Рецензенты:

Пискунов Геннадий Захарович — д-р мед. наук, проф. кафедры оториноларингологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», чл.-кор. РАН;

Шиленкова Виктория Викторовна — д-р мед. наук, проф. кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет».

Лопатин, А. С.

Л77 Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. — 2-е изд., доп. и перераб. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 408 с. : ил. — DOI: 10.33029/9704-8052-6-НВО-2024-1-408.

ISBN 978-5-9704-8052-6

В справочнике освещены основные вопросы диагностики и лечения заболеваний носа, околоносовых пазух, глотки, гортани и уха. Он составлен по принципу клинических рекомендаций, где для каждой нозологической формы последовательно описаны ее эпидемиология, классификации, этиология и патогенез, клиническая картина, диагностика и методы лечения. В книге приведены сведения о заболеваниях и состояниях, описания которых обычно отсутствуют в учебниках и национальных руководствах по оториноларингологии, таких как перфорации перегородки носа, назальная ликворея, синдром обструктивного апноэ сна, ларингофарингеальный рефлюкс и др. Во втором издании справочника в соответствии с вышедшими за последние 5 лет новыми клиническими рекомендациями и согласительными документами полностью переработаны разделы по аллергическому риниту, острому и хроническому риносинуситу, добавлена информация по ольфакторной дисфункции, некоторым отоневрологическим заболеваниям (нейроваскулярному конфликту, синдрому Минора), особенностям течения ЛОР-заболеваний при новой коронавирусной инфекции.

Издание предназначено оториноларингологам, аллергологам, врачам общей практики и педиатрам.

УДК 616.21-07-085(035)
ББК 56.8-4-5я22

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Коллектив авторов, 2023
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2024
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2024

ISBN 978-5-9704-8052-6

Оглавление

Список сокращений и условных обозначений	6
Авторы	8
Глава 1. Заболевания носа и околоносовых пазух.	9
1.1. Аномалии развития носа и околоносовых пазух.	9
1.1.1. Атрезия хоан	9
1.1.2. Фронтобазальная дизрафия.	12
1.2. Искривление перегородки носа	14
1.3. Перфорация перегородки носа.	19
1.4. Носовое кровотечение	22
1.5. Инородные тела полости носа, околоносовых пазух, ринолиты ...	28
1.6. Ожоги и отморожения носа.	31
1.6.1. Ожоги наружного носа	31
1.6.2. Отморожения наружного носа	33
1.7. Травмы и деформации наружного носа	34
1.8. Ринофима	38
1.9. Переломы костей средней зоны лица и переднего отдела основания черепа	39
1.10. Назальная ликворея и менинго-/энцефалоцеле.	44
1.11. Фурункул и карбункул носа	50
1.12. Ринит	53
1.12.1. Аллергический ринит	54
1.12.2. Инфекционный ринит.	101
1.12.3. Вазомоторный ринит	105
1.12.4. Атрофический ринит	109
1.13. Риносинусит	111
1.13.1. Острый и рецидивирующий риносинусит.	113
1.13.2. Хронический риносинусит.	149
1.13.3. Хронический риносинусит (без полипов)	151
1.13.4. Полипозный риносинусит	165
1.14. Кисты околоносовых пазух, мукоцеле и пиоцеле	180
1.15. Опухоли наружного носа, полости носа и околоносовых пазух	186
1.15.1. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания наружного носа	186
1.15.2. Злокачественные опухоли наружного носа	187
1.15.3. Доброкачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух	188

