

А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко,
В.В. Антипенко, Р.А. Блоцкий

НЕОТЛОЖНЫЕ И УГРОЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ИЛЛЮСТРИРОВАННОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	6
Список сокращений и условных обозначений	7
Введение	7
Глава 1. Заболевания носа и околоносовых пазух, травмы и инородные тела носа и околоносовых пазух	8
1.1. Заболевания носа и околоносовых пазух	8
1.1.1. Носовые кровотечения	8
1.1.2. Фурункул носа	14
1.1.3. Риногенные глазничные осложнения	16
1.1.4. Риногенные внутричерепные осложнения	20
1.1.5. Гематома перегородки носа	28
1.1.6. Абсцесс и перихондрит перегородки носа	29
1.2. Травмы и инородные тела носа и околоносовых пазух	30
1.2.1. Травмы наружного носа и околоносовых пазух	30
1.2.2. Травмы околоносовых пазух	45
1.2.3. Огнестрельные ранения околоносовых пазух	57
1.2.4. Инородные тела носа и околоносовых пазух	67
Глава 2. Заболевания глотки, травмы и инородные тела глотки	75
2.1. Заболевания глотки	75
2.1.1. Кровотечения после тонзиллэктомии	75
2.1.2. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс	77
2.1.3. Заглочный абсцесс	81
2.1.4. Парафарингеальный (латерофарингеальный) абсцесс	83
2.1.5. Тонзиллогенный медиастинит	84
2.1.6. Тонзиллогенный сепсис	84
2.1.7. Постангинозная септицемия	85
2.1.8. Интерофарингеальная (висцеральная) флегмона	85
2.1.9. Диффузная флегмона глотки (болезнь Сенатора)	87
2.1.10. Периамигдалит язычной миндалины	87
2.1.11. Флегмона околоминдаликового пространства	89
2.1.12. Флегмона дна полости рта (ангина Людвига)	90
2.2. Травмы глотки	91
2.3. Огнестрельные ранения глотки	96
2.3.1. Огнестрельные ранения носоглотки	96
2.3.2. Огнестрельные ранения ротоглотки	97
2.3.3. Огнестрельные ранения гортаноглотки	98
2.4. Ожоги глотки	99
2.5. Инородные тела глотки	102

Глава 3. Заболевания гортани, трахеи и пищевода, травмы и инородные тела гортани, трахеи и пищевода	106
3.1. Заболевания гортани, трахеи и пищевода	106
3.1.1. Стеноз гортани	106
3.1.2. Трахеотомия и трахеостомия	108
3.1.3. Коникотомия	112
3.1.4. Ларингофиссура	112
3.1.5. Острый ларинготрахеит у детей	112
3.1.6. Острый флегмонозный ларингит	117
3.1.7. Абсцесс и флегмона гортани	121
3.1.8. Воспалительный отек гортани (отечный ларингит)	122
3.1.9. Хондроперихондрит гортани	124
3.1.10. Флегмоны шеи	127
3.1.11. Медиастиниты	130
3.2. Травмы, огнестрельные ранения, инородные тела и ожоги гортани	133
3.2.1. Травмы гортани	133
3.2.2. Огнестрельные ранения гортани	145
3.2.3. Инородные тела гортани	147
3.2.4. Ожоги гортани и трахеи	151
3.3. Повреждения, огнестрельные ранения и инородные тела трахеи	153
3.3.1. Повреждения трахеи	153
3.3.2. Огнестрельные ранения трахеи	156
3.3.3. Инородные тела трахеи	157
3.4. Травмы, инородные тела и ожоги пищевода	159
3.4.1. Травмы пищевода	159
3.4.2. Ожоги пищевода	164
3.4.3. Инородные тела пищевода	170
Глава 4. Заболевания уха, травмы, ожоги, отморожения и инородные тела уха	173
4.1. Заболевания уха	173
4.1.1. Отгематома	173
4.1.2. Перихондрит ушной раковины	174
4.1.3. Фурункул наружного слухового прохода	175
4.1.4. Острый диффузный наружный отит	177
4.1.5. Острый средний отит	178
4.1.6. Острый мастоидит	186
4.1.7. Хронический рецидивирующий мастоидит	194
4.1.8. Болезнь Меньера	196
4.1.9. Лабиринтит	204
4.1.10. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис	207
4.2. Травмы уха	219
4.2.1. Травма ушной раковины	219
4.2.2. Травма наружного слухового прохода	222

4.2.3. Повреждение барабанной перепонки	224
4.2.4. Повреждение слуховых косточек	225
4.2.5. Повреждение барабанной полости и внутреннего уха	225
4.3. Ожоги уха	228
4.3.1. Термические ожоги наружного уха и наружного слухового прохода	228
4.3.2. Химические ожоги наружного уха и наружного слухового прохода	231
4.3.3. Лучевые ожоги наружного уха	231
4.3.4. Отморожение наружного уха	233
4.3.5. Электротравма наружного уха	234
4.4. Инородные тела уха	235
Заключение	238
Список литературы	238

