

1. Методы исследования уха ..... 2	18. Заболевания наружного носа ..... 42
2. Врожденные заболевания уха ..... 4	19. Носовое кровотечение ..... 44
3. Травмы наружного уха ... 6	20. Заболевания носовой перегородки ... 48
4. Опухоли ушной раковины и наружного слухового прохода ..... 8	21. Неинфекционный ринит ..... 52
5. Наружный отит ..... 10	22. Простые носовые полипы ..... 54
6. Местные поражения барабанной перепонки ..... 14	23. Острый синусит ..... 56
7. Экссудативный средний отит ..... 16	24. Хронический синусит ... 60
8. Гнойный средний отит ..... 18	25. Функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух ..... 62
9. Холестеатома ..... 22	26. Аденоиды ..... 64
10. Осложнения гнойного среднего отита ..... 24	27. Переломы костей лица ..... 66
11. Отосклероз ..... 28	28. Опухоли носоглотки ..... 68
12. Микрохирургия среднего уха ..... 30	29. Опухоли околоносовых пазух ..... 70
13. Паралич лицевого нерва ..... 32	30. Обструкция носовых путей у детей ..... 72
14. Отогенное головокружение ..... 34	31. Обструкция гортани у детей ..... 74
15. Сенсоневральное снижение слуха ..... 36	32. Острый тонзиллит ..... 76
16. Реабилитация при глухоте ..... 38	33. Инфекции межфасциальных пространств шеи ..... 80
17. Клиническое обследование носа ..... 40	34. Доброкачественные поражения языка ..... 82

35. Лейкоплакия и карцинома языка ..... 84	45. Заболевания дна ротовой полости .. 108
36. Опухоли миндалин ..... 86	46. Заболевания подчелюстной железы ..... 110
37. Болезни неба ..... 88	47. Увеличение околоушной железы ... 112
38. Клиническое исследование гортани ..... 90	48. Восстановительная хирургия головы и шеи ..... 114
39. Хронический ларингит ..... 92	49. Паралич IX, X, XI и XII черепномозговых нервов ..... 116
40. Опухоли гортани ..... 94	50. ВИЧ-инфекция ..... 120
41. Инородные тела ..... 98	Клинические задачи ..... 122
42. Врожденные образования шеи ..... 100	Ответы на задачи ..... 159
43. Трахеостомия ..... 102	Предметный указатель ..... 174
44. Дивертикулы гортани и глотки ..... 106	

### Отоскопия

Наружное ухо следует осмотреть на наличие патологии, в том числе рубцов после возможной операции на среднем ухе. Наружный слуховой канал имеет S-образную форму, его можно выпрямить при оттягивании ушной раковины вверх и кзади, что дает в большинстве случаев хороший обзор барабанной перепонки (рис. 1). Нормальная барабанная перепонка серого цвета, полупрозрачная, в центре видна рукоятка молоточка (рис. 2). Нижняя часть перепонки очень тонкая и известна как *pars tensa* (натянутая часть). В верхней части перепонка толще и известна как *pars flaccida* (расслабленная часть).

### Камертоновые тесты

Для первоначальной оценки слуха можно использовать камертон частотой 512 Гц (рис. 3). Для дифференциальной диагностики проводящей (кондуктивной) глухоты, обусловленной заболеванием среднего уха, и воспринимающей (сенсоневральной) глухоты вследствие заболевания внутреннего уха используют тесты Ринне (Rinne) и Вебера (Weber).

### Аудиометрия

Тональная пороговая аудиометрия используется для определения порога слуха на целом ряде частот (рис. 4). Импедансометрия определяет растяжимость барабанной перепонки в ответ на изменение давления в слуховом канале. Она позволяет оценить давление в среднем ухе и наличие в нем жидкости.



Рис. 1. Осмотр уха при помощи отоскопа.

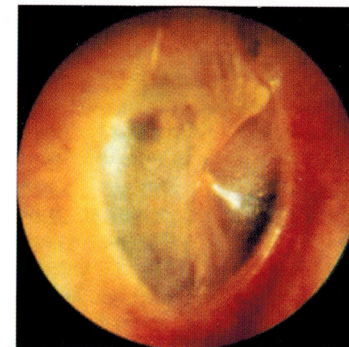


Рис. 2. Нормальная барабанная перепонка.



Рис. 3. Камертоновый тест Ринне для оценки слуха.



Рис. 4. Тональная пороговая аудиометрия.

## 2 Врожденные заболевания уха

### Клинические признаки

#### Наружное ухо

Ушная раковина может отсутствовать или быть недоразвитой (микротия) (рис. 5). Неполная облитерация первой жаберной дуги приводит к образованию врожденного свища, обычно спереди от завитка ушной раковины (helix) или козелка (tragus) (рис. 6). Свищ может инфицироваться, в этом случае показано его иссечение. Рядом с нормально расположенной ушной раковиной могут находиться дополнительные ушные придатки (рис. 7).

