

## Глава 2

### Заболевания глотки, травмы и инородные тела глотки

#### 2.1 ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ

##### 2.1.1 Кровотечения после тонзиллэктомии

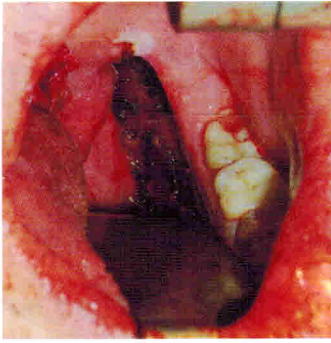
Одно из наиболее частых и опасных осложнений тонзиллэктомии — **глобальное кровотечение**. Различают *первичные*, возникающие во время операции, и *вторичные*, в послеоперационном периоде, кровотечения. Вторичные кровотечения могут быть *ранними* в первые сутки после операции, чаще всего в первые 5 ч, и *поздними* — со 2-х суток после операции.

Кровотечения бывают артериальными, венозными и паренхиматозными. Наиболее опасны артериальные кровотечения из крупных сосудов — наружной и внутренней сонных, восходящей глоточной, язычной артерий при их травме во время операции или аррозии стенки при флегмонозном процессе, осложнившимся послеоперационный период.

При **артериальном кровотечении** внезапно пульсирующая алая кровь наполняет полость рта и глотки, струей вытекает наружу. От быстроты действий врача в это время зависит жизнь больного. Необходимо немедленно прижать кровоточащее место в нише миндалины, а также на уровне гортани прижать позвоночнику общую сонную артерию (помощник немедленно приступает к перевязке наружной сонной артерии). Если кровотечение не останавливается, то перевязывают общую сонную артерию. После этой операции производят гемостаз в соответствии с объемом кровопотери.

**Кровотечение из артерий более мелкого калибра** также может быть обильным, но обычно останавливается после прижатия их в ране йодированным тампоном или Губкой гемостатической коллагеновой\*. После остановки кровотечения следует захватить сосуд в ране зажимом Кохера и над ним перевязать шелковой нитью, прошив ткани. Если сосуд не удастся перевязать, следует тампонировать нишу и сшить небные дужки.

**Венозное кровотечение** отличается от артериального темной кровью, медленным наполнением ниши, обычно в нижнем ее полюсе. Оно менее опасно, чем артериальное, и легче устраняется с помощью тампонады. Техника его остановки аналогична таковой при артериальном кровотечении.



**Рис. 2.1.** Тонзиллярная ниша после лазерной коагуляции

При кровоточивости всей поверхности тонзиллярной ниши кровотечение расценивают как **паренхиматозное** (капиллярное). Для его остановки применяют вещества, повышающие свертываемость крови: вливания 10% раствора кальция хлорида или кальция глюконата, 5% аскорбиновой и аминокaproновой кислоты, подкожное введение 1% раствора менадиона натрия бисульфит (Викасола\*), 20 мл желатина, 25–30 мл сыворотки и др. Гемостатический эффект дает дробная гемотрансфузия по 50–100 мл. Местно применяют тампонаду ниши марлевыми тампонами, пропитанными спиртовым раствором йода, этанолом, водорода пероксидом, а также с порошком аминокaproновой кислоты, сухим тромбином, сухой плазмой, тромбопластином. Часто паренхиматозное кровотечение останавливается после инфильтрации ниши раствором прокаина (Новокаина\*) или тримекаина. При неэффективности тампонады ниши можно выполнить лазерную коагуляцию поверхности тонзиллярной ниши (**рис. 2.1**). Над тампоном выполняют шивание небных дужек двумя нитями: у верхней и нижней их третей. После проведения нитей через дужки их двойные концы связывают. Снимают швы через 36–48 ч.

**Вторичные кровотечения** также могут быть артериальными, венозными, паренхиматозными и возникают при несоблюдении больным постельного режима, отрыве тромба при сильном кашле, вследствие некроза стенок сосудов при гнойном осложнении послеоперационного периода.

