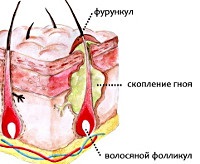
**ЛОР – болезни**

**Фурункул носа**



[Фурункул](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/furuncle) носа – одних из самых распространенных вариантов гнойно-воспалительных процессов кожи и слизистых оболочек. В общей сложности составляет до 45% от всех [пиодермий](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/pyoderma). Является причиной от 4 до 21% числа госпитализаций в отоларингологический стационар на протяжении года. Фурункулы носовой области встречаются среди всех возрастных групп, но более всего данной патологии подвержены лица в возрасте 15-45 лет. У мужчин заболевание диагностируется в 1,5-1,7 раз чаще, чем у женщин. В зависимости от клинического течения утрата трудоспособности происходит на срок от 1 до 3 недель. Частота развития осложнений определяется наличием сопутствующих нарушений и колеблется в пределах 0,5-25%.

**Причины фурункула носа**

Ведущее значение в развитии заболевания имеет локальное снижение резистентности слизистых оболочек и кожных покровов. В роли возбудителя обычно выступают патогенные стафилококки и стрептококки – St. aureus, St. epidermidis, St. saprophyticus, b-гемолитический стрептококк группы А. Выделяют заболевания и состояния, повышающие риск развития фурункула:

·         **Травматические повреждения.**Ссадины, порезы, царапины и другие нарушения целостности тканей создают входные ворота для инфекции. Сюда же относятся перенесенные хирургические вмешательства – ринопластика, установка различных имплантатов.

·         **Сопутствующие гнойные патологии.**Наличие гнойничковых заболеваний кожных покровов (пиодермии) или вестибулярной части носовой полости ([фолликулит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/folliculitis), [сикоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/sycosis)). Распространение инфекции также может происходить из других хронических очагов – [кариозных зубов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/dental_caries), воспаленных небных миндалин и околоносовых пазух.

·         **Снижение иммунитета.**Способствовать возникновению фурункула носа может общее [переохлаждение](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/hypothermia), хроническое переутомление, авитаминоз, наличие [сахарного диабета](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/diabetes_saharniy), [ВИЧ-инфекции](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/HIV) и онкологических заболеваний, недавно пройденные курсы [химиотерапии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/chemotherapy/), длительный прием системных кортикостероидов.

·         **Нарушение санитарно-гигиенических норм.**Включает слишком редкое проведение гигиенических процедур в быту, приводящее к засаленности кожи и персистенции патогенных микроорганизмов. В условиях производства развитию патологии способствует вдыхание запыленного воздуха, постоянный контакт с горюче-смазочными материалами.

**Патогенез**

Механизм образования фурункула носа определяется патогенностью и вирулентностью возбудителя в сочетании наличием способствующих факторов. Внешние повреждения носовых ходов или кожи наружного носа становятся местом проникновения инфекционных агентов внутрь тканей. При эндогенных нарушениях снижаются бактерицидные свойства пота и кожного сала, ухудшается местная и общая резистентность организма. По отдельности или в совокупности эти изменения приводят к образованию пустулы в устье волосяного фолликула, содержащей большое количество нейтрофилов, нитей фибрина и патогенной микрофлоры.

Дальнейшее развитие фурункула обусловлено распространением инфекционного агента по корню волоса вглубь фолликула. Этот процесс сопровождается местным воспалением, образованием инфильтрата и некрозом – происходит формирование некротического стержня. Окружающие ткани подвергаются расплавлению и трансформируются в гнойные массы. Имеющийся экссудат начинает скапливаться под слоем эпидермиса, окружающего устье фолликула, после чего прорывается наружу вместе с погибшим волосом и некротическим стержнем. Сформировавшийся дефект постепенно заполняется грануляционной тканью, на месте которой формируется соединительнотканный [рубец](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/scar).

**Симптомы фурункула носа**

Типичная локализация патологического процесса ­– крылья и кончик наружного носа, вестибулярная часть носовой полости, передняя треть носовой перегородки. Развитие заболевания происходит в две последовательные стадии – инфильтрации и абсцедирования. Первый этап характеризуется постепенным (в течение 24-48 часов) формированием [остиофолликулита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/ostiofolliculitis) – воспалительных изменений в верхних отделах фолликула. Клинически сопровождается образованием небольшого конусовидного уплотнения, местной болезненностью, чувством распирания, отечностью, покраснением. В центре пустулы определяется темная точка ­– участок некротизированных тканей. Болевой синдром усиливается при жевании, разговоре, улыбке, прикосновениях. Параллельно возникает интоксикационный синдром – ноющая головная боль, общая слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39,0° C.

Стадия абсцедирования наступает на 3-7 сутки от начала заболевания. Ее основные признаки – размягчение в центральной части образования и общее уменьшение плотности тканей в области поражения. На верхушке формируется своеобразная желто-белая покрышка – стержень фурункула. Последний быстро прорывается, из сформировавшегося дефекта выделяется небольшое количество экссудата. Одновременно исчезают болевые ощущения, нормализуется температура тела. Полость фурункула опорожняется, заполняется грануляционными тканями и заживает, оставляя после себя белесоватый, несколько втянутый по сравнению с окружающими тканями рубец.

**Осложнения**

Развитие осложнений обусловлено контактным и гематогенным распространением инфекции, тромбозом венул в образовавшемся инфильтрате вокруг волосяной сумки. Сформировавшийся тромб, бактерии и их токсины могут распространяться по венозным путям через глазничную, угловую, переднюю лицевую вену в орбиту и венозные пазухи. Это становится причиной [флегмоны орбиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/orbital-cellulitis), [тромбофлебита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_phlebology/thrombophlebitis) пещеристого синуса и других интракраниальных осложнений – [менингита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/meningitis), [энцефалита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis), [абсцесса головного мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cephalopyosis). Реже наблюдается генерализации инфекции – [сепсис](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/sepsis). Из местных осложнений чаще всего встречаются [гаймориты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/genyantritis), [фронтиты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/frontitis) и [абсцессы носовой перегородки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/nasal-septal-abscess).

**Диагностика**

Диагностика заболевания не представляет трудностей. Для постановки диагноза [отоларингологу](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-otorhinolaryngology/otolaryngologist) зачастую достаточно осмотра участка поражения и анамнестических сведений. Полная схема обследования больного включает следующие методики:

·         **Опрос.**При сборе анамнеза врачом устанавливаются возможные причины заболевания, наличие сопутствующих патологий, факторов, нарушающих местные и общие иммунные механизмы защиты организма. Особое внимание придается последовательности развития симптомов.

·         **Физикальный осмотр.**В зависимости от локализации фурункула проводится осмотр наружного носа или передняя [риноскопия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/rhinoscopy). При использовании этих методик визуально отмечаются характерные для определенной стадии отечно-инфильтративные изменения. При пальпации и напряжении мимической мускулатуры наблюдается усиление болевых ощущений.

·         **Лабораторные тесты.**Общий анализ крови отображает наличие воспалительного процесса в организме – повышение уровня нейтрофильных лейкоцитов, увеличение СОЭ. Также берется мазок из верхушки пустулы с последующим определением патогенной микрофлоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам.

·         [**Рентгенография лицевого скелета**](https://www.krasotaimedicina.ru/diagnostics/head-X-ray/facial-skeleton)**.**Показана при невозможности точно установить этиологию заболевания, при подозрении на распространение инфекции в придаточные пазухи носа или развитие других осложнений. При низкой диагностической ценности рентгенограммы, формировании менингеальных или очаговых симптомов необходимо проведение [КТ лицевого скелета](https://www.krasotaimedicina.ru/diagnostics/head-ct/facial-skeleton) и [МРТ головного мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain).

