



Зміст

I. Захворювання вуха.....	5
Зовнішній отит.....	5
Фурункул зовнішнього слухового проходу.....	6
Дифузний зовнішній отит.....	8
Злоякісний (некротичний) зовнішній отит.....	11
Отомікоз.....	13
Бешиха зовнішнього вуха.....	14
Сірчана пробка.....	18
Стороннє тіло зовнішнього слухового проходу.....	19
Отогематома.....	21
Перихондрит вушної раковини.....	23
Гострий середній отит.....	25
Хронічний гнійний середній отит.....	31
Мезотимпаніт.....	32
Епітимпаніт.....	35
Холестеатома.....	36
Мастоїдит.....	47
Середній отит з випотом (серозний середній отит).....	53
Адгезивний середній отит.....	56
Отосклероз.....	58
Отогенні ускладнення.....	61
Лабіринтит.....	67
Хвороба Мен'єра.....	73
Приглухуватість.....	81
Нейросенсорна приглухуватість.....	82
Кондуктивна приглухуватість.....	87
Доброякісне пароксизмальне позиційне запаморочення.....	90
II. Захворювання глотки.....	101
Фарингіт.....	101
Гострий фарингіт.....	101
Хронічний фарингіт.....	103
Гострий тонзиліт.....	105
Рецидивуючий (рекурентний, хронічний) тонзиліт.....	118
Ангіна Людвіга.....	123
Тонзилогенні ускладнення.....	126



Паратонзиллярний абсцес.....	126
Синдром Лем'єра.....	130
Ретрофарингеальний абсцес.....	133
Аденоїдна гіпертрофія.....	135
III. Захворювання носа та приносових пазух.....	139
Гострий риніт.....	139
Хронічний гіпертрофічний риніт.....	142
Алергічний риніт.....	143
Неалергічний риніт.....	153
Вазомоторний риніт.....	153
Атрофічний риніт.....	158
Риносинусит.....	161
Гострий риносинусит.....	161
Хронічний риносинусит.....	171
Носові поліпи.....	188
Риногенні ускладнення.....	192
Очні ускладнення.....	192
Внутрішньочерепні ускладнення.....	205
Викривлення носової перетинки.....	225
Носова кровотеча (епістаксис).....	227
Гематома перетинки носа.....	235
Перелом кісток носа.....	238
IV. Захворювання гортані.....	242
Гострий ларингіт.....	242
Хронічний ларингіт.....	246
Епіглотит.....	254
Гострий ларинготрахеобронхіт (несправжній круп).....	258
Бактеріальний трахеїт.....	267
Ларингофарингеальний рефлюкс.....	272
Трахеостомія.....	275
V. Специфічні захворювання.....	280
Дифтерія.....	280
Риносклерома.....	292
VI. Рак голови та шиї.....	296
Джерела.....	307



ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДУ

Фурункул зовнішнього слухового проходу (ЗСП) – це гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікулу та оточуючих його тканин в зовнішньому слуховому проході.

Етіологія

- *S. aureus* (найчастіший збудник), стрептококи групи А;
- травмування внаслідок маніпуляцій в зовнішньому слуховому проході (використання для чистки вух загострених предметів або пальця).

Клінічна картина

- оталгія (біль у вусі), іррадіація болю в шию, зуби, голову;
- біль посилюється під час жування, розмов, натисканні на козелок, відтягування вушної раковини;
- можливе підвищення температури тіла;
- при гнійному розплавленні верхівки фурункула відбувається його проривання з виділенням некротичного стержня та гною в зовнішній слуховий прохід, що супроводжується зникненням болю та полегшенням стану;
- регіонарні л/в збільшені, болючі під час пальпації, щільної консистенції;
- можливе запалення навколоушної слинної залози при передній та нижній локалізації фурункула.

Ускладнення: гнійний паротит, флегмона шиї, перихондрит, лімфаденіт.

Діагностика

Отоскопія: проводиться воронкою маленького діаметру, локалізація фурункула на будь-якій стінці зовнішнього слухового проходу, локальна гіперемія, набряк, виступає в зовнішній слуховий прохід, на верхівці фурункула візуалізується некротичний стержень, слуховий прохід звужений, інколи виявляється декілька фурункулів, барабанна перетинка без змін, рухлива, можлива інфільтрація м'яких тканин навколо вушної раковини та соскоподібного відростка, після прориву фурункула візуалізується кратер.