Глава 1

Заболевания носа и околоносовых пазух, травмы и инородные тела носа и околоносовых пазух

1.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

1.1.1. Носовые кровотечения

Особенности строения и кровоснабжения слизистой оболочки полости носа обуславливают исключительную кровоточивость этой области и частоту носовых кровотечений. В структуре госпитализированных больных оториноларингологических (ЛОР) отделений пациенты с носовыми кровотечениями составляют 10%.

Причины носовых кровотечений многообразны, могут быть общими и местными и разделены на несколько групп:

- 1) кровотечения, вызванные местными нарушениями в сосудистой системе полости носа и опухолями;
- 2) кровотечения, обусловленные сочетанием местных и общих факторов;
- 3) кровотечения как проявление нарушений коагуляционных свойств крови;
- 4) кровотечения при инфекционных заболеваниях;
- 5) кровотечения, вызванные другими факторами.

Наиболее частыми причинами носовых кровотечений являются травма носа и внутриносовых структур, атрофический ринит, перфорация перегородки носа, грибковые поражения носа, процессы, вызывающие полнокровие слизистой оболочки полости носа, новообразования полости носа.

Местными причинами носового кровотечения могут быть хирургические вмешательства, доброкачественные (кровотокающий полип, ангиома, папиллома) и злокачественные (рак, саркома) новообразования полости носа и околоносовых пазух, юношеская ангиофиброма носоглотки, сифилитические и туберкулезные язвы.

Общими причинами кровотечений из носа служат заболевания сосудистой системы и крови. Очень часто они возникают при гипертонической болезни, атеросклерозе, пороках сердца, эмфиземе легких, нефросклерозе, сморщенной почке, заболеваниях печени (гепатиты и циррозы печени), селезенки, во время беременности, при гормональном дисбалансе.

Тяжелые кровотечения из носа бывают при **геморрагических диатезах**, в группу которых входят гемофилия, геморрагическая тромбоастения, болезнь Верльгофа, геморрагический васкулит, капилляротоксикоз, геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю–Ослера), заболевания органов кровотока — лейкоз, ретикулез, гемоцитобластоз и др.

При **инфекционных заболеваниях** (грипп, бруцеллез, скарлатина, корь, брюшной и сыпной тиф) носовые кровотечения могут быть весьма серьезными и возникать в момент наиболее высокого подъема температуры тела, поэтому они называются пирогенными кровотечениями.

Провоцировать носовые кровотечения могут и другие **разнообразные факторы**: гипо- и авитаминозы, особенно недостаток витамина С, викарные (взамен отсутствующих менструаций), конкометирующие (сопровожающие менструации), пониженное атмосферное давление, большое физическое напряжение, перегрев организма, профессиональные вредности.

Различают *незначительное, умеренное и сильное* (тяжелое) носовое кровотечение.

Незначительное кровотечение, как правило, бывает из зоны Киссельбаха. Кровопотеря может колебаться в объеме от нескольких капель до нескольких миллилитров в течение короткого времени. Прекращается такое кровотечение самостоятельно. Часто повторяющиеся, длительно рецидивирующие незначительные кровотечения из носа могут отрицательно влиять на организм.

Умеренное носовое кровотечение характеризуется более обильным выделением крови, достигающим нескольких десятков миллилитров, но не превышающим 200 мл у взрослого человека. При этом изменения гемодинамики обычно находятся в пределах физиологической нормы. Лечебные мероприятия в данном случае должны обеспечить быструю и полную остановку кровотечения.

При **сильном носовом кровотечении** объем потерянной за сутки крови превышает 200 мл, иногда достигая 1 л и более. Такие кровотечения представляют непосредственную угрозу жизни больного. Чаще всего сильное носовое кровотечение возникает при тяжелых травмах лица, когда повреждаются ветви основно-нёбной или глазной артерии. Посттравматические кровотечения из носа нередко характеризуются не только обильностью, но и их рецидивированием. Большая потеря крови при сильном носовом кровотечении вызывает падение артериального давления, учащение пульса, резкую общую слабость, потливость. При рецидивирующих формах кровотечения нередко возникает психическое расстройство, которое выражается в потере ориентации во времени и месте пребывания, двигательном беспокойстве, паническом состоянии, что объясняется гипоксией головного мозга.

