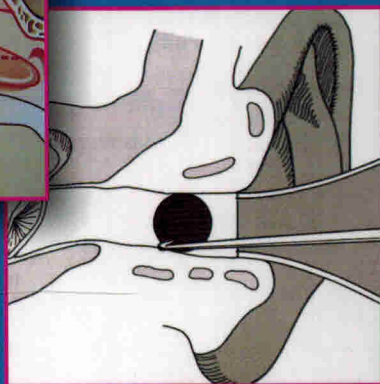
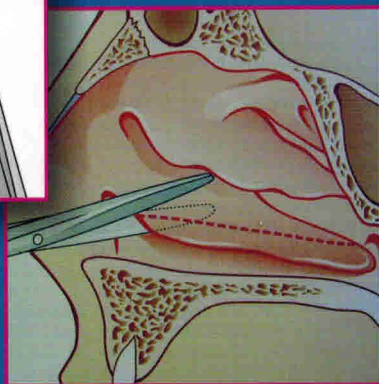
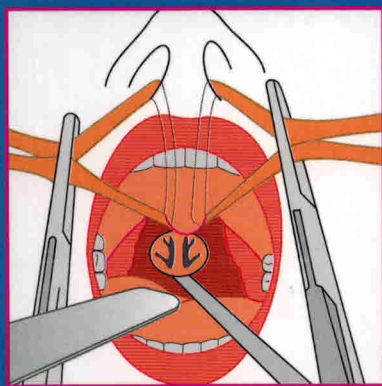


В.Т. Пальчун
Л.А. Лучихин
М.М. Магомедов

РУКОВОДСТВО ПО ПРАКТИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ



МЕДИЦИНСКОЕ
ИНФОРМАЦИОННОЕ
АГЕНТСТВО

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	8
Список сокращений.....	10
Глава 1. Диагностические и лечебные методы в практике оториноларинголога.....	11
1.1. Организация рабочего места для осмотра, обследования и лечения на оториноларингологическом амбулаторном приеме.....	11
1.2. Методы обследования ЛОР-органов.....	15
1.2.1. Осмотр полости носа и носоглотки	17
1.2.1.1. Передняя риноскопия.....	17
1.2.1.2. Задняя риноскопия (эпифарингоскопия).....	22
1.2.2. Эндоскопическое исследование полости носа и околоносовых пазух.....	24
1.2.3. Микрориноскопия	29
1.2.4. Эндофотографирование полости носа.....	31
1.2.5. Функциональные методы исследования носа и околоносовых пазух	32
1.2.5.1. Исследование дыхательной функции.....	32
1.2.5.2. Исследование обонятельной функции	33
1.2.5.3. Исследование мукоцилиарного транспорта	35
1.2.5.4. Исследование показателя водородных ионов (рН-метрия).....	36
1.2.5.5. Термометрия слизистой оболочки полости носа.....	37
1.2.6. Аспирационные методы в диагностике и лечении синуситов.....	37
1.2.7. Методы очистки полости носа от патологического содержимого	42
1.2.8. Методы исследования глотки.....	44
1.2.9. Исследование гортани	49

1.2.9.1. Непрямая ларингоскопия	50
1.2.9.2. Прямая ларингоскопия	53
1.2.10. Эндоскопия трахеи, бронхов и пищевода	56
1.2.10.1. Трахеобронхоскопия	56
1.2.10.2. Эзофагоскопия.....	60
1.2.11. Отоскопия и отомикроскопия	63
1.2.12. Исследование функции слуховой трубы	71
1.3. Субъективные методы исследования слуха	75
1.3.1. Исследование слуха шепотной и разговорной речью	76
1.3.2. Исследование слуха камертонами	77
1.3.3. Исследование слуха с помощью аудиометра	83
1.3.3.1. Тональная аудиометрия.....	83
1.3.3.2. Речевая аудиометрия	88
1.3.3.3. Шумовая аудиометрия	90
1.4. Объективные методы исследования в аудиологии	91
1.4.1. Акустическая импедансометрия	92
1.4.2. Тимпанометрия	92
1.4.3. Регистрация акустического рефлекса	95
1.4.4. Регистрация слуховых вызванных потенциалов.....	98
1.4.5. Регистрация отоакустической эмиссии	99
1.5. Методы исследования функции вестибулярного анализатора	100
1.5.1. Спонтанные вестибулярные симптомы.....	101
1.5.2. Вестибулярные пробы.....	106
1.5.3. Стабилометрия	112
1.6. Физические методы исследования ЛОР-органов	114
1.6.1. Рентгенологическое исследование	115
1.6.2. Компьютерная рентгеновская томография	121
1.6.3. Магнитно-резонансная томография	123
1.6.4. Ультразвуковое исследование	124
1.7. Тактика оториноларинголога при новообразованиях ЛОР-органов	125
Глава 2. Общие принципы хирургии в оториноларингологии	130
2.1. Организация и правила хирургической работы в оториноларингологическом стационаре	130
2.2. Основные закономерности раневого процесса	142
2.3. Основы операционной техники при вмешательствах на лице и шее	143
2.4. Подготовка больного к плановой и экстренной ЛОР-операциям.....	162
2.5. Особенности выполнения операции ВИЧ-инфицированному больному	171
2.6. Методы обезболивания в оториноларингологии	173
2.6.1. Аппликационная (поверхностная) анестезия	174
2.6.2. Инфильтрационная анестезия.....	175
2.6.3. Проводниковая анестезия	176
2.6.4. Методы общей анестезии	180
2.6.4.1. Ингаляционный наркоз.....	181
2.6.4.2. Неингаляционная общая анестезия	186

