі шуму (невринома та неврит).

Неврит вестибулярного нерва може мати різне походження і виникати внаслідок вірусної інфекції гангліозних клітин вестибулярного нерва та респіраторно-вірусних інфекцій.

Важкі запаморочення тривають протягом кількох днів, після чого зникають.

Захворювання стовбура і кори головного мозку також спричиняють шум у вусі, як-от:

- запальні (енцефаліт);
- дегенеративні (розсіяний склероз);
- судинні (тромбоз, крововилив, емболія);
- пухлини мозку або мозочка;
- психогенні;
- епілепсія.

Вестибулярний неврит є причиною запаморочення без приглухуватості. Вони становлять близько 15–20 % запаморочень.

Параліч лицьового нерва

Анатомія лицьового нерва. Нерв розташовується у внутрішньому слуховому проході й проходить латеральніше, досягаючи медіальної стінки барабанної порожнини. Утворюючи колінчастий вузол, нерв прямує назад вище овального вікна (горизонтальна частина). Великий поверхневий кам'янистий нерв виходить з ганглія (парасимпатичні волокна іннервують слізну залозу). Він прямує донизу до соскоподібного відростка, виходить крізь шилососкоподібний отвір (вертикальна частина), утворює дві гілки:

а) нерв стремена;

б) барабанну струну, що має чутливі смакові волокна передніх 2/3 язика і парасимпатичні волокна для підщелепної та під'язикової слинних залоз.

Параліч лицьового нерва за ходом його у скроневої кістці виникає з ідіопатичних чи травматичних причин. Найчастіше спостерігається параліч Белла, що є ідіопатичною причиною захворювання.

Травматичний параліч виникає внаслідок пологової травми, перелому основи черепа, що включає поперечний перелом скроневої кістки з пошкодженням кісткового каналу лицьового нерва; хірургічного ушкодження при операціях на середньому вусі.

Запальний параліч спостерігається як вторинний при середньому отиті чи внаслідок інфікування колінчастого вузла вірусом зостер. Герпетичні висипи можуть розповсюджуватись із зовнішнього слухового проходу назовні.

Спостерігаються пухлини середнього вуха типу тимпаногюлярної парангліоми або карциноми; невринома слухового нерва (у внутрішньому слуховому проході).

Клінічна картина паралічу лицьового нерва (анатомічний діагноз). Ураження локалізується на верхньому руховому нейроні (навколо ядер лицьового нерва в мості мозку) або на нижньому руховому нейроні (на або нижче від них) (рис. 14).

При паралічу нижнього моторного нейрона спостерігається параліч верхньої та нижньої частин обличчя: хворий не може закрити око, підняти брови, свистіти, затримує їжу за щокою, при посмішці рот перекошується в активний бік. Виявляється параліч мимовільних (емоційних) і довільних (мімічних) рухів.

При паралічу верхнього моторного нейрона верхня частина обличчя нерухома, тому що має білатеральне кіркове пред-

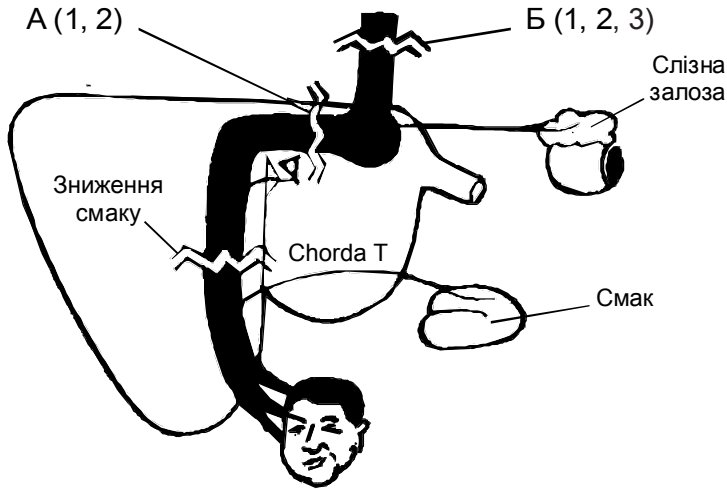


Рис. 14. Лицьовий нерв — локалізація ураження:
 А: 1 — гіперакузис; 2 — зниження смакової чутливості.
 Б: 1 — зниження сльозовиділення; 2 — гіперакузис; 3 — зниження смакової чутливості

ставництво; мимовільні рухи, наприклад, посмішка, зберігаються.

Місце ураження при паралічу в нижньому моторному нейроні локалізується вище за колінчастий вузол. Спостерігається припинення сльозовиділення; гіперакузис (фонофобія); втрата смакової чутливості (відчуття смаку в передніх відділах язика).

У горизонтальній частині виявляються гіперакузис, втрата смакової чутливості. У вертикальній частині (нижче за нерв стремена) — тільки втрата смакової чутливості.

Ці прояви реєструються електродіагностичними методами. Ось деякі з них:

Проба зі збудженням нерва. Лицьовий нерв піддається електростимуляції над шилососкоподібним отвором. Проба повторюється щоденно з двох боків. Реєструється сила струму, що спричиняє скорочення м'язів. Якщо проведення нервом електричних імпульсів порушене, то це свідчить про дегенеративні зміни в нерві, що потребує невідкладної декомпресії.

Електроміографія — це уведення голкових електродів у м'язи з метою вивчення їх електричної активності.

Реакція дегенерації (РД). Ця реакція не допомагає в прогнозуванні та лікуванні, як і обидва попередні тести.

РД — втрата відповіді м'язів на фарадичний і збереження відповіді на гальванічний струм. Абсолютна реакція дегенерації — втрата відповіді на обидва струми, що спричинено фіброзною дегенерацією м'язів.

Ідіопатичний параліч лицьового нерва (параліч Белла)

Етіологія. Існують різні теорії виникнення паралічу Белла.

1. Вірусна: в деяких випадках причиною його виникнення може стати вірус герпесу зостер без висипу.

2. Вазоспазм: спазми судин, що кровопостачають лицьовий нерв. Спазми виникають при переохолодженні, що призводить до затримки продуктів метаболізму, набряку і стискування нерва в кістковому каналі (вторинна ішемія), особливо в ділянці шилососкоподібного отвору.

Клінічна картина. Параліч лицьового нерва у зв'язку з ураженням нижнього моторного нейрона розвивається протягом кількох годин. Він може бути наслідком переохолодження або перебування на протязі. Відчуття болю може передувати появі паралічу. Обстеження містить дослідження збудливості, електроміографію, реакцію дегенерації.

Лікування. Медикаментозне лікування полягає в призначенні АКТГ, гідрокортизону, вазодилітаторів (нікотинова кислота), саліцилатів. Також проводять фізіотерапевтичні заходи: щоденну стимуляцію лицьових м'язів (короткохвильовий вплив).

Хірургічне лікування. Показана декомпресія нерва, якщо провідність нервом електричних імпульсів не покращується або стає гіршою. Тільки 15 % хворих потребують ревізії нерва. Пластична хірургія обличчя — підтягування обличчя — потрібна на пізніх стадіях, коли настає фіброзування м'язів. Для збереження рогівки при тривалому паралічі потрібна блефарографія.

Біль (біль у вусі, або оталгія)

Причинами виникнення болю можуть бути травматичні, запальні та пухлинні захворювання вуха. Головний біль спостерігається, головним чином, при внутрішньочерепних ускладненнях гнійних середніх отитів. Хронічні гнійні середні отити без ускладнень не супроводжуються болем.

Причини, не пов'язані із захворюванням вуха (біль, що передається по нервових стовбурах, які іннервують ділянку вуха), є такими:

1. Трійчастий нерв (V пара):
 - а) каріозні зуби і порушення прорізування зуба мудрості;
 - б) синусити.
2. Язикоглотковий нерв (IX пара):
 - а) після операції тонзилектомії;
 - б) перитонзиллярний абсцес (флегмонозна ангіна);
 - в) злоякісні пухлини піднебінних мигдаликів і кореня язика;
3. Блукаючий нерв (X пара) — пухлинні та туберкульозні виразки гортані.
4. Другий і третій шийні нерви — ураження шийних міжхребетних дисків (спондиліоз).

Виділення з вуха (оторея)

Водянисті виділення спостерігаються при переломах основи черепа, що розповсюджуються на середнє вухо і характеризуються виділенням по краплях спинномозкової рідини.

Кров'янисті виділення виникають при травматичному розриві барабанної перетинки.

Виділення спостерігаються при мірингіті, зазвичай вірусному. Геморагічні бульбашки розташовуються на поверхні барабанної перетинки, потім лопаються, що супроводжується кров'янистими виділеннями з вуха. Середній отит (гострий отит або хронічний середній отит з грануляціями) також супроводжується виділеннями.

Розрізняють виділення пухлинного походження: пухлини зовнішнього і середнього вуха (плоскоклітинний рак; тимпаногуглярна парагангліома — місцево злоякісна судинна пухлина, що росте з цибулини внутрішньої яремної вени, інфільтруючи, руйнує стінки середнього вуха), призводять до провідної приглухуватості, паралічу лицьового нерва, значних кровотеч з вуха.

Слизові або слизо-гнійні виділення характерні для гострого середнього отиту, можуть бути пульсуючими; а також для ту-ботимпанічного типу хронічного середнього отиту.

Гнійні виділення вказують на наявність холестеатоми (мізерні, смердючі й гноєподібні з домішками епітеліальних перлин) чи фурункулез (мізерний, схожий на сир, гній). Слизових виділень при фурункулі не буває через відсутність слизових залоз у зовнішньому вусі.

ОПЕРАЦІЇ НА ВУСІ

У наш час на вусі проводять такі операції: міринготомію, мастоїдектомію, радикальну операцію, тимпанопластику, стапедектомію та стапедопластику.

Міринготомія (парацентез)

Операція полягає в розрізуванні барабанної перетинки з метою видалення рідини, що міститься в порожнинах середнього вуха (рис. 15).

Показаннями до проведення операції є гострий гнійний середній отит при безуспішності медикаментозного лікування, наявності стійкого болю, високої температури, що триває понад 24 год. Показаннями до операції також є випинання барабанної перетинки, недостатній перфоративний отвір (маленька або висока перфорація), гострий отит у дітей з ознаками парентеральної диспепсії, гострий середній отит з ускладненнями — черепними або внутрішньочерепними. Парацентез показаний при секреторному середньому отиті. Під час операції може бути уведена дренажна трубка — шунт.

Міринготомію проводять при отиті, що виник внаслідок баротравми. Без анестезії операцію проводять у грудних дітей. Для місцевої анестезії у дорослих застосовується рідина Бонена (рівними частинами кокаїн, фенол і ментол).

Загальне знеболювання у дітей деякі автори рекомендують використовувати в усіх випадках.

Техніка проведення міринготомії: парацентезна голка (спис) уводиться під контролем зору крізь вушну ліжку.

Розріз проводиться у задньонижньому квандранті знизу вгору посередині між рукояткою молоточка і стінкою слухового проходу, оскільки це найменш небезпечне місце. Гній на кінчику голки відправляється на бактеріологічне дослідження і для визначення медикаментозної чутливості.



Рис. 15. Міринготомія (парацентез)

У подальшому проводять туалет вуха, за хворим спостерігають до того часу, поки барабанна перетинка загоється і слух нормалізується. Настає повне загоєння барабанної перетинки (на відміну від самовільної перфорації, за якої нерідко зберігається отвір).

Ускладнення виникають внаслідок пошкодження слухових кісточок (вивих ковадло-стременного суглоба) чи внутрішнього вуха (вкрай рідко).

Мастоїдектомія і мастоїдотомія

Це дренуюча операція на соскоподібному відростку, при якій усі його комірки видаляються.

Показаннями до операції є гострий мастоїдит, якщо консервативне лікування не ефективне (антибіотики і парацетез), вушний біль, припухлість у завушній ділянці, температура протягом 48 год.

Наявність гострого мастоїдиту з ускладненнями (черепними і внутрішньочерепними) й інших форм захворювання, таких як субперіостальний абсцес, верхівково-шийний (Бецольдовський), зигоматит, сквамїт, також є показаннями до проведення операції.

Знеболювання: загальне.

Техніка проведення. Вдаються до завушного розрізу. У маленьких дітей розріз короткий і високий для запобігання пораненню лицьового нерва, який розміщений поверхнево.

Видаляють кортикальний шар у проекції печери в типовому місці. Проводять розтин печери для дронування середнього вуха (печера знаходиться на глибині 15 мм від поверхні). Видаляють усі комірки соскоподібного відростка і формують одну загальну порожнину. Проводять ушивання рани з її дренажем (рис. 16). Ускладнення виникають внаслідок ушкодження лицьового нерва, латерального (сигмоподібного) синуса чи твердої мозкової оболонки.

Радикальна операція

Проводять видалення комірок соскоподібного відростка, патологічного вмісту з порожнин середнього вуха, каріозно зміненої кістки, слухових кісточок, крім стремена, і об'єднання порожнин в одну із загальним відтоком (рис. 17).

Мета операції: санація середнього вуха і запобігання внутрішньочерепним ускладненням.

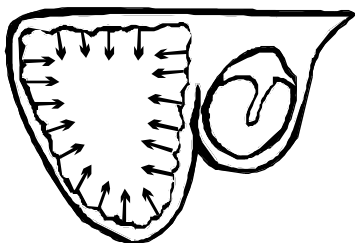


Рис. 16. Проста трепанція

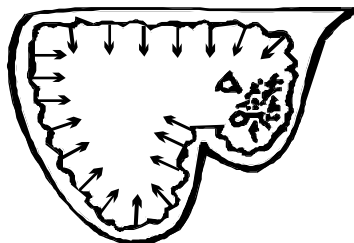


Рис. 17. Радикальна операція на вусі

Показання: хронічний гнійний середній отит з вираженою сприймаючою приглухуватістю; хронічний гнійний середній отит з ускладненнями (черепними і внутрішньочерепними); туберкульозний середній отит; пухлини середнього вуха.

Знеболювання: загальна анестезія або місцеве знеболювання.

Техніка виконання: розріз завушний або ендоуральний, видалення кортіального шару соскоподібного відростка, розтин печери, внаслідок чого видаляються повітроносні комірці.

Видаляють задню стінку слухового проходу. Порожнина соскоподібного відростка і середнього вуха стає однією порожниною. Проводять видалення вмісту середнього вуха:

- залишків барабанної перетинки;
- слухових кісточок, крім стремена;
- грануляцій, поліпів, холестеатоми.

Закривають вічко слухової труби з метою запобігання реінфікуванню з носоглотки.

Потім проводять закриття рани за вухом. У результаті утворюється одна загальна порожнина, що дронується крізь зовнішній слуховий прохід.

Ускладнення: такі ж, як і при простій мастоїдотомії, але можуть зазнати пошкодження внутрішнє вухо і лицьовий нерв.

Тимпанопластика

Це пластична операція з метою реконструкції структур середнього вуха (барабанної перетинки і слухових кісточок) при хронічному гнійному середньому отиті.

Мета операції — поліпшити слух після санації порожнин.

Показання. Операції виконуються за допомогою операційного мікроскопа і широко використовуються при лікуванні хво-

рих на хронічний гнійний середній отит зі збереженою системою, що сприймає звук.

Знеболювання: як загальне, так і місцеве.

Техніка виконання: розріз завушний або ендоуральний. Видалення патологічно змінених тканин із соскоподібного відростка і порожнин середнього вуха.

Відновлення низки слухових кісточок проводять аутокісткою, дротом, тefлоном або консервованою кісткою; перфорацію барабанної перетинки закривають клаптем стінки вени чи темпоральної фасції.

Якщо слухові кісточки збережені, закриття перфорації барабанної перетинки називається *мірингопластикой*. Інші типи тимпанопластики наведено в спеціальній літературі.

Стапедектомія та стапедопластика

Показанням до проведення операції є отосклероз.

Знеболювання: місцеве.

Техніка виконання: стремено видаляється, формується протез із тefлону, що встановлюється в овальне вікно, вкрите клаптем стінки вени або дротом із прив'язаним шматочком жиру.

Ускладнення: пошкодження лабіринту.

РОЗДІЛ II

НІС

Анатомія носа. Зовнішній ніс утворений носовими кістками зверху і хрящами знизу.

Порожнина носа складається з двох порожнин, розділених носовою перегородкою. Передня частина (переддвер'я носа) вистелена шкірою, що містить волосяні фолікули. Безпосередньо порожнина носа вистелена слизовою оболонкою, покритою циліндричним миготливим епітелієм. Нюхова ділянка (верхня 1/3 порожнини носа) вистелена нюховим епітелієм.

Кожна порожнина носа має два отвори:

- передній носовий отвір (ніздрі);
- задні носові отвори (хоани).

Чотири стінки носа:

1. Покрівля, утворена продірявленою пластинкою гратчастої кістки (дно передньої черепної ямки).
2. Дно, утворене твердим піднебінням.
3. Медіальна стінка, утворена носовою перегородкою (рис. 18).
4. Латеральна стінка, утворена тілом верхньощелепної кістки, що має три носові раковини: верхня і середня — частини гратчастого лабіринту, нижня раковина — самостійна кістка (рис. 19). Простір під кожною раковиною називається *носовим ходом*.

Нижній носовий хід розміщується під нижньою раковиною, у ньому відкривається носослізна протока. Середній носовий хід розміщується між середньою і нижньою носовими раковинами (рис. 20). Тут відкриваються передня група приноскових пазух (лобна, передня і середні комірки гратчастого лабіринту і верхньощелепна). Верхній носовий хід лежить між середньою і верхньою носовими раковинами. Тут відкриваються задні комірки гратчастого лабіринту. Сфеноетмоїдальна кише-

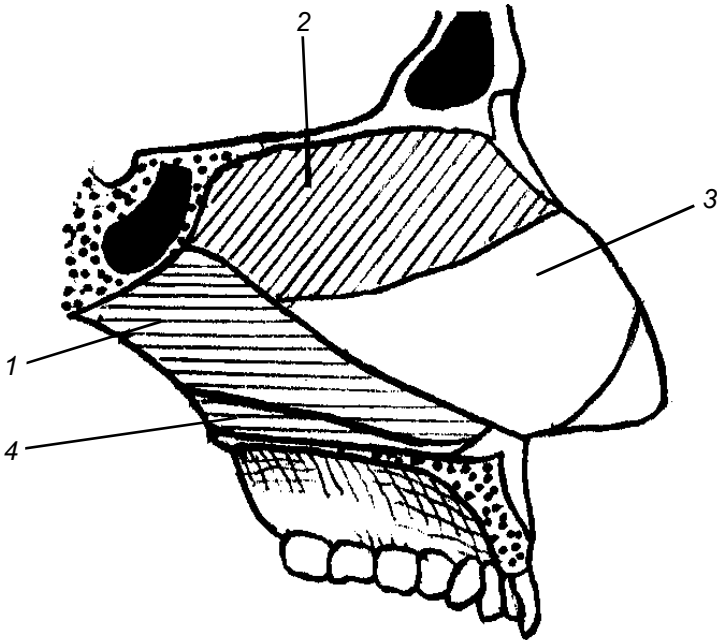


Рис. 18. Анатомія носової перегородки:
 1 — леміш; 2 — перпендикулярна пластинка гратчастої кістки; 3 — чотирикутний хрящ носової перегородки; 4 — носовий гребінь

ня — це простір, що лежить вище за верхню носову раковину. Тут відкривається основна пазуха.

Функції носа

Дихальна функція здійснюється шляхом проходження повітря, що вдихається.

Захисна функція здійснюється зігріванням і зволоженням повітря, що вдихається, за рахунок стикання з кавернозною тканиною носових раковин і секретом слизової оболонки носа. Таким чином захищається нижній епітелій альвеол легень. Волоски переддвер'я фільтрують повітря від домішок. Фільтрація дрібних домішок здійснюється носовим слизом, їх евакуація — рухом війок миготливого епітелію в носоглотку.

За участю лізоциму (бактеріолітичний фермент носового слизу), лімфоїдної тканини слизової оболонки, а також рефлексним чханням здійснюється захисна функція.