Некоторые авторы по степени кровопотери выделяют следующие виды носовых кровотечений:

- **незначительные** (до 10% объема циркулирующей крови) — составляют от нескольких капель до нескольких десятков миллилитров; подобное кровотечение не приводит к развитию каких-либо метаболических сдвигов в организме и в большинстве случаев не дает патологических симптомов;
- **легкие** (до 10–12% объема циркулирующей крови, 500–700 мл у взрослого человека); больные жалуются на слабость, шум, звон в ушах, мелькание

мушек перед глазами, жажду, головокружение, учащенное сердцебиение; может появиться небольшая бледность кожного покрова и видимых слизистых оболочек;

- **среднетяжелые** (до 15–20% объема циркулирующей крови, 1000–1400 мл для взрослого человека); усиливается субъективная клиническая картина, появляются тахикардия, одышка и акроцианоз, снижается артериальное давление;
- **тяжелые** (свыше 20% объема циркулирующей крови);
- **массивные** (свыше 50% объема циркулирующей крови).

По локализации носовые кровотечения могут быть *передними* и *задними*.

Передние кровотечения чаще всего возникают из зоны Киссельбаха, встречаются в 90–95% случаев и происходят при повреждении капилляров перегородочной, большой нёбной, передней решетчатой и верхней губной артерий.

Задние кровотечения происходят при повреждении сосудистых стволов передних и задних решетчатых, основно-нёбной и задней перегородочной артерий.

Клиническая картина. Спонтанные носовые кровотечения в подавляющем большинстве случаев исходят из передних отделов хрящевой части перегородки носа (киссельбахово сплетение) и могут возникать совершенно неожиданно для больного, или им предшествуют некоторые продромальные явления (головная боль, шум в ушах, головокружение, зуд в носу).

При рецидивирующих формах кровотечения нередко возникает психическое расстройство, которое выражается в потере ориентации во времени и месте пребывания, двигательном беспokoйстве, паническом состоянии, что объясняется гипоксией головного мозга.

Диагностика включает сбор анамнеза заболевания, когда и после чего началось кровотечение, объем кровопотери, осмотр носа и ЛОР-органов с целью установления источника кровотечения, измерение артериального давления и подсчет пульса, выполнение клинического и биохимического анализа крови. При рецидивирующих кровотечениях исследуют коагулограмму и тромбоэластограмму.

В зависимости от состояния больного, предполагаемой причины носового кровотечения и степени его выраженности рекомендуется *последовательность в проведении мероприятий от простых к сложным*: прижатие крыла носа к перегородке на 4–5 мин; прикладывание пузыря со льдом на затылок и переносицу; введение в полость носа плотного ватного тампона, смоченного в 5% растворе аминокaproновой кислоты или в 3% растворе водорода пероксида. Можно вводить в нос борную кислоту + нитрофурал + [коллаген (Губку гемостатическую коллагеновую*)], фибринную пленку, применять тромбин, гемостатическую пасту Васильевой, формализированную гетерогенную брyшину и плаценту. Показанием к применению этого метода является незначительное кровотечение из передненижнего отдела носовой перегородки. При незначительных повторных кровотечениях из передних отделов носа можно *инфильтрировать кровоточащий участок* раствором прокаина (1% раствором Новокаина*) или *прижечь* раствором трихлоруксусной кислоты, *коагулировать кровоточащий участок* излучением высокоэнергетического лазера, воздействием радиоволнового скальпеля или коагулятором.

В тех случаях, когда перечисленные мероприятия эффекта не дают, прибегают к введению специальных приспособлений в сочетании с передней петлевой марлевой тампонадой носа и без нее. При кровотечении из задних отделов полости носа переднюю тампонаду дополняют задней тампонадой. Для этой цели в медицинском учреждении должен быть в постоянной готовности к использованию набор для передней и задней тампонады носа.

Набор для передней и задней тампонады включает:

- носовое зеркало;
- ушной пинцет;
- хирургический пинцет или зажим Микулича;
- шпатель;
- ножницы;
- марлевые турунды шириной 1,5–2 см и длиной от 70 см до 1 м;
- 3–4 носоглоточных тампона различных размеров;
- тонкий резиновый катетер;
- пращевидную повязку.

Для остановки носового кровотечения можно ввести в полость носа интубационную трубку с последующим раздуванием манжеты. Эта трубка механически придавит кровоточащий участок слизистой оболочки перегородки носа. Либо можно ввести пневматический тампон Мезрина, Лапченко, Мезинга. Введение пневматического тампона Мезинга обеспечивает герметичность и равномерное давление на все стенки полости носа (**рис. 1.1**).