Наиболее опасны *ранние вторичные кровотечения*, возникающие в первые часы после тонзиллэктомии по прекращении действия местной анестезии. Чаще всего источник кровотечения — сосуды нижнего отдела ниши. Кровь при этом незаметно затекает в пищевод. Для предотвращения этого больной должен лежать на боку, ему запрещается глотать слюну, он должен осторожно сплевывать ее. При скрытом кровотечении отмечают резкую бледность кожного покрова, нитевидный пульс, может быть рвота свежей кровью, коллапс. В тонзиллярной нише обычно определяется кровяной сгусток, который следует удалить, поскольку под ним возможно продолжение кровотечения. Необходимо принять меры для устранения кровопотери.

*Поздние вторичные кровотечения* могут возникать на 8–15-е сутки после тонзиллэктомии, чаще при нарушении режима в домашних условиях. Тактика врача такая же, как при ранних глоточных кровотечениях.

При тонзиллэктомии вследствие размождения миндалин возможно распространение инфекции контактным или лимфатическим путем, что приводит к возникновению воспалительных процессов в парафарингеальном пространстве, корне языка, дне полости рта, регионарных лимфатических узлов. Распространение инфекции гематогенным путем обуславливает образование септических тромбов шейных вен, нагноение гематом, сепсис с метастазами различной локализации. Для ликвидации гнойных процессов, развившихся



в области и области шеи, требуется раннее оперативное вмешательство — расширение и дренирование, применение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия.

Из других осложнений тонзиллэктомии следует иметь в виду подкожную эмфизему, пневмонию, абсцесс и ателектаз легкого, парезы отдельных нервов или их ветвей — подъязычного, блуждающего, симпатического, возникающие при повреждении их во время анестезии или грубом оперировании. Очень редкими, но опасными для жизни являются внутричерепные осложнения: менингит, тромбоз синусов мозговых оболочек, абсцесс мозга.

## 2.1.2. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс

Паратонзиллит — это воспаление паратонзиллярной клетчатки. Паратонзиллит относится к частым заболеваниям, основную роль в возникновении этого заболевания отводят хроническому тонзиллиту в стадии декомпенсации, который диагностируют более чем у 80% больных паратонзиллитом. В большинстве случаев паратонзиллитом болеют в возрасте от 15 до 30 лет, заболевание одинаково часто поражает мужчин и женщин. У детей до 10 лет и лиц старше 40 лет паратонзиллит возникает редко.

Проникновению инфекции из миндалина в паратонзиллярную клетчатку способствуют глубоко пронизывающие миндалину крипты, особенно в верхнем полюсе. Частые обострения хронического тонзиллита сопровождаются процессами рубцевания, в частности в области устья крипт, небных дужек, где образуются сращения их с миндалиной. Этот процесс затрудняет дренаж крипт, что способствует активности инфекции и распространению ее через капсулу миндалина. В области верхнего полюса миндалина вне ее капсулы локализируются слюнные железы Вебера, которые вовлекаются в воспаление при хроническом тонзиллите и могут передать инфекцию непосредственно в паратонзиллярную область, которая в верхнем полюсе представлена рыхлой клетчаткой. Иногда в надминдалиновом пространстве в толще мягкого нёба имеется добавочная долька; если она оставлена при тонзиллэктомии, то создаются условия для развития здесь абсцессов.

В части случаев паратонзиллит может иметь одонтогенную природу, нельзя исключить гематогенный путь поражения паратонзиллярной клетчатки при острых инфекциях и травматический характер возникновения заболевания.

Наиболее часто при паратонзиллитах встречается смешанная микрофлора: стрептококк в сочетании с кишечной палочкой или со стафилококком, нередко обнаруживается гемолитический стрептококк, встречаются пневмококк, негемолитический стрептококк, дифтерийная палочка, грибы и др.

По клинико-морфологическим изменениям выделяют три формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную и абсцедирующую. Отечная форма воспаления бывает очень редко, инфильтративная — у 15–20%, в большинстве случаев наблюдается абсцедирующая форма — у 75–90% больных.