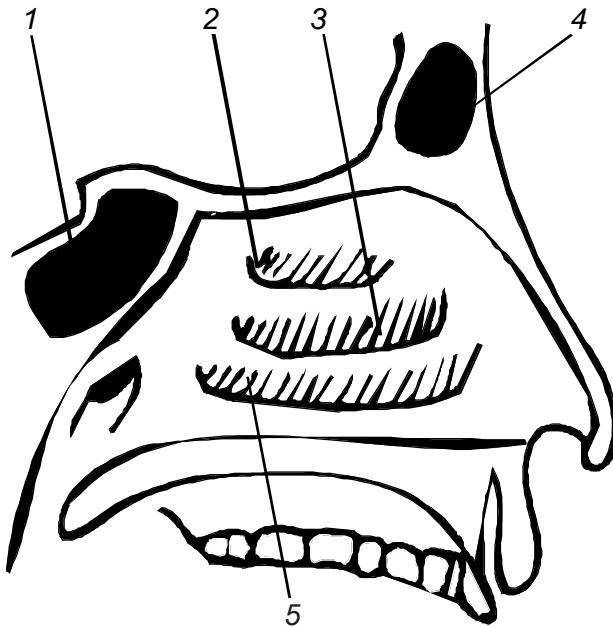


Рис. 19. Латеральна стінка носа:

1 — основна пазуха; 2 — верхня носова раковина; 3 — середня носова раковина; 4 — лобна пазуха; 5 — нижня носова раковина

Нюхова функція здійснюється нюховим епітелієм.

Фонаторна функція — резонатор голосу.

Дренаж для слізної рідини відбувається в порожнину носа.

Дослідження носа

Анамнез. Наявність закладання носа, виділень із носа, кровотеч, зниження або відсутність нюху.

Огляд. При зовнішньому огляді звертають увагу на припухлості, набряк, деформації тощо.

Передня риноскопія: проводять огляд порожнини носа крізь передні носові отвори з використанням носового дзеркала, при цьому помітні носова перегородка, середня й нижня носові раковини.

Середня риноскопія виконується після анестезії слизової оболонки з використанням носового дзеркала з подовженими губками шляхом підймання середньої носової раковини для огляду середнього носового ходу.

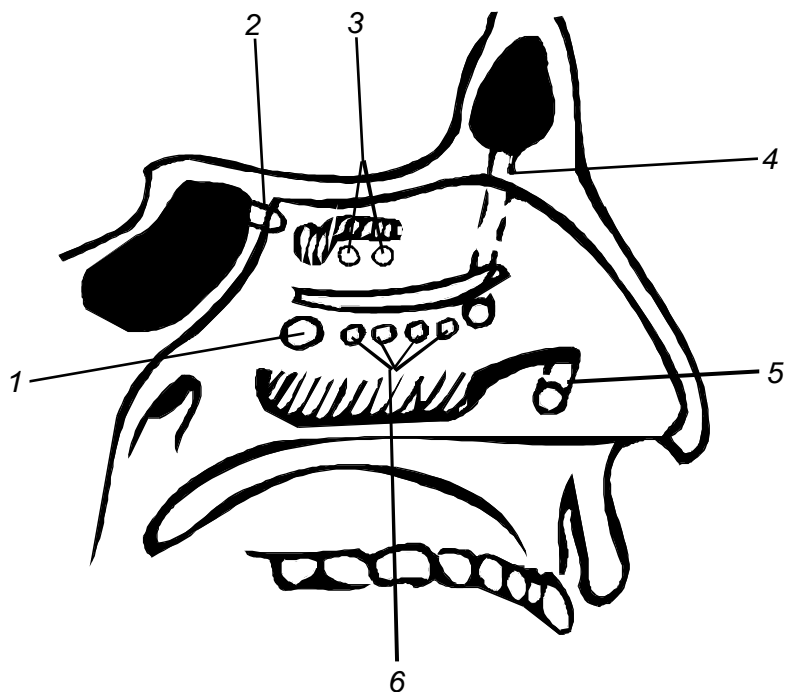


Рис. 20. Латеральна стінка носа (після часткового видалення носових раковин):

1 — отвір верхньощелепної пазухи; 2 — отвір основної пазухи; 3 — отвір задніх комірок гратчастого лабіринту; 4 — лобно-носовий канал; 5 — носослізний канал; 6 — отвір передніх і середніх комірок гратчастого лабіринту

Задня риноскопія передбачає огляд задніх відділів носа крізь хоани з боку носоглотки з використанням носоглоткового дзеркала. При цьому помітні склепіння носоглотки, вічка слухових труб, задні кінці носових раковин і задні відділи носової перегородки.

Додаткові дослідження: рентгенографія кісток носа і приносних порожнин; бактеріологічне дослідження і визначення медикаментозної чутливості виділень.

Захворювання носа

Природжена атрезія хоан спричиняється утворенням перетинкового або кісткового природженого закриття хоан з одного або з двох боків.

Клінічні прояви: при односторонній атрезії спостерігаються одностороннє закладання і виділення з носа. При двосторонній атрезії асфікція може настати раніше, ніж новонароджений навчиться дихати ротом. Дитина не може смоктати.

Дослідження. Забарвлені носові краплі або резиновий катетер уводяться крізь ніс зі спробою провести їх в носоглотку. Рентгенографія з уведенням дитині рентгеноконтрастних речовин (йодоліпол) у ніс доводить наявність або відсутність прохідності.

Лікування. Хірургічний розтин з боку порожнини носа або крізь тверде піднебіння.

Сторонні тіла носа

Ними можуть бути різні предмети (живі або неживі, такі як папір, намистинки, гудзики, зерна і т. д.), найчастіше спостерігаються у дітей.

Ринопіти (носове каміння) — звапнілі маси, які з'являються в результаті випадання солей кальцію або магнію з носового секрету навколо сторонніх тіл (екзогенних), слизу або крові (ендогенних).

Клінічні прояви. Односторонні з неприємним запахом виділення і закладання половини носа є характерним при наявності стороннього тіла в порожнині носа дитини. Сторонні тіла можуть бути виявленими під час огляду або зондування.

Лікування: видалення стороннього тіла гачком, якщо дитина адекватна, або проводять загальне знеболювання.

Переломи кісток носа

Переломи зазвичай виникають внаслідок удару або дорожньо-транспортної пригоди. Перелом часто супроводжується пошкодженням слизової оболонки носа або шкіри.

Клінічні прояви: деформація; припухлість (набряк, гематома, кровилив навколо очей або підшкірна емфізема); розм'якшення; крепітація; носова кровотеча, носова обструкція.

Обстеження повинно включати рентгенографію кісток носа і лицьового черепа.

Лікування: у свіжих випадках репозицію кісток носа слід виконувати негайно. Якщо набряк приховує деформацію, треба зачекати 1–2 тиж, а потім провести репозицію.

Фіксація після репозиції здійснюється шляхом накладання гіпсової пов'язки або липкого пластира. У за давнених випадках (утворення кісткового мозоля) старі оmozолені переломи слід знову зламати, кісткові уламки правильно зіставити і зафіксувати.

Запальні процеси зовнішнього носа

Фурункульоз переддвер'я носа

Фурункул є гострим, спричиненим стафілококовим інфікуванням волосяних фолікулів, запаленням переддвер'я носа.

Клінічна картина: біль, почервоніння і припухлість навколо кінчика носа або в переддвер'ї. Після кількох днів фурункул може прорвати і дренуватися.

Укладнення: спостерігається тромбоз кавернозного синуса, тому що фурункул розташований у небезпечній зоні обличчя, вени якої сполучаються крізь очні вени з кавернозним синусом. Вичавлювання фурункула неприпустиме. Якщо гній накопичується, слід провести розтин фурункула.

Лікування: застосовують антибіотики широкого спектра дії й анальгетики, мазь, яка містить антибіотики. У повторних випадках необхідно провести дослідження сечі на цукор. Показане застосування стафілококового анатоксину.

Гострі риніти

Гострі запалення слизової порожнини носа поділяються на гострі неспецифічні та гострі специфічні риніти (дифтерія носа).

До гострих неспецифічних ринітів належать гострий нежить і гострий риніт, який супроводжує грип, інші інфекційні захворювання, за яких виникають висипи.

Гострий риніт (переохолодження, нежить)

Гострий риніт спричиняється вірусною інфекцією. Зазвичай її супроводжує вторинне бактеріальне інфікування. Захворювання розповсюджується шляхом крапельної інфекції. Інкубаційний період — 1–3 дн. Сприятливими причинами є переохолодження і низька загальна опірність організму. Місцевими сприятливими причинами є захворювання порожнини носа, що супроводжуються порушенням носового дихання; подразнення слизової оболонки курінням і пилом.

Клінічна картина. Ішемічна (суха) стадія характеризується відчуттям сухості та печії у задніх відділах носа і глотці протягом кількох годин. На стадія гіперемії (гіперсекреції) спостерігається чхання, водянисті виділення і закладання носа, що супроводжуються субфебрильною температурою і нездужанням. Слизова оболонка носа потовщена, набрякла і почервоніла.

Кілька днів потому настає стадія вторинного інфікування: виділення стають густими й гнійними. Токсемія нарощується. Потім настає стадія видужування. Завершення відбувається протягом 3 дн.

Укладнення: синусити; гострий отит; низхідні інфекції: фарингіти, ларингіти і трахеобронхіти, шлунково-кишкові розлади.

Лікування. Загальне лікування полягає в такому: хворому рекомендують спокій, легкозасвоювану дієту, рясне тепле питво. Застосовують анальгетики (аспірин) і вітамін С, антибіотики — за наявності вторинного інфікування. Призначають засоби відволікаючої терапії. Місцево під час першого періоду застосовують відволікальні засоби.

У другому періоді — судинозвужуючі краплі до носа, парові інгаляції.

Профілактика захворювання полягає в ліквідації сприятливих причин щодо його виникнення, уникненні контактів із хворими на гострий нежить, уведенні протигрипозної сироватки в період загрози епідемії.

Дифтерія носа спостерігається рідко, переважно у ранньому дитячому віці. Може бути як первинним, так і вторинним ураженням при глоткових формах дифтерії. Найчастіше виявляється одnobічними криваво-гнійними виділеннями з носа. В порожнині носа наявні дифтеритичні плівки. При мікроскопічному дослідженні мазків виявляється збудник дифтерії.

Хронічні риніти поділяються на неспецифічні: катаральний (простий), гіпертрофічний і атрофічний, а також специфічні (гранулеми носа): риносклерома, сифіліс, туберкульоз, вовчак, проказа й грибокве ураження.

Хронічний катаральний риніт. Морфологічні зміни локалізуються у поверхневих шарах слизової оболонки. Миготливий епітелій втрачає війки. Подекуди епітеліальний покрив порушений або інфільтрований круглоклітинними елементами, під епітеліальний шар набряклий. Судини слизової оболонки розширені, стінки стоншені.

Симптоми. Утруднене носове дихання і виділення з носа. При лежанні на боці закладання виражене більше у тій половині, яка нижча. При риноскопії — гіперемія слизової оболонки, ціаноз, набряк, слиз. Порушення нюху має тимчасовий характер.

Для розрізнення катаральної форми від гіпертрофічної змазують слизову оболонку судинозвужуючими препаратами (ефедрин, адреналін). За катаральної форми настає скорочення слизової оболонки носа.

Лікування. Застосовують в'язучі засоби: 3–5%-й розчин протарголу по 5 крапель до кожної половини носа 3 рази на день або змазування слизової 3–5%-м розчином ляпісу, УВЧ, УФ-тубус. Усувають вплив шкідливих факторів — вологість, запиленість, загазованість, переохолодження.

Гіпертрофічний риніт характеризується гіпертрофією або гіперплазією слизової оболонки.

Етіологія. Виникає внаслідок гострих ринітів, що повторюються. Багато важить наявність постійних сприяючих причинних факторів.

Клінічні прояви: закладання носа і виділення, гіпертрофія слизової, особливо носових раковин. Відсутність ефекту скорочення слизової оболонки у відповідь на закапування судинозвужуючих засобів є важливою діагностичною ознакою.

Лікування. Виключають вплив факторів, що сприяють розвитку захворювання.

Зменшують розміри збільшених раковин шляхом електрокоагуляції або часткового зрізання (конхотомія).

Атрофічний риніт. Атрофічний процес може бути розлитим і обмеженим у вигляді переднього сухого риніту. Сприяючими факторам є дія газів, пару, пилу (мінеральний пил — силікатний, цементний, тютюновий та ін.). Розвитку атрофічного риніту також сприяють травми, перенесені в порожнині носа операції — конхотомія, резекція носової перегородки, травми носа. В дитячому віці — інфекційні захворювання: кір, грип, скарлатина, дифтерія — або конституційна схильність.

Клінічні прояви: мізерні в'язкі слизові або слизо-гнійні виділення, які прилипають до слизової оболонки і висихають, утворюючи кірки. Утруднення дихання пов'язане з налипанням кірок, видалення яких призводить до пошкодження стоншеної слизової оболонки й утворення виразок і перфорацій носової перегородки. Можливі носові кровотечі з зони Кіссельбаха.

Лікування: зрошення порожнини носа 1–2 рази на день ізотонічним розчином хлориду натрію з додаванням кількох крапель 10%-ї йодної настойки.

Слизову оболонку змазують йод-гліцериним 1 раз на день протягом 10 дн. Проводять вітамінотерапію, оздоровлення умов праці та побуту.

Озена

Смердючий нежить являє собою атрофічний процес слизової оболонки та кісткових стінок носа.

Етіологія. Існує кілька теорій щодо виникнення озени. За ендокринною теорією, захворювання частіше спостерігається у жінок впродовж періоду статевого дозрівання і супроводжується естрогенною недостатністю.

Інфекційна теорія пов'язує озену з хронічними гнійними синуситами у дітей і наявністю бацилярної інфекції, включаючи збудника озени та інших мікроорганізмів.

Дефіцитна теорія полягає в тому, що залізодефіцит або дефіцит вітаміну А є причиною виникнення озени.

Існують також теорія місцевого дисбалансу, аутоімунна теорія.

Симптоми: спостерігаються виділення з носа: кірки із запахом, зумовленим їх гниттям. Пацієнт втрачає нюх через атрофію слизової оболонки нюхової ділянки. При видаленні кірок виникають носові кровотечі. У хворого утруднене дихання, бо ніс закладений кірками (хоча порожнина носа зяє), і знижене відчуття прохідності повітря.

Клінічні прояви: зяюча порожнина носа з атрофованою слизовою і раковинами, зеленуваті або чорні кірки, що вкривають стінки порожнини носа.

Лікування. Медикаментозне лікування полягає у відмиванні порожнини носа від кірок содовими розчинами, закапуванні до носа ментолової олії. До порожнини носа уводять тампони, просочені 25%-м розчином глюкози в гліцерині. Екстрогенні препарати застосовують місцево і системно, антибіотики відповідно до чутливості флори. Для посилення секретії слизових залоз місцево застосовують препарати йод-гліцерину.

Хірургічне лікування полягає у звуженні порожнини носа шляхом введення під слизову оболонку хряща, кістки або синтетичних матеріалів.

Риносклерома. Склерома — ендемічне захворювання, що виникає у деяких географічних районах (лісисті та болотисті місцини). Це хронічне специфічне захворювання слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, яке спричиняється паличкою Фріша — Волковича. Звичайно виявляється в порожнині носа (риносклерома), але може залучатися слизова оболонка глотки (фарингосклерома) чи гортані (ларингосклерома).

Клінічна картина розвивається за трьома стадіями:

1. Атрофічна стадія: спостерігається картина атрофічного риніту.

2. Гіпертрофічна (гранулематозна, чи вузликова стадія). Виявляються двосторонні підслизові вузликові інфільтрати, що, зростаючись між собою, утворюють масивні щільні інфільтрати, які виповнюють порожнину носа, стаючи причиною носової обструкції та припухлості зовнішнього носа. Процес може розповсюджуватися наперед, залучаючи кінчик носа і верхню губу, або вгору, залучаючи носослізний канал або слізний мішок (дакріосклерома).

3. Фібозна (рубцева стадія). Деформація зовнішнього носа й обструкція порожнини виникають в результаті вираженого рубцювання.

Визначення діагнозу здійснюється на підставі біопсії. Спостерігається характерна гістопатологічна картина: клітини Мікуліча — специфічні клітини, які містять бацили Фріша — Волковича; тільця Русселя — яскраво-червоні з дегенерованою плазмою клітини; на стадії рубцювання ці клітини замінюються фібробластами з утворенням рубцевої тканини. Васкуляризація зменшується. Проводять посів культури (бактеріологічне підтвердження). Виявляють короткі капсуловані диплобацили.

Лікування. Медикаментозне лікування полягає в застосуванні стрептоміцину по 1 г протягом 40 дн під контролем стану кохлеарного та вестибулярного апаратів; тетрацикліну, ауреоміцину або тераміцину по 1 капсулі кожні 6 год протягом 20 дн. Ці препарати можуть використовуватися місцево у вигляді мазі.

Променеве лікування проводять з метою склерозування інфільтратів. Застосовують глибоку радіотерапію.

Хірургічним способом видаляють локалізовані інфільтрати або рубцеві тканини з метою відновлення прохідності носа.

Сифіліс носа. Природжений сифіліс завжди супроводжується гугнявістю як у ранніх випадках, коли є постійний риніт, за якого утворюються тріщини верхньої губи, так і в пізніх, що характеризуються появою гуми.

Набутий сифіліс може бути у вигляді первинного сифілісу, що виявляється шанкром, або вторинним, який супроводжується ринітом, або третинним — з наявністю гуми, особливо в кістковій частині носової перегородки, яка є причиною середньої перфорації носової перегородки або твердого піднебіння, провалювання спинки носа (сідлоподібний ніс).

Діагноз визначають за реакцією Вассермана, на підставі тесту Кана, за наявності спірохет.

Вовчак носа спричиняється ослабленою туберкульозною паличкою. Маленькі вузлики, які нагадують яблучне желе, виникають на межі шкіри та слизової. Вони зливаються і викриваються виразками в одних випадках і зникають, замінюючись на рубці, — в інших. Може спостерігатися перфорація носової перегородки у передніх відділах і деформація кінчика носа.

Лікування: протитуберкульозне.

Алергічний риніт характеризується збоченою реакцією слизової оболонки порожнини носа на деякі антигени.

Симптоми виникають у відповідь на повторну дію антигенів. Реакція характеризується вазодилатацією і набряком слизової оболонки.

Етіологія. Сприяючим і найбільш важливим фактором є спадковість.

Психологічним фактором є алергія, що найчастіше спостерігається в емоційних осіб.

Інші спонукаючі причини: інгалянти (найчастіше), такі як пил, пліснява, пилок; харчові продукти: молоко, риба, суниця; ін'єктанти: інсулін, пеніцилін, йодиди; інфектанти: бактерії, паразити; контактанти: пудра, косметика; фізичні фактори: різка зміна атмосферних умов (температура й вологість).

Клінічна картина. Носова алергія може бути сезонною у відповідь на вдихання пилку трав або дерев чи постійною протягом року.

Симптоми: нападоподібне чхання, свербіння в носі; виділення з носа — двосторонні, рясні та водянисті; закладання носа.

Ознаки. Слизова оболонка носа бліда або синюшна й набрякла, можуть бути поліпи.

Для визначення діагнозу забирають мазок з носа, що доводить еозинфілію. На підставі шкірного тесту з різними антигенами виявляється етіологічний агент.

Лікування проводять загальне та місцеве. Загальне лікування полягає у виключенні контакту з етіологічним фактором, якщо його виявили. Проводять специфічну (введення зростаючих доз антигена), і неспецифічну (антигістамінні препарати, кортикостероїди) десенсибілізуючу терапію.

Місцево призначають краплі до носа, які містять антигістамінні, судинозвужуючі засоби й кортикостероїди, проводять електрокаустуку, ультразвукову дезінтеграцію нижніх носових раковин. В деяких випадках проводиться невротомія відієвого нерва з метою переривання парасимпатичної іннервації слизової оболонки носа.

Носові поліпи

Це випинання на ніжці слизової порожнини носа, які ростуть у напрямку середнього носового ходу, іноді в них наявна сполучна тканина.

Етіологія: найчастіше носові поліпи мають алергічну природу, хронічне запалення може сприяти їх появі (хронічний етмоїдит). Іноді вони є наслідком хронічного запалення, що супроводжується алергією.

Симптоми: двостороннє закладання носа, виділення з носа.

Ознаки: спостерігаються двостороні, бліді, блискучі, на ніжках (гроноподібні) розростання, що виходять із середнього носового ходу.

Лікування полягає у видаленні поліпів за допомогою поліпної петлі та носових щипців.

Протиалергічне лікування здійснюється з метою запобігання рецидивам. Призначають кортикостероїди: короткий курс проводиться у стійких випадках. Етмоїдотомія виконується у рецидивуючих випадках.