2.6.5. Методы анальгезии в послеоперационном периоде	188
2.6.5.1. Опиоидные анальгетики	189
2.6.5.2. Ингибиторы циклооксигеназы	190
2.6.5.3. Бензодиазепины	192
Глава 3. Операции на ЛОР-органах	193
3.1. Операции на околоносовых пазухах, в полости носа и на наружном носе	193
3.1.1. Пункции и промывание околоносовых пазух	193
3.1.1.1. Пункция верхнечелюстной пазухи	194
3.1.1.2. Трепанопункция и пункция лобной пазухи	197
3.1.1.3. Пункция клиновидной пазухи	200
3.1.2. Хирургическая коррекция внутриносовых структур	202
3.1.2.1. Подслизистая резекция перегородки носа	202
3.1.2.2. Септопластика	205
3.1.2.3. Конхотомия	205
3.1.2.4. Вазотомия	207
3.1.2.5. Латероконхопексия	208
3.1.2.6. Ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин	209
3.1.2.7. Операции, направленные на сужение просвета общего носового хода	210
3.1.3. Хирургическая коррекция наружного носа (ринопластика)	212
3.1.3.1. Закрытая ринопластика	215
3.1.3.2. Открытая ринопластика	219
3.1.3.3. Острая пластика ран наружного носа	222
3.1.4. Репозиция костей носа при острой травме	223
3.1.5. Радикальные операции на околоносовых пазухах	225
3.1.5.1. Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе со вскрытием клеток решетчатого лабиринта	225
3.1.5.2. Радикальная операция на лобной пазухе	227
3.1.5.3. Вскрытие клиновидной пазухи	229
3.1.6. Микроэндоскопическая полисинусотомия	230
3.1.6.1. Эндоскопическое вскрытие верхнечелюстной пазухи	232
3.1.6.2. Эндоскопическое вскрытие лобной пазухи	233
3.1.6.3. Микроэндоскопическое вскрытие клеток решетчатого лабиринта	234
3.1.6.4. Микроэндоскопическое вскрытие клиновидной пазухи	235
3.1.7. Микрогайморотомия	236
3.1.8. Полипотомия полости носа со вскрытием клеток решетчатой кости	237
3.1.9. Методы остановки носового кровотечения, передняя и задняя тампонада полости носа	240
3.1.10. Подслизистая отсепаровка в области зоны Киссельбаха	243
3.1.11. Операция разрушения клеток решетчатого лабиринта	244
3.1.12. Перевязка верхнечелюстной артерии	245
3.1.13. Перевязка наружной сонной артерии	245
3.1.14. Удаление инородных тел полости носа	246

