

Л.М. Наливайко

МЕДСЕСТРИНСТВО В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

**НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ
223 Медсестринство**



**КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»**

Л.М. Наливайко

**Електронний навчальний посібник
до вивчення курсу навчальної дисципліни
«МЕДСЕСТРИНСТВО В
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»
для здобувачів фахової передвищої освіти
спеціальності 223 Медсестринство
освітньо-професійної програми «Сестринська справа»**

**Рекомендовано
Методичною радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
як електронний навчальний посібник
для підготовки здобувачів фахової передвищої освіти
спеціальності 223 Медсестринство
освітньо-професійної програми «Сестринська справа»**

Львів 2023

УДК 616.21 (075.3)
ББК 56.8 я 723

Рекомендовано

*Методичною радою КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
як електронний навчальний посібник
Протокол № 4 від 23 травня 2023 р.*

Рецензенти:

О.В. Чорній – к.м.н., асистент кафедри оториноларингології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

І.Є. Палига – д.мед.н., зав.кафедрою клінічного медсестринства, акушерства та гінекології КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Наливайко Лілія Миколаївна - викладач першої кваліфікаційної категорії, магістр з медсестринства кафедри клінічного медсестринства, акушерства та гінекології КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського».

Наливайко Л.М. Медсестринство в оториноларингології : посібник. Львів : КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», 2023. – 173 с.

У посібнику «Медсестринство в оториноларингології» подані причини, симптоми, перебіг найпоширеніших захворювань, травм носа та вуха, методи їх лікування. Увага читача акцентується на етапах медсестринського процесу при захворюваннях вуха, горла, носа.

Посібник включає чотири основні розділи: силабус, лекції, методичні рекомендації до практичних занять та завдання для самостійної позааудиторної роботи. Для активізації розумової діяльності здобувачам освіти в кінці кожної теми подано перелік питань для самоконтролю.

Для здобувачів передвищої освіти вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації, медичних працівників офтальмологічних кабінетів і відділень.

УДК 616.21 (075.3)
ББК 56.8 я 723

© Наливайко Л.М. 2023
© КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського»

ЗМІСТ

1. Передмова	4
2. Силабус	5
3. Лекція 1. Гострі та хронічні захворювання носа і приносових пазух	14
4. Лекція 2. Гострі та хронічні захворювання глотки. Ускладнення при хворобах глотки	22
5. Лекція 3. Гострі та хронічні захворювання гортані. Ускладнення при хворобах гортані	29
6. Лекція 4. Захворювання зовнішнього та середнього вуха. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення	38
7. Практичне заняття 1. Методи обстеження пацієнта при захворюваннях носа та приносових пазух	45
8. Практичне заняття 2. Медсестринський процес при захворюваннях носа та приносових пазух	52
9. Практичне заняття 3. Медсестринський процес при гострому та хронічному тонзилітах	64
10. Практичне заняття 4. Медсестринський процес при фарингіті, гіпертрофії глоткового мигдалика, сторонніх тілах глотки	71
11. Практичне заняття 5. Медсестринський процес при захворюваннях гортані	82
12. Практичне заняття 6. Методи обстеження пацієнта при захворюваннях вуха	106
13. Практичне заняття 7. Медсестринський процес при захворюваннях вуха	120
14. Самостійна робота 1. Доброякісні і злоякісні пухлини носа та приносових пазух	149
15. Самостійна робота 2. Риногенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення	151
16. Самостійна робота 3. Гострі вторинні тонзиліти	154
17. Самостійна робота 4. Тонзиллярні пухлини	156
18. Самостійна робота 5. Функції лімфаденоїдного глоткового кільця	159
19. Самостійна робота 6. Доброякісні і злоякісні пухлини гортані	161
20. Самостійна робота 7. Дифтерія гортані	163
21. Самостійна робота 8. Аудиометрія. Її види	165
22. Самостійна робота 9. Отосклероз	167
23. Самостійна робота 10. Сенсоневральна приглухуватість	169
24. Самостійна робота 11. Хвороба Мен'єра	171
25. Література	173

ПЕРЕДМОВА

У зв'язку з подальшим розвитком оториноларингології що характеризується все ширшим застосуванням нових складних діагностичних методів обстеження та хірургічних втручань, значно зростає необхідність у фаховому своєчасному проведенні обстеження ЛОР-пацієнтів та своєчасного надання кваліфікованої допомоги.

Перебуваючи поряд із пацієнтом, медичний персонал спостерігає за всіма змінами перебігу захворювання, виконує всі необхідні маніпуляції і надає невідкладну медичну допомогу та виконує лікарські призначення.

Щоб забезпечити високу організацію навчального процесу з використанням сучасних методів навчання, в електронному виданні посібника «Медсестринство в оториноларингології» зібрано текстові лекції, методичні рекомендації до практичних занять, завдання для самостійної позааудиторної роботи студента. Посібник укладено відповідно до типової (навчальної) та робочої навчальної програми з дисципліни “Медсестринство в оториноларингології”.

Мета посібника:

- розвиток творчих здібностей та активізація розумової діяльності;
- формування потреби безперервного самостійного поповнення знань;
- поглиблене вивчення дисципліни;
- самостійна робота, як результат морально-вольових зусиль особистості.

Завдання посібника:

- навчити студентів самостійно працювати з літературою;
- творчо сприймати навчальний матеріал і його осмислювати;
- прищепити навички щоденної самостійної роботи в одержанні та узагальненні знань.



СИЛАБУС
навчальної дисципліни
«Медсестринство в оториноларингології»
найменування дисципліни

Галузь знань	22 Охорона здоров'я
Спеціальність	223 Медсестринство
Освітньо-професійна програма	Сестринська справа
Освітній ступінь	Фаховий молодший спеціаліст
Статус дисципліни	Нормативна
Група	III MC 11-13
Мова викладання	Українська
Кафедра, за якою закріплена дисципліна	Кафедра клінічного медсестринства, акушерства та гінекології
Викладачі курсу	Наливайко Лілія Миколаївна- викладач, магістр з медсестринства
Контактна інформація викладача	l.m.nalivayko@lma.edu.ua Група у Viber, Google Classroom.
Консультації	Відповідно до розкладу консультацій. Можливі он-лайн консультації через ZOOM, Meet або подібні ресурси. Для погодження часу он-лайн консультацій слід писати на електронну пошту викладача або дзвонити.
Опис навчальної дисципліни	Кількість кредитів – 2,5 Загальна кількість годин – 75 Модулів – 1 Рік підготовки – 3-й Семестр – 5-й Лекції – 8 год. Практичні заняття – 32 год. Самостійна робота – 35 год.
Коротка анотація курсу	Дисципліна «Медсестринство в оториноларингології» є нормативною дисципліною зі спеціальності Сестринська справа. Навчальну дисципліну розроблено таким чином, щоб надати здобувачам вищої освіти необхідні знання для опанування клінічних дисциплін загального та фахового спрямування. Предметом вивчення навчальної дисципліни є: етіологія, клінічні прояви різноманітних захворювань верхніх дихальних шляхів, вуха та суміжних з ним ділянок, сучасні принципи діагностики, лікування та профілактики, а також медсестринський процес при різних захворюваннях.

<p>Мета та цілі курсу</p>	<p>Метою вивчення нормативної дисципліни «Медсестринство в оториноларингології» є : формування знань та практичних навичок з питань етіології, клінічних ознак, діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених оториноларингологічних хвороб.</p> <p>Згідно з вимогами освітньої програми студенти повинні</p> <p>знати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - роль і завдання сестри медичної в лікувально-діагностичному процесі, профілактиці захворювань; - методи пропаганди здорового способу життя; - етіологію, класифікацію, симптоми та синдроми найбільш поширених ЛОР хвороб, обстеження, діагностику; - принципи лікування та профілактичні заходи при захворюваннях різних органів і систем відповідно до протоколів; - організацію та алгоритм надання невідкладної медичної допомоги при загрозливих для життя станах; - значення основних та додаткових (лабораторних, інструментальних) методів обстеження; - основні положення чинних наказів МОЗ України; - про моральну та юридичну відповідальність за проведену роботу, збереження професійної таємниці; - правила виконання медичних маніпуляцій; - екологічний та санітарно-епідеміологічний стан регіону, країни; - правила техніки безпеки при роботі з медичною апаратурою, електроприладами, правила професійної безпеки, дотримання правил протиепідемічного режиму; <p>вміти:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оцінити стан пацієнта; - готувати пацієнта до інструментальних та ендоскопічних методів обстеження ЛОР-органів та забору матеріалу для лабораторних досліджень; - виконувати найпростіші медичні маніпуляції; - надавати медичну допомогу при невідкладних станах в клініці ЛОР-хвороб; - асистувати лікареві під час виконання складних інструментальних, ендоскопічних обстежень та лікувальних процедур; - дотримуватися правил етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом - під час боротьби з епідемією COVID -19 виконувати настанови протиепідемічного режиму-носити маски, дотримуватися соціальної дистанції, викоритсовувати антисептики; - дотримуватися правилами техніки безпеки, протиепідемічного режиму при обстеженні, роботі з медичною апаратурою.
<p>Програмні результати навчання</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Проводити медсестринське обстеження та медсестринську діагностику органів і систем пацієнта, виявляти та оцінювати проблеми пацієнта. • Планувати медсестринські втручання та реалізовувати їх. • Значення додаткових(лабораторних,інструментальних) методів

	<p>обстеженнях.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Основні положення чинних наказів МОЗ України. • Здійснювати медсестринське адміністрування. • Нести юридичну відповідальність за проведену роботу. • Приймати участь у забезпеченні спостереження за здоровим і перепациєнтним населенням, реабілітації та диспансерного нагляду. • Виконувати медичні маніпуляції з метою забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму.. • Дотримуватись правил професійної безпеки, правил протиепідемічного режиму.. • Планувати і проводити профілактичні та протиепідемічні заходи щодо інфекційних хвороб. • Організовувати та проводити навчання пацієнтів та членів їхніх родин з медичних питань. • Проводити медико-гігієнічну пропаганду. • Належно вести відповідну медичну документацію. • Здатність до точності при здійсненні медсестринських втручань.
<p>Політика курсу</p>	<p>Дотримання принципів академічної доброчесності. Не толеруються жодні форми порушення академічної доброчесності. Очікується, що роботи студентів будуть самостійними, їх власними оригінальними дослідженнями чи міркуваннями. Для осіб з особливими освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їх індивідуальних потреб і можливостей. Під час виконання письмових контрольних робіт, модульних контрольних, тестування, підготовки до відповіді на екзамені користування зовнішніми джерелами заборонено. Виявлення ознак академічної недоброчесності в письмовій роботі студента є підставою для її незарахування викладачем.</p> <p>Дотримання принципів та норм етики і професійної деонтології. Під час занять здобувачі фахової передвищої освіти діють із позицій академічної доброчесності, професійної етики та деонтології, дотримуються правил внутрішнього розпорядку Академії. Під час боротьби з епідемією COVID-19 виконують всі настанови протиепідеміологічного режиму: носять маски, дотримуються соціальної дистанції, використовують антисептики. Ведуть себе толерантно, доброзичливо та виважено у спілкуванні між собою та викладачами.</p> <p>Відвідування занять. Студенти повинні відвідувати усі лекції, практичні заняття курсу та інформувати викладача про неможливість відвідати заняття.</p> <p>Політика дедлайну. Студенти зобов'язані дотримуватися термінів, передбачених курсом і визначених для виконання усіх видів робіт.</p> <p>Порядок відпрацювання пропущених занять. Відпрацювання пропущених занять без поважної причини відбувається згідно з графіком відпрацювань та консультацій. Відпрацювання пропущених занять з поважної причини може проводитися також улюбий зручний час для викладача.</p>

Перескладання підсумкової оцінки з метою її підвищення не допускається, окрім ситуацій передбачених нормативними документами Академії, або неявки на підсумкове заняття з поважної причини.

Структура курсу

ТЕМИ ЛЕКЦІЙ

V СЕМЕСТР		
№ з/п	Назва теми	Кількі години
1.	Гострі та хронічні захворювання носа і приносних пазух	2
2.	Гострі та хронічні захворювання глотки. Ускладнення при хворобах глотки	2
3.	Гострі та хронічні захворювання гортані. Ускладнення при хворобах гортані	2
4.	Захворювання зовнішнього та середнього вуха. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення	2
Разом:		8

ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

V СЕМЕСТР		
№ з/п	Назва теми	Кількі години
1.	Методи обстеження пацієнта при захворюваннях носа та приносних пазух	4
2.	Медсестринський процес при захворюваннях носа та приносних пазух	4
3.	Медсестринський процес при гострому та хронічному тонзилітах	4
4.	Медсестринський процес при фарингіті, гіпертрофії глоткового мигдалика, сторонніх тілах глотки	4
5.	Медсестринський процес при захворюваннях гортані	4
6.	Методи обстеження пацієнта при захворюваннях вуха	4
7.	Медсестринський процес при захворюваннях вуха	4
8.	<i>Модульний контроль 1.</i> Захворюваннях верхніх дихальних шляхів, вуха. Невідкладні стани в оториноларингології	4
Разом:		32

САМОСТІЙНА РОБОТА

V СЕМЕСТР		
№ з/п	Назва теми	Кількі години
1.	Доброякісні і злоякісні пухлини носа та приносних пазух	3
2.	Риногенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення	3
3.	Гострі вторинні тонзиліти	3
4.	Тонзиллярні пухлини	3
5.	Функції лімфаденоїдного глоткового кільця	3
6.	Доброякісні і злоякісні пухлини гортані	3
7.	Дифтерія гортані	3
8.	Аудиометрія, її види	2
9.	Отосклероз	3

10.	Сенсоневральна приглухуватість	3
11.	Хвороба Мен'єра	3
12.	Підготовка до модульного контролю 1	3
Разом:		35

Література для вивчення дисципліни	<p>Основна:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гавріш О.В., Ніколаєнко С.А. Медсестринство в оториноларингології: підручник (ВНЗ I—III р. а.) - К.: ВСВ «Медицина», 2015. 2. Заболотний Д.І., Мітін Ю.В. та ін. Оториноларингологія: Підручник для мед. ВНЗ IV р.а. — 4-ге вид., випр. Затверджено МОН - К.: ВСВ «Медицина», 2020. 3. Оториноларингологія: підручник / В. Т. Пальчун, А. В. Гаків, М. М. Магомедов. — 4-е вид., 2020. 4. Мітін, Ю. В. Хвороби вуха, горла, носа. Підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-II р. акред. - К. : ВСВ "Медицина", 2015. 5. Шегедин М. Б., Симаровська Л. І., Гоц О.О., Жубрид М.Т., Наливайко Л.М. Медсестринство в оториноларингології. Навчальний посібник, - Вінниця: Нова книга, 2011. 6. Науменко О. М., Задорожня А.Г., Юрочко Ф. Б. Антимікробна терапія в оториноларингології. Підручник. – Київ: Медкнига, 2016. <p>Додаткова:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лісовий В.М., Ольховська Л.П., Капустник В.А. Основи медсестринства. Підручник. – К.: Медицина, 2010. 2. Мітін Ю.В., Науменко О.М., Деева Ю.В. та ін. Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою: Навч.-метод. посіб. - К.: ВСВ «Медицина», 2015. <p>Інформаційні ресурси:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Львівська наукова бібліотека ім. Стефаніка НАН України. Режим доступу: https://www.lsl.lviv.ua/index.php/uk/elektronni-resursy1/ 2. Національна наукова медична бібліотека України. Режим доступу: https://library.gov.ua/ 3. Вінницька обласна наукова медична бібліотека. Режим доступу: https://vinmedlib.org.ua/ 4. Наукова бібліотека Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Режим доступу: http://www.medlib.lviv.pro 5. Бібліотека Львівського медичного інституту. Режим доступу http://www.medinstytut.lviv.ua 6. Бібліотека Тернопільського державного медичного університету імені Я. Горбачевського. Режим доступу: http://www.tdmu.edu.ua 7. Медичні бібліотеки он-лайн. Режим доступу: http://medlib.bsmu.edu.ua/internet-resursy/biblioteky-on-lajn/
Поточний та підсумковий контроль	<p>Поточний контроль здійснюється на кожному практичному занятті з обов'язковим виставленням оцінки.</p> <p>Методи усного контролю: індивідуальне опитування, фронтальне опитування, співбесіда.</p>

	<p>Методи самоконтролю: письмовий тестовий контроль, підсумковий модульний тестовий контроль, розв'язування клінічних ситуативних задач, виступ з доповіддю, самостійного опрацювання, виконання індивідуального дослідного завдання, відпрацювання та демонстрація практичних навичок.</p> <p>Підсумковий контроль проводиться у вигляді диференційованого заліку згідно з «Положенням про організацію освітнього процесу у Львівській медичній академії ім. Андрея Крупинського» підсумкова оцінка з дисципліни виставляється за 100-бальною шкалою з наступним переведенням у національну шкалу та шкалу ECTS. Бали нараховують за виконання завдань аудиторної роботи, практичних, контрольних (модульних) завдань, тестів. результати поточного контролю здобувачів вищої освіти є складовими елементами підсумкової оцінки з дисципліни.</p>																																				
<p>Навчальні методи та техніки, які будуть використовуватися під час викладання курсу</p>	<p>Лекції, практичні та індивідуальні заняття, самостійна робота студента, консультації.</p> <p><i>Лекції</i> проводяться з використанням мультимедійних презентацій.</p> <p><i>Практичні заняття</i> проводяться з використанням методичних рекомендацій, мультимедійних презентацій.</p> <p><i>Самостійна позааудиторна робота</i> студентів забезпечується методичними рекомендаціями та робочим зошитом для її виконання. У разі роботи в дистанційному режимі використовуватиметься віртуальне навчальне середовище MOODLE, Zoom, Google Meet, Google Classroom.</p> <p>Лекції та практичні заняття будуть проводитися за допомогою програм електронної комунікації Zoom, Google Meet, Google Classroom.</p> <p>Поточна комунікація з викладачем буде здійснюватися в соціальних мережах Viber, WhatsAp (за вибором академічної групи).</p>																																				
<p>Необхідне обладнання</p>	<p>У звичайному режимі навчання. Вивчення курсу передбачає приєднання кожного студента до навчального середовища MOODLE, або Google Classroom.</p> <p>У режимі дистанційного навчання під час карантину. Вивчення курсу додатково передбачає приєднання кожного студента до програм ZOOM, або Google Meet (для занять у режимі відеоконференцій). У цьому випадку студент має самостійно потурбуватися про якість доступу до інтернету.</p>																																				
<p>Критерії оцінювання</p>	<p style="text-align: center;">Схема нарахування та розподіл балів</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="6">Поточне оцінювання, МК та самостійна робота</th> <th rowspan="2">СМО</th> <th rowspan="2">ПМО</th> <th rowspan="2">ECTS</th> <th rowspan="2">За національною шкалою</th> </tr> <tr> <th colspan="6">Модуль 1</th> </tr> <tr> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>...Tn</th> <th>САП</th> <th>МК 1</th> <th>МО</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>86</td> <td>87</td> <td>87</td> <td>87</td> <td>87</td> <td>В</td> <td>87(добре)</td> </tr> </tbody> </table>	Поточне оцінювання, МК та самостійна робота						СМО	ПМО	ECTS	За національною шкалою	Модуль 1						T1	T2	...Tn	САП	МК 1	МО					4	4	5	86	87	87	87	87	В	87(добре)
Поточне оцінювання, МК та самостійна робота						СМО	ПМО					ECTS	За національною шкалою																								
Модуль 1																																					
T1	T2	...Tn	САП	МК 1	МО																																
4	4	5	86	87	87	87	87	В	87(добре)																												

T₁ – T_n – теми занять до модульного контролю 1;
САП – середнє арифметичне усіх позитивних оцінок в національній шкалі, яке переводиться у 100 – бальну шкалу;
МК модульний контроль;
МО (модульна оцінка) – середнє арифметичне САП та МК;
СМО (семестрова модульна оцінка) – це середньоарифметична МО;
ПМО (підсумкова модульна оцінка) – виставляється в кінці вивчення дисципліни за 100 – бальною, національною шкалою та ECTS.

Шкала оцінювання: національна та ЄКТС

За 100-бальною шкалою	За національною шкалою	За шкалою ECTS
90-100	відмінно	A
80-89	добре	B
70-79	добре	C
60-69	задовільно	D
51-59	задовільно	E
35-50	незадовільно з можливістю повторного складання	FX
0 34	незадовільно з обов'язковим повторним курсом вивчення дисципліни за зазначений семестр	F

Питання до підсумкового контролю

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

- Провести медсестринське обстеження пацієнта з патологією ЛОР-органів.
- Асистувати при проведенні ендоскопічного дослідження ЛОР-органів (риноскопії, фагінгоскопії, ларингоскопії, отоскопії).
- Дослідити слухову функцію шепітною і розмовною мовами, камертонами.
- Дослідити вестибулярну функцію (пальценосова та вказівна проби, проба Ромберга, обертова проба).
- Надавати невідкладну допомогу при носовій кровотечі, стенозі гортані.
- Підготувати пацієнта до лабораторних досліджень та інструментальних обстежень.
- Виконувати маніпуляції:
 - туалет носа;
 - закапування крапель, пульверизацію, введення турунд у ніс;
 - передню тампонаду носа;
 - змащування, зрошування, інсуфляцію глотки;
 - промивання лакун піднебінних мигдаликів;
 - проведення інгаляцій;
 - туалет і заміна внутрішньої трахеостомічної трубки;
 - закапування крапель, введення турунд у вухо;
 - туалет зовнішнього слухового ходу;
 - видалення сірчаного корку і стороннього тіла;
 - взяття мазка із зовнішнього слухового ходу, носа, глотки для бакдослідження;
 - взяття мазка зі слизової оболонки глотки на дифтерію;
 - накладення зігрівального компресу на ділянку вуха.
- Дотримуватися правил техніки безпеки, охорони праці під час

роботи з електроприладами, апаратами, що працюють під тиском, кисневими балонами; під час обстеження, виконання маніпуляцій, забору біологічного матеріалу для досліджень.

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ЗАЛІКУ

1. Анатомо-фізіологічні особливості будови носа та приносних пазух.
2. Методи обстеження носа та приносних пазух.
3. Відмороження носа: ступені, лікування, профілактика.
4. Опіки носа: ступені, лікування, профілактика.
5. Фурункул: причини, клінічні симптоми, лікування, профілактика.
6. Носова кровотеча: причини, невідкладна допомога, профілактика.
7. Гострий риніт: клінічні стадії, діагностика, лікування, профілактика.
8. Особливості перебігу гострого риніту у немовлят.
9. Хронічний риніт: класифікація, клінічні ознаки, лікування, профілактика.
10. Шляхи проникнення інфекції до приносних пазух.
11. Гострий синусит: класифікація, клінічні ознаки, діагностика, лікування.
12. Хронічний синусит: класифікація, клінічні ознаки, діагностика, лікування.
13. Риногенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
14. Анатомо-фізіологічні особливості будови глотки.
15. Лімфаденоїдне глоткове кільце, його функції.
16. Методи дослідження глотки.
17. Класифікація тонзилітів.
18. Гострий первинний тонзиліт (ангіна): причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
19. Ускладнення ангін.
20. Хронічний тонзиліт: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
21. Дифтерія зіву: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
22. Відмінності між дифтерією та ангіною.
23. Аденоїди: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
24. Стеноз гортані: класифікація, стадії, клінічні ознаки, невідкладна допомога.
25. Гострий ларингіт: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
26. Гострий стенозуючий ларинготрахеїт: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
27. Гортанна ангіна: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
28. Трахеостомія. Догляд за пацієнтом після трахеостомії.
29. Сторонні тіла гортані, трахеї, бронхів: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.
30. Анатомо-фізіологічні особливості будови вуха.
31. Слухова функція: звукопроведення, звукосприйняття.
32. Методи дослідження слухової та вестибулярної функцій вуха.

	<p>33. Травматичні ушкодження вуха: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>34. Зовнішній дифузний отит: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>35. Сірчаний корок: причини, клінічні ознаки, діагностика, методи видалення, профілактика.</p> <p>36. Сторонні тіла зовнішнього слухового ходу: причини, клінічні ознаки, діагностика, методи видалення, профілактика.</p> <p>37. Гострий середній отит: причини, класифікація, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>38. Особливості перебігу гострого гнійного середнього отиту у дітей грудного віку.</p> <p>39. Хронічний гнійний середній отит: причини, класифікація, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>40. Нейросенсорна приглухуватість: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>41. Отосклероз: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>42. Лабіринтит: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>43. Хвороба Мен'єра: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p> <p>44. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення: причини, клінічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.</p>
Опитування	Анкету з метою оцінювання якості курсу буде надано по завершенню курсу

ЛЕКЦІЯ №1

ТЕМА: «Гострі та хронічні захворювання носа і приносових пазух»

ПЛАН

1. Хвороби зовнішнього носа.
2. Хвороби порожнини носа.
3. Хвороби приносових пазух.

Актуальність теми:

Хвороби носа і приносових пазух є найпоширенішою патологією верхніх дихальних шляхів. Враховуючи важливість функцій, що виконують ніс і приносові пазухи, їх зв'язок з іншими органами та системами, патологічні процеси в них, можуть негативно впливати на організм людини.

Тому знання етіології, клініки, принципів лікування та принципів надання невідкладної допомоги дозволяє запобігти розвитку різноманітних ускладнень з боку інших органів та систем організму.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

1. Хвороби зовнішнього носа

Опіки носа

Опік - пошкодження шкірних покривів носа внаслідок дії високої температури, хімічних речовин, променевої радіації.

Причини:

- дія високої температури (кип'ятку, гарячої пари)
- хімічні речовини (кислоти, луги)
- дія променевої радіації (інфрачервоне, ультрафіолетове випромінювання)
- радіаційні (контакт з радіоактивними речовинами).

Клініка:

- гострий пекучий біль
- зміни шкіри залежно від ступеня опіку

Виділяють чотири ступені опіків:

1 ступінь - гіперемія та набряк шкіри, пекучий біль

2 ступінь - на шкірі з'являються пухирі, заповнені прозорою рідиною, при руйнуванні пухирів утворюється блискуча рана

3 ступінь - виникає некроз (змертвіння) всієї товщі шкіри, шкіра темно-червоного забарвлення, турбує нестерпний біль

4 ступінь - змертвіння шкіри та розміщених глибше тканин(обвуглювання).

Лікування:

- при термічних опіках змащують опікову поверхню вазеліновою, ланоліновою або іншою індиферентними мазями. Використовують гелеві антимікробні серветки.
- при хімічних опіках промивають поверхню чистою водою та нейтралізують дію агресивної речовини антидотами: кислот – лугами (3% розчин гідрокарбонату натрію, мильної води), а лугів – кислотами (3% розчин оцтової кислоти або лимонної кислоти). Протипоказано накладання жирових пов'язок або мазей на жировій основі. Обпечену ділянку необхідно захищати від дії високої температури і сонця

- анальгетики і антипіретики
- антисептичні та дезінфікуючі засоби.

Не допустимо самотійно розрізати піхури, оскільки підвищується ризик розвитку інфекції.

Відмороження носа

Відмороження носа – дія низької температури (холоду) на зовнішній ніс.

Причини:

- місцева дія низької температури на зовнішній ніс

Клініка:

Ступені відмороження:

1 ступінь - шкіра носа стає блідою, чутливість знижується, незначний біль.

2 ступінь - набряк та виражене почервоніння шкіри. Утворюються пухирі з прозорою рідиною, біль стає вираженим.

3 ступінь - виникають ділянки некрозу й утворюються виразки переважно на вільному краю ніздрів.

Лікування:

- штучне відігрівання в теплому приміщенні;
- прикладання грілки з теплою водою $\geq 25^{\circ}\text{C}$;
- тепле пиття, їжа;
- накладання тепло ізолюючої пов'язки через голову, що складається з шарів марлі і бинта;
- використання захисних мазей;
- госпіталізація в стаціонар.

Профілактика відморожень носа:

- загартовування організму
- підвищення загальної опірності організму

Не допускається активне розтирання носа, вживання алкоголю, швидке гаряче зігрівання.

Травми носа та приносових пазух

Причини:

- дія тупого механічного травмуючого агента(при падінні, ударі кулаком або тупим предметом)
- дія гострого травмуючого агента(колючі,ріжучі предмети)
- вогнепальне поранення

Клініка:

- набряк м'яких тканин носа
- синюшність м'яких тканин носа, верхньої і нижньої повік
- носова кровотеча
- утруднення носового дихання
- втрата або зниження нюху
- слъозотеча
- деформація зовнішнього носа
- забійно-рвані рани носа
- патологічна рухомість і крепітація кісткових уламків

- травма нерідко поєднується з черепно-мозковою травмою (нудота, запаморочення, блювання).

Лікування:

- зупинка кровотечі
- знеболювальні та протишокові засоби
- первинна хірургічна обробка рани
- місцева і загальна антибіотикотерапія
- репозиція кісткових уламків.

Ускладнення:

- деформація зовнішнього носа
- гематома чи абсцес носової перегородки
- внутрішньочерепні ускладнення(менінгіт, синус-тромбозом, абсцесом мозку)

Фурункул носа

Фурункул носа - це запалення сальної залози та волосяного фолікула, розташованого в ділянці входу в ніс або на його зовнішній поверхні.

Причини:

- мікротравми шкіри входу в ніс мацерація шкіри при гострому нежиті, порізі, потертості
- фурункульоз
- цукровий діабет, гельмінтози, гіповітаміноз.

Клініка:

- спонтанний біль в ділянці ураження
- наявність щільного інфільтрату з крапкою у центрі (стадія інфільтрації)
- набряклість навколишніх тканин носа: щоки, верхньої губи, перенісся, верхньої та нижньої повіки
- шкіра носа почервоніла, напружена і чутлива
- конусоподібне підвищення на зовнішній поверхні носа (стадія абсцедування)
- на 4-6 добу фурункул розривається

Лікування:

стадія інфільтрації

- змазують шкіру антисептичними мазями
- знеболювальні середники

стадія абсцедування

- хірургічне розкриття фурункула
- антибіотики
- фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, солюкс, УФО)

Профілактика:

- дотримання правил особистої гігієни
- правильна обробка ран

Ускладнення:

- запалення клітковини очниці
- менінгіт
- сепсис.

Якщо на шкірних покривах з'явився характерний нарід гнійної консистенції, не варто самосійно видавлювати, а звернутись до фахівця.

2. Хвороби порожнини носа.

Риніт(нежить)

Риніт - запалення слизової оболонки носа.

Гострий нежить

Причини:

- ГРВІ
- бактеріальна інфекція
- надмірне сухе і нагріте повітря
- подразники (дим, пил, агресивні запахи)
- тривале неконтрольоване введення крапель до носа

Клініка:

Розрізняють три стадії хвороби:

1. Суха стадія:

- легке нездужання
- субфебрильна температура,
- сухість, лоскотання в носі, чхання, легкий біль у глотці

2. Стадія серозних виділень:

- слизова оболонка носа набуває пурпурно-червоного кольору
- рясні водянисті виділення, закладення носа, зниження нюху
- головний біль

3. Стадія слизисто-гнійних виділень:

- виділення слизисті, а при приєднанні інфекції - гнійними
- гіперемія слизової

Лікування:

- протівірусні препарати
- антибактеріальні (викликали бактеріальною інфекцією)
- теплі чаї (липа, малина)
- місцево в ніс судинозвужувальні засоби
- використання зволожуючих спреїв
- фізіотерапевтичне лікування (УВЧ, УФО, «Луч»)
- фітопрепарати

Ускладнення:

- втрата нюху
- гострі синусити
- гострі середні отити
- гострі фарингіти
- гострі ларинготрахеїти
- ангіни, пневмонії

Носова кровотеча

Залежно від причин розрізняють травматичні, симптоматичні кровотечі.

Причини:

1. Місцеві:

- травматичні ушкодження
- ангіофіброма порожнини носа
- операційні втручання на носі, механічна травма пальцем

2. Загальні:

- захворювання крові(гемофілія, тромбоцитопенія)
- захворювання серцево-судинної системи(атеросклероз, гіпертонічна хвороба)
- перегрівання організму
- інфекційні хвороби
- застосування антикоагулянтів

Лікування:

- надання пацієнту сидячого положення, голову опустити донизу
- притиснути крила носа до перегородки на 10 хв. двома пальцями або спеціальною кліпсою
- виміряти АТ
- введення в порожнину носа кровозупинних засобів (гемостатичної губка, вати, зволоженої перексидом водню)
- передня тампонада носа (при неможливості проведення коагуляції судин)
- задня тампонада носа (тільки в спеціалізованому ЛОР відділенні)
- трансназальна перев'язка судин
- інтраназальні припікання (дітям рекомендовано під загальним знеболенням)
- введення судиннозвужувальних препаратів

Догляд за пацієнтом:

Передбачає постійне спостереження за станом пацієнта передусім з урахуванням можливості виникнення повторної кровотечі. При кровотечі з задніх відділів носа, пацієнт має спльовувати кров ротом, якщо кров заковтується може виникнути блювання чорними кров'янистими масами. Пацієнт з переднім тампоном у носі може мати утруднений відтік сльози через носослізний канал. При такому слід закапати в око 2-3 краплі 20-30% р-ну сульфацил-натрію або фурациліну (1:5000). У пацієнта з заднім тампоном може порушуватись ковтання (набряк м'якого піднебіння), тому призначають рідку їжу. У разі повторних кровотеч рекомендовано генетичне дослідження з метою виявлення вроджених вад слизової оболонки носа.

Сторонні тіла носа

Сторонні тіла носа – це предмети чужорідного характеру, що потрапили в порожнину носа.

Причини:

- часто зустрічається у дітей(ховають у порожнину носа дрібні іграшки, кульки, зерна бобових)
- виробничі травми
- живі сторонні тіла (п'явки, глисти)

Клініка:

- утруднене дихання, переважно одnobічне
- слизисто-гнійні виділення, що мають неприємний запах, домішки крові з однієї ніздрі
- мацерація шкіри у входу вніс
- кровотеча

- головний біль, прогресуючий кератит

Лікування:

- невеликі сторонні тіла іноді видаляють за допомогою сякання
- округлі сторонні тіла видаляють зігнутиим гачком з тупим наконечником
- сторонні тіла неправильної форми усувають пінцетом чи щипцями

3. Хвороби приносних пазух.

Хронічний верхньощелепний синусит (хронічний гайморит)

Запалення верхньощелепної пазухи - досить часте захворювання.

Причини:

- гіперпластичний, атрофічний риніт.
- викривлення перегородки носа.
- захворювання 4-7-го верхніх зубів (одонтогенний верхн щелепний синусит)
- часті ГРВІ.

Клініка:

- біль в ділянці верхньощелепної пазухи.
- інтенсивний головний біль розпираючого характеру
- гнійні виділення з носа
- утруднене носове дихання
- слъозотеча, світлобоязнь.

Догляд за пацієнтом:

Медична сестра повинна звернути увагу чи не має прогресуючого набряку м'яких тканин обличчя, зміни свідомості пацієнта та можливі прояви септичного стану: підвищення температури, рясні потовиділення, запаморочення, блювання.

Лікування:

- медикаментозне з призначенням антибіотиків
- промивання носа антисептичним розчином методом "зозулі"
- хірургічне: гайморотомія, лазеротерапія.

Ускладнення:

- поява поліпів та кистозних утворень;
- розтягнення запаленої пазухи.

Хронічний фронтит

Хронічний фронтит – це запалення слизової оболонки лобної пазухи.

Причини:

- високе розміщення вічка пазухи, яке сполучає пазуху з порожниною носа, це утруднює відтік вмісту
- низьке розміщення дна пазухи
- перехід гострого запалення пазухи у хронічну форму
- патологічні зміни в носі
- зниження реактивності організму
- професійні фактори

Клініка:

- відчуття тиску в ділянці лобних пазух і перенісся
- тупий біль в усій лобній ділянці, який посилюється при нахиленні голови донизу
- слизово-гнійні виділення з носа вранці

- можливі нориці у медіальному куті ока
- набряк слизової оболонки переднього кінця середньої носової раковини
- поліпи в середньому носовому ході (при поліпозній і поліпозно-гнійній формах фронтиту)

Лікування:

- травмування носа, застосування “зозулі”
- забезпечення відтоку з лобної пазухи (судинозвужувальні краплі в ніс)
- фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, електрофорез, лазеротерапія)
- ліквідація патології в носі (видалення поліпів, конхотомія, резекція викривленої носової перегородки)
- пластична операція - фронтотомія

Хронічний етмоїдит (етмоїдальний синусит)

Хронічний етмоїдит – запалення слизової оболонки решітчастої пазухи.

Причини:

- високе розміщення вічка пазухи, яке сполучає пазуху з порожниною носа, це утруднює відтік вмісту
- низьке розміщення дна пазухи
- розміщення коренів 4-7-го верхніх зубів недалеко від дна верхньощелепної пазухи, запальний процес в яких може розповсюдитись на слизову оболонку пазухи
- перехід гострого запалення пазухи у хронічну форму
- патологічні зміни в носі
- зниження реактивності організму
- професійні фактори

Клініка:

- головний біль (частіше в ділянці кореня носа іррадіює в очну ямку)
- відчуття тиску в ділянці перенісся
- утруднене носове дихання
- гнійні або слизисто-гнійні виділення з носа
- порушення нюху
- можливе погіршення зору (при ураженні зорового нерва внаслідок переходу запалення із задніх комірок решітчастого лабіринту)
- набряк та почервоніння слизової оболонки середнього і верхнього носових ходів
- гнійні або слизисто-гнійні виділення в середньому і верхньому носових ходах
- множинні поліпи (при поліпозній і поліпозно-гнійній формах) в середніх і верхніх відділах носа

Лікування:

- антибіотики широкого спектру дії
- судинозвужувальні та протизапальні краплі в ніс
- фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, фонофорез з гідрокортизоном, електрофорез з антибіотиком)
- гелій-неоновий лазер на слизову порожнину носа

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Фурункул носа, методи лікування.
2. Гострий риніт, клініка, принципи лікування.
3. Класифікація хронічних ринітів.
4. Диференційна діагностика, методи лікування хронічного катарального риніту
5. Алергічний риніт. Класифікація.
6. Принципи лікування алергічного риніту
7. Викривлення перегородки носа, методи хірургічної корекції
8. Ендемічність, етіологія, клінічна картина хронічного етмоїдиту.
9. Методи лікування хронічного етмоїдиту
10. Методи відеоендоскопічної ринохірургії

ЛЕКЦІЯ №2

ТЕМА: «Гострі та хронічні захворювання глотки. Ускладнення при хворобах глотки».

ПЛАН

1. Гострі захворювання глотки.
2. Хронічні захворювання глотки.
3. Ускладнення при захворюванні глотки.

Актуальність теми:

Захворювання глотки є поширеними захворюваннями як серед дорослого населення, так і серед дітей. Перебіг захворювань є важким, а деякі ускладнення є небезпечні і загрозливі для життя пацієнта.

Патологічний процес у мигдаликах може стати причиною ураження серця, нирок, верхніх дихальних шляхів, нервової системи та інших органів.

Хронічний процес у піднебінних мигдаликах може стати причиною ураження суміжних анатомічних ділянок (отити) й віддалених органів (суглоби).

Гіпертрофія глоткового мигдалика викликає не тільки утруднення носового дихання у дитини, але може бути причиною деформації лицевого скелету.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

1. Гострі захворювання глотки

Аденоїдит

Аденоїдит (аденоїди) – захворювання, що характеризується гіпертрофією мигдалика, який розміщений у носоглотці.

Причини:

- конституційна схильність.
- повторні інфекції верхніх дихальних шляхів.

Клініка:

- утруднення носового дихання через обидві половини носа.
- постійне чи періодичне виділення з носа слизового або слизово-гнійного секрету, який може сприяти запаленню шкіри входу до носа.
- гугнява мова.
- поверхневий сон з відкритим ротом, що супроводжується хрипінням.
- ранкове блювання через заковтування слизу під час сну.
- відсутність апетиту.
- відставання у навчанні
- аденоїдний тип обличчя.

Лікування:

- судиннозвужуючі краплі в ніс
- вітаміни, препарати заліза, кальцію
- ультрафіолетове опромінення глотки
- санаторно-курортне лікування (курорти з теплим морським кліматом)
- аденотомія
- фізіотерапевтичне лікування (УВЧ, УФО)

- хірургічне лікування (аденотомія).

Ускладнення:

- хронічний риніт.
- гострі чи хронічні синусита.
- гострий рецидивуючий чи хронічний гнійний середній отит.
- хронічний тубоотит.
- хронічний тонзиліт.
- хронічний фарингіт.
- ларинготрахеобронхіт.
- кон'юнктивіт.

Профілактика:

- уникнення частих гострих респіраторних інфекцій, нежитю
- загартовування та фізичні вправи.
- дієта повинна бути переважно молочно-рослиною, з обмеженою кількістю м'ясних продуктів.

Гострий тонзиліт (ангіна)

Ангіна – це гостре інфекційне захворювання, що характеризується запаленням лімфоїдної тканини глотки, переважно піднебінних мигдаликів і регіонарних лімфатичних вузлів, та супроводжується гарячкою і явищами інтоксикації.

Причини:

- збудники (стрептокок, стафілокок, пневмокок)
- каріозні зуби
- зниження загальної реактивності організму
- термічні, механічні подразнення слизової оболонки зів'язи, мигдаликів.

Катаральна ангіна

Клініка:

- сухість і дряпання в горлі.
- помірний біль у глотці, що посилюється під час ковтання
- температура підвищена, головний біль та загальна слабкість.
- хвороба проходить через 3-5 діб.
- піднебінні мигдалики збільшені та болючі при дотику шпателем.
- поверхня їх почервоніла, іноді може бути вкрита слизовими виділеннями.

Фолікулярна ангіна

Клініка:

- виражений біль у горлі, що посилюється при ковтанні слини та їжі
- загальний стан порушується - це проявляється:
 - 1) різка слабкість та апатія;
 - 2) виражений головний біль;
 - 3) ломота у м'язах та суглобах
- значним підвищенням температури (до 40° С) з ознобами
- мигдалики значно збільшені, почервонілі та різко болючі при дотику шпателем
- жовтуваті або жовтувато-білі гноячки ("зоряне небо")
- підщелепні, позашчелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, різко болючі.

Лакунарна ангіна

Клініка:

- біль в горлі значний та особливо посилюється при ковтанні, може віддавати у вуха
- явища загальної інтоксикації
- температура підвищується до 40° С прискорення дихання та пульсу
- загальне нездужання, сонливість, виражений головний біль, біль у м'язах та суглобах, порушення сну
- набрякла і почервоніла слизова оболонка мигдаликів (з глибини лакун виступають жовтуваті нальоти)
- м'яке піднебіння і піднебінні дужки значно почервонілі та набряклі
- регіонарні лімфатичні вузли збільшені та болючі.

Лікування ангін:

- госпіталізація при важкому перебігу
- введення антибіотиків
- застосування місцевих засобів (спреї, ледьяники, пастилки за 1-2 год до вживання їжі)
- введення антигістамінних препаратів
- полоскання зівя 5-7 разів на добу (антисептиками).

Ускладнення:

- паратонзиллярний абсцес
- міокардит
- ревматизм
- тонзилогенний сепсис
- нефрит
- поліартрит.

