

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ ЛОР-ОРГАНІВ

***Методичні вказівки
до підготовки лікарів-інтернів,
слухачів передатестаційних циклів
зі спеціальності
«Медицина невідкладних станів»***

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 2 від 21.02.2013.

**Харків
ХНМУ
2013**

Невідкладна допомога при травмах ЛОР-органів : метод. вказ. до підготовки лікарів-інтернів, слухачів передатест. циклів зі спеціальності «Медицина невідкладних станів» / упор. А.А. Хижняк, С.С. Дубівська. – Харків : ХНМУ, 2013. – 24 с.

Упорядники А.А. Хижняк
С.С. Дубівська

Отогематома

Отогематома – крововилив під надхрящницю вушної раковини внаслідок тупої травми без порушення цілісності шкіри. Травма може бути побутовою, спортивною. У осіб похилого віку отогематома виникає внаслідок дегенеративних змін хряща. Вона може з'явитися спонтанно.

Симптомом отогематоми є синьо-червоне випинання верхнього відділу вушної раковини або всієї раковини, крім мочки, яка безболісна при пальпації, флюктує. Вушна раковина потовщена, її контури згладжені.

Невідкладна допомога на догоспітальному етапі полягає в прикладанні холоду на вушну раковину, призначенні кровоспинних препаратів, накладенні пов'язки, що давить. Потім хворого слід госпіталізувати в ЛОР-відділення, де в асептичних умовах проводять відсмоктування отогематоми товстою голкою. Порожнину гематоми промивають концентрованим розчином антибіотиків.

Лікування

1. Проколоти отогематому у верхній частині та відсмоктати увесь вміст.
2. Для того, щоб викликати адгезію між шкірою і охрястям, ввести у порожнину 2–3 краплі 3 % або спиртового розчину йоду. Викликати асептичне запалення, що утворить спайки між шкірою і охрястям.
3. Обов'язково накласти щільну пов'язку для натискання на цю зону.
4. Призначити протизапальну, кровоспинну та десенсибілізуючу терапію.

Якщо не вдається ліквідувати гематому, то хворого направляють у стаціонар, де виконують широкий розріз, вишкрібання отогематоми, і в подальшому накладають щільні пов'язки.

Сторонні тіла зовнішнього слухового проходу

Діти іноді вкладають у зовнішній слуховий прохід різні предмети. У дорослих це відбувається випадково. Сторонні тіла можуть бути органічними і неорганічними, фіксованими і вільно лежати. Вони можуть мати різну форму. Крім того, зерна кукурудзи, гороху, квасолі при зволоженні легко набухають і закринюють слуховий прохід. При пораненнях чужорідне тіло потрапляє не тільки в зовнішній слуховий прохід, але й у середнє і внутрішнє вухо.

Різновидом органічних сторонніх тіл є живі комахи (блоха, тарган та ін.). Сірчана або епідермальна пробка у зовнішньому слуховому проході також стає стороннім тілом. Якщо в слуховий прохід потрапляє предмет або сірчана пробка обтурує його, то виникає відчуття закладеності вуха, тиску в ньому і зниження слуху на це вухо. Біль у вусі з'являється при тривалому знаходженні в ньому стороннього тіла, коли приєднується запалення шкіри, що покриває слуховий прохід. Живі комахи, потрапляючи

у вухо, відразу викликають у нього різкий біль. При переміщенні комахи у вусі з'являються неприємні відчуття.

Діагностика чужорідного тіла зовнішнього слухового проходу не викликає великих труднощів. Для цього існує отоскопія.

Стороннє тіло терміново видаляють з вуха лише при попаданні до нього живої комахи. Треба негайно оглянути хворого. Якщо барабанна перетинка ціла, то у слуховий прохід наливають підігрітий до 37 °С 70–96 % спирт або горілку. При цьому комаха гине і легко вимивається водою за допомогою шприца Жане.

Спроби видалення стороннього тіла неспеціалістом завжди здатні викликати різні ускладнення. Тому, якщо немає відповідних умов та освітлення кабінету недостатнє, хворого необхідно направити до ЛОР-відділення.

У дорослих плоскі сторонні тіла (шматочки паперу, сірники, ватки тощо) видаляють вушним пінцетом без знеболення. Круглі й овальні предмети з гладкою поверхнею, сірчані пробки видаляють методом вимивання шприцом Жане. Сірчану пробку попередньо (протягом 2–3 діб) розм'якшують, закапуючи у вухо вазелінове масло. При епідермальній пробці перед промиванням треба протягом 2–3 днів закапувати у слуховий прохід спирт (96°) 4–5 разів на день, але й після цього вона вимивається із зусиллям. Зазвичай епідермальну пробку видаляють за допомогою гачка і вушних щипців.

У дітей чужорідне тіло видаляють із зовнішнього слухового проходу тільки під наркозом, тому що ця процедура зазвичай болюча. При obturації чужорідним тілом застосовують гачки з набору Гартманна.

Якщо в зовнішній слуховий прохід або в середнє вухо потрапили краплі розпеченого металу, то питання про їх видалення вирішують у кожному випадку індивідуально. Видалення здійснюють оперативним шляхом.

При вираженому запальному процесі в зовнішньому слуховому проході, наявності інфільтрації шкіри видалення стороннього тіла слід відкласти на декілька днів для проведення масивної протизапальної терапії. Парентерально призначають антибіотики широкого спектра дії.

Стихання запального процесу у вусі полегшує видалення стороннього тіла. Слід підкреслити, що чужорідне тіло видаляють із вуха з великою обережністю і під контролем зору. Грубі маніпуляції при цьому неприпустимі, тому що чужорідне тіло легко проштовхується за звужену частину слухового проходу, після чого його видалення можливо тільки при операції із завушним підходом. Під час цієї операції задню стінку слухового проходу відшаровують від кістки, розширюють його шляхом видалення частини задньої стінки, розсікають його задню стінку поздовжньо, витягають чужорідне тіло, а потім слуховий прохід туго тампонуєть і накладають шви на завушну рану.

Травма барабанної перетинки

Ушкодження барабанної перетинки можуть виникнути з різних причин:

1. Непряма травма:

а) удар по вуху долонею руки (найчастіша причина);

б) баротравма;

в) вибухова хвиля.

2. Пряма травма:

а) при видаленні стороннього тіла зі застосуванням інструментів або при промиванні;

б) при колупанні у вусі;

в) перелом основи черепа з ушкодженням барабанної перетинки.

При травмах середнього вуха у 90% хворих виявляється розрив барабанної перетинки. Він може відбутися внаслідок раптового підвищення або зниження тиску в слуховому проході при ударі по вуху, падінні на нього, грі в сніжки, стрибках у воду. Ці ушкодження зустрічаються при порушенні правил компресії і декомпресії у водолазів і кесонників, у результаті дії повітряної хвилі при вибухах на близькій відстані. У цих випадках розрив барабанної перетинки часто веде до розвитку хронічного гнійного середнього отиту.

Пряме пошкодження може бути при маніпулюванні у вусі різними предметами (сірник, шпилька та ін.), коли раптовий поштовх призводить до розриву барабанної перетинки. Іноді до травмування барабанної перетинки приводить невміла спроба видалити стороннє тіло зі слухового проходу. При отоскопії можуть спостерігатися крововиливи в барабанну перетинку, гематома в барабанній порожнині. В інших випадках виявляється дефект барабанної перетинки різної форми і величини. Прорив може бути щілиноподібним, точковим, округлим, іноді з нерівними краями, він може займати один квадрант і більше. Дещо частіше прорив розташовується у передньонижньому квадранті. При дії гарячої рідини або впливі хімічних речовин буває повне руйнування барабанної перетинки. Розрив барабанної перетинки може бути при поздовжньому переломі піраміди скроневої кістки, коли лінія перелому проходить через барабанне кільце.