ЗАК: лейкоцитоз зі зсувом ЛФ вліво, підвищення ШОЕ.

Бактеріологічне дослідження виділень з вуха з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів.

Лікування

▪ **Туалет зовнішнього слухового проходу (ЗСП):**

- під час гострого перебігу потрібно захищати вухо від потрапляння води: під час купання або прийомі душу покласти у ЗСП ватну кульку, покриту вазеліном, уникати плавання і утримання від водних видів спорту протягом



- холестеатомна: холестеатома – пухлиноподібне утворення білого кольору, яке складається з ороговілого епітелію, кератину, холестерину, жирних кислот, білків та сполучнотканинну оболонку, що зрощена з кісткою;
- змішана (холестеатомно-некротична).

МЕЗОТИМПАНІТ

(ХРОНІЧНИЙ ТУБОТИМПАНАЛЬНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ)

Мезотимпаніт – це вид хронічного середнього отиту, що характеризується ураженням тільки СО барабанної порожнини з хронічною перфорацією в натягнутій частині барабанної перетинки.

Клінічна картина

- гострий середній отит, алергії, тонзиліти, аденоїди, синусити в анамнезі;
- тривалий безсимптомний перебіг;
- зазвичай загостренню передують ГРВІ;
- періодична або постійна оторея;
- виділення слизово-гнійні (при грануляціях та поліпах – з домішками крові);
- виділення без запаху, незначні, при загостреннях об’ємні; можуть зникати самостійно;
- зниження слуху за кондуктивним типом, згодом можливе приєднання сенсоневральної приглуховатості (за рахунок місцевої інтоксикації);
- під час отореї слух покращується;
- можливе відчуття шуму у вусі, запаморочення;
- біль у вусі під час загострення або при ускладненнях.

Діагностика

Отоскопія:

- ненатягнута частина ціла, дефект в натягнутій частині (*pars tensa*) барабанної перетинки;
- форма дефекту варіабельна (кругла, овальна, бобоподібна та інші);
- розмір дефекту від точкового до великих (обідковий дефект – збережений маленький обідок барабанної перетинки);
- характерна центральна перфорація барабанної перетинки;
- через великий дефект можлива візуалізація барабанної порожнини: гіпертрофована СО, можливі грануляції та поліпи на СО;
- поліпи бліді, локалізовані в барабанній порожнині;
- візуалізація внутрішнього отвору евстахієвої труби;
- слухові кісточки зазвичай збережені, інколи можливий їх некроз;



Диференційна діагностика

Зовнішній дифузний отит, фурункул зовнішнього слухового проходу, гнійний лімфаденіт привушних л/в, гнійний паротит, інфікована сальна кіста, постаурикулярна лімфаденопатія, перихондрит вухної раковини, пухлина соскоподібного відростка.

Лікування

- виключення сепсису та менінгіту;

▪ АНАЛЬГЕТИКИ ТА АНТИПРЕТИКИ (дорослі):

Парацетамол 500-1000 мг п/о кожні 6-8 год (мак 4000 мг/день)

Ібупрофен 200-400 мг п/о кожні 4-6 год (мак 2400 мг/день)

Диклофенак натрію 50 мг кожні 8-12 годин (мак 150 мг/день)

▪ АНАЛЬГЕТИКИ ТА АНТИПРЕТИКИ (діти):

Парацетамол по 10-15 мг/кг п/о або ректально кожні 6-8 год (мак 60 мг/кг/день)

Ібупрофен по 5-10 мг/кг п/о кожні 4-6 год (мак 40 мг/кг/день)

Диклофенак натрію (від 8 років) 0,5-2 мг/кг/д п/о на 2-3 прийоми

▪ АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ:

Перша лінія:

Амоксицилін

Для дітей:	по 80-90 мг/кг/д п/о на 2-3 прийоми
Дорослі:	по 500-1000 мг п/о кожні 8-12 годин

Амоксицилін/клавуланат

Для дітей:	по 90/6,4 мг/кг/д п/о на 2 прийоми
Дорослі:	по 875/125 АБО 1000/125 АБО 2000/125 мг п/о кожні 12 годин

При підозрі на анаеробну флору:

Левоміцитин

Для дітей:	12,5-25 мг/кг в/в розділено на кожні 6 годин (мак 1000 мг/дозу)
Дорослі:	по 1000 мг в/в кожні 8-12 годин

Метронідазол

Для дітей:	по 7,5 мг/кг/д в/в 1 р/д розділено на кожні 8 годин
Дорослі:	по 500 мг в/в кожні 8 годин

Друга лінія:

Цефуроксим

Для дітей:	по 30 мг/кг/д п/о на 2 прийоми
Дорослі:	по 500 мг п/о кожні 12 годин

Цефдинір

Для дітей:	по 14 мг/кг/д п/о на 2 прийоми
------------	--------------------------------



- періодичний біль або дискомфорт в глотці;
- субфебрильна температура;
- галітоз – неприємний запах з рота (за рахунок гнійних виділень або казеозних пробок в лакунах мигдаликів);

Діагностика

Фарингоскопія:

- невиражена гіперемія СО мигдаликів і дужок;
- казеозні пробки в лакунах піднебінних мигдаликів.

Розмір мигдаликів не має значення в діагностиці рецидивуючого/рекурентного тонзиліту.

Місцеві (патогномонічні) ознаки тривалого запального процесу:
Рубцеві спайки між мигдаликами і передніми піднебінними дужками
Ознака Гізе – стійка гіперемія країв передніх піднебінних дужок
Ознака Зака – набряк країв верхніх відділів піднебінних дужок, які охоплюють верхній полюс мигдалика
Ознака Преображенського – потовщення країв піднебінних дужок у вигляді валиків
Гнійні виділення або казеозно-гнійні пробки в лакунах мигдаликів (не завжди)
Збільшення та болючість л/в по передньому краю m.sternocleidomastoideus і кути нижньої щелепи (ознака Корицького)

Безангіозна форма: при наявності місцевих ознак хронічного запального процесу при фарингоскопії пацієнти ніколи не мали тонзилітів в анамнезі.

Лікування

- **унікати подразнення СО мигдаликів**
- **консервативне лікування:**

- механічне промивання вмісту лакун мигдаликів курсами (у кожному лакуні вводять тонку спеціальну канюлю, з'єднану зі шприцом і під тиском антисептичним розчином вимивають вміст лакун);
- вакуумне промивання піднебінних мигдаликів;
- видавлювання вмісту лакун спеціальним гачком (травмує СО мигдалика, в практиці використовують рідко);
- криодеструкція мигдаликів (припікання рідким азотом (Т -196°С).

- **хірургічне лікування**

Варіанти хірургічного лікування:

- тонзилектомія методом холодноплазмової кобляції: використовується прилад – коблатор, що створює холодний плазмовий потік t 40-70°С, який відокремлює мигдалики від прилеглих тканин);



NB! *Визначення IgG не має значення для діагностики алергії!*

Тест на пробне використання протигістамінного препарату або інтраназального кортикостероїду 1-2 тижні: полегшення симптомів і поліпшення якості життя (кількість і якість сну, повсякденна діяльність, заняття хобі, спорт, соціальна діяльність без обмежень).

Оцінка відповіді на пробну терапію (анкета якості життя при ринокон'юнктивіті (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ), тест оцінки контролю риніту (Rhinitis Control Assessment Test (RCAT))).

Назальна ендоскопія при необхідності

Рентгенографія приносних пазух при необхідності

Консультація алерголога, ЛОРа.

Диференційна діагностика

Гострий риносинусит, вазомоторний риніт, професійний риніт, атрофічний риніт, неалергічний риніт із синдромом еозинофілії, медикаментозний риніт, гормональний риніт, риніт в осіб похилого віку, алкоголь-індукований риніт, назальна лікворея тощо.

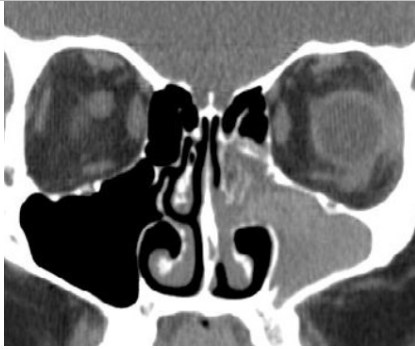
Лікування

Епізодичний алергічний риніт, періодичний сезонний алергічний риніт або цілорічний алергічний риніт:	
• інтраназальні антигістамінні препарати (азеластин)	
АБО	
• пероральні антигістамінні препарати за потреби (цетиризин, дезлоратадин, фексофенадин, левоцетиризин, лоратадин, біластин)	
Персистуючий алергічний риніт	
Алергічний риніт легкого ступеня	Інтраназальні кортикостероїди (наприклад, будесонід, флутиказон)
Алергічний риніт середнього та важкого ступенів	Інтраназальні кортикостероїди з або без інтраназальних антигістамінних препаратів

