

Затруднение носового дыхания

1. Оно может быть временным и постоянным. Причины временной (периодической) заложенности носа следующие: хронический катаральный ринит, вазомоторный (аллергическая и нейровегетативная формы) ринит, травмы, гематома и абсцесс носовой перегородки, инородные тела, дифтерия носа. Причины постоянной заложенности носа: в детском возрасте – это гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды), у юношей – фиброма носоглотки (ювенильная фиброма), хронический гипертрофический ринит, искривление или шипы носовой перегородки, полипоз носа, доброкачественные и злокачественные опухоли носа и околоносовых синусов, атрезия хоан, инфекционные гранулемы. Длительное одностороннее затруднение носового дыхания (наряду с другими симптомами: слизисто-гнойные или гнойные выделения, нередко с запахом, возможно периодически кровотечения из носа) нередко является ведущим признаком инородного тела носовой полости.

Двусторонняя заложенность

1. С момента рождения. а) Единственное нарушение. Смещение носовой перегородки в момент рождения. б) Ухудшение при кормлении, сопутствующие пороки развития. Атрезия хоан. 2. В детстве. Выделения из носа, храп, гнусавость, рецидивирующий отит, аденоидное дыхание. Аденоиды. 3. В любом возрасте. а) Слизистогнойные выделения из носа, повышение температуры, общее недомогание. Ринофарингит (ОРВИ). б) Чихание, зуд в области носа и глаз, полипоз носа, цианоз слизистой. Аллергический ринит (и/или вазомоторный). в) Постоянное использование сосудосуживающих капель

Односторонняя заложенность

1. Травма в анамнезе. а) Старая травма. Перелом костей носа, искривление носовой перегородки и/или гипертрофия нижней носовой раковины, синехии (спайки). б) Хирургическая операция. Синехии (спайки). в) Недавняя травма. Гематома или абсцесс носовой перегородки.
2. Эндоназальный отек. Компьютерная томография. Опухоли носа и околоносовых пазух.
3. Выделения из носа. а) Прозрачные, менингит в анамнезе. Менингоэнцефалоцеле. б) Гнойные. Инородное тело

Затруднение ротового дыхания

Затруднение ротового дыхания могут вызвать различные заболевания глотки, гортани и нижних дыхательных путей. В раннем детском возрасте – это чаще всего заглоточный абсцесс. При паратонзиллярном абсцессе ощущение удушья чаще всего оказывается ложным. Этот симптом наблюдается также при ларингоспазме, подскладочном ларингите, остром фибринозном ларинготрахеите, дифтерии гортани, папилломатозе гортани, инородных телах гортани и нижних дыхательных путей. Нарушение ротового дыхания является ведущим симптомом таких патологических процессов в гортани, как флегмонозный ларингит, травма гортани, химический ожог глотки и гортани, злокачественные новообразования и инфекционные гранулемы, двусторонний парез возвратных нервов, сдавление гортани извне (флегмоны, опухоли шеи). Острое нарушение трахеального дыхания чаще всего вызывают инородные тела. Постепенно нарастающий стеноз связан в подавляющем большинстве случаев с развитием опухоли трахеи. Особого внимания требует синдром острого ларинготрахеального стеноза. Причины его многообразны, а опасность для жизни пациента находится в прямой зависимости от скорости развития такого стеноза. Ларингеальный стеноз опаснее трахеального. Сужение просвета гортани и трахеи обусловлено определенными анатомическими нарушениями, а именно: отеком и инфильтрацией слизистой оболочки, спазмом мускулатуры, повышенной секрецией желез слизистой оболочки гортани и трахеи и, как следствие этого, скоплением избыточного слизистого отделяемого.

Боль в ЛОР органах

Боль является одним из наиболее распространенных симптомов, сопровождающих многие, особенно острые воспалительные заболевания ЛОР органов. Боль в носу наблюдается при фурункуле преддверия носа, остром и обострении хронического синусита, опухолях полости носа и др. При заболеваниях околоносовых синусов боль развивается постепенно и бывает различной интенсивности: более сильная – при острых, менее значительная – при хронических процессах. Боль, хотя не всегда, соответствует локализации процесса: при гайморите – в щеке, при фронтите – в надбровной области, при этмоидите – у корня носа, при сфеноидите – отдающая в затылок. При невралгии тройничного нерва боли носят приступообразный характер, иррадиируют, возникают сразу. Так, боль, отдающая в зубы, может быть ранним клиническим признаком злокачественной опухоли верхнечелюстной пазухи. Отмечается резкая болезненность при надавливании в точке выхода ветвей тройничного нерва. Боль в горле всегда бывает при различных ангинах (наиболее интенсивная при фолликулярной и лакунарной), заглоточном абсцессе, односторонняя острая боль – типичный признак паратонзиллярного абсцесса.

