

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ**  
**КАТЕДРА ПО УШНИ, НОСНИ И ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ**

---

**Д-Р ДИМИТЪР КИРИЛОВ КОНОВ**

**АЛГОРИТЪМ НА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ НАЙ-ЧЕСТО СРЕЩАНИТЕ СПЕШНИ И  
НЕОТЛОЖНИ СЪСТОЯНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯТА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен  
„Доктор“

**Научна специалност: ото-рино-ларингология**

Научен ръководител: проф.д-р Диана Попова, д.м.н.

РЕЦЕНЗЕНТИ: проф.д-р Иван Ценев, д.м.н.

проф.д-р Иван Чалъков, д.м.

СОФИЯ

2014

---

---

Дисертационният труд се състои от 159 страници и е онагледен

с 29 фигури, 21 таблици и 8 графики.

Библиографията включва 415 литературни източници, от които 53

на кирилица..

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на **17 декември 2014 г. от 13.00 часа** в аудиторията на Клиниката по УНГ болести, УМБАЛ «Царица Йоанна – ИСУЛ» ЕАД, съгласно чл.76 и 77 от Правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицински университет – София и въз основа на заповед N РК 36-1994/03.10.2014 г. на Ректора на МУ – София, пред научно жури в състав:

Председател: проф.д-р Иван Йорданов Чалъков, д.м. – вътрешен член и рецензент

Членове:

1. проф.д-р Иван Ценев, д.м.н. – външен член и рецензент
2. проф.д-р Диана Попова, д.м.н. – вътрешен член и научен ръководител
3. доц.д-р Валентин Стоянов, д.м.. – външен член
4. доц.д-р Марио Милков, д.м. – външен член

Материалите по защитата са на разположение в Катедра по УНГ болести на Медицински факултет – София и са публикувани на интернет страницата

на МУ – София.

## I. УВОД:

В годините на медико-социална реформа наблюдаваме сериозна некомпетентност и пропуски в диагностицирането и провеждането на последователни, терапевтични мероприятия при редица спешни и неотложни състояния в оториноларингологията.

Напоследък сме свидетели на непрекъснато заличаване на критериите за спешност и неотложност, което ни опасява, че некомпетентни администратори ще ги постулират в нормативни документи. Това според нас ще задълбочи конфликта:

- общопрактикуващ лекар/ специалист оториноларинголог;
- лекар/ пациент.

Държавните институции, контролиращи тези процеси в лицето на министерството на здравеопазването, здравна каса и др. е необходимо своевременно да актуализират списъците на спешните УНГ заболявания, с цел запазване живота на пациентите и поставяне на строги показания за вида и обема на долекарска и специализирана болнична помощ.

Ние смятаме, че създаването на ясни критерии на поведение и реакция при спешност, респективно неотложност, ще подобри прогнозата на пострадалите УНГ пациенти и ще доведе до избягване на фатален изход.

**Дефиницията** за спешно състояние, според СЗО, адаптирана от нас е следната:

„Всяко състояние, свързано с агресивна загуба на кръв или инспираторен недостиг на въздух, както и остра функционална загуба/като усложнение на травма, възпаление, алергия и тумор/, които ако не бъдат своевременно преодолени поради некомпетентност или бездействие, могат да доведат до тежка инвалидизация, органна загуба или загуба на функцията, в момента на травмата и или в по-късен етап, като последващото клинично развитие може да доведе до смърт”.

Ние приемаме за неотложни всички състояния (вкл. и болката), които нелекувани своевременно, могат да се превърнат в спешни и в развитието си да завършат фатално.

Стартирайки настоящият труд ние се позовахме на:

- Наредба № 45/26. 08. 2010 г. за утвърждаване на стандарти по спешна медицина;
- Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ от 02. 06. 2006 г. ;
- Решение на съвета на директорите №29/14. 04. 2011 г. .

Тези документи определят критерии за спешни прегледи, като за оториноларингологията са отбелязани следните групи заболявания:

- на ухото/остър отит, мастоидит, внезапна глухота, остра вестибуларна криза, травматична руптура на тъпанчевата мембрана, разкъсно-контузни рани на ухото и ушната област/;
- на носа и околоносните кухини/счупване на носната пирамида, счупване на лицевите кости от средния лицев етаж, кръвотечение от носа, периорбитален целулит/;
- на гълтача/остър тонзилит, перитонзилит и перитонзиларен абцес, фарингеална хеморагия след тонзилектомия/;
- на гръкляна - остър ларингеален - инспираторен задъх - ОЛЗ/ възпалителни, алергични състояния, травми, чужди тела и тумори/;
- неоспоримо спешно – неотложна е групата на чуждите тела/във външния слухов проход, носната кухина, гълтача и хранопровода, гръкляна, трахеята и бронхите/.

Спешните състояния в оториноларингологията, винаги носят белезите на живота застрашаващи и понякога завършват фатално. Този факт става оръжие на медиите за сриване авторитета, на тези, чийто живот преминава в борба със смъртта. Тази е основната причина, която ни накара да положим усилие за изработване на АЛГОРИТЪМ НА ПОВЕДЕНИЕ в условия на спешност. Той определя усилията ни в три основни направления

- преодоляване на острата фаза;

- копиране на усложненията; избягване на фаталния изход;
- 

## II. ЦЕЛ

Ние си поставихме следната **цел**:

Да дадем дефиниция и алгоритъм на поведение на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) и УНГ-специалиста при някои спешни и неотложни състояния.

## III. ЗАДАЧИ

За изпълнение на поставената цел ние трябва да решим следните **задачи**:

1. Да проучим и дефинираме най-често срещаните спешни състояния в оториноларингологията и използваме предоставените статистически данни на Клиниката за периода 2008-2012 г. ;
2. Да разработим алгоритъм за спешна диагностика и поведение на ОПЛ при някои спешни състояния;
3. Да разработим алгоритъм за спешна диагноза и поведение на оториноларинголога в спешния УНГ кабинет, шокова зала и лечение;
4. Преценка и анализ на ефективността на разработения от нас алгоритъм;
5. Да посочим за всяко спешно състояние задължителни последователни лечебно-диагностични мерки в доболничната и болничната помощ;
6. Да посочим кой и къде обработва спешни пациенти.

## IV. МАТЕРИАЛ

За посочения период ние проучихме амбулаторните журнали на спешен УНГ кабинет и приеман кабинет, работещи към УМБАЛ „Царица Йоанна” за 5 годишен период/2008 г. – 2012 г. вкл. /. През този период, през УНГ кабинет са преминали общо 65. 693 пациенти, разпределени по години съгласно следната графика:

ГОДИНА		Всичко амбулатория	Приети в клиниките	Приети по спешност	Приети планови	Спешни амбулаторно прегледани
2008	УНГ	14110	5321	682	4639	11992
	ОБЩО НА КЛИН. С АМБ. КАБИНЕТИ	<b>61415</b>	<b>13307</b>	<b>5882</b>	<b>7425</b>	<b>36939</b>
		22. 97%	39. 99%	11. 59%	62. 48%	32. 46%
2009	УНГ	13798	5377	943	4434	13830
	ОБЩО НА КЛИН. С АМБ. КАБИНЕТИ	<b>62688</b>	<b>13710</b>	<b>6905</b>	<b>6805</b>	<b>41147</b>
		22. 01%	39. 22%	13. 66%	65. 16%	33. 61%
2010	УНГ	17031	4942	1035	3907	16354
	ОБЩО НА КЛИН. С АМБ. КАБИНЕТИ	<b>67432</b>	<b>12745</b>	<b>6476</b>	<b>6269</b>	<b>46278</b>
		25. 26%	38. 78%	15. 98%	62. 32%	35. 34%
2011	УНГ	12826	3703	1211	2492	10984
	ОБЩО НА КЛИН. С АМБ. КАБИНЕТИ	<b>53133</b>	<b>11415</b>	<b>6699</b>	<b>4716</b>	<b>30805</b>
		24. 14%	32. 44%	18. 08%	52. 84%	35. 66%
2012	УНГ	13393	3762	1245	2517	11060
	ОБЩО НА КЛИН. С АМБ. КАБИНЕТИ	<b>49400</b>	<b>11545</b>	<b>6745</b>	<b>4800</b>	<b>32381</b>
		27. 11%	32. 59%	18. 46%	52. 44%	34. 16%

**Таблица 1. Статистическа информация на амбулаторния журнал при УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“.**

Ние установихме: - данните от таблицата по-горе показват увеличаване на броя на приетите по спешност пациенти в УНГ клиника в периода 2008-2012, както и увеличаване на процентното им съотношение спрямо спешните приеми в останалите амбулаторни кабинети. Данните сочат, че плановите приеми в УНГ намаляват, както по брой, така и в процентно съотношение спрямо общия брой.

Тук е цялата група пациенти, преминали през УНГ кабинети на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“. При много от тях, дежурният –спешен УНГ лекар не е установил нито един клиничен белег за спешност, който заслужава реакция на екипа за диагностика и терапевтичен подход/ консервативен или хирургичен/ за извеждане на болния от това състояние. Тези болни са прегледани, но не са определени като спешни. Тук са и голяма група от пациенти, пренебрегнали компетентността на ОПЛ или лекаря специалист по район, хипохондрици и такива търсеики преглед, като заобикалят предният „фронт „ на здравната система, най-често неосигурени, хитрувайки, за да получат безплатен преглед. Много от тях се самоопределят като спешни пациенти и не рядко са генератори на конфликти, затрудняват работата на кабинетите. За съжаление законодателят не е предвидил нормативен документ, регламентиращ административно и юридически тези проблеми на спешните кабинети и то не само по УНГ болести.



**Графика 1. Темп на нарастване на приетите по спешност УНГ пациенти в УМБАЛ „Царица Йоанна -ИСУЛ“**

При анализа на дейността на УНГ клиниките, спрямо клиниките с хирургична активност, при УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ за периода 2007 -2012г.,съгласно данните в таблицата по-долу, могат да се направят следните изводи:

- Броят на преминалите болни в Клиника по УНГ, спрямо общия брой болни във всички клиники с хирургическа насоченост, е около 50% средно за период 2008-2012.
- Засилва се броят на **оперираните по спешност**, спрямо, общият брой оперирани в клиника УНГ – повишението е от 8% през 2007 до 20,56% през 2012.
- Повишава се дялът на оперираните по спешност в УНГ клиника спрямо спешните операции във всички други клиники - повишава се от 17. 5% (2007) на 28,23% (2012).
- **Данните показват**, че при голяма амбулаторна активност и нарастващ процент на оперирани по спешност, леталитетът се запазва нисък спрямо общия процент на леталитет на другите отделения с хирургична активност.

**ДЕЙНОСТТА НА УНГ КЛИНИКА СПРЯМО КЛИНИКИТЕ (ОТДЕЛЕНИЯТА) С ХИРУРГИЧНА АКТИВНОСТ ПРИ УМБАЛ "ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ" ЕАД ЗА 2007-2012 ГОДИНА**

ГОДИНА	Отделения с хирургична активност	Брой преминали болни	Оперирани (бр. )		Постоперативен леталитет (бр. )	Постоперативен леталитет %
			Общо оперирани + починали оперирани	От тях оперирани по спешност		
1	2	3	5	6	10	11
2007	УНГ	5146. 00	3640	303	4	0. 11%
	ОБЩО:	9979. 00	7204	1722	48	0. 67%
2008	УНГ	5357. 50	3842	417	9	0. 23%
	ОБЩО:	10256. 50	7470	2013	100	1. 34%
2009	УНГ	5426. 00	3660	597	8	0. 22%
	ОБЩО:	10669. 00	7410	2461	85	1. 15%
2010	УНГ	4996. 50	3397	546	8	0. 24%
	ОБЩО:	9975. 50	6734	2005	101	1. 50%
2011	УНГ	3734. 50	2294	617	4	0. 17%
	ОБЩО:	8565. 50	5563	2083	116	2. 09%
2012	УНГ	3792. 50	2337	605	2	0. 09%
	ОБЩО:	8555. 50	5718	2143	87	1. 52%

**Таблица 2. Дейността на унг клиника спрямо клиниките (отделенията) с хирургична активност при Умбал "Царица Йоанна-ИСУЛ" еад за 2007-2012 година**

## V. ДЕФИНИЦИЯ ЗА СПЕШНОСТ И АЛГОРИТЪМ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Остро настъпващи или хронично обострени болестни състояния могат да засегнат органи и системи на главата и шията и да доведат от естетически и функционални последствия, дори до загуба на човешки живот.

Тези състояния изискват:

**Неотложни действия** за овладяването им и регламент за управление на ситуацията с **приоритети** на спешност при:

- Дишането - остра обструкция.
- Кръвообращението – остра кръвозагуба
- Болка със загуба на функция.

**Комплексът от задължителни, неотложни, последователни действия/ кзпнд/ или алгоритъм/ буквален превод – система от последователни действия, водещи до решение на дадена задача/ за клинична обработка на спешно болен в три направления:**

- Диагностично;
- Терапевтично;
- Хирургично;

### 1. ДИАГНОСТИЧНО

- на легло в шокова зала/мониториране на кръвно налягане, пулс, кислородно насищане, ЕКГ/;
- венозен път, а при кръвотечение два венозни пътя;
- кръвна група;
- кръвни показатели, биохимия, хемастезиологичен статус, СУЕ, кръвна захар;

- образна диагностика (рентген, ЯМР, КТ, ехограф);
- скопии – на върха на инцидента по преценка на екипа;
- спешен консилиум от екипи, като винаги се призовават кардиолог, педиатър или интернист, анестезиолог-реаниматор;
- разширен консилиум, като се добавят офталмолог, невролог, неврохирург, лицево-челюстен хирург или друг специалист;

## 2. ТЕРАПЕВТИЧНО

- диагностично-терапевтичната **кортикостероидна венозна апликация** в много случаи е показател за последваща оперативна намеса, ако с адекватно количество кортикостероид се получи подобрение в дишането ситуацията се преоценява;
- вливания на обемозаместващи течности, кръвопреливане, плазма, изолирани кръвни фактори и др. ;
- подаване на овлажен кислород чрез маска или катетър;
- обезболяване;
- антибиотици;
- спазване на други назначени лекарствени средства (субституираща терапия);

## 3. ХИРУРГИЧНО

- Крайно спешна е намесата за възстановяване на дихателната проходимост:
  - o интубация - ако не се осъществи след втория опит на анестезиолога се пристъпва към
  - o трахеотомия или коникотомия – винаги следват венозна апликация на високи дози кортикостероиди;
- Налагане на лигатура на кървящ съд, последваща хирургична обработка;
- Тампонада на кървяща кухина/нос, назофаринкс, фаринкс, ларинкс/. Кървенето от хипофаринкса, ларинкса изисква задължително трахеотомия с поставяне на канюла с балон за протекция на долните дихателни пътища/ДДП/;
- Аспирация и лаваж;
- Да се знае, че след неотложна коникотомия/ларинготомия/се последва от коректна трахеотомия в операционен блок, спазвайки се правилата на плановата хирургия/профилактика на следоперативните стенози особено у децата/;
- Пункция с инцизия;

### ИЗВОД:

Нашето конкретно наблюдение е, че забавянето на болните и неадекватното терапевтично поведение на предния фронт на лекари се дължи на:

- Недостатъчна клинична подготовка;
- Непознаване критериите за спешност;
- Комерсализъм;

Това са болни, които бързо изразходват клиничната пътека, натоварват бюджета на болниците и те се отърват от тях на всяка цена, с което тежестта на заболяването им расте до степен на крайна спешност.

## VI. ДЕФИНИЦИЯ ЗА КРАЙНА СПЕШНОСТ И АЛГОРИТЪМ ПРИ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР (ОПЛ)

**Крайна спешност** е животазастрашаващо състояние на дихателна инсуфициенция, остро-подостро или хронично-прогресиращо кръвотечение, болка с загуба на функция на орган или система, при които **компенсаторните възможности на организма са изчерпани във времето, освен чисто биологично, така и от нехайство, бездействие или законово несъвършенство.**

Във възможностите на ОПЛ е да извърши комплекс от задължителни, последователни действия – **алгоритъм на ОПЛ, за да постави ранна, екзактна или насочваща диагноза и да предотврати развитието на крайна спешност.** Това са анамнеза; извършване на физикално изследване; лабораторни изследвания; образна диагностика; консултация със специалисти за изясняване на диагнозата.

Това изисква добро познаване на съдовата система на главата и шията.

Болката и функционалната загуба изисква изследвания, които по преценка се правят в специализирано заведение.

Начинът на транспортиране и придружаването на болния е по преценка на ОПЛ.

## **VII. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА УХОТО**

### **ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СРЕДНОТО УХО И МАТСОИДА**

#### **1. ОСТЪР ОТИТ**

**Дефиниция** - Зачервена, инфилтрирана до бомбирана тъпънчева мембрана, силна и прогресираща болка, намален в различна степен, рядко липсващ слух, с или без отделяне на гной. Винаги се предшества от инфекция на горния респираторен тракт. **При всеки otitis media acuta се разиграва едновременно и сателитен мастоидит**

##### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

- Анамнезата;
- Изследване на тимпаналната мембрана/отоскопия/;
- Температурата/при деца/;
- Лечение с аналгетици, обезболяващи капки за уши и имукоконстриктивни капки за нос, но при висока вирусна инвазия или наслоена бактериална инфекция се налага и използване на широкоспектърни антибиотици.

Болният представлява интерес на спешен УНГ к-т, ако след третия ден от заболяването няма подобрение, **ОПЛ е констатирал бомбаж или спонтанна перфорация на тъпанчевата мембрана, евентуално периферен фациалис, а след втората седмица са се появили клинични данни за мастоидит или друго усложнение.**



**Фигура 1. Остър отит с бомбаж. Инфекция с инфилтрация на тъпанчевата мембрана приповишено налягане в средното ухо при обтурирана Евстахиева тръба.**

##### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА (в спешен кабинет):**

1. Анамнеза/при деца от родителите/, следва ото и риноскопия с аспирация на патологични секрети. При установяване на бомбаж с **локална анестезия** и тъпанчевата мембрана се парацентезира широко/myringotomia/. При неспокойни деца и некомуникативни родители се предприема **обща анестезия**. 2. Аналгетици; 3. Перорално приемане на антибиотик (1 седмица). Нашето мнение е, че антибиотикът, особено при често боледуващи и имунокомпроментирани болни, трябва да се дава през устата за десет дни на фона на гастропротектор 4. Отделянето на гноен секрет може да продължи. 5. Изследването на ушен и носен секрет за флора и антибиограма е задължително; 6. След справяне с инфекцията трябва винаги да се провери състоянието на тимпаналната мембрана и слухът.

При пациенти с повече от пет инфекции в един сезон/деца с vegetatia adenoidea/ в планов порядък –се предприема аденотомия с или без тимпаностомия, съобразно предхождащите аудиометрични изследвания.

**1. наблюдение** – използване на лична амбулаторна карта, в която се проследява времето, продължителността, честотата на боледуване и усложненията; **2. вентилиране на Евстахиевата**

**тръба** - носни промивки, вазоконстриктивни капки за нос и локални антисептици, сулфонамиди или антибиотици, 3. при спонтанна перфорация антибиотичните или сулфонамидни капки за уши отстъпват място на ежедневния тоалет на ухото с аспирация. Понякога се аплицират кортикостероиди, особено ако заболяването е предхождано от катар на Евстахиевата тръба.

**ВЪЗПАЛЕНИЕ И ЗАПУШВАНЕ НА ЕВСТАХИЕВАТА ТРЪБА (ВЪЗРАСТОВА ГРУПА ПО ГОДИНИ)**

Възрастова група (год. )	Година					ТОТАЛ
	2008	2009	2010	2011	2012	
0-1		3	3	1	3	10
2-10	11	55	19	34	34	153
11-20	7	13	11	12	12	55
21-30	10	23	17	17	16	83
31-40	9	43	16	17	26	111
41-50	6	26	10	15	17	74
51-60	5	9	7	6	8	35
61-70	3	10	2	5	1	21
71+	3	6	4	4	4	21
<b>ТОТАЛ</b>	54	188	89	111	121	563

**Таблица 3. Възпаление и запушване на евстахиевата тръба по данни на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“**

Данните за спешните състояния при катар на Евстахиевата тръба, базирани на регистрите на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ са представени по-горе. Спешността тук се определя от загубата на слуха в различна степен.

**Етапите на остър отит на средното ухо и неговата клинична и обективна изява, ние представяме със следната схема:**

ОПЛ	<p>→ ЕТАП - предотит – cat. Tubotympanicus – дисфункция на Евстахиевата тръба, <u>Клинично</u> – намален слух. <u>Обективно</u> – промазана тъпанчева мембрана</p> <hr/> <p>↘ ЕТАП на инекция с инфилтрация на тъпанчевата мембрана приповишено налягане в средното ухо при обтурирана Евстахиева тръба. <u>Клинично</u> - намален слух, нощна болка, поради повишено налягане в средното ухо. <u>Лечение</u> – обезболяване, вазоконстриктори за носа</p> <hr/>
ОПЛ и УНГ специалист	<p>→ ЕТАП на ексудация, при което капиллярите се разширяват и в cavum tympani се излива „серум“, богат на фибрин и формени елементи. <u>Клинично</u>- силна болка. <u>Лечение</u> - обезболяващи, антибиотици, сулфонамиди</p> <hr/>
УНГ специалист	<p>→ ЕТАП на бомбаж със супурация. При вторична инфекция се увеличава налягането в средното ухо и по посока на най-малкото съпротивление, мембраната се разкъсва спонтанно/ цицковидна перфорация/ или се парацентезира/миринготомия Клинично-болката изчезва и се появява обилна оторрея</p> <hr/>
ОПЛ наблюдение	<p>→ Етап на организация и оздравяване:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С дефект- хронично гноетечение с перфорация.</li> <li>2. При адекватно лечение - пълно оздравяване</li> </ol> <hr/>
Отново хоспитализация и лечение вкл. оперативно	<p>→ ЕТАП на усложнение :- Mastoidit, Paresis n. Facialis, Labyrinthitis</p> <hr/>

*Графика 2. Етапност в поведението на ОПЛ и УНГ специалиста при острия отит и усложненията му.*

### 1.1. УСЛОЖНЕНИЯ НА ОСТРИЯ ОТИТ:

#### 1.1.1 PARALYSIS N. FACIALIS

- 10 % от хората имат дехисцентен канал на лицевия нерв, при който остро възпаление преминава директно върху ствола на лицевия нерв. **Клинично** се роявява с периферен фациалис. **Лечение** по оперативен път се декомпресира нерва.
- **ОПЛ** констатира заболяването и насочва за болнично лечение, след консултация с невролог за изключване на пареза с неврологична генеза.

- При **оториноларинголога** пациентът се хоспитализира и се започва лечение с антибиотици и стероиди след широка парацентеза/миринготомия под местна или обща анестезия.

### 1.1.2 MASTOIDITIS ACUTA

**ДЕФИНИЦИЯ** - при всеки остър отит се развива и сателитен мастоидит, който представлява гнойно възпаление на мастоидните въздушни клетки. Клинично се изявява след втората седмица на нелекуване или неправилно лекуван остър отит.

- Отново се появяват силни болки в ухото;
- Подутина и зачервяване зад ушната раковина, която е изпъкнала напред;
- При **ДЕЦАТА** развитието на **ОТОАНТРИТ** изисква спешна хоспитализация, широка парацентеза на фона на масирана антибиотична терапия;
- при **ВЪЗРАСТНИТЕ** - широка мастоидектомия, евентуално и нудация на dura mater с некротичните участъци.

### 1.1.3 VERTIGO

- **Дефиниция** - инфекция, в близост до латералния полуокръжен канал има клиничен израз на остър паралабиринтит .
- **Клинично** - широк спектър от вестибуларни дисфункции – от лека нестабилност до силен световъртеж, нистагъм с периферна характеристика и вегетативни реакции. Изисква болнично лечение и консултация с невролог.

Интерес на спешния УНГ кабинет представляват отитите при вирусните и бактериални заболявания:

## 2. ДРУГИ ОТИТИ

### 2.1. OTITIS BULLOSA

- **Анамнестично** – силна внезапна болка.
- **Обективно** - хеморагични були по тъпанчето и външния слухов проход при диагностицирани остри инфекции, като грип, морбили.

2.2. OTITIS HAEMORRHAGICA – визуализираме хеморагични везикули по тъпанчевата мембрана. Когато при грип се суперпонира инфекция от Haemophilus influenzae се очакват усложнения като мастоидит, пареза на лицевия нерв на засегнатата страна, лабиринтити, а понякога и менингити.

2.3. OTITIS SCARLATINOSA - стрептококовия причинител има епитело - некротизиращо действие, при което остро възпаление протича с некроза на тъкани и образуване на перфорации. Основната тежест на лечението се пада на лекарите инфекционисти.

- Болният се поставя под карантина/ежедневно наблюдение от ОПЛ или хоспитализация в инфекциозна клиника/;

### 2.4. ЗЛОКАЧЕСТВЕН ВЪНШЕН ОТИТ/OTITIS EXTERNA MALIGNA/

**Дефиниция** - Остеомиелит на слепоочната кост. Възпалителният процес представлява пълзяща по базата на черепа Pseudomonas инфекция у диабетици или пациенти с имунен дефицит.