### Клинические признаки

#### Среднее ухо

Дефект цепи слуховых косточек часто сопровождается атрезией наружного слухового канала. Синдром Treacher-Collins включает врожденные анатомические дефекты среднего и наружного уха в сочетании с аномалией развития лицевого скелета.

### Лечение

Использование слухового аппарата с костной фиксацией и протезирование ушной раковины (рис. 8) значительно улучшили лечение этих состояний, особенно при двустороннем поражении. Аппарат фиксируется прямо к кости черепа с помощью винта, введенного через кожу непосредственно в кость.

#### Внутреннее ухо

Врожденные дефекты внутреннего уха обычно приводят к развитию тяжелых сенсоневральных поражений. Эта патология может быть наследственной. Поражение внутреннего уха может также произойти во время беременности матери и в перинатальном периоде; этиология включает инфекции, особенно краснуху и сифилис у матери, гемолитическую болезнь новорожденного и гипоксию плода во время родов.

### Лечение

При врожденных заболеваниях уха особенно важно выявить глухоту в раннем периоде. В этом случае своевременно начатое лечение позволяет оптимально развить речь в детском возрасте.



Рис. 5. Микротия.



Рис. 6. Предушной свищ.

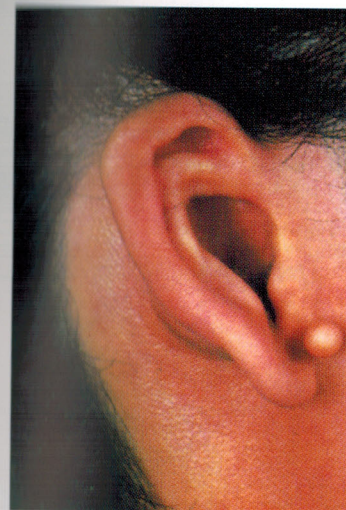


Рис. 7. Дополнительные ушные придатки.



Рис. 8. Слуховой аппарат с костной фиксацией.

**Этиология****Острый средний отит**

Острая инфекция среднего уха, часто возникает у маленьких детей. Обычно она развивается как часть инфекции верхних дыхательных путей, наиболее часто вызванной гемофильной палочкой (*Haemophilus influenzae*) и пневмококком (*Streptococcus pneumoniae*).

**Клинические признаки**

Возникают сильная боль и заложенность уха. Барабанная перепонка становится красной и выпуклой (рис. 27). Может произойти разрыв перепонки с последующим гноетечением.

**Лечение**

Назначают антибиотики внутрь (амоксциллин, ко-тримоксазол или эритромицин) и адекватное обезболивание.

**Острый мастоидит****Этиология**

Острый средний отит может осложниться острым мастоидитом, при этом происходит инфицирование пневматической системы сосцевидного отростка.

**Клинические признаки**

Ушная боль усиливается и возникает болезненность над антрумом сосцевидного отростка. Наружный слуховой проход может быть сужен за счет отека задне-верхней стенки. В запущенных случаях может возникнуть субпериостальный абсцесс, при этом ушная раковина отклоняется клереди (рис. 28). Диагноз подтверждается при КТ — обнаруживают затемнение ячеек сосцевидного отростка (рис. 29).

**Лечение**

Обязательно парентеральное введение высоких доз антибиотиков, однако при неэффективности антибиотиков или при формировании периостального абсцесса показано хирургическое дренирование посредством кортикальной мастоидэктомии.

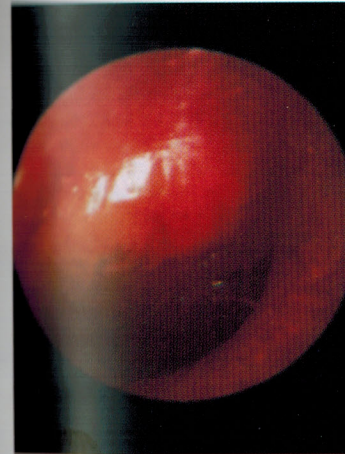


Рис. 27. Острый средний отит.

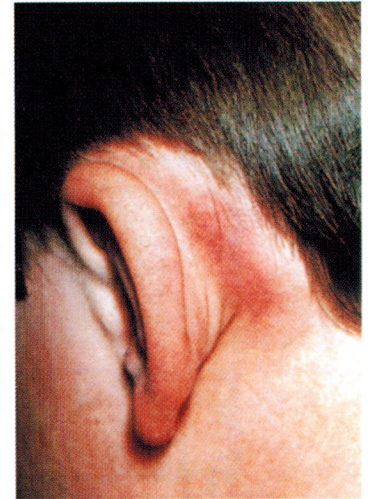


Рис. 28. Заушный отек и гиперемия при остром мастоидите.

