

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия < К.М.Н., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны > на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Осинцевой Татьяны Михайловны> по теме: *<Необходимая помощь в оториноларингологии>*.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность;	<i>полож</i>
2. Наличие орфографических ошибок;	<i>полож</i>
3. Соответствие текста реферата по его теме;	<i>полож</i>
4. Владение терминологией;	<i>полож</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	<i>полож</i>
6. Логичность доказательной базы;	<i>полож</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	<i>полож</i>
8. Круг использования известных научных источников;	<i>полож</i>
9. Умение сделать общий вывод.	<i>полож</i>

Итоговая оценка: положительная/отрицательная
Комментарии рецензента:

Дата: *25.01.20*

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Неотложная помощь в оториноларингологии.

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Осинцева Т.М.

Красноярск, 2019

Содержание

Введение.....	3
1. Острые воспалительные заболевания ЛОР-органов.....	3
2. Инородные тела ЛОР-органов	11
3. Носовые кровотечения	14
4. Травмы и ожоги ЛОР-органов	14
5. Ожоги ЛОР-органов	16
Заключение.....	17
Список литературы	18

Ведение.

В практической работе оториноларинголога имеют значение следующие повреждения и заболевания ЛОР-органов, требующие оказания неотложной доврачебной помощи и срочной госпитализации:

1. повреждения носа, его придаточных пазух; глотки, гортани и трахеи;
2. инородные тела носа, глотки, гортани, трахеи, пищевода, наружного слухового прохода;
3. острые заболевания ЛОР-органов.

Из повреждений носа и его придаточных пазух на догоспитальном этапе неотложной помощи требуют ушибы носа, закрытые и открытые переломы носовых костей и перегородки, носовые кровотечения, инородные тела носа, открытые и закрытые повреждения придаточных пазух.

Причинами ушибов носа, закрытых и открытых переломов костей носа и носовой перегородки являются столкновения и падения.

При обследовании пострадавших с закрытыми повреждениями носа необходимо обращать внимание на выявление переломов носовых костей и носовой перегородки, которые проявляются деформацией носа, особенно его спинки, кровотечением из носовых ходов, резкой болезненностью при ощупывании носа и нередко крепитацией.

1. Острые воспалительные заболевания ЛОР-органов

Паратонзиллит

Клиническая картина паратонзиллита. Паратонзиллит является осложнением острых первичных тонзиллитов -- катаральной, лакунарной и фолликулярной ангины. Возникает вследствие распространения воспалительного процесса на паратонзиллярную клетчатку. Симптомы: боль в горле, интенсивность которой быстро нарастает повышение температуры тела до 39-40°C, озноб. Зачелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Определяется воспалительная инфильтрация паратонзиллярной области (инфильтрация может наблюдаться как на одной стороне, так и с обеих сторон). лор воспалительный носовой кровотечения

Неотложная помощь: местно применяют тепло и полоскание ротоглотки дезинфицирующими растворами, внутримышечно инъекции пенициллина в средней дозе 1500000-2500000 ед/сут., в зависимости от возраста и массы тела больного, а также введение пенициллина непосредственно в воспаленную паратонзиллярную ткань по 250000-500000 ед. При непереносимости больными пенициллина назначают антибиотики-макролиды: олеандомицин, эритромицин. Используют жаропонижающие и обезболивающие средства, проводят общую гипосенсибилизирующую терапию.

Паратонзиллярный абсцесс

Клиническая картина паратонзиллярного абсцесса (флегмонозной ангины). Паратонзиллярный абсцесс (флегмонозная ангина) возникает как дальнейшее развитие паратонзиллита вследствие гнойного расплавления паратонзиллярного инфильтрата. Может осложняться кровотечением, развитием медиастенита и тонзиллогенного сепсиса. Боль в горле усиливается при глотании и открывании рта. Принятие пищи затруднено. Температура тела резко повышается. Зачелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными при пальпации. Небные дужки и прилегающая часть мягкого

неба на пораженной стороне набухают, суживая просвет зева и смещая язычок в здоровую сторону (заболевание чаще всего одностороннее).

Неотложная помощь: наряду с местным применением тепла, внутримышечными инъекциями пенициллина или назначением антибиотиков необходимо хирургическое вмешательство -- вскрытие созревшего абсцесса. После вскрытия абсцесса производят дезинфицирующие полоскания ротоглотки 0,02% раствором фурацилина.

Заглочный абсцесс

Клиническая картина заглочного абсцесса. Заглочный абсцесс представляет собой гнойное расплавление лимфатических узлов и рыхлой клетчатки заглочного пространства. Особенно часто встречается у ослабленных детей в возрасте до 2-3 лет, редко у взрослых. В детском возрасте обычно возникает после инфекционных заболеваний, острых респираторных вирусных инфекций, кори, скарлатины. У взрослых заглочные абсцессы имеют специфический характер (при туберкулезном или сифилитическом спондилите шейного отдела позвоночника). Причинами возникновения заглочного абсцесса могут быть: кариес зубов, гнойные воспаления среднего уха, мастоидит, травмы задней стенки глотки. Иногда он возникает после тонзиллэктомии, аденоидэктомии.

Может осложниться гнойным медиастенитом. Заглочный абсцесс, протекает остро, как правило, но может иметь подострое, скрытое и хроническое течение. При остром течении заболевания и локализации абсцесса в среднем отделе глотки ранним и ведущим симптомом является боль при глотании, у детей младшего возраста сопровождающаяся беспокойством, плачем, нарушением сна, отказом от сосания груди. Характерна высокая температура тела -- 38-39°C. При расположении абсцесса в верхнем отделе глотки затруднено носовое дыхание на фоне повышения температуры тела, сопровождающееся у детей старшего возраста и у взрослых гнусавостью. Постоянный симптом заглочного абсцесса -- припухание, болезненность лимфатических узлов заглочной области и боковых верхнешейных, вследствие чего больной принимает вынужденное положение головы (наклон в больную сторону).

