

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Лекция 1. Введение в оториноларингологию, ее содержание и место среди других клинических дисциплин. Краткая история развития отечественной оториноларингологии.....	6
Лекция 2. Клиническая анатомия и физиология уха	12
Лекция 3. Острый гнойный средний отит. Мастоидит	21
Лекция 4. Хронические гнойные средние отиты, их классификация. Парез лицевого нерва. Лабиринтиты. Отомикоз.....	30
Лекция 5. Отогенные внутричерепные осложнения	40
Лекция 6. Негнойные заболевания уха.....	51
Лекция 7. Морфолого-анатомические особенности носа и околоносовых пазух. Заболевания наружного носа и полости носа	61
Лекция 8. Параназальные синуситы	77
Лекция 9. Орбитальные и риногенные внутричерепные осложнения	84
Лекция 10. Морфо-физиологическая характеристика лимфоидного глоточного кольца. Классификация ангин и хронических тонзиллитов. Поражения небных миндалин при заболеваниях крови.....	96
Лекция 11. Острые флегмонозные заболевания глотки. Хронический тонзиллит	106
Лекция 12. Анатомо-морфологические и структурные особенности гортани. Острые и хронические заболевания гортани.....	113
Лекция 13. Острые и хронические стенозы и параличи гортани. Трахеостомия, виды, показания, осложнения	121
Лекция 14. Инородные тела ЛОР-органов	129
Лекция 15. Травмы ЛОР-органов	135
Лекция 16. Злокачественные новообразования ЛОР-органов.....	145
Лекция 17. Специфические заболевания ЛОР-органов. Изменения ЛОР-органов при СПИДЕ	153
Лекция 18. Заболевания ЛОР-органов у детей.....	161
Ситуационные задачи с ответами	174
Список литературы	204
Приложение	209

Лекция 4. ХРОНИЧЕСКИЕ ГНОЙНЫЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ, ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ. ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА. ЛАБИРИНТИТЫ. ОТОМИКОЗ

На этой лекции рассмотрим хронические гнойные средние отиты и их внечерепные осложнения, а также грибковые поражения уха.

Хронический гнойный средний отит. В результате хронического гнойного среднего отита развивается тугоухость, затрудняющая общение людей друг с другом; часто данное заболевание ограничивает профессиональную деятельность, а обострения процесса ведут к длительному нарушению трудоспособности. У молодых людей призывного возраста при этом заболевании возникают ограничения при призыве в армию; хронический гнойный средний отит таит угрозу распространения процесса во внутреннее ухо и полость черепа.

Этиология и патогенез – патогмоничны острому среднему отиту. Однако имеются предрасполагающие факторы, к которым относятся: аденоиды, заболевания носа и околоносовых пазух, различные девиации носовой перегородки.

Клинические симптомы при хроническом гнойном среднем отите сводятся к:

- оторее – длительному (6 недель и более) гноеотечению из уха, которое может быть постоянным или периодически возобновляющимся;
- стойкой перфорации барабанной перепонки;
- снижению слуха.

Из других симптомов могут быть: чувство ощущения шума в голове, головокружение, головная боль, появляется нарушение равновесия, которое может быть постоянным и во многом зависит от формы и особенностей течения заболевания.

Из различных классификаций хронического гнойного среднего отита наиболее удобной в практическом отношении является классификация, предусматривающая деление их на мезотимпаниты, эпитимпаниты и мезоэпитимпаниты (рис. 10, 11, 12, см. прил.). Сами эти названия говорят о том, что определенная роль в такой классификации играет локализация процесса в барабанной полости. Разберем каждую из этих клинических форм хронического гнойного среднего отита (табл. 2).

Мезотимпанит – характеризуется длительным гноеотечением (гноетделением) из уха, иногда с ремиссиями и относительно благополучным течением с преимущественным поражением слизистой оболочки барабанной полости, ее средних и нижних этажей.

Жалобы больных обычно сводятся к снижению слуха и гноеотечению из уха. Перфорация располагается в натянутой части барабанной перепонки и носит название ободковой или центральной. Выделения в барабанной полости чаще слизистые или слизисто-гнойные, порой обильные, без запаха. Слизистая оболочка барабанной полости утолщена, могут быть грануляции или полипы, способствующие увеличению количества отделяемого. Слух обычно понижен по типу поражения звукопроводения (наблюдается кондуктивная тугоухость). Степень понижения слуха зависит не столько от величины перфорации барабанной пере-

понки, сколько от нарушения сохранности цепи слуховых косточек, их подвижности и не превышает 40-50 дБ.

