

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Кафедра оториноларингології

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до самостійних занять з *оториноларингології*
для студентів IV курсу медичного факультету

Львів-2024

Методичні рекомендації підготовлені:

к. м. н. доцент Оксана МОСКАЛИК

к. м. н. доцент Андрій БАРИЛЯК

к. м. н. доцент Олександр СЕМЕНЮК

к. м. н. асистент Олеся ЧОРНІЙ

к. м. н. асистент Володимир ГАЄВСЬКИЙ

к. м. н. асистент Оксана ТИНІТОВСЬКА

Відповідальний за випуск:

Перший проректор з науково- педагогічної роботи Львівського національного медичного університету, доцент Ірина СОЛОНИНКО

Рецензент:

Завідувач кафедри ортодонції, ЛНМУ імені Данила Галицького,
професор Наталія ЧУХРАЙ

Методичні рекомендації рекомендовані до друку профільною методичною комісією з хірургічних дисциплін протокол № 23 від “25” січня 2024 р.

ЗМІСТ

Зміст	3
Тематичний план	4
Заняття 1	5
Заняття 2	9
Заняття 3	12
Заняття 4	15
Заняття 5	19
Заняття 6	23
Заняття 7	27
Заняття 8	30
Заняття 9	33
Заняття 10	39
Заняття 11	43
Заняття 12	46
Заняття 13	52
Заняття 14	56
Заняття 15	60
Заняття 16	63

Тематичний план самостійних занять з оториноларингології

№ п./п	Тема заняття	К-сть годин
1.	Диференційна діагностика порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів.	2
2.	Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис.	2
3.	Носовий клапан, остеомеатальний комплекс.	2
4.	Деформація зовнішнього носа. Ринопластика.	3
5.	Функціональні захворювання голосового апарату.	3
6.	Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця.	3
7.	Методи дослідження нюху. Порушення нюху при SARS-CoV-2 (COVID-19). Методи реабілітації при порушеннях нюху.	3
8.	Ускладнення ангін.	3
9.	Алергічні хвороби ЛОР-органів.	3
10.	Мікози ЛОР-органів.	3
11.	Фітотерапія в оториноларингології.	3
12.	Фізіотерапія в оториноларингології.	3
13.	Носові кровотечі. Причини, методи зупинки.	3
14.	Сторонні тіла ЛОР-органів.	3
15.	Злоякісні пухлини глотки.	3
16.	Ураження ЛОР-органів в бойових діях(акутравма, баротравма).	3
	Всього:	45

Тема 1

Диференційна діагностика порушень звукопровідного та звукосприймального апаратів (2 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Методи дослідження слуху відіграють суттєву роль не лише для своєчасної та правильної діагностики, але й для відповідного впливу на лікувальний процес, прогноз та видужання пацієнта. Встановлення діагнозу, вибір раціональної лікувальної тактики, яка включає виконання різних методів досліджень, неможливі без глибокого знання анатомії зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха. Дослідження які є основою аудіологічного обстеження хворих з ураженням слуху є необхідні для розуміння ролі цих анатомічних структур у здійсненні механізмів звукопроведення та звукосприйняття. Методики дослідження слухового аналізатора, як і методики дослідження інших органів чуття, поділяються на суб'єктивні і об'єктивні. Застосування методів дослідження слухового аналізатора є необхідним у роботі ЛОР-лікарів, педіатрів, сімейних лікарів – для виявлення захворювання вуха і раціональної лікувальної тактики.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитись і вивчити симптоматику та діагностику, диференційну діагностику порушень звукопровідного та звукосприймаючого апаратів.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Слухова система є аналізатором звуків. У ній розрізняють звукопровідний та звукосприймальний апарати. Звукопровідний апарат включає зовнішнє вухо, середнє вухо, лабіринтні вікна, мембранозні утворення та рідинні середовища внутрішнього вуха. Звукосприймальний апарат включає волоскові клітини, слуховий нерв, нейронні утворення стовбура мозку і центри слуху. Звукопровідний апарат служить для донесення звуку до рецептора. Звукосприймальний апарат трансформує механічні коливання в нервовий імпульс.

Методи дослідження слуху можна розділити на 4-и групи: 1-а група-дослідження слуху мовою: шепітна і розмовна. (норма 6 м.) 2-а група-дослідження слуху за допомогою камертонів. Найінформативнішими є дослід Бінга, Федерічі, Вебера, Рінне, Швабаха, Желле. 3-а група-аудиометричні методи, тобто дослідження слуху за допомогою електронної апаратури(аудиометрів).4-а група- використання безумовних та умовних рефлексів.

Провести диференційно-топічну діагностику порушень слуху, тобто визначити, чи причина зниження слуху розташована в звукопровідному апараті (кондуктивна приглухуватість), чи порушення слуху є наслідком ураження звукосприймального апарату (перцептивна або сенсоневральна приглухуватість чи глухота) найпростіше можна за допомогою камертонів. Найкращими для цієї мети є низькочастотні камертони С128 та С256. При проведенні камертональних проб поряд з визначенням тривалості сприймання з повітря досліджується також час сприйняття звучання камертона через кістку.

Для діагностики характеру порушень слухової функції необхідно знати фізіологію слухового аналізатора, механізми звукопроведення та теорії

звукосприйняття, мати уявлення про основні етапи аудіологічного дослідження та вміти інтерпретувати дані, отримані під час обстеження. Сприйняття звуків проведених через повітря, характеризують стан звукопровідного апарату, а сприйняття звуків, проведених через кістку, характеризують стан звукосприймальної системи.

При порушенні звукопровідного апарату криві сприйняття тонів за повітряною та кістково-тканинною провідністю не співпадають і розміщуються на деякій відстані одна від одної, утворюючи певний кістково-повітряний інтервал. Чим більший цей інтервал, то значніші ураження звукопровідної системи. При повному ушкодженні системи звукопроведення максимальна величина кістково-повітряного інтервалу складає 55-65 дБ. Наявність кістково-повітряного інтервалу завжди свідчить про порушення звукопроведення. Показники порогів слуху за повітряною та кістково-тканинною провідністю підвищені однаково, а криві розміщені поряд, то така аудіограма відмічає порушення функції звукосприймального апарату. У випадках коли буває нерівнозначне підвищення порогів сприйняття тонів за повітряною та кістково-тканинною провідністю з наявністю між ними кістково-повітряного інтервалу, виявляється некомбіноване порушення функцій звукопровідної та звукосприймальної систем.

При захворюваннях вуха: гострому катарі середнього вуха, ексудативному отиті, гострому середньому отиті, мезотимпаніті, при травмах барабанної перетинки відмічається порушення звукопроведення (кондуктивна приглухуватість). Характерними ознаками є: скарги на зниження слуху, відчуття закладеності у вусі, низькочастотний вушний шум; латералізація звуку в досліді Вебера в бік хворого вуха; негативний дослід Рінне, Бінга; відносне збільшення часу кісткової провідності в досліді Швабаха; у досліді Федерічі слух буде кращим зі соскоподібного відростка; наявність кістково-повітряного інтервалу (тональна порогова аудіометрія), за якого пороги кісткової провідності перебувають у межах норми, а пороги повітрянопровідних звуків підвищені на 20-40 дБ чи більше значно порушується сприйняття низьких звуків, крива повітряного сприйняття має висхідний характер; тимпанометричні криві типу С (гострий катар середнього вуха), або В (ексудативний отит).

При гострій та хронічній сенсоневральній приглухуватості різного генезу відмічається порушення звукосприйняття (перцептивна приглухуватість). Характерними ознаками є: скарги на раптове чи поступове зниження слуху, високочастотний вушний шум різної інтенсивності; латералізація звуку в досліді Вебера в бік здорового вуха чи того, яке краще чує; позитивний дослід Рінне, Бінга; зменшення часу кісткової провідності в досліді Швабаха; у досліді Федерічі слух буде кращим з козелка; підвищення порогів кісткової та повітряної провідності переважно на високих частотах до 30-70 дБ за відсутності кістково-повітряного інтервалу, крива має нисхідний характер (тональна порогова аудіометрія); наявність феномену прискороного наростання гучності; тимпанометричні криві типу А, підвищення порогів акустичного рефлексу. Для правильного вибору діагностики та методів лікування потрібно визначити характер порушення слухової функції.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Назвіть відділи слухового аналізатора?
2. У чому полягає механізм звукопроведення?
3. У чому полягає механізм звукосприйняття?
4. Які захворювання вуха, супроводжуються порушенням звукопроведення ?
5. Які захворювання вуха, супроводжуються порушенням звукосприйняття?
6. Які існують методи дослідження слуху?
7. Які Ви знаєте камертональні тести?
8. Опишіть дослід Вебера і Рінне.
9. Опишіть дослід Федерічі.
10. Опишіть дослід Бінга.
11. Опишіть дослід Швабаха і Желле.
12. Назвіть ознаки порушення звукопроведення ?
13. Назвіть ознаки порушення звукосприйняття?
14. Назвіть основний метод дослідження слуху.
15. З яких частин складається аудіометр?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Пропедевтика оториноларингології. Підручник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО За редакцією проф. О.О.Кіцери та доц. А.В. Цимара / А.Ю. Баріляк, О.О. Кіцера, О.Ом. Кіцера, М.Б. Крук, М.М. Крук, О.Є.Москалик, В.М. Пушкарьова, О.О.Семенюк, А.В. Цимар, О.В.Чорній/ УДК:616.21(075.8) 2019.-376с.
2. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
3. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
4. Хвороби вуха, горла, носа. /Мітін Ю. В. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. - 190с.
5. Діагностика та лікування сенсоневральної приглухуватості / Т.В.Шидловська, А.Л.Косаковський, Т. А.Шидловська. - К: НМАПО імені П.Л.Шупика, 2008. - 432 с.
6. Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою/ Ю. В.Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Деєва та ін.- 2-е вид., випр. і допов.-К.:ВСВ«Медицина», 2013.-136с.

Тема 2

Отогенні внутрішньочерепні ускладнення та отогенний сепсис (2год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: незважаючи на сучасну тенденцію до зменшення кількості внутрішньочерепних ускладнень, ця патологія залишається в центрі уваги отоларингологів та лікарів інших спеціальностей (невропатологів, нейрохірургів, інфекціоністів, офтальмологів, анестезіологів та ін.). Смертність від внутрішньочерепних ускладнень, за даними різних авторів, становить від 15% до 50%. Тому кожен фахівець до якого звертається такий пацієнт, особливо сімейний лікар повинен вміти розпізнати початок отогенного внутрішньочерепного ускладнення.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися і вивчити клініку, діагностику, диференційну діагностику та лікування отогенних внутрішньочерепних ускладнень та отогенного сепсису.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення, відносяться до важких захворювань, які є загрозою для життя пацієнта. Вони можуть виникнути як при гострих, так і при хронічних отитах в результаті проникнення інфекції з вуха в порожнину черепа. Раніше основною причиною їх виникнення вважався епітимпаніт, в останні роки виникають і при гострому середньому гнійному отиті. До них відносяться: отогенний менінгіт, отогенний абсцес мозку, отогенний абсцес мозочка, отогенний синустромбоз, отогенний сепсис.

Етіологічним фактором отогенних внутрішньочерепних ускладнень є різноманітна бактеріальна флора. При гострому отиті переважає кокова флора - стафілококи, стрептококи, рідше пневмококи. При хронічному гнійному середньому отиті, крім того, виділяють протей, синьогнійну паличку та інші мікроорганізми. Шляхи та етапи поширення інфекції у порожнину черепа: контактний (*per continuitatem*), по преформованих шляхах, лабіринтогенний, гематогенний, лімфогенний, травматичний, крізь дегісценції. Виділяють 4 етапи: перший етап - екстрадуральний абсцес (гнійник між кісткою та твердою мозковою оболонкою), другий етап- субдуральний абсцес (абсцес під твердою мозковою оболонкою), третій етап- розлитий гнійний менінгіт, четвертий етап- абсцес речовини мозку.

Отогенний менінгіт – запалення оболонок мозку вушного походження. Залежно від виду ексудату, буває гнійний і серозний. Клініка менінгіту характеризується інтенсивним головним болем, нудотою та блювотою, затьмаренням свідомості, підвищенням температури тіла до 39-40° С, тахікардії. Хворий частіше лежить на боці із зігнутими ногами і закинutoю головою приймає позу «курка рушниці», або «лягавого собаки», наявні менінгеальні симптоми: ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, верхній і нижній симптоми Брудзинського. Діагноз ставиться на основі змін у лікворі, гемограми та очного дна. При комп'ютерній томографії та магніто-ядерно резонансному дослідженні - виявлено порожнини, заповнені ексудатом у скроневій кістці.

Абсцес мозку та мозочка локалізується переважно в скроневій частині мозку або в мозочку. Виділяють 4 стадії абсцесу мозку: 1 стадія початкова (триває 2 -3тижні), 2 стадія- прихована (2-4 тижні),

3 стадія явна - (декілька тижнів) та 4 стадія -термінальна- декілька днів. Початкова стадія проявляється головним болем, млявістю, нудотою та блювотою, підвищенням температури тіла до 39° С., після лікування виникає покращення. В прихованій стадії виникають апатія, депресія, головний біль(локальний, іноді дифузний), блювання, втомлюваність, відсутність апетиту. Явна стадія виникає поступово, або миттєво й складається з 4-х груп симптомів: гнійного процесу; гіпертензійного синдрому; дислокаційного синдрому; вогнищевих порушень, характерних для ураження скроневої долі чи мозочка. Термінальна стадія триває декілька днів і закінчується смертю від набряку головного мозку, наростання проявів інтоксикації, зупинки дихання, серцевої діяльності.

При абсцесі скроневої частки мозку спостерігаються амнестична афазія (не можуть назвати предмет, хоча його призначення пацієнту відоме), моторна афазія (хворі розуміють мову, та не можуть говорити) і сенсорна афазія (хворі втрачають здатність розуміти свою мову і мову співрозмовника). Абсцес у частці мозку проявляється психічними розладами – зниженням критики, ейфорією чи депресією. Абсцес мозочка перебігає важче, ніж абсцес скроневої частки мозку. Йому властивий грубий ротаторний ністагм, спрямований у бік розташування вогнища ураження, значні порушення рівноваги та координації рухів. Виконуючи пальценосову пробу, хворий промахується назовні лише рукою на боці розташування абсцесу. При пробі на рівновагу (поза Ромберга) напрям падіння не змінюється при поворотах голови; при ході із закритими очима хворий відхиляється в бік абсцесу. Крім того, ознакою абсцесу мозочка є позитивна проба на адіадохокінез (відставання руки на боці ураження) і гіпотонія м'язів з боку абсцесу.

Діагностика. Проводиться спинномозкова пункція - рідина витікає під підвищеним тиском, прозора, підвищений вміст білка та незначний плеоцитоз.

При комп'ютерній томографії та магніто-ядерно резонансному дослідженні – виявляють гнояк у речовині мозку, оцінюють його розмір та локалізацію. При ехоенцефалографії – виявлено дислокацію структур головного мозку.

Синустромбоз та отогенний сепсис виникають внаслідок поширення інфекції контактним, рідше гематогенним шляхом. У синусі утворюється тромб, котрий поступово розповсюджується за межі синуса, інфікується, нагноюється й, таким чином, утворюється септичне вогнище. Клініка синустромбозу та отогенного сепсису проявляється насамперед порушенням функцій центральної нервової системи (ступор, кома), септичної температури тіла (різкі денні перепади), ознобу, рясного поту, тахікардії, болючості соскоподібного відростка, збільшення та болючості шийних лімфовузлів, прискорення ШОЕ. Іноді на перший план виступають септичні ураження внутрішніх органів: серця, нирок, печінки, травного тракту тощо. Відбуваються крововиливи у внутрішні органи, під шкіру та слизові оболонки. Шкіра нерідко набуває жовтяничного забарвлення.

Діагностика. Формула крові характеризується зміщенням вліво, лейкоцитозом. Відзначається збільшення селезінки, часто спостерігаються симптоми супровідного менінгіту. В спинномозковій пункції (рідина переважно витікає

під підвищеним тиском, прозора, підвищений вміст білка та незначний плеоцитоз). При комп'ютерній томографії та магніто-ядерно резонансному дослідженні – виявляють гнояк у біля сигмоподібному синусу, та наявність тромбу у його просвіті.

Лікування отогенних ускладнень складається з ургентного хірургічного втручання метою якого є елімінація гнійного вогнища та ліквідація ускладнень, а також інтенсивної медикаментозної терапії. При гострому отиті виконується розширена антростаїдотомія, при хронічному отиті - розширена сануюча операція з подальшим розкриттям передньої та задньої черепних ямок, сигмовидного синусу, розтином або видаленням абсцесів мозку. Медикаментозне лікування включає потужну антибактеріальну терапію, масивну дезинтоксикаційну, дегідратаційну, гормонотерапію, антикоагулянти, симптоматичну терапію. Правильний догляд і точне та своєчасне виконання призначень мають іноді не менше значення, ніж хірургічне лікування, у збереженні життя хворого.

Профілактика всіх видів внутрішньочерепних ускладнень полягає в своєчасному виявленні та правильному лікуванні гострих та хронічних гнійних середніх отитів.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Назвіть отогенні внутрішньочерепні ускладнення.
2. Назвіть шляхи та етапи поширення інфекції у порожнину черепа.
3. Як діагностувати отогенний менінгіт?
4. Опишіть патологічну анатомію отогенного гнійного менінгіту.
5. Яка клінічна картина і лікування синустромбозу?
6. Яка клінічна картина і лікування отогенного сепсису ?
7. Які стадії абсцесу мозку Ви знаєте?
8. Опишіть клінічну картину абсцесу мозочка.
9. Яка тактика лікування хворих з отогенними ускладненнями?
10. Назвіть сучасні методи діагностики абсцесу мозку.
11. Назвіть диференційну діагностику абсцесу головного мозку.
12. Опишіть неврологічну симптоматику у хворих з отогенними субдуральними абсцесами.
13. Назвіть медикаментозне лікування внутрішньочерепних ускладнень.
14. Чи потрібно застосовувати хірургічне лікування при внутрішньочерепних ускладненнях?
15. Назвіть методи профілактики всіх видів внутрішньочерепних ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Невідкладна оториноларингологія мирного і воєнного часу: посібник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО(за редакцією проф. О. Кіцери) / Ю.О.Гербіш, О.О. Кіцера, О.Ом. Кіцера, О.Є.Москалик, В.М. Пушкарьова, О.О.Семенюк, І.М.Семчишин, А.В.Цимар, О.В.Чорній – Львів-2020,-236 с.-164 ілюстр.,9 таблиць.,-література 200 джерел.
2. Клінічна оториноларингологія / О.О. Кіцера. – Львів, Видавництво «Кварт», 2007. – 334 с.

3. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
4. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
5. Хвороби вуха, горла, носа./ Мітін Ю. В. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. - 190с.
6. Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою/ Ю. В.Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Деєва та ін.- 2-е вид., випр. і допов.-К.:ВСВ « Медицина», 2013.-136с.

Тема 3

Носовий клапан, остеомеатальний комплекс (2 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Між патогенезом порушень носового дихання та формою носа існує чіткий причинно-наслідковий зв'язок. Патологічні зміни в ділянці носового клапана призводять до утруднення носового дихання. Через складність морфології та фізіології дихання носом, роботи носового клапана буде доречним докладно охарактеризувати деталі будови зовнішнього носа та їх функції.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з клінічною анатомією носового клапана та остеомеатального комплексу.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Носовий клапан - щілиноподібний простір трикутної форми між каудальним краєм верхнього латерального хряща та перегородкою носа, який в нормі дорівнює 10-15°.

Носовий клапан обмежений:

-медіально — хрящовою переділкою; премаксилою.

-латерально — нижнім краєм верхнього латерального хряща; фіброзно-жировою тканинною ділянкою; переднім кінцем нижньої носової раковини.

-каудально — покритим шкірою присінком носа та грушоподібним отвором (*apertura piriformis*).

Медіальна стінка носового клапана ригідна, а латеральна — відносно мобільна. При вдиханні за рахунок негативного тиску в повітряному потоці проявляється ефект присмокування і латеральна мобільна стінка носового клапана втягується досередини. При видиханні відбувається зворотний процес.

Кут носового клапана — це кут між каудальним краєм верхнього латерального хряща та носовою переділкою. У нормі цей кут становить 10–15°. Якщо кут менший за 10°, то внаслідок звуження простору, через який проходить повітря, носове дихання утруднюється.

Ділянка носового клапану є найвужчим місцем порожнини носа і в анатомічному відношенні складається зі всіх елементів носової порожнини, які знаходяться в площині кута носового клапана, а саме: дистальні відділи верхнього латерального хряща, передній кінець нижньої носової раковини, каудальний край перегородки носа, та всі інші тканини, що обмежують грушоподібний отвір.

Носовий клапан забезпечує:

- 1) первинну регуляцію потоку повітря, зокрема мова йдеться про об'єм повітря, що надходить до носової порожнини;
- 2) контроль частоти та глибини повітря на вдиху;
- 3) визначає форму, швидкість, напрямок та носовий опір повітря, що надходить до носової порожнини;
- 4) захист порожнини носа, внаслідок зміни ламінарного потоку повітря в ділянці клапана носа на турбулентний, що призводить до виникнення центробіжної сили та осідання на слизову оболонку передніх відділів носової порожнини пилових часточок та мікроорганізмів.

З віком м'які тканини починають опускатися, що спричиняє опущення дольки (кінчика носа), розтягнення та ослаблення зв'язки між каудальним кінцем верхнього латерального хряща та верхнім краєм латеральної ніжки великого крильного хряща. Відповідно, це призводить до зменшення кута носового клапана та збільшення мобільності каудального кінця верхнього латерального хряща і тому виникає порушення дихання носом. Вищевказані порушення виникають і після невдалих попередніх операцій на зовнішньому носі, коли під час оперативного втручання руйнуються і не відновлюються зв'язки між хрящами.

Патологічні зміни в ділянці носового клапана призводять до утруднення носового дихання. Класифікація порушень, що спричиняють дисфункцію носового дихання об'єднує (Kern E.V., 1989):

- 1) звуження просвіту носового клапану за рахунок будь-якої структурної одиниці;
- 2) провисання носового клапану, що спадається при нормальному диханні;
- 3) комбіноване порушення.

Клінічно патологію ділянки носового клапану можуть викликати наступні елементи порожнини носа:

- 1) перегородка носа (різноманітні її деформації);
- 2) передній кінець нижньої носової раковини (його гіпертрофія, аномалії розвитку);
- 3) верхній латеральний хрящ (його деформація, відсутність внаслідок травми або операції).

Найпростішим способом діагностувати патологію носового клапану можна провівши пробу Cottle. Під час зміщення пальцями шкіри щоки вбік спостерігається поліпшення носового дихання - проба позитивною (свідчить про патологію клапана носа або «колапс» крила носа). Якщо ж після зміщення шкіри щоки вбік дихання не поліпшилось - проба негативна (свідчить про нормальний клапан носа, а порушення носового дихання викликане іншою причиною).

Лікування патології клапана носа не обмежується лише виконанням функціональних ендоскопічних операцій на перегородці носа та нижніх носових раковинах, а доповнюється естетичним ринопластичним втручанням. Для розширення носового клапану, переважно виконують резекцію каудального краю верхнього латерального хряща, що дозволяє змістити клапан носу доверху і таким чином розширити його. Для більшого розширення носового клапану проводять клиноподібну резекцію верхнього латерального хряща вздовж перегородки носа. За умови, невеликих латеральних хрящів та вузької спинки носа, носовий клапан розширюють за рахунок підсадки хрящових графт (розпорок) між латеральним хрящем а перегородкою носа.

Остеомеатальний комплекс - анатомічні утворення, що визначають стан та функціонування передньої групи приносових пазух, вперше описаний Н. Naumann в 1965 році.

До складу остіомеатального комплексу входять:

- 1) латеральна поверхня переднього кінця середньої носової раковини;
- 2) гачкоподібний відросток;

- 3) напівмісяцева щілина;
- 4) решітчаста була.

Ширину входу до остеомеатального комплексу визначають за відстанню між переднім кінцем середньої носової раковини і латеральною стінкою середнього носового ходу на якій, на рівні переднього кінця середньої носової раковини виступає в бік раковини гачкоподібний відросток. В простір, що утворений цими анатомічними структурами, відкриваються природні отвори приносних пазух, що відносяться до передньої групи, а саме: верхньощелепова, фронтальна та етмоїдальна (передні, середні комірочки).

Функціонально остеомеатальний комплекс забезпечує оптимальні умови обміну повітря під час вдиху та видиху між передньою групою приносних пазух та порожниною носа. За умови нормальної будови носового клапана, перегородки носа та носових раковин активний повітряний потік на вдиху проходить загальним носовим ходом вздовж середньої носової раковини до нижніх дихальних шляхів, а під час видиху остання порція вдихнутого повітря, зігріта, очищена, потрапляє до середнього носового ходу і передньої групи приносних пазух.

Будь-які варіанти розвитку, аномалії структурних елементів, що складають остеомеатальний комплекс можуть призводити до розвитку запальних змін слизової оболонки в його ділянці. Це призводить до контактування набряклих протилежних ділянок слизової оболонки в межах остеомеатального комплексу, зупинки мукоциліарного транспорту та блокування співусть передньої групи приносних пазух, що спричинює зниження або припинення аерації, евакуації секрету з останніх та розвиток синуситу. Ця теорія риногенного походження синуситу була запропонована в 1978 році W. Messerklinger. Згідно цієї теорії найефективнішим лікуванням запальних процесів в передній групі приносних пазух є хірургічне відновлення їх вентиляції і дренажу шляхом розширення вивідних співусть цих пазух («хірургія перешийка» М.Е. Wigand).

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Дайте визначення поняттю носовий клапан.
2. Що входить до складу носового клапана?
3. Назвіть основні функції носового клапана.
4. Класифікація порушень, що спричинюють дисфункцію носового дихання.
5. Що спричинює патологію ділянки носового клапану?
6. Які методи діагностики патології носового клапану?
7. Опишіть пробу Cottle.
8. Які методи лікування патології носового клапана?
9. Риносептопластика при патології носового клапана.
10. Конхопластика: методика виконання.
11. Як визначають ширину входу до остеомеатального комплексу?
12. Назвіть, які елементи носової порожнини складають остеомеатальний комплекс.
13. Назвіть функції остеомеатального комплексу.
14. Дайте пояснення в чому полягає теорія риногенного походження синуситів.
15. Дайте пояснення теорії «хірургії перешийка» М.Е. Wigand.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

- 1.Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. - 496 с.
- 2.Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. - 472 с.
- 3.Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. - 185с.
- 4.Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою/ Ю. В.Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Деєва та ін.- 2-е вид., випр. і допов.-К.:ВСВ«Медицина», 2013.-136с.
- 5.Кіцера О.Ом., Чоп'як В.В., Кіцера О.Ол. Слизова оболонка носа. (Клінічна морфологія фізіологія патологія і фармакологія.)- Львів- 2015.- 140с., ілюстр.65, табл.13, література -303 джерела.

Тема 4

Деформації зовнішнього носа. Ринопластика (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Деформація зовнішнього носа зустрічається майже у 80% населення всієї Землі, але частіше серед чоловічої половини. Дана патологія являє собою зміни спинки носа, носової перегородки, що призводить до порушення пропорційності і симетричності зовнішнього носа.

Пластика носа або ринопластика – операція, спрямована на зміни зовнішніх контурів та пропорцій носа з метою корекції деформацій. Ринопластика може бути поєднана із септопластикою – операцією з усунення викривлення носової перегородки та відновлення носового дихання.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з видами деформації зовнішнього носа принципами та технікою косметичної ринопластики.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Деформації зовнішнього носа можуть бути природжені та набуті. Набуті деформації носа найчастіше травматичні. Післятравматичні (набуті) і вроджені деформації зовнішнього носа поділяють наступним чином: сідловидний ніс (ринолордоз); горбатий ніс (ринокіфоз); бічний зсув носової піраміди (риносколіоз); приплюснути носа (платіринія); широкий ніс (брахіринія); вузький ніс (лепторинія); довгий; короткий; м'який, піддатливий ніс (моліринія); сукупні деформації. Косметична ринопластика включає широкий діапазон хірургічних втручань, спрямованих на відновлення природної форми зовнішнього носа. Ринопластику обов'язково слід поєднувати з операціями щодо відновлення дихальної функції, а саме операціями на носовій перегородці. Носова перегородка ніколи не буває повністю рівною, вона може мати маленькі вигини і викривлення, а також вирости, які іменуються гребенями (шипамі). Нерідко викривлення носової перегородки з'являється як наслідок травми носа, наприклад, при його переломі, коли відбувається зміщення хряща і кістки в бік. Викривлення носової перегородки також може сформуватись в дитячому та підлітковому періоді без наявності якихось травм, а просто як наслідок порушення розвитку скелета в процесі зростання. Так відбувається коли швидкість росту хряща випереджає швидкість росту кісток лицьового скелета, що призводить до формування вимушеного вигину перегородки. Тому косметичні операції в ділянці зовнішнього носа повинні виконувати оториноларингологи, які, на відміну від пластичних хірургів, володіють також ендоназальними методами хірургічних втручань.

Методи ринопластики в залежності від доступу:

Існують два види, або методи ринопластики – відкритий і закритий.

При закритій ринопластиці розрізи проводяться тільки в середині носа. Відкрита ринопластика відрізняється від закритої проведенням зовнішнього розрізу в області колюмелли. У нашій клініці ми використовуємо як закритий так і відкритий метод, але перевагу віддаємо відкритому.

Відкритий метод дозволяє:

1. розширити хірургічний доступ;
2. побачити і оцінити кістки і хрящі носа в звичайному для них анатомічному положенні;
3. забезпечити прямий візуальний контроль в ході оперативного втручання;

4. виявити, які анатомічні утворення дають носу притаманну форму (особливо важливе значення це має при вторинних ринопластиках);
5. контролювати симетричність структур носа;
6. застосувати більшу кількість операційних технік та прийомів;
7. добре фіксувати новостворений кістковий і хрящовий каркас носа, і як результат отримати стійкий результат;
8. контролювати гемостаз;
9. застосовувати недеструктивні методи корекції носа (шовні методики, ремоделювання, переміщення хрящів);
10. забезпечити можливість широкого доступу до носової перегородки для корекції її деформацій і, при потребі, екстракорпорального моделювання носової перегородки з подальшою реімплантацією.

Відкритий доступ є незамінний при вторинній ринопластиці, для отримання високих прогнозованих естетичних результатів, корекцій вроджених деформацій носа, асиметрії.

Вибір хірургом методу ринопластики в кожному випадку є індивідуальним. Він залежить від цілей, які поставлені перед хірургом. Відкритий метод – високий ступінь точності, стабільності та прогнозованості результатів.

Ринопластику поділяють на чотири основні типи:

- 1) пластика носової перегородки;
- 2) пластика кінчика носа;
- 3) пластика спинки носа;
- 4) остеотомія.

Окремо виділяють реконструктивну хірургію шкіри носа, яку виконують у разі великих дефектів шкіри носа внаслідок травми або видалення пухлини. Наявний дефект закривають клаптем, викроєним зі шкіри чола або щоки.

Перед ринопластикою роблять 6 стандартних фотографій обличчя хворих: фронтальну, праву та ліву латеральні, три чверті (косу), латеральну з посмішкою, із відкинутою головою.

Найчастіше при пластиці носової перегородки використовують фрагменти власного хряща. Може бути використаний також реберний аутохрящ і штучні пластичні матеріали. Формування кінчика носа є найскладнішим і найвідповідальнішим етапом ринопластики. Кінчик носа може бути збільшений, розширений, подвоєний; піднятий або опущений. Його часточки можуть бути великими порівняно з довжиною колюмели. Назолабіальний кут може бути гострий або тупий. Техніка пластики кінчика носа може бути відкритою або закритою і мати три основні підходи: переміщення або розрізання хряща, видалення хряща та зовнішня ринопластика, яку доповнюють, за потреби, пластикою крил носа та колюмели. Невелику деформацію кінчика носа можна усунути за допомогою розрізання хряща.

Корекція деформації спинки носа може бути проведена за допомогою різних технік. Типовими деформаціями є вип'ячування або горб, які спричинені надлишковим збільшенням кісток або хряща спинки та перегородки носа. Рідше спостерігають увігнутість спинки носа, або сідлоподібний ніс, що має декілька ймовірних причин. Найчастіше сідлоподібна деформація є післятравматичною, а

також виникає за рахунок втрати хряща носової перегородки внаслідок гематоми, перелому або абсцесу. Сідлоподібний ніс може бути спричинений ятрогенією, надмірною резекцією спинки носа під час рино- або септопластики. Причинами формування сідлоподібного носа можуть бути гранульоматозні захворювання носової перегородки: сифіліс, склерома, а також гранульоматоз Вегенера. Після видалення горба спинки носа він залишається з «відкритим дахом», який потім закривають за допомогою остеотомії, мобілізуючи кістки носа. Хірургічну корекцію сідлоподібної деформації проводять за допомогою алопластики, пластики з використанням аутохряща або аутокістки, пластики із застосуванням консервованого гомо-, авто-, гетерохряща. Післяопераційні фотографії роблять через 6-12 міс.

Ускладнення після ринопластики розвиваються рідко. Це може бути інфікування, гематома (особливо носової перегородки), кровотеча та недостатній косметичний ефект.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Дайте визначення поняття «деформація зовнішнього носа».
2. Назвіть види деформацій зовнішнього носа.
3. Набуті деформації зовнішнього носа: види та методи хірургічного лікування.
4. Вроджені деформації зовнішнього носа: види та методи хірургічного лікування.
5. Ринопластика: визначення поняття.
6. Основні типи ринопластик.
7. Викривлення переділочки носа: основні ознаки при ендоскопії носа.
8. Методи хірургічного лікування викривлення переділочки носа.
9. У чому полягає клінічне значення поєднання косметичної ринопластики з ендоназальними операціями щодо відновлення дихальної функції?
10. Пластика кінчика носа: принципи оперативного втручання.
11. Пластика спинки носа: принципи оперативного втручання.
12. Остеотомія: види та методика операції.
13. Реконструктивна хірургія шкіри носа, коли виконується?
14. Які трансплантанти використовують при риносептопластиці?
15. Які можливі ускладнення ринопластики?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. - 496 с.
2. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. - 472 с.
3. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. - 185с.
4. Пластична хірургія / Е.Я. Фісталь, В.Г. Мішалов, Г.Є. Самойленко. - К.: ВСВ «Медицина», 2010. - 376 с.
5. Кіцера О. Ом. Орторинія: посібник для лікарів.-Львів-2017.-178с., ілюстр.95, література 288дж.
6. Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою/ Ю. В.Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Деєва та ін.- 2-е вид., випр. і допов.-К.:ВСВ«Медицина», 2013.-136с.

Тема 5

Функціональні захворювання голосового апарату (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Голос, разом зі слухом і зором, є одним з основних механізмів для комунікації, тому в сучасному суспільстві голосові проблеми суттєво впливають на якість життя. А для осіб деяких професій (співаків, акторів, дикторів, учителів, вихователів, керівників підприємств, політиків, церковнослужителів) голос є ще й інструментом, що забезпечує повноцінну професійну діяльність. Голосові розлади також можуть виникнути і у дітей. У силу своєї емоційності, голосовими розладами у декілька разів частіше страждають жінки, по відношенню до чоловіків (приблизно у 8 разів). На тлі постійної напруги голосових зв'язок та психоемоційного перевантаження можуть виникнути функціональні порушення: дисфонія – порушення звучання голосу чи афонія – його відсутність.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з функціональними порушеннями голосоутворення, причинами їх виникнення, основними проявами дисфоній (гіпотонусної та спастичної) функціональної афонії, та фонастеній (гострої та хронічної). Методами діагностики та основними принципами лікування даної патології.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Функціональні захворювання голосового апарату поділяють на дві групи: ті, що супроводжуються гіпотонусним станом (функціональна дисфонія, фонастенія, функціональна афонія) та ті, що супроводжуються гіпертонусом голосового апарату (спастична дисфонія). Перші три форми характеризуються гіпотонусним станом м'язів гортані і мають багато спільних ознак клінічного перебігу, етіологічних і патогенетичних чинників.

Гіпотонусна дисфонія — найбільш широко розповсюджене функціональне порушення голосоутворення, основними проявами якого є швидка втомлюваність голосу, захриплість, зменшення сили та “польотності” голосу, зниження звучання нот верхнього регістру, відчуття “протікання” повітря крізь голосові складки. Основними етіологічними чинниками є перенапруження голосових м'язів, голосове навантаження під час ГРВІ, авітаміноз, гормональні дисфункції, стресові ситуації, тощо.

Функціональна афонія – це нездатність розмовляти гучним голосом за збереженої шепітної мови. Причини виникнення дисфоній різноманітні, але в усіх випадках їх розвиток пов'язаний із наявністю в руховій зоні кори півкуль мозку домінантного вогнища застійного гальмування, що виникає в період гострого запалення верхніх дихальних шляхів, а у пацієнтів зі слабким типом нервової діяльності може залишитися і після стихання запального процесу.