Неотложная помощь. При остром развитии заглочного абсцесса показано его вскрытие. Одновременно назначают инъекции антибиотиков внутримышечно, сульфаниламидные препараты, жаропонижающие и гипосенсибилизирующие средства.

Техника вскрытия абсцесса. Вскрытие абсцесса производят через рот. Под контролем зрения и отдавливая шпателем язык, скальпелем, лезвие которого, кроме конца, обернутого лейкопластырем, производят вкол на глубину около 0,5 см в месте наибольшего выпячивания абсцесса. После этого к разрезу подводят наконечник электроотсоса или быстро наклоняют голову больного вниз для предупреждения попадания гноя в гортань и развития асфиксии. Хронические специфические «холодные» заглочные абсцессы патогенного характера не вскрывают во избежание вторичного инфицирования, а на фоне противотуберкулезного или антисифилитического лечения производят повторные пункции с отсасыванием гноя и последующим введением специфических лекарственных растворов.

Ангины

Клиническая картина. Ангины инфекционные -- заболевания с наиболее выраженным местным воспалительным процессом в области лимфоидной ткани глотки. Чаще

поражаются небные миндалины. Заболеванию способствуют переохлаждение и другие неблагоприятные факторы, ведущие к ослаблению организма.

При катаральной ангине у больного отмечается недомогание, повышение температуры тела, познабливание, головная боль, иногда боли в суставах, сухость в горле, саднение, сменяющееся болью при глотании. Миндалины гиперемированы, слегка отечны. Подчелюстные лимфатические узлы несколько увеличены, болезненны. Продолжительность болезни 3-4 дня.

Ангина лакунарная. Общие симптомы, как и боль при глотании, более резко выражены. Высокая температуры (до 40°C) с начала заболевания. Наряду с изменениями, описанными при катаральной ангине, имеются желтовато-белые налеты, выступающие из лакун. В налетах содержатся отторгающиеся эпителиальные клетки, лейкоциты, микробы. Иногда наблюдается сплошной налет, покрывающий миндалины, не выходящий за пределы миндалин и легко снимающийся, в отличие от дифтерии. Увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов более выражены, чем при катаральной ангине. Продолжительность болезни 4-5 дней.

Ангина фолликулярная. Проявляется нагноением фолликулов, которые выступают на поверхности гиперемированных и отечных миндалин в виде желтовато-белых точек. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Клиника напоминает таковую при лакунарной ангине. Продолжительность болезни 4-5 дней.

Ангина Людовика - острое флегмонозное воспаление клетчатки дна полости рта чаще на почве инфекционного заболевания зубов. Недомогание, высокая температура (до 40°C), ухудшение аппетита, сна. Местно -- очень плотная припухлость и инфильтрация подчелюстной и подбородочной области. Выпячивание и отечность слизистой оболочки дна полости рта, ограниченное и болезненное раскрытие рта. Боль при глотании, жевании. Речь затруднена, невнятна. При развитии заболевания припухлость распространяется на шею. При несвоевременном лечении возникает сепсис, затруднение дыхания и даже асфиксия вследствие сдавления и отечности гортани, трахеи.

Ангина флегмонозная (околоминдаликовый абсцесс) -- осложнение ангины. Воспаление с последующим нагноением околоминдаликовой клетчатки вызывает инфекция, проникающая из лакун, миндалин. В преобладающем большинстве случаев заболевание одностороннее. Обычно у больного, перенесшего ангину, повышается температура (до 38-40°C), глотание становится резко болезненным, вследствие чего больной отказывается от пищи, неполностью раскрывает рот, гнусавит, объективно гиперемия и отечность мягкого неба на пораженной стороне, миндалина выпячена, смещение языка в здоровую сторону. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Голова вынужденно наклонена в пораженную сторону.

Ангина язвенно-пленчатая. Желтовато-белые некротические налеты на миндалинах, мягком небе, иногда на задней стенке глотки, слизистой оболочке неба. Налеты снимаются легко, под ними остаются поверхностные или более глубокие изъязвления. Неприятный запах изо рта. Общее состояние удовлетворительное, температура повышается до 38°C, может быть субфебрильной или нормальной. Лимфатические узлы шеи увеличены, малоболезненны. Глотание безболезненно. Заболевание длится около недели, но у ослабленных больных может иметь затяжной характер.

Неотложная помощь: постельный режим, обильное питье, полужидкая, высококалорийная пища, витамины, теплые полоскания перекисью водорода (3%-й раствор), перманганатом

калия (растворить кристаллы до розовой окраски), слабым раствором шалфея; согревающий компресс (1/3 спирта и 2/3 воды). При высокой температуре -- ацетилсалициловая кислота (0,5 г), кофеин-бензоат натрия (0,1) по 1 таблетке 2-3 раза в день.

Сульфаниламидные препараты (сульфадимезин) по 1 г каждые 4 ч, детям -- антибиотики (пенициллин по 300000 ЕД не менее 4 раз в сутки, олететрин по 0,25 г 4-5 раз в день внутрь), сульфален по 0,2 г в сутки. Сульфаниламидные препараты и антибиотики давать не менее 5-7 дней. Следить за состоянием сердца и почек. При язвенно-пленчатой ангине - смазывание язв 1%-м раствором Люголя, припудривание новарсенолом.

Острый пансинусит

Клиническая картина. Острое воспаление чаще является следствием острого насморка, гриппа. Реже наблюдается при коре, скарлатине и других инфекциях. Отмечается одностороннее закладывание носа. Слизистые и гнойные выделения, снижение или потеря обоняния. Ощущение распирающего, тяжести, в дальнейшем - боли в области щеки или лба. Боль при надавливании в области верхнечелюстной (гайморовой) или лобной пазухи. Иногда присоединяются боли в области пораженной пазухи. Температура тела, как правило, повышается.

