



БИБЛИОТЕКА
СРЕДНЕГО
МЕДРАБОТНИКА

А.В.ПАВЛИЩУК

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ
И ТРАВМАХ УША,
ВЕРХНИХ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ
ПУТЕЙ
И ПИЩЕВОДА**

МЕДИЦИНА · 1990



БИБЛИОТЕКА
СРЕДНЕГО
МЕДРАБОТНИКА

А. В. ПАВЛИЩУК

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
И ТРАВМАХ УША,
ВЕРХНИХ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
И ПИЩЕВОДА

Издание 2-е
исправленное и
дополненное



ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА» ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1990

ББК 56.8

П 12

УДК 616.28 + 616.23 + 616.329]-083.98

Рецензент: проф. *Н. И. Иванов.*

Павлищук А. В.

П 12 Неотложная помощь при заболеваниях и травмах уха, верхних дыхательных путей и пищевода. — 2-е изд., испр. и доп. — Л.: Медицина, 1990. — 104 с.: ил. — (Б-ка сред. мед. работника).

ISBN 5—225—01304—X

В книге освещены наиболее часто встречающиеся заболевания и травмы ЛОР-органов и пищевода, требующие неотложной помощи. Особое внимание уделено тактике среднего медработника при оказании доврачебной помощи.

Для фельдшеров скорой помощи, фельдшерско-акушерских пунктов и здравпунктов промышленных предприятий.

П $\frac{4108140000-135}{039 (01)-90}$ 162—90

ББК 56.8

ISBN 5—225—01304—X

© Издательство «Медицина» Москва, 1984 г.

© А. В. Павлищук, 1990 г., с изменениями.

Фельдшер, работающий на самостоятельном участке, нередко встречается с пациентами, имеющими различные заболевания и повреждения органов слуха, верхних дыхательных путей и пищевода. Заболевания и травмы могут сопровождаться тяжелыми явлениями — резкими болями, кровотечением, расстройством дыхания и другими симптомами. В таких случаях неотложная помощь является средством сохранения жизни больного или избавления его от тяжелейших осложнений. При ряде ЛОР-заболеваний и травм фельдшер обязан своевременно распознать их, оказать первую доврачебную помощь и направить больного в соответствующее лечебное учреждение. За последние годы вопросам неотложной помощи оториноларингологическим больным уделяется значительное внимание, особенно оптимальному объему лечебно-диагностических мероприятий на различных этапах этой помощи. Исследование материалов обращаемости населения по поводу оказания неотложной ЛОР-помощи показало, что наиболее часто (48,8 %) поводом к этому являются острые воспалительные процессы в ЛОР-органах. Значительное место занимают инородные тела наружного уха и верхних дыхательных путей (20 %), а также механические травмы (16 %) и кровотечения из ЛОР-органов (10,8 %). Доля

химических и термических ожогов глотки, гортани и пищевода, а также обострений хронических заболеваний с их осложнениями составляет соответственно 3,1 % и 1,3 %. Высокая обращаемость отмечена у детей дошкольного возраста. Причинами ее являются инородные тела и острые воспалительные заболевания уха, горла и носа. У детей школьного возраста чаще отмечаются острые воспалительные заболевания и абсцессы ЛОР-органов. У лиц молодого и среднего возраста преобладают острые воспалительные заболевания и механические травмы уха, горла и носа. Лица старшего возраста обращаются чаще по поводу кровотечений и травм ЛОР-органов.

Выявлена также определенная зависимость уровня обращаемости от времени года и дня недели. Наибольшая частота обращений по поводу инородных тел и механических травм ЛОР-органов приходится на летние, а по поводу носовых кровотечений — на весенние месяцы. В течение недели наибольшее число обращений бывает в последние 2 дня недели и в понедельник, в другие же дни оно примерно одинаково.

Установлено также, что основная часть обращений приходится на период с 8 до 16 ч (53 %), несколько меньшая — от 16 до 24 ч (39 %). Количество обращений по поводу неотложной ЛОР-помощи с 0 до 8 ч составляет всего 8 % от общего числа обращений в течение суток.

Эффективность лечебной помощи больным при заболеваниях и травмах ЛОР-органов в значительной мере зависит от времени, прошедшего от начала заболевания или травмы, до момента обращения в медицинское учреждение. При оказании неотложной помощи при заболеваниях и травмах ЛОР-органов перед средним медработником стоят следующие задачи: 1) выяснить характер внезапно возникающего заболевания или травмы ЛОР-органов, быстро поставить ориентировочный диагноз и оценить тяжесть данного заболевания или повреждения; 2) оказать доврачебную неотложную помощь (остановка носового кровотечения, наложение давящей повязки, вскрытие абсцесса или гематомы, удаление инородного тела и т.д.); 3) обеспечить своевременную транспортировку больных в центральную районную больницу или в ЛОР-отделение городской больницы

для оказания специализированной медицинской помощи.

Кроме выполнения этих задач, фельдшер должен владеть техникой выполнения следующих хирургических вмешательств и манипуляций на ЛОР-органах:

- первичная хирургическая обработка ран ушной раковины и наружного носа;

- удаление инородных тел из наружного слухового прохода, носовой полости и глотки;

- вскрытие абсцесса и гематомы носовой перегородки;

- остановка носового кровотечения (передняя тампонада);

- репозиция отломков костей носа;

- смазывание и прижигание слизистой оболочки носовой полости;

- промывание носовой и верхнечелюстной полости после операции;

- туалет и смена внутренней трахеотомической трубки;

- продувание слуховых труб по Политцеру.

Для этого на фельдшерском здравпункте должны быть в наличии необходимые оториноларингологические инструменты и емкости, а именно: лобный рефлектор, окончатый шпатель, ушные воронки разных размеров, носовые зеркала (для взрослых и детей), носовой корнцанг, носовой и ушной пинцеты, шприц Жане для удаления инородных тел из наружного слухового прохода, гортанные и носоглоточные зеркала, гортанный шприц с универсальными наконечниками, гортанный зонд с нарезкой, резиновый баллон с оливой для продувания ушей, порошокдуватель для вдувания порошкообразных веществ в ухо и верхние дыхательные пути, гортанный смазыватель с рукояткой, скальпель для вскрытия паратонзиллярных абсцессов, кюветы для инструментов, почкообразные эмалированные тазики, крючок для удаления инородных тел из полости носа, металлические зонды с нарезкой.

Для регистрации ЛОР-заболеваний и травм, при оказании неотложной помощи мы предлагаем несколько видоизмененную схему А. Р. Ханамирова (1975). В нашей схеме опущен ряд нозологических единиц (статокинетические расстройства, тонзиллогенный сепсис, паразофагит и другие заболевания,

которые диагностируются врачами-оториноларингологами, — см. приложение 1). Используя эту схему, можно изучить распространенность, частоту и особенности оказания помощи ЛОР-больным на определенном участке.

Мы надеемся, что предлагаемая книга поможет учащимся медицинских училищ, а также средним медработникам пополнить знания по наиболее важным вопросам неотложной помощи при заболеваниях и травмах ЛОР-органов и тем самым будет способствовать улучшению качества оториноларингологической помощи населению на ее первом, доврачебном, этапе.

ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ СТЕНОЗЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Неотложная помощь больным, особенно детям, при острых стенозах гортани является в настоящее время серьезной проблемой. Ведущее место в возникновении острых стенозирующих ларингитов и ларинготрахеитов принадлежит острым респираторным инфекциям. Возрастает роль гриппа и парагриппозных инфекций в этиологии острых ларинготрахеитов у детей, особенно раннего возраста. Причинами, предрасполагающими к развитию острых стенозов гортани у детей раннего возраста, могут быть такие факторы, как катарально-экссудативный диатез, аллергия, аномалия конституции, неправильное вскармливание, снижение защитных сил организма. К стенозирующим ларингитам могут приводить также грибковые поражения слизистой оболочки гортани, клинические проявления при которых зависят как от локализации процесса, так и от специфического воздействия грибковой инфекции. Для возникновения острых сужений гортани имеет значение возраст больного. Наибольшая опасность встречается в детском возрасте. Этому способствуют следующие моменты: малые размеры гортани, узкий и мягкий детский надгортанник, рыхлость подслизистой ткани в подскладочном пространстве, имеющей склонность к отеку, последний облегчает образование сужения. Ларингеальные стенозы опаснее

ЭТИОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

трахеальных, так как сужение просвета трахеи до $1/30$ нормального ее размера может не вызвать тяжелых расстройств, в то время как значительно меньшие сужения гортани опасны для жизни.

Стенозы гортани встречаются чаще, чем стенозы трахеи. Это объясняется более сложным анатомическим строением гортани.

Острый ларинготрахеальный стеноз является не самостоятельной нозологической единицей, а симптомокомплексом с характерной клинической картиной.

При остром стенозе гортани может быстро развиться затруднение дыхания. Удушье обычно наступает уже через несколько часов после начала заболевания (эпиглоттит, гортанная ангина, аллергический отек). У больного с выраженным стенозом появляются страх, двигательное возбуждение, гиперемия лица, потливость, нарушение сердечной деятельности.

В клинической картине стеноза различают 4 стадии.

I стадия — компенсация. Она характеризуется углублением и урежением дыхательных движений, выпадением дыхательной паузы. В этой стадии одышка появляется при ходьбе, в покое же недостаточности дыхания нет.

II стадия — неполная компенсация. При ней в акт дыхания включаются вспомогательные группы мышц. У больного происходит втягивание над- и подключичных ямок, межреберных промежутков, раздувание крыльев носа, появляются стридор (шумное дыхание), бледность кожи и слизистых оболочек губ и век.

III стадия — декомпенсация. Дыхание поверхностное, частое. Больной принимает вынужденное положение сидя, с запрокинутой головой. Стридор выражен еще резче. Гортань делает максимальные экскурсии, напряжение дыхательных мышц становится максимальным. Лицо больного краснеет, покрывается холодным потом. Больной возбужден.

IV стадия — терминальная. У больного учащается дыхание, делается поверхностным. Падает сердечная деятельность, пульс становится то частым нитевидным, то, наоборот, редким. Нарастают цианоз и похолодание губ, кончика носа, пальцев рук. Расширяются зрачки, развивается сонливость, наблюдаются потеря сознания, непроизвольное отхождение мочи и кала, и больной погибает.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

При дифференциальной диагностике стенозов гортани необходимо исключить сердечную и легочную одышку. Отсутствие в последних случаях стридора (шумного дыхания), а также данные перкуссии и аускультации позволяют правильно оценить причину одышки. Чаще всего стенозы гортани приходится дифференцировать от бронхиальной астмы. Бронхиальная астма отличается характером одышки, которая бывает экспираторной и протекает с приступами, в большинстве случаев ночью, обычно имеется соответствующий анамнез. При истерии может наблюдаться симптомокомплекс острого стеноза, однако общее состояние не соответствует тяжести одышки, и при ларингоскопии отсутствуют патологические изменения в гортани.

При общем осмотре необходимо обратить внимание на вид больного, цианотичность кожных покровов и слизистых оболочек, беспокойство (больной как бы ловит воздух), западение податливых тканей грудной клетки — все это характерно для острого стеноза гортани. Необходимо обратить внимание на характер одышки, которая бывает только инспираторного характера и сопровождается стридором.

Клиническое течение острых стенозов гортани у детей и взрослых имеет свои особенности. У детей они часто возникают на фоне острого респираторного заболевания и иногда имеют быстрое течение (эпиглоттит). У взрослых стеноз развивается медленнее. У них может наступить компенсация дыхательной недостаточности. Исключение составляют стенозы травматические и аллергические, при которых затруднение возникает внезапно, быстро нарастает и сопровождается малым, частым пульсом и цианозом лица.

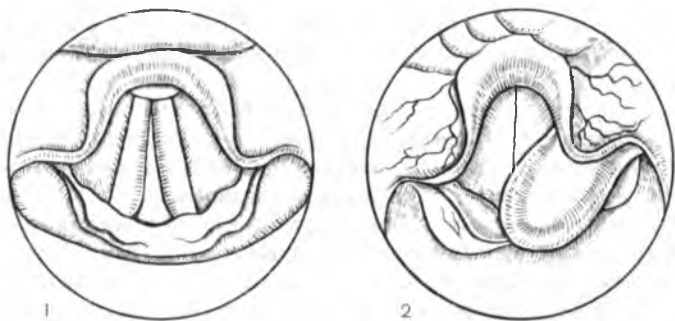
Острый эпиглоттит встречается чаще всего у детей раннего возраста. Протекает молниеносно, сопровождается высокой температурой тела, шумным дыханием. Голос глухой, отмечаются выраженная боль при глотании, дыхательная недостаточность. Ребенок беспокоен, положение вынужденное — головка откинута назад, рот раскрыт, язык высунут. При надавливании шпателем на язык можно увидеть увеличенный и красный надгортанник. У детей смерть может наступить в первые часы заболевания.

Подскладочный ларингит (ложный круп) чаще встречается у детей с экссудативным диатезом, бронхиальной астмой и другими аллергическими проявлениями. Зачастую приступы возникают ночью, появляются лающий кашель, затруднение дыхания, цианоз губ; голос чистый, иногда имеет хриплый оттенок.

Если условия не позволяют произвести прямую ларингоскопию, то необходимо исключить дифтерию (истинный круп), заглоточный абсцесс и наличие инородного тела. При осмотре гортани определяется утолщение слизистой оболочки подскладочного пространства в виде валиков либо его концентрическое сужение (рис. 1).

Флегмонозный ларингит протекает с высокой температурой тела, ознобами, затрудненным дыханием, резкими болями при глотании, иногда наступает охриплость голоса. Этиологическим фактором является кокковая инфекция, проникающая под слизистую оболочку и далее в мышцы и межмышечную клетчатку. Различают 2 формы флегмонозного ларингита — ограниченный и разлитой. При поражении тканей в области голосовой щели возникают грубый лающий кашель и нарушение дыхательной функции (вплоть до асфиксии). При ларингоскопии определяются резкая гиперемия, припухлость и инфильтрация всех внутренних отделов гортани. Подвижность отдельных элементов гортани бывает резко ограниченной.

Одной из частых причин острого стеноза гортани являются **аллергические отеки**, вызванные воздействием лекарственных препаратов, пищевых продуктов, пылью различных растений (амброзия), ядохимикатами, пестицидами. Аллергическая реакция мгновенного типа, сопровождающаяся острым стенозом гортани, наблюдается при анафилактическом шоке. При аллергическом отеке гортани больные, как правило, не жалуются на боль в горле. Ведущими симптомами являются ощущение распирания в горле и затруднение дыхания. Отек чаще всего локализуется в области черпаловидных хрящей, черпалонадгортанных складок и надгортанника. Имеются и другие признаки отека аллергической природы: молниеносность развития заболевания; слизистая оболочка бледная, с голубоватым оттенком, студе-



1. Подскладочный ларингит.
2. Отек левой черпалонадгортанной складки

нистая; отсутствуют воспалительные явления (гиперемия) в местах, не занятых отеком (рис. 2).

Быстрое обратное развитие процесса может наблюдаться при рациональном и своевременном лечении. Состояние слизистой оболочки гортани нормализуется через несколько часов после проявления первых симптомов заболевания.

Гортанная ангина — острое воспаление лимфаденоидной ткани гортани. Оно обусловлено проникновением кокковой флоры в подслизистый слой и может возникнуть в результате переохлаждения, гриппозной и парагриппозной инфекции, а также при травмах гортани.

При типичной гортанной ангине возникает воспаление фолликулов, часто расположенных на надгортаннике, черпаловидной области, ложных складках. Вокруг очага быстро образуются инфильтрация и отек. В зависимости от их степени наблюдаются стенозы различной степени, нередко требующие трахеостомии. В. И. Воячек предложил назвать это заболевание по аналогии с процессами в глотке гортанной ангиной. Симптоматика вначале во многом аналогична таковой при ангине небных миндалин. Больных беспокоят боль при глотании, сухость и першение в горле, болезненность при поворотах шеи. К концу первых суток все эти явления нарастают: повышается температура тела до высоких значений, боли в горле становятся интенсивными. Появляются охриплость, затруднение дыхания, а в некоторых слу-

чаях развивается острый стеноз. У больного возникает страх удушья, что является частой причиной вызова скорой помощи.

При осмотре определяется состояние, очень похожее на тяжелую форму ангины, но в зеве объективные данные выражены весьма скудно или вовсе отсутствуют. Это дает возможность заподозрить гортанную ангину. Для подтверждения необходимо произвести непрямую ларингоскопию. При ларингоскопии определяются гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки гортани на одной стороне или на ограниченном ее участке. Иногда видны отдельные фолликулы с точечными налетами. Заболевание продолжается в среднем 5—6 дней. Ввиду опасности присоединения к гортанной ангине отека или подслизистого воспаления, которое может привести к асфиксии, больного следует лечить только в стационаре. Режим постельный. Назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты, обязательно десенсибилизирующие средства. Необходимы также щелочные ингаляции несколько раз в день, согревающий компресс на шею, УВЧ на область гортани. Хороший эффект дает применение аэрозоля растворов антибиотиков (200000 ЕД пенициллина и 250000 ЕД стрептомицина в 5 мл изотонического раствора натрия хлорида). В ряде случаев целесообразно дополнить указанный состав 2 мл (60 ЕД) суспензии гидрокортизона. Если явления удушья принимают угрожающий характер, то прибегают к трахеостомии или интубации.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ

Больные с острыми стенозами гортани должны быть обязательно госпитализированы, особенно дети. Транспортировка таких больных должна осуществляться в машине скорой помощи, оборудованной необходимым инструментарием и аппаратурой для проведения в случае внезапно наступившего удушья реанимационных мероприятий, в том числе и трахеостомии. Следует помнить о том, что чем раньше больному с острым стенозом гортани будет оказана действенная специализированная помощь в стационаре, тем быстрее наступит улучшение.

В большинстве областных, краевых и городских центров для страдающих ларинготрахеальными заболеваниями открыты специализированные оториноларингологические отделения при детских соматических или инфекционных больницах, в штат которых входят детские оториноларингологи. В случае необходимости к оказанию помощи такому ребенку привлекается реаниматолог.

подавляющее большинство больных с компенсированными стенозами гортани следует госпитализировать именно в оториноларингологические отделения, если со слов родителей или больного можно установить, что дома наблюдались проявления декомпенсации стеноза. Следует госпитализировать детей с компенсированной стадией стеноза гортани при рецидивирующей форме заболевания. Ранняя госпитализация способствует значительному уменьшению числа больных с тяжелыми формами этого заболевания.

При декомпенсированной стадии стеноза гортани больной переводится в отделение реанимации, где ему проводится поэтапная интенсивная терапия. Эти отделения состоят из боксов, имеют эндоскопический и процедурный кабинеты, куда централизованно подводится кислород. Отделение оснащено ингаляционными установками и электроотсосами. Эндоскопический кабинет является и малой операционной. В его оборудование входят операционный стол, наркозный аппарат, ларингоскопы, интубационные трубки, хирургический инструментарий, необходимый для трахеостомии, дыхательный бронхоскоп. Если в районе или области еще не организовано такое отделение, то больных с острыми стенозами гортани следует направлять в районные или городские оториноларингологические стационары, где созданы все условия для оказания быстрой, эффективной специализированной помощи.

Лечение больных с острыми воспалительными стенозами гортани проводится в зависимости от стадии стеноза гортани.

При компенсированной стадии стеноза гортани воспалительного характера комплекс лечебных мероприятий включает отвлекающие процедуры: горчичники, укутывания, ножные ванны (вода постоянной температуры $+39^{\circ}\text{C}$), обильное питье подогретой

минеральной воды, облучение кварцевой лампой подошвенных поверхностей стоп в субэритемных дозах. Ингаляции следующей смеси — эфедрина гидрохлорида 0,2 г, димедрола 0,25 г, эуфиллина 0,5 г, дистиллированной воды 50 мл; по 3 мл смеси на одну ингаляцию.

Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, дипразин) вводят преимущественно внутримышечно. Димедрол дают внутрь взрослым по 0,03—0,05 г 1—3 раза в день, внутримышечно вводят 0,01—0,05 г (1—5 мл 1 % раствора). Детям препарат назначают в меньших дозах — 0,002—0,015 г на прием. Дипразин (пипольфен) дают внутрь взрослым по 0,025 г 2—3 раза в день, внутримышечно вводят по 1—2 мл 2,5 % раствора; детям до 6 лет — внутрь по 0,008—0,01 г 2—3 раза в день. Супрастин назначают внутрь, взрослым по 0,025 г, при необходимости дозу увеличивают до 0,04 г, внутримышечно вводят 1 мл 2 % раствора; детям разовая доза — 0,01—0,02 г внутрь или 0,5 мл 2 % раствора внутримышечно.

Кальция глюконат назначают внутрь по 0,5 г на прием; аскорбиновую кислоту — внутрь по 0,05—0,2 г на прием.

Из антибиотиков назначают пенициллин по 200000—300000 ЕД 4 раза в сутки внутримышечно детям 2—3 лет и по 500000 ЕД 6 раз в сутки внутримышечно взрослым; оксациллина натриевую соль внутримышечно взрослым и детям старше 6 лет 1,5—3 г в сутки; ампициллина натриевую соль внутримышечно в средней суточной дозе 25—50 мг/кг для детей и 1—3 г для взрослых.

Интенсивная терапия больных с острыми воспалительными заболеваниями гортани, сопровождающимися стенозом гортани в стадии неполной компенсации. В этой стадии стеноза, кроме вышеуказанных средств, применяется оксигенотерапия (увлажненный кислород). Производится внутривенное струйное введение дегидратационных и дезинтоксикационных средств: 10—30 мл 10—20 % раствора глюкозы; 10 % раствора кальция хлорида из расчета 1 мл на год жизни ребенка (разовая доза); 1—5 мл 10 % раствора кальция глюконата каждые 2—3 дня (ампулу с раствором перед введением подогревают до температуры тела); кокарбоксилаза — по 0,05—0,1 г в день внутривенно.

Назначают сердечные средства внутрь — лантозид, адонизид по 1 капле на год жизни ребенка (разовая доза).

Интенсивная терапия больных с острыми воспалительными заболеваниями гортани, сопровождающимися стенозами гортани в стадии декомпенсации. В III стадии используют лечебные мероприятия, применяемые при I и II стадии стеноза гортани, и дополнительно внутривенно вводят гемодез или неокомпенсан в дозе 10 мл/кг. Внутривенно медленно (в течение 3—4 мин) вводят также 1—3 мл водного раствора преднизолона (1 мл содержит 0,03 г препарата). Эффект отмечается уже через несколько минут и длится 5—7 ч. Препарат вводят 2—3 раза в сутки. Для разжижения мокроты назначают вливание в гортань щелочно-масляных растворов с ферментами (трипсин, химопсин).

Внутривенно назначают сердечные гликозиды: взрослым по 0,5—1 мл 0,05 % раствора строфантина или 0,06 % раствора коргликона. Вводят медленно (в течение 5—6 мин) в 10—20 мл 20 % или 40 % раствора глюкозы. Кроме того, в условиях оториноларингологического отделения стационара проводится лечение ингаляциями под тентом в сочетании с активной коррекцией водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. При неэффективности производят интубацию или трахеостомию.