1.15.4. Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух	191
1.16. Обонятельная дисфункция (А.В. Варвянская)	195
Глава 2. Болезни глотки, гортани и пищевода	204
2.1. Острые воспалительные заболевания глотки (А.В. Варвянская)	204
2.2. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс (А.В. Варвянская)	214
2.3. Хронический тонзиллит (А.В. Варвянская)	216
2.4. Хронический фарингит (А.В. Варвянская)	221
2.5. Аденоиды и аденоидит (А.В. Варвянская)	224
2.6. Эпиглоттит	228
2.7. Острый ларингит	232
2.8. Хронический ларингит	236
2.9. Функциональная дисфония (нарушение голосовой функции) ...	243
2.10. Стеноз гортани	248
2.11. Рецидивирующий респираторный папилломатоз	257
2.12. Гастроэзофагеальный и ларингофарингеальный рефлюкс	261
2.13. Синдром обструктивного апноэ сна	268
2.14. Повреждения глотки, гортани, пищевода и шеи	279
2.15. Опухоли глотки и гортани	288
2.15.1. Псевдоопухолевые новообразования и доброкачественные опухоли носоглотки	288
2.15.2. Злокачественные новообразования носоглотки	292
2.15.3. Доброкачественные опухоли ротоглотки и гортаноглотки	294
2.15.4. Злокачественные опухоли ротоглотки и гортаноглотки ...	295
2.15.5. Псевдоопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли гортани	297
2.15.6. Злокачественные опухоли гортани	301
Глава 3. Болезни уха	307
3.1. Деформации и аномалии развития наружного уха	307
3.2. Гиперостозы и экзостозы наружного слухового прохода	309
3.3. Серная пробка	310
3.4. Инородные тела наружного слухового прохода	312
3.5. Травмы, термические повреждения наружного уха и их осложнения	314
3.6. Воспалительные заболевания ушной раковины	316
3.7. Наружный отит и отомикоз	321

3.8. Острый и рецидивирующий острый средний отит	329
3.9. Экссудативный средний отит	339
3.10. Хронический гнойный средний отит	348
3.11. Отосклероз	354
3.12. Сенсоневральная тугоухость	356
3.13. Шум в ушах	365
3.14. Болезнь Меньера	373
3.15. Лабиринтит	378
3.16. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (Г.Р. Каспранская)	382
3.17. Вестибулярный нейронит (Г.Р. Каспранская)	392
3.18. Вестибулярная пароксизмия (Г.Р. Каспранская)	397
3.19. Синдром Минора (Г.Р. Каспранская)	399
3.20. Опухоли уха и височной кости	400
3.20.1. Опухоли наружного уха	400
3.20.2. Опухоли среднего уха	402
3.20.3. Опухоли внутреннего уха и мостомозжечкового угла	403
Предметный указатель	406

Глава 1

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

1.1. Аномалии развития носа и околоносовых пазух

1.1.1. Атрезия хоан

Атрезия хоан(ы) — врожденная (реже приобретенная) аномалия строения, проявляющаяся полным или частичным нарушением сообщения между одной или обеими половинами полости носа и носоглоткой.

Классификация.

- ◆ Врожденная.
- ◆ Посттравматическая.
- ◆ Односторонняя.
- ◆ Двусторонняя.
- ◆ Мембранозная.
- ◆ Костная.
- ◆ Полная.
- ◆ Частичная.

Эпидемиология. Атрезия хоан встречается с частотой от 1:5000 до 1:10 000 новорожденных, у девочек в 2 раза чаще, чем у мальчиков. Чаще встречается односторонняя атрезия, реже — двусторонняя, при этом в 90% случаев имеет место костная атрезия и лишь в 10% — мембранозная. Протяженность стенозированного участка может варьировать от 1 мм до 1–1,5 см.

Этиология и патогенез. Врожденная атрезия хоан связана с нарушением эмбрионального развития в первые месяцы беременности. Она развивается в результате нарушения процесса формирования хоан — рассасывания мезенхимальной мембраны, отделяющей у плода полость носа от глотки, на 3–7-й неделе эмбрионального развития. Сохранение этой мембраны или ее замещение костной тканью приводит к формированию атрезии. Среди причин, приводящих к развитию атрезии хоан,

упоминают хронический пиелонефрит, бронхит, сахарный диабет у матери, перенесенные ею в период беременности инфекции (корь, краснуха, грипп, хламидиоз, токсоплазмоз, микоплазмоз), прием медикаментов, обладающих эмбриотоксическим действием (барбитураты, антибиотики), и другие тератогенные факторы. Прослеживается и генетическая предрасположенность.

Приобретенная атрезия хоан может развиваться в любом возрасте и иметь посттравматическую или воспалительную природу: чаще в результате тяжелых травм, ожогов и специфических воспалительных процессов полости носа, вследствие избыточного формирования соединительнотканых рубцов. Атрезия одной или обеих хоан может возникнуть на фоне склеромы, сифилиса, дифтерии, системной красной волчанки, гранулематоза Вегенера, после курса лучевой терапии по поводу злокачественного новообразования носоглотки.