3.1.15. Особенности ведения больных после эндоназальных вмешательств, операций на околоносовых пазухах и на наружном носе	247
3.2. Операции в области глотки, гортани и на шее	250
3.2.1. Аденоотомия и тонзиллотомия.....	250
3.2.1.1. Аденоотомия	250
3.2.1.2. Тонзиллотомия	254
3.2.2. Тонзиллэктомия	256
3.2.3. Увулопалатофарингопластика при ринхопатии	259
3.2.4. Вскрытие паратонзиллярного абсцесса, абсцестонзиллэктомия	262
3.2.5. Хирургические вмешательства при нагноении клетчаточных пространств шеи	264
3.2.6. Трахеотомия, трахеостомия и коникотомия	266
3.2.7. Удаление инородных тел глотки и гортани, трахеи и бронхов	268
3.2.8. Особенности ведения больного после операций в глотке и гортани	269
3.3. Операции на ухе.....	271
3.3.1. Удаление инородных тел наружного слухового прохода	271
3.3.2. Вскрытие гематомы, абсцесса ушной раковины	272
3.3.3. Вскрытие фурункула наружного слухового прохода	273
3.3.4. Удаление экзостозов наружного слухового прохода	273
3.3.5. Хирургическая коррекция деформаций ушных раковин	274
3.3.6. Операции при врожденных околоушных свищах	276
3.3.7. Парацентез барабанной перепонки.....	276
3.3.8. Шунтирование барабанной полости	277
3.3.9. Антромастодотомия	280
3.3.10. Санирующая общеполостная операция на височной кости	282
3.3.11. Расширенная радикальная операция на височной кости	285
3.3.12. Тимпанопластика	287
3.3.13. Стапедопластика при отосклерозе	293
3.3.14. Операция на водопроводе преддверия при болезни Меньера по В.Т. Пальчуну.....	295
3.3.15. Особенности ведения больных после операции на ухе	297

Глава 4. Консервативное лечение наиболее частых заболеваний ЛОР-органов

4.1. Ангина (острый тонзиллит).....	300
4.2. Паратонзиллит.....	302
4.3. Острый и хронический фарингит	304
4.4. Хронический тонзиллит	306
4.5. Острый ларингит	308
4.6. Фурункул носа.....	310
4.7. Носовые кровотечения.....	311
4.8. Острый инфекционный ринит	312
4.9. Аллергический ринит	314
4.10. Острый синусит.....	316
4.11. Наружный отит.....	320
4.12. Отомикоз	321

4.13. Экссудативный средний отит323

4.14. Острый гнойный средний отит324

4.15. Хронический гнойный средний отит327

4.16. Мастоидит329

4.17. Лабиринтит331

4.18. Неврологические осложнения и сепсис при заболеваниях
ЛОР-органов.....332

4.19. Болезнь Меньера.....334

4.20. Нейросенсорная тугоухость.....337

4.21. Основы слухопротезирования и кохлеарная имплантация339

4.21.1. Слухопротезирование.....339

4.21.2. Кохлеарная имплантация341

Глава 3

ОПЕРАЦИИ НА ЛОР-ОРГАНАХ

3.1. ОПЕРАЦИИ НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ, В ПОЛОСТИ НОСА И НА НАРУЖНОМ НОСЕ

В этом разделе рассмотрены показания и техника проведения наиболее часто встречающихся манипуляций и хирургических вмешательств в полости носа и на околоносовых пазухах как радикального, так и эндоскопического и микрохирургического характера. Описаны хирургические вмешательства в целях коррекции наружного носа, методы остановки носового кровотечения.

3.1.1. Пункции и промывание околоносовых пазух

Пункции околоносовых пазух (ОНП) остаются одним из основных методов не только механического удаления патологического содержимого из них, но и введения лекарственных препаратов в очаг воспаления. Анестезия, как правило, местная аппликационная, при которой используются 2–3-кратные смазывания различными аппликационными анестетиками: лидокаин 10%, кокаин 3–5%, дикаин 2%, димедрол 10% и др. Важное значение имеет тщательно выполненная анемизация с использованием вазоконстрикторов, особенно в области остиомеатального комплекса.

Наряду с пункционным применяются и неинвазивные методы санации околоносовых пазух — метод «перемещения» по Проэтцу, синус-катетер ЯМИК и др. Каждая из этих методик имеет свои преимущества и недостатки.

В зарубежной практике острое воспаление ОНП нередко лечат без применения инвазивных вмешательств, назначая этиотропную системную терапию антибиотиками широкого спектра действия.

3.1.1.1. Пункция верхнечелюстной пазухи

Показания:

- Субъективные признаки гнойного гайморита, основными из которых являются головная боль, ощущение тяжести в области корня носа, усиливающееся при наклонах головы; заложенность в носу и слизисто-гнойные выделения из носа; повышение температуры.
- Объективные признаки, включающие наличие отека и инфильтрации слизистой оболочки полости носа, гнойные выделения в среднем и общем носовых ходах, снижение пневматизации или уровень жидкости в пазухе по данным обзорной рентгенографии ОНП или компьютерной томографии (рис. 3.1). Информативным является метод диагностической микроэндоскопии, который позволяет визуально определить гнойные выделения из-под средней носовой раковины (рис. 3.2). При пальпации можно определить болезненность в области проекции пазух, что указывает на распространение процесса на мягкие ткани.