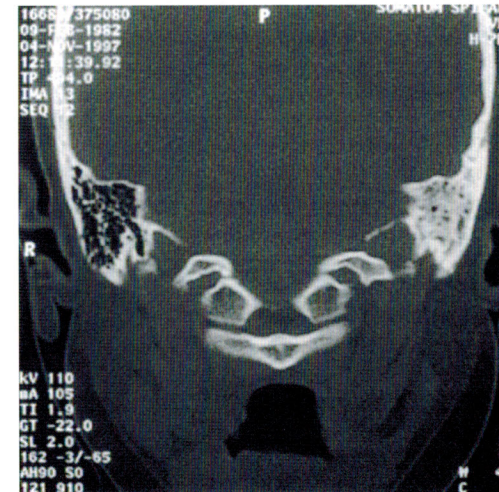


Рис. 29. На КТ при мастоидите видно затемнение в сосцевидном отростке.

## Техника

После удаления опухоли головы или шеи первичное закрытие послеоперационного дефекта тканей с сохранением адекватной функции бывает не всегда достижимо или косметически приемлемо. Хорошего результата можно добиться только путем пересадки ткани из других мест. Эти ткани можно использовать как подкладочные (для восстановления внутреннего дефекта слизистой) или покровные (для восстановления дефекта кожи).

*Невааскуляризованные свободные трансплантаты.* Они зависят от месторасположения реципиентной зоны, которое определяет возможности кровоснабжения трансплантата: возможна пересадка поверхностного слоя кожи, всего слоя кожи, собственно дермы, трансплантатов нервов и костей.

*Кожа на ножке.* Лоскут может быть выбран произвольно и иметь в этом случае неспецифическое кровоснабжение, или в соответствии с ходом определенной артерии, в этом случае он получает «именное» артериальное кровоснабжение, например, дельтопекторальный лоскут (рис. 159) или большой грудной кожно-мышечный лоскут (рис. 160).

*Ревааскуляризованные свободные трансплантаты.* Артерии и вены, снабжающие пересаженную ткань, реанастомозируют с сосудами реципиентной зоны. Включают радиальный лоскут предплечья (рис. 161) и лоскут тощей кишки.

*Внутренние органы на ножке.* Можно использовать желудок или толстую кишку.

Некоторые факторы ограничивают выбор лоскута для пересадки конкретному пациенту.

При использовании кожно-мышечных лоскутов и ревааскуляризованных свободных трансплантатов выстилание внутренней поверхности можно выполнить в один этап, что значительно уменьшает длительность госпитализации.

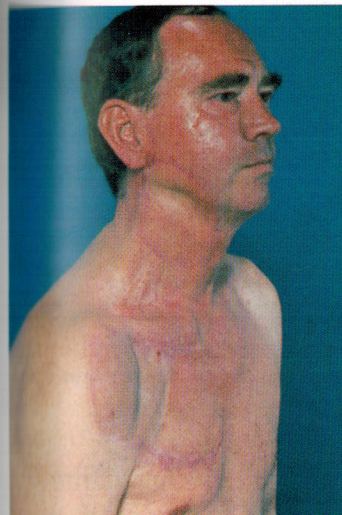


Рис. 159. Замена кожи шеи дельтопекторальным лоскутом.

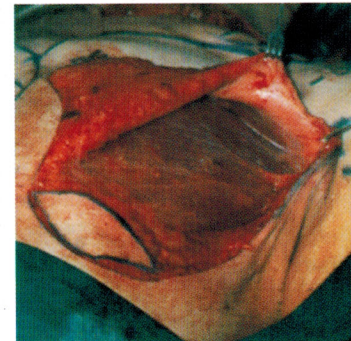


Рис. 160. Лоскут большой грудной мышцы прямо перед отслойкой.

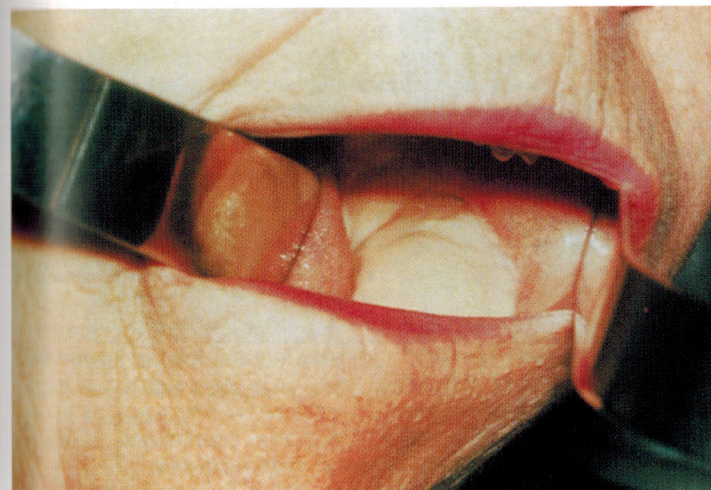


Рис. 161. Радиальный лоскут внутрь полости рта.