**Клиническое течение.** Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс чаще возникают на фоне ангины или через несколько дней после ее завершения. Как правило, воспалительный процесс носит односторонний характер, но наблюдается и двустороннее поражение паратонзиллярной клетчатки. Абсцесс

образуется вследствие гнойного расплавления паратонзиллярного инфильтрата. Заболевание начинается с появления боли при глотании, которая постепенно становится постоянной и резко усиливается при попытке проглотить слюну, иррадирует в ухо, зубы. Появляются головная боль, общая разбитость, температура тела повышается до фебрильных цифр, больные отказываются от пищи и питья. Возникает выраженный тризм жевательной мускулатуры. Речь становится невнятной и гнусавой. В результате воспаления мышц глотки и шейного лимфаденита возникает болевая реакция при поворотах головы, больной наклоняет голову набок и поворачивает ее при необходимости вместе со всем корпусом.

В крови лейкоцитоз до  $(10-15) \times 10^9/\text{л}$ , формула крови сдвигается влево, увеличивается СОЭ. Общее состояние больного становится тяжелым не только потому, что имеется гнойное воспаление в глотке и интоксикация, но и в связи с мучительной болью в горле, нарушением сна, невозможностью проглотить жидкость и голоданием.

Выделяют несколько локализаций паратонзиллярного абсцесса:

- супратонзиллярная локализация (передневерхняя) встречается в 73% случаев (абсцесс локализуется между капсулой миндалины и верхней частью передней нёбной дужки);
- задняя локализация встречается в 16% случаев (абсцесс локализуется между нёбной миндалиной и задней дужкой);
- нижняя локализация встречается в 7% случаев (абсцесс локализуется между нижним полюсом миндалины и боковой стенкой глотки);
- боковая локализация (латеральная) встречается в 4% случаев (абсцесс локализуется между средней частью миндалины и боковой стенкой глотки).

При **передневерхнем** или **переднем паратонзиллите** отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалины вместе с нёбными дужками и мягким нёбом к средней линии, поверхность которого напряжена, инфильтрирована и гиперемирована, что обуславливает асимметрию мягкого нёба и зева. Нёбный язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена также кверху и кзади, подвижность мягкого нёба резко ограничена (**рис. 2.2**).

**Задний паратонзиллит**, локализуясь в клетчатке между задней нёбной дужкой и миндалиной, может распространиться на дужку и боковую стенку глотки, которая резко утолщается (до толщины мизинца), инфильтрирована, гиперемирована, отечна. При фарингоскопии отмечаются отек и инфильтрация, которые распространяются на мягкое нёбо, нёбный язычок и слизистую оболочку гортани, вследствие чего возникает опасность стеноза гортани. Нёбная миндалина не изменена, оттеснена кпереди, передняя нёбная дужка интактна.

**Нижний паратонзиллит** имеет менее выраженные фарингоскопические признаки. Отмечаются лишь отек и инфильтрация нижней части передней дужки, однако субъективные проявления болезни при этой локализации значительны.



**Рис. 2.2.** Паратонзиллит справа, катаральная ангина



В процесс обычно вовлекается и прилежащая часть корня языка, иногда наблюдается отек слизистой поверхности надгортанника.

**Варужный, или боковой, паратонзиллит** встречается реже остальных форм, однако является наиболее тяжелым, при этой локализации выражены отечность и инфильтрация мягких тканей шеи на стороне поражения, кривошея, тризм. Со стороны глотки воспалительные изменения бывают меньше. Отмечаются умеренное выбухание всей миндалины и отечность окружающих ее тканей.

