

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

УДК: 616.21-083.98-036.8(477.52)(043.3)

**Вечерська Вікторія Олегівна**

**Динамічні показники ургентної  
оториноларингологічної допомоги в Сумській області**

14.01.38 Загальна практика - сімейна медицина

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник:  
доктор мед. наук., доцент  
Сміянов Владислав Анатолійович

Суми 2016

## ПЛАН :

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ.....	2
ВСТУП .....	3
Глава 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....	6
1.1. Захворювання носа і навколоносових пазух.....	7
1.2. Носові кровотечі .....	8
1.3. Травми щелепно-лицьової області .....	10
1.4. Фурункули носа .....	11
2. Патологія вуха .....	11
2.1. Гострий гнійний середній отит .....	12
2.2. Гостра сенсоневральна приглухуватість .....	12
2.3. Хронічний гнійний середній отит .....	13
2.4. Травми вуха .....	13
3. Патологія глотки .....	14
4. Патологія гортані.....	14
 Глава 2. ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ АНАЛІЗ. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА УРГЕНТНОЇ ЛОР-ПАТОЛОГІЇ .....	16
 Глава 3. УРГЕНТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВУХА .....	24
3.1. Ургентна патологія зовнішнього вуха .....	28
3.2. Ургентна патологія середнього вуха .....	33
3.3. Патологія внутрішнього вуха .....	35
 Глава 4. НЕВІДКЛАДНА ПАТОЛОГІЯ НОСА І НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ .....	36
4.1. Запальна патологія навколоносових пазух .....	39
4.2. Носові кровотечі .....	42
4.3. Травми носа і навколоносових пазух .....	46
4.4. Гнійна патологія м'яких тканин обличчя .....	49
 Глава 5 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.....	52
 ВИСНОВКИ .....	53
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	55
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ .....	56

## **СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

ГРВІ – гостра респіраторна вірусна інфекція

ГРЗ – гостре респіраторне захворювання

ННП – навколоносові пазухи

СОКЛ – Сумська обласна клінічна лікарня

## ВСТУП

### Актуальність та обґрунтування теми

Однією з актуальних завдань періоду реформування охорони здоров'я є створення ефективної системи управління якістю надання медичної допомоги населенню, що передбачає вдосконалення як амбулаторно-поліклінічної, так і ургентної стаціонарної допомоги.

Незважаючи на впровадження нових ефективних способів боротьби з інфекцією, збільшення числа медичних закладів, які надають вузькоспеціалізовану допомогу, питома вага патологічних процесів, при яких потрібна невідкладна ЛОР-допомога, залишається досить високою і становить 18-38% від загального числа госпіталізованих, а за деякими нозологічними формами навіть зростає. Це зростання можна пояснити збільшенням числа найбільш вірулентних штамів мікроорганізмів, їх стійкістю до антибактеріальних препаратів, невиправдано тривалим самолікуванням і пізнім зверненням до оториноларинголога. Крім цього, в останні роки відзначається зростання травматизму у зв'язку з дорожньо-транспортними пригодами, техногенними катастрофами, що багато в чому є наслідком урбанізації та прискорення темпу життя сучасного суспільства.

Аналізуючи дані літератури, можна відзначити тенденцію до швидкого, майже блискавичного розвитку ряду патологічних процесів з важкими ускладненнями, виникаючими вже на початкових етапах захворювання. Крім того, простежується збільшення числа хворих з риногенними і отогенними внутрішньочерепними та орбітальними ускладненнями. Подальший прогрес в організації оториноларингологічної служби неможливий без достовірних відомостей про рівень і характер поширеності хвороб верхніх дихальних шляхів та вуха. Робіт, що стосуються вивчення ургентної стаціонарної допомоги в сучасних умовах, в доступній літературі вкрай мало. Разом з тим за останні роки показники ЛОР-патології у структурі загальної захворюваності населення різко зросли як за рахунок збільшення гострої запальної патології, травм ЛОР-органів,

так і, особливо, частого рецидиву хронічних захворювань. Вище перелічене обумовлює актуальність і необхідність проведення цього дослідження.

**Мета дослідження** полягала в удосконаленні ургентної оториноларингологічної допомоги на етапі стаціонарного лікування за допомогою оцінки її ефективності та розробки концептуальної моделі роботи ЛОР відділення міської лікарні. Для виконання цієї мети було необхідно вирішити певні задачі.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити структуру ургентної ЛОР-патології за даними роботи ЛОР-відділення обласної лікарні м. Суми за період 2009-2014 р.р.

2. Проаналізувати спадкоємність роботи амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної ланок з надання допомоги хворим з ургентної ЛОР-патологією, її своєчасність в ЛОР-відділенні обласної лікарні м. Суми.