Фарингіт:

Фарингіт – запалення слизової оболонки глотки Розрізняють гостру і хронічну форми

Гострий фарингіт

Причини:

- віруси
- стрептококи або інші бактерії
- дифузне запалення (гострий тонзилофарингіт)
- шкідливі фізичні та хімічні фактори, в тому числі й побутові.

Клініка:

- відчуття дряпання, сухості, паління в глотці
- неприємні відчуття при ковтанні, болючий "порожній" ковток (стадія вірусного запалення)
- рясні слизові, а потім гнійні виділення (стадія бактеріальної інфекції)
- підвищення температури тіла
- почервоніння слизової оболонки
- червоно-пурпурові утвори розміром 2-5 мм (набряклі та гіперемовані лімфоїдні фолікули)
- виражений судинний малюнок - застійні вени
- набряклі та болючі шийні й позащелепні лімфатичні вузли.

Лікування:

- полоскання глотки теплими дезінфікуючими розчинами
- сульфаніламідні препарати
- зрошення глотки аерозолями
- протигістамінні засоби
- інгаляції з проти набряковими препаратами
- УФО-опромінення.

2. Хронічні захворювання глотки.

Хронічний тонзиліт

Тонзиліт хронічний – хронічне запалення піднебінних мигдаликів.

Причини:

- гострі тонзиліти
- хвороби сусідніх органів (зубів, носа і приносних пазух).

Клініка:

- часті ангіни в анамнезі (3-5 разів на рік)
- незначний дискомфорт при ковтанні, поганий запах з рота, відчуття неприємного смаку під час вживання їжі
- швидка втомлюваність при фізичних навантаженнях, загальна слабкість.
- при огляді виявляють нерівну, горбкувату поверхню мигдаликів.
- виділення з лакун рідкого гною чи казеозного вмісту, переважно з неприємним запахом.
- порушення рухомості мигдаликів, збільшення позадушепних та шийних лімфовузлів.

Лікування:

- змащування мигдаликів антисептичними розчинами
- полоскання глотки антисептичними розчинами
- промивання лакун мигдаликів антисептичними розчинами
- введення в лакуни дезінфікуючих паст
- курс фізіотерапії УФО, УВЧ
- санація карієсних зубів, порожнини носа та приносних пазух
- при загостреннях процесу (ангіна) призначають антибіотики, полоскання глотки.

При неефективності консервативного лікування проводять напівхірургічні методи: гальваноакустика, діатермокоагуляція, лазерна лакунотомія та деструкція мигдаликів.

При неефективності напівхірургічних методів проводять хірургічне лікування – тонзилектомія.

Ускладнення:

- паратонзиллярний абсцес
- ревматизм
- нефрит
- неспецифічний поліартрит
- тонзилітогенний сепсис.

Хронічний фарингіт

Розрізняють такі форми хронічного фарингіту: атрофічну, катарально-гіпертрофічну.

Причини:

- захворювання серцево-судинної системи, нирок, органів травлення, а також на тлі анемії), цукрового діабету.
- порушення носового дихання (викривлення перегородки носа, аденоїди).
- інфекція.
- неінфекційні чинники (пара, гази, пил, гаряче сухе повітря, функціональне перевантаження глотки: тривалий кашель, неправильна постановка співочого голосу).

Клініка:

- відчуття сухості в глотці
- відчуття "клубка" в горлі
- "липкий" кашель, особливо вранці
- неприємні відчуття при "порожньому" ковтку
- вимушене покашлювання або кашель
- при сильному кашлі можуть бути невеликі кровотечі (домішки крові в харкотинні)

при атрофічній (сухий) формі:

- слизова оболонка задньої стінки глотки гладка, стоншена, суха, часто блискуча, вкрита незначною кількістю жовто-зелено-гнійного нальоту.

при катарально-гіпертрофічній формі:

- гіперплазія, гіперемія, лімфоцитарна інфільтрація, набряк, розростання сполучної тканини в слизовій оболонці глотки.

Лікування:

По можливості слід усунути причини, що призвели до розвитку хвороби:

Місцеве лікування залежить від форми фарингіту:

При катарально-гіпертрофічній формі:

- полоскання дезінфікуючими розчинами
- змащування задньої стінки глотки
- фонофорез, парові інгаляції
- припікання гранул, гальваноакустика, кріодеструкція, лазерокоагуляція.

При атрофічній формі хронічного фарингіту :

- полоскання чи аплікації антисептичними розчинами
- протигрибкові та противірусні препарати
- змащування задньої стінки глотки олійними розчинами протягом 6-10 діб.

Профілактика:

- уникати переохолодження при перших проявах ГРВІ
- зменшити вплив чинників, що провокують загострення.

3. Ускладнення при захворюваннях глотки.

Паратонзиллярний (навколомигдаликовий) абсцес

Паратонзиллярний (навколомигдаликовий) абсцес – запальний процес у пухкій сполучній тканині, що найчастіше виникає як ускладнення запального процесу в піднебінному мигдалику (гострий чи хронічний тонзиліт).

Клініка:

- посилення болю у ділянці зів'я (в цьому випадку він відзначається лише з одного боку, особливо посилюється при ковтанні віддає у вухо)
- гугнява мова
- підвищення температури тіла

- прогресуючий тризм (неможливість відкрити рот)
- надмірне виділення слини
- вимушене положення голови – кривошия (нахил її вперед і в бік ураження)
- витікання рідини через ніс під час ковтання
- болючість та припухання шийних лімфатичних вузлів
- почервоніння та випинання передньої піднебінної дужки (передньо-верхній абсцес) на боці ураження
- збільшення мигдалика та відтиснення його до середини
- набряклість та збільшення язичка.

Лікування

- обов'язкова госпіталізація пацієнта антибіотики, сульфаніламідні, десенсибілізуючі та знеболювальні препарати
- якщо абсцес сформувався (переважно через 4 доби), то проводять його хірургічний розтин.

Сторонні тіла глотки

Сторонні тіла глотки – це чужорідні предмети або частини їжі, які випадково потрапили в глотку.

Причини:

- потрапляють у глотку з порожнини рота під час їди, рідше - з порожнини носа, гортані, стравоходу
- проникають предмети, що тримають в роті діти під час гри, дорослі під час роботи(цвяхи, кнопки, гудзики, шпильки)
- уламки зубних протезів
- живі сторонні тіла - п'явки, аскариди.

Клініка:

- колючий біль, що посилюється при ковтанні
- гіперемія, набряк слизової оболонки
- підвищена продукція слизу
- кашель, слинотеча, інколи – блювання
- «озера» слини у грушоподібних синусах
- раптова ядуха.

Лікування:

- видаляють його за допомогою прямого або зігнутого корнцанга з браншами, що щільно стикаються між собою
- повторний огляд через 1-3 доби
- оброблення дезінфікуючими засобами, полоскання, щадна дієта.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Основні захворювання глотки.
2. Аденоїди. Клінічні симптоми, методи лікування та догляду за пацієнтом, профілактика.
3. Вплив аденоїдів на розвиток дитячого організму.
4. Підготовка пацієнта до аденотомії.
5. Допомога медичної сестри при аденотомії у дітей.
6. Догляд за пацієнтом після операції.

7. Ангіни. Причини, класифікація, догляд.
8. Ускладнення гострих тонзилітів.
9. Хронічний тонзиліт. Причини.
10. Методи лікування та догляду при хронічному тонзиліті.
11. Підготовка пацієнта до операції тонзилектомії.
12. Післяопераційний догляд за пацієнтом після тонзилектомії.
13. Сторонні тіла глотки. Методи видалення.
14. Догляд за пацієнтом після видалення стороннього тіла у глотці.
15. Основні етапи лікування хронічного фарингіту.

ЛЕКЦІЯ №3

ТЕМА: «Гострі та хронічні захворювання гортані. Ускладнення при хворобах гортані»

ПЛАН

1. Захворювання гортані.
2. Методи дослідження гортані.
3. Методи лікування при захворюваннях гортані.

Актуальність теми:

Захворювання гортані є дуже поширеним захворюванням верхніх дихальних шляхів, особливо у дитячому віці. Знання анатомічної будови гортані, її відділів, основних функцій (дихальна), методів обстеження, дають можливість вчасно і правильно надавати першу медичну і невідкладну допомогу, що при певних захворюваннях допомагає спасти пацієнту життя.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

1. Захворювання гортані

Гострий ларингіт

Гострий ларингіт - гостре запалення слизової оболонки гортані, яке часто буває одним із проявів катару верхніх дихальних шляхів. Про гострий ларингіт як самостійне захворювання говорять лише тоді, коли переважним місцем запальних змін є гортань.

Причини:

- переохолодження
- інфекційні захворювання (ГРВІ, кір, скарлатина)
- перенапруження голосу
- вдихання хімічних речовин
- вдихання пилу.

Клініка:

- відчуття лоскотання, дряпання в горлі
- охриплість голосу
- сухий кашель
- швидка втома голосу
- біль у горлі (незначний)
- загальне нездужання
- можливе незначне підвищення температури тіла
- гіперемія частини або всієї слизової оболонки гортані, включаючи голосові складки й підскладковий простір
- в'язкі виділення на слизовій оболонці гортані
- набряк голосових складок
- іноді неповне змикання голосових складок при фонації.

Лікування:

- треба усунути вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища (куріння, вживання алкоголю, вдихання виробничого пилу)
- теплові процедури (зігрівальні компреси на шию, гірчичники, парові інгаляції, тепле

пиття - молоко, чай)

- дотримання голосового режиму
- фізіотерапевтичні процедури (лужно-масляні інгаляції, УВЧ, діатермія)
- відхаркувальні засоби
- при підвищеній температурі призначають жарознижувальні засоби та антибіотики,

муколітики

- введення в гортань ліків для знаття набряку.

Профілактика:

1. покращання побутових умов
2. уникнення голосових перевантажень
3. особиста гігієна
4. загартовування організму
5. своєчасна санація верхніх дихальних шляхів.

Підкладковий ларингіт(несправжній круп)

Підкладковий ларингіт (несправжній круп) - це така форма гострого запалення гортані, коли запальний процес локалізується в підкладковому відділі й характеризується набряком тканин. Дане захворювання спостерігається у дітей до 7-річного віку.

Причини:

- переохолодження
- інфекційні захворювання (ГРВІ, кір, скарлатина).

Клініка:

- утруднене дихання, яке виникає раптово, частіше - серед ночі
- сухий гавкаючий, дзвінкий кашель
- діти неспокійні, плачуть, погано сплять, відмовляються від пиття та їжі
- голос залишається чистим
- під голосовими складками і паралельно до них видно рожеві валики запаленої слизової оболонки
- густий в'язкий слиз в підкладковому просторі гортані.

Лікування:

- регулярне провітрювання приміщення, де перебуває дитина, та його зволоження
- для лікування нападу ядухи слід притиснути шпателем корінь язика, щоб викликати блювотний рефлекс, або полоскотати ватною ваткою в носі, щоб викликати чхальний рефлекс, що зменшить прояви стенозу
- призначають тепле пиття (молоко, "Боржомі"), теплі ніжні ванни, гірчичники на спину
- застосовують інгаляції проти набрякової суміші, що містить кортикостероїди, антигістамінні, ферменти, адреноміметики
- закапування в ніс судинозвужувальних крапель.

Профілактика:

Покращання умов побуту, заходи щодо загартовування організму.

Дифтерія гортані (справжній круп)

Дифтерія - гостре інфекційне захворювання, яке викликається паличкою Леффлера. Захворювання настає внаслідок контакту з пацієнтом на дифтерію або з бацілоносіями.

Причини:

- захворювання може виникнути, якщо не було вжито відповідних профілактичних

заходів (протидифтерійні щеплення).

- сприяють зараженню дифтерією катарі верхніх дихальних шляхів, кір, коклюш, грип.

Клініка:

- порушення загального стану
- явища наростаючої інтоксикації
- утруднення дихання, що прогресивно наростає (ядуха)
- охриплість голосу аж до повної його відсутності (афонії)
- кашель, на початку захворювання голосний, потім - беззвучний
- збільшені лімфатичні вузли (пакети) на шиї
- набряк підшкірної клітковини шиї
- плівки (від білуватого кольору до сіро-брудного із зеленим відтінком), які щільно прикріплені до підлеглої тканини.

Лікування:

- госпіталізація та ізоляція пацієнта
- інстиляції в гортань ферментів
- протидифтерійна сироватка, яку вводять за методом Безредько в дозах 10000-50000 од залежно від стану пацієнта, з повторенням дози на другий і навіть третій день
- антибіотики
- відхаркувальні та бронхолітики
- лужно-олійні інгаляції
- серцеві засоби
- при неефективності консервативного лікування - інтубація трахеї або трахеотомія (за наявності стенозу).

Ускладнення:

- інфекційно-токсичний шок
- міокардит
- дихальна недостатність.

Профілактика:

1. проведення вакцинації та ревакцинації
2. санація бактеріоносіїв.

Хронічний ларингіт

Хронічний ларингіт частіше є наслідком гострого ларингіту, особливо при супровідних сприяючих чинниках. Розрізняють три форми даного захворювання: катаральну, гіпертрофічну і атрофічну.

Причини:

- часті гострі ларингіти
- куріння
- шкідливі професійні фактори (вдихання пилу, хімічних речовин, часті голосові перевантаження)
- вживання алкоголю
- порушення місцевої і загальної реактивності організму
- порушення носового дихання
- захворювання серцево-судинної системи.

Клініка:

- сухість в горлі
- відчуття стороннього тіла в горлі
- кашель
- охриплість голосу
- швидка втома голосу
- виділення харкотиння.

При катаральному ларингіті:

- гіперемія голосових складок
- розширення судин слизової оболонки гортані
- слиз в гортані.

При атрофічному ларингіті:

- слизова оболонка гортані стоншена, суха та блискуча
- в'язкий слиз в гортані
- темнозелені кірки в гортані.

При гіперпластичному ларингіті:

- потовщення голосових складок
- потовщення вестибулярних складок
- випадіння слизової оболонки шлуночків гортані
- потовщення слизової оболонки міжчерпакуватого простору.

Лікування:

- усунення зовнішніх шкідливих факторів побутового і виробничого характеру та обмеження голосового навантаження
- інгаляції з лікарськими засобами
- введення в гортань препаратів, що сприяють відходженню харкотиння (мікстури, сиропи, лужні суміші)
- інстиляції вітаміно-олійних та протинабрякових сумішей
- фізіотерапевтичні процедури (діатермія, УВЧ, солюкс)
- фонопедична терапія з метою відновлення голосу
- кріодеструкція ділянок гіпертрофій

Профілактика:

1. пацієнту з хронічним ларингітом показано перебування на морських і бальнеологічних курортах
2. загартовування організму
3. санація верхніх дихальних шляхів
4. голосовий режим
5. нормалізація побутових і виробничих умов.

Гострий трахеїт

Гострий трахеїт - гостре запалення слизової оболонки трахеї, яке часто буває одним із проявів катару верхніх дихальних шляхів. Про гострий трахеїт, як самостійне захворювання слід говорити лише тоді, коли запальні зміни локалізуються переважно в трахеї.

Причини:

- переохолодження
- інфекційні захворювання (ГРВІ, кір, скарлатина)

- хімічні й механічні фактори.

Клініка:

- сухий кашель
- відчуття лоскотання чи дряпання за грудиною
- незначний біль за грудиною
- інколи загальне нездужання
- інколи головний біль та незначне підвищення температури тіла
- гіперемія слизової оболонки трахеї
- набряк слизової оболонки трахеї
- в'язкі виділення на слизовій оболонці трахеї.

Лікування:

- усунути несприятливий вплив зовнішніх факторів
- теплові процедури (зігрівальний компрес на ділянку трахеї, гірчичники, парові інгаляції, тепле пиття)
- фізпроцедури (УВЧ, діатермія)
- відхаркувальні засоби у вигляді мікстури, муколітики
- введення в гортань та трахею протизапальних препаратів
- при підвищеній температурі призначають жарознижувальні засоби і антибіотики.

Профілактика:

1. покращання умов побуту
2. особиста гігієна
3. загартування організму
4. своєчасна санація верхніх дихальних шляхів.

Сторонні тіла гортані

Сторонні тіла гортані це гострі предмети, які застрягають: риб'ячі кістки, лущиння горішів, зубочистки, зубні протези.

Причини:

- з порожнини рота стороннє тіло попадає в гортань при раптовому неконтрольованому вдиху (переляк, сміх, крик, розмова, вживання їжі)
- у дихальні шляхи можуть потрапити сторонні тіла із стравоходу під час блювання
- при пораненні шиї сторонні тіла в гортань і трахею можуть проникати через рановий канал
- у трахею можуть потрапити уламки трахеотомічних трубок у пацієнта з трахеостоמוю.

Клініка:

- напади судомного кашлю протягом кількох секунд або хвилин
- утруднене дихання
- ціаноз слизових і шкірних покривів
- харкотиння, забарвлене кров'ю
- якщо стороннє тіло проникає в бронх і перекриває його просвіт, то ослаблюється дихання і притуплюється перкуторний звук на боці ураження.

Діагностика:

- анамнез
- ларингоскопія (пряма або непряма)

- рентгенографія і рентгеноскопія грудної клітки
- трахеобронхоскопія.

Лікування:

- видалення сторонніх тіл за допомогою вікончастих щипців із трахеобронхоскопічного набору при прямій ларингоскопії
- трахеобронхоскопія.

2 Методи дослідження гортані.

Пальпація гортані

Виконують великим та чотирма пальцями однієї руки або пальцями обох рук. При цьому визначають рухомість гортані, стан її хрящів, наявність набряку тканин, болючості та крепітації. Зміщуючи гортань в боки, визначають симптом "хрусту": хрускотіння гортані є нормальним, відсутність цього симптому вказує на можливе захворювання гортані.

Пряма ларингоскопія

Необхідні засоби:

1. Ларингоскоп або зігнутий під кутом шпатель.
2. Анестетик (10% аерозоль лідокаїну, 2% розчин дикаїну).
3. Марлева серветка.

Гортань можна оглядати також за допомогою прямої ларингоскопії, переважно у положенні пацієнта на спині з підкладеним під плечі валиком. При цьому огляд гортані проводиться безпосередньо оком лікаря без дзеркальних пристосувань - у прямому зображенні. Перед маніпуляцією слід добре знеболити слизову рота, глотки та гортані аерозолем чи змащуванням розчином анестетика, на зуби пацієнта накладають марлеву серветку, щоб не травмувати їх. Якщо джерело світла знаходиться на кінці клинка ларингоскопа, можна не застосовувати лобний рефлектор. Відхиляють голову пацієнта назад, а корінь язика сильно відтискають клинком ларингоскопа вниз та вперед. Потім заводять ларингоскоп в нижні відділи глотки, відхиляючи надгортанник вперед. Досягають такого положення, коли порожнина рота, глотка і гортань будуть на одній прямій лінії, що дозволить послідовно оглянути надгортанник, черпакуваті хрящі й голосові складки.

3 Методи лікування при захворюванні гортані.

Введення лікарських засобів до гортані

Змащування слизової оболонки гортані

Необхідні засоби:

1. Гортанний зонд з нарізкою.
2. Вата.
3. Лікарська речовина.
4. Гортанне дзеркало.
5. Марлева серветка.
6. Спиртівка.

Змащування гортані виконують таким чином. Намотують вату на зонд з нарізкою та зволожують його лікувальним розчином. Зонду надають зігнутої форми відповідно до кривизни верхніх дихальних шляхів. Просять пацієнта відкрити рот та вводять зонд з лікувальним розчином у гортаноглотку та вхід у гортань.

Для знеболювання гортані змащування проводять в декілька етапів. Спочатку змащують корінь язика та суміжні ділянки гортаноглотки. Після цього пацієнту пропонують

тримати язик правою рукою через серветку. Лікуючий під контролем гортанного дзеркала (у лівій руці) послідовно змащує зондом (у правій руці) гортанну поверхню надгортанника, черпакуваті хрящі, вестибулярні та голосові складки. Анестезія вважається достатньою, коли дотик до будь-якої ділянки слизової оболонки гортані не викликає кашлю.

Вливання в гортань лікарських речовин

Необхідні засоби:

1. Гортанний шприц (або шприц об'ємом 2-5 мл з надійно присьднаним до нього довгим, зігнутим наконечником).
2. Лікарський середник.
3. Гортанне дзеркало.
4. Марлева серветка.

Пацієнту пропонують правою рукою через марлеву серветку утримувати свій язик. Лікар при цьому бере у ліву руку гортанне дзеркало, а в праву шприц. Під контролем гортанного дзеркала вводять наконечник шприца за надгортанник та, натискуючи на поршень, вливають в гортань невелику кількість (0,5-1,0 мл) ліків. Порівняно із змащуванням гортані, вливання є більш щадною маніпуляцією. Пацієнт переносить цю процедуру легше.

Вдування в гортань порошкоподібних речовин

Необхідні засоби:

1. Спеціальний порошокдувач з довгим і зігнутим наконечником.
2. Медикаментозний засіб (порошок).
3. Гортанне дзеркало.

У флакон порошокдувача набирають невелику кількість порошку, щоб не викликати ларингоспазм. Як і при вливанні в гортань лікувальних розчинів, вдування порошкоподібних речовин проводиться під контролем непрямой ларингоскопії. Заводять кінець наконечника за надгортанник, не торкаючись слизової оболонки, та натискають на гумовий балон так, щоб порошок потрапив у просвіт гортані.

Пульверизація гортані лікарськими речовинами

Необхідні засоби:

1. Пульверизатор.
2. Медикаментозний засіб (розчин - анестетик, протаргол).
3. Сучасні лікарські засоби випускають у кишенькових інгаляторах (аерозолях), що значно полегшує користування ними.

У флакон пульверизатора набирають розчин, вводять наконечник у порожнину рота і пропонують пацієнту глибоко дихати. Натискують на гумовий балон пульверизатора та розпилюють у порожнині рота розчин, який потім з током повітря проникає в глотку, гортань, трахею та бронхи.

Інгаляції лікарських речовин

Необхідні засоби:

1. Інгалятор.
2. Медикаментозний засіб (розчин).

Наливають у склянку призначений розчин, вмикають інгалятор у мережу струму та чекають, поки рідина у резервуарі інгалятора не закипить. Пара, що утворюється при кипінні, просуваючись трубкою пульверизатора, втягує до себе медикаментозну рідину. Пацієнта садять навпроти інгалятора, пропонують відкрити рот та глибоко дихати. Під час

дихання медикаментозний засіб проникає у гортань, трахею та бронхи. Тривалість процедури залежить від лікарського засобу та складає переважно 5-7 хв.

Накладання зігріваючого компресу на ділянку гортані

Необхідні засоби:

1. Напівспиртовий розчин (спирт: вода =1:1, горілка), розчин оцту (одна чайна ложка на 0,5 л води) або кип'ячена вода.
2. Непромокальний матеріал (компресний, вощений папір чи целофанова плівка).
3. Вата, шерсть або фланель.
4. Бинт для фіксації компресу.

Зігріваючий компрес призначають для того, щоб стимулювати процес розсмоктування при різноманітних місцевих запальних змінах, а також як безпечний засіб. Компрес складається з трьох шарів. Перший шар утворюють із шматка тканини, згорнутого кілька разів, який звожують у спиртовому розчині; другий шар складає вощений папір, яким накривають перший шар. Третій шар утворює вата, якою накривають попередні два шари. Усі три шари фіксують до гортані кількома турами бинта навколо шиї настільки щільно, щоб утримати компрес на місці, але разом з тим не туго, щоб не стиснути судини. Компрес накладають на 6-8 год.

Трахеотомія

Необхідні засоби:

1. Скальпель.
2. Два тупих гачка.
3. Два гострих тризубчастих гачка
4. Роторозширювач трахеї (Труссо)
5. Гострий однозубчастий гачок.
6. Зонд Кохера.
7. 2-5 затискачів для зупинки кровотечі.
8. 2-3 анатомічні й хірургічні пінцети.
9. Голкотримач і 2-3 ріжучі голки різних розмірів.
10. 5-10-грамовий шприц з голкою для анестезії.
11. Анестезуючий розчин.
12. Набір трахеотомічних трубок.
13. Стерильний перев'язувальний та шовний матеріал.

Показання:

- III, IV стадія стенозу гортані.

Положення пацієнта на операційному столі горизонтальне, на спині з підкладеним під плечі валиком. Коли стан пацієнта важкий і він не може дихати в горизонтальному положенні, трахеотомію роблять у напівсидячому положенні пацієнта. Операцію виконують переважно під місцевою анестезією.

Конікотомія

Виконують у стадії стенозу, коли пацієнт втратив свідомість і невдовзі настане зупинка дихання і серцебиття. Це може відбуватися в ситуаціях, коли немає ні умов, ні часу для виконання трахеотомії. Для конікотомії необхідний скальпель або навіть звичайний ніж з гострим кінцем, яким за допомогою колючого руху можна пройти через передню стінку

гортані. Під шию пацієнта підкладають імпровізований валик (наприклад, складене простирадло чи куртку). Пальцями знаходять заглибину між нижнім краєм щитовидного хряща і верхнім краєм дуги перснеподібного хряща. У це місце вколюють ніж, проникаючи через шкіру та м'які тканини в просвіт гортані. При цьому з'являється свист повітря, що проходить в утворену щілину при диханні пацієнта. Розріз тканин дещо подовжують, а ніж повертають на 90°, щоб розширити рану та створити кращі умови для проходження повітря. Конікотомія дозволяє на певний час зберегти дихання пацієнту, поки з'явиться можливість в стаціонарних умовах виконати трахеотомію.

Введення носо-стравохідного зонда

Коли пацієнт після проведеної трахеотомії з приводу стенозу гортані не може самостійно харчуватись (здебільшого при пухлинах гортані). У таких випадках його годують через спеціальну трубку - носо-стравохідний зонд. Останній вводять у верхню третину стравоходу на глибину 25 см від носового отвору. Необхідно переконатись, чи зонд не потрапив у гортань. Для цього через лійку, введenu в зонд, вливають 2-3 столові ложки стерильної рідини. Якщо не з'явиться кашель і рідина проходить вільно, то зонд введено правильно. Харчування через зонд не є фізіологічним, оскільки їжа потрапляє в шлунок, проминувши порожнину рота і глотки. Тому від правильного харчування таких пацієнтів залежать ефективність лікування та тривалість післяопераційного періоду.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Перерахувати найбільш поширені захворювання гортані.
2. Хронічні захворювання гортані, основні симптоми.
3. Причини гострого стенозу гортані.
4. Ларинготрахеїт: симптоми, лікування.
5. Класифікація причин за розвитком хронічного ларингіту.
6. Особливості розвитку підскладкового ларингіту у дітей.
7. Ускладнення хронічного ларингіту.
8. Невідкладна допомога при нападі ядухи.
9. Фактори ризику при запаленні гортані.
10. Основні діагностичні критерії при дифтерії гортані.
11. Щеплення, що проводяться при дифтерії гортані, згідно календаря щеплень.
12. Причини виникнення гострого ларинготрахеїту.

ЛЕКЦІЯ №4

ТЕМА: «Захворювання зовнішнього та середнього вуха. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення».

ПЛАН

1. Механічна травма вуха.
2. Термічні та хімічні пошкодження вуха.
3. Сторонні тіла вуха та сірчана пробка.
4. Запалення середнього вуха.

Актуальність теми:

Захворювання вуха займають провідне місце в структурі патології ЛОР-органів і є причиною розвитку важких, небезпечних для життя внутрішньочерепних ускладнень. Серед факторів, які негативно впливають на орган слуху можуть бути інфекційні, судинні, травматичні та інші чинники, тому знання етіології, методів обстеження слухового аналізатора та клініки хвороб вуха дають можливість вчасно розпізнати ураження цього органу, уникнути діагностичних помилок та важких ускладнень, зберегти пацієнту слух, і навіть життя.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

1. Механічна травма вуха

Механічна травма вуха виника внаслідок ударів, укусів та поранень.

Причини:

- при ударах по нижній щелепі
- дія сильного звуку (постріл, вибух), акутравма вуха
- видалення стороннього тіла
- удар долонею, кулаком по вусі
- раптове підвищення тиску у зовнішньому слуховому ході – баротравма вуха

Клініка:

- біль в ділянці ушкодження
- шум у вусі
- кровотеча з вуха
- відрив або надрив вушної раковини
- кровотеча з вуха
- порушення рівноваги та координації рухів.

Лікування.

- транспортування пацієнта до стаціонару
- знеболюючі та щадна обробка рани, накладання асептичної пов'язки
- зупинка кровотечі (тампонада стебрильними турундами)
- при розриві барабанної перетинки – введення у зовнішній слуховий хід сухої стерильної турунди
- відірвані шматочки вушної раковини промити у розчині антибіотика, обгорнути стерильною серветкою, обкласти льодом та доставити з пацієнтом до стаціонару

- провести ПХО рани з наступним ушиванням рани
- при пораненні соскоподібного відростка – ПХО рани з видаленням роздробленої кістки
- антибіотики широкого спектру дії.

Профілактика:

- при гучних звуках – використання індивідуальних берушів
- правильний туалет вуха (не використовувати гострі та колочі предмети).

2. Термічні та хімічні пошкодження вуха

Опік вушної раковини

Опік вушної раковини – ушкодження термічними або хімічними чинниками.

Причини:

- дія гарячої пари та повітря
- дія агресивної речовини при вибуху
- недотримання правил техніки безпеки на виробництві (у кочегарів, шахтарів)
- надзвичайні ситуації, що супроводжуються пожежами.

Клініка:

Об'єктивно розрізняють чотири ступені опіку.

- I ст. – почервоніння та набряк тканин вушної раковини
- II ст. – набряк шкіри, утворення міхурів з серозним або гнійним вмістом, виражений біль та печіння
- III ст. – змертвіння шкіри, глибоке ураження тканин, погіршення загального стану, некроз вушної раковини та деформація її.

Опіки III, IV ступенів можуть супроводжуватись опіковим шоком: висока t^0 тіла, зниження АТ, Р частий, слабкого наповнення, зниження діурезу.

Лікування:

- транспортування пацієнта до ЛОР стаціонару або опікового відділення
- при опіках I-II ст. – знеболювальні препарати, використання аерозолів, що містять антибіотики
- при II ступені – розтин міхурів та змазування вуха гормональними та протизапальними мазями
- при III-IV ст. видалення некротизованих ділянок (нефректомія)
- при опіковому шоку – парентеральна дезінтоксикаційна терапія.

Профілактика:

- дотримання правил техніки безпеки в побуті та на робочому місці
- обережне поводження з небезпечними речовинами.

Важливо! При закрапуванні крапель у вухо слід ретельно перевірити вміст пляшечки і температуру рідини, щоб не спричинити хімічного чи термічного опіку зовнішнього слухового ходу і барабанної перетинки.

Відмороження вушної мушлі

Відмороження вушної мушлі – ушкодження її тканин під впливом низької температури.

Причини:

- тривалість дії холодного агента
- алкогольне сп'яніння

- знесилення, виснаження.

Клініка:

Об'єктивно виділяють чотири ступені відмороження.

- I ст. – шкіра бліда, а згодом стає червона, чутливість її різко знижена
- II ст. – шкіра після відігрівання стає багрово-синього кольору; в ділянці відмороження – піхурі з прозорим вмістом; підвищується t^0 тіла
- III ст. – наявні піхурі з темно-червоною рідиною; навколо ділянки омертвіння формується запалення; гіпертермія; нестерпний біль
- IV ст. – ушкоджена ділянка холодна і нечутлива; наявні піхурі з чорною рідиною; виникають ділянки некрозу; гіпертермія, нестерпний біль.

Лікування:

- накладають суху ватно-марлеву пов'язку з спиртовим розчином
- при гіпертермії – жарознижуючі препарати
- при відмороження II ст. – стерильна пункція піхурів з відсмоктуванням їх вмісту
- при відмороження III-IV ст. – хірургічне втручання з видалення некротизованих ділянок після відмежування їх від здорових тканин (секвестротомія).

Профілактика:

- позбавлення шкідливих звичок
- загартування організму.

Важливо! Інтенсивні теплові процедури протипоказані через можливість ураження вушної раковини.

3.Сторонні тіла вуха та сірчана пробка

Сторонні тіла зовнішнього слухового ходу – це перебування в зовнішньому слуховому ході різних предметів.

Причини:

- уламки сірників, шматки вати, металеві осколки
- зернини, горох, квасолини
- комахи (таргани, кліщі)
- дрібні іграшки чи їх частини.

Клініка:

- тривалий час безсимптомний перебіг
- кров'янисті виділення з вуха (при гострому сторонньому тілі)
- біль у вусі (живі сторонні тіла)
- шум у вусі та голово кружіння.

Лікування:

- закрапування в слуховий хід олійного розчину (знерухомлення живого стороннього тіла)
- промивання слухового ходу шприцом Жане
- перед видаленням округлого, твердого стороннього тіла за допомогою тупого вушного гачка, закрапування спиртових крапель
- пласкі за формою сторонні тіла видаляють за допомогою вушного пінцета
- введення в слуховий хід турун дул з борним спиртом
- при глибокому проникненні стороннього тіла і кістковий відділ – оперативне видалення.

Профілактика:

- дотримання правил техніки безпеки на підприємстві
- дотримання санітарно-гігієнічних правил у повсякденному побуті.
Важливо! Протипоказано видалення округлих твердих сторонніх тіл пінцетом або щипцями (заглиблення стороннього тіла).

Сірчана пробка

Сірчана пробка – це скупчення вушної сірки у зовнішньому слуховому ході.

Причини:

- вроджена вузькість слухового ходу
- збільшення в'язкості сірки
- наслідки запалення шкіри зовнішнього слухового ходу
- надмірний ріст волосся у зовнішньому слуховому ході.

Клініка:

- раптове погіршення слуху
- шум у вусі
- відчуття розпирання
- аутофонія (відчуття свого голосу в голові)
- головний біль
- помірний біль у вусі (якщо пробка тисне на барабанну перетинку)
- запаморочення (подразнення гілки блукаючого нерва).

Лікування:

- промивання вуха шприцом Жане
- якщо пробка щільна, її попередньо розмочують закрапуванням до вуха лужного розчину
- після промивання слуховий хід висушують ватним пензликом і на 2-3 год. вводять турунду просочену борним спиртом
- якщо промивання неефективне сірчану пробку можна усунути гачком та мікросщипцями під бінокулярним мікроскопом.

4.Запалення середнього вуха

Гострий гнійний середній отит – це гостре гнійне запалення слизової оболонки повітряносних порожнин середнього вуха.

Причини:

- стрептокок пневмонії
- гемофільна паличка
- синьогнійна паличка
- ГРВІ
- сприятливі чинники: аденоїдити, хронічні риніти, гнійні синуїти, травми барабанної перетинки

У немовлят:

- коротка та широка слухова труба (закидання вмісту з носоглотки у барабанну порожнину при зригуванні)
- наявність міксоїдної тканини у середньому вусі (поживне середовище для мікроорганізмів)
- гіпотрофія

- рахіт.

Клініка:

Виділяють неперфоративну, перфоративну, репаративну стадії перебігу.

I ст. – неперфоративна:

- біль при натисканні на соскоподібний відросток стрілочного, колючого, пульсуючого характеру
- зниження слуху, шум у вусі
- відчуття закладеності
- погіршення сну, апетиту, t^0 тіла 38-39⁰ С

II ст. – перфоративна:

- біль стихає
- гноєтеча
- знижений слух, t^0 тіла знижується, поліпшується загальний стан

III ст. – репаративна:

- знижений слух поступово відновлюється
- гноєтеча припиняється
- загальний стан нормалізується.

У дітей грудного віку:

- біль при натисканні на козелок
- нудота, блювання, судоми
- ригідність потиличних м'язів
- біль у животі, пронос, зменшення ваги тіла.

Лікування:

I ст. – неперфоративна:

- закрапування в ніс судинозвужувальних крапель
- інгаляції антисептиків ендоназально (при цьому пацієнт лежить без подушки з повернутою у хворий бік головою)
- закрапування у вухо теплих протизапальних крапель
- введення антибіотиків, знеболювальних та жарознижувальних препаратів
- антигістамінні препарати
- вітамінотерапія

II ст. – перфоративна:

- проведення туалету вуха: сухий спосіб – за допомогою вушного зонда; вологого – із використанням перекисю водню
- закрапування у вухо теплих протизапальних крапель
- надалі лікування ідентичне I стадії

III ст. – репаративна:

- продування слухових труб за Політцером
- пневмомасаж барабанних перетинок
- пальцевий масаж носоглоткового отвору слухової труби
- катетеризація слухових труб (при потребі)
- вітамінотерапія, антигістамінні препарати
- хірургічне лікування (тимпанопункція або парцентез барабанної перетинки).

Профілактика:

- своєчасне та ефективне лікування гострої та хронічної порожнини носа
- оперативне лікування аденоїдів, викривлення носової перегородки
- здоровий активний спосіб життя.

Фурункул зовнішнього слухового ходу

Обмежений зовнішній отит – це гостре гнійне запалення волосяного мішечка в перетинково-хрящовій частині зовнішнього слухового ходу.

Причини:

- мікротравми при маніпуляціях у слуховому ході
- тривала гноетеча при хронічному отиті
- недотримання особистої гігієни.

Клініка:

- сильний, різкий, пульсуючий біль у вусі з іррадіацією в щелепу та скроні
- посилення болю в нічний час
- біль голови
- гіпертермія тіла
- збільшення привушних лімфатичних вузлів
- натискання на козелок та відтягування вухної раковини різко болючі.

Лікування:

- при дозріванні фурункула (період інфільтрації) – сухе тепло
- введення у слуховий хід турунди з розчином борного спирту
- аплікації з мазями, які містять антибіотики
- фізіопроцедури: УВЧ, соллюкс, “Луч-2”
- розтин і дренивання фурункула (стадія абсцедування), після дренивання - туалет вуха
- введення в слуховий хід марлевих турунд просочених гіпертонічним розчином
- антибіотики, десенсибілізуюча, анальгетики, аутогемотерапія.

Профілактика:

- дотримання правил асептики і антисептики при маніпуляціях у зовнішньому слуховому ході
- запобігання травмування шкіри зовнішнього слухового ходу
- дотримання правил особистої гігієни
- вітамінотерапія.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Особливості зовнішнього вуха.
2. Які структури належать до середнього вуха?
3. Будова і функції барабанної перетинки.
4. Фізіологія звукопроведення.
5. Методика перевірки слуху за допомогою мови.
6. Звукосприйняття, теорії слуху.
7. Камертональні проби (Рінне, Вебера, Швабаха, Желе, Федерічі, Бінга), техніка та мета обстеження.
8. Принципи тональної аудіометрії.
9. Характеристика основних типів аудіометричних кривих.
10. Принципи надпорогової аудіометрії.
11. Методи обстеження слухової труби.

12. Основні стадії перебігу при фурункулі зовнішнього слухового ходу.
13. Стадії гострого середнього отиту.
14. Лікування опіку носа.
15. Механічні травми: лікування, профілактика.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №1

ТЕМА: “Методи обстеження пацієнта при захворюваннях носа та приносних пазух”

МЕТА: навчитися проводити дослідження носа і приносних пазух. Визначати ступінь порушення цих функцій, вміти оцінювати результати даних обстежень, проводити диференційну діагностику методів обстеження.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Інструменти та прилади для проведення об’єктивного, суб’єктивного та ендоскопічного дослідження носа і приносних пазух, муляжі та таблиці носа і приносних пазух, ліки, інструкції для їх використання, схеми, рентгенограми та КТ, алгоритми для виконання практичних навиків, карта обстеження ЛОР-пацієнта, історії захворювань, накази МОЗ України, тестові та ситуаційні завдання для контролю рівня знань.

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

- порядок та техніку проведення обстеження носа і приносних пазух;
- методику об’єктивного, лабораторного та інструментального обстеження пацієнта;
- методи ендоскопічного обстеження;
- суб’єктивні та об’єктивні обстеження носа і приносних пазух;
- правила дотримання техніки безпеки та охорони праці при виконанні роботи.

Студент повинен вміти:

- користуватись лобним рефлексором;
- провести огляд і пальпацію носа і приносних пазух;
- провести передню та задню риноскопію;
- дати оцінку отриманим ендоскопічним даним;
- визначати дихальну та нюхову функцію носа;
- накручувати вату на зонд;
- брати мазок зі слизової оболонки носа;
- зробити висновки на підставі результатів додаткових дослідження Rg-графія, КТ, МРТ.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Правила користування лобним рефлексором

Оскільки об’єкт дослідження при захворюваннях носа, приносних пазух, вуха чи горла розміщений у глибині вузьких порожнин чи каналів, для кращого їх огляду застосовують спеціальні методи. Ці методи дають змогу спрямувати пучок проміння у погано освітлені ділянки й оглянути їх.



Для обстеження пацієнта користуються *лобним рефлектором* та джерелом світла (електрична лампа потужністю 100 Вт), причому таке дослідження краще проводити у напівзатемненому приміщенні. Правила користування лобним рефлектором під час обстеження всіх ЛОР-органів ідентичні.

Дослідник і пацієнт сидять один навпроти одного, причому обидва коліна дослідника розташовані праворуч від колін обстежуваного. Лампу потрібно розміщувати праворуч від голови пацієнта, на рівні його очей чи вух. Дослідник одягає рефлектор на голову поверх шапочки та регулює розмір його ремня залежно від розміру своєї голови. Дзеркало рефлектора слід встановити перед лівим оком так, щоб отвір у його центрі розташувався точно навпроти лівої зіниці дослідника.

Світло, що потрапляє від лампи на дзеркало рефлектора, має відбиватися від нього таким чином, щоб на відстані близько 30-40 см від дослідника воно утворювало невелику концентровану світлову пляму. Дослідник повинен бачити освітлений рефлектором об'єкт обома очима (лівим оком - через отвір у рефлекторі). У лівій руці він тримає необхідний інструмент, наприклад, носове дзеркало, шпатель, вушну лійку. Праву руку дослідник розміщує на чолі чи потилиці обстежуваного; цією рукою він повертає або нахиляє голову пацієнта для кращого і зручного огляду.

Для контролю правильності застосування рефлектора дослідник може заплющити праве око. Якщо після цього він бачить освітлений об'єкт лівим оком через отвір у дзеркалі, то рефлектор встановлено правильно.

Визначення дихальної функції носа

Необхідний засіб: ватний джгутик або нитка.

Для визначення прохідності струменя повітря через носову порожнину дослідник по черзі закриває одну, а потім іншу ніздрю обстежуваного, притискаючи крило носа до носової перегородки своїм вказівним пальцем.

Обстежуваному пропонують робити звичайні вдихи і видихи через кожну половину носа окремо. Іншою рукою дослідник підносить до відкритої ніздрі джгутик розпушеної вати і спостерігає за її коливаннями.

У разі порушення прохідності струменя повітря через відповідну половину носа вата коливається з меншою амплітудою або зовсім не рухається.

Визначення нюхової функції носа

Необхідний засіб: набір пахучих речовин, що містяться в однакових пронумерованих флаконах.



Запропоновано багато методів дослідження нюху. Частина з них передбачає якісне визначення нюхової функції, коли пацієнт вказує, чи має запах пахуча речовина, і якщо має — то який. Частина методів передбачає кількісну оцінку нюху, коли визначають мінімальну концентрацію пахучої речовини, що викликає відчуття запаху.