Лечение аллергических отеков гортани имеет особенности. Больным в тяжелом состоянии при стенозе гортани в стадиях неполной компенсации и декомпенсации назначают внутримышечно и внутривенно инъекции кортикостероидов (так называемая внутривенная трахеостомия) с последующим переходом после достижения улучшения на прием этих препаратов внутрь в течение 2—3 дней и более.

Гидрокортизон вводят внутримышечно, 1—2 мл (25—50 мг), преднизолон — внутривенно в тяжелых случаях, медленно (в течение 3—4 мин), 1—2 мл водного раствора (1 мл содержит 30 мг препарата). При отсутствии улучшения введение повторяют через 6—12 ч (в пределах суточной дозы). Высшая суточная доза для детей 1 года — 4 лет — 0,001 г на 1 кг массы тела, 5—6 лет — 0,02 г, 7—9 лет — 0,025—0,03 г, 10—14 лет — 0,025—0,04 г. Для взрослых высшая суточная доза составляет 0,1 г.

Антигистаминные препараты вводят внутримышечно (1—2 мл 2,5 % раствора дипразина или 1—2 мл 2 % раствора супрастина); 10 % раствор кальция хлорида — внутривенно по 10 мл; детям в зависимости от возраста — от 1 до 5 мл раствора. Проводится также дегидратационная терапия (фуросемид, 0,02—0,04 г внутримышечно 1 раз в день; 40 % раствор глюкозы внутривенно, 10—20 мл). При анафилактическом шоке внутривенно капельно вводят норадреналин. Раствор норадреналина разводят в 5 % растворе глюкозы так, чтобы в 1 л раствора глюкозы содержалось 2—4 мл 0,2 % раствора (4—8 мг) норадреналина гидротартрата. Вводят со скоростью 20—60 кап/мин под контролем за артериальным давлением.

Больной должен дышать увлажненным кислородом по 1 ч 3—4 раза в день. При нарастании удушья производят трахеостомию.

Т р а х е о с т о м и я — оперативное вмешательство, которое проводится иногда с участием фельдшера или медсестры. У фельдшера, работающего на медицинском пункте, в ряде случаев возникает экстренная необходимость в приготовлении соответствующего стерильного инструментария и медикаментов. С этим приходится сталкиваться, например, тогда, когда фельдшер вызвал врача к задыхающемуся больному. К приезду врача должно быть все готово, иногда фельдшеру приходится ассистировать при операции.

Для производства трахеостомии нужны следующие медикаменты и хирургическое белье: 5 % спиртовой раствор йода; 0,5 % раствор новокаина; 2—3 % раствор дикаина; 70 % этиловый спирт; 2 стерильных халата; 2 стерильные простыни; стерильные марлевые салфетки. Необходимо также простерилизовать следующие инструменты: несколько игл и шприц на 10—20 мл для инфильтрационной анестезии; 1—2 скальпеля; несколько трахеотомических канюль различного размера; 2 анатомических и 2 хирургических пинцета; 5—7 кровоостанавливающих зажимов Кохера и Пеана; желобоватый зонд; ножницы; тупые крючки для расширения раны; острые крючки для фиксации трахеи; трахеотомический расширитель; иглодержатель с иглами; стерильный шелк и кетгут; марлевые турунды для фиксации трахеотомической канюли



3. Положение больного при трахеостомии.

на шею. Особое внимание следует уделять трахеотомической канюле. Внутренняя трубка ее должна строго соответствовать наружной и свободно входить в нее, во избежание выпадения она фиксируется специальным замком.

Техника трахеостомии. Больного укладывают на операционный стол, под плечи подкладывают валик, голова должна быть запрокинута (рис. 3). Если при этом ухудшается дыхание, то нужно оперировать больного в положении сидя. Детей младшего возраста приходится оперировать при положении их лежа, с запрокинутой головой, при этом помощник надежно фиксирует голову, чтобы избежать ее поворота и наклонов в сторону. Опознавательными пунктами являются щитовидный хрящ (у мужчин) или выступ дуги перстневидного хряща (у женщин и детей).

В условиях специализированного стационара трахеостомы, особенно у детей, необходимо производить исключительно под общим обезболиванием с предварительной интубацией трахеи. Предшествующая интубация трахеи приблизила условия производства трахеостомии к условиям обычной плановой операции. Эндотрахеальный наркоз при этой операции привел к уменьшению частоты наиболее грозных ее осложнений — пневмоторакса и пневмомедиастинума.

В экстренных условиях неспециализированных стационаров трахеостомию, как правило, делают под местной анестезией 0,5—1 % раствором новокаина.

Намечают разрез кожи, вводят новокаин, инфильтрируя ткани в области операционного поля, имеющего вид ромба. После этого выжидают несколько минут до наступления анестезии.

Различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию (разрез делается, соответственно, выше перешейка щитовидной железы, через него или ниже него).

Расстояние между перешейком щитовидной железы и грудиной у детей относительно больше, чем у взрослых, у которых смещение гортани вниз уже закончилось. У детей раннего возраста перешеек щитовидной железы широкий, покрывает все верхние кольца трахеи и прочно с помощью фасции прикрепляется к нижнему краю перстневидного хряща, поэтому оттянуть железу книзу не удастся. При рассечении верхних колец трахеи у ребенка может быть поврежден перстневидный хрящ, что приводит к развитию перихондрита гортани. Ввиду всех перечисленных особенностей взрослым чаще производят верхнюю трахеостомию, а детям — нижнюю. Среднюю трахеостомию производят в тех случаях, когда перешеек щитовидной железы поднимается далеко кверху и не допускает достаточного оттягивания вниз. В таких случаях его рассекают и перевязывают. Разрез трахеи производится соответственно уровню перешейка.

После разреза кожи и подкожной клетчатки (у взрослых длина его 5—6 см) рассекают наружную фасцию шеи. После разведения краев разреза тупым путем разъединяют мышцы и разводят их в стороны тупыми крючками. Для того чтобы получить доступ к верхним кольцам трахеи, перешеек щитовидной железы надо сместить книзу; при этом обнажаются верхние кольца трахеи. Перед вскрытием трахеи осуществляют тщательный гемостаз; однозубым остроконечным крючком гортань и трахею подтягивают кверху и фиксируют в этом положении. Остроконечным скальпелем рассекают 2—3 кольца трахеи по передней поверхности снизу вверх. Края разреза этих колец раздвигают; удобнее пользоваться трахеорасширителем, предложенным И. Б. Солдатовым, Ю. В. Митиным, В. А. Кунеевским (1979), он дает возможность хорошо осмотреть подскладочные пространства гортани и трахеи. В разрез трахеи вводят

трахеотомическую трубку с заранее привязанными к ушкам щитка марлевыми полосками. На верхний и нижний края разреза накладывают 1—2 шва. Марлевые полоски, прикрепленные к трубке, завязывают вокруг шеи. Под трубку подводят салфетку из нескольких слоев марли, надрезанную до середины. Внутреннюю трубку смазывают цинковой мазью для уменьшения раздражения кожи вокруг отверстия, так как в послеоперационном периоде она обильно смачивается слизистыми выделениями.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ, ПОДВЕРГШИМИСЯ ТРАХЕОСТОМИИ

Исход заболевания у больных с трахеостомой во многом определяется качеством ухода. Все манипуляции с трахеостомой надлежит производить тщательно вымытыми и обработанными спиртом руками. Внутреннюю трубку трахеотомической канюли, особенно первые 1—3 дня, необходимо очищать от мокроты и корок несколько раз в день. Для их разжижения в трахею через трубочку 5—6 раз в сутки вводят несколько капель 4 % раствора натрия гидрокарбоната и ферментов. Фартук под канюлей следует менять по мере пропитывания отделяемым. При мацерации кожи необходимо смазывать ее пастой Лассара, стрептоцидовой мазью, синтомициновой эмульсией или дермозолоном.

Больные с трахеостомой требуют пристального внимания медицинского персонала. Отсасывающий аппарат для удаления содержимого из дыхательных путей должен находиться у кровати больного, всегда должен иметься наготове трахеотомический набор. Первую смену канюли производит врач через 3—4 дня после операции, а затем каждые 7—10 дней.

Для аспирации из стомы каждый раз берется стерильный катетер. Для этого выделяют 2 банки с дезинфицирующими растворами, на которых пишут фамилию больного; банки обозначают соответственно «Для стерильных катетеров», «Для грязных катетеров». После однократного использования катетер кипятят.

Если очистка внутренней трубки не облегчает дыхания больного, то меняют всю канюлю. Это мероприятие следует проводить очень осторожно, особенно

в первые дни после операции, поскольку вслед за удалением трубки края раны быстро сближаются и последующее ее введение затрудняется. При форсированном введении можно вызвать кровотечение или сделать ложный ход между передней стенкой трахеи и окружающими ее тканями. При смене трахеостомической трубки необходимо иметь наготове трахеорасширитель, зажимы Пеана и электроотсос. Если через трубку выделяется алая кровь или мокрота, окрашенная кровью, и больного беспокоит кашель, усиливающийся при повороте головы, значит трубка травмирует трахею. В этих случаях нужно подобрать новую трахеотомическую трубку и ликвидировать воспалительную реакцию в области стомы и в трахее. Для этого применяют местное введение антибиотиков с суспензией гидрокортизона, микроволновую терапию, УВЧ.

Одним из наиболее частых **осложнений после трахеостомии** является **подкожная эмфизема**. Обычно она может появиться в первые 12 ч после операции. В первую очередь отмечается сглаженность контуров шеи, в дальнейшем обращает на себя внимание припухлость тканей передних и боковых отделов ее. При осторожном ощупывании этих областей определяется легкий хруст (крепитация), под пальцами исследующего как бы лопаются воздушные пузырьки. Значительно реже возникают более опасные осложнения — **эмфизема средостения** и даже **пневмоторакс**.

Причины, приводящие к развитию подкожной эмфиземы, разнообразны. Это значительно больший, чем диаметр трахеотомической канюли, разрез трахеи, наложение частых швов, сильный кашель, резкие движения, выпадение трахеотомической канюли. Для облегчения отхаркивания мокроты больной в первые часы и даже дни должен находиться в положении полулежачего. Больному запрещают делать резкие движения. Если развилась подкожная эмфизема, то необходимо, не вынимая трахеотомической трубки, снять 1—2 шва и слегка раздвинуть края раны. Это предотвратит дальнейшее нарастание эмфиземы.

Одним из трудных моментов после трахеостомии является выпадение канюли из стомы. Если средний медработник не сможет ввести трахеотомическую



4. Трахеостомические канюли.

трубку с первой попытки в стому, то необходимо до прихода врача ввести в раневое отверстие носовое зеркало с длинными губками или расширитель Труссо.

В настоящее время применяется несколько видов трахеотомических канюль (рис. 4): металлические канюли старой конструкции, пластмассовые тефлоновые и канюли из эластичных пластмасс с раздувными манжетками. Лучше применять пластмассовые канюли, так как они более легкие, не поддаются коррозии и легко очищаются.

ТРАВМЫ УША И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ТРАВМЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Механические повреждения. Ушная раковина вследствие своего выступающего положения часто подвергается повреждениям. Причины травм ушной раковины могут быть различными: бытовые, производственные, транспортные, спортивные. Поверхностные легкие повреждения (ссадины, царапины) обычно не требуют неотложной помощи. Нередко бывают значительные повреждения при сильных ушибах, укусах, ранениях холодным оружием. Возможен полный отрыв раковины. Размеры повреждения зависят от ранящего предмета и силы, с какой оно наносится. Инфицирование ушной раковины при

ранении или тупой травме может привести к развитию перихондрита с последующим расплавлением хряща и обезображиванием ушной раковины.

Оказание неотложной помощи заключается в остановке кровотечения и первичной обработке раны. Швы следует накладывать только через кожу, не задевая хряща, с обеих сторон ушной раковины. Первичный шов часто дает возможность вернуть к жизни совершенно оторванные куски раковины. Для этого оторванный кусок тщательно промывают в изотоническом растворе натрия хлорида и растворе антибиотиков. При обработке удаляют те части, которые явно нежизнеспособны. При сильном размозжении ушной раковины лучше выждать появления здоровых грануляций и накладывать вторичный шов. Следует отметить, что течение укушенных ран неблагоприятно, приводит к перихондритам и даже к некротизации части раковин. Лечение этих ран следует вести открытым способом.

При длительном закрытии ушной раковины повязкой может возникнуть экзема, мешающая заживлению раны, поэтому необходимо ежедневно снимать повязку на 1—2 ч, чтобы подвергнуть кожу ушной раковины действию воздуха и солнечных лучей.

Отгематома. При тупой травме, ударе, давлении, трении происходят разрыв кровеносных сосудов и скопление крови между надхрящницей и хрящом — отгематома (рис. 5). Она представляет собой напряженную, иногда флюктуирующую припухлость сине-багрового цвета, расположенную на передней поверхности в верхнем отделе ушной раковины. В легких случаях наблюдается самостоятельное ее рассасывание, в более тяжелых — нужно произвести пункцию, отсосать кровь и наложить давящую повязку. Если же отсосать содержимое не удастся, то производят разрез и удаление сгустков крови. Опасно инфицирование гематомы с развитием перихондрита, что приводит к секвестрации хряща и сморщиванию ушной раковины. Лечение должно сопровождаться введением антибиотиков (пенициллин внутримышечно по 300000 ЕД 4 раза в день в течение 6 дней). Назначают физиотерапию (УФО, УВЧ и др.). При повреждении кожи вводят (по схеме) противостолбнячную сыворотку.

Термические и химические травмы ушной раковины



5. Гематома ушной раковины.

возникают в результате действия на нее высокой или низкой температуры, кислот или щелочей. Термические ожоги редко бывают изолированными.

Оказание первой помощи при термических ожогах заключается в обработке пораженного участка кожи 2 % раствором калия перманганата или 5 % раствором танина. После вскрытия пузырей поверхность смазывают 10 % раствором серебра нитрата (ляписа).

При некрозе удаляют нежизнеспособные ткани и накладывают повязки с 0,2 % фурацилиновой мазью или 10 % синтомициновой эмульсией.

При отморожении ушной раковины ее согревают теплой (37°C) водой, осторожно обтирают 70 % этиловым спиртом. При образовании пузырей накладывают повязки с 0,5 % преднизолоновой мазью, после их вскрытия — с антибиотиками. При всех степенях отморожения применяют физиотерапевтические

методы лечения (эритемные дозы УФО, УВЧ), введение антибиотиков внутримышечно, а также в начале лечения, как и при химических ожогах, введение противостолбнячной сыворотки.

ТРАВМЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Чаще всего они возникают при неосторожном туалете уха, при неправильном удалении инородных тел, при воздействии едких химических веществ. При падении на подбородок смещается головка нижней челюсти и возникают переломы передней стенки наружного слухового прохода. При таких переломах, помимо кровотечения, отмечаются боли при движении нижней челюсти. Эти травмы относятся к тяжелым и опасным.

При травме наружного слухового прохода необходимо остановить кровотечение и предупредить возникновение его сужения и атрезий. Рану промывают раствором пенициллина, вводят противостолбнячную сыворотку. В наружный слуховой проход вставляют турунду, пропитанную стрептоцидовой или синтомициновой эмульсией. Нужно вводить и резиновые дренажные трубки. При переломах передненижней стенки назначают жидкую пищу, наружный слуховой проход туго тампонируют, нижнюю челюсть фиксируют повязкой. Такое лечение проводят на фоне общего применения антибиотиков. Больных с травмами наружного слухового прохода немедленно госпитализируют в оториноларингологическое отделение.

ПОВРЕЖДЕНИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Повреждения барабанной перепонки делятся на прямые и косвенные. Прямые разрывы могут наступить при чистке уха спичкой, шпилькой, обломками веток деревьев, кустарников или при неосторожном удалении инородного тела. Косвенные разрывы барабанной перепонки возникают при переломах основания черепа, когда линия перелома проходит через волокнисто-хрящевое кольцо.

Несмотря на незначительную толщину, барабанная перепонка обладает большой сопротивляемостью по отношению к внешним насилиям. В норме барабанная перепонка может выдерживать давление до 2 атм.

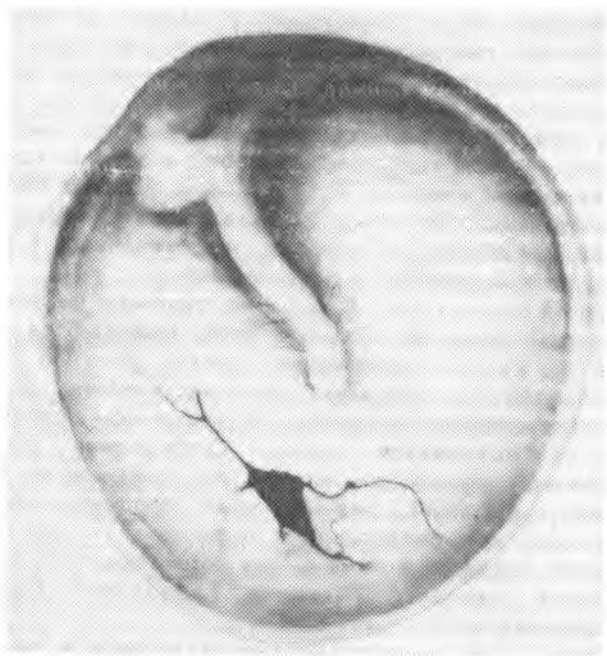
Разрывы чаще происходят в задних квадрантах барабанной перепонки. Они могут наступить при внезапном резком повышении или понижении давления воздуха в наружном слуховом проходе, при сильном ударе по уху полусогнутой ладонью, при нырянии на глубину, при выстреле на небольшом расстоянии, взрыве бомб, снаряда и т. д. Такие травмы бывают у кессонных рабочих и водолазов при нарушении правил подъема и спуска и связанных с ними режимов компрессии и декомпрессии.

Диагностика. В момент разрыва перепонки человек испытывает сильную боль, появляются шум, треск в ухе и понижение слуха. Диагноз устанавливается на основании анамнестических данных и отоскопической картины. В наружном слуховом проходе появляется кровь. Определить разрыв барабанной перепонки можно по следующим признакам: неровный, рваный край перфорационного отверстия, кровоизлияние в перепонку и инъекция сосудов; через отверстие видна нормальная слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости желтоватого цвета (рис. 6).

Правильный диагноз можно установить в течение первых дней после травмы, так как в дальнейшем может присоединиться инфекция и возникает воспаление среднего уха.

При перфорации барабанной перепонки и даже при подозрении на нее необходимо избегать всяких манипуляций, которые могут способствовать инфицированию среднего уха. Поэтому абсолютно противопоказаны промывание уха, удаление сгустков крови, назначение каких-либо капель. На ухо накладывают стерильную повязку, назначают сульфаниламиды и антибиотики и направляют больного к оториноларингологу. При появлении гноетечения лечение такое же, как при остром среднем отите. При разрыве барабанной перепонки необходимо также ввести противостолбнячную сыворотку.

При повреждении барабанной перепонки кислотой в первые часы следует нейтрализовать остатки едкого вещества введением в ухо 8—10 капель стерильного 2 % раствора натрия гидрокарбоната, а при попадании щелочи — 1 % раствора уксусной кислоты на 20—30 мин. Затем после высушивания в наружный слуховой проход вводят турунду, смоченную 1—2 % раствором



6. Разрыв барабанной перепонки.

дикаина или 5 % раствором кокаина. Во избежание сужения наружного слухового прохода применяют тампонаду его в течение длительного времени турундой, пропитанной стерильным вазелиновым маслом. Обычно повреждения барабанной перепонки едкими веществами оставляют после себя стойкие перфорационные отверстия и часто осложняются развитием хронического гнойного среднего отита.

Травмы уха должны быть кратко документированы, ибо в последующем, при отсутствии точных записей, трудно, а подчас и невозможно установить характер бывшего поражения.

Травмы носа. Нос, как выступающая часть лица, травмируется особенно часто. В зависимости от силы удара могут оказаться поврежденными мягкие ткани, костная или хрящевая часть носа. Самой частой бытовой травмой является падение на нос или удар по носу каким-нибудь предметом или рукой. Сравнительно редко повреждения носа вызываются острыми предметами, зубами. В таких случаях могут наблюдаться резаные или укушенные раны различной величины. Характер повреждения скелета носа зависит не только от силы, но и от направления удара. Перелом костей носа приводит обычно к деформации наружного носа, имеющей характерный вид (рис. 7).

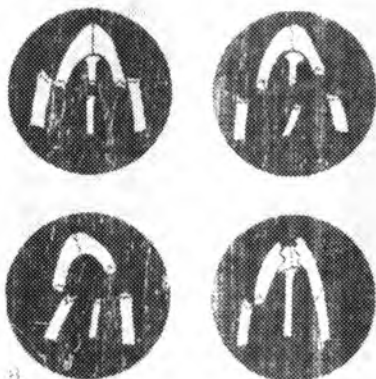
При травме чаще всего повреждаются носовые кости, реже — носовые отростки верхней челюсти. Носовая полость и кости ее латеральной стенки повреждаются только при очень тяжелых травмах, нанесенных инструментами или огнестрельным оружием. Носовая перегородка травмируется часто, образуются искривления, вывихи, надломы ее (рис. 8). Искривления появляются главным образом на хрящевой части перегородки, а вывихи встречаются большей частью на переднем крае хряща.

При повреждениях очень часто появляется субперихондральное кровоизлияние, скопление крови между хрящом и надхрящницей, называемое гематомой. Гематома часто инфицируется, и тогда образуется абсцесс носовой перегородки.

Среди симптомов, сопровождающих повреждение носа, основными являются боль, затруднение дыхания и кровотечение. Кровотечение может быть небольшим, но иногда бывает настолько сильным, что возникает угроза для жизни больного.

Диагностика повреждения носа особых трудностей обычно не представляет. При передней риноскопии выявляются положение носовой перегородки (смещение, перелом), наличие гематомы или разрыв слизистой оболочки, а состояние скелета носа определяется наружным осмотром и ощупыванием. При переломе костей носа иногда удается услышать характерный звук крепитации.

Травмы придаточных пазух носа. Ранним симптомом травмы придаточных пазух носа является эмфи-



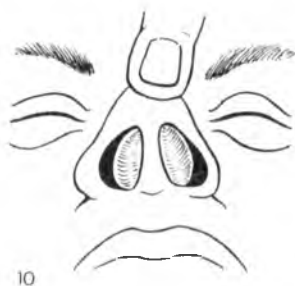
7. Деформация наружного носа.

8. Виды переломов костей носа.

зема щеки, лба и глазницы, иногда спускающаяся на шею. Общее состояние при поверхностных ранениях страдает мало, при более глубоких могут наблюдаться потеря сознания, шок; повреждения костей помогают определить рентгенограммы в различных проекциях.

Оказание неотложной помощи и лечение на медицинском пункте, объем доврачебной помощи зависят от характера травмы носа и состояния пострадавшего. Если перелом костей или хрящей носа без смещения не сопровождается кровотечением, а потерпевший обратился в первые часы после травмы, то достаточно назначить холод на область носа в течение суток. Пузырь со льдом или холодной водой не должен давить на область перелома. В течение 10—12 дней пострадавший должен оберегать свой нос от ушибов и давления.

