

ГОУ ВПО Тверская ГМА
Кафедра оториноларингологии с курсом детской
оториноларингологии

**Заболевания гортани. Военно-врачебная
экспертиза. ЛОР-диспансеризация.
Профессиональные заболевания ЛОР-органов
(тема 11)**

Учебно-методическое пособие
для самоподготовки студентов
лечебного и стоматологического факультетов

УДК 616.21/.22-057:614.29:355

З 125

Учебное пособие подготовили сотрудники кафедры оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии Тверской ГМА: *проф. Г. М. Портенко, доц. М. М. Михирева, доц. С. А. Юркин, к.м.н. К. Б. Добрынин, к.м.н. Н. А. Графская.*

Под редакцией зав. кафедрой *проф. Г. М. Портенко.*

Методические рекомендации утверждены на заседании методического совета ЦКМС ТГМА от 28 марта 2003 г.

З 125 **Заболевания гортани. Военно-врачебная экспертиза. ЛОР-диспансеризация. Профессиональные заболевания ЛОР-органов (тема 11): Уч-метод. пособие для самоподготовки студентов леч. и стомат. фак-ов / Под ред. Г. М. Портенко. — Тверь: РИЦ ТГМА. — 60 с.**

Пособие позволяет самостоятельно освоить заболевания гортани, вопросы военно-врачебной экспертизы, ЛОР-диспансеризации, ознакомиться с профессиональными заболеваниями ЛОР-органов.

Пособие составлено по унифицированной схеме: цель изучения учебной темы, изложение учебного материала, учебно-методический материал, учебные задания (задания в тестовой форме, ситуационные задачи и тестовый контроль по всему учебному материалу).

Рекомендуется использовать студентам лечебного и стоматологического факультетов для самоподготовки к практическим занятиям по оториноларингологии и к курсовому экзамену. Издание позволяет студенту проконтролировать уровень усвоения учебного материала.

Может быть использовано также интернами, клиническими ординаторами, семейными врачами.

УДК 616.21/.22-057:614.29:355

- © ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава и соц. развития РФ, 2004
- © Кафедра оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии, 2004
- © РИЦ ТГМА, 2004

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
1. Учебные элементы	5
2. Изложение учебного материала	10
3. Учебно-методический материал	47
4. Учебные задания	48
4.1. Задания в тестовой форме с эталонами ответов	48
4.2. Развивающие и творческие задания (ситуационные задачи) с эталонами ответов	51
4.3. Тестовый контроль по всему материалу темы № 11 с эталонами ответов	53
Библиографический список	60

Предисловие

В настоящее время задачи повышения качества учебного процесса и совершенствования учебно-методической работы в вузах решаются с помощью внедрения активных методов обучения и контроля знаний студентов. Составляя данное учебное пособие, мы ставили перед собой задачу активизировать самостоятельную работу студентов по изучению ЛОР-заболеваний с целью облегчения усвоения ими учебного материала, чему способствует также возможность проверки уровня усвоения учебной темы с помощью тестов и ситуационных заданий. Работа с ними облегчает подготовку к курсовому 3-этапному экзамену, т.к. позволяет закреплять навыки по работе с тестами и ситуационными заданиями.

Изучив данное учебно-методическое пособие студент будет иметь представление об основных заболеваниях гортани и их осложнениях, а также освоит основной дидактический и лечебный алгоритм. Сможет проводить военно-медицинскую экспертизу и диспансеризацию больных с заболеваниями ЛОР-органов, ознакомится с профессиональными заболеваниями ЛОР-органов. Будет знать диагностику опухолей ЛОР-органов и их лечение. Данное издание облегчает работу с основной учебной литературой, но ни в коей мере не заменяет учебник.

ТЕМА № 11

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ: ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ЛАРИНГИТ, ЛАРИНГОМИКОЗ, ОСТРЫЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ У ДЕТЕЙ, ОТЕК ГОРТАНИ, ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ МЫШЦ, ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПИЩЕВОДА, ОЖОГИ ПИЩЕВОДА. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛОР-ОРГАНОВ. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ. ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА. ЛОР-ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

1. УЧЕБНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ

Цель изучения темы: 1) изучить клинику и симптоматику, дифференциальную диагностику и принципы лечения больных с патологией гортани; 2) овладеть навыками расспроса больного с патологией гортани, навыками пальпации и осмотра гортани; 3) научиться ставить диагноз, проводить дифференциальную диагностику; 4) усвоить особенности течения острых ларинготрахеитов у детей, принципы ранней диагностики новообразований верхних дыхательных путей и неспецифических заболеваний; 5) изучить клинику инородных тел верхних дыхательных путей и пищевода; 6) изучить клинику ожогов пищевода; 7) изучить основы формирования диспансерных групп населения, знать заболевания, с которыми больные берутся на ЛОР-диспансеризацию, и динамику диспансерного наблюдения; 8) изучить приемы выявления симуляции, аггравации и диссимуляции глухоты; 9) изучить врачебную тактику при постановке профессионального заболевания, знать вопросы экспертизы временной нетрудоспособности при основных ЛОР-заболеваниях, вопросы военной экспертизы при заболеваниях ЛОР-органов.

После усвоения данной темы студент **должен знать**:

1. Общую симптоматику заболеваний гортани.
2. Дифференциальную диагностику различных форм ларингитов.
3. Принципы ранней диагностики и профилактики злокачественных заболеваний гортани.
4. Принципы лечения злокачественных заболеваний гортани и глотки, околоносовых пазух.
5. Клинику, симптоматику, принципы лечения доброкачественных опухолей верхних дыхательных путей.
6. Клинику, диагностику инфекционных гранулем верхних дыхательных путей (склерома, сифилис, туберкулез).
7. Принципы оказания неотложной помощи при стенозах гортани.
8. Принципы оказания неотложной помощи при инородных телах верхних дыхательных путей, пищевода.
9. Принципы оказания неотложной помощи при химических ожогах верхних дыхательных путей и пищевода.
10. Виды трахеотомий: верхняя, средняя, нижняя.
11. Основы формирования диспансерных групп населения.
12. Заболевания ЛОР-органов, подлежащие диспансерному наблюдению.
13. Динамику диспансерного наблюдения ЛОР-больных.
14. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности ЛОР-больных.
15. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.
16. Приемы выявления симуляции, аггравации, диссимуляции глухоты и тугоухости.
17. Вопросы военно-врачебной экспертизы ЛОР-органов.

После усвоения данной темы студент **должен уметь**:

1. Произвести коникотомию больному с асфиксией.
2. Произвести туалет трахеотомической трубки.

3. Произвести смену трахеотомической трубки больному с трахеостомой (канюленосителю).
4. Диагностировать ЛОР-заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению.
5. Диагностировать профессиональные ЛОР-заболевания.
6. Выявлять симуляцию полной глухоты.
7. Выявлять симуляцию односторонней глухоты.
8. Выявлять аггравацию тугоухости.
9. Определять годность призывников в специальные рода войск.

Разбираемые вопросы

Острые воспалительные заболевания гортани:

- Острый ларингит.
- Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей.
- Гортанная ангина.
- Флегмонозный ларингит.
- Хондроперихондрит гортани.
- Дифтерия гортани.

Хроническое воспаление гортани:

- Хронический катаральный ларингит.
- Хронический гиперпластический ларингит.
- Хронический атрофический ларингит.
- Аллергическая ларингопатия (хордопатия курильщика).

Заболевания нервного аппарата гортани:

- Расстройство чувствительности.
- Двигательные расстройства (судороги, парезы, параличи).

Стенозы верхних дыхательных путей:

- Формы стенозов:
 - молниеносные,

- острые,
- хронические,
- стойкие.
- Причины стенозов.
- Лечение острых стенозов:
 - коникотомия,
 - трахеостомия,
 - контролируемая трахеостомия,
 - медикаментозная или внутривенная трахеостомия,
 - продленная интубация гортани.

Инородные тела гортани.

Инородные тела трахеи.

Инородные тела бронхов.

Инородные тела пищевода.

Ожоги пищевода:

- Бужирование пищевода.

Инфекционные гранулемы гортани:

- Склерома.
- Туберкулез.
- Волчанка.
- Сифилис.

Опухоли гортани:

- Доброкачественные опухоли (гиперпластические узелки гортани, гемангиома голосовой складки, кисты, полип голосовой складки, папилломатоз гортани).
- Злокачественные опухоли (международная классификация рака гортани: Т 1–4 N 0–3 M 0–1, принципы ранней диагностики, профилактика, реабилитация).

Врачебно-трудовая экспертиза:

- Задачи врачебно-трудовой экспертизы.
- Виды ЛОР-экспертизы.

- Виды нетрудоспособности.
- Задачи КЭК.
- Задачи МСЭК (3 группы инвалидности).
- Группы диспансеризации.
- ЛОР-заболевания, требующие диспансерного наблюдения.

Профессиональные заболевания ЛОР-органов:

- Хронические рецидивирующие ларингиты — «истинные узелки певцов».
- Кохлеарный неврит при систематическом воздействии интенсивного производственного шума.
- Баротравма уха.
- Аллергозы верхних дыхательных путей.
- Заболевания верхних дыхательных путей, вызванные различными химическими веществами (ртуть, свинец и др.).

Военно-врачебная экспертиза:

- Задачи военно-врачебной экспертизы.
- Исследования, необходимые при отборе в мотопехоту.
- Способы выявления симуляции глухоты двусторонней (опыты Ломбарда, Говсева, Арандаренко, Кутепова), объективная аудиометрия (ауро-пальпебральный рефлекс Бехтерева, ауро-пупиллярный рефлекс Шурыгина, кожно-гальванический рефлекс (КГР) и ЗЗГ).
- Способы выявления симуляции односторонней глухоты (опыты Шварце, Маркса, Штенгера, Зилова).
- Способы выявления аггревации тугоухости (опыты Долгера, Остина, Вернике, Каспара, многократная тональная аудиометрия).

План изучения темы:

1. Информация о проведении занятия.
2. Программированный контроль знаний и опрос преподавателем.
3. Демонстрация слайдов по теме занятия.

4. Курация тематических больных.
5. Разбор курируемых больных.
6. Выполнение диагностических и лечебных мероприятий.
7. Решение ситуационных задач.
8. УИРС — обсуждение рефератов по теме занятия.

2. ИЗЛОЖЕНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

2.1. Острый ларингит

Острое катаральное воспаление слизистой оболочки гортани.

Этиология: главную роль играет местное и общее охлаждение, которое обуславливает активацию микробов, вегетирующих на слизистых оболочках. Предрасполагающие моменты:

- 1) перенапряжение голоса;
- 2) курение;
- 3) прием алкоголя;
- 4) сильный кашель.

Симптоматика: першение, жжение, сухость в горле, охриплость голоса или полная афония, иногда — субфебрилитет. При ларингоскопической картине: гиперемия и отечность слизистой оболочки всей гортани, гиперемия и утолщение голосовых складок, неполное смыкание голосовых складок, вязкая слизь.

Лечение: голосовой режим, антибактериальная, антигистаминная, отхаркивающая терапия, эндоларингиальное вливание лекарственных средств (гидрокортизон, трипсин и т. д.), эндоларингиальные ингаляции (щелочные, с фурациллином и др.).

2.2. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей (ложный круп)

Отек подскладкового пространства гортани плюс ларингоспазм. Наиболее часто болеют дети в возрасте до 5 лет, т.к. у них имеется рыхлая клетчатка в подскладковом пространстве гортани.

Симптоматика: после перенесенного ринофарингита повышение температура тела до субфебрильных цифр, лающий кашель. Ночью внезапный приступ удушья, сильное беспокойство ребен-

ка, инспираторная одышка, шумное дыхание, кашель. Голос сохранен. Приступ удушья — от нескольких минут до получаса. При ларингоскопической картине: под голосовыми складками определяются валики красного или серо-красного цвета, голосовая щель сужена. Предрасполагающим моментом является аллергия.