Антрохоанальний поліп

Це поодинокий односторонній поліп. Здебільшого росте з верхньощелепної пазухи, виходячи крізь її отвір і, прямуючи назад, спускається в носоглотку крізь хоану.

Клінічні прояви: частіше спостерігається в юнацькому віці. Є причиною одностороннього закладання носа і виділень. Виявляється при задній риноскопії.

Лікування: видалення, радикальна операція на пазусі у випадку рецидивів.

НОСОВА ПЕРЕГОРОДКА _____

Анатомія носової перегородки. Носова перегородка розміщується майже по середній лінії. Складається з чотирикутного хряща, перпендикулярної пластинки гратчастої кістки і лемеша.

Захворювання носової перегородки

Викривлення носової перегородки — це відхилення перегородки в один або обидва боки від середньої лінії, можуть визначатися шипи у нижній частині носової перегородки. Носова перегородка ніколи не буває абсолютно рівною. Однак симптоми з'являються тільки у випадку значного її викривлення.

Етіологія: виникає внаслідок порушення швидкості росту, сімейної та расової схильності або травматичного ушкодження.

Клінічна картина: спостерігається закладання носа одностороннє або двостороннє. Стискування вивідних отворів носових пазух викривленою носовою перегородкою призводить до синуїтів. Закриття носолобної протоки призводить до кістозного розширення лобної пазухи. Також спостерігаються виділення з носа. Носові кровотечі виникають внаслідок перегинання живлячих судин на виступаючому боці носової перегородки або розвитку атрофічного риніту в більш широкій носовій порожнині. Низхідна інфекція сприяє виникненню середнього отиту, фарингіту, ларингіту, трахеобронхіту. Деформація зовнішнього носа відбувається внаслідок травматичного ушкодження.

Лікування: підслизова резекція носової перегородки.

Гематома носової перегородки майже завжди травматичного походження або виникає після підслизової резекції носової перегородки.

Клінічна картина: двостороннє закладання носа і припухлість з двох боків носової перегородки.

Лікування: розріз й евакуація, призначення антибіотиків.

Абсцес носової перегородки зазвичай розвивається вторинно внаслідок інфікування гематоми носової перегородки.

Клінічна картина така ж, як і при гематомі, але спостерігаються пульсуючий біль і підвищення температури.

Ускладнення: розплавлення хряща, перфорація перегородки і западання спинки носа, тромбоз кавернозного синуса.

Лікування: розтин, дренаж, застосування антибіотиків.

Перфорація носової перегородки. Передні перфорації (у хрящовій частині) поділяються на травматичні та запальні. Травматичні перфорації трапляються після перенесеної підслизової резекції носової перегородки, колування в носі з метою видалення кірок при атрофічних ринітах, запальні причини — вовчак, лепра, абсцес носової перегородки.

Причиною задніх перфорацій (у кістковій частині) найчастіше є сифіліс на стадії гуми.

ПРИНОСОВІ ПАЗУХИ

Анатомія приноскових пазух. Пазухи — це повітроносні порожнини, які розташовуються в окремій кістці лицьового черепа і з'єднуються з порожниною носа вивідними отворами. Вони вистелені миготливим війчастим епітелієм, який є продовженням слизової оболонки порожнини носа.

Класифікація: розрізняють передню групу пазух: верхньощелепна відкривається в задній частині середнього носового ходу, лобна — через носолобну протоку в передній частині середнього носового ходу.

Передні та середні комірки гратчастого лабіринту відкриваються в середній носовий хід.

Задня група пазух: задні комірки гратчастого лабіринту відкриваються у верхній носовий хід, основна пазуха — у сфеноетмоїдальну кишеню. Верхньощелепна пазуха лежить у тілі верхньощелепної кістки. Це найбільша пазуха, що має форму піраміди.

Топографія: вгорі розміщується орбіта; внизу — другий пре-моляр, перший моляр і тверде піднебіння; спереду — м'які тканини щоки; ззаду — крилопіднебінна ямка; медіально — носова порожнина (високий неадекватний дренаж). Лобна пазуха лежить у тілі лобної кістки. Права і ліва пазухи часто різні за величиною.

Гратчастий лабіринт складається з 7–15 маленьких повітроносних порожнин з кожного його боку. Вони поділяються на передні, задні та середні групи комірок. Основна пазуха лежить у тілі основної кістки.

Функції приносових пазух. Вони є резонаторами голосу; зігрівають повітря, що вдихається; полегшують вагу голови; збільшують поверхню прикріплення м'язів обличчя.

Дослідження приносових пазух. Слід зібрати анамнез, провести зовнішній огляд, передню, середню та задню риноскопію.

Додаткові методи дослідження: діафаноскопія та рентгенівське дослідження. Оглядова рентгенограма виявляє затінення пазухи або показує рівень рідини; контрастна рентгенографія з йодоліполом показує контури пазухи та стан її слизової оболонки; томографія — локалізацію ураження; діагностична пункція і промивання верхньощелепної пазухи пояснюють природу затінення. Також проводять посів флори.

Захворювання приносових пазух

Гострі синуїти — це гостре запалення однієї або кількох приносових пазух, спричинене піогенною флорою (стрепто-, стафіло-, пневмококи й ін.).

Етіологія. Інфекція проникає з боку носа (крізь природні отвори) (рис. 21). Найчастіше причиною синуїтів є гострий риніт, що спричиняється переохолодженням, грипом або інфекційними захворюваннями (кір, коклюш та ін.).

Плавання і пірнання, сторонні тіла, тампонада носа також можуть бути причиною виникнення захворювання.

Одонтогенними причинами є каріозні зуби, екстракція 2-го премоляра та 1-го моляра з утворенням оромаксиллярної фістули.

Зовнішні причини: поєднані переломи щелепно-лицьової ділянки із залученням приносових пазух. Причини, що сприяють виникненню захворювання, поділяються на загальні (зниження резистентності організму) і місцеві (супровідні захворювання порожнини носа, що спричиняють закриття вивідних отворів приносових пазух; викривлення носової перегородки, вазомоторно-алергічний риніт, поліпи, гіпертрофія носових раковин тощо).

Патоморфологічними формами є гострий катаральний і гострий гнійний синуїти.

Симптоми: підвищення температури, нездужання, закладання носа, зниження нюху, носовий відтінок голосу, виділення з носа (слизо-гнійні або гнійні). Наявність виділень з неприємним запахом свідчить про одонтогенну причину захворювання. Біль або головний біль, який посилюється при нахилі голови, напру-

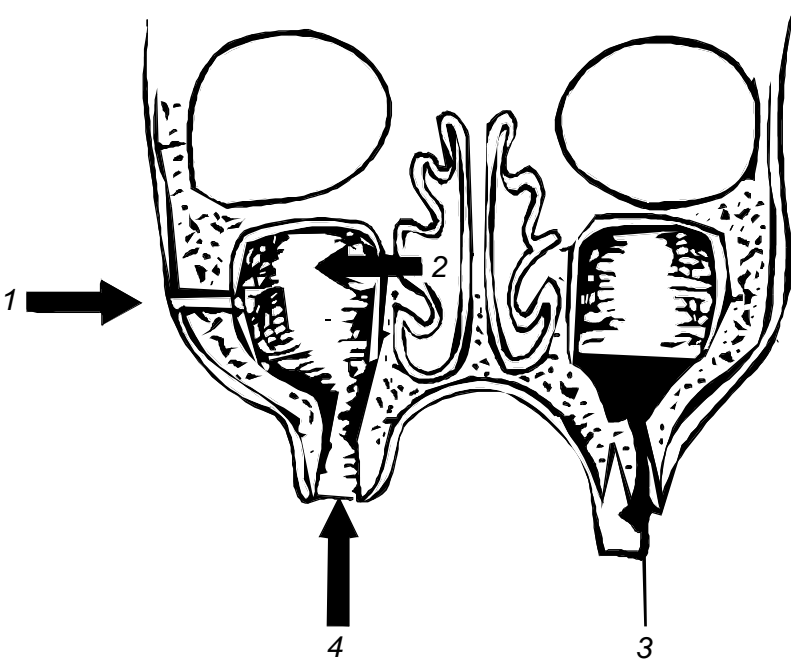


Рис. 21. Шляхи проникнення інфекції у верхньощелепну пазуху:

1 — травматичний (при переломі верхньої щелепи); 2 — риногенний (крізь природний отвір); 3 — одонтогенний (каріозні зуби верхньої щелепи); 4 — оромаксиллярний (крізь комірку видаленого зуба)

женні або кашлю, болісна пальпація пазухи спостерігаються:

- а) при ураженні верхньощелепної пазухи:
 - біль при натискуванні на пазуху;
 - іррадіація болю в зуби або у вуха;
- б) при ураженні лобної пазухи:
 - біль в ділянці лоба;
 - розпираючий головний біль внаслідок закупорки носолобного каналу і розсмоктування повітря. Біль періодичний, починається вранці, стає упертим протягом дня і зменшується увечері;
- в) при ураженні гратчастого лабіринту:
 - біль у ділянці внутрішнього кута ока;
 - біль між очима;
- г) при ураженні основної пазухи:

- біль у задніх відділах голови та потилиці;
- біль поза очима.

Прояви: під час зовнішнього огляду виявляють припухлість над ураженою пазухою.

Передня риноскопія: запалення слизової оболонки носа; гній на боці ураженої пазухи. Гній спостерігається при ураженні верхньощелепної пазухи — у задніх відділах середнього носового ходу; лобної пазухи — у передніх відділах середнього носового ходу; при захворюванні гратчастого лабіринту — у середньому носовому ході. Можуть бути поліпи.

Задня риноскопія: гній у середньому носовому ході — запалення передньої групи пазух; у верхньому носовому ході — задніх комірок гратчастого лабіринту; у сфеноетмоїдальній кишені основної пазухи.

Методи дослідження: діафаноскопія, рентгенографія параназальних пазух показує затінення або рівень рідини. Проводять дослідження виділень з носа на флору та її чутливість.

Лікування. Загальне: постільний режим, легка дієта, рекомендоване рясне питво, антибіотики, анальгетики й антигістамінні препарати.

Місцеве лікування: судинозвужуючі краплі до носа з метою відновлення прохідності вивідних отворів пазух, парові інгаляції, на підгострій стадії — УВЧ-терапія.

Для дренивання при запаленні верхньощелепної пазухи проводять її пункцію у нижньому носовому ході та промивання; при запаленні лобної пазухи — катетеризацію носолобного каналу (їй не віддають перевагу через складність техніки виконання); трепанопункцію в ділянці дна пазухи; при запаленні комірок гратчастого лабіринту — промивання шляхом їх переміщення; при ураженні основної пазухи — катетеризація.

Профілактика: після лікування гострих синуїтів слід лікувати спонукаючі причини і супровідні захворювання (викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин, поліпи, алергія тощо), підвищити стійкість організму.

Хронічні синуїти

Етіологія. Виникають внаслідок гострих синуїтів, що повторюються, та їх неадекватного лікування. Сприяючими причинами є висока вірулентність мікрофлори й низька резистентність організму хворого.

Патоморфологічні форми: розрізняють гіпертрофічний і атрофічний хронічний синусит.

Симптоми: утруднення дихання, закладання носа, зниження або спотворення нюху, носовий відтінок голосу. При синуситах одонтогенного походження виділення рясні з запахом. Наявний тупий біль. Ознаками низхідної інфекції є середній отит, фарингіт, ларингіт і бронхіт. Є симптоми септичного осередку в організмі.

Прояви. Передня риноскопія: запалення слизової оболонки порожнини носа, гній у середньому носовому ході. Задня риноскопія: гній у середньому або верхньому носовому ході або сфеноїдальній кишені.

Визначення діагнозу. Проводять діафаноскопічне дослідження — затемнення відповідної пазухи; на рентгенограмі помітне затемнення пазухи або рівень рідини, контрастне дослідження покаже товщину слизової оболонки. Також проводять пункцію верхньощелепної пазухи та промивання, бактеріологічне дослідження виділень і визначення чутливості.

Лікування хронічних запалень верхньощелепної пазухи слід розпочати з лікування супровідних захворювань: викривлення носової перегородки, алергії, поліпів, аденоїдів та ін. Пункція (рис. 22) і промивання пазухи виконуються повторно (3–4 рази), за відсутності успіху проводять внутрішньоносовий розтин пазухи.

Якщо гноєтеча триває, доцільно провести радикальну операцію на пазусі. Внутрішньоносовий розтин пазухи виконується під нижньою носовою раковиною через медіальну стінку пазухи.

Радикальна операція здійснюється на верхньощелепній пазусі (операція Калдвелл — Люка).

При **хронічному запаленні лобної пазухи** проводять лікування супровідних захворювань — конхотомію середньої носової раковини, радикальну операцію на верхньощелепній пазусі. Потрібний внутрішньоносовий розтин лобної пазухи з накладанням широкого співустя.

Зовнішня операція на лобній пазусі (фронтотомія) виконується з розрізу шкіри від середини брови до внутрішнього кута орбіти, дно пазухи трепанується, і пазуха санується з накладанням співустя з порожниною носа (риностома).

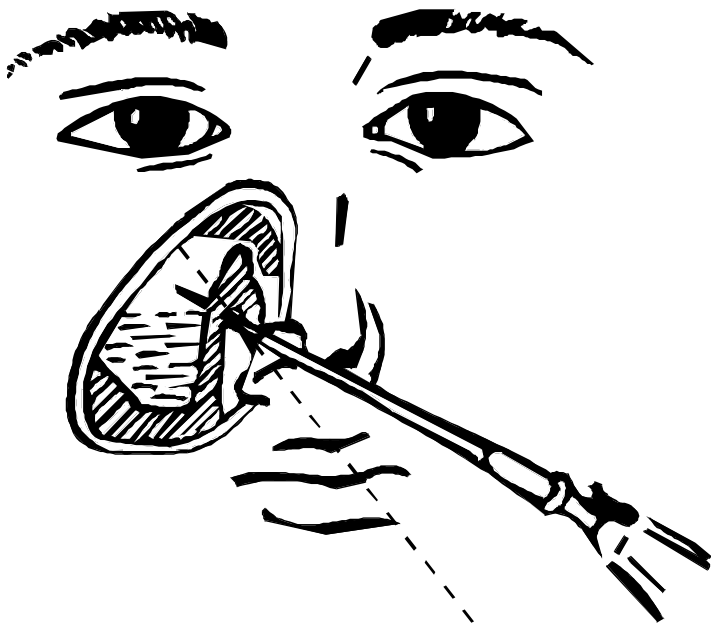


Рис. 22. Пункція верхньощелепної пазухи

Лікування хронічних запалень комірок гратчастої кістки розпочинають з лікування супровідних захворювань — конхотомії середньої носової раковини тощо.

Відсмоктують вміст методом переміщення за Проетцом, виконують ендоназальний розтин комірок гратчастого лабіринту (етмоїдектомія), екстраназальний розтин комірок гратчастого лабіринту (етмоїдектомія).

Хронічне запалення основної пазухи підлягає ендоназальній катетеризації основної пазухи, ендоназальному розтину основної пазухи, екстраназальному розтину основної пазухи.

Ускладнення синуїтів

Найчастіше ускладнення виникають в результаті загострення хронічних синуїтів.

Черепні ускладнення: остеомієліт, субперіостальний абсцес, фістула. Звичайно це спостерігається у випадках з лобною кісткою.

Внутрішньочерепними ускладненнями є екстрадуральний абсцес, менінгіт, тромбоз кавернозного синуса: проптоз, хемоз,

набряк соска зорового нерва й офтальмоплегія. Тромбоз найчастіше розповсюджується на інший кавернозний синус і може призвести до смерті. До внутрішньочерепних ускладнень належить абсцес мозку (лобної частки).

Орбітальними ускладненнями є флегмона орбіти, абсцес й атрофія зорового нерва.

Низхідна інфекція призводить до середнього отиту, фарингіту, ларингіту, бронхіту, бронхоектазії й бронхіальної астми, спостерігаються шлунково-кишкові розлади.

Загальні ускладнення при синуїтах можуть стати джерелом загального сепсису.

Кісти носа і приносних пазух

Розрізняють природжені дермоїдні кісти і кісти зубного походження.

Зубна кіста найчастіше спостерігається у дорослих, вона пов'язана з каріозно зміненим зубом і призводить до кістозного запалення щелепи та твердого піднебіння. Рентгенологічне дослідження підтверджує наявність кісти.

Лікування: видалення.

Мукоцеле є кістою, що найчастіше виходить з лобної пазухи або гратчастого лабіринту, або тієї й іншої (лобно-гратчаста ділянка).

Етіологія. Причинами можуть бути обструкція вивідного отвору пазухи і потовщення її слизової оболонки.

Клінічні прояви: припухлість (при пальпації відчуття напруженої кісти або хруст яєчної шкаралупи); проптоз (при мукоцеле лобної пазухи зміщення ока донизу і наперед; при мукоцеле гратчастого лабіринту — наперед).

Лікування: хірургічне видалення.

Пухлини носа і приносних пазух

Доброякісні пухлини: частіше спостерігається остеома, але трапляються й інші типи пухлин:

1. Епітеліальні: **папілома** росте в переддвер'ї або порожнині носа, бородавчастої форми (на ніжці або сосочкова). Є пердраковим захворюванням.

Лікування: видалення.

2. Сполучнотканинні: **остеоми** бувають компактними або

губчастими, перебігають безсимптомно (виявляються при рентгенографії); велика пухлина деформує орбітальну стінку і зміщує очне яблуко. Остеома може бути причиною внутрішньочерепної гіпертензії.

Лікування: хірургічне видалення.

Фіброза дисплазія не є справжньою пухлиною. Вона складається з фіброзної тканини та губчатої кістки (фіброзна остеома), дає чітко окреслене випинання і найчастіше уражує верхньощелепну кістку. Однак інші кістки лицьового скелета теж можуть бути ураженими.

Ангіома найчастіше виявляється у передніх відділах носової перегородки (інколи її називають поліпом носової перегородки, що кровоточить) або носових раковин. Є причиною повторних носових кровотеч.

Хондрома, фіброма та інші пухлини зустрічаються рідко.

До місцево злоякісних пухлин належать такі:

Адамантинома: пухлина, яка росте з епітелію, відповідального за формування зубів. Мікроскопічно вона подібна до базальноклітинної карциноми. Має частково солідну, частково кістозну будову.

Остеокластома: пухлина кістки, що містить численні гігантські клітини. Уражує найчастіше верхню щелепу, супроводжується відчуттям хрусту ячної шкаралупи при пальпації.

Рентгенографічно виявляється тінь, що нагадує мильну піну.

Лікування: хірургічне видалення.

Злоякісні пухлини зустрічаються частіше, ніж доброякісні. Звичайно вони виходять з верхньої щелепи і гратчастого лабіринту. До них належать рак — пухлина, що найчастіше спостерігається, уражає осіб віком понад 40 років, здебільшого чоловіків, і саркома, яка спостерігається рідко, частіше за молодого віку.

Клінічна картина. **Пухлина верхньощелепної пазухи** (рак верхньої щелепи). Якщо вона проростає крізь медіальну стінку (рис. 23), то характеризується кров'янистими або гнійно-кров'янистими виділеннями з однієї половини носа, одностороннім закладанням носа й односторонньою сльозотечею. Якщо вона проростає крізь покрівлю пазухи, то характеризується зміщенням очного яблука, якщо руйнує дно пазухи — з'являється припухлість твердого піднебіння, розхитування та випадання зубів; якщо руйнує передню стінку — з'являється припухлість

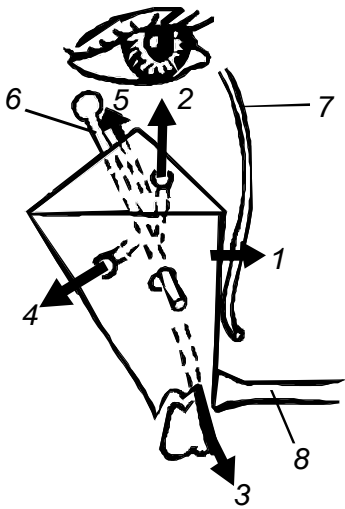


Рис. 23. Напрямок росту пухлини верхньощелепної пазухи:

1 — у порожнину носа крізь її латеральну стінку; 2 — у порожнину орбіти крізь верхню стінку пазухи; 3 — у порожнину рота крізь дно пазухи; 4 — у м'які тканини щоки крізь передню стінку пазухи; 5 — у крилопіднебінну ямку

Хірургічне лікування: бокова ринотомія за Муром із видаленням пухлини гратчастого лабіринту; ринотомія за Муром — Денкером для видалення пухлин гайморової пазухи, гратчастого лабіринту та латеральної стінки порожнини носа; повне видалення верхньої щелепи при пухлинах, що руйнують і тверде піднебіння, і альвеолярний відросток.