Фонастенія – це розлад мови функціонального характеру, який проявляється в хриплуватості голосу або його відсутності. Він виникає внаслідок порушення координації між диханням, фонацією, артикуляцією і функцією резонаторних порожнин на фоні особливої невротичної реакції. Виникнення фонастенії пояснюють утворенням домінантного вогнища в руховій зоні півкуль мозку або порушенням рухової іннервації гортані, спричиненим функціональними захворюваннями нервової системи, нервовими потрясіннями, перенапругою голосу. Розрізняють гостру та хронічну форми фонастенії. При непрямій ларингоскопії

особливих змін не виявлено. Спостерігають гіпотонію м'язів, що призводить до недостатнього звучання голосу із швидкою його втомлюваністю.

Спастична дисфонія – це тяжке функціональне порушення голосоутворення, обумовлене дискоординацією дихання, фонації та артикуляції. Для спастичної дисфонії характерне напруження, судомна фонація з наявністю зупинок під час мови. За вираженістю клінічної картини та терміну захворювання спастичну дисфонію поділяють на легку, середню і тяжку. Ускладненням спастичної дисфонії може бути утруднення дихання.

При непрямій ларингоскопії: огляд гортані утруднений, під час спокійного дихання виявляє сильне напруження (гіперкінез) гіперемія голосових складок при фонації. При ларингостробоскопії у хворих з паретичною формою дисфонії виявляють в'ялі нерівномірні коливання голосових складок, у разі спастичної форми — напружені судомні м'язові коливання.

Діагностика: 1. Загальноклінічне дослідження. 2. Непряма ларингоскопія з функціональними навантаженнями. 3. Визначення часу максимальної фонації. 4. Перцептивна оцінка голосу. 5. Консультація фоніатра, який може самостійно провести, а при необхідності зробити наступні призначення: а) мікроларингоскопія; б) ларингостробоскопія, мікроларингостробоскопія; в) спектральне дослідження голосу; г) фібрларингоскопія; д) дослідження функціонального стану ЦНС (ЕЕГ); е) консультація психоневролога, психіатра, невропатолога; є) консультація ендокринолога (в разі необхідності в процесі лікування); ж) дослідження стану ССС, насамперед церебральної гемодинаміки (РЕГ, УЗДГ); з) консультація терапевта; и) дослідження стану слухової функції; і) МРТ дослідження у випадку підозри на органічні ураження головного мозку.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Наведіть класифікацію функціональних захворювань гортані.
2. Назвіть причини дисфонії.
3. Методи лікування дисфоній.
4. Опишіть клініку та методи лікування афонії.
5. Етіологія, клініка та принципи терапії фонастеній.
6. Назвіть методи діагностики при функціональних захворюваннях голосового апарату.
7. Назвіть основні принципи лікування хворих з спастичною дисфонією.
8. На які форми захворювання ділиться фонастенія.
9. Які методи лікування проводять при фонастенії?
10. Яка різниця між функціональними та органічними розладами голосу?
11. Які зміни голосових складок відмічаються при ларингостробоскопії у хворих з спастичною формою дисфонії?
12. Які зміни гортані відмічаються при ларингостробоскопії спастичної форми дисфонії?
13. Для яких професій характерні фонастенії?
14. Чи виникають фонастенії у дитячому віці?
15. Хто частіше хворіє на фонастенії чоловіки чи жінки, поясніть чому?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

- 1.Пропедевтика оториноларингології підручник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО. За редакцією проф. Кіцери О.Ом. та доц. Цимара А.В., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.В., Семенюк О.О., Чорній О.В. -Львів.- 2018.- 165 с.
- 2.Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
- 3.Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В.Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. - 496 с.
- 4.Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. - 185 с.
- 5.Актуальні питання фоніатрії: Навчальний посібник для інтернів та лікарів-курсантів медичних вищих навчальних закладів післядипломної освіти / Т.АШидловська, А.Л.Косаковський. - К.: НМАПО імені П.Л. Шупика, 2007. - 232 с.
- 6.Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою/ Ю. В.Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Дєєва та ін.-2-е вид., випр. і допов.-К.:ВСВ«Медицина», 2013.-136с.

Тема 6

Фізіологія лімфаденоїдного глоткового кільця (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Актуальність та соціальна значимість питання фізіології лімфаденоїдного глоткового кільця обумовлюється високим рівнем захворюваності, особливо у дитячому віці. Гострі запальні хвороби горла займають одне із перших місць серед усієї ЛОР-патології. Хоча в минулому операції на лімфоїдних утвореннях горла належали до найчастіших оториноларингологічних втручань, в наш час покази до них значно зружені. Це зумовлене новими даними про важливу роль лімфаденоїдних структур в становленні та функціонуванні місцевого і системного гуморального імунітету.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: вивчити фізіологічні особливості структур лімфаденоїдного глоткового кільця Пирогова – Вальдейера.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Мигдалики лімфоглоткового кільця Пирогова-Вальдейера в організмі людини відіграють важливу роль в становленні та функціонуванні місцевого і системного гуморального імунітету, а особливість розташування структур лімфоглоткового кільця (ЛГК) дозволяє антигенам безпосередньо впливати на тканини мигдаликів, виключивши імунну відповідь.

Для всіх структур лімфоглоткового кільця - характерна спільність ембріонального походження, наявність симбіозу лімфоїдної, епітеліальної та сполучної тканин, крипова будова та відсутність привідних лімфатичних судин. Окрім мигдаликів до лімфоепітеліальних утворень належать також пейєрові пляшки, солітарні фолікули та апендикс, а разом вони складають лімфоепітеліальний комплекс, або MALT (mucosal associated lymphoid tissue) – лімфоїдну тканину асоційовану із слизовою оболонкою.

Знаходячись на межі двох середовищ, зовнішнього та внутрішнього, дані утворення є вхідними воротами для мікробних агентів, та забезпечують контакт антигенів з лімфоцитами, з наступним формуванням клонів лімфоїдних клітин, у тканині мигдаликів, - специфічних у відношенні до даного антигена. Лімфоїдні утворення глотки, в свою чергу інформують такі структури імунної системи, як лімфатичні вузли, кістковий мозок та селезінку.

Зважаючи на високу інтенсивність антигенного подразнення, адже площа слизової оболонки лише одного мигдалика втричі вища за площу слизової глотки, і складає 300 см², вже формується імунна реакція за первинним чи вторинним типом, та міграція сформованих імуніцитів в слизову оболонку чи слинні залози. Всі ці специфічні реакції організму разом із неспецифічними захисними факторами слизової оболонки, та разом із системою мононуклеарних фагоцитів, системою комплемента, білків гострої фази, інтерферонами та лізоцином - забезпечують місцевий імунітет організму. Інтерферони, які продукуються Т-лімфоцитами та фібробластами, є противірусними агентами, що продукуються мигдаликами.

Мигдалики ЛГК відіграють важливу роль у процесах загальної адаптації організму, проте вони відбуваються на грані норми з патологією. Дана теорія отримала підтвердження. В ній йшлося про те, що крізь тонзили проникала незначна кількість мікробних агентів, які спричиняли «фізіологічну ангінізацію» організму. Потрібно також відмітити, що при виконанні мигдаликами

адаптаційних функцій - механізми антимікробного захисту можуть порушуватись, внаслідок чого розвивається місцевий інфекційно-запальний процес, тобто мигдалики виконують роль «вхідних воріт» для інфекції.

Мигдалики ЛГК служать «органом інформації» про антигенний склад навколишнього середовища, завдяки якій здійснюється продукція антитіл та формування «клітин імунної пам'яті». Тобто, мигдалики виконують функцію імунологічного захисту організму, починаючи від регуляції тучноклітинної інфільтрації слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, аж до формування високоспецифічних антитіл до мікробних і вірусних агентів переважно класу А. Завдяки численним дослідженням наприкінці 70-х років, використовуючи методи функціональної морфології, визначення клітин-антитілопродуцентів в мигдаликах людей і тварин, та синтез антитіл в культурах клітин - на вірусні та мікробні агенти *in vitro*, - було встановлено здатність мигдаликів формувати імуноглобуліни всіх відомих класів.

Поряд із основною функцією мигдаликів, також слід зазначити процес лімфоцитоутворення, який раніше виділявся в окрему функцію мигдаликів. Даний процес полягає в розмноженні Т - і В - лімфоцитів, які потрапляють із центральних органів, також формування лімфоцитів із їх попередників, та їх спеціалізації у ефекторні клітини. Лімфоцити, що утворюються при цьому - потрапляють частково в системний кровотік, а частково мігрують через епітеліальний покрив мигдаликів.

Зважаючи на те, що фактори неспецифічного захисту слизової оболонки верхніх дихальних шляхів слугують, так би мовити «першою лінією захисту», вони мають різноманітні механізми дії, та їм притаманна протигрибкова, антибактеріальна та анфлогістивна дія. Дана дія визначалась у факторів системи неспецифічних секреторних ліпопротеазних інгібіторів, елафіну і лактоферину.

Мигдаликам ЛГК також наявна больова, термічна та тактильна чутливість, таким чином слід пам'ятати про їх рецепторну функцію. Піднебінні мигдалики містять подібні до мікрогангліїв - рецепторні закінчення, вегетативні волокна, нервові клітини та їх скупчення, - таким чином мигдалики можуть не тільки сприймати нервові імпульси, а й бути джерелом імпульсації для інших органів

Отже, мигдалики ЛГК, як активні компоненти системи імунітету, як місцевого, так і системного - повинні бути максимально збереженні, за виключенням випадків, коли вони дійсно слугують джерелом інфекції, з незворотніми змінами, та негативним впливом на асоційовані з ними органи.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Які лімфоїдні утворення входять до лімфаденоїдного глоткового кільця Пирогова – Вальдейера?
2. Перечисліть піднебінні мигдалики, які входять до складу лімфаденоїдного глоткового кільця.
3. Які основні функції лімфаденоїдного глоткового кільця?
4. У чому полягає рефлекторна функція піднебінних мигдаликів?
5. У чому полягає кровотворна функція піднебінних мигдаликів ?
6. Що означає термін MALT, охарактеризуйте?

7. Опишіть функцію імунологічного захисту організму, яку виконують мигдалики.
8. Як відбувається процес лімфоцитоутворення в мигдаликах?
9. Які структури імунної системи інформують лімфоїдні утворення глотки?
10. В чому полягає суть поняття «фізіологічна ангінзація» організму?
11. Як відомо, мигдалики виконують роль «вхідних варіт» для інфекції, опишіть цей процес?
12. Що є характерно для всіх структур лімфоглоткового кільця?
13. Яку роль відіграють мигдалики лімфоглоткового кільця Пирогова-Вальдейера в організмі людини?
14. Яким чином мигдалики забезпечують місцевий імунітет організму?
15. Чому мигдалики лімфоглоткового кільця повинні бути максимально збереженні?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

- 1.Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
- 2.Кіцера О.О. Клінічна оториноларингологія / О.О. Кіцера. – Львів, Видавництво «Кварт», 2007. – 334 с.
- 4.Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. - 185с.
- 5.Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Митин,С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. - 496 с.
- 6.Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою/ Ю. В.Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Деєва та ін.- 2-е вид., випр. і допов.-К.:ВСВ«Медицина», 2013.-136с.
- 7.Yamanaka N. Moving towards a new era in the research of tonsils and mucosal barriers / N. Yamanaka // Adv Otorhinolaryngol. – 2011. – Vol. 72. – P. 6–19.
- 8.Chole R.A. Arch Otolaryngol / R.A. Chole, B.T. Faddis // Head Neck Surg. – 2003. – Vol.129 [6]. – P. 634 – 636.
- 9.Brandtzaeg P. Immune function of Nasopharyngeal Lymphoid Tissue: Recent Advances in Tonsills&Mucosal Barriers of the Upper Airways // JRL. – 2010. – V.72. – P. 18-22.

Тема 7

Методи дослідження нюху. порушення нюху при SARS-CoV-2 (COVID-19).

Методи реабілітації при порушеннях нюху (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: У 2020 році у світі зафіксовано глобальну пандемію коронавірусної інфекції COVID-19 викликані вірусом SARS - CoV-2. Відомо, що втрата нюху є одним із ключових симптомів даної небезпечної хвороби. Тому знання клініки, діагностики та принципів лікування цих захворювань є необхідним у клінічній практиці лікарів різного профілю – оториноларингологів, сімейних лікарів.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомлення з методами дослідження нюху, порушеннями нюху при SARS-CoV-2 (COVID-19), методами реабілітації при порушеннях нюху.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.

Частина 1. Методи дослідження нюху.

Дослідження нюхової функції носить назву ольфактометрія. Всі дослідження нюху поділяють на якісні і кількісні. Якісне дослідження нюху здійснюється з допомогою набору пахучих речовин різної рецепторної спрямованості (таблиця 1).

Таблиця 1

Приблизний склад набору пахучих речовин для якісного дослідження нюху

1) пахучі речовини переважно ольфактивної дії (тобто такі, що діють, головним чином, на нюховий рецептор):		мелена кава
		мелена кориця
		олія кропу
		тютюн
		ромовий екстракт
		водний екстракт цибулі 1:100
2) пахучі речовин змішаної дії, тобто такі, що діють нюховий і допоміжні рецептори);	а) пахучі речовини ольфактивно-тригемінальної дії:	водний розчин амоніаку 2%.
		ацетон
		розчин йоду 5%,
		етиловий спирт
		формальдегід
		камфорна олія
	б) пахучі речовини ольфактивно-глософарингеальної дії, тобто зі смаковим компонентом:	ментол
		йодоформ
		розчин оцтової кислоти 5%
	в) пахуча речовина ольфактивно-глософарингеально-тригемінальної дії:	хлороформ
		піридин
		оцтова (ацетатна) кислота концентрацією понад 20%

Всі пахучі речовини наливають до однакових флаконів з притертими скляними корками. Відкритий флакон підносять до ніздрів пацієнта. Дослідження можна проводити моноринально, тобто окремо для кожної половини носа (в такому разі одну з половин носа ізолюють, притискаючи крило носа до переділки), або біринально. Пацієнта просять понюхати вміст флакона, відповісти, чи він відчуває запах і, якщо відповідь позитивна, назвати або

описати його. Пахучі речовини пропонують з перервами в 20-30 с., щоб запобігти адаптації.

В наш час закордонні фірми випускають різні набори для дослідження нюху способом активного принюхування, серед яких особливо гідний уваги набір запахових фломастерів.

Якісне дослідження нюху повинно відповісти на такі запитання:

- чи порушене у пацієнта сприйняття запахів;
- яка група запахів сприймається гірше або зовсім не сприймається;
- чи порушене розпізнавання запахів;
- яка група запахів розпізнається гірше або зовсім не розпізнається.

Кількісне дослідження нюху.

В дослідженні функції нюху у осіб з повноцінним диханням через ніс використовують здебільшого набори пахучих речовин різного розведення, вміщених в однакові скляні флакони з притертими корками.

- простої настоянки валеріани – 0,8; 0,4; 0,2; 0,1; 0,05; 0,025; 0,0125; 0,0062;
- ацетатної кислоти - – 0,8; 0,4; 0,2; 0,1; 0,05; 0,025; 0,0125; 0,0062; 0,0031; 0,0015; 0,0007.

Вихідну речовину розводять спочатку з розрахунку 8 об'ємних частин на 2 об'ємні частини дистильованої води, а потім – вдвічі і т.д. Всі розведення вміщують в однакові флакони з умовними позначеннями. Методика дослідження не відрізняється від описаної методики якісного дослідження. Середні пороги нюху складають для простої настоянки валеріани – поріг сприйняття (ПС) 0,0125, поріг розпізнавання (ПР) 0,025, для оцтової кислоти – ПС 0,025, ПР 0,05.

В практиці оториноларингологів ширше використовуються ольфактометри з примусовим вдуванням пахучої суміші до порожнини носа. На відміну від ольфактометрів з активним принюхуванням, начебто максимально зближених до фізіологічних умов, вони дозволяють досліджувати також хворих з обмеженим або відсутнім диханням через ніс. Всі існуючі моделі таких ольфактометрів виводяться від свого прообразу - ольфактометра Ельсберга-Леві (Elsberg-Levi). До групи ольфактометрів належать і прилади нашої конструкції - ОКІ (ольфактометр клінічний імпульсний) – 68 та ОКІ – 70.

До резервуарів ольфактометрів наливають до 1/3 їх об'єму пахучу речовину. Через довшу трубку шприцом чи іншим дозуючим пристроєм нагнітають певну кількість повітря. Проходячи над поверхнею пахучої речовини (в деяких ольфактометрах - крізь неї), повітря насичується її парою. В ніздрі пацієнта вставляють наконечники-оливи, з'єднані з коротшою трубкою резервуару, і відчиняють кран. При цьому надмір насиченого парою пахучої речовини повітря (пахуча суміш) потрапляє до порожнини носа досліджуваного, якого запитують, чи він відчув запах, а якщо відчув, то який.

Поступово збільшуючи дозу повітря, що вводиться до резервуара, а, отже, і об'єм пахучої суміші, що потрапляє до порожнини носа, визначають:

- а) поріг сприйняття запаху (ПСЗ);
- б) поріг розпізнавання (ідентифікації) запаху (ПРЗ).

Якщо у пацієнта є скарга на розлади нюху, або ж якщо виявлено патологічні зміни в порожнині носа, дослідження проводять моноринально, тобто окремо

для кожної половини носа. В таких випадках до ніздрі, яку в даний момент не досліджують, вставляють суцільний наконечник - оливу (без отвору). При масових обстеженнях практично здорових осіб дослідження проводять біринально.

В клінічній практиці, з метою отримання даних для диференційної діагностики, виконують дослідження щонайменше двома запахами різної рецепторної спрямованості. Найчастіше застосовують просту настоянку валеріани (пахучу речовину переважно ольфактивної дії) та 20% розчин оцтової (ацетатної) кислоти (пахучу речовину, що, крім нюхових рецепторів, діє також на закінчення трійчастого та язикового нервів).

Пороги нюху звичайно дорівнюють:

для настоянки валеріани - ПСЗ 3-5 мл; ПРЗ - 5-7 мл;

для оцтової кислоти - ПСЗ 5-7 мл; ПРЗ - 7-8 мл.

Слід пам'ятати, що запахові властивості настоянок та екстрактів, наприклад, настоянки валеріани, різних випусків можуть відрізнятися (у залежності від часу та місця збирання рослинної сировини тощо); тому необхідно, після кожної заміни пахучої речовини в резервуарі ольфактометра, наново визначити нормальні величини ПСЗ та ПРЗ у групи здорових осіб.

На цьому принципі побудовано і більш сучасні ольфактометри, з тією різницею, що набір пахучих речовин, якими проводиться тестування, розширено, а компресором, що подає пахучу суміш, керує сучасна електронна схема.

Співвідношення ПСЗ і ПРЗ пахучих речовин різної рецепторної спрямованості буває різним, залежно від форми (рівня) ураження органа нюху.

Якщо розлади нюху спричинені утрудненням потрапляння пахучих речовин до ділянки нюхової щілини, тобто у випадках кондуктивної гіпосмії, одночасно і однаковою мірою підвищується ПСЗ і ПРЗ пахучих речовин різної рецепторної спрямованості.