**Чандлър** демонстрира пациенти с прогресивен osteomyelitis на темпоралната кост, наричайки състоянието злокачествен външен отит. Изрично се отбелязва, че заболяването не е малигнен неопластичен процес, но има всичките белези на такъв.

**Клинично проявление** възрастни и деца диабетици и имунокомпроментирани/ имунен дефицит или супресия на Ig G, Ig A, при остра лимфобластна левкемия и костномозъчна трансплантация. Боледуват носители на ХИВ –инфекция

**ОТ АНАМНЕЗАТА:**

1. Тежка неприминаваща предимно нощна болка; 2. Оторрея с загуба на слух; 3 Главоболите, 4. темпоромандибуларна болка с намалена възможност за хранене, водеща до trismus;

**Обективно** - отоскопия, забелязва се гнойна оторрея с оточен, болезнен, външен ушен канал. Кожата на ушния канал - еритематозна и болезнена, гранулирана тъкан или оголена кост се

забелязва при костно-хрущялната стеснение. Обикновено тимпаналната мембрана и средното ухо, изглеждат здрави, ако не се наблюдава обструкция от гранулираната тъкан или полип в канала.

**Клинична картина** се владее от разпространението на инфекцията по базата на черепа, което асоциира с краниалната невропатия,

- няма фебрилитет;
- тромбозата на синусите, менингит или церебрален абцес могат да усложнят злокачествения външен отит и са предвестник на лоша прогноза ;

**Диагнозата** се изгражда от:

- Микробиологично изследване - култури за анаероби, аероби/за флора и антибиограма/. Класическият причинител *Pseudomonas aeruginosa* на фона имунен
- Задължително е вземането на биопсия/патолога може да визуализира гъбични колонии/;
- Микробиологично изследване за гъби, много често се откриват при диабетици и имунокомпроментирани болни, болни с ХИВ/ СПИН. Установява се гъбичен причинител *Aspergillus fumigatus, flavus, niger, Pseudosporium apiospermum* ;
- Образна диагностика:
  - КТ - ерозия на костта и намаляване на костната плътност на темпоралната кост с „пропълзяване „ по базата на черепа, могат да се установят абцеси
  - ЯМР показва по-добре промените в меките тъкани

**Лечението** - изисква сътрудничество с ендокринолог, невролог, радиолог и специалист по инфекциозни болести.

**Ивод:**

**Основен принцип на лечението е контрол на диабета и подобряване на имунното състояние на пациента. Хирургическата намеса не се използва стандартно при лечение на злокачествения външен отит, биопсия и отстраняване на гранулиралите тъкани и кости или дренаж на свързан със заболяването абсцес.**

Продължителното използване на антибиотици и химиотерапевтици е в основата на лечението/между 6-8 седмици/.

- Пеницилини и аминогликозиди

- Хинолони - дългосрочна монотерапия със Ciprofloxacin(250,500,750 mg два пъти на ден), Tavanic (Levofloxacin ), Avelox (Moxifloxacin ), Tarivid (Uniflox ) се предлагат, като най-предпочитани за първоначален антибиотичен режим, но 33 % от пациентите показват резистентност още със започване на лечението към ципрофлоксацина. Гвинолоните са активни срещу *Ps. aeruginosa*, проникват добре в костите, имат много по-малко странични ефекти;
- Противогъбични медикаменти – доминира Amfoteracin B;
- Местни антисептици като борна или оцетна киселини. Противоречиво е използването на локални антибиотици ;
- При тежките случаи се комбинира консервативно със saniращо оперативно лечение.
- **Ползата от оперативното лечение не е доказана убедително при повечето автори**
- **Смъртността** варира от 0 до 15 %, при 100 % в доантибиотичната ера.

#### **A. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

Предлагаме **алгоритъм** за доболнична помощ, който е валиден и за хроничните отити/мезо – и епитимпанит/:

- аспирация на външния слухов проход;
- локално антисептици;
- лична хигиена/болният не трябва да позволява намокряне на болното ухо/;
- перорално антибиотично продължително лечение/след микробиологично изследване/;
- компенсирани стойности на диабета/наблюдение и лечение от диabetолог/;
- имунотерапия
- субституиращо лечение;

**Ивод:**

При такива заболявания предлагаме да се въведе понятието отложена спешност, при която се изисква амбулаторно редовно наблюдение и лечение, усилията се насочват към компенсация на основното заболяване. Имунотерапията и/или субституиращото лечение на основното заболяване могат да спестят спешната хоспитализация.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

При поява на симптоми за декомпенсация - усложнение се налага хоспитализация. Основно показание е появата на косна деструкция, верифицирана с образна диагностика. оперативното лечение е със съмнителен ефект.

При направени изследвания на данните на постъпилите в спешен УНГ кабинет на УМБАЛ „Царица Йоанна“ се установяват следните зависимости:

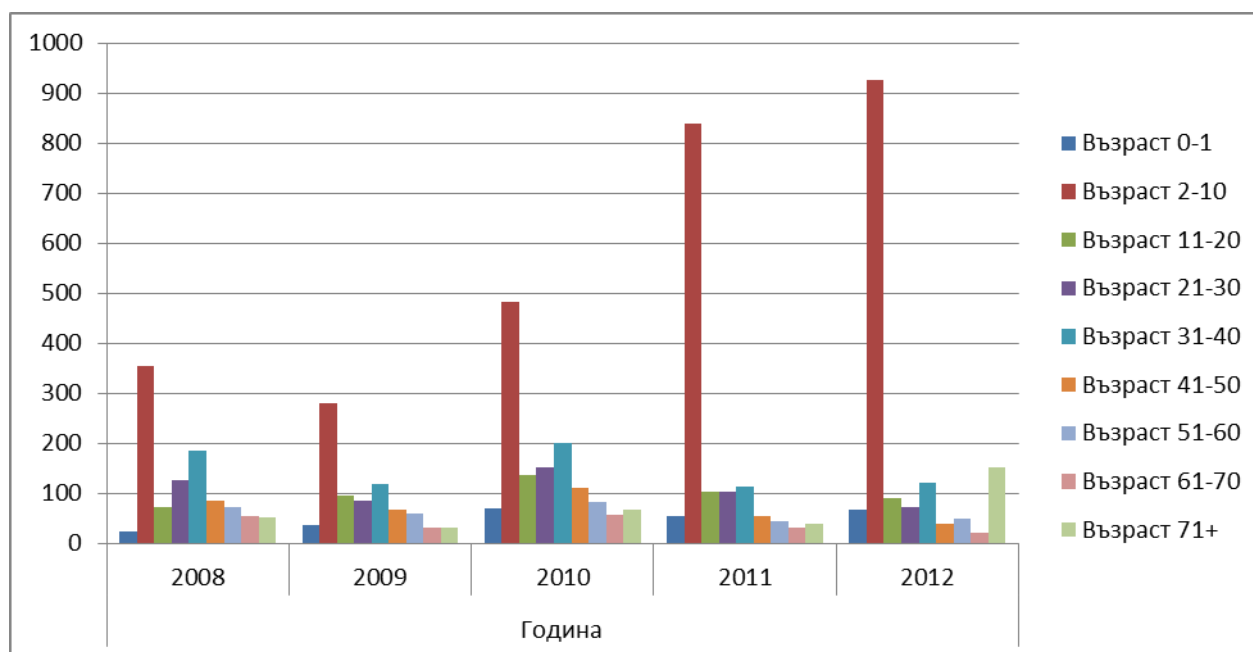
- Съотношение на пациентите с отит към общия брой преминали пациенти през УНГ кабинет за периода 2008 -2012г. са, както следва:

Пациенти с остър отит спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т						
	Година					ТОТАЛ
	2008	2009	2010	2011	2012	
Пациенти с отит	1023	801	1358	1382	1538	6102
Общо преминали пациенти през УНГ к-т	11992	13830	16352	10984	11061	65693
% съотношение	8. 53%	5. 79%	8. 30%	12. 58%	13. 90%	9. 29%

**Табл. 4 Пациенти с остър отит спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т**

Процентът на острите отити представлява около 9,3 % от всички останали заболявания, третирани в спешен УНГ кабинет като средно-претеглена величина през периода на изследване, която определя и разглеждането им в настоящата разработка и нуждата от определяне на алгоритъм на третирането им.

- Съотношението по възрастова група е представено от следната графика:



**Графика 3. Съотношението по възрастова група е представено от следната графика**

Графиката по-горе показва, че честотата на заболяването при деца от 0 до 10 е над 51% от общия брой болели от остър отит, което прави манипулацията доста по-трудна, имайки предвид некооперативността при децата и невъзможността да локализират проблема и да подпомогнат лекуващия.

Диагноза	Брой за година и % от приетите в спешен УНГ к-т									
	2008	% от СПЕШНИ АМБУЛАТОРНО ПРЕГЛЕДАНИ	2009	% СПЕШНИ АМБУЛАТОРНО ПРЕГЛЕДАНИ	2010	% от СПЕШНИ АМБУЛАТОРНО ПРЕГЛЕДАНИ	2011	% от СПЕШНИ АМБУЛАТОРНО ПРЕГЛЕДАНИ	2012	% СПЕШНИ АМБУЛАТОРНО ПРЕГЛЕДАНИ
Серозни възпаления на средното ухо	2,826	23. 57%	3,751	27. 12%	4,208	25. 73%	2,779	25. 31%	2,200	19. 89%
Остро възпаление на средното ухо	1,023	8. 53%	801	5. 79%	1,358	8. 30%	1,382	12. 58%	1,538	13. 90%
Възпаление и запушване на евстахиевата тръба	54	0. 45%	188	1. 36%	89	0. 54%	111	1. 01%	121	1. 09%
Общо УНГ спешни	11,992	100. 00%	13,830	100. 00%	16,352	100. 00%	10,984	100. 00%	11,061	100. 00%

**Таблица 5. Статистика на заболяванията на ухото**

На извадката по-горе е представена сравнителна таблица между взаимно-свързаните диагнози, водещи до остро гнойно възпаление на лигавицата на средното ухо;

### 3. МАСТОИДИТ

**Мастоидит** ъТ е остеолитичен процес на клетъчната система на средното ухо, възникващ след остри средни отити, при които като правило с тяхното настъпване се ангажира и мукозата на мастоида с последващо ангажиране на костта. Възпалителният процес може да се задържи в клетките на мастоида - мастоидит, но когато навлезе към върха на пирамидата - петрозит/апексит/, към зигоматичната кост - **зигоматит**.

#### **A. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

**От анамнезата:**

- болен с остър отит, който не спазва предписано лечение, с имунен дефицит - придобит или имunosупресиран;
- оторрея - след втората седмица от развитието на остия отит отново се появява немиризлива гнойно-кръвниста ексудация/период на подобрение/;
- болезненост при натиск, върху мастоида зона на Cheareau;
- пулсиращи болки;
- намалеие на слуха предимно от звукопроводен характер;

**Отоскопия** се установява:

- цицковидна перфорация с гнойна ексудация;
- спадане на горно/задната стена на външния слухов проход;
- изглаждане на ретро аурикуларната гънка и изместване на ушната мида напред и надолу.
- болният се насочва за болнично лечение:

#### **B. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- Поставяне на абокат – венозен път;
- Проби за алергия към антибиотици и локални анестезици;
- Лабораторни показатели/очаква се левкоцитоза с олевяване, повишено СУЕ, лимфоцитоза, по-рядко лимфопения/;
- Ренгенова снимка a modo Schuller, бял дроб. . . ;
- **Образната диагностика** е абсолютно належаща.
  - o Компютър-томографско изследване с реконструкция се изпълнява с оцветяващ медикамент на йодна основа/под обща анестезия у деца, страдащи от клаустрофобия и психичнонестабилни лица/.

- Консултация с педиатър/ при деца/;

**Извод:**

**Неотложна парацентеза/миринготомия с аспирация на съдържимото от тъпанчевата кухина/ – микробиологично изследване; разпознаване на екстериоризацията.**

Мастоидитът е гнойна колекция, която се движи по най-малкото съпротивление на ограничаващите я тъкани и екстериоризира предимно в **три направления:**

**3.1. ПО ДОЛНАТА ПОВЪРХНОСТ НА МАСТОИДА**

- **Mastoiditis a'Bezold** – гнойната колекция екстериоризира по долната повърхност на мастоида и дълбоките шиини фасции като оформя инфилтрат по предния ръб на MSCM – опасност от медиастинит. **Клинично плътен инфилтрат по предния ръб на MSCM;**
- **Mastoiditis a'Citelli** – гнойта, през incisura digastrica, оформя задтилен абцес. **Клинично тилно се опипва болезнен инфилтрат;**
- **Mastoiditis a'Orleanski** – от инсерцията на MSCM. **Клинично - принудително положение на главата – тортиколис;**
- **Mastoiditis a'Moure** – от regio digastrica към foramen stylomastoideum към ретрофарингеалното пространство и медиастинума. **Клинично силни болки в областта на шията, а обективно се вижда релативен оток на задната или странична стени на фаринкса;**

**3.2. ПО ВЪНШНАТА СТЕНА НА МАСТОИДА**

- **Mastoiditis a'Gelle** – пробив на гнойната колекция през външния слухов проход. **Клинично с отоскопия се установява спадане на горно-задната стена на външния слухов проход и или пулсираща грануляция;**
- **Abcessus retroauricularis** – пробив на гнойта през zona cribrosa a Cheapeau. **Клинично оформя се ретроаурикуларен абцес с характерното избуване на ушната мида и нетърпимата болка. Под анестезия пункция и широка инцизия.**

**3.3. ЕКСТЕРИОРИЗАЦИО ПО ГОРНАТА ПОВЪРХНОСТ НА МАСТОИДА:**

УСЛОЖНЕНИЯ като дифузен лабиринтит, тромбоза на синус сигмоидеус с или без сепсис, интракраниална инвазия към средната или задната черепна ямка с менингит и менингоенцефалит, темпорален малкомозъчен или голямомозъчен абцес не са обект на нашия труд.

**Извод**

**Оперативна Намеса на фона масирана антибиотична терапия - отваряне на мастоида/след пункция/ с цел създаване на широка кухина и дренаж - класическата кортикална мастоидектомия. Мастоидита не е често срещано заболяване, но предполага спешна**

**3.4. ОТАНТРИТ (при деца до три годишна възраст е развит само антрума)**

Има две форми:

- **манифестна** при нормотрофични деца след 6 месечна възраст и сравнително добра пневматизация на мастоида;
- **латентна**, засяга хипотрофични под 6 месечна възраст и по-големи, но увредени от друго заболяване кърмачета (болест на лошите грижи);

**Дефиниция:** възпалително, причинено предимно от силно вирулентни коки, по-рядко от Pseudomonas aeruginosa заболяване. Възпалението от лигавицата преминава в костта и се развива **емпием на антрума**, след „стопяване“ на костните гредички и през fissure squatomastoidea прониква под периоста, развива се периостит, с последващ **ретроаурикуларен абцес**. В посока зигоматичната кост - **зигоматит**.

Проявата на това заболяване е белег на лоша медицинска практика/безразборно антибиотично лечение, неправилно хранване/, лоша семейна и социална среда.

**А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

- **Общи симптоми:**

- ново повишение на температурата/ двувърха около 38-39 по С/ след боледуване от остър отит, не лекуван или неправилно лекуван преди около две седмици;
  - храносмилателни смущения/отпадналост с обилни немотивирани повръщания и диария/;
  - явления на обща интоксикация са предимно характерни за латентния отоанtrit, при който превалят общите симптоми/горен и долен диспептичен синдром – диария с повръщане и рязка редуция на тегото и изразен хипертонус на мускулатурата. Muller оприличава хипертонуса, като „диригентска ръка”;
  - по големите деца сочат с ръка болното ухо и предпочитат да спят на него.
- **Местни симптоми:** след втората седмица от боледуването успоредно с повишената температура се засилва гноетечението от засегнатото ухо

## **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

Болният се приема по спешност.

**Обективно:** - тъпанчевата мембрана е бомбирана/ зачервена, инфилтрирана/ с цицковидна перфорация - пулсиращо изтичане на гноен ексудат. Демонстрира се симптом на Schwartze, проявен в спадане на горно задната стена на външния слухов проход, поради периостит. При поставяне на диагнозата особено при латентния мастоидит Кабакчиев описва: матова тъпанчева мембрана със запазена цялост без светлив рефлекс и изглаждане областта около processus brevis.

**Извод:**

**Болният се насочва по спешност към специализирано звено - спешен унг кабинет след като е уточнен общия интоксикационен синдром от педиатър-гастроентеролог, инфекционист и невролог, така че специалистът отолог да съсредоточи вниманието си към лечението**  
**Възпалителният процес търси най-малкото съпротивление, в случая през fossa mastoidea**  
**повдига меките тъкани и се палпира силно болезнена гнойна колекция - ретроаурикуларен абцес. ушната мида видимо е клепнала надолу и напред, а при зигоматит - болезнен оток на горния клепач**

## **ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪТРЕШНОТО УХО**

Заболяванията на вътрешното ухо по отношение на спешността, поставяме в две групи:

- Остри вестибуларни кризи – биват:
  - Мениеров синдром;
  - Васкуларни дисфункции на вътрешното ухо;
  - Повтаряем съдов синдром;
  - Вестибуларен неврононеврит;
  - Доброкачествен бързопреходен позиционен световъртеж.
- Внезапна слухова загуба (ВЗЗ)

### **1. ОСТРИ ВЕСТИБУЛАРНИ КРИЗИ**

#### **1.1. МЕНИЕРОВ СИНДРОМ**

**ДЕФИНИЦИЯ** Мениеровият синдром се проявява като световъртежна криза с намален слух, внезапно или с възможна аура от силен шум и пълнота в ушите. В общия случай 30-50% от хората с мениеров синдром имат билатерални симптоми през първите години на проявление. Мениеровият синдром се проявява при 50-150 души от всеки 100 000, като по-често се среща при жените. Обикновено се проявява във възрастовата група 35-40 години.

**А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

**От анамнезата** –nystagmus продължава часове, световъртежната криза рецидивира във времето и утежнява слуховият дефицит.

- Идиопатична болест на Мениер;
- Пост-травматично нараняне на главата;

- Ятрогенно след ушна хирургична намеса;
- Вирусни и бактериални заболявания;
- Късен етап на сифилис;

Тежестта на симптомите, респективно клиничната изява, определят преценката на ОПЛ за насочване на болния за стационарно лечение, но винаги след консултация с невролог за изключване на неврологично заболяване с подобна симптоматика/ПНМК, инсулти, демиелинизиращи процеси и др. /

Боледуващите с Мениерен синдром – клинична проява на симптомите:

- Единствено загуба на слух – 42 %
- Единствено световъртеж – 11 %
- Загуба на слух и световъртеж – 44 %
- Шум в ушите – 3%
- Световъртеж – 44%, обикновено продължава около 20 мин. /рядко 2 – 4 – 6 и повече часа/ с клинична нервнo-вегетативна изява – гадене с повръщане, изпотяване. Винаги е на лице хоризонтален или хоризонтално-ротаторен Nystagmus. Болните имат нестабилна, залитаща походка до невъзможност да станат от леглото
- Загуба на слух се установява в ранните стадии на болестта. По-късно загубата на слух става постоянна, като слухът може да остане непроменен в продължение на няколко дни след кризата
- Аудиометрично се установява загубата на слух, след преминаване на острото състояние:
  - o Постоянна, ниско-честотна, асиметрична загуба на слух;
  - o Двустранна загуба на слух с >25 dB;
- Прогресивна загуба на слух, стабилизиращ се на 50-60 dB

**Изследване:** Не съществува еднозначен диагностичен тест; Отоневрологично изследване; Тонална аудиограма; Образна диагностика/рентгенографии, К. Т., ЯМР с оцветяване и демонстриране на вътрешния слухов проход се налага при всички случаи на слухова асиметрия/ ESR, ANA, RhF, IgG; Нистагмография; Стабилометрия; Поддържане на дневник със световъртежните кризи – **ЛАК –ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.**

**Лечението се насочва към баланс и контрол на световъртежните епизоди и слуховия дефицит. Сравняване броя на световъртежните епизоди (шест) месеца преди лечението и 6 месеца след лечението.**

## **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

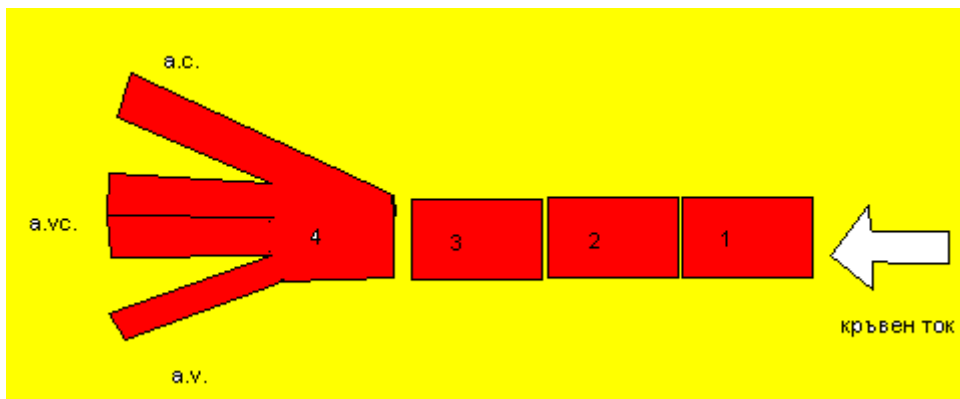
Острата световъртежна криза при лечение на болестта на Мениер изисква болнично лечение.

- Вестибуларни супресанти;
- Диета предполагаща ниска консумация на сол;
- Диуретици;
- Кортикостероиди
- Антибиотици (по преценка).

При изследване на ефективността на лечение, **American Academy of Otorhinolaryngologists and Head and Neck Surgeons** определя сравнение на броя на епизодите със световъртеж преди и след операцията, но доминира мнението за неубедителен ефект от оперативното лечение. Затова се препоръчва продължителна поддържаща симптоматична терапия.

### **1.2. ВАСКУЛАРНА ДИСФУНКЦИЯ НА ВЪТРЕШНОТО УХО:**

Внезапен съдов стоп/вазоспазъм или тромбоза/ на а. Labyrinthi ( а. subclavia - а. vertebralis – а. basilaris ), като може да бъде засегнат ствола на артерията или един от нейните три клона (arteria vestibularis, arteria vestibulocohlearis, arteria cohlearis) .



**Фигура 2. Легенда: 1. a. basilaris; 2. a. vertebralis; 3. a. subclavia; 4. a. labyrinthi; a. c. – a. cochlearis; a. v. – a. vestibularis; a. vc. - a. vestibulocochlearis**

Клинически се проявява със световъртежна криза и слухова загуба.

- тромбоза - широкообхватна некроза на мембранната структура, съединителнотъканно и костно разрастване;
- вазоспазъм - процесът може да бъде обратим.

#### **Анамнестично**

- пациентите съобщават за предхождаща исхимична атака – предхождащо нарушение на мозъчното кръвообращение, проявено със световъртежна кризи като е възможно продължаването им месеци.

#### **Клинична проява**

- намален слух, nystamus, световъртеж, продължаващ месеци
- 

#### **1.3. ПОВТАРЯЕМ СЪДОВ СИНДРОМ НА ВЪТРЕШНОТО УХО–vestibulopathia recidivans**

7% от пациентите/предимно жени между 35-55 годишна възраст/, с епизодични прояви на световъртеж със високочестотна или средночестотна загуба на слух до 50%. Предполагаеми причини:

- Ненормално позициониран кръвоносен съд, който влияе на вестибуларния нерв във вътрешния слухов проход;
- Хистологично доказана непълноценна съединителна тъкан по нервните окончания - ендонервна фиброза.

#### **1.4. ВЕСТИБУЛАРЕН НЕВРОНОНЕВРИТ - Neurononeuritis Vestibularis:**

**ДЕФИНИЦИЯ** - внезапен пристъп/еднократно или залпово повтарящи се атаки/ на световъртеж в пълно здраве. Еднакво срещано при мъже и при жени, във възрастовата група 30-40 години, с продължение от 1-2 дни. Сезонност - пролет и лято. Почти винаги се предхождат от инфекция на горните дихателни пътища/10-14 дни преди клиничната изява/.

#### **Етиология:**

- Вирусна/ОВИ, ХИВ – СПИН, шарки, рековасцелентни болни с имунен срив/;
- Токсична - професионални и битови токсини, наркомания.