Клінічна картина. Пошкодження барабанної перетинки супроводжується болем у вусі, шумом і порушенням слуху. Через утворення перфорації при отоскопії іноді можна бачити медіальну стінку барабанної порожнини, слизова оболонка якої при наявності свіжої травми часто буває гіперемована.

Клінічна картина травматичного розриву перетинки внаслідок удару по вуху супроводжується такими симптомами: незначний біль, що виникає в момент розриву, зниження слуху, дзвін у вусі, незначна кровотеча, зрідка –

запаморочення. Дуючий шум при продуванні вуха є ознакою невеликої перфорації з рваними краями, яку слід відрізнити від такої при хронічному середньому отиті .

Невідкладна допомога. Перша допомога повинна обмежуватися введенням у зовнішній слуховий прохід віджатої стерильної турунди або ватної кульки з борним спиртом.

Лікування. Хворий і лікар повинні дотримуватися максимальної обережності, щоб через дефект барабанної перетинки не внести інфекцію в середнє вухо. Слід уникати будь-яких маніпуляцій у вусі, категорично протипоказано призначення крапель у вухо і його промивання. Для попередження розвитку запалення в середньому вусі призначають антибіотики, проводять заходи з метою збереження аерації барабанної порожнини через слухову трубу.

Мимовільне відновлення цілісності барабанної перетинки спостерігається приблизно у 55 % хворих. Відзначена пряма залежність можливості спонтанного загоєння барабанної перетинки від площі перфорації та характеру травми. Кращі результати отримані при механічній травмі зі щілиноподібною перфорацією або при її площі до 1/4 барабанної перетинки. Якщо самовільного закриття дефекту не сталося, застосовують різні варіанти мірингопластики. Для закриття дефекту використовують різноманітні пластичні матеріали: меатотимпанальний клапот, фасція скроневого м'язу та ін. Широке застосування одержала методика закриття дефекту барабанної перетинки курячим амніоном.

В останні роки проведені дослідження, які підтвердили високу ефективність методу трансплантації культивованих алофібробластів людини при закритті посттравматичних дефектів барабанної перетинки. Метод використовують при великих перфораціях, що займають більше 1/2 площі барабанної перетинки та не мають тенденції до загоювання протягом 2 тижнів.

Перелом піраміди скроневої кістки

Перелом піраміди скроневої кістки нерідко буває одним із проявів перелому основи черепа і виникає в результаті удару по лобі або потилиці, в ряді випадків – при падінні на підборіддя. Відмінною особливістю цих переломів є відсутність зміщення кісткових відламків. За характером розташування лінії розлому на піраміді переломи поділяють на подовжні і поперечні. У першому випадку порушується цілість даху барабанної порожнини і верхньої стінки слухового проходу, у другому тріщина проходить поперек усього масиву піраміди. Кожному з цих видів переломів притаманна певна симптоматика.

Поздовжній перелом піраміди зазвичай поєднується з поперечним переломом основи черепа. При цьому в переважній більшості випадків

виникає розрив барабанної перетинки, через який відбувається кровотеча, а нерідко і витікання спинномозкової рідини. Слухова і вестибулярна функції, хоча і порушені, але збережені. Може бути парез лицьового нерва, пов'язаний із компресією внаслідок розвитку периневрального набряку, гематоми.

Поперечний перелом піраміди є одним із проявів поздовжнього перелому основи черепа. Барабанна перетинка зазвичай не страждає, кровотечі з вуха не відбувається і спинномозкова рідина при даному переломі зазвичай не закінчується. Тріщина проходить через масив внутрішнього вуха, тому пошкоджуються стовли нервів, що знаходяться у внутрішньому слуховому проході, повністю випадає слухова і вестибулярна функції і розвивається параліч лицьового нерва.

Особлива небезпека переломів скроневої кістки виникає при важкому струсі головного мозку і можливому розвитку внутрішньочерепних ускладнень (отогенний менінгіт, енцефаліт та ін.), при проникненні інфекції зі середнього і внутрішнього вуха у порожнину черепа. Безпосередньо після травми стан хворого важкий, спостерігаються спонтанні вестибулярні реакції (запаморочення, спонтанний ністагм, відхилення рук, порушення статичної та динамічної рівноваги, нудота і блювання). При кровотечі з вуха та отоліквореї виявляється симптом «подвійної плями», коли на перев'язувальному матеріалі навколо центральної кров'янистої плями утворюється характерний світло-жовтий обідок. Визначається парез або параліч лицьового нерва, менінгеальні й осередкові мозкові симптоми. Приглухуватість за типом порушення звукосприйняття на стороні ураження або глухота. При ураженні лабіринту звук за Вебером латералізується в здорове вухо, а гематотимпанум без пошкодження лабіринту проявляється латералізацією звуку в хворе вухо. При люмбальній пункції у хворого з переломом основи черепа виявляється кров у лікворі.

Якщо дозволяє неврологічна симптоматика, проводять рентгенографію черепа для встановлення характеру перелому. Однак рентгенографія скроневих кісток пов'язана з поворотами голови в крайні положення, що небезпечно в перший час після черепно-мозкових травм. Більш інформативними є КТ і МТ, що дозволяють точно локалізувати лінію перелому і виключити внутрішньочерепну гематому.

Невідкладна допомога. На місці події з метою зупинки кровотечі з вуха (якщо вона є) виконують пухку тампонаду слухового проходу стерильними турундами або ватою, накладають асептичну пов'язку. Щоб виключити зсув голови хворого по відношенню до тулуба, потерпілого транспортують лежачи на спині, забезпечивши нерухомість накладанням на голову і шию корсета. Слід уникати трясіння хворого і поворотів його з боку на бік, нахилів або відкидання голови.

При підозрі на субарахноїдальну кровотечу виконують люмбальну пункцію, при наявності внутрішньочерепної гематоми – нейрохірургічне

втручання. Подальша лікувальна тактика базується на стані хворого, включаючи неврологічний статус.

Лікворея з вуха, як правило, припиняється самостійно. При тривалій ліквореї проводять операцію на середньому вусі з оголенням твердої мозкової оболонки і пластикою її дефекту скронеvim м'язом.

Прогноз при травмі скроневої кістки залежить від характеру перелому основи черепа, його давності й неврологічної симптоматики (пошкодження мозкових оболонок і речовини мозку). Великі ушкодження нерідко ведуть до летального наслідку безпосередньо або найближчим часом після травми. У перші дні після пошкодження причиною смерті може бути стиснення мозку гематомою. Одуjuanня рідко буває повним, залишаються головний біль, запаморочення, нерідко приєднуються епілептиформні припадки.

Переломи кісток носа

Травми носа часто супроводжуються вивихами, тріщинами, переломами кісток без зміщення і зі зміщенням кісткових відламків. Розрізняють переломи, що виникають від удару спереду і збоку. При ударі спереду ламаються носові кістки, а іноді й лобові відростки верхньої щелепи. Уламки западають, спинка носа деформується. Нерідко відбувається також перелом перегородки носа з вивихом її хряща.

При бічному ударі з'являється вдавлення на бічній поверхні з боку нанесення удару, утворюються кісткові виступи. При цьому стінка носа може зміщуватися в бік, перегородка носа ламатися. При важкій травмі може відбутися розплюшування зовнішнього носа. Нудота, блювання і втрата свідомості, що супроводжують травму носа, свідчать про струс головного мозку.