При переломах костей носа со смещением необходимо придать носу прежнюю форму. Производится осмотр наружного носа и передняя риноскопия. В свежих случаях репозиция (рис. 9) производится очень быстро и можно обойтись без наркоза. Голову пострадавшего фиксируют, путем надавливания пальцами снаружи пытаются вернуть смещенные кости носа в их исходное положение. Если же имеются более грубые нарушения целостности костей наружного носа и кожа в этой области не повреждена, то можно под наркозом с помощью узкого тупого



9. Репозиция смещенных костей наружного носа.

10. Гематома носовой перегородки.

элеватора или носового зеркала с удлиненными створками, введенного в полость носа, поднять отломки костей, поставить их на место и фиксировать тампонами, пропитанными вазелиновым маслом.

Если образовалась гематома, то при передней риноскопии она имеет вид одностороннего или двустороннего ярко-красного выпячивания с широким основанием на перегородке, легко вдавливающегося при зондировании (рис. 10). При наличии свежей гематомы (давность 1—2 сут) лечение проводится путем отсасывания крови при пункциях и передней тампонады соответствующей стороны носа. Абсцесс носовой перегородки вскрывают с обеих сторон, причем разрезы делают не на противостоящих местах. В полость абсцесса ежедневно вводят турунду, смоченную гипертоническим раствором натрия хлорида, а после отторжения гнойных и некротических масс — полоску из перчаточной резины. При прекращении нагноения нужно произвести тампонаду носа, чтобы сблизить отслоившиеся пластинки надхрящницы и слизистой оболочки носа.

Методы остановки носового кровотечения изложены на стр. 51.

Поврежденные мягкие ткани наружного носа после бережной и экономной хирургической обработки можно сблизить швами. Благодаря обильному кровоснабжению тканей лица заживление здесь происходит хорошо. Швы накладывают тонкой полиэфирной нитью или шелком и повязкой не закрывают.

Кончик или крыло носа, висящие на незначительном лоскутке ткани или совершенно отделенные от основы, необходимо немедленно промыть в изотоническом растворе натрия хлорида и растворе антибиотика и аккуратно пришить. Если пострадавший не может быть доставлен в стационар в ближайшие 48 ч, для предупреждения сращения в нос вводят полую толстостенную резиновую трубку, диаметр которой должен соответствовать величине носового отверстия. Передний конец трубки прошивают шелковой нитью и фиксируют лейкопластырем к щеке.

Все пострадавшие с травмами придаточных пазух носа, вне зависимости от внешних признаков повреждений наружного носа, должны быть немедленно госпитализированы в оториноларингологическое отделение. Перед транспортировкой таким больным проводят противошоковые мероприятия и для предупреждения осложнений назначают внутримышечно антибиотики.

ТРАВМЫ ГЛОТКИ

Ранения глотки. Травмы глотки чаще встречаются у детей. Ранения ее могут быть нанесены через ротовую полость и снаружи. Играя с острыми предметами, дети повреждают или мягкие ткани глотки или, что бывает чаще, мягкое небо.

Травмы глотки, нанесенные через ротовую полость, чаще бывают изолированными, поверхностными. Признаками изолированных травм глотки являются боли при глотании, иногда обильное выделение слюны, окрашенной кровью. Осмотр глотки надо производить очень внимательно, чтобы убедиться в отсутствии инородного тела. Рану мягких тканей следует смазать 3 % раствором серебра нитрата. При небольших и неглубоких ранах, не сопровождающихся кровотечением, больной должен соблюдать определенный режим, в течение нескольких дней не должен есть раздражающую пищу (твердую, горячую и острую).

Более опасными являются повреждения боковой стенки глотки, в глубине которой проходят крупные сосуды. В этих случаях больного необходимо немедленно госпитализировать. Наружные резаные, колотые или огнестрельные раны глотки всегда опасны для жизни. Они сопровождаются комбинированными

повреждениями лица и шеи, полным нарушением анатомической целостности глотки, повреждением гортани и часто приводят к смерти вследствие повреждения крупных сосудов и других жизненно важных органов шеи.

Нередко наблюдается подкожная эмфизема передних отделов шеи. Резанные раны шеи могут быть нанесены с целью убийства и самоубийства. У самоубийц рана имеет направление слева сверху — направо вниз, а рана, нанесенная с целью убийства, имеет направление справа — налево вниз. У самоубийц обычно не бывает повреждений сонной артерии, так как во время нанесения ранения самоубийца запрокидывает голову и сонные артерии, отодвигаясь назад, прикрываются мышцами. Рана на шее зияет, в ней хорошо виден надгортанник; голос сохранен, но речь утрачивается, так как происходит разобщение между гортанью и надставной трубкой.

Больной с повреждением глотки нуждается в особом внимании со стороны среднего медработника ввиду возможности развития тяжелых осложнений (кровотечение, асфиксия). Больному нельзя давать пить, есть, так как это может способствовать развитию пневмонии и медиастинита. Для питания пострадавшего необходимо ввести носопищеводный желудочный зонд; при необходимости подкожно капельно вводят 0,5—1 л стерильного изотонического раствора натрия хлорида; внутривенно 20 мл 40 % раствора глюкозы. Обязательны введения противостолбнячной сыворотки и назначение антибиотиков.

Ожоги глотки бывают термические и химические; часто они сочетаются с ожогами кожи лица, верхних дыхательных путей, пищевода и желудка.

Тяжелые ожоги вызываются концентрированными кислотами — серной, хлористоводородной, азотной. Ожоги органическими кислотами и 10 % раствором аммиака менее опасны. Особой тяжестью отличаются ожоги глотки у детей из-за быстро нарастающего отека черпалонадгортанных складок и надгортанника, возникающего даже при отсутствии поражения самой гортани.

Термические ожоги возникают при проглатывании горячей воды и пищи — в горле сразу появляются боль, резкая гиперемия слизистой оболочки, иногда с появлением пузырей.

При химических ожогах появляются серовато-белые (после ожога азотной кислотой — желтоватые) некротические налеты, возвышающиеся над гиперемированной слизистой оболочкой. Такие поражения обычно локализуются на дужках миндалин, язычке и надгортаннике.

Первая помощь при термических ожогах. При резких болях назначают наркотики. В первые дни дают холодную жидкую пищу. Пораженные участки слизистой оболочки смазывают 5 % раствором калия перманганата, и применяют полоскание розовым раствором этого же препарата или же раствором фурацилина. В последующие дни исключают раздражающую пищу и питье.

Первая помощь при химических ожогах глотки. Необходимо как можно раньше нейтрализовать остатки химического вещества. При ожогах концентрированными кислотами назначают полоскание водной взвесью окиси магния, раствором натрия гидрокарбоната, а при ожогах едкой щелочью — водой, подкисленной лимонным соком, уксусом. При отсутствии в данный момент перечисленных веществ следует использовать молоко или яичные белки, разведенные прохладной кипяченой водой.

Больных с ожогами глотки необходимо госпитализировать, так как у них впоследствии может возникнуть отек гортани, ведущий к асфиксии. Перед транспортировкой больным вводят подкожно раствор пантопона или морфина, внутривенно капельно 500 мл 5 % раствора глюкозы, применяют сердечные средства и антибиотики.

ТРАВМЫ ГОРТАНИ

Среди травм гортани различают открытые и закрытые; последние, в свою очередь, делятся на наружные и внутренние. Они могут быть вызваны механическими, химическими и термическими факторами.

Открытые травмы гортани чаще всего возникают при огнестрельном ранении или повреждении хрящей гортани острым предметом. При осмотре раны в первую очередь нужно обратить внимание на кровотечение. Оно может быть значительным при одновременном ранении щитовидной железы. Открытое повреждение гортани, особенно при огнестрельных

и ножевых ранениях, иногда сопровождается проникновением воздуха в подкожную клетчатку и образованием подкожной эмфиземы. При этом контуры шеи сглаживаются, при ощупывании отмечается хруст (крепитация), из раны выходит воздух (пенистая кровь). Категорически противопоказано зондирование раны из-за возможности внесения вторичной инфекции. Почти постоянным симптомом является затруднение дыхания. Глотание всегда нарушено и сопровождается сильной болью.

Оказание неотложной доврачебной помощи заключается в остановке кровотечения, обеспечении дыхания и обработке раны. Остановку кровотечения лучше производить путем перевязки кровоточащих сосудов, раздвинув (в случае необходимости) края раны. Попавшую в нижние дыхательные пути кровь необходимо отсосать. Если не удастся остановить кровотечение из мелких сосудов, то следует применить, помимо общих кровоостанавливающих средств, временную тампонаду раны. Таким раненым в первую очередь следует обеспечить дыхание, что достигается введением через рану в трахею трахеотомической трубки, если условия и время не позволяют произвести трахеотомию в типичном месте. Рану зашивают только тогда, когда больной находится в стационаре, где ему обеспечены квалифицированный уход и помощь. Как и при всех травмах, необходимо ввести противостолбнячную сыворотку; возможно раннее назначение антибиотиков может предотвратить тяжелые осложнения. Больному категорически запрещается говорить, а также принимать пищу и пить до госпитализации.

Закрытые травмы гортани чаще бывают изолированными. Наружные закрытые повреждения вызываются ушибами, сдавлениями руками, веревкой, ударом тупым предметом или падением на твердый выступ. Характер повреждений находится в прямой зависимости от силы травмирующего воздействия. При закрытых повреждениях скелета гортани удается установить наличие припухлости прилежащих тканей, подкожной эмфиземы; изменение формы и положения отдельных хрящей; потерю голоса; кровохарканье; развитие удушья. Механические внутренние травмы наносятся инородными телами, попадающими в гортань (например, рыбы кости), а также инструмен-

тами при неосторожном смазывании, при прямой ларингоскопии, интубации или интратрахеальном наркозе. Они, как правило, небольшие и не вызывают серьезных функциональных расстройств. На месте повреждения образуются кровоизлияния, нарушается целостность слизистой оболочки. Иногда на месте поражения появляется отек.

Не исключается возможность развития флегмоны и хондроперихондрита.

Неотложная помощь и лечение. Все больные с травмами гортани должны быть госпитализированы в порядке скорой помощи. На месте проводят противошоковую терапию, вводят антибиотики широкого спектра действия. При транспортировке пострадавшему необходимо обеспечить максимальный покой. Предпочтительнее положение больного сидя или полусидя. Следует помнить, что состояние таких больных может внезапно ухудшиться, поэтому они должны быть под наблюдением опытного медперсонала. Если на месте травмы произведена трахеостомия, то сопровождающий должен владеть техникой туалета трахеостомической трубки.

Ожоги гортани бывают термические и химические. Они могут возникнуть при действии пара, горячей жидкости, а также при вдыхании или проглатывании едких веществ. Чаще всего при этом поражается вестибулярный отдел гортани. Возникает местное поражение слизистой оболочки — гиперемия, отек, образование фибринозного налета. Наступают затруднение дыхания, изменение голоса вплоть до афонии. В нетяжелых случаях прогноз благоприятный, в тяжелых — может наступить смерть от стеноза гортани и асфиксии, а также острого поражения почек.

Оказание неотложной помощи и лечение включают мероприятия по режиму и введению лекарственных средств. Больные с ожогами гортани должны быть срочно госпитализированы. Перед транспортировкой им вводят антибиотики, кортикостероиды, анальгетики, сердечные средства (например, бензилпенициллина натриевая соль, 250000—500000 ЕД внутримышечно, 1 мл 3 % раствора преднизолона гидрохлорида внутримышечно или 0,5—1 мл внутривенно 1 раз в день; 1 мл 2 % раствора промедола подкожно, 1 мл 1 % раствора мезатона подкожно).

Пострадавший должен соблюдать режим молчания в течение $1\frac{1}{2}$ —2 нед. Пища должна быть щадящей. Хороший эффект дают ингаляции ментолового, абрикосового масла, антибиотиков в сочетании с суспензией гидрокортизона.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР-ОРГАНОВ

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Инородные тела наружного слухового прохода чаще всего встречаются у детей, которые во время игры могут вводить в ухо самые разнообразные предметы: горошины, вишневые косточки, бусинки, отломки спичек, семена подсолнечника. Однако и у взрослых инородные тела наружного слухового прохода встречаются нередко. Ими могут оказаться отламывающиеся куски от предметов, употребляемых для очистки уха и успокоения зуда (спичка, отломки головных шпилек, металлические колпачки от карандашей, куски ваты). В наружном слуховом проходе у взрослых могут встречаться предметы, связанные с их трудовой деятельностью (кусочки соломы, угля, зерна злаков и т. п.). Такие инородные тела могут находиться в слуховом проходе десятки лет, не вызывая реакции окружающих тканей. Инородные тела с острыми краями и склонные к набуханию вследствие давления на стенки слухового прохода и барабанную перепонку вызывают болезненные явления.

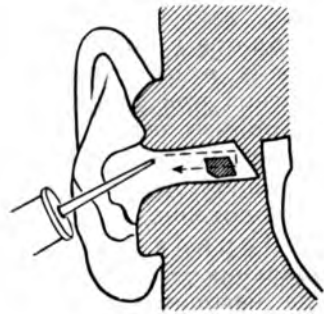
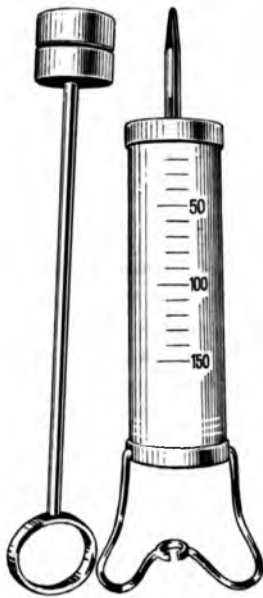
Живые инородные тела (жуки, мухи, муравьи, комары, мотыльки) очень быстро дают о себе знать, так как в отличие от других инородных тел не задерживаются в перепончатой части слухового прохода, а устремляются в сторону барабанной перепонки и своими движениями вызывают сильный шум, треск, щекотание и боль в ухе.

До оказания помощи больным с инородным телом в ухе важно установить его вид, имеет ли оно острые края, является ли оно набухающим, а главное — были ли уже сделаны попытки удаления инородного тела и страдал ли больной до этого заболеванием ушей, вызвавшим перфорацию барабанной перепонки. Простые инородные тела наружного слухового прохода, не повлекшие осложнений, удаляют средние медработники.

Наиболее безопасным методом удаления неосложненных инородных тел является вымывание их теплой водой из шприца Жане (рис. 11). В некоторых случаях сила нагнетания воды должна быть достаточно большой. При набухающих телах (бобы, горох) следует предварительно влить в ухо спиртовые капли, чтобы вызвать уменьшение объема инородного тела. Насекомых, попавших в ухо, умерщвляют путем вливания в слуховой проход нескольких капель чистого этилового спирта или подогретого жидкого масла, а затем удаляют промыванием.

Противопоказано промывание при наличии перфорации (особенно сухой) барабанной перепонки и при острых, вклинившихся инородных телах. Никогда не следует соблазняться кажущейся легкостью захватывания инородного тела пинцетом или щипцами. Как правило, при сближении бранш пинцета или щипцов инородное тело проскакивает в самую узкую часть слухового прохода (перешеек), откуда удалить его значительно труднее. Если инородное тело пытались извлечь домашними средствами и травмировали кожу слухового прохода, то развивается воспалительный процесс, просвет наружного прохода уменьшается, инородное тело проталкивается вглубь, в костную часть. Такого больного следует направить к врачу-оториноларингологу.

Для удаления инородного тела из наружного слухового прохода необходимо иметь почкообразный тазик, шприц Жане (100—150 мл), на кончик которого надевается небольшая (2—3 см) резиновая трубка, чтобы не травмировать стенку наружного слухового прохода, подогретую кипяченую воду, раствор фурацилина (1:5000) или калия перманганата (1:5000), полотенце. Маленьких детей пеленают и усаживают на колени, хорошо фиксируя голову.левой рукой оттягивают ушную раковину сзади и сверху (при этом выпрямляется слуховой проход), конец резиновой трубки подводят к задневерхней стенке слухового прохода (рис. 12). После этого толчкообразно, с постепенно возрастающей силой, выдавливают жидкость из шприца. Вымывание инородного тела из наружного слухового прохода производят в положении больного сидя. При использовании этого метода инородные тела, при отсутствии осложнений, удаются почти всегда. Таким же способом удаляют



12. Удаление инородного тела из наружного слухового прохода.

11. Шприц Жане.

серные пробки. Если промывание не дает результата, то нужно размягчить серную пробку (в течение 2—3 дней) теплыми содоглицериновыми каплями, а затем промыть снова.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА НОСА

Инородные тела в полости носа встречаются почти исключительно у детей (бусинки, горошины, фасоль, мелкие монеты и т. д.).

Признаками наличия инородного тела в носу являются затрудненное дыхание в одной половине носа, односторонние гнойные выделения. Если инородное тело задерживается в носу длительное время, то на нем и вокруг него откладываются неорганические соли, делая его похожим на камень. Такие образования носят название ринолитов.

Обнаруживаются инородные тела преимущественно в передних отделах носовой полости, чаще всего в нижнем носовом ходе. Предметы с острыми краями вызывают боль и кровотечение. Набухающие инородные тела резко затрудняют носовое дыхание. Диагностика облегчается правильным сбором анам-

неза, является несложной, когда инородное тело находится в передних отделах носа. Передняя риноскопия и ощупывание зондом помогают поставить диагноз при твердых инородных телах. При мягких инородных телах (вата, бумага) исследование зондом неинформативно. При металлических инородных телах успешной диагностике помогает рентгенологическое исследование.

Первая помощь. Самый простой способ удаления — это высмаркивание. В ту половину носа, где находится инородное тело, вливают несколько капель 2—3 % раствора эфедрина, и через 3—5 мин больному предлагают сделать глубокий вдох, обязательно через рот, затем закрыть противоположную ноздрю и сильно высморкаться. В части случаев инородное тело удаляется из носа воздушной струей.

Если инородное тело находится в глубине носовой полости, то его удаляют при помощи тупого крючка, который заводят за инородное тело и обратным движением извлекают. Для удаления инородного тела округлой формы необходимо иметь лобный рефлектор, носорасширитель и загнутый в виде крючка пугачатый зонд. Очень важно фиксировать больного во время удаления, так как при резких движениях можно повредить слизистую оболочку носа. Возникшее кровотечение еще больше затруднит удаление инородного тела.

Удалять инородные тела полости носа пинцетом или щипцами не следует. Проталкивание инородного тела в носоглотку может вызвать грозные осложнения — попадание их в гортань, трахею с последующей асфиксией.

Во всех случаях осложненных инородных тел носовой полости надо отсрочить их удаление и направить таких больных к специалисту: не следует предпринимать экстракцию при отсутствии необходимых условий.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ГЛОТКИ

Инородные тела глотки весьма разнообразны по своему характеру, величине, форме, расположению и пути проникновения. Чаще всего они попадают с пищей из полости рта при поспешной еде. В среднем отделе глотки застревают обычно тонкие острые

инородные тела (мелкие рыбьи кости, щетинки от зубных щеток, зерна злаков, мелкие мясные косточки). Наиболее частыми местами внедрения их являются небные миндалины, передние и задние небные дужки, корень языка.

Симптомы зависят от тяжести случаев. Мелкие внедрившиеся в область миндалин инородные тела вызывают колющие ограниченные боли, особенно ощутимые при проглатывании слюны и иррадиирующие в ухо. Предметы, застрявшие у входа в пищевод, почти всегда, кроме боли при глотании, дают ощущение механического препятствия. Следует отметить, что у половины из всех обращающихся по поводу инородных тел глотки обнаруживаются лишь следы травмы, нанесенной проглоченным инородным телом или при попытке его удаления пальцем или инструментом.

Обнаружить инородное тело в средней трети глотки можно при внимательном осмотре, прижимая шпателем корень языка, а иногда путем ощупывания. Небольшие предметы (щетинки, тонкие косточки и др.), вызывающие колющие, ограниченные боли, могут быть обнаружены медработником при очень внимательном осмотре, так как они едва заметны или же их трудно отличить от тяжелой слизи. Трудность обнаружения инородных тел в глотке увеличивается в тех случаях, когда они погружены в толщу ткани так, что на поверхности остается лишь ничтожная часть их. Обнаруженные инородные тела легко удаляются при помощи анатомического пинцета или корнцанга.

Больных с неосложненными инородными телами средней части глотки при невозможности их удаления на месте направляют к врачу-оториноларингологу в поликлинику. Больные с инородными телами гортанной части глотки и носоглотки должны направляться в стационар для получения специальной помощи. Лицам, у которых обнаруживаются лишь следы травмы, назначают полоскание глотки слабо-дезинфицирующими веществами и щадящую диету.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ГОРТАНИ

Инородные тела гортани чаще встречаются у детей. Механизм попадания — глубокий вдох, особенно при испуге, крике, плаче, при наличии инородного тела во рту. В гортани инородные тела застревают вследствие большого объема или неровности краев. Большой частью инородные тела вклиниваются между голосовыми складками. Рыбьи кости, булавки, ореховая скорлупа, мелкие гвозди могут вклиниваться в слизистую оболочку гортани.

В момент попадания инородного тела в гортань наступает спазм голосовой щели, который может привести к временной остановке дыхания и развитию асфиксии: появляется цианоз видимых слизистых оболочек и кожи лица.

Наиболее частым симптомом является приступообразный кашель. Если инородное тело своим острым концом вклинилось в толщу слизистой оболочки гортани или при продвижении нарушило целостность слизистой оболочки, то в мокроте может быть примесь крови.

Нарушение голоса, наступившее внезапно, без предшествовавшего заболевания, — весьма характерный симптом наличия инородного тела в гортани. Однако если инородное тело застревает не между складками, а в подскладочном пространстве, этого симптома может не быть. При подозрении на инородное тело в гортани больного необходимо госпитализировать на машине скорой помощи в оториноларингологическое отделение. Нельзя разрешать больному ходить и делать резкие движения. Необходимо все время находиться около него и приготовить все для немедленной трахеостомии. Такого больного ни в коем случае нельзя оставлять без наблюдения. При транспортировке его следует сопровождать. Если имеется нарастание грозных симптомов удушья, то необходимо срочно вызвать врача-оториноларинголога для проведения на месте трахеостомии или крикотомии, а затем уже удалять инородное тело.

Инородные тела этой группы представляют собой грозное патологическое состояние, особенно часто встречающееся в детском возрасте. До сих пор еще встречаются случаи нераспознанных инородных тел глубоких дыхательных путей.

Среди разнообразных хирургических заболеваний легких у детей последствия аспирации инородных тел составляют от 3 до 10 %. В подавляющем большинстве случаев (в 93 % всех аспираций) инородные тела нижних дыхательных путей встречаются в возрасте от нескольких месяцев до 3—5 лет. Летальность среди таких детей все еще остается высокой и колеблется от 2 до 15 %.