3. Оцінити діагностичні можливості, лікувальну тактику, якість надання невідкладної допомоги та провести аналіз клініко-організаційних причин дефектів з надання ургентної допомоги при гострій патології ЛОР-органів в умовах ЛОР-стаціонару обласної лікарні.

4. Розробити концептуальну модель роботи ЛОР-відділення обласної лікарні з надання ургентної допомоги хворим з гострою патологією вуха, горла і носа.

**Основні елементи методичних підходів.** У відповідності з метою і завданнями цієї роботи проведений аналіз звітної документації ЛОР-відділення обласної лікарні м. Суми за 2009-2014 р.р., архівного матеріалу історій хвороби стаціонару і амбулаторних карт хворих з ургентної патологією, що надійшли до цього стаціонару.

**Обсяг дослідження.** Звітна документація ЛОР-відділення обласної лікарні м. Суми за 2009-2014 р.р., архівний матеріал історій хвороби стаціонару і амбулаторні карти хворих з ургентної патологією, що надійшли в стаціонар.

**Методи дослідження.** Епідеміологічні, статистичні, аналітичні.

**Наукова новизна.** Вперше буде науково обґрунтована концептуальна модель надання ургентної ЛОР-допомоги в умовах обласного стаціонару, впровадження якої дозволить модернізувати роботу ЛОР-відділень лікарень.

**Практична значимість роботи та реалізація результатів досліджень.** Використання одержаних результатів дозволить:

- поліпшити роботу обласного ЛОР-стаціонару;
- забезпечити спадкоємність роботи стаціонару і амбулаторно-поліклінічної ланки;
- сприяти скороченню хронізації патології ЛОР-органів.

**Впровадження в практику.** Матеріали магістерської роботи впроваджені в практику роботи ЛОР-відділення обласної лікарні м. Суми.

**Медико-соціальна значимість.** Поліпшення якості надання ургентної ЛОР-допомоги, скорочення термінів перебування хворих у стаціонарі, профілактика орбітальних та інтракраніальних ускладнень при гострій патології ЛОР-органів.

**Публікації за темою магістерської.** За темою магістерської роботи опубліковані 2 статті: в науковому журналі «Вісник Сумського державного університету. Серія Медицина», м. Суми 2015 р. та у всеукраїнському медичному журналі «Хист» м. Чернівці, 2016 р.

**Основні положення, що виносяться на захист:** Аналіз поширеності та структури ургентної ЛОР-патології за даними госпіталізації в 2009-2014 р.р. в ЛОР-відділенні обласної лікарні м. Суми виявив тенденції розвитку невідкладних станів і дозволив оцінити обсяг і адекватність надання хірургічної допомоги цій категорії хворих, що дало можливість розробити концептуальну модель надання ургентної ЛОР-допомоги в умовах обласного стаціонару, впровадження якої дозволить модернізувати та поліпшити роботу ЛОР-відділень міських лікарень.

## Глава 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

У сучасній медицині існує поняття «ургентні стани». Так називають стани організму людини, які представляють безпосередню небезпеку для життя хворого. Ургентні стани вимагають негайного проведення невідкладної терапії (першої допомоги), діагностики та лікування патологічного стану.

Першочерговим завданням у такому випадку є не вилікувати хворого, але перевести його з критичного і важкого стану в стабільний.

Сьогодні невідкладні стани найбільш схильні вивченню і дослідженню. Проводяться як теоретичні, так і практичні випробування з оптимізації схем стабілізації стану пацієнтів. У процесі таких досліджень і експериментів лікарі відпрацьовують чіткість і послідовність дій лікування [1, 10, 12].

Невідкладні стани можуть бути викликані різноманітними патологіями і, залежно від цього, вимагають різних схем і підходів купірування [1, 5, 8].

У 15-16% населення нашої країни є різні захворювання ЛОР- органів, з них 38% хворих первинно звертаються до оториноларингологів, які потребують надання невідкладної допомоги. У структурі захворювань, при яких екстрена допомога необхідна, 50% займає запальна патологія вуха, горла і носа, 30% - чужорідні тіла та опіки ЛОР-органів, 13% - стенози гортані пухлинної, алергічної та іншої природи, 4% - травми, 3% - носові кровотечі. За даними іноземної літератури різна запальна патологія становить 41% у структурі ургентної ЛОР-допомоги, носові кровотечі - 16,3%, зовнішні і середні отити - по 14,8% [1, 2, 5, 22, 37].