Для визначення нюху використовують загальновідомі пахучі речовини, які наливають в однакові флакони із притертими скляними кришками. Відкритий флакон підносять до однієї ніздрі обстежуваного (іншу закривають пальцем) і пропонують понюхати речовину, яка міститься в флаконі. Обстежуваний говорить про свої відчуття.

Із пахучих речовин для визначення нюхової функції найчастіше застосовують оцет, етиловий спирт, валеріану, нашатирний спирт, воду. Воду використовують для ідентифікації можливих нюхових галюцинацій та ілюзій. Нашатирний спирт застосовують для виявлення симуляцій, оскільки ця речовина не лише має різкий запах, а й подразнює слизову оболонку, що відчуває пацієнт навіть із повною втратою нюху.

Передня риноскопія

Необхідні засоби:

- носове дзеркало;
- лобний рефлектор;
- джерело світла (електрична лампа потужністю 100 Вт).

Передню риноскопію проводять із дотриманням усіх правил користування лобним рефлектором. Огляд правої і лівої половин носа виконують по черзі.

У ліву руку беруть носове дзеркало так, щоб на розкритій долоні розмістились обидва його держальця дзьобом донизу. Великий (I) палець слід покласти на гвинт розширювача, а II—IV пальцями охопити держальця ззовні. Мізинець (V палець) лівої руки краще завести між держальця носового дзеркала, що допоможе легше ним маніпулювати. Праву руку кладуть на чоло обстежуваного й обережними рухами повертають його голову для кращого огляду.

Великим пальцем правої руки піднімають кінчик носа вгору і лівою рукою вводять кінці дзьоба носового дзеркала в одну з ніздрів пацієнта на глибину 0,5-1,0 см. Стискаючи держальця носового дзеркала, розкривають вхід у ніс і оглядають його відділи. Під час огляду як правої, так і лівої половини носа носове дзеркало тримають лівою рукою майже в однаковому положенні так, щоб вісь розкритого інструмента утворювала кут приблизно 45° з вертикаллю.



Під час проведення передньої риноскопії визначають дві позиції голови пацієнта:

1. У разі прямого положення голови пацієнта дослідник уводить носове дзеркало в носову порожнину так, щоб кінчики його дзьоба торкалися стінок лише входу в присінок носа. У такому положенні видно нижні відділи носової порожнини: її дно, нижні ділянки носової перегородки, нижню носову раковину, нижній носовий хід.

2. У разі закидання голови пацієнта видно передній відділ середньої носової раковини, носову перегородку в цій ділянці та початкову частину нюхової щілини, яка міститься між середньою раковиною і носовою перегородкою.

Щоб оглянути середній носовий хід і півмісяцеву щілину під середньою носовою раковиною, голову обстежуваного утримують у закинутому положенні та застосовують носове дзеркало з подовженим дзьобом (носове дзеркало Кіліана), попередньо знеболивши відповідні ділянки слизової оболонки носа. Цей метод отримав назву *середньої риноскопії*.



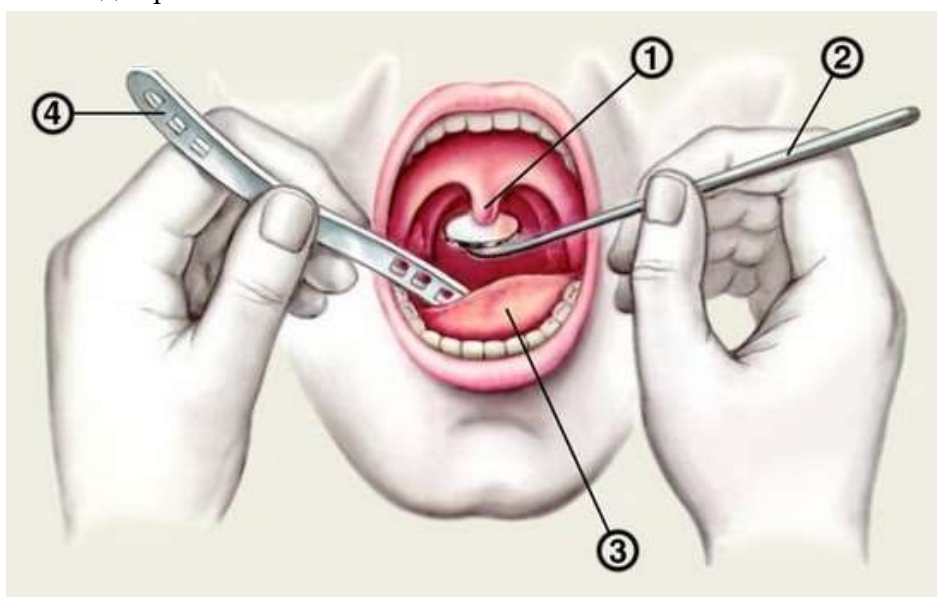
Для маленьких дітей замість носового дзеркала для передньої риноскопії краще використовувати вушні лійки.

Нерідко огляд носа утруднений через набряк нижніх носових раковин або їх гіпертрофію. У таких випадках застосовують судинозвужувальні засоби: адреналін, ефедрин. Після змащування раковин цими речовинами їхня слизова оболонка скорочується (анемізується), і носова порожнина стає доступнішою для огляду.

Задня риноскопія (еніфарингоскопія)

Необхідні засоби:

- носоглоткове дзеркало діаметром 6—10 мм, закріплене у держальці;
- шпатель;
- спиртівка (сестра медична повинна слідкувати, щоб спиртівка була заповнена спиртом);
- сірники або запальничка;
- лобний рефлектор;
- джерело світла.



Задню риноскопію застосовують для огляду задніх відділів носової порожнини та носової частини глотки. Носоглоткове дзеркало спочатку закріплюють у держальці й

нагрівають над спиртівкою до температури 45-50°C, щоб воно не запотівало. Шпателем, який тримають у лівій руці, притискають передні дві третини язика, аби було видно ротову частину глотки, і пропонують пацієнту дихати носом.

Нагріте й обернене дзеркальною поверхнею догори носоглоткове дзеркало правою рукою заводять через ротову порожнину за м'яке піднебіння, трохи нижче його нижнього краю. При цьому треба докласти максимум зусиль, щоб не доторкнутися дзеркалом до піднебіння, піднебінних дужок, кореня язика чи задньої стінки глотки, адже це може викликати блювотний рефлекс.

Незначно змінюючи напрямок дзеркала у глотці, оглядають хоани, задні кінці трьох носових раковин і задні відділи носової перегородки, а також структури носової частини глотки. Зображення цих структур з'являється у дзеркалі частинами, оскільки одночасно отримати повне відображення великої поверхні у малому дзеркалі неможливо.

В осіб із вираженим блювотним рефлексом перед виконанням задньої риноскопії слизову оболонку глотки знеболюють розчином анестетика (змащування чи пульверизація).

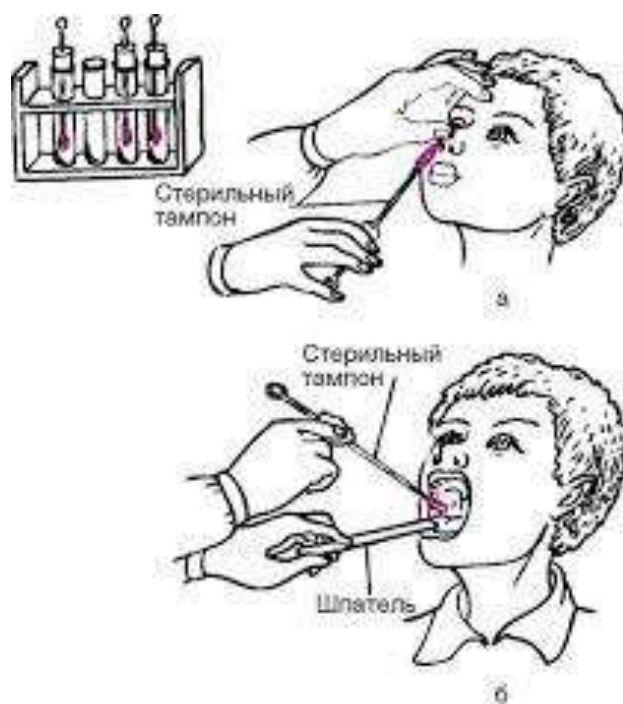
Додаткові методи дослідження, які використовують при захворюваннях носа і приносних пазух, об'єднують:

1. Рентгенологічні методи дослідження (рентгенографія, комп'ютерна томографія) та магнітно-резонансну томографію.
2. Діагностичну пункцію приносних пазух.
3. Дослідження нюху, прохідності носової порожнини для повітря (ринопневмометрія, акустична ринометрія).
4. Діафаноскопію.
5. Гістологічне дослідження тканин.
6. Ендоназальні методи дослідження, які виконують за допомогою волоконної оптики.
7. Лабораторне дослідження крові, сечі, спинномозкової рідини та виділень із носа (посів на флору і чутливість до антибіотиків).

Мазки зі слизової оболонки носа беруть для бактеріологічного дослідження — визначення виду збудника захворювання і його чутливості до антибіотиків або з метою дослідження на дифтерію. В останньому випадку обов'язково беруть два мазки: один — з носа, інший — із глотки.

Рентгенологічні методи дослідження носа і приносних пазух. Цінну інформацію про стан приносних пазух і носа можуть надати рентгенологічні методи дослідження. Найчастіше застосовують рентгенографію у прямій та боковій проекціях, магнітно-резонансну і комп'ютерну томографію.

На **оглядовій рентгенограмі** приносних пазух із насо-підборідним приляганням контурується більшість структур



лицевого черепа. У нормі приносіві пазухи добре пневматизовані, їхню щільність на знімку порівнюють зі щільністю зображення орбіт. При патологічних змінах у пазусі на рентгенограмі розрізняють гомогенне, пристінкове чи нерівномірне затемнення. Гомогенне затемнення спостерігається в разі заповнення пазухи ексудатом, пристінкове — при стовщенні слизової оболонки її стінок. Поліпи, пухлина або кіста дають нерівномірне затемнення пазухи.

Для визначення характеру ураження приносівих пазух (здебільшого верхньощелепної) використовують *контрастну рентгенографію*. Для цього безпосередньо перед рентгенографією проводять пункцію пазухи і вводять у неї контрастну речовину (наприклад, тріамбрас). Якщо просвіт пазухи заповнений патологічною тканиною (пухлиною, кістою, поліпом), то на рентгенограмі спостерігається дефект її наповнення контрастною речовиною.

Комп'ютерна томографія має низку переваг порівняно із звичайною рентгенографією, оскільки вона дає змогу виявити патологію не тільки кістки, а й м'яких тканин.

Останнім часом до арсеналу методів дослідження структур людського тіла увійшла *магнітно-резонансна томографія (МРТ)*, яку успішно застосовують при захворюваннях носа, приносівих пазух, вуха і горла. Перевага цього методу полягає в тому, що пацієнт не зазнає шкідливого впливу рентгенівського опромінення.



Іншим сучасним методом діагностики є *ендоскопічне дослідження* носа і приносівих пазух із використанням волоконної оптики. Для цього застосовують тонкі (4 мм в діаметрі) ригідні (тверді) ендоскопи і набір спеціальних інструментів. Використання ендоскопів, що мають різний кут зору - 0° (прямий), 30° , 70° та 90° , дає змогу обстежити різноманітні структури, які неможливо оглянути під час звичайної риноскопії, а також провести

хірургічне втручання. Освітлення необхідної ділянки носа забезпечують холодним світлом через гнучкий світловод

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

1. Вивчити обстеження носа і приносних пазух у ЛОР-пацієнта.
2. Навчитися проводити функціональні дослідження носа і приносних пазух.
3. Провести об'єктивне та суб'єктивне дослідження носа і приносних пазух.
4. Навчитися складати план додаткових методів обстеження.
5. Засвоїти практичні навички в оглядовій кімнаті та ендоскопічному кабінеті.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ.

1. Провести обстеження пацієнта при захворюваннях носа і приносних пазух.
2. Провести огляд і пальпацію ділянки зовнішнього носа і приносних пазух.
3. Здійснити об'єктивне обстеження пацієнта для виявлення об'єктивних ознак при даних патологіях.
4. Відпрацювати практичні навички:
 - провести туалет порожнини носа;
 - провести пальпацію носа та приносних пазух;
 - підготувати пацієнта до передньої і задньої риноскопії;
 - провести дослідження носового дихання за методом В. Воячека;
 - взяти мазок із слизової оболонки носа для виявлення збудника;
 - здійснити накручування вати на носовий зонд з нарізкою.
5. Підготувати пацієнта до проведення і визначення нюхової функції носа.
6. Оцінити додаткові методи обстеження (КТ, МРТ).
7. Підготувати інструментарій для проведення ендоскопічного проведення носа і приносних пазух.
8. Після кожного завдання заповнити медичну документацію.
9. Розв'язати тестові та ситуаційні завдання.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Будова зовнішнього носа і приносних пазух та його функції.
2. Яку маніпуляцію слід провести пацієнту перед проведенням задньої риноскопії?
3. Функції носової порожнини і приносних пазух.
4. З якою метою беруть мазки з носової порожнини?
5. Сучасні методи діагностики приносних пазух.
6. На які скарги пацієнта сестра медична звертає увагу при пальпації зовнішнього носа?
7. За допомогою якого методу обстеження можна оглянути верхню носову раковину?
8. Які інструменти повинна підготувати сестра медична для проведення епіфарингоскопії?
9. Основні правила при взятті мазка зі слизової оболонки носа.
10. Принципи відео ендоскопічного обстеження носової порожнини.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №2

ТЕМА: «Медсестринський процес при захворюваннях носа та приносних пазух».

МЕТА: Виконати медсестринський процес при захворюваннях носа та приносних пазух з визначенням дійсних проблем пацієнта при даній патології. Навчитись встановлюванню медсестринських діагнозів, планування та реалізації медсестринських втручань. Вивчити основні практичні маніпуляції, догляд за пацієнтом в післяопераційний період і профілактику захворювань. Ознайомитись з роботою операційного блоку, ЛОР-кабінету, маніпуляційної, фізкабінету, наказами МОЗ України та протоколами сестри медичної. Дотримуватись правил техніки безпеки та охорони праці при роботі ЛОР-кабінету.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Інструментарій для проведення об'єктивного та ендоскопічного дослідження носа та приносних пазух, муляжі, лотки, ліки, інструкції для їх використання, схеми, рентгенограми та КТ, алгоритми для виконання практичних навиків, карта обстеження ЛОР-пацієнта, історії захворювань, накази МОЗ України, тестові та ситуаційні завдання для контролю рівня знань.

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

- причини захворювань носа та приносних пазух;
- клінічні симптоми захворювань та їх вплив на суміжні органи;
- методику об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження при різних захворюваннях;
- основи дієти та режиму по догляду за пацієнтом;
- основні принципи медикаментозного та хірургічного лікування;
- ускладнення у пацієнта при захворюваннях носа та приносних пазухах;
- правила дотримання техніки безпеки та охорони праці при виконанні роботи.

Студент повинен вміти:

- здійснити всі етапи медсестринського процесу;
- користуватися медичним інструментарієм;
- провести пальпацію, огляд носа та приносних пазух, передню риноскопію, оцінити стан порожнини в нормі;
- проводити всі необхідні маніпуляції при захворюваннях;
- підготувати пацієнта до медикаментозного та хірургічного лікування;
- проводити спостереження та догляд за пацієнтом;
- основні етапи по наданню невідкладної допомоги.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Опіки носа – пошкодження шкіри носа, що виникає внаслідок дії температури, хімічних речовин та променевої радіації. Часто поєднуються з опіками шкіри обличчя, рідше – голови та шиї.

Етіологія:

- термічні опіки – вплив гарячих рідин (води, пари), дія відкритого полум'я;

- хімічні опіки – порушення техніки безпеки при користуванні приладами, хімічними речовинами;
- променеві опіки – вплив ультрафіолетових променів (сонця, кварцової лампи), рентгенівськими чи гамма-променями.

Класифікація:

За походженням: термічні, хімічні, променеві.

За тяжкістю: I, II, III, IV ступеню.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

I ст. опіку: почервоніння та набряк шкіри, пекучий біль. Симптоми зникають через 2-3 доби.

II ст. опіку: поява пухирів, наповнених прозорою рідиною. Загоєння настає через 5-6 днів (інколи пізніше).

III ст. опіку: нестерпний біль, обширні пухирі з геморагічною рідиною. Період загоєння може бути тривалим.

IV ст. опіку: некроз шкіри та підлеглих тканин (обвуглювання).

Стан пацієнта залежить від ступеня опіку та його поширеності.

II етап – медсестринські діагнози:

- гострий пекучий біль;
- зміна кольору шкіри залежно від ступеня опіку.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС;
- підготовка пацієнта та взяття мазка з носа на флору, чутливість до АБ;
- підготовка пацієнта до додаткових лабораторних досліджень, консультації суміжних спеціалістів;
- допомога пацієнту при здійсненні санітарно-гігієнічних процедур;
- оцінка загального стану, огляд ділянки опіку, вимірювання t^0 тіла;
- догляд за обпеченими ділянками:

при хімічних опіках поверхню промивають чистою водою і нейтралізують: дію кислот – лугами 2-3% р-ном натрію гідрокарбонату; дію лугів – кислотами 4% р-ном борної кислоти; при термічному опіку I ст. опікову поверхню обробляють 70% р-ном спирту, а також знеболюючими засобами – лідокаїном, анестезином; при опіках II-IV ст. місцево обробляють маззю Вишневського, аерозолями “Лівіан”, “Пантенол”, “Оксициклозол”.

- для видалення некротизованих тканин застосовують ферментні препарати імосгент – адсорбований гентаміцин;
- при деформації шкіри носа показане хірургічне лікування – некректомія або пластика шкіри носа;
- вирішення супутніх проблем пацієнта;
- навчання пацієнта правилам обробки шкіри при різних ступенях опіку.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану та самопочуття;
- зменшення набряку та почервоніння в ділянці опіку;
- зникнення болю;

- виявлення можливих ускладнень – приєднання вторинної інфекції.

Профілактика: дотримання правил техніки безпеки при зберіганні та використанні хімічних речовин, користування приладами.

Відмороження носа – пошкодження шкіри носа, що виникає внаслідок дії низької температури (холоду)

Етіологія:

- дія низької температури;
- загальне ослаблення організму;
- сп'яніння (алкогольне або наркотичне).

Класифікація:

За тяжкістю: I, II, III ступеню.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

I ст. відмороження: блідість, біль носа, при зігріванні шкіра стає синьо-червона, набрякла.

II ст. відмороження: шкіра набуває фіолетового відтінку, з'являються пухирі з серозною рідиною, струпи.

III ст. відмороження: некроз з утворенням виразок переважно по краю ніздрів, можливе підняття t^0 тіла.

Стан пацієнта залежить від ступеня відмороження та його тривалості і показників холодової t^0 зовнішнього середовища.

II етап – медсестринські діагнози:

- біль тканин носа;
- гіпертермія.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС;
- підготовка пацієнта до додаткових лабораторних досліджень, консультації суміжних спеціалістів;
- оцінка загального стану та шкіри носа, вимірювання t^0 тіла, пальпація ділянки носа:
при I ст. відмороження – поступове зігрівання тканин, накладання примочки з оцтовою водою (1 ст л. оцту на 1 л води); аерозоль “Пантенол”, “Оксициклозол”, знеболюючі засоби – лідокаїн, анестезин; при II-III ст. – місцево антисептичні і протизапальні препарати: бальзам Шостаковського, “Пантенол”, “Гіоксизон”, “Флуцинар”. При приєднанні вторинної інфекції – імосгента.
- при деформації шкіри носа показане хірургічне лікування – некректомія або пластика шкіри носа;
- вирішення супутніх проблем пацієнта;
- навчання пацієнта правилам обробки шкіри при різних ступенях відмороження.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану та самопочуття;



- зменшення болю та набряку в ділянці відмороження;
- виявлення можливих ускладнень – приєднання вторинної інфекції.

Профілактика: загартування організму; підвищення загальної опірності організму.

Носова кровотеча – виділення крові з однієї чи обох половин носа.

Етіологія.

Місцеві причини:

- травматичні кровотечі (виділення кірок із носа чи інші маніпуляції в носовій порожнині, тупа травма зовнішнього носа (удар, падіння), хірургічна чи вогнепальна травма;
- доброякісні та злоякісні новоутворення носової порожнини;
- хронічний атрофічний риніт;
- виразки сифілітичного, туберкульозного походження.



Загальні причини:

- захворювання крові (гемофілія, тромбоцитопенія);
- захворювання ССС (атеросклероз, гіпертонічна хвороба);
- захворювання нирок, печінки;
- інфекційні хвороби (грип, кір, ГРВІ);
- авітаміноз.

Класифікація:

За ступенем крововтрати:

- незначна кровотеча (до 150 мл);
- помірна (до 500 мл);
- тяжка (більше 500 мл).

Медсестринський процес

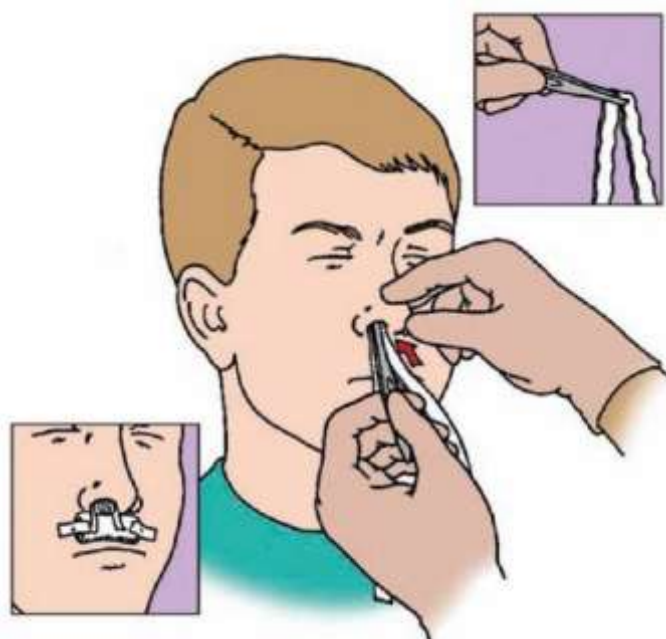
I етап – медсестринське обстеження: загальна слабкість, виділення крові з однієї чи обох половин носа, блідість шкірних покривів, тахікардія, ↓ АТ.

II етап – медсестринські діагнози: носова кровотеча, загальна слабкість.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- забір біологічного матеріалу для ЗАК, БАК (ниркові, печінкові проби, для коагулограми крові та резус-фактору);
- підготовка пацієнта до передньої, задньої риноскопії, орофарингоскопії;
- підготовка пацієнта до консультації гематолога;
- спостереження за станом свідомості, дихання, Р, АТ, ЧД у пацієнта;
- контроль за санітарним станом у палаті (провітрювання, вологе прибирання). При виникненні носової кровотечі надати пацієнту вертикальне сидяче положення або покласти в горизонтальне положення з опущеною злегка головою, підставити ниркоподібний лоток;
- забезпечити холод на ділянку перенісся, доступ свіжого повітря;

- притиснути крило носа до носової переділки на 5-10 хв.;
- ввести в порожнину носа гемостатичну губку, ватний тампон змочений 3% р-ном перекису водню або феракрилу. При повторній кровотечі терміново госпіталізувати пацієнта до ЛОР-стаціонару, інфільтрувати ділянки, провести передню тампонаду носа, накласти пращевидну пов'язку;
- при кровотечі з задніх відділів носа – задню тампонаду носа;
- проводити гемостатичну терапію: переливання свіжоцитарної крові, введення вітамінів;
- при неефективності вищеперерахованих засобів – перев'язка привідних артеріальних судин;
- проводити лікування загального захворювання, яке є причиною кровотечі;
- у пацієнта з передньою тампонадою порушується відтік слюзи – слід закапати в око 20% р-н сульфацилу; із задньою тампонадою носа порушується ковтання – необхідно давати рідку їжу;



- навчити пацієнта доглядати за носовою порожниною.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта, зупинка носової кровотечі;
- виявлення нових проблем пацієнта з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- своєчасне та повноцінне лікування захворювань, які можуть бути причиною виникнення носової кровотечі;
- дотримання правил техніки безпеки та охорони праці на шкідливих виробництвах;
- профілактика операційних та післяопераційних кровотеч (обстеження пацієнта на час



- згортання крові, час кровотечі);
- загартування організму.

Фурункул носа – гостре запалення волосяного фолікула або сальних залоз.

Етіологія:

- чинники, що сприяють розвитку захворювання:
 - мікротравми ділянки входу в ніс;
 - мацерація шкіри при нежиті;
 - захворювання - гіповітаміноз, цукровий діабет.

Класифікація:

За перебігом: легкий, тяжкий (з розвитком ускладнень: флегмона орбіти, тромбоз кавернозного синуса).

За стадіями розвитку: інфільтрації, абсцедування.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження: *при стадії інфільтрації*: гіперемія і напруження шкіри, конусоподібне підвищення на одній із стінок входу в ніс чи його зовнішній поверхні; при пальпації кутової вени ока можлива болючість; *при стадії абсцедування*: наявність інфільтрату з гнійним стрижнем, асиметрія обличчя у зв'язку з набряком верхньої губи, щоки, ↑ t⁰ тіла, збільшені регіонарні лімфатичні вузли.

II етап – медсестринські діагнози: біль у присінку носа, однобічне утруднення носового дихання, субфебрилітет, загальна слабкість.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір ЗАК, ЗАС, визначення глюкози в крові;
- підготовка пацієнта та взяття мазка з гнійного стрижня на флору та чутливість до АБ;
- підготовка пацієнта до консультації окуліста, ендокринолога (в разі потреби);
- спостереження за загальним станом пацієнта, свідомістю, t⁰ тіла, ділянкою носа та обличчя;
- у разі легкого перебігу можливе амбулаторне лікування;
- у разі тяжкого перебігу – обов'язкова госпіталізація до стаціонару;
- при загальній слабості – допомога при пересуванні, виконанні заходів особистої гігієни, вживанні їжі;
- при підвищенні t⁰ тіла, ознобах негайно повідомити лікаря;
- лікування *при стадії інфільтрації*: введення тампонів з бальзамічною синтоміциновою маззю, примочки із спиртовим р-ном прополісу, антибіотики, антигістамінні препарати, анальгетики, жарознижуючі, вітаміни групи А, В, С;
- *при початковій стадії*: сухе тепло, УФО, під кінець лікування УВЧ-терапія (фізіотерапевтичні процедури призначають тільки за відсутності гнійного ексудату, підвищеної t⁰ тіла, тромбоемболічних та інших ускладнень);
- лікування *в стадії абсцедування*: хірургічне розкриття гнійника з видаленням гнійного стрижня;
- після розтину шкіру обробляють 3% р-ном перекису водню, борним спиртом;
- дренування рани турундами, змоченими димексидом, діоксидином;

- призначають антикоагулянти (під контролем коагулограми), антибіотики, протеолітичні ферменти;
- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
- навчити пацієнта правилам обробки шкіри. Особливу увагу звернути на заборону видавлювати з фурункула носа гній!

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- зменшення набряку і почервоніння в ділянці носа і прилеглих ділянках;
- покращення загального стану, самопочуття, зникнення болю, нормалізація t⁰ тіла;
- виявлення можливих ускладнень (карбункул, флегмона орбіти, тромбоз кавернозного синуса) з відповідною корекцією м/с втручань.

Профілактика:

- своєчасне лікування гострих ринітів, ендокринних захворювань, загартування організму, санація гнійних осередків в організмі.

Сторонні тіла носової порожнини – предмети, які потрапили у порожнину носа і затрималися в ній.

Етіологія:

- введені в порожнину носа чужою рукою (при лікарських маніпуляціях: куски вати, уламки хірургічних інструментів);
- випадково потрапили в носову порожнину (гострики, п'явки, личинки комах);
- при виробничих травмах – частки скла, металу.



Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження: чхання, слъзотеча, одобічне утруднення носового дихання, носова

кровотеча, зниження гостроти нюху. При риноскопії: гіперемія, набряк іноді утворення риноліту (коли процес триває роками).

II етап – медсестринські діагнози: однобічне утруднення дихання, гнійний нежить, носова кровотеча.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта до зондування порожнини носа гудзиковим зондом, передньої, задньої риноскопії, рентгенографії кісток носа, КТ;
- адреналізація слизової оболонки носової порожнини 0,1% р-ном адреналіна гідрохлориду;
- місцева аплікаційна анестезія носа через пульверизатор 10% р-ном лідокаїну;
- спостереження та контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта;
- заспокоєння пацієнта, психологічна підготовка до видалення стороннього тіла;
- видаляти округлі тіла пінцетом не можна! Видаляють тупим гачком!

- невеликі сторонні тіла іноді виходять під час сякання носа; вклинені та сторонні тіла неправильної форми видаляють пінцетом або носовими щипцями;
- риноліти спочатку подрібнюють і витягують частини носовими щипцями, великі риноліти видаляють шляхом операції;
- металеві сторонні тіла видаляють електромагнітом;
- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
- навчання пацієнта догляду за носовою порожниною, обережного поводження із сторонніми тілами.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- видалення стороннього тіла;
- нормалізація риноскопичної картини;
- виявлення можливих ускладнень (аспірація стороннього тіла, гострий або хронічний риніт, середній отит, синусит, риноліт) з відповідною корекцією м/с втручань.

Профілактика: вчасне звертання до лікаря, проведення санітарно-освітньої та виховної роботи, дотримання правил техніки безпеки при роботі на виробничих підприємствах.

Гострий та хронічний риніт – запалення слизової оболонки носа, що призводить до запального процесу слизової оболонки носа.

Етіологія:

- віруси(риновіруси, віруси грипу);
- мікроби (пневмококи, стрептококи);
- хімічні подразники;
- пил;
- тривале застосування судинозвужувальних препаратів;
- екзогенні алергени;
- надмірно нагріте сухе або вологе повітря.



Класифікація:

<i>Гострий риніт</i>	<i>Хронічний риніт</i>
- суха ст. (кілька годин, доба)	- катаральний;
- ст. серозних виділень (2-3 доби):	- гіпертрофічний;
- ст. слизисто-гнійних виділень (на 4-5 добу)	- вазомоторний.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

<i>Гострий риніт</i>	<i>Хронічний риніт</i>
<p><u>суха стадія:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - сухість, відчуття лоскотання в носі; - чхання, нездужання, біль голови, t^0 тіла $37,2^0\text{C}$; <p><u>стадія серозних виділень:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - серозно-слизисті виділення; - зниження гостроти нюху; - іноді кон'юнктивіт, відчуття закладеності у вухах; <p><u>стадія слизисто-гнійних виділень:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - густі слизисто-гнійні виділення; - гугнявість мови; - гіпертермія. 	<p><u>катаральний:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - утруднення носового дихання; - слизисті виділення з носа; <p><u>гіпертрофічний:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - важкість в голові; - зниження нюху; - постійні слизисто-гнійні виділення; <p><u>вазомоторний:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - напади раптової закладеності носа; - слизові виділення з носа.

II етап – медсестринські діагнози: виділення з носа, утруднення носового дихання, гіпосмія, слъзотеча, головний біль, мерзлякуватість, гіпертермія.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір ЗАК, імунологічних досліджень, забір мазка із слизової оболонки носа;
- підготовка пацієнта до оптичної риноскопії, Rg-графії, КТ носа та приноскових пазух;
- спостереження за пацієнтом, забезпечення комфортних умов (доступ свіжого повітря, вологе прибирання); контроль за загальним станом пацієнта, вимірювання t^0 тіла, АТ, Р;
- при виділеннях із носа – туалет носа;
- лікування гострого риніту *суха стадія*: при відсутності $\uparrow t^0$ тіла тепло-вологі інгаляції, зрошення слизової носа (санін, аква маріс); масаж рефлексогенних зон, введення в ніс олійних та аерозольних препаратів, протівірусні препарати, фізіотерапевтичні процедури (сухе тепло, УВЧ-терапія на ніс). *При стадії серозних виділень*: судинозвужуючі краплі, потогінні препарати, УФО-ендонозально і на підшви. *Стадія слизисто-гнійних виділень*: судинозвужуючі краплі, гарячі ножні ванни, вітамінотерапія, імуностимулююча терапія.
- лікування хронічного риніту: *катаральний риніт*: судинозвужуючі та в'яжучі краплі, змазування слизової носа 2-5% р-ном нітрату срібла при неефективності припікання хромовою кислотою; *гіпертрофічний риніт*: оперативне лікування (кріодеструкція тканин носових раковин; *вазомоторний риніт*: усунення алергічного чинника, антигістамінні препарати, внутрішньоносова новокаїнова блокада.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану пацієнта, відновлення носового дихання, самопочуття, зникнення болю, нормалізація t^0 тіла;
- виявлення можливих ускладнень (фарингіт, синуїт, отит, пневмонія) з відповідною корекцією м/с втручань.

Профілактика: санація хронічних вогнищ інфекцій, уникнення шкідливих чинників, паління тютюну, виявлення алергенів та по можливості усунення контакту з ними в побуті та виробничій діяльності.

Синуїти запальний процес, що уражує слизову оболонку, а іноді окістя та кісткові стінки приносних пазух.

Етіологія: риновіруси, аденовіруси, стрептококи та ін., хронічні захворювання слизової оболонки носа, набуті імунodefіцитні стани, деформація переділки носа, розміщення коренів 4-7-го верхніх зубів від дна верхньощелепної пазухи.



Класифікація:

За поширеністю:	За локалізацією:	За походженням:
<ul style="list-style-type: none"> - одnobічний; - двобічний; - гемісинуїт (запалення всіх пазух з одного боку); - пансинуїт (запалення всіх пазух з обох боків). 	<ul style="list-style-type: none"> - гайморит (запалення верхньощелепної пазухи); - етмоїдит (запалення решітчастого лабіринту); - фронтит (запалення лобної пазухи); - сфеноїдит (запалення клиновидної пазухи). 	<ul style="list-style-type: none"> - риногенний; - одонтогенний; - травматичний; - гематогенний; - алергічний.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження: $\uparrow t^0$ тіла, біль голови, що посилюється при нахиленні голови вперед, порушення нюху. **Гайморит:** одnobічний нежить та утруднене носове дихання, гнійні виділення, які можуть стікати до носоглотки, біль в ураженій ділянці з іррадіацією в очну ямку, зуби, половину обличчя, припухлість в ділянці щоки. **Етмоїдит:** біль в ділянці перенісся, закладення і слизисті виділення з носа, припухлість в ділянці щоки. **Фронтит:** болючість в ділянці лоба

та внутрішньому куті ока, набряк та почервоніння шкіри в ділянці лоба.

Сфеноїдит: біль у потилиці, нежить зі слизово-гнійними виділеннями.

II етап – медсестринські діагнози: підвищення t^0 тіла, біль голови з різкою іррадіацією, нежить, припухлість.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір крові для ЗАК, ЗАС, коагулограми;
- підготовка пацієнта до взяття мазка із слизової оболонки носа та аспірату на визначення збудника та чутливість до АБ;
- підготовка пацієнта до передньої, задньої, оптичної ендоскопії носа, приносних пазух, Rg-графії, КТ, МРТ приносних пазух;
- підготовка пацієнта до пункцій приносних пазух;
- підготовка пацієнта до консультації невропатолога, офтальмолога;
- спостереження за пацієнтом, санітарним станом в палаті, вимірювання t^0 тіла, АТ, Р;
- *консервативне лікування*: антибіотики, секретолітики, знеболюючі, антигістамінні препарати; судинозвужувальні краплі в ніс, промивання носової порожнини сольовими розчинами, змащування слизової оболонки носа адреноміметиками, вкладання турунд, пункція пазухи з подальшим її промиванням, фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, магнітно-лазерна терапія);
- *оперативне лікування*: операція Кальдвелла-Люка, фронтотомія;
- у післяопераційний період спостереження за кольором шкіри, вимірювання t^0 тіла, АТ, Р;
- контроль за операційною раною, дренажами;
- при виявленні післяопераційної кровотечі повідомити лікаря, виконати передню тампонаду носа;
- при набряку в ділянці оперативної пазухи прикласти холод. При набряку повіки та сльозотечі з ока інстиляція в око 2-3 кр. 20% р-ну сульфацилу натрію;
- допомога пацієнту у харчуванні (5-7 діб пацієнт отримує тільки рідку і негарячу їжу);
- вирішення супутніх проблем та потреб пацієнта;
- навчання пацієнта догляду за носовою порожниною.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану пацієнта, відновлення носового дихання, нюху, відсутність виділень з носа;
- виявлення можливих внутрішньочерепних чи очноямкових ускладнень з відповідною корекцією м/с втручань.

Профілактика: санація каріозних зубів, лікування захворювань (хронічний риніт та ін.), профілактика ГРВІ.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Вивчити медсестринське обстеження ЛОР-пацієнта.
2. Зібрати анамнез даного пацієнта: при зборі анамнезу звернути увагу на характер, перебіг захворювання, початок захворювання, присутність інших захворювань.
3. Провести медсестринську оцінку стану пацієнта, визначити проблему, встановити медсестринські діагнози.
4. Скласти план медсестринських втручань.
5. Виконати медсестринські маніпуляції згідно алгоритму дій.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Провести огляд, пальпацію носа, приноскових пазух (звернути увагу на крила носа).
2. Провести накручування вати на носовий зонд.
3. Визначити дихальну та нюхову функції носа за методом В.Г. Воячека.
4. Підготувати необхідний медичний інструментарій для проведення передньої та задньої риноскопії.
5. Взяти мазок із слизової оболонки носа.
6. Ввести лікарські препарати у ніс (закапування крапель, уведення носової турунди з мазями, інсуфляція в ніс лікарських засобів).
7. Провести передню тампонаду носа та накладання пращеподібної пов'язки на ніс.
8. Засвоїти принципи невідкладної допомоги при носовій кровотечі, сторонньому тілі носа.
9. Підготувати пацієнта до операції на носі, приноскових пазухах.
10. Провести догляд за пацієнтом після операції на носі та приноскових пазухах.
11. Розв'язати тестові та ситуаційні завдання.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. У пацієнта є підозра на риногенне орбітальне ускладнення. До якого методу обстеження сестра медична повинна підготувати пацієнта?
2. Ваша думка. Які доброякісні пухлини носа найчастіше можуть зустрічатися?
3. Які Вам відомі методи лікування злоякісних пухлин носа?
4. Пацієнт Т, 23 р., звернувся до ЛОР-лікаря із скаргами на нудоту, болі у м'язах шиї, утруднення носового дихання та гнійні виділення із лівої половини носа. Пацієнте протягом тижня, t^0 тіла 39^0 С, симптом Кернінга+, регідність м'язів потилиці. Який попередній діагноз можна встановити?
5. На Вашу думку, при яких захворюваннях найчастіше виникають внутрішньочерепні ускладнення?
6. Чим знеболюється слизова оболонка носової порожнини перед проведенням передньої тампонади носа?
7. Які Вам відомі методи обстеження при поліпах носа?
8. Які Вам відомі накази МОЗ України, що використовуються при захворюваннях носа?
9. Які Ви знаєте види викривлення переділки носа та принципи хірургічної корекції?
10. Ваша думка. У яких ЛОР-органах найчастіше локалізується склерома верхніх дихальних шляхів?

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3

ТЕМА: «Медсестринський процес при гострому та хронічному тонзилітах».

МЕТА: Виконати медсестринський процес при захворюваннях глотки з визначенням дійсних проблем пацієнта при даній патології. Навчитись встановлюванню медсестринських діагнозів, планування та реалізації медсестринських втручань. Вивчити основні практичні маніпуляції, догляд за пацієнтом в післяопераційний період і профілактику захворювань. Ознайомитись з роботою операційного блоку, ЛОР-кабінету, маніпуляційної, фізкабінету, наказами МОЗ України та протоколами сестри медичної. Дотримуватись правил техніки безпеки та охорони праці при роботі ЛОР-кабінету.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Інструментарій для проведення об'єктивного та ендоскопічного дослідження глотки, муляжі, лотки, ліки, інструкції для їх використання, схеми, рентгенограми та КТ, алгоритми для виконання практичних навиків, карта обстеження ЛОР-пацієнта, історії захворювань, накази МОЗ України, тестові та ситуаційні завдання для контролю рівня знань.

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

- причини захворювань глотки;
- клінічні симптоми захворювань та їх вплив на суміжні органи;
- методику об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження при різних захворюваннях;
- основи дієти та режиму по догляду за пацієнтом;
- основні принципи медикаментозного та хірургічного лікування;
- ускладнення у пацієнта при захворюваннях глотки;
- правила дотримання техніки безпеки та охорони праці при виконанні роботи.

Студент повинен вміти:

- здійснити I та II етапи медсестринського процесу;
- поставити медсестринські діагнози згідно кожного даного захворювання;
- провести обстеження глотки, піднебінних мигдаликів (орофарингоскопію);
- оглянути ротову порожнину;
- взяти мазок із слизової оболонки глотки;
- змазувати піднебінні мигдалики і задню стінку глотки;
- приготувати розчини для полоскання глотки та інгаляцій;
- накладати зігрівальний компрес на підщелепну ділянку;
- підготувати пацієнта до операції тонзилектомії;
- провести медсестринський догляд за пацієнтом в післяопераційний період;

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Гострий тонзиліт – це гостре інфекційне захворювання, яке характеризується запаленням піднебінних мигдаликів і регіонарних лімфатичних вузлів.

Етіологія:

- β-гемолітичний стрептокок групи А;
- стафілокок;
- пневмокок.

Класифікація:

За етіологією:

- **первинні:**
 - катаральний;
 - фолікулярний;
 - лакунарний
 - виразково-плівчастий
- **вторинні**
 - при інфекційних захворюваннях (корі, скарлатині);
 - при захворюваннях крові.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

Катаральна:

- сухість і дряпання в горлі;
 - помірний біль у глотці, що посилюється при ковтанні;
 - підвищення t^0 тіла до 38^0C ;
 - головний біль;
 - загальна слабкість;
- при орофарингоскопії:* мигдалики збільшені та набряклі.



Фолікулярна:

- виражений біль в горлі, який іррадіює у вухо;
 - ломота у м'язах і суглобах;
 - підвищення t^0 тіла до 38^0C ;
 - збільшення і болючість підщелепних лімфатичних вузлів;
- при орофарингоскопії:* на мигдаликах значна кількість круглих жовтувато-білих крапок у вигляді “зоряного неба”.

Лакунарна:

- виражений біль при ковтанні (іноді пацієнт може відмовлятися від їжі);
 - підвищення t^0 тіла до $39-40^0\text{C}$;
 - головний біль, біль у м'язах і суглобах;
 - збільшені і болючі лімфатичні вузли;
- при орофарингоскопії:* у ділянці лакун є жовто-білі нашарування, що збільшуються, покривають більшу частину мигдаликів, не виходять за межі мигдалика.

Виразково-плівчаста:

- загальний стан задовільний;
 - постійне відчуття стороннього тіла під час ковтання;
 - неприємний запах із рота;
 - слинотеча;
 - відсутність підвищення t^0 тіла;
- при орофарингоскопії:* однобічне ураження, на поверхні мигдалика є наліт жовтувато-білого кольору, після зняття нальоту утворюється виразка.