Инородные тела трахеи и бронхов разнообразны — подсолнечные, арбузные, тыквенные семечки, шелуха от них, зерна кукурузы, злаковых, фасоль, горох, рыбы кости, булавки, гвозди, монеты и др. Разнообразии инородных тел зависит от географических особенностей местности, питания и привычек населения. Так, например, в северных районах у детей в качестве инородных тел трахеи и бронхов довольно часто фигурируют орехи, в частности кедровые в Сибири; в южных районах страны — семечки арбузов и подсолнечника.

Отмечается сезонность аспирации указанных инородных тел, значительно чаще — в осенние месяцы, т. е. во время созревания урожая и массового потребления арбузов, орехов и т. п.

Чаще всего инородные тела попадают в дыхательные пути детей, оставшихся без присмотра, при предоставлении возможности играть с мелкими предметами.

Если инородное тело преодолевает сопротивление, вызываемое естественными рефлексам (кашель, спазм голосовой щели), то оно попадает в трахею и затем в бронхи, чаще в правый. Объясняется это его более отвесным положением — он служит как бы непосредственным продолжением трахеи; просвет его несколько шире, чем левого бронха. Локализация бифуркации трахеи облегчает прохождение инородного тела в правый бронх, а количество вдыхаемого в правый бронх воздуха больше, чем в левый.

Величина, форма и свойства инородного тела

имеют большое влияние на его локализацию в нижних дыхательных путях. Частыми причинами нераспознавания инородных тел в дыхательных путях являются следующие:

- 1) неточно собранный анамнез;
- 2) ожидание самопроизвольного извлечения (выкашливания);
- 3) скептическое отношение к предположению о наличии инородного тела;
- 4) диагностические ошибки — ложное распознавание бронхиальной астмы, бронхита, пневмонии, бронхоэктазов;
- 5) недостаточная диагностическая активность при хронических заболеваниях органов грудной клетки (не все сделано, чтобы исключить наличие инородного тела);
- 6) необоснованное предположение, что инородное тело прошло в пищевод.

Инородные тела трахеи. Важным симптомом инородного тела трахеи является приступообразный кашель, сопровождающийся синюхой и рвотой, напоминающий коклюш. Во время кашля при помощи стетофонендоскопа над трахеей можно прослушать хлопанье (баллотирование) инородного тела. Иногда оно слышно на расстоянии. При перкуссии легких отклонений от нормы не обнаруживается, при аускультации определяются лишь сухие и влажные рассеянные хрипы. Через некоторое время вследствие истощения кашлевого рефлекса кашель становится более редким. Температура тела у маленьких детей поднимается уже в первые часы после попадания инородного тела в трахею. Дальнейшее развитие симптомов во многом зависит от характера инородного тела, его величины, формы и способности к набуханию. Полые инородные тела, например трубки, мундштуки, трахеостомические канюли и др., не проявляются резкими признаками удушья. Разбухающие инородные тела (бобы, фасоль, горох), увеличиваясь в размерах, могут привести к удушью.

Рассчитывать на самопроизвольное отхождение инородного тела из трахеи нет никаких оснований.

Инородные тела бронхов. Инородные тела небольших размеров при вдохе струей воздуха увлекаются в бронхи. Большинство (70—80 %) инородных тел

попадает в правый бронх. Благодаря присасывающему действию легких инородное тело обычно останавливается на том уровне, где диаметр бронха равен величине инородного тела.

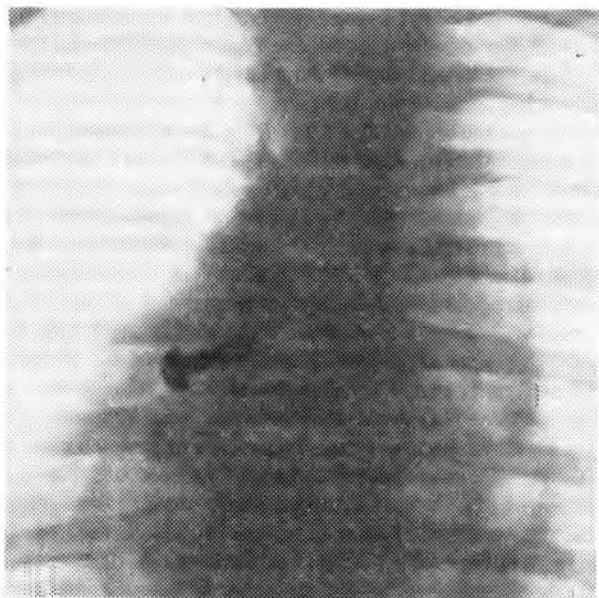
Пострадавший жалуется на боли в груди, нередко в определенном месте. Сначала появляется сухой спастический кашель, в дальнейшем при кашле выделяется мокрота, иногда с примесью крови. Инородные тела, не закрывающие просвет бронха, могут почти не давать клинических симптомов (как объективных, так и субъективных). Характер инородного тела и его величина также влияют на клиническую картину и физикальные признаки. Например, игла или булавка, аспирированные недавно, могут не вызывать никаких физикальных изменений.

При внешнем осмотре грудной клетки можно отметить ограничение дыхательных движений, а иногда неподвижность соответствующей половины грудной клетки. Голосовое дрожание на пораженной стороне отсутствует. Полное закрытие бронха сопровождается отсутствием дыхательных шумов, в частях же легкого, расположенных вне обтурированного бронха, появляются признаки компенсаторной эмфиземы.

Аускультативно при полной закупорке бронха инородным телом иногда определяются хрипы на здоровой стороне, при неполной же обтурации — на стороне инородного тела. В случае свежих инородных тел ограничение подвижности легкого на стороне инородного тела, а также притупление перкуторного тона могут свидетельствовать о начинающемся воспалении легких. Рентгеноконтрастные инородные тела можно выявить на рентгенограммах (рис. 13), однако это возможно лишь в поликлинике или в стационаре.

Прогноз при инородных телах дыхательных путей зависит от возраста пациента, характера инородного тела, от общего состояния больного и промежутка времени, проходящего от момента попадания инородного тела до его извлечения.

Первая помощь. При наличии инородного тела в нижних дыхательных путях фельдшер должен экстренно направить больного в оториноларингологическое отделение. Нельзя разрешать больному делать резких движений, ходить. Такого больного нельзя оставлять без внимания медработника, при транспортировке следует сопровождать его. До прибы-



13. Иностранное тело правого бронха (винт).

тия врача или доставки в ЛОР-стационар больного не следует кормить.

В последнее время при помощи дыхательного бронхоскопа Фриделя под общим наркозом с управляемым дыханием удаляют инородные тела из бронхов без трахеостомии даже у маленьких детей. Однако нужно помнить, что не всегда можно срочно ее произвести в условиях неспециализированного стационара. В практике можно встретиться с таким мучительным удушьем при наличии инородного тела в трахее, что неотложная помощь абсолютно необходима на месте. В подобной ситуации хирург должен произвести трахеостомию на месте. Очень часто после трахеостомии инородное тело, находящееся в трахее или даже в бронхе, вследствие сильного кашля и резких дыхательных движений выбрасывается с потоком выдыхаемого воздуха. Можно также иногда удалить инородное тело через трахеостомическое отверстие, если оно находится поблизости.

Многочисленные клинические наблюдения говорят о том, что большинство больных с инородными

телами в дыхательных путях, особенно детей, поступают в специализированные отделения поздно, что неблагоприятно влияет на прогноз и лечение.

К врачу-оториноларингологу следует направлять также всех больных с подозрением на инородные тела трахеи и бронхов.

При немедленном поступлении к врачу диагностика наличия инородных тел несложна, тем более, когда в анамнезе есть указание на обстоятельства, в результате которых произошла аспирация. У взрослых эти данные могут отсутствовать при так называемой бессимптомной аспирации (в бессознательном состоянии), тогда диагноз становится затруднительным. Во всех сомнительных случаях следует также направлять таких больных для исключения инородных тел дыхательных путей к оториноларингологу.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА

Инородные тела пищевода встречаются чаще у пожилых людей и детей раннего возраста.

У детей инородными телами пищевода бывают монеты, пуговицы, значки, плодовые косточки, рыболовные крючки, у взрослых — рыбы и мясные кости, зубные протезы. Способствующим моментом является отсутствие зубов. Нередко инородные тела проглатываются в состоянии опьянения. У детей частой причиной являются держание во рту различных предметов и проглатывание их во время игр. Несмотря на множество причин, обуславливающих попадание в пищевод инородных тел, основной в большинстве случаев является собственная неосторожность.

Объемистые и остроконечные инородные тела застревают в просвете пищевода на различном уровне. По данным большинства авторов, 50—60 % инородных тел застревает в шейном отделе пищевода, затем в грудном и 10—15 % — в кардиальном отделе. Очень опасны щитки красной рыбы, имеющие острые звездчатые края, жаберные и щечные кости судака, щуки.

Признаками наличия инородного тела пищевода нужно считать самопроизвольные боли, боли при глотании, расстройство глотательного акта и препятствие при прохождении пищи.

При оценке перечисленных симптомов известное значение имеет анамнез, поскольку он позволяет выяснить, при каких обстоятельствах произошел несчастный случай и какой характер имеет инородное тело. Одновременно следует помнить, что только анамнез без объективных данных иногда может ввести в заблуждение среднего медработника.

Иногда наблюдается вынужденная поза больного: ограничение подвижности позвоночника, голова выдвинута вперед и вниз, разговор тихий и медленный, на лице испуг — все это с первого взгляда говорит о большой вероятности наличия в пищеводе инородного тела.

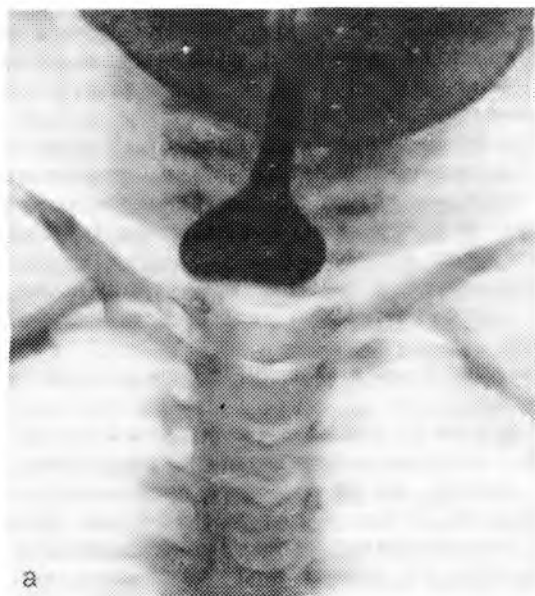
Применяется проба с глотком воды. В момент глотания часто можно заметить болезненную гримасу на лице больного, а также вынужденное движение головой и всем корпусом, так как прохождение воды затруднено.

Повышение температуры тела при соответствующем анамнезе подтверждает наличие инородного тела в пищеводе, возможно, уже осложненного; нормальная температура тела не исключает такого диагноза. Болезненность при пальпации, в том числе и глубокой, по переднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы может считаться косвенным доказательством наличия инородного тела в пищеводе. При наличии металлических инородных тел помогает рентгенография (рис. 14).

В отношении дифференциального диагноза следует иметь в виду спазм пищевода или другие расстройства его функции. Необходимо также учитывать рубцовые сужения пищевода вследствие ожогов и дивертикулы его; не следует забывать и о злокачественных образованиях.

При оказании помощи лицам с подозрением на инородное тело или с наличием инородного тела в пищеводе следует всегда помнить о том, что категорически недопустимо и крайне опасно зондировать пищевод вслепую с целью проталкивания тела из пищевода в желудок, так как при такой манипуляции можно травмировать и даже перфорировать пищевод.

Обследование больных с инородными телами пищевода следует начинать с осмотра зева и нижнего отдела глотки, где нередко обнаруживается инородное



14. Инородные тела пищевода.
а - заводной ключик, б - 20-копеечная монета

тело при помощи гортанного зеркала. Если в шейном отделе пищевода имеется острое инородное тело, то при надавливании на гортань и трахею отмечается болезненность.

Единственным надежным способом, обеспечивающим исследование пищевода на всем его протяжении и извлечение инородного тела, является эзофагоскопия (в случае осложненных инородных тел пищевода проводится под наркозом).

Пострадавших с инородными телами пищевода следует направлять в оториноларингологическое отделение.

При направлении в стационар больного не кормить и не поить.

Профилактические мероприятия сводятся к санитарно-просветительной работе, запрещению давать детям мелкие игрушки, следить, чтобы они не брали в рот посторонние предметы. Следует рекомендовать матерям не позволять детям разговаривать во время еды, не давать им пищи, содержащей кости или семечки. Отвлечение посторонними делами, спешка, разговоры во время еды — все это мешает измельчению пищи и может быть причиной попадания инородных тел в пищевод.

НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

ПРИЧИНЫ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Среди спонтанных кровотечений из верхних дыхательных путей на первом месте по частоте стоят носовые кровотечения. По данным разных авторов, частота носовых кровотечений в экстренной ЛОР-патологии составляет от 6 до 8,5 % [Пальчун В. Т. и др., 1980].

Наибольшая частота кровотечений наблюдается с января по март. Каких-либо классификаций носовых кровотечений нет, поэтому принято все причины их делить на общие и местные.

Наиболее часты носовые кровотечения при артериальной гипертензии, заболеваниях сосудов, при пороках сердца в стадии декомпенсации, заболеваниях почек. Носовые кровотечения часто возникают у лиц с циррозом печени, иногда бывают очень обильны

и нередко служат одним из ранних проявлений болезни. Трудно останавливаются эти кровотечения при геморрагических диатезах (гемофилии, болезни Верльгофа, геморрагическом васкулите, болезни Ослера — Рандю).

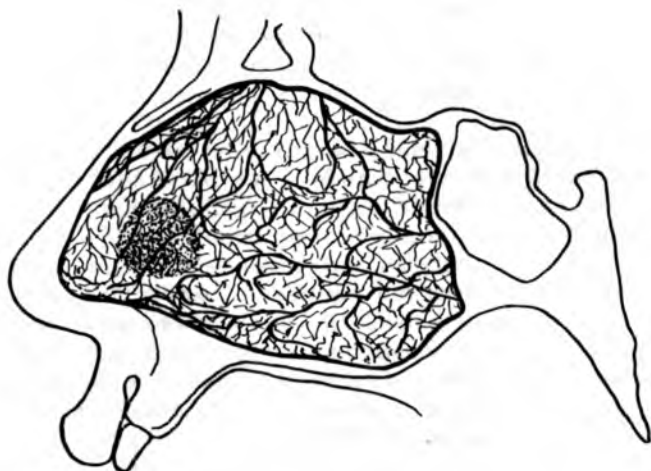
Наклонность к носовым кровотечениям выражена и при септических состояниях, интоксикациях, авитаминозах, при инфекционных заболеваниях (грипп, скарлатина, корь, краснуха, коклюш и др.) нередко наблюдаются опасные кровотечения. При острой форме ревматической болезни могут появиться, наряду с малыми кожными кровоизлияниями, кровотечения из носа. Известны также викарные кровотечения, наступающие при задержке менструаций или полностью их замещающие. Способствующим моментом может быть беременность. Кровотечения могут возникнуть и у ранее здоровых людей от разных причин, вызвавших повышение артериального давления. Сюда относятся длительное пребывание на солнце, обильный прием спиртных напитков, перегревание в горячих цехах, изменение атмосферного давления и т. п.

К местным причинам следует отнести травмы слизистой оболочки, скелета носа, переломы основания черепа, верхней челюсти. Предрасполагающим моментом к развитию носовых кровотечений является наличие в слизистой оболочке передних отделов носовой перегородки большого числа поверхностно расположенных артерий и вен (рис. 15). Из этого участка часто возникают носовые кровотечения, поэтому его называют кровоточивой зоной.

При атрофических процессах в слизистой оболочке носа могут образовываться корки, механическое удаление которых приводит к травматизации слизистой оболочки и кровотечению.

Вдыхание целого ряда химических веществ в повышенной концентрации (хлорированные углеводороды, фосфорорганические соединения, изопрены, формальдегид и другие ядохимикаты) может повлечь за собой изменения слизистой оболочки носа с наклонностью к частым носовым кровотечениям. Промышленная пыль, в особенности известковая и цементная, также может быть причиной носовых кровотечений.

Нередко причиной кровотечений из полости носа является кровоточащий полип, образующийся на сли-



15. Сеть сосудов носовой перегородки и зона повышенной кровоточивости.

зистой оболочке хрящевого отдела перегородки носа. Полип содержит большое количество сосудов, и иногда достаточно прикосновения к нему, чтобы вызвать кровотечение.

Кровотечения могут наблюдаться при туберкулезных и люэтических язвенных процессах в носу. Однако эти кровотечения, как правило, не бывают обильными.

Причиной кровотечений могут послужить и инородные тела в носу, особенно с острыми краями. Злокачественные новообразования (рак, саркома носовой полости) часто сопровождаются носовыми кровотечениями. В стадии распада опухоли кровотечения могут быть обильными.

Фельдшер здравпункта или станции скорой помощи может встретиться с так называемыми послеоперационными кровотечениями. В основном это носовые кровотечения после амбулаторных операций. Кровотечения могут возникнуть и через несколько дней после оперативного вмешательства, например при отпадении струпа после электрокаустики нижних носовых раковин.

Кровотечения возможны также после удаления инородного тела, полипэктомии, пункции верхнечелюстной пазухи. У этих больных кровотечение

может начаться в пути или дома после возвращения из поликлиники вследствие реактивного расширения сосудов или отпадения струпа. Особенно тяжелые, профузные кровотечения наблюдаются после резекции носовых раковин, сделанной в амбулаторных условиях.

МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

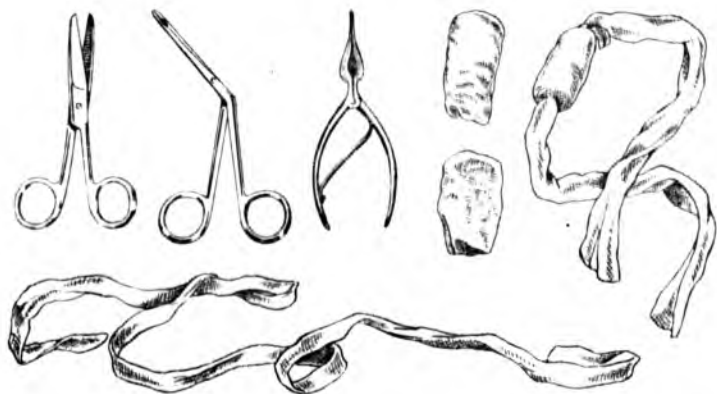
Как показывает медицинская практика, в большинстве случаев носовое кровотечение останавливается самопроизвольно или при помощи так называемых домашних средств (холод, покой, введение ватки, смоченной перекисью водорода, прижатие крыла носа на несколько минут к носовой перегородке).

При **кровотечении средней интенсивности** для выяснения места кровотечения в полость носа на несколько минут вводят марлевую турунду, смоченную 1—2 % раствором дикаина и 0,1 % раствором адреналина. Если при последующем осмотре обнаруживается место кровотечения, то нужно применить гемостатическую губку или ввести марлевый тампон, смоченный теплым раствором тромбина, так, чтобы конец находился у края ноздри, больной должен сжать нос пальцами. Обычно этих мер бывает достаточно для остановки кровотечения из типичного места (расширение сосудов в переднем отделе перегородки носа).

Мы в своей практике с успехом применяли растворы аминокaproновой кислоты и лагохилуса опьяняющего для смачивания тампонов и введения к месту кровотечения. Лишь в редких случаях кровотечение из передних отделов полости носа носит упорный характер и может привести к значительной кровопотере.

При **кровотечениях из средних и задних отделов полости носа** следует проводить тампонаду всей полости.

Для **передней тампонады** необходимо иметь стерильный марлевый тампон шириной 1—1,5 см, длиной 60—80 см, носовой корнцанг или пинцет (рис. 16). Перед введением тампон смачивают вазелиновым маслом и отжимают. Для **передней тампонады носа** лучше пользоваться способом, предложенным В. И. Воячком.



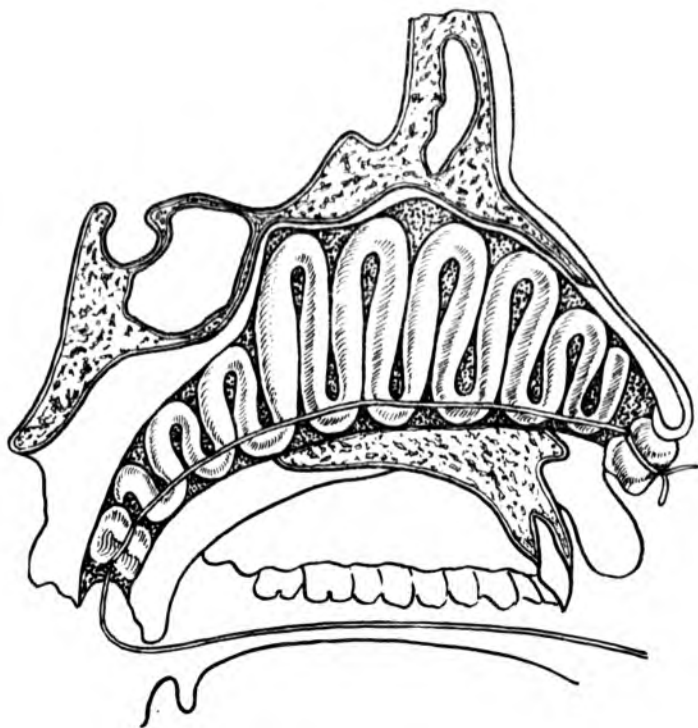
16. Комплект инструментов и материал для передней тампонады носа.

В нос вводят марлевую петлю, которую туго заполняют марлевыми шариками. При таком способе тампонады заметно уменьшается опасность повторного кровотечения во время удаления тампона, а также исключается опасность проскальзывания тампона в носоглотку и увлечения его воздушной струей в нижерасположенные дыхательные пути.

При удалении тампона сначала вынимают из полости петли марлевые шарики, а затем извлекают и саму петлю.

Можно применить и способ тампонирования в виде «гармошки» (рис. 17). Передний конец тампона укладывают в верхний носовой ход, а далее в виде петель заполняют всю носовую полость. Тампонаду следует производить туго. После передней тампонады с одной стороны следует осмотреть вторую половину носа. Если из второй половины носа имеется кровотечение, то переднюю тампонаду следует сделать двухсторонней. Тампоны накладывают на 48 ч. В эффективности передней тампонады следует убедиться при осмотре задней стенки глотки: нет ли кровотечения (затекания крови из задних отделов полости носа в носоглотку). Лишь после этого накладывают працевидную повязку.

Для передней тампонады иногда применяют палец от резиновой перчатки, в который помещена марля. Такая тампонада эффективна и более щадяща.



17. Передняя и задняя тампонада носа.

Больные с носовыми кровотечениями бывают резко возбуждены. Поэтому для снятия состояния напряжения целесообразно назначить седативные средства. Для повышения свертываемости крови назначают внутрь или (лучше) в инъекциях 1 мл 1 % раствора викасола; внутривенно вводят 10 % раствор кальция хлорида (детям 3—5 %), а также в инъекциях витамины С, Р, рутин. Показана оксигенотерапия.