Боль в ЛОР органах

Сильными болями сопровождаются туберкулезные язвы, злокачественные распадающиеся опухоли и др. Небольшие боли, чаще парестезии в виде першения, жжения, ощущения постороннего сопровождаются острыми и хроническими фарингитами, кандидозом глотки. Эти парестезии объясняются нарушением функции секреторных желез слизистой оболочки глотки. Поэтому она, особенно на задней стенке, выглядит сухой, гладкой, блестящей, имеет «лаковый» вид, нередко покрыта вязкой слизью. Причину парестезий при отсутствии фарингоскопических изменений, особенно с нарушением защитного глоточного рефлекса, следует отнести к заболеваниям нервной системы. Боли в горле, исходящие из гортани, всегда сопровождаются хондроперихондритом, флегмонозным ларингитом, ожогами и травмами гортани, злокачественными опухолями, располагающимися на надгортаннике, черпаловидных хрящах, в межчерпаловидном пространстве. Эти боли усиливаются при глотании, так как пищевой комок при прохождении в пищевод касается больного органа. Иррадиация боли из горла в ухо объясняется раздражением ветви блуждающего нерва. Боли в ухе встречаются при заболеваниях как наружного (фурункул, перихондрит ушной раковины, диффузный наружный отит), так и среднего уха (острый средний отит, мастоидит, злокачественные опухоли среднего уха и др.). Боли, вызываемые изменениями в наружном ухе, постоянные, усиливаются при надавливании на козелок или потягивании за ушную раковину. Острый средний отит до появления гноетечения сопровождается сильными, порой нестерпимыми, приступообразными болями. Их появление объясняется скоплением экссудата в барабанной полости и давлением его на рецепторы чувствительного барабанного сплетения. Надавливание на сосцевидный отросток также вызывает боль. Это явление наблюдается как в самом начале острого воспаления среднего уха (за счет периостита), до появления гнойного отделяемого из уха, так и при развитии осложнения острого среднего отита – мастоидита. Появление болей в ухе при хроническом гнойном среднем отите следует рассматривать как один из начальных признаков внутричерепного осложнения.

Выделения из ЛОР органов

Выделения из носа могут быть слизистыми или гнойными и встречаются при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух. В начале острого ринита выделения из обеих половин носа слизистые и обильные, затем количество их уменьшается, но они приобретают слизисто - гнойный характер. Односторонний длительный гнойный насморк нередко является симптомом инородного тела носовой полости. Примесь крови в выделениях бывает при гриппе, дифтерии, туберкулезе, При заболеваниях околоносовых пазух выделения могут быть слизистыми, одно- и двусторонними. Обнаружение гноя при передней риноскопии в среднем носовом ходе рассматривается как патогномоничный признак поражения передних синусов (верхнечелюстного, лобного, передних и средних клеток решетчатого лабиринта). При заболеваниях основной пазухи или задних клеток решетчатого лабиринта гнойные выделения обнаруживаются во время задней риноскопии в верхнем носовом ходе и носоглотке.

Выделения из ЛОР органов

При аденоидах у детей слизисто - гнойные выделения нередко скапливаются в общих и нижних носовых ходах. При длительном пребывании инородных тел в носу (ринолите), остеомиелите костей носа, распадающихся опухолях, озене выделения из носа приобретают неприятный, даже зловонный запах. Выделения из уха чаще всего появляются при заболеваниях среднего уха.

Кратковременное гноетечение (3–5 дней) бывает во 2 - й (перфоративной) стадии острого среднего отита. Гной обнаруживается в наружном слуховом проходе сначала в большом количестве, а затем отделяемое постепенно уменьшается.

Одновременно улучшается общее состояние, снижается температура. Гнойные выделения при хроническом гнойном среднем отите являются одним из самых важных клинических признаков (наряду с понижением слуха и стойкой перфорацией барабанной перепонки). Характер выделений из уха (слизисто-гнойные, гнойные), наличие примесей в отделяемом (чешуйки холестеатомы, костный песок, кровь) типичны для различных клинических форм хронического воспаления среднего уха: эпи- и мезотимпанита