Неотложная помощь: домашний режим (в более тяжелых случаях -- постельный). При высокой температуре - ацетилсалициловая кислота (0,5 г) с кофеином (0,1 г) по одной таблетке 2-3 раза в день. Для уменьшения отека слизистой оболочки и улучшения оттока из пазух назначают капли в нос (кокаин -- 0,2 г, эфедрин -- 0,2 г, 3%-я борная кислота -- 10 мл) по 10 капель 3-4 раза в день. Для того чтобы капли попали в средний носовой ход (куда открываются пазухи), голову больного следует запрокинуть и повернуть в больную сторону. Кроме того, применяют тепло на область щеки или лба (грелка, синий свет). При головной боли дают анальгин. Для более быстрого купирования воспаления назначают также сульфадимезин (по 1 г 3-4 раза в день) или олететрин (250000 ед. 3-4 раза в день). В более тяжелых случаях применяют в/м инъекции пенициллина (по 500000 ед. 2-3 раза в день).

Острый средний отит

Клиническая картина. Острое воспаление среднего уха чаще наблюдается у детей (особенно грудного и раннего возраста). Патогенные микроорганизмы попадают в барабанную полость при остром насморке, аденоидных разрастаниях, при гриппе, кори, скарлатине. Характерны: резкая или постепенно усиливающаяся боль, заложенность уха, шум в ухе, часто переходящий в ощущение пульсации, понижение слуха, повышение температуры (у маленьких детей до 40°C). Возможно затяжное течение и различные осложнения (мастоидит, менингит, сепсис, абсцесс мозга).

Неотложная помощь: постельный режим. Внутрь ацетилсалициловая кислота по 0,5 г 3 раза в день, сульфадимезин по 1 г 4 раза в день или олететрин по 250000 ед. 4 раза в день. В ухо назначают капли (карболовая кислота 0,5 г, глицерин 10 г) 3 раза в день по 8-10 капель в теплом виде на 10 мин. Затем капли удаляют ватным тампоном во избежание раздражения на ухо накладывают согревающий компресс.

Ларингит

Клиническая картина острого ларингита. Ларингит острый (воспаление гортани) возникает чаще при остром катаре верхних дыхательных путей, гриппе и других инфекционных заболеваниях, а также в результате перенапряжения голоса. В зависимости от степени воспаления -- изменение голоса от легкой охриплости до потери его, кашель, сухость, саднение в горле. Иногда небольшое повышение температуры, головная боль. Местно -- гиперемия всей слизистой оболочки, особенно голосовых складок, набухших, покрытых слизью.

Неотложная помощь: домашний режим, молчание, согревающий компресс на шею, паровые или ментоловые ингаляции, кофеин, отхаркивающая микстура, вдыхание аэрозолей пенициллина. Избегать слишком холодной или горячей, а также острой пищи.

Клиническая картина хронического ларингита. Ларингит хронический возникает вследствие часто рецидивирующего острого ларингита, а также у курильщиков, у лиц, страдающих алкоголизмом, у людей, работа которых связана с профессиональными вредностями (перенапряжение голоса, химические производства). Отмечается охриплость, быстрая утомляемость голоса, першение, царапание в горле, вызывающие частое откашливание. В гортани отмечается гиперемия с сероватым оттенком слизистой оболочки.

Неотложная помощь: устранение причинных факторов, таких, как перенапряжение голоса, курение, алкоголь, профессиональные вредности. Смазывание гортани 1-3%-м раствором нитрата серебра (ляписса) или люголем, щелочно-масляные ингаляции.

Острый риносинусит

Клиническая картина острого ринита. Насморк острый - проявление катара верхних дыхательных путей или инфекций (чаще гриппа). У больного возникает сухость в носу, жжение в глотке, чиханье, тяжесть в голове. В дальнейшем -- закладывание носа, обильные выделения, вначале светлые, затем слизисто-гнойные, головная боль, иногда боль в области придаточных пазух, глазниц, гнусавость, слезотечение, конъюнктивит.

Неотложная помощь: ацетилсалициловая кислота по 0,5 г 2-3 раза в день, эфедрин в виде капель (2-3%-й раствора) или мази (эфедрин 0,3 г, ментол 0,1 г, борная кислота 0,5 г, ланолин и вазелин по 6 г), нафтизин, галазолин. Носовые капли впускают несколько раз в день по 5-6 капель. Детям до 3 лет ментол назначать нельзя, им вводят 1-2 капли раствора адреналина (1:10000) или эфедрина (1-2%).

Клиническая картина хронического ринита. Насморк хронический встречается в виде простого, гипертрофического и атрофического. Развивается на почве частых острых насморков, инфекционных болезней, аденоидов, хронических синуситов, профессиональных вредностей. При простом хроническом насморке отмечаются нерезкая гиперемия и отек носовых раковин. Симптомы те же, что и при остром насморке, но менее выражены. В положении лежа носовое дыхание более затруднено. Выделения негустые, слизистые.

При гипертрофическом насморке могут быть утолщены все раковины (по нижнему краю), передний или задний ее конец. Закладывание носа более выраженное и стойкое. При атрофическом насморке жалобы на сухость в носу, заложенность его, понижение обоняния, иногда головную боль.

Неотложная помощь: при простом хроническом рините применяют вяжущие или прижигающие средства (4-5%-й раствор нитрата серебра), назначают щелочно-масляные ингаляции, УВЧ на область носа. При гипертрофическом рините производят прижигания гипертрофированных участков хромовой трихлорбруксусной кислотой. При атрофическом рините применяют растительные масла (персиковое, оливковое) в виде носовых капель, щелочно-масляные ингаляции, УВЧ на область носа, 0,5%-й раствор йод-глицерина в виде капель или смазывания полости носа.

Клиническая картина зловонного насморка (озены). Насморк зловонный (озена) -- атрофия слизистой оболочки и костного остова носовых раковин, образование корок со зловонным запахом, снижение или потеря обоняния. Болезнь начинается в молодом возрасте и сразу принимает хроническое течение.