**Лечение фурункула носа**

Лечение проводится в условиях отоларингологического стационара. При своевременном обращении больного терапевтическая программа состоит из консервативных мероприятий. Оперативное вмешательство осуществляется при формировании на месте пораженного фолликула абсцесса с риском возникновения других осложнений.

·         **Антибактериальная терапия.**Вначале используются антибиотики широкого спектра действия, преимущественно аминопенициллины, макролиды, цефалоспорины и фторхинолоны. После получения результатов микробиологического исследования назначаются препараты, к которым высеянная микрофлора проявила наибольшую чувствительность.

·         **Хирургическое лечение.**Заключается во [вскрытии фурункула носа](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/nasal-cavity/furuncle) под инфильтрационной анестезией, реже – под наркозом. После эвакуации экссудата и обработки антисептиками устанавливается дренаж, накладывается повязка или проводится [тампонада](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/nasal-bleeding/tamponade) преддверия носовой полости.

·         **Симптоматическая терапия.**Предусматривают обработку пораженного участка антисептическими растворами, применение антигистаминных и жаропонижающих средств, анальгетиков, витаминных комплексов. Для купирования болевого синдрома и уменьшения выраженности воспаления используется [УВЧ](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electropathy/UHF), лампа соллюкс.

**Прогноз и профилактика**

Прогноз при ранней диагностике и своевременно начатом лечении благоприятный. При развитии внутричерепных осложнений, наличии тяжелых, декомпенсированных сопутствующих патологий исход заболевания напрямую зависит от общего состояния больного и эффективности проводимых терапевтических мероприятий. К общим профилактическим мерам относится предотвращение травм носовой области, соблюдение санитарно-гигиенических норм на производстве и в быту, ранняя диагностика и лечение сопутствующих гнойных заболеваний, санация имеющихся очагов инфекции, коррекция [иммунодефицита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/immune/secondary-immunodeficiency) и эндокринных патологий.

**Ангина**



Ангина – группа острых инфекционных заболеваний, которые сопровождаются воспалением одной или нескольких миндалин глоточного кольца. Как правило, поражаются нёбные миндалины. Реже воспаление развивается в носоглоточной, гортанной или язычной миндалинах. Возбудители болезни проникают в ткань миндалин извне (экзогенное инфицирование) или изнутри (эндогенное инфицирование). От человека человеку ангина передается воздушно-капельным или алиментарным (пищевым) путем. При эндогенном инфицировании микробы попадают в миндалины из [кариозных зубов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/dental_caries), придаточных пазух (при [синуситах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/sinusitis)) или носовой полости. При ослаблении иммунитета ангина может вызываться бактериями и вирусами, которые постоянно присутствуют на слизистой рта и глотки.

**Классификация ангин**

В [отоларингологии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/otorhinolaryngology/) выделяют три типа ангины:

·         Первичная ангина (другие названия – банальная, простая или обычная ангина). Острое воспалительное заболевание бактериальной природы. Характерны признаки общей инфекции и симптомы поражения лимфоидной ткани глоточного кольца.

·         Вторичная ангина (симптоматическая ангина). Является одним из проявлений другого заболевания. Поражением миндалин могут сопровождаться некоторые острые инфекционные болезни ([инфекционный мононуклеоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/monocytic-angina), [дифтерия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/diphtheria), [скарлатина](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/scarlatina)), заболевания системы крови ([лейкоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/leukemia), [алиментарно-токсическая алейкия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/alimentary-toxic-aleukia), [агранулоцитоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/agranulocytosis)).

·         Специфическая ангина. Заболевание вызывается специфическим инфекционным агентом ([грибки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/fungus_infection), [спирохета](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_venereology/syphilis) и т. д.).

**Первичная ангина**

**Причины**

Около 85% всех первичных ангин вызвано ß-гемолитическим [стрептококком](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/streptococcal) группы А. В остальных случаях в качестве возбудителя выступает пневмококк, золотистый стафилококк или смешанная флора. Первичная ангина по распространенности находится на втором месте после [ОРВИ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections). Чаще развивается весной и осенью. Поражает преимущественно детей и взрослых в возрасте до 35 лет. Обычно передается воздушно-капельным путем. Иногда развивается в результате эндогенного инфицирования. Вероятность возникновения ангины увеличивается при общем и местном переохлаждении, снижении иммунитета, гиповитаминозах, нарушениях носового дыхания, повышенной сухости воздуха, после перенесенного ОРВИ.

Общие симптомы ангины обусловлены проникновением в кровь продуктов жизнедеятельности микробов. Микробные токсины могут стать причиной токсического поражения сердечно-сосудистой и нервной системы, спровоцировать развитие [гломерулонефрита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/glomerulonephritis) и [ревматизма](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/rheumatic-fever). Риск возникновения осложнений увеличивается при частых рецидивах стрептококковой ангины.

**Классификация**

В зависимости от глубины и характера поражения лимфоидной ткани глоточного кольца выделяют катаральную, лакунарную, фолликулярную и некротическую первичную ангину, в зависимости от степени тяжести – легкую, средней степени тяжести и тяжелую форму ангины.

**Симптомы**

Продолжительность инкубационного периода колеблется от 12 часов до 3 суток. Характерно острое начало с гипертермией, ознобами, болями при глотании, увеличением регионарных лимфатических узлов.

При [катаральной ангине](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/catarrhal-angina) наблюдается субфебрилитет, умеренная общая интоксикация, неярко выраженные признаки воспаления по анализам крови. При фарингоскопии выявляется разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки, твердого и мягкого нёба. Катаральная ангина продолжается в течение 1-2 суток. Исходом может быть выздоровление или переход в другую форму ангины (фолликулярную или катаральную).

Для фолликулярной и [лакунарной ангины](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/lacunar-angina) характерна более выраженная интоксикация. Пациенты предъявляют жалобы на головную боль, общую слабость, [боли в суставах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/arthralgia), мышцах и области сердца. Отмечается гипертермия до 39-40С. В общем анализе крови определяется лейкоцитоз со сдвигом влево. СОЭ увеличивается до 40-50 мм/ч.

При фарингоскопическом осмотре пациента с лакунарной ангиной выявляется выраженная гиперемия, расширение лакун, отек и инфильтрация миндалин. Гнойный налет распространяется за пределы лакун и образует рыхлый налет на поверхности миндалины. Налет имеет вид пленки или отдельных мелких очагов, не распространяется за пределы миндалины, легко удаляется. При удалении налета ткань миндалины не кровоточит.

При [фолликулярной ангине](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/follicular-angina) на фарингоскопии выявляется гипертрофия и выраженный отек миндалин, так называемая картина «звездного неба» (множественные бело-желтые нагноившиеся фолликулы). При самопроизвольном вскрытии фолликул образуется гнойный налет, который не распространяется за пределы миндалины.

Для некротической ангины характерна выраженная интоксикация. Наблюдается стойкая лихорадка, спутанность сознания, повторная рвота. По анализам крови выявляется выраженный лейкоцитоз с резким сдвигом влево, нейтрофилез, значительное увеличение СОЭ. При фарингоскопии виден плотный серый или зеленовато-желтый налет с неровной, тусклой, изрытой поверхностью. При удалении налета ткань миндалины кровоточит. После отторжения участков некроза остаются дефекты ткани неправильной формы диаметром 1-2 см. Возможно распространение некроза за пределы миндалины на заднюю стенку глотки, язычок и дужки.

**Осложнения**

Ранние осложнения ангины ([отит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/otitis), [лимфаденит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_phlebology/lymphadenitis) регионарных лимфатических узлов, синуситы, [паратонзиллярный абсцесс](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/peritonsillar-abscess), [перитонзиллит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic_tonsillitis)) возникают во время болезни при распространении воспаления на близко расположенные органы и ткани.