Больного транспортируют в положении полусидя, ему нельзя делать резких движений, много разговаривать, нельзя употреблять горячую и грубую пищу. Следует давать прохладное витаминизированное питье.

Больных, доставляемых с выраженной анемией и в тяжелом состоянии, госпитализируют в реанимационные отделения или отделения интенсивной терапии с последующим переводом (после улучшения

состояния) в оториноларингологическое отделение. После проведения мер по прекращению кровотечения и борьбы с кровопотерей необходимо лечение причинных или сопутствующих кровотечению заболеваний.

ОТОГЕННЫЕ, РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНУСИТОВ

ОТОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Пути проникновения инфекции и предвестники осложнений. Под внутричерепными осложнениями ушного происхождения подразумевают патологические процессы, обусловленные распространением воспалительного процесса из среднего уха на мозговые оболочки, сосуды черепа и вещество мозга. Наиболее часто отогенные внутричерепные процессы возникают при хронических гнойных средних отитах, реже — при острых. Заболеваемость среди мужчин и женщин значительно не различается и колеблется от 2 до 10 % у больных с воспалительными поражениями среднего уха.

Инфекция может проникнуть из среднего уха в полость черепа следующими путями: 1) по продолжению, контактному путем через кость, пораженную остеомиелитом (в таких случаях в воспалительный процесс вовлекаются мозговые оболочки, прилегающие к пораженному участку кости); 2) по кровеносным и лимфатическим сосудам; 3) через лабиринт.

К внутричерепным осложнениям ушного происхождения относятся гнойный лептоменингит, абсцесс мозга и мозжечка, сепсис на почве тромбоза синусов твердой мозговой оболочки.

Каждое из указанных заболеваний может встречаться самостоятельно или в комбинации с другими внутричерепными осложнениями. Чаще всего наблюдается поражение твердой мозговой оболочки. Второе место занимают септические процессы вследствие тромбоза мозговых синусов, затем идет воспаление мягких мозговых оболочек и, наконец, абсцессы мозгового вещества.

На основании клинических данных, установлено

[Супрунов В. К., 1969; Сватко Л. Г., 1975, и др.], что в течении и симптоматике внутричерепных осложнений за последние 20 лет произошли такие сдвиги, которые имеют большое значение для их диагностики и лечения. Так, стал более продолжительным период начальных проявлений внутричерепных осложнений, чаще бывает ступенчатость типичных признаков, характерных для выраженной стадии заболевания.

Клиническая картина обострения хронического гнойного среднего отита характеризуется повышением температуры тела, появлением болей в ухе и головных болей, увеличением количества гнойных выделений. Она может стать первой стадией развивающегося внутричерепного осложнения. Труднее отметить стадии перехода острого воспаления среднего уха во внутричерепное осложнение. Если, несмотря на проводимое интенсивное лечение острого среднего отита (антибиотики, парацетез), состояние больного не улучшается, продолжает держаться высокая температура тела, сильные головные боли, появляется ригидность мышц затылка, то это указывает на раздражение и поражение мозговых оболочек. Появление головокружения, расстройства равновесия, нистагм свидетельствуют об инфицировании лабиринта, что может явиться источником поражения мозговых оболочек.

Гнойный лептоменингит. Его сущность состоит в развитии разлитого гнойного воспаления в мягкой мозговой оболочке и в субарахноидальном пространстве.

Развертыванию клинической картины отогенного менингита иногда предшествует продромальный период. Он характеризуется тем, что у больных появляется головная боль, локализуемая на соответствующей пораженному уху стороне или захватывающая всю голову. Эта боль обычно усиливается по ночам. Она непостоянна, появляется периодически и бывает различной интенсивности. Больной становится раздражителен и беспокоен, жалуется на бессонницу, недомогание, снижение работоспособности, отсутствие аппетита. Заболевание начинается обычно с повышения температуры тела до $+39... +40^{\circ}\text{C}$. В дальнейшем появляются тошнота, рвота, учащение пульса и дыхания. Наблю-

даются возбуждение, общая гиперестезия, повышенная чувствительность к звуковым и световым раздражениям.

При осмотре больного обращают на себя внимание страдальческое выражение лица, тусклый взгляд. На вопросы отвечает неохотно, с трудом, но правильно. Голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях, живот втянут. Весьма ранними и постоянными симптомами являются ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского.

Ригидность мышц затылка определяется следующим образом. Подложив руку под затылок, пытаются пригнуть голову подбородком к груди. При этом отмечается сопротивление мышц шеи и привести подбородок к груди не удастся.

Положительный симптом Кернига определяется у больного, лежащего на спине с вытянутыми ногами. Одну ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом. После этого разгибают ногу в коленном суставе, не разгибая в тазобедренном. При этом отмечается сопротивление мышц и часто появляются боли в пояснице. Верхний симптом Брудзинского выявляется так же, как и ригидность затылочных мышц — при положительной пробе ноги сгибаются в коленном и тазобедренном суставах. Нижний симптом Брудзинского — одну ногу сгибают в коленном и тазобедренном суставах, при этом другая нога сгибается в этих же суставах.

В стационаре с диагностической целью производят исследование спинномозговой жидкости. При гнойном лептоменингите она мутная и даже гнойная, вытекает струей под давлением, в ней значительно увеличивается число клеточных элементов, повышается содержание белка, снижается количество сахара и хлоридов.

Лечение отогенного менингита начинается с широкого хирургического вскрытия очага поражения в среднем ухе. Далее проводится целенаправленная антибиотикотерапия. Вначале назначают антибиотики широкого спектра действия. Затем, после посева спинномозговой жидкости и определения чувствительности флоры к антибиотикам, применяют соответствующий антибиотик.

Снижение внутричерепного давления достигается внутривенным введением 40 % раствора глюкозы.

В качестве дегидратирующих средств применяют внутривенные вливания маннита по 30—60 г/сут в 300 мл изотонического раствора натрия хлорида струйно; внутривенные вливания фуросемида (лазикса), 2—4 мл 1 % раствора в сутки; внутримышечные инъекции 25 % раствора магния сульфата по 10 мл. Для дезинтоксикации дают питье в виде соков и парентерально вводят витамины В₁, В₆, аскорбиновую кислоту.

В зависимости от общего состояния больного, деятельности сердечно-сосудистой системы проводится симптоматическая терапия (сердечные гликозиды, тонизирующие средства, аналептики).

Абсцесс мозга и мозжечка. Абсцесс мозга ушного происхождения локализуется обычно в височной доле, причем может находиться в непосредственной близости к измененной твердой мозговой оболочке или на каком-то расстоянии от нее. Абсцессы мозга обычно развиваются медленно. Однако у некоторых больных симптомы развивающихся абсцессов могут проявляться так резко и неожиданно, что возникает явная необходимость в вызове скорой или неотложной помощи.

В начальной стадии возникают сильная головная боль, небольшой подъем температуры тела, тошнота, рвота, легкие менингеальные симптомы.

Изменение психики при абсцессе мозга выражено ярче, чем при менингите. При абсцессе мозга состояние больного подавленное, оглушенное, он апатичен, вял, заторможен, безучастно относится к окружающим. Иногда бывают патологическое повышение аппетита, бледность лица, брадикардия (до 45—60 уд/мин).

При абсцессе мозга слабее выражены ригидность мышц затылка и симптом Кернига. Кроме того, нередко отмечается наличие одного менингеального симптома при отсутствии другого, чаще регистрируется симптом Кернига. Для абсцесса левой височной доли характерна так называемая амнестическая афазия. Обычно она выражается в том, что больной забывает или путает названия хорошо известных предметов, хотя и знает, для чего они предназначены. При сенсорной афазии больной не понимает сказанного. Парафазией называются искажение слов, неправильный их выбор. Нужно иметь в виду, что у левшей

эти явления наблюдаются при расположении абсцесса в правой височной доле мозга.

При абсцессе мозжечка нарушается координация движений. Типичным мозжечковым симптомом является мозжечковая атаксия: походка у больного шаткая, он не может сохранить равновесие в позе Ромберга. Расстройства равновесия выявляются также, если больному предложить пройти несколько шагов вправо или влево. При этом больной покачивается или падает обычно в сторону поражения (больного уха). Для поражения мозжечка характерен также адиадохокинез. Для выявления этого симптома больному предлагают вытянуть руки вперед, раздвинуть пальцы и как можно быстрее поворачивать кисти вперед и вниз ладонями. Отставание при этих движениях какой-либо руки от другой и называется адиадохокинезом. При абсцессе мозжечка наблюдаются также нистагм и мышечная гипотония на стороне поражения.

При абсцессах мозжечка отмечается промахивание одной рукой на больной стороне при пальценосовой и указательной пробах. Эти пробы производятся следующим образом: в норме человек должен при закрытых глазах попадать указательным пальцем каждой руки в кончик носа, а также попадать на вытянутый указательный палец исследующего, поднимая и опуская свою руку с вытянутым указательным пальцем после однократного прикосновения при открытых глазах к пальцу исследующего.

При патологических процессах в мозжечке больной не может точно выполнить эти задания, не попадает в кончик носа, а при указательной пробе отклоняет руку кнутри или кнаружи (промахивается).

Лечение хирургическое. Оно состоит во вскрытии абсцесса после расширенной общеполостной операции на среднем ухе. Обычно его применяют, если пункционный метод не дает положительных результатов, разрез производят тонким скальпелем по игле, оставленной в абсцессе после пункции. Для дренирования абсцесса применяют полоску из резиновой перчатки. При последующих перевязках надо стремиться освободить полость абсцесса от гноя и следить за тем, чтобы не образовывались изолированные «бухты».

Если абсцесс мозга или мозжечка найден и дренирован, то прогноз в отношении жизни и функции

мозга улучшается, в подавляющем большинстве случаев больные выздоравливают. Наряду с хирургическим, проводится активное антибактериальное и противовоспалительное лечение, как при гнойном менингите.

Тромбоз сигмовидного синуса. Проникновение инфекции из среднего уха на сосцевидный отросток, холестеатома могут вызвать воспаление стенки сигмовидного синуса, образование перисинусного абсцесса. Микробы и токсины проникают через стенку синуса, и в нем образуется вначале пристеночный, а затем обтурирующий тромб. Тромб может распространиться и в яремную вену. Гнойное расплавление тромба приводит к тяжелому общему септическому заболеванию.

Для тромбоза сигмовидного синуса характерны следующие признаки: неожиданные ознобы с сильным потоотделением и резкие скачкообразные повышения температуры тела с последующим падением, часто до нормальных величин (интермиттирующая лихорадка); головные боли; болезненность по ходу внутренней яремной вены; болезненность даже при легком нажиме в точке, соответствующей приблизительно середине заднего края сосцевидного отростка.

Значительные колебания температуры тела с размахом в 4... 5 °С очень быстро отражаются на общем состоянии больного. Лицо его приобретает сероземлистый цвет, больной теряет интерес к окружающей обстановке, снижается аппетит, язык становится сухим, обложен толстым налетом, что обусловлено общей тяжелой интоксикацией организма. Тромбоз луковичи яремной вены обычно вторичный, вследствие распространения тромба из синуса, но может быть первичным — в результате распространения инфекции из барабанной перепонки. Местные симптомы выражены особенно четко при инфицированном тромбе.

Диагностика такого осложнения нетрудна, если у больного имеются значительные колебания температуры тела, ознобы, метастазы и целый ряд ранее упомянутых внешних симптомов. Значительно труднее установить такое осложнение в начале его возникновения, если тромбоз синуса протекает с невысокой температурой тела, без ознобов и других характерных признаков. В таких случаях приходится

руководствоваться состоянием среднего уха. Если после снижения температуры тела при остром среднем отите она вдруг вновь начинает повышаться, появляются ознобы, то вероятно развитие внутричерепного осложнения. Еще сложнее с установлением диагноза тромбоз сигмовидного синуса при хроническом среднем гнойном отите. В таких случаях лучше направить больного в специальное учреждение, чем ждать достоверных симптомов.

Синус-тромбоз следует дифференцировать от малярии, пневмонии, тифа, бруцеллеза и других лихорадочных заболеваний.

Для предупреждения диагностических ошибок нужно умело выяснить у больного и его родственников, не болеет ли он в настоящее время или, может быть, болел в недалеком прошлом гнойным отитом, и подтвердить это специальным осмотром больного. Необходимо всегда помнить о том, что средний отит может вызвать внутричерепное осложнение, которое протекает поразительно сходно с тифом, малярией, бруцеллезом и другими инфекционными заболеваниями; помнить также, что сходное с лихорадочными заболеваниями состояние, возникшее у больного, страдающего гнойным средним отитом, следует расценивать как синус-тромбоз, и необходима срочная госпитализация его в оториноларингологическое отделение.

РИНОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ И ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Риногенные внутричерепные осложнения по своему клиническому течению и прогнозу очень серьезны. Частота их в последние годы несколько возросла. По данным различных авторов, они наблюдаются у 0,8—2,5 % всех больных, госпитализированных по поводу воспалительных заболеваний придаточных полостей носа.

Наиболее частой причиной риногенных осложнений являются гриппозные заболевания носа и придаточных пазух. В половине случаев источником осложнений является лобная пазуха. Осложнения обычно встречаются в детском, юношеском, преклонном и старческом возрасте. Если в детском возрасте преобладает гематогенный путь распространения инфекции, то у взрослых он чаще бывает контактным.

У больных пожилого возраста осложнения развиваются при общем удовлетворительном состоянии, но сопровождаются обширными деструктивными изменениями стенок придаточных пазух. Результатом контактного распространения инфекции является менингит, а также абсцесс мозга. В детском и юношеском возрасте осложнения синуситов в виде серозного или гнойного менингита или менингоэнцефалита развиваются остро, иногда молниеносно при тяжелом состоянии, с высокой температурой тела и расстройством сознания. В ряде случаев спасти больного могут только срочная госпитализация с предпринятой операцией и интенсивная антибиотикотерапия.

При травматическом синусите клиническое течение внутричерепных осложнений не имеет особенностей. В таких случаях причиной развития осложнений является несвоевременная и несовершенная первичная хирургическая обработка фронтальной пазухи или решетчатого лабиринта. Первичная обработка должна сопровождаться удалением костных отломков, травмированных участков слизистой оболочки, наложением носового соустья.

Клиническая картина риногенных внутричерепных осложнений зависит от их формы. Наиболее выраженные симптомы (птоз, отек век, экзофтальм, высокая температура тела, озноб) наблюдаются при тромбозе кавернозного синуса. При менингите всегда отмечаются головная боль, ригидность мышц затылка, симптом Кернига, но степень их выраженности у большинства больных меньшая, чем при отогенном менингите. У больных абсцессом лобной доли мозга имеет место нарушение психики. При наличии большого экстрадурального абсцесса у больных могут наблюдаться продолжительные повторяющиеся тонические судороги. Окончательный диагноз гнойника передней черепной ямки нередко устанавливается на операционном столе.

Основным методом лечения риногенных внутричерепных осложнений является экстраназальная операция на придаточных пазухах носа при острых и хронических заболеваниях. Операция сочетается с широким обнажением твердой мозговой оболочки области лобной пазухи, а затем у основания передней черепной ямки.

Орбитальные осложнения заболеваний носа и при-



18. Схема смещения глазного яблока при поднадкостничном абсцессе глазницы (горизонтальный разрез).

даточных пазух составляют 1,5—2 % от общего числа заболеваний придаточных пазух носа. Переход воспалительного процесса с придаточных пазух на орбиту происходит контактным путем. Между придаточными пазухами и стенками орбиты существует тесная сосудистая связь.

Клинически риногенные воспалительные осложнения проявляются общими и местными симптомами как со стороны носа и придаточных пазух, так и со стороны глаз. Выраженность последних зависит от степени поражения, локализации процесса, возраста больного, вирулентности инфекции.

Ведущими симптомами при орбитальных осложнениях острого воспаления лобной пазухи являются ограничение и смещение глазного яблока книзу (рис. 18), а также сильная боль в глазнице. Подвижность верхнего века ограничена, оно гиперемированное и припухшее. Орбитальные осложнения при заболевании передних клеток решетчатого лабиринта протекают особенно тяжело и чаще встречаются у детей младшего возраста.

Ведущим симптомом в этом случае является экзофтальм. Важным дифференциально-диагностическим признаком риносинусогенных нарушений зрения служит проба с тампоном, смоченным 5 % раствором кокаина или 2—3 % раствором дикаина и введенным в средний носовой ход, под раковину, на 2 ч на стороне поражения. Наступающее при этом улучшение зрения свидетельствует о вовлечении в патологический процесс придаточных пазух носа.

Лечение при орбитальных осложнениях, вызванных заболеваниями носа и его придаточных пазух, только хирургическое с одновременным проведением противовоспалительной терапии.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ И РУБЦОВЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА

ПРИЧИНЫ, СИМПТОМАТИКА И ПРОГНОЗ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА

Химические ожоги пищевода встречаются довольно часто. Вызываемые ими рубцовые сужения редко поддаются лечению, нередко ведут к длительной инвалидности больных, а иногда угрожают их жизни.

П р и ч и н ы. Химические ожоги пищевода чаще всего вызываются щелочами и концентрированными кислотами, имеющими довольно широкое применение в быту. В связи с бурным развитием химической промышленности арсенал средств, вызывающих ожоги пищевода, значительно пополнился (жидкость для мытья стекол, тормозная жидкость и др.).

Степень ожога зависит от характера и количества выпитого химического вещества, его концентрации, от индивидуальных особенностей организма, а также от мер первой неотложной помощи, причем вид едкого химического вещества сказывается на клиническом течении лишь в первые дни после травмы. В этот период на первый план выступают явления шока и ожоговой токсемии, поражение внутренних органов и системы крови. Дальнейшее течение и исход заболевания зависят от степени поражения глотательного аппарата. Страдают преимущественно места физиологических сужений пищевода. Одновременно у пострадавших могут быть ожоги гортани, сопровождающиеся отеком ее и затруднением дыхания.

Ожоги кислотами вызывают чаще всего изменения слизистой оболочки пищевода более поверхностные, типа коагуляции, в то время как едкие щелочи вызывают изменения, значительно более глубокие, типа некроза.

С и м п т о м а т и к а при ожогах пищевода в разные периоды различна. Непосредственно после проглатывания едкого вещества пострадавший ощущает сильное жжение во рту, глотке и пищеводе. Глотание становится резко болезненным. Вскоре присоединяются усиленная саливация, срыгивание слизи с примесью крови. Появляется боль за грудной. Больной бледен, угнетен, на лице выражение испуга и отчаяния, его мучит жажда. Температура тела повышена.

Через несколько дней боли уменьшаются, а к 10—12-му дню исчезают вовсе. К этому времени некротизированные ткани отходят и язвы покрываются грануляциями. Температура тела нормализуется, общее состояние и настроение больного улучшаются. Он свободно глотает жидкую и даже твердую пищу. Это период мнимого благополучия. Если оставить такого больного без лечения, то через непродолжительный срок он снова ощущает затруднение при прохождении пищи. Больной тщательно разжевывает пищу, от твердой переходит к кашицеобразной и жидкой, но чувствует, что и эта пища задерживается в пищеводе. Сразу после еды или через некоторое время после нее возобновляется срыгивание, а то и настоящая пищеводная рвота. Больной опять страдает от большого количества слюны и слизи, которые с трудом проходят через суженное место и сплевываются в виде тягучей пены.

Диагностика. Распознать химический ожог пищевода при правильно собранном анамнезе нетрудно. В свежих случаях следы ожогов имеются на лице, в полости рта, глотки и гортани. Здесь слизистая оболочка красная, отдельные ее участки белого, серого или желтоватого цвета, кровоточат, прикосновение к ним резко болезненно. В нижнем отделе глотки много слюны. Если пострадала слизистая оболочка черпаловидных хрящей или надгортанника, то возникает местная ожоговая реакция ткани в виде гиперемии, отека, образования фибринозного налета.

Прогноз. После воздействия слабых химических веществ заболевание нередко заканчивается благополучно с полным восстановлением проходимости пищевода. При ожогах же концентрированными кислотами или щелочами прогноз всегда серьезный. После их проглатывания развивается тяжелая интоксикация, представляющая угрозу для жизни. При глубоких изъязвлениях, когда в воспалительный процесс вовлекается окружающая пищевод клетчатка, возникает гнойный периезофагит или задний медиастинит. К этим тяжелым осложнениям может привести также прободение пищевода или желудка. К медиастиниту нередко присоединяются пневмония, гнойный плеврит или перикардит и тяжелая септикопиемия, от чего больные и погибают. Если благополучно заканчивается первый период болезни, то в дальней-

шем опасность для жизни не снижается — печальный исход может наступить от истощения при развившейся непроходимости пищевода вследствие его стриктуры.

Неотложная медицинская помощь. При химических ожогах пищевода перед медработниками стоят 2 задачи: спасение жизни больного и предупреждение и лечение стеноза пищевода.

Если вторая задача является делом последующего лечения, которое проводится в хирургических или оториноларингологических отделениях, то роль фельдшера в оказании правильной неотложной помощи связана иногда со спасением жизни больного.

Своевременное удаление ядовитого химического вещества из организма и его нейтрализация имеют большое значение для исхода болезни; для этого применяют промывание пищевода и желудка.

При отравлении едкой щелочью дают выпить 1—2 стакана разбавленного наполовину водой столового уксуса или лимонный сок, а при отравлении кислотами — магнезия оксид, слизистый отвар или 2—3 % раствор натрия гидрокарбоната.

Промывание пищевода и желудка обязательно в тех случаях, если пострадавший поступает не позднее 5—7 ч после отравления, однако имеются основания делать это и позже. При отсутствии противоядий следует использовать воду с добавлением половинного по объему количества молока или белков сырых яиц. Если невозможно ввести желудочный зонд, то дают выпить 5—6 стаканов промывной жидкости, затем надавливанием на корень языка шпателем вызывают рвоту. Промывание должно быть многократным с использованием 3—4 л промывной жидкости. Для дезинтоксикации применяют внутривенное капельное вливание 5 % раствора глюкозы, плазмы, изотонического раствора натрия хлорида, 0,25 % раствора новокаина.

Сразу же после ожога возникают сильные боли, иногда приводящие к развитию шока. Поэтому назначают наркотики (промедол, пантопон). На боль пищевод реагирует спазмом, для устранения которого нужно назначить спазмолитические средства: 1 мл 0,1 % раствора атропина подкожно, внутримышечно 3—5 мл 25 % раствора магнезия сульфата. Необходимо следить за сердечной деятельностью, при надобности ввести 1 мл кордиамина подкожно.

С первых же часов отравления показано применение больших доз антибиотиков для предупреждения вторичной инфекции в полости рта, глотки и пищевода. Некоторые авторы считают, что микробная флора пищевода при химических ожогах наиболее чувствительна к левомицетину, эритромицину, тетрациклину. Из новейших антибиотиков можно применять сигма-мицин. В первые часы и дни в связи с резкой болезненностью прием через рот пищи почти полностью исключается. Поэтому делают питательные клизмы.

Необходимо следить за полостью рта и глотки. При отравлении кислотами назначают щелочные полоскания, при отравлении щелочами — 2 % раствор борной кислоты. Больные с ожогами глотки и пищевода подлежат немедленной госпитализации: взрослые — в терапевтические отделения, дети — в детские стационары.