II етап – медсестринські діагнози:

- біль у горлі, м'язевий біль;
- гарячка;
- озноб;

- загальна слабкість.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та взяття мазка із глотки на визначення збудника, чутливість до АБ;
- забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС, RW (за згодою пацієнта);
- підготовка пацієнта до проведення орофарингоскопії, пальпації шиї і підщелепних лімфатичних вузлів, ендоскопічного обстеження; ЕКГ;
- підготовка пацієнта до консультації суміжних спеціалістів;
- при важкому перебігу госпіталізація до стаціонару;
- контроль за санітарним станом у палаті (провітрювання, вологе прибирання);
- дезінфекція предметів індивідуального користування;
- забезпечення пацієнту ліжкового режиму, рідкою їжею (дієта №15);
- постійний контроль за самопочуттям пацієнта: огляд ротової порожнини та мигдаликів, вимірювання t^0 тіла, АТ, підрахунок Р.

При ознобі:

- зігрівання тепле пиття.

При гарячці:

- водно-оцтова пов'язка, жарознижуючі;
- додавання теплого пиття у великих кількостях;
- при болі – зрошення глотки аерозолями (інгаліпт, Тандум-Верде);
- полоскання зіву 5-7 разів на добу дезінфікуючими розчинами;
- антибактеріальні препарати: цефалоспорин (цефтазидим, цефуроксим);
- нестероїдні протизапальні препарати(ібупрофен);
- антигістамінні препарати, вітаміни групи В, С;
- при наявності виразок: змащування 10% р-ном новарсенолу у гліцерині, припікання нітратом срібла;
- вирішення супутніх проблем пацієнта;
- навчання пацієнта полоскання зіву.



V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення самопочуття пацієнта: нормалізація t^0 тіла, ліквідація запальних змін у глотці;
- виявлення нових проблем пацієнта з корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- загартування організму;
- раціональне харчування;
- санація хронічних осередків інфекції.

Хронічний тонзиліт – захворювання інфекційно-алергічного характеру з місцевими проявами стійкої запальної реакції піднебінних мигдаликів.



Етіологія:

- β-гемолітичний стрептокок групи А;
- стафілокок;
- віруси грипу;
- аденовіруси.

Класифікація:

Компенсована форма:

- лише місцеві зміни мигдаликів (секрет у криптах);
- ангін не буває.

Декомпенсована форма

- рецидиви ангін;
- хронічне запалення мигдаликів;
- паратонзиллярний абсцес;
- ускладнення (хвороби серця, суглобів, нирок);
- при захворюваннях крові.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

Компенсована форма ХТ:

- відчуття стороннього тіла зранку (при ковтанні);
- поколювання в горлі;
- неприємний запах з рота;
- загострення процесу 2-4 рази на рік;
- t^0 тіла $37,5^0C$;

при орофарингоскопії:

- гіпертрофія мигдаликів;
- гнійні кірочки в лакунах.

Декомпенсована форма ХТ:

- неприємний запах з рота:

при орофарингоскопії:

- симптом Гізе (гіперемія передніх піднебінних дужок);
- симптом Преображенського (потовщення передніх і задніх дужок);
- симптом Зака (набряк верхнього кута піднебінних дужок);
- періодичні болі в суглобах, серці.

II етап – медсестринські діагнози:

- неприємний запах з рота;
- субфебрилітет;
- відчуття стороннього тіла в горлі;

- зниження апетиту.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір матеріалу на ЗАК, ЗАС, біохімічного аналізу крові (С-реактивний білок); час згортання крові, група крові, Rh-фактор, проведення імунологічних досліджень, RW;
- взяття мазка з мигдаликів на ВЛ, вміст лакун, чутливості до АБ;
- підготовка пацієнта до ЕКГ, ендоскопічного обстеження зіву, УЗД внутрішніх органів;
- підготовка пацієнта до орофарингоскопії;

при компенсованій стадії ХТ:

- контроль за загальним станом, t^0 тіла;
- раціональне харчування, вітамінотерапія;
- гіпосенсибілізуюча терапія (імудон, тонзилгон, тонзилотрен, препарати кальцію);



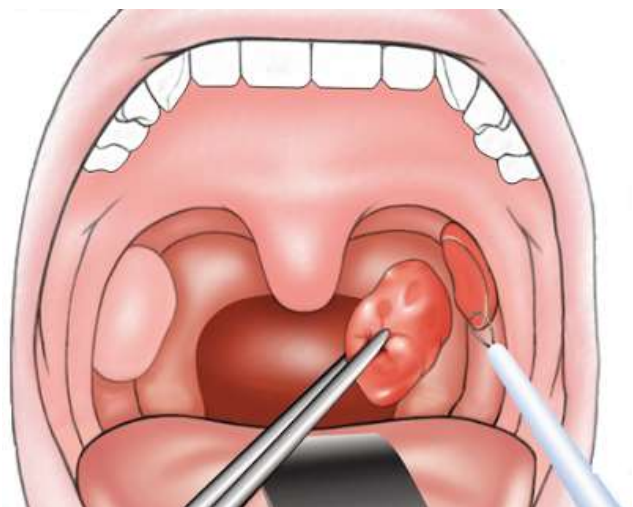
- промивання лакун піднебінних мигдаликів (р-н фурациліну);
- змащування мигдаликів р-ном Люголя на гліцерині;
- внутрімигдаликові новокаїнові блокади;
- застосування оросептиків (фарингосепт, декатилен);
- фізіотерапевтичні методи (ультрафонофорез на проекцію піднебінних мигдаликів, тубус-кварц, УВЧ, сольюкс-лампа, опромінення мигдаликів гелій-неоновим лазером);
- консервативне лікування потрібно проводити 2 рази на рік курсами, частіше в весняно-осінній періоди (10-14 днів). При неефективності консервативного лікування – хірургічне лікування – криотонзилотомія.

При декомпенсованій стадії ХТ: хірургічне - тонзилектомія.

Тонзилектомію здійснюють в умовах стаціонару, бажано під загальним знеболенням.

Підготовка до хірургічного втручання:

- санація ротової порожнини;
- мазок на ВЛ за три дні до операції;
- з'ясування алергічного анамнезу;
- забір біологічного матеріалу: ЗАК, ЗАС, RW, час згортання крові, група крові, Rh-фактор;
- забезпечення пацієнта консультацією імунолога, кардіолога;
- відміна антикоагулянтів за 10-20 днів до операції;



- призначення препаратів, що покращують згортання крові (*препарати Ca, вітамін C*);
- підготовка хірургічного інструментарію та обладнання для виконання операції.

Догляд за пацієнтом в післяопераційний період:

- у палату відвезти на крісло-каталці;
- вкласти пацієнта на правий бік, підкласти під щоку пелюшку, попросити слину не ковтати, а обережно спльовувати;
- заборонити вставати і розмовляти (протягом 6-8 год.);
- впродовж 2-х годин спостерігати за станом пацієнта і забарвлення слини;
- рекомендувати утримуватися від кашлю, чхання;
- через 2-3 год. дати декілька ковтків рідини;
- годувати пацієнта протертою, рідкою їжею в день операції та протягом 5 днів після операції (повноцінне за 3-4 тижнів);
- зрошувати ротову порожнину декілька разів на день асептичними р-нами;
- у випадку кровотечі – повідомити лікаря.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- санація лакун піднебінних мигдаликів;
- зменшення частоти ангін;
- лікування ускладнень;
- після тонзилектомії (щадний режим, обмеження фізичних навантажень).

Профілактика:

- санація хронічних вогнищ інфекції;
- грамотне лікування ангін;
- рання діагностика та своєчасне консервативне лікування ХТ.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Вивчити медсестринське обстеження ЛОР-пацієнта.
2. Зібрати анамнез даного пацієнта: при зборі анамнезу звернути увагу на характер, перебіг захворювання, початок захворювання, присутність інших захворювань.
3. Провести медсестринську оцінку стану пацієнта, визначити проблему, встановити медсестринські діагнози.
4. Скласти план медсестринських втручань.
5. Виконати медсестринські маніпуляції згідно алгоритму дій.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Зібрати анамнез захворювання даного пацієнта (при зборі анамнезу звернути увагу на скарги та перебіг захворювання).
2. Провести огляд порожнини глотки згідно поетапного алгоритму.
3. Провести зовнішній огляд і пальпацію шиї та лімфатичних вузлів.
4. Базуючись на медсестринському діагнозі та листку призначень лікаря, виконати III етап медсестринського процесу.
5. Провести туалет ротової порожнини.
6. Підготувати необхідний інструментарій для огляду глотки.
7. Змастити слизову оболонку глотки лікарськими середниками.
8. Накласти зігрівальний компрес на підщелепну ділянку.
9. Підготувати розчини для полоскання глотки та навчити пацієнта його проводити.
10. Підготувати медичний інструментарій для проведення операції – тонзилектомії.

11. Провести догляд за пацієнтом при оперативному втручанні (тонзилектомії).
12. Після кожного завдання заповнити медичну документацію
13. Розв'язати тестові та ситуаційні завдання.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які основні проблеми у пацієнта при постановці медсестринських діагнозів при гострому тонзиліті?
2. Які лікарські призначення буде виконувати сестра медична при лакунарній ангіні?
3. Які маніпуляції проводить сестра медична під час підготовки пацієнта до операції тонзилектомії?
4. Яких правил техніки безпеки сестра медична дотримується при роботі у ЛОР-кабінеті?
5. Які лікарські призначення буде виконувати сестра медична при катаральній ангіні?
6. Які лікарські призначення буде виконувати сестра медична при фолікулярній ангіні?
7. Які лікарські призначення буде виконувати сестра медична при виразково-плівчастій ангіні?
8. Які ускладнення найчастіше спостерігаються при гострих тонзилітах?
9. Який основний догляд за пацієнтом після проведеної тонзилектомії?
10. Основні етапи дієтичного харчування для пацієнта після тонзилектомії.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №4

ТЕМА: «Медсестринський процес при фарингіті, гіпертрофії глоткового мигдалика, сторонніх тілах глотки».

МЕТА: Виконати медсестринський процес при захворюваннях глотки з визначенням дійсних проблем пацієнта при даній патології. Навчитись встановлюванню медсестринських діагнозів, планування та реалізації медсестринських втручань. Вивчити основні практичні маніпуляції, догляд за пацієнтом в післяопераційний період і профілактику захворювань. Ознайомитись з роботою операційного блоку, ЛОР-кабінету, маніпуляційної, фізкабінету, наказами МОЗ України та протоколами сестри медичної. Дотримуватись правил техніки безпеки та охорони праці при роботі ЛОР-кабінету.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Інструментарій для проведення об'єктивного та ендоскопічного дослідження глотки, муляжі, лотки, ліки, інструкції для їх використання, схеми, рентгенограми та КТ, алгоритми для виконання практичних навиків, карта обстеження ЛОР-пацієнта, історії захворювань, накази МОЗ України, тестові та ситуаційні завдання для контролю рівня знань.

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

- причини захворювань глотки;
- клінічні симптоми захворювань та їх вплив на суміжні органи;
- методику об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження при різних захворюваннях;
- основи дієти та режиму по догляду за пацієнтом;
- основні принципи медикаментозного та хірургічного лікування;
- ускладнення у пацієнта при захворюваннях глотки;
- правила дотримання техніки безпеки та охорони праці при виконанні роботи.

Студент повинен вміти:

- здійснити I та II етапи медсестринського процесу;
- поставити медсестринські діагнози згідно кожного даного захворювання;
- підготувати пацієнта до епіфарингоскопії, ларингоскопії, УЗД м'яких тканин ший, КТ ший;
- оглянути ротову порожнину;
- взяти мазок із слизової оболонки глотки;
- змазувати піднебінні мигдалики і задню стінку глотки;
- приготувати розчини для полоскання глотки та інгаляцій;
- накладати зігрівальний компрес на підщелепну ділянку;
- підготувати пацієнта до операції аденотомії, абсцестонзилектомії;
- провести медсестринський догляд за пацієнтом в післяопераційний період;
- проводити організаційні заходи у разі підозри на дифтерію глотки.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Аденоїди (гіпертрофія горлового мигдалика) – це фізіологічне збільшення лімфаденоїдної тканини, розташованої у верхньому відділі носової частини глотки

Етіологія:

- конституційна (спадкова) схильність;
- повторні вірусні та бактеріальні захворювання носа, глотки;
- гіповітамінози.

Класифікація:

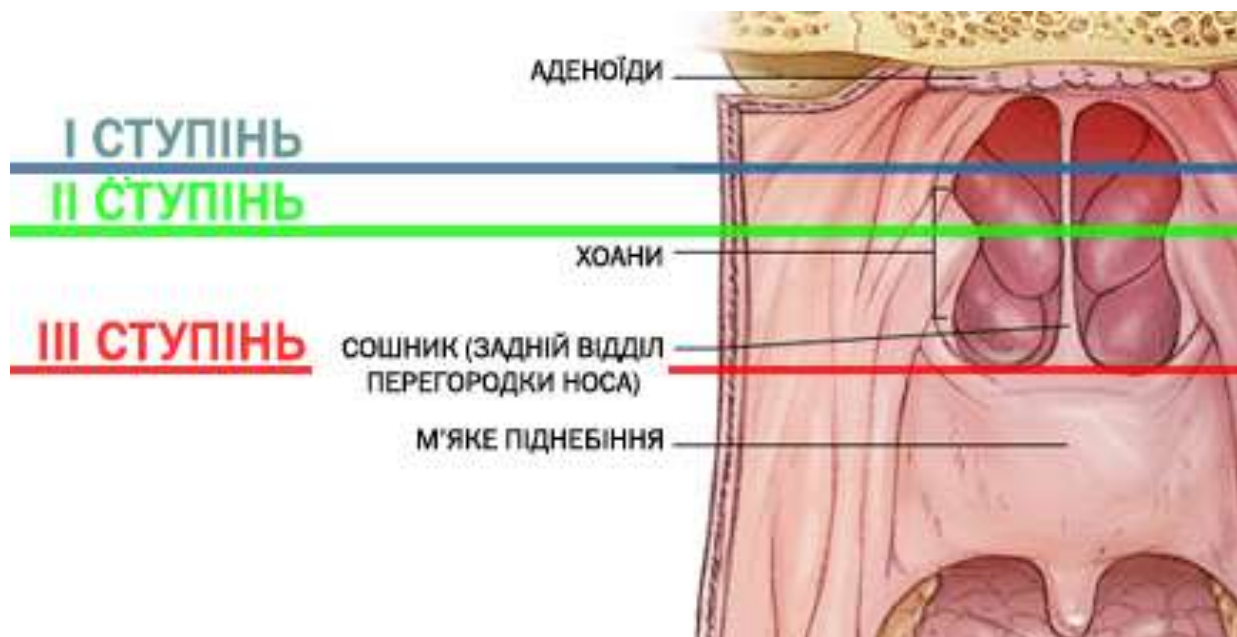
I ст. – леміш і хоани закриті на 1/3;

II ст. – леміш і хоани закриті на 1/2;

III ст. – леміш і хоани закриті на 2/3 або повністю.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

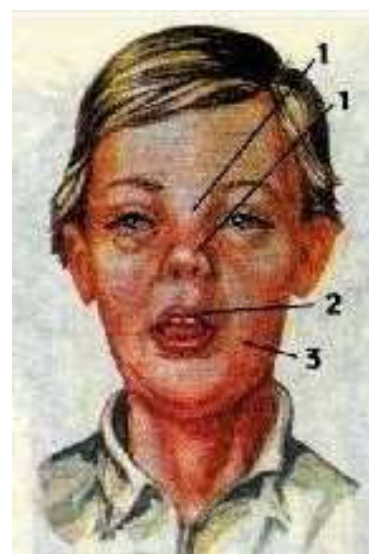


- постійне утруднення носового дихання (ротове);
- часті отити;
- неспокійний сон і хропіння (“страшні сни”);
- затяжні риніти;
- нечиста “гугнява” мова;
- зниження гостроти слуху;
- іноді ранкове блювання слизом;
- зниження апетиту, в’ялість, швидка втома.

при задній риноскопії:

- у склепінні носогорла пухлиноподібне утворення;
- при II ст. – деформація скелета обличчя “аденоїдне обличчя” (напіввідкритий рот, екзофтальм, відвисання нижньої щелепи);
- деформація грудної клітки “курячі груди” (поверхнєве дихання через рот);
- нічний енурез;
- розвиток анемії.

II етап – медсестринські діагнози:



- утруднення носового дихання;
- зниження гостроти слуху;
- біль голови;
- нічне нетримання сечі;
- ранкове блювання;
- зниження апетиту;
- неспокійний сон (“страшні сни”).

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта до відеоендоскопічного обстеження носоглотки;
- підготовка пацієнта та взяття мазка біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС, глюкози в крові, коагулограми, групи крові, Rh-фактор;
- підготовка пацієнта (при потребі) до КТ МРТ;
- підготовка пацієнта до консультації педіатра (сімейного лікаря);
- спостерігати за пацієнтом: загальний стан, дихання носом, локальний огляд, t⁰ тіла;
- при неспокійному сні – спостереження (усунення гіпоксії);
- спостереження за харчуванням (дієта різноманітна, вітамінізована);
- відповідний догляд при блюванні.

Консервативне лікування (I-II ст.)

- промивання носа “Аква-маріс”, “Фізіомер”, “Х’юмер”;
- в’яжучі краплі в ніс;
- вітаміни групи В, С, Са;
- імуномодулятори (ромашка, прополіс);
- УФО – глотки;
- таласотерапія.

При неефективності консервативного лікування показане хірургічне лікування – аденотомія.

Аденотомію здійснюють в умовах стаціонару, бажано під загальним знеболенням.

Підготовка до хірургічного втручання:

- психологічна підготовка;
- санація осередків інфекції;
- підготовка пацієнта до відеоендоскопії носоглотки, при потребі КТ;
- з’ясування алергічного анамнезу;
- забір біологічного матеріалу: ЗАК, ЗАС, RW, час згортання крові, групу крові, Rh-фактор.

Догляд за пацієнтом в післяопераційний період:

- у палату відвезти у крісло-каталці;
- вкласти на бік, слідкувати, щоб пацієнт не заснув;
- в разі потреби у обидві половини носа ввести ватні кульки;
- спльовувати слину у пелюшку;
- при доброму самопочутті (t⁰ тіла N, відсутність кровотечі), пацієнт може проходити лікування в домашніх умовах;
- годувати пацієнта протягом 4-5 днів рідкою, не подразнюючою їжею;
- обмежити фізичне навантаження;

- проводити дихальну гімнастику.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- нормалізація t^0 тіла;
- відновлення носового дихання;
- виявлення та оцінка можливих ускладнень: хронічний риніт, гнійний середній отит, тубоотит, хронічний тонзиліт.

Профілактика:

- загартування організму;
- своєчасне лікування ринітів;
- вітамінотерапія.

Фарингіт – запалення задньої стінки глотки.

Етіологія:

- респіраторні віруси;
- стрептокок, стафілокок;
- гемофільна паличка.

Класифікація:

Гострий : поверхневий запальний процес слизової оболонки глотки.

Хронічний: без запальних проявів є:

- катаральний;
- гіпертрофічний;
- атрофічний.



Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

- дряпання, сухість в горлі;
- неприємні відчуття при порожньому ковтку;
- “липкий” кашель вранці;
- відчуття “клубка” в горлі;
- t^0 тіла підвищується;

при орофарингоскопії:

- гіперемія та набряк задньої стінки глотки;

при гіпертрофічному:

- слизова оболонка гіперемована, на задній стінці глотки наявні лімфоїдні фолікули, слизова покрита острівцями густого слизу;

при атрофічному:

- слизова оболонка суха, блискуча, вкрита зеленувато-жовтими кірками.

II етап – медсестринські діагнози:

- біль в горлі;
- “липкий кашель”.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта і забір мазка із слизової оболонки глотки для бактеріологічного дослідження, чутливості до АБ, крові на ЗАК;
- підготувати пацієнта до проведення орофарингоскопії, наполягати на усуненні шкідливих чинників (паління, вживання алкоголю, професійних шкідливостей);
- періодичне полоскання глотки дезінфікуючими розчинами: фурациліном, лактатом;
- вимірювати t^0 тіла, АТ, Р;
- пульверизація рото глотки аерозолями (гексаспрей, інгаліпт);
- використання оросептиків (фарингосепт, трахісан);
- змащування слизової оболонки розчином Люголя;
- при піднятті t^0 тіла – жарознижуючі;
- антигістамінні препарати (супрастин, лоратидин);
- при бактеріальній флорі – антибіотики;
- фізіотерапевтичне лікування: УФЧ, опромінення задньої стінки глотки гелієво-неоновим лазером;
- при гіпертрофічному тонзиліті: припікання тканини електрокаутером, замороження кріоапаратом;
- при атрофічному фарингіті: вітаміни, ФІБС, інгаляції гідрокарбонатних вод (Поляна Квасова).



V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- при рецидивуючому фарингіті: провести санацію ротової порожнини та мигдаликів (при потребі виконати аденотомію або резекцію викривленої носової перегородки).

Профілактика:

- санація носа та приноскових пазух;
- припинення вживання алкогольних, газованих напоїв;
- усунення шкідливих професійних чинників;
- ліквідація хронічних осередків інфекції інших органів;
- санаторно-курортне лікування.

Сторонні тіла горла – предмети, які потрапили у порожнину глотки і затрималися в ній (кістки риби, цвяхи, шпильки, щетинки зубних щіток, часточки насіння та інші).

Етіологія:

- поспішне прийняття їжі;
- недостатнє розжовування їжі;
- переляк, кашель, сміх;
- шкідлива звичка тримання предметів в роті під час роботи;
- стоматологічні маніпуляції.

Класифікація

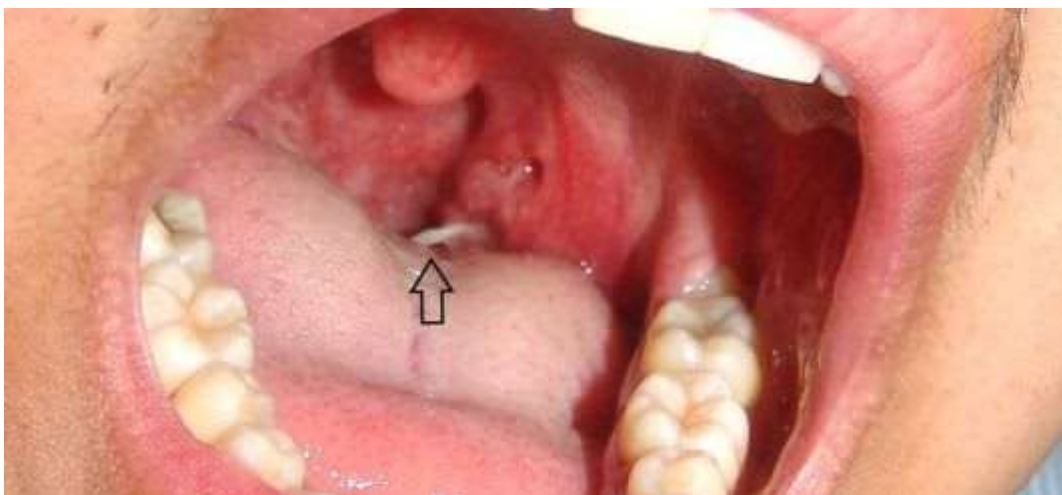
- верхнього відділу горла (носоглотка);
- середнього відділу горла (ротоглотка);
- нижнього відділу горла (гортаноглотка).

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

- відчуття стороннього тіла в горлі;

- при гострому сторонньому тілі колочий біль в горлі при “порожньому” ковтанні, переважно з одного боку;
- при тривалому перебуванні: кровохаркання, утруднене ковтання, кашель, задишка, неможливість ковтання через біль;
при орофарингоскопії:
- гіперемія;
- надлишкова салівація: “озера” слини у грушоподібних синусах;
- сліди травми.



II етап – медсестринські діагнози:

- біль в горлі, який при “порожньому” ковтанні може віддавати у вухо;
- надмірна салівація (“озера”);
- кашель;
- кровохаркання;
- задишка;
- утруднене ковтання.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта до задньої риноскопії, орофарингоскопії, непрямой ларингоскопії, відеоендоскопії, рентгенографії;
- обстеження слизової горла ватним зондом;
- анестезія горла зрошенням через пульверизатор 10% р-ном лідокаїну;
- не можна ковтати суху шкурку хліба – сторонні тіла проштовхуються в глибину або ламаються;
- після проведення анестезії (для зменшення салівації) видаляють сторонні тіла носовим або вушним пінцетом, гортанними або носогорловими щипцями;
- після видалення: огляд та контроль за станом пацієнта, змащування ранової поверхні розчином Люголя, полоскання горла;
- впродовж 5-7 днів не вживати грубу, подразнюючу їжу.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

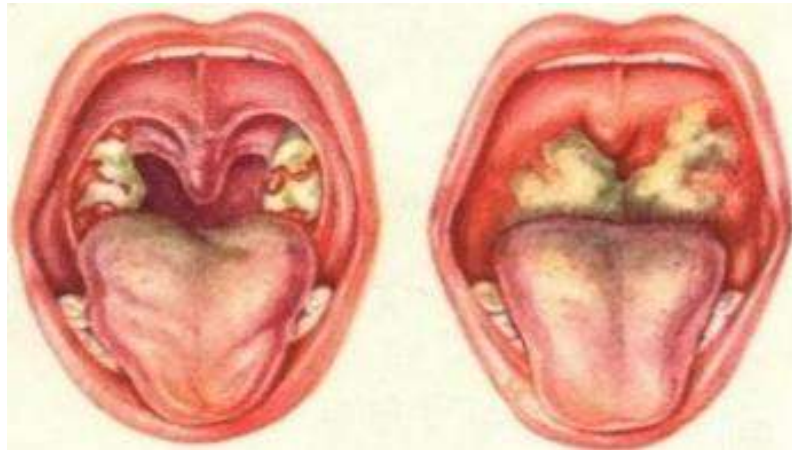
- видалення стороннього тіла;

- виявлення можливих ускладнень (кровотеча, розвиток трофічних виразок, запалення тканини у місці проникнення, заглиблений абсцес) з відповідною корекцією м/с втручань.

Профілактика:

- вчасне звертання до лікаря;
- увага до дітей (під час гри);
- обережні маніпуляції в ротовій порожнині.

Дифтерія мигдаликів, ротоглотки – гостре токсико-інфекційне запалення, для якого характерні місцеве фібринозне запалення слизових оболонок мигдаликів, ротоглотки.



Етіологія:

- коринебактерія дифтерії (паличка Леффлера).

Класифікація:

За тяжкістю:

- легка;
- середньої тяжкості;
- гіпертоксична;
- геморагічна.

За поширеністю місцевих змін:

- локалізована (катаральна, острівцева, плівчаста);
- поширена;
- комбінована.

Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

- t^0 тіла 38-40⁰С;
- блідість шкіри, акроціаноз;
- брадикардія, аритмія;
- збільшення та болючість нижньощелепних та шийних лімфовузлів;
- набряк клітковини ший;
- при тяжкій формі: порушення серцевої та ниркової діяльності;

при орофарингоскопії:

- **катаральна форма** – помірне збільшення мигдаликів, незначна гіперемія слизової оболонки;
- **острівцева форма** – щільно зв'язані з поверхнею мигдалика острівці, наліт білувато-сірого кольору;
- **плівчаста форма** – мигдалики збільшені, на їх поверхні білувато-сірий наліт, при знятті з'являється кровоточивість;

- **поширена форма** – наліт сірувато-білий, що виходить за межі мигдалика (піднебінні дужки, язичок).

II етап – медсестринські діагнози:

- загальна слабкість;
- гарячка, задишка;
- біль у глотці при ковтанні;
- збільшення та болючість підщелепних та шийних лімфовузлів.



III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір ЗАК, БАК, для РГГА, сечі для ЗАС;
- підготовка пацієнта та забір мазка із слизової оболонки глотки, носа для мікроскопії та бактеріологічного дослідження на ВЛ (згідно Наказу МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.);
- підготовка пацієнта до передньої риноскопії, орофарингоскопії, прямої ларингоскопії, ЕКГ, Rg-графії;
- забезпечення консультації інфекціоніста, кардіолога, невропатолога;
- забезпечення пацієнта санітарно-гігієнічним обслуговуванням (ліжковий режим, ізоляція пацієнта);
- постійний контроль за t^0 тіла, АТ, підрахунок Р, ЧДР;
- забезпечення пацієнта дієтою №15 або №10 (при серцевій недостатності), при потребі (коли порушене ковтання) – зондове харчування;
- дотримання медичним персоналом протиепідеміологічних заходів (маски-респіратори, обробка рук, заміна одягу, дезінфекція);
- введення антитоксичної протидифтерійної сироватки (за методом Безредько) у дозі, що відповідає тяжкості хвороби;
- антибіотики (цефалоспорин, макроліди);
- полоскання та пульверизація рото глотки;
- введення глюкокортикоїдів, антигістамінних препаратів, вітамінів;
- лікування ускладнень (міокардиту, поліневриту);

- проведення заходів щодо осіб, які контактували з пацієнтом:
 - реєстрація осіб, які контактували з пацієнтом;
 - щоденний огляд та термометрія протягом 7 днів;
 - одноразовий огляд оториноларинголога;
 - взяття мазка з носа та ротоглотки для дослідження на ВЛ;
 - карантин в колективі – 10 днів.

V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- виписування із стаціонару здійснюють після клінічного одужання та 3-разового (через кожні 2 дні) негативного результату бактеріологічного дослідження мазків з ротоглотки на ВЛ.

Профілактика:

- проведення протиепідеміологічних заходів в осередку дифтерії;
- обов'язкове бактеріологічне обстеження пацієнтів із гострими тонзилітами;
- планова активна імунізація (згідно з календарем профілактичних щеплень).

Паратонзиллярний абсцес – це накопичення гною в паратонзиллярному просторі.

Етіологія:

- стрептококи;
- стафілококи;
- анаероби.



Медсестринський процес

I етап – медсестринське обстеження:

- постійний нестерпний біль при ковтанні, який посилюється при спробі повернути голову; іррадіація болю у вухо, зуби;
 - слинотеча;
 - відмова від їжі;
 - гугнява мова;
 - t^0 тіла 38^0 - 39^0 С;
 - болючість та збільшення лімфатичних вузлів;
 - помірний біль у глотці, що посилюється при ковтанні;
- при орофарингоскопії:*

- неприємний запах з рота;
- гіперемія і набряк м'якого піднебіння з одного боку;
- обмеження рухомості м'якого піднебіння.

II етап – медсестринські діагнози:

- біль у горлі, який іррадіює у вухо та зуби;
- гіпертермія;
- тризм;
- слинотеча.

III, IV етап – планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта для ЗАК, БАК, ЗАС, глюкози в крові;
- підготовка пацієнта та взяття мазка на ВЛ; проведення орофарингоскопії;
- забезпечення пацієнта рідкою їжею (не подразнююча, протерта);

у стадії інфільтрації:

- введення антибіотиків (цефалоспорин);
- анальгетики;
- жарознижуючі;
- полоскання горла фурациліном;

у стадії абсцедування – хірургічне лікування:

- підготовка інструментарію до розкриття паратонзиллярного абсцесу – зонд з нарізкою, шпатель, шприц з голкою, 10% лідокаїн, скальпель, затискач Пеана, стерильні марлеві кульки та серветки.



V етап – оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- нормалізація t^0 тіла;
- зникнення запальних явищ у горлі;
- виявлення можливих ускладнень (післяопераційна кровотеча, тонзілогенний медіастиніт) з відповідною корекцією м/с втручань.

Профілактика:

- санація хронічних осередків в організмі;
- вчасне лікування ангін;
- рання діагностика та своєчасне лікування хронічного тонзиліту.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Вивчити медсестринське обстеження ЛОР-пацієнта.
2. Зібрати анамнез даного пацієнта: при зборі анамнезу звернути увагу на характер, перебіг захворювання, початок захворювання, присутність інших захворювань.
3. Провести медсестринську оцінку стану пацієнта, визначити проблему, встановити медсестринські діагнози.
4. Скласти план медсестринських втручань.
5. Виконати медсестринські маніпуляції згідно алгоритму дій.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Зібрати анамнез захворювання даного пацієнта (при зборі анамнезу звернути увагу на скарги та перебіг захворювання).
2. Провести огляд порожнини глотки згідно поетапного алгоритму.
3. Провести зовнішній огляд і пальпацію шиї та лімфатичних вузлів.
4. Базуючись на медсестринському діагнозі та листку призначень лікаря, виконати III етап медсестринського процесу.
5. Провести туалет ротової порожнини.
6. Підготувати необхідний інструментарій для огляду глотки.
7. Провести взяття мазка із слизової оболонки глотки та носа.
8. Змастити слизову оболонку глотки лікарськими середниками.
9. Накласти зігрівальний компрес на підщелепну ділянку.
10. Підготувати розчини для полоскання глотки та навчити пацієнта його проводити.
11. Підготувати медичний інструментарій для проведення операції – аденотомії.
12. Провести догляд за пацієнтом при різних оперативних втручань (аденотомії, абсцестонзилектомії).
13. Після кожного завдання заповнити медичну документацію
14. Розв'язати тестові та ситуаційні завдання.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які основні проблеми у пацієнта при постановці медсестринських діагнозів при аденоїдах?
2. Які лікарські призначення буде виконувати сестра медична при сторонньому тілі глотки?
3. Які маніпуляції проводить сестра медична під час підготовки пацієнта до операції аденотомії?
4. Які дії сестри медичної при виникненні післяопераційної кровотечі?
5. Виконання яких лікарських призначень буде виконувати сестра медична у пацієнта з дифтерією глотки?
6. Згідно яких Наказів МОЗ України проводиться догляд та лікування захворювань глотки?
7. Які основні форми фарингіту?
8. Які методи видалення сторонніх тіл із глотки?
9. Догляд за пацієнтом після проведеної абсцестонзилектомії.
10. Догляд за пацієнтом при дифтерії глотки.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №5

ТЕМА: «Медсестринський процес при захворюваннях гортані».

МЕТА: Виконати медсестринський процес при захворюваннях гортані з визначенням дійсних проблем пацієнта при даній патології. Навчитись встановлюванню медсестринських діагнозів, планування та реалізації медсестринських втручань. Вивчити основні практичні маніпуляції, догляд за пацієнтом в післяопераційний період і профілактику захворювань. Ознайомитись з роботою операційного блоку, ЛОР-кабінету, маніпуляційної, фізкабінету, наказами МОЗ України та протоколами сестри медичної. Дотримуватись правил техніки безпеки та охорони праці при роботі ЛОР-кабінету.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Інструментарій для проведення об'єктивного та ендоскопічного дослідження гортані, муляжі глотки, ліки, інструкції для їх використання, схеми, рентгенограми та КТ, алгоритми для виконання практичних навиків, карта обстеження ЛОР-пацієнта, історії захворювань, накази МОЗ України, тестові та ситуаційні завдання для контролю рівня знань.

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

- причини захворювань гортані;
- клінічні симптоми захворювань та їх вплив на суміжні органи;
- методику об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження при різних захворюваннях;
- основи дієти та режиму по догляду за пацієнтом;
- основні принципи медикаментозного та хірургічного лікування;
- ускладнення у пацієнта при захворюваннях гортані;
- правила дотримання техніки безпеки та охорони праці при виконанні роботи.

Студент повинен вміти:

- здійснювати медсестринський процес при захворюваннях: проводити медсестринську діагностику, встановлювати медсестринські діагнози, планувати медсестринські втручання та їх реалізація згідно кожного даного захворювання;
- провести огляд гортані (непряму ларингоскопію);
- змазувати слизову оболонку гортані;
- приготувати розчини для вливання та проведення інгаляції;
- накладати зігрівальний компрес на ділянку гортані;
- підготувати трахеостомічний набір;
- провести введення носостравохідного зонду;
- провести медсестринський догляд за пацієнтом після трахеостомії.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Набряк гортані – є одним із проявів багатьох патологічних процесів

Набряки гортані:

<i>Запальний</i>	<i>Травматичний</i>	<i>Незапальні</i>
- інфекційні хвороби: кір, скарлатина, грип, туберкульоз, склерома, сифіліс, дифтерія;	- механічна травма: забій, вогнепальні поранення, сторонні тіла, тривале стиснення шії, наслідки хірургічного втручання на	- алергія на деякі харчові продукти (суниці, яйця, раки) і лікарські засоби (антибіотики, настоянка

<p>- наслідки формування гнояків у порожнині рота, глотки, гортані, шийних відділах хребта.</p>	<p>гортані та щитоподібній залозі, лікувальні та діагностичні маніпуляції в нижніх дихальних шляхах (інтубація, ендотрахеальний наркоз, трахеобронхоскопія);</p> <ul style="list-style-type: none"> - термічні опіки (гаряча їжа, рідина, пара); - хімічні опіки (луги, кислоти); - променеві опіки (рентгенівське опромінення, радіотерапія). 	<p>йоду);</p> <ul style="list-style-type: none"> - ангіоневротичний набряк Квінке; - алергічний набряк; - недостатність кровообігу II-III ст.; - кахексія; - хвороби нирок.
---	---	--

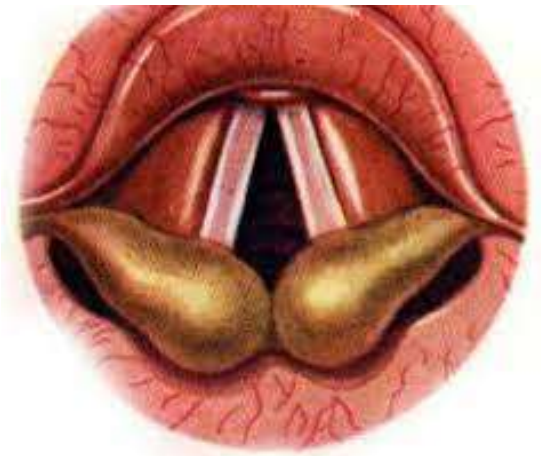
Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- утруднене ковтання
- відчуття стороннього тіла, розпирання
- утруднене дихання
- захриплість

Об'єктивно:

- інспіраторна ядуха
- набряк різного ступеня вираженості уражених ділянок гортані у вигляді водянистої або драглистої припухлості з блідо-синюшною слизовою оболонкою



II етап медсестринські діагнози:

- утруднене ковтання
- утруднене дихання

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- необхідне термінове транспортування пацієнта до стаціонару;
- провести підготовку пацієнта до непрямой ларингоскопії, прямої ларингоскопії (при потребі);
- підготувати пацієнта до рентгенографії органів грудної клітки, ЕКГ;
- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС, аналізу крові на згортання та тромбоцити;
- підготовка пацієнта та взяття мазка на ВЛ та мікологічне дослідження;
- забезпечення консультації інфекціоніста;
- постійний контроль санітарно-гігієнічного режиму у палаті, допомога пацієнту у здійсненні гігієнічних процедур;
- вимірювання t° тіла, АТ, визначення пульсу та характеру дихання;
- при потребі - надання інгаляцій зволоженого водою кисню, проведення відволікаючих процедур - гарячих ножних ванн, гірчичників на грудну клітку та литкові м'язи;

- контроль за дотриманням голосового режиму, щадної дієти;
- консервативне лікування надається відповідно до етіологічного чинника і ступеня набряку слизової оболонки гортані: АБ-терапія, дегідратаційна терапія, дезінтоксикаційна терапія, протинабрякова інгаляційна терапія, симптоматична, седативна та відволікаюча терапія;
- хірургічне лікування - за наявності явищ декомпенсації дихальної функції: інтубація, конікотомія, трахеотомія, у разі запального набряку гортані - розтин абсцесу гортані.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція

- відновлення вільного дихання
- поліпшення якості голосу
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань

Профілактика:

- загартовування організму
- запобігання травмуванню гортані
- своєчасне і відповідне лікування етіологічного хвороботворного чинника, який може ускладнитись набряком гортані
- надання невідкладної допомоги.

Стеноз гортані – це звуження просвіту гортані, яке перешкоджає проходженню повітря в нижні дихальні шляхи



<i>Причини гострого стенозу гортані</i>	<i>Причини хронічного стенозу гортані</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ набряк; ➤ травма; ➤ сторонні тіла гортані і великі (об'ємні) сторонні тіла входу у стравохід; ➤ гострий ларинготрахеїт у дітей; ➤ дифтерія гортані; ➤ ларингоспазм. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ пухлини та кісті гортані; ➤ інфекційні гранульоми – сифіліс гортані, туберкульоз гортані, склерома; ➤ рубцеві зміни внаслідок перенесеного хондроперихондриту гортані, опіків, травм, вогнепальних поранень, тривалої інтубації під час ШВЛ або подовженої інтубації, трахеотомії; ➤ вроджена патологія гортані.

Класифікація

За терміном розвитку	За вираженістю клінічних проявів
<ul style="list-style-type: none">➤ блискавичний стеноз гортані – розвиток від кількох секунд до кількох хвилин➤ гострий стеноз гортані – розвиток за кілька секунд, хвилин, годин, днів➤ підгострий стеноз гортані – розвиток протягом декількох днів (до 1 тижня)➤ хронічний стеноз гортані – розвиток протягом кількох тижнів, місяців, років	<ul style="list-style-type: none">➤ 1 – ша стадія – компенсованого дихання (компенсована)➤ 2 – га стадія – неповної компенсації дихання (субкомпенсована)➤ 3 – тя стадія – декомпенсації дихання (декомпенсована)➤ 4 – та стадія асфіксії(термінальна)

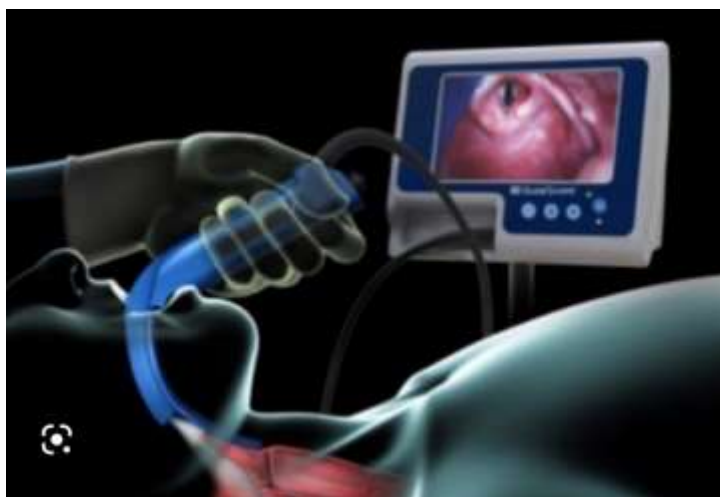
Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- утруднене дихання

Об'єктивно:

- I стадія – компенсації – у стані спокою дихання повністю збережене, рідше, глибше. Під час рухів з'являється інспіраторна задишка
- II стадія – субкомпенсована – у стані спокою з'являється інспіраторна задишка з включенням в акт дихання допоміжних м'язів, при цьому спостерігається втягнення міжреберних проміжків, м'яких тканин яремної та надключичної ямок, епігастрія, стридор (дихальний шум). Шкіра бліда. Пацієнт неспокійний
- III стадія – декомпенсована – дихання поверхневе, тахіпноє. Пацієнт приймає вимушене положення, руками міцно тримається за бильця ліжка або інший об'єкт. Шкіра набуває блідо – синюшного кольору. Спостерігається спочатку акроціаноз, який потім переходить у розлитий ціаноз. З'являється пітливість, тахікардія, наповнення пульсу слабке, особливо під час вдиху
- IV стадія – термінальна – зіниці розширені, пульс частий, ниткоподібний, шкіра блідо – сірого кольору. Пацієнт втрачає свідомість, виявляється екзофтальм. Можливе мимовільне виділення сечі, дефекація. Швидко настає смерть.