Кровотечения из ЛОР органов

Кровотечения из ЛОР органов – явление весьма распространенное. Очень часто наблюдаются кровотечения из полости носа, так как она обильно снабжена кровеносными сосудами. Наиболее частый источник кровотечений – передненижний отдел носовой перегородки, где имеется поверхностно расположенное сосудистое сплетение (так называемая кровоточащая зона Киссельбаха). Носовые кровотечения вызываются общими и местными причинами. Местные причины: травма в области кровоточащей зоны или поверхностно расположенные расширенные сосуды в этой зоне, инородные тела, новообразования (гемангиома, ангиофиброма основания черепа, рак, саркома). Общие причины: артериальная гипертензия, заболевания почек, крови, инфекционные болезни, геморрагические

Кровотечения из ЛОР органов

Алая кровь вытекает из носа каплями или струёй. Она может стекать по задней стенке глотки, а в результате заглатывания крови в желудок может возникнуть кровавая рвота. При скрытом и длительном носовом кровотечении может развиваться обморок: бледность кожи, слабый пульс, тахикардия, холодный пот, падение АД, потеря сознания. Кровотечения из глотки, если исключить травму, прежде всего операционную (адено-, тонзиллотомия, тонзиллэктомия) бывают не часто. Эта же закономерность отмечается в отношении гортани, когда чаще всего кровь лишь выделяется через нее из нижних дыхательных путей и легких. В этом случае кровь пенистая, кровотечение сопровождается кашлем. Кровотечение из уха, как и ликворея, после травмы – грозный симптом, говорящий о переломе основания черепа. Этот симптом может быть при хроническом гнойном среднем отите (деструкция передней или нижней стенок барабанной полости и эрозия стенки внутренней сонной артерии или внутренней яремной вены). Сочетание кровотечения из уха с болями в нем типично для злокачественных новообразований среднего уха.

Нарушение обоняния

Нарушение обоняния зависит от причин, лежащих в полости носа, и бывает центрального происхождения. Различают респираторное и эссенциальное нарушение обоняния. В зависимости от степени выраженности данного явления говорят о снижении обоняния (гипосмия) или его отсутствии (аносмия). Имеет место также гиперосмия (болезненно обостренное обоняние), какосмия (обонятельные галлюцинации) и паросмия (извращенное обоняние). Респираторная (дыхательная) anosmia вызвана тем, что воздушная структура не попадает в обонятельную щель, которая может быть закрыта изза резкого искривления носовой перегородки, полипов, гиперплазии передних концов нижних носовых раковин, опухоли. При устранении причины есть все основания рассчитывать на

Нарушение обоняния

Если нарушение обоняния наступило в результате поражения рецепторов обонятельного нерва (эссенциальная аносмия), что имеет место при озене, после гриппа, при травмах черепа, опухолях и абсцессах лобной доли мозга, восстановить утраченную функцию практически невозможно. Во всех этих случаях изменения в полости носа отсутствуют. Аносмия врожденная обычно сочетается с другими аномалиями развития скелета лица. Гиперосмия и паросмия часто бывают центрального происхождения. Встречаются у больных истерией, неврастенией, психическими заболеваниями и органическими поражениями центральной нервной системы. Обонятельные субъективные галлюцинации (какосмия) иногда наблюдаются при гриппе, новообразованиях по ходу обонятельного нерва к коре головного мозга, при истерии и неврастении.

Гнусавость

Гнусавость – изменение тембра голоса в результате заложенности носа (закрытая гнусавость). Это имеет место при аденоидах, полипах, опухолях, заглоточном абсцессе, юношеской ангиофиброме носоглотки. При широких носовых ходах, вызванных резким истончением слизистой оболочки, также меняется тембр (открытая гнусавость). Она имеет место при параличе мягкого неба, причиной которого явилась дифтерия. При этом наблюдается поперхивание и попадание воды в нос. Открытая гнусавость – симптом расщелин твердого и мягкого неба (полных и неполных)

Дисфония (осиплость, хрипота) и афония (отсутствие голоса)

) Нарушения голосовой функции возникают на почве органических заболеваний гортани, а также нервно психических нарушений. Голосовая дисфункция наступает после повышенной голосовой нагрузки, при остром и хроническом ларингите, новообразованиях среднего раздела гортани, дифтерии, туберкулезе и сифилисе, инородном теле или травме гортани. Диагноз ставится при ларингоскопии. Появление афонии или дисфонии может быть обусловлено повреждением внутренних мышц или нервного аппарата гортани, которые можно разделить на органические и функциональные, а по локализации поражения – на периферические и центральные. Нередко у больных функциональной афонией кашель, смех или плач остаются звучными. Нарушение функциональной активности гортанных мышц выражается или в повышении (спазм), или угнетении (парез, паралич) их тонуса. Спазм гортани является одним из признаков столбняка и эклампсии, встречается при эпилепсии. У детей в возрасте до 2-х лет также диагностируют ларингоспазм, являющийся проявлением нарушений организма (рахит, тимомегалия). Центральные парезы и параличи гортанных мышц зависят от поражения отдельных участков головного мозга (кора, продолговатый мозг), вызванных кровоизлияниями, опухолями и т.