Поздние осложнения ангины инфекционно-аллергического генеза (гломерулонефрит, [ревмокардит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/rheumocarditis), [суставной ревматизм](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/rheumatoid-arthritis)) развиваются через 3-4 недели после начала заболевания.

**Диагностика**

Диагноз основывается на симптомах заболевания и данных [фарингоскопии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/pharyngoscopy). Для подтверждения природы инфекционного агента выполняется бактериологическое исследование слизи с миндалин и серологическое исследование крови.

**Лечение**

Лечение, как правило, амбулаторное. При тяжелой форме ангины показана госпитализация. Пациентам назначают щадящую диету, обильное питье, антибактериальные препараты (цефалоспорины, макролиды, сульфаниламиды). Курс лечения составляет 5-7 дней. Местно применяют амбазон, фузафунгин, грамицидин, полоскания отварами трав и растворами антисептиков, орошение миндалин хлоргексидином, норсульфазолом, стрептоцидом.

**Специфические ангины**

**Кандидозная (грибковая) ангина.**

Вызывается дрожжеподобными грибами рода [Candida](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_venereology/candidiasis) albicans. В последние годы наблюдается рост числа случаев кандидозной ангины, обусловленный широким применением глюкокортикоидов и антибиотиков. Грибковая ангина, как правило, развивается на фоне другого заболевания после длительных курсов антибиотикотерапии.

Общая симптоматика не выражена или выражена слабо. При фарингоскопическом исследовании выявляются точечные белые или желтоватые наложения на миндалинах, иногда распространяющиеся на слизистую оболочку щек и языка. Налет легко снимается.

Диагноз подтверждается результатами микологического исследования. Лечение заключается в отмене антибиотиков, назначении антигрибковых препаратов, общеукрепляющей терапии, промывании миндалин растворами нистатина и леворина.

**Ангина Симановского-Плаута-Венсана (язвенно-пленчатая ангина).**

Развивается при хронических интоксикациях, истощении, [гиповитаминозах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hypovitaminosis), иммунодефицитах. Вызывается представителями сапрофитной флоры полости рта – находящимися в симбиозе спирохетой Венсана и палочкой Плаута-Венсана.

Общая симптоматика не выражена или выражена слабо. Обычно поражается одна миндалина. На ее поверхности образуются поверхностные язвы, покрытые серо-зеленым налетом с гнилостным запахом. При удалении налета миндалина кровоточит. После отторжения некротизированного участка образуется глубокая язва, которая в последующем заживает без образования дефекта.

Диагноз [язвенно-пленчатой ангины](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/Plaut-Vincent) подтверждается результатами бактериологического исследования. Проводится общеукрепляющая терапия. Пораженные участки смазывают раствором борной кислоты или метиленового синего, назначают полоскания слабым раствором перманганата калия и перекиси водорода. При глубоких некрозах и длительном течении показана антибиотикотерапия.

**Фарингит**



**Фарингит**- острый или хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке задней стенки глотки, чаще вирусной или бактериальной природы. Часто сочетается с [тонзиллитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic_tonsillitis). Проявляется першением, ощущением «комка» и болью в горле, усиливающейся при глотании, сухим кашлем, повышением температуры. В большинстве случаев возможно полное излечение, возможен переход острого процесса в хронический. Реже могут возникнуть грозные осложнения: ревматическое поражение сердца и суставов.

**Причины и факторы риска развития фарингита**

Чаще всего причиной развития фарингита являются бактерии или [вирусы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections). Вирусный фарингит составляет около 70% всех воспалительных процессов в слизистой оболочке глотки. В роли возбудителей может выступать аденовирус, вирус парагриппа, [риновирус](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/rhinovirus), короновирусы или [цитомегаловирус](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/cytomegalovirus). Бактериальный фарингит обычно вызывается [стрептококками](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/streptococcal). В некоторых случаях возможно развитие [грибкового фарингита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/pharyngomycosis) (обычно – у больных с нарушенным иммунитетом или после длительного лечения антибиотиками).

Реже причиной развития фарингита является аллергия, травма (при хирургическом вмешательстве или попадании [инородного тела](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/pharyngeal-foreign-body)) или воздействие раздражающих факторов (облучение, щелочи, кислоты, пар или горячая жидкость). Риск развития фарингита увеличивается при переохлаждении, нарушении иммунного статуса, тяжелых хронических заболеваниях, повышенном содержании в воздухе пыли и раздражающих химических веществ, курении и злоупотреблении алкоголем.

Возникновение хронического фарингита может быть спровоцировано попаданием в глотку желудочного содержимого при [грыже пищеводного отверстия диафрагмы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hiatal-hernia) и [гастроэзофагеальном рефлюксе](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/gastroesophageal-reflux). Причиной развития хронического фарингита могут стать хронические воспалительные процессы в полости носа ([ринит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/rhinitis)) и параназальных пазухах ([синусит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/sinusitis)). Заболевание в этом случае вызывается не только постоянным дыханием через рот, но и действием сосудосуживающих капель, стекающих из носовой полости в глотку.

**Классификация фарингита**

Фарингит может быть острым или хроническим. Острый фарингит обычно протекает диффузно и охватывает все отделы глотки. Хронический фарингит, как правило, имеет более четкую локализацию и поражает верхний, средний или нижний отдел глотки. Однако, выделение отдельных видов хронического фарингита в зависимости от локализации всегда производится с долей условности.

В зависимости от характера патологического процесса выделяют гипертрофическую, атрофическую и катаральную формы хронического фарингита.

**Симптомы фарингита**

**Симптомы острого фарингита**

Острый фарингит редко протекает изолированно. Как правило, развивается при инфекционных заболеваниях верхних дыхательных путей. Изолированный острый фарингит может наблюдаться при воздействии раздражителей непосредственно на слизистую оболочку глотки (дыхание на холоде через рот, холодная и горячая пища, употребление алкоголя, курение).

Пациент предъявляет жалобы на чувство першения и саднения в глотке, незначительную боль при глотании. Как правило, «пустой глоток» (проглатывание слюны) сопровождается большей болезненностью по сравнению с проглатыванием пищи. При распространении процесса на тубофарингеальные валики возможна иррадиация болей в уши. Обычно общее состояние не страдает или страдает незначительно. Температура тела может повышаться до субфебрильной.

На [фарингоскопии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/pharyngoscopy) выявляется гиперемия слизистой оболочки глотки, распространяющаяся на небные миндалины. Язычок отечен, на глотке местами обнаруживается слизисто-гнойный налет. У некоторых больных выявляется увеличение и болезненность верхних шейных лимфоузлов.

У детей в возрасте до 2 лет часто отмечается тяжелое течение острого фарингита. Воспалительный процесс распространяется на полость носа и носоглотку. Носовое дыхание нарушается. Возможно повышение температуры до фебрильной.

**Симптомы хронического фарингита**

Пациентов, страдающих хроническим атрофическим фарингитом, беспокоит сухость, чувство царапанья или першения в горле. Возможен сухой кашель. На фарингоскопии видна сухая, бледная, истонченная, блестящая (лаковая) слизистая оболочка глотки, местами покрытая слизью и корками.

При катаральном и гипертрофическом хроническом фарингите больные жалуются на чувство саднения, першения или инородного тела в горле, нерезкую боль при глотании. В глотке пациента постоянно скапливается густое слизистое отделяемое, поэтому больной постоянно откашливается. Кашель усиливается по утрам, в отдельных случаях сопровождается тошнотой и рвотой.