Таблица 2

Дифференциально-диагностические признаки клинических форм хронического гнойного среднего отита

Диагностические признаки	Хронический мезотимпанит	Эпитимпанит
Локализация процесса в барабанной полости	средний и нижний отделы	все отделы с преимущественным поражением аттика
Глубина распространения процесса	слизистая оболочка	слизистая оболочка, костные структуры
Жалобы больных	гноетечение, понижение слуха, шум в ухе	те же + головная боль
Характер отделяемого	слизистое или слизисто-гнойное без запаха	гнойное, с запахом
Наличие перфорации	ободковая	краевая
Патологическое содержимое в барабанной полости	гной, полипы, грануляции	те же + холестеатома
Характер тугоухости	кондуктивная	смешанная с преобладанием кондуктивной
R-графия височных костей	склерозирование	те же + участки разрушения и деструкция кости в аттико-антральных областях

Эпитимпанит представляет собой недоброкачественную форму заболевания. Перфорация краевая, занимает часть или весь верхний этаж барабанной полости (аттик или надбарабанное углубление) (рис. 11, см. прил.). Через перфорационное отверстие порой видны грануляции ярко-красного цвета, полипы или элементы холестеатомных масс. Поражается не только слизистая оболочка, но и костные стенки барабанной полости, слуховые косточки, чаще – наковальня и молоточек, реже – стремя. Локализации воспалительного процесса в надбарабанном углублении способствуют анатомические особенности этого отдела барабанной полости, в частности, наличие складок слизистой оболочки. Отделяемое густое, гнойное, с резким неприятным запахом, что обусловлено кариесом кости, выделением пуринов (индола и скатола) и деятельностью анаэробной инфекции. Помимо гноетечения из уха и снижения слуха, больных нередко беспокоят головная боль и головокружение, особенно выраженные при распространении кариеса на лабиринтную стенку барабанной полости. Слух понижен больше, чем при мезотимпаните, тугоухость носит смешанный характер (звукопроводение и звуковосприятие). В то же время, если перфорация не велика и цепь слуховых косточек сохранена, уровень снижения слуха может быть не значительным.

Мезоэпитимпанит – характеризуется жалобами и клиническими признаками первых двух форм хронического гнойного среднего отита и указывает на распространенность дефекта барабанной перепонки и разрушений в барабанной полости (рис. 12, см. прил.). Отделяемое из уха имеет смешанный характер, снижение слуха

выражено в большей степени и на рентгенограммах (томограммах) определяются значительные разрушения височной кости. Две последние формы хронических отитов часто сопровождаются образованием холестеатомы.

Холестеатома представляет собой беловатое, с перламутровым оттенком опухолевидное образование, впервые описанное Крувулье (1836), который назвал ее «жемчужной опухолью», и состоящее из концентрически расположенных пластов эпидермиса, нередко пропитанных продуктами их распада, главным образом холестерина, чем и обусловлено название этого образования. Обычно она имеет соединительно-тканную оболочку – матрикс – покрытую многослойным плоским эпителием, плотно прилегающую к кости и нередко врастающую в нее. Холестеатома действует на костные стенки своими химическими компонентами и продуктами распада, что ведет к деструкции кости. Разрушая костные стенки барабанной полости, холестеатома может привести к образованию свища (фистулы) в полукружных каналах (чаще всего в области ампулы латерального канала), канале лицевого нерва и развитию лабиринтита, парезу лицевого нерва.

Патогенез холестеатомы не ясен. Обнаружение в матриксе холестеатомы клеток Ланганса и лимфо Т-клеток, позволяет предположить, что иммунный механизм играет важную роль в патогенезе этого образования.