Симптомами перелому кісток носа є кровотеча, набряки і припухлість тканин у ділянці травми, кон'юнктивальні і підшкірні синці, деформація спинки носа зі зміщенням її в сторону або назад, поява кісткових виступів на спинці і скатах, крепітація кісткових відламків, рухливість спинки, підшкірна повітряна крепітація, іноді лікворея.

Невідкладна допомога на догоспітальному етапі включає зупинку кровотечі, накладання асептичної пов'язки (при кровотечі з носа роблять передню тампонаду), призначення кровоспинних і знеболювальних засобів. Рекомендована консультація невропатолога і окуліста. Проводять рентгенографію носа, в тому числі в бічних проекціях. При відкритому переломі кісток носа вводять протиправцеву сироватку. Хворого госпіталізують до ЛОР-відділення для репозиції кісток носа з наступною його тампонадою і фіксацією кісткових відламків. Призначають кровоспинну, протизапальну, десенсибілізуючу і симптоматичну терапію.

Носові кровотечі

Кровотеча – витікання крові з кровоносної судини при порушенні цілісності або проникності її стінки.

Кровотечі з носа (epistaxis) є найбільш частими видами кровотеч, що зустрічаються в практиці будь-якого лікаря. Доведено, що у 85 % випадків носова кровотеча є симптомом будь-якого загальносоматичного захворювання і тільки в 15 % вона може бути викликана захворюваннями порожнини носа і ОНП.

Залежно від причин, що викликають кровотечу, розрізняють травматичні (в основному місцевого характеру) і симптоматичні (як загального, так і місцевого характеру) носові кровотечі.

Травматичні носові кровотечі виникають після різних побутових травм, хірургічних втручань у порожнині носа, після вогнепальних поранень. Травма слизової оболонки може бути легкою, яка викликає однократну невелику кровотечу, і значною, яка супроводжується пошкодженням гратчастого лабіринту, що може зумовити рясну багаторазову носову кровотечу, яка загрожує життю хворого. Кровотечі можуть виникнути при видаленні пальцем кірок із передньонижніх відділів перегородки носа, де є густопетляста судинна мережа (зона Кіссельбаха). Тут часто виникають перфорації перегородки носа на тлі атрофічних процесів або після септопластики, які також можуть бути причиною кровотеч.

Симптоматична кровотеча є ознакою будь-якого загальносоматичного захворювання. Найбільш частими з них є серцево-судинні (артеріальна гіпертонія, атеросклероз), захворювання нирок (нефросклероз, ниркова гіпертонія), хвороби системи крові та зміни судинної стінки, гемофілія (синдром Ослера-Рандю), геморагічна тромбоцитопенія, хвороба Верльгофа, геморагічний васкуліт, хвороба Шенлейна-Геноха, капіляротоксикоз, геморагічні телеангієктазії), захворювання органів кровотворення (лейкоз, ретикульоз, гемацитобластоз та ін.). Для встановлення діагнозу при затяжних кровотечах із невідомою етіологією виконуються додаткові дослідження, такі, як біопсія з ділянки кровотечі, коагулограма, тромбоастрограма та ін.

До симптоматичних кровотеч відносяться також геморагії, що викликані пухлинами і запальними процесами самої порожнини носа і навколоносових пазух: доброякісні пухлини (ангіома, папілома), злоякісні пухлини (рак, саркома), юнацька ангіофіброма носоглотки, виразки сифілітичної, туберкульозної або іншої природи.

У виникненні носових кровотеч можуть відігравати роль і інші різноманітні фактори: гіпо- і авітамінози (особливо вітаміну С), вікарні (замість відсутніх менструацій), конкометуючі (супроводжуючі менструації), знижений атмосферний тиск, великі фізичні навантаження, перегрів організму та ін.

Клінічна картина при носовій кровотечі очевидна: виділення червоної крові, що не піниться, з передньої ділянки носа або стікання крові по задній стінці глотки при закиданні голови, тоді як кров із нижніх відділів дихальних шляхів тією чи іншою мірою піниться і не стікає по задній стінці глотки. При передній риноскопії іноді вдається ідентифікувати місце кровотечі звичайно в передній третині перегородки носа (*Locus Kiesselbachii*). Якщо ж джерело кровотечі перебуває в глибоких відділах порожнини носа, то визначити його часто не вдається.

Носові кровотечі можуть виникати несподівано. У деяких хворих відзначаються продромальні явища: головний біль, шум у вухах, свербіж, лоскотання в носі. Залежно від об'єму втраченої крові розрізняють незначну, помірну і сильну (важку) носову кровотечу.

Незначна кровотеча, як правило, буває із зони Кіссельбаха; кров в обсязі декількох мілілітрів виділяється краплями протягом короткого часу. Припиняється така кровотеча часто самостійно або після притиснення крила носа до перегородки.

Помірна носова кровотеча характеризується більш значною крововтратою, але не перевищує 300 мл у дорослого. При цьому зміни гемодинаміки зазвичай знаходяться в межах фізіологічної норми.

При масивних носових кровотечах обсяг втраченої крові перевищує 300 мл, досягаючи іноді 1 л і більше. Такі кровотечі становлять безпосередню загрозу життю хворого.

Найчастіше носова кровотеча з великою крововтратою виникає при важких травмах обличчя, коли пошкоджуються гілки основно-піднебінних або гратчастих артерій, які відходять відповідно від зовнішньої і внутрішньої сонних артерій. Однією з особливостей посттравматичних кровотеч є схильність їх до рецидиву через кілька днів і навіть тижнів. Велика втрата крові при подібних кровотечах викликає падіння артеріального тиску, почастищення пульсу, слабкість, психічні розлади, паніку, що пояснюється гіпоксією головного мозку. Клінічними орієнтирами реакції організму на втрату крові (опосередковано – обсягу крововтрати) є скарги хворого, характер шкірних покривів особи, рівень артеріального тиску, частота пульсу, показники аналізів крові. При незначній і помірній втраті крові (до 300 мл) усі показники залишаються, як правило, в нормі. Одноразова крововтрата близько 500 мл може супроводжуватися легкими відхиленнями у дорослої людини (у дитини – небезпечними): збліднення шкіри особи, почастищення пульсу (80–90 уд/хв), зниження артеріального тиску крові (110/70 мм рт. ст.), в аналізах крові – гематокритне число, яке швидко і точно реагує на втрату крові, може небезпечно зменшитися (30–35 ОД), показники гемоглобіну в першу–другу добу залишаються у нормі, а потім можуть трохи знизитися або залишитися без змін. Багаторазові помірні або навіть незначні кровотечі протягом тривалого часу (тижня)

викликають виснаження гемопоетичної системи, і з'являються відхилення від норми основних показників. Масивні важкі одномоментні кровотечі з крововтратою більше 1 л можуть привести до загибелі хворого, оскільки компенсаторні механізми не встигають відновити порушення життєво важливих функцій і в першу чергу внутрішньосудинного тиску. Застосування тих чи інших терапевтичних лікувальних методів залежить від тяжкості стану хворого і прогнозованої картини розвитку захворювання.

Невідкладна допомога. При незначних кровотечах із передніх відділів носа простим і досить ефективним способом зупинки кровотечі є введення на 15–20 хв у передній відділ кульки вати або марлі, змоченої 3 % розчином перекису водню. Пальцем придавлюють крило носа, хворому надають сидячого положення, без закидання голови назад, а до носа прикладають міхур із льодом.

Тактика лікаря залежить від причини кровотечі, її інтенсивності, тривалості, кількості втраченої крові, успішності проведених заходів та спрямована на такі дії:

- відновлення об'єму при необхідності рідини в судинному руслі;
- зупинка вже наявної кровотечі;
- попередження рецидивів.