Неотложная помощь: промывание носа щелочными растворами, смазывание носа йод-глицерином или вкладывание на 20-30 мин. ватных тампонов, смоченных этим лекарством, щелочно-масляные ингаляции в сочетании с УВЧ на область челюстных пазух. В ряде случаев эффективно в/м введение стрептомицина по 500000 ед. 2 раза в день в комбинации с пероральным приемом никотиновой кислоты в дозе 0,05 г 1 раз в день.

Клиническая картина вазомоторного (рефлекторного) и аллергического насморка. Обе формы насморка очень сходны клинически. Наблюдаются у лиц с вегетативными расстройствами и предрасположенных к аллергическим реакциям. Возникают приступы закладывания носа с обильными водянистыми выделениями, многократным чиханием, иногда слезотечением, зудом в носу.

Неотложная помощь: общее закаливание организма (утренняя гимнастика, спорт, водные процедуры, длительные прогулки) препараты мышьяка, железа, витамины группы В, аскорбиновая кислота, атропин, эфедрин, хлорид кальция, супрастин, димедрол. Местно -- устранение патологии носа и глотки (исправление перегородки, удаление полипа, аденоидов), сосудосуживающие капли (во время приступа) -- галазолин, нафтизин.

Фарингит

Клиническая картина острого фарингита. Острый фарингит обычно сопутствует острому катару носа (нисходящее воспаление). Ощущение сухости, легкой болезненности, саднение в глотке. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, кое-где покрыта слизистогнойным секретом, часто на ней выступают отдельные фолликулы в виде красных зерен.

Неотложная помощь: теплые щелочные полоскания, щелочно-масляные ингаляции, УВЧ.

Клиническая картина хронического фарингита. Хронический фарингит может быть катаральный, гипертрофический и атрофический. Возникает на почве повторных острых фарингитов, хронических ринитов, синуситов, хронического тонзиллита или вследствие общих заболеваний (застойные явления в венозной системе при заболеваниях сердца, печени, почек, болезнях обмена веществ), при профессиональных вредностях, злоупотреблении курением, алкоголем.

При простом и гипертрофическом фарингите наблюдается скопление вязкого слизистого отделяемого, вызывающего частое откашливание, отхаркивание. Слизистая оболочка гиперемирована, при гипертрофическом процессе -- набухшая, часто с резко выступающими красными зернами -- фолликулами (гранулезный фарингит) или утолщенными красными тяжами параллельно задним дужкам (боковой фарингит). При

атрофическом фарингите -- першение, сухость, слизистая оболочка сухая, как бы покрыта лаком.

Неотложная помощь: устранение основных причин. Тепловые щелочные полоскания, щелочно-масляные ингаляции. При атрофическом процессе -- смазывание глотки йод-глицерином, при гипертрофическом -- 2-5%-м раствором нитрата серебра, прижигание гранул и боковых валиков трихлоруксусной кислотой.

Хронический тонзиллит

Клиническая картина. Хронический тонзиллит (хроническое воспаление миндалин). Частое заболевание взрослых и детей. Развивается в результате повторных ангин или острых инфекций. Возникают неприятные ощущения, боли в глотке, отдающие в уши, иногда запах изо рта. Часто длительная субфебрильная температура по вечерам, слабость, головная боль, понижение трудоспособности. У большинства больных частые ангины в анамнезе. Нередки осложнения со стороны сердца, суставов, почек. При осмотре миндалин чаще увеличены, в лакунах гнойные или творожистые пробки. Иногда увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы.

Неотложная помощь. При отсутствии осложнений -- консервативное лечение (промывание антисептическими растворами, внутриротовые ультрафиолетовые облучения миндалин, УВЧ на увеличенные лимфатические узлы).

Фурункулы

Клиническая картина фурункулов наружного слухового прохода. Фурункул наружного слухового прохода -- ограниченное воспаление в хрящевой части наружного слухового прохода. При незначительных повреждениях кожи инфекция проникает в волосяные мешочки и сальные железы, откуда начинается воспаление. Отмечается резкая боль в ухе, часто отдающая в зубы, усиливающаяся при жевании, резкая болезненность при надавливании на козелок или при потягивании ушной раковины. Незначительно повышается температура. При резком сужении слухового прохода инфильтратом -- понижение слуха.

Неотложная помощь: вкладывание в слуховой проход узкого марлевого тампона, смоченного раствором боровской жидкости или спиртом, тепло (согревающий компресс, синий свет) на ухо, ультрафиолетовое облучение. При затянувшемся течении -- аутогемотерапия, олететрин или сульфаниламиды.

Клиническая картина фурункулов носа. Гиперемия, отечность и болезненность, особенно при пальпации в области кончика или крыла носа, припухлость и краснота на внутренней поверхности входа в нос. Иногда умеренное повышение температуры.

Неотложная помощь: вкладывание в нос марлевого тампона, смоченного боровской жидкостью или синтомициновой эмульсией, ультрафиолетовое облучение или УВЧ. При нарастающем воспалительном процессе с появлением отека лица -- госпитализация, пенициллинотерапия. Выдавливание фурункула строгойше запрещено во избежание тромбоза лицевых вен и внутричерепных осложнений.

Круп

Круп -- острое воспаление гортани и трахеи различной этиологии, осложняющееся затруднением дыхания. Различают истинный, дифтерийный, и ложный, вызываемой другой инфекцией, круп (корь, грипп, парагрипп, скарлатина). В развитии стенотического дыхания имеет значение отек слизистой оболочки гортани (от голосовых связок до трахеи) и рефлекторный спазм мышц. Скопление воспалительного экссудата в голосовой щели, фибриновые наложения, корки, слизь уменьшают просвет дыхательных путей вплоть до обструкции. Наиболее тяжело с быстрым прогрессированием стеноза заболевание протекает у детей 1-3 лет.