**Клиническое течение.** Начало паратонзиллита острое. Состояние больных тяжелое, температура тела достигает высоких показателей. Больных беспокоят общая слабость, мучительная боль в горле при глотании, тризм, слюноотделение. Голова из-за резкой боли наклонена в больную сторону. Кожный покров бледный, на лице страдальческое выражение, изо рта резкий запах. Голос становится гнусавым. Фарингоскопическая картина зависит от локализации фюкуса воспаления, установление ее затруднено из-за тризма. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации (**рис. 2.3**). В крови лейкоцитоз [до  $(18-20) \times 10^9/\text{л}$ ], нейтрофилез (до 75–85%), СОЭ увеличена, умеренная анемия.

Паратонзиллит нужно дифференцировать от токсической формы дифтерии, скарлатины, ангины Симановского–Плаута–Венсана, лейкоемического инфильтрата, твердого шанкра, злокачественных новообразований глотки. Прогноз при паратонзиллите обычно благоприятный, но следует принимать меры для предотвращения развития более тяжелых осложнений — паратонзиллярного и парафарингеального абсцессов, тонзиллогенного медиастинита, тонзиллогенного сепсиса.

**Лечение.** При отечной и инфильтративной формах в течение 2–3 сут показана интенсивная противовоспалительная терапия: в основном антибиотики пенициллинового ряда [феноксиметилпенициллин, амоксициллин + клавулановая кислота (Амоксиклав\*), амоксициллин], цефалоспорины (цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон), макролиды [кларитромицин, мидекамицин (Макропен\*)], проводят гипосенсибилизирующую, дегидратационную, анальгезирующую и витаминотерапию. Местно применяют полоскания глотки теплыми дезинфицирующими растворами, антибиотиками. При затруднении полоскания из-за тризма можно назначить орошение полости рта с помощью резиновой клетчатки. В некоторых случаях целесообразно вскрытие паратонзиллярной клетчатки, поскольку это ослабляет напряжение тканей, оказывает дренирующий эффект, предотвращает нарастание воспалительного процесса и может предупредить его переход в гнойную форму.

**Паратонзиллярный абсцесс** образуется вследствие гнойного расплавления паратонзиллярного инфильтрата.

**Клиническая и фарингоскопическая картина** паратонзиллярного абсцесса сходна с таковой при паратонзиллите. Различие состоит в том, что при



**Рис. 2.3.** Регионарный лимфаденит у больного с паратонзиллитом

## Глава 4

# Заболевания уха, травмы, ожоги, отморожения и инородные тела уха

### 4.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

#### 4.1.1. Отгематома

Ушиб ушной раковины характеризуется закрытым механическим повреждением мягких тканей ушной раковины, не сопровождаемым видимым нарушением их анатомической целостности. Чаще всего ушиб ушной раковины возникает в бытовых условиях или во время занятий спортом, когда не повреждается хрящ ушной раковины и не возникает подкожного или поднадхрящичного кровоизлияния. При выраженной травматизации кожи ушной раковины и переломах или размозжении хряща ушной раковины наблюдаются специфические признаки, позволяющие определить тяжесть повреждения ушной раковины. Одним из таких характерных признаков является появление кровоизлияния (отгематомы).

Отгематомой называется кровоизлияние между хрящом и надхрящницей ушной раковины или, иногда, между надхрящницей и кожей (**рис. 4.1**).

Причиной отгематомы является травма ушной раковины, которая чаще всего возникает у борцов, боксеров, лиц тяжелого физического труда или при длительном давлении на ушную раковину жесткого головного убора, твердой подушки или другого предмета, подкладываемого под голову, ударе по ушной раковине

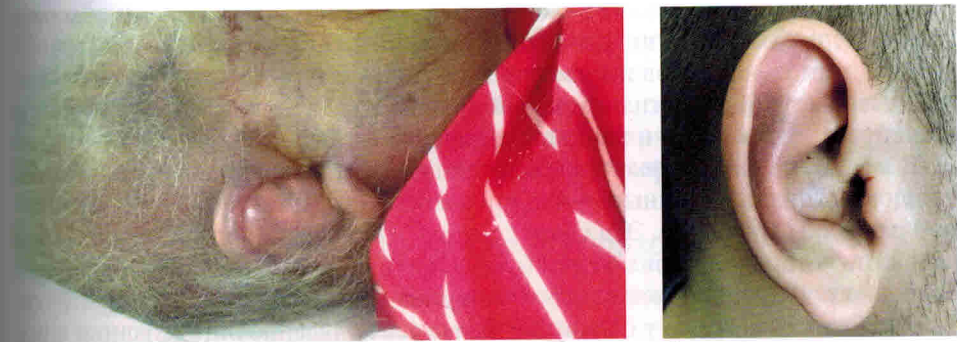


Рис. 4.1. Отгематома справа (а, б)