Анестезия — аппликационная (см. выше), путем повторного (трехкратного) смазывания раствором анестетика места прокола — передней половины нижнего носового хода в области его свода.

Техника операции. Пункция верхнечелюстной пазухи производится, как правило, через нижний носовой ход, иногда через лунку удаленного больного

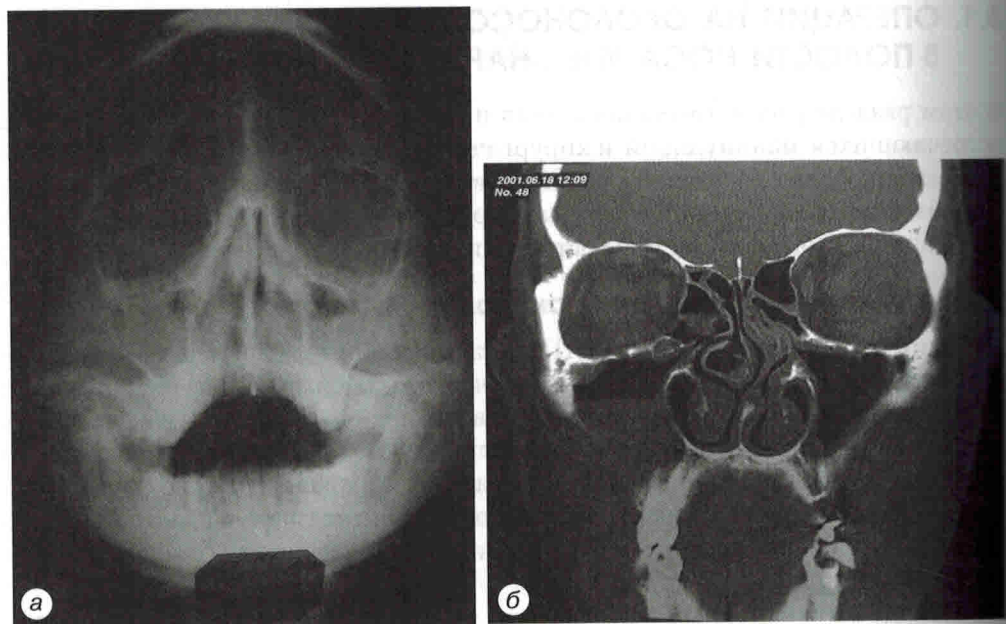
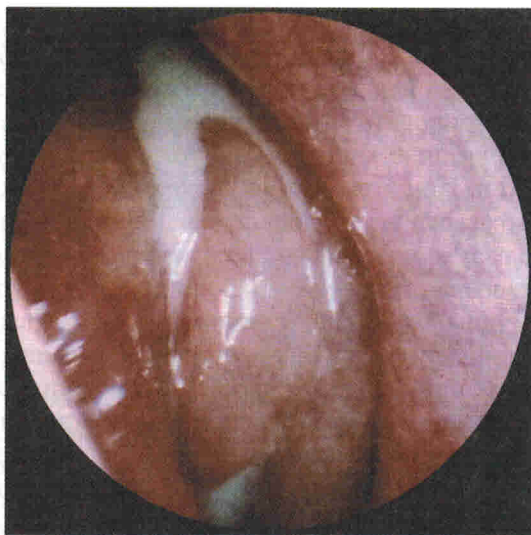


Рис. 3.1. а — рентгенограмма околоносовых пазух — видно снижение пневматизации обеих верхнечелюстных пазух, уровень жидкости в левой лобной пазухе; б — КТ околоносовых пазух (фронтальная проекция) — уровень жидкости в левой верхнечелюстной пазухе, пневматизированная булла средней носовой раковины слева прикрывает естественное соустье верхнечелюстной пазухи. Искривлена перегородка носа

Рис. 3.2. Гнойные выделения из-под средней носовой раковины справа



зуба и, в редких случаях, через средний носовой ход. Как правило, прокол осуществляется специальной иглой Куликовского (его можно выполнить также иглами Корнеева, Лихтвица, троакаром, иглой для спинномозговой пункции длиной 8–10 см и др.). Оптимальное место пункции находится в верхней точке свода (крыши) нижнего носового хода на расстоянии примерно 1,5–2 см кзади от переднего конца нижней носовой раковины. Прокол в этом месте произвести легче, так как здесь минимальная толщина костной стенки. Направление иглы при этом обращено к латеральному углу глаза этой стороны (рис. 3.3). Если пункция производится правильно, то после некоторого сопротивления чувствуется внезапное проваливание иглы в пазуху. Конец иглы должен оста-