Лечение: хорошее проветривание помещения, увлажнение воздуха с помощью мокрых простыней, отвлекающая терапия (горчичники на спину, ножные горячие ванны), возникший спазм гортани снять, вызвав рвотный рефлекс (надавить шпателем на корень языка) или чихание (пощекотать ваткой в носу), антибактериальная, антигистаминная, гормональная, противоотечная терапия, при необходимости — продленная интубация трахеи, трахеостомия.

2.3. Гортанная ангина

Острый воспалительный процесс лимфоидной ткани, заложенной в стенках морганиевых желудочков и черпалонадгортанных складках.

Симптоматика: боль при глотании, охриплость, повышение температуры тела, иногда — затруднение дыхания. При ларингоскопической картине: инфильтрация и гиперемия черпалонадгортанных и желудочковых складок, выпадение морганиевых желудочков с сужением голосовой щели.

Лечение в стационаре: постельный режим, антибактериальная, антигистаминная, противоотечная терапия, при нарастании стеноза — трахеостомия.

2.4. Флегмонозный ларингит

Диффузное гнойное воспаление подслизистого слоя, мышц гортани, межмышечной клетчатки, которое возникает в результате внедрения в эти ткани гноеродной инфекции.

Симптоматика: тяжелое общее состояние, повышение температуры тела, ознобы, очень сильная боль при глотании, охриплость, иногда — затруднение дыхания. При ларингоскопической картине: ограниченная или диффузная гиперемия и инфильтрация пораженных частей гортани, иногда — формирование абсцесса (возвышение с небольшим участком желтого цвета), чаще надгортанника.

Лечение: покой, при наличии абсцесса — вскрытие гортанным ножом Тобольда, при нарастании асфиксии — трахеостомия, антибактериальная, антигистаминная, гормональная, противотечная терапия.

2.5. Хондроперихондрит гортани

Воспаление надхрящницы, которое вызывает трофические изменения в хрящах гортани. Этот процесс сопровождается обычно нагноением, некрозом и секвестрацией хряща.

Этиология: травма гортани, инородные тела гортани, длительная интубация, длительное пребывание назогастрального зонда, операции на гортани, специфическое поражение.

Классификация:

- 1) наружные и внутренние перихондриты;
- 2) ограниченные и диффузные.

Симптоматика: при наружном перихондрите — боль при глотании, припухлость, флюктуация, болезненность при пальпации гортани, при возникновении свища зондируется обнаженный хрящ. При внутреннем перихондрите — боль в области гортани, усиливающаяся при глотании, фонации, охриплость, кашель и нарастающее затруднение дыхания. При ларингоскопической картине: инфильтрация, отечность, гиперемия пораженного участка или всей гортани, иногда свищ, через который выделяется гной.

Лечение в стационаре: постельный режим, антибактериальная, антигистаминная, гормональная терапия, при нарастании асфиксии — трахеостомия, при необходимости — ларингофиссура с удалением секвестрируемых участков.

2.6. Дифтерия гортани (истинный круп)

Первичное поражение гортани и трахеи дифтерией наблюдается редко. Чаще это заболевание возникает вторично в комбинации с дифтерией глотки или носа (нисходящий круп).

Симптоматика в зависимости от стадии дифтерии:

1-я стадия — стадия катаральных явлений. У больного осиплость, «лающий» кашель, повышение температуры тела. Длительность — 2–8 дней.

2-я стадия — появление фибриновых пленок на голосовых складках и в подскладковом пространстве, отек и спазм. У больного афония, одышка и затруднение дыхания, периодическое отхаркивание пленок и временное улучшение дыхания. Если не введена противодифтерийная сыворотка и не сделана интубация, то наступает 3-я стадия.

3-я стадия — асфиксия. Без врачебной помощи наступает смерть больного.

При ларингоскопической картине: в области голосовых складок и подскладкового пространства (чаще всего) видны пленки бело-серого или грязно-серого цвета, на месте отделившейся пленки видны дефекты, покрытые сгустками крови.

Лечение: госпитализация в инфекционное отделение. Введение противодифтерийной антитоксической сыворотки, дезинтоксикационная и дегидратационная терапия, при явлениях стеноза III степени и асфиксии — интубация и при необходимости — трахеостомия.

2.7. Хронический ларингит

Хроническое воспаление слизистой оболочки гортани. Предрасполагающие причины: дыхание ртом, гиперсекреция в вышележащих отделах (втекание секрета в гортань), перенапряжение голоса, профессиональные или бытовые факторы, употребление раздражающей пищи и алкоголя, постоянный кашель из-за хронических заболеваний нижних дыхательных путей.

Классификация:

- 1) катаральный;
- 2) гипертрофический;
- 3) атрофический.

Симптоматика: при хроническом катаральном ларингите возникают расстройства местного кровообращения застойного характера, мелкоочечная инфильтрация, утолщение плоского эпителия голосовых складок и увеличение слизистых желез желудочковых складок. Жалобы на охриплость, першение в горле, кашель, слизистую мокроту. При ларингоскопической картине: умеренно выраженная гиперемия слизистой оболочки, главным

образом голосовых складок, на которых видны расширенные кровеносные сосуды.

При хроническом гипертрофическом ларингите определяется разрастание эпителиального слоя и подслизистой ткани. Различают разлитую и ограниченную формы. При ларингоскопической картине: разлитая форма — равномерное утолщение слизистой оболочки гортани, ограниченная форма — «узелки певцов», пахидермии, выпадение морганиева желудочка, подскладковый ларингит.

При хроническом атрофическом ларингите определяется атрофия, истончение слизистой оболочки гортани, которая покрыта густой вязкой слизью, засыхающей в корки. При ларингоскопической картине: слизистая оболочка тонкая, бледная, сухая, покрыта вязкой слизью и корками.

Лечение: при катаральной и атрофической формах — симптоматическое, при гипертрофической — хирургическое (эндоларингиальная биопсия плюс-ткани с помощью гортанного выкусывателя Кардеса).

2.8. Аллергическая ларингопатия (хордопатия курильщика или отечный ларингит Рейнке-Гайека)

Часто наблюдается у курильщиков. Беспокоит охриплость. При непрямой ларингоскопии: валикообразное отечное утолщение голосовых складок, свободные края, которых часто баллотируют в такт прохождения воздуха.

Лечение: ограничение курения или его прекращение, смена марки сигарет, гипосенсибилизирующая терапия внутрь или в виде ингаляций, при полипозной форме рекомендуется частичное скисывание выкусывателем Кардеса.

2.9. Расстройства чувствительности гортани

Анестезия гортани может быть вызвана периферическим поражением блуждающего нерва при ранениях, после операции на шее, при опухолях, после дифтерии. При поражении центральной нервной системы анестезия возникает при гемиплегии, бульбарном параличе, синингомиелии, истерии.

Гиперестезия гортани возникает при острых и хронических ларингитах (особенно при злоупотреблении алкоголем и курением), а также у неврастеников.

Парестезия гортани может быть вызвана воспалением, опухолью, а также быть рефлекторной (со стороны глотки, наружного слухового прохода), при неврастении, истерии, фобиях.

Лечение: причинное.

2.10. Двигательные расстройства гортанных мышц

2.10.1. Судорога гортанных мышц (ларингоспазм) наблюдается при раздражении гортани, смазывании ее, попадании в гортань инородных тел, при бульбарных поражениях, истерии. Спазм характеризуется кратковременностью приступа и сопровождается временной остановкой дыхания, шумным инспираторным стридором. Лечение: отвлекающая терапия во время спазма (дать выпить воды, вызвать чихание), седативные препараты.

2.10.2. Парезы и параличи гортанных мышц могут быть миопатическими и неврогенными. Миопатические парезы и параличи возникают в результате воспалительных изменений во внутренних мышцах гортани (при острых и хронических ларингитах, инфекционных заболеваниях — дифтерии, гриппе, тифе, туберкулезе, а также при чрезмерных голосовых нагрузках вследствие кровоизлияния в мышцы).

Ларингоскопическая картина:

- 1) при параличах голосовых мышц определяется неполное смыкание голосовых складок при фонации, а голосовая щель имеет форму овала;
- 2) паралич поперечной мышцы вызывает недостаточное сближение черпаловидных хрящей при фонации с образованием в области голосовых отростков треугольной щели;
- 3) при комбинированном поражении голосовой и поперечной мышц голосовая щель принимает вид замочной скважины;
- 4) при параличе боковых перстнечерпаловидных мышц голосовая щель имеет форму неправильного ромба;
- 5) миопатический паралич задней перстнечерпаловидной мышцы встречается редко и обычно является проявлением паралича возвратного гортанного нерва.

Неврогенные параличи гортани бывают периферического или центрального происхождения. Последние подразделяются на органические и функциональные.

Периферические параличи гортани. При полном параличе возвратного нерва происходит выключение функции сначала расширителей, а затем суживателей. Ларингоскопическая картина: при дыхании голосовая складка с пораженной стороны остается неподвижной в срединном положении, а голосовая щель имеет форму прямоугольного треугольника (при поражении расширителя). Может быть трупное положение голосовой складки, т.е. среднее положение между фонацией и дыханием (при присоединении поражения суживателей). При двустороннем параличе возвратного гортанного нерва наблюдается срединное положение обеих голосовых складок (возможность развития асфиксии). Паралич верхнегортанного нерва обуславливает паралич перстнещитовидной мышцы. В результате отсутствует натяжение голосовой складки, а голосовая щель при этом косая.

Центральные параличи гортани. Функциональные расстройства иннервации гортани наблюдаются при истерии, неврастении и функциональных неврозах. Ларингоскопическая картина: несмыкание голосовых складок при фонации. При органических расстройствах (бульбарных поражениях) ларингоскопически определяется неполное смыкание голосовых складок при фонации.

Лечение: причинное. При двусторонних параличах возвратных гортанных нервов — аритеноидэктомия.

2.11. Стенозы гортани

По времени возникновения различают следующие формы стенозов:

- 1) молниеносные — при инородных телах, травмах, спазмах;
- 2) острые — при инфекциях, травмах, отеках, поражениях нервной системы, ожогах;
- 3) хронические — при опухолях, инфекционных гранулемах;
- 4) стойкие — врожденные, при травмах, послеоперационные.

По выраженности дыхательной недостаточности различают 4 степени стенозов:

- I степень (компенсированная) — инспираторная одышка при физической нагрузке, в покое — исчезновение паузы между вдохом и выдохом;
- II степень (субкомпенсированная) — инспираторная одышка в покое, бледность кожных покровов, акроцианоз;
- III степень (декомпенсированная) — стрidor (шумный, прерывистый вдох), цианоз кожных покровов, ортопноэ, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, холодный пот, беспокойство;
- IV степень (асфиксия) — остановка дыхания (или поверхностное), потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, экзофтальм, мидриаз.

Лечение острых стенозов гортани: при асфиксии — коникотомия, при декомпенсированном стенозе — трахеостомия.

2.12. Инородные тела гортани

Протекают по 3-м типам:

- 1) obturation просвета гортани крупным инородным телом во входе в гортань, т.е. над голосовыми складками, приводящая к ларингоспазму и асфиксии;
- 2) вклинивание инородного тела в просвет гортани, вызывающее стеноз;
- 3) внедрение мелких острых инородных тел в стенку гортани (в дальнейшем при нарастании картины воспаления приводящее к асфиксии).

Лечение: при нахождении инородного тела во входе в гортань возможно удалить его пальцем или потрясти ребенка за ноги головой вниз. Если не удалось сбросить инородное тело с голосовых складок, проводится коникотомия. Удаление инородного тела под контролем ларинго- или бронхоскопии.