#### **Патология:**

- Ендонервна фиброза и атрофия на нерва;

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

1.От анамнезата – нормален слух, световъртежна криза с дни; 2. Аудиограма; 3. Електронистагмографията показва контралатерален нистагъм от периферен тип; 4. Неврологични изследвания (проба на Ромберг, Унтербергер, носопоказалечна и др. )5. Ендокринологичен статус; 6.КТ, ЯМР с оцветяване – при асиметрия или повтаряемост на епизодите.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА-ОТОНЕВРОЛОГА:**

**Болните се лекуват в болнична обстановка, но преди това опл е уточнил неврологичния и ендокринологичен статус.**

1. Вестибуларни супресанти; 2. Кортикостероиди; 3. Дехидратиращи; 4. Рехабилитация;

### **1.5. ДОБРОКАЧЕСТВЕН, БЪРЗОПРЕХОДЕН, ПОЗИЦИОНЕН СВЕТОВЪРТЕЖ - Vertigo Paroxismalis Benigna:**

**ДЕФИНИЦИЯ** - Кратки епизоди на бързопреходен, периферен световъртеж, проявен при смяна на позицията на тялото у възрастни пациенти/над 50 години/. Касае се за сутрешен ортостатизъм с кратки епизоди на вертиго при местене на тялото в леглото (симулация на полуокръжните канали от преместващ се отолит).

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

1. от анамнезата – позиционен нистагъм, световъртежът продължава секунди; 2. диагностицира; 3. Документира; 4. проследява три форми – остра, периодична и хронична форма; 5. рядко се налага хоспитализация, обикновено за верифициране на заболяването.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:**

1. Неврологично и ендокринно изследване; 2. Амболаторно отоневрологично изследване; 3. Тонална аудиограма; 4. Електронистагмография; 5. Стабилометрия; 6. КТ/ ЯМР.

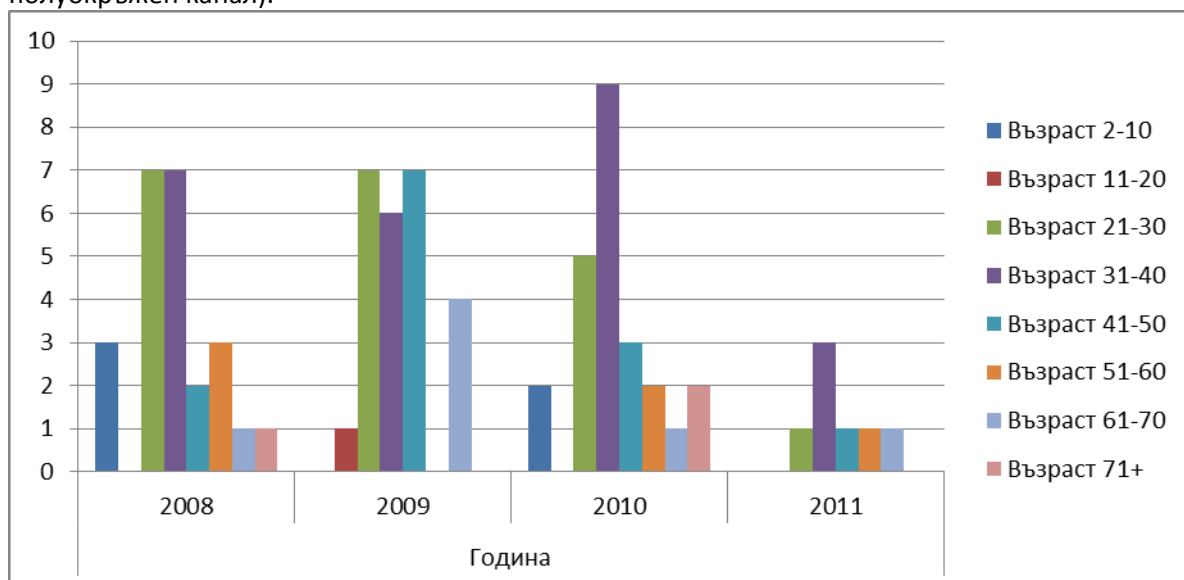
#### **Лечение:**

- Рехабилитационни упражнения, Ерлеу тренировки – целта е репозиция на преместилите се отолит.

При острите вестибуларни кризи ОПЛ е важно да определи:

- наличие на нистагъм и неговия вид (позиционен, продължителност, рецидиви);
- документация на заболяването;
- разпознаване на вестибуларните кризи;
- степен на слухова увреда (променливи или нормални стойности на слуха);
- консултации с ендокринолог/основно диабет и хипер функция на щитовидната жлеза/, невролог/ да диагностицира вертебробазиларна мигрена, мултиплена склероза и други демиелинизиращи процеси/, интернист/хипертония или тежка хипотония, анемия/

При тежки кризи, проявени и с вегетативни реакции, болният се хоспитализира, диагностицира и лекува в неврологично или в УНГ отделение (при съмнение за фистула на латералния полуокръжен канал).



**Графика 4. Лабиринтит – сечение по възраст и година според журнал на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“**

Графиката по-горе показва сечение на заболяването в съответната възрастова група. Основният извод, който може да се направи е, че заболяването най-често се проявява при пациенти във възрастовата група 31-40 години, както и при 20-30 годишните.

## **2. ВНЕЗАПНА СЛУХОВА ЗАГУБА/ВСЗ/**

**Дефиниция** според **NIDCD (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders)** - внезапната слухова загуба е остра, спешна, когато настъпва за период от около три дни, при слухов дефицит до 30dB за три последователни честоти . Тази дефиниция е работна и не е универсално приета. Някои автори включват пациенти със загуба на слуха само за една честота от 20 и повече dB и период от време по-малък от 72 часа.

**Внезапната слухова загуба** се разглежда като медицинска спешност в смисъл на бърза, точна диагностика и лечение/спиране на процеса и възстановяване на слуховата загуба /.

**Извод:**

**Ние категорично приемаме, като критерии за възстановяване от ВСЗ, единствено аудиометричното изследване.**

В България, през спешния кабинет на УМБАЛ „ Царица Йоанна – ИСУЛ” за периода 2008-2012 г., са преминали средно 32,4 пациента с ВСЗ.

**ЕТИОЛОГИЯ:**

- Понякога остават неизяснени и тогава говорим за ИДИОПАТИЧНА ВСЗ - проучване на Fetterman BL, Sanders JE, Luxford WM за периода 1989 - 1993 г. върху 837 пациента.
- Инфекциозни .
- Токсични/битови и професионални/:
- Ототоксични лекарствени средства;
- Контрацептиви
- Имунологични
- Неопластични процеси
- Неврологични процеси и невропатии
- Циркулаторни причини
- Травми
- Ятрогенни следоперации – стапедопластика:
- Половопредавани болести:

Основният клиничен симптом е намаления или напълно липсващ слух на едното и или по-рядко на двете уши „със” или „без” предшестващо наличие на шум с различна характеристика. Проявлението на вестибуларни симптоми могат да ни насочат към Мениеровия синдром. Наличната болка ни информира за вирусно-бактериално заболяване, особено ако в анамнезата открием предхождаща инфекциозна болест – 25 % от пациентите по данни на Mattox et Simmons.

**А. АЛГОРИТЪМ ори ОПЛ:**

- От анамнезата ОПЛ да изключи хронично заболяване.
- При диагностицирането значение има продължителността от време между появата на симптомите до посещението при ОПЛ и отолога, обикновено са 2-4 и повече дни.
- Отоскопия – нормално описание.
- Камертонални проби - Weber –латерализира към здравото ухо .
- Аудиограма – прогнозата за възстановяване е по-добра при ниско - и средночестотен дефицит, отколкото при високочестотна загуба. **Започването на бързо и адекватно лечение подобрява прогнозата, особено в първите 24-48 часа. Смята се, че процесите на оздравяване са с по-добра прогноза при започване на лечение до към 10-ия ден от ВСЗ.** Добър прогностичен белег се счита, че ако при започването на лечението се получи подобрене в слуховъзприятието и намалението на шума към третото денонощие от лечението.
- КТ/ ЯМР с оцветяване.

**Ивод:**

**Лечението трябва да започне от момента на появата на първите симптоми и само в болнично заведение.**

**В. АЛГОРИТЪМ ори ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- да разграничи внезапно звукориемно от звукопроводно намален слух;
- дали при предхождащо намален слух се е наслоила нова компонента от ВНС;
- анамнестично и с документи да потърси етиологията на заболяването;
- да информира пациента за възможността за оздравяване, влошаване, рецидивирание или засягане на другото ухо;
- да информира пациента за рисковете от лечението;
- аудиометрия;
- тимпанометрия, акустикус рефлекс;
- лабораторни изследвания;
- образна диагностика (КТ/ЯМР с висока резолюция, особено при внезапна едностранна слухова загуба със световъртеж);

#### Лечение

- високи дози кортикостероиди/ Prednisone, Dexametasone, Methylprednisolone, Betametasone

**През 2006 г. Conlin and Parnes определят, че лечението със стероиди не е "златен стандарт", но е безспорен фактор за добро повлияване.**

- съдоразширяващи (Pentoxfilline, Vinprocetine );
- антиоксиданти;
- противовирусни (Acyclovir, Valacyclovir) са с неясен ефект. Лечението с интерферон, орални антивирусни имат положителен лечебен ефект ;
- тромболитици, антикоагуланти
- витамини, диуретици, антибиотици, гинко билоба;
- имунотерапия;
- интравенозен Lidocain;
- Carbogen gas/смес от CO<sub>2</sub> и O<sub>2</sub> дозиран за 5 минути инхалация на час 1979 г. Показва клинично подобрене Colin and Parnes , показва положителен клиничен ефект ;
- Трябва да се вземе предвид възможност за perilymphatic fistula, ако лечението не даде ефект;

Контрол с ежедневни аудиометрии

#### Извод

**Диагностицирането на ВСЗ, при деца и възрастни, зависи от правилното интерпретиране на информацията от анамнезата, изследванията, аудиограма, тимпанограма и камертонални тестове. Това помагат при разграничаване на звукоприемната от звукопроводната загуба на слух и определя дали проблемът е двустранен. Изисква спешна хоспитализация с образна диагностика на средно и вътрешно ухо и прилежащите черепни структури.**

Образната диагностика на средното и вътрешното ухо, както на вътрешния слухов проход и прилежащите черепни структури е задължителна.

Изследванията при в спешен УНГ кабинет на УМБАЛ - „Царица Йоанна” показват следните зависимости:

Пациенти с внезапна остра глухота спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т						
	Година					ТОТАЛ
	2008	2009	2010	2011	2012	
Пациенти с внезапна остра глухота	36	42	27	30	27	162
Общо преминали пациенти през УНГ к-т	11992	13830	16352	12458	11061	65693
% съотношение	0.30%	0.30%	0.17%	0.24%	0.24%	<b>0.25%</b>

**Таблица 6. Пациенти с внезапна остра глухота спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т на УМБАЛ «Царица Йоанна - ИСУЛ»**

Процентът на страдащите от остра глухота спрямо общият брой преминали пациенти е малък и може схематично да се представи в таблицата по-горе:

Средно претеглената стойност по години е 0,25%.



**Графика 5. Възrastова структура и разделение по пол.**

Възrastовата графика се показва в графиката по-долу – най-често страдащи са възrastовите групи между 21 и 50 години, като разпределението между половете при заболяването може да се разгледа като с леко доминиране при мъжете. Обяснение на статистиката е по-честото излагане на мъже на силен шум, както и по-голямата вероятност за травма при тях.

## ЗАБОЛЯВАНИЯ НА УХОТО - ТРАВМИ

### ТРАВМАТИЧНА УВРЕДА НА ТЕМПОРАЛНАТА КОСТ, УШНАТА ОБЛАСТ

**Определение:** Разкъсно-контузни лезии, настъпили от външни силови въздействия с нарушаване целостта на тъпанчевата мембрана, слуховите костици и лабиринтната капсула на темпоралната кост.

**Честота:** При травмите в областта на главата, фрактурите на темпоралната кост/базата на черепната основа/са около 45 %, като от тях до 3 % обхващат аурикуларната зона.

Приблизително от 4 до 30 % от основните травми представляват фрактурите на черепната основа, като от 18% до 40% са свързани с темпоралната кост . По –голямата част са едностранни, двустранни от 9% до към 20 % .

Фрактурата на слепоочната кост е свързана с механизма на травмата, като клиничната изява е:

- пареза на лицевия нерв,
- шум в ушите със загуба на слух,
- световъртежна криза с нарушение на равновесието.
- оторрея/ринорея с изтичане на ликвор /.

След преминаване на **животозастрашаващото състояние**, в по-късен етап установяваме загуба на слух до пълна глухота, траен фациалис, перилимфатична фистула, ендолимфатичен хидропс, холестеатом, менингоцеле, енцефалоцеле, късен рецидивиращ менингит , засягане на други ЧМН от VI до XVI И васкуларна травма с засягане на канала на сънната артерия и сигмоидния синус

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

- От ОПЛ се изисква бърза ориентация за тежестта на травмата на главата, респективно областта на ушата мида, носната пирамида и най-важното базата на черепа.
- Основно задължение - осигуряване на нетравмиращ допълнително болния транспорт, най-често чрез БНМП.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:**

- Шокова зала:
- АНАМНЕЗАТА: разказ за инцидентта, слухова загуба с вида на оторееята/ кръв, ликвор/, загуба на съзнание;
- ФИЗИКАЛНО ИЗСЛЕДВАНЕ – отоскопия - кръв, ликвор, хемотимпанон, травматична руптура „със“ или „без“ дислокация на костни фрагменти и степен на слухова загуба/аудиометрията остава на заден план/;
- **Отоневрологично изследване** (ако общото състояние позволява) - световъртеж и други белези на лабиринтна травма като нистагъм, нарушено равновесие. Нервно-вегетативни реакции като гадене, позиви за повръщане и повръщане/лош белег е сифонното повръщане без облекчение/;
  - o Парализа n. Facialis и или други ЧМН;
  - o при хематомни очила и кървене от носа се подозира фрактура на базата на черепа;
- **Образна диагностика** - скениране/КТ или ЯМР с оцветяване/ - скенографското изследване обикновено ни дава характеристиката на фрактурата на темпоралната кост/която сама по себе си е и фрактура на базата на черепа/
- **Неврологична** консултация се осъществяват на „върха на прегледа“, като рентгенографията, а Schuller допълва изследването.
- **Консилиум** от анестезиолог-реаниматор, неврохирург, офталмолог и нерядко лицево-челюстен хирург.

Добрите правила за транспорт, предболнична и болнична реанимация подобриха прогнозата на тези травми.

**Надлъжна фрактура на пирамидата** - По дължината на цялата пирамидна ос, като преминава през cavum tympani. КЛИНИЧЕН БЕЛЕГ Е:

- хемотимпанон;
- кървене „със“ или „без“ дислокация на костни фрагменти;
- отоликворея/ликвора се доказва с тест - лента за урина, като позитивира глюкоза и бета-трансфераза/;
- разкъсване на тимпано-осикуларната верига с **проводно намален слух**;
- парализа на лицевия нерв.

**Напречна фрактура** на пирамидата травмира лабиринта и вътрешния слухов проход. клиничен белег е:

- интактни външен слухов проход и тъпънчева мембрана;
- глухота от приеман тип;
- парализа на n. Facialis;
- невро-вегетативни прояви;
- световъртеж с нистагъм към здравото ухо;
- риноликворея;
- рентгенографията, а Stenvers обогатява скенографското изследване;
- отоневрологичното изследване следва хода и тежестта на травмата;

**Смесена фрактура** съдържа елементи на горните две фрактури/около 62%/ .

Някои автори разглеждат клиничната проява:

- **Ранни** белези/хеморагична отореея, ликворея, парализа на фациалния нерв, световъртежна криза със загуба на слух/
- **Късни** белези/ нагъната тъмна мембрана, дислокация навън слухов проход, загуба на слух и рецидивиращи световъртежни кризи/, травматична енцефалопатия .

**Извод:**

**Оперативната ревизия на темпоралната кост се свързва най-често с реконструкция на тимпано-осикуларната верига, декомпресия на нерва, но само при стабилни жизнени показания и винаги след неврологично или неврохирургично лечение.**

## 1. РАЗКЪСНО КОНТУЗНА РАНА НА УШНАТА МИДА И УШНИЯ РЕГИОН (Vulnus Lacero Contusum Regionis Auricularis)

Фрактурите на темпоралната кост (респективно базата на черепа) често се съпътстват от разкъсно-контузни рани на ушната мида:

- спиране на кървенето;
- хирургическа обработка на раната – реконструкция;
- в хода на оздравяването цикатрикса може да доведе до пълно облитериране на външния слухов проход/поставяме кух дилататор/.



*Фигура 3. Разкъсно-контузна рана със загуба на тъкан на външното ухо, реконструкция с дилататор на външния слухов проход*

## 2. ТРАВМАТИЧНА РУПТУРА НА ТЪПАНЧЕВАТА МЕМБРАНА (RUPTURA TRAUMATICA MEMBRANA TYMPANI)

**Дефиниция** - пенетрираща травма/ятрогенно, самоувреждане, шамар - повишаване налягането във външния слухов проход, професионална травма, дори куриозния факт от разкъсване на тъпанчевата мембрана от целувка/от директно проникване на разрушаващия агент в средното ухо през латералната му стена, структурите на средното, нередко и вътрешното ухо.

### В. АЛГОРИТЪМ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Клиничните белези ние разделяме на:

**Леко разкъсване**, касаещо външния слухов проход и тъпанчевата мембрана без засягане на структурите на средното ухо и без значима функционална загуба с възможност за оздравяване без оперативна намеса.

- **Клинично** - типична анамнеза в момента на нараняването силна, краткотрайна болка с последващо намаление на слуха.
- **Обективно** - с отоскопия се установява травматична перфорация на тъпанчевата мембрана с различна големина, кръвонаседнали и „заметнати“ ръбове
- **Обработка** - кръвта от външния слухов проход се аспирира.
- **Изследване** - аудиометрията показва от липса на слухова загуба до проводно намаление до 4 db.

**Извод:**

**Под никакъв предлог не се прави промивка и не се накапват капки за уши.**

### А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ

- Аспирира кръвта от външния слухов проход,
- Направи аудиограма
- Издава първичния документ за пред съдебните власти.

Болният се хоспитализира и се планира за оперативно лечение в следващия ден . Подготовката може да се извърши и амбулаторно.

**Средно нараняване** на структурите на средното ухо, при които реконструктивната хирургия довежда до пълна функционална реституция.

- **Клинично** - болката е по-дълготрайна, слухът е значително намален, има световъртеж, но болните сами посещават лекарския кабинет.

### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

Оториноларингологът определя степента на спешност и след съответна предоперативна подготовка, може да проведе операцията веднага или в следващите 24 часа – местна, за децата обща анестезия, антибиотично покритие.

При изписването на пациента се прави контролна аудиограма, оформя се надлежна епикриза и насочва за съдебна медицина.

Пострадалите, **отказващи оперативно лечение** им се назначава антибиотично лечение, обезболяване, но не се препоръчва поставяне капки за уши. Насочват се задължително за съдебна медицина с подробен документ, описващ обективната находка в момента на прегледа.

**Тезко нараняване**, при което оздравяването протича с естетически дефект и функционална загуба. Нараняване по хода на лицевия нерв с клинична проява на периферен фациалис.

Хоспитализацията на болния преминава през **шокова зала**, където се копира острата световъртежна криза, скенира се засегнатата област.

Неврохирургична консултация, с последваща неврохирургична операция, е доминираща. В по-късен етап се прави реконструктивна, декомпресираща или санираща операция **отложена оториноларингологична спешност**.

При хемодинамично стабилен пациент и преодолена черепно-мозъчна травма саниращата операция може да се отложи във времето и да влезе в **планов** порядък.

**Ятрогенно нараняване на n. Facialis, при планова операция изисква неотложно оперативно лечение.**

### **3. КЛИНИЧНА ИЗЯВА НА ФРАКТУРИТЕ НА ТЕМПОРАЛНАТА КОСТ (РЕСПЕКТИВНО БАЗАТА НА ЧЕРЕПА)**

При надлъжните фрактури, нервът се засяга от 10% до 25%, а при напречните от 38% до 50%. Brodie and Thomson съобщават, че при децата са едва 3%, като го обясняват с флексабилността на детския череп.

#### **3. 1. ПАРЕЗА/ПАРАЛИЗА НА N. FACIALIS**

**Времето от травмата до настъпване на лицевата пареза има значение за прогнозата.**

При **незабавна** - 27%, показва директно нараняване, необратима травма. ПО - КЪСНО появила се пареза, около 73 % показва развитие на хематом в костния канал, с директна компресия и оток на нерва. Прогнозата е сравнително добра.

Darrrouzet et al описва 115 случая с фрактури на слепоочната кост, като изнася следните данни:

- пареза - 23 %; пълна парализа – 52 %; забавена парализа - 15%; вътречерепна увреда, с трайна парализа от централен тип – 10%. Те съобщават, че повечето травми са при geniculare ganglion и или на второто коляно.

Отоневрологично проучване показва:

- geniculare ganglion – 66%; второто коляно – 20%; тимпанален сегмент – 8%; мастоиден сегмент – 6%;

Патологично изследван показва, че отока и хематома са в 86% от случаите. Само 14% развиват фиброза, която късно обхваща нерва и клинично развива късен, периферен фациалис в 33% от преживелите случаи.

#### **3. 2. ИЗТИЧАНЕ НА ЦЕРЕБРОСПИНАЛНА ТЕЧНОСТ/CEREBROSPINAL FLUID LEAK/**

Ликворея се установява при 11% до 45% от случаите. Поради примеси с кръв, **ликворът се диагностицира чрез изследването му с beta -2 - transferin**. Brodie and Thomson съобщават, че 18 % от наблюдаваните са с отоликворея, но от тях само 7% развиват менингит. Менингитът е по-често, при деца със залежаване за повече от 7 (седем) дни след травмата.

#### **3. 3. ЗАГУБА НА СЛУХ/SURDITAS REPENTINA TRAUMATICA/**

При фрактурите на темпоралната кост, слуховата агуба варира от 20% до 50 %, може да настъпи веднага или по-късно, да е временна или постоянна, прогресивна и дори да се развие Sympathic загуба на слуха, в контралатералното ухо след известен период от време е. Аудиометрично е звукопроводна, звукоприемна и смесена.

3. 4. УВРЕДА НА ДРУГИ ЧМН - 8% от случаите

3. 5. ВАСКУЛАРНА ТРАВМА -фрактура и на каротисния канал.

3. 6. СВЕТОВЪРТЕЖЪТ

Световъртежът почти винаги се комбинира с намаления слух и продължава повече от година след травмата се проявява с клиниката на **посттравматичната енцефалопатия**.

3. 7. ПОСТТРАВМАТИЧЕН ЕНДОЛИМФАТИЧЕН ХИДРОПС/ENDOLYMPHATIC HYDROPS/  
**проявява се:** шум в ушите; слухова загуба; световъртежни кризи. Отличава се от болестта на Мениер, че винаги в анамнезата се установява предхождаща фрактура на слепоочната кост  
Диагностиката изисква отоскопия. Всички течности се аспирират и НИКОГА НЕ СЕ ПРАВИ ПРОМИВКА

3. 8. COMOTIO LABIRINTI

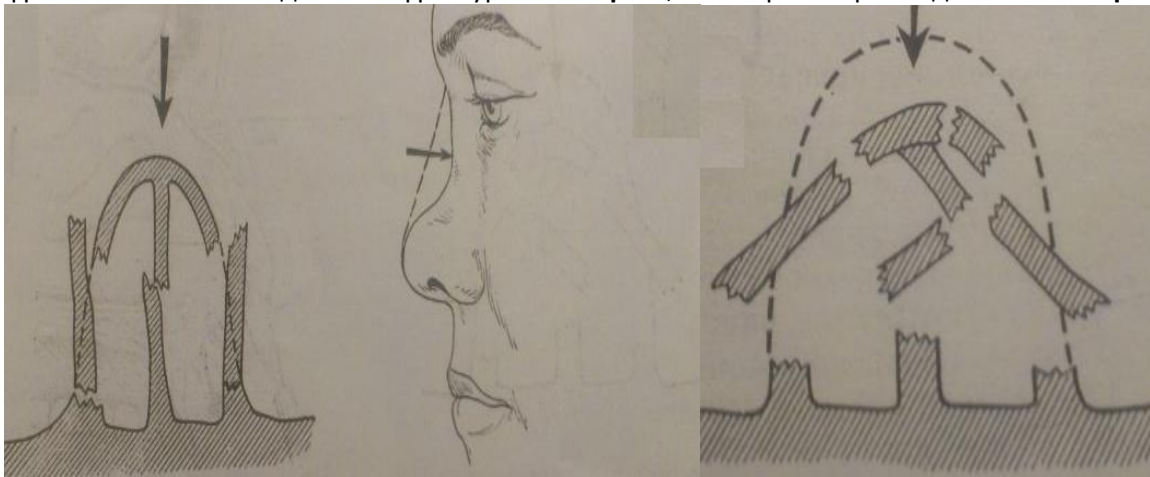
Дефиниция – травматична лезия на вътрешното ухо, проявяваща се в **функционална инсуфициенция до пълна загуба на слух и нарушена стато-кинетика**. Най-често ги свързваме с механичната травма/микрофрактури на лабиринтната капсула/, проявена с хеморагии в пери - и ендолимфата, увреда на цепестият лабиринт и кохлео-вестибуларните рецепторни клетки. Оплаквания се маскират от доминирането на симптомите на тежката травма, в хода на оздравяването ги поставяме в групата на следтравматичната енцефалопатия/ нормалната отоскопична картина, приемно намаление на слуха с позитивен рекруитман, пристъпни световъртежи/.