При повторних кровотечах із передніх відділів носа інфільтровану ділянку, яка кровоточить, можна обробити 1 % розчином новокаїну з додатковим припіканням її кулькою вати, змоченої трихлороцтовою кислотою або 40–50 % розчином нітрату срібла (ляпісом). Останній може бути і у вигляді кристалів. У таких випадках його напоюють на кінчик розпеченого в полум'ї спиртівки зонда у вигляді «перлини» і під контролем зору припікають місце, яке кровоточить. При ідентифікації судини, що кровоточить, ефективна її електрокоагуляція під контролем ендоскопа.

При рецидивуючих кровотечах із зони Кіссельбаха ефективним є відшарування слизової оболонки в цій ділянці між двома розрізами поднадхрящю з наступною тампонадою.

При більш виражених кровотечах зазначені вище способи, як правило, неефективні. В таких випадках слід проводити передню тампонаду половини носа, що кровоточить. У даний час цей спосіб застосовують найбільш часто, він є ефективним методом зупинки носових кровотеч. Попередньо з метою знеболювання 2–3 рази змазують слизову оболонку носа аплікаційними анестетиками (5 % розчином кокаїну, 2 % розчином дикаїну, 10 % розчином лідокаїну та ін.). Існують різні способи передньої тампонади – за Микуличем, Воячком, Лихачовим. Загальноприйнятий петлевий метод передньої тампонади носа за Микуличем, який виконують за допомогою марлевої турунди завдовжки 60–70 см і завширшки 1–1,5 см, колінчастого пінцета і гемостатичної пасти або ж турунди, просоченої індиферентною маззю (синтоміциновою, левомеколевою, вазеліном та ін.).

Тампонування проводять петлевим укладанням турунди на дно носа від його входу до хоан. Для цього колінчастим пінцетом захоплюють турунду, відступивши 6–7 см від її кінця, і вводять по дну носа до хоан, притискаючи петлю турунди до дна носа, потім аналогічно над першою вводять нову петлю турунди і т. д. Таким чином, весь тампон укладають в порожнину носа у вигляді гармошки знизу вгору, поки він повністю щільно не заповнить відповідну половину носа.

Іноді, коли після тампонади однієї половини носа кровотеча продовжується з іншої, доводиться тампонувати обидві половини носа. Передній тампон видаляють через 2–3 доби після попереднього просочування його 3 % перекисом водню. Однак у тих випадках, коли кровотеча була сильною або відновилася після видалення турунди, раціонально не видаляти тампон протягом 6–7 днів, щодня просочуючи його за допомогою шприца з голкою розчином пеніциліну, амінокапронової кислотою та ін.

Для передньої тампонади носа, крім марлевої турунди, застосовують також заздалегідь приготований і простерилізований тампон, що складається з пальця від гумової рукавички, в який покладена поролонова тканина. У половину носа, що кровоточить, вводять один або кілька таких еластичних тампонів, туго заповнюючи порожнину носа. Біля входу в ніс еластичні тампони фіксують підшиванням до марлевих валиків, щоб вони не прослизнули в глотку. Як правило, така тампонада досить ефективна і в той же час більш щадна, ніж тампонада марлевою турундою.

При сильній кровотечі (1 л і більше) або неефективності передньої тампонади показана задня тампонада. Одночасно слід визначити групу крові, резус-фактор і перелити з гемостатичною метою компоненти одноступінної крові – 150–200 мл (або кровозамінників, свіжозамороженої плазми, амінокапронової кислоти тощо). Для задньої тампонади заздалегідь готують і стерилізують спеціальні тампони: марлю складають у кілька шарів так, щоб вийшов тампон у вигляді тюка розміром приблизно 3×3×2 см. Перев'язують його хрест-навхрест двома довгими (20 см) шовковими нитками. Один кінець нитки після перев'язки відрізають, а три залишають. Відзначено, що оптимальний розмір тампона для кожного хворого індивідуальний і повинен відповідати розміру дистальних фаланг великих пальців, складених разом.

Задню тампонаду починають зі введення тонкого гумового катетера через половину носа, що кровоточить, а потім його проводять до виходу кінця через носоглотку в середній відділ глотки. Тут катетер захоплюють глотковими щипцями Гартмана або пінцетом і виводять через порожнину рота назовні. До виведеного через рот кінця катетера прив'язують дві нитки тампона і підтягують катетер за носовий кінець разом із прив'язаними до нього нитками, захоплюючи тампон через рот в носоглотку; при цьому необхідно вказівним пальцем правої руки, стоячи праворуч від хворого,

провести тампон за м'яке піднебіння і щільно притиснути його до відповідної хоан. Виведені через ніс дві нитки туго натягують, потім проводять передню тампонаду цієї ж половини носа, а нитки зав'язують біля присінка носа над марлевым валиком. Залишений у роті кінець третьої нитки призначений для видалення тампона. Його зміцнюють лейкопластиром на щоці або обрізають трохи нижче рівня м'якого піднебіння (в цьому випадку тампон видаляють за допомогою затиску Кохера). В особливо важких випадках тампонують аналогічним чином і другу хоан або виготовляють в два рази більший тампон і обтурують їм всю носоглотку.

Задній тампон із носоглотки витягують на 3–4-у добу, а при важкій кровотечі – на 7–8-й день. Потрібно враховувати, що при задній тампонаді порушується дренаж зі слухових труб, навколососових пазух, а при наявності гнильної мікрофлори, яка з'являється вже в перші дні після тампонади, можуть виникнути гострий середній отит, синусит. Тому носоглотковий тампон бажано просочити розчинами антибіотиків, а після тампонади призначити антибактеріальні препарати і щодня просочувати турунди розчинами антибіотиків.

Ефективним хірургічним методом зупинки важкої носової кровотечі є трансмаксиллярна операція на гратчастому лабіринті, при якій руйнуються гратчасті осередки з підходом через верхньощелепну пазуху. Ця операція закінчується тампонадою ділянки гратчастих пазух, де, як правило, і знаходиться місце кровотечі, і носової порожнини через верхньощелепну пазуху (найчастіше турундою, просоченою йодоформом) із виведенням кінця тампона в нижній носовий хід через контрапертуру.

Враховуючи те, що основним джерелом носової кровотечі зазвичай є судини з басейну зовнішньої сонної артерії, при неефективності інших заходів перев'язують зовнішню сонну артерію, причому не тільки на стороні ураження, а й на протилежній, оскільки є розвинені анастомози правої і лівої половин носа. Двостороння перев'язка цих судин, як правило, не викликає ускладнень.

Класичний підхід до зовнішньої сонної артерії здійснюється розрізом по передньому краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза, починаючи нижче на 3–4 см від рівня кута нижньої щелепи, 6–8 см завдовжки. Для цього хворого укладають на спину, підклавши під шию валик, голову повертають на здорову сторону. Пошарово розсікають шкіру, підшкірну жирову клітковину, підшкірний м'яз шиї (platysma), фасцію, відводять убік м'язову тканину; зовнішню яремну вену, яка лежить у верхньому відділі рани під підшкірним м'язом шиї, відсувають убік. Під внутрішньою пластинкою піхви грудино-ключично-соскоподібного м'яза можна пропальпувати пульсацію магістральних судин. Після розсічення стінки піхви м'яза останній гачками відводять убік і розтинають задню стінку цієї піхви. Відразу під нею розташовується судинно-нервовий пучок, назовні – внут-

рішня яремна вена, досередини і допереду – загальна сонна артерія, позаду або в проміжку між ними – блукаючий нерв. Тушим шляхом виділяють стовбур загальної, а потім зовнішньої сонної артерії.