2.13. Инородные тела трахеи

Протекают по 3-м типам:

- 1) нефиксированные баллотирующие инородные тела (чаще семечки арбуза), при аускультации трахеи выслушивается симптом «хлопка». При ущемлении инородного тела в головной щели — асфиксия;

- 2) фиксированные инородные тела (при присоединении вторичной инфекции — явления стеноза гортани);
- 3) крупное инородное тело трахеи (обтурация), лежащее на бифуркации трахеи (например, аспирация удаленных аденонидов), приводящее к асфиксии.

Лечение:

1. При баллотирующем инородном теле трахеи — срочная доставка больного в ЛОР-отделение медтранспортом в сопровождении ЛОР-специалиста с трахеотомическим набором. Если в пути возникает асфиксия (ущемление инородного тела в голосовой щели из-за ларингоспазма), проводится срочная трахеостомия. Если нет сопровождающего ЛОР-специалиста, то на месте (в районной ЦРБ) сделать трахеостомию и отправить ребенка в ЛОР-отделение в сопровождении медсестры (он уже не задохнется).
2. При фиксированных инородных телах — бронхоскопия.
3. При обтурации трахеи — или срочная бронхоскопия, или трахеостомия с последующей нижней бронхоскопией. Если и таким образом не удастся извлечь обтурирующее инородное тело, то надо протолкнуть его в один из бронхов.

2.14. Инородные тела бронхов

Выделяют три механизма поведения инородных тел в бронхах:

- 1) по типу обтурации бронха с образованием ателектаза нижележащего участка легкого;
- 2) по типу клапана, в этом случае на вдохе в результате физиологического расширения бронха воздух попадает в легкие, а на выдохе в результате сужения бронха воздух не выходит, обуславливая появление эмфиземы нижележащего участка легкого;
- 3) по типу частичного бронхостеноза.

При рентгеноскопии органов грудной клетки при всех трех типах выявляется симптом Голцкнехта-Якобсона — баллотирование средостения, т. е. смещение средостения на вдохе в сторону бронхостеноза.

Лечение: удаление инородного тела с помощью бронхоскопа.

2.15. Инородные тела пищевода

Чаще всего останавливаются в местах физиологических сужений (60 % — у входа в пищевод в шейном отделе, 30 % — на уровне бифуркации трахеи в грудном отделе, 10 % — в области диафрагмы в кардиальном отделе). В диагностике помогают:

- 1) непрямая ларингоскопия: определяется скопление слюны и слизи в грушевидных синусах;
- 2) боковая рентгенография шеи: выявляется рентгеноконтрастное инородное тело, при контрастировании пищевода — дефект наполнения, при явлениях периэзофагита — расширение предпозвоночного пространства;
- 3) диагностическая эзофагоскопия, ЭГДС.

Лечение: удаление инородных тел с помощью эзофагоскопии, пищевая диета, при перфорациях пищевода — назогастральный зонд.

2.16. Ожоги пищевода

Классификация степеней ожогов:

I — эритема на поверхности слизистой оболочки пищевода;

II — пузыри на поверхности слизистой оболочки пищевода;

III — некроз слизистой оболочки пищевода;

IV — некроз за пределами слизистой (всей стенки пищевода).

Ожоги I и II степени — поверхностные, III и IV степени — глубокие.

В клиническом течении различают 4 стадии:

1. Острая — резкая боль, затруднение при проглатывании пищи, повышение температуры тела, нарушение общего состояния (1,5–2 недели).
2. Мнимое благополучие (несколько недель).
3. Образование рубцов.
4. Формирование рубцовых сужений.

Продолжительность стадии 3 и 4 — от 1,5–2 месяцев до нескольких лет.

Лечение: в первые часы больные должны госпитализироваться в реанимацию или терапевтическое отделение, где им проводится в первые 6–7 часов нейтрализующая терапия. При отравлении

щелочами дают слабые растворы кислот (1 % уксусная, лимонная). При отравлении кислотами — 10 % раствор жженой магнезии, известковое молоко. Промывание желудка. Протившоковая, противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия.

С целью предупреждения рубцовых сужений показано бужирование пищевода на 8–10-й день после травмы, для чего больные после контрольной контрастной рентгенографии пищевода переводятся в ЛОР-отделение. Если же в дальнейшем все-таки наступило рубцовое сужение пищевода, то такие больные направляются к хирургу для пластики пищевода.

2.17. Склерома

Относится к хроническим инфекционным эндемическим заболеваниям с преимущественным поражением дыхательных путей. Возбудителем является палочка Фриша-Волковича. Различают три стадии развития склеротического процесса:

- 1) узелково-инфильтративная;
- 2) диффузно-инфильтративная;
- 3) рубцовая.

Инкубационный период очень длительный (несколько лет). При типичной форме склеромные инфильтраты располагаются симметрично, главным образом в области физиологических сужений (подскладковое пространство гортани, бифуркация трахеи и бронхов). В дальнейшем на месте инфильтрата образуется плотная рубцовая ткань, которая, стягивая окружающие ткани, часто ведет к сужению того или иного участка дыхательного пути. При ларингоскопической картине: симметричные инфильтраты розового цвета без признаков изъязвления в области подскладкового пространства гортани. В диагностике помогают вспомогательные методы: положительная реакция Борде-Жангу, эндоларингеальная биопсия (наличие бацилл Фриша-Волковича и клеток Микудича).

Лечение: антибактериальная терапия (стрептомицин, цефазолин), рентгенотерапия (эффективна при свежих инфильтратах), бужирование гортани, при стенозе гортани — трахеостомия.

2.18. Туберкулез

Поражение верхних дыхательных путей возникает вторично и наблюдается у больных туберкулезом легких. Пути заражения: мокротный, лимфогенный и гематогенный. В основном болеют мужчины в возрасте 20–40 лет. При туберкулезе гортани чаще всего поражается средний отдел гортани, а именно голосовая складка с одной стороны (туберкулезный монохондрит), межчерпаловидное пространство — жалобы на осиплость вплоть до афонии, кашель с гнойной мокротой. При поражении верхнего отдела гортани (вестибулярного) больные жалуются на боль при глотании, затруднение глотания твердой и жидкой пищи. При ларингоскопической картине: инфильтрация, гиперемия, отечность голосовых складок (чаще односторонняя), белесоватый налет с переходом на межчерпаловидное пространство, иногда — изъязвление (язва поверхностная, имеет подрывные и извилистые края, дно язвы покрыто слизью и бледными грануляциями с бугорками по краям, язва болезненная). При туберкулезе гортани — положительная реакция Манту, Пирке. Обязательна рентгенография легких, консультация фтизиатра. В анамнезе — туберкулезные контакты. Лечение: противотуберкулезное.

2.19. Волчанка

Представляет собой разновидность туберкулеза. Чаще болеют дети 5–15 лет. Пути заражения: гематогенный или лимфогенный, контактный. Поражение гортани встречается очень редко. Волчанка характеризуется появлением коричнево-розовых бугорков (люпом), которые, сливаясь, образуют инфильтраты зернистого вида серо-желтого или красного цвета. Изъязвления бывают очень редко. При ларингоскопической картине: люпомы локализуются в области черпалонадгортанных складок и надгортанника (безболезненные). В диагностике помогает гистологическое исследование. Лечение: противотуберкулезное.

2.20. Сифилис

Встречается в виде твердого шанкра, вторичных и третичных проявлений, очень редко поражается гортань. Твердый шанкр по-

ражает область голосовых складок, надгортанника. Вторичный период (через 5–8 недель после образования твердого шанкра) характеризуется появлением сифилидов (сыпей). В гортани сифилитическая эритема медно-красного цвета распространяется на слизистую оболочку голосовых складок, черпаловидных хрящей и надгортанник. Возможно появление в гортани папул, которые локализуются на голосовых, желудочковых, черпалонадгортанных складках и надгортаннике (папулы — серо-белые налеты чечевицеобразной формы, окаймленные гиперемированным ободком). Третичный период характеризуется появлением гумм (в основном одиночных). Гумма локализуется чаще на надгортаннике, реже в межчерпаловидном пространстве в виде симметричного инфильтрата. Распад гуммы способствует проникновению вторичной инфекции в глубину тканей и образованию осложнений (отек, перихондрит, флегмона гортани). В неосложненных случаях формируются сращения, рубцовые диафрагмы. В диагностике помогает положительная реакция Вассермана. Лечение: противосифилитическое.

2.21. Фиброма гортани

Новообразование из волокнистой соединительной ткани, покрытое плоским эпителием. Чаще наблюдается у мужчин в возрасте 20–40 лет. Растет очень медленно. Различают: плотные фибромы (когда соединительнотканые волокна гиалинизируются) и мягкие (мало плотной волокнистой субстанции и большое количество жидкости — полип гортани или отечная фиброма); на ножке и на широком основании. Чаще локализуются на голосовых складках, реже — на желудочковых складках или в морганиевом желудочке. Жалобы на охриплость. При ларингоскопической картине: плотные фибромы на голосовых складках в виде узелка серовато-белого или розового цвета, мягкие — полупрозрачные, студенистого вида образования; если фиброма на ножке, она при фонации ложится на складку или скрывается под ней.

Лечение: хирургическое (эндоларингиальное удаление фибромы). Разновидностью фибром являются «певческие узелки» (контактные фибромы).

2.22. Гемангиома гортани

Опухоль из кровеносных сосудов редко встречается в гортани. При ларингоскопической картине: поверхность опухоли неровная, дольчатая, красного цвета, на широком основании или узкой ножке.

Лечение: в предоперационном периоде — склерозирующая терапия, затем — эндоларингиальное удаление гемангиомы.

2.23. Кисты гортани

Различают:

1. Ретенционные — при закупорке слизистой железы на почве воспаления.
2. Лимфатические — исходят из расширенных лимфатических сосудов.
3. Врожденные (конгенитальные) — развиваются из остатков щитовидного хода либо возникают при незаращении третьей жаберной щели (брахиагенная).
4. Травматическая — развитие связано с травмой, при которой участки эпителия проникают в глубь ткани и, разрастаясь, образуют кисту. Чаще локализуются на язычной поверхности надгортанника, в гортаноглотке, морганиевых желудочках, голосовых складках. При ларингоскопической картине: образование правильной округлой формы с гладкой поверхностью, слизистая оболочка над ним несколько гиперемирована.

Лечение: хирургическое (эндоларингиальное удаление кисты, при больших размерах — ларингофиссура и удаление кисты).

2.24. Рак гортани

Составляет 1–4 % всех злокачественных опухолей человека. По отношению к раку других ЛОР-органов — 40–60 %. Наивысшая заболеваемость у мужчин в возрасте 40 лет и старше. Соотношение мужчин и женщин 20 : 1.

Предрасполагающие факторы:

- 1) курение;
- 2) химические агенты;

- 3) профессиональные факторы (запыленность, загазованность, древесная пыль);
- 4) гормональный фактор (чаще мужчины);
- 5) хронические заболевания гортани.

Предраковые заболевания:

- 1) факультативные — одиночные, мягкие папилломы, фибромы на широком основании, контактные фибромы;
- 2) облигатные — папилломы, особенно твердые, пахидермии, лейкоплакии, лейкокератоз, кисты.

Частота поражения раком отделов гортани: верхнего — 70 %, среднего — 25 %, подскладочного — 5 %.

По форме роста выделяют:

1. Экзофитную форму (или папиллярный рак).
2. Эндофитную (или инфильтративно-язвенную).
3. Смешанную.

По гистологической структуре рак гортани в 98 % — плоскоклеточный, чаще с ороговением, и в 2 % — базальноклеточный, солидный, железистый.

Классификация рака гортани по стадиям:

1-я стадия: опухоль не выходит за пределы одной анатомической части и не вызывает ограничения подвижности соответствующей половины гортани, регионарные метастазы не определяются.