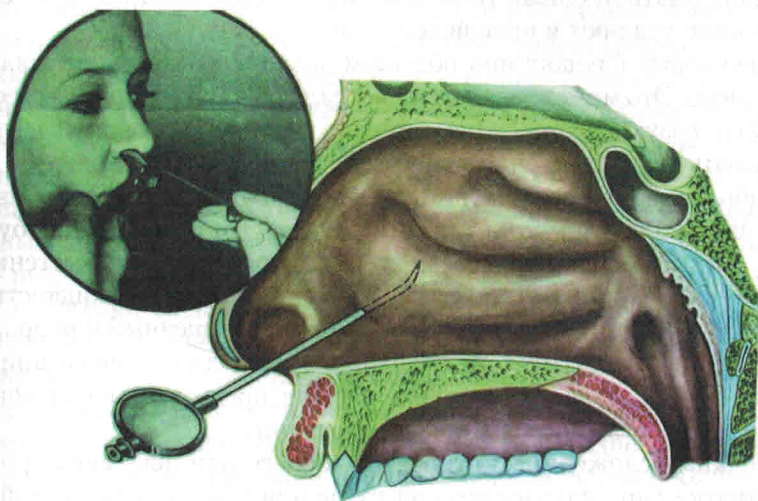


Рис. 3.3. Направление иглы к латеральному углу глаза при пункции верхнечелюстной пазухи справа

новиться сразу возле стенки, проколов все три ее слоя. Легкими поступательными движениями иглы проверяют, свободен ли ее конец в пазухе; если нет, то иглу смещают на 3–4 мм вперед или назад. После прокола вначале пробуют аспирировать содержимое пазухи шприцем и после этого при слабом давлении вводят промывную жидкость — раствор фурацилина, физиологический раствор и т.п. При этом нужно убедиться, что в шприце нет воздуха. Предварительное отсасывание нередко позволяет обнаружить гнойное или серозное содержимое в пазухе или в кисте, в то же время нужно иметь в виду, что при промывании серозная и даже гнойная жидкость, смешиваясь с промывной, может остаться необнаруженной. Если игла находится выше уровня жидкости или имеется густой гной, то при аспирации содержимое не обнаружено. При наличии в пазухе гноя промывная жидкость, вытекая через соустье, будет молочно-мутной или к ней примешивается гной в виде отдельных комков.

Введение в пазуху воздуха не рекомендуется из-за опасности воздушной эмболии, что может привести к слепоте или даже к смертельному исходу, однако и то и другое бывает крайне редко.

Отрицательный результат промывания, при отсутствии гнойного содержимого, еще не указывает на нормальное состояние пазухи, так как не исключена возможность наличия очень густого гноя, который не вымывается, или негнойного поражения пазухи (отечно-катаральная, грибковая или полипозная формы).

При пункции в редких случаях возможны осложнения, которые могут явиться следствием как анатомических особенностей, так и нарушения техники выполнения вмешательства. *Основные причины возможных неудач следующие:*

- При легком давлении на поршень шприца жидкость не поступает в пазуху. Игла проникла глубоко, до соприкосновения с противоположной стенкой; тогда ее следует оттянуть обратно на 2–4 мм и возобновить промывание. В отверстие иглы попали кусочки кости, частички мягких тканей, плотной слизи; тогда иглу прочищают мандреном, а если это не помогает, удаляют и производят новый прокол.
- В некоторых случаях при обычном давлении нагнетание жидкости затруднено. Это может зависеть от воспалительного сужения естественного соустья пазухи, поэтому, делая прокол в нижнем носовом ходе, не следует забывать тщательно анемизировать средний носовой ход.
- Наиболее частым осложнением пункции являются эмфизема мягких тканей щеки или клетчатки глазницы и век. Это осложнение обусловлено тем, что игла проходит через латеральную или верхнюю стенки пазухи и инъектирование в мягкие ткани щеки (или глазницы) жидкости вызывает эмфизему или инфильтрат (так называемый щечный или орбитальный прокол), в результате чего появляется припухлость щеки или нижнего века. В этом случае промывание следует прекратить и с профилактической целью назначить антибиотикотерапию.
- К редким осложнениям относятся абсцесс или флегмона орбитальной клетчатки (при патологической узуре или повреждении иглой глазничной стенки пазухи). Глазничные осложнения возникают чаще при пункции через средний носовой ход.

Глава 4

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

4.1. АНГИНА (ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ)

Ангина — это острое общее инфекционно-аллергическое заболевание с воспалительной тканевой реакцией в миндалинах лимфаденоидного глоточного кольца. Чаще всего поражается нёбная миндалина — в 90–95% случаев. Поэтому в отечественной врачебной практике под названием «ангина» принято подразумевать воспаление нёбных миндалин.