Для відрізнення зовнішньої сонної артерії від внутрішньої необхідно пам'ятати, що від зовнішньої сонної (відразу ж від біфуркації загальної сонної артерії) відходять верхня щитоподібна і язична артерії. Зовнішню сонну артерію перев'язують двома лігатурами вище місця відходження верхньої щитоподібної артерії. Перед тим як перев'язати зовнішню сонну артерію, необхідно ще раз переконатися в правильності її визначення, а саме: тільки від зовнішньої сонної артерії відходять артеріальні гілки, в той час як внутрішня сонна артерія на шії гілок не має. Помилкова перев'язка внутрішньої сонної артерії смертельно небезпечна!

При важких кровотечах із носа, обумовлених пошкодженням великих судин, проводять ангіографію і під контролем електронно-оптичного перетворювача виконують емболізацію судини, що кровоточить, ендокраніально. Серйозним ускладненням цієї операції може бути знекровлення значних ділянок мозку і, як наслідок, парези та паралічі.

Крім описаних способів зупинки носової кровотечі необхідно проводити загальну і місцеву гемостатичну і симптоматичну терапію. Для підвищення згортання крові призначають всередину або в ін'єкціях вітаміни К (вікасол) та С, рутин, розчин амінокапронової кислоти, глюконат кальцію, дицинон (етамзилат натрію), андраксон, ПАМБА та ін. Внутрішньо-венно вводять 10 % розчин хлориду кальцію. Ефективну кровоспинну дію має переливання компонентів крові (свіжа плазма не менше 500–600 мл), за показаннями гіпотензивна терапія, седативні засоби. Однак до переливання крові необхідно ставитися вкрай обережно у зв'язку з можливістю ускладнень і зараження хворого такими важкими інфекціями, як гепатит, ВІЛ та ін.

Сторонні тіла носа

У порожнину носа часто потрапляють різні сторонні тіла, особливо у дітей. Маленькі пацієнти «ховають» у порожнину носа шматки паперу, зерна кукурудзи, гороху, квасолі, кісточки вишні або сливи, дрібні деталі іграшок. У дорослих чужорідні тіла потрапляють у порожнину носа і навколоносових пазух після поранень, особливо вогнепальних.

Сторонній предмет із гладкою поверхнею може перебувати в порожнині носа протягом декількох місяців і років, будучи причиною формування риноліту. Сторонній предмет у передніх відділах порожнини носа досить легко виявляють при передній риноскопії. Якщо ж він розташований у задніх відділах порожнини носа, то його вдається виявити тільки після змазування слизової оболонки носа 2 % розчином дикаїну і 1 % розчином адреналіну гідрохлориду.

У дітей чужорідне тіло округлої або іншої форми видаляють під місцевою анестезією 2 % розчином дикаїну з адреналіном зігнутих пугочастим носовим зондом або звичайним із намотаною тонким шаром ватою, який також загинається на кінці. При цьому дитину утримують два помічники – один на колінах за руки, а інший – за голову, яка знаходиться на плечі першого помічника. Сторонній предмет при видаленні зігнутих зондом легко вислизує з порожнини носа. Якщо він з гострими краями, то видалення здійснюють під інтубаційним наркозом щипцями із застосуванням відсмоктування. У цих випадках у зв'язку з порушенням цілісності слизової оболонки чужорідним тілом і кровотечею показана тампонада носа з цього боку.

При видаленні чужорідного тіла з порожнини носа необхідно проявляти обережність, тому що його можна проштовхнути в носову частину глотки (особливо якщо чужорідне тіло видаляють без наркозу), що пов'язано з небезпекою його аспірації. При локалізації стороннього тіла у синусі його витягують оперативним шляхом, найчастіше при радикальному втручанні на пазусі. П'явку з порожнини носа видаляють щипцями після попереднього закапування туди 10% розчину натрію хлориду. При цьому вона відокремлюється від місця свого прикріплення і легко витягується. Сторонні тіла слід видаляти після місцевої аплікаційної і провідникової анестезії крилопіднебінного вузла. Велике стороннє тіло витягують по частинах і виконують тампонаду порожнини носа.

Травми та опіки глотки

Травми глотки можуть виникати як зсередини (ізолювано), так і зовні (при проникаючих пораненнях обличчя і шиї).

Невеликі пошкодження слизової оболонки і м'яких тканин у вигляді саден, поверхневих травм заподіюються під час поспішного заковтування нерозжованої їжі, а також гострими кістками, сторонніми тілами (осколки іграшок, скла та ін.). Задню стінку глотки, м'яке піднебіння і передні дужки можуть травмувати різні гострі, колючі предмети (палиці, іграшки, олівці), які діти, особливо молодшого віку, нерідко беруть у рот; пошкодження в таких випадках виникають при падінні дитини з відкритим ротом, при різкому ривку вперед.

Глотка зсередини зазвичай ушкоджується чужорідними тілами, які потрапляють туди майже завжди через рот разом з їжею (риб'ячі і м'ясні кістки), або фрагментами іграшок та предметів, які діти беруть до рота.

Чужорідне тіло застряє в горлі або внаслідок проникнення гострим краєм у її стінку (в ділянці кореня язика, грушоподібних синусів або валекул), або в результаті його надмірної величини (соска, велика частина іграшки). Застряганню чужорідного тіла в глотці сприяє спазм гладких м'язів глотки в результаті подразнення чужорідним тілом. Проникнення

останнього через порожнину рота в глотку у дітей полегшується відсутністю зубів і недостатнім самоконтролем при їжі, неспокійною поведінкою під час їжі, поспішним заковтуванням погано пережованої їжі, а також поганою звичкою тримати в роті різні предмети. Можливо потрапляння стороннього тіла в глотку через носову порожнину.

У середній частині глотки застрягають переважно дрібні і гострі предмети, які проникають у піднебінні мигдалини, дужки, корінь язика, валекули, грушоподібні синуси. Великі сторонні тіла затримуються в нижній частині глотки над входом у стравохід або в грушоподібних синусах: вони можуть закрити просвіт дихальних шляхів, привести до різкого утруднення дихання і асфіксії. До носоглотки чужорідні тіла потрапляють з носа або з середньої частини глотки при невдалих спробах їх вилучення, при блюванні, проникаючих пораненнях; можливо заповзання глистів.

Новонародженим наноситься травма при різних акушерських діях (при грубих маніпуляціях в порожнині рота, при проведенні ендотрахеальної інтубації, при відсмоктуванні слизу електровідсмоктувачем).

Хімічні *опіки глотки* виникають при ковтанні дітьми кислот і лугів, термічні – при попаданні окропу, пари або гарячого повітря. Можливо також опікове ураження слизової оболонки порожнини рота і глотки у новонароджених при обробці помилково розчином пергідролю або нашатирином спиртом.

Ступінь опіку залежить від концентрації і кількості випитої хімічної речовини і тривалості її впливу на тканини. Виділяють 4 ступені опіку слизової оболонки глотки. При опіку I ступеня з'являються розлита гіперемія і набряк слизової оболонки. При опіку II ступеня виникає виразка в межах епітеліального шару з утворенням фібринозного нальоту. Опік III ступеня супроводжується некрозом, який поширюється на всю товщу слизової оболонки. При опіку IV ступеня некроз поширюється за межі слизової оболонки: на підслизовий, м'язовий шари і далі. Виразки, що утворюються при опіку III і IV ступеня, в разі успішного результату приводять до грубої рубцевої деформації глотки.

