doi: 10.17116/otorino201681537-39

Основные принципы оказания неотложной и скорой помощи в оториноларингологии

Член-корр. РАН, засл. деятель науки РФ, проф. В.Т. ПАЛЬЧУН

Кафедра оториноларингологии (зав. — засл. деятель науки РФ, проф. А.И. Крюков) РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, 117997

Рассмотрены особенности течения ЛОР-патологии, приводящие к угрожающим жизни состояниям, обсуждаются базовые принципы оказания неотложной и скорой помощи в оториноларингологии.

Ключевые слова: неотложные состояния, скорая помощь.

The basic principles underlying the provision of the urgent and emergency medical assistance in otorhionolaryngology

V.T. PAL'CHUN

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Ministry of Health, Moscow, Russia, 117997

The peculiarities of the clinical course of ENT pathologies are considered with special reference to the associated life-threatening conditions. The basic principles underlyi ng the provision of the urgent and emergency medical assistance in the otorhionolaryngological practice are discussed.

Keywords: ENT pathologies, medical emergency, emergency medical care.

Основным критерием скоропомощной (ургентной) патологии являются остро наступившие заболевания и/или обострения и осложнения уже имеющихся болезней, при которых возникают симптомы и признаки поражения (быстрого угасания) жизненно важных функций (сильные боли, нарушения сознания, дыхания, кровотечение и др.).

Неотложная и скорая помощь предусматривает необходимость (обязательность) без всякого промедления начинать применять профессиональные методы спасения жизни и здоровья больного, купирования острой патологии. Отсрочка или неквалифицированные действия при этом чреваты ухудшением состояния больного, в разных ситуациях в неодинаковой степени, а в тяжелых случаях — фатальным исходом.

Определяющее значение в оценке степени опасности ургентного заболевания (быстрота течения и тяжесть состояния) имеет его патогенез и локализация (орган, функция) повреждения. У подавляющего большинства скоропомощных больных имеется тот или иной резерв времени, когда патология уже наступила, но организм еще жив и борется. По характеру патологии можно определить совокупную картину поражения, быстроту и особенности развития патологии и примерный резерв времени, оставшийся для спасения больного или предупреждения осложнений. В этот период каждый врач может и должен, как минимум, оценить надвигающуюся угрозу здоровью и жизни больного, определить, что нужно немедленно предпринять и как выполнить реанимацию [1].

Таким образом, скоропомощные заболевания представляют собой остро наступившие патологические процессы с повреждением органов и систем, активно нарушающие те или иные жизненные функции вплоть до возможной гибели человека в течение короткого времени — от нескольких секунд до нескольких часов.

Государственные организации «Неотложная» и «Скорая» медицинская помощь работают по вызову и предназначены для быстрого оказания больному лечебной помощи, спасения жизни и сохранения его здоровья, т.е. для быстрого устранения угрожающих патологических факторов. Скорая медицинская помощь ориентирована на оказание возможной помощи на месте и быструю доставку больного в стационар, «неотложная» обычно выезжает к хроническим больным при ухудшении их состояния, проводит лечение на дому. По медицинским показаниям «неотложная» также госпитализирует больных.

Важным разделом оториноларингологии является оказание скорой помощи. Перечень нозологических форм, относящихся к ургентным в ЛОР-специальности, сравним по количеству и тяжести со всеми другими клиническими дисциплинами, поскольку верхние дыхательные пути, органы слуха и равновесия являются биологическими системами жизнеобеспечения, тесно связанными анатомически, физиологически и функционально, что обусловливает влияние их патологии на весь организм.

По скорой помощи или самостоятельно больные с ЛОР-патологией поступают в приемное отделение боль-

© В.Т. Пальчун, 2016

e-mail: lorrsmu@mail.ru

ницы, где дежурный оториноларинголог немедленно осматривает и, если необходимо, проводит первичную хирургическую обработку, останавливает кровотечение, удаляет инородное тело, занимается восстановлением дыхания и т.д. При любых ранениях обязательно вводится противостолбнячная сыворотка. Осуществляются консультации с другими специалистами. Решается вопрос о госпитализации. При наличии показаний выполняются срочные операции — трахеотомия, гайморотомия, операция на среднем ухе, вскрытие абсцессов и флегмон. Дежурные врачи в приемном отделении (на примере 1 ГКБ им. Н.И. Пирогова Москвы) принимают в сутки от 20 до 50 ургентных больных и в среднем госпитализируют от 10 до 15 срочных больных [2].

В оториноларингологии наиболее часто встречаются инфекционные воспаления слизистой оболочки, покрывающей стенки полых органов, — околоносовых пазух, полости носа, стенок и ячеек среднего уха, глотки и гортани. В периоды острого и хронического течения эти заболевания, являясь очаговой инфекцией, часто вызывают местные и общие осложнения, сопровождаются повышением температуры тела, нередко мучительными болями, потерей сознания, ухудшением дыхания, неврологической симптоматикой, ослаблением организма. Поэтому они почти всегда требуют оказания скорой медицинской помощи.