Променева лікування: телегамматерапія під час передопераційного або у післяопераційному періоді.

Медикаментозне лікування: хімотерапія протипухлинними препаратами може бути використана шляхом внутрішньовенного або регіонарно — шляхом внутрішньоартеріального уведення крізь систему зовнішньої сонної артерії.

щоки; якщо руйнує задню стінку — виникає біль в результаті залучення другої гілки трійчастого нерва (рис. 23).

При передній риноскопії можна побачити вкрити виразками пухлину, що кровоточить при доторкуванні. Шийні лімфатичні вузли уражаються пізно. Кахексія також настає пізно.

Пухлини гратчастого лабіринту

Пухлини, які ростуть посередині, спричиняють двобічне закладання носа та носові кровотечі, а пухлини, які ростуть латерально, — припухлість у ділянці внутрішнього кута орбіти й зміщення очного яблука.

Методи дослідження. Рентгенографічно виявляється деструкція кісткових стінок пазухи. Проводять біопсію.

СИМПТОМИ Й ОЗНАКИ ЗАХВОРЮВАНЬ НОСА

1. Закладання носа.
2. Виділення з носа.
3. Носова кровотеча.
4. Біль, головний біль.
5. Порушення нюху.
6. Припухлість.

Закладання носа

Причини двостороннього закладання носа можуть бути природженими (природжена атрезія хоан — з двох боків); набутими (викривлення носової перегородки — в обидва боки); травматичними; запальними (гострий риніт або синуїт, хронічний риніт або синуїт); алергічними (носова алергія і поліпи в порожнині носа з двох боків); пухлини (злоякісні пухлини, що зміщують або інфільтрують носову перегородку).

З боку носоглотки причинами утруднення носового дихання можуть бути:

- аденоїди;
- доброякісні пухлини, наприклад, носоглоткова фіброма;
- злоякісні пухлини.

Причини одностороннього закладання носа бувають природжені (однобічна атрезія хоани); набуті (викривлення носової перегородки в один бік); травматичні (наявність стороннього тіла в порожнині носа); запальні (однобічний синуїт та однобічна дифтерія носа); алергічні (хоанальний поліп); пухлини (доброякісні: папілома; місцево-злоякісні: адамантинома і остеобластокластома; злоякісні: рак і саркома).

Ускладнення закладання носа є такими: ротове дихання; розлад нюху; порушення мовлення (носовий відтінок голосу); аденоїдне обличчя; захворювання вух.

Виділення з носа

Виділення стікають як у переддвер'я, так і назад у носоглотку, що призводить до загальних захворювань за типом низхідної інфекції, спричиняючи середній отит, фарингіт, ларингіт і шлунково-кишкові розлади.

Причини двосторонніх виділень з носа такі: водянисті виділення бувають при носовій алергії, гострому риніті, надлишковому виділенні слизу.

Вода і страва можуть виділятися з носа при перфорації твердого піднебіння чи паралічу м'якого піднебіння (при дифтерії).

Слизо-гнійні або гнійні виділення супроводжуються закладанням носа (застій), спричиняються інфікуванням.

Кровотеча (див. носові кровотечі).

При атрофічних ринітах утворюються кірки.

Причини односторонніх виділень з носа бувають різноманітними.

Водянисті виділення спостерігаються при цереброспінальній ринорей, що характеризується витіканням спинномозкової рідини з носа.

Етіологія: ідіопатична ринорея спричинена природженим дефектом ситоподібної пластинки або рідина виділяється навколо нюхових нервів.

Травматичні ринорей виникають внаслідок перелому основи черепа із залученням ситоподібної пластинки; неопластичну ринорею спричиняють пухлини головного мозку, що проростають у покрівлю порожнини носа.

Клінічні прояви: однобічні краплинами водянисті виділення. Вони прозорі, без кольору і запаху, місять цукор, не залишають плям на носовій хустці.

Виділення посилюються під час кашлю, шморгання або при стискуванні яремних вен.

Обстеження полягає в дослідженні виділень при підозрі на спинномозкову рідину. При люмбальній пункції уводять у спинномозковий канал забарвлюючу рідину (індигокармін), яка повинна з'явитися в порожнині носа через 15 хв при лікворей.

Оромаксиллярна фістула — це свищ між порожниною рота і верхньощелепною пазухою, що є причиною виділення з носа води та страви.

Етіологія: свищі поділяються на травматичні, що утворилися після екстракції зуба чи радикальної операції на гайморовій пазусі, якщо лінія розрізу під верхньою губою не закрилася, а також неопластичні, утворені в результаті росту злоякісної пухлини, яка руйнує верхню щелепу.

Клінічні прояви: однобічне закидання рідини та страви в порожнину носа; зонд може проходити крізь свищ з порожнини рота в пазуху.

Жовтувата серозна рідина спостерігається внаслідок випорожнення кісти гайморової порожнини в пазуху носа. Ця рідина містить кристали холестеролу.

Кров (див. носові кровотечі).

Слизо-гнійні або гнійні виділення супроводжуються однобічним закладанням, а кірки утворюються при атрофічному риніті вторинно, при викривленні носової перегородки (з більш широкого боку) або після хірургічних операцій (конхотомії).

Носові кровотечі

Розрізняють кровотечі носові та постносові, при яких кров стікає в глотку, проковтується і спричиняє блювання.

Кровопостачання носа. Найбільш важливими є такі артерії:

1. Передня решітчаста артерія.
2. Крилопіднебінна артерія.
3. Велика піднебінна артерія.
4. Верхньогубна гілка лицьової артерії.

Ці судини анастомозують у передній частині носової перегородки, так званій *зоні Кіссельбаха*.

Етіологія. Місцеві причини виникнення носових кровотеч є різними. Вони поділяються на такі:

1. Ідіопатичні:

Спонтанні носові кровотечі із зони Кіссельбаха є найчастішими (90 % усіх випадків). Вони наявні у дітей і юнаків. Для цього іноді досить невеликої травми або сухого повітря, яке вдихається, що призводить до появи сухості та кірок у порожнині носа.

2. Травматичні:

- а) сторонні тіла;
- б) травма, включаючи перелом носових кісток, викривлення носової перегородки і перелом основи черепа;
- в) хірургічні (післяопераційні).

3. Запальні: гострі риніти.

4. Пухлини носа і придаткових пазух:

- а) доброякісні: ангиома, численні телеангіоектазії;
- б) злоякісні: карцинома, саркома.

5. Пухлини носоглотки:

- а) доброякісні: юнацька ангиофіброма носоглотки;
- б) злоякісні: карцинома, саркома.

Загальні причини виникнення носових кровотеч поділяються на такі:

1. Серцево-судинні:

- а) підвищення артеріального кров'яного тиску (гіпертонічна хвороба); кровотеча відбувається з передніх решітчастих артерій у верхніх відділах носа;
- б) підвищений венозний тиск: мітральний стеноз, серцева недостатність і пухлини середостіння.

2. Хвороби крові: пурпура, гемофілія, лейкемія, анемія, авітаміноз С (цинга), авітаміноз К (печінкова недостатність).

3. Лихоманки (підвищення температури): ревматизм, інфекції, які супроводжуються висипами, грип, дифтерія, тиф.

4. Медикаментозні: хінін, саліцилати, антикоагулянти, наприклад, гепарин.

Лікування: при місцевому лікуванні слід подати першу допомогу. Пацієнт повинен перебувати в сидячому положенні (якщо немає колаптоїдного шоку). Накладається холод на перенісся. Ніс стискується двома пальцями після уведення в порожнину носа шматка вати, змоченого судинозвужуючими краплями (за відсутності гіпертензії можна використати адреналін) або алюмінієві квасці.

Для спинення носової кровотечі проводять тампонаду носа:

а) передня тампонада носа — просякнутий олією марлевий тампон у вигляді турунди пухко укладається в порожнині носа пошарово, починаючи з дна, на 24–48 год (рис. 24);

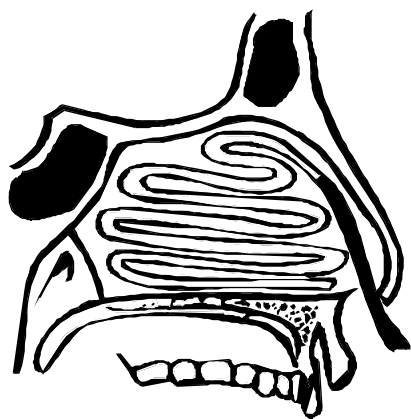


Рис. 24. Передня тампонада носа

б) задня тампонада носа проводиться, якщо кровотеча відбувається із задніх відділів або передня тампонада не ефективна (рис. 25). Для цього гумовий катетер вводиться крізь половину носа в глотку і виводиться крізь рот. До введеного з рота кінця катетера прив'язуються два з трьох кінців лігатур приготовленого марлевого тампона (його величина відповідає об'єму носоглотки пацієнта). За кінець катетера, який виходить з порожнини носа, витягуються прив'язані до другого кінця лігатури.



Рис. 25. Задня тампонада носа

Тампон за допомогою пальця щільно укладається в носоглотку. Катетер відсікається від лігатур, і між ними виконується передня тампонада. Лігатури туго зав'язуються над марлевим тампоном біля входу в переддвер'я носа. Тампон залишається на 24–48 год.

Третя лігатура фіксується до щоки й надалі з її допомогою видаляють тампон з носоглотки.

Проводять коагуляцію носа під місцевою анестезією. Для цього застосовують трихлороцтову кислоту, хромову кислоту, нітрат срібла (20–40%-й розчин).

Хромовая кислота або нітрат срібла можуть використовуватися й у вигляді кристалів; також застосовують електродіатермокоагуляцію.

Хірургічне лікування виконується в рідких випадках, якщо тампонада виявляється не ефективною. Це перев'язування передньої або задньої решітчастих артерій (доступом через орбітальну надкисницю); верхньощелепної артерії (через верхньощелепну пазуху); зовнішньої сонної артерії.

Загальне лікування полягає в створенні спокою, застосуванні седативних засобів. Проводять трансфузію (в рідких випадках) свіжоцитратної крові при порушеннях системи зсідання крові, вводять антигемофілічний глобулін (якщо можливо) при гемофілії, плазму або її замітники. Уведення антибіотиків поєднують з тампонадою носа. Застосовують коагулянти: вітамін К, зміїний яд і тромбін.

Під час обстеження хворого слід виявити причини носової кровотечі, які необхідно ліквідувати після її спинення.

Носова кровотеча може виникнути з таких причин:

1. Температура (висока при лихоманці), кров'яний тиск (високий при гіпертонії).
2. Тривалість кровотечі, здатність крові зсідатися і протромбіновий час.
3. Картина крові може виявити лейкопенію і тромбоцитопенічну пурпуру.
4. Біопсія гранулеми або пухлини.

Біль. Головний біль

Головний біль, пов'язаний із захворюваннями носа і приносних пазух, становить 5 % від усіх причин головного болю. Він може супроводжувати такі стани:

1. Травматичні: перелом кісток носа і приносних пазух, викривлення носової перегородки, яка супроводжується відсутністю носового дихання.
2. Запальні:
 - а) фурункули переддвер'я носа;
 - б) абсцес носової перегородки;
 - в) синуїти.
3. Злоякісні пухлини.

Причини головного болю поділяються на психогенні й органічні.

До органічних причин виникнення головного болю належать внутрішньочерепні (менінгіти, підвищення внутрішньочерепного тиску тощо); черепні (петрозит, остеомієліт тощо); позачерепні (мігрень; тригемінальна невралгія; зубна невралгія; очний біль в таких випадках як порушення рефракції, глаукома).

Порушення нюху (дизосмія)

Нюхова слизова оболонка стимулюється частинками, які мають запах, в повітрі, що вдихається. Імпульси надходять по волокнах нюхового нерва крізь ситоподібну пластинку гратчастого лабіринту в мозок. Спостерігаються аносмія (повна відсутність нюху) і гіпосмія (зниження нюху).

Етіологія. Порушення нюху може статися з таких причин:

1. Інтраназальні:
 - а) закладання носа;

- б) атрофія слизової оболонки (атрофічний риніт);
 - в) периферичні неврити (наприклад, при діабеті та після грипу).
2. Внутрішньочерепні:
- а) перелом основи черепа з ураженням нюхових нервів;
 - б) пухлини головного мозку.

Какосмія — це суб'єктивні відчуття неприємних запахів. Причиною цього можуть бути місцеві захворювання, такі як одонтогенний гайморит або стороннє тіло в порожнині носа.

Паросмія — це спотворене сприйняття запахів (суб'єктивне відчуття неіснуючих запахів), що характерне для хворих на істерію або епілепсію.

Припухлість

Причиною зовнішньої деформації може бути травматична припухлість, наприклад, емфізема після хірургічної операції на приносових пазухах тощо чи запальна.

Запальна припухлість виникає як гіпертрофічна стадія при гранулемах, наприклад, при риносклеромі, а також при синуїтах (тільки при ускладненнях, наприклад, при остеомієліті лобної кістки).

Кісти і пухлини також можуть спричиняти зовнішню деформацію.

ОПЕРАЦІЇ В ДІЛЯНКАХ НОСА І ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ

Деякі з цих операцій виконуються під місцевою анестезією.

Місцева анестезія. Премедикація здійснюється з використанням морфіну й атропіну. Для поверхневої (аплікаційної) анестезії використовується дикаїн — 1–3%-й розчин з додаванням кількох крапель адреналіну 1:1000, оскільки він має гемостатичний і судинозвужуючий вплив, що зменшує всмоктування анестетика, запобігає інтоксикації і продовжує місцево-анестезуючу дію.

Інфільтраційна анестезія проводиться 0,5–1%-м розчином новокаїну з додаванням кількох крапель адреналіну (5 крапель на 30 г розчину).

Ускладнення місцевої анестезії

Інтотоксикація розвивається через гіперчутливість, передозування і може виявлятися з боку центральної нервової системи: спочатку збудження (дрижання, судороги), потім гальмування (утруднення дихання, кома), падіння серцево-судинної діяльності: слабкий пульс, брадикардія, блідість, пітливість, запаморочення, втрата свідомості. Зрідка — спинення серцевої діяльності та смерть.

Антидот: барбітурати.

Підслизова резекція носової перегородки

Викривлення носової перегородки потребує корекції, якщо воно супроводжується відповідними симптомами.

Протипоказання: бажано уникати її до 16-річного віку, оскільки ріст кісткового скелету не завершений.

Анестезія: звичайно місцева інфільтраційна 1%-м розчином новокаїну (деякі віддають перевагу загальному знеболюванню).

Техніка проведення операції:

1. Вертикальний розріз слизової оболонки й охрястя виконують з одного боку за місцем переходу шкіри в слизову оболонку.

2. Тупо відсепарується слизова оболонка з охрястям й окістям з одного боку.

3. Вертикально розсікається хрящ носової перегородки.

4. Відсепарується слизова оболонка із охрястям з протилежного боку.

5. Видаляються викривлений хрящ і кістка.

6. Слизові клапті з'єднуються з двох боків носовими тампонами, які видаляються через 24 год.

Ускладнення: гематома або абсцес перегородки; перфорація перегородки; опущення спинки або кінчика носа; синехії між перегородкою і стінкою носа.

Пункція і промивання верхньощелепної пазухи

Показання. Діагностична (пробна) пункція проводиться, щоб підтвердити наявність інфекції, якщо рентгенологічне дослідження виявляє затемнення, і визначити його природу. Гній без домішок свідчить про наявність неповоротного ураження слизової оболонки з атрофією слизових залоз. Перевага віддається радикальній операції на верхньощелепній пазусі.

Бактеріологічний аналіз і визначення чутливості флори до антибіотиків можуть бути виконані при дослідженні гною або промивної рідини. Пробну пункцію проводять перед уведенням йодоліполу й здійсненням контрастного рентгенографічного дослідження.

Терапевтичну (повторну) пункцію проводять при підгострих і хронічних синуїтах. Промивна рідина може стати чистою після 3–4 пункцій. Після промивання доцільно вводити в пазуху антибіотики, кортикостероїди та ферменти.

Протипоказання. Пункції не виконуються при гострих синуїтах, що тривають близько 3 дн.

Анестезія: місцева поверхнева анестезія шляхом змазування слизової нижнього носового ходу дикаїном.

Техніка виконання: пункцію проводять так: голкою Куліковського проколюють латеральну стінку порожнини носа в нижньому носовому ході (під нижньою носовою раковиною), відступаючи від переднього кінця нижньої носової раковини назад на 1–1,5 см. Голку спрямовують вгору і назовні до зовнішнього кута очної щілини; прокол медіальної кісткової стінки пазухи у цій проекції відповідає найбільш тонкій її частині.

Промивання проводиться теплим ізотонічним розчином хлористого натрію з використанням шприца й канюлі.

Ускладнення поверхневої анестезії (див. вище). Можуть виникати такі пошкодження (порушення напрямку проколу): набряк м'яких тканин щоки (при пошкодженні передньої стінки); набряк клітковини орбіти (при пошкодженні верхньої стінки пазухи). Кровотеча трапляється при пошкодженні слизової оболонки в нижньому носовому ході. Повітряна емболія спостерігається рідко.

Внутрішньоносовий розтин верхньощелепної пазухи

Показання: хронічні синуїти, коли повторні пункції не ефективні.

Анестезія: місцева або загальна.

Техніка: розтин медіальної стінки пазухи здійснюється у нижньому носовому ході. В подальшому промивання пазухи проводиться крізь цей отвір.

Радикальна операція на пазусі за Калдвеллом — Люком

Показаннями до радикальної операції на верхньощелепній пазусі є такі захворювання:

1. Хронічні синуїти, які супроводжуються необоротними змінами слизової оболонки, і відсутність ефекту від консервативних методів лікування.

2. Оромаксилярна фістула.

3. Рецидивуючий поліпозний процес.

4. Кісти і пухлини верхньощелепної пазухи.

5. Стороннє тіло у верхньощелепній пазусі.

Анестезія: місцева або загальна.

Техніка виконання операції:

1. Розріз проводять по перехідній складці під верхньою губою.

2. Розтин пазухи здійснюється шляхом трепанації її передньої кісткової стінки з використанням долота й кісткових щипців.

3. Видалення ураженої слизової оболонки та поліпів.

4. Накладання співустя з порожниною носа (риностома).

5. Тампонування порожнини й закриття рани.

РОЗДІЛ III

ГЛОТКА

Глотка є фіброзно-м'язовою трубкою, що пролягає від основи черепа до стравоходу. М'язова стінка представлена, в основному, трьома м'язами-стискачами: верхнім, середнім і нижнім.

Глотка складається з трьох відділів:

1. Носоглотка (позаду порожнини носа).
2. Ротоглотка (позаду порожнини рота).
3. Гортаноглотка (позаду входу в гортань).

Лімфаденоїдний апарат глотки (кільце Вальдейєра — Пирогова) представлений кільцем субепітеліальних скупчень. У нормі воно зменшується за розміром у післяпубертатному періоді. Аденоїд (носоглотковий мигдалик) зменшується раніше (до 3–5 років). Аденоїди мають тільки лімфатичні шляхи, що відводять лімфу (лімфатичні вузли відрізняються від мигдаликів чи аденоїдів тим, що мають привідні та відвідні лімфатичні шляхи). Мигдалики дрениуються в заглоткові та глибокі шийні лімфатичні вузли. Регіонарні лімфовузли піднебінних мигдаликів розташовуються глибоко та нижче за кут нижньої щелепи.

НОСОГЛОТКА

Аденоїди

Це гіпертрофована підепітеліальна лімфаденоїдна тканина в склепінні й на задній стінці носоглотки, що супроводжується появою характерних симптомів. Звичайно спостерігається в дітей.

Аденоїдна маса не має капсули. Її вільна поверхня вкрита псевдоміоготливим епітелієм і має 5–6 вертикальних борозен.

Симптоми захворювання поділяються на носові, вушні і загальні.