Опікова реакція тканин глотки виражена менше, ніж при ураженні стравоходу і шлунка, де обпалюючі речовини затримуються довше. Найбільш важкі опіки виникають при дії концентрованих азотної, сірчаної, хлористоводневої, або соляної, карболової кислот, каустичної соди, кристалів перманганату калію. Органічні кислоти (оцтова, лимонна) і нашатиричний спирт чинять меншу обпикаючу дію. Хімічні опіки супроводжуються інтоксикацією організму внаслідок резорбції безпосередньо хімічної речовини і речовин, що утворюються в результаті опікової реакції тканин (лужні альбумінати).

Класифікація.

Травми глотки:

1. Зовнішні і внутрішні.
2. Механічні, вогнепальні та ін.

Опіки глотки:

1. Термічні.
2. Хімічними речовинами.

Сторонні тіла.

Клінічна картина. Травми глотки супроводжуються кровотечею, утрудненням і болісністю при ковтанні, гугнявістю. Зовнішні рани глотки, як правило, поєднуються з пораненнями гортані, що призводить до розвитку стенозу і дисфонії. Колоті й особливо різані рани нерідко супроводжуються пораненням артерій, яремної вени і середостіння з масивними кровотечами. Вогнепальні поранення носоглотки часто поєднуються з пошкодженням носа, навколоносових пазух, очниці і хребта, а поранення середнього та нижнього відділів глотки пов'язані з пошкодженням життєво важливих органів, сонних артерій, яремної вени, судинно-нервового пучка з наступним розвитком флегмони і абсцесів ший, сепсису, медіастиніту з відповідними клінічними проявами. При механічних ятрогенних травмах у новонароджених виявляються гематоми, садна, відзначаються клекотливе дихання, виділення пінистого мокротиння з домішками крові, дисфагія.

При сторонніх тілах клінічні симптоми різноманітні й залежать від характеру і розміру стороннього тіла. Вони включають біль та утруднення при ковтанні їжі, посилену саливацію, блювання з домішками крові, нав'язливий кашель, стенотичні порушення. При фарингоскопії виявляються садна, дефекти слизової оболонки, гематоми, реактивний набряк, фібринозний наліт.

При опіках глотка рідко уражується ізольовано. Клінічно опіки глотки проявляються різким болем при ковтанні, іррадіацією у вухо, яка перешкоджає прийому навіть рідкої їжі, лихоманкою (до 39–40 °С), гіперсаливацією, утрудненням дихання. Стенотичні явища спочатку обумовлені рефлекторним ларингоспазмом, а потім більш-менш вираженим набряком тканин глотки. Опіки нижнього відділу глотки можуть призвести до асфіксії.

При фарингоскопії виявляються розлита гіперемія, розпушеність і кровоточивість слизової оболонки, виразка слизової оболонки порожнини рота м'якого піднебіння, мигдалин, задньої стінки глотки, язичної поверхні надгортанника, в черпакуватонадгортанних складках і в ділянці черпакуватоподібних хрящів, некроз підслизового і м'язового шарів. Глибокі опіки залишають грубу рубцеву деформацію глотки з порушенням ковтання і дихання.

Ускладнення. Серед ускладнень травм найбільш часто спостерігаються кровотечі, регіонарний лімфаденіт, абсцеси і флегмона ший, медіастиніт. Найбільш часті ускладнення при сторонніх тілах – це парафарингеальні абсцеси, флегмони, емфізема підшкірної клітковини, рідше зустрічаються арозивна кровотеча, сепсис і медіастиніт.

Лікування. Легкі пошкодження не вимагають спеціального лікування, призначають тільки щадну дієту, полоскання горла. При розриві м'якого піднебіння та при більш глибокому і поширеному ураженні дітей госпіталізують. Вводять протиправцевий анатоксин (з урахуванням профілактичних щеплень). Проводять первинну хірургічну обробку рани, видаляють згустки крові і обривки тканин балотують, зупиняють кровотечу, пошарово зашивають рану (окремо слизову оболонку і м'язовий шар). Призначають щадну дієту (їжа повинна бути негарячою). Проводять протизапальне лікування. При глибоких пораненнях глотки для попередження інфікування і потраплення їжі в навкологлоткову клітковину забороняють прийом їжі до дослідження акта ковтання з контрастною речовиною. Призначають годування через зонд або через гастростому.

Після уточнення діагнозу чужорідні тіла з нижнього відділу глотки видаляють при прямій гіпофарингоскопії, із середнього відділу – при фарингоскопії з наступним проведенням протизапальної терапії.

При великих сторонніх тілах, що вклинилися в ділянку гортаноглотки і недоступні для видалення при прямій гіпофарингоскопії, виконують фаринготомію. Флегмону, абсцес ший широко розкривають і дрениують; при медіастиніті, крім цього, виконують колярну медіастинотомію.

Невідкладна допомога

Хворим із зовнішніми ранами глотки зупиняють кровотечу аж до перев'язки сонних артерій, при пораненні носоглотки проводять задню тампонаду, первинну хірургічну обробку рани. При важких пораненнях глотки показана трахеотомія для відновлення дихання і попередження аспіраційного синдрому.

Хворих з опіками глотки негайно госпіталізують. У перші 6–7 год застосовують речовини, що нейтралізують отрути: при отруєнні лугами дають всередину слабкі розчини кислот (1% розчин оцтової, лимонної, хлористоводневої або соляної). При отруєнні кислотами призначають 10 % розчин паленої магнезії, молоко. Крім того, дають пити слизові відвари, білкову воду.

Проводять протишокові заходи, внутрішньовенну дезінтоксикаційну терапію. Призначають рідку їжу (що не подразнює) в прохолодному, а потім у теплому вигляді.

Для зменшення болю призначають 5 % розчин новокаїну, алмагель, рослинну олію, рибаційний жир по 1 ч. л. кожні 2 год. Олія сприяє очищенню некротизованих ділянок, стиханню запальних явищ, зменшенню росту

грануляцій, а також прискоренню епітелізації. При важких опіках налагоджують парентеральне харчування з внутрішньовенним вливанням гідролізаторів, білка, реополіглюкіну, гемодез, плазми, ізотонічного розчину хлориду натрію, глюкози, вітамінів. При супутньому опіку стравоходу починають раннє бужування для запобігання формування рубцевих стриктур.

Паратонзиллярний абсцес

Паратонзиллярний абсцес називають флегмонозною ангіною або запаленням навколомигдаликової клітковини. Абсцес найчастіше викликають стрептококи, стафілококи, пневмококи, кишкова паличка. Найчастіше інфекція потрапляє в паратонзиллярну клітковину з мигдаликів по лімфатичних та кровоносних судинах, контактним шляхом, за наявності ангіни та загострення хронічного тонзиліту. Рідше інфекція потрапляє у клітковину внаслідок захворювання зубів (перикоронарит та гострий періодонтит) – одонтогенного паратонзиліта. Крім того, причиною можуть бути сторонні тіла горла (рибна кістка тощо). Для виникнення абсцесу необхідні умови: сенсibiliзація організму до бактеріальних та тканинних антигенів, загальне або місцеве охолодження, гіповітаміноз.

Спочатку в паратонзиллярній клітковині виникає гіперемія судин, порушення їх проникності, розвивається набряк і настає дрібноклітинна інфільтрація. Всмокування бактеріальних та тканинних токсинів та продуктів запальної реакції спричиняє гарячку, викликає явища інтоксикації, зміну складу крові. Стиснення нервових стовбурів посилює біль, порушення з боку центральної та вегетативної нервової системи, які призводять до змін із боку серця, нирок та інших органів. На 3–4-й день у клітковині утворюється гнійник, який може прориватись у горло самостійно, або його розкриває лікар. Після очищення гнійника в клітковині запальний інфільтрат починає розсмоктуватися та організовуватися, тобто розвиваються сполучнотканинні рубці та спайки. Якщо абсцес не може прорватись в горло, він може прорватись в навколоторлово клітковину, й розвивається парафарингеальний абсцес. Рідко виникає нагноєння лімфовузлів ший, розвивається сепсис, ерозія великих кровоносних судин та інші ускладнення, зокрема ревматизм, нефрит.