Для обозначения данного заболевания иногда используется также термин «острый тонзиллит» (от латинского *tonsilla* — миндалина). Заболевание чаще вызывается стрептококками и стафилококками, реже вирусами и другими микроорганизмами. Среди бактериальных возбудителей определяющая роль принадлежит *β-гемолитическому стрептококку группы А* (БГСА), который выполняет роль этиологического фактора у 30% больных ангиной.

Наиболее часто встречаются *банальные ангины* — катаральная, фолликулярная, лакунарная, смешанная. Выделяют также *ангины при инфекционных заболеваниях* — дифтеритическая, скарлатинозная, коревая, сифилитическая, при ВИЧ-инфекции; при *заболеваниях крови* — моноцитарная, агранулоцитарная, при лейкозах. И наконец, встречаются отдельные формы *атипичных ангин* — Симановского–Венсана, герпетическая, грибковая, смешанные формы.

Стрептококковая природа ангины предполагает высокую вероятность развития таких осложнений, как ревматизм, острый нефрит, неспецифический инфекционный полиартрит и других заболеваний, имеющих инфекционно-аллергическую природу. Поэтому для определения рациональной лечебной тактики и прогноза ангины важное значение имеет микробиологическая диагностика ее стрептококковой природы (БГСА).

Лечение больного ангиной проводится амбулаторно, с изоляцией его в домашних условиях для предупреждения распространения заболевания среди

окружающих. В зависимости от формы ангины и особенностей ее клинического течения характер и продолжительность лечения различны. При тяжелых формах ангины, особенно при появлении налетов на миндалинах, больного госпитализируют в инфекционное отделение, так как существует вероятность дифтеритического поражения глотки. В этом случае в обязательном порядке берется посев со слизистой оболочки глотки на дифтерию.

Больному ангиной в первые дни назначается строгий постельный режим, а затем — домашний с ограничением физической активности, что важно для предупреждения осложнений. Больному необходимо выделить отдельную посуду, полотенце, максимально ограничить контакт с окружающими, особенно с детьми. Рекомендуются обильное питье, щадящая, не раздражающая, преимущественно молочно-растительная диета, богатая витаминами.

Основу медикаментозного лечения ангины составляет системная антибактериальная терапия. Предпочтение отдается препаратам *пенициллинового ряда*, поскольку БГСА обладает наибольшей чувствительностью именно к пенициллинам. В соответствии с международными рекомендациями, препаратом выбора при стрептококковом тонзиллите является *феноксиметилпенициллин* — по 0,5 г каждые 6 ч, принимать внутрь за час до еды; курс лечения не менее 10 дней. Феноксиметилпенициллин обладает высокой активностью по отношению к БГСА и узким антимикробным спектром, благодаря которому сведено к минимуму его «экологическое давление» на нормальную микрофлору.

Полусинтетический пенициллин *амоксциллин* рассматривается отечественными специалистами как препарат 1-го ряда при лечении БГСА-тонзиллита. Он обладает высокой биодоступностью (до 93%), не зависящей от приема пищи, и улучшенной переносимостью.

При тяжелом течении ангины, а также при рецидивировании заболевания предпочтение отдается ингибиторозащищенным пенициллинам, в частности *амоксциллин/клавуланату* (*амоксиклаву*, *аугментину*), который назначается по 0,625–1,0 г каждые 8–12 ч, лучше во время еды.

При непереносимости пенициллинов назначают макролиды или оральные цефалоспорины I–II поколений. Среди макролидов предпочтение отдается азитромицину (сумамед) — его назначают по 500 мг 1 раз в день в течение 3–5 дней; спирамицину (ровамицин) — таблетки по 3 млн МЕ 2–3 раза в сутки; рокситромицину (рулид) — по 0,15 г 2 раза в день.

Антибиотики *цефалоспоринового ряда* располагаются на третьем месте по частоте назначения при ангине. Цефуроксим (кетоцеф) может быть назначен вначале парентерально по 1,5 г 2–3 раза в сутки, а после нормализации температуры и уменьшения боли в горле и восстановления способности нормально глотать можно перейти на прием внутрь (цефуроксим аксетил по 150–500 мг 2 раза в день).

При непереносимости β -лактамных антибиотиков и макролидов назначают линкозамиды: внутрь *клиндамицин* по 0,15 г 4 раза в сутки, или *линкомицин* по 0,5 г 3 раза в сутки — курс лечения 10 дней.