2-я стадия: а) опухоль распространяется в пределах одного анатомического отдела и не вызывает ограничения подвижности соответствующей половины гортани при отсутствии регионарных метастазов; б) опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночным смещаемым регионарным метастазом на стороне поражения.

3-я стадия: а) опухоль распространяется за пределы одного анатомического отдела в границах гортани или опухоль меньшей степени местного распространения, вызывающая ограничение подвижности соответствующей половины гортани при отсутствии регионарных метастазов; б) опухоль той же или меньшей степени местного распространения с одиночным ограниченно смещаемым

или множественными смещаемыми регионарными одно-, двухсторонними или контрлатеральными метастазами.

4-я стадия: а) опухоль, распространяющаяся за пределы гортани на окружающие структуры и органы (гортаноглотка, корень языка, щитовидная железа, трахея, мягкие ткани шеи) при отсутствии регионарных метастазов; б) опухоль той же степени местного распространения с любыми вариантами регионарного метастазирования, или опухоль меньшей степени местного распространения с несмещаемыми регионарными метастазами, или опухоль любой степени местного распространения с клинически определяемыми отдаленными метастазами.

Международная клиническая классификация рака гортани TNM

T — преинвазивный (внутриэпителиальный) рак:

T1 — опухоль, ограничена одной анатомической частью (областью), подвижность гортани сохранена.

T2 — опухоль, занимающая один этаж гортани, подвижность гортани сохранена.

T3 — опухоль, ограниченная гортанью, с фиксацией одной или обеих голосовых складок.

T4 — опухоль, распространяющаяся за пределы гортани (на хрящ, грушевидный синус, трахею, кожу, позадиперстневидную область).

N — регионарные лимфатические узлы:

N0 — регионарные лимфатические узлы не прощупываются.

N1 — имеются смещаемые лимфатические узлы на стороне поражения.

N2 — имеются смещаемые лимфатические узлы с обеих сторон или ограниченные в подвижности с одной стороны.

N3 — имеются несмещаемые лимфатические метастатические узлы.

M — отдаленные метастазы:

M0 — признаков отдаленных метастазов нет.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

- 1-я стадия — T1 N0.
- 2-я стадия — T1 N1, T2 N0.
- 3-я стадия — T1 N2, T2 N1, T2 N2, T3 или T4 (с N0 N1 N2 кроме N3).
- 4-я стадия — N3 или M независимо от размера опухоли (T1, T2, T3, T4).

Симптоматика: у больных жалобы на дисфонию (чаще при поражении голосовых складок), дисфагию (преддверия гортани), диспноэ (голосовых складок, подскладкового отдела), наличие крови в мокроте, острая локализованная боль в глотке, ощущение инородного тела, иррадиация в ухо на стороне поражения, поперхивание жидкой или твердой пищей, потеря в весе, обильная саливация. При наружном осмотре возможна пальпация регионарных лимфатических узлов, симптом Мура отрицательный. При ларингоскопической картине: рост плюск-ткани в виде инфильтративных или экзофитных разрастаний, возможно ограничение подвижности гортани.

Лечение: основная цель — радикальность и сохранение важного в социальном отношении органа. Наиболее оптимальный — комбинированный метод. Лучевой и хирургический методы могут использоваться как самостоятельные на ранних стадиях заболевания. Дистанционная гамма-терапия в предоперационном объеме составляет до 35–40 грэй, а как самостоятельный курс — 60–80 грэй. Радикальные операции на первичном очаге при раке гортани делят на 3 основных вида: 1) резекцию гортани (типы: передняя, боковая, горизонтальная, атипичная, эндоларингеальная), 2) ларингэктомию, 3) расширенную ларингэктомию.

При 1–2-й стадии методом выбора является лучевая терапия или резекция гортани. В 3-й стадии — комбинированное лечение, включающее выполнение операции на первом этапе и последующую рентгенотерапию.

Отдаленные результаты: при дистанционной гамма-терапии 1-й и 2-й стадий рака гортани — 5-летнее излечение достигает 75–90 %. Такие же результаты получены и при использовании резекций гортани в 1-й и 2-й стадиях. В 3-й стадии — 40–50 % при комбинированном лечении.

Реабилитация больных раком гортани имеет два аспекта: медицинский и социальный. Медицинский — проведение пластических операций, восстановление дыхания, глотания, совершенствование голосообразования. Социальный — обучение больных после ларингэктомии овладению «пищеводным» голосом, чтобы способствовать рациональному трудоустройству больных.

2.25. Рак глотки

Среди злокачественных опухолей (ЗО) ЛОР-органов рак глотки занимает второе место после рака гортани. Среди опухолей верхних дыхательных путей и пищеварительных путей рак глотки составляет 10–20 %, мужчины болеют в 4–6 раз чаще женщин. Наиболее поражаемый возраст 45–65 лет. Злокачественные опухоли глотки чаще развиваются в верхнем отделе — носоглотке (45–55 %), реже (20–25 %) в гортаноглотке.

По гистологическому строению в основном преобладает плоскоклеточный рак (до 70 %). Низкодифференцированные опухоли составляют до 30 %, это опухоли верхнего и среднего отделов глотки. Особое место занимают так называемые «радиочувствительные» или «тонзиллярные» опухоли глотки, которые обладают высокой радиочувствительностью и радиокурабельностью. Эти опухоли имеют общие биологические свойства:

1. Расположение в одном из крупных тонзиллярных образований глотки — кольце Пирогова-Вальдейера (небные, носоглоточные, тубарные, язычные миндалины).
2. Низкодифференцированная морфологическая характеристика.
3. Эндофитный рост.
4. Рост метастазов опережает рост первичной опухоли.
5. Метастазирование — лимфогенное, регионарное и отдаленное.
6. Высокая радиочувствительность. При подведении очаговой дозы в 1–2 грэя опухоль резорбируется.
7. Высокая радиокурабельность. При подведении очаговой дозы в 60–80 грэй опухоль практически не рецидивирует.

Возможно использование следующих химиопрепаратов до и после лучевого лечения: циклофосфан, винкристин, винбластин, метатрексат, 5-фторурацил, фторофур, препараты платины.

При 1–2-й стадиях 5-летняя выживаемость достигает 86–92 % и резко падает в 3–4-й стадиях заболевания.

Злокачественные опухоли глотки метастазируют в регионарные лимфатические узлы. Чаше метастазирование наблюдается при низкодифференцированной опухоли. Для носоглотки регионарными лимфатическими узлами являются яремные, для ротоглотки — заглочные и глубокие яремные, а для гортаноглотки — нижние и срединные яремные.

По характеру роста опухоли глотки подразделяются на экзофитные, эндофитноязвенные и дольчатые (в носоглотке). Клинические проявления ЗО глотки зависят от локализации. Для носоглотки характерны «носовые», «ушные» симптомы. Неврологические симптомы возникают в результате инфильтрации опухолью соседних органов и тканей. При поражении глазодвигательного, блокового и отводящего нервов появляются диплопия, конвергирующий стробизм и расширение зрачка. Прорастание в тройничный нерв вызывает парестезию кожи лба, век и парестезию кожи в области верхней челюсти.

При локализации ЗО в гортаноглотке у больных появляется ощущение инородного тела, «перекатывание» слюны через валик, симптом отолгии.

Классификация по системе TNM:

T — первичная опухоль.

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 — первичная опухоль не определяется.

Tis — преинвазивная карцинома.

T1 — опухоль ограничена одной анатомической областью.

T2 — опухоль поражает несколько анатомических частей.

T3 — опухоль распространяется на носовую полость или рото-глотку.

T4 — опухоль распространяется на основание черепа или поражает черепно-мозговые нервы.

Состояние лимфатических узлов (регионарные метастазы):

N0 — нет регионарных метастазов.

N1 — односторонние регионарные метастазы подвижные.

N2 — одно-двусторонние ограниченно подвижные лимфоузлы.

N3 — одно-двусторонние неподвижные метастазы.

M0 — нет отдаленных метастазов.

M1 — отдаленные метастазы (легкие, печень, кости).

Лечение ЗО глотки находится в прямой зависимости от локализации и гистологического строения. При ЗО носоглотки и ротоглотки проводится лучевая терапия в дозе 60–80 грэй с использованием химиопрепаратов.

При ЗО гортаноглотки проводится резекция глотки, в случае распространения роста опухоли на гортань выполняется расширенная ларингэктомия с резекцией глотки.

Результаты лечения ЗО можно считать неудовлетворительными. Пятилетняя выживаемость при раке небной миндалины составляет 42 %. При этом авторы отмечают, что процент выживаемости доходит до 100 % при опухолях, соответствующих T1, до 25 % — при T4 (без регионарных метастазов).

Также низкая 5-летняя выживаемость наблюдается в случае локализации ЗО в гортаноглотке и носоглотке.

2.26. Опухоли полости носа и околоносовых пазух

Классификация

Рак и другие злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух составляют, по данным различных авторов, от 0,2 до 1,4 % раковых опухолей других локализаций. Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух примерно одинаково часто развиваются у мужчин и женщин (несколько чаще у женщин). По данным одних авторов, число больных обоего пола одинаково, по данным других авторов, — преобладают мужчины или женщины. Чаще заболевают люди старше 40 лет, примерно в 65 % случаев в возрасте 50–70 лет. Однако нередко указанные опухоли встречаются в более молодом возрасте, в том числе у детей.

Классификация опухолей полости носа и придаточных пазух:

1. Эпителиальные опухоли:
 - а) доброкачественные,
 - б) злокачественные.

2. Опухоли мягких тканей.
3. Опухоли костей и хрящей.
4. Опухоли лимфатической и кроветворной тканей.
5. Опухоли смешанного генеза.
5. Вторичные опухоли.
7. Опухолоподобные поражения.

Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух

Эти опухоли составляют 0,5 % всех злокачественных новообразований, по нашим данным, чаще (около 80 %) имеют строение плоскоклеточного рака. По данным других авторов, на долю плоскоклеточного рака приходится 61–92,8 %. Меланомы указанной локализации встречаются редко и, по нашим данным, поздно дают метастазы в регионарные лимфатические узлы (позже, чем при локализации в других органах). По некоторым сведениям, при меланоме полости носа вообще редко развиваются метастазы. Меланома чаще локализуется в области дна и передних отделов носовой полости.

Эстеziонейробластомы среди неэпителиальных злокачественных опухолей самые многочисленные. Эта опухоль, по данным современной литературы, — исключительно злокачественна. Она развивается из обонятельного нейроэпителия. Гистологически состоит из округлых или овальных клеток с круглым крупным ядром, напоминающих биополярные нейробласты. Опухолевые клетки располагаются тяжами, нередко формируя аркадоподобные структуры. Строма новообразования рыхлая, отечная. Эстеziонейробластома чаще локализуется в верхнем носовом ходе и представляет собой мягкотканый полип, нередко заполняющий всю половину носа, прорастающий в придаточные пазухи, орбиту, основание черепа, лобную долю головного мозга. Метастазирует в лимфатические узлы шеи, средостения, плевру, легкие и кости.

Лимфосаркома наблюдается обычно в носу, обладает сильными злокачественными свойствами, но протекает менее агрессивно. По этой причине лимфосаркомы полости носа выделяются в самостоятельную группу.