При отсутствии эффекта от выполняемых мероприятий и продолжающемся носовом кровотечении из более глубоких отделов носа необходимо выполнить **переднюю тампонаду** полости носа, которую выполняют с помощью

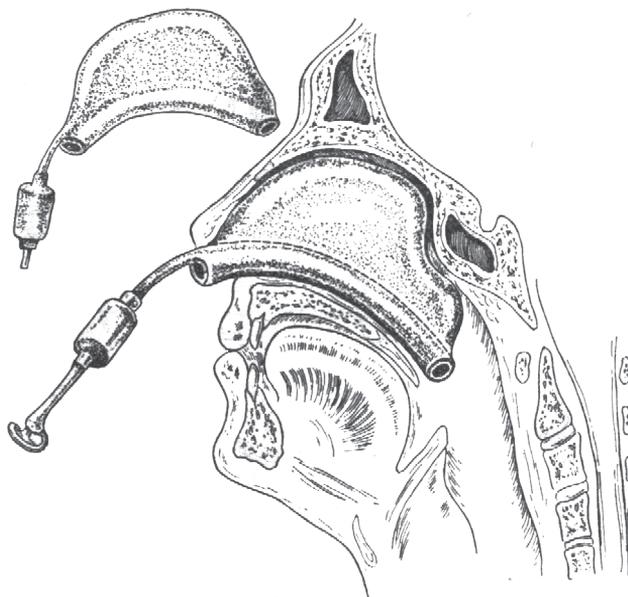


Рис. 1.1. Пневматический тампон Мезинга

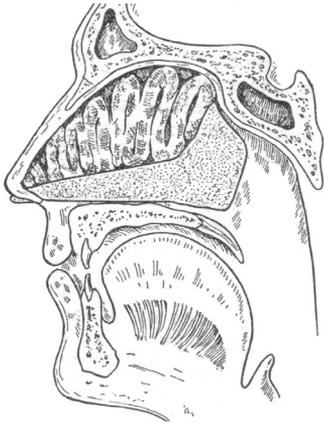


Рис. 1.2. Протез из микропористой резины и передняя тампонада полости носа по Фельдману

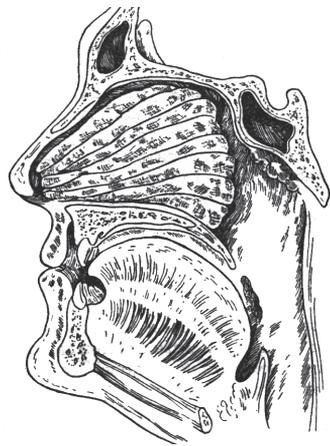


Рис. 1.3. Передняя тампонада носа по Бенингхаузу

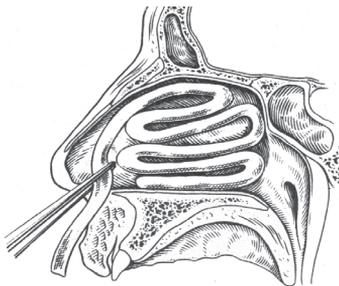


Рис. 1.4. Передняя тампонада полости носа по В.Т. Пальчуну

марлевой турунды длиной 60–100 см и более как с одной, так и с двух сторон. Предварительно марлевую турунду пропитывают гемостатическим раствором и вводят в соответствующую половину носа. С целью предотвращения проваливания тампона в полость носоглотки можно ввести сначала протез из микропористой резины L-образной формы (**рис. 1.2**).

Переднюю тампонаду полости носа по Бенингхаузу выполняют множественными полосками марли длиной до 8 см, их укладывают друг на друга, начиная от дна преддверия полости носа (**рис. 1.3**).

Можно выполнять переднюю тампонаду носа по В.Т. Пальчуну, при которой вводят марлевую турунду от преддверия носа до хоан с поочередным укладыванием петель друг над другом по всей длине полости носа (**рис. 1.4**). Носовые турунды удаляют через 1–3 сут. При необходимости тампонаду полости носа повторяют.

Однако при сильных кровотечениях или возобновлении носового кровотечения после удаления тампона рационально проведение повторной тампонады полости носа с оставлением там тампона на срок от 3 до 6–7 сут, ежедневно пропитывая его раствором аминокaproновой кислоты и антибиотика группы пенициллинов. Обязательным условием при передней тампонаде носа является назначение антибактериального лекарственного препарата широкого спектра действия для предотвращения развития острых воспалительных процессов в околоносовых пазухах (гайморовой и лобной пазухах и клетках решетчатой кости).

При неэффективности передней тампонады, которая определяется продолжающимся кровотечением и стеканием крови по задней стенке глотки, что может быть при локализации источника кровотечения из задневерхних и задних отделов полости носа, необходимо выполнить заднюю тампонаду полости носа в сочетании ее с передней тампонадой.

Для **задней тампонады** готовят марлевый тампон путем складывания марлевых салфеток таким образом, чтобы получился тампон в виде тюка размером, соответствующим длине и ширине двух концевых фаланг больших пальцев