II етап медсестринські діагнози:

- утруднення вдиху;
- інспіраторна задишка.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань

- термінова госпіталізація в ЛОР відділення;
 - надання інгаляцій зволеним киснем;
 - застосування відволікаючих засобів (гарячі ванни для ніг, гірчичники на грудну клітку та литки (протипоказні у разі гіпертермії та серцево- судинної недостатності);
 - підготовка пацієнта до ларингоскопії (непрямої або прямої), рентгенографії органів грудної клітки, ЕКГ;
 - підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС, біохімічного аналізу крові та тромбоцити;
 - забір мазка з гортані на бактеріологічне дослідження, в тому числі на ВЛ;
 - забезпечення консультації невропатолога, реаніматолога (при потребі);
 - спостереження за пацієнтом: вимірювання АТ, t° тіла, визначення пульсу, характеру та частоти дихання, загальний стан, контроль за діурезом;
 - надання пацієнтові підвищеного положення;
 - якщо не настав небезпечний для життя пацієнта стан (I або II стадія стенозу), для лікування використовують консервативні методи:
 - дегідратаційні середники – 40% розчин глюкози внутрішньовенно, 25% розчин сульфату магнію внутрішньом'язово щодня протягом кількох днів
 - вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово глюкокортикоїди (преднізолон, дексаметазон);
 - внутрішньом'язово вводять антигістамінні препарати;
 - вводять бронхолітичні препарати, спазмолітики, серцево-судинні препарати;
 - бажано на початку надання допомоги внутрішньовенно ввести пацієнту літичну суміш:
 - розчин глюкози 40% - 20,0 мл
 - розчин кальцію хлориду 10% - 10,0 мл
 - розчин аскорбінової кислоти 5% - 5 мл
 - розчин еуфіліну 2% - 5 мл
 - розчин преднізолону 60 – 90 мг
 - хірургічне лікування (підготовка всього необхідного та допомога у проведенні):
 - розтин абсцесу в гортані або у суміжних з нею органах (запальний стеноз гортані);
 - інтубація або трахеостомія (переважно в III – IV стадії стенозу).
- У дітей переважно показана інтубація, трахеостомія – як виняток.



V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція;

- покращення загального стану і самопочуття пацієнта
- відновлення фізіологічного дихання
- корекція медсестринських втручань у разі потреби

Профілактика

- своєчасне лікування хвороб гортані, які можуть ускладнюватися стенозом гортані

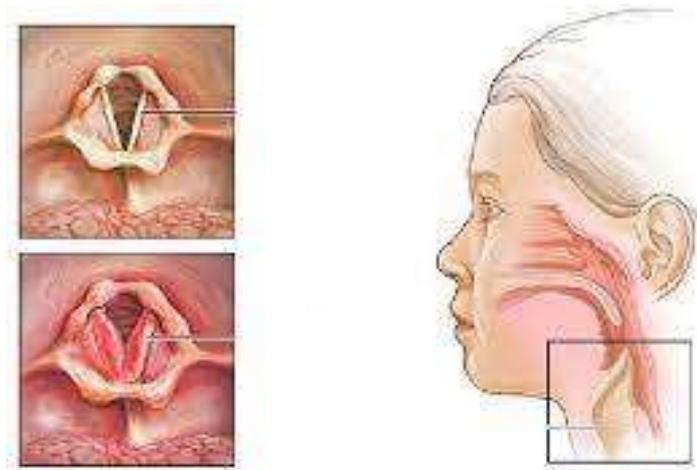
Гострий ларингіт – запалення слизової оболонки, підслизового шару та внутрішніх м'язів гортані

Збудники:

- респіраторні віруси (аденовіруси, рино віруси, віруси грипу, вірус Коксакі);
- бактеріальна флора (насамперед кокова);
- гемофільна паличка;
- пневмококи.

Сприятливі чинники:

- термічні;
- місцеві – вживання дуже гарячої або холодної їжі;
- загальні – переохолодження;
- зловживання горілчаними напоями та тютюном;
- вимушене дихання ротом (при аденоїдах);
- перевантаження голосового апарату;
- вплив пилу, газів, випарів хімічно – активних речовин та інших професійних шкідливостей;
- інфекційні захворювання (ГРВІ, грип, кір, скарлатина);
- зниження реактивності організму.



Медсестринський процес

I етап Медсестринське обстеження:

- відчуття лоскотання, дряпання в горлі;
- охриплість голосу;
- сухий подразливий кашель, який переходить у вологий;
- швидка втома голосу;
- біль у горлі (незначний);
- загальне нездужання;
- підвищення t° тіла;

II етап медсестринські діагнози:

- біль у горлі
- охриплість голосу
- кашель (сухий або вологий)
- загальне нездужання



III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань

- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС;

- підготовка пацієнта та забір мазків на БАК дослідження, у тому числі на ВЛ, мікологічне дослідження;
- підготовка пацієнта до проведення ларингоскопії, ЕКГ;
- підготовка пацієнта та забезпечення консультацій терапевта, інфекціоніста;
- контроль за санітарним станом у палаті, провітрювання, комфортний температурний режим. Режим пацієнта палатний (або домашній стаціонар);
- постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, контроль голосового режиму (мовчання), визначення характеру дихання і виду кашлю (характер харкотиння);
- якщо причиною ларингіту є інфекційне захворювання – ізоляція пацієнта, індивідуалізація предметів догляду, масковий режим для оточуючих;
- накладання пацієнту зігрівального компресу на шию, гірчичників на ділянку гортані, парові інгаляції;
- тепле пиття – молоко, малиновий, липовий чай, настій бузини, лужні мінеральні води – «Поляна Квасова», «Боржомі», «Лужанська»;
- гірчичні ванни для ніг або гірчичники на литкові м'язи;
- щадна їжа (заборона гарячої, гострої або холодної їжі, напоїв, алкоголю);
- застосування протикашльових та відхаркувальних засобів;
- інгаляції – лужні, олійні з розчинами антибіотиків, з протеолітичними ферментами – трипсином або хіміотрипсином;
- застосування аерозольних інгаляцій та пульверизацій – камертон, інгакамф, інгаліпт, камфомен, клустан, біопарокс;
- для загального лікування при підвищенні t° тіла і затяжному перебігу хвороби здійснюють введення антибіотиків, антигістамінні препарати («Зестра», «Кларитин Д»), препарати кальцію;
- лікування загального захворювання (при потребі);
- фізіотерапевтичне лікування: діатермія, УВЧ, солюкс на гортань; парові інгаляції (лужні, олійні, з АБ, протеолітичними ферментами);
- навчання пацієнта та його оточуючих само- і взаємо догляду з дотриманням правил особистої гігієни та профілактики поширення захворювання на інших осіб, які беруть участь в опіці над пацієнтом.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- відновлення голосової функції
- нормалізація ларингоскопічної картини
- покращення загального стану та самопочуття пацієнта
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань

Профілактика

- покращення виробничих та побутових умов;
- уникнення голосових перевантажень;
- особиста гігієна;
- загартовування організму;
- своєчасна санація верхніх дихальних шляхів;

- санаторно – курортне лікування на морських курортах.

Гортанна ангіна - гостре запалення лімфаденоїдної тканини (лімфатичних вузликів), гортані, що супроводжується набряком, інфільтрацією або утворенням абсцесу

Збудники:

- стафілококи;
- диплококи, пневмококи;
- респіраторні віруси;
- стрептококи.

Сприятливі чинники:

- переохолодження;
- грип, ангіна, травмування (особливо носоглоткового мигдалика, гортані).



Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- біль у горлі, який посилюється при ковтанні і повороті голови;
- сухість;
- підвищення t° тіла;
- нездужання;
- охриплість;
- утруднене дихання.

Об'єктивно:

- гіпертермія до 38 – 39 $^{\circ}\text{C}$;
- збільшені і болючі лімфатичні вузли ший;
- яскраво – червоне забарвлення слизової оболонки гортані;
- болюча пальпація гортані.

II етап медсестринські діагнози:

- біль у горлі;
- охриплість;
- задишка;
- загальна слабкість;
- гіпертермія.



III етап, IV етап планування медсестринських втручань реалізація плану медсестринських втручань:

- термінова госпіталізація до ЛОР – стаціонару;
- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС, крові на глюкозу, на згортання та тромбоцити;
- підготовка пацієнта та забір мазків із порожнини глотки на бактеріологічне дослідження, у тому числі на ВЛ;
- підготовка пацієнта до проведення: орофарингоскопії, непрямой та прямої ларингоскопії;
- забезпечення консультації терапевта, фтизіатра (при потребі);
- контроль за санітарним станом у палаті, забезпечення достатньої аерації, ліжкового режиму;
- постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, АТ, Р, характеру дихання;
- надання зігрівального компресу на шию, (можливо міхур з льодом – при нагноєнні)
- проведення парових та лужних інгаляцій;
- консервативне лікування: внутрішньом'язове введення антибіотиків, введення препаратів протинабрякової дії, введення десенсибілізуючих і глюкокортикоїдів, інгаляції лікувальної суміші (антибіотики і суспензія гідрокортизону, з киснем, з відхаркувальними засобами); введення протигрипозного імуноглобуліну та інтерферону (у разі вірусної інфекції);



- підготовка до проведення інтубації (загроза асфіксії);
- хірургічне лікування (приготування всього необхідного та допомога лікарю) в проведенні: розтину абсцесу гортані гортанним ножем; трахеотомії (некомпенсований стеноз, загроза асфіксії); розтин абсцесів шиї у разі їх виникнення, дренивання.

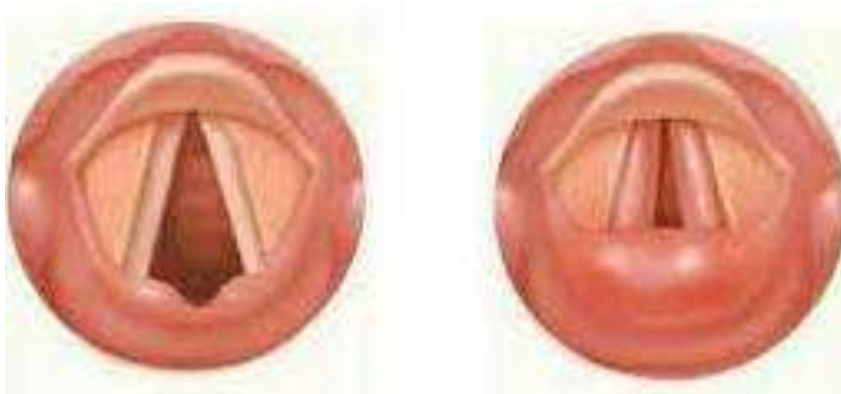
V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- відновлення дихальної та голосової функції;
- поліпшення суб'єктивного та об'єктивного стану пацієнта;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань у разі потреби.

Профілактика:

- загальне загартовування організму;
- своєчасне і відповідне лікування гострих респіраторних інфекцій;
- обережні медичні маніпуляції з дотриманням асептики і антисептики в ділянці носоглоткового мигдалика, гортані.

Гострий стенозуючий ларинготрахеїт – це поширене захворювання у дітей, що розвивається як прояв гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) та супроводжується обструкцією гортані, трахеї та бронхів



Збудники:

- ГРВІ (віруси грипу, парагрипу, аденовіруси);
- кір;
- скарлатина.

Сприятливі чинники:

- переохолодження;
- вік від 6 місяців до трьох років;
- ексудативно – катаральний та лімфатичний діатези;
- обтяжений акушерський анамнез;
- профілактичні щеплення, що співпали із захворюваннями ГРВІ.

Класифікація:

За перебігом:

- безперервний;
- хвилеподібний.

За клінічним варіантом:

- 1 варіант – раптовий початок за відсутності симптомів ГРВІ;
- 2 варіант – раптовий початок на фоні ГРВІ;
- 3 варіант – поступове наростання симптомів на фоні ГРВІ.

За стадією стенозу гортані:

- Компенсована;
- неповної компенсації;
- некомпенсована;
- термінальна.



Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- гавкаючий кашель;
- раптовий напад ядухи, частіше серед ночі;
- утруднене дихання;
- неспокій дитини;
- поганий сон;
- відсутність апетиту;
- підвищення t° тіла;
- зміна голосу (можлива).

Об'єктивно:

стадія компенсації:

- гавкаючий кашель;
- утруднений вдих;
- легкий стридор;
- неспокій, плач, t° тіла підвищена.

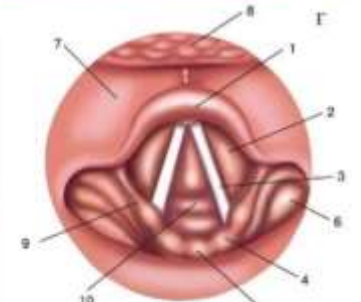
стадія субкомпенсації

- виражена інспіраторна задишка;
- дихання шумне;
- участь в акті дихання допоміжної мускулатури, що проявляється втягненням міжреберних проміжків над-, підключичних та яремних ямок, епігастрія;
- роздування крил носа;
- виражений гавкаючий кашель;
- блідість шкіри, акроціаноз;
- дитина неспокійна.



стадія декомпенсації

- загальний стан тяжкий;
- дитина збуджена;
- ядуха;



- пульс частий, слабкого наповнення;
- ціаноз шкірних покривів;
- пітливість.

стадія термінальна (асфіксії)

- свідомість затьмарена або відсутня;
- дихання поверхневе, симптом випадіння вдиху;
- дифузний ціаноз шкірних покривів і слизових;
- t° тіла знижена, зіниці розширені, АТ знижений, брадикардія, що закінчується зупинкою дихання, серцевої діяльності.

II етап медсестринські діагнози:

- задишка інспіраторна;
- кашель гавкаючий;
- гарячка;
- збудження.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань

- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС;
- підготовка пацієнта та забір мазка із носа та зівя на виявлення мікрофлори та чутливість до АБ, в тому числі на ВЛ;
- підготовка пацієнта та забір з носоглотки на вірусологічне дослідження;
- підготовка пацієнта до прямої ларингоскопії, рентгенографії органів грудної клітки, ЕКГ;
- дітей з I і II ступенями стенозу дихальних шляхів лікують у боксах інфекційного відділення; III і IV ступеня стенозу – в спеціалізованому ЛОР-відділенні або відділенні інтенсивної терапії;



- контроль за санітарним станом у палаті, провітрювання, вологе прибирання, забезпечення УФО;
- постійне спостереження за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, АТ, Р, ЧДР;
- звільнення дитини від стискаючого одягу;
- забезпечення максимального доступу свіжого повітря та його зволоження: інгаляції зволоженого кисню;
- відволікаючі процедури (ножні та ручні гарячі ванни, гірчичники на литкові м'язи та грудну клітку);
- для відходження харкотиння – тепле содове пиття (молоко наполовину з «Боржомі»), лужні парові інгаляції;
- при гарячці – жарознижуючі;

- заспокоїти дитину, відволікти цікавою іграшкою, розповіддю, взяти на руки;
- дювотний рефлекс, або полоскотати ватою в носі, щоб викликати чхальний рефлекс, що зменшить прояви стенозу (в присутності лікаря);
- підготовка дитини для встановлення внутрішньовенного катетера для введення ліків;
- виконання призначень лікаря:
- стадія компенсації:
 - антигістамінні препарати – димедрол, піпольфен (I генерації – седативна дія);
 - муколітики та мукокінетики – ацитилцистеїн, карбоцистеїн, флюдитек, амброксол;
- стадія субкомпенсації:
 - введення заспокійливих засобів – реланіум, сибазон, натрію оксипутират у віковій дозі;
 - введення глюкокортикоїдів – преднізолон;
 - антигістамінні препарати в/м'язово;
 - інгаляції протинабрякової суміші (ГКС, антигістамінні препарати, ферменти, адриноміметики) 2 – 4 рази на добу;
 - бронхолітики – еуфілін, но-шпа, сальбутамол, беротек;
- стадія декомпенсації:
 - дитину поміщають у кисневий намет (створення в обмеженому об'ємі повітря для дихання мікроклімату з високою вологістю, підвищеною концентрацією кисню та різних лікарських речовин);
 - введення кортикостероїдних гормонів;
 - корекція основних показників гомеостазу: інфузійна терапія (5% р-н глюкози, ізотонічний р-н, реополіглюкін), нейролептичних та седативних препаратів (реланіум, сибазон, натрію оксипутират), боротьба з ацидозом (4% р-н натрію гідрокарбонату);
 - при неефективності проведених заходів – подовжена інтубація (введення трубки в гортань з метою відновлення її прохідності на декілька днів);
- лікування гострої респіраторної інфекції:
 - введення протівірусних препаратів;
- ЛФК, масаж грудної клітки;
- бесіда з батьками про загартовування дитини, вчасне надання допомоги при нападі ядухи.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція

- покращення загального стану дитини, нормалізації дихання
- виявлення нових проблем пацієнта (можливих ускладнень) з відповідною корекцією медсестринських втручань

Профілактика:

- диспансерне спостереження за дітьми, що часто пацієнтують на ГРВІ
- загартовування дітей
- санація хронічних вогнищ інфекції
- уважне ставлення до гігієнічного режиму дітей
- своєчасне лікування ГРВІ

Дифтерія гортані («дифтерійний круп», «істинний круп») – гостре інфекційне запалення гортані

Збудники:

- дифтерійна паличка (паличка Леффлера, VL).

Епідеміологія:

- зараження відбувається повітряно – крапельним шляхом, контактним (через побутові речі або продукти харчування).

Сприятливі чинники:

- безпосередній контакт із пацієнтом на дифтерію або бацилоносієм;
- не проводилось протидифтерійне щеплення пацієнту;
- хвороби верхніх дихальних шляхів;
- інші інфекційні хвороби – кір, коклюш, грип.



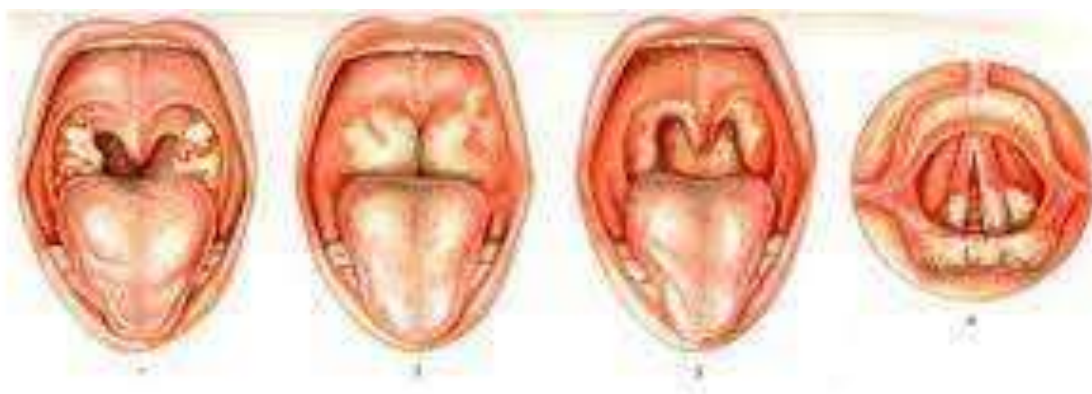
Класифікація

<i>За місцем первинної локалізації збудника:</i>	<i>За тяжкістю перебігу:</i>	<i>За характером клінічних проявів:</i>
<i>первинна:</i> ізольоване ураження гортані <i>вторинні:</i> розповсюдження процесу із порожнини глотки та носа (низхідний круп)	легка тяжка токсична	дисфонічна стенотична асфіктична

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- охриплість голосу до повної афонії;
- кашель голосний, потім беззвучний;
- задишка, яка наростає до ядухи;
- підвищення температури тіла;
- відмова від їжі;
- нездужання;
- поганий сон;
- головний біль.



II етап медсестринські діагнози

- гарячка;
- нездужання;
- відмова від їжі;
- задишка різного ступеня;
- порушений сон;
- медсестринські діагнози розширюються в міру прогресування процесу і

розвитку ускладнень.

Об'єктивно:

При дисфонічній стадії:

- t° тіла 38 – 38,5 $^{\circ}$ C, тахікардія, шкіра бліда;
- охриплість голосу, аж до повної його відсутності (афонії);
- ця стадія триває від кількох годин до кількох діб.

При стенотичній стадії:

- шкірні покриви бліді, з'являється акроціаноз;
- утруднене дихання (що прогресивно наростає), ядуха інспіраторного типу;
- дихання набуває «шумного» характеру, внаслідок цього вдих пацієнта можна чути на відстані;
- наростання цих симптомів буде показанням для інтубації або трахеотомії для запобігання переходу дифтерійного крупу в асфіктичну стадію.

При асфіктичній стадії:

- перехід стенозу гортані в термінальну стадію;
- пацієнт в'ялий, сонливий;
- дихання дуже часте, наростає ціаноз;
- пульс ниткоподібний, АТ падає;
- на тлі цього порушується свідомість, з'являються судоми може настати смерть від асфіксії.



III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта і взяття стерильними ватними тампонами (різними) мазків із мигдаликів, носа, глотки (натще, не торкаючись язика й зубів). При наявності плівок матеріал брати на межі здорових і уражених тканин;

- матеріал для бактеріологічного дослідження та мікроскопії мазків (фарбування за Нейсером);
- підготовка пацієнта та забір крові і сечі для ЗАК іЗАС, крові та сечі на вміст глюкози;
- підготовка пацієнта до ларингоскопії, ЕКГ;
- підготовка пацієнта до консультації кардіолога, невропатолога, інфекціоніста. Пацієнт з підозрою на дифтерію потребує негайної ізоляції!
- створення пацієнтові належних комфортних умов дотримання призначеного режиму;
- обов'язковість ізоляції в просторій, світлій палаті (боксі) з проведенням частого провітрювання, поточної дезінфекції, УФО;
- забезпечення пацієнту повного фізичного і психічного спокою;
- суворий ліжковий режим (тривалість визначається формою і тяжкістю перебігу);
- систематичний контроль за t° тіла, пульсом, АТ, діурезом, диханням;
- догляд за чистотою ротової порожнини, глотки, носових ходів, полоскання слабкими дезрозчинами;
- допомога при годуванні (в положенні лежачи, обережно малими порціями);
- ретельний нагляд і спостереження за загальними станом пацієнта (для виявлення початкових ознак стенозу);
- забезпечення індивідуальним медсестринським доглядом при токсичній формі, дифтерійному міокардиті (недотримання ліжкового режиму, занепокоєння, різкі рухи можуть призвести до зупинки серця);
- дотримання медперсоналом протиепідемічних заходів (маски – респіратори, часте миття рук, зміна одягу. дезінфекція);

Вакцинація від дифтерії та правця необхідна протягом всього життя



- парентеральне введення антитоксичної протидифтерійної сироватки «Діаферм» за методом Безредько (згідно з доданою інструкцією) в присутності лікаря і під його безпосереднім контролем. Для попередження алергічних реакцій протидифтерійну сироватку вводять невеликими дозами (проба на чутливість). Спочатку проводять внутрішньошкірне введення 0,1 мл у розведенні 1:100 у внутрішню поверхню передпліччя; при відсутності алергічної реакції через 20 хв вводять 0,1 мл нерозведеної сироватки – підшкірно. За відсутності алергічної реакції через 30 – 45 хв вводять внутрішньом'язово призначену дозу сироватки. Після введення – інтенсивне спостереження (профілактика анафілактичного шоку, набряку Квінке);
- здійснення антибактеріальної терапії, цефалоспорини;
- введення ліків неспецифічної терапії: дезінтоксикаційні (5% р-н глюкози з інсуліном, реополіглюкін, ізотонічний розчин натрію хлориду), діуретики (лазикс, манітол), контрикал, рибоксин, кокарбоксілаза, антигістамінні (тавегіл, супрастин). При стеноїчній та токсичній стадіях – глюкокортикостероїди, трентал, курантил, гепарин, спазмолітики, седативні (седуксен).

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану, зникнення загальної слабкості;
- відновлення вільного дихання;
- нормалізація кольору слизових оболонок;
- корекція медсестринських втручань необхідна при ускладненості перебігу; неефективності консервативного лікування – підготовка пацієнта до інтубації або трахеотомії.



Профілактика:

- активне виявлення пацієнтів (носіїв) серед певних контингентів населення (дитячі будинки, школи – інтернати, психо – неврологічні диспансери);
- обов'язкове бактеріологічне обстеження пацієнтів при ангінах;
- ізоляція пацієнтів – носіїв токсигенних штамів, дотримання правил виписки;

- в осередку: дезінфекція, карантин і медичний нагляд 7 днів з обов'язковим бактеріологічним дослідженням контактних; екстрена профілактика – тетрациклін (доксидиклін) + щеплення АД – М анатоксином (але не раніше 1 рік після попереднього щеплення);
- масова планова активна імунізація населення АКДП – вакциною, АДП, АДП-М і АД-М – анатоксинами (за «календарем профілактичних щеплень», затвердженим МОЗ України);
- санітарно - освітня робота.

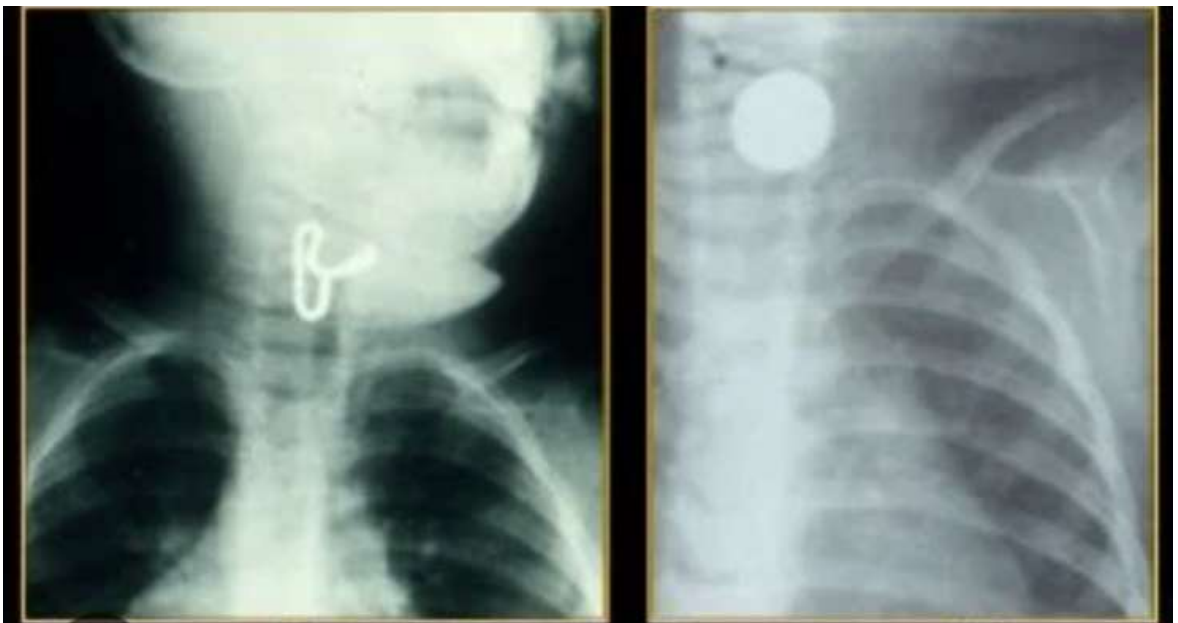
Сторонні тіла гортані, трахеї, бронхів – це аспірація сторонніх тіл у дихальні шляхи

Сторонні для дихальних шляхів предмети:

- зернятка соняшника, кавуна, гарбуза;
- шматочки овочів, частинки їжі, рідина;
- монети, голки, булавки, шпильки;
- осколки при вогнепальних пораненнях, травмуванні холодною зброєю;
- іграшки або їх частини.

Сприятливі чинники:

- неконтрольований вдих (переляк, сміх, крик, розмова при вживанні їжі);
- при блюванні із стравоходу;
- через рановий канал при пораненнях;
- недостатність місцевих захисних рефлексів у дитячому віці (від декількох місяців до 3 – 5 років);
- часткове притуплення місцевого рефлексу у пацієнтів похилого віку при наявності зубних протезів, після хірургічних втручань у глотці та гортані, опіків.



Класифікація

<i>Сторонні тіла за місцем локалізації:</i>	<i>За місцевою і загальною реакцією організму:</i>	<i>За тривалістю перебування в дихальних шляхах:</i>
гортані трахеї бронхів	неускладнені ускладнені	тимчасові тривалі

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- охриплість голосу;
- напади судомного кашлю;
- утруднене дихання.

Сторонні тіла гортані:

- гострий бурхливий початок;
- виражений стеноз;
- інспіраторна задишка;
- нападopodobний кашель;
- охриплість, афонія (стороннє тіло в підголосовому просторі або безпосередньо у голосовій щілині).

Сторонні тіла трахеї:

- бурхливий розвиток, багаторазовий, нападopodobний «гавкаючий» кашель;
- блювання (може бути);
- балотування легкого стороннього тіла під час кашлю до зімкнутих голосових складок (характерний звук «хлопанья») і повернення тіла до біфуркації при видиху;
- тупий за груди́нний біль (іноді);
- почергова зміна вентиляції головних бронхів (сторонні тіла в ділянці біфуркації можуть змінювати положення), що дає швидку зміну фізикальних даних;
- через 1-2 дні перебування стороннього тіла під час кашлю з'являється харкотиння, забарвлене кров'ю.

Сторонні тіла бронхів:

- I період – гострих респіраторних порушень;
- II період – прихований;
- III період – ускладнень.

I період: момент аспірації та проходження стороннього тіла через гортань і трахею:

- кашель (виникає одразу після аспірації);
- можливе блювання після кашлю.

II період: після переміщення стороннього тіла у бронх (чим далі від головного бронха розташовується стороннє тіло, тим менше виражені клінічні симптоми)

- у цей час зникають зовнішні прояви аспірації стороннього тіла (декілька годин – 7-10 днів)

III період: фіксації стороннього тіла в бронхах:

– якщо стороннє тіло не перекриває просвіт бронха, спостерігається частковий або вентиляльний (коли стороннє тіло перетворюється на кран) бронхостеноз. Вентильний бронхостеноз сприяє розвитку емфіземи легені на тому боці, де є стороннє тіло (через звужений просвіт бронха повітря входить у більший кількості, ніж виходить)

II етап медсестринські діагнози:

- нападоподібний кашель;
- задишка;
- блювання.



III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- термінова госпіталізація в ЛОР – стаціонар;
- підготовка пацієнта до ларингоскопії (непряма або пряма);

- підготовка пацієнта до рентгенографії і рентгеноскопії органів грудної клітки;
- підготовка пацієнта ларинготрахеобронхоскопії;
- забезпечення достатньої аерації приміщення та комфортних умов перебування пацієнта: зручне положення;
- постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта – вимірювання за t° тіла, пульсом, АТ, визначення Р, характеру дихання;
- забезпечення кисневими інгаляціями (при потребі);
- заспокійлива та роз'яснювальна бесіда з пацієнтом щодо його хвороби, методів обстеження та лікування;
- догляд при блюванні;
- підготовка пацієнта до ларинготрахеобронхоскопії, трахеотомії;
- видалення стороннього тіла проводиться під контролем ларинготрахеобронхоскопії спеціальними інструментами під загальним знечуленням та введенням міорелаксантів;
- при обтурації гортані чи трахеї вклининим стороннім тілом – необхідна трахеотомія:
 - маленькі сторонні тіла, що знаходяться в сегментарних бронхах, видаляють за допомогою віброскопа зі щипцями;
 - догляд після ларинготрахеоскопії або трахеотомії;
 - лікування ускладнень сторонніх тіл при їх тривалому перебуванні.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення самопочуття та об'єктивного стану пацієнта;
- відновлення прохідності дихальних шляхів пацієнта;
- виявлення нових проблем з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- санітарно – освітня робота, яка базується насамперед на поясненні населенню тяжкості і можливих ускладнень при потраплянні сторонніх тіл у дихальні шляхи;
- обережне поводження з предметами, які потрібно брати в рот;
- догляд за дітьми під час гри;
- спокій під час прийому їжі, вживання напоїв.



ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Вивчити медсестринське обстеження ЛОР-пацієнта.
2. Зібрати анамнез даного пацієнта: при зборі анамнезу звернути увагу на характер, перебіг захворювання, початок захворювання, присутність інших захворювань.
3. Провести медсестринську оцінку стану пацієнта, визначити проблему, встановити медсестринські діагнози.
4. Скласти план медсестринських втручань.
5. Виконати медсестринські маніпуляції згідно алгоритму дій.



ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Зібрати анамнез захворювання даного пацієнта (при зборі анамнезу звернути увагу на скарги та перебіг захворювання).
2. Провести огляд порожнини гортані згідно поетапного алгоритму.
3. Провести зовнішній огляд і пальпацію шиї та лімфатичних вузлів.
4. Базуючись на медсестринському діагнозі та листку призначень лікаря, виконати III етап медсестринського процесу.
5. Ознайомитися з методом непрямой і прямої ларингоскопії.
6. Змастити слизову оболонку гортані.
7. Підготувати розчини для вливання лікарських речовин до гортані, інгаляцій.
8. Накласти зігрівальний компрес на ділянку гортані.
9. Підготувати медичний інструментарій для пульверизації гортані.
10. Скласти набір медичних інструментів для трахеотомії.
11. Провести туалет і заміну трахеостомічної трубки.
12. Провести уведення носостравохідного зонда.
13. Провести перев'язування пацієнта після трахеотомії.
14. Після кожного завдання заповнити медичну документацію
15. Розв'язати тестові та ситуаційні завдання.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які основні проблеми у пацієнта при постановці медсестринських діагнозів при гострому ларингіті?

2. Які лікарські призначення буде виконувати сестра медична при гострому стенозуючому ларингіті?
3. Які основні проблеми у пацієнта при постановці медсестринських діагнозів при стенозі I і II ступеня?
4. Які лікарські призначення буде виконувати сестра медична при сторонньому тілі гортані?
5. Які маніпуляції проводить сестра медична під час підготовки пацієнта до конікотомії?
6. Які маніпуляції проводить сестра медична під час підготовки пацієнта до операції трахеостомії?
7. Який догляд за пацієнтом після трахеостомії?
8. Виконання яких лікарських призначень буде виконувати сестра медична у пацієнта з дифтерією гортані?
9. Яких правил техніки безпеки сестра медична дотримується при роботі у ЛОР-кабінеті?
10. Згідно яких Наказів МОЗ України проводиться догляд та лікування захворювань гортані?

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №6

ТЕМА: «Методи обстеження пацієнта при захворюваннях вуха».

МЕТА: навчитися проводити дослідження слухового та вестибулярного аналізатора. Визначати ступінь порушення цих функцій, вміти оцінювати результати даних обстежень, проводити диференційну діагностику слухового аналізатора.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Інструменти та прилади для проведення об'єктивного, суб'єктивного та ендоскопічного дослідження вуха, муляжі та таблиці вуха, ліки, інструкції для їх використання, схеми, рентгенограми та КТ, алгоритми для виконання практичних навиків, карта обстеження ЛОР-пацієнта, історії захворювань, накази МОЗ України, тестові та ситуаційні завдання для контролю рівня знань.

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

- зовнішнє, середнє, внутрішнє вухо, анатомічні межі;
- фізіологію вуха;
- методика об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження пацієнта;
- методи дослідження вестибулярних проб;
- суб'єктивні та об'єктивні обстеження вуха;
- правила дотримання техніки безпеки та охорони праці при виконанні роботи.

Студент повинен вміти:

- провести огляд і пальпацію вуха;
- провести отоскопію;
- дати оцінку отриманим ендоскопічним даним;
- досліджувати слух за допомогою мови;
- проводити камертональні проби (Вебера, Швабаха, Рінне, Желле) та вміти їх оцінювати;
- проводити аналіз аудіограм, імпедансометрії;
- проводити пальценосову, вказівну проби, пробу Ромберга, пробу витягнутих рук, Барані;
- провести дослідження вестибулярного апарату за методикою Н.С. Благовещенської;
- зробити висновки на підставі аналізу результатів дослідження вестибулярного апарату.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Обстеження пацієнта із захворюванням вуха починають з бесіди з ним, під час якої з'ясовують скарги пацієнта, історію цього захворювання та інших захворювань (анамнез), потім виконують об'єктивне обстеження вуха, проводять функціональне дослідження слуху та вестибулярного апарату. Оскільки більшість вушних хвороб пов'язана із захворюваннями носа та глотки, їх обстеження має передувати обстеженню вуха.

До **скарг**, які змусили пацієнта звернутися за допомогою, належать:

- біль у вусі різного характеру та інтенсивності;
- гноетеча з вуха;
- зниження слуху або глухота;
- шум у вухах (свист, гул, пульсація);
- запаморочення і порушення рівноваги тіла;
- нудота, блювання.

Не менш важливо з'ясувати загальне самопочуття пацієнта, наявність головного болю, підвищення температури тіла, ознобу.

Під час збирання **анамнезу захворювання** з'ясовують, з яких проявів і причин воно почалося, як перебігало, чи проводили у минулому лікування і яке. Потім переходять до

збирання анамнезу життя (загальний стан здоров'я, інші перенесені захворювання, умови праці та побуту).

Об'єктивне обстеження вуха передбачає огляд зовнішнього вуха, пальпацію вушної раковини, козелка, соскоподібного відростка, проведення отоскопії, а також дослідження слухової і вестибулярної функцій (акуметрия, аудіометрія, вестибулометрія).

Додаткові методи дослідження об'єднують лабораторні аналізи крові, сечі, спинномозкової рідини і виділень з вуха (посів на мікрофлору та чутливість до антибіотиків); рентгенологічні методи (рентгенографію, комп'ютерну томографію) та магнітно-резонансну томографію.

Отоскопія

Метою отоскопії є визначення стану зовнішнього слухового ходу та середнього вуха. Таке дослідження виконують за допомогою лобового рефлексора і вушної лійки або отоскопа чи мікроскопа.

Дослідження починають зі здорового вуха з метою порівняти хворе вухо зі здоровим. Спочатку слід оглянути зовнішній слуховий хід і визначити його ширину, стан шкіри, наявність сірчаних мас, сторонніх тіл, патологічних виділень. Потім оглядають барабанну перетинку. Іноді, щоб побачити барабанну перетинку, потрібно очистити зовнішній слуховий хід.



Нормальна барабанна перетинка має овальну форму і перламутрово-сірий колір. Її визначають за наявністю характерних утворів - **пізнавальних пунктів**:

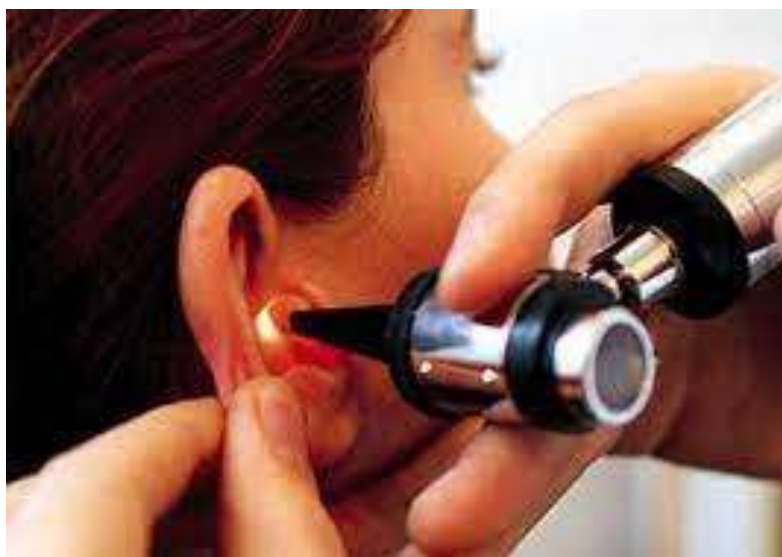
- у центрі перетинки є лійкоподібне втягнення - *пупок*;
- угору від пупка простягається *ручка молоточка*, яка під час отоскопії має вигляд сірої смужки;
- у верхніх відділах ручка переходить у невеличке випинання, утворене *бічним відростком молоточка*;
- від нього наперед і назад ідуть *передня й задня молоточкові складки*;
- униз і спереду від пупка під час отоскопії можна бачити блискучий трикутник - *світловий рефлекс* (конус). Він виникає внаслідок відбиття світла від блискучої поверхні барабанної перетинки саме в тих місцях, де її поверхня перпендикулярна до променів світла, що падають від лобового рефлексора.

Оскільки барабанна перетинка відображає стан середнього вуха як у нормі, так і при його захворюваннях, її називають «дзеркалом барабанної порожнини». Так, зміна кольору (наприклад, почервоніння барабанної перетинки) і відсутність пізнавальних пунктів вказують на запалення середнього вуха.

Для клінічних цілей барабанну перетинку поділяють двома умовними лініями на **чотири квадранти**. Подумки проводять одну лінію вздовж ручки молоточка, а іншу - перпендикулярно до неї, на рівні пупка барабанної перетинки. Після такого поділу визначають передньоверхній, передньонижній, задньоверхній і задньонижній квадранти.

Останнім часом частіше для дослідження вуха застосовують спеціальний пристрій - отоскоп, який дає змогу оглянути зовнішній слуховий хід і барабанну перетинку без лобового рефлектора. Він об'єднує джерело світла разом зі змінною вушною лійкою і лупою, розміщеними на держальці.

Отомікроскопія - метод дослідження вуха за допомогою операційного мікроскопа, який містить автономне джерело світла й оптику, що може збільшувати зображення об'єктів дослідження в 5-32 рази. Цей метод дає змогу дуже детально оглянути структури середнього і зовнішнього вуха.



Рухливість барабанної перетинки визначають за допомогою пневматичної лійки Зігле, яка збоку має коліно для з'єднання через трубку з гумовим балоном. Зміни тиску зумовлюють коливання барабанної перетинки. Ці рухи спостерігають через збільшувальне скло, що міститься в широкому отворі лійки.

Дослідження слухової функції

Методи дослідження поділяють на чотири групи.

I група - дослідження слуху шепітною і розмовною мовою

Дослідження слуху за допомогою «живої» мови має назву **акуметрія**. Гостроту слуху визначають за розбірливістю мови. Дослідження проводять у досить великому тихому приміщенні (хоча б 6 м в одному напрямку). Кожне вухо досліджують окремо, спочатку шепітною мовою, потім — розмовною.

Слух вважають нормальним, якщо пацієнт сприймає **шепітну мову** з відстані 6 м. Ступенем сприйняття вважають найбільшу відстань, з якої пацієнт правильно повторює сказані дослідником слова. Якщо під час визначення сприйняття шепітної мови виявлено порушення слуху, то його гостроту визначають за допомогою **розмовної мови**. Сприйняття розмовної мови в нормі становить 12-25 м. Часто розміри кімнати, де проводять дослідження, недостатні для такого обстеження, тому ступенем сприйняття розмовної мови вважають > 6 м.

Для отримання вірогідних результатів під час дослідження слуху розмовною мовою потрібно застосовувати маскування (наприклад, тріскачкою Барані) вуха, що чує краще.