Следует отметить, что в амбулаторной практике возникновение тяжелых осложнений при остром и хроническом воспалении в ЛОР-органах часто обусловлено несвоевременным и неадекватным лечением.

Хроническое воспаление слизистой оболочки обычно является продолжением острого процесса. Предотвратить хронизацию воспаления возможно только в начальном периоде острого процесса, применяя адекватное лечение. В патогенезе острого воспаления сразу после его появления начинают формироваться местные и общие патологические реакции хронизации. Эти реакции вначале (с первых дней воспаления) нарастают и тем самым уменьшают эффективность консервативного лечения, а затем и полностью останавливают выздоровление. Развитие хронизации выражается в том, что в начале острого воспаления первичная микрофлора трансформируется в более агрессивную, она формирует защитные биопленки, при этом образуются клеточный воспалительный инфильтрат, слизистое и гнойное содержимое и коллагеновые субстанции, что защищает инфекцию от иммунных и антибактериальных медикаментозных воздействий, превращая тем самым через 2—3 нед острый воспалительный процесс в хронический. В этих условиях уже хронический очаг воспалительной инфекции, как правило, консервативно не излечивается, возможна только его хирургическая элиминация. Все это формирует условия для осложнений.

Следует отметить, что в лимфаденоидной ткани миндалин, в отличие от других органов, при остром воспалении не происходит формирование воспалительного «защитного вала». Воспалительные клетки рассеиваются и не выполняют барьерно-фиксирующей функции, что усугубляет интоксикацию организма. Переход острого воспаления в хроническое (хронизация) происходит у больных с пониженным местным или общим иммунитетом, что при внешнем осмотре больного обычно не определяется. Именно этот факт в широкой медицинской практике является причиной недооценки возможной хронизации острого воспаления в слизистой оболочке; необходимое в этих ситуациях лечение часто запаздывает и проводится неадекватно [3].

Следовательно, лечебная тактика при остром воспалении всегда должна быть неотложной и достаточной, в противном случае у больных возможна хронизация воспаления, что исключает консервативное излечение.

Большое и постоянное поступление в ЛОР-клинику 1 ГКБ Москвы скоропомощных больных с затянувшимся острым и хроническим гайморитом и затянувшимся острым и хроническим средним отитом обусловлено неправильной лечебной тактикой, недостаточным лечением в начальный период амбулаторного лечения. Главные нарушения заключаются в следующем: во-первых, лечение начинается через 5—6 дней и даже через 2 нед и более после начала заболевания; во-вторых, происходят отступления от стандартных методик лечения, таких как пункции верхнечелюстных пазух (совсем не применялись или их было недостаточно) без компенсации антибиотиками; неудовлетворительный подбор и режим введения антибиотиков; в) перерывы в лечении; преждевременное прекращение применения различных лечебных методик; невыполнение полного (стандартного) лечебного курса. Необходимость повышения профессионализма амбулаторных врачей вызвана тем, что почти половина больных госпитализированы в ЛОР-стационар после таких врачебных ошибок при амбулаторном лечении [4].

Скоропомопощные воспалительные осложнения в оториноларингологии, как правило, возникают при инфекционных острых или обострениях хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (нос и околоносовые пазухи, глотка, гортань) и уха (органы слуха и равновесия). Эти осложнения (местные и общие), являясь самостоятельными болезнями, имеют свой патогенез очаговой или общей инфекции и протекают чаще тяжело, нередко представляя большую угрозу для здоровья и жизни больного. В частности, такими осложнениями являются отогенный, риногенный, тонзилогенный сепсис, менингит, абсцесс мозга, парафарингит, ревматизм и другие, обусловленные инфекцией, исходящей из ЛОР-органов, заболевания, при которых срочно выполняется хирургическая элиминация очага инфекции. Широко распространены тяжелые по своему течению ревматические заболевания, возникновение которых часто связано с острым и хроническим воспалением в небных миндалинах. Лечебная тактика в таких случаях, безусловно, должна быть скоропомощной и радикальной — удаление очага инфекции, т.е. тонзиллэктомия. К сожалению, до сих пор встречаются предложения против хирургической тактики у таких больных, что говорит о некомпетентности медиков в данном вопросе и является анахронизмом.