На фарингоскопии при катаральном фарингите выявляется разлитая гиперемия и утолщение слизистой оболочки глотки, язычка и мягкого неба. Глотка местами покрыта вязким слизистым или слизисто-гнойным отделяемым. Отдельные группы фолликулов увеличены. Для гипертрофического фарингита характерны более выраженные изменения. При гранулезном гипертрофическом фарингите наблюдается разрастание лимфоидной ткани в области задней стенки глотки, при боковом гипертрофическом фарингите – гиперплазия лимфоидной ткани за задними небными дужками.

**Осложнения фарингита**

При остром (обычно стрептококковом) фарингите может развиться [паратонзиллярный абсцесс](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/peritonsillar-abscess). В некоторых случаях воспаление распространяется на близлежащие органы, вызывая [ларингит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/laryngitis) и [трахеит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/tracheitis).

Острый фарингит, при котором в качестве инфекционного агента выступает вызванный b-гемолитический стрептококк группы А, может сыграть роль пускового заболевания при остром суставном ревматизме.

**Диагностика фарингита**

Диагноз фарингита выставляется [отоларингологом](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-otorhinolaryngology/otolaryngologist) на основании характерных симптомов и данных фарингоскопии. Для определения природы возбудителя при необходимости проводится вирусологическое или бактериологическое исследование мазка из глотки.

**Лечение фарингита**

Необходимо исключить факторы, вызывающие и поддерживающие воспаление в глотке. Пациенту рекомендуют воздержаться от курения, приема алкоголя и раздражающей пищи (соленой, острой, кислой, холодной или горячей). При установленной бактериальной природе фарингита в некоторых случаях проводится антибиотикотерапия.

Местное лечение заключается в полоскании теплыми растворами антисептиков через каждые полчаса-час. Показаны [ингаляции](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/inhalation/) с масляными препаратами и щелочными растворами, применение аэрозольных противовоспалительных препаратов.

При хроническом гипертрофическом фарингите выполняется [прижигание гранул](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/nasopharynx/cauterization) трихлоруксусной кислотой или раствором нитрата серебра. При выраженной гипертрофии применяется криотерапия, [лазерное воздействие](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pharyngitis/laser) на гранулы глотки и [радиоволновое туширование](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pharyngitis/surgitron) ее задней стенки.

**Ларингит**

**Ларингит**– острый или хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке гортани и голосовых связках, чаще вирусной природы. Проявляется ощущением сухости, царапанья в горле, осиплостью или отсутствием голоса, «лающим» кашлем. У детей младшего возраста представляет опасность развитие ложного крупа - [отека гортани](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/laryngeal-edema), перекрывающего поступление воздуха. В основном прогноз благоприятный, возможен переход острой формы заболевания в хроническую.

**Острый ларингит**

Острый ларингит редко развивается, как самостоятельное заболевание. Обычно является одним из проявлений [ОРВИ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections), [кори](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/measles), [гриппа](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/flu), [коклюша](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/pertussis), [скарлатины](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/scarlatina) и ряда других заболеваний. Носит сезонный характер.

Риск развития острого ларингита увеличивается при общем или местном [переохлаждении](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/hypothermia), вдыхании запыленного воздуха и раздражающих веществ, перенапряжении голосовых связок, курении, [желудочно-пищеводном рефлюксе](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/gastroesophageal-reflux), злоупотреблении спиртными напитками. В качестве факторов риска могут выступать возрастные изменения гортани (деформация голосовых связок, недостаточное увлажнение слизистой, атрофия мышц).

**Классификация**

В зависимости от характера и глубины поражения выделяют две формы острого ларингита:

·         Острый катаральный ларингит. В процесс вовлекается слизистая оболочка, подслизистый слой и внутренние мышцы гортани.

·         Острый флегмонозный ларингит. Гнойное поражение поверхностных слоев, мышц и связок гортани. Иногда поражаются хрящи и надкостница.

**Симптомы**

Заболевание начинается остро на фоне полного здоровья или небольшого недомогания. Пациенты предъявляют жалобы на сухость, жжение, щекотание, царапанье в гортани. Иногда возникает ощущение [инородного тела](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/laryngeal-foreign-body), появляется судорожный сухой кашель или болезненность при глотании. Голос «садится», становится грубым и сиплым.

Возможно развитие афонии, при которой пациент может говорить только шепотом. Температура тела нормальная или субфебрильная. Через некоторое время кашель становится влажным, при кашле отделяется большое количество слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Продолжительность острого ларингита – 7-10 дней. В большинстве случаев наступает выздоровление. Возможен переход в подострый или хронический ларингит.

**Осложнения**

При распространении воспалительного процесса на подсвязочное пространство развивается [острый стеноз гортани](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/acute-laryngeal-stenosis). У маленьких детей острый ларингит иногда сопровождается выраженным отеком слизистой оболочки гортани ([ложный круп](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/pseudocroup)). Доступ воздуха затрудняется, ребенок задыхается, беспокоится, плачет. При тяжелом течении вследствие гипоксии может нарушаться работа мозга. Возможна потеря сознания и даже [кома](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/coma). Симптомы ложного крупа являются показанием для срочной госпитализации.

**Диагностика**

Диагноз острого ларингита устанавливается [отоларингологом](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-otorhinolaryngology/otolaryngologist) на основании характерной клинической картины и результатов ларингоскопического исследования. При проведении [ларингоскопии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/laryngoscopy) выявляется отек и разлитая гиперемия слизистой оболочки гортани, утолщение и гиперемия голосовых складок. На поверхности голосовых связок – кусочки мокроты. При гриппе иногда появляются кровоизлияния в слизистую оболочку.

В общем анализе крови определяется лейкоцитоз. При подозрении на бактериальную природу инфекционного агента проводится бактериологическое исследование отделяемого и смывов из ротоглотки.

**Лечение**

Лечение острого ларингита проводится амбулаторно. При остром ларингите, возникшем на фоне ОРВИ, пациенту показан постельный режим. В других случаях освобождение от работы выдается только лицам, характер работы которых предполагает постоянные выступления (дикторы, артисты, педагоги, лекторы и т.д.).

Пациентам с острым ларингитом рекомендуют по возможности не разговаривать. При разговоре следует говорить как можно тише, но не шепотом, произнося слова на выдохе. Из рациона исключают острую, холодную и горячую пищу. Запрещают курить или принимать спиртное. При густой вязкой мокроте назначают отхаркивающие средства (экстракт тимьяна жидкого, калия бромид, экстракт корня алтея) и препараты, разжижающие мокроту (амброкслол, бромгексин, ацетилцистеин). Рекомендуют пить теплую щелочную воду. Для уменьшения воспаления применяют паровые [ингаляции](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/inhalation/) и согревающие полуспиртовые компрессы на область шеи. Местно используют аэрозольные антибиотики. Выполняют отвлекающие процедуры (горчичники, умеренно горячие [ножные ванны](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/bath-local/foot)). При длительном течении острого ларингита и неэффективности лечения проводится антибиотикотерапия.

Прогноз благоприятный. В отдельных случаях возможен переход острого ларингита в хронический.

**Хронический ларингит**

Хронический ларингит может стать исходом острого ларингита или развиться в результате длительного воздействия раздражающих факторов (запыленность воздуха, вдыхание раздражающих веществ, курение и т. д.). У людей некоторых профессий (дикторов, лекторов, артистов) ларингит возникает в результате постоянного перенапряжения мышц и связок гортани.

**Классификация**

По характеру поражения выделяют катаральный, гиперпластический (ограниченный или диффузный) и [атрофический хронический ларингит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic-atrophic-laryngitis). У людей голосоречевых профессий развивается ограниченный [гиперпластический ларингит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic-hyperplastic-laryngitis) ([узелки голосовых связок](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/vocal-fold-nodule), называемые также узелками певцов или узелками крикунов).