Тези болни имат ясна анамнеза и надлежна документация и се насочват от ОПЛ за консултация и лечение от отоневролог/ невролог.

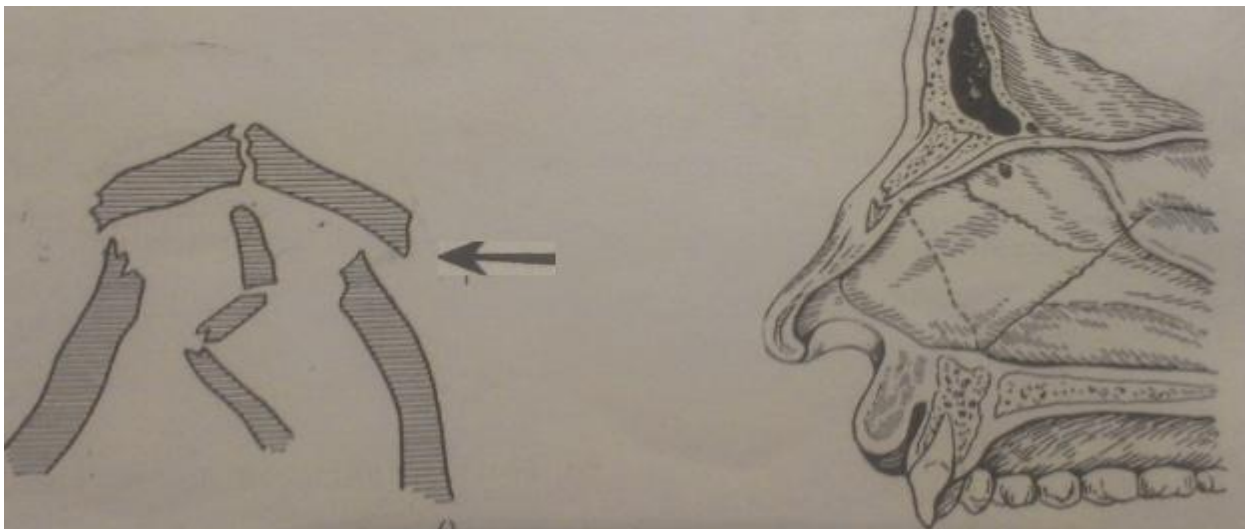
## VIII. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСА И ОКОЛНОСНИТЕ КУХИНИ

### 1. СЧУПВАНИЯ НА НОСТНАТА ПИРАМИДА/ СЧУПВАНЕ НА ЛИЦЕВИТЕ КОСТИ В СРЕДНИЯ ЛИЦЕВ ЕТАЖ/ FRACTURE OSSEA NASALIA/

**Дефиниция** – раздробяване на носни кости от директна травма върху лицевия череп. При среща на травматичния агент с лицевия череп пряко се засяга носната пирамида, като изкривяването на пирамидата следва посоката на удара - **латерални фрактури** на пирамидата. При фронтален удар се очаква хлътване на носните кости - **импресионна**. Ако костните фрагменти излизат над кожата фрактурата е **открита**, а ако крепитират под кожата е **закрита**.



Фигура 4. Импресионна фрактура



**Фигура 5 Латерална фрактура с раздробяване на носните кости**

Травмите на лицевия череп и носните кости се осъществяват при различни обстоятелства, биват битови; професионални; спортни; криминални/побой или опит за убийство/; особена група са ПТП и форсмажорни травми при война и природни бедствия.

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

- **Анамнезата** - инцидент, нелеп или силно драматичен, болните са склонни да агравират за състоянието на съзнанието си в момента на травмата. Почти винаги съобщават за **загуба на съзнание**. Лекарят трябва да прецизира обстоятелствата, съпътстващи травмата.
- **Клиника**
  - непосредствено след удара се усеща силна болка и видима деформация;
  - епистаксис - кървене с различна продължителност по време и дебит - от оскъдно до профузно/ най-често кръвоносен съд от басейна на сфенопалатина/;
  - по-късно се появява оток/ маскира изкривяването/;
  - „ травматични очила“/ околоочен хематом/;

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- палпация/крепитации
- образна диагностика –коронарна проекция

Диагностицира тежестта на фрактурата:

- при инпресионните, затворени фрактури на лицевия скелет се подозира **хематом на септума/ абцес** . Оперативната интервенция/ пункция, инцизия и дренаж под обща анестезия/ се правят по **неотложност**.

Американското дружество на пластичните хирурзи предлагат тежестта на травмата да се определи от засягането на орбитата поради значима корелация между конкретните видове фрактури и травмата на орбитата .

Образна диагностика:

- Рентгенография – фас и профил на носни кости
- Сканирането тук е задължително, защото ако се установи импресионно отчупване на лицевия скелет, т. е. Дълбока фронтобазална фрактура по Escher-III . Тогава интервенцията е обект на сложна хирургическа намеса с възможност за реконструктивна и хирургия със фиксиране на фрагментите - остеосинтеза с платки/ Ценев Е.,2006/.

Оториноларингологът преценява тежестта на травмата и моментът на пристъпване към оперативна реконструкция след:

- неврохирургична консултация;
- риноскопия, директен оглед с риноскоп;
- провеждаме оперативно лечение само след стабилизиране на хемодинамичните показатели на пациентите и

- **тежките случаи** и такива, които нямат ясен спомен за инцидента задължително **шокова зала** консилиум неврохирург, невролог, офталмолог, лицево-челюстен хирург.

В **шокова зала** оториноларинголога с призования консилиум е важно да определи вида на фрактурата - назоорбиталната; зигоматикоорбиталната и зигоматикомаксиларните фрактури.

**Извод:**

Нашето мнение е, че компютър - скенографски техники прецизират вида и степента на тежест травмата, която определяме по целостта на ринобазата и орбитата;

**Извод:**

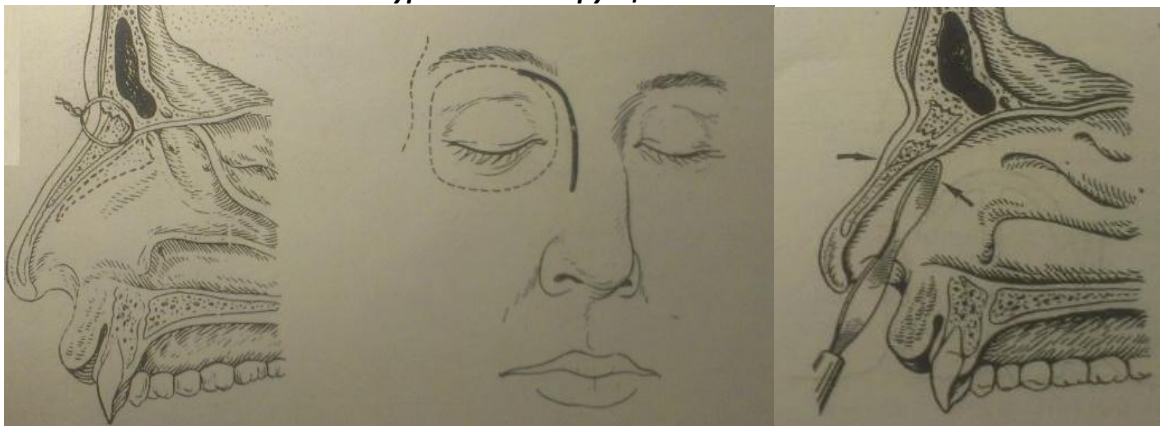
Ние следваме правилото за ранна реконструкция - не по късно от третия ден на травмата при условие, че няма значителни противопоказания предимно от неврогенен характер. Тя може да бъде отлагана не по-късно от 7-10 ден, тъй като осификацията към 10-12 ден от травмата е завършена

При реконструкцията се стремим да възстановим естетически и функционално носа и неговата кухина.

Хирургът реконструира фрактурата обратно на посоката на травмата, като фиксира репонираниите кости.



**Фигура 6 Реконструкция на носни кости**





**Фигура 7. Репозиция на носни кости.**

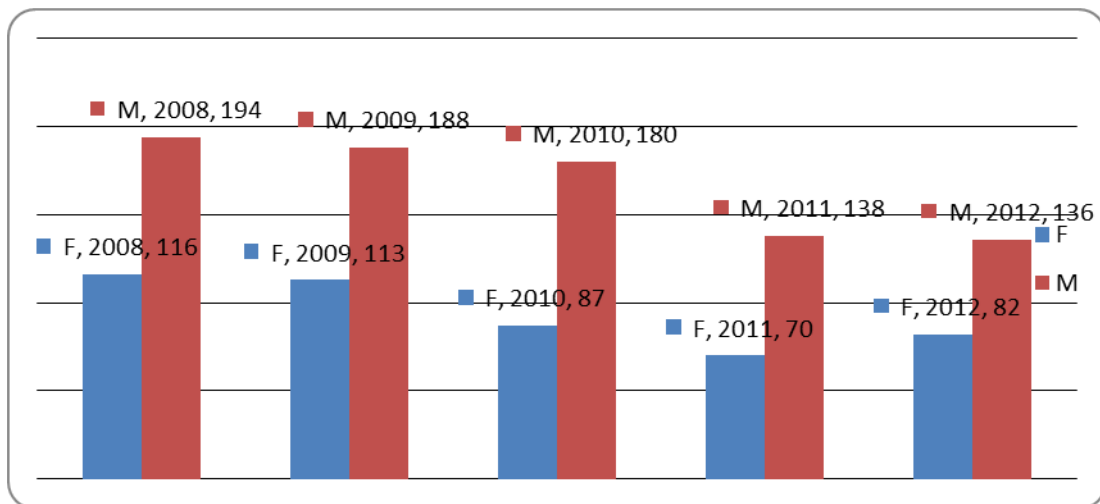
Пациенти с фрактура на носа спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т						
	Година					ТОТАЛ
	2008	2009	2010	2011	2012	
Пациентите с фрактура на носа	310	301	267	208	218	162
Общо преминали пациенти през УНГ к-т	11992	13830	16352	12458	11061	65693
% съотношение	2.59%	2.18%	1.63%	1.67%	1.97%	0.25%

**Таблица 7. Пациенти с фрактура на носа спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т на УМБАЛ „Царица Йоанна -ИСУЛ“**

Процентът на преминалите пациенти със счупвания на носаспрямо общият брой преминали пациенти е малък и може схематично да се представи в таблицата по-горе

Пациенти с фрактура на носа - сечение по възраст							
		Година					ТОТАЛ
		2008	2009	2010	2011	2012	
Възраст	0-1	3	9	7	2	3	24
	2-10	37	28	26	23	25	139
	11-20	57	55	46	34	36	228
	21-30	76	79	59	57	60	331
	31-40	55	51	47	36	21	210
	41-50	32	27	30	15	20	124
	51-60	23	17	18	15	15	88
	61-70	11	5	10	9	14	49
	71+	16	30	24	17	24	111
	ТОТАЛ	310	301	267	208	218	1304

**Таблица 8. Пациенти с фрактура на носа – сечение по възраст - преминали през УНГ к-т на УМБАЛ „Царица Йоанна -ИСУЛ“**



**Графика 6. Фрактура на носа – сечение по пол и година**

Заклучението, че счупванията на носа се срещат по-често при мъже във възрастовата група 21-30 години може да се направи от статистическата извадка по-горе и графиката за разпределението им по пол

## 2. ХЕМОРАГИЯ ОТ НОСА И СИНУСИТЕ (EPISTAXIS)

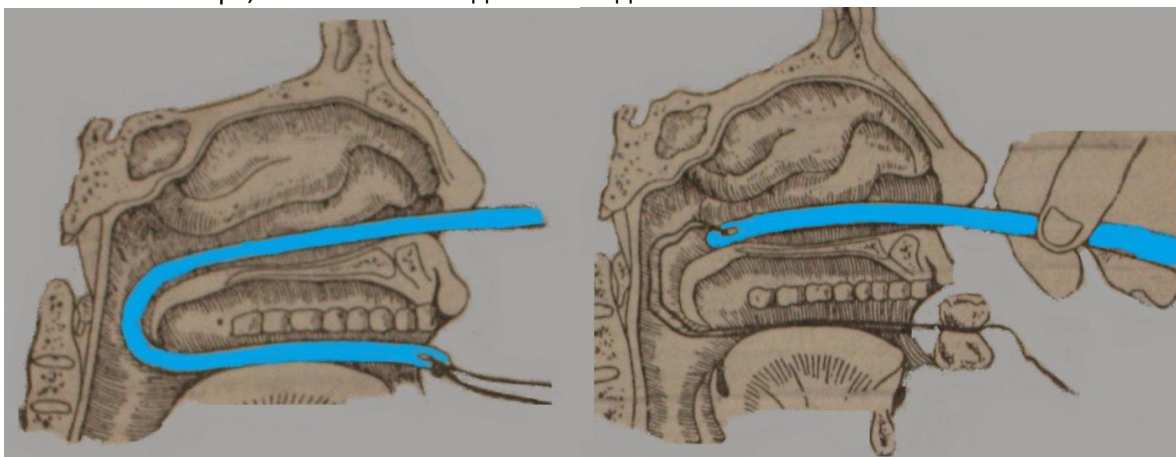
**Дефиниция** - кръвотечение от носа.

Лекуващият лекар трябва да познава артериалната система на а. maxillaris и а. ophthalmica, за да бъде наясно с различните техники за контрол на хеморагията.

Кръвоснабдяването се осъществява от външната и върешна каротидни системи, образуващи множество анастомози, като най-уязвимо подлигавично съдово сплетение е **Locus Kiesselbachi** на 1-2 см. от входа на носа.

Определяме епистаксисът като:

- **Преден** -/а. ethmoidalis ant . / - кървене у деца и млади хора, лесно се локализира с риноскопия и се лекува с адекватна предна тампонада
- **Заден** -/а. sphenopalatine et a. etm. posterior/ кървене у възрастни трудно се локализира, изисква тампонада и или ендоскопска техника.



**Фигура. 8. Задна тампонада**

Приблизително 60 % от хората поне веднъж в живота си страдат от кръвотечение от носа. При децата и младите хора кървенето рядко е живото-застрашаващо, обикновено тежките прокървявания са след 50 годишната възраст

### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

- **Първа помощ при epistaxis**

Пациентът трябва да направи следното:

- Болният сяда и притиска носните крила към септума за времето през което лекарят се подготвя за диагностика и лечение. Понякога това действие е достатъчно, за да спре кървенето;
- Кръвта се събира в легенче - приблизително се определя количеството на кръвозагубата;
- Поставя се лед на носа и се смуче лед/ Blitzer, A.,Schwartz J. -2008/, което **според нас** в условията на спешност е напълно безсмислено действие.

**Извод:**

**Във времето до получаване на квалифицирана помощ е необходимо да се направи тампонада и едновременно с това болният да притиска носните крила. Да се потърси и отстрани причината на кървенето . В 82 % от случаите е необходимо да се овладее хипертоничната криза - венозно приложение на хипотензивно средство**  
**Категорично отхвърляме правото на опл да опитва каутеризация на септум.**

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- **Шокова зала** - винаги с консилиум от кардиолог, реаниматор, невролог и надеждна лаборатория.
- Риноскопия - Локализация на кървящия участък - съд. Съобразно това определяме епистаксисът като:
  - **Преден** -/а. ethmoidalis ant . / - кървене у деца и млади хора, лесно се локализира с риноскопия и се лекува с адекватна предна тампонада.
  - **Заден** -/а. sphenopalatine et a. etm. Posterior/ кървене у възрастни трудно се локализира, изисква тампонада и или ендоскопска техника/електрокаутеризация на върха на кървенето/.

**Да се оцени загубата на кръв**

- Да се измери и коригира кръвното налягане, **консултация с кардиолог**
- Пълна кръвна картина, биохимия и **хемастезиологичен статус, консултация с хематолог**
- Интравенозен достъп - вливане през **два венозни пътя** на обемозаместващи течности или прясна еднорупова кръв/ при Hb около 70 ммол/л - тежка остра кръвозагуба или с голяма давност . **Този процес се контролира от реаниматор**
- **Спират се антикоагулантните медикаменти**

**Извод:**

**Силата на кървене не показва същинската кръвозагуба. Дори при липса на кървене по време на прегледа свивът на кръвните показатели мога могат да заплашват живота на пациента. Важно е времето и продължителността на кървенето.**

**Лечение**

- Поведението на лекаря зависи от продължителността и силата на кървене
  - оскъдно и слабо кървене се аспирират/ или издухват от пациента/ коагулумите от носната кухина и се прави надеждна риноскопия/ оглед с оптика/.  
Визуализира се кървящия съд, под местна анестезия и локални вазоконстриктори се опитва туширане с Argentum nitricum cristarum или електрокаутеризаци, субмукозно инжектиране на 1,5 мл на адреналин 1:100 000
- **Стандартни тампони** – хидроскопични/ фабрично произведени/ марли импрегнирани с различни желета, калциев аргинат или гъби
- **Гумени балони,**
- **Лазер -каутеризация**
- **Surgcel,/окислява целулозата/, Floseal/желатинова каша с тромбин с цел стимулиране тромбоцитната агрегация/**
- **Ангиографска селективна емболизация**
- **Оперативен достъп**
- **Ендоназално ендоскопско лигиране на а. Sphenopalatine – Budrovich and Saetti**

- Хирургическа лигатура

Кървене от средната към задна 1/3 на носния септум у възрастни/ anastomosis a. ramus posterior septi et palatine ascendens/ говори за напреднала **атеросклероза**

При хипертонична криза и **Polycetimia** vera под непрекъснат количествен контрол над кървенето можем да си позволим изчакване, за да обременим кръвоносната система

При наличието на **изкривяване на септума, шипове или кристи**, кървенето не рядко е под или зад тях . Ако при тампонадата не се достигне до кървящия съд, **усилието е безполезно**.

Тампонадата сваляме най-рано на третия ден от интервенцията .

**Извод:**

**Ние предпочитаме на „върха” на кървенето да извършим надеждна предна тампонада с памучен тампон. кървенето от задните отдели/ носния септум, назофаринкса и хоаните/ овладяваме с плътна задно –предна тампонада a’Velloq. Тампоните се напояват обилно с антисептична мас. При наличие на ендоскопска техника - електрокаутеризация на върха на кървенето.**

По-долу се представя в табличен вид взаимовръзката между историята на заболяването, изследването и съответната диагноза и лечение.

История		Изследване	Диагноза/лечение
Травма или нараняване Хипертония Антикоагуланти (аспирин) Тенденция към кървене Хемофилия Левкимия Тромбоцитопения Злоупотреба с кокаин Хронични химически отравяния	Предно кървене          Задно кървене	зона на Little/Locus Kisselbaschi       Задна носна кухина	Доболнична: - Първа помощ - Назална каутеризация - Тампониране на носа  Болнична: - Билатерално тампониране на задната носна кухина - Интервенционна ангиограма и запушване - Лигатура на вътрешната максиларна артерия
Morbus Rendu-Osler	Мултифокално	Дифузно	Тампониране
Angiofibroma epipharyngus	Живото застрашаващо	Назофарингс	Тампониране, Емболизация, Оперативно лечение, Кръвопреливане

**Таблица 9. Взаимовръзката между историята на заболяването, изследването и съответната диагноза и лечение**

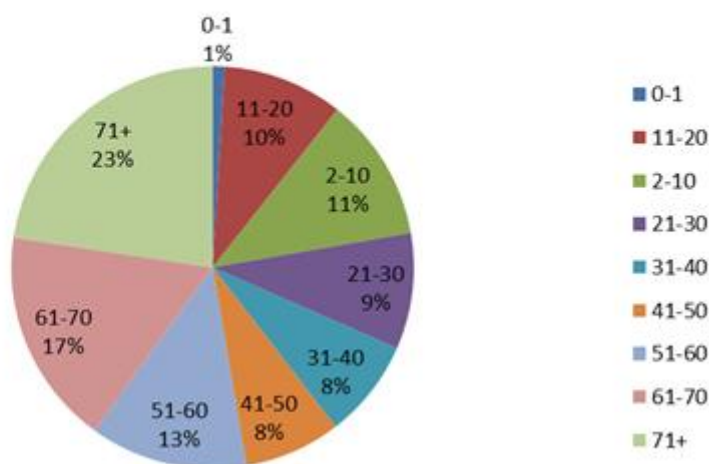
Изследванията при в спешен УНГ кабинет на УМБАЛ „Царица Йоанна” показват следните зависимости:

- За общият период на изследвани статистически данни 2008-2012 година, може да се обобща, че пациентите, преминали през спешен ушен кабинет, са предимно във възрастовата група над 50 години – над 53 %

Пациенти с epistaxis - сечение по възраст							
Година							
Възраст	Row Labels	2008	2009	2010	2011	2012	ТОТАЛ
	0-1	5	4	14	8	2	33
	11-20	59	62	81	58	71	331
	2-10	69	63	92	77	96	397
	21-30	76	66	58	66	53	319
	31-40	66	46	61	55	44	272
	41-50	46	50	66	55	49	266
	51-60	91	93	81	87	81	433
	61-70	102	109	132	119	133	595
	71+	137	143	136	161	197	774
	ТОТАЛ	651	636	721	686	726	3420

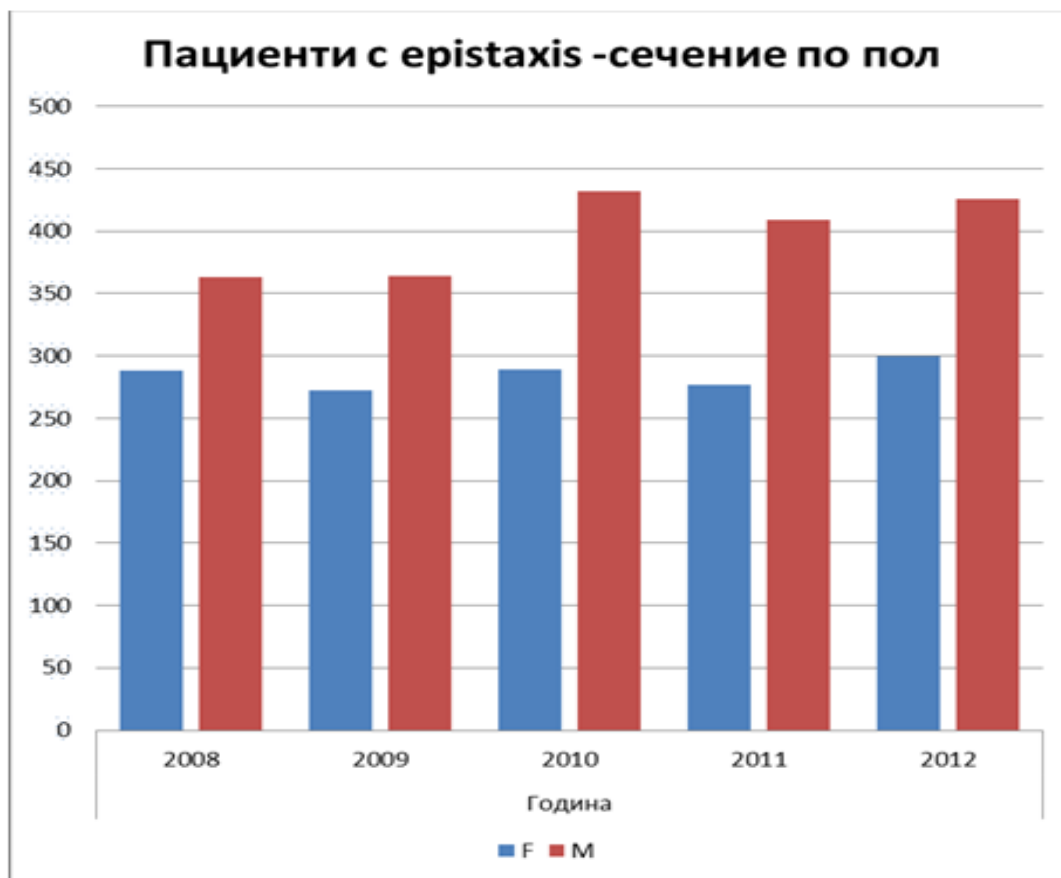
**Таблица 10. Пациенти с epistaxis - сечение по възраст**

**Пациенти с epistaxis - сечение по  
възраст -съотношение в %  
2008-2012**



**Графика 7. Пациенти с epistaxis - сечение по възраст процентно съотношение**

Наблюденията, получени на база данни от спешен ушен кабинет показват в УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ показват, че мъжете постъпват за помощ по-често, отколкото жените. Съотношението е 59% към 41%.



**Графика 8. Пациенти с epistaxis - сечение по пол**

Тенденцията от около 5,2 % спрямо общият брой преминали през спешен ушен кабинет, е сравнително постоянна като бележи повишение през 2012 година, което се дължи на по-нисък общ брой преминали пациенти за годината спрямо предходната, но и на нарастването им с 40 души.