или падении на нее. Могут быть и спонтанно возникшие отгематомы от незначительного давления на ушную раковину у больных лейкозами, гемофилией, при авитаминозе, алиментарной дистрофии, инфекционных заболеваниях.

**Клиническое течение.** Отгематома чаще всего бывает в верхней части передней поверхности ушной раковины и имеет вид припухлости красновато-синего цвета, которая покрыта нормальной кожей, при пальпации флюктуирует, безболезненна, если нет перелома хряща.

**Лечение** отгематомы состоит в пункции с отсасыванием содержимого (крови, лимфы с примесью крови) и введении нескольких капель 5% настойки йода с целью вызвать запускание полости. На 3–5-е сутки накладывают давящую повязку. Если такое лечение оказывается неэффективным или появляются признаки нагноения гематомы, прибегают к ее вскрытию, промыванию полости раствором антибиотиков и дренированию раны.

#### 4.1.2. Перихондрит ушной раковины

Перихондрит ушной раковины — острое воспаление надхрящницы ушной раковины с распространением на кожу ушной раковины и перепончато-хрящевой части наружного слухового прохода. Заболевание начинается с серозного воспаления, которое при несвоевременном и неадекватном лечении может приводить к развитию гнойного воспаления. В далеко зашедших случаях при особо вирулентных возбудителях воспалительный процесс может распространяться на хрящ, при этом возникают его гнойное расплавление и секвестрация.

**Этиология.** В качестве этиологического фактора может выступать полимикробная ассоциация, однако чаще это синегнойная палочка. Способствующими факторами могут быть травма ушной раковины с образованием отгематомы, укусы насекомых, грызунов, домашних животных (кошки и собаки), расчесы кожи, ожоги и ссадины кожи ушной раковины, осложнение какого-либо кожного заболевания, хирургические вмешательства на ушной раковине или в заушной области. Нередко причиной перихондрита могут явиться фурункул наружного слухового прохода, герпетические высыпания на ней, грипп, туберкулез.

**Клиническое течение** заболевания характеризуется появлением местных и общих симптомов. Заболевание начинается с появления жжения и быстро нарастающей боли в ушной раковине. Боли сопровождаются появлением распространенной гиперемии кожи ушной раковины, ее отеком и инфильтрацией. При этом ушная раковина увеличивается, ее контуры и рельеф утрачивают естественные формы. Воспалительный процесс хряща и кожи ушной раковины может распространяться и на мочку ушной раковины.

В местах наиболее ярко выраженной гиперемии между надхрящницей и хрящом возникают гнойные очаги, придающие бугристость поверхности ушной раковины (рис. 4.2). Эти очаги сливаются в общую гнойную полость, при вскрытии которой под давлением выделяется гной, нередко с примесью крови, особенно при возникновении заболевания на фоне герпетического процесса.

Из общих симптомов у больных отмечают появление интоксикации с повышением температуры тела до 38–39 °С, недомоганием, слабостью, разбитостью, снижением аппетита и нарушением сна.



а



б

**Рис. 4.2.** Перихондрит левой ушной раковины (а, б)

**Диагностика** в типичных случаях затруднений не вызывает и опирается на наличие болевого синдрома, островковой с размытыми краями гиперемии, приобретающей бугристый характер, флюктуации. Следует дифференцировать перихондрит ушной раковины от рожистого воспаления, нагноившейся отгематомы, флегмоны.