Рубцовые стенозы пищевода нередко могут служить поводом для оказания больным неотложной помощи. Это бывает тогда, когда человек, имеющий стеноз пищевода, в результате допущенной неосторожности случайно проглотил недозволённый по консистенции и по размерам пищевой комок. У него сразу же после остановки пищевого комка у суженного места начинается мучительная и болезненная рвота вследствие того, что растянутая пищей часть пищевода начинает беспорядочно спастически сокращаться.

Больной жалуется на сдавливание в груди, одышку, сердцебиение, усиленное потоотделение. Анамнез всегда характерен, и диагноз поставить нетрудно. Таких больных направляют также в экстренном порядке в оториноларингологическое отделение для эзофагоскопии и удаления инородного тела из пищевода с рубцовым стенозом.

Больной со стенозом пищевода при еде должен постоянно соблюдать осторожность, хорошо разжевывать пищу. Небольшое отверстие в пищеводе может полностью быть obturировано небольшим куском мяса или маленькой косточкой, а удаление инородного тела из пищевода с рубцовым стенозом затруднено.

Профилактика химических ожогов пищевода сводится к широкой санитарно-просветительной работе среди населения (беседы, лекции,

плакаты, диафильмы и т.д.). Следует разъяснить, что все концентрированные химические вещества должны храниться в надлежащих местах, под замком, в посуде установленного образца с этикеткой «Яд!». В случае неправильного хранения необходимо поставить в известность санитарный надзор для устранения этих недостатков.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА

ФУРУНКУЛ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ НОСА

Фурункул — острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани. Чаще всего он возникает на внутренней поверхности крыла носа и у его верхушки. Этому способствуют незначительные травмы, наносимые самим больным с внесением инфекции.

Заболевание в большинстве случаев протекает благоприятно; тем не менее следует помнить, что возможны опасные осложнения. Возникновению фурункула носа могут способствовать диабет, желудочно-кишечные заболевания, нарушения обмена веществ. Фурункул чаще встречается у подростков в период полового созревания, характеризующийся гормональной перестройкой, а также у пожилых людей, у которых имеют место эндокринные нарушения.

Первые признаки — это боль в преддверии полости носа, иррадиирующая в зубы, висок, глаз. Кожа на верхушке носа или его крыле становится ярко-красной, напряженной и очень чувствительной к пальпации. Если фурункул развивается на верхушке носа, то для того, чтобы его увидеть, надо голову больного несколько запрокинуть, а верхушку носа приподнять. Через 3—4 дня появляется конусовидный инфильтрат с головкой желтого цвета. В течение последующих 4—5 дней происходит разрешение воспаления.

При неблагоприятном течении имеют место высокая температура тела гектического характера, ознобы, головные боли, тошнота, рвота. Это могут быть

проявления септического состояния или начинающегося воспаления мозговых оболочек. Среди возможных осложнений следует выделить тромбофлебит, распространяющийся по анастомозам в сторону синусов твердой мозговой оболочки, через угловую и надглазную вены. Другими осложнениями фурункула носа могут быть менингит и энцефалит.

При неосложненном течении этого заболевания проводят амбулаторное лечение. С первого дня заболевания показаны покой и антибиотики внутримышечно — пенициллин по 500000 ЕД 4 раза в день. Кожу вокруг фурункула обрабатывают спиртом. Внутрь назначают сульфадимезин или норсульфазол по 1 г 3 раза в день. Местно применяют противомикробные и противовоспалительные средства в виде мазей (эритромициновая мазь, 5—10 % синтомициновая эмульсия), которые тонким слоем наносят на воспаленную поверхность. Можно также с успехом применять 1 % тетрациклиновую, 4 % гелиомициновую мази. Назначают аскорбиновую кислоту по 1—2 драже 3 раза в день. Из физиотерапевтических процедур — УВЧ, УФО.

При осложненных формах фурункула носа больной должен быть немедленно госпитализирован. При тяжелом течении фурункула и фурункулезе хороший эффект дают аутогемотерапия и общеукрепляющее лечение.

Говоря о лечении больных с фурункулом носа, следует остановиться на некоторых частых ошибках, которые допускаются при этом. Прежде всего необходимо категорически запретить всякие попытки его выдавливания: это может вызвать не только опасные осложнения, о которых упоминалось выше, но даже гибель больного от сепсиса. Не следует применять различные влажные повязки (согревающие компрессы и т.п.), так как они способствуют размножению микробов и вызывают разрыхление кожи вокруг фурункула, что облегчает распространение инфекции. О недопустимости этих мероприятий необходимо сказать и самому больному.

Заглотоchnый абсцесс возникает в результате проникновения инфекции в заглотоchnое пространство, в лимфатические узлы, расположенные в рыхлой соединительной ткани. Эти узлы нагнаиваются, и возникает заглотоchnый абсцесс.

Предрасполагают к заболеванию ранее перенесенные инфекции верхних дыхательных путей. Этиологическим фактором является, как правило, кокковая флора. Возникает заглотоchnый абсцесс главным образом у детей до 3—4 лет. У детей старшего возраста и у взрослых это заболевание наблюдается очень редко. Объясняется это тем, что лимфатические узлы заглотоchnого пространства, которые склонны к воспалению и нагноению, в 3—4-летнем возрасте обычно исчезают.

Родители ребенка обычно сообщают, что он отказывается от еды, плохо спит, во время сна возникает шумное дыхание.

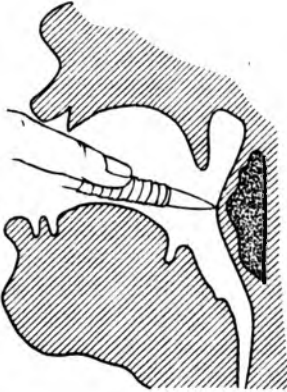
Клиническая картина. Заболевание начинается внезапно, ребенок становится беспокойным, температура тела значительно повышается. При заглотоchnом абсцессе дыхание у ребенка значительно ухудшается при нахождении в вертикальном положении и сидя по сравнению с горизонтальным положением. Это объясняется тем, что гной в полости абсцесса при вертикальном положении опускается вниз, выпячивание в нижнем отделе глотки становится больше, и просвет глотки уменьшается. При других воспалительных заболеваниях глотки и гортани больной лучше дышит в сидячем положении.

При заглотоchnом абсцессе лимфатические узлы шеи увеличены, этим обуславливается вынужденное положение головы, несколько запрокинутой назад.

Для того чтобы удостовериться в наличии заглотоchnого абсцесса, необходимо внимательно осмотреть заднюю стенку глотки. На ней определяется выпячивание округлой формы. Чтобы не просмотреть абсцесс, расположенный в носоглотке или в нижнем отделе глотки, необходимо шпателем осторожно приподнять мягкое небо и отжать корень языка книзу и кпереди.

Лечение. Установив и еще раз проверив правильность диагноза, медицинский работник должен

19. Вскрытие заглоточного абсцесса.



решить следующие вопросы: когда, где и как вскрыть обнаруженный заглоточный абсцесс у ребенка?

Чем быстрее будет вскрыт заглоточный абсцесс, тем лучше для больного. Если затруднение дыхания выражено не сильно и угрозы для его жизни в настоящий момент не представляет, то лучше вскрытие абсцесса произвести в стационаре. Если опасность асфиксии может наступить при транспортировке больного, то вскрытие или хотя бы пункцию абсцесса необходимо произвести на дому или на медицинском пункте, с соблюдением правил асептики и антисептики.

В возрасте от 2 лет и старше, когда защитные рефлексы гортани уже хорошо развиты, вскрытие можно произвести в обычном положении (сидя), и, как только появится гной, голову ребенка наклонить вперед для того, чтобы гной вылился наружу и не попал в дыхательные пути. Предварительно следует сделать небольшой разрез, а потом при появлении гноя расширить его тупым корнцангом или пинцетом (рис. 19).

У детей раннего возраста, у которых защитный рефлекс гортани развит еще слабо, следует опорожнить абсцесс вначале через иглу шприцем, чтобы предотвратить аспирацию гноя. Далее делают разрез скальпелем. Во избежание быстрого вытекания и аспирации гноя разрез должен быть небольшим (лишь угол скальпеля), после чего голову ребенка следует быстро наклонить вниз. Полного удаления гноя достигают повторным разведением краев разреза пинцетом

с последующим немедленным поворотом головы вниз для облегчения удаления гноя. Разведение краев разреза делается повторно на протяжении 2—3 дней после разреза. Оперативное лечение дополняется назначением антибиотиков (пенициллин, стрептомицин внутримышечно).

ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС

Паратонзиллярные абсцессы (или флегмонозная ангина) чаще всего являются осложнением фолликулярной или лакунарной ангин. Иногда флегмонозная ангина возникает при заболевании зубов.

Паратонзиллиты раньше встречались преимущественно у взрослых, в последние годы участились случаи этого заболевания у детей. Ряд авторов объясняют это широким применением антибиотиков, особенно перорально, при котором продолжают сохраняться воспалительные процессы в глубине крипт миндалин. Паратонзиллит относится к частым заболеваниям, встречается у 8—12 % больных ЛОР-стационаров. Заболевание одинаково часто поражает мужчин и женщин.

Эта форма ангины, в отличие от других, является частой причиной вызова медработников для оказания неотложной помощи.

Клиническая картина. При паратонзиллярном абсцессе появляются симптомы крайне тяжелого состояния больного. К ним следует отнести затруднение дыхания в результате резкой инфильтрации небных дужек и выпячивание мягкого неба. В результате этого сужается вход в глотку, ограничивается раскрытие рта. Температура тела обычно бывает высокой. Боль в горле быстро нарастает, становится невыносимой, иррадирует в ухо, усиливается при глотании, кашле и повороте головы. Больной теряет покой и сон. Может появиться озноб, голос приобретает гнусавый оттенок. В результате невозможности принимать пищу появляется общая слабость, адинамия.

Осмотр глотки затруднен, так как больной с трудом открывает рот. Абсцессы развиваются в околоминдаликовой клетчатке, чаще сверху и спереди или позади миндалины, но могут располагаться в клетчатке у нижнего полюса миндалины и снаружи от него.

Паратонзиллярный абсцесс образуется обычно на 5—7-й день заболевания. Созревание позадиминда-

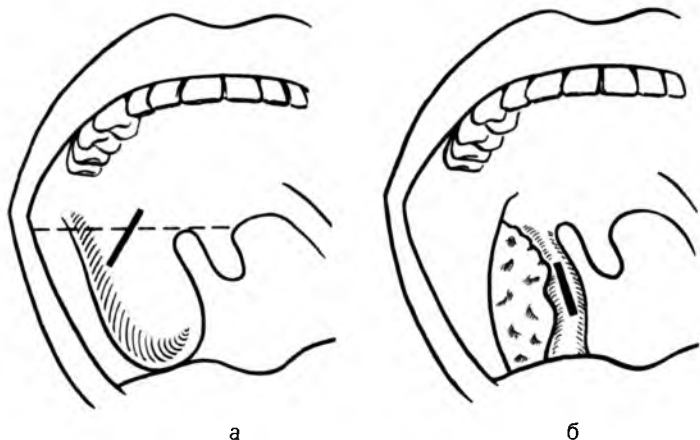
ликовых абсцессов происходит несколько медленнее, иногда на 10—12-й день заболевания.

При дифференциальной диагностике флегмонозную ангину следует отличать от других заболеваний, которые могут сопровождаться признаками, в какой-то мере сходными с ней. Так, например, при токсической форме дифтерии отек слизистой оболочки зева может напоминать флегмонозную ангину. Но при дифтерии зева не затруднено раскрытие рта, тогда как при паратонзиллярном абсцессе быстро появляется ограничение его из-за выпячивания на месте образования абсцесса. Важным диагностическим признаком при дифтерии является появление трудноснимаемых грязно-белых налетов не только на миндалине, но и в зеве. Злокачественные опухоли глотки (рак и саркома), а также сифилитические гуммы развиваются медленно, обычно без повышения температуры тела. Раскрытие рта и пальпация опухоли при них почти безболезненны.

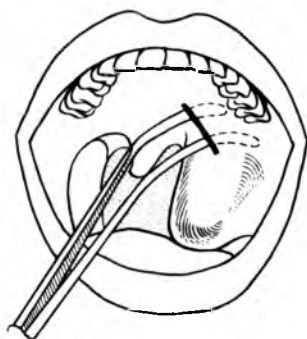
К осложнениям паратонзиллярных абсцессов, которые встречаются сравнительно редко, следует отнести глубокую флегмону шеи, отек гортани, а также эрозию стенки более или менее крупного сосуда парафарингеальной области.

Первая доврачебная помощь. При паратонзиллярных абсцессах любой локализации необходимо устранить у больного и у его родственников страх в связи с его тяжелым состоянием, объяснив больному, что у него нет никаких признаков дыхательной недостаточности. С первого дня больному назначают постельный режим, жидкую и теплую пищу, теплые полоскания слабыми антисептическими растворами борной кислоты, калия перманганата, согревающий спиртовой (40 %) компресс на шею; хорошо действуют паровые ингаляции. Применяется пенициллинотерапия (по 500000 ЕД 4 раза в сутки внутримышечно).

Образовавшийся абсцесс необходимо вскрыть. Так как это хирургическое вмешательство из-за узости операционного поля, особенно при неполном раскрытии рта, и опасного соседства внутренней и наружной сонных артерий и их ветвей требует особых навыков, то вскрывать абсцесс должен врач-оториноларинголог. Поэтому таких больных следует направлять в оториноларингологический или хирургический стационар.



20. Место вскрытия передневерхнего (а) и заминдаликового (б) абсцесса.



21. Вскрытие передневерхнего паратонзиллярного абсцесса тупым путем.

Вскрытие паратонзиллярного абсцесса производится обычным скальпелем на глубину не более 1—1,5 см, на месте наибольшего выпячивания абсцесса или на избранном месте, которое устанавливается следующим образом: мысленно проводится линия от корня маленького язычка к последнему коренному зубу верхней челюсти. На середине этой линии и производится вкол скальпеля (рис. 20). Если при разрезе гной не показывается, то через разрез кверху и кнаружи вводят желобоватый зонд или корнцанг, при помощи которого вскрывают глубокий гнойник (рис. 21). Задние околоминдаликовые абсцессы вскрывают кзади от миндалина, на уровне средней трети задней дужки, делая разрез на глубину 0,5—1 см.

Прогноз при паратонзиллярных абсцессах, своевременно диагностированных и леченных, благоприятный.

ПЕРИХОНДРИТ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Разлитое воспаление надхрящницы ушной раковины — перихондрит — возникает чаще всего в результате проникновения инфекции в надхрящницу при травме, иногда при укусах насекомыми, при ожогах и отморожениях (рис. 22). Прокалывание ушной мочки для ношения серег нередко приводит к инфицированию проделанного канала и в дальнейшем — к перихондриту.

Возбудителем воспаления чаще всего является синегнойная палочка. Еще до появления видимых изменений возникают сильные боли в ушной раковине, заставляющие вызывать медработника для оказания неотложной помощи или обращаться в медицинский пункт.

Ушная раковина, за исключением мочки, припухает, становится неровной, бугристой, иногда появляется флюктуация. Температура тела повышается до высоких значений. При гнойном расплавлении самого хряща ушная раковина становится мягкой. Если своевременно не начать лечение, то наступает некроз хряща и его расплавление, приводящее к резкому обезображиванию ушной раковины со значительным уменьшением ее размеров.

Лечение. При появлении первых признаков перихондрита необходимо проводить местное и общее лечение. При наличии синегнойной палочки пенициллин неактивен, поэтому с успехом применяется эритромицин по 250000 ЕД 4 раза в сутки внутрь; при тяжелых формах внутримышечно назначают стрептомицин по 500000 ЕД 2 раза в сутки. Местно — холодные примочки из буровской жидкости на этиловом спирте. Лечение сочетают с УВЧ-терапией.

Большого с перихондритом ушной раковины необходимо обязательно направить к врачу-оториноларингологу, так как в ряде случаев приходится делать широкие разрезы вдоль края раковины. В полости вкладывают турунды, пропитанные антибиотиками. При деформации ушной раковины показана пластическая операция.

22. Перихондрит ушной раковины.



**ОГРАНИЧЕННОЕ И РАЗЛИТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НАРУЖНОГО
СЛУХОВОГО ПРОХОДА**

Воспаление наружного слухового прохода может носить ограниченный характер (фурункул) и разлитой (при гноетечении из среднего уха, экземе, роже, грибковых поражениях).

Фурункул наружного слухового прохода возникает в результате попадания инфекции (стафилококк) в волосяные мешочки и отверстия сальных желез при манипуляции в ухе шпильками, спичками и др. Гнойные выделения при заболевании среднего уха мацерируют эпидермис, подготавливая почву для внедрения инфекции.

Общими предрасполагающими факторами являются нарушение углеводного обмена, неполноценное питание, авитаминоз.

Д и а г н о с т и к а. Для решения вопроса о наличии воспалительного процесса в наружной трети слухового прохода достаточно слегка оттянуть ушную раковину вверх и назад или надавить на козелок, и у больного сразу же возникает сильная боль в ухе (в раннем детском возрасте появление боли при надавливании на козелок указывает на заболевание среднего, а не наружного уха). Боли отмечаются при открывании и закрывании рта, при жевании. Усиление болей по ночам приводит больных к потере сна.

При осмотре видны сужение хрящевого отдела слухового прохода и воспалительная инфильтрация ограниченного участка кожи. При отоскопии можно увидеть воспаленный, ограниченно возвышающийся участок кожи с серовато-желтым узелком на вершине, при вскрытии фурункула виден гной.

Слух при фурункуле наружного слухового прохода обычно не страдает. Заболевание длится 5—7 дней и сопровождается умеренным повышением температуры тела. Регионарные лимфатические узлы (спереди, снизу и сзади наружного слухового прохода) припухают, болезненны. После созревания фурункула и вскрытия его температура тела снижается, наступает улучшение. В тяжело протекающих случаях воспалительный инфильтрат распространяется на окружающие ткани с последующим нагноением клетчатки и образованием абсцесса.

Лечение. В период инфильтрации в наружный слуховой проход вставляют марлевые турунды, смоченные в растворе борного спирта, буровской жидкости, 5—10 % левомецетиновой эмульсии. Местно назначают тепло на область уха, а также физиотерапевтические процедуры (соллюкс, УВЧ). Из антибиотиков применяют эритромицин (по 100000—250000 ЕД 4—6 раз в сутки внутрь), олететрин или окситетрациклин (по 100000—150000 ЕД 4—6 раз в сутки внутрь). В тяжелых случаях назначают пенициллин в инъекциях по 500000 ЕД 4 раза в сутки, аутогемотерапию, витамины.

Разлитое воспаление слухового прохода часто распространяется на кожу костной части наружного слухового прохода, а иногда и на барабанную перепонку.

Среди разнообразных клинических признаков доминируют зуд кожи в области слухового прохода и наличие экссудата, чаще всего гнойного. При осмотре видна более или менее равномерная припухлость стенок наружного слухового прохода в его хрящевой и частично в костной части. Стенки покрыты гноем или отторгшимся эпидермисом. Если трудно дифференцировать процесс от гнойного среднего отита, то учитывают динамику процесса и исследуют слух. Обычно слух при диффузном наружном отите не изменяется. Для исключения грибкового процесса нужно исследовать отделяемое на грибы.

Для лечения применяют десенсибилизирующие препараты (димедрол по 0,03—0,05 г 2—3 раза в день), промывание наружного уха теплым 3 % раствором борной кислоты. На турунде в слуховой проход нужно вводить 2 раза в день один из препаратов: сок каланхоэ, окикорт-аэрозоль, лоринден, флуцинар, 1 % преднизолоновую эмульсию.

Медикаментозное лечение следует сочетать с физиотерапевтическим (УВЧ). Назначают также витамины группы В, аскорбиновую кислоту.

ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА

Острый средний отит часто может быть причиной обращения за неотложной помощью, особенно в тех случаях, когда он начинается внезапно и симптомы его приобретают очень выраженный характер.

Различают 2 стадии острого отита: острый простой средний отит (неперфоративный) и острый гнойный средний отит (перфоративный). Деление на эти 2 стадии заболевания имеет практическое значение, так как лечение при них имеет свои особенности.

Это заболевание возникает в результате проникновения инфекции в барабанную полость. Возбудителями заболевания являются стрептококки, стафилококки, у детей — чаще пневмококки.

Сравнительно часто острый средний отит возникает при переходе инфекции из полости носа и носоглотки на слизистую оболочку слуховой трубы и барабанной полости. Просвет слуховой трубы в результате воспаления значительно уменьшается, поступление воздуха в среднее ухо затрудняется или прекращается совсем. Часть имеющегося в среднем ухе воздуха всасывается, давление в барабанной полости падает, что влечет за собой образование в ней сначала транссудата, а затем и экссудата. Барабанная перепонка втягивается.

Причинами заболевания слуховой трубы могут быть также полипы полости носа, гипертрофия носовых раковин, аденоиды у детей, заболевания придаточных пазух носа.

Другой путь — гематогенный: при кори, скарлатине, туберкулезе и других инфекциях, реже — в результате травмы барабанной перепонки, когда инфекция попадает непосредственно в барабанную полость.

В возникновении заболевания большое значение имеют факторы, снижающие реактивность организма (переохлаждение, расстройство питания, рахит, сахарный диабет, инфекционные заболевания).

Клиническая картина. Острый средний отит, особенно у детей, начинается бурно, внезапным повышением температуры до высоких значений; иногда этому предшествует сильный озноб. Боли носят стреляющий характер, часто они возникают ночью, появляется сильная головная боль. У детей, особенно грудных, могут развиваться явления менингизма (ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, рвота), что является признаком раздражения мозговых оболочек.

Одним из ведущих симптомов воспаления среднего уха у детей раннего возраста является беспокойное поведение ребенка, чрезмерное двигательное возбуждение, трение головки о подушку. Ребенок ищет тепло и поворачивает головку больным ухом к подушке, прижимаясь к ней. Характерным признаком является усиление болей в ухе во время сосания, что выражается прекращением сосания и беспокойством ребенка. Кроме резких болей, появляются заложенность уха, понижение слуха, выраженная в различной степени чувствительность сосцевидного отростка к давлению при пальпации.

Диагностика. Правильный диагноз может быть поставлен только после отоскопии. При ней отмечают отечность и гиперемия барабанной перепонки, исчезновение всех ее опознавательных пунктов, резкое ее выпячивание. При гриппозном отите на барабанной перепонке появляются отдельные геморрагические пузырьки.

Измененная под влиянием воспалительного процесса барабанная перепонка вследствие давления экссудата прорывается, и появляются выделения из уха (оторея). Вначале они жидкие, серозно-кровянистые, затем становятся слизисто-гнойными и более густыми. При появлении отореи боли в ухе стихают, температура тела снижается до нормальных цифр. Улучшается общее самочувствие больного. Обильное гноетечение обычно продолжается 6—7 дней, затем прекращается. Вид барабанной перепонки нормализуется, она вновь приобретает серый цвет, слух восстанавливается.