У хворих з перцептивною гіпосмією, зокрема у випадках ольфакторного невриту, підвищуються ПСЗ і ПРЗ речовин переважно ольфактивної дії, а ПСЗ і ПРЗ речовин мішаної дії залишаються нормальними або близькими до норми.

У випадку невриноми трійчастого нерва вибірково порушується сприйняття запахів ольфактивно-тригемінальної дії. І, нарешті, за умов порушення функції центральної частини нюхового аналізатора (наприклад, у хворих з пухлинами головного мозку) визначається лише порушення розпізнавання пахучих речовин різної рецепторної спрямованості. Натомість ПСЗ для всіх пахучих речовин залишаються нормальними або зближеними до норми.

Частина 2. Порушення нюху при SARS-CoV-2 (COVID-19). Методи реабілітації при порушеннях нюху

Дослідники проаналізували дані жителів США і Великої Британії і США з додатку. Майже 1/3 реєстрували симптоми, пов'язані з COVID-19. З них понад 18 тис людей повідомили, що у них був проведений тест на коронавірус, а у понад 7 тис людей був тест був позитивний. Також дослідники зазначали, що втрата смаку і нюху (аносмія) була вражаючою: 2/3 користувачів з позитивним результатом на коронавірус повідомили про цей симптом в порівнянні з більш ніж 1/5 учасників, у яких результат тесту був негативний.

Згодом вчені розробили алгоритм, який з точністю у майже 80% прогнозував вірогідність захворювання COVID-19 на основі даних людини: стать, вік і комбінації чотирьох основних симптомів (втрата смаку або аносмія, сильний чи постійний кашель, втома і втрата апетиту).

В клінічних дослідженнях спостерігали нижчу імовірність виникнення виділень з носа /ринореї/риніту чи набряку/обструкції/блокади носа при SARS-CoV-2, ніж при інших коронавірусах.

Дослідження в цьому напрямку продовжилися на патогістологічному рівні. Дослідники Лондонського і Редінгського університетів виявили, що при COVID-19 втрата нюху не є просто результатом набряку слизової оболонки носа, а асоціюється із запаленням клітин поблизу нюхових нейронів. Ще у перших повідомленнях з Вуханю (Китай), Ірану, Італії йшлося про те, що аносмія була значущим симптомом

Уже з перших повідомлень, що прийшли з Ухані, Ірану, а потім Італії, було відомо, що втрата нюху (аносмія) була значним симптомом COVID-19. В той час, як при інших гострих респіраторних інфекціях аносмія виникає через набряк слизової оболонки носа, появі виділень і механічній перешкоді для одорантів (молекул пахучих речовин) потрапити на нюхові рецептори. Однак для коронавірусу SARS-CoV-2 характер втрати запаху відрізняється. Багато людей з COVID-19 повідомляли про раптову втрату нюху, а потім про раптове і повне повернення до нормального нюху через тиждень або два. Цікаво, що багато хто з цих людей сказали, що їх втрату нюху не можна віднести до закладеного носа.

Спочатку побутувала думка, що вірус SARS-CoV-2 спричиняє деструкцію нюхових нейронів, спричиняючи у пацієнта відсутність смаку і нюху. Проте під час досліджень з'ясувалося, що рецептори АПФ2 (ангіотензинперетворювального ферменту 2, Angiotensin-converting enzyme 2, ACE2), які використовуються для передачі коронавірусу, знаходяться не на нюхових нейронах, а на підтримуючих суспендулярних клітинах. У інфікованих COVID-19 пацієнтів виникає набряк носа в ділянці нюхового аналізатора. Інша частина носа і пазух виглядає нормально, і у пацієнтів немає проблем з носовим диханням.

Існує вірогідність і центрального порушення нюхового аналізатора за рахунок змін головного мозку, що виявлялися при розтинах у пацієнтів з позитивним COVID-19: мікроангіопатії і ДВЗ-синдром, дифузні гіпоксичні і вогнищеві ішемічні пошкодження головного мозку, гістологічно – деструктивно-продуктивний тромбоваскуліт, набряк, діapedезні крововиливи, дистрофічні зміни нейронів, складж еротроцитів в просвіті судин.

При зменшенні вірусного навантаження спадає і набряк відповідної ділянки, рух одорантів до чутливих рецепторів відновлюється і нюх повертається до пацієнта. В окремих випадках відновлення нюху триває довше. Ця ситуація пояснюється пошкодженням суспендулярних клітин і нюхових нейронів. Вчені дослідили, що ці нейрони регенеруються організмом із пулу стовбурових клітин у слизовій оболонці носа.

Пацієнтам з аносмією після перенесеного COVID-19 слід рекомендувати «тренування нюху» з використанням пахучих речовин різних характеристик і

концентрації. Для цього слід мати декілька ємностей з цими пахучими речовинами (наприклад, ефірні, ароматичні олії, кава тощо) з собою і протягом дня нюхати їх до того часу, поки не виникнуть хоч якісь нюхові відчуття. Слід пам'ятати про імовірність виникнення алергії на ті чи інші пахучі речовини. Тому треба ретельно збирати анамнез у пацієнта і повідомити про можливість ускладнень.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Як називається процес дослідження нюху?
2. Які існують 2 принципові типи методів дослідження нюху?
3. Які методи належать до якісного дослідження нюху?
4. Як поділяються пахучі речовини для якісного дослідження нюху?
5. Які пахучі речовини мають переважно ольфактивну дію?
6. Які групи речовин змінашної дії ви знаєте?
7. Які пахучі речовини мають ольфактивно-тригемінальну дію?
8. Які пахучі речовини мають ольфактивно-глософарингеальну дію?
9. Які пахучі речовини мають ольфактивно-глософарингеально-тригемінальну дію?
10. Як проводиться якісна ольфактометрія?
11. Які методи належать до кількісних методів ольфактометрії?
12. Які захворювання можна диференціювати в залежності від типів порушення нюху?
13. Як називається метод відновлення нюху при його порушеннях?
14. Які речовини застосовуються при реабілітації нюху?
15. Які протипокази існують до цього методу реабілітації нюху?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
2. Пропедевтика оториноларингології підручник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО. За редакцією проф. Кіцери О.Ом. та доц. Цимара А.В., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.В., Семенюк О.О., Чорній О.В. -Львів.- 2018.- 165 с.
3. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
4. Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою/ Ю. В.Мітін, О.М. Науменко, Ю.В. Деева та ін.-2-е вид., випр. і допов.-К.:ВСВ«Медицина», 2013.-136с.
5. Lehrich B.M, Goshtasbi K., Raad R.A., Ganti A., Papagiannopoulos P., Tajudeen V.A., Kuan E.C. Aggregate Prevalence of Chemosensory and Sinonasal Dysfunction in SARS-CoV-2 and Related Coronaviruses. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Jul;163(1):156-161.
6. Keller, A., Malaspina, D. Hidden consequences of olfactory dysfunction: a patient report series. BMC Ear Nose Throat Disord 13, 8 (2013).
7. Gane S.B., Kelly C., Hopkins C. Isolated sudden onset anosmia in COVID-19 infection. A novel syndrome? Rhinology 58: 3. 2020. P. 299-301.

8. Parma V., Ohla K., Veldhuizen M.G. et al. More than smell – COVID-19 is associated with severe impairment of smell, taste, and chemesthesis. *Chemical Senses*, bjaa041, <https://doi.org/10.1093/chemse/bjaa041>. Published: 20 June 2020.
9. Eliezer M, Hautefort C, Hamel A, et al. Sudden and Complete Olfactory Loss of Function as a Possible Symptom of COVID-19. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;146(7):674–675. doi:10.1001/jamaoto.2020.0832
10. Kantonen J, Mahzabin S, Mäyränpää MI, et al. Neuropathologic features of four autopsied COVID-19 patients [published online ahead of print, 2020 Aug 6]. *Brain Pathol*. 2020;10.1111/bpa.12889. doi:10.1111/bpa.12889
11. Brann D.H., Tsukahara T., Weinreb C. et al. Non-neuronal expression of SARS-CoV-2 entry genes in the olfactory system suggests mechanisms underlying COVID-19-associated anosmia. *bioRxiv preprint* doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.25.009084>.
12. Asadi-Pooya AA, Simani L. Central nervous system manifestations of COVID-19: A systematic review. *J Neurol Sci*. 2020;413:116832. doi:10.1016/j.jns.2020.116832
13. Al Nemer A. Histopathologic and Autopsy Findings in Patients Diagnosed With Coronavirus Disease 2019 (COVID 19): What we know So Far Based on Correlation With Clinical, Morphologic and Pathobiological Aspects [published online ahead of print, 2020 Jul 23]. *Adv Anat Pathol*. 2020;10.1097/PAP.0000000000000276. doi:10.1097/PAP.0000000000000276
14. Brann J.H., Firestein S.J. A lifetime of neurogenesis in the olfactory system. *Front. Neurosci*. 2014. 8:182. doi: 10.3389/fnins.2014.00182
15. Hummel T., Rissom K., Reden J., Hähner A., Weidenbecher M., Hüttenbrink K.B. Effects of olfactory training in patients with olfactory loss. *Laryngoscope*. 2009; 119(3). P. 496-499. doi:10.1002/lary.20101

Тема 8

Ускладнення ангін (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Ангіна займає одне із перших місць серед ЛОР-патології. Гострі тонзиліти можуть спричиняти тяжкі ускладнення (абсцес, флегмону ший, сепсис, тощо) і привести до виникнення інших захворювань (нефрит, поліартрит, міокардит, ревматизм). Дане питання залишається актуальним, адже своєчасна діагностика запального процесу дозволяє призначити адекватне лікування і попередити ускладнення.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитись з клінічною картиною, ранньою діагностикою, диференційною діагностикою ускладнень гострих тонзилітів і методами їх лікування.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Ангіна - одне з захворювань, яке у переважній більшості хворих закінчується повним одужанням, але при відсутності належного лікування, може призвести до серйозних ускладнень.

Ускладнення після ангіни поділяються на дві великі групи: місцеві та загальні.

До місцевих ускладнень ангіни відносяться: паратонзиліт, паратонзиллярний абсцес, латерофарингеальний абсцес, аденофлегмона ший, флегмона ший, тонзилогенний медіастеніт, тонзилогенний сепсис, набряк гортані, стеноз гортані, синдром Лем'єра.

Паратонзиліт і паратонзиллярний абсцес - це гостре запалення навколомигдаликової клітковини, зустрічається переважно у молодих людей. Збудником паратонзиліту є стрептококи, стафілококи, інколи анаероби та інші мікроорганізми. Інфекція, як правило, попадає з піднебінного мигдалика лімфогенним, гематогенним чи контактним шляхами. Спочатку виникає інфільтрація та набряк (паратонзиліт), а на 3 – 4-ту добу утворюється відмежований гнійник (абсцес). Клініка паратонзиліту характеризується вираженою інтоксикацією, слабкістю, фебрильною або високою температурою тіла, вираженим однобічним болем у глотці, що інтенсивно наростає, наявністю однобічного защеlebnого лімфаденіту, запальними змінами крові. При формуванні абсцесу характерними є слинотеча, вимушений нахил голови, тризм жувальної мускулатури, утруднене ковтання. При фарингоскопії відмічається асиметрія зіву за рахунок інфільтрації, набряку паратонзиллярної клітковини, з подальшим зміщенням мигдалика медіально. Важливим для діагностики паратонзиллярного абсцесу є проведення пункції. Лікування паратонзиліту проводиться консервативно, включає в себе призначення антибіотиків широкого спектру дії, дезінтоксикаційної, симптоматичної терапії. При наявності гнійника обов'язковим є його розтин, широко застосовується абсцестонзилектомія - видалення мигдалика на боці гнійника в гострому періоді та консервативне лікування.

Внутрішньомигдаликовий абсцес характеризується утворенням гнійника безпосередньо в товщі піднебінного мигдалика. Відмічається виражений набряк, гіперемія мигдалика крізь слизову оболонку просвічується гнійник. При цьому реакція паратонзиллярної клітковини незначна чи відсутня. Необхідно провести розтин абсцесу, можливе проведення абсцестонзилектомії на фоні системної антибіотикотерапії.

Латерофарингеальний (парафарингеальний або боковий глотковий) абсцес - це гостре запалення клітковини навкологлоткового простору. Характерними симптомами є тризм жувальних м'язів, висока температура тіла, різкий однобічний біль у горлі, утруднене ковтання, запальні зміни в крові, однобічний лімфаденіт, болісна пальпація шиї. При фарингоскопії наявне вип'ячення піднебінного мигдалика, м'якого піднебіння, бокової стінки глотки, що розповсюджується донизу. Остаточний діагноз встановлюється на основі пункції. Лікування полягає в розтині абсцесу, призначенні високих доз антибіотиків парентерально, проведенні інфузійної, дегідратаційної, симптоматичної терапії. Бажаним є проведення тонзилектомії.

Гострий тонзилогенний сепсис найчастіше розвивається як ускладнення ангіни. Виділяють ранню і пізню форми сепсису, по поширенню: гематогенну, лімфогенну, тканинну. Клініка характеризується гектичною лихоманкою, жовтяницею, змінами в гемограмі, характерна болючість та набряклість по ходу судинно-нервового пучка шиї, наявність метастатичних гнійників в підшкірній клітковині, м'язах, печінці, головному мозку та інших органах. Діагностика базується на основі клініки та висіванні збудника у крові. Лікування включає тонзилектомію, розтин гнійників, проведення потужної антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії.

Флегмони шиї поділяють на аденофлегмону (обмежене інкапсульоване розплавлення шийних лімфовузлів) та розливу флегмону, при якій гній швидко поширюється по ходу м'язів, судино-нервових пучків, міжфасціальних просторів шиї з утворенням множинних гнійників. Це надзвичайно важкі ускладнення, що діагностуються на основі яскравої клінічної картини, УЗД та МРТ шиї, пункції, можуть приводити до медіастиніту. Необхідно проводити широкий розтин та дренивання флегмони, проведення потужної антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії.

Усі місцеві ускладнення є надто серйозними, тому що представляють загрозу не тільки для здоров'я, але й для життя хворого. При загальних ускладненнях відбувається каскад імунологічних реакцій за участю антитіл з антигеном, що в кінцевому підсумку призводить до ураження серця, суглобів, нирок. Місцеві ж ускладнення обумовлені локальними змінами після перенесеної ангіни.

Найбільш частим ускладненням ангіни є ревматичне ураження серцевого м'яза. При ревматизмі відбувається пошкодження сполучної тканини всього організму, яке в більшості випадків локалізується саме в серце. Ураження серця є грізним ускладненням перенесеної ангіни, тому що в ряді випадків воно призводить до виникнення вад та інвалідизації пацієнтів. Найчастіше ревматичне ураження серця зустрічається у дітей у віці від 5 до 15 років і виникає після перенесеної ангіни – практично на тлі повного благополуччя. При ревматичному ураженні серцевого м'яза виникає її запалення – міокардит. При цьому з'являються болі в області серця, загальна слабкість, можлива поява задухи. Температура тіла здебільшого залишається нормальною, що не дозволяє своєчасно запідозрити розвиток важкого ускладнення. Однак при прогресуванні процесу можливе збільшення температури тіла, поява шумів в серці, виникнення

аритмій. Даний стан небезпечно формуванням тромбів в судинах і подальшим розвитком тромбоемболій. Якщо відбувається ревматичне ураження внутрішнього листка серця, виникає ендокардит, який також зустрічається частіше в дитячому віці.

У дитини з'являється схильність до кровотеч, набряки, потовщення фаланг пальців рук, приєднуються ознаки серцевої недостатності, відзначається висока температура тіла. Болі в серці приєднуються дещо пізніше, що часто не дає розпізнати кардіологічну причину даного стану. При прогресуванні процесу виникають й інші ускладнення. Особливо слід відзначити, що ревматичне ураження серця небезпечно швидким формуванням клапанних вад. Ревматичне ураження може зачіпати і навколосерцеву сумку. У таких випадках говорять про перикардит, який буває сухим і ексудативним. При сухому перикардиті хворого турбують болі в серці, які посилюються при русі, глибокому вдиху, кашлі. Турбують також температура, озноб, поширення болю в лівий бік. Ексудативний перикардит обумовлений надлишком рідини в серцевій сумці, що призводить до здавлення серця, стравоходу та інших органів. Виникають болі, порушення ковтання, можливе приєднання задухи.

Нирки являють собою другий за частотою орган, який схильний до виникнення ускладнень після перенесеної ангіни. Ускладнення з боку нирок частіше проявляються пієлонефритами і гломерулонефритами, які виникають через 1–2 тижні після ангіни. Як правило, зачіпається одна нирка, хоча не виключений і двосторонній процес. Раптово підвищується температура тіла до високих цифр, з'являється озноб, болі в попереку, часті позиви до сечовипускання. Для гломерулонефриту характерна поява набряків, підвищення артеріального тиску, наявність крові в сечі. Обидва стани вимагають госпіталізації в стаціонар з проведенням комплексної терапії.

Серед частих ускладнень після ангіни слід виділити ураження суглобів, артрит, який також має ревматичний компонент. Відзначається припухлість декількох суглобів, збільшення їх в розмірах, болючість при рухах і в стані спокою. Шкіра над ураженими суглобами гіперемована, набрякла. Часто відбувається ураження суглобів нижніх кінцівок (колінних, гомілковостопних), що дає підставу для виразу «перенесена на ногах ангіна». При ревматичній атаці уражаються також і дрібні суглоби кистей, ліктьові, променезап'ясткові і інші групи суглобів.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Які місцеві ускладнення гострих тонзилітів вам відомі?
2. Назвіть локалізацію абсцесів, розташованих у глотці.
3. Що характерно для паратонзиліту?
4. Яка лікувальна тактика при латерофарингеальному абсцесі?
5. Паратонзиллярний абсцес – це...?
6. Охарактеризуйте ознаки тонзилогенного сепсису.
7. Чим відрізняється аденофлегмона від розливої флегмони ший.
8. Які системні (загальні) ускладнення гострих тонзилітів вам відомі?
9. Що відбувається при ревматичному ураженні серцевого м'яза?
10. Які вам відомі ускладнення з боку нирок після перенесеної ангіни?

11. Яку діагностику необхідно провести при підозрі на наявність ускладнень гострих тонзилітів?
12. Якою є лікувальна тактика при флегмонах шиї?
13. Що характерно для внутрішньомигдаликового абсцесу?
14. Внаслідок чого може розвинути стеноз гортані?
15. Якою є лікувальна тактика при паратонзиллярному абсцесі?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
2. Пропедевтика оториноларингології підручник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО. За редакцією проф. Кіцери О.Ом. та доц. Цимара А.В., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.В., Семенюк О.О., Чорній О.В. -Львів.- 2018.- 165 с.
3. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
4. Невідкладна оториноларингологія мирного і воєнного часу посібник для лікарів та слухачів ФПДО. За ред. проф. Кіцера О. Ом. Автори за абеткою: Гербіш Ю.О., Кіцера, О.Ом., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.М., Семенюк О.О., Семчишин І.М., Цимар А.В., Чорній О.В. – Львів-2020.- 235 С.