**Симптомы**

Общее состояние не нарушено. Пациенты отмечают охриплость, чувство саднения и першения в горле, быструю утомляемость голоса. Периодически появляется кашель с мокротой. Симптомы усиливаются при обострении процесса.

**Диагностика**

Основанием для постановки диагноза «хронический ларингит» служит клиническая картина и данные ларингоскопического исследования. При ларингоскопии пациента с [хроническим катаральным ларингитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic-catarrhal-laryngitis) выявляется застойный отек и гиперемия слизистой оболочки гортани.

Характерная ларингоскопическая картина диффузного гиперпластического ларингита включает в себя отечность, гиперемию, утолщение слизистой оболочки, веретенообразное утолщение свободных краев голосовых связок. При ограниченном гипертрофическом ларингите наблюдаются симметричные узелковые образования. Просвет гортани заполнен густой слизью.

При ларингосокопическом осмотре больного с хроническим атрофическим ларингитом выявляется сухость и истончение слизистой оболочки гортани, Гортань покрыта густой слизью, образующей корки.

**Лечение**

Следует исключить поддерживающие воспаление факторы, соблюдать правильный голосовой режим. Пациентам рекомендуют отказаться от курения, употребления спиртных напитков, острой, горячей и холодной пищи. Назначают теплое питье, физиопроцедуры ([кварц](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/UV/quartz), [УВЧ](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electropathy/UHF), [магнитотерапию](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/magnetotherapy/)), щелочные и масляные ингаляции.

Участки гипертрофии при хроническом гипертрофическом ларингите прижигают 5% нитратом серебра, большие узелки удаляют хирургическим путём. Проводят операцию по удалению избыточной ткани голосовых складок. Пациентам, страдающим хроническим атрофическим ларингитом, рекомендуют ежедневно [смазывать гортань](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/nasopharynx/endolaryngeal) глицериновым раствором Люголя. Для смягчения корок и облегчения процесса их отхождения назначают аэрозольные препараты протеолитических ферментов (химотрипсин, химопсин).

**Отит**

**Отит**– острое или хроническое воспаление в различных отделах уха (наружном, среднем, внутреннем). Проявляется болью в ухе (пульсирующей, стреляющей, ноющей), повышенной температурой тела, нарушением слуха, шумом в ушах, слизисто-гнойными выделениями из наружного слухового прохода. Представляет опасность в развитии осложнений: [хронической тугоухости](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/sudden_deafness), необратимой потери слуха, пареза лицевого нерва, менингита, воспаления височной кости, абсцесса мозга.

**Анатомия уха**

Человеческое ухо состоит из трех отделов (наружное, среднее и внутреннее ухо). Наружное ухо образуют ушная раковина и слуховой проход, заканчивающийся барабанной перепонкой. Наружное ухо улавливает звуковые колебания и направляет их к среднему уху.

Среднее ухо образовано барабанной полостью, которая находится между отверстием височной кости и барабанной перепонкой. Функция среднего уха – проведение звука. В барабанной полости расположены три звуковые косточки (молоточек, наковальня и стремечко). Молоточек присоединен к барабанной перепонке. Перепонка колеблется при воздействии на нее звуковых волн. Колебания передаются от барабанной перепонки к наковальне, от наковальни - к стремечку, а от стремечка – во внутреннее ухо.

Внутреннее ухо образовано сложной системой каналов (улиткой) в толще височной кости. Внутренность улитки заполнена жидкостью и выстлана особыми волосковыми клетками, которые преобразуют механические колебания жидкости в нервные импульсы. Импульсы по слуховому нерву передаются в соответствующие отделы головного мозга. Строение и функции отделов уха существенно отличаются. Воспалительные заболевания во всех трех отделах тоже протекают по-разному, поэтому выделяют три вида отитов: наружный, средний и внутренний.

**Наружный отит**

[Наружный отит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/otitis-externa) может быть ограниченным или разлитым, в отдельных случаях распространяется на барабанную перепонку, чаще встречается у пожилых пациентов. Возникает в результате механической или химической [травмы уха](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/ear-trauma). Пациент с наружным отитом предъявляет жалобы на пульсирующую боль в ухе, которая отдает в шею, зубы и глаз, усиливается при разговоре и жевании. Объективно выявляется покраснение слухового прохода, а иногда – ушной раковины. Слух нарушается только при вскрытии гнойника и заполнении слухового прохода гноем.

Лечение наружного отита заключается во введении в слуховой проход спиртовых турунд и промывании дезинцифирующими растворами. [Абсцессы вскрывают](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/external-ear/abscess). Пациенту назначают физиолечение ([УВЧ](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electropathy/UHF), [соллюкс](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/infrared/local)), при выраженном воспалении проводят антибиотикотерапию.

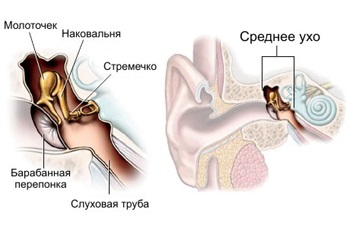
**Средний отит**

Одно из наиболее распространенных [заболеваний ЛОР-органов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor). Каждый четвертый пациент [отоларинголога](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-otorhinolaryngology/otolaryngologist) – больной острым или хроническим средним отитом. Болеть могут люди любого возраста, однако средний отит гораздо чаще встречается у детей в возрасте до 5 лет.

**Причины среднего отита**

Средний отит может быть вызван различными патогенными микроорганизмами: бактериями, вирусами, грибами ([отомикоз](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/otomycosis)) и различными микробными ассоциациями. Чаще всего в качестве инфекционного агента при среднем отите выступают вирусы [гриппа](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/flu) и [ОРВИ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections), пневмококк и гемофильная палочка. В последнее время отмечается увеличение числа случаев [грибкового](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/fungus_infection)среднего отита.

**Механизм развития среднего отита**

В норме давление в полости среднего уха равно атмосферному. Выравнивание давления и вентиляция барабанной полости осуществляется при помощи евстахиевой трубы, соединяющей барабанную полость с глоткой

Некоторые состояния (усиленное образование слизи в носоглотке, «шмыганье» носом, перепад давления при спуске на глубину у водолазов и т.д.) приводят к тому, что проходимость евстахиевой трубы нарушается. Изменение давления в барабанной полости приводит к тому, что клетки слизистой оболочки полости среднего уха начинают активно вырабатывать воспалительную жидкость. Увеличение количества жидкости вызывает боль и нарушение слуха.

Инфекция проникает в среднее ухо тубарно (через евстахиеву трубу), трансметаально (через барабанную перепонку при ее [травматическом повреждении](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/tympanic-membrane-damage)), гематогенным путем (с током крови при [скарлатине](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/scarlatina), [кори](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/measles), гриппе или тифе) или ретроградно (из полости черепа или сосцевидного отростка височной кости).

Микробы быстро размножаются в воспалительной жидкости, после чего средний отит становится гнойным. Давление в полости среднего уха резко повышается, барабанная перепонка разрывается, и гной начинает выделяться наружу по слуховому проходу.

**Факторы риска**

Средний отит редко развивается, как самостоятельное заболевание. В подавляющем числе случаев является осложнением заболеваний других ЛОР-органов воспалительного характера. Выделяют общие и местные факторы, увеличивающие риск развития отита.

·         Местные факторы риска развития среднего отита

Воспалительные и аллергические заболевания носа и носоглотки вызывают отек слизистой, приводя к ухудшению проходимости евстахиевых труб. Микробы, попадающие из очага воспаления в среднее ухо, увеличивают риск развития гнойного отита. К группе местных факторов риска относятся и состояния после хирургических вмешательств в носоглотке и носовой полости, сопровождающиеся ухудшением проходимости евстахиевых труб.