Пациенти с epistaxis спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т						
	Година					ТОТАЛ
	2008	2009	2010	2011	2012	
Пациенти с epistaxis	651	636	721	686	726	3420
Общо преминали пациенти през УНГ к-т	11992	13830	16352	12458	11061	65693
% съотношение	5.43%	4.60%	4.41%	5.51%	6.56%	5.21%

**Таблица 11. Пациенти с epistaxis спрямо преминалите пациенти през УНГ к-тна УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“**

### **3. РИНОГЕННИ ОРБИТАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ (PERIORBITAL CELLULITIS)**

**Дефиниция** - Възпалително заболяване на орбитата най-често предадено по съседство, поради множеството съдови връзки, при силно вирулентен причинител, нарушен имунитет/имуносупресирани и имунодефицитни болни - СПИН/ и лошо или неправилно лекувани остри и хронични синусити .

**Причинители** са S. pneumonia, H. influenza, M. catarrhalis, S. pyogenes.

При **възрастните и големите деца** най-често се усложняват фронталният и етмоидалният синус, по-рядко максиларния и сфеноидалния

3.1. **Емпием** - при **децата** изхождат от етмоидалния лабиринт или **дентални емпиеми/** от зъбния зародиш/ - развива се типичен остеомиелит на максиларната кост с с орбитално усложнение/ Павлов ВЛ 1967, 1974 г. / Бактериалната инфекция преминава по

- съседство
- чрез остейт
- тромбозите на комунициращи съдове между орбита и синус

Много рядко се наблюдават орбитални усложнения поради дентални емпиеми на максиларните синуси у кърмачетата. При увреда на алвеоларните израстъци при кърмене и последваща инфекция се развива остеомиелит на максилата и миграция на инфекцията към орбитата.

В ерата на имунодефицитните състояния и имunosупресирани болни много автори съобщават за инвазивен гъбичен синусит, описан в три форми .

### **3.2. ОСТЪР ФУЛМИНАНТЕН ИНВАЗИВЕН ГЪБИЧЕН СИНУТ – Acute Fulminant Invasive Sinuitis ( AFIFS )**

**Дефиниция** - гъбична съдова инвазия/орбитална/, интракраниални усложнения и смърт. Обикновено болните са с инсулинозависим диабет, злокачествени заболявания с неутропения, СПИН, следорганна трансплантация или дълга кортизонова терапия.

**Риноскопия** с:

- **биопсия/** пато-хистологично се установява отлагане на сребро върху гъбичната стена, наличие на хифи в субмукозата/ и
- **микобиологично/** хифите флуоресцират/ изследване за гъби
- **образната диагноза** - предпочита се ЯМР

Хирургичното лечение се предприема при наличие на хифи в субмукозата и възпалителни инфилтрати със започваща некроза, но не е обнадеждаващо . Извършва се радикална максилектомия, при смъртност около 20 %, докато ако заболяването прогресира с интракраниално усложнение смъртността е почти 100 %

### **3.3. ОСТЕОМИЕЛИТ НА ФРОНТАЛНИЯ СИНУС ( POTT'S-PUFFY TUMOR)**

Диагностицира се само на фронталния синус. През 1775 г. сър П. Потт описва заболяване, което по същество е субпериостален абцес, свързан с челен остеомиелит

**Клинично**

Болните показват оток на челото/Pott,s puffy tumor - PPT). Той е в резултат на остър или хроничен фронтален синусит при сравнително редките причинители Fusobacterium, Bacterioides, анаеробни стрептококи

**Диагнозата** се определя от главоболие, фотофобия, треска. ОБЕКТИВНО - ринорея с типично подуване на челото и скалпа

**Лечението** широкоспектърни антибиотици/за повече от 6 седмици - и ендоскопска челна синусотомия. Mortimer and Wormald показват, че на близо 80 % от пациентите се налага трепанобиопсия със външен достъп

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

- Предхождащ горна респираторна инфекция;
- Оток на горните клепачи и периорбиталните тъкани;
- Трудност при отваряне на окото;
- Болка в зоната около окото;
- Движението на очната ябълка и зрението не се засягат;
- Анамнезата и обективният статус насочва пациента към специализирано заведение;

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:**

**Клинично:**

- Болка при движение на окото;
- Намалена подвижност на окото;
- Двойно виждане;
- Промяна в цветното зрение;
- Промяна в остротата на зрение;

- Образна диагностика - ЯМР/КТ;
- Орбитални **графи** с осев и коронарни проекции на орбита и синуси
- Микробиологично изследване на носен секрет за флора и антибиогма;
- Стартиране на широкоспектърни антибиотици и кортикостероиди венозно
- Всяко съмнение за промяна в остротата на зрението, цветовъзприятието или предположение за интраорбитален абсцес изисква **спешна хирургическа намеса**.

Класификацията по Chandler's определя орбиталните усложнения в 5 групи:

Група 1:

- Cellulitis periorbitalis/ cellulites preseptalis/ - възпалителен инфилтрат/ оток/ възпалението обхваща кожа и подкожие - мастната клетъчна тъкан до Теноновата капсула.
  - **Клинично** подути зачервени, болезнени клепачи
  - **Обективно** – зрителна острота, зенична реакция и вътреочното налягане са нормални
  - **Лечение** – механичен дренаж на синусите с диконгестиви, антибиотици 70 % от всички синусни усложнения

Група 2:

- Cellulitis orbitalis/celullulitis postseptalis/ - процесът навлиза инфилтрира ретробулбарната тъкан и по своето същество е ретробулбарна флеботомбоза/
  - **Клинично** – дифузен оток, хемоза, силна болка при запазена зрителна острота

Пациентите ежедневно се консултират с офталмолог, който следи зрителната острота, цветното зрение, зеничната реакция и подвижността на орбитата

**Лечение:**

**Хирургичният дренаж се включва, когато е налице:** - влошаване в първите 36 -48 и никакво подобрение до 72 часа часа от антибиотичното лечение, ЯМР показва развитие на абсцес, влошаване на зрителната острота, загуба на цветоусещането особено за червен и зелен цвят

Група 3:

- Abscessus subperiostalis - възпалителния процес се локализира като ограничен гнойник между периоста на орбитата и костната ѝ стена

Група 4:

- Abscessus orbitalis/intraorbitalis/ – гнойна колекция и тромботични изменения в съдовете на орбитата

Група 5:

- Thrombosis sinus cavernosus

### **ОРБИТАЛЕН ЦЕЛУЛИТ/ CELLULITIS ORBITALIS/**

Орбиталният целулит - възпалителен процес в орбиталната зона проявен с дифузиран болезнен оток . Подуването на орбитата е в резултат на **забавен венозен ток и повишено налягане** - двата основни фактора за развитието на флеботромбоза .

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

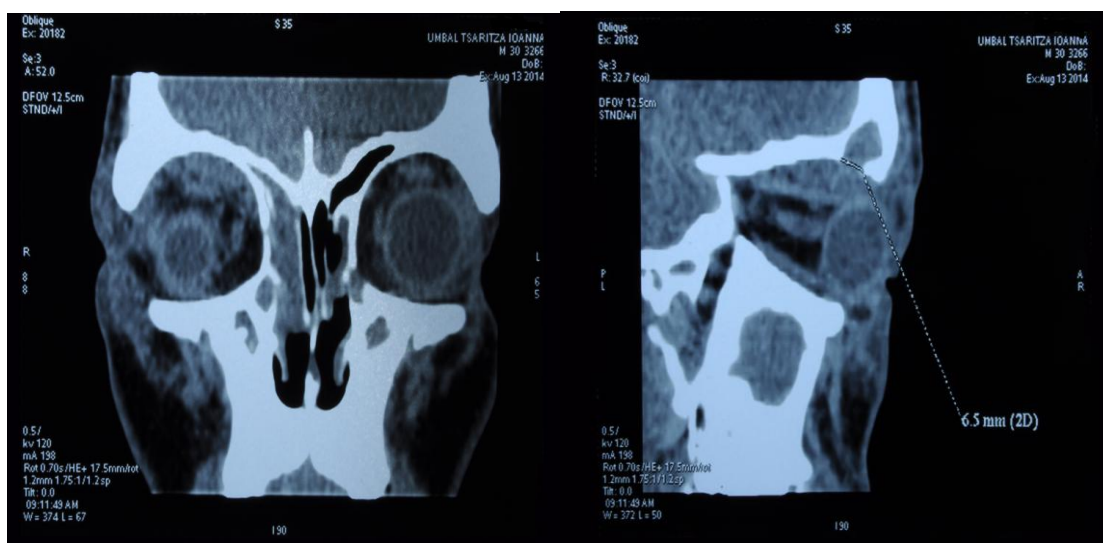
- Подуване на горния клепач, проптозис, хемозис.
- Болка в орбитата
- Ограничаване на подвижността - зрението не е нарушено
- Консултация с офталмолог – да установи промяна в зрението
- сино-орбитални графики с осев и коронарни проекции
- ЯМР/ КТ с контраст ще покаже повишаване на отточния орбитален ретикулум и съседните тъкани.
- Ранното лечение включва интравенозни антибиотици, кортикостероиди, обезболяващи/ неуспехът от лечение се индикира с прогресивно намаляване на зрението/

**Извод:**

Преглед за признаци на по-сериозно периорбитално усложнение изисква пълен офталмологичен статус. Всяко съмнение за промяна в остротата на зрението, цветовъзприятието или предположение за интраорбитален абсцес изисква спешна хирургическа намеса

#### Критерии за хирургически дренаж

- Постоянна температура след 36я час, клинично влошаване след 48 час и липса на подобрение след 72 от антибиотичното лечение, както и поне едно от по-долу изброени билези
  - компютърна томография, показваща абсцес;
  - сила на зрение при 20/60 от предварителното изследване;
  - тежки орбитални усложнения (ослепяване, аферентен попиларен рефлекс);
  - прогресиране на орбиталните симптоми, въпреки терапията;



Фигура 9. Скенографски образ на случай от Фигура 15.1. (случай – Тодоров Сп., Конов Д.)

година	възраст	пол	Причина	лечение	отделение
2008	15 г.	М	Pansinusitis sinistra	Pansinusothomia sinistra	Детско УНГ
2010	4 г.	М	Ethmoiditis sinistra	Ethmoidectomy sinistra	Детско УНГ
2012	17 г.	М	Pansinusitis sinistra	Pansinusothomia sinistra	Неврохирургия

Таблица 12. Орбитален целулит – възраст, пол, лечение

В периода 2008 -2012 година за спешно лечение от орбитален целулит през клиниката на УМБАЛ „Царица Йоанна –ИСУЛ”, са преминали трима пациенти от мъжки пол във възрастовата група под 18 години. Извършена е оперативна интервенция с различна степен на тежест на заболяването, като в последния описан по-горе случай се наложи неврохирургична оперативна намеса поради развитието на интракраниално усложнение, субдурален абсцес

**ВЪТРЕЧЕРЕПНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ** не са обект на настоящия труд, не са често срещани, но са с изключителен риск за живота

## IX. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГЪЛТАЧА

### 1. TONSILLITIS

Тонзилит - възпаление на небните тонзили е често срещано заболяване при УНГ и общопрактикуващите лекари. Бактериален патоген са B-hemolytic streptococcus, Moraxella, catarrhalis и Hemophilus influenza.

Тонзилитът се предхожда от първоначална вирусна инфекция. Лечението е антибиотично, аналгетици, течности и почивка.

Лимфоидният пръстен на Пирогов-Waldeier е с доказана имунологична роля – нарушен локален имунитет.

Нарушен назо-пулмонален рефлекс при горен обструктивен синдром. С отпадане на физиологияното носно дишане, затоплянето и овлажняването на въздуха се измества към ларинкс-алвеоли. Въздухът не се филтрира и овлажнява и се създават условия за развитие на хронични заболявания в дихателната система още от детска възраст.

Горен обструктивен синдром (ГОС) - така наречената назална, фарингеална обструкция при хронична хипертрофия на аденоидната вегетация и/или на нервните тонзили и полученото от това затруднение на дишането се определя като асфиктичен синдром, при който страда оксигенацията на кръвта, но не се манифестира с ангинозни прояви, а с прояви на сънна апнея.

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

- от **анамнезата**: Остър тонзилит; Обострян хроничен тонзилит; Рецидивиращи абсцеси.
- Симптоми: Болка при преглъщане; Сухо гърло; Треска; Тризм с изтичане на слюнка от устата/малки деца/; Лош дъх; Перитонзиларен оток с изместване на увулата.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- Шокова зала;
- Хидратиране чрез венозни вливания на умерена капка;
- Антибиотично лечение продължение на 10 дни;
- Обезболяващи – парентерално;
- Стероиди;
- Гърлото се третира с локален анестетик/ или се инжектира лидокаин в мукозата/
- Микробиологично изследване на гърлен секрет;
- Локално антисептици и болкоуспокояващи;

#### **Извод:**

**Тежко протичащи ангини, се хоспитализират в инфекциозна клиника, но усложненията са приоритет на УНГ отделенията, като се изисква неотложна интервенция. Преди това същинската ангина трябва клинично и пара клинично да бъде разпозната от особените форми или симптоматичните ангини.**

#### **Усложнения при тонзилит:**

- **Дихателна обструкция** – симптоматични ангини - мононуклеоза, задух по време на сън.
- **Перитонзиларен абсцес** – гнойна колекция на небната тонзила и тонзиларното ложе. Клиничните проявления на перитонзиларните абсцеси биват: **преден** – гнойната колекция е между тонзилата и горната небна дъга, **заднен** - зад тонзилата; **латерален** – между тонзилата и тонзиларното ложе, **долен** – по долния полюс на тонзилата

#### **Клинично:**

Пациентите са с температура, треска, интоксикирани, trismus и слюноотделяне.

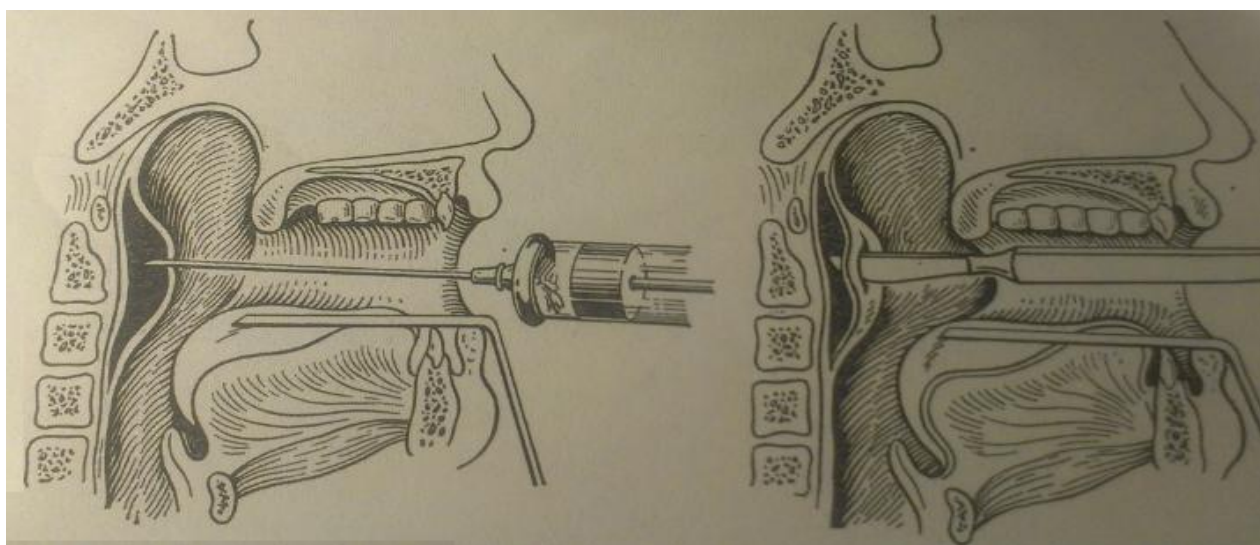
Перитонзиларни абсцеси във възраст 0-20 години						
	Година					
ВЪЗРАСТ	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
0-1	0	0	0	0	0	0
2-10	1	3	1	2	3	10
11-20	4	5	6	2	4	21
TOTAL	5	8	7	4	7	31
Пациенти с остър тонзилит във възраст 0-20 години						
Възраст	Година					
0-20	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Брой	278	421	336	284	344	1663
Съотношение на пациентите с перитонзиларен абсцес спрямо общият брой на пациентите с остър тонзилит във възраст 0-20 години						
Възраст	Година					
	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
процентно съотношение	1. 80%	1. 90%	2. 08%	1. 41%	2. 03%	1. 86%

**Таблица 13. Пациенти с тонзилит и перитонзиларен абсцес - зависимости**

- **Парафарингеален и ретрофарингеален абсцес** – гнойна колекция, локализирана в парафарингеалното или ретрофарингеалното пространство по време на или непосредствено след боледуване от ангина, перитонзиларен абсцес, супуративен лимфаденит.

**Лечение по неотложност:** пункция в декливатата зона на абцеса, външна инцизия с дренаж по хода на иглата .

За периода 2008 - 2012 година при пациентите до 20 годишна възраст, спешно хоспитализирани и оперирани са седем случая с абсцес, като два са ретрофарингеални а пет - парафарингеални. Не може да се даде еднозначен отговор дали етиологията е тонзиларна.



**Фигура 10. Ретрофарингеален абсцес - пункция, инцизия.**

Щом с пункцията попаднем на абсцес - широко дренираме чрез ИНЦИЗИЯ  
Ако при първата пункция не сме попаднали на абсцеса, изчакваме до 24 часа и ако няма подобрене, отново пунктираме.  
Рецидивиращите абсцеси са сериозна индикация за планова тонзилектомия.  
Абсцес - тонзилектомия е оправдана само при жизнени показания - токсиемия, тонзилороден сепсис

Пациенти с остър тонзилит спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т						
	Година					ТОТАЛ
	2008	2009	2010	2011	2012	
Пациенти с остър тонзилит	727	962	789	582	733	3793
Общо преминали пациенти през УНГ к-т	11992	13830	16352	12458	11061	65693
% съотношение	6.06%	6.96%	4.83%	4.67%	6.63%	5.77%

**Таблица 14. Пациенти с остър тонзилит спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т**

Пациенти с остър тонзилит - сечение по възраст							
	Година						ТОТАЛ
		2008	2009	2010	2011	2012	
Възраст	0-1	6	21	12	13	10	62
	2-10	154	230	180	176	187	927
	11-20	118	170	144	95	147	674
	21-30	187	236	198	153	180	954
	31-40	134	176	128	87	115	640
	41-50	57	53	53	23	34	220
	51-60	36	28	37	18	14	133
	61-70	14	23	20	7	6	70
	71+	21	25	17	10	40	113
	ТОТАЛ	727	962	789	582	733	3793

**Таблица 15. Пациенти с остър тонзилит - сечение по възраст**

Възрастова група 2-30 г. -сечение по пол

Възраст	ПОЛ	ТОТАЛ бр. 2008-2012
11-20 г.	F	349
	M	325
2-10 г.	F	398
	M	529
21-30г.	F	504
	M	450

**Таблица 16. Възрастова група 2-30 г. -сечение по пол**

Изследванията при в спешен УНГ кабинет на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ показват следните зависимости:

- Острият тонзилит представлява средно около 5,77% от случаите, преминали през спешен ушен кабинет за периода 2008-2012, като процентите варират през годините между 4,67 и 6,96. Онаглежда се от таблицата по-горе.
- Прави впечатление, че проявлението на болестта е особено засилено при пациенти във възрастова група от 2 до 10 и от 21 до 30 години, на трето място се нареждат пациентите във възрастова група 11-20 години -около 68% от общо заболялите Тяхното сечение по пол е предсъвен от Таблицат 17

## **2. ХЕМОРАГИЯ СЛЕД ТОНЗИЛЕКТОМИЯ**

Бива:

- вторична/късна/ хеморагия, когато се прояви 5-10 дни след тонзилектомията
- първична/ранна/ - се наблюдава в първите 24 часа след операцията.

Тя се проявява в по-малко от 10% от случаите и може да е резултат:

- на **инфекция** – от последната вирусно-бактериална инфекция да има период - поне един месец, пред оперативната подготовка да покаже норма в изследванията;
- **прилежащи съдове**, които се засягат, особено когато се преодоляват срастванията/ при „тъпо“ от препариране/;
- неподозирано вродено или придобито нарушение на **хемастезиологичния статус** - липса или недостиг на кръвосъсирващи фактори;
- жени по време на **мензес** не се оперират;
- пациентите пред оперативно трябва да се предупреждават за възможността от кървене до към 14 ден след операцията и да спазват ограничен **двигателен режим**
- **Аномално** кръвоснабдяване от аа. Tonsillaris.

### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

ОПЛ, БНМП спешно транспортират болния до най-близкото специализирано УНГ звено, в някои случаи с реаномобил.

### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛОРИНГОЛОГА**

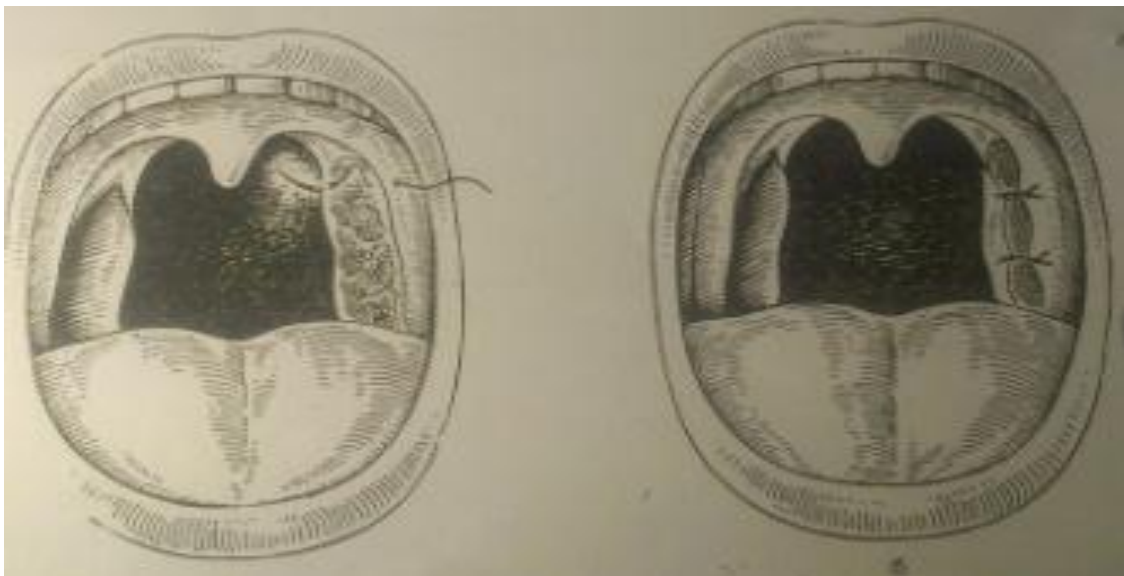
При постъпването **пациентите не дават точна информация за количеството на кръвозагубата**, поради уплахата са склонни да агравират състоянието си. Грешка е, ако пренебрегнем оплакванията.

- пациентът се приема за **наблюдение**;
- поставя се на легло в **шокова зала** и се хващат два венозни пътя;
- пълна кръвна картина с биохимия, **хемастезиологичен статус**;
- определя **се кръвна група**, а при стойности на Hb около 70 mol/l - незабавно **кървопреливане** на едно групово прясна кръв
- вливане **на обем-заместващи течности**, на умерена капка, или такава каквито назначи реаниматорът-анестезиолог. Не се препоръча форсирани вливания.
- прием на **антибиотици**

Най-съществено усложнение при тонзилектомиите и аденотомиите и най-честа причина за летален изход е хеморагията. При ранна хеморагия- в първите 24 часа след операцията (2,2%) и късна –до 15ия ден след операцията (3%). По данни на български автори пост-оперативната хеморагия се среща в 0,58% от оперираните пациенти, като при 0,44% се е наложила допълнителна хирургична обработка .