Порушення носового дихання призводить до таких ускладнень:

а) ротове дихання з хропінням, носовий відтінок голосу й утруднене смоктання в немовлят;

б) аденоїдне обличчя з відкритим ротом, вузькими ніздрями, високе склепінчасте тверде піднебіння, виступаючі різці та апатичний вираз обличчя;

в) курячі груди і низхідні респіраторні запальні захворювання, що повторюються.

При слизових, слизо-гнійних виділеннях з носа спостерігаються почервоніння і тріщини переддвер'я носа й верхньої губи. Виділення, що стікають по задній стінці глотки, спричиняють її запалення і шлункові розлади. Можуть бути наявними хронічні синуїти. Кров'яністі виділення або носові кровотечі виникають внаслідок застійних явищ у порожнині носа й постійного інфікування.

До вушних проявів аденоїдів належить закупорка слухової труби, що спричиняє появу таких захворювань: рецидивуючих гострих середніх отитів і хронічних середніх отитів (гнійних або серозних). Наявність аденоїдів призводить до розумової недорозвиненості, неуважності, що пов'язана з гіпоксією. Це виявляється у шкільному віці. Також має місце нічне недержання сечі.

Клінічні ознаки: при задній риноскопії виявляються аденоїдні розростання.

Пальцьове дослідження носоглотки проводиться так: аденоїдні маси пальпуються вказівним пальцем, уведеним позаду м'якого піднебіння.

Лікування: аденотомія показана у випадках відсутності носового дихання і при симптомах середнього отиту.

Пухлини носоглотки

Розрізняють доброякісні (носоглоткова фіброма) і злоякісні пухлини носоглотки.

Носоглоткова фіброма

Це високоваскулізована фіброма (ангіофіброма), яка росте з базальної фасції чи періосту склепіння або задньої стінки носоглотки. Пухлина розвивається під час статевого дозрівання у хлопчиків і рідше — в юнацькому віці.

Симптоми. До носових симптомів належать закладання носа, тривалі носові кровотечі, що повторюються (судини пухлини не мають м'язового шару). Кровотечі можуть призвести до загибелі хворого. Деформація обличчя буває у пізніх випадках. При розповсюдженні пухлини, що проросла в орбіту, спостерігається випинання й зміщення очного яблука назовні; при проростанні у виличну ділянку — випинання щоки та виличної ділянки. Носоглоткові фіброми також викликають обструкцію слухової труби.

Клінічні ознаки. Передня риноскопія: пухлина найчастіше розповсюджується наперед у порожнину носа і пазухи. Задня риноскопія: помітна пухлина. Пальцьове дослідження носоглотки: пухлина щільна, часточкова й легко кровоточить.

Лікування. Хірургічне: пухлину видаляють шляхом розсічення м'якого піднебіння або проведення бокової ринотомії за Муром. Променеве: в окремих випадках проводять телегамматерапію з метою склерозування пухлини, що кровоточить, як підготовку до операції.

Злоякісні пухлини

Переважно спостерігаються карцинома (включаючи лімфо-епітеліому) у літніх, рідко — саркома (включаючи лімфосаркому) в молодих.

Симптоми: з боку носа — закладання, виділення з носа, носові кровотечі. До вушних симптомів належать зниження слуху, біль у вусі та нерухомість м'якого піднебіння на боці пухлини (через проростання пухлини), що є діагностичною тріадою Тробера.

Неврологічним симптомом є ураження черепномозкових нервів у результаті руйнування пухлиною основи черепа, що включає III, IV, V, VI і останні чотири пари черепно-мозкових нервів.

Шийні симптоми виявляються двосторонніми метастазами у верхніх глибоких шийних лімфатичних вузлах. Ці метастази можуть виявитися раніше, ніж пухлина.

Об'єктивні ознаки: при задній риноскопії виявляють пухлинні маси або виразки.

Пальцьове дослідження проводиться під місцевою анестезією за сумнівних випадків.

Додаткові дослідження: рентгенографія носоглотки й основи черепа, біопсія.

Лікування: телегамматерапія, хіміотерапія.

РОТОГЛОТКА

Анатомія піднебінних мигдаликів

Піднебінний мигдалик — це овальної форми маса лімфоїдної тканини, що розміщується між передньою й задньою піднебінними дужками з двох боків ротоглотки. Зовнішня поверхня його вкрита фіброзною капсулою, що відділяє мигдалик від м'язового ложа, сформованого верхнім м'язом-стискачем глотки (перитонзиллярний простір). Внутрішня поверхня вкрита багатошаровим плоским епітелієм, який занурюється в тіло мигдалика, утворюючи 12–15 заглиблень, або лакун (крипт). Найбільша крипта розташовується відразу під верхнім полюсом мигдалика (рис. 26).

Кровопостачання відбувається по тонзиллярній і висхідній піднебінних гілках лицьової артерії, висхідній глотковій із зовнішньої сонної артерії, низхідній піднебінній із внутрішньої щелепної артерії (рис. 27).

Функції піднебінних мигдаликів

Ці мигдалики виконують захисну, інформаційну, кровотворну функції та функцію підтримання бактеріологічного гомеостазу.

Запальні захворювання мигдаликів

Гострий тонзиліт (ангіна)

Гостре запалення мигдаликів частіше спостерігається у дітей.

Етіологія: звичайно спричиняється гемолітичним стрептококом, а також іншими піогенними збудниками.

Симптоми: біль у глотці при ковтанні, температура, слабкість, нездужання.

Клінічні прояви: при катаральній ангіні спостерігається дифузне почервоніння поверхні мигдалика; при лакунарній — плівкові нашарування, що виходять з лакун і не розповсюджуються за межі мигдаликів; при фолікулярній — жовтуваті крапки, які просвічуються крізь слизову і є фолікулами, що на-

гноїлися. Шийні лімфатичні вузли збільшені, м'які, розташовуються нижче за кут нижньої щелепи.

Ускладнення. Місцеві: перитонзиллярний абсцес і середній отит. Загальні: ревматизм і гострий нефрит. Диференціальний діагноз проводять з дифтерією.

Лікування. Загальне: постільний режим, саліцилати, антибактеріальні, десенсибілізуючі препарати та анальгетики.

Місцево застосовують теплі полоскання, зігріваючий компрес на шию.

Хронічний тонзиліт

Це хронічне запалення мигдаликів, яке патоморфологічно може характеризуватися ураженням слизової оболонки лакун (лакунарна форма), паренхіми (паренхіматозна), рубцюванням паренхіми (склеротична).

Етіологія: часті ангіни.

Симптоми. Місцеві: часті ангіни в анамнезі; відчуття подразнення в глотці; порушення ковтання або дихання при значних розмірах мигдаликів.

Загальні (наявність септичного осередку в організмі): гострі фарингіти при захворюваннях крові — агранулоцитоз та інфекційний мононуклеоз.

Хронічні: хронічний неспецифічний фарингіт, хронічний спе-

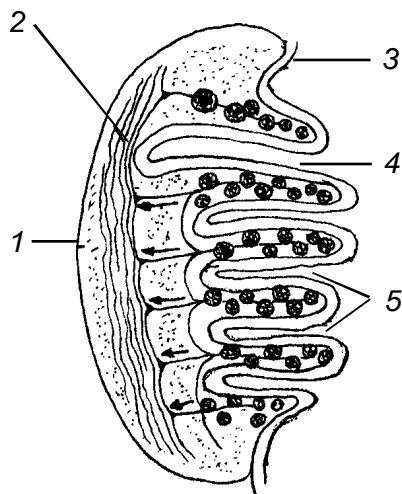


Рис. 26. Піднебінний мигдалик: 1 – капсула; 2 – еферентні лімфатичні судини; 3 – поверхневий епітелій; 4 – велика крипта; 5 – крипти

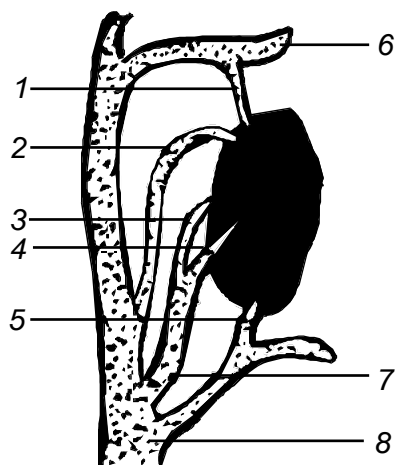


Рис. 27. Кровопостачання піднебінного мигдалика (артерії):

1 – низхідна піднебінна; 2 – висхідна глоткова; 3 – висхідна піднебінна; 4 – тонзиллярна; 5 – спинки язика; 6 – внутрішня щелепна; 7 – лицьова; 8 – зовнішня сонна

цифічний фарингіт; гранулеми (склерома, сифіліс, туберкульоз).

Гострий неспецифічний фарингіт

Зазвичай захворювання пов'язане з гострим ринітом (частіше через переохолодження), ринітами при висипах (кір, скарлатина й ін.) або грипом і може бути вторинним при інфікуванні гноєтворними організмами. Супроводжується дифузним ураженням слизової глотки без залучення мигдаликів.

Дифтерія

Це інфекційне захворювання, що спричиняється збудником дифтерії (коринебактерія Лефлера), яке найчастіше виявляється ураженням глотки і піднебінних мигдаликів (глоткова форма, або дифтерія зіву). Може залучати до ураження гортань (дифтерія гортані) або порожнину носа (дифтерія порожнини носа).

Шлях передачі інфекції — повітряно-крапельний. Частіше спостерігається у дітей 2–5 років. Інкубаційний період становить 2–5 дн.

Симптоми: біль у глотці, виражена інтоксикація, нездужання і помірне підвищення температури.

Ознаки. Дифтерія характеризується утворенням сіро-жовтих плівок внаслідок некрозу епітелію. Вони розміщуються на верхні мигдаликів, глотки й іноді розповсюджуються на гортань. Спостерігається виражена інтоксикація: незважаючи на локальне розташування збудника, екзотоксини циркулюють у крові. Збільшуються м'які шийні лімфовузли (набряк шиї).

Обстеження: проводяться дослідження мазка на дифтерію та бактеріологічний аналіз.

Диференціальний діагноз: за наявності плівок і виразок на мигдаликах захворювання доцільно диференціювати з ангіною; ангіною Симановського — Венсана (див. далі); кандидомікозом, молочницею (див. далі); хворобами крові (лейкемія, агранулоцитоз, інфекційний мононуклеоз) (табл. 4).

Ускладнення: дифтерійний екзотоксин має схильність уражати нервову, серцеву та ниркову тканини. Ускладнення з боку нервової системи — паралічі — можуть спостерігатися після 2–3 тиж.

1. Голова і шия:

- а) при паралічу м'якого піднебіння ускладнення ранні й найбільш часті, характеризуються носовим відтінком голосу та закиданням страви у ніс, м'яке піднебіння відхилене в здоровий бік;

Таблиця 4. Диференціальна діагностика дифтерії та неспецифічної ангіни

	Дифтерія	Ангіна (лакунарна, фолікулярна)
Початок	Поступовий	Швидкий
Інтоксикація	Виражена, нудота	Помірна
Обличчя	Бліде	Гіперемоване
Температура	Помірна	Висока
Пульс	Прискорений (без зв'язку з температурою), слабкий	Прискорений (у зв'язку з температурою), напружений
Плівки	Найчастіше односторонні, розповсюджуються за межі мигдаликів; видаляються важко. Після видалення плівок ерозована поверхня кровоточить	Можуть бути з двох боків; обмежені мигдаликами; видаляються легко без кровоточивості
Регіонарні лімфовузли	Одностороння пастозність	Двосторонні
Мікроскопічне дослідження	Бацила дифтерії — палочка Леффлера	Стрепто-, стафілококи
Альбумінурія	Наявна	Відсутня

- б) параліч очних м'язів включає внутрішні (параліч акомодації) або зовнішні м'язи (косоокість, диплопія);
- в) параліч глотки супроводжується порушенням ковтання; треба використовувати носостравохідний зонд для годування до повного видужання хворого;
- г) параліч гортані.

2. Ураження грудної мускулатури, включаючи діафрагму й міжреберні м'язи.

Лікування: штучна вентиляція легень з використанням апарата керованого дихання, поки самостійне дихання не відновиться.

Параліч кінцівок спостерігається рідко.

Серцево-судинні ускладнення (серцеві ураження) бувають ранніми, виникають через токсичний міокардит або периферич-

ний циркуляторний розлад, і пізніми, що трапляються внаслідок ураження блукаючого нерва (неврит). Респіраторні ускладнення виникають внаслідок обструкції дихальних шляхів дифтеритичними плівками (трахеостомія може стати необхідною) і низхідного інфікування (bronхіт і бронхопневмонія). До ниркових ускладнень належить гострий нефрит (альбумінурія).

Лікування: постільний режим, ізоляція в інфекційному стаціонарі, доки результат триразового бактеріологічного дослідження не буде негативним. Уводять антитоксичну сироватку 40 000–100 000 МО відповідно до віку й тяжкості захворювання негайно при підозрі на дифтерію. За наявності алергічних реакцій для лікування застосовують адреналін, антигістамінні засоби і кортикостероїди, а також антибіотики пеніцилінового ряду.

Профілактика: імунізація проти дифтерії обов'язкова для дітей старше 4 міс. Застосовують протидифтерійну вакцину КДП для імунізації проти коклюша, дифтерії та правця по 1 г через 2 міс тричі. Повну дозу уводять дитині віком 2 роки.

Ангіна Симановського — Венсана

Спричиняється симбіозом веретеноподібної палички і спірохети порожнини рота. Найчастіше потерпають мигдалики, але може уражатися і слизова оболонка як глотки, так і ясен.

Симптоми: біль у горлі, помірне підвищення температури і нездужання.

Прояви. Мигдалики вкриваються сіро-жовтим нальотом за рахунок некротичної тканини, що відторгається зі вкритої виразками поверхні. Виразки бувають різної форми й глибини. Вони можуть виходити за межі мигдалика і найчастіше локалізуються з одного боку. Збільшені м'які шийні лімфатичні вузли.

Діагностика здійснюється шляхом мікроскопічного дослідження мазка, в якому виявляють велику кількість вказаного збудника.

Лікування: загальне — пеніцилін і бісмут, місцеве — полоскання глотки слабким розчином перманганату калію (1:2000).

Мікоз

Грибкове ураження глотки найчастіше спричиняється кандидами. Спостерігається при місцевому або системному застосуванні антибіотиків.

Клінічна картина: численні плівчасті білуваті нальоти на поверхні слизової оболонки глотки, піднебіння, язика і порожнини рота, що легко знімаються.

Лікування: призначають протигрибкові препарати: ністатин (мікостатин) місцево й внутрішньо, 1%-й розчин генціанвіоніту для змащування.

Агранулоцитоз

Це захворювання характеризується зниженням кількості нейтрофілів у крові внаслідок депресії кісткового мозку (під дією цитотоксичних ліків, інтоксикації або внаслідок опромінення). Це призводить до зниження резистентності організму відносно інфекції.

Клінічна картина: некротично-виразкові зміни поверхні мигдаликів, глотки і слизової оболонки щок, ясен оточені невеликим запаленням. Некроз може розповсюдитися і спричинити арозивні кровотечі, які призводять до смерті.

Обстеження включає вивчення картини крові, на підставі чого визначається діагноз.

Лікування. негайно припинити вплив причинних факторів. Призначають антибіотики, вітаміни В₁, В₆, В₁₂, засоби, що стимулюють лейкопоез, проводять переливання свіжої крові й лейкоцитарної маси.

Лейкемія

Це збільшення кількості білих клітин і поява незрілих клітин в периферичній крові.

Клінічна картина. Спостерігаються виразки і півки на слизовій оболонці порожнини рота, глотки. Визначаються кровотечі з цих порожнин і з носа; генералізоване збільшення лімфатичних вузлів і селезінки.

Обстеження: картина крові та стерильна пункція дозволяють визначити діагноз.

Інфекційний мононуклеоз (залозиста лихоманка)

Ця вірусна інфекція призводить до зростання мононуклеарних клітин (лімфоцитів і моноцитів).

Клінічна картина: помірне підвищення температури (фебрильний тип), гострий тонзиліт, виразки і півки (ангінозний

тип), генералізоване збільшення лімфатичних вузлів (залозистий тип).

Обстеження: визначають картину крові, проводять Паульстест (діагностичний) — аглютинацію еритроцитів барана сироваткою хворого.

Виразки глотки

До травматичних виразок глотки належать механічні (пошкодження) і хімічні (опіки).

Запальні виразки глотки поділяються на такі:

Гострі неспецифічні (вірусні):

— герпес: простий (пухирці) і зостер (виразки);

— диспептичні: рецидивуючі, дрібні, болісні.

Гострі специфічні:

— дифтерія, виразково-плівчаста ангіна, кандидомікоз.

Хронічні специфічні:

— туберкульоз (виразки з підритими краями);

— сифіліс (глибокі виразки з інфільтруючими краями).

Пухлинні:

— карцинома (край припіднятий, дно некротичне, основа потовщена).

Системні захворювання:

— агранулоцитоз, лейкемія, інфекційний мононуклеоз.

Шкірні захворювання:

— пухирчатка (пухирі на шкірі та слизових оболонках легко прориваються з утворенням виразок).

Лікування: кортикостероїди.

Пухлини ротоглотки

Доброякісною пухлиною ротоглотки є папілома. Найчастіше вона локалізується на поверхні піднебінних дужок і м'якого піднебіння.

Мішані пухлини слинних залоз ростуть з малих слинних залоз, слизової оболонки м'якого піднебіння. Їх виявлення й діагностика бувають пізніми.

Злоякісні пухлини найчастіше залучають мигдалики або м'яке піднебіння.

Карцинома здебільшого супроводжується виразкою, а саркома є продуктивним пухлинним процесом.

ГОРТАНОГЛОТКА

Анатомія гортаноглотки

Гортаноглотка є нижнім відділом глотки. Розміщується позаду гортані на рівні 3–6-го шийних хребців.

Гортань розташовується наперед, а глотка, що за нею спускається, утворює з кожного боку від неї грушоподібні ямки. Заперсневидна ділянка розташовується за персневидним хрящем (рис. 28).

Дослідження нижнього відділу глотки

Проводять рентгенографічне дослідження з барієм (барієвий ковток): застосовується рентгеноконтрастна речовина, яка виявляє дефект заповнення глотки.

Гіпофарингоскопія — це огляд нижнього відділу глотки з використанням гортанного дзеркала.

Захворювання нижнього відділу глотки

До цих захворювань належить хронічний фарингоезофагіт (синдром Плюмер — Вінсона, або хвороба Патерсон — Броун — Келлі), хронічне запалення нижнього відділу глотки та верхньої частини стравоходу.

Спостерігається у жінок середнього віку. Належить до категорії передракових (посткрикоїдкарциноми).

Етіологія маловідома, може бути пов'язана з дефіцитом заліза або авітамінозом.

Клінічні прояви: спостерігаються такі синдроми:

- дисфагія;
- глосит і кутовий стоматит;
- атрофована лакована слизова оболонка нижнього відділу глотки і шийного відділу стравоходу; пізніше, внаслідок фіброзування, може виникнути симптом заслінки;
- ахлоргідрія;

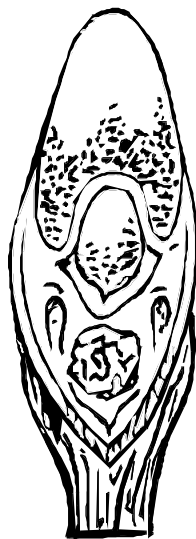


Рис. 28. Нижній відділ глотки (вигляд ззаду)

- дрібноклітинна анемія;
- койлоніхія (ложкоподібні нігті);
- спленомегалія.

Лікування: при анемії застосовують препарати заліза та вітаміни. Якщо сформувалася заслінка, проводять дилатацію та бужування.

Гризові випинання глотки (дивертикули)

Гризові випинання слизової глотки відбуваються крізь простір між косими і циркулярними волокнами нижнього стискача глотки. Виникають в результаті зростання внутрішньоглоткового тиску при нейром'язових розладах, що супроводжуються розслабленням циркулярної частини (перснеглоткового сфінктера) під час ковтання. Звичайно спостерігається у літніх осіб.

Клінічні прояви: дисфагія, відригування неперетравленої їжі, кістозне випинання на шії — частіше зліва. Випорожнюється при натисканні з характерним звуком.

Обстеження: барієвий ковток (контрастне виповнення), при гіпофарингоскопії іноді помітний отвір мішка.

Лікування. Розрізають мішок і перснеглотковий сфінктер для запобігання рецидиву.