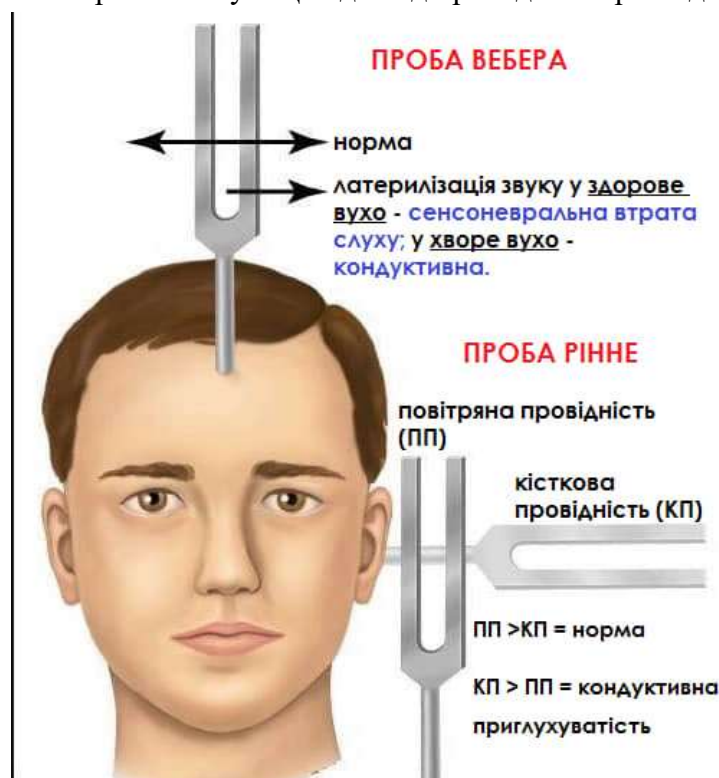
II група - дослідження слуху за допомогою камертонів

Камертоном називають механічний пристрій, здатний відтворювати чисті тони. Тримайте його за ніжку, а озвучують ударом бранні по твердому предмету або «щипком» пальців за обидві бранші. Камертональні проби допомагають визначити порушення слуху на різних рівнях звукового аналізатора.

Найінформативнішими є досліді Вебера, Рінне, Швабаха, Желле.

Дослід Вебера. Озвучений камертон ставлять ніжкою на чоло чи тім'я пацієнта і просять вказати, яким вухом він чує гучніший звук. При ураженні звукопровідного апарату (сірчана пробка в слуховому ході, запалення середнього вуха) пацієнт буде довше і краще чути камертон пацієнтом вухом. При ураженні звукосприймального апарату (сенсоневральна приглухуватість) звук камертона краще сприйматиме здорове вуха.

Дослід Рінне (порівняння кісткової і повітряної провідності). Озвучений камертон по черзі прикладають ніжкою до соскоподібного відростка (кісткова провідність), потім підносять браншами до зовнішнього слухового ходу (повітряна провідність). Визначають, яким чином пацієнт довше сприймає звук. Цей дослід проводять окремо для кожного вуха.



«Позитивний дослід Рінне» («Рінне +») — якщо звук через повітря сприймається довше, ніж через соскоподібний відросток. Такий результат характерний для осіб з нормальним слухом, а також при ураженні звукосприймального апарату. «Негативний дослід Рінне» («Рінне -») — якщо звук через соскоподібний відросток сприймається довше, ніж через повітря. Спостерігають при ураженні звукопровідного апарату.

Дослід Швабаха. Порівнюють кісткову провідність слуху пацієнта і дослідника (за умови, що в останнього нормальний слух). Озвучений камертон ставлять ніжкою на соскоподібний відросток пацієнта, поки він не перестане чути звук камертона. Потім

камертон ставлять ніжною на соскоподібний відросток дослідника. Якщо пацієнт чує камертон протягом такого самого часу, як і дослідник, це позначають як «нескорочений дослід Швабаха».

При ураженні звукосприймального апарату пацієнт перестає чути камертон раніше дослідника, і це позначають як «укорочений дослід Швабаха».

Дослід Желле. Озвучений камертон ставлять ніжною на соскоподібний відросток пацієнта й одночасно за допомогою пневматичної лійки Зігле згущують повітря в зовнішньому слуховому ході. Під час компресії повітря барабанна перетинка вдавлюється в барабанну порожнину. Це призводить до погіршення рухливості ланцюга слухових кісточок. Пацієнт із нормальним слухом відчує погіршення слуху («позитивний дослід Желле»). У разі нерухомості стремінця (отосклероз) пацієнт не відчуває жодних змін («негативний дослід Желле»).



III група - аудіометричні методи

Аудіометрія - дослідження слуху за допомогою електронної апаратури (аудіометрів), які можуть генерувати чисті тони різної частоти (висоти) й інтенсивності (гучності).

Залежно від участі обстежуваного аудіометрію поділяють на суб'єктивну та об'єктивну.

Суб'єктивна аудіометрія — дослідження слуху, результат якого залежить від відповідей обстежуваного. До цих методів належать тональна порогова і надпорогова аудіометрія (дослідження функції гучності — тест Люшера, Бі-Зі-тест), мовна аудіометрія, визначення слухової чутливості до ультразвуків.

Основним і найпоширенішим аудіометричним методом дослідження є тональна порогова аудіометрія. Під час дослідження пацієнт слухає генеровані аудіометром звуки через спеціальний повітряний (повітряна провідність) або кістковий телефон (кісткова провідність).

Поступово знижуючи інтенсивність генерованого тону, визначають поріг чутності - найтихіший звук, який ще чує пацієнт на кожній із частот (від 125 до 10 000 Гц). Поріг чутності визначають окремо для повітряної і кісткової провідності.

Результати дослідження у вигляді двох кривих наносять на спеціальну графічну сітку - аудіограму, де по горизонталі відкладена частота генерованого тону (у герцах), а по вертикалі - інтенсивність сприйнятого пацієнтом звуку на цій частоті (у децибелах).



На аудіограмі є нульова лінія, яка відповідає середнім показникам норми. Тональна порогова аудіометрія дає змогу визначити тип порушення слуху: звукопроведення, звукосприйняття або змішана приглухуватість.

При ураженні звукопровідної системи (сірчана пробка, гострий чи хронічний середній отит) крива кісткової провідності залишається приблизно на рівні 0 дБ (як у нормі), а крива повітряної провідності знижується; різницю між кривими повітряної та кісткової провідності називають *повітряно-кістковим інтервалом*.

У разі патології звукосприймальної системи (сенсоневральна приглухуватість) криві як повітряної, так і кісткової провідності знижуються приблизно на однакову величину так, що йдуть одна біля одної.

При змішаному ураженні (порушення звукосприйняття і звукопроведення) обидві криві знижуються, але крива повітряної провідності знижується на більшу величину, ніж кісткової; утворюється повітряно-кістковий інтервал.

Об'єктивна аудіометрія - дослідження слуху, результат якого не залежить від відповідей пацієнта. До таких методів належать *імпедансометрія* (реєстрація акустичного опору, або імпедансу, середнього вуха, якого зазнає на своєму шляху звукова хвиля), *реєстрація слухових викликаних потенціалів* (комп'ютерна аудіометрія), *електрокохлеографія* (реєстрація потенціалів, що виникають у завитці в разі дії звуків), *викликана отоакустична емісія*.



Імпедансометрія - об'єктивний спосіб визначення розладів слуху, а також зміни тиску в барабанній порожнині та наявності в ній рідини чи зрощень. Метод ґрунтується на реєстрації звукових подразників (стимулів), спрямованих до барабанної перетинки і відбитих від неї. Виявлено, що здатність барабанної перетинки поглинати чи відбивати звукову енергію залежить від її імпедансу (опору). Імпеданс, у свою чергу, пов'язаний із багатьма чинниками (різниця тиску повітря в зовнішньому слуховому ході та барабанній порожнині, зміни барабанної перетинки).

Дослідження проводять таким чином. У зовнішній слуховий хід герметично вводять обтуратор, який має три канали і тому одночасно:

- 1) змінює у слуховому ході тиск від - 400 до +400 мм водн. ст.;
- 2) генерує звукові коливання заданої частоти (125-10 000 Гц);
- 3) реєструє відбиті від барабанної перетинки звукові коливання.

У момент, коли тиск у зовнішньому слуховому ході дорівнюватиме тиску в барабанній порожнині, барабанна перетинка найкраще коливатиметься і ці коливання реєструватиме імпедансометр. Це дає можливість визначити стан (імпеданс) барабанної перетинки та зміни у барабанній порожнині - наявність ексудату, розрив ланцюга слухових кісточок.

Імпедансометрія також допомагає визначити рефлекторне скорочення внутрішньовушних м'язів (акустичний рефлекс), оскільки при інтенсивних звуках (понад 80 дБ) ці м'язи скорочуються, щоб запобігти ушкодженню внутрішнього вуха надмірними звуковими подразниками. Такі скорочення м'язів можна зареєструвати під час дослідження і в певних межах визначити стан слуху обстежуваного.

Отже, імпедансометрія дає змогу отримати об'єктивну інформацію про функціональний стан різних ланок звукопроведення.

IV група - використання безумовних та умовних рефлексів

Безумовні рефлексивні застосовують для орієнтовного визначення наявності слуху в немовлят. У відповідь на гучний звук унаслідок ауропальпєбрального рефлексу повіки

дитини стуляться або вона кліпатиме з більшою, ніж зазвичай, частотою, а завдяки аурупупілярному рефлексу зіниці немовлят звужаються, а потім, у міру затихання звуку, знову розширюються.

Ігрова аудіометрія ґрунтується на виробленні умовних рефлексів у дітей.

Дослідження вестибулярної функції

Схема вестибулометричного дослідження об'єднує:

- I. З'ясування скарг, збирання анамнезу захворювання.
- II. Дослідження спонтанних вестибулярних реакцій.
- III. Проведення експериментальних проб.
- IV. Розшифровка та оцінювання вестибулометрії.

I. Обстеження пацієнта починають із ретельного збирання скарг і анамнезу захворювання. У разі патології вестибулярного аналізатора ця інформація нерідко має вирішальне значення для встановлення діагнозу.

Специфічними скаргами є запаморочення, розлади рівноваги, порушення ходи, що супроводжуються нудотою і блюванням. Запаморочення - уявне обертання навколишніх предметів. Для периферійного вестибулярного симптомокомплексу характерним є систематизоване запаморочення, тобто пацієнт бачить, що предмети пливають справа наліво, і навпаки.

У зв'язку з анатомічною близькістю рецепторів слухового та вестибулярного аналізаторів у внутрішньому вусі для периферійного вестибулярного синдрому типові й скарги на погіршення слуху і шум у вухах. Цей синдром називають ще кохлеовестибулярним. Тому потрібно досліджувати слух для розрізнення периферійного і центрального вестибулярного синдрому.

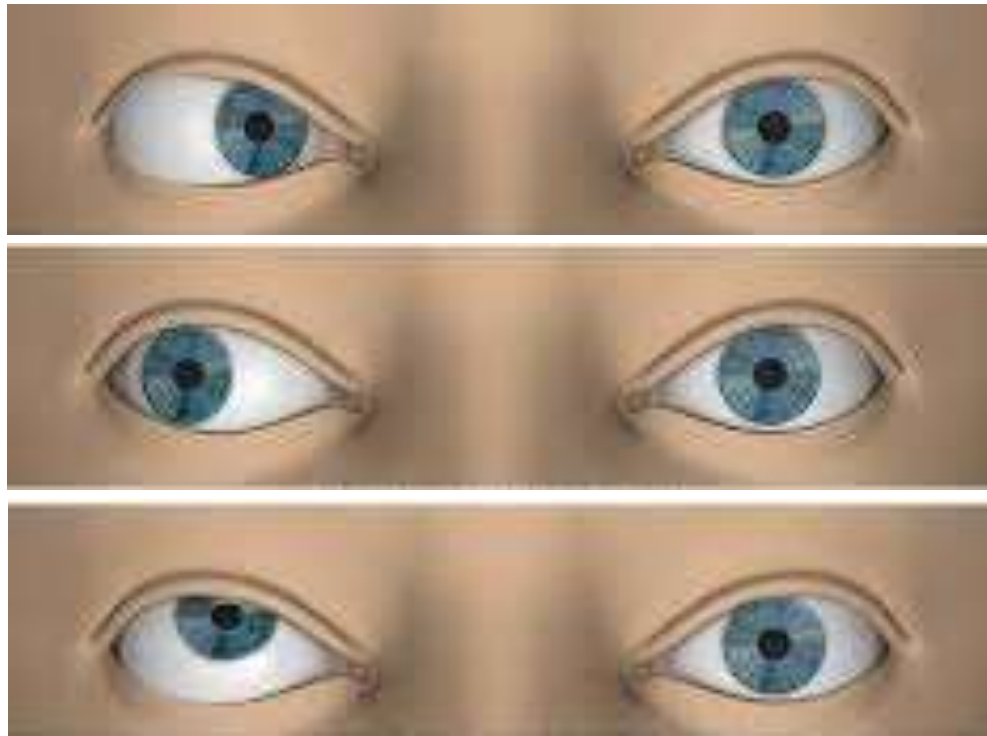
Тести, які характеризують стан вестибулярного аналізатора, проводять у визначеній послідовності. Аналізуючи їх результати, слід звертати увагу на такі два моменти.

1. Наявність змін, властивих патології лабіринту (**периферійний вестибулярний синдром**) чи центральних відділів вестибулярного аналізатора (**центральный вестибулярний синдром**).

2. За наявності ознак периферійного вестибулярного синдрому потрібно уточнити: вони зумовлені подразненням (гіперрефлексією) або пригніченням (гіпорефлексією) правого чи лівого лабіринту.

II. Наступна група тестів спрямована на дослідження спонтанних вестибулярних реакцій: визначення спонтанного ністагму, дослідження спонтанного промахування, стійкості статичної рівноваги, ходи із закритими очима.

Спонтанний ністагм (ритмічні посмикування очей) виявляють під час погляду на палець дослідника, який розміщують на відстані 25-30 см від очей пацієнта прямо перед ним. У нормі буває тільки *установочний ністагм* - поодинокі посмикування очних яблук, після яких око займає нерухоме фіксоване положення. У разі порушення функції вестибулярного аналізатора виникають мимовільні посмикування очей у горизонтальному чи дугоподібному напрямку (ністагм).



Лабіринтний ністагм має два компоненти - швидкий і повільний. Напрямок ністагму відповідає напрямку швидкого компонента.

За наявності спонтанного ністагму визначають його характеристики:

- *площину* (горизонтальний, вертикальний, ротаторний);
- *напрямок* (праворуч, ліворуч, догори, донизу);
- *амплітуду* (велико-, середньо- або дрібнорозмашистий);
- *силу* (I-III ступені);
- *швидкість* (живий, млявий);
- *тривалість* (у нормі 20-30 с).

Потрібно уникати крайніх відведень очей, оскільки у пацієнта можлива поява короткочасних ністагмових рухів (установочний ністагм).

Важливе значення має дослідження *пресорного ністагму*. Його виникнення зазвичай пов'язане з руйнуванням кісткової капсули лабіринту хронічним гнійним процесом у середньому вусі, тобто з утворенням фістули (нориці) у кістковій стінці латерального півколового каналу. Тому цей феномен ще називають *фістульними симптомом*.

Пресорна (фістульна) проба. Пробу виконують шляхом кількох натискувань пальцем на козелок, яким щільно прикривають вхід у зовнішній слуховий хід. Цю пробу також можна провести за допомогою лійки Зігле, що дає змогу створити значно більші перепади тиску в зовнішньому слуховому ході. Лійку, з'єднану з балоном, герметично вводять у слуховий хід і натискуваннями на балон викликають згущення чи розрідження повітря у зовнішньому вусі.

У нормі жодних вестибулярних проявів під час таких дій не виникає, — «негативний фістульний симптом». За наявності фістули латерального півколового каналу під час проведення проби в обстежуваного виникають вестибулярні прояви: ністагм, нудота, відчуття провалювання. Їх поява зумовлена тим, що зміни тиску повітря в зовнішньому слуховому ході через фістулу передаються на рідини лабіринту, викликаючи рух пери- й ендолімфи.



Це спричиняє подразнення вестибулярного апарату і виникнення вестибулосенсорних, вестибулосоматичних і вестибуловегетативних реакцій - «позитивний фістульний симптом».

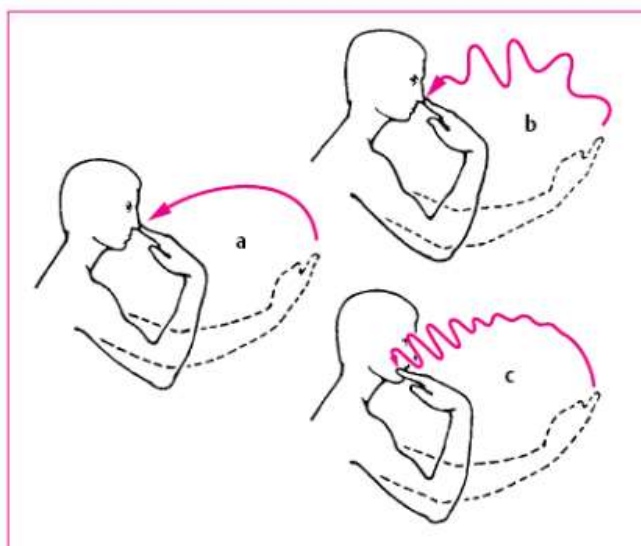
Важливими для визначення спонтанних вестибулярних розладів є тести, які допомагають виявити спонтанне промахування, порушення статичної рівноваги та ходи. До найбільш простих і доволі інформативних належать проба витягнутих рук, вказівна, пальце-носова проба.

Проба витягнутих рук. Здорова людина протягом тривалого часу утримує руки витягнутими прямо перед собою без суттєвих зміщень. У пацієнта з ураженням лабіринту спостерігається відхилення обох рук у бік повільного компонента ністагму. За наявності патології мозочка рука на боці ураження відхиляється назовні або всередину.

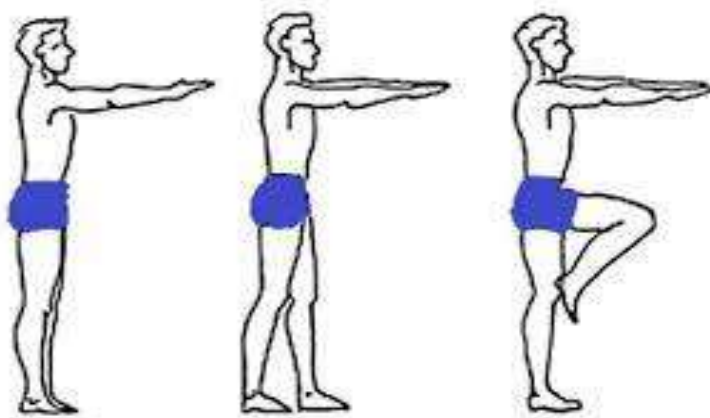
Вказівна проба також характеризує стан координації. У разі патології лабіринту пацієнт обома руками буде промахуватись у бік повільного компонента ністагму. Відхилення однієї руки з боку ураження характерне для центрального вестибулярного синдрому.

Пальце-носова проба є різновидом вказівної проби. У разі захворювань лабіринту пацієнт промахується в бік повільного компонента ністагму обома руками.

Проба Ромберга допомагає визначити стійкість статичної рівноваги. У позі Ромберга, за умови порушення функції лабіринту, пацієнт падатиме в бік повільного компонента спонтанного ністагму. Для порушення функції лабіринту характерною є зміна напрямку падіння під час зміни положення голови. У разі



патології мозочка зміна положення голови не впливає на напрямок падіння; пацієнт падає тільки в бік ураження.



Дослідження ходи. За наявності ураження вестибулярного аналізатора змінюється тонус м'язів кінцівок і тулуба, що позначається на ході.

Досліджують такі види ходи:

1) хода по прямій (уперед лицем і вперед спиною). При патології лабіринту пацієнт відхиляється в бік повільного компонента спонтанного ністагму (у бік, протилежний ураженому). У разі центрального вестибулярного синдрому ністагм і відхилення пацієнта спрямовані в бік ураження;

2) флангова хода (приставними кроками праворуч і ліворуч). У разі захворювань лабіринту флангова хода не порушена. При патології мозочка пацієнт не може виконати флангову ходу в бік ураження.

III. Наступна група тестів для дослідження вестибулярного аналізатора об'єднана під назвою **експериментальні проби**. Найпоширенішими з них є калорична й обертальна проби.

У клінічній практиці широко використовують **калоричну пробу за Благовещенською**. В її основі лежить переміщення ендолімфи в півколових каналах лабіринту, що виникає під впливом штучного зігрівання або охолодження. За наявності сухої перфорації калоричну пробу проводити не слід, щоб не викликати загострення хронічного середнього отиту.

У слуховий хід протягом 10 с вливають 60-100 мл холодної (30 °С) чи гарячої (44 °С) води. За допомогою секундоміра визначають латентний період ністагму - час від початку вливання води до появи перших ністагмових рухів очей. У нормі латентний період становить 20-30 с. Зменшення латентного періоду і подовження явного (у нормі — 40-60 с) свідчить про гіперрефлексію відповідного лабіринту. І навпаки, подовження латентного періоду і скорочення явного - про гіпорефлексію. Після вливання холодної води спостерігається ністагм у протилежний бік, що в нормі триває 30-60 с. Після вливання теплої води виникає ністагм у той самий бік тривалістю 60-90 с. Відсутність або зменшення тривалості ністагму під час проведення калоричної проби може вказувати на зниження збудливості вестибулярного апарату (загибель лабіринту).

Класична **обертальна проба Барані** полягає в тому, що обстежуваного із заплющеними очима обертають навколо вертикальної осі в кріслі Барані. Після зупинки крісла визначають тривалість ністагму та його характеристики.

Пробу виконують таким чином: пацієнту пропонують сісти в крісло Барані, нахилити голову вперед на 30° і заплющити очі. Після цього крісло обертають навколо вертикальної осі зі швидкістю 10 обертів за 20 с. Коли крісло зупиняють, секундоміром фіксують час і пропонують пацієнту відкрити очі та стежити за пальцем дослідника. Палець повільно відводять спочатку праворуч, а потім — ліворуч. При цьому спостерігають за посмикуваннями очних яблук, які в нормі виконують дрібні горизонтальні рухи (горизонтальний ністагм). Зазначають час зникнення ністагму.

У більшості людей з нормальною збудливістю вестибулярного аналізатора тривалість ністагму в середньому становить 25-35 с. Тривалість ністагму менше ніж 20 с свідчить про гіпорефлексію, понад 30 с - гіперрефлексію лабіринту.

Переміщення ендолімфи в півколових каналах під час обертання подразнює рецептори ампулярного апарату, що супроводжується появою вестибулярних симптомів (ністагм, нудота, запаморочення).

IV. *Вестибулометрія.*

Її використовують не тільки для клінічного обстеження, а й під час професійного відбору. В останньому випадку метод має свої особливості, оскільки для визначення придатності людей до професій водія, пілота, моряка, верхолаза насамперед потрібно оцінити стан отолітового апарату. Це

пов'язано з тим, що представники таких професій зазнають тривалого впливу переважно прямолінійних прискорень, тобто адекватного подразника отолітового апарату.

Дослідження стійкості цього апарату проводять за допомогою отолітової реакції (ОР) за Воячком.

Отолітова реакція передбачає такі дії:

1. Обстежуваний, який сидить у кріслі Барані, заплющує очі і нахиляється вперед на 90° .
2. Потім здійснюють 5 обертів праворуч або ліворуч за 10 с, тобто подразнюють ампулярний рецептор.
3. Після зупинки крісла, не змінюючи положення обстежуваного, чекають 5 с, що дещо зменшує збудження ампулярного рецептора.
4. Обстежуваному пропонують розплющити очі і випрямитися. Зміна положення голови і тулуба у просторі є адекватним подразником отолітового апарату.

Результати дослідження оцінюють відповідно до схеми отолітової реакції (за Воячком).

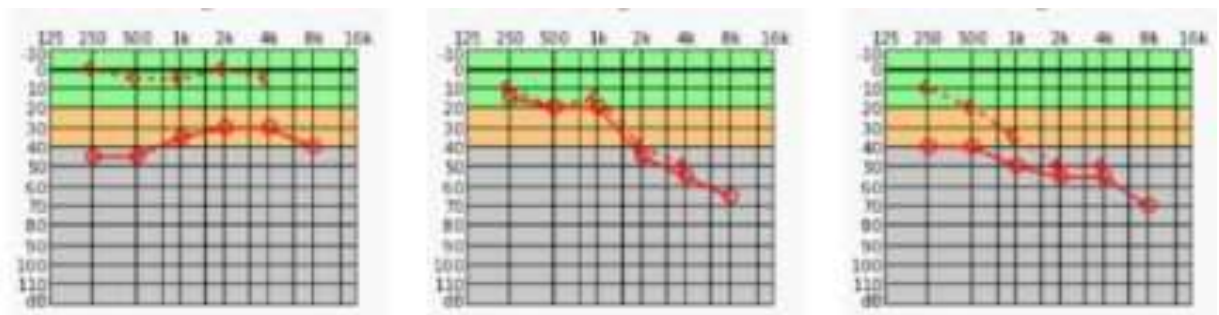


<i>Соматичні реакції</i>	<i>Вегетативні реакції</i>
0 - відсутність реакції I - незначне відхилення тулуба II - різке відхилення тулуба III - падіння (обстежуваний не може утриматися в кріслі)	0 - відсутність реакції I - суб'єктивне відчуття (запаморочення і нудота) II - збліднення чи почервоніння обличчя, (зміни серцевої та дихальної діяльності) III - нудота і блювання

Оцінюючи результати отолітової реакції, насамперед враховують ступінь вираженості вегетативних реакцій. Це пов'язано з тим, що вестибуловегетативні реакції майже не піддаються тренуванню. Так, у разі виявлення II чи III ступеня вестибуловегетативних реакцій обстежуваного визнають непридатним до професій, пов'язаних із навантаженням вестибулярного апарату. Соматичні реакції III ступеня за відсутності виражених вестибуловегетативних реакцій не є протипоказанням, оскільки соматичні рефлекси можна нормалізувати шляхом спеціального тренування.

Під час професійного відбору обсяг досліджень й експертна оцінка результатів придатності обстежуваного до «вестибулярної» професії визначаються вимогами наказів та інструкцій відповідних міністерств і відомств.

Рентгенологічні методи дослідження вуха



Кондуктивна

Сенсоневральна

Змішана

Рентгенологічні методи дослідження вуха використовують для діагностики захворювань вуха, особливо тих, що супроводжуються руйнуванням кістки. Для обстеження скроневої кістки найчастіше застосовують три проекції: бічну (за Шюллером), аксіальну (за Майером) і косу (за Стенверсом). За будь-якої проекції завжди роблять рентгенограми обох скроневих кісток, щоб порівняти уражене вухо зі здоровим.

Інформативним методом дослідження скроневої кістки є комп'ютерна томографія. Вона дає можливість виявити патологічні стани як у кістковій тканині, так і в м'яких тканинах зовнішнього, середнього та внутрішнього вуха. Таке дослідження ґрунтується на комп'ютерній обробці даних, отриманих на приймачі рентгенівських променів після дослідження об'єкта під різними кутами. Для поліпшення роздільної здатності під час комп'ютерної томографії застосовують контрастні препарати.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

1. Вивчити обстеження вуха у ЛОР-пацієнта.
2. Навчитися проводити функціональні дослідження слуху.
3. Провести об'єктивне та суб'єктивне дослідження слуху.
4. Навчитися складати план додаткових методів обстеження.
5. Засвоїти практичні навички в оглядовій кімнаті та ендоскопічному кабінеті.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ.

1. Провести обстеження пацієнта при захворюваннях вуха.
2. Провести огляд і пальпацію ділянки зовнішнього вуха.
3. Здійснити об'єктивне обстеження пацієнта для виявлення об'єктивних ознак при даних патологіях.
4. Відпрацювати практичні навички:
 - провести отоскопію;
 - дослідження слуху шепітною та розмовною мовами;
 - підготувати пацієнта до аудіометрії;
 - здійснити пальце-носову та вказівну проби;
5. Підготувати пацієнта до проведення проби Вебера, Швабаха, Рінне, Желле.
6. Оцінити основні типи імпендансометрії.
7. Оцінити тести, що характеризують вестибулярні синдроми.
8. Підготувати інструментарій для проведення ендоскопічного проведення вуха.
9. Після кожного завдання заповнити медичну документацію.
10. Розв'язати тестові та ситуаційні завдання.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Будова зовнішнього вуха та його функції.
2. Будова барабанної перетинки та її функції.
3. Функції слухової труби.
4. Фізіологія звукопроведення.
5. Сучасні методи діагностики слухового аналізатора.
6. Характеристика подразника слухового аналізатора.
7. Звукосприйняття, теорії слуху.
8. Методи перевірки слуху.
9. Принципи тональної аудіометрії.
10. Принципи об'єктивної тимпанометрії.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №7

ТЕМА: «Медсестринський процес при захворюваннях вуха».

МЕТА: Виконати медсестринський процес при захворюваннях вуха з визначенням дійсних проблем пацієнта при даній патології. Навчитись встановлюванню медсестринських діагнозів, планування та реалізації медсестринських втручань. Вивчити основні практичні маніпуляції, догляд за пацієнтом в післяопераційний період і профілактику захворювань. Ознайомитись з роботою операційного блоку, ЛОР-кабінету, маніпуляційної, фізкабінету, наказами МОЗ України та протоколами сестри медичної. Дотримуватись правил техніки безпеки та охорони праці при роботі ЛОР-кабінету.

МАТЕРІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Інструментарій для проведення об'єктивного та ендоскопічного дослідження вуха, муляжі вуха, ліки, інструкції для їх використання, схеми, рентгенограми та КТ, алгоритми для виконання практичних навиків, карта обстеження ЛОР-пацієнта, історії захворювань, накази МОЗ України, тестові та ситуаційні завдання для контролю рівня знань.

КОНКРЕТНІ ЦІЛІ

Студент повинен знати:

- причини захворювань вуха;
- клінічні симптоми захворювань та їх вплив на суміжні органи;
- методику об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження при різних захворюваннях;
- основні принципи медикаментозного та хірургічного лікування;
- ускладнення у пацієнта при захворюваннях вуха;
- правила дотримання техніки безпеки та охорони праці при виконанні роботи.

Студент повинен вміти:

- оглядати та проводити пальпацію ділянки зовнішнього вуха;
- проводити вестибулярні проби;
- проводити туалет зовнішнього вуха (сухий та вологий способи);
- брати мазок із зовнішнього слухового проходу;
- вводити лікувальні засоби (закрапування крапель, введення турунд, вдування порошкоподібних ліків);
- накладати зігрівальний компрес на ділянку вуха;
- накладати вушну пов'язку (велику і малу);
- вимивати сірчану пробку із зовнішнього слухового проходу;
- продувати слухові труби за методом Політцера.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Травми вуха

Етіологія:

- механічні ушкодження (в тому числі при чищенні вуха);
- дія сильного звуку(постріл, вибух) – акутравма вуха;
- раптове підвищення або зниження тиску у зовнішньому слуховому ході – баротравми вуха.

Класифікація

Зовнішнього вуха:

- вушної раковини;
- зовнішнього слухового ходу.

Середнього вуха:

- барабанної перетинки;
- розрив слухових кісточок;
- соскоподібного відростка.

Внутрішнього вуха:

- вивих стрим ендія у вікні присінка;
- поранення горизонтального пристінкового каналу;
- перелом піраміди скроневої кістки (при переломі основи черепа).



Поранення вушної раковини

Етіологія

- удар;
- укусу;
- падіння на вухо;
- дорожньо – транспортна пригода;
- вогнепальне поранення;
- різана, колота рана.

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- біль в ділянці ушкодження;
- кровотеча;
- синці;
- відрив або надрив вушної раковини.

Об'єктивно:

- поверхнева рана вушної раковини;
- глибока рана – різана, колота, рвана;
- частковий або повний відрив вушної раковини;
- наявність набряку;
- наявність синців (забою);
- наявність кровотечі.

II етап медсестринські діагнози:

- біль в ділянці ушкодження;
- кровотеча;
- колота, різана або рвана;
- забій.

Поранення зовнішнього слухового ходу

Етіологія:

- при ударах по нижній щелепі чи падінні на неї;
- під час чищення або чухання вуха;
- вогнепальні поранення.

Класифікація

за локалізацією:

- ізольоване;
- комбіноване (одночасно з вушною раковиною, барабанною перетинкою, соскоподібним відростком, суглобом нижньої щелепи).

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- біль при жуванні, відкриванні рота;
- кровотеча;
- порушення слуху.

Об'єктивно:

- пошкодження та реактивний набряк шкіри зовнішнього слухового ходу.

II етап медсестринські діагнози:

- біль в ділянці ушкодження;
- кровотеча;
- порушення слуху.

Поранення середнього та внутрішнього вуха

Етіологія:

- видалення стороннього тіла;
- перелом основи черепа;
- хірургічне втручання на вусі;
- удар долонею, кулаком по вусі;
- стрибки у воду з висоти;
- розрив петард і снарядів;
- швидка декомпенсація у водолазів.

Класифікація

<i>за локалізацією:</i>	<i>поранення:</i>
<ul style="list-style-type: none">– барабанної перетинки;– слухових кісточок;– соскоподібного відростка;– лабіринту.	<ul style="list-style-type: none">– Ізольоване;– комбіноване (при переломах основи черепа та піраміди скроневої кістки).

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- раптовий біль у вусі;
- шум у вусі;
- зниження слуху;
- кровотеча з вуха;
- порушення рівноваги та координації рухів;

Об'єктивно:

- ушкодження середнього вуха;
- у зовнішньому слуховому проході крапельні крововиливи;
- перфорація барабанної перетинки різної форми та величини;
- погіршення слуху за кондуктивним типом;
- розвиток гострого гнійного середнього отиту (при попаданні інфекції у середнє вухо внаслідок розриву барабанної перетинки);
- розвиток гострого мастоїдиту внаслідок ушкодження соскоподібного відростка.

II етап медсестринські діагнози:

- біль у вусі;
- кровотеча з вуха;
- порушення слуху;
- непритомність;
- лікворея;
- порушення рівноваги та координації рухів;
- кровотеча.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- при болі – знеболюючі;
- при ушкодженні шкіри вушної раковини – щадна обробка рани та накладання асептичної пов'язки;
- при пораненні зовнішнього слухового ходу – щадна обробка рани, зупинка кровотечі – тампонада стерильними турундами;
- при розриві барабанної перетинки – введення у зовнішній слуховий хід сухої стерильної туруни;
- при кровотечі – накласти стерильну пов'язку на вуха, введення у зовнішній слуховий хід стерильних турунд;
- підірвані шматочки вушної раковини промити у розчині антибіотика, обгорнути стерильною серветкою, обкласти льодом та доставити з пацієнтом до стаціонару;
- транспортування пацієнта до ЛОР – стаціонару;
- підготовка пацієнта та забір крові на ЗАК + тромбоцити, групу, резус – фактор та час згортання;



- підготовка пацієнта та забір виділень з вуха на ліквор;
- підготовка пацієнта до Rg – графії скроневої кістки, соскоподібного відростка, черепа, КТ, МРТ;
- підготовка пацієнта до акуметрії та аудіометрії;
- підготовка пацієнта до вестибулометрії;
- підготовка пацієнта до люмбарної пункції (для виявлення крові в лікворі);
- забезпечення консультації окуліста (очне дно), невропатолога і нейрохірурга;
 - ✓ підготовка палати, ліжка, предметів догляду;
 - ✓ контроль за санітарним станом у палаті (провітрювання, вологе прибирання);
 - ✓ допомога пацієнту у виконанні санітарно – гігієнічних процедур;
 - ✓ забезпечення фізичного та психічного спокою пацієнта;
 - ✓ контроль за дотриманням пацієнтом суворого ліжкового режиму;
 - ✓ постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, АТ, підрахунок Р;
 - ✓ контроль і допомога пацієнтові при харчуванні (рідка їжа при переломі стінки зовнішнього слухового ходу);
 - ✓ підготовка пацієнта та участь у проведенні ПХО рани;
 - ✓ підготовка пацієнта, інструментів до оперативного лікування; проведення премедикації;
 - ✓ спостереження за раною, пов'язкою, дренажами, участь у перев'язуваннях;
 - ✓ консервативне лікування:
 - введення антибіотиків;
 - введення знеболюючих, заспокійливих засобів;
 - введення гемостатичних препаратів;
 - при баротравмі лабіринту – протиневритна терапія;
 - при пораненні зовнішнього слухового ходу – тампонада слухового ходу турундами, просоченими мазями, введення трубчастих дилаторів з гуми або пластмаси (для формування отвору зовнішнього слухового ходу);
 - фізіотерапевтичне лікування: УФО, УВЧ.
- ✓ хірургічне лікування:
 - проведення ПХО вушної раковини (вирізання розчавлених тканин з наступним ушиванням рани);
 - проведення пластичної операції при відриві вушної раковини;
 - зіставлення розірваної барабанної перетинки;
 - при пораненні соскоподібного відростка – ПХО рани з видаленням роздробленої кістки;



- при травмі лабіринту (внаслідок перелому основи черепа) за наявності кровотечі та ознак менінгіту – широке хірургічне втручання на середньому вусі.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта;
- виявлення нових проблем пацієнта з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- правильний туалет вуха (не використовувати гострі та колючі предмети);
- видалення сторонніх предметів з вуха тільки в умовах стаціонару;
- очищення вух лише марлевими турундами;
- при зануренні у воду на глибину – дотримання правил занурення у воду та підймання з води (дуже повільно);
- дотримання правил техніки безпеки на виробництві і в побуті.

Отогематома

Ототематома – це скупчення крові між охрястями і хрящем вушної раковини

Етіологія:

- удар тупим предметом;
- стиснення вушної раковини;
- падіння на вушну раковину.

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- біль в ділянці ушкодження;
- порушення чутливості вушної раковини (іноді).

Об'єктивно:

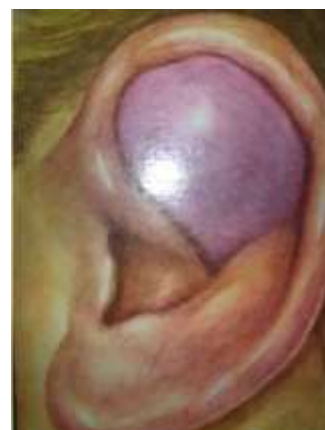
- припухлість округлої форми у верхній половині; зовнішньої поверхні вушної раковини (багрово – синюшна, еластична, напружена, визначається флуктація), холодна на дотик;
- оточуючі тканини візуально не зміннені;
- помірна болючість при пальпації.

II етап медсестринські діагнози:

- біль вушної раковини

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- забезпечення стаціонарним лікуванням при потребі;
- підготовка пацієнта до проведення отоскопії;
- підготовка пацієнта до визначення слухової функції (дослідження камертонами і живим мовленням);
- підготовка пацієнта до R_ö – графії скроневої кістки;



- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, вміст глюкози в крові, визначення параметрів згортання крові, тромбоцитів, сечі для ЗАС;
 - ✓ контроль за санітарним станом у палаті. Допомога пацієнтові у виконанні санітарно – гігієнічних процедур;
 - ✓ постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта (°t тіла, огляд ділянки ураження, стан травмованого вуха ділянок голови);
 - ✓ холод на травмовану ділянку: лід, сніг – в гумовій ємкості (міхур для льоду, грілка);
 - ✓ контроль і догляд за дренажами, пов'язкою, участь у перев'язуванні;
 - ✓ вушну раковину обробляють спиртом та йодом, знеболюють 2% розчином новокаїну або лідокаїну;
 - ✓ в умовах антисептики отогематому пунктують (при сформованій отогематомі), її вміст відсмоктують;
 - ✓ накладають тугу стискаючу асептичну пов'язку, для чого усі заглибини вушної раковини заповнюють щільно скрученими марльовими валиками, які притискають турами бинта;
 - ✓ підготовка пацієнта до розтину отогематоми у разі нагноєння вмісту, або якщо вмістом отогематоми є кров'янистий згусток;
 - ✓ підготовка пацієнта до промивання порожнини ото гематоми;
 - ✓ підготовка пацієнта до здійснення дренажу порожнини отогематоми
 - ✓ накладання вушної пов'язки при потребі;
 - ✓ антибіотики внутрішньом'язово (при потребі – для профілактики перихондриту – цефазолін, ампіцилін);
 - ✓ гемостатичні препарати перорально або перентерально: етамзилат, аскорутин.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- зупинка кровотечі (відсутня наявність кров'янистої пухлини в ділянці травмування);
- відсутність больового синдрому;
- відновлення слухової функції (якщо спостерігалось її порушення);
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- дотримання правил техніки безпеки на виробництві;
- уникнення ситуацій, що можуть спровокувати травмування вушної раковини;
- у випадку травмування вуха – вчасне звернення до лікаря;
- санітарно-освітня робота.

Опік вушної раковини

Опік вушної раковини – ушкодження термічними або хімічними чинниками

Етіологія:

- їдкі хімічні речовини;

- гаряча пара;
- гаряче повітря;
- розплавлений або нагрітий метал, дія променевої енергії;
- полум'я;
- кипляча рідина;
- електричний струм;
- при вибухах.

Сприятливі чинники:

- недотримання правил техніки;
- безпеки на виробництві (у кочегарів, ливарників, пекарів, шахтарів);
- дія блискавки;
- надзвичайні ситуації, які супроводжуються пожежами, вибухами.



Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- біль в ділянці опіку;
- відчуття печії;
- погане самопочуття;
- підвищення t° тіла.

Об'єктивно:

- I ступінь – почервоніння та набряк тканин вушної раковини;
- II ступінь – набряк шкіри, утворення міхурів з серозним або гнійним вмістом, виражений біль та печіння;
- III ступінь – змертвіння шкіри, глибоке ураження тканин, погіршення загального стану, некроз і відторгнення окремих частин вушної раковини – деформація;
- IV ступінь – вушна раковина чорного кольору, зуглена, спотворена, формування вала відторгнення;
- опіки III – IV ступенів можуть супроводжуватися опіковим шоком: висока t° тіла, зниження АТ, Р частий, слабкого наповнення, зниження діурезу.