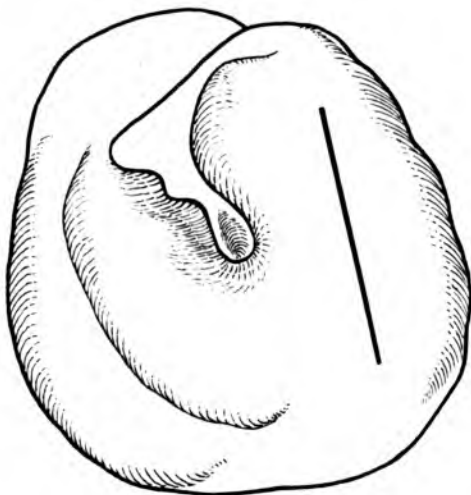
Дифференциальная диагностика проводится между наружным и средним отитом по следующим признакам: при наружном отите выделения бывают чисто гнойными, примеси слизи не бывает; для среднего отита типично понижение слуха, для наружного — боль при дотрагивании до стенок слухового прохода, при потягивании за ушную раковину, особенно при надавливании на козелок (у взрослых), при жевании. Пульсация гноя в ухе характерна для острого среднего гнойного отита.

При своевременном лечении прогноз этого заболевания весьма благоприятный. Выздоровление с полным восстановлением слуха — наиболее частый исход острого отита. Иногда прободение барабанной перепонки остается стойким, гноетечение периодически возобновляется, и отит принимает хроническое течение. Острый отит может осложниться мастоидитом. К угрожающим осложнениям следует отнести менингит, лабиринтит и сепсис.

Лечение. В обеих стадиях острого среднего отита применяются лекарственные средства местные и общие.

До появления выделений из уха применяют карбологлицериновые капли, по 5 капель в слуховой проход в теплом виде, при боли — 2—3 раза в день на 10 мин. При появлении выделений карбологлицериновые капли применять нельзя, так как, смешиваясь с экссудатом, они приобретают прижигающие свойства и могут вызвать ожог. Применяется местно также 3 % раствор борного спирта (у детей раннего возраста лучше применять 70 % спирт). Раствор борного спирта лучше вводить на турунде в наружный слуховой проход. При таком введении у пациентов не возникает резкой болезненности.

В период перфорирования барабанной перепонки с гноетечением из уха местно назначают после сухого туалета наружного слухового прохода 0,02 % раствор фурацилина, по 5—7 капель в слуховой проход 3 раза в день; 1 % раствор протаргола по 5 капель в слуховой проход 3 раза в день. Очень эффективно местное применение 0,3 % раствора гентамицина. Обильный или густой гной может быть удален путем промывания 3 % раствором борной кислоты и высушивания слухового прохода турундой или ватничком.



23. Место разреза при парацентезе барабанной перепонки.

Для восстановления вентиляционной функции слуховой трубы назначают сосудосуживающие средства в полость носа (3 % раствор эфедрина, нафтизина, санорин, борно-адреналиновые капли по 5—7 капель в нос 3 раза в день).

Внутрь назначают сульфаниламидные препараты длительного действия: сульфамонетоксин — в первый день 1 г, в последующие дни по 0,5 г 1 раз в сутки за 30 мин до еды; сульфален — в первый день 1 г, затем по 0,2 г 1 раз в сутки, тоже за 30 мин до еды.

При остром среднем отите назначают антибиотики внутрь: эритромицин, олететрин по одной таблетке (100000—250000 ЕД) 3 раза в день; эрициклин по одной капсуле (0,25 г) 4—6 раз в день в течение 6—8 дней.

При тяжелом течении острого среднего отита назначают внутримышечно пенициллин (по 500000 ЕД 4 раза в сутки). При высокой температуре тела и головной боли показаны амидопирин, анальгин, ацетилсалициловая кислота.

Одновременно с назначением медикаментозных средств местно назначают тепло (грелка, лампа Минина). Более эффективны соллюкс и УВЧ.

В редких случаях, когда улучшения в состоянии

больного не наступает, продолжают сильные головные боли, держится высокая температура тела, головокружение, рвота, при отоскопии отмечается резкое выпячивание барабанной перепонки, производят парацентез (разрез барабанной перепонки). Как правило, парацентез производит врач. Разрез делается в задних квадрантах барабанной перепонки (рис. 23). После предварительной очистки наружного слухового прохода и местного обезболивания в наружный слуховой проход вливают на 10 мин капли из карболовой кислоты, ментола и кокаина.

Важное значение имеют и сроки: обычно при остром течении отита перфорация может наступить на 3—4-й день болезни. Поэтому если несмотря на примененное лечение упомянутые симптомы не уменьшаются, то на 5—6-й день предпринимается парацентез.

Больного или родителей ребенка следует предупредить, что в результате парацентеза быстрее наступит выздоровление, уменьшится боль, понизится температура тела. Слух от парацентеза не страдает, так как разрез заживает без заметного рубца.

МАСТОИДИТ

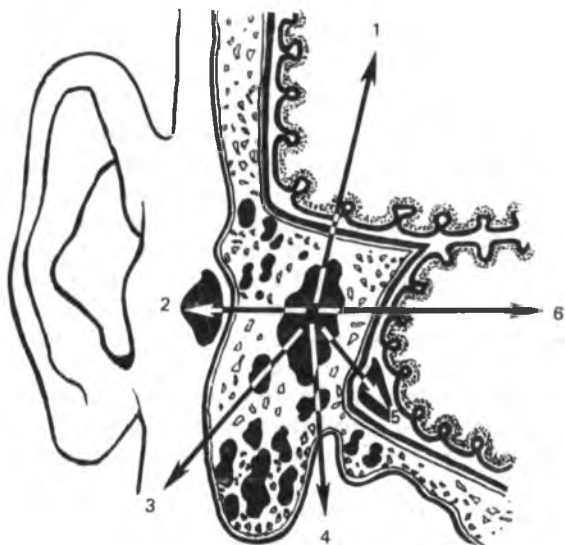
При неблагоприятном течении острого гнойного среднего отита воспалительный процесс переходит на костную ткань сосцевидного отростка, и возникает мастоидит.

Причиной возникновения острого мастоидита является та же инфекция, что и при воспалении среднего уха (чаще всего гемолитический стрептококк). Его развитию могут способствовать ослабление сопротивляемости организма, плохие условия дренирования гнойного очага в барабанной полости при отсутствии перфорации в барабанной перепонке или при позднем парацентезе.

Развитие острого мастоидита в какой-то мере зависит и от строения сосцевидного отростка, от его пневматизации, ячеистости. Обычно мастоидит возникает в хорошо пневматизированном отростке (рис. 24).

Клинические проявления мастоидита характеризуются общими и местными симптомами.

К общим симптомам относятся ухудшение общего состояния, сильная боль, которая охватывает половину



24. Пути распространения гноя при мастоидитах.
 1 — в головной мозг; 2 — в наружный слуховой проход; 3 — сквозь корковый слой сосцевидного отростка; 4 — в глубокие отделы шеи; 5 — к синусу; 6 — в мозжечок.

головы на стороне поражения, усиливающаяся по ночам; отсутствие снижения температуры тела или даже ее повышение при прободении барабанной перепонки. Из местных симптомов этого заболевания отмечается болезненность сосцевидного отростка при надавливании на его верхушку.

Внешние изменения сосцевидного отростка в большинстве случаев представляются в достаточной степени характерными. Появляется отечность кожи, покрывающей отросток, и, наконец, при скоплении гноя под надкостницей образуется флюктуирующая опухоль большей или меньшей величины, которая вызывает оттопыривание ушной раковины.

При отоскопии отмечают опущение мягких тканей задневерхней стенки костной части наружного слухового прохода или концентрическое сужение костного отдела.

Лечение. В начальных стадиях мастоидита проводится такое же лечение, как и при остром среднем отите. Однако применение антибиотиков в массивных дозах обязательно: пенициллин назна-

чается внутримышечно по 500000 ЕД 6 раз в сутки в течение 10—14 дней; стрептомицин вводят по 0,25—0,5 г внутримышечно 2 раза в сутки.

Учитывая, что может возникнуть необходимость в оперативном лечении больных с мастоидитом, их необходимо в срочном порядке госпитализировать в оториноларингологическое отделение.

ОСТРАЯ НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Острая нейросенсорная тугоухость относится к числу распространенных заболеваний. В последние годы она встречается значительно чаще и наблюдается, по данным обращаемости, у 0,8 % от общего числа страдающих тугоухостью.

По данным литературы, существует множество причин, способствующих возникновению острой нейросенсорной тугоухости: инфекционные заболевания, ототоксические воздействия антибиотиков, акустические и механические травмы, сердечно-сосудистые заболевания, болезни центральной нервной системы.

Нейросенсорная тугоухость может возникнуть в любое время года, но наиболее часто осенью и весной: сентябрь-октябрь и февраль-март. Это объясняется эпидемиями ОРВИ и неустойчивостью атмосферного давления. Частое появление острой сенсорной тугоухости после ОРВИ (25 %) предполагает ее вирусную природу. При этом наблюдается поражение внутреннего уха в виде острых кохлеитов и лабиринтитов, что можно объяснить характерными вирусными поражениями мелких сосудов и последующими изменениями в тканях внутреннего уха. Из других инфекционных заболеваний этиологическим фактором могут быть эпидемический паротит, полиомиелит, корь, краснуха, менингит и др.

Причиной острой нейросенсорной тугоухости могут быть ототоксические антибиотики: мономицин, стрептомицин, канамицин, гентамицин, а также другие медикаменты (фуросемид, салицилаты). В большинстве случаев нарушение слуха может вызвать стрептомицин при сравнительно небольших дозах антибиотиков,

особенно когда страдает выделительная функция почек. Ототоксические антибиотики, как правило, вызывают двухстороннее снижение слуха и расстройство вестибулярной функции.

Поражение слуха может вызвать акустическая травма. При этом возникают разрыв клеточных мембран и дегенерация сенсорных клеток. Все это ведет к изменению в сосудистой системе улитки. Некоторые ученые считают, что травматическое действие шума на улитку связано с изменением кровообращения в ней. При кратковременном воздействии шума возможна обратимость изменений кровотока. Причинами возникновения острой нейросенсорной тугоухости могут быть как хронические воздействия производственного шума в промышленности, сельском хозяйстве, так и на концертах рок-музыки.

При этом виде острой нейросенсорной тугоухости, возникшей в результате акустической травмы, как правило, отсутствуют вестибулярные нарушения.

В современных условиях при производственных, транспортных, спортивных и бытовых черепно-мозговых травмах даже после относительно легких форм повреждений может возникнуть острая нейросенсорная тугоухость. Черепно-мозговая травма вызывает интенсивное сотрясение слухового анализатора. Двухсторонняя глухота или тугоухость наблюдается при поражении теменной, височной и затылочной областей, в основном же при черепно-мозговой травме появляется только односторонняя тугоухость. Значительная степень потери слуха отмечается при травме затылочной области, а затем височной.

Большую роль в этиологии острой нейросенсорной тугоухости играют изменения в сердечно-сосудистой системе (гипертонические и вегетососудистые кризы, вертебробазилярная недостаточность). Частота острой потери слуха сосудистого происхождения обусловлена особенностями кровоснабжения внутреннего уха, анатомическими особенностями кровеносных сосудов, их большой лабильностью и чувствительностью, которые создают благоприятную почву для нарушений циркуляции, даже кратковременных. Для острой нейросенсорной тугоухости на почве сосудистых нарушений характерными признаками являются внезапность возникновения, односторонность поражения звуковоспринимающего аппарата.

Выявить возможную причину острой нейросенсорной тугоухости не удается в среднем у 25 % больных. Частота возникновения внезапной потери слуха изменяется с возрастом. По литературным данным, она составила 4,6 на 100000 лиц в возрасте до 14 лет и 47,2 — после 65 лет. Существенного различия в заболеваемости у мужчин и женщин не выявлено.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Диагностика острой нейросенсорной тугоухости не представляет трудности. В клинической картине ведущее место занимают жалобы на внезапное ухудшение слуха, ощущение заложенности в ухе, субъективный шум и нередко головокружение. Этот вид тугоухости в большинстве случаев среднему медицинскому работнику можно определить путем исследования слуха шепотной и разговорной речью. Затем произвести осмотр наружного слухового прохода и барабанной перепонки. Это позволит исключить закупорку серной пробкой или тубоотит, которые иногда воспринимаются больными как «внезапная глухота». Значительно реже больные жалуются на возникший звон в ушах разной интенсивности. Некоторые больные отмечают начало заболевания с ощущения щелчка или звука лопнувшей струны.

Падение слуха может носить прогрессирующий характер и развиваться в течение нескольких дней и даже часов. В тех случаях, когда нарушению слуховой функции сопутствуют расстройства вестибулярной функции, могут быть выражены симптомы раздражения ее (головокружение, нарушение равновесия, появление нистагма).

Несомненно, во всех случаях важную роль в диагностике играет тщательный опрос больного. Необходимо уточнить общее состояние здоровья пациента, состояние некоторых систем организма, нарушение функции которых либо усугубляет течение патологического процесса в органе слуха, либо служит причиной его возникновения. Ряд авторов на основании клинических наблюдений считают, что если лечение начато в первые 2—3 сут после внезапной потери или снижения слуха, то прогноз более благоприятный и возможно улучшение слуха, вплоть до его вос-

становления. Важнейшими прогностическими показателями являются: степень начальной тугоухости, ее выраженность, головокружение, повышение СОЭ, возраст и двухсторонность поражения.

ТАКТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Тактика фельдшера станции и отделений скорой помощи должна заключаться в экстренной госпитализации таких больных в оториноларингологические отделения. Необходимы стационарное лечение и постельный режим в течение 5—7 дней, как и при любых сосудистых поражениях (инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболия и т.п.). Своевременно начатая интенсивная терапия, а также создание соответствующих условий, устраняющих нагрузку на сосудистую систему, включая устранение перепадов температуры, ортостатических колебаний сосудистого тонуса, обеспечивают оптимальные условия для нормализации деятельности сосудистой и вегетативной нервной системы.

Если начать лечение в первые 2 нед с момента заболевания, то следует надеяться на значительное улучшение слуха.

По литературным данным, наилучшие результаты лечения были получены у больных, которым лечение было начато в первые 3 дня (до 80—85 %), при увеличении этого срока до 1 мес эффект составил лишь 53 %, лечение же, начатое в более поздние сроки, привело к улучшению слуха только у 20 % больных.

Особенно остро стоят вопросы ранней диагностики и стационарного лечения детей с острой нейросенсорной тугоухостью. Это определяется большой значимостью состояния слуховой функции для формирования речи ребенка и его умственного развития.

Для создания режима охранительного торможения, нормализации сна и снятия эмоциональной напряженности назначают транквилизаторы в таблетках 2—3 раза в день (элениум по 0,025, диазепам, седуксен по 0,005 г, тазепам по 0,01 г). Хорошо действует психотропный препарат сонапакс — по 1 таблетке 0,025 г 3 раза в день.

Для дегидратации и дезинтоксикации назначают маннит и гемодез (неокомпенсан). Вводят их капельно,

чередуя через день. Гемодез в конце лечения можно заменить 5 % раствором глюкозы или изотоническим раствором натрия хлорида (всего 3—4 раза по 500 мл). Некоторые авторы применяют внутривенное капельное введение компламина в 5 % растворе глюкозы (всего 2,4 г компламина за сутки в течение 3—5 сут). Широко применяется внутривенное введение реомакродекса (соответствует отечественному реополиглюкину) по 500 мл в течение 5 дней. При отсутствии противопоказаний полезно добавление в капельницу преднизолона (60—30 мг) в течение 3—5 дней, который обладает противовоспалительным, десенсибилизирующим и антиаллергическим свойствами. Для улучшения состояния сосудистой стенки, уменьшения ушного шума и головокружения назначается стугерон (циннаризин, кавинтон, трентан) по 1 таблетке 3 раза в день. Частная терапия предусматривает лечебные мероприятия с учетом этиологических факторов, сопутствующих заболеваний и особенности симптоматики и течения процесса в ухе.

При вирусном поражении слуха (появление тугоухости при ОРВИ) следует добавить противовирусные препараты (иммуноглобулин, интерферон, ремантадин). Острое снижение слуха при повышенной свертываемости крови, особенно у лиц пожилого возраста, требует добавления антикоагулянтов (гепарин, декумарин, плоды цитрусовых и др.). При высоком артериальном давлении необходимо применять гипотензивные средства. При выраженных головокружениях назначается беллоид (беллатаминал, торекан, дедалон) по 1 таблетке 3 раза в день.

Лучшие результаты лечения наблюдаются при сосудистых нарушениях, а также у пациентов, перенесших острую респираторно-вирусную инфекцию. Плохие результаты лечения наблюдаются при тугоухости, связанной с эпидемическим паротитом, переломом пирамиды височной кости, при менингите.

Данная схема лечения допускает возможность добавления новых лекарственных веществ без нарушения основной патогенетической направленности терапии.

ОСТРАЯ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Патология вестибулярного анализатора до настоящего времени остается сложным разделом, как в отношении диагностики, так и в отношении оказания неотложной помощи. Этот вопрос осложняется тем, что острая вестибулярная симптоматика может протекать одинаково при целом ряде заболеваний: при патологических процессах во внутреннем ухе, черепно-мозговой травме, изменениях сосудов, стволовых арахноэнцефалитах, а также при некоторых инфекционных заболеваниях.

Вестибулярные расстройства в виде острой вестибулярной недостаточности наиболее полно проявляются при таких заболеваниях, как лабиринтит и болезнь Меньера. Однако вестибулярные нарушения могут наблюдаться при гипертонической болезни, остеохондрозе шейного отдела позвоночника, церебральном атеросклерозе, при гриппе, ревматизме, бруцеллезе, сифилисе.

Травмы черепа и головного мозга очень часто сопровождаются симптомами острой вестибулярной недостаточности, которые не имеют характерных черт, присущих именно этому постконтузионному синдрому. Частой причиной острой вестибулярной дисфункции является вегетососудистая дистония. Широкое распространение сердечно-сосудистых заболеваний обуславливает большое число острых расстройств равновесия, связанных с нарушением нормальной циркуляции крови в лабиринте. Внезапные лабиринтные явления у больного, страдающего сердечно-сосудистыми заболеваниями с тромбоэмболическим синдромом, могут быть симптомом окклюзии внутренней слуховой артерии или более крупных сосудов основания головного мозга.

Иногда поражение лабиринта своевременно не распознается вследствие тяжелого общего состояния больного или в раннем детском возрасте.

Головокружения могут быть обусловлены различными невротическими состояниями, однако в таких случаях у больных нет отчетливой иллюзии движения.

Симптоматика и диагностика. Вестибулярная дисфункция проявляется в виде острого приступа и сопровождается грубым расстройством равновесия. Оно характеризуется системностью и

интенсивностью. При этом больные иногда полностью или почти полностью теряют способность к передвижению. Часто на высоте головокружения больной не может оторвать голову от подушки, старается занять вынужденное положение, при котором головокружение становится меньше. Всякий поворот головы вызывает резкое усиление болезненных ощущений. Больные отмечают, что у них головокружение проявляется в виде вращения или уплыwania всех предметов окружающей обстановки в одном направлении и с одинаковой скоростью. Иногда предметы мелькают перед глазами, как кинокадры. Одни больные лежат, закрыв глаза, в то время как другие предпочитают фиксировать взглядом какой-либо предмет. Вторым по тяжести симптомом после головокружения является тошнота, нередко сопровождающаяся рвотой. Чувство тошноты усиливается или ослабевает вместе с чувством головокружения.

На высоте периферического головокружения состояние больного может быть весьма тяжелым, и это затрудняет выявление вестибулярной симптоматики. Если больной может передвигаться, то выясняют, в какую сторону его «бросает». В ту же сторону он отклоняется в позе Ромберга. Попросив больного закрыть глаза и сделать несколько шагов по комнате, можно убедиться в том, что он отклоняется от заданного направления (противоположно больному уху) и возвращается уже не в ту точку, из которой вышел. Больного, находящегося в постели, нужно обследовать в положении сидя или лежа. Необходимо попросить его закрыть глаза и вытянуть руки перед собой и фиксировать их начальное положение указательными пальцами своих рук. В остром или подостром периоде вестибулярного кризиса отклонение рук бывает значительным и направлено в сторону пораженного уха. Как правило, в момент приступа усиливается шум в пораженном ухе, возникает ощущение заложенности или оглушения.

Объективным признаком вестибулярного криза является нистагм. Периферический вестибулярный нистагм — это движение глазных яблок, состоящее из двух компонентов: медленного отклонения глазных яблок и быстрого их возвращения. Хорошо видна только быстрая вторая фаза, направление которой и принимается за направление нистагма. В острых

случаях нистагм направлен в пораженную сторону. Периферический нистагм усиливается при направлении взора больного в сторону быстрого компонента, никогда не происходит усиление этого нистагма при взгляде вверх или вниз. По направлению он всегда противоположен направлению кажущегося передвижения предметов, а также отклонению рук и туловища при ходьбе с закрытыми глазами.

Если имеется боль в ухе, то она должна оцениваться вместе с отоскопической картиной. При отоскопии барабанная перепонка, как правило, без отклонений от нормы, редко имеются признаки ее втянутости. Изменения барабанной перепонки наблюдаются только в случае тимпаногенного лабиринтита.

Если жалобы на слуховые ощущения отсутствуют, то необходимо направленно опрашивать больного. Иногда небольшое снижение слуха, «заложенность» уха, шум или звон в ушах могут быть не выявлены на фоне более тяжелых вестибулярных симптомов. Особенно следует обратить внимание на чувство распирания, тяжести в ухе, понижение слуха.

Приступы вестибулярного криза возникают в любое время дня, но чаще ночью или утром. Провоцирующим моментом может быть физическое или психическое перенапряжение. Иногда больные знают о приближении приступа за несколько часов или даже дней. Предвестником его часто является усиление шума в ухе или легкое нарушение равновесия.

Значительная группа авторов считают причиной субъективных шумов восприятие вибрации стенок лабиринтных сосудов, которая происходит вследствие передачи завихрения струи крови на стенку сосуда, что передается периферическому рецептору акустического анализатора как обычное слуховое раздражение. В нормальном ухе такая вибрация не слышна, так как орган слуха привыкает к ней еще в утробном периоде жизни и не замечает ее, подобно тому, как мы не замечаем веса своих конечностей. Однако в патологических условиях, когда изменяется строение сосудистой стенки (артериосклероз) или нормальный состав крови, или размер сосудистого просвета, вибрация сосудистой стенки усиливается. В то же время усиливается и вызываемое этой вибрацией раздражение слухового нервного аппарата, которое и обуславливает появление субъективного ушного шума.

Для исключения острых вестибулярных расстройств, связанных с общемозговыми явлениями, следует обратить внимание на неадекватность, чрезмерное урежение пульса, появление неправильных типов дыхания, интенсивную головную боль. Выявление частых мелких пошатываний в позе Ромберга и «пьяная походка» при ходьбе с закрытыми глазами говорят о поражении мозжечка. Если больной постоянно жалуется на головокружение в течение длительного времени (месяцы и годы), но не испытывает при этом нарушения равновесия, не отмечает понижения слуха или шума в ушах, то можно полагать, что головокружение обусловлено поражением центральной нервной системы.