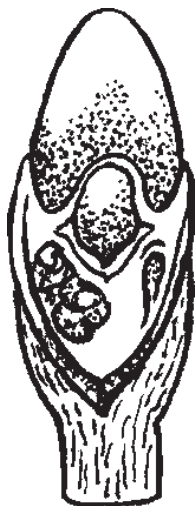


Рис. 29. Пухлина грушоподібного синуса

Пухлини нижнього відділу глотки

Карцинома грушоподібної ямки. Це одна з безсимптомних ділянок ураження, що дає ріст шийних метастазів, перш ніж з'явиться дисфагія (рис. 29).

Ознаки: непряма ларингоскопія виявляє пухлину в грушоподібній ямці. Вона може бути непомітною, якщо ямка виповнена слиною.

Лікування: проводять фаринголарингоектомію з видаленням регіонарного лімфатичного апарату шії, опромінення — перед і після операції.

Позадуперсневидна (посткрикоїд) карцинома частіше спостерігається в чоловіків, у жінок її виникненню може передувати синдром Плюмер — Вінсона.

Симптоми: прогресуюча дисфагія, особливо при ковтанні твердої їжі, зниження ваги, двосторонні метастази.

Ознаки: непрямая ларингоскопія показує верхній край пухлини в позадуперсневидному просторі. Характерною є ознака Мура: відсутність відчуття нормального фізіологічного хрусту при зміщенні гортані з боку в бік.

Обстеження: барієвий ковток — виповнення контрастною речовиною дефекту, розширення трахеохребетного простору. Гіпофарингоскопію проводять, щоб побачити пухлину й виконати біопсію.

Лікування: фаринголарингектомія з шийною лімфаденектомією, променева терапія.

НАГНОЄННЯ КЛІТКОВИНИ НАВКОЛОГЛОТКОВИХ ПРОСТОРІВ

При запаленні навкологлоткових просторів утворюються абсцеси: перитонзиллярний, ретрофарингеальний (заглотковий), парафарингеальний (навкологлотковий).

Перитонзиллярний абсцес

Це абсцес у перитонзиллярному просторі між капсулою мигдалика і його м'язовим ложем. Він частіше розташовується в ділянці верхнього полюса, бо інфікування, головним чином, здійснюється крізь верхню велику лакуну під час гострого тонзиліту. Процес звичайно односторонній.

Симптоми гострого тонзиліту стають більш виразні з розвитком вираженої дисфагії: хворий не може ковтати навіть свою слину, яка витікає з кута рота. Біль пульсуючий, віддається у вуха на боці абсцесу. Спостерігається тризм жувальних м'язів. Виникає кривошия.

Ознаки: припухлість м'якого піднебіння над запаленим мигдаликом, набряк навкružної слизової оболонки. Мигдалик зміщений донизу й медіально. Язикочок м'якого піднебіння набряклий і зміщений у протилежний бік. Збільшені м'які шийні лімфовузли.

Ускладнення. Вихід інфекції назовні від глотки (навкологлотковий абсцес), розповсюдження інфекції донизу з ураженням гортані (набряк гортані).

Диференціальний діагноз: слід відрізняти від пухлини піднебінних мигдаликів (симптоми гострого запалення відсутні) й аневризми (наявна пульсація).

Лікування: антибіотики на стадії інфільтрації (перитонзиліт); при утворенні гнійника — розріз і дронування.

Для розрізу абсцесу вибирають одне з таких місць (хворий знаходиться у сидячому положенні) (рис. 30):

а) відступаючи назовні на 0,5 см від перетину двох ліній — вертикальної від місця прикріплення передньої піднебінної дужки до основи язичка й горизонтальної — вздовж основи язичка м'якого піднебіння;

б) посередині лінії між основою язичка й останнім верхнім моляром;

в) у місці найбільшого випинання;

г) у ділянці верхнього полюса крізь велику крипту.

Тонзилектомія виконується через один місяць. Деякі хірурги здійснюють абсцестонзилектомію в гарячому періоді.

Заглотковий абсцес.

Гострий заглотковий абсцес

Цей абсцес розташовується в заглотковому просторі між задньою стінкою глотки і передхребетною фасцією.

Етіологія. Абсцес виникає внаслідок нагноєння заглоткових лімфатичних вузлів, які розташовуються з двох боків від середньої лінії. Ці вузли мають тенденцію атрофуватися на п'ятий рік життя і є тільки в новонароджених і маленьких дітей. Джерелом інфекції найчастіше є носоглоткові та піднебінні мигдалики.

Симптоми: температура й інтоксикація, дисфагія (утруднення при смоктанні й ковтанні), стридор (шумне дихання), кривошия (вимушене положення голови та ший).

Ознаки: припухлість задньої стінки глотки, обмежена з одного боку від серединної лінії (розповсюдженню гнояка на всю задню стінку глотки перешкоджає її серединна зв'язка). Збільшені м'які шийні лімфовузли.

Лікування: антибіотики, розріз і випорожнення абсцесу шляхом відсмоктування гною. Голову хворого нахиляють для запобігання аспірації гною.

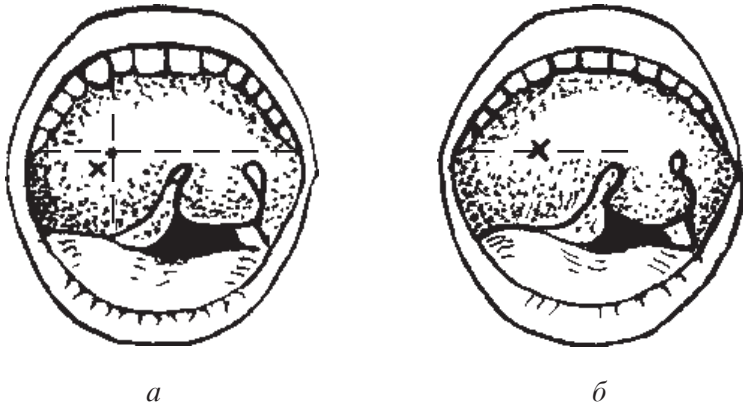


Рис. 30. Місце розтину паратонзиллярного абсцесу: *а* — наперед від перетину двох ліній; *б* — посередині горизонтальної лінії

Хронічний заглотковий абсцес

Холодний абсцес розташовується позаду передхребетної фасції, виникає внаслідок ураження туберкульозом шийних хребців. Найчастіше спостерігається в осіб старшого віку і характеризується припухлістю задньої стінки глотки за середньою лінією.

Лікування: протитуберкульозна терапія, розріз зовнішнім доступом по задньому краю грудинно-ключично-соскового м'яза.

Навкологлотковий абсцес

Він є нагноєнням навкологлоткового простору. Це грізне захворювання, при якому до запального процесу залучається судинно-нервовий пучок шиї й відбувається розповсюдження абсцесу до основи черепа або в середостіння.

Етіологія: рідке ускладнення тонзилітів або ангін.

Клінічна картина: триада Бека (припухлість на одному боці шиї та бічної стінки глотки й випинання мигдаликів усередину глотки), тризм.

Лікування: антибіотики, розріз вздовж переднього краю грудинно-ключично-соскового м'яза.

ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЛОТКИ

Тонзилектомія

Показання: наявність повторних гострих тонзилітів, паратонзиліт (в анамнезі); хронічний гіпертрофічний тонзиліт, що супроводжується порушенням ковтання або дихання; хронічний тонзиліт зі стійким збільшенням тонзиллярних лімфатичних вузлів, особливо якщо є підозра на їх туберкульозне ураження; хронічний тонзиліт, який є джерелом осередкової інфекції при ревматизмі та нефриті; дифтерійні бацилоносії, лікування яких пеніциліном не ефективне; стороннє тіло в мигдалику; пухлини мигдаликів.

Противопоказання. Абсолютним протипоказанням до операції є хвороби крові зі схильністю до кровотеч, наприклад, гемофілія, лейкемія, пурпура.

Відносними протипоказаннями є гострий період перебігу хвороби (тонзилектомія повинна бути виконана через три тижні). Операція протипоказана за наявності респіраторної інфекції верхніх дихальних шляхів (гострий риніт, синусит та інфекційні висипи), на тлі гострого ревматизму з пришвидшенням ШОЕ, поліомієліту, активних системних захворювань (діабет, туберкульоз), при анемії та гіпертонії, під час менструації.

Передопераційна підготовка хворого. Слід вивчити анамнез хворого, виключити протипоказання, особливо схильність до кровотеч. Провести місцевий огляд щодо наявності гострого захворювання й загальний: температура, пульс, артеріальний тиск, стан органів дихання і кровообігу.

Обстеження: проводять дослідження крові:

- картина крові для виключення анемії та тромбоцитопенії;
- час кровотечі (у нормі 1–3 хв);
- час зсідання крові (у нормі 3–5 хв);
- ШОЕ (у нормі 5 мм/год).

Також досліджують сечу на наявність білка і цукру.

Передопераційні рекомендації: хворий не повинен їсти і пити протягом 6 год до операції.

Премедикація: розчин атропіну вводиться за півгодини до операції для зменшення саливації та секреції за ходом дихального тракту.

Анестезія: може бути загальною чи місцевою інфільтраційною розчином новокаїну.

Техніка виконання: існують два методи:

1. Екстракапсулярна тонзилектомія:

- положення хворого — сидячи при місцевій анестезії й лежачи із закинutoю головою при загальній анестезії;
- широко відкрити рот, при загальній анестезії користуються роторозширювачем;
- розріз слизової оболонки по краю передньої та задньої піднебінних дужок навколо мигдаликів;
- видалення мигдалика з його ложа проводиться між капсулою мигдалика і м'язовою стінкою глотки;
- спинення кровотечі виконується притисканням судин тампонами, за необхідності — лігірування судин.

2. Відсічення тканини мигдаликів із використанням гільюотинного тонзилотома, або петлею Бохона (операція тонзилотомія). Хоча операція потребує дуже короткого часу, вона може мати деякі ускладнення:

- кровотечі;
- легеневі ускладнення, такі як аспірація крові в легені з наступним утворенням абсцесу (короткочасна анестезія без інтубації);
- пошкодження піднебінних дужок і м'якого піднебіння;
- незавершене видалення.

Післяопераційний режим: положення хворого в ліжку — на боці без подушки для запобігання аспірації крові, блювання або западання язика. Проводять екстубацію: ендотрахеальна трубка виймається відразу ж після відновлення рефлексів (кашлевий рефлекс оберігає нижні дихальні шляхи).

Спостерігають за диханням для запобігання дихальній обструкції і за кровотечею: збільшення частоти пульсу свідчить про кровотечу, пізніше знижується артеріальний тиск; часте ковтання або блювання темною зміненою кров'ю свідчить про наявність кровотечі.

Годування: морозиво, охолоджена рідина, напіврідка й рідка страви. Приймати їжу можна через кілька годин після операції.

Лікування: антибіотики, анальгетики при болях у горлі, що іррадіюють у вуха.

Ускладнення тонзилектомії. Первинні кровотечі виникають під час операції. Вони можуть бути дуже значними, якщо нехтували ретельною підготовкою хворого до операції, напри-

лад, не врахували можливість порушень зсідальної системи крові та ін. Переливання свіжої крові необхідне.

Реактивна кровотеча — це рання кровотеча протягом 24 год після операції.

Етіологія: виникає внаслідок підвищення артеріального кров'яного тиску після виходу з анестезії через відрив тромбу або лігатури.

Лікування: у невідкладних випадках — видалення згустка крові з післяопераційної ніші і стискання її тампоном. Це може спинити кровотечу. У важких випадках або якщо попередні заходи не є ефективними, під анестезією проводять перев'язку чи коагуляцію судин у ніші.

Вторинна кровотеча — це пізня кровотеча, що спостерігається між 5–10-м днем після операції, частіше на 7-й день.

Етіологія: виникає через місцеве інфікування.

Лікування: седативні засоби, наприклад, морфін; антибіотики; очищення ніші від кров'яних згустків і місцеве застосування гемостатиків. Якщо кровотеча значна, під місцевою анестезією ніша тампонується марлевым тампоном і дужки зшиваються над ним. Не слід намагатися лігувати місця, які кровоточать, тому що пухка тканина рветься і може спричинити ще більшу кровотечу.

До легеневих ускладнень належить дихальна обструкція, що виникає внаслідок екстубаційного спазму; западання язика; потрапляння в дихальні шляхи кров'яного згустка, блювотних мас або стороннього тіла, наприклад, зламаного зуба. Це призводить до ателектазу бронха або легені.

Лікування: при екстубаційному спазмі проводять аспірацію кров'яного згустка з гортані й вдихання кисню; витягування язика (або нижньої щелепи) вперед або використання повітропровідної трубки. При ателектазі — бронхоскопічне видалення стороннього тіла.

Респіраторна інфекція (bronхіт, бронхопневмонія, абсцес легені) теж є легневим ускладненням.

Під час операції можуть статися пошкодження м'якого піднебіння чи зубів.

Неповне видалення мигдаликів може стати причиною ускладнень тонзилектомії.

Також можуть виникати запальні захворювання: середній отит; некротичні нальоти в нішах видалених мигдаликів, що супроводжуються підвищенням температури і неприємним за-

пахом із рота; шийний лімфаденіт; навкологлотковий абсцес; бактеріємія: андокардит, нефрит або артрит.

Аденоїдектомія (аденотомія)

Показання: див. вище.

Знеболювання: загальне або без анестезії.

Техніка. Аденотомія може виконуватися перед або після тонзилектомії, остання більш прийнятна через можливу кровотечу з носоглотки, що завадить здійснити тонзилектомію.

1. Аденотом, відповідний віку дитини, уводиться за м'яке піднебіння в порожнину носоглотки.

2. Аденоїди зрізаються притиснутим до задньої стінки носоглотки аденотомом рухом згори вниз і видаленням вниз.

3. У носоглотку на кілька хвилин уводиться марлевий тампон для спинення кровотечі, після чого виймається.

Ускладненнями операції можуть бути кровотечі. Первинна кровотеча виникає під час операції. Якщо кровотеча не спинається після видалення тампона, причиною цього може бути таке:

а) неповне видалення (видалення решти аденоїдної тканини спинить кровотечу);

б) ушкодження передхребетних м'язів;

в) геморагічні хвороби крові.

Реактивні кровотечі спостерігаються протягом перших 24 год.

Вторинні кровотечі виникають рідко через інфікування післяопераційної рани.

Лікування: судинозвужуючі краплі до носа у нетяжких випадках; задня тампонада — у тяжких.

Легеневі ускладнення: вдихання крові або шматочків аденоїдної тканини може призвести до обструкції бронхів, ателектазу й абсцесу легені.

Пошкодження вічка євстахієвих труб з подальшим розвитком рубцевих змін призводить до приглухуватості та середнього отиту. Травмування м'якого піднебіння викликає гугнявість і закидання рідини у ніс. Також можуть трапитися пошкодження передхребетних м'язів.

Неповне видалення аденоїдів призводить до повернення захворювання. Інфікування середнього вуха відбувається через наявність місцевого осередку інфекції та внаслідок стікання гною з носоглотки.

РОЗДІЛ IV

СТРАВОХІД

Анатомія стравоходу

Стравохід — це м'язова трубка, що простягається від нижнього відділу глотки (рівень нижнього краю персневидного хряща) до кардіального отвору шлунка, завдовжки 24–25 см.

Стравохід має три звуження:

1. Верхнє — на початку стравоходу — «рот» стравоходу.
2. На рівні перетину з дугою аорти та лівим бронхом.
3. Діафрагмальне — в стравохідному отворі діафрагми.

Дослідження стравоходу. Збирають анамнез, урахують наявність дисфагії, відригування тощо.

Рентгенографічне дослідження включає рентгеноскопію й рентгенографію органів грудної клітки. Барієвий ковток — контрастне рентгенографічне дослідження.

Езофагоскопія — це пряме дослідження стравоходу з використанням езофагоскопа. Проводиться під місцевою або загальною анестезією.

Показання: з діагностичною метою стравохід досліджують при порушенні ковтання і для проведення біопсії.

З лікувальною метою езофагоскопію проводять для видалення сторонніх тіл, доброякісних пухлин чи бужування стриктур стравоходу.

Противоказання: аневризма аорти, гострі виразки після опіків, виражений кіфоз хребта.

Ускладнення. Головною небезпекою є перфорація стравоходу, що характеризується такими клінічними проявами:

- біль (найчастіше виражений);
- дисфагія;
- задишка (через потрапляння повітря у середостіння або при розриві плеври (пневмоторакс));

— підвищення температури, інтоксикація (через медіастеніт або інфікування плевральної порожнини);

— емфізема (в результаті хірургічного втручання на шії або у середостінні).

Рентгенографічні дослідження: наявність повітря в тканинах шії, середостінні або у плевральній порожнині. Слід виключити харчування крізь рот, призначити антибіотики. У тяжких випадках необхідне широке дренивання з наступним закриттям дефекту.

Хвороби стравоходу

Сторонні тіла стравоходу

Найчастіше ними можуть бути монети — у дітей, риб'ячі та м'ясні кістки — в дорослих, зубні протези або шматки м'яса — в літніх людей, леза бритви, голки або булавки — в ув'язнених або розумово відсталих пацієнтів.

Найбільш типові місця затримки сторонніх тіл такі:

1. Верхній відділ стравоходу, його перше звуження нижче за перснеглотковий стискач.

2. У місцях звужень.

Клінічні прояви: біль, дисфагія, зригування. Монета може знаходитися у стравоході дитини протягом тижнів або місяців, перш ніж буде виявлена.

Обстеження: рентгеноскопія або рентгенографія шії та грудної порожнини; рентгенографію з барієм проводять при нерентгеноконтрастних сторонніх тілах.

Езофагоскопія здійснюється при підозрі на стороннє тіло і в сумнівних випадках.

Лікування: видалення при езофагоскопії.

Опікові езофагіти

і стриктури стравоходу

Ці захворювання виникають внаслідок проковтування спричиняючих опік агентів, що є випадковим у дітей і з метою самогубства — в дорослих.

Найчастіше це луги, а саме — каустична сода, інколи — кислоти.

Розрізняють такі стадії захворювання:

1. Гостра стадія (опіковий езофагіт)

Клінічні прояви: місцево спостерігаються болісні опіки та виразки в порожнині рота й глотки, що призводять до тяжкої дис-

фагії, а також набряк слизової гортані, який може потребувати трахеостомії. Загальними проявами є шок і зневоднення організму. Порушення кислотно-лужного балансу може бути смертельним.

Лікування: негайна нейтралізація агресивного агента з одночасним проведенням протишокових заходів. При отруєнні лугами агент нейтралізується оцтовою кислотою, слабкими розчинами лимонної та 2%-ї хлористоводневої кислот, а при отруєнні кислотами — лужними розчинами (2%-й розчин питної соди). Вживають молоко й яєчні білки.

Застосовують кортикостероїди (для профілактики утворення рубців), антибіотики, гумовий носостравохідний зонд вводиться протягом перших кількох днів (для профілактики рубцювання та полегшення харчування).

2. Стадія рубцювання стравоходу.

Клінічні прояви: дисфагія розвивається після латентного періоду протягом кількох тижнів у результаті фіброзування. Виявляється при ковтанні густої страви.

Лікування полягає в розтягуванні стриктури: це повторні бужування стравоходу з використанням еластичних бужів. Стриктури, що не розтягуються (стійкі), піддають гастростомії, здійснюють формування стравоходу шляхом протягування кишки.

Ахалазія кардії — це розслаблення тонусу нижніх двох третин стравоходу, може статися з таких причин: неспроможність до розслаблення (ахалазії) кардіального сфінктера через нейром'язові розлади; спазми кардії (кардіоспазм).

Клінічні прояви: дисфагія більш характерна для рідкої, ніж для густої страви; періоди дисфагії можуть перемежовуватися. Вона може розпочатися після першого зриву, є більш характерною для невротиків середнього віку. При ахалазії кардії спостерігаються відригування неперетравленої їжі, зниження маси тіла зазвичай відсутнє.

Обстеження: барієвий ковток показує розтяг (трубковий, звивистий або сигмоподібний) з гладенькими краями по нижньому краю; край рідини виявляється на відстані близько 12 см над кардією. Езофагоскопія: трубка легко проходить крізь кардію.

Лікування: медикаментозне (вдихання аміл-нітриту перед їдою, седативні засоби) і хірургічне.