Имеется несколько путей формирования холестеатомы. Наиболее частый из них таковой. Эпителий кожи проникает через краевую перфорацию в барабанную полость и прирастает к слизистой оболочки костной стенки аттика. Встречая на своем пути воспаленную слизистую оболочку и грануляции, эпидермис нарастает на эти образования, пронизывая их глубокими эпителиальными отростками, причем иногда эти отростки врастают даже под эпителий слизистой оболочки. Быстрому росту эпидермиса способствуют остатки миксоидной ткани. Матрикс при продолжающемся воспалении утолщается, наблюдается десквамация поверхностных слоев ее, причем вслед за отпавшими пластами эпидермиса отторгаются новые слои. В конце концов, растущая холестеатома занимает весь аттик, приобретая округлую форму величиной с лесной орех и более. Она начинает оказывать давление на костные стенки, что с течением времени приводит к аррозии их, а образующиеся добавочные пространства занимаются холестеатомой.

Существенную помощь в диагностике холестеатомы играют данные рентгенографии височных костей в укладках по Шюллеру, Майеру (рис. 13, см. прил.), а также КТ. На фоне склероза сосцевидного отростка, характерного для хронического процесса, на рентгенограмме определяется патологическая полость – дефект кости в виде ясно очерченного просветления (рис. 14, см. прил.).

Лечение. Лечение хронических гнойных средних отитов может быть консервативным и хирургическим.

Консервативное лечение хронического отита, которое чаще применяется при мезотимпаните, должно быть комплексным, сочетающим в себе устранение предрасполагающих факторов и местных санационных мероприятий с общими средствами воздействия на организм. Оперативное вмешательство при мезотимпаните должно быть направлено на санацию полости носа, околоносовых пазух, носоглотки. Местные санационные мероприятия подразделяется на три этапа.

Первый этап предусматривает высушивание барабанной полости, удаление гноя и патологического содержимого (грануляций, полипов, холестеатомных масс), уменьшение отечности слизистой оболочки среднего уха с целью создания благоприятных условий для проникновения в барабанную полость лекарственных веществ. Туалет барабанной полости можно осуществлять «сухим» и влажным способами. При «сухом» методе удаление гноя из наружного слухового прохода и частично из барабанной полости осуществляется с помощью ваты, накрученной на ушной зонд. Так называемую влажную методику удаления гноя мы уже разобрали при рассмотрении вопросов лечения острого среднего отита. Для прижигания грануляций чаще всего применяется 20-30 % раствор нитрата серебра.

Второй этап лечения заключается в непосредственном воздействии на слизистую оболочку среднего уха различными лекарственными веществами, которые не должны оказывать раздражающего действия и легко растворяться. Таких препаратов великое множество: 3% раствор борной кислоты, 1-5% спиртовые растворы салициловой кислоты и сульфацила натрия, 1-3% спиртовой раствор резорцина, 1% раствор формалина и нитрата серебра, 30% р-р димексида, 1% водный раствор диоксидина. Можно применять первомур, гексорал, диоксидин.

Назначаются антибиотики, которые вводятся местно в виде капель, на турундах или в виде электрофореза. При обострении процесса антибиотики следует вводить парентерально или меатотимпанально.

Показано при хронических средних отитах и назначение антигистаминных препаратов, особенно, если отит протекает с аллергическим компонентом.

Местно следует назначать ферментные препараты, способствующие разжижению густого гнойного экссудата и предотвращающие образование рубцов и сращений в барабанной полости, а также усилению местного фагоцитоза.

Широко применяются (еще с древних времен) средства народной медицины: миндальное масло, соки каланхоэ, алоэ, чистотела, настой из ромашки, календулы, грецкого ореха. Можно использовать и финтоциды – свежеприготовленные растворы чеснока и лука.

Положительные результаты дают применение антибактериальных препаратов растительного происхождения: новоиманин, хлорфиллипт, сагвиритрин, эктерицид, лизоцим.

Третий этап местного лечения направлен на закрытие перфорации барабанной перепонки. С этой целью применяется туширование ее краев 10-25% р-ром нитрата серебра, 10% р-ром йода. В то же время добиться полного закрытия перфорации путем ее рубцевания удается редко. Поэтому прибегают к искусственному закрытию дефекта барабанной перепонки с помощью биологических и синтетических материалов (различные клеи, куриный амнион, фасция височной мышцы и т. д.). Такое вмешательство называется мирингопластикой, которое осуществляется с помощью операционного микроскопа и специальных инструментов. Целью мирингопластики является не только механическое закрытие перфорации барабанной перепонки для предупреждения возможного повторного инфицирования среднего уха, но и восстановления механизма звукопроводения и улучшения слуха.