Возникновение и развитие хронического очага инфекции в лимфаденоидной ткани небных миндалин значительно отличается от других локализаций очаговой инфекции. В лимфаденоидной ткани миндалин физиологически сформирована структура очага инфекции для формирования иммунитета. Такая структура в организме человека имеется только здесь и состоит она в том, что крипты (глубокие щели с многочисленными разветвлениями) плотно заполняют всю лимфаденоидную ткань миндалины. Следующей особенностью является то, что покров эпителия на стенках крипт не сплошной, а с многочисленными мелкими разрывами, обнажающими лимфа-

деноидную ткань. Через эти щели микрофлора крипт легко проникает в ткань миндалины, являясь антигеном, формирующим иммунитет. В норме у здорового человека микрофлора, проникшая из крипт в миндалину, тут же подавляется имеющимся иммунитетом и не распространяется в сосуды (лимфатические, кровеносные) и другие органы и системы. Таким образом осуществляется один из механизмов становления и формирования иммунитета. Этот механизм нарушается, когда понижается местный и общий иммунитет, обычно при простудных инфекциях, местном и общем переохлаждении, а чаще всего при ангине, особенно когда она не лечится или лечение проводится неадекватно. В этих условиях микробы, проникшие в миндалину из крипт, не подавляются иммунитетом, они размножаются, преобразуются в более агрессивные, формируют защитную биопленку и устойчивый очаг инфекции в миндалинах. При этом микробы проникают в лимфатические и кровеносные сосуды, вызывая интоксикацию в организме, инфекционные осложнения и сопряженные общие заболевания. С помощью авторадиографических исследований мы доказали отсутствие живых и размножающихся микробов в лимфаденоидной ткани миндалин у здорового человека и наличие их не только в паренхиме, но и в лимфатических и кровеносных сосудах миндалин при хроническом тонзиллите токсико-аллергической формы. При простой форме хронического тонзиллита мы не обнаруживали живых микробов в тканях (паренхиме) и сосудах миндалин. Токсико-аллергическая форма хронического тонзиллита (когда уже сформировалась хронизация) консервативно не излечима ни местными, ни общими методами. Консервативно можно снять (купировать) лишь обострение хронического процесса воспаления, поскольку микрофлора в миндалинах уже создала защитные механизмы, отмеченные выше [5—7].

Длительные и многочисленные наблюдения больных хроническим тонзиллитом показывают, что токсико-аллергические реакции выражаются в периодическом появлении тех или иных симптомов — субфебрильной температуры, небольшой болезненности в горле при глотании, боли в суставах, слабости, быстрой утомляемости, плохом самочувствии. Могут возникнуть шейный лимфаденит, воспалительные изменения в крови и др. Токсико-аллергическим признаком является наличие сопряженных заболеваний, имеющих одну инфекционную природу — сочетание хронического тонзиллита с ревматизмом, нефритом и др. Отрицание хирургической тактики при этом является грубой врачебной ошибкой с причинением вреда больному.

Одной из наиболее частых и неотложных патологий является острый стеноз гортани различной этиологии. Только быстрые и правильные действия врача могут спасти жизнь такому больному, поэтому нужно знать все варианты развития и течения этого заболевания [8].

Следует отметить, что при всей теоретической определенности основных закономерностей этиологии и патогенеза острого и хронического воспаления слизистой оболочки, постоянно подтверждаемых практикой, многие врачи игнорируют эти знания (в особенности своевременность и полноту лечения), что ведет к хронизации и росту заболеваемости воспалительных заболеваний в оториноларингологии. В первую очередь речь идет о необходимости немедленного начала лечения острого воспаления и достаточности его проведения до полного выздоровления. В случаях хронизации патологического процесса необходима безотлагательная хирургическая элиминация очага инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И. *Неотложная помощь в оториноларингологии*. М.: Медицина; 1990.
2. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной пазухе. *Вестник оториноларингологии*. 2011;2:5-7.
3. Пальчун В.Т. Врачебные ошибки как причина перехода острого воспаления в хроническое. *Вестник оториноларингологии*. 2010;2:4-6.
4. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Магомедов М.М. Медицинские стандарты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в оторинларингологии. *Вестник оториноларингологии*. 2005;3:4-9.
5. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А, Крюков А.И. *Воспалительные заболевания глотки*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
6. Motahari SJ, Poormoosa R, Nikkhah M, Bahari M, Shirazy SM, Khavarinejad F. Treatment and prognosis of deep neck infections. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;67(suppl 1):134-137. doi: 10.1007/s12070-014-0802-7
7. Isaacson G. Pediatric tonsillectomy: an evidence-based approach. *Otolaryngol Clin North Am*. 2014;47(5):673-690. doi: 10.1016/j.otc.2014.06.011
8. Akulian JA, Yarmus L, Feller-Kopman D. The role of cricothyrotomy, tracheostomy, and percutaneous tracheostomy in airway management. *Anesthesiol Clin*. 2015;33(2):357-367. doi: 10.1016/j.anclin.2015.02.009