Тема 9

Алергічні хвороби ЛОР-органів. (3 год.).

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Алергічні хвороби органів дихання є надзвичайно актуальною проблемою, які значною мірою формують захворюваність, та розповсюдженість патології в населення. За статистичними даними 8-12% населення планети страждають різними формами алергії. Протягом останніх років у світі спостерігається тенденція до значного зростання алергічної патології, різноманітних проявів алергічних реакцій і захворювань і існує прогноз, що до середини ХХІ століття дана патологія стане найпоширенішою серед людства. Значну стурбованість спеціалістів сьогодні зумовлюють респіраторні алергози. Першою в контакт з інгаляційними алергенами вступає слизова оболонка носа, що призводить до високої поширеності алергічного риніту (АР). Алергічний риніт впливає на психічні, фізичні та соціальні аспекти життя хворої дитини, морально та фінансово виснажують членів її сім'ї.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з принципами діагностики, лікування та профілактики алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ: Алергічний риніт (риносинусит) є серйозним хронічним захворюванням верхніх дихальних шляхів, в основі якого лежить IgE-залежна реакція на поверхні слизової оболонки. У зв'язку з цим, захворювання відноситься до розряду atopічної патології та часто поєднується з бронхіальною астмою (БА) та atopічним дерматитом.

В основі патогенезу алергічного риніту є реакції гіперчутливості негайного типу (за Желлом — Кумбсом), основну роль в яких реалізують специфічні імунoglobуліни — IgE. Пусковий момент — контакт між причинним алергеном і слизовою оболонкою носа, при цьому за рахунок дегрануляції гладких клітин розвивається клінічна рання фаза реакції та запускається процес подальшого алергічного запалення. Після одноразового впливу алергену ознаки алергічного запалення можуть тривати кілька днів.

Класифікують алергічний риніт (АР) наступним чином: 1) за часом тривання симптомів: а) періодичний — триває <4 днів на тиждень або <4 тиж.; б) хронічний — триває >4 днів протягом тижня і >4 тиж.; 2) за інтенсивністю симптомів: а) легкий — немає жодного з нижче наведених критеріїв; б) помірний або важкий — наявність ≥ 1 з критеріїв: порушення сну, порушення виконання щоденних функцій, відпочинку або зайняття спортом, труднощі на роботі або при навчанні, важка симптоматика; 3) за алергенами, котрі викликають симптоми: а) сезонний — спричинений сезонними алергенами; б) цілорічний — спричинений алергенами, що трапляються протягом року.

До основних симптомів АР належать: виділення з носа водянистого секрету; чхання, часто — нападоподібне; закладений ніс та густий слизовий секрет; свербіж носа та кон'юнктив (і почервоніння), вух, піднебіння і горла; порушення нюху; сухість слизової оболонки ротової порожнини; інколи — загальносистемні симптоми: порушення сну, концентрації уваги та здатності до навчання, незначне підвищення температури тіла, біль голови, пригнічений настрій..

До основних методів діагностики відносять:

1. Дослідження, що підтверджують діагноз алергії: позитивні результати скарифікаційних шкірних тестів з інгальційними алергенами, підвищена концентрація специфічного IgE у сироватці;
2. Передня риноскопія та ендоскопія носа: двосторонній, не завжди симетричний набряк слизової оболонки носа, яка вкрита водянистим секретом;
3. Цитологічне дослідження мазка з носа: підвищений відсоток еозинофілів $\geq 2\%$;
4. КТ носа та приносних пазух.

Диференційна діагностика алергічного риніту.

Деякі інші стани можуть викликати симптоми, аналогічні АР. До них належать неалергічний риніт з еозинофільним синдромом (NARES), який може бути першим проявом непереносимості препаратів піразолонового ряду, а також риніт при ендокринних, професійних захворюваннях, наслідки інфекційних захворювань, побічні ефекти лікарських засобів, зокрема зловживання судинозвужувальними краплями (деконгестантами) — медикаментозний риніт. У разі встановлення діагнозу А.р. необхідно проводити диференційну діагностику з такими захворюваннями, як ідіопатичний риніт, поліпозний риносинусит, хронічний синусит, муковісцидоз, хвороба Вегенера, доброякісні та злоякісні пухлини порожнини носа і навколоносових пазух. Діагностика АР є комплексною й передбачає лікарське отоларингологічне обстеження та специфічну діагностику значущого алергену.

Лікування алергічного риніту. Згідно із сучасними угодами ЕААСІ/АRIA і вітчизняним Протоколом лікування при АР, як і інших алергічних захворюваннях, включає чотири основних напрямки: освіту пацієнтів; елімінаційну терапію; фармакотерапію; специфічну імунотерапію (СІТ) алергенами. Усі ці позиції здійснюються тільки лікарями, причому СІТ — виключно алергологами. Провідні фахівці світу вважають, що терапія А.р. має бути комбінованою і містити як СІТ алергенами, так і фармакотерапію, при цьому залежно від характеру перебігу захворювання у конкретного хворого, його тяжкості й давності послідовність компонентів лікування повинна змінюватися.

Комбінована фармакотерапія АР містить такі напрямки:

1. елімінаційна терапія — повна або часткова, яку під час активного АР проводити зазвичай дуже складно. Перспективними вважають засоби для змивання алергенів зі слизової оболонки носа;
2. лікування АР у гострий період антигістамінними препаратами (АГП);
3. протизапальна терапія — найбільш ефективні топічні глюкокортикостероїди (ТГКС);
4. початкова фаза СІТ на тлі зниження інтенсивності фармакотерапії — особливо при ЦАР або САР (поза сезоном цвітіння рослин).

Освітні програми для пацієнтів і елімінація значущих алергенів мають обов'язково входити до схем лікування хворих на АР будь-якої форми й ступеня тяжкості. У вітчизняному Протоколі рекомендується в сезон цвітіння при сезонному (інтермітуючому) А.р. застосовувати топічні АГП, кромони, а в разі їх неефективності — системні АГП третього покоління або ТГКС, при появі очних симптомів — очні краплі в поєднанні з АГП або глюкокортикостероїдами. Поза

сезоном цвітіння пацієнтам рекомендується проведення СІТ різними методами. При легкому перебігу цілорічного (персистуючого) А.р. і виявленні обмеженого кола алергенів призначають ЗВТ на тлі (за необхідності) попередньої терапії АГП, кромонами і ТГКС. При середньотяжких і тяжких формах ПАР застосовують ТГКС, АГП і СІТ алергенами з обов'язковою оцінкою її ефективності. У разі неефективності СІТ продовжують лише фармакотерапію. При ускладнених формах А.р. показані аерозольні форми глюкокортикостероїдів, АГП і антилейкотрієнові препарати (поліалергія, бронхіальна астма, гіперреактивність бронхів), антибактеріальна терапія, бактеріальні лізати (інфекційний синусит), хірургічне лікування (поліпоз носа, гіпертрофічний риніт тощо).

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Яка етіологія алергічного риніту?
2. Які є види алергічного риніту?
3. Основні діагностичні критерії сезонного АР.
4. Основні діагностичні критерії цілорічного АР.
5. Клінічні прояви АР.
6. Диференційна діагностика АР.
7. Перерахуйте основні методи діагностики АР.
8. Опишіть метод скарифікаційних шкірних тестів.
9. Ендоскопія носа при АР: основні ознаки хвороби.
10. Цитологічне дослідження мазка з носа при АР.
11. Які можливі зміни на КТ при АР?
12. Які принципи лікування АР?
13. Які відмінності при лікуванні сезонного та цілорічного АР?
14. Які антигістамінні препарати ви знаєте?
15. Що таке специфічна імунотерапія і які покази до неї?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Дєєва. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
2. Пропедевтика оториноларингології підручник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО. За редакцією проф. Кіцери О.Ом. та доц. Цимара А.В., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.В., Семенюк О.О., Чорній О.В. -Львів.- 2018.- 165 с.
3. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
4. Дитяча ринологія. Навч.-метод. посібник / під ред. Ф. Юрочка, А. Косаковського, В. Шкорботуна. — Львів: Мс., 2020. — 288 с., іл.
5. А. А. Лайко, А. Л. Косаковський, Ю. В. Гавриленко, О. І. Яшан, В. В. Синяченко, В. В. Кіщук, І. А. Косаківська, Л. А. Шух, Н. О. Юревич, Т. М. Осадча. Ендоскопічна хірургія верхніх дихальних шляхів у дітей. Навч.-метод. посібник. — К.: Логос, 2020. — 130 с.

Тема 10

Мікози ЛОР-органів (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Важливою проблемою сучасної оториноларингології – є діагностика та лікування мікозів верхніх дихальних шляхів та вуха. Мікози ЛОР-органів за останні десятиріччя становлять важливу проблему сучасної клінічної медицини не тільки в Україні, а і в усьому світі. За даними наукової літератури, доля грибкових уражень вуха та верхніх дихальних шляхів у структурі хронічних запалень даних біотопів становить 22,1%. Основними збудниками мікотичних уражень ЛОР-органів є умовно-патогенні гриби родів *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor* та дріжджоподібні гриби роду *Candida*, які характеризуються низьким рівнем патогенності, а також входять до складу резидентної мікрофлори макроорганізму.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з особливостями перебігу, діагностики, лікування різних форм мікозів в оториноларингології.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.

Методи діагностики мікотичних інфекцій. Мазки зі слизових оболонок виконують стерильними (бажано вологими) тампонами, доставка яких до лабораторії має бути якнайшвидшою. Біопсійний матеріал перевозиться у фізіологічному розчині або поживному середовищі. Для мікологічного дослідження обов'язково повинні відправлятися матеріали з нашарувань на слизовій оболонці глотки, “кірок” на слизовій оболонці порожнини носа або різного кольору та форми (наприклад, у вигляді “згорнутого паперу”) мас у зовнішньому слуховому проході.

Імунологічна діагностика мікозів ґрунтується на виявленні антигенів збудника в крові та інших біологічних рідинах, які в нормі є стерильними. Серологічна діагностика дозволяє виявити в крові антитіла до компонентів клітини збудника. На жаль, серійні набори антитіл та антигенних діагностиків розроблені тільки для декількох найбільш розповсюджених збудників мікозів (кандид, криптококів, аспергіл та диморфних грибів). Імунодіагностичним методам властиві певні недоліки, зокрема, недостатня чутливість та специфічність, перехресні реакції тощо.

Молекулярна діагностика дозволяє визначити наявність у крові та інших середовищах організму фрагментів клітин збудника або продуктів його метаболізму без використання антитіл (газо-рідинна хроматографія та полімеразна ланцюгова реакція). На жаль, в Україні на теперішній час зазначені методи діагностики мікозів використовуються досить рідко через високу вартість приладів та реактивів для їх виконання. Частіше імуно- та молекулярна діагностика застосовується при підозрі на глибокі інвазивні мікози.

Мікози носа та навколоносових пазух. На теперішній час більшість авторів розрізняють 5 форм грибкового синуситу: інвазивні (гострий блискавичний, гранульоматозний, хронічний) та неінвазивні (синус-міцетома та еозинофільний грибковий синусит).

Гострий грибковий синусит розвивається у пацієнтів з цукровим діабетом та імунодефіцитом, відзначається швидким розповсюдженням грибів шляхом судинної інвазії в орбіту та мозок. Серед симптомів найважливішими є біль,

набряк навколо очей, з розвиненням проптозу, хемозу й офтальмоплегії. Вкрай тяжким перебігом характеризується риноцеребральний мукоромікоз, за якого спостерігається некротична реакція з мінімальними проявами запалення та грибковою інвазією в кровоносні судини, у тому числі сонні артерії та кавернозні синуси. В таких випадках без своєчасно розпочатого адекватного лікування відсоток летальності є вкрай високим. При гострому грибковому синуситі необхідним є термінове хірургічне втручання та масивна внутрішньовенна протигрибкова терапія.

Хронічний грибковий синусит — повільно прогресуюча грибкова інфекція з низьким ступенем інвазивного процесу, частіше зустрічається у пацієнтів з цукровим діабетом. За наших спостережень випадки інвазивних форм грибкового синуситу, які були б підтверджені гістологічно, не зустрічалися.

Синус-міцетома (грибкове тіло) найчастіше розвивається в верхньощелепному синусі, однак зустрічаються й інші її локалізації. В літературі є повідомлення про випадок видалення міцетоми зі сфеноїдального синусу. Основними скаргами пацієнтів є: гнійні виділення з порожнини носа, наявність у виділеннях включень у вигляді крупинок, піску коричневого або чорного кольору, відчуття важкості в проекції верхньощелепного синусу, головний біль.

У деяких випадках можна простежити певний зв'язок між наявністю міцетоми та стоматологічними процедурами в ділянці альвеолярного відростка верхньої щелепи. На думку багатьох авторів, міцетома може утворюватися при попаданні пломбувального матеріалу в порожнину верхньощелепного синусу. Водночас інші автори вважають, що гриби можуть депонувати важкі метали в центрі грибкового тіла, в результаті чого при рентгенологічному дослідженні та КТ або МРТ виявляється неоднорідне зниження пневматизації синусу з гіперінтенсивною ділянкою в центрі (кальцифікація), яка часто помилково трактується як стороннє тіло. Грибкове тіло складається з щільного конгломерату переплетених грибкових гіфів та супроводжується незначною запальною реакцією у вигляді набряку слизової оболонки. Лікування полягає в ретельному видаленні грибкового тіла, бажано з використанням ендоскопічної техніки. Призначення антимікотичних препаратів при синус-міцетомі не є доцільним.

Діагноз “еозинофільний грибковий синусит” (ЕГС) запропонований групою спеціалістів з клініки Mayo. Відсутність сенсibilізації до грибкових антигенів у більшості пацієнтів дозволила авторам запропонувати замінити існуюче визначення “алергічний грибковий синусит” на ЕГС.

Основними критеріями діагнозу ЕГС є:

- 1) наявність хронічного риносинуситу;
- 2) присутність алергічного муцину, який містить еозинофіли та такі продукти, як кристали Шарко-Лейдена та major basic protein (МВР);
- 3) наявність грибів у слизу, підтверджене культурально та/або гістологічно.

Вважають, що пошкодження слизової оболонки в результаті прозапальної дії МВР створює умови для бактеріальної проліферації.

Вміст синусів при ЕГС має характерний колір від жовтого до коричневого та “резиноподібну” консистенцію. Алергічний муцин та поліпи можуть формувати частково кальцифіковану масу, збільшення якої може призводити до ерозії кістки в результаті тиску і навіть до розповсюдження вмісту синусу в орбіту або мозок. Характерними для МРТ при ЕГС є неоднорідність з наявністю ділянок зі значно зниженою щільністю на T2 зображеннях, які відповідають грибковому муцину, та запально зміненими навколишніми тканинами зі збільшенням щільності. Грибкові маси на T2 зображеннях МРТ виглядають, як оптично пусті простори в зв'язку з відкладанням на них сполук кальція та важких металів.

Лікування пацієнтів з ЕГС полягає в хірургічному втручанні з відновленням аерації синусів і наступним призначенням протигрибкових препаратів та промиванням порожнини носа і навколососових синусів розчинами антимікотиків та антисептиків з протигрибковою дією.

Отомікоз - запалення зовнішнього та середнього вуха грибкового походження. Викликається переважно патогенними грибами, що вегетують в товщі шкіри людини, а саме: *Aspergillus* (*A.niger*, *A.fumigatus*, *A.flavus*), *Penicillium*, *Rhizopus* та дріждеподібними грибами роду *Candida*. Найчастіше (приблизно в 70%) патогенні гриби колонізуються в товщі шкіри зовнішнього слухового ходу, спричинюючи отомікоз зовнішнього слухового ходу з тривалим, рецидивуючим перебігом, з перспективою хронізації запального процесу. До групи ризику розвитку грибкового враження шкіри зовнішнього слухового ходу належать люди, що тривало працюють в умовах холодного або спекотного клімату, підвищеної вологості та запилення, шкіра яких контактує з хімічними речовинами, термічними агентами. В останній час на отомікоз зовнішнього слухового ходу частіше почали хворіти люди, які тривалий час відвідують басейн, займаються водними видами спорту. Розвиток грибкового патологічного процесу в них зумовлений потраплянням води в зовнішнє вухо, що містить спори патогенних грибів. Залишається актуальним розвиток отомікозу зовнішнього слухового ходу у хворих з ендауральними слуховими апаратами, за умови їх тривалого знаходження в зовнішньому слуховому ході, несвоєчасної заміни ендауральних вкладишів та в разі порушення особистої гігієни. Сприяють розвитку отомікозу зовнішнього слухового ходу тривалі гноетечі з приводу загострення хронічного гнійного середнього отиту, або гострого гнійного середнього отиту з затяжним перебігом. Мікротравми, садна стінок зовнішнього слухового ходу прискорюють інвазію патогенних грибів в товщу шкіри. В меншому відсотку (приблизно 20%) зустрічаються отомікози післяопераційних порожнин та грибкові середні отити (10%). Як правило, ці патологічні стани виникають на тлі тривалої місцевої або загальної антибіотикотерапії, гормонотерапії, алергічної сенсibiliзації, порушенні обміну речовин (особливо у хворих на цукровий діабет), авітамінозу.

Клініка отомікозу різноманітна - грибковий патологічний процес, або перебігає з ознаками свербіжу різної інтенсивності, або з вираженим місцевим больовим симптомом, відчуттям розпирання та наявності стороннього тіла у вусі. Така різноманітність клінічного перебігу отомікозу обумовлена процесами обсіменіння та проростання міцелія в товщу шкіри, а також наявності супутньої

патогенної флори. Найчастіше поряд з патогенними грибами висівається золотистий стафілокок та синьогнійна паличка, іноді - протеї. В разі масивного росту грибів та обтурації зовнішнього слухового ходу можуть з'являтися симптоми зниження слуху, аутофонії, гіперестезії вушної раковини та привушних ділянок.

Отоскопічно в зовнішньому слуховому ході визначають маси міцелія грибів, колір яких залежить від виду збудника. Для *A.niger* - чорні крапки на стінках кісткового відділу зовнішнього слухового ходу, барабанної перетинки, для *A.flavus* - жовтий або жовтувато-зелений колір виділень, для *A.fumigatus* - зеленого кольору виділення або крапки, для грибів роду *Penicillium* - білі з жовтуватим відтінком кірки м'якої консистенції та рідкий серозний вміст в слуховому ході. Отомікоз, що викликаний дріжджеподібними грибами роду *Candida* характеризується ділянками десквамації шкіри слухового ходу, наявністю казеозних мас в просвіті слухового ходу та переходом процесу на вушну раковину. Грибковий середній отит супроводжується виникненням перфорації барабанної перетинки різних розмірів, інколи навіть декількох, та спричинює порушення слуху за кондуктивним типом навіть після затухання запального процесу.