Лекция 11. ОСТРЫЕ ФЛЕГМОНОЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ. ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ

На этой лекции рассмотрим острые флегмонозные заболевания глотки и хронический тонзиллит. Среди флегмонозных заболеваний глотки наиболее часто встречается паратонзиллярный абсцесс.

Паратонзиллярный абсцесс (паратонзиллит) или это заболевание часто называют еще флегмонозной ангиной. Из курса оперативной хирургии и топографической анатомии вы помните, что между капсулой миндаины и глоточной фасцией имеется пространство, составляющее 0,5-1,0 см, в котором находится паратонзиллярная или околоминдаликовая клетчатка. В случае проникновения инфекции в эту клетчатку при снижении реактивности организма возникает нагноение и абсцедирование указанной клетчатки.

По локализации патологического процесса в околоминдаликовой клетчатке различают следующие виды абсцессов: передне-верхний (67,3%), задне-верхний (12,1%), задний (8,6%), наружный или боковой (4,8%), передний (1,1%) и нижний (0,6%). По клиническому течению они разделяются на острые (97,1%), подострые (2,1%), часто рецидивирующие (0,6%) и хронические (0,2%).

В развитии заболевания можно выделить три стадии:

1. Экссудативно-инфильтративную.
2. Стадию абсцесса.
3. Стадию обратного развития.

Клиника. Заболевание начинается остро с появления болей в глотке, чаще всего с одной стороны и, как правило, вслед за перенесенной ангиной. Интенсивность болей быстро нарастает, иногда достигает такой степени, что заставляет больного отказываться не только от приема пищи и жидкости, но и лекарственных препаратов. Боли нередко иррадиируют в ухо соответствующей стороны. Появляется головная боль, общая разбитость, температура тела достигает 38-40 °С. Позднее появляется классическая триада симптомов паратонзиллярного абсцесса: обильное слюнотечение, тризм жевательной мускулатуры и открытая гнусавость. Нарушение речевой функции и невнятная, гнусавая речь возникают вследствие припухания и отека мягкого неба. Могут появиться неприятный запах изо рта и припухлость боковой поверхности шеи.

При осмотре глотки (фарингоскопии) наблюдается асимметрия зева вследствие резкого отека и гиперемии тканей вокруг миндаины (дужки, мягкое небо, язычок), выпячивание небной миндаины из тонзиллярной ниши и смещение ее к средней линии. Однако выраженность объективных симптомов со стороны глотки при паратонзиллярном абсцессе зависит от стадии заболевания и места локализации абсцесса (рис. 46, см. прил.).

Лечение паратонзиллярного абсцесса может быть консервативным и хирургическим. Консервативную терапию – антибиотики, сульфаниламиды, жаропонижающие, десенсибилизирующие препараты, аутогемотерапию, поливитамины –

следует применять только в первой стадии заболевания. В то же время следует иметь в виду, что в случае применения антибиотиков их следует назначать в достаточных дозах (600-1000 000 тыс. в сутки), лучше широкого спектра действия, иногда и комбинацию из двух антибиотиков.

В данном случае антибиотиком выбора является амоксиклав или ровамицин (спирамицин), который должен назначаться в суточной дозе 6 млн. МЕ в два приема, длительность лечения 5-7 дней. При отсутствии ровамицина – эритромицин (рулид) – 0,25-0,5 через 4-6 часов.

Хирургическое лечение состоит в опорожнении гнойника (его вскрытии), которое следует проводить под местной анестезией раствором новокаина или лидокаина тупым путем специальными зажимами (рис. 47, см. прил.). Иногда перед вскрытием абсцесса для уточнения диагноза производят диагностическую пункцию паратонзиллярного пространства: надетую на шприц иглу вкалывают в области передней небной дужки, обычно вместе наибольшего выпухания, продвигают иглу вглубь в нескольких направлениях на 1-2 см и аспирируют содержимое, оттягивая поршень шприца. При попадании иглы в полость абсцесса в шприц поступает гной, однако его отсутствие не позволяет полностью отвергнуть диагноз абсцесса, так как при нетипичной локализации он может быть недоступен для пункции. В некоторых случаях приходится прибегать к удалению миндалины – абсцесстонзиллэктомии. Наша клиника придерживается проведения абсцесстонзиллэктомии в остром периоде паратонзиллярного абсцесса, которая (как показали наши наблюдения) более эффективна при передне-верхних и задне-верхних формах заболевания, у детей дошкольного возраста и пожилых людей, а также при впервые развившемся паратонзиллярном абсцессе). При часто повторяющихся абсцессах оправдана двусторонняя тонзиллэктомия. В тоже время необходимо подчеркнуть, что абсцесстонзиллэктомия не исключает применения других методов лечения. Наоборот, в регионах с неблагоприятными климатическими условиями данную операцию можно рассматривать как операцию выбора в ряду других оперативных вмешательств.