«Невестибулярное головокружение» — это термин, употребляемый для обозначения ощущений, которые больные определяют как головокружение (потемнение в глазах с нарушением чувства устойчивого положения тела, кратковременное затемнение сознания, разные виды атаксии и др.). Причиной такого головокружения бывают различные сосудистые нарушения.

Головокружение у наркоманов сопровождается, как правило, расстройством зрения (туман, сетка перед глазами), а головокружение у психастеников сочетается с другими признаками невроза (боязнь толпы, больших пространств и т.д.). Отосклероз, невриты VIII нерва и другие хронические процессы в лабиринте не сопровождаются сильными головокружениями, так как поражение рецепторов наступает постепенно. Если головокружение сопровождается потерей сознания, то можно предположить поражение коркового отдела анализатора. Наличие головокружений в качестве ауры эпилептического припадка также указывает на корковую природу процесса.

Л е ч е н и е. Оказание неотложной помощи при острых вестибулярных расстройствах начинается с симптоматических мероприятий. Это обусловлено тем, что ряд симптомов острой вестибулярной недостаточности (головокружение, тошнота и рвота) настолько мучительны, что требуют немедленной помощи. Она включает применение дегидратационных и седативных средств, уменьшающих возбудимость вегетативной нервной системы, а также средств, улучшающих кровоснабжение лабиринта.

Прежде всего такого больного необходимо уложить

в постель в положение, при котором ослабляется выраженность вестибулярных расстройств, яркий свет и резкие звуки должны быть исключены. Обычно постельный режим рекомендуется в течение 5—7 дней, следует запретить все, что связано с напряжением зрения, исключить из пищи острые и соленые блюда, вызывающие жажду, и обильное питье.

Одним из быстродействующих препаратов является 0,5 % раствор седуксена. Его вводят внутривенно медленно, по 2 мл препарата в 10 % растворе глюкозы. Обычно вслед за этим наступает сон, и приступ купируется. Одновременно также вводят по 1 мл 2,5 % раствора пипольфена внутримышечно и 0,1 % раствора атропина сульфата подкожно. При необходимости эти препараты в течение суток вводят повторно.

Достаточно эффективным способом лечения острой вестибулярной дисфункции является внутривенное медленное введение 5 мл 0,5 % раствора новокаина. Хорошо купирует приступ тошноты и рвоты при острой вестибулярной дисфункции следующая смесь: 0,5 мл 0,1 % раствора атропина и 2 мл 2,5 % раствора пипольфена. К ногам прикладывается грелка, а на шейно-затылочную область кладут горчичники. Применяют также комплекс витаминов группы В, 1 % раствор АТФ (по 1—2 мл в день внутримышечно), кокарбоксилазу (по 0,05—0,1 г внутримышечно).

Необходимым условием купирования острого приступа является применение вестибулярных депрессантов (азэрон, дедалон, торекан, циннаризин, реглан).

При сильной рвоте показано применение этаперазина, аминазина, галоперидола или других нейролептиков. С успехом применяется дифенидол. Снимает страх, нервное напряжение и улучшает мозговое кровообращение фенибут. Он назначается в дозе 0,5—0,75 г (по 2—3 таблетки 3 раза в день). Для более быстрого действия фенибут можно вводить внутримышечно или внутривенно. Он также уменьшает головокружение и расстройство равновесия.

Травмы черепа и головного мозга очень часто сопровождаются симптомами острой вестибулярной недостаточности. Они не имеют отличительных черт, присущих только постконтузионному вестибулярному синдрому. Принципы лечения те же (дегидратационные средства, седативные, вегетотропные).

В большинстве случаев приведенные виды терапии позволяют купировать приступ вестибулярной дисфункции. Иногда же они лишь уменьшают выраженность отдельной вестибулярной симптоматики, и через небольшой промежуток времени приступ вновь может возникнуть с новой силой. Для того чтобы лечение было эффективным, оно должно быть направлено на устранение причин, которые при острой вестибулярной дисфункции разнообразны и многочисленны. Поэтому после купирования приступа больные должны быть обследованы в условиях стационара, чтобы не пропустить грозные заболевания, которые могут лежать в основе приступа, в частности расстройства мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, нейроинфекции центральной нервной системы.

ОСТРЫЙ ТИМПАНОГЕННЫЙ ЛАБИРИНТИТ

Острое воспаление лабиринта (острый тимпаногенный лабиринтит) чаще всего развивается вследствие перехода воспалительного процесса из среднего уха во внутреннее. Пути распространения инфекции служат лабиринтные окна, фистула лабиринта и гематогенный путь.

Тимпаногенный лабиринтит может быть вызван различными микробами, которые вызвали воспаление среднего уха (стрептококк, стафилококк, протей, пневмококк и др.). Патогенез заболевания определяется степенью реактивности организма и вирулентности микроба, путем проникновения инфекции в лабиринт, характером воспаления, его стадией и формой острого среднего отита.

Острое воспаление лабиринта при остром воспалении среднего уха у детей возникает значительно чаще, чем у взрослых. Особенно часто лабиринтиты наблюдаются при остром скарлатинозном и коревом отитах.

Обычно вначале возникает серозное воспаление, прогноз которого благоприятный. Гнойное воспаление является следствием серозного воспаления, в течение которого и произошло проникновение микрофлоры в область лабиринта. Диффузный серозный лабиринтит чаще развивается как осложнение острого воспаления среднего уха в результате проникновения токсинов

во внутреннее ухо. Если возникновение диффузного серозного лабиринтита обусловлено острым средним отитом, то признаки лабиринтита появляются в первые несколько дней заболевания, иногда даже до перфорации барабанной перепонки.

Острый диффузный серозный лабиринтит, как правило, не разрушает полностью нервные элементы как слухового, так и вестибулярного аппаратов. При этой форме лабиринтита слуховая и вестибулярная функции полностью не исчезают, а с течением времени в той или иной мере восстанавливаются.

Гнойный разлитой лабиринтит развивается в результате прорыва гноя через овальное и круглое окна и отличается бурными клиническими проявлениями. Если прогноз при серозном лабиринтите благоприятен, то при гнойном воспалении он всегда сомнителен и не только в связи с выпадением функции органа равновесия и слуха, но и в связи с возможностью последующих внутричерепных осложнений.

С и м п т о м а т и к а. Субъективные признаки выражаются головокружением, тошнотой и шумом в ушах, резким понижением или исчезновением слуха.

Объективно обнаруживаются симптомы со стороны вегетативной системы: рвота, бледность кожи, поты, аритмия пульса, а также симптомы потери равновесия, отчего при попытке встать больной сразу падает, если не успевает ухватиться за какой-либо предмет.

При осмотре лица привлекает внимание самопроизвольный нистагм. Он малокалиберный, почти всегда горизонтально-ротаторный. Оба компонента ясно различимы, после выпадения функции лабиринта быстро истощается. При серозном лабиринтите сила его очень изменчива, проявляется припадками и зависит от движения головы. Повышение температуры тела наблюдается изредка, и наличие его чаще указывает на проникновение гнойного процесса в черепную полость. При этом появляются ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и др.

Головокружение обычно имеет типичные для поражения вестибулярного аппарата признаки: больному кажется, что предметы вращаются вокруг него или он сам вращается вокруг своей оси, ощущение вращения усиливается при малейшем движении головы. Больные легче переносят это головокружение, если лежат на здоровом боку с закрытыми глазами.

Перед средним медработником возникает опасность спутать это заболевание с другим, развивающимся с такими же симптомами. Поэтому следует всегда помнить, что среди многих признаков лабиринтита, обусловивших его сходство с другими заболеваниями, имеется такой, который патогномичен для лабиринтита и который не встречается при других, сходных с лабиринтитом, заболеваниях. Это лабиринтный нистагм, который легко установить, если обратить внимание на глаза больного.

Если средний медработник установит у больного нистагм лабиринтного характера при наличии гноетечения из уха или даже при отсутствии гноетечения, но при установлении острого заболевания среднего уха, то можно ставить диагноз «тимпаногенный лабиринтит».

Снижение слуха может быть выражено в разной степени, иногда наступает глухота, в частности при гнойной и некротической формах лабиринтита. Если глухоты нет, а слух через 3—4 дня или позже восстанавливается, то воспаление в лабиринте носит серозный характер. Шум в ухе чаще всего имеет высокие тоны и, как правило, усиливается при повороте головы.

Острый лабиринтит продолжается 2—3 нед, после чего наступает выздоровление либо заболевание принимает хроническое течение и ведет к потере трудоспособности.

Оказание неотложной помощи при остром тимпаногенном лабиринтите должно заключаться в применении направленных на уменьшение или полное исчезновение наиболее мучительных лабиринтных симптомов. Больному необходимо прежде всего создать абсолютный покой и постельный режим, лучше в условиях стационара. Переноска на носилках и перевозка должны осуществляться так, чтобы больной сохранял то положение, при котором болезненные признаки резко уменьшаются или по крайней мере остаются без изменения, как уже описывалось выше, лучше всего на боку, куда направлен нистагм. Переноска больного и перевозка его должны производиться плавно, без резких поворотов и резких изменений скорости транспорта.

Если же медработник застал больного в период лабиринтной атаки, то следует ожидать ее ослабле-

ния или конца и в этот период его не транспортировать. Обычно чем интенсивнее лабиринтная атака, тем она менее продолжительна.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на ослабление лабиринтных симптомов. Для купирования острого приступа головокружения внутривенно вводят 150 мл 15—20 % раствор маннита, для снижения внутривентрикулярного давления внутривенно вводят 10—20 мл 40 % раствора глюкозы. Можно также вводить внутримышечно 2 мл 2,5 % раствора пипольфена или 1 мл 2,5 % раствора аминазина.

В период острой вестибулярной декомпенсации внутримышечно вводят смесь Корнева — 1 мл 1 % раствора димедрола, 0,25 мл 5 % раствора эфедрина, 1 мл 2,5 % раствора аминазина в одном шприце.

Для лечения тимпаногенных лабиринтитов широко назначают антибиотики, сульфаниламиды, сердечные средства. Антибиотики, как правило, широкого спектра действия, исключая ототоксические, вводят внутримышечно. Появление повышенной температуры тела, резкой головной боли и менингеальных симптомов является признаком внутричерепного осложнения. При наличии внутричерепных осложнений, вызванных лабиринтитом, всегда безотлагательно производится хирургическое вмешательство для санации очага воспаления в среднем ухе.

Ситуационные задачи по принципам оказания неотложной доврачебной оториноларингологической помощи для самоконтроля

1. На фельдшерский пункт обратилась мать с маленьким ребенком, у которого появился грубый, лающий кашель, голос стал сиплым, дыхание шумное, температура тела субфебрильная. Какое заболевание можно заподозрить у ребенка? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 12.

2. Ребенок ел арбуз, внезапно закашлял, побледнел, была рвота. После этого продолжается приступообразный кашель, дыхание умеренно затруднено. Что случилось с ребенком? Какова тактика фельдшера?

Ответ — см. стр. 43.

3. Пострадавший обратился за медицинской помощью по поводу деформации наружного носа и его смещения в сторону. Деформация наступила в результате спортивной травмы, происшедшей сутки назад. Носовое дыхание резко затруднено. Кровотечение было незначительное, остановилось самостоятельно. Что произошло с пострадавшим? Какие меры нужно предпринять?

Ответ — см. стр. 28.

4. При посещении больного на дому обращают на себя внимание страдальческое выражение лица, тусклый взгляд, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях. Гноетечение из уха более года, неделю тому назад повысилась температура тела, появились сильная головная боль и боль в ухе. Какое заболевание и его осложнение можно заподозрить у больного? Какова тактика среднего медработника?

Ответ см. стр. 56.

5. Ребенок во время игры протолкнул в нос фасоль. Дыхание через один носовой ход отсутствует. Какие методы удаления инородных тел из полости носа Вы знаете?

Ответ — см. стр. 38.

6. Больной жалуется на стреляющие боли в ухе, заложенность его, понижение слуха. При отоскопии отмечается резкая гиперемия барабанной перепонки, отсутствуют все ее опознавательные пункты. О каком заболевании идет речь? Какое лечение надо назначить?

Ответ — см. стр. 78.

7. Ребенок отказывается от пищи, голос имеет гнусавый оттенок, температура тела высокая. При осмотре зева отмечается выпячивание слизистой оболочки по средней линии глотки. О чем следует подумать? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 69.

8. У человека внезапно возникло чувство сверления, боли, ощущения шевеления в ухе. При осмотре глубоко в слуховом проходе обнаружено шевелящееся насекомое. В чем состоит первая помощь? Как его удалить?

Ответ — см. стр. 36.

9. После удара тупым предметом возникло значительное носовое кровотечение из обеих половин носа. Каким способом Вы будете останавливать носовое кровотечение? Что для этого необходимо иметь?

Ответ — см. стр. 51.

10. Пострадавший случайно выпил 2—3 глотка неизвестной жидкости, почувствовал резкую боль во рту при глотании, за грудиной. При осмотре беспокоен, мечется от боли, глотание резко затруднено. На слизистой оболочке губ, языка, глотки налеты желтовато-зеленого цвета. Какова первая медицинская помощь пострадавшему?

Ответ — см. стр. 65.

11. В результате поспешной еды человек проглотил кость; отмечает боли при глотании и за грудиной, дыхание не затруднено. Что делать с больным? Куда его направить?

Ответ — см. стр. 46.

12. У ребенка в течение 2 нед был острый насморк с обильным слизисто-гнойным отделяемым. В последние дни появились отек левого века, небольшой птоз, высокая температура тела, озноб. Какое осложнение можно заподозрить? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 62.

13. При ударе в область уха больной почувствовал резкую боль, понижение слуха, заложенность, появилось незначительное кровотечение из наружного слухового прохода. Что с пострадавшим? Какова первая помощь?

Ответ — см. стр. 25.

14. По рассказу матери, ребенок держал во рту пуговицу и проглотил ее. Появились боли при глотании, обильное слюноотделение, непроходимость пищи. Что нужно делать с ребенком? Куда его направлять?

Ответ — см. стр. 46.

15. Ребенок держал в зубах булавку и неожиданно при вдохе почувствовал резкую боль в области гортани. Появились приступообразный кашель, затруднение дыхания, голос изменен, в мокроте примесь крови. Что с ребенком? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 40.

16. Ребенок засунул в ухо небольшой металлический шарик. Он виден в хрящевом отделе наружного слухового прохода. Как его удалить?

Ответ — см. стр. 35.

17. Во время купания в реке юноша внезапно оглох на одно ухо. Никакой боли не ощущает. Раньше воспалительных явлений со стороны ушей не отмечал. Какова причина данного состояния? В чем заключается оказание медицинской помощи?

Ответ — см. стр. 35.

18. После нанесенного удара появилась флюктуирующая припухлость сине-багрового цвета, расположенная на передней поверхности верхнего отдела ушной раковины. Что возникло у пострадавшего? Какова неотложная помощь?

Ответ — см. стр. 22.

19. У ребенка 3 нед тому назад заболело ухо, повысилась температура тела, через некоторое время появилось обильное гноетечение. Кожа позади ушной раковины пастозна, гиперемирована, резкая болезненность при пальпации, ушная раковина оттопырена. Какое осложнение заболевания у ребенка возникло? Каково лечение?

Ответ — см. стр. 82.

20. Больная обратилась с жалобами на боли при глотании, обильное слюноотделение, позывы на рвоту. Несколько часов тому

назад ела рыбу и подавилась. О чем следует подумать? Какова неотложная помощь?

Ответ — см. стр. 46.

21. В медицинский пункт обратилась больная с жалобами на боли в преддверии носа. Кожа крыла носа гиперемирована, в преддверии носа виден конусообразный инфильтрат. Появились высокая температура тела, головная боль. Что за заболевание у обратившейся? Каково лечение этого заболевания?

Ответ — см. стр. 67.

22. Ребенок держал во рту тыквенное семечко, внезапно закашлял, побледнел. После приступа остались боли в груди справа, появились спастический кашель с мокротой, одышка. При перкуссии отмечается справа притупление перкуторного звука, при аускультации резко ослабленное дыхание. О чем следует подумать? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 43.

23. В течение последних 3 лет больной страдает гноетечением и снижением слуха на левое ухо. Несколько дней тому назад начались ознобы, появились гектическая температура тела, болезненность по ходу внутренней яремной вены и сосцевидного отростка. Какое осложнение заболевания у больного? Что нужно делать с больным?

Ответ — см. стр. 82.

24. В результате поспешной еды человек проглотил кость. Он отмечает боли при глотании за грудиной, непроходимость пищи. Повысилась температура тела, болезненность при пальпации по переднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы. Что с больным? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 46.

25. В медицинский пункт обратился больной с жалобами на резкую боль при глотании, высокую температуру тела, общую слабость. При осмотре выявилось, что больной с трудом открывает рот, отмечается резкая инфильтрация передней небной дужки, мягкого неба и языка. Голос имеет гнусавый оттенок. Какая форма заболевания глотки у больного? В чем состоит его лечение?

Ответ — см. стр. 71.

26. Ребенок 7 лет по поводу острого гломерулонефрита в течение 2 нед получал внутримышечно канамицин. 2 дня назад внезапно наступила выраженная тугоухость. Шепотную речь не воспринимает, разговорную речь воспринимает на расстоянии 3 м. Появилось слабое головокружение. При отоскопии наружные слуховые проходы свободны, барабанные перепонки не изменены. Какое осложнение возникло у ребенка? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 85.

27. Больной жалуется на головокружение неопределенного характера, шум в ушах, резкое понижение слуха, которое наступило неделю тому назад. До этого лечился у фтизиатра по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, получал в больших количествах стрептомицин. При осмотре органы без видимых патологических изменений. Шепотную речь воспринимает ушной раковины. Поставьте диагноз.

Ответ — см. стр. 85.

28. При посещении больного на дому обращает на себя внимание, что больной находится в постели с закрытыми глазами. Среди полного благополучия появились сильное головокружение,

тошнота и рвота. Приступ сопровождался нарушением равновесия и понижением слуха на одно ухо. Больной отмечает, что все предметы вращаются вокруг него в одном направлении. Имеется выраженный горизонтально-ротаторный нистагм при взгляде в обе стороны. В межприступном периоде больной чувствует себя удовлетворительно, слух восстанавливается. При отоскопии барабанные перепонки не изменены. Какое заболевание у больного? Какова неотложная помощь?

Ответ — см. стр. 88.

29. У ребенка неделю назад заболело ухо. Гноетечения не наблюдалось. В настоящее время беспокоят головокружение, тошнота, нарушение равновесия. Имеется спонтанный горизонтальный нистагм, направленный в сторону больного уха. При отоскопии: барабанная перепонка резко гиперемизированная, утолщена. Отмечается снижение слуха. Что за осложнение возникло у ребенка? Какова тактика среднего медработника?

Ответ — см. стр. 94.

30. У больного при посещении на дому отмечают головокружение, тошнота, рвота, боли и гноетечение из левого уха. В прошлом заболевания ушей не было. При отоскопии гнойные выделения в наружном слуховом проходе, гиперемия левой барабанной перепонки. Шепотную речь левым ухом воспринимает ушной раковиной, разговорную — на расстоянии 1 м. Спонтанный нистагм вправо. Поставьте диагноз.

Ответ — см. стр. 94.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Вознесенский Н. Л., Пальчун В. Т. Болезни уха, горла и носа: учебник для учащихся медицинских училищ. — М.: Медицина, 1986.
- Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. — М.: Медицина, 1984.
- Крылов Б. С., Иванов Н. И. Руководство по оториноларингологии для среднего медицинского персонала. — Л.: Медицина, 1983.
- Шеврыгин Б. В. Руководство по детской оториноларингологии. — М.: Медицина, 1985.
- Французов Б. Л., Французова С. Б. Лекарственная терапия заболеваний уха, носа и горла. — Киев: Здоровье, 1988.
- Справочник медицинской сестры по уходу /Под ред. Н. Р. Палеева. — М.: Медицина, 1980.
- Милич М. В., Лапченко С. Н., Поздняков В. И. Учебное пособие по специальному уходу за больными. — М.: Медицина, 1978.
- Солдатов И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. — М.: Медицина, 1980.

Введение	3
Острые воспалительные и аллергические стенозы дыхательных путей	7
Этиология и классификация воспалительных стенозов гортани	7
Особенности клинической картины острых воспалительных и аллергических стенозов гортани	9
Организация неотложной помощи и лечения острых ларинготрахеальных стенозов	12
Уход за больными, подвергшимся трахеостомии	19
Травмы уха и верхних дыхательных путей	21
Травмы ушной раковины	21
Травмы наружного слухового прохода	24
Повреждения барабанной перепонки	24
Травмы носа и его придаточных пазух	27
Травмы глотки	30
Травмы гортани	32
Инородные тела ЛОР-органов	35
Инородные тела наружного слухового прохода	35
Инородные тела носа	37
Инородные тела глотки	38
Инородные тела гортани	40
Инородные тела трахеи и бронхов	41
Инородные тела пищевода	45
Носовые кровотечения	48
Причины носовых кровотечений	48
Методы остановки носовых кровотечений	51
Отогенные, риногенные внутричерепные осложнения и орбитальные осложнения синуситов	54
Отогенные внутричерепные осложнения	54
Риногенные внутричерепные и орбитальные осложнения	60
Химические ожоги и рубцовые стенозы пищевода	63
Причины, симптоматика и прогноз химических ожогов пищевода	63
Неотложная помощь при некоторых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и уха	67
Фурункул преддверия полости носа	67
Заглочочный абсцесс	69
Паратонзиллярный абсцесс	71
Перихондрит ушной раковины	74
Ограниченное и разлитое воспаление наружного слухового прохода	75
Острое воспаление среднего уха	77
Мастоидит	81

Острая нейросенсорная тугоухость	83
Этиологические факторы нейросенсорной тугоухости	83
Диагностика и клиническая картина острой нейросенсорной тугоухости	85
Тактика и методы лечения	86
Острая вестибулярная дисфункция	88
Острый тимпаногенный лабиринтит	93
Приложение 1. Схема учета оказания неотложной оториноларингологической помощи	97
Приложение 2. Ситуационные задачи по принципам оказания неотложной доврачебной оториноларингологической помощи для самоконтроля	98
Список литературы	102



Анатолий Вениаминович Павлицук

**Неотложная помощь
при заболеваниях и травмах уха,
верхних дыхательных путей
и пищевода**

Зав. редакцией **В. Л. Ларин**

Редактор **В. Л. Ларин**

Художественный редактор **Н. Д. Наумова**

Технический редактор **И. М. Жарикова**

Корректор **Т. Н. Шлёнская**

ИБ № 5808. Производственное издание

Сдано в набор 20.04.89. Подписано в печать 25.01.90. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бумага офсетная № 1. Гарнитура журнальная рубленая. Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,46. Усл. кр.-отт. 5,78. Уч.-изд. л. 5,37. Тираж 50 000. Заказ 20153. Цена 35 коп.

Ленинград, ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Ленинградское отделение.

191104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10.

ЦКФ ВМФ

(3)

35 коп.