**Извод:**

- **Щом се визуализира кървящ съд или кървене на широка площ/ от отпаднал следоперативен налеп се прави щателна ревизия с обшиване на тонзиларното ложе/ под обща анестезия за лесен и пълен контрол върху дихателните пътища, минимизира аспирацията/**
- **Каутеризацията увеличава следоперативната некроза;**
- **Пациентът трябва да бъде оставен на течности в продължение на 24 часа, вливания и лед**
- **Биполарна каутеризация може да се използва само по време на ревизия с последващо обшиване на дъгите. Използването на различни кристали, киселини с каустично действие, е безсмислено, тъй като засилва некрозата и кървенето рецидивира.**



**Фигура 11. Ревизия с обшиване на тонзиларното ложе при хеморагия, в следствие на тонзилектомия.**

## **Х. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГРЪКЛЯНА**

### **ОСТРА ОБСТРУКЦИЯ НА ГОРНИТЕ ДИХАТЕЛНИ ПЪТИЩА/ООГДП/, проявена с остра инспираторна недостатъчност/ларингеален задух, стридор, тираж, асфиксия/.**

#### **Клинична класификация**

- 1 Възпалителни отоци:
  - 1.1 Възпалителни процеси в самия ларинкс
    - 1.1.1 Остра ларингеална обструкция у децата
      - a) Епиглотит
      - b) Субхордален ларингит
      - c) Остър стенозиращ ларинго-трахео-бронхит/ОСЛТБ/
      - d) Доброкачесвен рецидивиращ спазматичен псевдокруп у невротични деца проявен с преходен оток на субглотиса/ Нощен лек инспираторен задух с лаеща кашлица и ясен глас/
    - 1.1.2 Остра обструкция у възрастните
      - a) Остър супраглотит у възрастните/Епиглотит у възрастните/
      - b) Перихондрит на ларинкса
      - c) Абсцес и Флегмон на ларинкса
  - 1.2 Възпалителни отоци по съседство/релативни отоци/:
    - a) Перитонзиларен абсцес
    - b) Парафарингеален абсцес
    - c) Ретрофарингеален абсцес
    - d) Angina Ludovici/флегмон на пода на устната кухина/
  - 1.3 Инфекциозни заболявания по-често протичащи с обструктивна ларингеална симптоматика/грип, морбили, дифтерия/
- 2 Невъзпалителни отоци на ларинкса
  - 2.1 Алергични реакции при медикаментозни алергии, алиментарни, . алергии при ухапване от насекоми в областта на ГДП.
  - 2.2 Oedema Quinke
- 3 Oedema angioneurotica hereditaria
- 4 Травми
  - 4.1 Външни (открити и закрити)

- a) Удър в областта на ларинкса
  - b) Изгаряния/ с горещи пари киселини, основи и др. /
- 4.2 Вътрешни
- a) Хематом/супурирал хематом - абсцес/
  - b) Фрактура на хрущяли
  - c) Чуждо тяло в ларинкса
  - d) Пробив на ларинкса с емфизем
  - e) Ятрогенни травми при диагностично-терапевтични манипулации
  - f) При опит за tentamen suicidum – счупване на подезичната кост и хрущяли
- 5 Тумори на ларинкса и пенетрация на тумори от съседни органи

### 1. ОСТРАТА ЛАРИНГЕАЛНА ОБСТРУКЦИЯ У ДЕЦАТА ВКЛЮЧВА:

- 1.1. Остър епиглотит/ Epiglottitis acuta, Laryngitis supraglottica/
- 1.2. Остър субхордален ларингит/Laryngitis subchordalis, Laryngitis subgottica/
- 1.3. Остър стенозиращ ларинго-трахео бронхит (ОСЛТБ)/Laryngo-tracheo-bronchitis stenosis acuta/

**Клинично** ги обединява остро, драматично начало, прогресивно развитие и възможност за летален изход поради недостиг на въздух – инспираторния задух.

**Стридорът** е честа находка при пациенти със заболявания на ГДП. Това не е диагноза, а знак за обструкция на ГДП. Когато възпалението се развива в дихателните пътища, луменът им се стеснява.

Боледуват **деца**, по-малки от 4 годишна възраст. Те най-често посещават спешните отделение и кабинетите на ОПЛ . Тежестта варира от лека форма до потенциално животозастрашаващи обструкции на дихателните пътища.

Анатомична диспозиция:

- Математически е изчислено величината на компроментиране на дихателния просвет при възпаление . У новородени дихателната тръба има диаметър приблизително 5мм. При 0,5 мм оток в субглотиса ще се промени калибъра на дихателните пътища до 64 % от първоначалната ефективна дихателна площ
- Крикоидния хрущял представлява напълно **затворен пръстен**
- Езичната повърхност на епиглотиса, ариеноидите, ариепиглотичните гънки, субглотичното пространство ларингеалната лигавица лежи върху рехава съединителна тъкан, което предразполага за развитието на отоци/КОКИ Георгиев, Тодоров, УНГ болесих, 1998 г.,изд. Знание”, ЕООД,,241
- Склонност към **спазми**

**Имунен дефицит** - от незрялата имунна система

**Микробиология** - рецидивиращи вирусни/бактериални инфекции на фона на алергия

**Патохистологично** - типичните белези на възпалението:

#### 1. 1. ОСТЪР ЕПИГЛОТИТ

Показва рязко намаление броя на случаите след въвеждане на **Н1в-ваксинирането**.

**Причинители:**

Класически Haemophilus influenzae typus B/ Н1В/ и микроорганизми различни от **Н1В/** стрептококи/група А/, стафилококи, пневмококи, клебсиела, псевдомонас, вируси

**Патохистологична характеристика**

Типично възпаление - целулит на супраглотисните структури предимно езичната повърхност на епиглотиса, но обхваща и ариепиглотисните гънки.

**А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

Касае се за заболяване подлежащо на спешна хоспитализация, позовавайки се на следните клинични изяви:

**Деца** между 2 и 7 годишна възраст пристигат при лекаря с характерната принудителна позиция на тялото/ **статив – позиция**: седнало положение с подпрени назад ръце, повдигната брадичка нагоре и отворена уста от която изтича слюнка поради силната единфагия и инспираторна диспнея:

- остро, **драматично начало** с бързо развитие за часове - **задух/стридор, тираж/**
- обилна **саливация** с невъзможност за преглъщане
- **ясен глас**
- **висока температура**

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- Детето се настанява в **шокова зала** с готовност за интубация и трахеотомия
- Мониторинг
- Венозен път с апликация на кортикостероиди от 3 – 7 мг/кг
- Подава се овлажен въздух обогатен с кислород и адреналин в инхалаторния „контейнер“
- Призовава се екип от реаниматор, педиатър
- Лабораторни изследвания обикновено се установява левкоцитоза с олевяване
- Рентгенологично – удебелен и закръглен епиглотис със загуба на валекуларното пространство

#### **Обективно**

Установява се **зачервен и оточен супраглотис**(вкл. епиглотис, ариепиглотисните гънки и аритеноидите) . Видим с оромезофарингоскопия като колбас, епиглотисът се визуализира често снизпъкване над корена на езика

#### **Лечение**

- Високи дози кортикостероиди и антибиотици/ Ampicilin/
- Готовност за трахеотомия. При рязко спадане на сатурацията, засилване на стридора, поява на епигастрален тираж, акроцианоза и бледост т. е. задух от II степен се прави интубация, а при невъзможност за интубация – трахеотомия
- Индивидуален пост.
- Екстубация може да се предприеме в рамките на 48 часа, тъй като при адекватно лечение болните се повлияват бързо.

#### **Извод:**

**Нашето мнение е, че екстубацията трябва да се предшества от ларингоскопия с гъвкава оптика**

#### **1. 2. СУБХОРДАЛЕН ЛАРИНГИТ/ LARYNGITIS SUBCHORDALIS, s . PSEUDOCROUP/**

Много автори го приемат като лека форма на острия стенозиращ ларинготрахеобронхит. Представява алергично, алергично-инфекциозно и чисто инфекциозно заболяване, стеснение на субглотиса .

Названието круп произлиза от шотландски език и означава лай. Същинският круп в исторически аспект се свързва с дифтериината обструкция на ларинкса.

#### **Клинично**

- внезапно драматично начало, нощен инспираторен задух
- лаеща кашлица
- ясен глас

**Леката форма** се свързва с алергичен субхордален оток, тип «рибешки мехур» и бързо се повлиява от кортикостероиди, влажни инхалации

**Тежката форма** обикновено класифицираме като:

#### **1. 3. ОСТЪР СТЕНОЗИРАЩ ЛАРИНГО-ТРАХЕО-БРОНХИТ/ ОЛТБ - ЛТВ/ LARYNGOTRACHEOBRONCHITIS ACUTA**

LTV е отговорен за около 90% от инфекциозните обструкции на дихателните пътища. 3 до 5 % от децата имат един житейски епизод, а 5% от тях имат рецидивиращи епизоди. При тях се препоръчва в светлия период да се направи ендоскопия, за да се изключи вродена или друга патология, провокираща пристъпите .

Необходимостта от хоспитализация варира от 1,5% до 15 %, като интубацията се е наложила на от 1 % до 5% от постъпилите на лечение

Причинителите: освен Haemophilus influenzae, parainfluenza/ typus I et II/, са респираторен вирус, микоплазма пневмоние, Herpes simplex typus I, морбили, аденовируси, вирусът на варицелата и др.

В педиатричната практика приемат критериите за спешност на **Уесли и Сътр:**

- **Цианоза,**
- **Стридор,**
- **Тираж**

**Клинична картина** на субхордален ларингит (стридор, тираж) прогресира в смесен задух поради дсцендирането на възпалителния процес.

- **Смесен тип** дихателна недостатъчност/инспираторно-експираторно/
- Тежко общо състояние, интоксикация
- Сърдечносъдова слабост

**Крайно тежко животозастрашаващо състояние/ патохистологичният му израз е некротично-фиброзно - хеморагично възпаление на лигавицата на дихателните пътища от ларинкса до най-малките бронхи, обтурирани от фибринозен налеп и засъхнали възпалителни секрети под формата на кори/, което изисква хоспитализация в реанимационен дихателен център или шокова зала**

**АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- Реанимация в шокова зала –призовават се реаниматор (готовност за интубация), педиатър, кардиолог
- Мониторинг
- Два венозни пътя
- Инхалиране на обогатен с кислород, влажен възду
- Инхалиране на Адреналин/ Еинефрин// 1 ампула в 10 кубика аква редистилата, фина дисперсия
- Инхалиране на муколитици
- Комбинация от два и повече антибиотика във високи дози
- Високи дози кортикостероиди/ 4-10 мг кг тегло/
- Сърдечно-съдови средства
- Heliox/смес от хелий и кислород/ отбременява обструктираните дихателни пътища

При неповлияване от лечението и задълбочаване на дихателната недостатъчност в двете фази, при ниска **сатурация всички автори препоръчат интубация/** по възможност **назотрахеална/**, с тръба един размер по-малка от отнеобходимата за да се избегне субглотисната травма и рискът от последваща стеноза. След адекватна интубация се препоръчва **лаваж с муколитик Трахеотомията** идва в съображение при невъзможност за интубация и влошаване на състоянието на пациента

Алкализиращи средства натриев бикарбонат по формулата:  $0,3 \times VE \times \text{теглото в килограми} = \text{мл } 8,4 \% \text{ разтвор от натриев бикарбонат}$

В хода на лечението идват в съображение калциеви препарати, витамини имуновенин и др **Локалият преглед** може да влоши състоянието поради тежкия респираторен дистрес синдром. С готовност за трахеотомията диетната ларингоскопия потвърждава диагнозата, а интубацията ще подсури дихателните пътища и по-нататъшното лечение.

От 1971 год в САЩ в спешните сектори на всички здравни заведения се използва **Ерупергін/синтетичен Адреналин, Дакин - 1904 г/,** като се разчита на неговия алфа адренергичен/вазоконстриктивен/ ефект, който директно въздейства на респираторната лигавица, като намалява отокът ѝ . Прилага се под формата на аерозол от 0,5 мл на

2,25%разтвор, разреден в 3 мл физиологичен разтвор, понася се добре от деца . Рецемичния епинефрин е смес от ляво и дясно въртящи изомери на адреналина, клиничното подобрене се очаква от 10 до към 30 минута от инхалацията . Повлияването зависи от тежестта на клиничната изява.

Леките случаи ОПЛ може да овладее и след наблюдение до три часа да прецени дали да хоспитализира детето. Прилагането на адреналин и кортикостероиди изисква повишено внимание към пациенти с тахикардия, тетралогия на Fallot, аортна стеноза . Jonson et al показват намален процент на хоспитализация при пациенти третирани с кортикостероиди, мускулно и през устата.

Ние категорично отхвърляме такова лечение и предлагаме имунологична и противоалергична профилактика.

## **2. ОСТРА ЛАРИНГЕАЛНА ОБСТРУКЦИЯ У ВЪЗРАСТНИТЕ ОСТЪР ЕПИГЛОТИТ (СУПРАГЛОТИТ) У ВЪЗРАСТНИТЕ (SUPRAGLOTTITIS ACUTA)**

Острият епиглотит у възрастните е заболяване с вирусно-бактериална етиология обикновено на фона на алергия.

**Патохистологичната картина** се владее от възпалението. Functio laesa клинично се проявява с остра ларингеална обструкция/задух от възпалителен оток обхващащ епиглотиса и околните му структури затова се описва от много автори като **остър супраглотит у възрастните**.

Острият супраглотит у възрастните е сериозно, животозастрашаващо заболяване поради възможност за **внезапна обструкция на горните дихателни пътища/ГДП/ на фона на фарингеална симптоматика**

### **Кратка епидемиология**

С въвеждане на HiV ваксината, рязко спадна заболеваемостта от остри епиглотити при децата, докато супраглотитите у възрастните бележат нарастване на заболеваемостта около 1 - 2,9 на 100 000 . Боледуват мъже: жени 2,5:1, предимно в петата декада от живота в топлите месеци на годината. Това е поколението получило най-големи дози безразборно назначавани антибиотици в детството им . Касае се за резистентни на лечение различни патогени

### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

Статистически ОПЛ е първият, прегледал болния, но точна или насочваща диагноза „**епиглотит**” се поставя при по-малко от **70 % от случаите, изискващи спешно и неотложно лечение**

Причина за диагностичен пропуск са диабета, затлъстяването, ХОББ, алкохолна и наркотична зависимост, тютюнопушене, имunosупресия, лимфоцитна левкемия, химиотерапия, СПИН

**Предшестващи симптоми**, които често се неглежират:

- Анамнестично болните свързват заболяването с консумация на студени питиета преди дни, работа в прашна среда, тютюнопушене
- Единфагия с повишена саливация/90 % от случаите/
- Усещане за чуждо тяло в гърлото
- Някои автори считат за **патогномуничен белег** - прогресираща болезненост в областта над хиоидната кост, при обективна находка - обострен хроничен фарингит
- Кашлицата и диспнеята са сравнително късна симптоматика и се отдават на хронични белодробни процеси/ХОББ, Хроничен бронхит с емфизем/ особено у пушачи
- Температурата не е задължителен симптом

През периода 2008 -2013 г изрично за нуждите на настоящата работа в клиниката са наблюдавани пет случая на супраглотисен ларингит. Всички са от мъжки пол, с фарингеална симптоматика, работещи в прашна среда, неглежирали състоянието си . Всички са приети през нощта, по спешност, като острата инспираторна недостатъчност е настъпила на „върха „ на прегледа при четирима от тях. Петият е диабетик, при когото направихме коникотомия, развилиен „пълзящ „ фасциит и медиастинит и почина.

**Острият супраглотит се проявява бавно с дисфагия, единфагия, късен стридор, а температурата не е задължителен симптом**

### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

- Болният посещава или се насочва от ОПЛ към спешният кабинет късно при проявата на:
  - o Нетърпима **болезненост** в областта на ларинкса и хиоидната кост, температура
  - o Инспираторен **задух/стридор, тираж/**,
  - o **Акроцианоза**, която бързо се заменя с бледост и цианоза, студена пот . Тази клинична изява. недвусмислено изисква **интубация** или **трахеотомия**. Болният се обслужва в шокова зала с готовност за оперативна интервенция
- Постоянен мониторинг
- Два венозни пътя с апликация на **високи дози кортикостероиди**, при леките случаи Дексаметазон/ венозно и мускулно/, при умерени и тежки случаи Adrenalin/ Epinephrin 5 ml/1: 1000 (5 mg)
- Кислородна маска с овлажнен въздух обогатен със студен овлажнен кислород,
- Инхалиране на адреналин/ епинефрин
- Алкализиращи средства. Тези терапевтични действия имат за цел да извадят болния от тежкото състояние, но предимно имат роля да подготвят болни за последващата интервенция – интубация, трахеотомия
- Антибиотици в комбинация/ Haemophilus influenzae показва повече от 36% резистентност към ампицилин
- Призовава се екип от реаниматор, кардиолог, лаборатория/ левкоцитоза с олевяване, ускорено СУЕ/

Образна диагностика – рентгенологично:

- **Nezma et al** установяват при всички болни, че ширината на епиглотиса към предно-задния диаметър на четвъртия шиен прешлен е по-голяма с близо една трета от нормалния размер
- **Yadranko et al** описват знака на валекулата – при епиглотичен оток валекуларното пространство намалява или изчезва
- **КТ/ ЯМР** са желателни особено при оформяне на епиглотичен абсцес
- **Микробиологичното** изследване не дава резултат, затова много автори подозират анаеробни причинители

При наблюдаваните от нас случаи, тези рентгенологични белези не бяха установени.

**Клинично:**

**Обективното** изследване/оромезофарингоскопия, индиректна ларингоскопия/, когато клиниката позволява, показва, обхвата на епиглотичния оток визуализира се силно **зачервен, оточен, изпълнен с кръв епиглотис и заобикалящите го структури**. При оптично изследване не бива да се забравя, че с преминаване на оптиката през стеснения лумен на ларинкса може да се провокира пълно запушване и асфиксия

**Ролята на кортикостероидите** е да намалят обема на отока и по възможност да ограничат необходимостта от интубация . На практика те овладяват леките случаи, пре които доминира алергичната компонентта на възпалително-алергичния оток. Във всички останали случаи стабилизират пациента и дават «сигурност» на оператора по време на интубацията или трахеотомията

**Извод:**

**Повечето автори приемат при силна обструкция – интубация или трахеотомия, а при леките форми - засилен мониторинг и индивидуален медицински пост. Този подход намалява интервенираните пациенти с около 35 %**

**По наше мнение възрастните пациенти с диагноза епиглотит/ супраглотит изискват «остро – спешно» лечение, като се позоваваме на:**

- **Бързо прогресираща болка в шията/ спонтано и палпаторно/**
- **Левкоцитоза с олевяване**
- **Дисфагия с единфагия**
- **Инспираторен задух**

- Акроцианоза, бледост до изявена цианоза
- Тахикардията се разглежда като ранен индикатор за проблем в дихателните пътища с хипоксемия и риск за живота

### АБСЦЕС НА ЛАРИНКСА/ABSCESSUS LARYNGIS/

#### Дефиниция:

Остро възпаление на ларинкс включващо всички ларингеални структури, причинено от гноеродна микрофлора.

#### Причинители:

Както при епиглотитите . Винаги се касае за полимикробна инвазия и не може да се изолира един причинител . При леките случаи у възрастни с епиглотит някои автори съобщават за изолирани вирусни причинители/ Шапиро 1988 г. / Анжело и сътрудници със сигурност изолират herpes simplex virus. 1990г.

При абсцесите вирусите имат значение като първичен, подготвящ терен за суперпонираната бактериална инфекция

#### Клинично:

**Клиничното** развитие на един супраглотит може да достигне до абсцес, развива се възпалителна кухина с гноен ексудат, която може да се дренира спонтанно, но ако инфекцията пълзи инфилтрира и разслоява тъканите на ларинкса и съседните шийни органи клинически се проявява флегмон/ **PHLEGMONA COLI, LARYNGIS/** Флегмонът пълзи към медиастинума и има лоша прогноза. Тук инфекцията е смесена и се подозират анаеробни причинители

#### А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ

- Абсцесът на ларинкса се развива най-често след:
  - Епиглотит у възрастните
  - Травми/ **супурирал хематом/**
  - Диагностично-терапевтични процедури на ларинкса и хипофаринкса, корена на езика
  - Екстракция на чуждо тяло при деца
  - По съседство при долен перитонзиларен абсцес, парафарингиален абсцес, ангина на Людовик

#### Клинично

- остро или подостро начало
- висока температура
- дисфагия с единфагия с усещане за чуждо тяло в гърлото
- дисфония
- обилна саливация
- инспираторен задух/стридор, тираж/
- белези на асфиксия

Състоянието изисква спешна хоспитализация

#### В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

- Всички мероприятия изброени при епиглотита при деца и възрастни се повтарят в шокова зала с готовност за интубация . Поради голямата обструкция не рядко се налага трахеотомия или коникотомия
- Предилекционни места за развитие са лингвалната повърхност на епиглотиса, аритеноидната област и ариепиглотичните гънки
- Образна диагностика
  - латералната ренгенография показва разширен ларингеален вестибулум в сравнение подлежащия четвърти шиен прешлен/ с-м на Незмак/, намаляване на велекуларното пространство/с-м на Иадранко/
  - КТ или ЯМР са в полза особено когато се проследява клиничното развитие на супраглотита към абсцес Показва се удебелен, силно увеличен/оточен/ епиглотис със заличаване на преепиглотичните мазнини и тъканите в съседство

## Обективно

С индиректна ларингоскопия се установява епиглотис, като колбас с гладка повърхност и червен цвят, оток на съседните участъци. На мястото на най-голямото изпъкване се вижда белезникаво петно/ зоната на спонтанен пробив или инцизия/ Проходимостта и подвижността на ларинкса е засегната в различна степен.

## Лечението

- Инцизия и аспирация на абсцеса по възможност под обща анестезия за да се предотвърти аспирацията на кръв и гной. Понякога инцизията се предхожда от трахеотомия за адекватна интубация.
- Високи дози антибиотици

**Прогноза** - добра, рядко при увреден терен медиастинит и смърт

## ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ОТОЦИ ПО СЪСЕДСТВО

### ФЛЕГМОН НА ПОДА НА УСТНАТА КУХИНА/ANGINA LUDOVICI/

Флегмонът на пода на устната кухина най-често започва като подутина ангажираща една или две анатомични ложи

#### Анатомия

Латерална жожа - и медиална - между mm genioglossi

**Анаеробна** трудно доказуема инфекция.

Инфекцията обхваща и се разпространява над и под mm myohyoidei

#### А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:

Необходимост от знание за обективното демонстриране на заболяването с:

- **Местни симптоми:** субментален оток; болезненост; шията е с ограничена до невъзможна подвижност; trismus; Езикът повдигнат, не се побира в устната кухина и се подава между зъбите. Когато може да се огледа езикът е оточен, покрит с налепи; устната лигавица с налепи; Foetor ex ore; хиперсаливация; диспнея от инспираторен тип;/ лимфи възли - увеличени и болезнени;
- **Общи симптоми** - тежко, болният е неспокоен, уплашен покрит със студена пот; тахипнея; Дисфагия до афагия; rhinolalia clausa; Висока температура; Тахикардия; Ускорен, мек пулс до 120 уд/ мин; акроцианоза; Видими лигавици бледи, ливидни до цианотични

#### В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

**ANGINA LUDOVICI** - гнилостно-некротичен флегмон на пода на устната кухина започва като възпалителен инфилтрат и пропълзва към тъканите, инфилтрира ги и некротизира,, пенетрира в субменталното пространство. Инфилтратът пълзи към над хиаоидните участъци и се опипва **плътен като дъска без флукуация**. С развитие на инфекцията некротизират цели участъци от меките тъкани. На места в инфилтратата може да настъпи **размекване и спонтанно фистуларизиране** най-често подезично. Отделя се оскъдно количество **ексудат с мръснокафяв цвят и отвратителна гнилостна миризма**.

Развитието на заболяването е бързо понякога фудроянтно с лоша прогноза особено при хора с болести на обмяната, имуносупресирани болни, страдащи от кръвни и други заболявания/СПИН/. Некротичните участъци получават спонтанен гнилостен разпад и имат ужасна миризма поради смесена, предимно анаеробна инфекция

#### Обективно

Болният се настанява в интензивно отделение с клиничната картина на **сепсис**/тежко общо състояние, явления на ССН, висока температура, помътнено съзнание до кома.

Прогнозата при адекватно лечение и имуностабилен пациент е добра

#### Лечение

На фона на комбинация от широкоспектърни антибиотици и стабини жизнени показатели, болният се трахеотомира и въвежда в обща анестезия; правят се инцизии с дренаж.

При локализация на корена на езика инцизията е по медиалната линия между ментума и хиоидната кост, по близо до нея. Когато остро се премине кожата и m. Platysma се достига до гарния рѣб на os hyoideus, следва тѣп достѣп до корена на езика (до попадане на гнойна колекция).

## **2. НЕВЪЗПАЛИТЕЛНИ ОТОЦ НА ЛАРИНКСА**

### **2. 1. ОТОК НА КВИНКЕ/ОЕДЕМА QUINKE-1882/**

#### **Дефиниция**

Алергично заболяване, израз на абнормна реакция на организма към външно дразнене. IgE медирана реакция антиген/антитяло комплекс, проявена с оток на тъкани и органи. Рядко, отокът се локализира в участъка на ГДП -обект на спешна оториноларингологична помощ

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

Провокиращи фактори/от анамнезата/

Екзогенни:	Ендогенни
лекарствени средства	паразитози
храни богати на белтъчини	болести на обмяната
физикални/рязък температурен дисбаланс/	ендокринна дисфункция
химично активни средства от бита и професията	автоимунни заболявания
психогенни	болеси свързани с загуба на белтък
Стрес	

**Табл.17. Сравнение- ендогенни/екзогенни фактори**

Анамнестично болните имат един и повече пристѣпи от ранното детство и винаги са свързани с контакт с провокиращия фактор/ храни, лекарства и др/

#### **Клиника:**

- Уртики на едно или повече места по тялото, сърбеж, обща напрегнатост. При отоци в областта на лицето или поява на симптоми с ларингеална характеристика болният се хоспитализира като се транспортира с реаномобил.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

Заболяването представлява интерес на спешния УНГ лекар дотолкова, че да овладее инспираторната криза, да отдиференцира алергичния оток от наследствения ангионевротичен оток. Двете заболявания се уточняват и лекуват в специализирани заведения по алергология

- Болният се настанява в шокова зала
- Два венозни пътя и апликация на кортикостероид
- Кислородна маска с овлажен студен обогатен с кислород въздух
- Адреналин/ епинефрин 1/1000 в маската

Обикновено състоянието бързо се овладява. Характерно за това заболяване е, че има рецидивиращ характер.