Клиника злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух

В ранних стадиях процесс очень часто протекает бессимптомно или сопровождается признаками, на первый взгляд, безобидными, наблюдающимися при других, неонкологических заболеваниях. Поэтому больные обычно поступают в стационар спустя несколько месяцев после начала заболевания. В этот период отмечаются уже явные симптомы рака слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Этих симптомов довольно много, но чаще наблюдаются нарушение носового дыхания (одностороннее), припухлость лица, гнойные выделения из носа, боли, смещение глазного яблока. Последний признак обычно отмечается при раке решетчатого лабиринта. Одностороннее затрудненное носовое дыхание появляется в различные периоды развития новообразования и зависит от его исходной локализации и направления роста опухоли. Раньше всех этот симптом появляется при опухолях решетчатого лабиринта и области среднего носового хода. При новообразованиях в верхнечелюстной пазухе носовое дыхание затрудняется после выпячивания опухолью внутренней ее стенки, прорастания опухоли и заполнения опухолевыми массами носовых ходов. В таких случаях, прежде чем разовьется нарушение носового дыхания, обычно наблюдается усиление секреции слизистой оболочки полости носа из-за раздражения ее опухолью, затем появляются сукровичные выделения. В дальнейшем, по мере развития воспаления слизистой оболочки и прорастания опухоли, отделяемое из носа становится слизисто-гнойным. Эти симптомы нередко служат причиной обращения больного к врачу. Боль при злокачественных опухолях носа и околоносовых пазух не является признаком распространенности процесса. Иногда при небольших опухолях наблюдается сильная зубная боль, а бывает, что распространенные новообразования не вызывают болей и диагностируются только в связи с нарушением носового дыхания. Тупые и ноющие боли чаще наблюдаются на поздних стадиях развития процесса. Боль локализуется обычно в области новообразования или иррадирует в зубы, височную область, ухо, глаз. Часто отмечаются головные боли, не-

редко с различными парестезиями в области лица на стороне расположения опухоли. Головные боли различного характера нередко являются первым, но не ранним признаком заболевания, по поводу которого больные обращаются к врачу. В таких случаях часто диагностируют невралгию. Нужно отметить, что головные боли при опухолях решетчатого лабиринта обычно появляются раньше, чем при опухолях верхнечелюстной пазухи. Невралгия — признак поздний, обычно отмечается при опухолях, распространившихся за пределы челюсти в крылонебную ямку, но при саркомах задней стенки верхней челюсти невралгические боли появляются рано. Кровотечение из носа, экзофтальм и слезотечение, прорастание опухоли в рот, увеличение регионарных шейных лимфатических узлов — признак распространенности опухолевого процесса. Клиническое течение рака верхнечелюстной пазухи с учетом рентгенологической картины помогает определить локализацию процесса и основное направление роста опухоли. Так, припухлость щеки в большинстве случаев указывает на то, что рак верхнечелюстной пазухи исходит из передненааружной ее стенки. При локализации процесса в верхней части передне-боковой стенки припухлость определяется несколько ниже наружного угла глаза или смещает глазное яблоко кверху. При расположении опухоли в нижней части переднебоковой стенки припухлость выявляется в области преддверия рта или щеки. Обнаружение опухоли со стороны твердого неба и альвеолярного края верхней челюсти или изменения свода неба и подвижности зубов должно насторожить в отношении процесса на нижней стенке пазухи. Кроме того, в таких случаях нужно провести дифференциальную диагностику со злокачественными ми опухолями слизистой оболочки полости рта.

Стадии злокачественного процесса полости носа:

- I — опухоль, ограниченная одной стенкой полости носа, носовой раковиной без перехода на смежные анатомические области и без деструкции костной стенки. Метастазы не определяются.
- II — а) опухоль, переходящая на другую стенку полости носа, вызывающая очаговую деструкцию костной основы стенки,

но не выходящая за пределы полости, регионарные метастазы не определяются; б) опухоль той же стадии распространенности или меньшей распространенности, но с одичным метастазом на стороне поражения.

- III — а) опухоль, распространяющаяся на смежные анатомические полости (околоносовые пазухи, глазницу, небо и др.), выходящая за пределы костных стенок или переходящая на вторую половину полости носа, регионарные и отдаленные метастазы не определяются; б) опухоль той же стадии распространенности или местного поражения, но с множественными метастазами на стороне опухоли или двусторонними метастазами.
- IV — а) опухоль, прорастающая в основание черепа, носоглотку или кожу лица с обширной деструкцией костей, но без регионарных и отдаленных метастазов; б) опухоль любой стадии распространенности с несмещаемыми регионарными метастазами или с отдаленными метастазами.

Клиническая классификация TNM

1. Полость носа:

- T — первичная опухоль;
- T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- T₀ — первичная опухоль не определяется;
- T_{is} — преинвазивная карцинома (carcinoma in situ);
- T₁ — опухоль ограничена слизистой оболочкой полости без эрозии и деструкции кости;
- T₂ — опухоль, эрозирующая или разрушающая внутренние структуры, включая твердое небо или средний носовой ход;
- T₃ — опухоль распространяется на любую из следующих структур: кожу щеки, заднюю стенку верхнечелюстной пазухи, нижнюю стенку орбиты, передний решетчатый синус;
- T₄ — опухоль распространяется на структуры орбиты или любые следующие структуры: решетчатый лабиринт,

задний решетчатый или клиновидный синус, носоглотку, мягкое небо, крыловидную часть верхней челюсти или височную ямку, основание черепа.

2. Верхнечелюстная пазуха;

T1 — слизистая оболочка;

T2 — внутренние структуры, твердое небо, нос;

T3 — щека, нижняя стенка орбиты, решетчатый синус, задняя стенка пазухи;

T4 — структура орбиты, другие соседние структуры;

N1 — одиночные узлы на стороне поражения размером ≤ 3 см;

N2 — одиночные узлы на стороне поражения размером ≤ 5 см
множественные — на стороне поражения размером ≤ 6 см;

N3 — больше 6 см.

Диагностика злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух

Часто затруднительна, особенно в начале развития процесса. При распространенном процессе, когда разрушение кости составляет 60–70 %, диагностика не вызывает трудностей, особенно если используются современные клинические и рентгенологические методы.

Рентгенологическое обнаружение затемнения полости или пазухи имеет небольшое значение, так как этот симптом наблюдается при различных заболеваниях. Разрушение кости — важный симптом, однако в раннем периоде развития рака разрушения кости небольшие и могут остаться незамеченными. Выявляющиеся тени на фоне пневматизированной верхнечелюстной пазухи являются ранним рентгенологическим симптомом, но наблюдается этот симптом редко, потому что при ранней фазе развития опухоли большие обычно не обращаются. Другие рентгенологические признаки — регионарное затемнение, изменение перекреста линий заднебоковой стенки верхней челюсти и большого крыла — наблюдаются в тех случаях, когда изменяется просвет пазухи, раз-

рушается опухолью кость и появляются другие симптомы новообразования. Клинический опыт показывает, что рентгенологические методы исследования (обзорная рентгенография, использование контрастных веществ, томография, компьютерная томография) дают ценные диагностические сведения, особенно если рентгенографию производят в трех основных проекциях (полуаксиальная, носоподбородочная, косая) и рентгенограммы интерпретируют с анализом клинических данных. Нужно помнить, что при отсутствии клинических признаков злокачественной опухоли верхнечелюстной пазухи рентгенологический метод не имеет решающего значения. В таких случаях только при операции могут быть окончательно разрешены диагностические затруднения.

Лечение злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух

Наибольшее признание получил комбинированный метод, включающий операцию и лучевую терапию. При этом в схемах терапии у разных авторов имеются отличия, касающиеся использования ножевого (кровоавого) или электрохирургического метода операции и времени проведения лучевой терапии. Считается, что основным при лечении указанных опухолей должно быть стремление максимально подавить биологическую активность опухоли до операции и радикально удалить опухоль. Возможность косметических дефектов, безусловно, должна учитываться, но уменьшать эти дефекты надо не за счет радикализма операций. На первом этапе проводят дистанционную гамма-терапию злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. При опухолях первых трех стадий гамма-терапия проводится ежедневно с двух полей. Выбор полей облучения, их размеры и форма зависят от того, какой отдел преимущественно поражен. При злокачественных опухолях верхнечелюстной пазухи обычно используют переднее и наружно-боковое поля. Доза суммарной очаговой дозы с двух полей 40 грэй. При поражении всех стенок верхнечелюстной пазухи лучевую терапию также следует применять. В этих случаях она обычно является паллиативной и ее доза составляет 60–80 грэй.

Лишь изредка рак плоскоклеточного строения регрессирует настолько, что опухоль становится операбельной. Саркомы и некоторые другие новообразования под воздействием лучевых факторов нередко подвергаются значительной регрессии. Второй (хирургический) этап осуществляется через 4–5 недель после стихания рентгеновского эпителиита.

В остальных случаях объем оперативного вмешательства значительно расширяется. При раке носовой перегородки, по данным литературы, может быть произведена операция по Руже — разрез по переходной складке верхней губы с последующей резекцией носовой перегородки. При метастазах в регионарных лимфатических узлах шеи производится одно- или двустороннее фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки. Если метастазы спаяны с внутренней яремной веной и грудино-ключично-сосцевидной мышцей, показана операция Крайля.

2.27. Врачебно-трудовая экспертиза

Основными задачами трудовой экспертизы являются:

1. Диагностика заболеваний.
2. Научно обоснованное определение временной и длительной потери трудоспособности, причин и времени наступления инвалидности.
3. Установление групп инвалидности.

Врачебно-трудовая экспертиза призвана укреплять здоровье и восстанавливать трудоспособность трудящихся, снижать заболеваемость и продлевать период активной трудовой деятельности граждан.

Виды ЛОР-экспертизы: КЭК, МСЭК, прием на работу (профотбор), профосмотр, диспансеризация, судмедэкспертиза, соцстрахование.

В обязанность лечащего врача любого лечебного учреждения, кроме установления правильного диагноза и назначения соответствующего рационального лечения, входит также и решение вопроса трудоспособности больного.

Врач обязан ознакомиться с профессиональной деятельностью больного, бытовыми условиями, субъективным отношением больного к своему заболеванию и трудоспособности.

Обязательно учитывать, что при одном и том же заболевании у лиц различных профессий сроки временной нетрудоспособности могут в значительной степени варьировать.

Особого внимания требуют к себе больные, часто страдающие одним и тем же заболеванием, имеющим рецидивирующий характер (хронический тонзиллит, хронические воспалительные и дистрофические процессы в верхних дыхательных путях, хронические гнойные воспалительные процессы в среднем ухе). Здесь следует учитывать влияние факторов производственной среды и условий труда, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на течение самого заболевания, служить причиной рецидивирования или возникновения этих заболеваний и в конечном итоге привести больного к стойкой потере трудоспособности.

В таких случаях врач обязан через КЭК ставить вопрос перед администрацией предприятия или учреждения о переводе больного временно или постоянно на другую работу, исключающую возможность возникновения рецидива болезни.

При недостаточной эффективности амбулаторного лечения больного следует госпитализировать в стационар.

В случае лечения больного в условиях стационара оформление больничного листа производит лечащий врач совместно с зав. отделением. После выписки больного из лечебного учреждения больничный лист продлевается лечащим врачом с зав. отделением на срок, необходимый для явки больного в лечебное учреждение по месту жительства, но не более чем на 10 дней. В лечебных учреждениях организуется КЭК, в которую входит зам. главного врача по экспертизе (председатель), зав. отделением и лечащий врач.

КЭК проводит сложные случаи экспертизы, решает спорные вопросы, в случае обнаружения стойкой нетрудоспособности направляет больного на МСЭК, представляет отпуск для санаторно-курортного лечения.

КЭК выдает заключение о необходимости перевода на другую (облегченную) работу или на работу с изменениями условий труда в связи с имеющимся заболеванием.

В случае профзаболевания или заболевания туберкулезом КЭК вправе перевести больного на другую (нижеоплачиваемую)

работу с оформлением больничного листа, по которому оплачивается разница между прежним заработком и заработком на новой работе, сроком до 2-х месяцев.