**Лечение** начинают с назначения антибиотиков широкого спектра действия, в том числе и тех, к которым особенно чувствительна синегнойная палочка [эритромицин, тетрациклин, олеандомицин + тетрациклин (Олететрин<sup>а</sup>)] в обычной дозировке. Вместе с антибиотиками можно назначать внутрь и сульфаниламиды. Местно – примочки из этанола (70% Этилового спирта<sup>а</sup>), йода + [калия йодид + этанол] (Йода<sup>а</sup> в форме раствора для местного и наружного применения спиртового 5%) или 10% раствора серебра нитрата. Одновременно назначают физиотерапевтические процедуры (УВЧ, УФО, сверхвысокочастотную терапию, лазеротерапию).

При образовании эмпиемы ее вскрывают, удаляют гной, промывают полость растворами антибиотиков, производят кюретаж поверхности хряща для удаления некротизированных тканей. Разрез производят параллельно контуру ушной раковины либо применяют способ окончатого вскрытия по Ховарду, при котором выкраивают из кожи и надхрящницы мелкие квадратные пластинки с трех сторон и приподнимают их, отделяя от хряща. Применение этого способа препятствует образованию рубцовых деформаций ушной раковины. Полость абсцесса промывают 3–4 раза в сутки раствором соответствующего антибиотика и дренируют резиновыми дренажами.

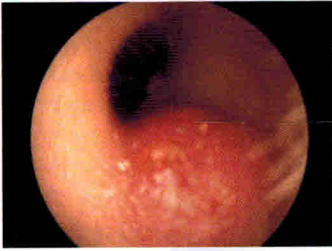
**Прогноз.** Своевременное комплексное лечение приводит к быстрому выздоровлению, однако при гнойном расплавлении хряща возникают рубцовые деформации ушной раковины, приводящие к ее обезображиванию.

### 4.1.3. Фурункул наружного слухового прохода

**Фурункул** – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей его соединительной ткани.

**Этиология.** Фурункул наружного слухового прохода возникает в перепончато-хрящевой его части при инфицировании стафилококком волосяного





**Рис. 4.3.** Фурункул наружного слухового прохода

является развитие воспалительного инфильтрата с появлением зуда и боли. Боли в ухе нарастают быстро и сопровождаются иррадиацией в соответствующую половину головы, резко усиливаются при жевательных движениях и в ночное время. При обструкции наружного слухового прохода воспалительным инфильтратом возникает снижение слуха по звукопроводящему типу. Воспалительный процесс сопровождается увеличением шейных и околоушных лимфатических узлов. Может повышаться температура тела до субфебрильных значений.

При отоскопии в начале заболевания в перепончато-хрящевой части наружного слухового прохода обнаруживают ограниченный инфильтрат с гиперемизированной кожей, которая постепенно увеличивается и частично перекрывает наружный слуховой проход (**рис. 4.3**). На вершине инфильтрата образуется желтоватый «капюшон», под которым обнаруживают скопление гноя. Фурункул может вскрыться самостоятельно, в этом случае выделяется желтовато-зеленоватый гной, после удаления которого на вершине инфильтрата можно обнаружить небольшое отверстие в виде кратера. При нескольких фурункулах, как правило, возникает полное закрытие просвета наружного слухового прохода. Клиническое течение усугубляется, возникает пастозность в заушной области с оттопыриванием ушной раковины, что может симулировать мастоидит.

**Диагностика.** Диагноз устанавливают на основании описанных выше клинических признаков.

**Дифференциальную диагностику** проводят с рядом заболеваний:

- экземой наружного слухового прохода, для которой не характерны сильные боли, а преимущественно зуд и мокнутие;
- острым диффузным наружным отитом, для которого характерно распространение процесса по всему наружному слуховому проходу с возможным распространением на хрящ ушной раковины;
- острым гнойным средним отитом с обязательной оценкой отоскопической картины;
- паротитом, при котором возможно образование свищей в наружный слуховой проход с гнойными выделениями.