Отит чаще развивается у детей, что обусловлено особенностями анатомического строения детского среднего уха. Евстахиева труба у детей уже, чем у взрослых, поэтому увеличивается вероятность нарушений ее проходимости. У детей часто увеличиваются [аденоиды](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/adenoids), сдавливающие евстахиеву трубу. Дети часто болеют ОРВИ и другими простудными заболеваниями, часто плачут и при этом активно шмыгают носом.

·         Общие факторы риска развития отита

Вероятность развития отита увеличивается при врожденных и приобретенных иммунодефицитных состояниях.

**Симптомы среднего отита**

·         [Острый средний отит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/acute-otitis-media)

Для острого среднего отита характерна выраженная гипертермия, которая сопровождается стреляющей болью в ухе. Дети, которые еще не умеют говорить, плачут при усилении боли и успокаиваются при ее стихании.

Через 1-3 суток с момента начала заболевания образуется разрыв в барабанной перепонке, начинается гноетечение. Состояние пациента при этом улучшается. Температура тела нормализуется, боли в ухе уменьшаются или исчезают. В последующем разрыв в барабанной перепонке заживает и не вызывает ухудшения слуха.

При неблагоприятном развитии заболевания гной может прорваться не наружу, а внутрь, распространяясь в полость черепа и приводя к развитию [абсцесса мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cephalopyosis) или [менингита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/meningitis). Поскольку заболевание чревато возникновением опасных осложнений, при первых признаках острого отита следует обращаться к врачу.

·         Хронический средний отит

Как правило, является исходом острого гнойного отита. Выделяют две формы [хронического гнойного среднего отита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/chronic-suppurative-otitis-media), которые различаются как по тяжести, так и по клиническому течению.

В 55% случаев хронический средний отит протекает в форме мезотимпанита, при котором воспалительный процесс охватывает слизистую оболочку области слуховой трубы, нижнего и среднего отделов барабанной полости. Барабанная перепонка имеет перфоративное отверстие в нижней части. Часть перепонки остается натянутой.

При мезотимпаните пациенты предъявляют жалобы на понижение слуха, постоянное или периодическое истечение гноя из уха, крайне редко – на головокружение и шум в ухе. Боли появляются только в период обострения отита, в ряде случаев сопровождаются гипертермией. [Мезотимпанит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/mesotympanitis) течет достаточно благоприятно и относительно редко становится причиной развития тяжелых осложнений. Степень снижения слуха определяется сохранностью функции слуховых косточек и активностью воспалительного процесса.

Хронический средний отит, протекающий в форме гнойного [эпитимпанита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/epitympanitis), преимущественно поражает надбарабанное пространство. Перфоративное отверстие расположено в верхней части барабанной перепонки, поэтому естественное дренирование полости часто бывает недостаточным. Тяжесть течения обуславливают также особенности анатомического строения данной области, которая изобилует извилистыми узкими карманами.

В воспалительный процесс нередко вовлекается височная кость, при этом гной становится зловонным. Пациенты жалуются на чувство давления в ухе, периодические боли в височной области, иногда – на головокружение. Эта форма хронического отита, как правило, сопровождается резким понижением слуха.

Обе формы хронического среднего отита могут протекать с преобладанием тех или иных патологических процессов.

Хронический катаральный средний отит может развиваться при [хроническом евстахиите](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/eustachitis), после перенесенной скарлатины или перенесенного острого отита. Иногда имеет аллергическую природу. В отсутствие нагноения протекает достаточно благоприятно.

Хронический гнойный средний отит обычно является исходом затянувшегося острого процесса и развивается на фоне снижения иммунитета. При хорошем дренировании барабанной полости гноетечение из уха иногда не сопровождается другими симптомами. Стертая клиническая симптоматика приводит к тому, что пациенты редко обращаются за помощью. Гнойный процесс имеет тенденцию к постепенному распространению, может поражать слуховые косточки, надкостницу, окружающие костные структуры и лабиринт.

Острый и хронический гнойный отит может осложниться развитием хронического [адгезивного среднего отита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/adhesive-otitis-media). При адгезивном отите в барабанной полости активно образуются спайки, приводящие к снижению слуха. Адгезивный отит нередко протекает малосимптомно, и пациенты не связывают появляющиеся в период обострения проливные поты, ознобы и гипертермию с заболеванием уха. При адгезивном отите возможно развитие осложнений.

**Осложнения среднего отита**

Острый средний отит может осложняться [мастоидитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/mastoiditis) (воспалением сосцевидного отростка височной кости), абсцессом мозга, лабиринтитом (воспалением внутреннего уха), менингитом, тромбозом синусов головного мозга и [сепсисом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/sepsis). При гнойном эпитимпаните часто возникает холестетома – опухолевое образование, состоящее из продуктов распада эпидермиса. Холестетомы разрушают височную кость, образуют грануляции и полипы.

Хронический средний отит может стать причиной повреждения проходящего в барабанной полости лицевого нерва. [Неврит лицевого нерва](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/neuritis-facial) сопровождается сглаженностью носогубной складки, опущением угла рта и [лагофтальмом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/lagophthalmos) (глаз на стороне поражения не закрывается). При хроническом среднем отите (гнойном эпитимпаните), как и при остром отите, может развиться лабиринтит, менингит или [менингоэнцефалит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/meningoencephalitis), абсцесс мозга, синус тромбоз и эпидуральный абсцесс.

**Диагностика среднего отита**

Диагноз острого среднего отита основывается на данных анамнеза, результатах [отоскопии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-otolaryngology/otoscopy) и характерных симптомах (общая интоксикация, боль в ухе, гноетечение). Для определения чувствительности микрофлоры выполняют бакпосев отделяемого из уха.

При хроническом среднем отите для оценки состояния костных структур в дополнение к перечисленным исследованиям проводится [рентгенография височной кости](https://www.krasotaimedicina.ru/diagnostics/head-X-ray/temporal-bone). На отоскопии при хроническом отите выявляется помутнение и резкое втяжение барабанной перепонки. Рукоятка молоточка кажется укороченной. Локализация перфоративного отверстия определяется формой отита.

**Лечение среднего отита**

·         Терапия острого среднего отита

Пациентам с острым средним отитом рекомендуют постельный режим, проводят антибактериальную терапию, при гипертермии назначают жаропонижающие. Местно применяют физиотерапию (УВЧ, соллюкс) и согревающие компрессы. Для уменьшения болевого синдрома в ухо закапывают теплый 96% спирт (только до момента появления гноя). Если барабанная полость не дренируется самостоятельно в течение первых трех суток, показано [рассечение барабанной перепонки](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/purulent-otitis/tympanoplasty). В случае, когда после рубцевания барабанной перепонки сохраняется снижение слуха, назначают [продувание](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/otitis/politzer), УВЧ и [пневматический массаж](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/otitis/eardrum).

·         Терапия хронического среднего отита

Первостепенная задача – обеспечить достаточное дренирование барабанной полости. Для этого из полости среднего уха [удаляют полипы](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/external-ear/polyp) и грануляции. Полость промывают, в нее вводят протеолитические ферменты. Пациенту назначают сульфаниламиды и антибиотики, проводят коррекцию иммунитета, санируют очаги инфекции в области ЛОР-органов. При подозрении на [аллергический отит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/allergic/allergic-otitis) используют антигистаминные средства. Место применяют [электрофорез](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophoresis/), [микроволновую терапию](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/microwave/).