При переводе на другую работу в связи с прочими заболеваниями больничный лист не выдается. Если состояние здоровья требует перевода на другую постоянную работу, ниже по квалификации и менее квалифицированную, то такого больного направляют на МСЭК.

Задачи МСЭК:

1. Определение состояния потери трудоспособности.
2. Установление связи болезни с профессиональными условиями производства.
3. Установление групп инвалидности (1, 2, 3).

2.28. Диспансеризация ЛОР-больных

Диспансеризация — система работы лечебно-профилактических учреждений, направленная на предупреждение заболеваний, активное выявление и лечение больных, особенно в ранних начальных стадиях.

Диспансеризация включает в себя систематические наблюдения за состоянием здоровья здоровых и больных, улучшение и оздоровление условий труда и быта, предупреждение распространения заболеваний, сохранение и укрепление здоровья и физического развития населения.

В РФ один врач приходится на 326 человек населения.

ЛОР-врач на амбулаторном приеме должен принять 8 больных в течение 1 часа. На профилактическом приеме должен осмотреть 10 больных.

Все амбулаторные карточки после врачебных приемов поступают в кабинет диспансеризации. Из них в контрольную карту диспансерного наблюдения переносится вся информация о больном.

Приказ Минздрава РФ определил 3 группы диспансеризации населения:

- 1-я группа — здоровые лица;
- 2-я группа — здоровые с фактором риска;
- 3-я группа — лица с хроническими компенсированными заболеваниями, часто и длительно болеющие, инвалиды труда.

1-я и 2-я группы населения подлежат осмотру 1 раз в год, 3-я группа — 2–4 раза в год в соответствии со схемами динамического наблюдения.

Взятию на диспансерный учет подлежат практически все больные хроническими ЛОР-заболеваниями, которые сопровождаются частыми обострениями, имеют тенденцию к различным осложнениям или могут привести к стойкой нетрудоспособности:

- 1) хронический тонзиллит;
- 2) хронический гнойный средний отит, особенно эпитимпанит, осложненный холестеомой, грануляциями, сопровождающийся тугоухостью (больные в состоянии обострения подлежат стационарному лечению);
- 3) заболевания среднего и внутреннего уха с прогрессирующими функциональными нарушениями (нейросенсорная тугоухость, меньероподобные заболевания и др.);
- 4) хронический полипозный риносинусит с неблагоприятным течением (часто рецидивирующий, осложненный);
- 5) хронический фарингит с неблагоприятным течением (особенно у педагогов, лекторов, вокалистов и др.);
- 6) хронический ларингит с функциональными нарушениями, гипертрофией или какими-либо доброкачественными образованиями и др.);
- 7) различные онкологические образования, предраковые заболевания после предварительной консультации ЛОР-онколога.

В оптимальных условиях для диспансеризации взрослого населения из общего числа выявленных больных хроническими заболеваниями ЛОР-органов под диспансерное наблюдение ЛОР-врача может быть взято 10 % (17,8 больных из каждой тысячи населения) при посещении их в среднем 2 раза в год.

2.29. Профессиональные заболевания ЛОР-органов

При установлении профессионального характера заболеваний необходимо руководствоваться списком профзаболеваний и инструкцией к его применению, утвержденными Министерством здравоохранения СССР в 1970 году.

1. Хронические рецидивирующие ларингиты — «истинные узелки певцов» — систематическое поражение голосовых складок в течение длительного времени — певцы, учителя, дикторы и т. д.
2. Снижение слуха по типу кохлеарного неврита — систематическое воздействие интенсивного производственного шума или резкого звука — прядильщицы, испытатели моторов, ткачи, пилоты, клепальщики, кузнецы и др.
3. Аллергозы верхних дыхательных путей (отечность, ринорея, полипы и др.) при контакте с производственным аллергеном (формальдегид ароматических нитробензолов, соли металлов, таких как хром, никель, кобальт, платина, синтетические полимерные материалы: смолы, клей, лаки, пластики, цемент и др.). Конечная стадия аллергозов верхних дыхательных путей - полипоз носа у рабочих химических предприятий - встречается чрезвычайно редко.
4. Баротравма уха.
5. Заболевания верхних дыхательных путей, вызванные различными химическими веществами (свинец, аммиак, азотная кислота, ртуть, цинк, хром).

Диагноз хронического заболевания (интоксикация) имеет право установить только специализированное лечебно-профилактическое учреждение (профпатологические центры и отделения, созданные на базе областных клинических больниц, кафедр профпатологии медицинских институтов и ГИДУВ). При направлении больного в такие специализированные учреждения санитарный врач по гигиене труда санитарно-эпидемиологической станции обязан представить подробную санитарно-прогигиеническую характеристику условий труда. В случае установления профзаболевания составляется экстренное извещение, которое заполняется врачом того лечебно-профилактического учреждения, в котором впервые установлен профессиональный характер острого заболевания (отравления).

Окончательный диагноз профзаболевания устанавливает МСЭК при предъявлении документации (обследования) профпатологическим центром или отделением, в штате которого должен быть врач-оториноларинголог-профпатолог.

2.30. Военно-медицинская экспертиза ЛОР-органов

Основная задача

Основной задачей военно-медицинской экспертизы ЛОР-органов является отбор для Вооруженных Сил наиболее полноценного здорового контингента. Основные положения отбора на военную службу изложены в постановлении Правительства РФ «Об утверждении положения военно-врачебной экспертизы» от 25 февраля 2003 года №123.

Наиболее строгий отбор производится в специализированные части: в военные училища, в ВДВ, погранвойска, в ВМФ, для работы в спецсооружениях.

При отборе в ВДВ и плавсостав необходимы дополнительные исследования полукружных каналов, проведение отолитовой реакции Воячека (ОР), качелей Хилова, барафункции евстахиевой трубы. При отборе в моторизованные части необходимы дополнительные исследования полукружных каналов, отолитовой реакции Воячека (ОР), исследование обоняния и слуха в виде аудиометрии.

Способы выявления симуляции полной глухоты

Симуляция глухоты — это приписывание несуществующего дефекта слуха.

Диссимуляция глухоты — уменьшение или утаивание дефекта слуха.

Известны способы выявления симуляции, рассчитанные на неподготовленных симулянтов. Так, Вилд (1855) предложил простой способ: неожиданно спросить у испытуемого, давно ли он оглох. Иногда застигнутый врасплох симулянт отвечает на вопрос. Каспер предлагает уронить сзади испытуемого тяжелый предмет. При этом действительно глухой обернется, так как он хорошо воспринимает вибрацию пола. Симулянт же не обернется, полагая, что если он обернется, то эксперт воспримет это как реакцию на звук падения предмета.

Наиболее распространенными научно обоснованными опытами для выявления симуляции двусторонней глухоты являются следующие:

1. Опыт Ломбарда (1910). Основан на том, что человек при помощи слухового анализатора контролирует интенсивность и правильность своей речи (смысловые ударения, эмоциональную окраску). В шумной обстановке человек повышает интенсивность речи до уровня, при котором окружающие будут его слышать. Глухой не может осуществить такого контроля за своей речью. Практически опыт выполняется следующим образом. Исследуемому вставляют в уши наконечники от трещоток Барани (ушных заглушителей) и предлагают читать произвольно выбранный текст. Во время чтения включают трещотки Барани. Интенсивность речи истинно глухого человека при этом не увеличивается, симулянт же будет читать громче.
2. А. А. Говсеев в 1903 г. предложил следующий способ распознавания притворной глухоты, основанный на конкуренции чувства осязания и слуха. Врач проводит по спине исследуемого поочередно рукой или щеткой, исследуемый — мнимоглухой — правильно отвечает, чем провели по спине. Затем врач проводит одновременно рукой по спине исследуемого, а щеткой — по своему халату. Исследуемый при этом случае начинает путаться, ему при наличии слуха невозможно отличить щетку от руки. Истинно глухой, который руководствуется только осязанием, безошибочно отличит щетку от руки.
3. Опыт с выработкой условного рефлекса на звуковой раздражитель предложил Арандаренко (1914). У испытуемого вырабатывают условный рефлекс на звук путем сочетания болевого и звукового раздражения. После нескольких сочетаний у слышащих возникает двигательная реакция только на звуковой раздражитель. У истинно глухих такой условный рефлекс выработать, конечно, невозможно. При положительных результатах опыта делают вывод о симуляции. При отрицательных данных делать вывод об истинной глухоте нельзя, так как нет индикатора, позволяющего заключить о том, что условный рефлекс был выработан.

4. Опыт И. П. Кутепова заключается в том, что исследуемый должен стучать карандашом по столу при дотрагивании эксперта до его плеча. Одновременно эксперт произносит слово «стук» (условный раздражитель). Если исследуемый слышит, то после нескольких сочетаний он стучит карандашом по столу лишь при слове «стук» (без дотрагивания до плеча).
5. Объективная аудиометрия основана на том, что у исследуемого, слышащего звук, меняется электрическое сопротивление кожи. Этот факт использован для объективного определения слуховой чувствительности. При объективной аудиометрии определяется так называемый кожно-гальванический рефлекс (КГР). Практически исследование проводится следующим образом. Как и при обычной аудиометрии, исследуемому подаются через наушники чистые тоны. Одновременно измеряется сила гальванического тока, проходящего через цепь, в которую включен и участок кожи исследуемого. Звук усиливается до тех пор, пока его не услышит исследуемый. Как только исследуемый начинает слышать звук, измеряется электрическое сопротивление кожи в виде изменения силы тока в цепи, что отмечается по показаниям миллиамперметра. Соответствующая сила звука принимается за пороговую. Подобные исследования проводятся при подаче звуков разных частот, в результате получают обычную аудиограмму.

Исследования показали, что аудиограммы, полученные таким способом, и контрольные аудиограммы, сделанные у этих же исследуемых по словесному отчету, практически идентичны. Кожно-гальванический рефлекс может быть использован для выявления двусторонней и односторонней глухоты или аггравации.

Для объективной аудиометрии может быть использована и электроэнцефалография, так как при звуковом раздражении на ЭЭГ можно видеть признаки возбуждения коры головного мозга (десинхронизация ритма, изменение вольтажа и т.п.).

К объективным методам аудиометрии необходимо отнести следующие опыты:

- 1) ауру-пальпебральный рефлекс Бехтерева: если симулянту подать неожиданно сильный звук на уши (выстрел, свисток, крик, аудиометр), то рефлекторно возникает акт мигания, независимо от его воли;
- 2) ауру-пупиллярный рефлекс Шурыгина: если симулянту подать неожиданно сильный звук на уши (через аудиометр), то вначале возникает резкое сужение зрачка глаза, а затем его медленное расширение, независимо от его воли.

Способы выявления симуляции односторонней глухоты

Для распознавания ее предложено несколько опытов.

1. Опыт Швартце (1885) заключается в том, что эксперт закрывает исследуемому слышащее ухо пальцем или комочком ваты и задает какой-либо вопрос. Если исследуемый не отвечает, то это указывает на симуляцию, так как закрытие уха пальцем или ватой не препятствует восприятию разговорной речи. Истинно глухой ответит, что слышит тем ухом, которое закрыто рукой.
2. При проведении опыта Маркса (1909) эксперт вставляет испытуемому в слышащее ухо трещотку Барани. При этом он спрашивает, слышит ли тот звук трещотки. При утвердительном ответе (или ответе «нет», «не слышу») делает вывод о том, что исследуемый — симулянт, так как он мог слышать вопрос эксперта только «неслышащим» ухом (слышащее ухо заглушено трещоткой Барани).
3. Опыт Штенгера (1900) проводится следующим образом. Определяют расстояние, при котором исследуемый слышит камертон слышащим ухом. Затем приближают точно такой же камертон к «неслышащему» уху на более близкое расстояние. Если исследуемый продолжает слышать камертон слышащим ухом на прежнем расстоянии, то он истинно глухой. Если же теперь он слышит камертон слышащим ухом на том же расстоянии, на котором находится камертон от «неслышащего» уха (уменьшается расстояние), то он — симулянт. Опыт объясняется тем, что при сильном раздражении слуховой зоны коры головного мозга, связанной с одним ухом, вследствие отрицательной индукции наступает торможение слу-

ховой зоны, связанной с другим ухом, и более слабое раздражение не воспринимается. Исследуемый перестает слышать камертон, находящийся на большем расстоянии от слышащего уха, чем камертон, находящийся около «неслышащего» уха, и лишь приближение камертона к слышащему уху, когда сила звука становится такой же, как и от другого камертона, исследуемый начинает слышать слышащим ухом.