Клинические признаки и симптомы. Ведущим признаком заболевания является нарушение носового дыхания различной степени выраженности. У новорожденного с двусторонней атрезией хоан могут возникать эпизоды асфиксии, особенно во время сна, когда его рот закрыт, а также во время кормления. Это объясняется тем, что новорожденные не могут дышать ртом, так как нёбная занавеска у них находится ниже уровня корня языка. Явления гипоксии проявляются цианозом, брадикардией и непостоянным ритмом дыхания, как с открытым, так и с закрытым ртом. Цианоз в данном случае носит парадоксальный характер, так как, в отличие от цианоза кардиогенного происхождения, он возникает в покое и уменьшается при нагрузке. Односторонняя атрезия обычно проявляется гнойными выделениями из одной половины носа.

Врожденная атрезия хоан нередко сочетается с другими пороками развития: искривлением перегородки носа (ПН), расщелиной мягкого и/или твердого нёба, готическим нёбом. В ряде случаев комбинация пороков развития складывается в так называемый CHARGE-синдром (от англ. Coloboma, Heart disease, Atresia choanae, Retarded growth, Genital hypoplasia and Ear defects — синдром, включающий колобому радужки, порок сердца, атрезию хоан, замедленное физическое и психомоторное развитие, гипоплазию гениталий, аномалии строения наружного и среднего уха или глухоту).

Диагноз и рекомендуемые клинические исследования. Врожденная атрезия хоан, как правило, диагностируется в период новорожденности или в раннем детском возрасте. Самый простой метод диагностики —

зондирование (катетеризация) полости носа, хоан и носоглотки гибким аспирационным катетером, его можно выполнить сразу после рождения. В последующем диагноз может быть подтвержден при исследовании полости носа жестким или гибким эндоскопом и методом компьютерной томографии (КТ). Характерная эндоскопическая картина — скопление большого количества густого слизисто-гнойного отделяемого в суженных задних отделах полости носа. Непроизвольное вытекание такого отделяемого часто происходит при наклоне головы вперед.

Лечение. Двусторонняя атрезия хоан требует неотложного вмешательства для обеспечения адекватного дыхания новорожденного, поскольку в первые 6 нед жизни он дышит только носом, за исключением тех случаев, когда кричит. В случае асфиксии необходимо одним из возможных способов перфорировать участок атрезии и выполнить его стентирование. Введенный стент фиксируют швами для предотвращения аспирации. Реконструктивную операцию по восстановлению проходимости хоан при двусторонней атрезии проводят в первые недели или месяцы жизни. Не рекомендуется выполнение трахеостомии.

При односторонней атрезии хирургическое лечение может быть отложено до достижения школьного возраста, когда сформируются более характерные для взрослого человека анатомические соотношения в задних отделах полости носа и носоглотки. Операция может быть проведена трансназальным либо транспалатальным доступом. Первый доступ более прост, его в последнее время чаще выполняют под контролем эндоскопа или с операционным микроскопом. Операция заключается в удалении избытка костной и рубцовой ткани из задних отделов полости носа, обязательно с резекцией заднего отдела сошника, что дает возможность сформировать максимально широкий просвет неохоаны. Вмешательство заканчивают введением и фиксацией силиконовой трубки-стента, хотя в последнее время многие хирурги не считают этот момент необходимым. Стент оставляют на 2–4 мес, регулярно проводя туалет задних отделов полости носа под контролем эндоскопа. Адекватный послеоперационный уход крайне важен, так как дает возможность контролировать течение воспалительного процесса и предотвратить избыточное развитие рубцовой ткани. Не в полном объеме выполненное хирургическое вмешательство зачастую приводит к рецидиву заболевания, а повторные операции лишь усугубляют ситуацию и вызывают еще более агрессивное формирование рубцов.

1.1.2. Фронтобазальная дизрафия

Фронтобазальная дизрафия (dysraphia: диз/дис + греч. rharphē — шов) — общее название группы врожденных аномалий развития костей, формирующих передний отдел основания черепа и пирамиду носа.