В діагностиці отомікозу вирішальне значення має мікроскопія та посів патологічного матеріалу на поживні середовища. Від цього залежить застосування певного фунгіцидного препарату та ефективність лікування.

Лікування отомікозу починається з ретельного туалету зовнішнього слухового ходу та призначення місцево фунгіцидних препаратів широкого спектру дії, а в разі інформованості про чутливість збудника інфекції, призначають прицільну протигрибкову терапію. Лікарські форми які застосовують це - рідинні форми спиртових розчинів, креми, мазі, препарати йоду. Оскільки поряд з грибовою флорою із зовнішнього слухового ходу можуть висівати і анаероби, і аероби, доцільно призначати комбіновані лікарські форми (з протигрибковим і антибактеріальним впливом). Окремо призначають десенсибілізуючі препарати. В разі рецидивуючих форм отомікозу, отомікозу, що перебігає на тлі важкої соматичної патології, імунодефіцитних станів, призначають загальну фунгіцидну терапію.

Грибкові захворювання глотки. Мікотичні захворювання глотки практично не зустрічаються в ізольованому вигляді і супроводжуються грибовою патологією порожнини рота (орофарингеальний мікоз). Слід пам'ятати, що орофарингеальний кандидоз досить часто є проявом дисбіотичних порушень у шлунково-кишковому тракті, особливо це стосується пацієнтів дитячого віку.

Мікотична патологія глотки відрізняється різномаяттям клінічних проявів, тому досить часто виникає необхідність у проведенні диференційної діагностики зі специфічними захворюваннями, злякисними новоутвореннями, гранульоматозами. Особливою проблемою є своєчасна діагностика та лікування орофарингеальних мікозів у хворих на СНІД. Гострий псевдомембранозний кандидоз може бути першою маніфестацією ВІЛ-інфекції і розвивається у 80–90 % таких пацієнтів. Кандидоз порожнини рота та глотки у ВІЛ-інфікованих свідчить про прогресування захворювання. При гострому псевдомембранозному

орофарингеальному кандидозі на слизовій оболонці спочатку з'являються локальні нашарування білого кольору, потім — плівки, що нагадують згорнене молоко. Під плівкою, яка легко знімається, знаходиться яскраво-червона слизова оболонка, іноді з кровоточивою поверхнею. Плівки можуть зливатися, з розповсюдженням на всю слизову оболонку порожнини рота та глотки. Можливою також є наявність островків плівки на фоні суцільної гіперемії слизової оболонки. Як правило, такі патологічні зміни практично не супроводжуються больовими відчуттями, але в разі приєднання бактеріальної інфекції можуть спостерігатися болючі ерозії та виразки.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Що означає термін мікоз?
2. Що означає термін отомікоз?
3. Які чинники є основними в розвитку отомікозу?
4. Опишіть клініку пацієнта при отомікозі.
5. Наведіть принципи лікування отомікозу.
6. Що означає термін синус-міцетома?
7. Які чинники є основними в розвитку грибкових синуситів?
8. Опишіть принципи діагностики грибкових синуситів.
9. Які чинники є основними в розвитку синус-міцетоми?
10. Які причини розвитку синус-міцетоми?
11. Як діагностувати синус-міцетоми?
12. Наведіть принципи лікування синус-міцетом.
13. Що означає термін орофарингомікоз?
14. Опишіть клінічний перебіг грибкових захворювань глотки.
15. Наведіть принципи лікування грибкових захворювань глотки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
2. Мітін Ю. В. Оториноларингологія (лекції). — К.: Фарм Арт, 2000. - 185с.
3. Пропедевтика оториноларингології підручник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО. За редакцією проф. Кіцери О.Ом. та доц. Цимара А.В., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.В., Семенюк О.О., Чорній О.В. -Львів.- 2018.- 165 с.
4. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
5. Andes D. et al. Report of successful prolonged antifungal therapy for refractory allergic fungal sinusitis// Clinical Infectious Diseases. – 2000. – Vol. 31. – P. 202–204.
6. Corey J. P., Delsupehe K. G., Ferguson B. J. Allergic fungal sinusitis: allergic, infectious, or both?// Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 1995. – Vol. 113. – P. 110–119.
7. Luckhaupt H, Rose KG. Mykosen im HNO-Gebiet [Mycoses of the ENT area]. HNO. 1995 Jan;43(1):39-48. German. PMID: 7890551.
8. Thompson LD. Allergic fungal sinusitis. Ear Nose Throat J. 2011 Mar;90(3):106-7. doi: 10.1177/014556131109000305. PMID: 21412738. Forrest L. A., Weed H. Candida

laryngitis appearing as leukoplakia and GERD// J. Voice. – 1998. – Vol. 12, № 1. – P. 91–95.

9. Ponikau J. U., Sherris D. A., Kern E. U. et al. The Diagnosis and Incidence of Allergic Fungal Sinusitis// Mayo Clinic Proceedings. – 1999, Sept. – Vol. 74. – P. 877–884.

Тема 11

Фітотерапія в оториноларингології. (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Більш популярним стає застосування лікарських препаратів рослинного походження. Це пояснюється тим, що у порівнянні із синтетичними ліками, які викликають велику кількість побічних реакцій, особливо алергійного характеру, більшість лікарських рослин мають довготривалий терапевтичний ефект, володіють гарною переносимістю. Саме тому у сучасній медицині значення фітотерапії постійно зростає, що зумовлено, біологічною безпечністю для організму більшості рослинних засобів. Ці особливості визначають роль фітотерапії та її засобів у тривалому амбулаторному лікуванні пацієнтів із хронічними захворюваннями, на етапі післястаціонарного відновлювального лікування, а також у санаторно-курортних умовах.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з основними принципами фітотерапії (фармакологічні властивості лікарських рослин), і вивчити використання лікарських рослин для лікування і профілактики ЛОР-захворювань.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Сучасний зарубіжний та вітчизняний досвід свідчить, що фітотерапія є на сьогодні одним із перспективних напрямів у медицині. Термін «Фітотерапія» («Phytotherapeia»- слово грецького походження, phyto-рослина, therapeia- лікування)- метод лікування різних захворювань людини, заснований на використанні лікарських рослин і комплексних препаратів з них.

«Фітотерапія» й «фітопрепарати» вперше були введені в обіг французьким лікарем Анрі Леклерком (1870–1955). «Фітопрепарати» - це лікарські засоби, що їх отримують виключно з рослинної сировини або рослинних субстанцій і застосовують для профілактики та лікування захворювань. Власне рослини і були першою сировиною для виготовлення ліків. Фітотерапія характеризується м'якою, поступовою, різносторонньою дією біологічно активних компонентів окремих лікарських рослин на організм людини без побічних негативних змін. В зв'язку з тим, що біологічно активні компоненти рослин за своєю хімічною структурою дуже близькі або навіть ідентичні тим, які виробляє людський організм, вони активно сприяють нормалізації життєво важливих процесів, покращують обмін речовин, забезпечують організм необхідними вітамінами, мінеральними речовинами. Основна фармакологічна дія біологічно активних речовин лікарських рослин полягає в тому, що вони здатні зменшувати обсяг і важкість пошкоджень різних органів і тканин, а в цілому – підвищувати опірність організму шкідливим діям факторів зовнішнього середовища. Дія ліків на основі трав визначається такими активними речовинами, що містяться в

різних частинах рослини: алкалоїдами, глікозидами, дубильними речовинами, ефірними оліями й іншими. Існує думка, що фітотерапія абсолютно безпечна й нешкідлива.

За допомогою лікарських рослин можна успішно проводити лікування та профілактику ЛОР захворювань: Алтея лікарська (*Althaea Officinalis*) має обволікаючу, захисну, протизапальну, відхаркувальну та знеболюючу дію застосовується при гострому ларингіті і гострому фарингіті. Васильки справжні (*Ocimum basilicum*) мають болетамувальну та бактерицидну дію застосовуються при гострому фарингіті, зовнішньому отиті. Евкаліпт кулястий (*Eucalyptus globulus*) має антисептичну та протизапальну дію застосовується при гострому тонзиліті, ринофарингіті, ларинготрахеїті. Звіробій звичайний (*Hypericum perforatum*) препарати мають антибактеріальну дію на грам позитивну флору застосовуються при запальних хворобах ротоглотки, фурункулі носа, зовнішньому отиті. Каланхое перисте (*Kalanchoe pinnata*) має протизапальну дію застосовується при фурункулах та абсцесах м'яких тканин, зовнішньому отиті, для стимуляції репаративних процесів після операцій на ЛОР-органах зокрема після тимпаноластики. Коріандр посівний (кінза, троян) (*Coriandrum sativum*) має антибактерійні, стимуляційні властивості щодо регенерації пошкоджених клітин, використовується зовнішньо як ранозагоювальний та антисептичний засіб при фурункулах, абсцесах м'яких тканин, у поєднанні з іншими лікарськими рослинами для лікування фарингіту та тонзиліту. Кропива дводомна (*Urtica dioica*) препарати мають гемостатичну, гемопоетичну, загальнозміцнювальну, профілеративну, протизапальну дію та судинозвужувальний вплив, застосовують при гострому ларингіті, гострому фарингіті та носових кровотечах. Липа серце листа (*Tilia cordata*) має потогінну, протизапальну, заспокійливу дію, застосовується при гострому фарингіті та гострому тонзиліті. Малина звичайна (*Rubus idaeus*) має потогінні, протизапальні властивості, застосовується при гострому фарингіті та гострому ринофарингіті. М'ята перцева (*Mentha piperita*) має анестетичну, знеболювальну дію застосовується при ларингіті, фарингіті і ринофарингіті. Нагідки лікарські (*Calendula officinalis*) препарати мають протизапальні, ранозагоювальні, бактерицидні властивості застосовуються при зовнішньому отиті. Парило звичайне (грудник) (*Agrimonia eupatoria*) має антибактеріальну, протизапальну та гемостатичну дію застосовується при загоєнні післяопераційних ран та ін.

На кафедрі оториноларингології використовувались різні методики післяопераційної місцевої хіміотерапії з препаратів пізноцвіту осіннього та чистотілу при лікуванні папіломатозу гортані. (О.А.Борисов, Ю.Р.Бариліак). Пізньоцвіт осінній (*Colchicum autumnale*) має сильний антибластичний засіб та чистотіл звичайний (*Chelidonium majus*) має спазмолітичні, болезаспокійливі, седативні, протизапальні властивості, внутрішнє застосування соку чистотілу в поєднанні з місцевим дає добрі результати при лікуванні. Головне пам'ятати про дозування та використання тої чи іншої трави згідно з рецептом. При застосуванні фітотерапії використовуються чаї, рослинні екстракти, відвари, креми, мазі, сиропи, свічки, таблетки, капсули. У медицині використовують ряд готових лікарських форм рослинних фармацевтичних препаратів, зокрема:

корінь солодки голої, екстракт чебрецю, алтейки лікарської та ін. Існують десятки досліджень деяких фітопрепаратів, які підтверджують ефективність лікування ЛОР-захворювань. Для лікування риносинуситу використовують фітопрепарат до складу якого входять корінь генціани, квітки первоцвіту, трава щавлю, квітки бузини і трава вербени. Мають секретолітичну, протизапальну, імуномодулювальну та противірусну дію. Для лікування тонзиліту використовують фітопрепарат до складу якого входять коріння алтею, квітки ромашки, трава хвоща польового, листя горіха, кора дуба, трава деревію і трава кульбаби. Компоненти ромашки, алтею і хвоща сприяють підвищенню активності неспецифічних факторів захисту організму. Полісахариди, ефірні олії та алкалоїди ромашки, алтею, кульбаби виявляють протизапальну дію.

До фітотерапії також належить апітерапія (це використання з лікувальною метою продуктів бджільництва) та аромотерапія (використання ефірних олій).

Ароматерапія - це стародавнє, вдосконалене віками мистецтво використання ефірних олій, фітонцидів рослин та інших ароматних речовин для укріплення фізичного здоров'я та для косметичного догляду за тілом. Кожен із методів аромотерапії дозволяє корисним речовинам проникати в організм різними шляхами: через органи дихання або шкіру. Часто фітотерапію використовують в оздоровчих комплексах, призначають фіточаї та ін. для профілактики та лікування ЛОР- захворювань.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

- 1.Визначення терміну « Фітотерапія» ?
- 2.Визначення терміну «фітопрепарати» ?
- 3.Назвіть основні етапи розвитку фітотерапії?
- 4.Які сучасні напрямки наукових досліджень в галузі вивчення лікарських рослин?
- 5.Основні принципи фітотерапії при лікуванні ЛОР- захворювань?
- 6.Назвіть фармакологічну властивість лікарських рослин?
- 7.Які лікарські рослини і засоби застосовуються в оториноларингології?
- 8.Як часто використовують фітотерапію?
- 9.Назвіть форми застосування лікарських рослин?
- 10.Назвіть методи введення і примінення лікарських рослин, які використовуються при лікуванні захворювань ЛОР-органів.
- 11.Фітотерапія в комплексному лікуванні хворих з діагнозом папіломатоз гортані?
- 12.Назвіть лікарські форми рослинних фармацевтичних препаратів для профілактики ЛОР - захворювань ?
- 13.Назвіть лікарські форми рослинних фармацевтичних препаратів для лікування ЛОР - захворювань ?
- 14.Визначення терміну «Ароматерапія» ?
15. Використання фітотерапії в оздоровчих комплексах при ЛОР- захворюваннях ?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

- 1.Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.

- 2.Клінічна оториноларингологія / О.О. Кіцера. – Львів, Видавництво «Кварт», 2007. – 334 с.
- 3.Антимікробна терапія в оториноларингології/ Науменко О. М., Задорожня А. Г., ЮрочкоФ.Б.-Львів: Медкнига,2016.-104с.
- 4.Ліки в оториноларингології./ О. Ом. Кіцера, Р. Рудий, О. Левицька -Львів, Видавництво «Медицина світу»,1999.-408 с.
- 5.Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
- 6.Клінічна фітотерапія. / І.С. Чекман - К.: Видавництво А.С.К., 2003.- 552 с.
- 7.Клінічна фармакогнозія./ Кобзар А.Я., 2004. -473 с.
- 8.Фітодовідник./ Л.В. Бензель, П.В. Олійник, В.Є.Бабій, І.Л. Бензель, 2004.-285 с.
- 9.Сучасна фітотерапія: навч. посіб. / С. В. Гарна, І. М. Владимірова, Н. Б. Бурд та ін. – Харків : «Друкарня Мадрид», 2016. – 580 с.
- 10.Phytotherapeutic and naturopathic adjuvant therapies in otorhinolaryngology./ R. Ciuman Eur Arch Otorhinolaryngol, 269 (2012), pp. 389-397

Тема 12

Фізіотерапія в оториноларингології (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Фізіотерапія розрахована на надання допомоги дорослим та дітям з гострими, хронічними та загостреннями хронічних хвороб вуха, горла та носа, що потребують лікування. Фізіотерапевтичні процедури при відсутності протипоказань включені до комплексної терапії всіх хворих в гострому періоді, при загостренні хронічних захворювань та в період медичної реабілітації хворих в більш віддалені строки. Дане питання залишається актуальним і надалі, оскільки основною задачею фізіотерапії залишається досягнення найбільшого терапевтичного ефекту при найменшому навантаженні на організм.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з сучасними методами фізіотерапевтичного лікування захворювань ЛОР-органів, та оцінити їх значення в клінічній практиці.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.

Фізіотерапевтичне лікування в оториноларингології спрямоване на надання допомоги дорослим та дітям з гострими, хронічними та загостреннями хронічних захворювань вуха, носа та горла.

У фізіотерапії існує велике різноманіття факторів та методик, що дає можливість індивідуального впливу на організм і спрямованого впливу на патологічний процес без негативного побічного ефекту.

До найсучасніших та ефективних методів фізіотерапії належать:

- гальванізація та лікувальний електрофорез;
- імпульсний струм, синусоїдальні модульовані струми (диадинамотерапія, ампліпульстерапія, електростимуляція);
- електричні струми високої частоти та високої напруги (д'арсонвалізація, флюктуоризація);

- електричні та магнітні поля (франклінізація, індуктотермія, магнітотерапія);
- ультразвукова терапія, ультрафонофорез лікарських речовин;
- мікрохвильова терапія та МХ-форез лікарських речовин (сантиметровий та дециметровий діапазон хвиль, КВЧ-терапія, УВЧ-терапія);
- лазеротерапія;
- світлолікування (лікування інфрачервоним та ультрафіолетовим випромінюванням, фототерапія);
- аерозольотерапія (тепловологі інгаляції, інгаляції лікарських сумішей та масляних розчинів, ультразвукові інгаляції);
- оксигенотерапія (інгаляції киснево-карбогенної суміші та киснево-трав'яного коктейлю, інгаляції синглетного кисню).

У процесі лікування захворювань ЛОР-органів часто застосовують електрофорез — метод введення лікарських речовин (які є розчинні у воді) у тканини організму за допомогою постійного електричного струму. Після їх введення в тканинах утворюється іонне депо, яке повільно розсмоктується і забезпечує постійне надходження лікарської речовини у кров. Це в комплексі посилює процеси регенерації та розсмоктування продуктів розпаду тканин. Електрофорез зводить до мінімуму побічну дію лікарського препарату. Показаннями до застосування даного методу комплексного лікування визначаються лікувальними властивостями введеного препарату з обов'язковим врахуванням показань до використання постійного струму. Тому, можна цілковито стверджувати, що важко знайти захворювання, при якому лікарський електрофорез не міг би бути застосований з користю.

Ультрафонофорез – це комбінований вплив на організм ультразвуку та нанесених ліків. Суть ультрафонофорезу полягає в тому, що ультразвук розпушує сполучну тканину та підвищує проникність мембран клітин, таким чином, прискорюється передача нанесених ліків зі шкіри та слизових оболонок у глибину тканин. Для ультрафонофорезу використовують протизапальні засоби, глюкокортикоїди, антибіотики, спазмолітики та судинозвужувальні препарати. Застосовується при: тонзиліті, риніті, фарингіті, ларингіті, екземі зовнішнього слухового проходу, отитах, невриті слухового нерву.

Лазеротерапія дозволяє лікувати судинні порушення практично в будь-якому вогнищі запалення, за рахунок цього можна знизити інтенсивність запалення та зменшити прояви алергії. Відновлення кровообігу в зоні опромінення лазером дозволяє прискорити загоєння ран. Низькоінтенсивне (терапевтичне) лазерне випромінювання нешкідливе та безболісне для організму, а при багатьох захворюваннях лазерна терапія — взагалі єдиний вид фізіотерапії, застосування якого є безпечним для пацієнта. Основні показання для застосування лазерної терапії: больовий синдром, порушення мікроциркуляції, порушення імунного статусу, алергічні прояви, захворювання запального характеру, необхідність стимулювання відновних процесів в тканинах і органах.