II етап медсестринські діагнози:

- біль в ділянці ушкодженої вушної раковини;
- набряк, міхурці.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, вміст глюкози в крові, сечі для ЗАС;
- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу на флору та чутливість до АБ;

- підготовка пацієнта до отоскопії;
 - ✓ контроль за санітарним станом у палаті (провітрювання, вологе прибирання) допомога пацієнту в дотриманні особистої гігієни;
 - ✓ постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t тіла, АТ, підрахунок Р, огляд за ділянкою ураження, визначення больового синдрому;
 - ✓ при ознобі – укутування, тепле пиття, грілки до ніг;
 - ✓ при гарячці – водно – оцтова пов'язка на ділянку лоба, міхур з льодом над головою;
 - ✓ контроль та допомога в забезпеченні пацієнта раціональним харчуванням (вітамінізована висококалорійна їжа);
 - ✓ підготовка пацієнта, стерильних інструментів до оперативного лікування;
 - ✓ контроль і догляд за пов'язкою (вчасна заміна при просякненні кров'ю), дренажами, участь у перев'язуванні, промиванні порожнини розчинами АБ;
- ✓ консервативне лікування:
 - введення антибіотиків: аугментин, амоксилав, сумамед, ципрофлоксацин, цефазолін, клацид (заміна препарату відповідно до антибіотикограми);
 - введення знеболювальних та жарознижуючих ліків (анальгін, кетанов, парацетамол, мефанінова кислота);
 - введення десенсибілізуючих ліків (хлористий кальцій, глюконат кальцію, лоратадин, тавегіл);
 - місцево на вушну раковину накладають марлеві тампони з АБ на 30% р-ні димексиду;
 - фізіотерапевтичне лікування: УФО, солюкс, випромінювання гелій – неоновим лазером;
- ✓ хірургічне лікування - розкриття гнояків косметичними розрізами (увздовж завитка і проти завитка), видалення некротизованих тканин та дренирування рани гумовими смужками.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта, загоєння вушної раковини;
- виявлення нових проблем пацієнта з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- обережне поводження з небезпечними речовинами;
- дотримання правил техніки безпеки в побуті і на робочому місці;
- санітарно – освітня робота.

НЕ ЗАШКОДЬ! ОБЕРЕЖНО!

- при закапуванні крапель у вухо слід ретельно перевірити вміст пляшечки і температуру рідини, щоб не спричинити хімічного чи термічного опіку зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки;

- відразу після опіків на обпечену поверхню заборонено накладати будь які мазі чи риб'ячий жир, тому що це утруднюватиме подальшу обробку і визначення глибини ураження.

Сторонні тіла зовнішнього слухового ходу

Сторонні тіла зовнішнього слухового ходу – це перебування в зовнішньому середовищу стороннього тіла.

Етіологія:

У дорослих:

неорганічні

- уламки сірників;
- шматки вати;
- металеві осколки;
- вугілля.

органічні:

- гілки кущів, листочки рослин, зернини, насіння, горох, квасолини;
- живі – різні комахи, таргани, блощиці, кліщі;
- рідко – личинки мух (при хронічних середніх отитах із смердючими виділеннями).

У дітей:

- дрібні іграшки чи їх частини;
- гудзики, намистинки, кульки;
- плодові кісточки;
- інші дрібні побутові речі.



Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- безсимптомне;
- кров'янисті виділення (гостре стороннє тіло);
- біль, який поступово посилюється;
- біль (живі сторонні тіла);
- шум у вусі;
- кашель, головокружіння (можливі).

Об'єктивно:

- стороннє тіло добре видно під час отоскопії;
- іноді виявляється візуально при відтягуванні вушної раковини.

II етап медсестринські діагнози:

- відчуття стороннього тіла у зовнішньому слуховому ході;
- біль у вусі;
- кашель, голово кружіння.

III IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта до проведення отоскопії;

- послідження слухової функції за допомогою камертонів та живого мовлення;
- спостереження за пацієнтом та вирішення його дійсних проблем;
- створення комфортних умов для пацієнта;
- контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта;
- бесіда з пацієнтом про необхідність звертатись до лікаря;
- підготовка пацієнта до видалення стороннього тіла із зовнішнього слухового ходу;
- консервативне лікування:
 - ✓ закрапування в слуховий хід розчину олії (знерухомлення живих сторонніх тіл);
 - ✓ промивання слухового ходу за допомогою шприца Жане;
 - ✓ закрапування у слуховий хід спиртових крапель перед видаленням защемлених у слуховому ході бобових – гороху, квасолі, кукурудзи (зневоднення);
- допомога лікареві у видаленні стороннього тіла;
- ✓ за допомогою тупого вушного гачка (округлі, тверді сторонні тіла);
 - ✓ за допомогою вушного пінцету (пласкі за формою сторонні тіла);
- вкладання у слуховий хід турунд із 3% розчину борного спирту на 30 хвилин (після видалення стороннього тіла);
- хірургічне лікування:
 - ✓ оперативне видалення стороннього тіла із зовнішнього слухового ходу (глибоке проникнення стороннього тіла в кістковий відділ слухового ходу).

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- поліпшення суб'єктивного та об'єктивного стану пацієнта;
- видалення стороннього тіла;
- корекція медсестринських втручань.

Профілактика:

- дотримання правил техніки безпеки на підприємстві;
- обережні маніпуляції у зовнішньому слуховому ході самими пацієнтами;
- дотримання санітарно – гігієнічних правил у повсякденному побуті;
- санітарно – освітня робота;
- попередження (акцентування уваги) щодо медичних працівників загального профілю! – **протипоказано видалення округлих твердих сторонніх тіл пінцетом або щипцями** (заглиблення стороннього тіла);
- посилений нагляд за дітьми, які граються з надто дрібними іграшками і предметами.

Дифузний (розповсюджений) зовнішній отит

Дифузний (розповсюджений) зовнішній отит – поширене запалення шкіри зовнішнього слухового ходу

Етіологія:

Збудники:

- стафілококи;
- стрептококи;
- пневмококи;
- гемофільна паличка;
- синьогнійна паличка.

Сприятливі чинники:

- мікротравми шкіри слухового ходу;
- розчухування вуха пальцем, шпилькою, сірниками;
- гноетеча із вуха при середньому отиті
- мацерація шкіри;
- алергізація до мікробних або інших алергенів.

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- біль, (посилюється при жуванні, відкриванні рота);
- свербіння;
- печіння;
- відчуття закладеності вуха;
- виділення з вуха.

Об'єктивно:

- посилення болю при натисканні на козелок (позитивний козелків синдром);
- збільшені та болючі регіонарні лімфовузли.

II етап медсестринські діагнози:

- біль у вусі;
- виражена сверблячка;
- закладеність носа;
- виділення із вуха (з неприємним запахом).

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір крові для ЗАК і вмісту глюкози, сечі на ЗАС;
- підготовка пацієнта та взяття мазка із вуха для бактеріологічного дослідження і чутливість мікрофлори до АБ;
- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу на БАК дослідження методом зіскобу;
- підготовка пацієнта до отоскопії;
- підготовка пацієнта до консультації лікаря – дерматолога, ендокринолога (при потребі);
- акуметричне обстеження слуху (камертональне та живим мовленням);
- контроль за санітарним станом у палаті, допомога пацієнтові у виконанні санітарно – гігієнічних процедур. Користуванні індивідуальними гігієнічними засобами (милом, рушником, білизною, носовичком);



- постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t° тіла, АТ, підрахунок Р, больового синдрому;
- візуальний нагляд за ділянкою запалення – вираженість набряку, гіперемії, кількості і характеру виділень із вуха, інтенсивність больового синдрому;
- проведення сухого туалету зовнішнього слухового ходу: делікатно та асептично звільнити від лусочок, кірочок, рідких виділень;
 - ✓ промивання зовнішнього слухового ходу розчином фурациліну, 3% саліцилової кислоти, 1% рифампіцину або іншими дезінфекційними розчинами;
 - ✓ місцево – аплікація мазевих основ на шкіру зовнішнього слухового ходу за допомогою марлевих турунд – лінімент Вишневського, оксикорт, фторокорт, оксидоклозол;
 - ✓ місцево при хронічному перебігу зовнішнього дифузного отиту – закрапування 1% спиртового розчину хінозолу, розчину хлорофіліпту або резорцину;
 - ✓ місцево при вираженому свербінні – введення на турундах гормональних мазей;
 - ✓ місцево при отомікозах – введення в слуховий хід турунд із нітрофунгіном;
 - ✓ у стадії мокнуття – обробка шкіри зовнішнього слухового ходу фукорцином, димексидом + суспензія гідрокортизону;
 - ✓ офіційні краплі: «Гаразон», «Полідекса», «Отофа». (Не можна застосовувати при перфорації барабанної перетинки через можливість отоксичного ефекту);
 - ✓ після усунення гострозапальних змін – мазі: «Лорі ден – С», «Гіоксизон», «Локакортен», «Флуцинар» та ін.;
 - ✓ фізіотерапевтичні процедури на хворе вухо – УВЧ, «Луч - 2», КУФ, лазеротерапія (випромінювання низькоенергетичного – гелій – неоновий лазер);
 - ✓ загально – антибіотики: рокситроміцин, кліндаміцин гідроклорид, амоксил, дурацеф, цефіксим, антигістаміні; флюконазол (при отомікозі), натрію тіосульфат (гіпосульфат), кальцію глюконат або кальцію хлорид.

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загально стану та самопочуття пацієнта;
- нормалізація отоскопічної картини і слуху;
- відсутність болю та виділень із вуха;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- своєчасне лікування гострого середнього гнійного отиту і загоєння хронічного гнійного отиту;
- дотримання правил особистої гігієни;
- обережне проведення будь – яких маніпуляцій у слуховому ході;
- санітарно – освітня робота.

Фурункул зовнішнього слухового ходу

Фурункул зовнішнього слухового ходу (обмежений зовнішній отит) – це гостре гнійне запалення волосяного мішечка або сальної залози в перетинково – хрящовій частині зовнішнього слухового ходу

Етіологія:

Збудники:

- стафілококи (переважно).

Сприятливі чинники:

- мікротравми при різноманітних маніпуляціях у слуховому ході, зокрема колупанні у вусі;
- авітаміноз (гіповітаміноз);
- цукровий діабет, подагра;
- тривала гноетеча при хронічному середньому отиті;
- недотримання особистої гігієни;
- прояви загального фурункульозу;

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- сильний біль, (різкий, пульсуючий) у вусі;
- іррадіація в щелепи, скроні;
- посилення в нічні години, (при жуванні та розмові);
- біль голови;
- підвищення t° тіла .

Об'єктивно:

- гіпертермія тіла;
- збільшення привушних лімфатичних вузлів;
- натискання на козелок та відтягування вушної раковини різко болючі.



II етап медсестринські діагнози:

- біль у вусі;
- витікання гною у слуховий прохід і назовні;
- гіпертермія.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань

- підготовка пацієнта та забір крові для ЗАК і вмісту глюкози, ЗАС;
- підготовка пацієнта та взяття мазка із зовнішнього слухового ходу на флору і чутливість до АБ;
- підготовка пацієнта до отоскопії;
- підготовка пацієнта до акуметричного дослідження слуху (камертонами і живим мовленням), аудіометрії (при порушенні слуху);

- підготовка пацієнта до R_ö – графії скроневої кістки (при необхідності виключення гострого середнього отиту);
- забезпечення пацієнта консультацією дерматолога, ендокринолога (у разі потреби);
- ✓ спостереження за санітарним станом у палаті, допомога пацієнтові у дотриманні особистої гігієни;
- ✓ спостереження за об'єктивним станом пацієнта: вимірювання t тіла, АТ, підрахунок Р, больового синдрому;
- ✓ візуальний нагляд за ділянкою запалення;
- ✓ у період інфільтрації (дозріванні фурункула) – сухе тепло;
- ✓ у стадії інфільтрації;
- введення в слуховий хід на турундах розчинів 3% борного спирту, хлорофіліпту, димексиду, софрадексу, «Гаразону», отинуму, отипаксу;
- введення в слуховий хід (аплікації) мазі, яка містить антибіотики, гормони
- фізіопроцедури – УВЧ, сухе тепло, солюкс, «Луч-2»;
- ✓ підготовка пацієнта до проведення розтину і дренирування фурункула (стадія абсцедування), після розтину на фоні дренирування обережний туалет вуха;
- приготування розчину антибіотика і стерильних інструментів для розтину і промивання порожнини фурункула;
- уведення в слуховий хід марлевих турунд, просочених гіпертонічним розчином натрію хлориду, лініментом Вишневського;
- загально: антибіотики (амоксил, флемоксил солютаб, еритроміцин) вітаміни, десенсибілізуючі, анальгетики;
- не можна видавлювати вміст фурункула (і після розтину також).

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення самопочуття та об'єктивного стану пацієнта;
- нормалізація отоскопічної картини;
- відновлення слуху;
- виявлення можливих ускладнень з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- дотримання правил асептики і антисептики при будь – яких маніпуляціях у зовнішньому слуховому ході;
- запобігання найменшому травмуванню шкіри зовнішнього слухового ходу;
- протипоказане попадання води, особливо мильної, і знаходження її тривалий час у слуховому ході (умови для мацетерапії);
- дотримання правил особистої гігієни;
- здоровий спосіб життя;
- вітамінотерапія;
- при рецидивних формах – загальнозміцнювальна терапія, аутогемотерапія, санація осередків хронічної інфекції в організмі;
- санітарно – освітня робота.

Сірчана пробка

Сірчана пробка – це скупчення вушної сірки у зовнішньому слуховому ході

Етіологія:

- посилена секреція сірчаних залоз в результаті місцевого або загального їх подразнення, або порушення евакуації сірчаних мас.

Сприятливі чинники:

- вроджена вузькість слухового ходу;
- екзостози;
- збільшення в'язкості сірки;
- наслідки запалення шкіри зовнішнього слухового ходу;
- зайве злучення, відторгнення епідермісу;
- надмірний ріст волосся у зовнішньому слуховому ході.

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- раптове погіршення слуху;
- шум у вусі;
- відчуття розпирання;
- аутофонія (відчуття свого голосу в голові);
- помірний біль у вусі (якщо пробка тисне на барабанну перетинку);
- порушення серцевої діяльності, запаморочення (подразнення гілки блукаючого нерва).



II етап медсестринські діагнози:

- зниження слуху;
- помірний біль у вусі;
- головний біль.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань

- підготовка пацієнта до отоскопії;
- перевірка слухової функції за допомогою камертонів та живого мовлення;
- ✓ проведення роз'яснювальної бесіди щодо необхідності видалення сірчаної пробки;
- ✓ створення пацієнтові комфортних умов;
- ✓ контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта;
- ✓ підготовка пацієнта і необхідних засобів до проведення промивання сірчаної пробки;
- ✓ здійснення промивання сірчаної пробки;
- ✓ якщо перше промивання неефективне – у проблемне вухо закрапують розчин 3% перекису водню і повторюють промивання сірчаної пробки;

- ✓ після промивання слуховий хід висушують ватою і на 2 – 3 години вводять туруну, просочену розчином 3% борного спирту;
- ✓ допомога лікарю у видаленні сірчаної пробки за допомогою інструментів вушного набору (при наявності у пацієнта сухої перфорації барабанної перетинки).

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- поліпшення суб'єктивного стану пацієнта;
- відновлення слухової функції;
- нормалізація отоскопічної картини;
- корекція медсестринських втручань у разі потреби.

Профілактика

- системний догляд та профілактичний нагляд за пацієнтами зі схильністю до утворення сірчаних пробок;
- дотримання правил особистої гігієни;
- своєчасне лікування захворювань шкіри зовнішнього слухового ходу.

Гострий гнійний середній отит

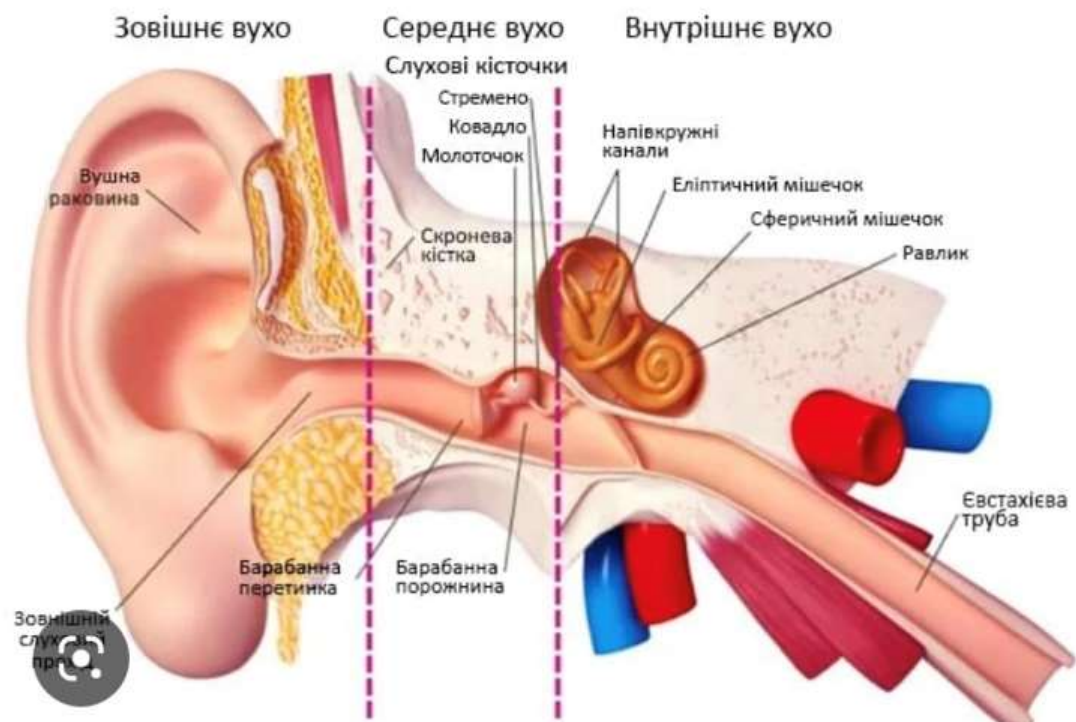
Гострий гнійний середній отит - гостре запалення середнього вуха

Етіологія:

- стрептокок пневмонії;
- гемофільна паличка;
- синьогнійна паличка;
- віруси грипу та інших ГРВІ.

Сприятливі чинники:

- аденоїди;
- хронічні риніти;
- викривлення перегородки носа;
- гнійні синуїти;
- зниження опірності організму;
- травми барабанної перетинки.



У немовлят:

- коротка та широка слухова труба (підвищена небезпека закидання вмісті з носоглотки у барабанну порожнину при зригуванні);
- наявність міксоїдної тканини у середньому вусі (поживне середовище для мікроорганізмів);
- гіпотрофія;
- рахіт.

Шляхи проникнення мікрофлори:

- тубогенний - через слухову трубу;
- гематогенний - з впливом крові (грип, скарлатина, кір);
- лімфогенний (рідко);
- посттравматичний – через перфорацію при травмі барабанної перетинки.

Класифікація:

За стадіями перебігу:

- неперфоративна;
- перфоративна;
- репаративна.

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

I стадія – неперфоративна:

Місцево:

- біль у вусі (стріляючий, колючий, рвучий, пульсуючий);
- зниження слуху;
- шум у вусі;
- відчуття переливання рідини у вусі;
- відчуття закладеності.

Загальні:

- загальна слабкість;
- погіршення сну і апетиту;
- підвищення t° тіла до 38 - 39 $^{\circ}$ C і вище;
- запаморочення;
- нудота, озноб.

II стадія – перфоративна:

Місцево:

- біль стихає;
- гноетеча;
- зниження слуху.

Загальні:

- t° тіла знижується;
- поліпшується загальний стан.

III стадія – репаративна:

Місцево:

- знижений слух повільно відновлюється;

- гноєтеча припиняється;

Об'єктивно:

I стадія – неперфоративна:

Місцево:

- біль при натисканні на соскоподібний відросток.

II стадія – перфоративна:

- зменшення проявів загальної інтоксикації.

III стадія – репаративна:

- загальний стан нормалізується

Особливості перебігу гострого середнього отиту у дітей грудного віку:

Об'єктивно:

Місцево:

- біль при натисканні на козелок (відсутність кісткового відділу зовнішнього слухового ходу);
- утруднена отоскопія (барабанна перетинка займає майже горизонтальне положення).

Загально:

- нудота, судоми, затьмарення свідомості, ригідність потиличних м'язів – менінгізм (незрощення кісткового шва у верхній стінці барабанної порожнини, через яку проникають у порожнину черепа, викликаючи подразнення мозкових оболонок);
- блювання, пронос, біль у животі, зменшення ваги тіла - гостра кишкова інтоксикація (недосконалий імунний захист).

II етап медсестринські діагнози:

- біль у вусі;
- гноєтеча;
- зниження слуху;
- гіперемія.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС, крові на глюкозу, на згортання та тромбоцити;
- підготовка пацієнта та взяття мазка із вуха на флору і чутливість до АБ;
- підготовка пацієнта до отоскопії, аукометрії, рентгенографії соскоподібних відростків, КТ;
- підготовка пацієнта до пальцевого дослідження глоткового отвору слухових труб (за показаннями);
 - ✓ спостереження за санітарним станом у палаті, допомога пацієнтові у дотриманні особистої гігієни. Ліжковий режим;
 - ✓ постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання його t° тіла, артеріального тиску, пульсу, визначення характеру больового синдрому, визначення характеру виділень з вуха, їх об'єму, стану носового дихання;

- ✓ при гарячці – водно – оцтова пов'язка на ділянку лоба;
- ✓ при ознобі – зігрівання, укутування, тепле пиття;
- ✓ при болі – накладання на хворе вухо зігріваючого компресу, сухе тепло;
- ✓ при гноєтечі – проведення туалету зовнішнього слухового ходу;
- ✓ консервативне лікування:

I стадія – неперфоративна:

Місцево:

- закапування в ніс судинозвужувальних крапель (0,1% розчин нафтизину, галазоліну, санорину) інгаляції антисептиків ендоназально. При цьому пацієнт лежить без подушки з повернутою у бік головою;
- закапування у вухо теплих крапель отипаксу;
- фізіотерапевтичні процедури – УВЧ, ЛУЧ-2, солюкс – тільки на самому початку захворювання;

Загально:

- введення антибіотиків – цефуроксим, цефтибутен (цедекс), цефтазидим, кліндаміцин, азитроміцин;
- знеболювальні та жарознижуючі – анальгін, аспірин, парацетамол, ферфекс;
- антигістамінні препарати – діазолін, лоратадин;
- препарати кальцію (вплив на тканинний обмін);
- вітамінотерапія, зокрема вітамін С;
- вітамінізована щадна дієта.

II стадія перфоративна:

Місцево:

- проведення туалету вуха (сухого за допомогою вушного зонда або електровідсмоктувача);
- вологого – із використанням 3% розчину перекису водню;
- закрапування у вухо теплих розчинів – бівацину, нормаксу;

Загально:

- лікування ідентичне I стадії (неперфоративній).

III стадія – репаративна:

Місцево:

- реабілітація функції слуху;
- продування слухових труб за Політцером;
- пневмомасаж барабанних перетинок;
- пальцевий масаж носоглоткового отвору слухової труби;
- катеризація слухових труб (при потребі);

Загально:

- вітамінотерапія;
- препарати кальцію;
- антигістамінні;
- ✓ хірургічне лікування:

- допомога лікарю у проведенні тимпанопункції або парацентезу барабанної перетинки (сильний біль у вусі, випинання барабанної перетинки при незадовільній динаміці клінічних проявів захворювання).

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- поліпшення об'єктивного та суб'єктивного стану пацієнта;
- відновлення слухової функції;
- корекція медсестринських втручань у разі потреби.

Профілактика:

- своєчасне та ефективне лікування гострої та хронічної патології порожнини рота;
- відновлення носового дихання (оперативне лікування аденоїдів, викривлення носової перетинки, гіпертрофії носових раковин);
- здоровий активний спосіб життя;
- загартовування організму.

Хронічний гнійний середній отит

Хронічний гнійний середній отит (хронічне запалення середнього вуха) – тривале запальне інфекційне захворювання порожнин середнього вуха

Етіологія:

- стафілокок;
- синьогнійна паличка.

Сприятливі чинники:

Місцеві:

- недостатня біологічна опірність слизової оболонки вуха (перенесений у дитячому віці середній отит);
- патологічні стани порожнини носа, приносових пазух та глотки;
- недостатня терапія гострого гнійного середнього отиту;
- сторонні тіла барабанної порожнини або новоутворення (гнійний отит при цьому є вторинним процесом);
- патологічне звуження слухової труби (перешкода для вільного виділення гною);

Загальні:

- зниження загального імунного захисту;
- на тлі загально-соматичних хвороб: туберкульоз, цукровий діабет, подагра, гіповітаміноз, рахіт, ексудативний діатез та ін.;

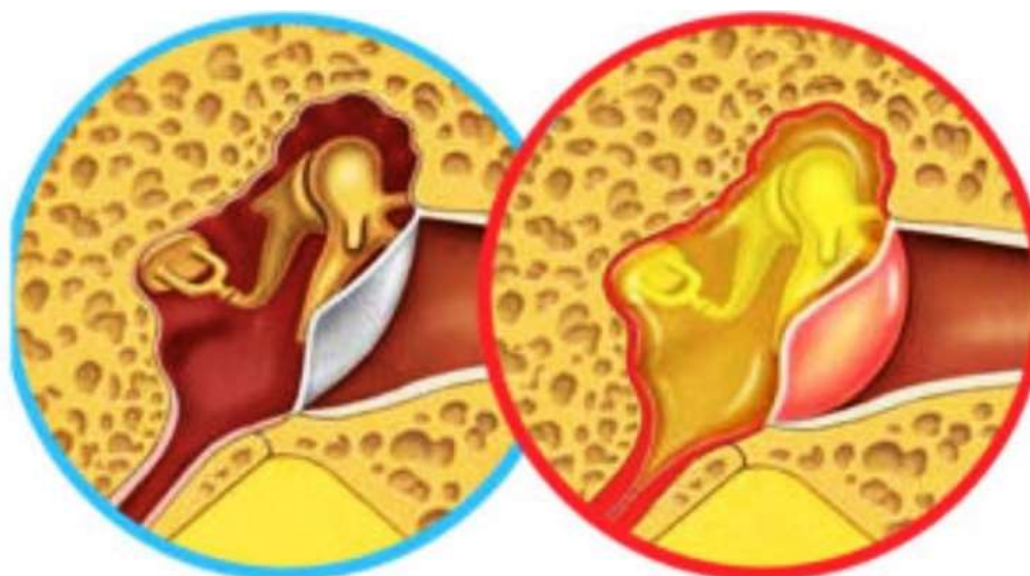
Для загострення:

- попадання води у вуха;
- перенесені нещодавно респіраторні захворювання.



Класифікація

За типами:	За перебігом:	За формами:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ хронічний отит бактеріальний; ✓ хронічний отит грибковий; ✓ хронічний отит алергійний. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ загострення; ✓ ремісія. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ хронічний гнійний мезотимпаніт – простий хронічний отит (доброякісна форма перебігу) – уражується слизова оболонка барабанної порожнини; ✓ хронічний гнійний епітимпаніт – отит з руйнуванням скроневої кістки (недоброякісна форма перебігу) – відбувається руйнування кісткових стінок порожнини середнього вуха.



Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- тривала гноетеча з вуха;
- зниження слуху;
- шум у вусі;
- головний біль (при епітимпаніті);
- запаморочення (при епітимпаніті);
- біль (при загостренні процесу);
- підвищення t° тіла.

Об'єктивно:

Місцево:

Мезотимпаніт:

Отоскопія

- центральна перфорація барабанної перетинки (розміщується в її натягнутій частині і не доходить до краю перетинки);
- колір барабанної перетинки майже не змінений;

- слизисті – гнійні виділення в барабанній порожнині і зовнішньому слуховому ході (без запаху);
- в барабанній порожнині грануляції, поліп (може спостерігатися)
- зниження слухової функції різного ступеня за типом ураження звукопровідного апарату.

Епітимпаніт:

Отоскопія

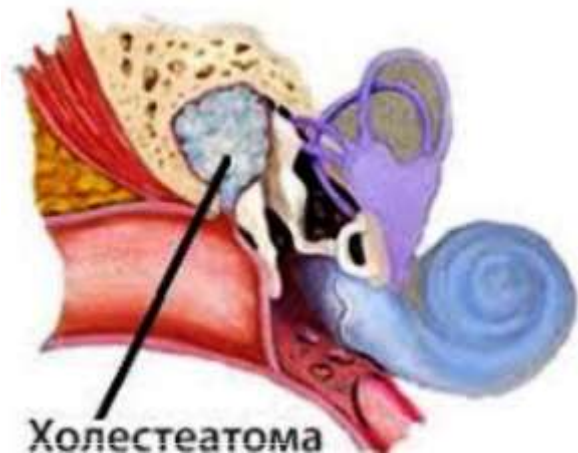
- крайова перфорація барабанної перетинки (займає положення біля стінки слухового ходу чи локалізується у розслабленій частині барабанної перетинки);
- гнійні виділення з неприємним запахом у барабанній порожнині і слуховому ході в незначній кількості;
- у барабанній порожнині (можуть спостерігатися) – грануляції, поліп, холестеатома (утворення, що є нагромадженням змертвілих лусочок епідермісу, запалення та розкладання яких супроводжується виділеннями із неприємним запахом).

Загально:

- загальна інтоксикація формується під час загострення і нагадує перебіг гострого гнійного середнього отиту.

II етап медсестринські діагнози:

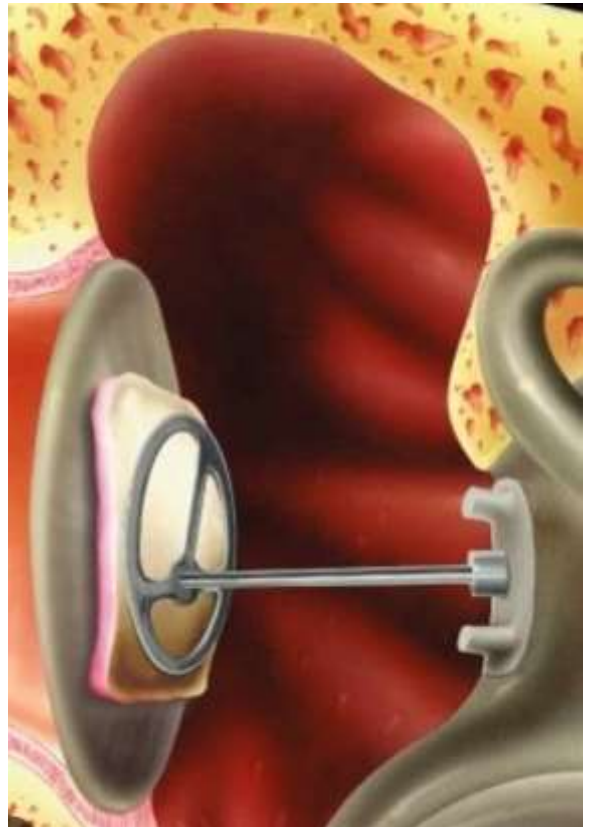
- гноетеча з вуха;
- зниження слуху;
- біль у вусі;
- гіпертемія;
- головний біль (при епітимпаніті);
- запаморочення (при епітимпаніті).



III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань

- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для лабораторних досліджень, які підтверджують етіологічний чинник захворювання;
- підготовка пацієнта та забір біологічного матеріалу для ЗАК, ЗАС, крові на глюкозу, на згортання та тромбоцити;
- підготовка пацієнта до отоскопії;
- підготовка пацієнта до передньої та задньої риноскопії (огляд порожнини носа та носоглотки);
- підготовка пацієнта до зондування перфорованого отвору зондом Воячка;
- підготовка пацієнта до Rg-графії скроневих кісток за Мюллером, соскоподібного відростка, КТ, МРТ;
- підготовка пацієнта до аудіометрії, акуметрії (камертони та живе мовлення);

- підготовка пацієнта до консультації окуліста і невропатолога;
- ✓ спостереження за санітарним станом у палаті, створення комфортних умов перебування
- ✓ постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання його t° тіла, артеріального тиску, пульсу, визначення характеру больового синдрому у вусі, головокружіння, головного болю
- ✓ візуальний огляд зовнішнього вуха, завушної ділянки, її пальпація
- ✓ визначення об'єму і характеру виділень із вуха (запаху)
- ✓ при «сухому» вусі обережно висякувати ніс, щоб не задувався інфікований вміст з носа та носоглотки через слухову трубу у барабанну порожнину; при «вологодому» вусі не закривати його ватним тампоном, щоб не затримувати ексудат
- ✓ консервативне лікування:
 - Місцево:
 - туалет вуха вологий – закрапування: 3% розчину перекису водню, фурациліну, борної кислоти, хлорофіліпту;
 - туалет вуха сухий: видалення гою за допомогою вушного зонда і вати, електровідсмоктувача;
 - ✓ введення у барабанну порожнину лікарських засобів: розчини (краплі) -3% борного спирту, 5% саліцилового спирту, 1% хлорофіліпту, 1% новокаїну, 2,5% граміцидину, розчин сульфаніламідів – 1%. 5%, 10%, розчин антибіотиків, порошки – вдування – йодоформ, ксероформ, борна кислота;
 - грибкове ураження – розчин для змазування слухового ходу: рідина Кастеллані, нітрофунгін, резорциновий спирт, введення мазі – флавофунгін, клотримазол, амфотерицин В, нізорал на турундах.
 - ✓ алергічні отити:
 - закрапування у вуха очних крапель, введення в слуховий хід мазі – оксикорт, флуцинар, «Лориден С»;
 - ✓ допомога лікарю у промиванні надбарабанного простору Каролею Гартмана;
 - фізіотерапевтичні процедури: ендоназальний електрофорез, ендауральний, УВЧ, ЛУЧ-2, аероіонотерапія , гелієво-неоновий лазер, КУФ (у разі отомікозу);
- ✓ хірургічне лікування: допомога лікарю в підготовці пацієнта до проведення:
 - Для покращення відтоку гною із барабанної порожнини
 - припікання грануляцій ляпісом;



- видалення вушних поліпів за допомогою конхотома, кюретки або петлі:
 - операція радикальна (сануюча) – ліквідація гнійного осередку у вусі – запобігання виникненню отогенних ускладнень;
 - операція – тимпанопластика, яка поліпшує слух;
 - при епітимпаніті – лише хірургічне лікування (ліквідація гнійного осередку та тимпанопластика).

V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення слухової функції, припинення гноетечі;
- поліпшення об'єктивного та суб'єктивного стану пацієнта;
- нормалізація носового дихання;
- припинення болю;
- корекція медсестринських втручань у разі потреби.

Профілактика:

- своєчасне та ефективне лікування гострих гнійних середніх отитів;
- обстеження носа, глотки, при носових пазух, у разі необхідності – їх санація;
- загартовування організму;
- протипоказане попадання води у вухо (залежить частота загострень).

Нейросенсорна приглухуватість

Нейросенсорна приглухуватість – це комплексне захворювання з ураженням звукосприймального апарату, яке включає ураження анатомічних структур, починаючи від спірального (Корнієвого) органа внутрішнього вуха, аж до центрів слуху, розміщених у корі головного мозку

Етіологія:

- інфекційні захворювання (грип, парагрип, ГРВІ, кір, менінгіт, краснуха, епідемічний паротит, туберкульоз, черевний тиф, аденовірусна інфекція, бруцельоз, сифіліс, СНІД);
- судинні розлади (гіпертонічна хвороба, шийний остеохондроз, вегетосудинна дистонія, атеросклероз);
- токсична дія лікарських речовин на внутрішні органи (ототоксичні антибіотики, діуретики, протипухлинні препарати, хінін);
- промислові та побутові (алкоголь, ртуть, свинець, фосфор, миш'як, бензин, чадний газ, аніловібарвники);
- травматичні ушкодження внаслідок черепно – мозкової травми, баротравма, акутравма (ушкодження голосним звуком), вібраційна травма;
- вікові зміни (регресивні зміни органа слуху в людей літнього та старечого віку);
- тривале перевантаження шумом (робота в шумному приміщенні, особливо в комбінації з вібрацією);
- внутрішньочерепні пухлини;
- спадкові захворювання та вроджені вади розвитку;
- гострий та хронічний гнійний отит.

У дітей:

- гіпоксія під час вагітності (куріння тютюну, при затяжних пологах);
- черепно-мозкова травма при пологах;
- антибіотикотерапія.

Класифікація:

За перебігом:

- гостра;
- хронічна.

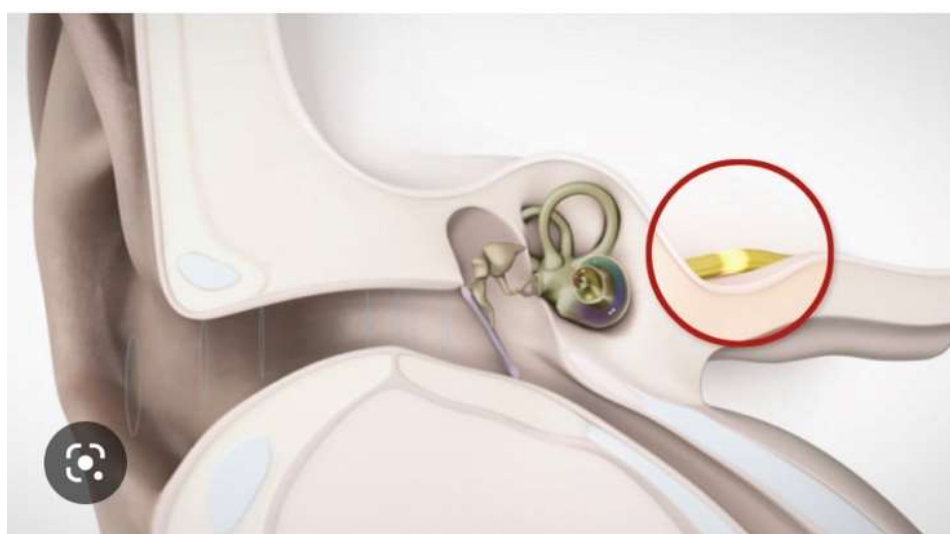
За локалізацією:

- периферійна (лабіринтна – зумовлена ушкодженням сенсорного епітелію спірального органа);
- центральна (ретролабіринтна – зумовлена ушкодженням провідних нервових шляхів слухового аналізатора або клітин слухової зони кори головного мозку).

Медсестринський процес

I етап медсестринське обстеження:

- погіршення слуху на одне або обидва вуха;
- шум в ушкодженному вусі (писк, дзвін, тріщання);
- порушення рівноваги;
- запаморочення;
- головний біль;
- шум у голові;
- погіршення пам'яті.



Об'єктивно:

- отоскопія: змін нема (крім пацієнтів на гнійний середній отит);
- дослідження слуху: ШІМ менше 6 метрів;

- позитивний дослід Рінне;
- латералізація слуху у вухо з кращим слухом у досліді Вебера;
- вкорочений дослід Швабаха.

II етап медсестринські діагнози:

- зниження слуху;
- шум у вусі.

III, IV етап планування медсестринських втручань, реалізація плану медсестринських втручань:

- підготовка пацієнта та забір крові для ЗАК, імунологічних, біохімічних, серологічних, коагуляційних досліджень;
- підготовка пацієнта до отоскопії;
 - ✓ підготовка пацієнта до тональної порогової аудіометрії, імпедансометрії;
 - ✓ підготовка пацієнта до РЕГ, ЕЕГ, доплерографії (вивчення кровообігу і функціональної активності головного мозку), ЕКГ (оцінка серцевої діяльності);
 - ✓ підготовка пацієнта до Rg-графії, КТ, МРТ – томографії шийного відділу хребта, черепа, скроневої кістки);
 - ✓ контроль за санітарним станом у палаті (провітрювання, вологе прибирання);
 - ✓ створення пацієнту фізичного та психологічного спокою;
 - ✓ постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта: вимірювання АТ, t° тіла, підрахунок Р;
 - ✓ контроль та допомога пацієнтові у харчуванні (дієта з обмеженням рідини і солі, збагачена вітамінами і калієм);
 - ✓ при інфекційних захворюваннях – нетоксичні антибіотики, противірусні препарати (інтерферон, арбідол)
- дезінтоксикаційна терапія (реополіглюкін, глюкоза, реосорбілакт):
 - ✓ при гострому кохлеїті – глюкокортикостероїдні препарати (преднізолон по схемі);
- дегідратаційна терапія (15% розчин магнію сульфату, гіпотіазид);
 - ✓ ведення унітіолу (антидот ототоксичних антибіотиків);
 - ✓ гіпосенсилізуючі препарати (тавегіл, кальцію глюконат, аскорбінова кислота);
 - ✓ для покращення мозкового кровообігу (тренал, кавінтон, предуктал, пірацетам, фезам);
 - ✓ при гіперкоагуляції (гепарин, фраксипарин, аспірин);
 - ✓ для відновлення обмінних процесів (вітаміни групи В, Р, А, Е, АТФ, кокарбоксілаза, екстракт);
 - ✓ засоби, що поліпшують провідність нервового імпульсу (прозерин, галантамін);
 - ✓ гіпербарична оксигенація;
 - ✓ фізіотерапевтичне лікування: фоноелектрофорез ендауральний або на ділянку соскоподібного відростка, з галантаміном, калію йодидом, масаж комірцевої зони; гальванічний комір за Щербакіном;
 - ✓ рефлексотерапія – голкорексотерапія, лазеропунктура;
 - ✓ слухопротезування – застосування слухових апаратів;

- ✓ кохлеарна імплантація.



V етап оцінка результатів медсестринських втручань та їх корекція:

- покращення загального стану та самопочуття пацієнта, відновлення слуху, зменшення вушного шуму, головного болю;
- виявлення нових проблем пацієнта з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Профілактика:

- профілактика професійних уражень слуху реформування шумних виробничих процесів;
- застосування індивідуальних засобів захисту від шуму (протишумні навушники, вушні вкладки);
- контроль рівня шумового чи звукового навантаження в місцях відпочинку;
- своєчасне та ефективне лікування гострого та хронічного середнього отиту;
- суворе дотримання правил техніки безпеки при стиканні з інтенсивним шумом, вібрацією, токсичними речовинами;
- при призначенні антибіотиків слід враховувати видільну функцію нирок та печінки; не призначати комбінацію двох ототоксичних препаратів;
- не призначати ототоксичні препарати вагітним;
- проводити роз'яснювальну роботу серед населення про негативний вплив інфекційних та серцево- судинних захворювань, деяких ліків, шкідливих чинників навколишнього середовища на орган слуху;
- проводити генетичні консультації з профілактики вроджених вад розвитку органа слуху;
- ранні виявлення приглухуватості у дітей перших місяців життя.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

1. Вивчити основні захворювання вуха у ЛОР-пацієнта.
2. Навчитися проводити функціональні дослідження слуху.

3. Провести об'єктивне та суб'єктивне дослідження слуху.
4. Навчитися складати план додаткових методів обстеження та лікування.
5. Засвоїти практичні навички по догляду за пацієнтом в до- і післяопераційний періоди.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ.