Наиболее широким спектром антибактериальной активности обладают *карбапенемы*, поэтому эти антибиотики являются средством эмпирической тера-

пии наиболее тяжелых осложнений воспалительных заболеваний глотки, таких как паратонзиллит, парафарингит. Из этой группы применяется имипенем (тиенам), обладающий повышенной устойчивостью к хромосомным и плазмидным β -лактамазам; вводится внутривенно капельно или внутримышечно в дозе до 1,5–2 г/сут (по 500 мг через 6–8–12 ч). Меропенем (меронем) характеризуется высокой эффективностью при тяжелых инфекционных осложнениях, сопровождающихся нейтропенической реакцией, а также при развитии нозокомиальной инфекции у больного в послеоперационный период, например после абсцессотомии.

В ряде случаев, когда не подтверждается БГСА-природа заболевания, обоснованным является применение антибактериальных средств местного действия. Для местного воздействия на слизистую оболочку глотки широко используется антибиотик *фузафунжин* (выпускается в виде аэрозольного препарата *биопарокс* для ингаляций через рот каждые 4 ч), обладающий широким спектром антимикробного действия и одновременно дающий противовоспалительный эффект. Можно рекомендовать также антисептики для местного применения стопангин, стрепсилс-плюс-спрей.

Назначают полоскание глотки 5–6 раз в течение дня теплым раствором фурацилина 1:5000, соды (1 чайная ложка на стакан воды), отварами трав (шалфей, ромашка, календула и др.), растворами октенисепта (в разведении 1:6), мирамистина (0,01% раствор).

Для повышения местной и общей резистентности организма используют иммуномодулятор *имудон*, содержащий лизаты основных возбудителей заболеваний полости рта и глотки (по 1 таб. рассасывать во рту 5 раз в день в течение недели, затем продолжить по 1 таб. 3 раза в день еще неделю). Растительный препарат *тонзилгон Н* проявляет противовоспалительное, иммуномодулирующее действие, повышает фагоцитарную активность макрофагов и гранулоцитов. Обладает местным обволакивающим и анальгезирующим действием. Назначается взрослым по 25 капель 5 раз в сутки в острый период, грудным детям — по 5 капель, после стихания острого периода можно перейти на 3-кратный прием.

В заключение следует отметить, что при БГСА-тонзиллите или фарингите не показано применение ряда антибактериальных препаратов: сульфаниламидов и ко-тримоксазола; тетрациклинов; фторхинолонов (резистентность стрептококка, токсичность).

4.2. ПАРАТОНЗИЛЛИТ

Паратонзиллит — воспаление околоминдаликовой клетчатки. Это сравнительно частое местное осложнение ангины или хронического тонзиллита. Различают отечную, инфильтративную и абсцедирующую формы паратонзиллита. Обозначение заболевания как «паратонзиллярный абсцесс» правомерно для конечной стадии патологического процесса, который сопровождается нагноением окружающей небную миндалину паратонзиллярной клетчатки. От начала заболевания до формирования абсцесса проходит обычно 4–6 дней, но в ряде случаев этот срок резко сокращается и составляет несколько часов. Иногда начавшийся вос-

палительный процесс в паратонзиллярной клетчатке при определенных условиях может подвергаться обратному развитию под воздействием своевременного адекватного консервативного лечения.

В зависимости от места формирования и расположения паратонзиллярный абсцесс может быть передневерхним, задним, нижним и боковым (наружным). Чаще всего воспалительный процесс локализуется между капсулой и миндалинной в передневерхнем отделе — это наиболее благоприятная локализация, поскольку абсцесс залегает сравнительно поверхностно и существует возможность его самопроизвольного вскрытия в просвет глотки. При задней и нижней локализациях абсцесса его диагностика бывает затруднительна, а отек и инфильтрация могут распространиться вниз на гортань — в этом случае развивается отек гортани и может быть ее стенозирование. Наиболее тяжелым по клиническому течению является боковой паратонзиллит — при сформировавшемся абсцессе условия для спонтанного опорожнения здесь наихудшие, может быть распространение гнойного процесса в парафарингеальное пространство.

Наиболее характерный клинический признак — выраженная односторонняя боль в горле, нередко иррадирующая в ухо, зубы. Боль бывает настолько интенсивная, что больной не может есть, проглотить воду, а слюна стекает из угла рта. Одним из наиболее частых признаков перехода процесса в стадию абсцедирования является *тризм* — тонический спазм жевательной мускулатуры, из-за чего больной не может полностью открыть рот. Речь при этом становится невнятной, с носовым оттенком. Общее состояние больного может быть тяжелым, выраженная интоксикация, температура тела нередко повышается до 39–40 °С, в крови лейкоцитоз $(10-15) \times 10^9/\text{л}$, формула крови со сдвигом влево, повышается СОЭ.