Інгаляційна терапія є одним з основних компонентів комплексних програм лікування. Зволожує слизову оболонку носа, глотки, гортані, сприяє розрідженню слизу, діє на численні рецептори, закладені в слизовій оболонці. Призначають інгаляції при гаймориті, бронхіті, пневмонії, астмі й інших захворюваннях органів дихання. Протипоказання до інгаляції: підвищення температури тіла, алергічні реакції на препарати для інгаляцій, схильність до носових кровотеч, розлади психіки, порушення роботи головного мозку.

Тубус кварц. Принцип роботи ґрунтується на ультрафіолетовому випромінюванні, яке має потужну антибактерицидну дію. З його допомогою можна впоратися з вірусами і мікробами різного походження. Промені ультрафіолету проникають в тіло на невелику глибину і сприяють активізації багатьох процесів в організмі. Найбільш корисними вважаються короткі ультрафіолетові хвилі.

Ультразвукова терапія. В основі біологічної дії ультразвукових коливань (понад 16000 Гц), не чутних людським вухом, лежать механічний, тепловий і фізико-хімічний фактори. В результаті відбувається мікромасаж клітин організму, підвищення теплової енергії в них, за рахунок якої стимулюються біохімічні і біофізичні процеси. Ультразвук має знеболюючу, десенсибілізуючу, протизапальну і тонізуючу дію. Застосовується при хронічному тонзиліті, лімфаденіті, ларингіті, рубцевих змінах в тканинах; покращенню тонусу та ліфтингу шкіри обличчя.

Дарсонвалізація. Метод лікування імпульсним змінним синусоїдальним струмом високої частоти і напруги. Використовується в основному для локального впливу. Терапевтичний вплив: зниження больового синдрому, покращення трофіки тканин, стимуляції процесу загоєння ран, діє на тонус периферичних судин. Показання: больовий синдром, невралгія, післяопераційний період, покращення кровообігу в патологічно зміненій ділянці.

Отже, фізіотерапія вирішує важливу задачу в оториноларингології – досягнення найбільшого терапевтичного ефекту при найменшому навантаженні на організм людини.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Чи показана фізіотерапія при захворюваннях ЛОР-органів, чому?
2. Назвіть методи фізіотерапії, які застосовуються в оториноларингології.
3. Опишіть метод введення лікарських речовин шляхом електрофорезу.
4. В чому полягає суть ультрафонофорезу?
5. Основні показання для застосування лазерної терапії?
6. Які можливі покази та протипокази до інгаляційної терапії?
7. Опишіть метод фізіотерапії - Дарсонвалізація.
8. В чому полягає принцип роботи тубус кварцу?
9. Як впливає ультразвукова терапія на ЛОР-органи?

10. Які лікарські засоби використовують для ультрафонофорезу?
11. Назвіть методи фізіотерапії, які показані при фарингітах.
12. Опишіть в чому полягає суть інгаляційної терапії?
13. При яких захворюваннях ЛОР-органів показаний електрофорез? Чи існують протипокази до даної фізпроцедури?
14. Чи показана УВЧ-терапія при гайморитах?
15. Які покази та протипокази до ультразвукової терапії?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.- Львів-2017.-425с.
2. Фізіотерапія : підручник / за ред. проф., д. мед. н. О. А. Владимірова, проф., д. мед. н. В. В. Єжова, з. д. н. РФ, проф., д. мед. н. Г. М. Пономаренко. – К.: Формат, 2013. – 432 с.
3. Самосюк І. З., Парамончик В. М., Губенко В. П. Фізіотерапевтичні та фізіопунктурні методи і їх практичне застосування. Навчально-методичний посібник /– К.: Купріянова О. О., 2004. – 316 с.
4. Лайко А.А., Самосюк І.З., Ткаліна А.В. та ін. Фізіотерапія в дитячій оториноларингології. – К.: Логос, 2012. – 500 с.
5. Oxford American Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation. - Edited by Lyn D. Weiss, Jay M. Weiss, Thomas Pobre. – Oxford University Press. – 2010. – 450 p.
6. Physical Medicine & Rehabilitation. Fourth edition. Edited by Randall L. Braddom. Saunders Elsevier. - 2011. – 1506 p.

Тема 13

Носові кровотечі. Причини, методи зупинки. (3 год)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Носова кровотеча (епістаксис) є однією із найпоширеніших невідкладних станів серед ЛОР-захворювань, з яким звертаються до відділення невідкладної допомоги або первинної медичної допомоги. Існує два види носових кровотеч: передня (зустрічається частіше) і задня (зустрічаються рідше, але частіше потребує медичної допомоги). Близько 90% передніх носових кровотеч знаходиться в зоні сплетіння Кіссельбаха (також відому як ділянка Літгля) на передній частині носової перегородки. Тому актуальним є розгляд всіх можливих причин, патофізіології та проявів носових кровотеч, а також комплексний міждисциплінарний підхід до лікування даної патології.

МЕТА ЗАНЯТТЯ : описати загальні анатомічні локалізації носової кровотечі; пригадати всі можливі причини кровотеч; узагальнити варіанти лікування та профілактики носових кровотеч.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.

Носова кровотеча – це не самостійне захворювання, воно є симптомом ускладнення основного захворювання або наслідком травм судин, розташованих

в носі. Носові кровотечі по локалізації можуть бути: «Передня» кровотеча, що не інтенсивна за характером, рідко становить загрозу для життя і може зупинитися самостійно (при відсутності хвороб крові та судин) або при застосуванні найпростіших заходів першої медичної допомоги. При «задніх» носових кровотечах (пошкодження досить великих судинних стовбурів, які розташовуються в стінках глибоких відділів порожнини носа) обсяг крововтрати швидко наростає, що становить загрозу для життя. Самостійно подібні кровотечі зупиняються вкрай рідко і потребують спеціальних методів зупинки.

Причини носових кровотеч:

До місцевих факторів розвитку носових кровотеч відносять: травма носа, сторонні тіла, запальні процеси (ГРВІ, хронічний синусит, алергічний риніт, тощо), виражене викривлення носової перегородки і атрофічні форми риніту, пухлини порожнини носа, застосування назальних спреїв, оперативне втручання (пластика носової перегородки та ін.).

До загальних факторів розвитку носових кровотеч відносять: артеріальна гіпертензія, простудні захворювання, алергія, побічні ефекти лікарських препаратів (НПЗЗ), вживання алкоголю (викликає розширення судин), захворювання крові (анемії, гемобластози, істинна тромбоцитопенія та інші), дефіцит вітаміну С або К, серцева недостатність, системні захворювання сполучної тканини, захворювання судин.

Вплив факторів зовнішнього середовища: термічні (вдихання гарячого або холодного повітря, тепловий або сонячний удар); хімічні (вдихання токсичних сполук у вигляді пари, аерозолів, газів); перепади атмосферного тиску.

Головними методами діагностики носової кровотечі є: риноскопія (передня, задня), ендоскопічне дослідження, лабораторні аналізи: ЗАК+формула, коагулограма, Д-димер.

Критеріїв, які можуть свідчити про тяжкість НК: Тривалість НК >30 хв протягом 24-годинного періоду. Анамнез захворювання: госпіталізації з приводу НК, або переливання крові у зв'язку з НК, або >3 недавніх епізодів НК. Наявність серцево-легеневих захворювань, анемії, порушень згортання крові та захворювань печінки або нирок. Кровотеча з будь-якою ознакою гострої гіповолемії (тахікардія, непритомність, ортостатична гіпотензія). Зниження рівня гемоглобіну.

Симптоми носової кровотечі бувають: прямі (характеризуються видимим стіканням крові з просвіту ніздрів або по задній стінці глотки) та обумовлені

причинним захворюванням (симптоми досить різноманітні і показують вираженість, форму і ступінь основного захворювання або травми).

Лікування носових кровотеч буде залежати від типу та причини кровотечі. Більшість носових кровотеч можна зупинити введенням спеціального тампону в носову порожнину, який змочений кровоспинним компонентом. При повторюваних (рецидивах) епізодах носової кровотечі застосовують такі методи лікування: консервативне (медикаментозне), що полягає у відновленні стану слизової оболонки носа, зміцненні судинної сітки, корекції підйомів тиску, а також в лікуванні запальних чи хронічних захворювань, які викликають носову кровотечу. Лікування носової кровотечі з використанням лазера. Якщо вдається візуалізувати джерело кровотечі (судину) з якої витікає кров - проводиться лазерне припікання кровоточивої судини, що забезпечує швидкий лікувальний результат. Проводиться дана маніпуляція з використанням лазера, що полягає в коагулюванні кровоточивої ділянки лазерним випромінюванням.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ПО ТЕМІ:

1. Визначення терміну «Носова кровотеча».
2. Класифікація носових кровотеч.
3. Локалізація носових кровотеч.
4. Причини.
5. Симптоми носових кровотеч.
6. Методи діагностики носових кровотеч.
7. Норми лабораторних показників: коагулограми, Д-димеру, тромбоцитів, тощо.
8. Невідкладна допомога при носових кровотечениях.
9. Поширені помилки та їх наслідки при зупинці носових кровотеч.
10. Методика проведення передньої тампонади носа: покази та протипокази.
11. Методика проведення задньої тампонади носа: покази та протипокази.
12. Лікувальна тактика при носових кровотечениях
13. Ускладнення носових кровотеч.
14. Методи профілактики носових кровотеч.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Оториноларингологія: підручник / Ю.В. Мітін, Ю.В. Деєва, Я.Ю. Гомза та ін. — 6-е видання. — Київ: «МЕДИЦИНА». — 2020. — 264 с.
2. Кольоровий атлас ЛОР-діагностики, 5-е видання / Бюл Т.Р., Алмейда Я.С. — Тиме: Штутгарт. — 2010. — 296 с.
3. Конспект лекцій з хвороб вуха, горла і носа / Бюл П.Д. — 9-е видання. — Blackwell Science Ltd. — 2002. — 181 с.
4. Хірургія вуха, носа та горла та голови та шиї: кольоровий ілюстрований текст / Dhillon R, East C. — 4-е видання. — Черчилль Лівінгстон. — 2013. — 132 с.

Тема 14

Сторонні тіла ЛОР-органів. (3 години)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Сторонні тіла ЛОР-органів є надзвичайно поширеними та екстреними зверненнями до лікар-оториноларинголога. Найчастіше з даною патологією звертаються батьки з дітьми, а також пацієнти з психічними захворюваннями, та люди похилого віку.

У той час як сторонні тіла у вусі рідко викликають серйозні ускладнення, то аспіровані або проковтнуті сторонні тіла - можуть привести до небезпечного для життя порушення функції та цілісності дихальних шляхів.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитись із сучасними методами надання медичної допомоги пацієнтам з сторонніми тілами ЛОР-органів.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Підхід до надання медичної допомоги та усунення стороннього тіла ЛОР-органів залежатиме від того, де знаходиться ймовірне стороннє тіло.

Сторонні тіла носа. Найчастіше сторонні предмети у носі зустрічаються у дітей, які ховають у порожнині носа дрібні іграшки чи їх частини, металеві кульки, зерна бобових, злаків, тощо. Іноді психічно хворі особи вводять собі в ніс сторонні тіла (як правило, відносно великих розмірів). Під час виробничих травм у порожнину носа може потрапити розплавлений метал, уламки скла, металу, каміння тощо. Харчові продукти стають сторонніми тілами під час блювання чи прийому їжі, особливо у хворих з парезом м'якого піднебіння. Живі сторонні тіла (п'явки, глисти) потрапляють у ніс при блюванні чи питті забрудненої води. Сторонні тіла в носі можуть себе нічим не проявляти. Проте частіше у хворих спостерігаються такі симптоми як утруднене дихання, переважно одnobічне; слизисто-гнійні виділення з однієї половини носа, що мають неприємний запах і можуть мати домішки крові, мацерація шкіри входу в ніс; кровотеча (при сторонніх тілах з гострими краями); головний біль; прогресуючий кератит (запалення рогівки ока).

Діагностика: Стороннє тіло, переважно, добре видно при передній риноскопії; при зондуванні - зонд наштовхується на сторонню перешкоду; при тривалому перебуванні стороннього тіла у носі (роками) утворюються риноліти – нашарування на стороннє тіло солей вуглекислого і фосфорнокислого кальцію.

Лікування: невеликі сторонні тіла іноді видаляють при сильному вишмаркуванні носа; округлі сторонні тіла видаляють зігнутиим гачком, вклинені та сторонні тіла неправильної форми - усувають пінцетом або носовими щипцями; риноліти спочатку подрібнюють на фрагменти і видаляють щипцями частинами; великі риноліти, які не вдається подрібнити, видаляють шляхом операції; металеві сторонні тіла іноді видаляють електромагнітом.

Не можна видаляти кулясті тверді предмети з носа (кульки з підшипників, кісточки вишень тощо) пінцетом, бо це може призвести до зштовхування стороннього тіла вглиб і потрапляння його у нижні дихальні шляхи.

Сторонні тіла глотки. Сторонні тіла переважно потрапляють у глотку з порожнини рота під час їди, значно рідше – з порожнини носа, гортані чи стравоходу. Сторонні тіла, що залишаються у глотці, найчастіше заносяться сюди з їжею, наприклад, риб'ячі кістки, голки, шпильки тощо. Сприяють цьому раптовий кашель, сміх, чхання, розмова, які відвертають увагу від акту жування. Потрапляння сторонніх тіл з порожнини рота полегшується при наявності зубних протезів, які погіршують контроль з боку твердого піднебіння.

У стінки глотки можуть також проникати предмети, що тримають в роті діти під час гри, дорослі (шевці, кравці) під час роботи (цвяхи, кнопки, шпильки і гудзики); уламки зубних протезів.

Звичайно в глотці зупиняються лише ті сторонні тіла, які встромились своїм гострим кінцем у слизову оболонку зіва, ділянку мигдаликів чи піднебінних дужок. Більші й гладенькі сторонні тіла частіше проходять у гортаноглотку – до входу в стравохід та гортань, або зупиняються у самому стравоході.

Рідше сторонні тіла локалізуються у носоглотці. Сюди можуть потрапити через ніс сторонні тіла, що відломалися в результаті травми, або рештки їжі при блюванні. З живих сторонніх тіл іноді сюди потрапляють п'явки – при питті болотної води, в носоглотку можуть потрапляти аскариди.

Симптоми сторонніх тіл можуть бути різноманітними і залежать від їх характеру. Скарги хворих при гострих сторонніх тілах, що заглибилися в слизову оболонку, зводяться до колючого болю, який посилюється при ковтанні. Найчастіше сторонні тіла знаходяться в мигдалику, в піднебінних дужках та корені язика. При тривалому перебуванні стороннього тіла виникає запалення слизової оболонки глотки у вигляді гіперемії, набряку і підвищеної продукції слизу, що, у свою чергу, спричиняє кашель, слинотечу, іноді – блювання. При зупинці великого стороннього тіла в нижньому відділі глотки, біля входу в гортань, можуть розвинути раптові явища ядухи. Іншим проявом сторонніх тіл нижніх відділів глотки або стравоходу є гіперсалівація у грушоподібних синусах.

Виявити гострі сторонні тіла, що застрягли у глотці (риб'яча кістка) можна при змащуванні слизової оболонки ватником на зонді з нарізкою. Шматок вати, що залишився на слизовій оболонці, зачепившись за кінчик стороннього тіла, вказує на його локалізацію у глотці.

Лікування. Ретельним і системним оглядом усіх відділів глотки вдається виявити стороннє тіло. Видаляють його за допомогою прямого або зігнутого корнцанга з браншами, що щільно стикаються між собою. Іноді подряпини чи садна, які

залишилися після проковтування стороннього тіла, непокоять хворого і симулюють його перебування у глотці. У таких випадках рекомендують повторний огляд через 1-3 доби. Після видалення стороннього тіла призначають дезінфікуючі полоскання, щадну дієту.

Сторонні тіла вуха. Сторонні тіла зовнішнього слухового проходу найчастіше зустрічаються у дітей віком 3-7 років. Діти заштовхують собі у вухо різноманітні предмети: дрібні іграшки чи їх частини, гудзики, намистинки, насіння, горох, плодові кісточки тощо. У дорослих зустрічаються уламки сірників, жмутки вати, зерна злаків, гілки куштів, частини металу, вугілля тощо.

Рідше трапляються живі сторонні тіла, переважно членистоногі: блощиці, таргани, кліщі, що заповзають у вухо. При хронічних середніх отитах, особливо коли виділення з вуха мають неприємний запах, у вусі можуть бути личинки мух.

Якщо сторонні тіла гладенькі й не травмують стінок слухового проходу, то вони можуть протягом довгого часу не викликати скарг у хворого. При тривалому перебуванні у вусі на стороннє тіло нашаровується сірка і його стає важко розпізнати при отоскопії.

Більшу небезпеку для хворого становить не саме стороннє тіло, а невміла спроба його видалення!

Предмети з гострими зазубреними краями можуть бути причиною неприємних відчуттів та зниження слуху. Живі сторонні тіла своїми рухами можуть викликати різкий біль у вусі та шум.

Лікування. Перед тим як видалити стороннє тіло, треба обов'язково провести отоскопію та визначити його форму і характер. Найбезпечнішим способом видалення сторонніх тіл є вимивання, що проводиться так само, як і при видаленні сірчаної пробки. Якщо при дослідженні виявлено, що вимивання є недоцільним, то стороннє тіло можна видалити пінцетом або спеціальним тупим гачком, що повинен зробити лікар.

Плоскі сторонні тіла видаляють вушним пінцетом або мікрощипцями.

Округлі тверді сторонні тіла ніколи не слід видаляти пінцетом або щипцями, бо такими інструментами захопити їх не вдається, а при спробі фіксувати такі тіла висковзують і ще глибше заштовхуються в зовнішній слуховий прохід. Такі сторонні тіла видаляють гачком, який заводять за тіло і витягують назовні, що повинен проводити лікар.

Набрякаючі й защемлені у зовнішньому слуховому проході сторонні тіла, такі, як бобові (горох, квасоля), кукурудза тощо, піддають попередньому зневодненню шляхом повторного вливання у вухо концентрованого (96°) спирту і видаляють інструментами.

Якщо видалити стороннє тіло не вдалось через різке запалення стінок зовнішнього слухового проходу чи глибоке його проникнення в кістковий відділ проходу, то його видаляють шляхом операції.

Живі сторонні тіла видаляють так: спочатку закачують у вухо спирт або олію, щоб вбити або знерухомити комаху, а потім промивають шприцом Жане чи видаляють спеціальними інструментами.