При отсутствии эффекта выполняют антродренаж (формируют отверстие в области сосцевидного отростка височной кости и с последующим дренированием). При [холестеатомах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/ear-cholesteatoma), распространении процесса на кость и внутренние структуры показано хирургическое удаление очага воспаления. Если есть возможность, звукопроводящие структуры сохраняют, если нет – выполняют [тимпанопластику](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/middle-ear/tympanoplasty). При сохранном барабанном кольце возможно восстановление барабанной перепонки ([мирингопластика](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/middle-ear/myringoplasty)).

**Профилактика среднего отита**

Профилактические меры включают в себя нормализацию иммунного статуса, предупреждение ОРВИ и других инфекционных болезней ЛОР-органов. Больные с хроническим отитом должны защищать слуховой проход от [переохлаждения](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/hypothermia) и попадания воды.

**Внутренний отит (лабиринтит)**

Имеет бактериальную или вирусную природу. Обычно является осложнением среднего отита или менингита.

Характерный симптом внутреннего отита – внезапный тяжелый приступ головокружения, развивающийся спустя 1-2 недели после [инфекционного заболевания](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious). Приступ может сопровождаться тошнотой или рвотой. Некоторые пациенты с внутренним отитом предъявляют жалобы на шум в ухе или снижение слуха.

Внутренний отит нужно дифференцировать от заболеваний головного мозга, которые могут вызывать головокружение. Для исключения опухолей и инсультов проводится [МРТ](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain) и [КТ головного мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ct-neurology/brain). Выполняется [электронистагмография](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/vestibular-apparatus/electronystagmography) и специальное исследование для оценки слухового ответа ствола мозга. Для выявления слуховых нарушений проводится [аудиометрия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/hearing/audiometry).

Лечение внутреннего отита, в основном, симптоматическое. Для устранения тошноты и рвоты назначают противорвотные препараты (метоклопрамид), антигистаминные средства (мебгидролин, хлоропирамин, дифенгидрамин). Местно используют скополаминовые пластыри. Для уменьшения воспаления применяют стероиды (метилпреднизолон), для снятия беспокойства – седативные средства (лоразепам, диазепам). При внутреннем отите бактериальной природы показана антибиотикотерапия. Симптомы заболевания, как правило, постепенно исчезают в течение одной или нескольких недель.

При неэффективности консервативного лечения внутреннего отита проводят [оперативное вмешательство](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/inner-ear/): [лабиринтотомию](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/inner-ear/labyrinthotomy), вскрытие пирамиды височной кости и др.

|  |
| --- |
| **Травмы ЛОР-органов** |

|  |
| --- |
|  |

**Повреждения ушной раковины**могут возникнуть в результате ушиба, удара, укуса и т.д. Они бывают поверхностными, глубокими, с частичным или полным отрывом ушной раковины. Неотложная помощь на догоспитальном этапе включает обработку раны 3 % или 5 % настойкой йода, остановку кровотечения и наложение давящей повязки, введение противостолбнячной сыворотки. Лечение поверхностной раны ушной раковины может ограничиться оказанием помощи на травмпункте, где после обработки раны настойкой йода и промывания ее концентрированным раствором антибиотика или инсуфляции его порошка на рану накладывают швы (не позже 1-х или 2-х суток после ранения) и асептическую давящую повязку. При более обширной травме больного госпитализируют в ЛОР-отделение, где производят хирургическую обработку раны, максимально сохраняя кожу и фрагменты хряща. При частичном или полном отрыве ушной раковины необходимо сохранить оторванную часть или всю ушную раковину, срочно госпитализировать больного в ЛОР-отделение. В ближайшие часы ее следует пришить редкими швами, которые не проходили бы через хрящ. Назначают противовоспалительную, десенсибилизирующую и симптоматическую терапию. При одновременном повреждении наружного слухового прохода необходимо остановить кровотечение, аккуратно уложить мягкие ткани и затампонировать слуховой проход турундами с кортикостероидными мазями и антибиотиком для предупреждения его стеноза.

**Ожог ушной раковины**может быть вызван термическими и химическими факторами. Различают четыре степени ожога: I гиперемия кожи; II - образование пузырей на отечной коже; III поверхностный некроз кожи; IV некроз кожи и подлежащих тканей, в том числе хрящевой, их обугливание. Тактика оказания неотложной помощи должна быть следующей: при термическом ожоге I степени делают примочки 90 % этиловым спиртом до прекращения боли, затем накладывают глюкокортикостероидную мазь («Гиоксизон», преднизолоновую, «Лоринден», флуцинар). При ожоге II - IV степени в любом медпункте обязательно вводят противостолбнячную сыворотку, дают обезболивающие средства. Местно при ожоге II степени делают спиртовые примочки и накладывают асептическую повязку с глюкокортикоидной мазью. Затем больного госпитализируют в ЛОР-отделение или ожоговое отделение для вскрытия пузырей и дальнейшего лечения.

При ожогах III - IV степени пораженную поверхность обрабатывают 2 % раствором калия перманганата или 5 % раствором танина, накладывают асептическую повязку и госпитализируют больного в ЛОР-отделение или ожоговый центр для проведения хирургической обработки раны и удаления некротизированных участков, наложения повязки с антисептическими и глюкокортикостероидными мазями. Назначают антибиотикотерапию, физиотерапевтические методы лечения. При рубцевании и деформации показаны пластические операции.

Неотложная помощь на догоспитальном этапе при химических ожогах заключается в применении нейтрализующих веществ vnpn ожоге кислотой применяют щелочь, при ожоге щелочью - кислоту). Дальнейшая лечебная тактика такая же, как и при термическом ожоге.

**Отморожение ушной раковины.**Различают четыре степени отморожения ушной раковины: I - припухлость и цианоз кожи; образование пузырей; III - некроз кожи и подкожной особы; IV - некроз кожи и хряща. При отморожении I степени неотложная помощь заключается осторожном растирании ушной раковины спиртом, накладывании примочек с уксусной водой или мази. При отморожении II - IV степени в любом медицинском учреждении обязательно вводят противостолбнячную сыворотку, ри отморожении II степени применяют вяжущие растворы или же, соблюдая асептику, вскрывают пузыри и накладывают мазевую повязку с антибиотиками. Больного лучше госпитализировать в ЛОР-отделение.

При отморожении III и IV степени местно накладывают асептическую повязку или повязку с антибиотиком, назначают антибиотики и сульфаниламиды. Больного необходимо госпитализировать в ЛОР-отделение для удаления некротизированных тканей, проведения противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии и физиотерапии (УФО в эритемных дозах, УВЧ).

**Отгематома**- кровоизлияние под надхрящницу ушной раковины вследствие тупой травмы без нарушения целости кожи. Травма может быть бытовой, спортивной. У лиц пожилого возраста отгематома возникает вследствие дегенеративных изменений хряща. Она может появиться спонтанно.

Симптомом отгематомы является сине-багровое выпячивание верхнего отдела ушной раковины или всей раковины, кроме мочки, которое безболезненно при пальпации, флюктуирует. Ушная раковина утолщена, ее контуры сглажены.

На догоспитальном этапе неотложная помощь заключается в прикладывании холода на ушную раковину, назначении кровоостанавливающих препаратов, наложении давящей повязки. Затем больного следует госпитализировать в ЛОР-отделение, где в асептических условиях производят отсасывание отгематомы толстой иглой. Полость гематомы промывают концентрированным раствором антибиотиков.

Контуры ушной раковины моделируют тампоном, смоченным в растворе риванола или изотоническом растворе натрия хлорида, накладывают давящую асептическую повязку на 1-2 сут. Назначают противовоспалительную, кровоостанавливающую и десенсибилизирующую терапию.

При повторном скоплении крови необходимо вскрыть и дренировать отгематому, продолжить противовоспалительную, кровоостанавливающую и десенсибилизирующую терапию.