Диагностика паратонзиллита вследствие выраженной характерной симптоматики обычно не вызывает затруднений.

Консервативное лечение, позволяющее добиться abortивного течения заболевания, оправданно в начальных стадиях паратонзиллита. Основу его составляет антибактериальная терапия с использованием современных высокоэффективных антибиотиков с учетом чувствительности наиболее вероятного возбудителя. Выделенные возбудители проявляют наибольшую чувствительность к препаратам *пенициллинового* ряда (амоксциллин/клавуланат по 1,0 г 2 раза в день), *цефалоспорином* II–III поколений (цефуроксим в/м или в/в по 1,5–4,5 г/сут; цефотаксим в/м или в/в по 1,0 г 3 раза в сутки). Эффективно сочетание этих антибиотиков с *метронидазолом*, особенно если предполагается участие анаэробной флоры (метрогил по 100 мл в/в ежедневно в течение 3 дней).

Альтернативные схемы лечения: клиндамицин в/в по 0,6–0,9 г 3 раза в сутки; тикарциллин/клавуланат по 3,2 г 3 раза в сутки. В составе комплексной терапии паратонзиллита целесообразно применение антигистаминных препаратов.

Одновременно проводят детоксикационную и противовоспалительную терапию, назначают жаропонижающие и анальгетики. С учетом выявленного у больных паратонзиллитом дефицита всех звеньев иммунного статуса показаны препараты, которые обладают иммуномодулирующим эффектом: *полиокси-*

доний по 6 мг в/м ежедневно или через день, курс 5 инъекций; *дезоксирибонуклеиновая кислота* (деринат) в/м ежедневно по 5 мл с интервалом 24–48 ч, на курс 3–7 инъекций.

При появлении признаков абсцедирования показано безотлагательное хирургическое вмешательство — вскрытие абсцесса или выполнение абсцесстонзиллэктомии. Вскрытие паратонзиллита благоприятно влияет на последующее течение заболевания даже в случаях, когда гной получить не удастся — процесс в стадии инфильтрации. Абсцесстонзиллэктомия (и одновременно тонзиллэктомия на противоположной стороне) рекомендуется в срочном порядке при рецидивирующем паратонзиллите, у больного с ранее диагностированным хроническим тонзиллитом, рецидивирующими ангинами в анамнезе, при задней, нижней или боковой локализациях паратонзиллита, при появившихся признаках осложнений (сепсис, парафарингит, флегмона шеи, медиастинит и др.), а также в случаях, когда после вскрытия абсцесса в течение 2–3 ч не отмечено положительной динамики в ходе заболевания. При распространении гнойного процесса на клетчатку шеи, средостение необходимо срочное хирургическое вмешательство; при необходимости — продолжение лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии.

4.3. ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ФАРИНГИТ

Фарингит — острое или хроническое воспаление слизистой оболочки глотки.

Острый фарингит может быть проявлением острой респираторной инфекции или самостоятельным заболеванием, развившимся при непосредственном воздействии инфекционного возбудителя или разнообразных раздражителей: горячая или холодная пища, вдыхание холодного воздуха или воздуха, содержащего вредные примеси, производственную пыль, курение, алкоголь. Этиологическим фактором острого фарингита могут быть вирусы, микробные возбудители, грибы. Острое воспаление глотки может развиваться также вследствие аллергического, травматического воздействия.

Развитие хронического фарингита в большинстве случаев обусловлено местным длительным раздражением слизистой оболочки глотки, способствуют развитию хронического фарингита повторные острые воспаления глотки. Хронический фарингит обычно классифицируют по характеру морфологических изменений слизистой оболочки глотки и выделяют *катаральный* (простой), *гипертрофический* и *атрофический* (субатрофический) фарингит.

Лечение следует начинать с исключения раздражающей (горячей, холодной, кислой, острой, соленой и т.п.) пищи, газированных напитков. Среди первоочередных назначений также запрет курения, алкоголя, рекомендация соблюдать щадящий голосовой режим.

Приступая к лечению, необходимо учитывать, что развитию хронического фарингита способствуют воспаление нёбных миндалин, носа и околоносовых пазух, длительное нарушение носового дыхания, кариес зубов. Причиной могут быть болезни ЖКТ (в частности, гастроэзофагальный рефлюкс, дисбактериоз кишечника и др.), эндокринные и гормональные нарушения.