Патогенез. Дизрафии переднего отдела основания черепа являются следствием воздействия различных, в том числе перечисленных выше (1.1.1), тератогенных факторов на 2-й или 3-й неделе эмбрионального развития, когда из невральнoй пластинки формируется невральная трубка, или на 4-й неделе, когда формируются желудочки мозга и центральный мозговой канал, а клетки центральной нервной системы (ЦНС) отделяются от эпидермиса и мигрируют. В результате формируются дефекты по линиям несросшихся костных швов, которые могут заполнять дистопированные мозговые оболочки и другие ткани, формируя грыжевые выпячивания, кисты и фистулы. Семейные случаи свидетельствуют о наследственной предрасположенности к развитию фронтобазальных дизрафий. Большинство мозговых грыж также являются наследственными, но могут быть и посттравматическими (например, после перелома основания черепа).

Классификация.

- ◆ Дорсальные назальные фистулы.
- ◆ Дермоидные кисты.
- ◆ Фронтоназальные экстрацеребральные глиомы.
- ◆ Мозговые грыжи.

Мозговые грыжи переднего отдела основания черепа подразделяют на две группы. Теменные грыжи располагаются в области переносья, лба или орбиты, тогда как базальные чаще находятся в верхних отделах полости носа, околоносовых пазухах (ОНП) или носоглотке.

Эпидемиология. Распространенность дизрафий, вовлекающих скелет лицевого и переднего отдела основания черепа, составляет приблизительно 1 случай на 20 000–40 000 новорожденных. Врожденные базальные грыжи, или энцефалоцеле, встречаются у 1 на 35 000 новорожденных, отдельные формы таких грыж, например транссфеноидальный тип, выявляют у 1 на 700 000 новорожденных. В 20–30% случаев мозговые грыжи сочетаются с другими аномалиями развития, такими как расщелины лица, расщелины полости носа, верхней губы, твердого и мягкого нёба, аномалии развития скелета и мышц, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Среди аномалий ЦНС

наиболее часто им сопутствуют агенезия мозолистого тела (50%), гидроцефалия, микрофтальмия, анофтальмия, колобомы, аномалии сетчатки, гипоплазия зрительного нерва и хиазмы, дистопия или аплазия гипофиза и передней мозговой артерии.

Клинические признаки и симптомы. Для дизрафий характерно наличие врожденных дефектов в области швов между костями, формирующими основание черепа (аналогично расщелине позвоночника в поясничном отделе), располагающихся по средней линии или близко к ней.

Дорсальная назальная фистула состоит из свищевого хода, который выстлан ороговевающим плоским эпителием и образует точечное отверстие на спинке или кончике носа. Фистула может заканчиваться слепо или продолжаться в полость черепа, формируя сообщение с субарахноидальным пространством. Фистулы, оканчивающиеся слепо, обычно проявляются клинически только в подростковом или зрелом возрасте за счет воспаления свищевого хода и окружающих тканей. Если фистульный ход имеет сообщение с субарахноидальным пространством, это обычно приводит к развитию ликвореи и urgentным осложнениям, таким как менингит и абсцесс мозга.

Носовые дермоидные кисты, так же как и дорсальные носовые фистулы, выстланы ороговевающим плоским эпителием. Они располагаются по средней линии вдоль спинки носа или на боковых скатах пирамиды носа, там, где находятся терминальные мешотчатые отделы кист. Дермоидная киста может в редких случаях сочетаться с дорсальной назальной фистулой. В результате ее воспаления может происходить абсцедирование, которое иногда ошибочно принимают за абсцесс ПН.

Мозговые грыжи (менинго-/энцефалоцеле) представляют собой выпячивания содержимого полости черепа через костный дефект в его основании. Выделяют несколько типов грыж в зависимости от тех структур, которые их формируют: менингоцеле (протрузия мягкой и паутинной мозговых оболочек), менингоэнцефалоцеле (мягкая и паутинная мозговые оболочки и ткань мозга) и менингоэнцефалоцистоцеле (менингоцеле + элементы системы желудочков мозга). Теменные грыжи выглядят как пульсирующие мягкотканые образования в области переносья, часто в сочетании с расширенной спинкой носа и гипертелоризмом. Базальные мозговые грыжи обычно проявляются нарушением носового дыхания. При передней риноскопии они внешне похожи на полипы, но следует иметь в виду, что полипозный риносинусит (ПРС) относительно редко встречается в этой возрастной группе.