Латерофарингеальный (парафарингеальный) **абсцесс** – гнойное воспаление бокового или окологлоточного пространства; может возникать как следствие паратонзиллярного абсцесса, так и сразу после перенесенной ангины, а также как осложнение хронического тонзиллита, мастоидита, травмы слизистой оболочки глотки, воспалительных процессах в зубах.

Клиника. Общее состояние тяжелое. Температура тела достигает 40° С, озноб, сильная боль при глотании, иногда затрудненное дыхание, тризм; вынужденное положение головы (наклонена в сторону поражения), ригидность шейных мышц. Типична локализация боли на боковой поверхности шеи. Верхнебоковые отделы шеи припухшие, кожа над ними гиперемирована, пальпация этой зоны болезненна. Имеется выраженная плотность этого отека.

При фарингоскопии боковая стенка глотки отечна, резко гиперемирована, выпячивание (в отличие от паратонзиллярного абсцесса) располагается позади задней небной дужки, которая мало вовлечена в воспалительный процесс, миндалина при этом чуть выпухает вперед. Инфильтрат при пальпации флюктуирует,

определяется деревянистая плотность тканей боковой поверхности шеи. Заболевание протекает коварно, при несвоевременной диагностике возможен прорыв гнойника в средостение, а также развитием кровотечений из эрозированных крупных сосудов шеи и тромбозом внутренней яремной вены.

Лечение. Срочная госпитализация в хирургическое или ЛОР-отделение для оказания неотложной помощи – вскрытия (дренирования) абсцесса наружным или внутриротовым способом. Назначается массивная антибактериальная, противовоспалительная, дегидратационная и дезинтоксикационная терапия.

Обратимся к одному из наших наблюдений.

Б-ой П., 32 лет, поступил в клинику в экстренном порядке с четко выраженными симптомами левостороннего паратонзиллярного абсцесса. Дежурным врачом абсцесс был дренирован. Назначена антибактериальная, местная, дегидратационная терапия. Однако, несмотря на такую терапию, у больного сохранялась высокая температура (38 °С), боли при глотании, тризм и не четкое выпячивание боковой стенки глотки. Был заподозрен парафарингеальный абсцесс и передний медиастинит. Произведена рентгенография средостения по Земцову, выявлено увеличение тени средостения. На консультацию был приглашен торакальный хирург, который исключил медиастинит. У больного продолжалась ремитирующая температура, ознобы, появились боли в области грудины. При исследовании периферической крови выявлен высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево до палочкоядерных (22 клетки). Вновь приглашен торакальный хирург (зав. отделением), который диагностировал передне-задний медиастинит и пациент был переведен в отделение реанимации. После предварительной подготовки больному произведена шейная (колярная) медиастиномия. Больной получал массивную антибактериальную, дезинтоксикационную, дегидратационную симптоматическую терапию, однако лечение было безуспешным и пациент скончался.

Хронический тонзиллит – это инфекционно-аллергическое заболевание с местными воспалительными проявлениями в небных миндалинах, возбудителем которого являются патогенные микроорганизмы аденовирусно-стрептококковой ассоциации. С большим постоянством встречаются бета-гемолитический стрептококк группы А, золотистый стафилококк, пневмококк, аденовирусы (I, II и V серотипы). Следует отметить, что не микробы или их вирулентность являются основной причиной ангины и хронического тонзиллита, а «диспозиция организма», иными словами говоря, решающее значение в патогенезе хронического тонзиллита принадлежит снижению защитных свойств организма и, прежде всего местной лимфоидной ткани, определяющей проникновение патогенных агентов в организм из очага воспаления. Определенное значение в реализации инфекции имеет интоксикация, общее или местное переохлаждение организма, нерациональное питание, неблагоприятные условия труда и быта.