Дисфония (осиплость, хрипота) и афония (отсутствие голоса)

Периферические парезы и параличи возникают при сдавлении нижегортанного (возвратного) нерва, являющегося ветвью блуждающего нерва, в грудной полости опухолью, увеличенными лимфоузлами или аневризмой аорты. Другой причиной может быть интоксикация при дифтерии, гриппе и других инфекциях, травмы. При этом поражаются все мышцы гортани. При одностороннем поражении истинная голосовая складка становится неподвижной, занимая срединное положение между двумя функциональными позициями – фонацией и дыханием. При двустороннем поражении к голосовой дисфункции может присоединиться затруднение дыхания. Нарушение фонации наступает при парезе отдельных внутренних мышц гортани, суживающих или расширяющих голосовую щель. Самый частый вид пареза как следствие переутомления голоса, хронического ларингита и др. – двустороннее поражение голосовых мышц, расположенных в толще истинных голосовых складок. В связи с чем при фонации между ними остается овальная щель. Парез поперечной черпаловидной или латеральной перстнечерпаловидной мышц препятствует сближению голосовых складок при фонации, в результате чего при ларингоскопии видно, что между ними образуются зияющие щели (в виде треугольника в задних отделах в первом случае или ромба – во втором). Г о л о с становится хриплым или даже беззвучным. При одностороннем парезе задней перстнечерпаловидной мышцы – единственной парной мышцы, расширяющей голосовую щель, симптомы голосовой дисфункции выражены незначительно. Истинная голосовая складка неподвижна, занимает срединное положение, подвижная вторая половина гортани не приводит к нарушению как дыхательной, так и фонаторной функции. При двустороннем поражении этой мышцы может развиваться асфиксия, требующая трахеотомии.

Тугоухость

Понижение слуха (тугоухость) обусловлено различными патологическими изменениями в наружном, среднем и внутреннем ухе. Причину тугоухости в наружном ухе легко обнаружить при отоскопии. Это могут быть серная пробка, обтурирующее слуховой проход инородное тело, воспалительная инфильтрация стенок наружного слухового прохода и др. Тугоухость сопутствует многим заболеваниям среднего уха (травма и разрыв барабанной перепонки, острый или хронический гнойный средний отит, адгезивный отит, евстахеит, отосклероз, аномалии развития уха). Понижение остроты слуха может быть одно- или двусторонним, выраженным в разной степени, но есть общие признаки, характерные для нарушения звукопроведения, лежащие в основе так называемой кондуктивной тугоухости, типичной для патологии среднего уха (преимущественное ухудшение восприятия низкочастотных звуков- результаты камертонального исследования – отрицательный опыт Ринне, Федеричи, Бинга- латерализации звука камертона в больную сторону при опыте Вебера, неизменный или удлиненный опыт Швабаха- аудиометрически эта тугоухость характеризуется повышением нижней границы тонов, непрерывностью тонскалы, наличием костно - воздушного интервала- сохранение 100% - ной разборчивости речи при речевой

Тугоухость

При многих заболеваниях внутреннего уха нарушается звуковосприятие, а тугоухость носит название нейросенсорной. Она чаще всего бывает при неврите слуховых нервов, лабиринтите, травме лабиринта и др. Во всех этих случаях страдает не только воздушная, но и костная проводимость, но взаимоотношения между ними остаются такими же, как в норме (положительный, но укороченный опыт Ринне), отмечается укорочение костной проводимости при опыте Швабаха и латерализация звука в здоровое ухо при опыте Вебера. Тональная пороговая аудиограмма имеет нисходящую конфигурацию кривых воздушной и костной проводимости и отсутствие между ними костно-воздушного интервала, так как страдает преимущественно восприятие высоких тонов. В отличие от кондуктивной тугоухости при нарушении звуковосприятия речевая аудиометрия не достигает уровней 100% - ной разборчивости, обрываясь или принимая обратное направление. Функциональное определение характера тугоухости играет важнейшую роль в случаях отсутствия изменений на барабанной перепонке при отоскопии (отосклероз, неврит слуховых нервов). Клиническая динамика тугоухости при болезни Меньера имеет ряд особенностей. На ранних стадиях заболевания слуховая функция в межприступном периоде возвращается практически к нормальному состоянию. Этот период называют периодом «флюктуирующей тугоухости». Через 2–3 года периоды ремиссии сокращаются, а периоды пониженного слуха увеличиваются или становятся постоянными, присоединяется снижение функции разборчивости речи. Считается установленным, что на ранних стадиях болезни Меньера проведенная по всем правилам дегидратация приводит к значительному улучшению тонального и речевого слуха, что проявляется понижением порогов восприятия низких тонов на 15 – 35 дБ и существенным улучшением разборчивости речи.