## **3. НАСЛЕДСТВЕН АНГИО-НЕВРОТИЧЕН ОТОК/ ОЕДЕМА ANGIONEUROTICA HEREDITARIA/**

#### **Дефиниция**

Заболяването е фамилно, предава се в наследство по автозомно доминантен път и е израз на количествен/намален или липстващ/ или качествен/съществуващ но неактивен/ дефицит на C-1 естеразния инхибитор на, креатинин – кининовата ситема на комплемента и фибринолитичната система. Това води до повишен биологичен ефигт на брадикинина. Той е **отговорен за повишаване на пропускливостта/пермеабилитета/ на съдовете с клинична изява ОТОК по цялото тяло и органи, При ларингеална локализация са обект на спешния оториноларинголог.**

## **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

Честота 50 на 100 000 от всички етнически групи, много от ОПЛ не познават диагнозата

- Отоците рядко се проявяват преди две годишната възраст, по-често са в юношеството - средно между 8 и 15 годишна възраст
- Отоците се появяват различно от няколко отока на седмица до един за цяла година/средна честота 45,3 дни
- Провокиращи фактори са физически и психически стрес, лечение с АСЕ – инхибитори, лечение с естрогени.

АСЕ – инхибиторите директно не засилват оточните атаки, а увеличават базовото ниво на концентрация на локалния bradykinin . Различни фактори свързани с околната среда, травми, хормонална вариабилност, полиморфизъм на провокативните ситуации

### **Характеристика на отока**

- епизодични асиметрични подутини засягащи краиниците, гениталиите, лицето и подутини в гастроинтестиналния тракт проявени със слаб гастроинтестинален дискомфорт, гадене и прогресия към силна болка до имитация на остър корем, могат да доведат до излишна оперативна намеса. Оплакванията спонтанно отшумяват на следващия ден
- оралните подутини са редки и могат да бъдат бавно прогресиращи или със светкавична прогресия да доведат до ларингеална обструкция и смърт за по-малко от 20 минути

Agostoni A, Cicardi M. 1992 изследват 235 пациенти с клинично проявление както следва периферни отоци - 46 %, гастроинтестинална симптоматика -33%, орална -6 %. При 30 % от анкетираните съобщават за смърт в семействата си

**Пациентите с ангионевротичен едем имат забавяне в диагнозата средно от 10 години от проявата на първите пристъпи до диагнозата.** Това са:

- оточни състояния неповлияващи се от кортикостероиди, именно тук при млади, недиагностицирани пациенти се наблюдава по-висока смъртност
- Първият епизод може да бъде фатален
- При чести атаки, появяващи се повече от веднъж месечно, трябва да алармира ОПЛ, алерголога и оториноларинголога за изготвяне на индивидуален терапевтичен план
- Изследване в междупристъпните периоди подобрява диагностиката и прогнозата на пациента. 85 % от тях имат ниска концентрация на С-1 протеина/ при тип 1 – наследствена липса/, а 15 % нормална или висока концентрация на функционално неактивен С-1 инхибитор -/тип 2/. Измерването се извършва по препоръка на ОПЛ в специализирани лаборатории по два метода: хроматогенетичен тест и ELISA. Рутинните кръвни изследвания са нормални

**Подготовка за планови операции и стоматологични инвазивни действия**, поради това че локалната травма увеличава рискът от провокиране на заболяването. **При неподготвен за интервенцията болен отокът се появява в първите 4 до 48 часа след операцията .**

### **Ивод:**

**Нашият опит показва, че вливания на прясно замразена плазма съдържаща С -1 инхибитор в три последователни дни преди интервенцията профилактира пристъпа. При тежки и продължителни интервенции вливанията продължават и след операцията**

**Световният опит** показва, че профилактиката е най-добра когато пациента се обучава, самообучава и самоадминистрира . Изграждат се малки групи пациенти желаещи интравенозно приложение на С-1 инхибитори.

Icatibant acetate/ memjroek/. синтетичен пептиден блокер на bradykinin – 2 рецептора/ През 2011 г . е лицензиран за самотерапия Подходящ за периферни отоци

Извлечени от плазмата С-1 инхибитори се използват с доказана ефективност при доза 50 Е/кг.

## **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

Болните с ангионевротичен оток в България поради ниско интелектуално ниво и лоша здравеопазваща система често се хоспитализират:

- **Планово** - подготовка за оперативна интервенция или стоматологични процедури и
- **По спешност** с орален оток, който се наблюдава от индивидуален пост с готовност за трахеотомиа

Консервативно лечение с

- Прясно замразена плазма
- Плазмени продукти/ cinryze r. r berinert -P/
- Bradykinin рецептори и kallikrein антагонисти с рекомбиниращ C-1 инхибитор

Лечението се осъществява в хода на пристъпа като се следи заболяването да не се прояви с дихателна недостатъчност от инспираторен тип. Понякога пациентите се оплакват от абдоминални и ларингеални атаки, които бързо прогресират като времето между появата на ларингеалната симптоматика и леталния изход е по-малко от 20 минути

	<b>Оток на Quinke</b>	<b>Херидитарен ангионеврологичен оток</b>
<b>Време на клинична изява</b>	в зряла възраст	в детство
<b>Фамилност</b>	повече от един човек	атозомно, доминантно
<b>Отоци</b>	проявени внезапно с уртики, болка и сърбеж	тестоват оток, без болка и сърбеж
<b>Локализация</b>	лице, тяло	предимно лицето, горната част на торса, крайниците
<b>Засягане на горните дихателни пътища</b>	засяга и ГДП	ГДП – над 6%
<b>Повлияване от кортикостероиди</b>	бързо повлияване	не се повлиява
<b>Лечение</b>	кортикостероиди	прясна плазма, C-1 концентрат, Beriner
<b>Противоалергични</b>	H1-блокери	безсмислено лечение с H1-блокери
<b>Оперативно лечение</b>	не се налага (само по изключение)	животоспасяваща коникотомия или трахеотомиа

**Таблица 18. Диференциална диагноза между оток на Quinke и Наследствен ангионеврологичен оток**

**Извод**

Прогресът в лечението на ангионевротичния оток се дължи на добрата поддържаща терапия и самотерапия. Ранното медикаментозно третиране на пристъпите подобряват качеството на живот на пациентите, намалява нуждата от спешна хирургична намеса

#### **4. НАРАНЯВАНИЯ НА ЛАРИНКСА/TRAUMA LARYNGIS/**

**Непроникващи травматични агенти**

Ларинксът е защитен от външни въздействия чисто анатомично:

- Напред - долната челюст и горната торакална апертура
- Назад – цервикалните шиини прешлени с техните предвертебрални мускули
- В страни – масивна шиина мускулатура

Мирновременни причини за ларингеални травми/ Holinger et Jonson - 1959 г. / са:

- Пътно-транспортни произшествия/ПТП/
- Производствени аварии
- Спортен травматизъм
- Опити за убиства и самоубиства

Според вида и начина на травмата се разделя по/ Herbertold – 1945/:

- Външна ларингеална травма:
  - o Затворена/тъпа/

- Отворена/остра/
- Вътрешна ларингеална травма
  - Механична/ от интубация, ендоскопия, сондиране, коникотомия, чуждо тяло/
  - Термична/изгаряне от пари и течности, газове, лазер и лъчетерапия/
  - Химична – изгаряния от киселини и основи

#### **4. 1. СЪТРЕСЕНИЕ НА ЛАРИНКСА/ COMMOTIO LARYNIS/**

„Саблен“, „камшичен“ удар. Отключват се вагални защитни механизми, контролирани от п. Vagus чрез стоп на сърдечната дейност и ларингеален спазъм и/или компресия на магистрални съдове/ каротис симптом/.

Клиниката се владее от състоянието на **ШОК** в пълно, рядко замъглено съзнание учестен пулс, студена пот, инспираторен задух, тахипнея, силна болка

#### **4. 2. КОНТУЗИЯ НА ЛАРИНКСА/CONTUSIO LARYNGIS/**

#### **4. 3. СЧУПВАНЕ НА ЛАРИНКСА/ FRACTURA LARYNGIS/**

Счупване на cartilaginea thyroidea et cricoidea се получава при фронтален удар, когато ларинкса попада на пътя на настъпващата травма и задстоящите цервикални прешлени . Винаги се установява луксирание на ставите на аритеноидите и руптура с хематом на гласните гънки. Разкъсаната ларингеална мукоза се проявява с емфизем

#### **Клинично**

**Хеморагия** към долните дихателни пътища, субкутанен прогресиращ шиен емфизем, болка ирадираща към ушите, дисфония до афония и инспираторен задух, непродуктивна кашлица, хемоптоез.

**Смъртността** е свързана с движението на въздуха в кухинните органи. Въздушната тампонада на перикарда води до внезапна смърт, независимо какво е било общото състояние на болния до този момент.

#### **Обективно:**

Болезнени крепитации с последващо втвърдяване на шийния регион и невъзможност за изследване на болния/ образната диагностика следва животоспасяващата трахеотомия/. Ларингоскопията/ когато е възможна/ установява зацапване с кръв, хематом с различна локализация, скъсен предно-заднен диаметър на ларингеалния просвет

#### **4. 4. КОМБИНИРАНО СЧУПВАНЕ НА ЛАРИНКСА И ПОДЕЗИЧНАТА КОСТ**

Счупването на хиоидната кост е срединно или към големите рога.

Хематом във валекулите и тежък диспноичен синдром, изискващ нередко коникотомия, трахеотомия

#### **4. 5. КОМБИНИРАНА ТРАВМА НА ЛАРИНКСА, ХИОИДНАТА КОСТ И ШИЙНИЯ ОТДЕЛ НА ТРАХЕЯТА/ TRAUMA COLLI COMPLICATA LARYNGIS, OSSIS HYOIDEI ET REGIONIS CERVICALIS TRACHEAE/**



**Фигура 12** Счупване на шийен отдел на гръбначния стълб (С 5-6) с травма на ларинкса по съседство – собствен случай Чалъков, И., Конов, Д..

#### 4. 5. 1. ОБЕСВАНЕ, УДУШВАНЕ/STRANGULATIO/

Прорязва мембрана membrana hyotyroidea

Удушаването - шокогения рефлекс на n. Vagus и компресията на магистралните съдове/ а. carotis syndrom/

#### 4. 5. 2. РАЗКЪСВАНЕ НА ТРАХЕЯТА/ LACERRATIO TRACHEAE/

#### 4. 5. 3. ПРОБОДНИ РАНИ ОТ НОЖ И ДРУГИ ОСТРИ ПРЕДМЕТИ В ОБЛАСТТА НА ЛАРИНКСА/ VULNERA PENETRANS IN REGIONIS LARYNGIS/

Причините са убиства, самоубиства, катастрофи и производствени аварии. Най-често се реже и клинически се оформя ларинготомия.

При прободящите рани пробивът на на тръбест орган/фаринкс, ларинкс/ се проявява с емфизем, а скарифицирани съдове клинически се изявяват с нарастващ хематом



**Фигура 13 Клиничен случай на разкъсно-порезна рана на ларинкса. Собствен случай Конов Д., Попов Т.**

**4. 5. 4. НАРАНЯВАНИЯ НА ЛАРИНКСА И ТРАХЕЯТА ОТ ГОРЕЩИ ГАЗОВЕ, ТЕЧНОСТИ И КАУСТИЧНИ СРЕДСТВА**

Киселините предизвикват коагулационна, а основите коликвационна некроза като увреждат тъканите в дълбочина

Клиниката се владее от термичния шок с остра загуба на течности/хиповолемия/ и тежък електролитен дисбаланс

**5. ЧУЖДИ ТЕЛА В ЛАРИНКСА/CORPUS ALLIENUM LARYNGIS/**

**Дефиниция** - остра дихателна недостатъчност от инспираторен тип, пряко заплашваща живота на пациента, която ако не се овладее в рамките на няколко минути може да завърши със смърт.

**Клиника** - определя се от големината, вида и разположението на чуждото тяло в ларингеалната кутия или в съседство

В медицинската практика няма по-драматично и по-спешно състояние.

**А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

- от анамнезата винаги има остър драматичен момент . Това са малки деца повреме на игра или хранене, следва задавяне, тежък кашличен пристъп и поява на стържещо дишане/ stridor/
- диагнозата се чува зад вратата на кабинета и поведението се определя от състоянието на пациента. Не винаги може да бъде транспортиран до специализирано място и единственото решение е коникотомия и/или трахеотомия .

Юридически, със знанието на пациента ако е пълнолетен, а за малките деца със знанието на родителите срещу подпис, да се отбележи че състоянието може да доведе до смърт.

**Извод:**

**Бездействието е неоправдано както и прекаленото самочуствие. Целта е да се усигури нормален въздушен поток към ДДП. Пациента се транспортира с реаномобил и придружител**

**В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

Клиниката е проява на остра инспираторна недостатъчност и нейните белези

- Стридор
- Тираж/ югуларен, междукостален и епигастрален/
- Асфиксия - цианозата започва като акроцианоза/ организма изключва терминалната съдова система/.
- Акроцианозата при децата може да не се отчете, но се демонстрира бледост около устата и хлътване на орбитите.
- Стрес, страх, студена пот, болки в гърдите и цялото тяло, спазъм на крайниците, световъртеж и липса на спомен за тази ситуация

**Извод:**

**Единственото решение е коникотомия със съгласието на болния и близките му**

Едновременно с хирурга действат и призования персонал от анестезиолог – реаниматор, интернист – кардиолог, педиатър, лаборатория Два венозни пътя, маска с овлажен въздух обогатен с кислород и диспергиране на адреналин/1:1000/

Локалната анестезия е желателна, но много често болният е в безсъзнателно състояние . Израз на асфиксията е генерализираната цианоза, повърхностно дишане – хиповентилация

**При двукратен опит за интубация се прави коникотомия с последваща долна трахеотомия/профилактика на стенозите/.**

При остро отваряне на ларинкса/трахеята се получава апноична пауза, която е измамна и реанимационните мероприятия не трябва да спират . Болният се включва на командно дишане и мониторинг, корекция на алкално-киселинния дисбаланс, антибиотици и кортикостероиди

При някои състояния/ алкохолно опиянение/, когато острия инцидент се неглижира или премине незабелязано, чуждото тяло се инкорпорира в ларинкса или трахеята. Това обикновено са твърди, остри, режещи метални предмети/игли, пирони, рибени кости . . . / С течение на времето се явява възпалителен оток, клинично започва развитието на перихондрит и абсцес. При улцериране на този участък се оформя грануляционна тъкан/ тип чуждо тяло/ с последваща cicatricialization . Това изисква директна планова ларингоскопия  
Острите наранявания на ларинкса се причиняват и от живи организми – насекоми ожилването от оси, пчели могат да доведат до остра инспираторна дихателна недостатъчност.



**Фигура 14. Чужди тела в ларинкс и трахея - собствени случаи от практиката Цолов, Ц.**

#### **6. НАРАНЯВАНИЯ НА ЛАРИНКСА И ТРАХЕЯТА ПРИ ИНТУБАЦИЯ**

Травмирането на на гръкляна по време на интубация се определя от голямата спешност; драматизмът на ситуацията; опитът и сръчността на анестезиолога; дирижирана продължителна вентилация

Нараняването става по време на въвеждане на тръбата, при което може да се десерозира мукозата или локалната компресия довежда до **ишемия на притиснатия участък** с последващо образуване на на грануляционна тъкан и cicatricial stenosis.

Натискът, който оказва тръбата/ балонът/може да провокира **излив на плазма** от съседните ларинго-трахеални сруктури, суперпонирана инфекция е образуване на фибринозен налеп с оточен вал.

При оздравяването му последват хистологични стадии на организация и трансформация до образуване на неспецифична грануляционна тъкан – **интубационен гранулом**

Травмите на ларинкса имат сходна клинична картина и винаги носят белег на животозастрашаващо състояние

##### **Клинично**

- остро начало; инспираторен задух, стрдор, тираж, цианоза; степен на асфиксия

##### **Лечение**

- описаните реанимационни действия (интубация, коникотомия, трахеотомия)

След овладяване на състоянието болните се настаняват в интензивно отделение до пълното им възстановяване

Деканюлацията се предприема след адекватен курс на антибиотично лечение или по преценка на оператора, рядко след директна фиброскопия

#### **7. ОСТРА И ПОДОСТРА ОБСТРУКЦИЯ НА ГОРНИТЕ ДИХАТЕЛНИ ПЪТИЩА, ПРИ БОЛНИ С РАК НА ЛАРИНКСА**

Туморите на ларинкса причиняват инспираторен задух. В началното си развитие задухът е при физическо усилие, а с напредване на тумора и при покой. Незначителен външен фактор/физическо усилие, вирусна инфекция, медицинско изследване/ може да го извади от биологичният му покой и да предизвика спешно състояние на остра асфиксия, дори смърт. **Патрик Брадли/ 1997 г. /** твърди, че лечението на пациент с **ПРЕДСТОЯЩА ОБСТРУКЦИЯ** на ГДП от злокачествен ларингеален тумор е рядък клиничен проблем. Ако това твърдение важи за Великобритания нашият опит показва, че седмично в клиниката се трахеотомира поне един спешен пациент от напреднал тумор на ларинкса и ГДП.

Тези пациенти трябва **да бъдат оценени по риск за провокиране на остра обструкция** при диагностициране на заболяването

Методи, с които контролираме дихателната функция при това заболяване са:

- трахеотомия/рядко коникотомия/
- неотложна ларингектомия с експресно доказване на заболяването чрез замразен хистологичен препарат
- контролирана трахеална интубация с намаляване обема на тумора остро или с СО 2 – лазар микрохирургия

Намаляването на туморният обем позволява спешността на ситуацията да бъде стабилизирана и окончателното лечение на пациента да бъде съобразено с хистологичната картина на тумора, като уважим неговия избор на лечение.

**Извод:**

**При тази ситуация шансът за последваща обструкция на ГДП – ларинкс може да бъде контролирана в кратък срок до поставяне на патологичната диагноза.**

**Трахеотомията е избегната, но заплахата за живота, смърт от остра обструкция остава тази ситуация ние наричаме отложена спешност.**

**Т. Форс** създаде **работна дефиниция** за проблемни дихателни пътища, а именно „клинична ситуация, при която традиционно обучен персонал изпитва трудност за вентилация на болен с ларингеална обструкция. От болния се иска бързо разбиране и осъзнаване на проблема и приемане или отхвърляне на предложеното му радикално лечение.

Етапи на дихателна обструкция:

- **1 ЕТАП** - няма субективни и обективни признаци за дихателна инсуфициенция от инспираторен тип
- **2 ЕТАП** – инспираторен задух при физическо усилие
- **3 ЕТАП** – умерен задух при покой – изчаквателни мерки,, всички усилия са насочени за подържане на дишането до радикалното решение на проблема/трахеотомия или ларингектомия/. В съображение е апликация на високи дози кортикостероиди, мониторинг на пулс и кръвно налягане, изследване на АКР
- **4 ЕТАП – тежък инспираторен задух със всички белези на започваща асфиксия, при което подържаната полу-спешност в предхождащия етап се превръща в борба на живот и смърт**

Тази предтерапевтична характеристика се определя за рак на ларинкса в напреднал стадии, късно посетил специализирано заведение за диагностика и лечение

**А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

- „ пациент с дисфония продължаваща над три седмици изисква ларингоскопия от опитен оториноларинголог
- поради лош белодробен дренаж и кръвохрак и кашлица/пушачи/, болните се набеждават и лекуват от пневмония, включително във фтизиатрични отделения
- прорастване предларингеално.
- едва инспираторния задух проявен със стридор и тираж алармират за спешна хоспитализация

**В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

Дилемата при лечение на обтурирани/или очаквана обтурация/ дихателни пътища от рак на ларинкса е във връзка с по-нататъшната прогноза и лечение на заболяването, както и спазването на класическите принципи на онкологията

Трахеотомия/ TRACHEOTOMIA INF. ,/ по неотложност под местна/обща анестезия се свързва с повишен риск за стома - рецидивите поради възможност по време на интервенцията да се премине през тумора и той да инвазира по съседство. Последващата възпалителна реакция води до увеличение на регионалните лимфни възли и затруднява оценката за метастазиране включително и с образна диагностика. Пристъпва се към ендоскопска биопсия за доказване на заболяването, времето до излизане на резултата е и време за размишление на болния дали да предприеме по –нататъчно оперативно лечение . Болни, при които е извършена предоперативна трахеотомия с последваща ларингектомия, показват по висок риск от стома - рецидив от тези на които туморът е глотисен и субглотисен в сравнение със супраглотиса

Valuyot et al препоръча ниска долна трахеотомия за да се избегне навлизане в туморното поле, други хирурзи се застъпват за за трахеотомия през тумора, поради това че с последващата операция направената трахеотомия ще беде отстранена .

**Извод:**

**Наше категорично мнение, че трахеотомията трябва да бъде максимално отдалечена от тумора а при последващата ларингектомия да се отстрани и самата трахеотомия с изграждане на ниска и широка дифинитивна трахеостома. Ние подържаме и мнението за спешна ларингектомия**

**СПЕШНА ЛАРИНГЕКТОМИЯ/LARYNGECTOMIA CITISIMA/**

Зад това понятие се крие **тотална ларингектомия**, извършена в рамките до 24 часа от приемането на болен със инспираторна дихателна недостатъчност от подозирано но недиагностицирано злокачествено заболяване на ларинкса при възможност за реанимационно контролиране на настъпващата ларингеална обструкция преди нейното клинично проявление. Това свежда до минимум инплантацията на тумора, профилактика на стома-рецидивите . Оперативната интервенция стартира с микроскопски оглед и вземане на биопсия, долна трахеотомия и класическа ларингектомия.

**Критиките** тук попадат върху експресния метод на замразено хистопатологично изследване и шоковата информация за предстоящата операция на болния и близките му. Изисква се информирано съгласие на пациента. Известно е, че пациент в респираторен дистрес по-често приемат предложената им операция, откоркото тези които са имали достатъчно време за размисъл

**МИКРО-ЛАРИНГО-ХИРУРГИЯ ПО КЛАИНСАСЕР С РЕДУКЦИЯ НА ТУМОРА И ИЗБОР НА ПОСЛЕДВАЩО ЛЕЧЕНИЕ**

Пациентът с потенциално, предстоящо запушване на дихателните пътища се счита за болен със злокачествено заболяване на ларинкса, независимо от това че няма патохистологична верификация на процеса. Това изисква биопсия с оротрахеална интубация и директна ларингоскопия. Приосъществената интубация туморът може частично да бъде изрязан или изпарен/ СО-2 лазер/, като се подsigурява временно проходимостта на дихателните пътища. При лазер – МЛХ –та намалява рискът от следоперативен оток, а хеморагия рядко се описва. Доказано е, че жизнеспособни туморни клетки не се разпространяват в процеса на изпарението . Екстубацията трябва да е бавна и добре контролирана, при някои случаи трахеотомията е неизбежна, но болния трябва да бъде предупреден предоперативно. Реканализацията на дихателната тръба е временна и винаги трябва да последва адекватно с желанието на пациента лечение . В Северна и Южна Америка, Азия и Южна Европа изборът на лечение е оперативно с или без следоперативна лъчетерапия. Канада и някои европейски страни дават превес на лъчетерапията.

**Извод:**

**Пациенти с обструктивни дихателни пътища от рак на ларинкса трябва да бъдат преценени с директна ендоскопска техника Туморът да се отстрани съобразно предпочитанията от**

**пациентта метод и принципите на онкологичната хирургия, като се съблюдава правилото за стабилни и безопасни дихателни пътища**

### **КОНИКОТОМИЯ (LARYNGOTOMIA CITISIMA) И АЛТЕРНАТИВИ:**

Коникотомията/ разрез на membrana cricothyroidea/ е остър достъп до ендоларинкса в условия на крайна спешност за овладяване на дихателна недостатъчност от инспираторен тип. Болният е в асфиксия и тя е животоспасяваща интервенция.

В доболничната помощ при тежки обструкции на дихателните пътища от оток, травми, тумори парамедици са коникотомирали 14% от всички нуждаещи се от интубации. В клинична обстановка коникотомииите са около 2,8%. . Не можем да дадем точна статистика по проблема.

#### **Извод:**

**В нашата практика изборът коникотомия, трахеотомия се свързва със степента на спешност и опитът на оператора и анатомичните особености на пациентта. При най-малка възможност и добре обучен екип бозспорен избор е долната/субглотична/ трахеотомия**

**Правило при коникотомията е да се използва разрез по възможност по горния ръб на крикоидния хрущял/с оглед избягване на кръвене/ Неудобството идва от това, че**

- височината на membrana thyreoidea ограничава размера на поставената тръба
- извивката на тръбата се насочва и допира мембранозната част на трахеята и създава условие за гранулация и последваща стеноза

**Ние застъпваме мнението в рамките на следващите 24 часа в планов порядък да се направи коректна долна трахеотомия, а когато се касае за малигнен процес и ратикална ларингектомия**

Трахеотомията в сравнение с ларинготрахеалната интубация/назална или орална/ се счита за по физиологична, подобрява комфорта на пациентите с инспираторен задух, позволява по-добър тоалет на дихателните пътища и най-важното осигурява висока степен на на проходимост на дихателните пътища

Трахеостомните тръби имат много важно въздействие върху дихателната физиология като намаляват съпротивлението при дишане и стимулират еластичното усилие за издишане в сравнение с ендотрахеалната интубация.