Сочетание фурункула наружного слухового прохода с заушным лимфаденитом следует дифференцировать от острого мастоидита.

**Лечение.** Характер лечения определяется стадией развития патологического процесса. В начальной стадии применяют abortивное лечение.

фолликула, серной или потовой железы. Предрасполагающими факторами являются гнойное течение из среднего уха, скарификации кожи слухового прохода при неосторожном ее туалете, расчесы при зудящих дерматозах, авитаминоз, снижение общего иммунитета, сахарный диабет, туберкулез, аллергия.

**Клиническое течение.** В заболевании выделяют стадию инфильтрации, абсцедирования и разрешения. Особенностью клинической картины фурункула наружного слухового прохода

закключающееся во введении в наружный слуховой проход турунды с 25% раствором магния сульфата или диоксометилтетрагидропиримидином + хлорамфеникол (Левомеколь\*) в форме мази. Одновременно назначают анальгетики и УВЧ. В период абсцедирования, до самопроизвольного вскрытия абсцесса, возможна его инцизия. После вскрытия гнойника показаны дренирование полости фурункула, промывание полости растворами антисептиков и антибиотиков. Назначают антибактериальные препараты широкого спектра инъекционно или внутрь. В упорных случаях проводят курсы аутогемотерапии с УФО крови, назначают иммунопротекторы, витамины, антигистаминные препараты, вводят вакцину для профилактики стафилококковых инфекций или анатоксин стафилококковый.

#### 4.1.4. Острый диффузный наружный отит

Диффузный наружный отит характеризуется воспалением кожи всех отделов наружного слухового прохода с распространением на барабанную перепонку.

**Этиология.** Чаще всего диффузный наружный отит возникает как осложнение травмы кожи наружного слухового прохода при его туалете, манипуляциях, оперативных вмешательствах, длительном нахождении в слуховом проходе инородных тел и попадании гнойного отделяемого из среднего уха на кожу слухового прохода при хронических средних отитах. Воспалительный процесс также может быть вызван ожогом кожи наружного слухового прохода при термическом или химическом воздействии на нее. Как правило, инфицирование кожи вызвано грамотрицательными гноеродными микроорганизмами. Предрасполагающие факторы те же, что и при экземе наружного слухового прохода.

**Клиническое течение.** В начале заболевания больной может ощущать в наружном слуховом проходе зуд, чувство давления и распирания. В течение нескольких часов или одних суток начинает нарастать боль в ухе, усиливающаяся при жевательных движениях. Боль иррадирует в соответствующую половину головы. При отоскопии или эндоскопическом осмотре определяют диффузную гиперемию и отечность кожи наружного слухового прохода (рис. 4.4). На коже появляются эрозии и серозный выпот, который затем превращается в гнойные выделения. В дальнейшем явления воспаления прогрессируют, инфильтрат кожи и подкожной клетчатки увеличивается и полностью обтурирует наружный слуховой проход. Кожа резко утолщается

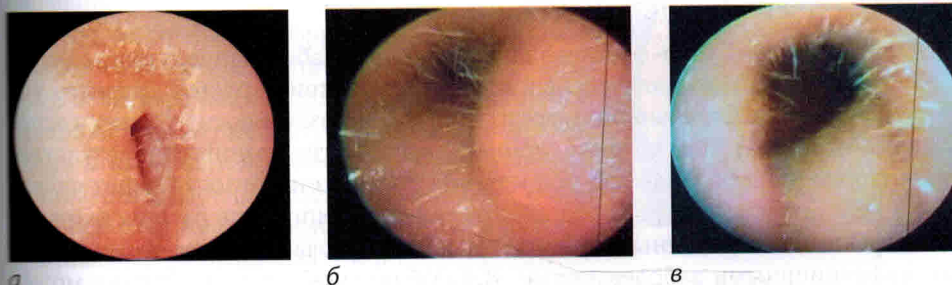


Рис. 4.4. Острый диффузный наружный отит (а–в)