У розвитку паратонзиліту виділяють три стадії:

I. Ексудативно-інфільтративна.

II. Абсцес.

III. Зворотного розвитку.

За локалізацією: передньоверхній, задньоверхній, задній, зовнішній, або бічний, передній і нижній паратонзиліт та його набрякова форма.

Клінічна картина. Загальні симптоми – слабкість, лихоманка, збільшення лімфовузлів на стороні абсцесу. Характерна класична тріада паратонзиллярного абсцесу: посилена слюнотеча (гіперсалівація), тризм жуваль-

них м'язів, відкрита гугнявість (остання як результат паралічу м'язів м'якого піднебіння).

Зміни складу крові: виражений лейкоцитоз (10–12 г/л) зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, еозинофілія, ШОЕ – 30–40 мм/год. Діурез знижений, але всупереч цьому спостерігається ізогіпостенурія, у більшості хворих альбумінурія, збільшується кількість лейкоцитів, з'являються еритроцити. На ЕКГ – відхилення, що характерні для дифузних змін міокарда.

Об'єктивні дані залежать від терміну захворювання та локалізації запального процесу в клітковині. У перші години з'являється нерізка виражена гіперемія піднебінно-горлових дужок, мигдаликів на боці запалення. Наступного дня на боці паратонзиліту виявляють різку гіперемію слизової оболонки, інфільтрацію піднебінних дужок та прилеглих ділянок м'якого піднебіння, піднебінний мигдалик вибухає у просвіт, піднебінний язичок набряклий та зміщений у протилежний бік від ураження. Тривалість І ст. – 2–3 дні, на 3–4-й день утворюється гнійник та з'являються зміни в зіві, які набувають ознак тієї чи іншої форми паратонзиллярного абсцесу.

За наявності передньоверхнього паратонзиллярного абсцесу піднебінний мигдалик втягнутий у середину, донизу та назад, його не видно тому, що він вкритий різко гіперемійованою, інфільтрованою та набряклою піднебінно-язиковою дужкою, котра вкриває наперед та до середньої лінії зіва. Гіперемійоване, інфільтроване м'яке піднебіння відповідного боку нависає наперед. Піднебінний язичок має різкий набряк, зсунутий у неушкоджений бік. Передньоверхній паратонзиліт супроводжується значно вираженим тризмом щелеп, порушенням функції м'якого піднебіння (відкрита гугнявість, потрапляння рідкої їжі в ніс під час ковтання), інтенсивний біль у горлі, що віддає у вухо, верхню щелепу та характеризується важким загальним станом.

Задньоверхній паратонзиліт характеризується набряком та інфільтрацією м'якого піднебіння над піднебінним мигдаликом та верхньою третьою піднебінно-горлової дужки; рухомість м'якого піднебіння порушена. Мигдалик добре видно, він витягнутий вперед та опущений донизу. Гугнявість яскраво виражена, але тризм жувальних м'язів, інтенсивність болю у горлі та загальні симптоми проявляються меншою мірою, ніж за інших форм.

Запальний процес у разі заднього паратонзиліту розміщується між мигдаликом та піднебінно-горловою дужкою. Під час огляду помітна гіперемія та інфільтрація піднебінно-горлової дужки, що стовщується та набуває веретеноподібної форми. Мигдалик випнутий допереду. За цієї форми відзначається різка болочість під час ковтання, відчуття стороннього тіла в горлі, але тризм та загальні симптоми менш виражені.

Якщо хворий скаржиться на біль у горлі, в нього помітна припухлість за кутом нижньої щелепи або під ним є тризм, а під час фарингоскопії крім випинання інші ознаки (гіперемія, інфільтрація, набряк піднебінних

дужок) виражені слабо, завжди варто передбачити наявність бічного паратонзиліту. У такому разі запальний процес локалізується у глибині мигдаликової ніши, спереду від мигдалика. Цей гнійник може прорватися у навколоторлову клітковину.

Передній паратонзиліт одонтогенного походження. Піднебінно-язикова дужка в нижній передній своїй частині гіперемійована, інфільтрована та набрякла, прикриває мигдалик у вигляді кульоподібної припухлості. Перехідна складка навколо хворого зуба згладжена.

При нижньому паратонзиллярному абсцесі суб'єктивні скарги не відповідають даним огляду з'ява, де відсутні виражені запальні зміни. Натискування шпательом на задні відділи язика спричиняють різкий біль.

Для набрякової форми характерний виражений набряк слизової оболонки піднебінних дужок, м'якого піднебіння, піднебінного язичка та мигдаликів.

Лікування. Невідкладна допомога полягає у хірургічному розкритті абсцесу, що дозрів. Лікування абсцесів призначають комбіноване: антибіотики (в/м), враховуючи біль при ковтанні і вимушене голодування, анальгетики, напівспиртовий компрес на боці ділянки шиї, антигістамінні препарати. Одночасно проводять хірургічне лікування. У разі передньовверхнього паратонзиліту розкриття абсцесу проводять через передньоязикову дужку на місці випинання. Паратонзиллярний абсцес можна розкривати і тупо (корнцангом). У хворих із заднім паратонзилітом розріз проводять у ділянці піднебінно-горлової дужки. Крім того, необхідно проконсультуватись із стоматологом, який повинен видалити контур слизової оболонки над 8-м зубом, що прорізується, або видалити хворий зуб за умови гострого періодонтиту.

Нижні паратонзиллярні абсцеси можна розкривати, виконуючи розріз через нижню частину піднебінно-язикової дужки на глибину 1 см та розширюючи рану корнцангом зверху донизу. В іншому разі цей абсцес розкривають через нижній полюс піднебінного мигдалика. Після видалення гною стан хворого, як правило, покращується, однак терапію слід продовжити. Через добу краї розрізу повторно розводять затискачем для видалення накопиченого гною.

При розтині зовнішнього абсцесу попередньо проводять пункцію шприцом із довгою голкою, коли у випадку виявлення гною розріз виконують за напрямком пункції. Після любого розрізу в глотці проводять полоскання фурациліном.

Абсцестонзилектомію здійснюють у разі звернення хворого до клініки, або через 1–2 дні після розкриття абсцесу, або в «теплий період», через 6–8 днів після розкриття, або тільки в «холодний період» – через 1 міс після паратонзиллярного абсцесу.

Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу

Гострі шлунково-кишкові кровотечі є ускладненнями більш ніж 100 захворювань різної етіології. Їх клінічні прояви можуть симулювати хвороби органів дихання (туберкульоз, рак, бронхоектази тощо), які призводять до рясного кровохаркання, заковтування крові, подальшого блювання кров'ю і мелени. За частотою вони посідають 5-е місце серед гострих захворювань органів черевної порожнини, поступаючись гострому апендициту, гострому холециститу, гострому панкреатиту, ущемленій грижі і випереджаючи гостру кишкову непрохідність та проривну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки.

Найбільш часто ці кровотечі виникають на ґрунті виразкової хвороби (60–75 %). Шлунково-кишкові кровотечі невиразкової етіології можуть бути обумовлені пухлинами травного каналу, ерозивним гастритом, синдромом Маллорі-Вейсса, гіпертензією в системі ворітної вени, грижами стравохідного отвору діафрагми, хворобами крові (хворобами Банті, Верльгофа, Щенлейна-Геноха, гемофілією та ін.), а також захворюваннями серцево-судинної системи (атеросклероз, гіпертонія, ревматизм та ін.).