1. Зібрати анамнез, виділити проблеми, провести медсестринське обстеження та поставити діагноз при опіку вуха, сірчаній пробці, гострому та хронічному гнійному отиті, нейросенсорній приглухуватості.
2. Спланувати медсестринське втручання, вирішувати проблеми пацієнта при опіку вуха, сірчаній пробці, гострому та хронічному гнійному отиті, нейросенсорній приглухуватості.
3. Скласти план лабораторних досліджень та інструментальних обстежень.
4. Асистувати лікареві при проведенні складних маніпуляцій.
5. Скласти план лікування відповідно до протоколів та контролювати здійснення медсестринського догляду.
6. Спланувати основні етапи догляду за пацієнтом в післяопераційний період.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

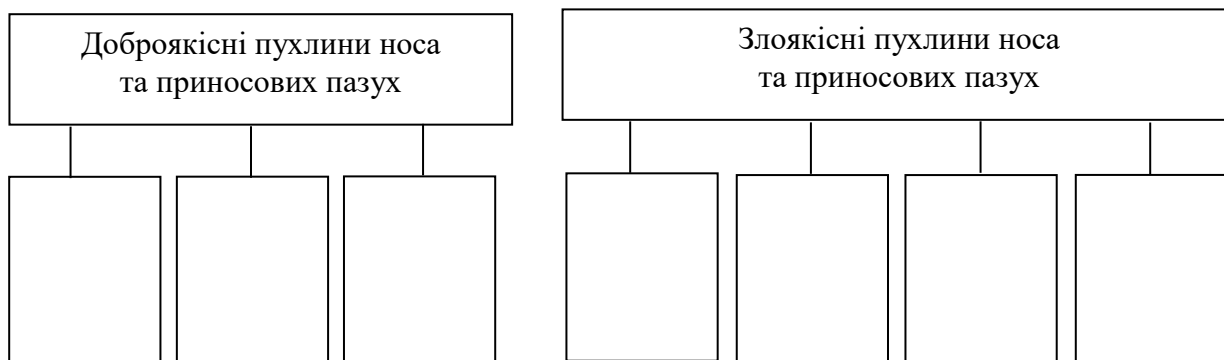
1. Особливості клінічного перебігу гострого середнього отиту і у дітей.
2. Диференціальна діагностика мастоїдиту.
3. Диференціальна діагностика між мезотимпанітом та епітимпанітом.
4. Холестеатома, причини утворення.
5. Основні типи тимпанопластики, покази до її проведення.
6. Класифікація лабіринтитів, клінічні симптоми.
7. Основні принципи лікування сенсоневральної приглухуватості.
8. Клінічні симптоми та принципи лікування сірчаної пробки.
9. Профілактика гострого середнього отиту і у дітей.
10. Дія ототоксичних ліків при сенсоневральній приглухуватості.

САМОСТІЙНА РОБОТА №1

ТЕМА: «Доброякісні і злоякісні пухлини носа та приносових пазух».

Актуальність: Доброякісні пухлини носа та приносових пазух складають 2,6% всіх пухлин ЛОР-органів. Злоякісні новоутворення носа та приносових пазух – понад 12% усіх злоякісних новоутворень голови та шиї. При цьому у 75% випадків уражується верхньощелепна пазуха, у 20% – клітини решітчастого лабіринту, у 5% – носова порожнина. Саме своєчасна діагностика та своєчасне лікування пухлинного процесу у носі та приносових пазухах попереджає розвиток важких ускладнень.

Завдання №1 Заповнити схему.



Завдання №2

2.1. Описати основні клінічні симптоми злоякісних пухлин носа і приносових пазух.

2.2. Методи обстеження: _____

Завдання №3 Опрацювати тести на підстановку.

1. Перерахувати доброякісні пухлини носа:

- а) _____
б) _____

- 1) саркома
2) гемангіома
3) тонзиллярна пухлина
4) остеома

2. Перерахувати злоякісні пухлини носа:

- | | |
|----------|-------------------------|
| a) _____ | 1) меланома |
| б) _____ | 2) саркома |
| в) _____ | 3) естезіонейробластома |
| г) _____ | 4) рак |
| | 5) ангіофіброма |
| | 6) тонзиллярна пухлина |

3. Вибрати методи лікування при злоякісних пухлинах носа та приносних пазухах:

- | | |
|----------|----------------------------------|
| a) _____ | 1) припікання судин (коагуляція) |
| б) _____ | 2) променеве |
| в) _____ | 3) хірургічне |
| г) _____ | 4) хіміотерапія |
| | 5) пластична хірургія |
| | 6) опромінення |

Завдання №4 Описати заходи реабілітації пацієнтів із доброякісними пухлинами носа та приносних пазух: _____

Завдання №5

Вирішити ситуаційну задачу.

Пацієнт В., 14 р. звернувся до оториноларинголога із скаргами на поступово-наростаюче утруднення носового дихання, переважно через ліву половину носа. Пацієнте протягом останнього півроку. Декілька разів була різної інтенсивності носова кровотеча. Інколи буває головний біль. Сон порушений. Часто пацієнте на застуди. *Риноскопія*: Носова переділка зміщена вправо. Нижні та середні носові раковини без змін, слизова оболонка носа набрякла, звичайного кольору. У носовій частині видно пухлину темно-вишневого кольору, що покриває хоани. Голос гучнявий.

5.1. Клінічні симптоми, що свідчать про пухлинний процес у носовій порожнині:

5.2. Допоміжні методи обстеження, до яких потрібно підготувати пацієнта:

САМОСТІЙНА РОБОТА №2

ТЕМА : «Риногенні орбітальні та внутрішньочерепні ускладнення».

Актуальність: Хвороби приносних пазух зустрічаються досить часто, майже у 5% у відношенні до загальної кількості ЛОР-захворювань. Часто вони мають бідну симптоматику, тому діагностуються уже при наявності наявних ускладнень.

Внутрішньочерепні і орбітальні ускладнення відбуваються гематогенним шляхом, рідше – лімфогенно. Сестра медична повинна вміти вчасно і правильно діагностувати запальні захворювання приносних пазух і попередити розвитку тяжких ускладнень.

Завдання №1 Заповнити таблицю “Основні симптоми при орбітальних риногенних ускладненнях”. Поставте “+” або “-”.

Симптоми	Риногенний менінгіт	Субдуральний абсцес
Гнійний нежить		
Біль в орбіті та обличчі		
Погіршення зору		
Патологічні зміни тканин орбіти		
Патологічні зміни на рентгенограмі		
Патологія внутрішніх органів		

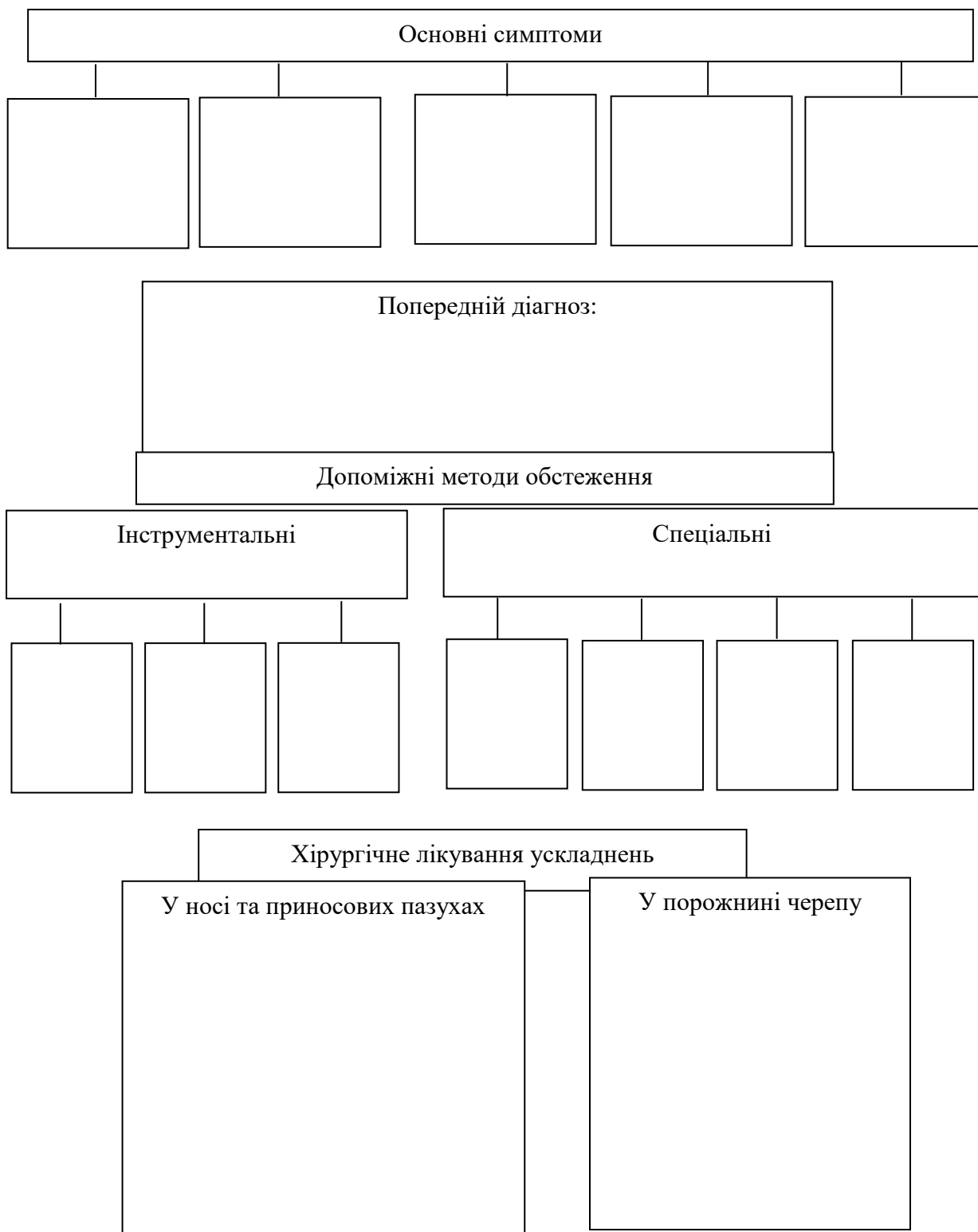
Завдання №2 Дати визначення поняттям:

Тромбоз сигмоподібної пазухи і отогенний сепсис – _____

Отогенний менінгіт - _____

Абсцес головного мозку і мозочка – _____

Завдання №3 Заповнити графлогічну схему “Внутрішньочерепні риногенні ускладнення”



Завдання №4 Вирішити ситуаційну задачу.

Пацієнт Т., 23 роки звернувся до ЛОР-лікаря із скаргами на погіршення загального стану, головний біль, нудоту, блювання, болі у м'язах шиї, утруднення носового дихання та гнійні виділення із лівої половини носа. Пацієнте протягом тижня, t 39⁰ С, симптом Кернінга +, ригідність м'язів потилиці.

4.1. Який попередній діагноз можна встановити? _____

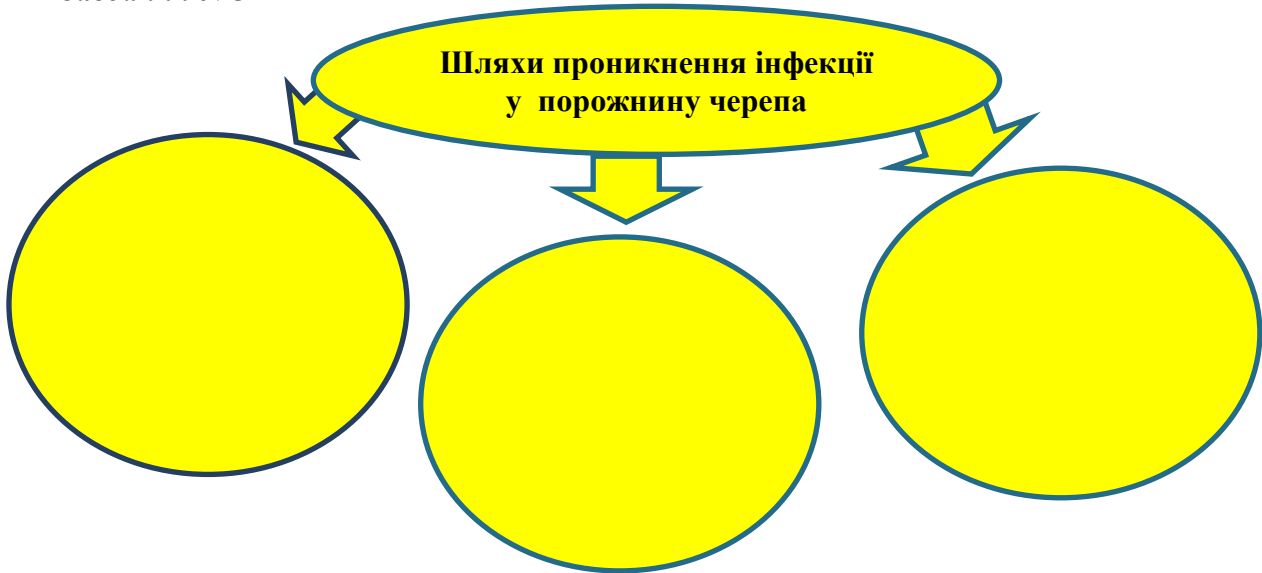
4.2. Які допоміжні методи обстеження слід використати?

A. _____

B. _____

C. _____

Завдання №5



САМОСТІЙНА РОБОТА №3
ТЕМА: «Гострі вторинні тонзиліти».

Актуальність: Гострі вторинні тонзиліти, захворювання глотки, які зустрічаються як часта патологія глотки. Нерідко ці захворювання можуть бути причиною ревматизму, поліартритів, захворювань нирок, печінки і т. ін., тому знання даної патології потрібні, в першу чергу, для проведення методів профілактики цих захворювань, щоб запобігти важких ускладнень.

Завдання №1 Заповнити таблицю “Диференціальна діагностика гострих вторинних тонзилітів”.

Провідні симптоми	Дифтерія глотки	Ангіна на тлі скарлатини	Ангіна на тлі інфекційного мононуклеозу
1. Початок захворювання			
2. Температура тіла			
3. Слизова оболонка ротової порожнини			
4. Мигдалики			
5. Лімфатичні вузли			
6. Тембр голосу			

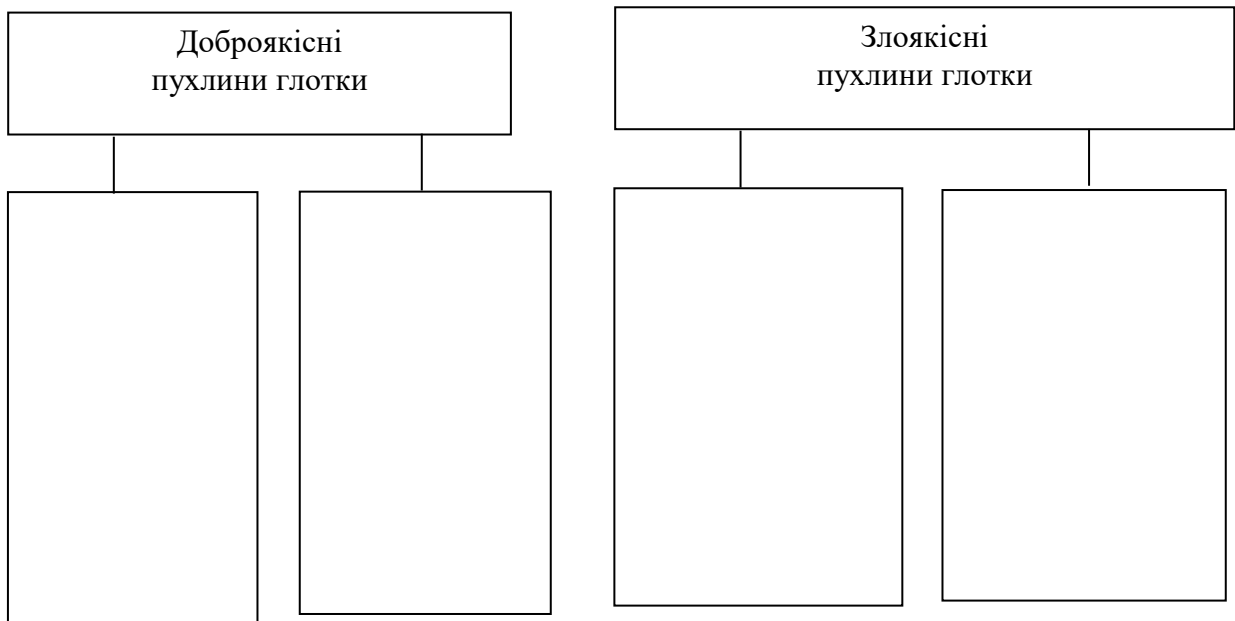
Завдання №2 Описати основні методи обстеження, які проводяться при гострих вторинних тонзилітах:

САМОСТІЙНА РОБОТА №4
ТЕМА: «Тонзиллярні пухлини».

Актуальність: До злоякісних новоутворень глотки відносяться рак, лімфоепітеліома, цитобластома, ретикулосаркома та змішані пухлини. При цьому найчастіше (понад 95% випадків) діагностують рак. Чоловіки пацієнтують частіше, ніж жінки, переважно в середньому віці. Рання симптоматика незначна й малохарактерна. На пізніх стадіях захворювання в залежності від локалізації пацієнти скаржаться на більш вагомні симптоми, тому що симптоми проявляються відносно пізно і залежать від напрямку росту пухлин. Тому основним при тонзиллярних пухлинах – це рання діагностика, яка заснована на: скаргах пацієнта, даних анамнезу захворювання, ендоскопічного огляду (в т.ч. відеоендоскопії), результатах МРТ, КТ, а також обов'язкового проведення цитологічного або гістологічного дослідження.

Завдання №1

Заповнити схему.



Завдання №2

Заповнити таблицю (класифікація TNM стадії раку глотки):

1-ша стадія	
-------------	--

2-га стадія		
3-тя	3-тя А	
	3-тя Б	
4-та стадія		

Завдання №3 Розв'язати ситуаційну задачу.

Пацієнт В., 42 роки, шахтар, звернувся до оториноларинголога із скаргами на болі в горлі, наявність болючих припухань в правій підщелепній ділянці. Пацієнте протягом двох місяців. Інколи буває головний біль. Сон порушений, схуднув на 1 кг. Палить з 13-ти років. *Орофарингоскопія*: помірно виражений тризм. Слизова оболонка глотки дещо набрякла, звичайного кольору. На правому піднебінному мигдалику глибока виразка з розпадом, що переходить на дужки. В правій підщелепній ділянці при пальпації два збільшені та болючі лімфатичні вузли.

Завдання 3.1. Який попередній діагноз можна запідозрити у пацієнта?

- А. Саркома глотки
- В. Папілома глотки
- С. Рак глотки

- D. Сифіліс глотки
- E. Туберкульоз глотки

Завдання 3.2. До яких допоміжних методів обстеження слід підготувати пацієнта?

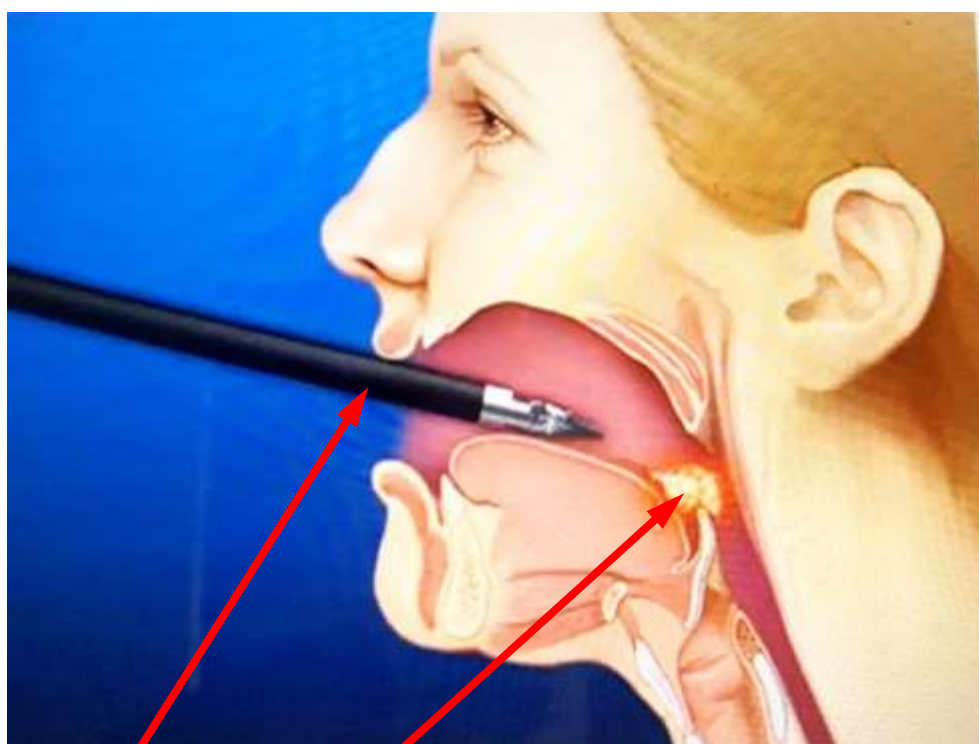
- A. Біопсії
- B. ЗАК, ЗАС
- C. МРТ
- D. КТ
- E. Мазок із глотки

Завдання №4

Підписати малюнок “Особливості лікування раку глотки”.

1. _____

2. _____



1 2

САМОСТІЙНА РОБОТА №5

ТЕМА: «Функції лімфоаденоїдного глоткового кільця».

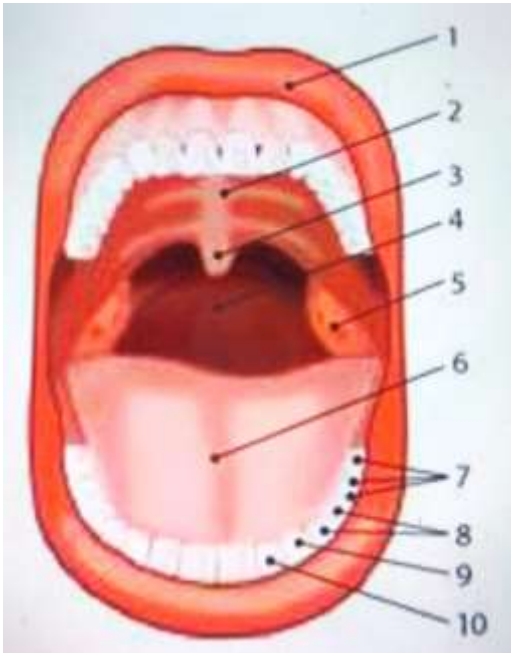
Актуальність: В теперішній час патологічні зміни мигдаликів лімфоаденоїдного глоткового кільця трапляються у 4-10% дорослого населення; гіпертрофія носоглоткового мигдалика у дітей віком 3-9 років діагностується у 10-30% обстежених. Патологічні зміни відбуваються у мигдаликах і ведуть до порушення кровотворної, імунної, рефлекторної функцій організму.

Завдання №1 Дати визначення поняттям:

Фолікули – це _____

Лакуни – це _____

Завдання №2 Назвати анатомічні відділи глотки.



Завдання №3 Визначити правильну відповідь.

1. Скільки мигдаликів входить у лімфоаденоїдне глоткове кільце?

- A. 1
- B. 2
- C. 4
- D. 5
- E. 6

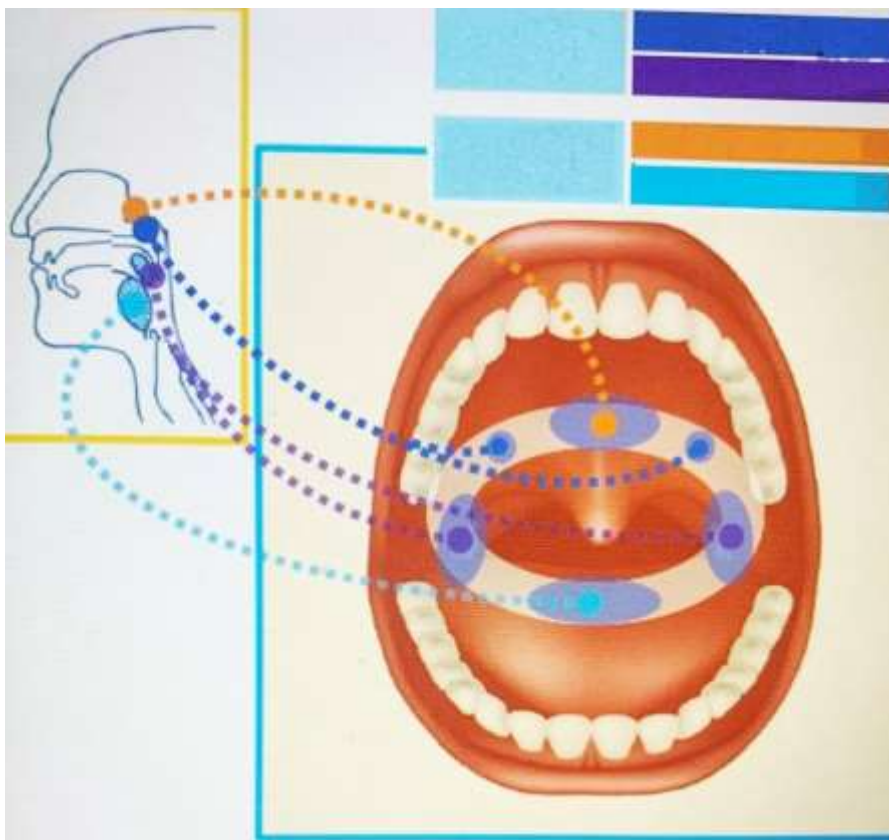
2. Піднебінний мигдалик складається із:

- A. Строми
- B. Фолікул і лагун
- C. Сполучної тканини
- D. 3 капсул
- E. Тяжів

3. Скільки у нормі лакун міститься в мигдалику?

- A. 8–10
- B. 10–12
- C. 12–20
- D. 20–22
- E. 24–26

Завдання №4 Підписати малюнок.



Завдання №5 Дати визначення поняттям:

Імунна або захисна – _____

Кровотворна – _____

Рецепторна – _____

САМОСТІЙНА РОБОТА №6

ТЕМА: «Доброякісні і злоякісні пухлини гортані».

Актуальність: В Україні кожний рік виявляється високій відсоток ЛОР-онкологічних пацієнтів. Це складає біля 7,8% від усіх виявлених онкологічних пацієнта серед населення. Із числа первинно виявлених пацієнтів 35-50% помирають протягом першого року внаслідок запущеності пухлинного процесу, коли ефект лікування дуже знижується. Тому основним є своєчасне звернення до лікаря, проведення основних методів ранньої і сучасної діагностики, а також просвітницька робота серед населення та профілактичні огляди населення.

Завдання №1 Записати класифікацію TNM злоякісних пухлин гортані.

T₁ – _____
T₂ – _____
T₃ – _____
T₄ – _____
N₀ – _____
N₁ – _____
N₂ – _____
N₃ – _____
M₀ – _____
M₁ – _____

Стадії пухлинного процесу:

I стадія – _____
II стадія – _____
III стадія – _____
IV стадія – _____

Завдання №2 Опрацювати протокол “Надання медичної допомоги пацієнтам з раком гортані 1-2 стадії” згідно наказу МОЗ України № 1626 від 09 вересня 2022 р.

1. Ознаки захворювання:

Скарги пацієнта: _____

2. Умови, в яких надається медична допомога _____

3. Основні методи обстеження:

а) Лабораторні дослідження: _____

б) Інструментальні методи дослідження: _____

4. Методи лікування: _____

5. Ускладнення захворювання: _____

6. Вимоги до дієтичних обмежень, режиму дня, реабілітації: _____

САМОСТІЙНА РОБОТА №7

ТЕМА: «Дифтерія гортані»

Актуальність: Незважаючи на закінчення епідемії дифтерії, що охопила нашу країну в 90-х роках ХХ ст., Україна дотепер віднесена робочою групою Європейського регіонального бюро ВООЗ до проблемних з дифтерії держав Європи. Так, у 2009 р. в Україні зареєстровано 55 випадків захворювання на дифтерію, з них 6 – летальні, безпосередньо причиною смерті в даному випадку був міокардит та розвиток поліорганної недостатності.

Завдання №1 Визначити правильну відповідь.

1. До якої групи відноситься збудник дифтерії?
 - A. Коринебактерія
 - B. Біфідобактерія
 - C. Вірус
 - D. Бактерія
 - E. Лістерії
2. Яка із клінічних форм дифтерії зустрічається найчастіше?
 - A. Дифтерія гортані
 - B. Дифтерія мигдаликів
 - C. Дифтерія очей
 - D. Дифтерія носа
 - E. Дифтерія статевих органів
3. Крупозне фібринозне запалення при дифтерії розвивається:
 - A. На мигдаликах
 - B. В гортані
 - C. На піднебінних дужках
 - D. В носі
 - E. На піднебінні
4. Вкажіть, з якими захворюваннями перш за все потрібно диференціювати дифтерію:
 - A. Кором
 - B. Лакунарною ангіною
 - C. Менінгококовою інфекцією
 - D. Паротитною інфекцією
 - E. Шийним лімфаденітом
5. Які найчастіші ускладнення при дифтерії:
 - A. Ендокардит
 - B. Міокардит
 - C. Менінгіт
 - D. Сепсис
 - E. Міокардіодистрофія

Завдання №2 Заповнити таблицю “Порядку проведення епідеміологічного нагляду за дифтерією” (в тис. МО) згідно наказу МОЗ України № 1510 від 03.07.2020 р.

Клінічна форма	Перша доза	Повторна доза	Сумарна доза (на курс)
Локалізований круп			
Поширений круп			
Низхідний круп			

Завдання №3 Описати методи введення та дози ПДС при таких формах дифтерії.

1. Локалізована форма: _____

2. Поширена форма: _____

3. Токсична форма: _____

САМОСТІЙНА РОБОТА №8
ТЕМА: «Аудіометрія, її види».

Актуальність: Аудіометрія (від лат. audio – чую і грец. metreo – вимірюю, синонім акуметрія) – вимірювання гостроти слуху. Так, як гострота слуху або чутливість аналізатора визначається порогом сприйняття, то аудіометрія зводиться, головним чином, до визначення порогів сприйняття звуків різної частоти, тобто до визначення найменшої сили звуку, при якій він стає чутним.

Завдання №1 Дати письмово відповідь:

1. Що таке аудіометрія? _____

2. Види аудіометрій: _____

3. Покази до проведення методу обстеження:

А. _____

В. _____

С. _____

4. Підготовка пацієнта до аудіометрії: _____

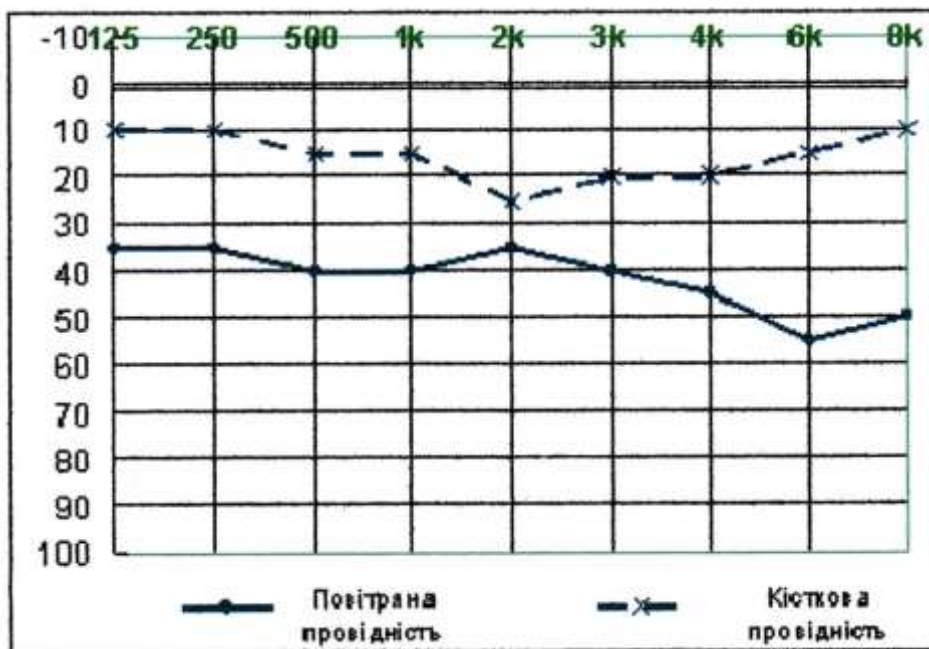
5. Метод проведення аудіометрії: _____

6. Показники аудіометрії в нормі: _____

Завдання №2 Охарактеризувати прилад, зображений на малюнку



Завдання №3 Опрацювати аудіограму порушення слуху за звукопровідним типом.



САМОСТІЙНА РОБОТА №9

ТЕМА: «Отосклероз».

Актуальність: Отосклероз – ураження кісткової капсули лабіринту внутрішнього вуха. На отосклероз частіше пацієнтують жінки 35-45 років. Потрібно пам'ятати, що хвороба є генетично (спадково) зумовленою. Хвороба призводить до втрати рухливості однієї з трьох кісток і прогресуючої глухоти..

Завдання №1 Дати письмово відповідь.

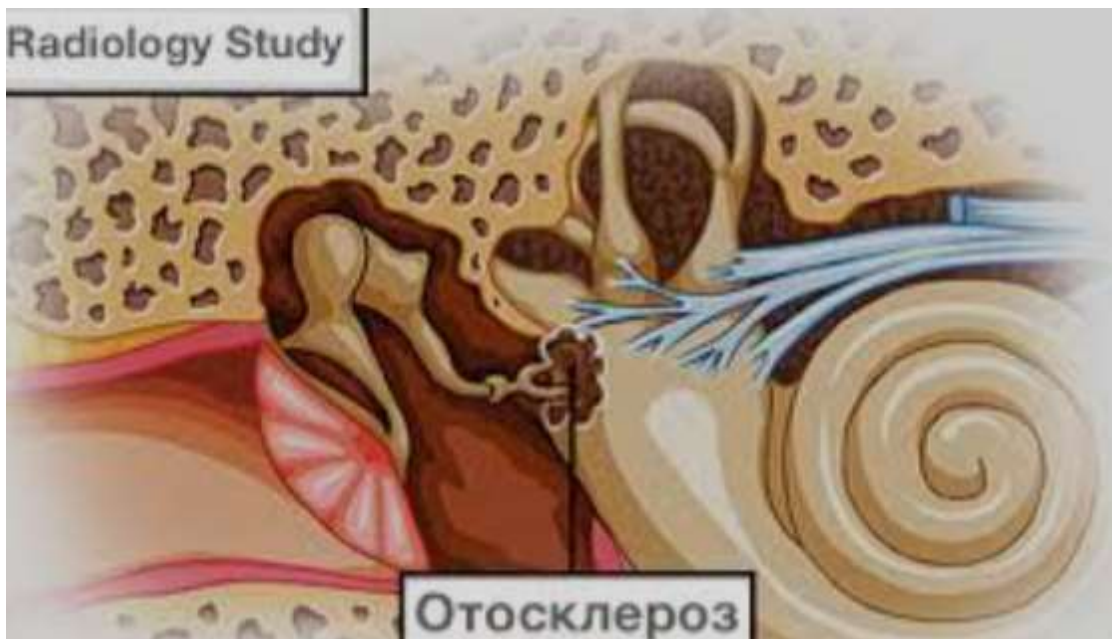
A. Причини розвитку отосклерозу: _____

B. Основні скарги пацієнта при отосклерозі: _____

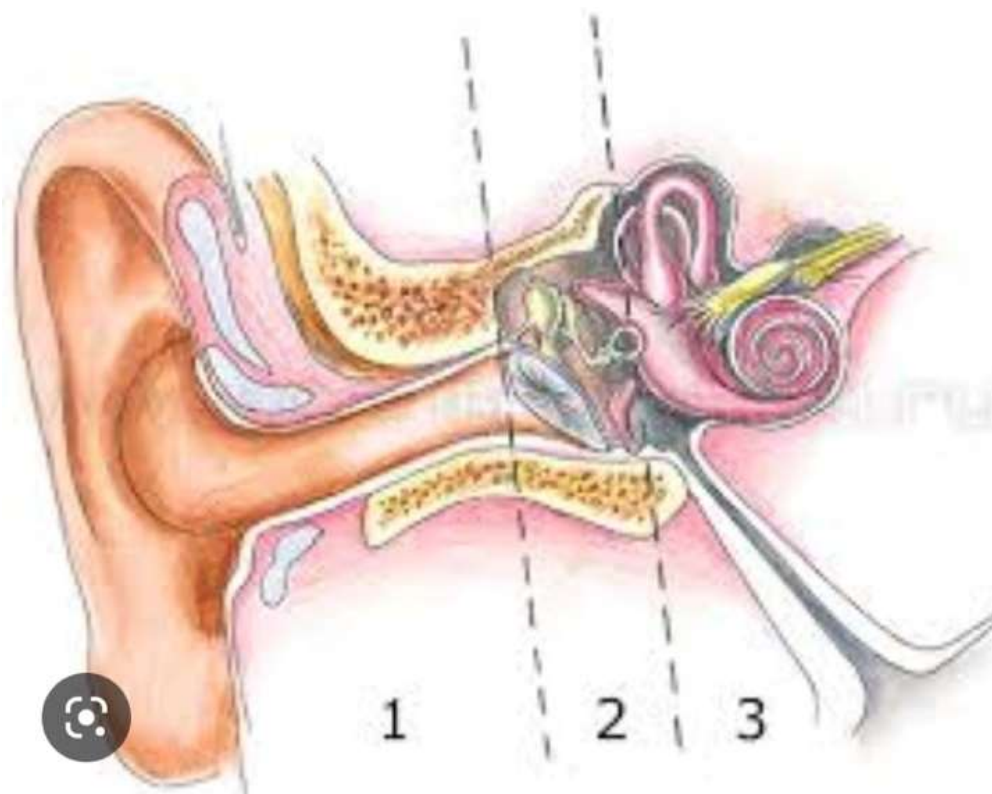
C. Отоскопічні дані при отосклерозі: _____

D. Захворювання, з якими потрібно диференціювати отосклероз: _____

E. Методи обстеження та лікування при отосклерозі: _____



Завдання №2 Описати етапи хірургічного лікування отосклерозу.



Степадопластика.

САМОСТІЙНА РОБОТА №10

ТЕМА: «Сенсоневральна приглухуватість».

Актуальність: Сенсоневральна приглухуватість – захворювання внутрішнього вуха людини, при якому уражається слуховий нерв і порушується звукосприйняття, у зв'язку з чим частково або повністю втрачається слух. Захворювання досить складне так як ефективно відновити слух можна лише в перші сім днів від його початку. Поширеність захворювання є високою. Пацієнтують як діти, так і дорослі.

Завдання №1 Вивчити і записати.

1.1. Основні причини сенсоневральної приглухуватості:

1.2. Основні скарги пацієнта при цьому захворюванні:

1.3. Основні методи обстеження при сенсоневральній приглухуватості: _____

1.4. Медикаментозна базисна терапія: _____

1.5. Додаткові методи лікування: _____

Завдання №2 Вирішити ситуаційну задачу

Пацієнтка А, 54 р., скаржиться на зниження слуху на обидва вуха, постійний шум у вухах. Пацієнте протягом 11-ти років. Сурдолог запідозрив хронічну сенсоневральну приглухуватість. Напишіть порядок методів обстеження у даного пацієнта.

- | | |
|------|------------------------|
| A. – | 1. Зовнішній огляд |
| B. – | 2. Пальпація, перкусія |
| C. – | 3. Отоскопія |
| D. – | 4. Мікроотоскопія |
| E. – | 5. Аудиометрія |

Завдання №3 Описати метод лікування, зображений на малюнку



САМОСТІЙНА РОБОТА №11

ТЕМА: «Хвороба Мен'єра».

Актуальність: Хвороба Мен'єра являє собою складну проблему в оториноларингології. Пацієнти з цією патологією завжди потребують невідкладної допомоги, а іноді і хірургічного лікування. Рання діагностика і лікування цих пацієнтів з використанням сучасних діагностичних та лікувальних заходів сприяє профілактиці небезпечних для життя пацієнта ускладнень та інвалідизації.

Завдання №1 Вирішити ситуаційну задачу.

Пацієнта Л., 15 років, доставлено до стаціонару із скаргами на запаморочення (відчуття обертання предметів справа-наліво), нудоту, блювання, шум у лівому вусі. Напад почався без причин. З анамнезу відомо, що подібні напади турбують пацієнта останні три роки.

При огляді ЛОР-органів відхилень від норми немає. При дослідженні вестибулярної функції визначається спонтанний горизонтальний ністагм III ступеню вліво. Шепіт чує на відстані 1,5 м зліва, справа – на відстані 6,0 м. Який провідний синдром у пацієнта?

- A. Порушення слуху
- B. Порушення вестибулярної функції
- C. Інтоксикаційний
- D. Вегетативний
- E. Астенічний

Завдання №2

Заповнити таблицю “Основні клінічні симптоми при хворобі Мен'єра”

Симптом	Ознака
1. Запаморочення	
2. Шкіра	
3. Порушення рівноваги	
4. Серцево-судинна система	

Завдання №3 Описати метод проведення гліцерил-тесту, що враховується для лікування хвороби Мен'єра.

1. _____

2. _____

3. _____

Завдання №4 Скласти алгоритм невідкладної медичної допомоги під час нападу хвороби
Меньєра. (Етапи).

1-ий етап: _____

2-ий етап: _____

3-ій етап: _____

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Гавріш О.В., Ніколаєнко С.А. Медсестринство в оториноларингології: підручник (ВНЗ I—III р. а.) - К.: ВСВ «Медицина», 2015.
2. Заболотний Д.І., Мітін Ю.В. та ін. Оториноларингологія: Підручник для мед. ВНЗ IV р.а. — 4-те вид., випр. Затверджено МОН - К.: ВСВ «Медицина», 2020.
3. Оториноларингологія: підручник / В. Т. Пальчун, А. В. Гаків, М. М. Магомедов. — 4-е вид., 2020.
4. Мітін, Ю. В. Хвороби вуха, горла, носа. Підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-II р. акред. - К. : ВСВ "Медицина", 2015.
5. Шегедин М. Б., Симаровська Л. І., Гоц О.О., Жубрид М.Т., Наливайко Л.М. Медсестринство в оториноларингології. Навчальний посібник, - Вінниця: Нова книга, 2011.
6. Науменко О. М., Задорожня А.Г., Юрочко Ф. Б. Антимікробна терапія в оториноларингології. Підручник. – Київ: Медкнига, 2016.

Додаткова:

1. Лісовий В.М., Ольховська Л.П., Капустник В.А. Основи медсестринства. Підручник. – К.: Медицина, 2010.
2. Мітін Ю.В., Науменко О.М., Дєєва Ю.В. та ін. Посібник до практичних занять з оториноларингології для викладання за кредитно-модульною системою: Навч.-метод. посіб. - К.: ВСВ «Медицина», 2015.

Інформаційні ресурси:

1. Львівська наукова бібліотека ім. Стефаника НАН України. Режим доступу: <https://www.lsl.lviv.ua/index.php/uk/elektronni-resursy1/>
2. Національна наукова медична бібліотека України. Режим доступу: <https://library.gov.ua/>
3. Вінницька обласна наукова медична бібліотека.Режим доступу: <https://vinmedlib.org.ua/>
4. Наукова бібліотека Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Режим доступу: <http://www.medlib.lviv.pro>
5. Бібліотека Львівського медичного інституту. Режим доступу <http://www.medinstytut.lviv.ua>
6. Бібліотека Тернопільського державного медичного університету імені Я. Горбачевського. Режим доступу: <http://www.tdmu.edu.ua>
7. Медичні бібліотеки он-лайн. Режим доступу: <http://medlib.bsmu.edu.ua/internet-resursy/biblioteku-on-lajn/>

Електронне видання

Наливайко Лілія Миколаївна

**«МЕДСЕСТРИНСТВО В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»
НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК**

для студентів спеціальності 223 Медсестринство

Рекомендовано Методичною радою КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» як електронний навчальний посібник

Ум.-друк. арк. - 7,8

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
79000 м.Львів, вул. П.Дорошенка, 70

Тел: (032) 244-57-52, 261-50-48



Професія доброти й милосердя