В зависимости от выраженности сужения просвета гортани различают стеноз (круп) I, II и III степени. Стеноз I степени (компенсированный): охрипший голос, в покое дыхание ровное, при возбуждении приступ стеноза нерезко выражен (незначительное втяжение яремной ямки и податливых мест грудной клетки). Стеноз II степени (субкомпенсированный): больные возбуждены, стеноз значительный, дыхание шумное, в акте дыхания участвует вся вспомогательная мускулатура, выражено западение податливых мест грудной клетки, трепетание крыльев носа; кожные покровы ярко-красного цвета, затем появляется небольшой цианоз, пульс частый, напряженный. Стеноз III степени (декомпенсированный): больные возбуждены или заторможены, резко выраженный стеноз с шумным, слышимым на расстоянии дыханием, цианоз носогубного треугольника, липкий холодный пот, тахикардия, расширение границ сердца, зрачки расширены, на лице страх, кашель «лающий», грубый, усиливается и учащается при беспокойстве.

Диагностика крупа в типичных случаях не вызывает трудностей. Однако у детей, особенно раннего возраста, его следует дифференцировать с заглоточными абсцессами и назофарингитом, при которых хотя вдох и затруднен, но голос остается звонким и нет лающего кашля. Дыхание не стенотическое, а храпящее. Кроме того, при заглоточном абсцессе у больного запрокинута голова из-за боли, глотание затруднено. Диагноз заглоточного абсцесса подтверждается обнаружением выпячивания на задней стенке глотки. Иногда астматическое состояние неправильно расценивается как круп. Однако при внимательном осмотре обнаруживается основной дифференциально-диагностический критерий при этих состояниях: стенотическое дыхание при крупе (затруднен вдох) и экспираторная одышка (затруднен выдох при бронхиальной астме).

Инородные тела в гортани могут вызвать развитие стеноза, симулируя круп. Стеноз при крупе развивается, как правило, ночью, ему предшествует респираторная инфекция, лихорадка, часто встречаются рецидивы. При инородных телах кашель приступообразный, а в промежутках стеноз клинически не проявляется. Необходимо исключить папилломатоз гортани, который может привести к стенозу. Заболевание развивается медленно, осиплость голоса нарастает постепенно (иногда годами).

Неотложная помощь: следует попытаться снять или уменьшить явление стеноза с помощью рефлекторно отвлекающих процедур. Хорошее действие оказывает общая горячая ванна продолжительностью до 5-7 мин. (температура воды до 38-39°C) или ножные ванны с горчицей. После ванны больного необходимо укутать, чтобы сохранить тепло и расширить кожные сосуды. При высокой температуре тела (выше 37,5°C) ванну не делают. Иногда эффект достигается горчичниками, их можно ставить до 3-4 раз в сутки. Рекомендуется теплое щелочное питье (молоко в сочетании с гидрокарбонатом натрия, питьевой содой или минеральной водой типа боржоми). Показаны щелочные (2 чайные ложки питьевой соды на 1 л воды) и паровые ингаляции, которые повторяют

каждые 3 часа. Смягчение кашля свидетельствует об эффективности проведенной процедуры. Назначают пипольфен внутрь или внутримышечно 0,5-1 мл 2,5%-го раствора. Можно ввести внутримышечно 1%-й раствор димедрола в возрастной дозировке. Этих мероприятий достаточно для оказания неотложной помощи при стенозе гортани I степени.

При стенозе гортани II степени также применяют отвлекающие процедуры. Кроме того, проводят дегидратационную терапию (внутривенное введение 20%-го раствора глюкозы, 10%-го глюконата кальция от 1 до 5 мл и 2,4%-й раствор эуфиллина внутривенно от 0,3 до 5 мл 2-3 раза в день), в сочетании с теплым питьем и ингаляциями. Антигистаминные препараты по показаниям вводят парентерально. Преднизолон назначают внутрь (1-2 мг/кг в сутки). При крупе II-III степени проводят длительные повторные паровые ингаляции. Ванны противопоказаны. Необходимо парентеральное введение преднизолона в дозе 1-5 мг/кг в сутки или гидрокарбоната -- 3-5 мг/кг, в зависимости от тяжести состояния. Показаны антибиотики широкого спектра действия; седативная терапия -- одна из важнейших мер: седуксен (внутримышечно и внутривенно 0,3-0,5 мг/кг, не более 10 мг на введение до 3 раз в сутки), оксибутират натрия. При признаках сердечной недостаточности -- строфантин 0,05%-й раствор или коргликон 0,06%-й раствор внутримышечно.

При дифтерийном крупе наряду с вышперечисленными мероприятиями, а также борьбой с токсикозом необходимо ввести противодифтерийную сыворотку по методу А.М. Безредки. При I степени стеноза вводят 15000-200000 АЕ, при II степени -- 2000-30000 АЕ, при III степени -- 30000-40000 АЕ. Через сутки указанную дозу вводят повторно. В дальнейшем несколько дней вводят половинную дозу.

2. Инородные тела ЛОР-органов

Инородные тела глотки

Инородные тела глотки чаще попадают вместе с пищей (рыбьи и мясные кости, осколки стекла, кусочки проволоки, куски мяса, сала). Инородными телами могут быть и случайно попавшие в рот предметы (булавки, гвозди, кнопки), зубные протезы. Реже наблюдаются живые инородные тела (пиявки, аскариды). Попадание инородных тел в глотку бывает обусловлено такими предрасполагающими моментами, как быстрая еда, внезапный смех или кашель во время еды, отсутствие зубов или наличие зубных протезов, привычка держать во рту мелкие предметы. В ротоглотке обычно застревают острые и мелкие инородные тела, внедряясь в небные миндалины, дужки, корень языка. Инородные тела крупного размера останавливаются в гортаноглотке (над входом в пищевод или в грушевидном кармане). Значительно реже инородные тела попадают в носоглотку (при травмах носа и околоносовых пазух, рвоте).