Клінічна картина при гострій шлунково-кишковій кровотечі залежить насамперед від її інтенсивності, характеру основного захворювання, віку хворого, наявності супутньої патології.

У клінічному перебігу гострих шлунково-кишкових кровотеч слід виділити дві фази: прихованого перебігу та явних ознак кровотечі. Перша фаза починається з надходження крові у просвіт травного каналу і проявляється ознаками порушення внутрішньоорганного кровотоку: слабкістю, запамороченням, шумом у вухах, блідістю шкірних покривів, тахікардією, нудотою, пітливістю і непритомністю. Цей період може бути короткочасним або ж тривати протягом декількох годин і навіть днів. Клінічна діагностика в цей період надзвичайно складна. Нерідко цей стан пояснюють вегетосудинною дистонією, інфарктом міокарда, вагітністю, наслідком закритої черепно-мозкової травми та ін. Запідозрити гостру шлунково-кишкову кровотечу дозволяє тільки уважне вивчення скарг хворого, анамнезу та початкових симптомів захворювання.

Криваве блювання або блювання кольору кавової гуші, чорні випорожнення (мелена) – найбільш достовірні ознаки шлунково-кишкової кровотечі. Вони характерні для початкової стадії другої фази. При цьому сам факт шлунково-кишкового кровотечі не викликає сумніву, хоча причини і локалізація джерела нерідко залишаються неясними.

На догоспітальному етапі немає необхідності негайно з'ясувати етіологію кровотечі. Сам факт шлунково-кишкової кровотечі є показанням до проведення невідкладних лікувальних заходів та термінової госпіталізації хворого в хірургічний стаціонар. У той же час ретельне з'ясування

ня скарг хворого та анамнезу захворювання дозволяє у 50 % хворих встановити джерело кровотечі. Наявність виразкового анамнезу у хворого, а також больового та диспептичного синдромів за кілька днів до початку кровотечі і зникнення болю після появи кровотечі (симптом Бергманна) свідчить про виразкову природу кровотечі.

Для шлунково-кишкових кровотеч пухлинного генезу, особливо раку шлунка, характерний симптомокомплекс малих ознак раку шлунка, який передує кровотечі: тупий постійний ниючий біль у надчеревній ділянці, зниження апетиту, схуднення, порушення сну, дратівливість, підвищена стомлюваність. У запущених випадках у надчеревній ділянці можна пропальпувати пухлиноподібне утворення, збільшену горбисту печінку і виявити асцит.

Для пухлин високої локалізації (стравохід, кардіальний відділ шлунка) характерні блювання кров'ю, біль у надчеревній ділянці або за грудиною, дисфагія, а для пухлин нижніх відділів травної системи (товста кишка) – виділення крові при дефекації, біль у ділянці локалізації патологічного процесу, ознаки обтураційної кишкової непрохідності в анамнезі.

Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу починається раптовим рясним блюванням кров'ю. В анамнезі, як правило, є вказівки на захворювання печінки, серцево-судинної та дихальної систем. Печінка збільшена, відзначаються іктеричність шкірних покривів, розширені підшкірні вени передньої черевної стінки, нерідко асцит. Гострий геморагічний гастрит і гострі виразки, ускладнені кровотечею, можуть виникати на фоні екзо- та ендогенної інтоксикації, а також прийому ulcerогенних препаратів (похідні ацетилсаліцилової кислоти, нестероїдні гормони).

Походження **синдрому Маллорі-Вейсса** обумовлено поздовжніми розривами слизової оболонки і глибше розташованих верств кардіального відділу шлунка та стравоходу при натужному блюванні, переповненому шлунку і закритому присінку, коли різко підвищується тиск у кардіальному відділі шлунка і стравоході та відбувається їх дилатація. Це призводить до розриву слизової оболонки і підслизового шару, пошкодження підслизового судинного сплетення, а в важких випадках і розташованих глибше великих судин, до появи гострої профузної шлункової кровотечі. Синдром Маллорі-Вейсса спостерігається найчастіше в осіб, що зловживають алкоголем (до 80 % випадків). Поряд із цим виявляють і інші явні причини натужного блювання і виникнення гострої шлункової кровотечі: переїдання, гострі захворювання травної системи, цукровий діабет, важкий кашель, акт дефекації, піднімання тяжкості.

Невідкладна допомога. Хворих з ознаками шлунково-кишкової кровотечі слід негайно госпіталізувати в хірургічний стаціонар.

На догоспітальному етапі необхідно провести наступні лікувальні заходи. Хворого укладають в горизонтальне положення, накладають холод

на надчеревну ділянку. Встановлюють назогастральний зонд, промивають шлунок крижаною 5 % амінокапроною кислотою і вводять у нього 2 мл 0,1 % розчину норадреналіну гідротартрату. Забороняється прийом їжі і рідин per os. Внутрішньовенно вводять гемостатичні препарати: 10 мл 10 % розчину кальцію хлориду, 2 мл 5 % розчину дицинона, 200 мл амінокапроною кислоти, а також 2 мл гістодилу, 5–10 мл 1 % розчину амбена. Можна повторно ввести один із перерахованих препаратів. Проводять інфузії кристалоїдних і гемодинамічних плазмозамінних розчинів (желатиноль, поліглюкін, реополіглюкін) для відновлення ОЦК (спочатку струминно, а при збільшенні систолічного артеріального тиску більше 80 мм рт. ст. – краплинно). Транспортування хворого здійснюють на носилках у положенні лежачи, а при наявності колапсу – в положенні Тренделенбурга, одночасно проводячи киснетерапію.

В умовах хірургічного стаціонару уточнюють діагноз, визначають локалізацію джерела кровотечі, застосовуючи весь доступний арсенал додаткових інструментальних та лабораторних методів дослідження, проводять інтенсивну консервативну терапію, а при необхідності – оперативне лікування.

Література

1. Невідкладна медична допомога: навч. посібник / К.М. Амосова, Б.Г. Безродний, О.А. Бур'янов та ін. ; за ред. Ф.С. Глумчера, В.Ф. Москаленка. – К. : Медицина, 2006. – 632 с.
2. Невідкладні стани: навч. посібник / В.М. Коновчук, В.І. Ротар, С.О. Акентьев та ін. – Чернівці : БДМУ, 2006.
3. Основи інтенсивної терапії: навч. посібник / за ред. Л.В. Усенко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002.– 332 с.
4. Руководство по интенсивной терапии: [пособие] / А.В. Беляев, М.В. Бондарь, А.М. Дубов и др.; под ред. А.И. Трещинского, Ф.С. Глумчера. – К. : Вища школа, 2004. – 582 с., ил.
5. Сумин С.А. Неотложные состояния. / С.А. Сумин. – 2-е изд., стереотип. – М. : «Фармацевт. мир», 2000. – 464 с.

Навчальне видання

Невідкладна допомога при травмах ЛОР-органів

***Методичні вказівки
до підготовки лікарів-інтернів,
слухачів передатестаційних циклів
зі спеціальності
«Медицина невідкладних станів»***

Упорядники Хижняк Анатолій Антонович
 Дубівська Світлана Станіславівна

Відповідальний за випуск А.А. Хижняк



Редактор Е.Є. Депрінда
Коректор Є.В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко
Комп'ютерний набір С.С. Дубівська

План 2013, поз. 76.
Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 1,5.
Тираж 150 прим. Зам. № 13-3031.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknu@mail.ru, izdat@knu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

Невідкладна допомога при травмах ЛОР-органів

*Методичні вказівки
до підготовки лікарів-інтернів,
слухачів передатестаційних циклів
зі спеціальності
«Медицина невідкладних станів»*