**Травмы носа.**К травмам носа относят ушибы, кровоподтеки, ссадины и ранения.

Если травма не сопровождалась тошнотой, рвотой и потерей сознания, то ушибы и кровоподтеки в лечении не нуждаются (сразу после травмы рекомендуется делать только холодные примочки). Ссадины необходимо обработать 5 % спиртовым раство ром йода. Если же после этих травм отмечается резкое затруднение носового дыхания, то следует заподозрить гематому перегородки носа. Больного необходимо направить к оториноларингологу. Ранения носа бывают резаными, рваными, проникающими в полость носа и не проникающими в нее. Иногда они сопровождаются частичным или полным отрывом частей наружного носа (крыла, кончика).

При ранении носа неотложная помощь заключается в обработке раны 5 % настойкой йода, остановке кровотечения, наложении давящей асептической повязки и проведении передней тампонады носа. Первичную хирургическую обработку раны производят на травмпункте, в хирургическом отделении или поликлинике. Оториноларинголог обязательно проводит ревизию раны, так как в ней могут находиться инородные тела. Рану промывают концентрированным раствором антибиотика, накладывают частые швы, вводят противостолбнячную сыворотку. Если ранения проникающие и сопровождаются повреждением костно-хрящевого скелета (это определяют при зондировании раны) с частичным или полным отрывом кончика или крыла носа, то больного необходимо сразу же госпитализировать в ЛОР-отделение, прижав к ране оторванный участок носа. Ушивание раны и пришивание оторванных частей носа желательно произвести в течение 1-х суток после травмы.

**Перелом костей носа.**Травмы носа часто сопровождаются вывихами, трещинами, переломами костей без смещения и со смещением костных отломков. Различают переломы, возникающие от удара спереди и сбоку. При ударе спереди ломаются носовые кости, а иногда и лобные отростки верхней челюсти. Отломки западают, спинка носа деформируется. Нередко происходит также перелом перегородки носа с вывихом ее хряща.

При боковом ударе появляется вдавление на боковой поверхности со стороны нанесения удара, образуются костные выступы. При этом стенка носа может смещаться в сторону, перегородка носа ломается. При тяжелой травме может произойти расплющивание наружного носа. Тошнота, рвота и потеря сознания, сопрождающие травму носа, свидетельствуют о сотрясении головного мозга.

Симптомами перелома костей носа являются кровотечение, отеки и припухлость тканей в области травмы, конъюнктивальнве и подкожные кровоподтеки, деформация спинки носа со смешением ее в сторону или кзади, появление костных выступов на сгинке и скатах, крепитация костных отломков, подвижность спинки, подкожная воздушная крепитация, иногда ликворея.

Неотложная помощь на догоспитальном этапе включает остановку кровотечения, наложение асептической повязки (при кровотечении из носа делают переднюю тампонаду), назначение кровоостанавливающих и обезболивающих средств. Рекомендуется консультация невропатолога и окулиста. Проводят рентгенографию носа, в том числе в боковых проекциях. При открытом переломе костей носа вводят противостолбнячную сыворотку. Больного необходимо госпитализировать в ЛОР-отделение для репозиции костей носа с последующей его тампонадой и фиксации костных отломков. Назначают кровоостанавливающую, противовоспалительную, десенсибилизирующую и симптоматическую терапию.

К **травмам глотки**относят огнестрельные ранения, резаные и колотые раны, ссадины, царапины и разрывы слизистой оболочки глотки инородными телами.

Симптомами повреждения глотки являются:

1.      кровотечение из полостей носа и рта;

2.      нарушение носового дыхания, обусловленное появлением сгустков крови, смещение тканей в носовой части глотки;

3.      затруднение и боль при глотании вследствие повреждения мышц мягкого неба;

4.      гнусавость голоса.

Диагноз устанавливают на основании данных наружного осмотра и фарингоскопии.

Неотложная помощь на догоспитальном этапе включает следующее:

1.      остановку кровотечения;

2.      первичную обработку раны, удаление сгустков крови и обрывков тканей;

3.      присыпание загрязненных участков раны порошками сульфаниламидов или антибиотиков широкого спектра действия;

4.      сближение краев обширных ран соответствующим наклоном головы, которую фиксируют в таком положении повязкой.

При тяжелых ранениях ротовой и гортанной частей глотки через нос в пищевод вводят желудочный зонд.

Если травма глотки сопровождается воспалительным отеком, захватывающим ткани корня языка и гортани, то может потребоваться срочная нижняя трахеостомия.

При внутренних ограниченных травмах (ссадинах) глотки применяют полоскания дезинфицирующими растворами фурацилина (1:8000) или микроцида, а также слабыми растворами калия перманганата. При нарастании отека рекомендуются ингаляции антисептиков и кортикостероидов.

Больных с травмой глотки госпитализируют в ЛОР-отделение. При незначительных ссадинах и царапинах больного должен осмотреть оториноларинголог.

**Травмы** **гортани и трахеи.**В зависимости от характера повреждающего фактора травмы гортани и трахеи делят на раны (резаке колотые, осколочные, огнестрельные, укушенные), ушибы и сдавления. Различают также внутренние («инструментальные» при проведении бронхоскопии и интубации), открытые и закрытые повреждения.

Общими симптомами всех видов повреждения гортани и трахеи являются нарушения дыхания, изменения голоса, дисфагия, изменения тканей шеи и гортани.

В зависимости от тяжести повреждения и его локализации эти симптомы появляются либо сразу после травмы, либо спустя некоторое время. Выраженность симптомов может быть различной. Тяжелая травма гортани и трахеи нередко вызывает потерю сознания и шок.

Наиболее опасны закрытые (подкожные) поперечные отрывы гортани от трахеи или подъязычной кости. Симптомы появляются молниеносно (через несколько минут) после травмы. Смерть наступает, как правило, от асфиксии.

К симптомам травмы гортани и трахеи относят выраженную подкожную эмфизему в области шеи, груди и лица, двигательное беспокойство, появление хрипов, приступообразного кашля с выделением алой пенистой крови и мокроты. Характерен симптом «клавиши» - баллотирование кожи над местом разрыва при дыхании.

Для отрыва гортани от подъязычной кости (разрыв щитоподъязычной мембраны) характерен синдром «длинной шеи», свидетельствующий об опущении гортани («адамова яблока»).

Неотложная помощь на догоспитальном этапе включает следующее:

1.      При легкой травме гортани и удовлетворительном общем состоянии производят первичную обработку раны, перевязывают кровоточащие сосуды и накладывают первичные швы на кожу. При повреждении глотки и пищевода вводят носопищеводный зонд. При угрозе развития стеноза гортани (вследствие отека) внутримышечно вводят гидрокортизон. Для этого 50 мг гидрокортизона растворяют в 250 мл изотонического раствора натрия лорида или 5 - 10 % растворе глюкозы и вводят внутривенно капельно со скоростью 30-40 капель в 1 мин. Если при значительном кровотечении перевязать сосуды не удается, то следует пальцем руки прижать сонную артерию к позвоночнику ниже места ранения и произвести тампонаду раны.

2.      При тяжелой травме, сопровождающейся изменением общего состояния и выраженным удушьем, наряду с описанными выше мероприятиями производят срочную нижнюю трахеостомию (в крайнем случае допустима коникотомия). При подкожном разрыве гортани и трахеи и быстром распространении эмфиземы необходимо перевести закрытое повреждение в открытое обнажить место разрыва и произвести трахеостомию (по возможности не менее чем на 1,5 - 2 см ниже места разрыва).

По показаниям применяют противошоковую терапию: переливают одногруппную резус-совместимую кровь, вводят сердечнососудистые и обезболивающие средства, антибиотики.

Больных с травмой гортани и трахеи доставляют в ЛОР-отделение городских и областных больниц.