Клиническая картина. Симптомы зависят от размеров инородного тела, его формы, места внедрения. Основные симптомы: боль в горле, усиливающаяся при глотании, ощущение постороннего предмета в горле, затруднение при проглатывании пищи, саливация. Большие инородные тела, застрявшие в нижнем отделе глотки, нарушают речь, вызывают кашель и резкое затруднение дыхания, возможна асфиксия. В месте внедрения инородного тела в стенку глотки возникает воспаление, что усиливает болевые ощущения. При длительном пребывании в глотке инородного тела возможны осложнения в виде абсцессов глотки, флегмоны или сепсиса, кровотечение. Часто инородное тело, уже прошедшее в желудок, травмирует слизистую оболочку глотки, что вызывает симптомы мнимого инородного тела. Ощущение инородного тела может быть связано с

хроническими воспалительными процессами и опухолями глотки, парестезиями и чрезмерной мнительностью пациента.

Неотложная помощь: удаление инородного тела глотки производят в оториноларингологическом кабинете (отделении). При асфиксии нужно попытаться удалить инородное тело пальцем, в случае неудачи необходим трахеостомия.

Инородные тела наружного уха

Инородные тела наружного уха наиболее часто наблюдаются у детей, которые, играя с различными мелкими предметами (камешки, вишневые косточки, бусины, пуговицы, зерна подсолнуха, горох, бумажные шарики и др.), вкладывают их себе в ухо. У взрослых инородными телами могут быть спички, кусочки ваты. Встречаются также живые инородные тела (насекомые).

Симптомы зависят от величины и характера инородного тела. При острых инородных телах отмечают боль и кровотечение из уха. Инородные тела, obturiruyushchie слуховой проход, вызывают чувство давления и шум в ухе, понижение слуха, иногда головокружение. При живых инородных телах возникает резкая боль в ухе и шум.

Неотложная помощь. Инородное тело уха, как правило, не представляет опасности для больного и не требует срочного удаления. Опасны неумелые попытки удаления инородного тела. Для удаления не рекомендуется использовать пинцет круглых инородных тел, так как это может привести к смещению их в костный отдел слухового прохода и даже в барабанную полость. Пинцетом можно удалять инородные тела только удлиненной формы (спичка). При живых инородных телах рекомендуется вливание в наружный слуховой проход подогретого масла (подсолнечного или вазелинового) с целью умерщвления насекомого. Удаление инородного тела производят промыванием уха теплой водой или дезинфицирующим раствором (раствор перманганата калия слабой концентрации, 0,02%-й раствор фурацилина) из шприца Жане емкостью 100-150 мл. При отсутствии шприца применяют резиновый баллон. Струю жидкости направляют по верхне-задней стенке наружного слухового прохода, удаляя вместе с жидкостью инородное тело. Набухающие инородные тела (горох, фасоль) перед удалением обезвоживают, предварительно влив в ухо несколько капель подогретого 70%-го спирта. Во время промывания уха голова должна быть хорошо фиксирована. Промывание уха противопоказано при наличии перфорации барабанной перепонки (особенно сухой), при полной obturacii слухового прохода инородным телом, а также при инородных телах остроконечной формы (металлическая стружка). Больных с осложнениями направляют в оториноларингологическое отделение для удаления инородного тела хирургическим путем и лечения.

Инородные тела среднего уха

Инородное тело среднего уха встречается редко. Наблюдают при травмах и ранениях височной кости. При неудачных попытках удаления инородное тело может внедриться из слухового прохода в барабанную полость. Возникает боль в ухе и снижение слуха, кровотечение из уха. Общее состояние может быть тяжелым. Возможны головокружение, нистагм, периферический парез лицевого нерва.

Неотложная помощь: при кровотечении в ухо вводят стерильную турунду; больного в экстренном порядке в положении лежа направляют в оториноларингологическое отделение.

Инородные тела носа

Клиническая картина. Инородные тела носа чаще встречаются у детей, которые во время игры вводят себе в нос различные мелкие предметы (бусины, пуговицы, зерна подсолнуха, горох, ягодные косточки, монеты, кусочки бумаги). Инородные тела могут попасть в нос при боевых и производственных травмах лица (осколки снаряда, пули, кусочки стекла, камни, расплавленный металл), а также при рвоте (пищевые массы) через носоглотку, редко встречаются живые инородные тела -- (пиявки, аскариды). При длительном пребывании инородного тела в носовой полости вследствие выпадения вокруг него фосфатов и карбонатов кальция образуются ринолипиды (носовые камни).

Симптомы инородного тела носа зависят от характера инородного тела и длительности пребывания в носовой полости. Инородное тело, попавшее в носовую полость, рефлекторно вызывает чиханье и слезотечение. Позднее появляются затруднение носового дыхания и односторонний гнойный насморк. При острых инородных телах возникают боль и кровотечение. Небольшие, с гладкой поверхностью, инородные тела могут длительное время не вызывать жалоб.

Неотложная помощь: удаление небольших инородных тел может быть выполнено путем высмаркивания после предварительного закапывания в нос сосудосуживающих средств (3% раствор эфедрина или 0,1%-й раствор нафтизина). Если попытка не удалась, больного направляют в оториноларингологическое отделение.

Инородные тела гортани

Инородные тела гортани. Мясные и рыбные кости, иголки, булавки, кнопки, яичная скорлупа, зубные протезы, монеты, мелкие части игрушек обычно попадают в гортань из полости рта, реже -- из желудка при рвоте. Значительно реже встречаются такие инородные тела, как части сломанных хирургических инструментов, удаленная во время операции ткань (аденоиды, небная миндалина, полип), а также живые инородные тела (пиявки, аскариды, пчелы, осы). Механизм попадания инородного тела в гортань связан с неожиданным глубоким вдохом, во время которого предмет, находящийся в полости рта, струей воздуха увлекается в гортань. К аспирации инородных тел предрасполагают вредные привычки держать во рту мелкие предметы, разговаривать во время торопливой еды, неожиданный глубокий вдох при испуге, плаче, падении; опьянение, снижение рефлексов слизистой оболочки глотки и гортани при некоторых заболеваниях центральной нервной системы. В гортани задерживаются крупные инородные тела, которые не могут пройти через голосовую щель, или инородные тела небольшого размера с острыми неровными краями, вонзающиеся в слизистую оболочку. Инородные тела из гортани могут опуститься в трахею. Выкашливание инородного тела наблюдается редко.