#### **Извод:**

**Хирургията остава с дълбокото убеждение, че трахеален by-pass на обтурирани дихателни пътища са единствените животоспасяващи.**

## **XI. НЕОСПОРИМО СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ**

Чужди тела в спешната оториноларингология разглеждаме по локализация:

- Гастро-интестиналният тракт - орофаринкс, хипофаринкс, хранопровод
- Горни и долни дихателни пътища – нос и назофаринкс, ларинкс, трахея и бронхи
- Външния слухов проход

### **1. ЧУЖДИ ТЕЛА В ХРАНОПРОВОДА/ CORPUS ALLIENUM OESOPHAGI/**

За чуждо тяло в хранопровода определяме, когато предмет попадне случайно или нормално и се задържи някъде по неговото протежение за известен период от време и определя специфична клиника. Те преминават през орофаринкса, хипофаринкса и езофагуса. В повечето случаи минават безвредно, но по някога може да се стигне до сериозни и живото застрашаващи усложнения.

Чуждите тела в хранопровода се смятат за по-малко опасни в сравнение с тези в дихателните пътища и въпреки това са отговорни за над 1500 смъртни случая годишно в САЩ

Паул Дигой ги дели на четири групи:

- деца - са най-голяма група към 75-80 % от случаите. 10 % от тях са с ретрокрикоидна локализация или на входа на хранопровода и тогава се проявяват симптоми като стридор, залпова, немотивирана кашлица Възрастовата група тук е от 18 до 48 месеца
- пациенти с психични отклонения/ и затворници/ при тях най-често се откриват чужди тела с неустановен по време престои
- пациенти с езофагеални вродени или придобити заболявания
- възрастни

Децата и възрастните проявява различни симптоми

При децата до 35 % дават неясна симптоматика , особено, ако близките не фиксират инцидента.

#### Клинично:

Невъзможност за хранене, лигавене, неразположение, нервност и плач

- Локализация:
  - o м. Cricopharyngeus - горна локализация, може да проявят ларингеална симптоматика като залпова кашлица, стридор, инспираторен задух
- на аорталното стеснение - ретростернална тежест и болка
  - o долния езофагеален свинктер
- Форма на чуждото тяло – чуждите тела, които по форма са остри и режещи се проявяват с кръвохрак и водят до по-сериозен риск от перфорации - параезофагеален абсцес, mediastinitis и трахеоезофагеална фистула .

#### А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ

- Анамнеза:
  - o Болният винаги отбелязва момента на инцидента, като при възрастните той е по време на хранене или сън/зъбни протези/, а при децата и душевно болните по всяко време.
  - o Остра болезненост в областта на шията
  - o Ретростернална болка, пропагираща към гърба;
  - o Невъзможност за преглъщане с обилно лигавене и слюноотделяне, е знак за пълна езофагеална обструкция;
  - o Кръвохрак
  - o Stridor –ът е рядко проявление, обикновено при много малки деца и „люлеещо” голямо чуждо тяло с ретрокрикоидна локализация - може да има и дисфония
- Образна диагностика – X-RAY, КТ, ЯМР
  - o Рентгенография на шията/ фас и профил/ - чуждите тел са рентген позитивни или рентгеногегативни. При изследването да **не се използва Бариева каша** - затруднява последващата езофагоскопия. Оцветяването с бариеви соли се предприема при душевно болни при които се подозира старо чуждо тяло. Гастрографинът може да причини химически пневмонит, ако се аспирира.
  - o въздух - превертебрално - подозираме **перфорация на хранопровода**
  - o Наличие на **torticolis** предполага възпаление на превертебралната мускулатура в следствие на проникване на чуждо тяло или абсцес
- Физикално изследване:
  - o оглед,
  - o палпация,
  - o перкусия и аускултация.

#### В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ-ЕЗОФАГОСКОПИСТ

##### Шокова зала.

Лечението е директна ЕЗОФАГОСКОПИЯ, за което правим следната оценка:

- съобразяваме се с клиничната изява на чуждото тяло; Локализация на чуждото тяло; Времеви интервал от поглъщането на чуждото тяло; Възраст на пациента; Вида на обтуриращия предмет/режещи и пробждащи предмети се преценяват за гръдна

хирургия;/ Подсигуряват се свободни дихателни пътища; Поставя се абокат и се вземат кръвни показатели ; Определя се кръвна група

**Извод:**

**Задължително се повтаря рентгенографията и се сравнява с тази, предложена ни от опл или бнмп, поради тенденция за придвижване на чуждото тяло към долните отдели на хранопровода.**

**Waltzman и колеги/ 2005 г. / проследяват монети, локализиращи в горната, средната и долната третина на хранопровода. Спонтанното преминаване от момента на диагнозата до първите 24 часа по проценти е както следва 14%, 43%, 67 %.**

**Те считат, че при деца периодът за изчакване от 24 часа е прекалено дълъг, поради което отлагането на езофагоскопията и то само при монети е в рамките на 8-16**

При погълнати **батерии/** каустично действие, некроза и перфорация/ езофагоскопията се прави по неотложност.

**При възрастните отложената спешност изисква и коректно образно изследване поради това, че чуждото тяло може да obtурира участък, който е с туморно заболяване, вродени или придобити стенози и дивертикул/-оза. Тогава при езофагоскопията хирургът отстранява чуждото тяло и извършва диагностична биопсия.**

При съмнение за **перфорация** болните се превеждат в клиника по гръдна хирургия с реаномобил.

При успешното отстраняване на чуждо тяло, винаги трябва да се оцени възможността за **други чужди тела.**

За премахването на чужди тела е необходимо:

- обща анестезия, особено при деца и душевно болни
- подготвен екип
- кооперативен пациент -първият опит под местна анестезия обикновено се възприема безпроблемно от пациента, но трябва да се избягват продължителни опити.

**Извод:**

**Нашето мнение е, че директна езофагоскопия под обща анестезия е правилния избор за пациента и лекаря. Преимуществото на общата анестезия е възможността да се изследва езофагиалната стена след изваждането на предмета.**

## **2. ЧУЖДИ ТЕЛА В ДИХАТЕЛНИТЕ ПЪТИЩА**

Под чужди тела в дихателните пътища разбираме твърди ендогенни и екзогенни предмети, способни да obtурират частично или напълно просвета на ларинго-трахео-бронхиално дърво. Механизмът на попадане е аспирационен.

### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ**

От анамнезата:

- **Остра драматична симптоматика**
- **Физикалното изследване и радиографията могат да бъдат измамно нормални**
- Хронична симптоматика – могат да останат **незабелязани**
- **Внезапната респираторна инсуфициенция** - възможността за чуждо тяло

**Извод:**

**Изкуството на диагностиката е в първите две фази, като разчитаме изключително на анамнезата, физикалното изследване, образната диагностика и опита.**

### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

**ШОКОВА ЗАЛА** - индикациите за спешна, неотложна ларинго-трахео-бронхоскопия директно се позовават на анамнезата, физикалното изследване и образната диагностика:

- **Анамнеза** – Драматичен инцидент
- **Ларинкса** (тежък инспираторен задух) - локализацията в ларинкса е най-рядка/ от 0 до 12 %/, но засяга изключително деца до 1 год възраст. Остра клинична изява – инцидент, който може да завърши със смърт и при малки чужди тела,

поради ларингоспазъм. **Обективно- инспираторен задух/** стридор, тираж, цианоза/, асфиксия и смърт. Афонията няма клинично значение. **Неотложно** се извършва коникотомия, трахеотомия или интубация. Обдишването уста в нос, уста може да избута чуждото тяло и да подобри прогнозата.

- **Трахеята - пароксизмални кашлични пристъпи с бифазен стридор**
- **Бифуркацията** (генерализирано хриптене) при аускултация се чува
  - o **Главен Бронх** триада от свиркане, кашлица; отслабено дишане

**Извод:**

**Негативното физикално изследване не трябва да изключва наличието на чуждо тяло в дихателния път**

**Образна диагностика** КТ/ ЯМР са метод на избор и възможности на здравното заведение.

- **виртуална бронхоскопия** -
- **рентгеновото изследване**

Свободният бронх при рентгеновата находка е по-просветлен/"прозрачен"/, докато за обструктираният бронх във времето от емфизем, находката се променя към ателектаза.

При рентгенологичното изследване въздухът може да премине зад чуждото тяло и остава като „в капан“. Тогава графиките ще покажат хипервентилация на обтурирания бял дроб.

Ателектазата и пневмонията са късни белези и се позитивират след 24 час от инцидента.

**Ателектаза** може да се види когато аспирираният предмет е напълно затворил дисталния дихателен път

**Пневмонията** се забелязва при закъсняла диагноза.

**Пациентите се насочват по спешност към специализирано звено, където се налагат повторно същите изследвания и задължително се прави или планира директна ларинго-трахеобронхоскопия с екстракция на чуждото тяло, ако общото състояние на болния го позволява.**

**Извод:**

**Ние подкрепяме мнението, че рентгенографията не трябва да се използва за изключване на съмнения за аспирирано чуждо тяло, а да се подпомогне диагностицирането му. ½ от случаите на чужди тела в трахеята и ¼ от тези в бронхите имат нормална радиография.**

**Радиографията се характеризира с разпознаваемост между 49-80% при определяне на диагнозата, което я прави по-неточна от физикалното изследване .**

**Индикации за ендоскопия** -задавяне и последващ период на кашлица; всеки един от методите за диагностициране (анамнеза, физикално изследване, радиография) е положителен; негативно диагностициране на някой от методите, възможността за чуждо тяло не трябва да се изключва.

**Предоперативна грижа и анестезия** - пациентът трябва да остане спокоен и под наблюдение; приемът на течности и храна се спира.

**Извод:**

**При такива обстоятелства приемаме мнението на анестезиолога и общото състояние на пациента**

Ендоскопия и премахване на чуждо тяло изисква: значителни умения; болният да е добре релаксиран и оксигениран; често чуждото тяло е прекалено голямо, за да премине през лумена на бронхоскопа – изважда се с бронхоскопа; да се има предвид, че **чуждото тяло мигрира** в дистална посока; при някои случаи се налага трахеотомия, с последваща долна трахеобронхоскопия при пробив на трахеобронхиалната стена болният се превежда в гръдна хирургия за торакотомия; антибиотици.

**Усложнения при бронхоскопията** – постоперативен стридор, бронхоспазми, хипоксия/болният не се извежда от операционната, докато не се възстанови сатурацията/, временни аритмии, брадикардия .

**Смъртност за САЩ** по – малко от 1 %/ Sersar 2006 г. /, 78 % от починалите от аспирация на чуждо тяло са деца от 2 месеца до 4 годишна възраст/ Black, Jonson et al/.

**Извод:**

Наличието на поне един положителен белег (анамнеза, физикално изследване и образна диагностика) е индикация за диагностично-терапевтична ларинго-бронхоскопия. Колкото е по-къс периода от аспирирането до екстракцията, толкова по-вероятно е да имаме негативна находка от образното изследване и физикалния статус. Ранната диагноза значително намалява риска от настъпването на усложнения.



Фигура 15 Чужди тела в трахея и бронхи - Цолов Ц., Конов Д.



Фигура 16. Ятрогенни чужди тела в трахея и бронхи – Цолов Ц.

		Пациенти с чуждо тяло в дихателните пътища - сечение по възраст					
		Година					
		2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Възраст	0-1	11	7	14	14	6	52
	11-20	26	17	19	9	9	80
	2-10	89	132	129	113	149	612
	21-30	48	43	34	12	13	150
	31-40	64	48	43	17	13	185
	41-50	37	24	25	18	11	115
	51-60	30	29	19	10	6	94
	61-70	21	21	18	5	8	73
	71+	27	13	23	23	37	123
TOTAL		353	334	324	221	252	1484

Таблица 19. Пациенти с чуждо тяло в дихателните пътища - сечение по възраст

Пациенти с чуждо тяло в дихателните пътища спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т						
	Година					ТОТАЛ
	2008	2009	2010	2011	2012	
Пациенти с остър тонзилит	353	334	324	221	252	1484
Общо преминали пациенти през УНГ к-т	11992	13830	16352	12458	11061	65693
% съотношение	2.94%	2.42%	1.98%	1.77%	2.28%	2.26%

**Таблица 20. Пациенти с чуждо тяло в дихателните пътища спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ”**

### **3. ЧУЖДИ ТЕЛА В УХОТО (CORPUS ALIENUM MEATIS ACCUSTICI EXT.):**

Всеки предмет от органичен или неорганичен произход попаднало случайно или умишлено във външния слухов проход и задържал се там известен период от време.

Диагнозата се оставя с **отоскопия**, рядко се налага рентгенография или сканиране.

Особен вид чужди тела са тези, попаднали при битови и трудови злополуки и при форсмажорни обстоятелства/война и природни бедствия/. Те са свързани с патология, която не е обект на нашия труд.

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

- Болката - е белег на живо, набъбващо и разлагащо се чуждо тяло;
- Загуба на слух - obtуриран слухов проход;
- Изтичане е на гной при хроничен отит с чуждо тяло;
- Чуждото тяло е развило възпалителни грануляции, с които се е обвило;
- Кървене при разкъсване на външния слухов проход и или тъпанчевата мембрана;
- Асимптоматичност;
- Някои чужди тела се откриват случайно.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:**

- При децата е необходимо използване на обща анестезия освен, ако не са изключително кооперативни (използва се лампа, огледало, оперативен микроскоп);
- Насекоми могат да бъдат третирани с лидокаин, алкохол;
- Промивка може да се използва само в случай на сигурност, че няма травма в ушния канал или на тъпанчето.
- Някои материали могат да набъбнат, като по този начин да доведат до обструкция;
- Меки тела мога да бъдат извадени с кука, инструмент с работна част тип „alligator” или форцепс;
- Твърди чужди тела, от типа мъниста, могат да бъдат извадени най-лесно с кука или Jobson-Horne сонда, която се поставя зад чуждото тяло като се издърпва напред

Най - трудни за екстракция са кръгли, лъскави, отразяващи насочената към тях светлина, obtуриращи напълно лумена и окопали се с кървящи грануляции. При тях за малките деца се изисква обща анестезия, а за възрастните може да използваме локална инфилтрация с Лидокаин, след проба за поносимост.



**Фигура 17. Чуждо тяло, obtуриращо външния слухов проход, отстранение под обща анестезия – собствен случай Конов Д.**

		Пациенти с чуждо тяло в ухото - сечение по възраст					
		Година					
Възраст		2008	2009	2010	2011	2012	ТОТАЛ
	0-1	2	5	3	2	0	12
	2-10	53	49	45	43	30	220
	11-20	40	27	28	24	18	137
	21-30	43	44	49	35	31	202
	31-40	49	40	41	30	25	185
	41-50	34	31	37	16	21	139
	51-60	25	31	24	21	23	124
	61-70	23	18	23	14	12	90
	71+	14	19	24	20	19	96
	ТОТАЛ	283	264	274	205	179	1205

**Таблица 21. Пациенти с чуждо тяло в ухото - сечение по възраст**

Пациенти с чуждо тяло в ухото спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т						
	Година					
	2008	2009	2010	2011	2012	ТОТАЛ
Пациенти с остър чуждо тяло в ухото	283	264	274	205	179	1205
Общо преминали пациенти през УНГ к-т	11992	13830	16352	12458	11061	65693
% съотношение	2.36%	1.91%	1.68%	1.65%	1.62%	1.83%

**Таблица 22. Пациенти с чуждо тяло в ухото спрямо преминалите пациенти през УНГ к-т на УМБАЛ «Царица Йоанна-ИСУЛ»**

#### **4 ЧУЖДИ ТЕЛА В НОСА/ CORPUS ALIENUM NASI/**

Всякакъв предмет от органичен или неорганичен произход попаднал случайно или умишлено поставен за известен период от време в носната кухина.

При чуждо тяло с голяма давност около него се отлага калциев карбонат и калциев фосфат образува се твърд **КАМЪК - RHINOLIT**, който представлява отливка на носната кухина

Типове чужди тела:

- С биологичен растителен произход – зърна, ядки, плодове и др.
- Минерален произход – глина, мъниста, механични части;
- **Алкални батерии** – задължително спешно консултиране с УНГ специалист;
- **Ринолити** – калцирани назални натрупвания в следствие на чужди тела, които не са били отстранени дълго време;

- Живи чужди тела също са описани.

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

- Едностранна назална обструкция;
- Едностранен зловонна ринорея, особено у деца в детски градини и такива с лоша хигиена на родителите;
- Мацерирана от гноетечението кожа на горната устна
- Епистаксисът не е характерен белег.

Общо практикуващият лекар трябва да се обърне към УНГ специалист при невъзможност за изваждането на чуждото тяло, силно кръвотечение, некооперативно поведение от страна на пациента.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:**

- Риноскопия с оптика
- Опити за издухване на носа – ако е възможно
- Твърди предмети като мънистени зърна най-лесно се изваждат чрез прокарване на намазнена кука или Jobson-Horne сонда зад чуждото тяло и внимателно изтегляне напред. При опит за екстракция, уждото тяло може да мигрира към задните отдели на назофаринкса.
- Меките чужди тела могат да бъдат хванати с „alligator” или форцепс на Tilley.

### **5. ЧУЖДИ ТЕЛА В ОРОФАРИНКСА/ CORPUS ALLIENUM OROPHARYNGIS/:**

Всякакъв предмет от органичен или неорганичен произход, попаднал случайно за известен период от време, в структурите на орофаринкса

#### **А. АЛГОРИТЪМ при ОПЛ:**

- Остра проява на симптоми – драматичен инцидент;
- Постоянно дразнене, преглъщане;
- Dysphagia et odinphgia;
- Слюноотделяне;
- Болка в шията, ако чуждото тяло е над тироидния хрущял, е необходимо внимателно оглеждане в основата на езика и около тонзилите;
- Болка при движение на ларинкса при акта на гълтане;
- Оток на меките тъкани.

#### **В. АЛГОРИТЪМ при ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:**

- Използва се оптика под местен анестетик;
- Предилекционни места са тонзилите и основата на езика;
- Понякога се прави рентгенография;
- Форцепс на Tilley е най-подходящ за отстраняване на чужди тела от устната кухина;
- При чужди тела в основата на езика или фаринкса най-подходящ е интубиращият форцепс на McGill.

Задължителна ендоскопия под обща упойка за обтуриращи/проявени с инспираторна дихателна недостатъчност/ чужди тела, които не се виждат при прегледа.

## **XII. ИЗВОДИ**

1. През периода 2008-2012 година са разгледани, обобщени и анализирани данните, предоставени от амбулаторията на УМБАЛ”Царица Йоанна – ИСУЛ” – УНГ клиника като са направени **редица разрези и сравнения на информацията по заболявания, по пол, по възраст, темп на нарастване, хоспитализиране, спешност**. Предоставените данни могат да дадат обективна представа и достоверна информация за разглежданите спешни състояния предвид тясната специализация и национално значение в лечението на УНГ болести в клиниката и потокът прегледани пациенти.

2. **Структурата на настоящият труд определя** отговорът на поставената задача да се даде **алгоритъм на поведение както при ОПЛ, така и при УНГ специалиста**. Заболяванията са групирани и разгледани съобразно елемента на спешност/неотложност, който носят. За всяко

едно от тях са **изброени стъпките на поведение при ОПЛ и при УНГ специалиста**. Изводите са направени на базата на практиката на УНГ клиниката при УМБАЛ „ Царица Йоанна – ИСУЛ“ и са сравнени с международни практики.

3. В настоящият дисертационен труд за разгледани и представени алгоритмите на поведение при неоспорими спешните състояния. **Детайлно са посочени стъпките**,необходими да се направят **за спасяване живота на пациента**.

4. Възможността за съизмерване на **ефективността** при лечението и алгоритъмът на поведение се базира на специализираният и профилиран опит на УНГ клиниките на УМБАЛ „Царица Йоанна- ИСУЛ“. В едно с това се добавя и **устойчив темп на нарастване на приетите по спешност и оперирани по спешност** пациенти в УНГ клиника и същевременно **ниският процент на леталитет**, който показва статистиката от предоставените амбулаторни данни.

5. Настоящият труд е разделен на няколко секции, засягащи заболявания и състояния на ухото, на носа, на гълтача, на гръкляна и т.нар. „неоспоримо спешни“. Във всяка от секциите се развиват лечебно-диагностичните мерки за считаните като най-спешни животозастрашаващи състояния/заболявания, които условно могат да бъдат разделни в следните направления - **диагностично, терапевтично и хирургично**.

6.В общият случай – остро настъпващи или хронично обострени болестни състояния, които могат да засегнат органи и системи на главата и шията, и изискват неотложна спешност осигуряваща адекватно и своевременно лечение на пациента. Необходимо е пациентът да бъде насочен към **център, разполагащ с традиционно добре обучен персонал**, където се поема и отговорност за лечението му и се разчита на **високоспециализиран ресурс**.

### ХІІІ. ПРИНОС

1. За първи път в страната се създава **регламент за управление на спешните ситуации в оториноларингологията**, като определяме приоритети на спешност както следва:

- дишане-остра обструкция
- кръвообръщение- остра кръвозагуба
- болка със загуба на функция

2. Предложи се **дефиниция за спешност в Оториноларингологията** - остро настъпващи или хронично обострени болестни състояния, които могат да засегнат органи и системи на главата и шията и да доведат до естетически и функционални последствия, дори до загуба на човешки живот.

3.Позовавайки се на математическата дефиниция за **алгоритъм – «система от последователни действия, водещи до решение на дадена задача»** ние първи определяме за редица спешни състояния в оториноларингологията **комплекс от задължителни, неотложни, последователни действия** за клинична и параклинична обработка на спешно болен пациент (диагностично, терапевтично, хирургично).

4.За първи път се направи анализ на базата на обобщени стари знания и систематизиране на знания от нашата практика и се предлага алгоритъм на поведение в полза на общо практикуващия лекар (ОПЛ) и лекаря-оториноларинголог в спешното звено.

5.Предлагат се промени в нормативните документи, касаещи поведението на ОПЛ при спешните и неотложни състояния в УНГ заболяванията, което ще насочи в правилна посока диагностиката и терапията в екстремни, живото застрашаващи състояния в оториноларингологията

6.Прави се анализ на причините за неадекватното терапевтично поведение и забавяне на болните, дължащо се на:

- липса на терапевтична доктрина
- недостатъчна клинична подготовка
- непознаване критериите за спешност
- комерсиализъм
- затрупване с ненужна административна дейност

- „футболизиране“ на трудните за диагностика и лечение случаи, натоварващи бюджета на болниците докато тежестта на заболяването расте до степен на крайна спешност.

7. Ние предлагаме дефиниция за **крайна спешност** – „животозастрашаващо състояние на дихателна инсуфициенция; остро-подостро или хронично-прогресиращо кръвотечение; болка със загуба на функция на орган или система, при които компенсаторните възможности на организма са изчерпани във времето.

8. Предлагаме алгоритъм за **ОПЛ** за ранна екзактна или насочваща диагноза за да се предотврати развитието на крайна спешност чрез приложението на прости пропедевтични правила:

- анамнеза
- физикално изследване
- лаборатория
- образна диагностика
- компетентни консултации

9. Предлагаме изводи за някои спешни състояния. Придържането към тях би дало положителен ефект и би довело до позитиви в третирането на пациентите и в отношението лекар-пациент.

10. Алгоритъмът на поведение при **спешния оториноларинголог** насочваме в три направления - диагностично, терапевтично и хирургично

#### **XIV. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

- Цанев Ив., **Д. Конов**. Някои проблеми при спешните състояния в оториноларингологията, Ото-рино-ларингология, IX, 2005, N4, 5-9
- **Конов Д.**, С Йорданов, Н. Цаков, М. Генадиева. Чужди тела в дихателните пътища – диагностични предизвикателства, Международен бюлетин по оториноларингология, IX, 2013, N3
- Йорданов Ст., М. Генадиева, **Д. Конов**, И. Станчева, С. Вълчева. Ювелирен назофарингеален ангиофибром-характеристика. Диагностика и лечение, Международен бюлетин по оториноларингология IX, 2013, N3
- Широу Т., **Д. Конов**. Поведение при остри вестибуларни кризи, Международен бюлетин по оториноларингология, IX, 2013, N3
- Popov TM, Stancheva I, Kachakova DL, Rangachev J, **Konov D**, Varbanova S, Mitev VI, Kaneva RP, Popova DP (2014) Auditory Outcome After Cochlear Implantation in Patients With Congenital Nonsyndromic Hearing Loss: Influence of the GJB2 Status. Otology & Neurotology 35(8):1361-1366 [**Impact factor 2.014**]