4. Для опыта К. З. Зилова (1952) используется установка, состоящая из динамика, наушника и пульта, позволяющего включать динамик и наушник отдельно или же включить оба источника звука одновременно. Интенсивность звука динамика регулируется таким образом, чтобы она была немного меньше, чем интенсивность звука наушника. Наушник надевается на «неслышащее» ухо. Включается динамик. Исследуемый заявляет, что он слышит радиопередачу. Если теперь одновременно включить наушник, то истинный глухой будет продолжать слышать динамик, симулянт же перестает его слышать — он слышит только наушник «неслышащим» ухом, а так как сказать правду о том, что он слышит «неслышащим» ухом не в его интересах, то он будет утверждать, что перестал слышать радиопередачу. Объяснение опыта такое же, как и опыта Штенгера (центральная маскировка).

Способы выявления аггравации тугоухости

Аггравация глухоты — преувеличение имеющегося дефекта слуха.

1. Один из самых простых способов — повторное исследование камертонами (Р. Долгер, 1907). При каждом новом исследовании симулянт будет давать разные ответы. Опытный симулянт может каждый раз при исследовании камертоном отсчитывать одинаковое число секунд и давать одинаковые ответы.

В этом случае бранши камертона приводят в колебательное движение за пределами комнаты, где проводится исследование. К тому времени, которое показывает исследуемый, каждый раз прибавляется время, в течение которого камертон звучал за пределами помещения. При расхождении результатов нескольких исследований делается вывод об аггравации.

2. Опыт Остина — ставят камертон С 128 на сосцевидный отросток и определяют время звучания в секундах. Затем наружный слуховой проход агграванта просят закрыть пальцем и вновь определяют время звучания с кости в секундах. В норме повторное время должно удлиниться, если же испытуемый дает его понижение, то он аггравирован.
3. При многократной аудиометрии кривые на тональной аудиограмме агграванта имеют большие разбросы, у истинно глухого — они почти наслаиваются одна на другую.
4. В опыте Варнике должны участвовать два врача, которые становятся на разное расстояние от исследуемого (глаза его закрыты). Врачи поочередно исследуют слух шепотной речью. Истинно тугоухий повторяет только те слова, которые произносит врач, находящийся на более близком расстоянии, аггравант может повторить то, что говорит врач, находящийся на более далеком от него расстоянии.
5. Способ Каспора заключается в том, что врач говорит с исследуемым громко или заставляет его писать диктант, а затем постепенно понижает интенсивность голоса. Аггравант может этого не заметить и будет продолжать повторять все слова.

3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

ОТЛИЧИЯ ЛАРИНГИАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ОТ ТРАХЕАЛЬНЫХ

Клинические признаки	Ларингиальный стеноз	Трахеальный стеноз
Тип одышки	По преимуществу инспираторного типа	По преимуществу экспираторного типа
Положение головы больного	Запрокинутое кзади	Опущенное
Движения гортани	Сильно заметны, форсированные	Мало заметны
Изменение голоса	Имеется	Отсутствует
Место выслушивания при дыхании	На гортани	На трахее

4. УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

4.1. Задания в тестовой форме с эталонами ответов

Задание 1. Виды трахеостомии (верхняя, средняя или нижняя) определяются по отношению к:

- 1) к перстневидному хрящу;
- 2) кольцам трахеи;
- 3) перешейке у щитовидной железы;
- 4) яремной вырезке.

Задание 2. Интубация трахеи применяется для лечения:

- 1) отеков гортани;
- 2) истинного крупа (дифтерии);
- 3) флегмонозного ларингита;
- 4) гортанной ангины.

Задание 3. При параличе одной половины гортани больно-го необходимо направить:

- 1) к терапевту, хирургу;
 - 2) к невропатологу;
- с целью провести*
- 3) тщательное неврологическое обследование;
 - 4) рентгенографию грудной клетки, пищевода.

Задание 4. Контролируемая трахеостомия — это трахеостомия:

- 1) под контролем рентгеноскопии;
- 2) после предварительной интубации гортани;
- 3) под контролем фиброларингоскопии;
- 4) под контролем прямой ларингоскопии.

Задание 5. В классификации рака гортани выделяют:

- 1) 4 стадии;
- 2) 3 стадии;
- 3) 2 стадии;
- 4) 5 стадий.

Задание 6. К диагностическим методам при инородных телах трахеи и бронхов относятся:

- 1) рентгенография;
- 2) прямая ларингоскопия;

- 3) трахеобронхоскопия;
- 4) эзофагоскопия.

Задание 7. «Певческие узелки» клинически проявляются:

- 1) болевыми ощущениями;
- 2) приступообразным кашлем;
- 3) стойкой дисфонией;
- 4) клинически не проявляются.

Задание 8. При асфиксии, вызванной крупным инородным телом во входе в гортань, в первую очередь необходимо:

- 1) произвести коникотомию;
- 2) произвести трахеостомию;
- 3) удалить инородное тело пальцем;
- 4) ребенка потрясти за ноги головой вниз.

Задание 9. С ожогами пищевода больные должны госпитализироваться в экстренном порядке в отделение:

- 1) оториноларингологическое;
- 2) реанимационное;
- 3) хирургическое;
- 4) травматическое;

где им должны провести:

- 5) противошоковую, дезинтоксикационную, нейтрализующую, противоотечную терапию;
- 6) бужирование пищевода;
- 7) пластику пищевода.

Задание 10. Предраковые заболевания гортани:

- 1) папиллома;
- 2) пахидермия;
- 3) лейкокератоз;
- 4) туберкулез.

Задание 11. Задачи врачебно-трудовой экспертизы:

- 1) диагностика заболеваний;
- 2) лечение заболеваний;
- 3) определение потери трудоспособности, причин и времени наступления инвалидности;
- 4) установление групп инвалидности.

Задание 12. Виды ЛОР-экспертизы:

- 1) КЭК;
- 2) МСЭК;
- 3) диспансеризация;
- 4) врачебный прием;
- 5) соц.страхование.

Задание 13. Задачи МСЭК:

- 1) определение состояния потери трудоспособности;
- 2) установление связи болезни с профессиональными условиями;
- 3) соцстрахование;
- 4) установление группы инвалидности.

Задание 14. Задачи диспансеризации ЛОР-больных:

- 1) систематическое наблюдение за здоровьем здоровых и больных;
- 2) оздоровление условий труда и быта;
- 3) укрепление здоровья и физического развития населения;
- 4) направление на санаторно-курортное лечение;
- 5) предупреждение распространения заболеваний.

Задание 15. Профзаболевания ЛОР-органов:

- 1) кохлеарный неврит при интенсивном возрастании производственного шума;
- 2) хронические рецидивирующие ларингиты у людей «голосовых» профессий;
- 3) баротравма уха;
- 4) аллергозы верхних дыхательных путей у рабочих химических предприятий;
- 5) хронический гнойный средний отит.

Эталоны ответов к заданиям в тестовой форме (п. 4.1)

1 — 3	4 — 2	7 — 3	10 — 1, 2, 3	13 — 1, 2, 4
2 — 2	5 — 1	8 — 1, 3, 4	11 — 1, 3, 4	14 — 1, 2, 3, 5
3 — 1, 4	6 — 1, 2, 3	9 — 2, 5	12 — 1, 2, 3, 5	15 — 1, 2, 3, 4

4.2. Развивающие и творческие задания (ситуационные задачи) с эталонами ответов

Задача 1. У больного развился стеноз гортани III степени.

1. *Куда должен быть госпитализирован больной и в какие сроки?*
2. *Назовите лечебные мероприятия.*

Задача 2. У больного с опухолевым процессом в средостении постепенно нарастает дисфония.

1. *Чем объяснить дисфонию?*
2. *Лечение.*

Задача 3. У больного после трахеостомии по поводу стеноза гортани развилась подкожная эмфизема шеи с переходом на грудную клетку и лицо.

1. *Объясните причину возникновения подкожной эмфиземы.*
2. *Что необходимо срочно предпринять?*

Задача 4. Во время приема пищи у ребенка внезапно появилось удушье и судорожный кашель. В последующем сухой кашель периодически повторялся. При рентгеноскопии органов грудной клетки выявлены признаки эмфиземы правого легкого.

1. *Ваш предположительный диагноз.*
2. *Лечение.*

Задача 5. У больного после переохлаждения появилась сильная боль в горле при глотании, повышение температуры тела до 38 градусов. Болен 3 дня. При ларингоскопии: слизистая оболочка надгортанника гиперемирована, виден инфильтрат по верхнему краю с просвечиванием желтого содержимого.

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Возможное грозное осложнение.*
3. *Лечение.*

Задача 6. Мать дала годовалому ребенку сливу, которую он аспирировал. У ребенка — асфиксия.

1. *Объясните причину асфиксии.*
2. *Сколько в Вашем распоряжении времени для оказания помощи, если это произошло у Вас на глазах?*
3. *Ваши действия по оказанию ургентной помощи.*

Задача 7. Учительница (10 лет стажа работы) жалуется на утомляемость голоса, осиплость в течение года. При ларингоскопии: гортань подвижна, голосовая щель широкая, вялость голосовых складок, при фонации полностью не смыкаются.

1. *Диагноз.*
2. *Под наблюдением какого специалиста должен находиться пациент?*

Задача 8. Больной госпитализирован в ЛОР-отделение с диагнозом: гематома гортани, стеноз III степени.

1. *Ваша лечебная тактика.*

Задача 9. У курильщика диагностирован отечный ларингит Рейнке-Гайека.

1. *Лечебные рекомендации.*

Задача 10. У больного туберкулезом легких диагностирован туберкулез гортани.

1. *Возможный путь развития туберкулеза гортани.*
2. *Лечение.*

Эталоны ответов к ситуационным задачам (п. 4.2)

1.	1. Срочная госпитализация в ЛОР-стационар. 2. Контролируемая трахеостомия.
2.	1. Сдавление возвратного нерва в грудной полости приводит к ограничению подвижности половины гортани. 2. Удаление опухоли в средостении.
3.	1. Сделан разрез трахеи больше, чем диаметр трахеотомической трубки, и кожные швы плотно ушиты, воздух при выдохе проходит между неплотно подогнанной трахеотомической трубкой и разрезом трахеи в подкожную клетчатку. 2. Необходимо распусть швы.
4.	1. Инородное тело бронха правого легкого. 2. Трахеобронхоскопия и удаление бронхоскопическими щипцами инородного тела из бронха.
5.	1. Абсцесс надгортанника. 2. Развитие стеноза гортани. 3. Вскрытие абсцесса надгортанника ножом Тобольта, антибактериальная, антигистаминная, противоотечная терапия.

6.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спазм голосовых складок под влиянием инородного тела во входе в гортань (лежащего на голосовых складках). 2. 5–6 минут. 3. Потрясти ребенка за ноги головой вниз. Если не помогает, залезть пальцем в рот за надгортанник и сбросить сливу. При неуспехе — коникотомия.
7.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Функциональная дисфония (гипотонусная). 2. У фониаэра.
8.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Трахеостомия, гемостатическая, противовоспалительная терапия, при нагноении гематомы — вскрытие абсцесса.
9.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимо сменить марку сигарет, а лучше — бросить курить, антигистаминные препараты, ингаляции.
10.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спугаганный. 2. Противотуберкулезное.