Сторонні тіла гортані. Найчастіше сторонні тіла потрапляють у глотку з порожнини рота під час їжі, значно рідше – з порожнини носа, гортані чи стравоходу. Сприяють цьому раптовий кашель, сміх, чхання, розмова, які відвертають увагу від акту жування. Потрапляння сторонніх тіл з порожнини рота полегшується при наявності зубних протезів, які погіршують контроль з боку твердого піднебіння.

У стінки глотки можуть також проникати предмети, що тримають в роті діти під час гри, дорослі (шевці, кравці) під час роботи (цвяхи, кнопки, шпильки і гудзики); уламки зубних протезів.

Звичайно в глотці зупиняються лише ті сторонні тіла, які встромились своїм гострим кінцем у слизову оболонку зіва, ділянку мигдаликів чи піднебінних дужок. Більші й гладенькі сторонні тіла частіше проходять у гортаноглотку – до входу в стравохід та гортань, або зупиняються у самому стравоході.

Рідше сторонні тіла локалізуються у носоглотці. Сюди можуть потрапити через ніс сторонні тіла, що відломилися в результаті травми, або рештки їжі при блюванні.

Симптоми сторонніх тіл гортані можуть бути різноманітними і залежать від характеру самих сторонніх тіл: колючий біль, який посилюється при ковтанні; при тривалому перебуванні стороннього тіла виникає запалення слизової оболонки глотки у вигляді гіперемії, набряку і підвищеної продукції слизу, що, у свою чергу, спричиняє кашель, слинотечу, іноді блювання; при зупинці великого стороннього тіла в нижньому відділі глотки, біля входу в гортань, можуть виникати раптові явища задухи; гіперсалівація у грушоподібних синусах.

Лікування. Видалення стороннього тіла гортані повинно проводитися виключно лікарем спеціалістом із дотриманням усіх правил та норма з метою уникнення ускладнень. Видаляють стороннє тіло за допомогою прямого або зігнутого корнцанга з браншами, що щільно стикаються між собою. Іноді подряпини чи садна, які залишилися після проковтування стороннього тіла, непокоять хворого і симулюють перебування стороннього тіла у глотці. У таких випадках рекомендують повторний огляд через 1-3 доби. Після видалення стороннього тіла призначають дезінфікуючі полоскання, щадну дієту.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ПО ТЕМІ:

1. Причини потрапляння сторонніх тіл ЛОР-органів.

2. Симптоми, які вказують на наявність сторонніх тіл.
3. Діагностика сторонніх тіл ЛОР-органів.
4. Інструменти для усунення сторонніх тіл ЛОР-органів.
5. Сторонні тіла носа.
6. Сторонні тіла носоглотки.
7. Сторонні тіла глотки.
8. Сторонні тіла гортані.
9. Сторонні тіла вуха.
10. Невідкладна допомога при наявності сторонніх тіл ЛОР-органів.
11. Конікотомія.
12. Трахеостомія.
13. Ускладнення.
14. Профілактика.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Оториноларингологія: підручник / Ю.В. Мітін, Ю.В. Деєва, Я.Ю. Гомза та ін. — 6-е видання. — Київ: «МЕДИЦИНА». — 2020. — 264 с.
2. Кольоровий атлас ЛОР-діагностики, 5-е видання. / Бюл Т.Р., Алмейда Я.С. — Тиме: Штутгарт. — 2010.— 296 с.
3. Конспект лекцій з хвороб вуха, горла і носа. / Бюл П.Д. — 9-е видання. — Blackwell Science Ltd. — 2002.— 181 с.
4. Хірургія вуха, носа та горла та голови та шиї: кольоровий ілюстрований текст. / Dhillon R, East C. — 4-е видання. — Черчилль Лівінгстон. — 2013.— 132 с

Тема 15

Злоякісні пухлини глотки (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Хронічна патологія гортані, злоякісні пухлини гортані залишаються однією з актуальніших та соціальних тем оториноларингології, враховуючи той факт, що за останнє десятиріччя їх кількість значно зросла у осіб працездатного віку, а несвоєчасна їх діагностика призводить до інвалідизації, погіршення якості життя та навіть летальних наслідків в короткий термін. Знання клініки, діагностики (особливо ранньої) пухлин верхніх дихальних шляхів і принципів їх лікування є вкрай необхідним у практичній діяльності не тільки оториноларингологів, але і невропатологів, нейрохірургів, терапевтів, інфекціоністів, фтизіатрів, дерматовенерологів, і сімейних лікарів.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: ознайомитися з клінікою, діагностикою та методами лікування злоякісних пухлин глотки.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ. Пухлини глотки у структурі загальної онкозахворюваності знаходяться на 9-му місці. Серед пухлин верхніх дихальних шляхів на злоякісні пухлини глотки припадає 10-16% випадків. За даними

медичної статистики, найвища захворюваність реєструється серед чоловіків середнього віку. Факторами ризику для розвитку пухлин є куріння, регулярне вживання спиртних напоїв, вдихання дрібного пилу (вугільного, азбестового), погана гігієна порожнини рота, спадкова схильність, вік старше 60 років. До злоякісних новоутворень глотки відносяться: рак, лімфоепітеліома, цитобластома, ретикулосаркома та змішані пухлини.

Клінічна картина. Рання симптоматика злоякісних пухлин глотки незначна й малохарактерна. Можуть з'являтися: дискомфорт і відчуття стороннього тіла при ковтанні, неприємний запах з рота, розпирання, першіння в горлі тощо. На більш пізніх стадіях в залежності від локалізації хворі скаржаться на: порушення носового дихання та закладеність у вусі (при пухлині носоглотки), відчуття стороннього тіла, що заважає ковтати їжу, а потім слину (при пухлині ротоглотки), порушення проходження спочатку густої, а потім рідкої їжі, порушення дихання (при пухлині гортаноглотки).

Клінічна картина злоякісної пухлини ротоглотки залежить від локалізації, форми росту, розповсюженості та гістологічної будови пухлини. Найчастіше зустрічається рак (аденокарцинома), рідше - лімфоепітеліома та саркома. У випадку раку або лімфоепітеліоми найчастіше відбувається інфільтративно-виразкова форма росту пухлини, що проявляються горбикоподібним новоутворенням мигдалика з виразками та інфільтрацією оточуючих тканин, основним симптомом даного утворення є дисфагія - наявність дискомфорту та болі при ковтанні.

Саркома, як правило, характеризується екзофітним ростом, викликаючи відчуття стороннього тіла. В подальшому настає порушення ковтання, змінюється тембр голосу, виникає біль з іррадіацією в вухо. Розпад пухлини супроводжується гнилісним запахом з роту, гіперсалівацією з домішками гною та крові. Метастазування, як правило раннє та двобічне.

Гортаноглотка переважно вражається плоскоклітинним раком. Основним симптомом є дисфагія, що проявляється утрудненим та болісним ковтанням спочатку твердої, а потім рідкої їжі. З часом може виникати охриплість, попадання їжі в гортань, на пізніх стадіях - гнійні виділення з кров'ю, зловонний запах. Метастази, як правило, виникають у регіонарні лімфатичні вузли.

Діагностика пухлин глотки заснована на: скаргах, даних анамнезу, ендоскопічного огляду (в тому числі відеоендоскопії), результатах МРТ, КТ. Обов'язковим є проведення цитологічного або гістологічного дослідження.

Лікування. Хірургічне лікування злоякісних пухлин носової та ротової частин глотки найчастіше є неможливим, тому перевагу віддають променевої та (або) хіміотерапії в залежності від чутливості пухлини. Ефективним є застосування регіонарної хіміотерапії. Надзвичайно чутливими до променевої терапії є так

звані радіочутливі пухлини ротоглотки, до яких відносяться лімфоепітеліома, цитобластома і ретикулобластома. Це високо злоякісні низькодиференційовані пухлини з швидким ростом та ранньою генералізацією.

В лікуванні пухлин гортаноглотки перевагу віддають комбінованому лікуванню, при якій на першому місці є оперативне видалення пухлини з подальшим опроміненням.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Які є фактори ризику для розвитку пухлин?
2. Які класифікації злоякісних пухлини глотки Ви знаєте?
3. Від чого залежить клінічна картина злоякісної пухлини ротоглотки?
4. Перечисліть злоякісні пухлини, які найчастіше зустрічаються в глотці?
5. Опишіть клінічну картину злоякісних пухлин глотки.
6. Яку діагностику необхідно провести при злоякісних пухлин глотки?
7. Охарактеризуйте диференційну діагностику злоякісних пухлин глотки в залежності від їх локалізації.
8. Які є методи лікування злоякісних пухлин глотки?
9. Саркома-це...?
10. Які основні симптоми плоскоклітинного раку?
11. В чому полягає суть регіонарної хіміотерапії?
12. Яка форма росту пухлини відбувається у випадку раку або лімфоепітеліоми?
13. Які обстеження є обов'язковими для діагностики пухлин глотки?
14. Аденокарцинома – це...?
15. Які пухлини ротоглотки є чутливі до променевої терапії?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деєва. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
2. Пропедевтика оториноларингології підручник для лікарів-інтернів та слухачів ФПДО. За редакцією проф. Кіцери О.Ом. та доц. Цимара А.В., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.В., Семенюк О.О., Чорній О.В. -Львів.- 2018.- 165 с.
3. Вибрані питання практичної оториноларингології: навчальний посібник. / Цимар А.В., Іра фон Нодь.-Львів-2017.-425с.
4. Онкоотоларингологія. Лекції. / Р.А Абизов. - К.: «Книга плюс», 2001.-272с.

Тема 16

Ураження ЛОР- органів в бойових діях(акутравма, баротравма) (3 год.)

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: враховуючи військові дії в Україні виникли питання і обговорення тем про надання медичної допомоги населенню під час воєнних дій. У зв'язку з цією ситуацією зросла частота виникнення акутравми та

баротравми. Питання діагностики та лікування порушень слухової функції, пов'язаних з акутравмою, баротравмою набули великої актуальності. Діагностика порушення проводиться в різних структурах слухової системи на ранніх етапах, щоб своєчасно надати цілеспрямовану допомогу хворим. При цьому важливо запобігти розвитку тяжких ушкоджень та інвалідизації пацієнтів. **МЕТА ЗАНЯТТЯ:** ознайомитись та вивчити причини, клініку, діагностику, методи лікування та профілактики акутравми та баротравми.

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ТЕМИ.

Акутравма – це пошкодження внутрішнього вуха, яке спричинене впливом шуму дуже високої інтенсивності. Така травма виникає після дії одиничного гучного звуку або через вплив шуму протягом тривалого проміжку часу. Важкі травми голови, які призвели до розриву барабанної перетинки або пошкодження слухового нерва, також спричиняють акустичну травму. Наслідком цієї патології може стати погіршення слуху або повна втрата слуху.

Акутравма часто виникає у військових, у людей, що опинилися дуже близько до епіцентру вибухів чи обстрілів; мешканці районів, які піддавалися впливу неодноразових звуків високої інтенсивності; робітників, що працюють із гучним промисловим обладнанням без використання захисних засобів; працівників аеродромів, залізниць, будмайданчиків; музикантів, радіоведучих та осіб, які часто відвідують концерти й інші гучні заходи.

Інтенсивність звуку, яких не перевищує 80 дБ, безпечні для нашої слухової системи. Якщо людина тривало піддається впливу шуму, інтенсивність якого перевищує 85 дБ, її слух починає поступово погіршуватися. Інша справа із вибухами та обстрілами — сила цих звуків завжди сягає - 140 -160 дБ. В такому випадку достатньо одноразово на короткий проміжок часу піддатися впливу гучного звуку, щоб отримати серйозне порушення слуху або навіть його повну втрату.

Симптоми акутравми: різкий біль у вухах – зазвичай посилюється при сприйнятті звуків; раптове погіршення слуху – може бути одно- або двостороннім; писк або дзвін у вухах – спочатку проявляється гостро, потім поступово затихає; запаморочення і порушення координації рухів; кровотечі зі слухового проходу – трапляються при сильних акустичних травмах.

Клінічні прояви: залежать від ступеня тяжкості і стадії травми. Якщо вона легка, то у людини погіршується слух на 10-30 хвилин, і в цей час дзвенить у вухах. Трохи пізніше дзвін стихає, здатність чути відновлюється. При більш важких формах слух пропадає на 2-3 години, а симптоми проявляються яскравіше. Щоб підтвердити або заперечити діагноз “акустична травма”, потрібно звернутися до спеціаліста слухової допомоги - лікаря-отоларинголога, сурдолога. Діагноз встановлюється на підставі аудіологічного обстеження — огляду, мовної та тональної аудіометрії, імпедансометрії та інших інструментальних досліджень.

При діагнозі акустична травма вуха лікування підбирається залежно від її форми і ступеня тяжкості. При гострих травмах призначають препарати брому і кальцію, вітаміни. Дуже важливо в цей час дотримуватися звуковий спокій, щоб не пошкодити внутрішнє вухо ще більше. Якщо у людини хронічна акустична

травма, лікування вимагає багатопрофільного підходу. **Медикаментозну терапію** – людині призначають антигіпоксанти для поліпшення роботи волоскових клітин, ноотропи для нормалізації когнітивних функцій і вітаміни групи В для тонуусу слухового нерва. **Лікувальні процедури** – впливають киснем і імпульсними струмами для стимуляції внутрішнього вуха. **Реабілітацію слуху** – людям, які через акустичні травми частково втратили слух, підбирають слухові апарати. **Профілактика:** пацієнту краще захистити себе від гучних звуків.

Баротравма - біль у вусі або пошкодження барабанної перетинки, викликані швидкою зміною тиску.

Для підтримки тиску в барабанній порожнині і зовнішньому слуховому проході необхідний швидкий потік повітря між носоглоткою і середнім вухом. Коли інфекція верхніх дихальних шляхів, алергія або інші механізми перешкоджають нормальному функціонуванню євстахієвої труби, при зміні тиску навколишнього середовища тиск в барабанній порожнині або знижується, викликаючи втягування барабанної перетинки, або підвищується, викликаючи її випинання. При збільшенні різниці тисків по обидві сторони барабанної перетинки зростає ризик формування гематоми барабанної перетинки. При значній різниці в тиску можлива: кровотеча в порожнину середнього вуха; розрив барабанної перетинки; формування фістули через кругле або овальне вікно.

Симптомами баротравми: сильний біль; кондуктивна приглухуватість і при наявності фістули нейросенсорна туговухість; запаморочення. Симптоми зазвичай посилюються при різкому збільшенні тиску повітря в зовнішньому середовищі, наприклад, при швидкому спливанні (підводне плавання) або зниженні (наприклад, під час авіаперельотів). Приєднання запаморочення або сенсоневральної приглухуватості свідчить про наявність перилімфатичної фістули; ті ж самі симптоми під час підйому з глибини можуть бути спровоковані повітряним міхуром в порожнині середнього вуха.

Клінічні прояви: баротравма середнього вуха, провокує втрату слуху, неприємні відчуття, біль. Окрім того, цей тип травми може викликати запаморочення, нудоту, втрату орієнтації у просторі, а також, втрату свідомості, кровотечу. Враховуючи, що цю травму можна отримати під водою, вона також може спровокувати небезпечні для життя ситуації.

Лікування баротравми: необхідно вирівняти тиск (позіхання, ковтальний рух, жувальна гумка); при больових відчуттях, пов'язаних зі зміною тиску під час польоту, можна самостійно полегшити стан шляхом жування жувальної гумки, імітацією ковтання або позіхання, видихання через затиснуті ніздрі, застосуванням назальних спреїв; при сенсоневральної приглухуватості і запамороченні необхідно провести діагностику на предмет наявності перилімфатичної фістули; якщо ж баротравма серйозна, та розрив барабанної перетинки не передбачає медикаментозного методу лікування, то необхідне хірургічне втручання – мірінгопластика.

Профілактика: особам з закладенням носа внаслідок інфекції верхніх дихальних шляхів або алергії, слід уникати польотів і дайвінгу. При необхідності

під час польоту можна використовувати судинозвужувальні назальні краплі за 30-60 хвилин до посадки або зльоту.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДО ТЕМИ:

1. Дайте визначення акутравма вуха?
2. Яка інтенсивність звуку, безпечна для нашої слухової системи?
3. Дайте визначення баротравма вуха?
4. У кого виникає акутравма вуха ?
5. Назвіть симптоми акутравми?
6. Які клінічні прояви у пацієнта при акутравмі?
7. Опишіть принципи лікування пацієнтів з акутравмою?
8. Назвіть симптоми баротравми?
9. Які клінічні прояви у пацієнта при баротравмі?
10. Яку потрібно провести діагностику у пацієнтів з акутравмою ?
11. Яку потрібно провести діагностику у пацієнтів з баротравмою ?
12. Опишіть принципи лікування пацієнтів з баротравмою?
13. Методи профілактики акутравми?
14. Методи профілактики баротравми?
15. Яка проводиться реабілітація слуху при акутравмі?

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — 4-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 472 с (чорно-білі) + 32 кольорові вклейки.
2. Оториноларингологія: підручник / Д.І. Заболотний, Ю.В. Мітін, С.Б. Безшапочний, Ю.В. Деева. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. - 472 с. +кольор. вкл.
3. Хвороби вуха, горла, носа./ Мітін Ю. В. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. - 190с.
4. Кіцера О.О. Клінічна оториноларингологія / О.О. Кіцера. – Львів, Видавництво «Кварт», 2007. – 334 с.
5. Пропедевтика оториноларингології підручник для лікарів -інтернів та слухачів ФПДО. За ред. проф. Кіцери О. Ом. та доц. Цимара А.В. Автори за абеткою: Баріляк А.Ю., Кіцера О.О., Кіцера О.Ом., Крук М.Б., Крук М.М., Москалик О.Є., Пушкарьова В.М., Семенюк О.О., Цимар А.В., Чорній О.В.– Львів-2019.- 377 С.
6. Невідкладна оториноларингологія мирного і воєнного часу посібник для лікарів та слухачів ФПДО. За ред. проф. Кіцера О. Ом. Автори за абеткою: Гербіш Ю.О., Кіцера, О.Ом., Кіцера О.О., Москалик О.Є., Пушкарьова В.М., Семенюк О.О., Семчишин І.М., Цимар А.В., Чорній О.В. – Львів-2020.- 235 С.
7. Клінічні задачі з отоларингології. Навчально-методичний посібник. Випуск 1. За ред. проф. Кіцера О. Ом., Кіцери О.О., Москалик О.Є., Чорній О.В.– Автори за абеткою: Баріляк А.Ю., Гаєвський В.Ю., Кіцера О.О., Кіцера О.Ом., Крук М.М., Москалик О.Є., Семенюк О.О., Тинітовська О.І., Цимар А.В., Чорній О.В.– Львів-2023.- 136 с.