Хірургічне лікування полягає в такому:

а) повторна дилатація;

- б) операція (кардіоміотомія);
- в) кардіопластика (поздовжній розріз, вшивається поперечно);
- г) езофагогастростомія у тяжких випадках.

Карцинома стравоходу є найчастішою причиною дисфагії у літніх людей. Найвразливішими місцями стравоходу є нижня 1/3 (найчастіше), середня 1/3 і верхня 1/3.

Клінічна картина. Дисфагія швидко прогресує, спочатку для густої, потім і для рідкої страви, як наслідок, — зниження маси тіла. Смерть може настати протягом кількох місяців. Хворий відчуває біль. Може виникнути кровотеча.

Обстеження: барієвий ковток показує дефект заповнення стравоходу або симптом щурячого хвоста. Езофагоскопія дозволяє побачити пухлину у вигляді виразки, проліферації або інфільтрату і провести біопсію.

Лікування. Операбельні випадки підлягають хірургічному лікуванню: проводять розріз з накладанням анастомозу між верхнім кінцем стравоходу і шлунком або тонкою чи товстою кишкою (езофагогастростомія, езофагоєюностомія або езофагоколотомія). Також проводять променеве лікування.

У неоперабельних випадках (задавлених) хірургічне лікування хворих полягає в паліативному розрізуванні й протягуванні кишки. Також виконують гастростомію.

Променеве лікування передбачає внутрішньопорожнинне уведення у стравохід крізь широку трубку ізотопів радію або радіоактивного золота.

СИМПТОМИ ХВОРОБ СТРАВОХОДУ

Дисфагія є основним симптомом. Істотними симптомами хвороб стравоходу є відригування, зниження маси тіла, кровотеча.

Дисфагія

Може бути у вигляді утруднення, болю або неприємних відчуттів при ковтанні. Причини виникнення дисфагії **з боку порожнини рота** поділяються на природжені (висока ступінь розколини твердого піднебіння) і травматичні: механічні, наприклад, рвані пошкодження, чи хімічні опіки. Запалення виникає через гострі стоматити, глосити, каріозні зуби.

Нейром'язові розлади (параліч язика, м'якого піднебіння та жувальних м'язів), а також пухлинні, наприклад, рак язика, також є причиною дисфагії.

Причини **з боку глотки** — це природжена розколина піднебіння, травматичні, запальні: тонзиліт і фарингіт; абсцеси (перитонзиллярний, ретрофарингеальний і парафарингеальний); синдром Плюмер — Вінсона (хронічний езофагіт).

Нейром'язові дисфагії **з боку глотки** виникають при глоткових кістах і пухлиннах з ураженням носоглотки, ротоглотки або гортаноглотки (грушоподібний синус і посткрикоїдкарцинома). Причинами дисфагії з боку стравоходу є наявність у просвіті стороннього тіла.

Відносно **стілки стравоходу** розрізняють природжені (атрезія, стриктура, трахеостравохідна фістула) та травматичні (механічні травми, наприклад, сторонніми тілами і при езофагоскопії), хімічні (опікові) причини дисфагії.

Запальними причинами розладу акта ковтання є езофагіт (після лихоманки) і синдром Плюмер — Вінсона.

До дисфагії призводять нейром'язові порушення (ахалазії), злоякісні пухлини (рак), доброякісні пухлини (лейоміома тощо). Останні зустрічаються рідко.

Поза стінками стравоходу причинами розладу ковтання є такі захворювання:

а) на шиї (злоякісні пухлини щитовидної залози і лімфатичних вузлів шиї; глоткові кісти);

б) грудної порожнини (загрудинне воло, медіастальний синдром — збільшені лімфатичні вузли, карцинома бронха, аневризми аорти, розтягнення вушка переддвер'я, пухлини тимуса та ін., гризовий отвір);

в) черевної порожнини (збільшення лівої частки печінки).

РОЗДІЛ V

ГОРТАНЬ

Анатомія гортані

Гортань утворена хрящами, з'єднаними між собою зв'язками, руховими м'язами, і вистелена усередині слизовою оболонкою. Має верхній отвір, який з'єднує її з глоткою, і нижній, що відкривається в трахею. Розміщується наперед від нижнього рівня С3 до С6 шийних хребців.

Хрящі гортані поділяються на непарні та парні.

Непарні хрящі:

1. Щитовидний хрящ складається з двох пластинок, об'єднаних попереду і утворюючих кут, який більш виражений у чоловіків.

2. Персневидний хрящ нагадує перстень з печаткою. Вузка його частина розташована наперед, широка — назад.

3. Надгортанник за формою нагадує пелюстку, розташовується в ділянці внутрішнього кута щитовидного хряща.

Парні хрящі:

1. Черпакуваті хрящі мають пірамідальну форму. Кожний з'єднується з широкою задньою частиною персня і має два відростки:

а) м'язовий відросток латерально;

б) голосовий відросток наперед.

Голосова складка є зв'язковим утворенням, яке прикріплюється до голосового відростка черпака ззаду й до кута щитовидного хряща — спереду.

2. Ріжкуваті: кожний хрящ з'єднується з верхівкою черпакуватого.

3. Клиноподібні хрящі у вигляді вузликів розміщуються у кожній черпакуватонадгортанній складці.

Порожнина гортані вистелена миготливим циліндричним епітелієм, який лежить на пухкій з'єднувальній тканині (в зв'язку з цим є схильність до набряку). Голосові складки вкриті багаточасаровим плоским епітелієм.

Розрізняють три поверхи гортані:

1. Надзв'язковий відділ містить шлуночкові складки (не-справжні голосові складки), що розміщуються вище за справжні, та шлуночки — простір між голосовими і шлуночковими складками.

2. Зв'язковий відділ — простір між голосовими складками.

3. Підзв'язковий відділ — простір під голосовими складками.

Лімфовідтікання гортані. У надзв'язковому відділі лімфовідтікання здійснюється у верхні глибокі шийні лімфатичні вузли. Зв'язковий відділ не має лімфатичних судин. У підзв'язковому відділі відтікання здійснюється у вузли перснешитовидної ділянки, а потім — у нижні глибокі шийні лімфатичні вузли.

Функції гортані

Гортань виконує декілька функцій.

1. Дихальна функція: крізь гортань здійснюється проходження повітря, що вдихається й видихається.

2. Захисна функція:

а) рефлекторне закриття просвіту гортані для запобігання аспірації сторонніх тіл і при ковтанні;

б) кашлевий рефлекс у випадках потрапляння сторонніх тіл і слизу.

3. Функція голосоутворювання: голос утворюється при форсованому проходженні повітря з грудної порожнини.

4. Фіксуєча функція: закриття гортані для затримки повітря в грудній порожнині потрібне для підвищення внутрішньочеревного тиску (при дефекації, зусиллі) і м'язового напруження верхніх кінцівок при підніманні й опусканні важких речей.

Дослідження гортані

Анамнез: охриплість (значне погіршення якості голосу за рахунок зниження його тону), стридор (шумне дихання в результаті часткової обструкції для проходження повітря), кашель тощо.

Дослідження. Зовнішнє дослідження передбачає огляд і пальпацію.

Непряма ларингоскопія — це огляд гортані з використанням гортанного дзеркала. Дзеркало підігрівають перед використан-

ням, щоб воно не запотівало при диханні хворого. Дзеркало притискають до основи язика м'якого піднебіння, проводиться послідовний огляд гортані. В момент вимови хорим звука «е-е-е» у нормі голосові складки симетрично наближаються до середньої лінії.

Пряма ларингоскопія — це пряме дослідження гортані з використанням ларингоскопа.

Показання. Діагностичне дослідження гортані в маленьких дітей і новонароджених.

З лікувальною метою прямий огляд гортані проводять при видаленні сторонніх тіл, гортанних поліпів або вузликів на поверхні голосових складок і невеликих доброякісних пухлин (наприклад, папілом), а також для проведення біопсії.

Анестезія. Без анестезії огляд проводять у грудних і маленьких дітей; місцеву або загальну анестезію застосовують у дорослих.

Мікроларингоскопія — це сучасний метод прямої ларингоскопії з використанням мікроскопа (як у вушній хірургії) з метою детального огляду гортані та проведення ендоларингеальних мікрохірургічних втручань.

Додатковими методами дослідження є біопсія й рентгенологічні: рентгенограма (включаючи томографію); ларингографія — застосування контрастних речовин для інсуфляції в гортань з метою контрастування внутрішніх стінок гортані.

Захворювання гортані

Природжені захворювання гортані

Природжена мембрана — це фіброзна перетинка між голосовими складками.

Симптоми: стеноз (може стати причиною смерті при народженні), охриплість (у дитини найчастіше слабкий хрипкий плач).

Ознаки: при прямій ларингоскопії помітна мембрана між голосовими зв'язками.

Лікування. Трахеостомія у випадках вираженої обструкції, розріз мембрани. Природжений гортанний стридор (ларингомаляція) виникає в результаті розм'якшення хрящів гортані.

Симптоми: Стридор (без охриплости) відмічається відразу після народження.

Ознаки: методом прямої ларингоскопії виявляють надгортаник, скручений і відхилений назад. Просвіт гортані звужується при вдиху.

Лікування не пропонується, оскільки стридор найчастіше зникає протягом двох років. Трахеостомія проводиться в рідких випадках.

Сторонні тіла дихальних шляхів

Найчастіше вони виявляються в дітей, ніж у дорослих. Це рослинні сторонні тіла: кавунне й динне насіння, боби тощо та нерослинні сторонні тіла: булавки, намистинки, кульки, кров та ін.

Сторонні тіла рідко затримуються в гортані, спричиняючи наростаючий стридор. Найчастіше вони потрапляють у правий бронх, який ширший і є нібито продовженням гортані.

Клінічні прояви. На початковій стадії наростаючий нападаподібний кашель, який супроводжується ціанозом, задухою, іноді втратою свідомості, судорогами та калатаючим звуком при балотуючих сторонніх тілах у трахеї. Це більш характерне для маленьких дітей, у яких можна запідозрити стороннє тіло.

Прихована (латентна) стадія настає після фіксації стороннього тіла в бронху. Може виникнути різної тривалості безсимптомний інтервал, який залежить від розміру і форми стороннього тіла. Рослинні сторонні тіла можуть спричинити гострий алергічний бронхіт, а металеві та пластмасові сторонні тіла безсимптомно знаходяться роками у просвіті дихальних шляхів.

Явна стадія характеризується ознаками підтискання легені (повна обтурація бронха), притупленням перкуторного звуку і зміщенням середостіння в бік закупореного бронха, а також ознаками емфіземи легені (при клапанній обтурації бронха). Супроводжується тимпанітом і зміщенням середостіння в протилежний бік.

Обстеження: рентгенографічне дослідження є найбільш цінним.

Лікування: видалення стороннього тіла шляхом бронхоскопії.

Травми гортані

Етіологія. Травми гортані поділяються на механічні, фізичні та хімічні.

1. Механічні:

- а) пошкодження: удари, вогнепальні або ножові поранення;

- б) хірургічні: виникають при прямій ларингоскопії, ендотрахеальній інтубації або верхній трахеостомії;
 - в) самовбивства.
2. Фізичні: вдихання гарячої пари або подразнюючих газів.
 3. Хімічні: проковтування агресивних речовин, наприклад, каустичної соди.

Клінічна картина: спостерігаються задуха, стридор; охриплість; припухлість (набряк, крововилив або підшкірна і тканнна емфізема); болючість; крепітація; кровотеча є смертельною при пошкодженні магістральних судин шії.

Лікування. Трахеостомія може знадобитися негайно.

Запальні захворювання гортані

Усі захворювання поділяються на гострі — неспецифічні та специфічні (дифтерія) і хронічні — неспецифічні та специфічні (гранулеми): туберкульоз, склерома, сифіліс.

Гострий неспецифічний ларингіт

Це гостре запалення слизової гортані. Найчастіше є частиною гострого запалення слизових оболонок верхніх дихальних шляхів як у разі гострого ринофарингіту (при загальному переохолодженні), так і ринофарингітів при висипах і грипі.

Сприяючими причинами є зниження загальної резистентності організму та місцеві чинники: перенапруження голосу; місцеві подразнення, наприклад, вдихання пилу, надмірне паління, зловживання алкоголем.

Симптоми: основним симптомом у дорослих є охриплість; стридор найчастіше є раннім симптомом у маленьких дітей через такі особливості дитячого організму:

- а) гортань у дітей відносно мала (обструкція легко виникає);
- б) гортанні хрящі м'які (може спостерігатися спадання просвіту);
- в) підслизовий шар більш глибокий (набряк виникає швидше).

Ознаки: при непрямій ларингоскопії виявляються гіперемія і потовщення голосових складок у дорослих і потовщення, набряк (особливо підскладкової ділянки) й ексудація — у дітей.

Лікування. Загальне: спокій (голосовий спокій особливо важливий), антибіотики, антигістамінні препарати, гідрокортизон (у дітей).

Для лікування застосовують інгаляції бензойною настоякою, проти набряковою сумішшю, вдихання кисню (у дітей). Трахеостомія проводиться у дітей у важких випадках.

Дифтерія гортані

Найчастіше є вторинною при дифтерії глотки (див. *клінічну картину*), рідко виникає первинне ураження гортані. Сіро-білі дифтеритичні плівки накопичуються в просвіті гортані, спричиняючи прогресуючу задуху.

Лікування: спокій, ізоляція, антитоксична сироватка та пеніцилін великими дозами.

Інтубація, або трахеостомія, може бути невідкладною.

Хронічні неспецифічні ларингіти

Класифікація. Розрізняють гіпертрофічний дифузний, локалізований (гортанний поліп, співацькі вузлики гортані, лейкоплакія) й атрофічний хронічний неспецифічний ларингіти.

Хронічний дифузний гіпертрофічний ларингіт

Етіологія. Повторні гострі запалення, наявність стійких сприяючих факторів.

Симптоми: основним симптомом є охриплість.

Ознаки. Непряма ларингоскопія виявляє двостороннє симетричне потовщення слизової оболонки.

Лікування. Виключають сприяючі фактори, такі як перенапруження голосу, надмірне паління тощо. Проводять інгаляції бензойною настоякою, видалення потовщеної тканини при прямій ларингоскопії (мікроларингоскопія).

Гортанний поліп

Це на ніжці або на широкій основі набрякове утворення на слизовій оболонці голосової складки. Воно може бути первинно набряковим, фіброзним або судинним у своїй основі.

Симптом: охриплість.

Ознаки: при непрямій ларингоскопії помітне гладеньке поліпозне утворення на поверхні голосової складки.

Лікування: видалення при непрямій або прямій ларингоскопії (мікроларингоскопії).

Співацькі вузлики гортані

Це маленькі вузлики, які розташовуються на одній або обох голосових складках внаслідок надмірного використання голо-

су. Їх основу становить гематома, що організувалася. Найчастіше буває у співаків, акторів, вчителів.

Симптоми: охриплість.

Ознаки. Непряма ларингоскопія виявляє маленькі вузлики на контактуючій поверхні в передній або середній третині голосових складок, найчастіше з обох боків.

Лікування: видалення при непрямій або прямій ларингоскопії (мікроларингоскопії).

Лейкоплакія

Це гіперплазія епітелію голосових складок із гіператозом. Основна мембрана залишається інтактною.

Симптоми: охриплість.

Ознаки: білуваті горбкуваті клаптеподібні потовщення, які розташовуються на одній або на обох голосових складках.

Лікування: видалення при непрямій або прямій ларингоскопії. Для виключення наявності злоякісної пухлини проводять біопсію. Хворий повинен бути під постійним диспансерним наглядом, оскільки захворювання належить до передракових.

Хронічні неспецифічні ларингіти

Склерома

Найчастіше ураження гортані буває вторинним, первинні прояви спостерігаються частіше в порожнині носа.

Симптоми: стридор (основний симптом).

Ознаки. Двосторонні симетричні інфільтрати виявляються у підскладковому відділі. В подальшому настає рубцювання з утворенням рубцьового звуження підскладкового простору.

Лікування: медикаментозне (див. вище), променеве, хірургічне. За наявності зростаючого стенозу проводять трахеостомию. Також здійснюють ларингофісуру: видалення рубців з наступною шкірною пластикою.

Сифіліс гортані

Найчастіше сифіліс гортані з'являється на третій стадії хвороби.

Симптоми: охриплість (голос грубий), стридор.

Ознаки. Гума здебільшого уражає передню половину гортані, особливо надгортанник. Пізніше утворюється виразка, настають перихондрит, хондронекроз, склерозування, утворення рубцьового стенозу.

Обстеження: реакції Вассермана, Канна.

Лікування: протисифілітичне, за наявності вираженого стенозу — трахеостомія.

Туберкульоз гортані

Найчастіше захворювання буває вторинним при туберкульозі легень.

Симптоми: охриплість (голос м'який), стридор, біль, кашель, відхаркування мокротиння при туберкульозі легень.

Ознаки. Туберкульозні горбкові інфільтрати у задній половині гортані (міжчерпакуватий простір). Пізніше утворюється виразка, розвиваються перихондрит, некротизація, фіброзування.

Дослідження: мокротиння на наявність палички Коха, рентгенографія органів грудної клітки.

Лікування. Протитуберкульозна терапія; трахеостомія показана при наростаючому стенозі.

Неврологічні розлади гортані

М'язи гортані

До внутрішніх м'язів гортані належать такі:

— відвідні м'язи відкривають голосову щілину при вдиху (задній перснечерпакуватий м'яз); привідні м'язи закривають голосову щілину при фонації:

- а) латеральний перснечерпакуватий м'яз;
- б) міжчерпакуватий м'яз;
- в) щиточерпакуватий м'яз.

Напружуючі м'язи збільшують натяг голосової складки (високий голос).

Перснещитовидний м'яз належить до внутрішніх м'язів гортані і знаходиться зовні.

Усі нерви гортані є гілками блукаючого нерва:

1. Зворотний гортанний: зліва зворотний нерв перетинається з дугою аорти, а справа — з підключичною артерією на шії.

Зворотний нерв має такі волокна:

- рухальні до всіх м'язів гортані, виключаючи перснещитовидний;
- чутливі, що іннервують слизову нижче за голосову щілину.

2. Верхній гортанний нерв має такі волокна:

- рухальні до перснещитовидного м'яза (крізь зовнішній гортанний нерв);
- чутливі, які іннервують слизову оболонку вище від голосової щілини (крізь внутрішній гортанний нерв).

При прогресивному ураженні зворотного гортанного нерва відвідні м'язи паралізуються раніше ніж привідні, бо вони слабкіші й більш вразливі. Тому при частковому паралічі голосова зв'язка буде зміщена до середини через дію привідних м'язів. Пізніше, коли параліч стає повним, голосова зв'язка зміщується латеральніше, займаючи трупну позицію (посередині між приведенням і відведенням). Однак це положення є сумнівним. Позиція паралізованої голосової складки залежить від деяких факторів, таких як вага паралізованих м'язів голосової складки, які приводять її в серединну чи парамедіанну позицію (рис. 31).

Паралічі гортані

Етіологія: внутрішньочерепні паралічі виникають при ураженнях мозку й мостомозочкового кута, черепних травмах (перелом основи черепа), пухлинах носоглотки, які проростають в основу черепа. Позачерепні ураження:

- а) на шії: наслідки операцій на щитовидній залозі та злоякісні пухлини; ураження пухлиною лімфатичних вузлів;
- б) у грудній порожнині уражається тільки лівий зворотний нерв (медіастинальний синдром).

Невідомі (ідіопатичні): у 25 % усіх випадків причина залишається не ясною. Можуть виникати периферичні неврити (після грипу, дифтерії тощо).

Клінічна картина. При односторонніх паралічах спостерігається помірна охриплість, яка найчастіше покращується, коли інша голосова зв'язка компенсаторно переміщується

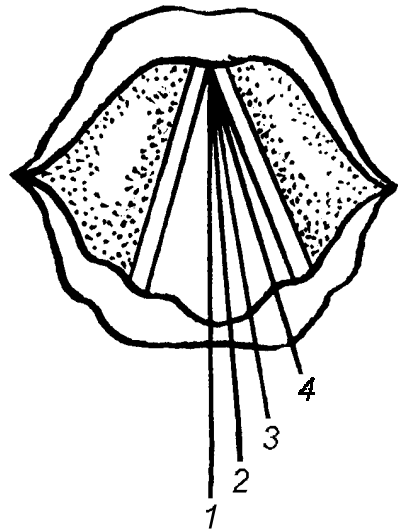


Рис. 31. Положення голосової складки при паралічах: 1 — серединне; 2 — парамедіальне; 3 — трупне; 4 — відведення

за середню лінію для стикання з паралізованою зв'язкою. У таких випадках симптом може бути відсутнім. При двосторонніх паралічах настає стридор. Голос може бути відносно добрим через те, що обидві складки нерухомо розміщуються близько за середньою лінією.