4.3. Тестовый контроль по всему материалу темы № 11 с эталонами ответов

1. Симптомы стеноза гортани 2-й степени:
 - 1) инспираторная одышка при физической нагрузке;
 - 2) инспираторная одышка в покое;
 - 3) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания;
 - 4) стридор;
 - 5) акроцианоз.
2. При аллергическом отеке гортани, стенозе 2-й степени целесообразна:
 - 1) отвлекающая терапия;
 - 2) медикаментозная «трахеостомия»;
 - 3) коникотомия;
 - 4) введение противодифтерийной сыворотки.
3. При стенозе гортани 4-й степени показано хирургическое лечение:
 - 1) трахеостомия;
 - 2) эктирпация гортани;
 - 3) коникотомия;
 - 4) вскрытие абсцесса надгортанника.

4. Осложнениями коникотомии являются:
 - 1) ранение пищевода;
 - 2) эмфизема подкожно-жировой клетчатки;
 - 3) кровотечение;
 - 4) ранение щитовидной железы.
5. Острые ларингиты у детей в динамике угрожают развитием:
 - 1) стойкой дисфонии;
 - 2) острого стеноза гортани;
 - 3) астматического бронхита;
 - 4) гиперчувствительности гортани.
6. Особенность колотых и огнестрельных ранений гортани состоит в том, что:
 - 1) раневой канал прямой;
 - 2) кожный дефект не соответствует направлению раны гортани и имеет меньший размер;
 - 3) кожный дефект больше по размеру и обнажает рану гортани;
 - 4) особенностей не имеет.
7. При травме гортани, осложненной кровотечением, пострадавший должен находиться в положении:
 - 1) сидя;
 - 2) лежа на спине;
 - 3) лежа на противоположной повреждению стороне;
 - 4) лежа на стороне повреждения или на животе.
8. Пролонгированная интубация гортани у детей проводится:
 - 1) при флегманозном ларингите;
 - 2) при остром ларинготрахеите;
 - 3) при стенозе 2-й степени;
 - 4) при стенозе 3-й степени.
9. Показания для пролонгированной интубации у больных с острым ларинготрахеитом при проведении интенсивной терапии:
 - 1) если дыхание не улучшается в течение 2-х часов;
 - 2) если в течение 12 часов не наступает улучшение дыхания;
 - 3) если ухудшение дыхания наступает в течение 6 часов;
 - 4) если нет кислородной палатки в реанимации.

10. Ларингоскопическая картина при гортанной ангине:
- 1) пролабирование морганиева желудочка в виде воспаленной лимфоидной ткани, прикрывающей голосовые складки;
 - 2) сужение просвета гортани за счет воспалительных инфильтратов под голосовыми складками;
 - 3) увеличение, гиперемия и инфильтрация надгортанника;
 - 4) гиперемия, инфильтрация черпал и межчерпаловидного пространства.
11. При комбинированном лечении рака гортани (лучевая терапия — операция) должен соблюдаться интервал:
- 1) не более 2-х недель;
 - 2) не более 4-х недель;
 - 3) в пределах 2-х месяцев;
 - 4) около 6 месяцев.
12. Осложнения трахеостомии:
- 1) подкожная эмфизема;
 - 2) ранение пищевода;
 - 3) ранение надгортанника;
 - 4) асфиксия (вставление трахеотомической трубки под слизистую ткани).
13. При рассечении колец трахеи во время трахеостомии скальпель следует погружать на глубину не более 10 мм, потому что возможно повреждение:
- 1) ветвей нижнегортанного нерва;
 - 2) пищевода;
 - 3) вилочковой железы;
 - 4) нижней гортанной артерии.
14. В связи с ожогом гортаноглотки уксусной эссенцией ребенку 3-х лет произведена назотрахеальная интубация. Экстубирован через 8 суток. Сразу же после интубации возникла одышка с резким втяжением податливых мест грудной клетки, цианоз кожи лица, акроцианоз, учащение и ослабление пульса.
Ваш предположительный диагноз?
- 1) ларингоспазм;
 - 2) посттравматический стеноз гортани 3-й степени;

3) отек легких;

Какие мероприятия должны входить в план лечения?

4) трахеостомия;

5) повторная интубация;

6) внутривенное введение седативных препаратов.

- 15.** Больная 6 лет. На третий день заболевания лакунарной ангиной появилась охриплость, прогрессивно нарастающая до степени полной афонии. При этом также появились постепенно усиливающиеся явления стеноза гортани, при прямой ларингоскопии — на слизистой оболочке гортани выявлены грязно-серые налеты в виде отдельных очагов, после снятия которых остается изъязвленная поверхность слизистой оболочки, покрытая сгустками крови, смыкание голосовых складок при фонации неполное.

Ваш предположительный диагноз?

1) флегмонозная ангина;

2) дифтерия гортани.

Какие мероприятия должны входить в план лечения?

3) вскрытие абсцесса;

4) введение противодифтерийной сыворотки;

5) пароксисдорная палатка.

- 16.** У больного 7 лет через 5 дней после того, как он подавился рыбной костью, появилась резкая боль в горле при глотании, повторная рвота, повысилась температура до 38 градусов, отмечается саливация. При рентгенографии пищевода отмечено значительное расширение тени пищевода между 1-м и 2-м физиологическим сужением.

Ваш предположительный диагноз?

1) инородное тело пищевода;

2) перизофагит;

3) злокачественное образование пищевода.

Какие мероприятия должны входить в план лечения?

4) удаление инородного тела методом эзофагоскопии;

5) бужирование пищевода;

6) антибактериальная и противовоспалительная терапия.

17. При удалении инородного тела методом верхней бронхоскопии из левого бронха у больного внезапно резко ухудшилось дыхание, появился цианоз кожи лица, ослабление сердечной деятельности. При перкуссии слева по всему легочному полю определяется коробочный оттенок перкуторного звука.
Ваш предположительный диагноз?
- 1) ущемление инородного тела в голосовой щели;
 - 2) рефлекторная остановка сердца;
 - 3) травматический пневмоторакс;
 - 4) отек легких.
18. Ребенок 3 лет ел арбуз, внезапно закашлялся, посинел. Через несколько минут приступ кашля прошел. После этого стал подкашливать. При аускультации трахеи - симптом «хлопка».
Ваш предположительный диагноз?
- 1) инородное тело бронхов;
 - 2) баллотирующее инородное тело трахеи;
- Ваш план лечения?*
- 3) трахеостомия;
 - 4) трахеоскопия.
19. У ребенка 2-х лет, аллергика, на фоне заболевания ОРВИ появилось резкое затруднение дыхания, втяжение межреберных промежутков, эпигастрия, бледность кожных покровов, акроцианоз, тахикардия. При прямой ларингоскопии - гиперемия слизистой оболочки всех отделов гортани, сужение подскладкового пространства за счет симметричных розовых валиков под голосовыми складками.
Ваш предположительный диагноз?
- 1) гортанная ангина;
 - 2) острый ларингит;
 - 3) острый ларинготрахеит (ложный круп);
 - 4) дифтерия.
20. Женщина 40 лет после струмэктомии жалуется на затрудненное дыхание. Стеноз 2-й степени. При непрямой ларингос-

копии — неподвижность обеих половин гортани, резкое сужение голосовой щели. Вынужденное сидячее положение.

Ваш план лечения?

- 1) трахеостомия;
- 2) контролируемая трахеостомия;
- 3) интубация;
- 4) эндоларингиальная аридиноидэктомия;
- 5) резекция гортани.

21. Как поставить диагноз профессионального заболевания?
 - 1) направить на МСЭК;
 - 2) на основании санитарно-прогигиенической характеристики санитарным врачом условий труда;
 - 3) на основании экстренного извещения врача лечебно-профилактического учреждения, в котором впервые установлен профессиональный характер заболевания (профпатологические центры или отделения);
 - 4) направить в департамент здравоохранения к главному специалисту.
22. Основная задача военно-медицинской экспертизы:
 - 1) отбор для ВС РФ физически крепких юношей;
 - 2) отбор для ВС РФ наиболее полноценного здорового контингента;
 - 3) отбор для ВС РФ контрактников.
23. Какие дополнительные исследования необходимы при отборе в ВДВ, ВВС и плавсостав:
 - 1) отолитовая реакция Воячека;
 - 2) качели Хилова;
 - 3) барафункция слуховой трубы;
 - 4) аудиометрия.
24. Способы выявления симуляции полной глухоты:
 - 1) опыт Ломбардта;
 - 2) опыт А. А. Говсеева;
 - 3) опыт Арандаренко;
 - 4) объективная аудиометрия;
 - 5) опыт Вебера.

25. Способы выявления симуляции односторонней глухоты:
- 1) опыт Ринне;
 - 2) опыт Шварце;
 - 3) опыт Маркса;
 - 4) опыт Штенгера.
26. Способы выявления аггравации глухоты:
- 1) опыт Желе;
 - 2) опыт Остина;
 - 3) опыт Варнике;
 - 4) опыт Каспара.
27. Частота динамического наблюдения за диспансерными ЛОР-больными с предраковыми заболеваниями:
- 1) 1 раз в год;
 - 2) 2 раза в год;
 - 3) 3 раза в год;
 - 4) 4 раза в год.
28. Частота динамического наблюдения за диспансерными ЛОР-больными с хроническим тонзиллитом (компенсированная форма):
- 1) 1 раз в год;
 - 2) 2 раза в год;
 - 3) 3 раза в год.
- Какие врачи должны дополнительно его осматривать?*
- 4) терапевт;
 - 5) стоматолог.
 - 6) хирург.

Эталоны ответов к тестовому контролю (п. 4.3):

1 — 2, 3, 5	6 — 2	11 — 2	16 — 1, 2, 4, 6	21 — 1, 2, 3	26 — 2, 3, 4
2 — 2	7 — 4	12 — 1, 2, 4	17 — 3	22 — 2	27 — 2
3 — 3	8 — 2, 4	13 — 2	18 — 2, 4	23 — 1, 2, 3	28 — 2, 4, 5
4 — 2, 3	9 — 2, 3	14 — 2, 4	19 — 3	24 — 1, 2, 3, 4	
5 — 2	10 — 1	15 — 2, 4	20 — 2, 4	25 — 2, 3, 4	

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Овчинников Ю.М. Оториноларингология: Учеб. для студентов мед. вузов. М.: Медицина, 1997. 310 с.
2. Пальчун В.П., Крюков А.И. Оториноларингология: Учебник для студентов мед. вузов. Курск: КМТУ; М., 1997. 512 с.
3. Овчинников Ю.М. Справочник по оториноларингологии для самоподготовки студентов. М., 1999. 181 с.
4. Болезни уха, горла и носа: Атлас. М., 1991. 237 с.
5. Постановление Правительства РФ «Об утверждении положения военно-врачебной экспертизы» от 25 февраля 2003 года № 123.

Учебно-методическое издание

Заболевания гортани. Военно-врачебная экспертиза.
ЛОР-диспансеризация. Профессиональные заболевания
ЛОР-органов

Учебно-методическое пособие

Начальник РИЦ *Ж. В. Виноградова*
Корректор *В. И. Виноградова*
Оригинал-макет подготовила *О. Г. Каченко*

Лицензия ЛР № 021313 от 7.12.98

Сдано в набор 22.05.03. Подписано к печати 13.10.04.
Уч.-изд.л. 2,7. Гарнитура Peterburg. Тираж 100. Заказ № 21.

Редакционно-издательский центр
Тверской государственной медицинской академии
170642, Тверь, Советская, 4.

Тиражирование методом ризографирования.