Патогенез. При рецидивах острых ангин лимфоидная ткань подвергается частичной дистрофии и некрозу, особенно при фолликулярных и лакунарных ангинах, и замещению ее соединительной тканью. Это является биологическим законом любого воспаления. Кровеносные сосуды при этом, питающие паренхиму миндалин, также склерозируются и частично облитерируются. В результате скле-

Лекция 18. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Прежде чем начать изложение темы лекции, сначала проиллюстрируем случаем из практики.

Мальчик К. – 7 лет. Мама предъявляет жалобы на затрудненное носовое дыхание, снижение слуха, храп во время сна. Ребенок бледный, у него удлинненное лицо, несколько полуоткрытый рот. При осмотре полости рта – верхние зубы растут неправильно, верхняя челюсть выступает вперед. При задней риноскопии определяется опухолевидное образование мягкой консистенции, распространяющееся на устье слуховых труб, чем и обусловлено снижение слуха. Необходимо пояснить, что затрудненное носовое дыхание обуславливается механическим препятствием на пути прохождения воздуха, застойными явлениями в носу, хроническим воспалением слизистой задних отделов носа, которое всегда сопровождает гипертрофию глоточной миндалины. Воспаление же слизистой оболочки задних отделов носа, богатых железами, ведет к усиленной продукции слизи, которая еще больше затрудняет носовое дыхание. Причем, носовое дыхание больше затруднено ночью, когда ребенок лежит, и по закону тяжести слизь стекает в носоглотку, что является одной из причин храпа по ночам и беспокойный сон с частыми перерывами вследствие испуга или сновидений. После сна ребенок встает вялым и усталым. В свою очередь, затрудненное носовое дыхание заставляет ребенка держать рот открытым, отчего нижняя губа постепенно растягивается и отвисает. Следовательно, у данного ребенка имеются аденоиды или аденоидные разрастания (гипертрофия глоточной миндалины). Этому ребенку необходимо провести аденотомию – удаление гипертрофированной носоглоточной миндалины.

Заболевания ЛОР-органов у детей встречаются намного чаще, чем у взрослых. Это обусловлено, прежде всего, клинико-анатомическими особенностями ЛОР-органов у детей (табл. 6).

Таблица 6

Клинико-анатомические особенности ЛОР-органов у детей

Особенности анатомической структуры	Клиническое значение
Ухо	
Узкий наружный слуховой проход	Трудность проведения отоскопии
Отсутствие костной части наружного слухового прохода	Положительная реакция на трагусы при средних отитах
Горизонтальное положение барабанной перепонки	Необходимость оттягивания ушной раковины книзу при отоскопии
Опознавательные пункты барабанной перепонки не выражены	Трудность трактовки изменений в барабанной полости
Барабанная перепонка толще, легко растяжима	При отоскопии барабанная перепонка мутная, розовая, что создает трудности для самостоятельной перфорации при отитах и более частому применению парацентеза

Таблица 6 (окончание)

Наличие дегисценций в фаллопиевом канале и в стенках барабанной полости	Возможность развития внутричерепных осложнений при острых гнойных средних отитах
В полости среднего уха у новорожденных имеются остатки миксоидной ткани	Возможность развития экссудативных отитов
У детей до 3х лет отсутствуют клетки сосцевидного отростка, имеется антрум	Возможность развития антрита
Слуховая труба: а) широкая, короткая б) горизонтально расположена в) глоточное отверстие низко расположено, зияет	Предрасположенность к развитию среднего отита
<i>Глотка</i>	
Наличие лимфоузлов в заглочном пространстве	Возможность развития заглочного абсцесса
Гипертрофия лимфоидного глоточного кольца (аденоидные вегетации)	Защитная функция несовершенна. Затруднение носового дыхания. Раздражительность. Нарушение развития лицевого скелета. Ночное недержание мочи
<i>Нос и ОНП</i>	
Полость носа у детей ниже, короче и уже, чем у взрослых	Узость носовых ходов является причиной полного прекращения дыхания при малейшем отеке слизистой носа; значительно нарушается аэрация и дренажная функция околоносовых пазух
У новорожденных хорошо развиты передние решетчатые пазухи; по мере роста и развития детей появляются и увеличиваются зачатки верхнечелюстной, клиновидной и лобных пазух	Способствует возникновению остеомиелита верхней челюсти, чаще всего гематогенного
Верхняя челюсть обильно васкуляризирована и содержит зачатки молочных и постоянных зубов	Является причиной неудачных попыток дренировать верхнечелюстную пазуху через нижний носовой ход
Высокое стояние дна верхнечелюстной пазухи	В этом случае наиболее безопасен хирургический доступ через верхнюю (глазничную) стенку верхнечелюстной пазухи
<i>Гортань</i>	
Воронкообразная форма, высоко расположена	Предрасположенность к попаданию инородных тел
Недоразвитие хрящей	Нежелательное проведение хирургических вмешательств
Подскладочное пространство: а) самое узкое место б) обилие рыхлой клетчатки в) богатое кровоснабжение Желудочковые складки нежные, богаты сосудами и лимфоидной тканью	Возможность развития острого стенозирующего ларинготрахеита