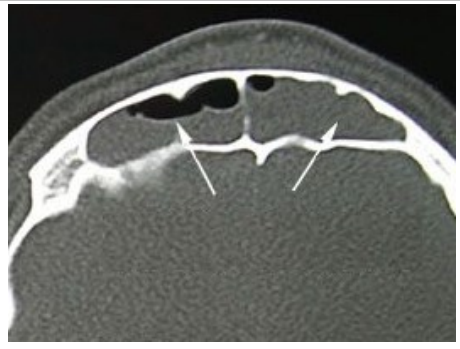
Рекомендації EPOS 2020, ARIA 2019 по алергічному риніту

Мета лікування – досягнення та підтримання адекватного клінічного контролю симптомів алергічного риніту.

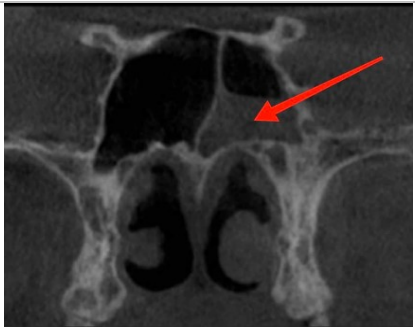
- Освіта пацієнта
- Елімінація алергенів
- Фармакологічне лікування (ступеневий підхід до фармакотерапії)



Лівосторонній гайморит



Двосторонній фронтит



Лівосторонній сфеноїдит



МРТ з в/в контрастуванням або без нього (для оцінки наявності внутрішньочерепного або інтраорбітального уражень, для диференційної діагностики поліпів, пухлини).

МРТ орбіт, обличчя та шиї без і з в/в контрастуванням: підтвердження запалення приносних пазух і визначення орбітальних та внутрішньочерепних ускладнень.

Рентгенографія приносних пазух (не рекомендується через обмежену чутливість і специфічність): помутніння пазух і рівень повітря-рідина. Не підходить для оцінки синуситу з ускладненнями через обмеження у візуалізації м'яких тканин.



Диференційна діагностика

Місцева алергічна реакція (наприклад, на місцевий офтальмологічний антибіотик або на укуси комах), тупа травма ока, гордеолум (ячмінь), халязіон.

Лікування

Більшість випадків зазвичай реагує на пероральний антибіотик, але якщо їх не лікувати вчасно й належним чином, вони можуть поширитись за межі очноямкової перегородки.

Покази до госпіталізації:

- діти до 1 року та діти, які не йдуть на контакт під час обстеження;
- важкохворі пацієнти;
- наявність ознак (клінічних та/або рентгенологічних) залучення орбіти;
- відсутність відповіді на первинне лікування (амбулаторне) протягом 24-48 годин.

• емпірична АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ (амбулаторний етап)

Підхід до вибору схеми антибіотикотерапії залежить від передбачуваного патогенезу флегмони:

При відсутності периорбітальної травми шкіри (напр., укуси комах, садно шкіри, тупа травма) причиною інфекції ймовірно є мікроорганізми, що колонізують приносні пазухи та носоглотку.

Перша лінія:

Амоксицилін/клавуланат

Для дітей:	по 45 мг/кг/добу кожні 12 годин
Дорослі:	по 875/125 мг п/о кожні 12 годин

Друга лінія:

Цефуроксим (II покоління)

Для дітей:	по 30 мг/кг/д п/о на 2 прийоми
Дорослі:	по 500 мг п/о кожні 12 годин

Цефдинір (III покоління)

Для дітей:	по 14 мг/кг/д п/о на 2 прийоми
Дорослі:	по 300 мг п/о кожні 12 годин АБО 600 мг п/о 1 р/добу

Цефподоксим (III покоління)

Для дітей:	по 10 мг/кг/д п/о на 2 прийоми
Дорослі:	по 200 мг п/о кожні 12 годин