Клиническая картина. Клиника зависит от размера инородного тела и его локализации. При аспирации небольших инородных тел возникает судорожный кашель, затруднение дыхания, цианоз. Затем появляются охриплость, боль в области гортани как самостоятельная, так и при разговоре. Периодически повторяются приступы кашля. При небольших инородных телах затруднения дыхания вначале не возникает. Оно появляется позднее, когда вследствие травмы слизистой оболочки и кровоизлияния развивается отек тканей, приводящий к сужению просвета гортани. Инородное тело небольшой величины иногда может длительное время находиться в подскладковом пространстве, вызывая охриплость и кашель. Осложнения инородного тела гортани: абсцесс гортани, флегмонозный ларингит, сепсис. При аспирации крупного инородного тела, полностью obturiruyushchego голосовую щель, наблюдается асфиксия с летальным исходом.

Неотложная помощь. Больных с инородным телом гортани срочно направляют в оториноларингологическое отделение. При развитии асфиксии показана срочная трахеостомия.

3. Носовые кровотечения

Истечение крови из передних носовых отверстий или носоглотки может возникать без видимой внешней причины -- так называемое спонтанное носовое кровотечение. Кроме того, оно может быть травматическим и послеоперационным. Спонтанное носовое кровотечение вызывают общие и местные причинами. Среди общих наиболее частыми являются заболевания, сопровождающиеся повышением АД (гипертоническая болезнь, почечная гипертензия), изменениями сосудистой стенки (атеросклероз, геморрагические диатезы, болезни Оследа-Рандю), болезни системы крови, почек, печени, инфекционные заболевания (чаще других -- грипп). К спонтанным носовым кровотечениям, обусловленным общими причинами, относят также викарные носовые кровотечения при дисменорее, кровотечения, возникающие при резком понижении атмосферного давления, при гипертензии. Местные причины носового кровотечения: разрыв артериальной веточки, артериолы, либо капилляров в области кровоточивой зоны перегородки носа, гемангиома полости носа, ангиофиброма основания черепа, злокачественные опухоли носа.

Клиническая картина. Симптомы: истечение алой, не пенящейся крови из передних носовых отверстий, стекание крови по задней стенке глотки. Кровь может выделяться из носа по каплям или струей. В результате заглатывания крови возникает кровавая рвота. При длительном, особенно скрытом носовом кровотечении развивается предобморочное и обморочное состояние -- бледность кожи, холодный пот, слабый и частый пульс, падение АД. Нужно дифференцировать носовое кровотечение от кровотечения из нижних дыхательных путей (трахея, бронхи, легкие), в последнем случае -- кровь пенястая, кровотечение сопровождается кашлем.

Неотложная помощь: необходимо придать возвышенное положение голове пациента; прижать крыло носа к перегородке, перед этим в преддверии носа можно ввести ватный шарик (сухой или смоченный 3%-м раствором перекиси водорода, 10%-м раствором антипирина, 0,1%-м раствором адреналина), положить на затылок и переносье холод на 30 мин. Внутрь или парентерально ввести викасол (по 0,015 г 2 раза в день внутрь или 2 мл 1%-м раствора внутривенно), аскорбиновую кислоту по 0,5 г 2 раза внутрь или 5-10 мл 5%-м раствора внутривенно; 10%-ый раствор хлорида кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день внутрь или 10 мл внутривенно; аминокaproновую кислоту по 30 мл 5%-го раствора 2 раза в день внутрь или 100 мл внутривенно капельно; адроксон по 1 мл 0,025%-го раствора до 4 раз в сутки подкожно или внутримышечно; диципон по 2-4 мл 12,5%-го раствора внутривенно или внутримышечно однократно, затем через каждые 4-6 ч еще по 2 мл или по 0,5 г внутрь; медицинский желатин в 10%-м растворе -- 10 мл внутривенно, гемоглобин по 2-3 чайных ложки 2-3 раза в день. Местно произвести прижигание кровоточащего участка нитратом серебра; в полость носа ввести фибринную клеенку, гемостатическую губку, сухой тромбин, пропитанный антибиотиками. При неэффективности передней тампонады, при значительной кровопотере необходима госпитализация.

4. Травмы и ожоги ЛОР-органов

Травмы гортани

Клиническая картина. Повреждения гортани делят на открытые (резаные, колотые, огнестрельные раны) и закрытые, среди которых выделяют наружные и внутренние. Последние обычно обусловлены попаданием в гортань инородного тела. По характеру

повреждающего фактора различают механические, термические и химические травмы. Травмы гортани всегда сопровождаются нарушением общего состояния. Может развиваться шок. Часто наблюдаются падение АД и тахикардия. Если сознание сохранено, ведущие жалобы: боль при глотании и разговоре, охриплость или афония, затруднение дыхания, кашель. Наличие эмфиземы указывает на повреждение слизистой оболочки гортани, об этом же свидетельствует и кровохарканье. При тупой травме гортани возможен перелом хрящей, характерно образование обширной гематомы.

Неотложная помощь: применение обезболивающих препаратов, остановка кровотечения или хирургическая обработка раны или наложение лигатуры на магистральные кровопотери. После первичной хирургической обработки необходимо ввести противостолбнячную сыворотку и столбнячный анатоксин. Показана противовоспалительная терапия. Госпитализация в лор-отделение.