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся заболевания ЛОР-органов у детей. Первым среди них – **острый гнойный средний отит**. Отит у детей – это вторичное заболевание, возникающее, как правило, после ОРВИ, у новорожденных причиной может быть пупочный сепсис. По данным Л. С. Страчунского отиты у детей составляют до 70 % среди всех заболеваний ЛОР-органов. В более старшем возрасте, имеющаяся у детей гипертрофия лимфоидной ткани глотки, хронический тонзиллит и аденоиды так же способствуют частому возникновению отитов и затяжному их течению. Однако кроме анатомических особенностей имеются и клинические особенности течения и диагностики отита у детей.

Клиника. Отит у детей, как правило, начинается остро, внезапно. Температура поднимается до 39-40 °С. При тяжелой форме, особенно у грудных детей, может возникнуть явления менингизма: рвота, запрокидывание головы, выпячивание родничка, напряжение конечностей, обусловленные повышением давления в черепе за счет не заросшей *fissura petrosquamosa*. Часто наблюдаются желудочно-кишечные расстройства в виде поноса, рвоты и, в связи с этим, падение в весе – возникает парентеральная диспепсия. Поэтому нередко врачу приходится дифференцировать это состояние между диспепсией и острым средним отитом. Ребенок становится беспокойным, много плачет, отказывается от груди. В связи с тем, что барабанная перепонка у детей значительно толще, чем у взрослых, самопроизвольный прорыв гноя затруднен, что приходится чаще прибегать к диагностической манипуляции – парацентезу. Трудности диагностики обусловлены тем, что наружный слуховой проход у детей намного уже, чем у взрослых, а сама барабанная перепонка расположена ближе к горизонтальной плоскости и поэтому чем младше ребенок, тем труднее произвести отоскопию. Имеются косвенные симптомы, которые могут облегчить диагностику острого отита у грудных детей:

- *появление выпячивания родничка и менингеального синдрома;*
- *наличие анизокории* (зрачок на стороне больного уха расширяется при дегисценции передней стенки барабанной полости – раздражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии);
- *легкое расширение глазной щели и сглаженность носогубной складки на стороне поражения* (при дегисценции канала лицевого нерва);
- *ребенок может сосать, лежа на больной стороне* (широкая слуховая труба заполняется слизью из носоглотки, не создается отрицательного давления в больном ухе).

Лечение отитов у детей проводится по такой же схеме, что и у взрослых. Грудным детям из сосудосуживающих препаратов применяется отривин 0,05% или 0,05% виброцил – по 2 капли или раствор адреналина 1:10 000 в каждую половину носа 4-7 раз в день (перед кормлением), 0,05% раствор називина. Назначается согревающий компресс на область сосцевидного отростка с водкой или спиртом (соотношение 1:2) продолжительностью не более 2-х часов. Из антибактериальных препаратов применяется цедекс, относящийся к группе цефалоспоринов, который детям назначается с 6-ти месяцев в виде суспензии для приема внутрь из расчета 9 мг/кг/сут. (максимум 400 мг/кг/сут.). Детям с массой тела более 45 кг или в возрасте более 10 лет препарат назначается в рекомендуемой для взрослых дозе.