Ушной шум

Ушной шум бывает различной этиологии и часто встречается при различных заболеваниях уха, нарушает работоспособность. Шум в ушах может быть кратковременным, продолжаться длительное время или быть постоянным. Интенсивность его различна. Ушной шум может появиться при заболеваниях органа слуха на любом уровне (серная пробка, средний отит, лабиринт, болезнь Меньера, неврит слуховых нервов), а также при центральных нарушениях слуха. Особенно нестерпимым и постоянным он бывает при отосклерозе. Различают объективные и субъективные ушные шумы. Первые обусловлены сокращением мышц барабанной полости или мягкого неба. Их можно слышать на расстоянии. Другой причиной ушных шумов является сосудистый фактор. Сосудистые шумы являются физиологическими, но в условиях изменения резонанса в ухе они становятся слышными. Шумы могут появиться при атеросклерозе, повышении АД, аневризмах крупных сосудов после приема лекарственных веществ (хинина, некоторых антибиотиков особенно обладающих ототоксическим действием – стрептомицин, неомицин, гентамицин, канамицин, а также ряд других). Субъективные ушные шумы возникают при воздействии какого-либо фактора на периферический или центральный отделы слухового анализатора (действие токсинов, звуков, изменение

Синдром вестибулярной дисфункции

Вестибулярные нарушения – комплекс симптомов (головокружение, нарушение равновесия, тошнота, рвота, повышенная потливость, нистагм), вызванных поражением как периферического, так и центрального отделов вестибулярного анализаторов (лабиринтит, болезнь Меньера, кровоизлияние в лабиринт, шейный остеохондроз, поражение центральной нервной системы). Это объясняется рядом качеств, присущих вестибулярному анализатору. Во-первых, его высокой чувствительностью. Во-вторых, наличием обширных рефлекторных связей с другими отделами нервной системы, а через нее с различными органами. Поэтому возникающие при нарушении функции вестибулярного анализатора (возбуждении или угнетении) различные рефлексы распространяются на мышцы туловища, конечностей, глаз- оказывают воздействие на гладкую мускулатуру и влияют на сосуды головного мозга, мышцу сердца, дыхательную и пищеварительную системы- вызывают ощущения головокружения и нарушения положения тела в пространстве. Нередко вестибулярные нарушения сочетаются с понижением слуха и ушным шумом, бывают различными по продолжительности (приступообразные вначале и постепенно стихающие через 1 – 2 недели при лабиринтите). Исследование функционального состояния вестибулярного анализатора проводят, во-первых, для диагностики и дифференциальной диагностики патологических процессов в ухе, а во-вторых, для определения пригодности к той или другой профессии. В клинике больше интересуются функциональным состоянием полукружных каналов, при профотборе особое внимание уделяют определению функции полукружных каналов

Региональный лимфаденит

Увеличение региональных лимфоузлов, прежде всего головы и шеи, бывает при воспалительных и опухолевых процессах в ЛОР органах, а также заболеваниях крови и лимфогранулематозе. Региональный шейный тонзиллогенный лимфаденит возникает при распространении микробов и вирусов из небных миндалин по лимфатическим путям в верхнешейные лимфоузлы. Увеличенные, болезненные, отдельные подвижные или спаянные в пакет лимфатические узлы, обнаруживаемые позади угла нижней челюсти и по переднему краю верхней трети грудинно-ключичнососцевидной мышцы, являются ценными диагностическим признаком хронического тонзиллита. Реакция региональных лимфоузлов (увеличенные, единичные, подвижные) наступает во II – III стадиях злокачественной опухоли полости носа и околоносовых синусов. Метастазирование в региональные (шейные) лимфоузлы – один из ранних признаков злокачественных новообразований глотки. При этом лимфоэпителиома дает двустороннее увеличение лимфоузлов, а рак – одностороннее. Раннее увеличение шейных лимфоузлов в результате поражения их раковыми клетками наблюдается при вестибулярной локализации в гортани раковой опухоли. Особенностью этого раздела гортани является наличие большого количества

П