Лікування: при двосторонніх паралічах найчастіше потрібна трахеостомія. Проводять хордопексію — фіксацію однієї голосової складки в латеральній позиції, найчастіше до пластинки щитовидного хряща або до персневидного хряща, щоб розширити голосову щілину. Трахеостома може бути закритою.

Пухлини гортані

Доброякісні пухлини поділяються на епітеліальні (найчастіше папілома) і сполучнотканинні (рідко). Це ангіома, хондрома.

Папілома гортані

Бородавчаста (сосочкова) епітеліальна пухлина з васкуляризацією сполучної тканини у товщі. Папіломи можуть бути поодинокими або множинними (табл. 5)

Злоякісні пухлини

Уражаються частіше чоловіки, ніж жінки (10 : 1), найчастіше старші за 40 років. Здебільшого спостерігаються плоскоклітинні форми раку (98 %), рідше — аденокарцинома.

Етіологія. Сприяючими причинами є лейкоплакія чи поодинокі папіломи в дорослих. Ці стани належать до передракових уражень.

Типи ураження.

За старою класифікацією злоякісні пухлини поділяються на внутрішні (на голосовій складці) та зовнішні — наперед від голосової складки (над- і підзв'язкові), наперед гортані, нижній відділ глотки.

За новою класифікацією ураження поділяються на такі:

1. Надзв'язковий відділ (близько 70 % усіх випадків) (рис. 32).
2. Зв'язковий відділ (20 %) (рис. 33).
3. Підзв'язковий відділ (10 %) (рис. 34).

Симптоми. Охриплість — перший симптом при ураженні голосової складки. Стійка охриплість у літнього чоловіка протягом 2—3 тиж підозріла стосовно раку гортані. Охриплість виникає пізно при надзв'язковій і підзв'язковій локалізації пух-

Таблиця 5. Диференціальна діагностика та прогноз папілом у дорослих і папіломатозу гортані у дітей

	Поодинокі папіломи	Множинні папіломи
Частота захворювання	Частіше в дорослих	Частіше в дітей
Етіологія	Справжня пухлина	Вірусна Гормональна
Симптоми	Охриплість	Стридор. Охриплість
Ознаки	Найчастіше локалізується на голосовій складці	Уражає всі ділянки гортані
Лікування		
— хірургічне	Видалення при ларингоскопії при невеликих ураженнях; ларингофісура при великих ураженнях	Повторне ендоларингальне видалення, кріодеструкція, вплив лазером й ультразвуком. Трахеостомія
— медикаментозне	Екстрогогенні гормони. Тетрацикліни. Аутогенна вакцина	
Прогноз		
— рецидив	Не виникає, якщо видалення радикальне	Рецидиви часті, регресує з настанням статевого дозрівання
— малігнізація	Може малігнізуватися	Не призводить до малігнізації

лини. Хворий відчуває дискомфорт у горлі — це перший симптом при підзв'язковій локалізації пухлини.

Стеноз гортані належить до пізнього виявлення пухлини. Біль, іррадіюючий у вухо, порушення ковтання — це пізні прояви ураження.

Клінічні ознаки. Непряма ларингоскопія виявляє вузлувату або у вигляді кольорової капусти пухлину (екзофітний тип росту) або виразку (виразковий тип росту), що займає всю чи частину гортані (в надзв'язковому, зв'язковому або підзв'язковому відділі).

Одностороннє обмеження рухливості або нерухомість головної складки є результатом ураження пухлиною внутрішніх м'язів гортані у пізніх випадках.

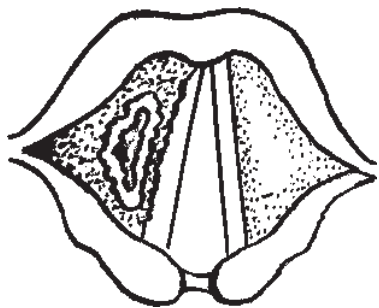


Рис. 32. Надзв'язкова локалізація пухлини в гортані

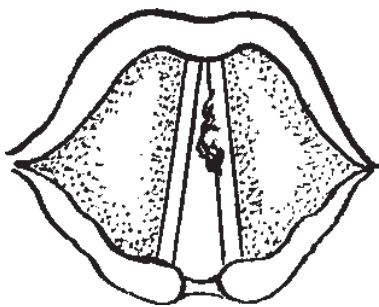


Рис. 33. Зв'язкова локалізація пухлини в гортані

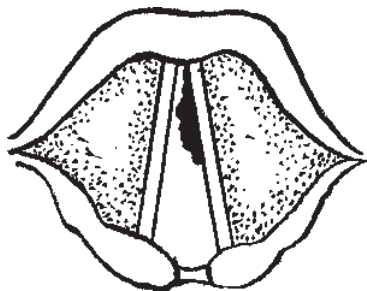


Рис. 34. Підзв'язкова локалізація пухлини в гортані

Ураження метастазами шийних лімфатичних вузлів — ознака процесу, який розповсюджується.

Обстеження: проводять рентгенографічне і томографічне дослідження, біопсію.

Лікування — комбіноване (променеве і хірургічне). У випадках обмеженого розповсюдження пухлини результати променевого і хірургічного лікування приблизно однакові. При розповсюджених пухлинах на першому етапі проводиться половина курсу променевої терапії, який при успішності продовжується до повної дози. При неуспішності променевого лікування припиняється і пропонується хірургічна операція.

Види хірургічних операцій: ларингофісура з видаленням ураженої пухлиною голосової складки при збереженні її рухливості; резекція гортані (надзв'язкова, діагональна, сагітальна і фронтальна) залежно від локалізації та розповсюдження пухлини; екстирпація гортані — повне видалення гортані при значному її ураженні пухлиною. У випадках виходу пухлини за межі ураженої гортані та розповсюдженні на найближчі органи (глотка, трахея, стравохід, щитовидна залоза тощо) виконується розширена екстирпація гортані. Комбінована операція вико-

нується за наявності збільшених регіонарних лімфовузлів у вигляді екстирпації гортані з шийною лімфаденектомією.

Під час післяопераційного періоду для профілактики призначається променева терапія на зони регіонарного метастазування.

У за давнених випадках проводиться симптоматичне або паліативне лікування: хірургічне (трахеостомія при стенозах, гастростомія за відсутності ковтання), променеве (телегамма-терапія), медикаментозне (цитостатики, анальгетики).

Прогноз. При обмежених ураженнях ділянки голосових складок прогноз сприятливий (за своєчасної діагностики й відсутності метастазів).

При надзв'язковій і підзв'язковій локалізації прогноз гірший, бо пізніше виникають клінічні симптоми й діагностується пухлина, рано з'являються метастази.

СИМПТОМИ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОРТАНІ

Розрізняють такі симптоми захворювань гортані: стеноз, охриплість, кашель, відхаркування, мокротиння, задуха, біль, порушення ковтання.

Стеноз

Стеноз характеризується патологічним шумом (стридор) при диханні в результаті звуження дихального шляху.

Інспіраторний стридор характеризує звуження просвіту гортані. Експіраторний стридор виникає внаслідок закупорки бронхів або спазму, як це буває при бронхіальній астмі або за наявності стороннього тіла в бронху. Стридор слід диференціювати з храпом, який виникає тільки уві сні внаслідок вібрації м'якого піднебіння. Він зникає при пробудженні хворого (чого не буває при стенозі гортані).

Клінічна картина стенозу гортані: гортанний стридор чути тільки на вдиху (за рахунок м'язового зусилля) і відсутній при видиху (за рахунок пасивного процесу розслаблення легень і грудної мускулатури). Таким чином, повітря проходить крізь голосову щілину з меншим зусиллям, ніж при видиху. Стридор звичайно спостерігається на початку захворювання, в подальшому він компенсується.

Симптомами стенозу також є утруднення і почастишання дихання, загальмованість, пітливість, блідість.

Включення у процес дихання додаткової мускулатури (втягування на вдиху міжреберних проміжків, надгрудинної та надключичної ямок), почастішання серцебиття, приплив крові до обличчя і переповнення шийних вен є ознаками стенозу гортані.

Ціаноз спостерігається у тяжких випадках, що потребує трахеостомії.

Причини стенозу гортані: природжені (природжена мембрана, природжений гортанний стридор), стороннє тіло гортані, травма гортані (механічна, фізична, хімічна), запалення гостре неспецифічне і специфічне (дифтерія); хронічне тільки специфічне (гранулеми) — туберкульоз, склерома, сифіліс. Алергія також може стати причиною стенозу гортані.

Набряк гортані виникає в результаті непереносності медикаментів (пеніцилін, сироватка, йодиди); ангіоневротичного набряку.

Нейром'язові порушення (двосторонній параліч відвідних м'язів), пухлини доброякісні (множинні папіломи у дітей) і злоякісні можуть стати причиною стенозу гортані та набряку її слизової оболонки під час променевого лікування.

Основні причини гострого стенозу гортані у дітей:

- гострий неспецифічний ларингіт;
- гострий специфічний ларингіт (дифтерія гортані);
- стороннє тіло гортані.

Охриплість

Різка порушення якості голосу з вираженим зниженням його тону відносно нормального називається охриплістю. Ряд факторів сприяє порушенню зближення, напруження й вібрації голосових складок, що призводить до охриплості.

Причини охриплості. Всі захворювання гортані можуть призводити до охриплості: природжена мембрана, стороннє тіло, запалення (неспецифічне, спричинене перенапруженням голосу або палінням, специфічне), алергічне захворювання, нейром'язовий розлад (односторонній параліч голосової складки, тяжка міостенія), пухлини.

Усі ці ураження були обговорені вище. Однак охриплість не є характерною при таких ураженнях:

- природжений стридор гортані;
- запальні захворювання (склерома гортані);

— нейром'язові порушення (двосторонній параліч відвідних м'язів);

— пухлинні хвороби (надзв'язкова або підзв'язкова локалізація пухлини без ураження голосової складки).

Основні причини охриплості у дітей такі:

— гострий неспецифічний ларингіт;

— гострий специфічний ларингіт (дифтерія);

— природжена мембрана гортані;

— множинні папіломи.

ОПЕРАЦІЇ НА ГОРТАНІ _____

Трахеостомія

Хірургічний розтин просвіту трахеї здійснюється в її шийній частині.

Показання. Обструкція верхніх дихальних шляхів (стеноз гортані — див. вище). Обструкція нижніх дихальних шляхів (секреторне закупорення).

Трахеостомія виконується для повторної аспірації мокротиння та санації трахеобронхіального дерева у випадках, коли пацієнт самостійно не може відхаркувати мокротиння, яке накопичується. Це спостерігається за таких умов:

1. Тривалий коматозний стан:

а) травматичний (черепномозкова травма);

б) токсичний:

— екзогенний (отруєння барбітуратами);

— ендогенний (уремія, діабет);

в) розлади мозкового кровообігу (крововилив, тромбоз, емболія);

г) пухлини мозку.

2. Паралічі дихальної мускулатури:

а) поліомієліт;

б) дифтерія;

в) тяжка міостенія.

3. Значне пошкодження грудної клітки: численні пошкодження ребер, операції на грудній клітці.

Трахеостомію проводять з метою профілактики (за відсутності стенозу) перед розширеним хірургічним втручанням в

порожнині рота і глотки для запобігання потраплянню крові в дихальні шляхи під час операцій з приводу раку язика, фіброми носоглотки, резекції верхньої щелепи.

Мета трахеостомії:

1. Ліквідація стенозу верхніх дихальних шляхів.
2. Аспірація секрету і санація трахеобронхіального дерева при закупорці нижніх дихальних шляхів.
3. Здійснення керованого дихання та санації при секреторних станах і недостатності самостійної вентиляції.
4. Зменшення шкідливого простору до його половини (75 см³ від губ до трахеостоми) з метою покращення утилізації повітря, що вдихається.

Типи трахеостомії:

1. **Верхня трахеостомія** виконується вище за перешийок щитовидної залози (в ділянці 1–2-го трахеальних кілець).

Труднощі виконання: операція може призвести до стенозу гортані в результаті перихондриту персневидного хряща, що часто виникає, потім до його некрозу і фіброзу.

2. **Середня трахеостомія** виконується крізь перешийок щитовидної залози (ділянка 3–4-го кілець трахеї). Здійснюється при масивному перешийку.

3. **Нижня трахеостомія** виконується нижче від перешийка щитовидної залози (5–6-те кільце трахеї), найчастіше проводиться так низько при підв'язковій локалізації пухлини в гортані.

Труднощі виконання: трахея глибоко розташована у нижній частині гортані; тимус або безіменна вена можуть високо розташовуватися у дітей і жінок; легко відбувається випадіння трахеостомічної трубки.

Знеболювання. Виконується без анестезії у невідкладних випадках. Здебільшого це місцева анестезія, що забезпечується шляхом інфільтрації 0,5–1%-м розчином новокаїну з кількома краплями адреналіну за середньою лінією шиї. Загальне знеболювання застосовується у випадках відсутності або слабо вираженого стенозу.

Техніка виконання. Хворий лежить на операційному столі на спині, шия розігнута за рахунок підкладеної під плечі подушки або валика. Розріз шкіри виконують за середньою лінією шиї від верхнього краю персневидного хряща до надгрудинної ямки. Деякі хірурги віддають перевагу поперечному розрізу шкіри посередині між двома вказаними розпізнавальними пун-

ктами (віддається перевага в косметичному відношенні). Розріз поглиблюється шляхом пересічення платизми, поверхневої фасції і глибокої фасції шиї.

Проводять розведення претрахеальних м'язів двома ранорозширювальними гачками Фарабефа.

Зміщують перешийок щитовидної залози або його розріз між затискачами і наступним прошиванням кетгуттовими швами з метою запобігання кровотечі та потраплення в рану тироксину (тиреотоксичний криз).

Розтин трахеї проводять так:

— кілька крапель 2%-го розчину дикаїну вводиться в просвіт трахеї шляхом пункції її стінки для зняття кашлевого рефлексу, а іноді — й шоку під час розрізу стінки трахеї;

— дуга персневидного хряща гострим однозубим гачком фіксується в напрямку догори за середньою лінією і припіднімає трахею;

— розтин проводиться між 3–4-м кільцями трахеї з розрізанням дуги 3-го кільця і формуванням вікна.

Трахеотомічна трубка повинна відповідати розміру вікна, утвореного в трахеї. Закриття рани здійснюється накладанням швів тільки у нижньому куті та дрениванням для запобігання підшкірній емфіземі.

Подовжена трубка може знадобитися за наявності стенозу в трахеї.

Післяопераційний період. Положення хворого напівсидяче для полегшення дихання і відкашлювання. Слід зволожувати дихальні шляхи: проводять інгаляцію зволоженого повітря або бензойної настоянки.

Спостерігають за характером дихання, бо згустки мокротиння obturують дихальні шляхи. Пильнують, щоб не виникла кровотеча. Годування розпочинають через кілька годин. Призначають антибіотики, анальгетики.

Регулярно проводять відсмоктування вмісту трахеї стерильним гнучким катетером за допомогою електровідсмоктувача. Догляд за трахеотомічною трубкою полягає в її очищенні: внутрішня трубка витягується й промивається содовим розчином.

Зовнішня трубка не витягується протягом перших днів. Екстубація (деканюлізація): якщо причина стенозу ліквідована, трахеотомічна трубка може бути закрита пробкою. Якщо хворий може спати із закритою трубкою протягом кількох ночей,

то можливе її видалення. Трахеотомічна трубка залишається постійно, якщо причина стенозу не ліквідована, наприклад, неоперабельний рак гортані або після видалення гортані.

Ускладнення трахеостомії:

1. Шок (анафілактичний шок при місцевій анестезії виникає рідко).

2. Кровотеча:

— первинна кровотеча трапляється в рідких випадках в результаті пошкодження безіменної вени у дітей;

— реактивна (рана повинна бути відкрита, і судини перев'язані);

— вторинна.

3. Легеневі ускладнення: спинення дихання може виникнути відразу після розтину трахеї і призвести до смерті. Це спричиняється зниженням високого рівня вуглекислоти, що діє стимулююче на дихальний центр при тривалому стенозі гортані.

Лікування: штучна вентиляція легень; 5%-й вуглекислий газ з киснем.

Підшкірна емфізема належить до легневих ускладнень, що виникають при просочуванні повітря навколо трубки (маленький діаметр трубки і широке вікно в трахеї). Це також може сприяти потраплянню повітря в середостіння, під час чого виникає емфізема середостіння — грізне ускладнення.

Лікування: видалення шкірних швів.

4. Пневмоторакс виникає в результаті пошкодження верхівки плеври, особливо у дітей.

Лікування: відсмоктування повітря з плевральної порожнини з використанням водяного клапана.

5. Випадіння трахеотомічної трубки і закупорка її кірками засохлого слизу призводять до задухи. В таких випадках трахеостому треба розширити трахеальними бужами і ввести до неї очищену трахеоканюлю.

Лікування: повторне відсмоктування й очищення; зволоження; якщо стан хворого дозволяє, трубка витягується для очищення, а дихання у таких випадках здійснюється через трубку бронхоскопа.

Пошкодження плеври спричиняє пневмоторакс, пошкодження крупних кровоносних судин — тяжкі кровотечі та повітряну емболію; внаслідок пошкодження задньої стінки трахеї і стравоходу утворюється трахеостравохідний свищ. Інфікування призводить до нагноєння рани, пневмонії.

Труднощі деканюлізації виникають при стенозі трахеї чи гортані внаслідок верхньої трахеостомії чи стійкій трахеостомії (трахеальний свищ), якщо трубка знаходилася тривало. У таких випадках трахеостома залишається відкритою.

Лікування. Вирізання шкірних країв трахеостоми і закриття з використанням шкірного клаптя.

Ларингостомія (конікотомія)

Це хірургічний розтин гортані крізь щитоперсневидну мембрану.

Показання. Виконується лише у невідкладних випадках (асфіксія), коли бракує часу для проведення трахеостомії.

Техніка виконання. Поперечним розрізом розтинається шкіра разом із мембраною між нижнім краєм щитовидного і верхнім краєм дуги персневидного хряща. У просвіт гортані уводиться інтубаційна трубка.

Ларингофісура

Розтин гортані за середньою лінією зовнішнім розрізом через вершину щитовидного хряща називається ларингофісурою.

Показання:

1. Посттравматичний стеноз гортані та стороннє тіло, яке вкорінилося.

2. Післязапальний стеноз гортані (рубцьовий) — при склеромі.

3. Пухлини доброякісні великих розмірів і злоякісні — обмежена пухлина голосової складки при її нормальній рухливості й без метастазів.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	7
<i>Розділ I. ВУХО</i>	8
Зовнішнє вухо	9
Середнє вухо	18
Внутрішнє вухо	38
Симптоми й ознаки захворювань вуха	41
Операції на вусі	51
<i>Розділ II. НІС</i>	55
Носова перегородка	67
Приносіві пазухи	68
Симптоми й ознаки захворювань носа	77
Операції в ділянках носа і приносивих пазух	83
<i>Розділ III. ГЛОТКА</i>	87
Носоглотка	87
Ротоглотка	90
Гортаноглотка	97
Нагноєння клітковини навкологлоткових просторів	99
Операції з приводу захворювань глотки	102
<i>Розділ IV. СТРАВОХІД</i>	106
Симптоми хвороб стравоходу	109
<i>Розділ V. ГОРТАНЬ</i>	111
Симптоми захворювань гортані	123
Операції на гортані	125

Бібліотека студента-медика

Провідний редактор серії

В. М. Попов

Художнє оформлення серії

О. А. Шамшуріна

Навчальне видання

Г. М. Пеньковський

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Провідний редактор ***В. М. Попов***

Редактор ***А. А. Гречанова***

Художній редактор ***О. А. Шамшуріна***

Технічний редактор ***А. А. Шипіцин***

Коректор ***Т. М. Апаньєва***

Здано до набору 20.03.99. Підп. до друку 27.05.99. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарн. Таймс. Друк різнографічний. Ум. друк. арк. 12,61.
Обл.-вид. арк. 13. Тираж 1000. Зам. 97.

Одеський державний медичний університет.
270026, Одеса, Валіховський пров., 2.