Травмы носа

Клиническая картина. Повреждение наружного носа весьма часты. Степень повреждения мягких тканей, костного и хрящевого скелета зависит от характера травмы, направления и силы удара. Наиболее часто повреждаются носовые кости и перегородка, реже происходят переломы лобных отростков верхней челюсти и стенок околоносовых пазух. Иногда встречаются повреждения носа с обрывом его кончика или края. Травмы носа всегда сопровождаются обильным кровотечением. Жалобы на боль в области носа, кровотечение, при формировании гематомы перегородки носа -- затрудненное носовое дыхание. В случаях перелома костей носа со смещением костных обломков отмечается деформация наружного носа.

Неотложная помощь: остановка кровотечения и репозиция костных отломков с их последующей фиксацией. Госпитализация в лор-отделение.

Травмы уха

Клиническая картина. Повреждение различных отделов уха происходит при воздействии ряда факторов: механических, химических, термических и лучевых.

Повреждение ушной раковины. Основным симптомом -- появление флюктуирующей припухлости синеватого цвета в области ушной раковины. Небольшие отогематомы рассасываются самостоятельно.

Неотложная помощь: обширные отогематомы следует пунктировать, эвакуировать содержимое, наложить давящую повязку на несколько дней. При механических повреждениях наружного уха с нарушением целостности тканей требуются остановка кровотечения, хирургическая обработка раны, наложение швов, назначение противовоспалительных средств.

Повреждения барабанной перепонки могут быть результатом неосторожных манипуляций в наружном слуховом проходе острыми предметами, следствием воздействия едкой жидкости или температурного фактора. Возникают боль и шум в ухе, головокружение, снижение остроты слуха, кровотечение.

Неотложная терапия ограничивается введением стерильного тампона в наружный слуховой проход для предотвращения инфицирования среднего уха, срочной госпитализации.

5. Ожоги ЛОР-органов

Ожоги носа и ушей

Клиническая картина. При воздействии горячих жидкостей (вода, масло, смола), пламени, пара, расплавленного металла возникают термические ожоги наружных лор-органов, преимущественно кожи носа и ушей.

Для ожогов I степени характерна стойкая гиперемия обожженной кожи, сильная боль: при ожогах II степени на фоне гиперемизированной кожи различают различной величины пузыри, наполненные прозрачным содержимым; при ожогах III степени на фоне участков гиперемии, вскрытых пузырями видны участки белой («свиной») кожи с обрывками эпидермиса; ожог IV степени -- обугливание кожи.

Неотложная помощь: производят первичную обработку поврежденной поверхности: марлевыми тампонами обмывают кожу вокруг места ожога 0,5%-м теплым раствором нашатырного спирта или мыльной водой. При ожогах II степени ожоговую поверхность обрабатывают спиртом или 2-5%-м раствором перманганата калия. При ожогах II степени после первичной обработки накладывают повязки с антисептическими мазями: бальзамом Шостаковского, стрептоцидовой мазью, синтомициновой эмульсией, фурацилиновой мазью. Ожоговую поверхность можно обрабатывать аэрозольным препаратом ливианом. Иссечение пузырей целесообразно производить в условиях стационара. Больные с ожогами III и IV степени подлежат срочной госпитализации в хирургическое или ожоговое отделение.

Ожоги глотки, гортани

Различают ожоги термические и химические. Термические ожоги возникают при воздействии горячих жидкостей, паров, газов. Химические ожоги встречаются чаще. Они наблюдаются при проглатывании кислот и щелочей по ошибке или с целью самоубийства. Наиболее распространены ожоги уксусной эссенцией, нашатырным спиртом и каустической содой. Степень ожога (от катарального воспаления до некроза) зависит от характера вещества, его концентрации и количества, а также от длительности воздействия на ткани.

Клиническая картина. Симптомы: резкие боли в полости рта, глотке, за грудиной, усиливающиеся при глотании, невозможность приема даже жидкостей, повторная рвота (часто с примесью крови), обильная саливация, затруднение дыхания, повышение температуры тела. При осмотре отмечаются ожоги на губах, коже лица вокруг рта, яркая гиперемия и выраженная отечность слизистой оболочки ротовой полости и глотки. Ожоги глотки, гортани вследствие реактивных изменений наружного кольца гортани могут осложняться стенозом гортани и удушьем.

Неотложная помощь: для удаления химического вещества промывают желудок (3-4 л жидкости). При термических ожогах промывание желудка не проводится.

Заключение

Оказание неотложной помощи при заболеваниях ЛОР-органов до настоящего времени остаётся одним из наиболее важных и ответственных разделов современной практической медицины. Так, по данным ЛОР-отделения Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, число больных, поступающих по экстренным показаниям, составляет 18-20 % от их общего числа. Следует отметить, что в ряде областей страны, где нет столь развитой сети специализированных стационаров для оказания оториноларингологической помощи, как в Московской области, этот процент ещё более высок. Исходя из сказанного роль врача общей практики (семейного) приобретает всё более возрастающее значение по оказанию неотложной помощи больным и пострадавшим оториноларингологического профиля.

Главным заданием врача любой специальности является охрана здоровья и спасение жизней. Не вызывает сомнения тот факт, что неотложная помощь в любой отрасли медицины - самая важная область работы врача.

Сталкиваясь с ургентной ситуацией, врач должен оценить тяжесть состояния и риск для жизни, учитывая возраст, анатомо-физиологические особенности организма, в крайне короткий промежуток времени принять жизненно важное решение. В таких условиях очень полезными становятся навыки оказания неотложной помощи.

Список литературы

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. -- М.: Медицина, 2001.
2. Болезни носа, глотки, гортани и уха - Овчинников Ю.М., Гамов В.П., 2003
3. Оториноларингология - Пальчун В.Т., 2009
4. Неотложная помощь в оториноларингологии. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И., 1989
5. Неотложная помощь при заболеваниях и травмах уха в работе врача общей практики - Шевцов Е.А., Агафонов Б.В., Шевцова Н.Н., Руденко М.В., 2010.
6. Скорая и неотложная помощь в оториноларингологии - Трасов Д.И., Миньковский А.Х., Назарова Г.Ф., - М.: Медицина, 1977.