За даними Міністерства охорони здоров'я і соціального розвитку України частіше екстреної ЛОР-допомоги потребують чоловіки (54%) середнього віку - 38,8 років. Піки звернень спостерігаються в понеділок, п'ятницю, суботу та неділю з 8.00 до 16.00 - 51%; з 16.00 до 24.00 - 42%; з 0.00 - до 8.00 - 7% . За даними іноземних авторів максимум звернень дещо відрізняються, і в ті ж дні

тижня вони спостерігаються з 9.00 до 12.00 і з 17.00 до 20.00 годин [2, 4, 6]. У денний час більшу частину звернень складають хворі із захворюваннями ННП і середнього вуха, ввечері - з травмами ЛОР-органів, носовими кровотечами, сторонніми тілами глотки і стравоходу, стенозами гортані. Госпіталізація буває необхідна 32-38% пацієнтів, хірургічні втручання - 35% хворих, що звернулися в приймальне відділення стаціонарів [7, 9, 11, 34, 40].

### **1.1. Захворювання носа і навколоносових пазух**

У структурі ЛОР-патології захворювання носа і навколоносових пазух (ННП) складають 25,6-34,4% [1, 6, 9, 10]. З них параназальні синусити спостерігаються в 24,0-35,0% випадків. Захворюваність хронічним синуситом за останні 8 років збільшилася в два рази, питома вага госпіталізованих з приводу запальних захворювань ННП щороку зростає на 1,5-2%. При масовій диспансеризації патологія ННП виявляється в 32-57,4% спостережень, з них зміни в верхньощелепних пазухах спостерігаються в 88,4%, в лобових - в 11,6%. Хворі з синуситами складають 18% від загального числа госпіталізованих в ЛОР-стаціонари. У структурі синуситів гайморити склали 51,8%, етмоїдити - 26,3%, фронтити - 7,5%, пансинусити - 14,4%. При цьому гострі процеси спостерігалися в 24,2-32,4% випадків, в інших спостереженнях це були загострення хронічних синуситів. Серед госпіталізованих хворих переважали жінки - 56,2% [12, 16, 18, 20]. За даними одних авторів одонтогенний гайморит частіше спостерігається у чоловіків (59,9-62,5 %), інших - у жінок (56,2-57,9 %). Пік цієї патології (56,8-61,5 %) припадає на вік від 25 до 40 років, оскільки саме в ці роки найбільш часто прогресує каріозний процес зубів. При цьому він має місце частіше з грудня по березень - в період епідемії ГРВІ, грипу [3, 21, 23, 36].

Середній термін лікування в стаціонарі хворих з одонтогенним гайморитом становить 10,9 дня. Чоловіки частіше жінок страждають запаленням лобових пазух (72,7-79,8 %). Переважна кількість пацієнтів (60,6-71,8 %) - люди у віці від 20 до 50 років. Розподіл хворих, страждаючих, фронтитом, за віковими групами наступний: до 20 років - 12,1 %; від 21 до 40 років - 54,5 %; від 41 до 60 років - 29,5 %; старше 60 років - 3,9 % . Основною причиною розвитку фронтиту



є ГРВІ - 36,1-58,5 % (8,151). При цьому гострі та загострення хронічних форм захворювання спостерігаються однаково часто - 48,8-60,0 % і 40,0-51,2 % відповідно [3, 5, 9, 12, 17, 38].

У 89,2-93,5 % випадків синусит буває одностороннім (у 54,8% - правостороннім). У 22,1 - 63,8 % спостерігається поєднане ураження навколоринних пазух. Пролікувавшись консервативно, з них 28,3 % пацієнтів надалі оперовані через неефективності такого лікування [9, 14, 40].

Операції на лобових пазухах проводяться 17,7 - 40,7 % хворих з фронтитами. При цьому в 24,2 % спостерігається повне клінічне одужання, в 45,5 % - поліпшення хвороби, в 17,5 - 30,3 % виникає рецидив захворювання. У 10,0 - 12,0 % випадків операція проводиться повторно [16, 20, 24, 26, 39].

Хворих з патологією клиновидних пазух значно більше, ніж це вважалося до останнього часу. При цілеспрямованому обстеженні гострі або хронічна форми сфеноїдиту виявляються в 18,5 %, а при використанні ендоскопічних методів дослідження - в 58,1 % випадків при синуситах. Віковий пік припадає на хворих від 30 до 40 років [2, 7, 11].

## **1.2. Носові кровотечі**

Носові кровотечі (epistaxis) по частоті виникнення займають перше місце серед спонтанних кровотеч, будучи найбільш поширеними показаннями для екстреної госпіталізації хворих. Хворі з носовою геморагією складають 4,1-8,0% екстрено госпіталізованих, 3,3-11,1% - в структурі хворих ЛОР-відділень. У 4,5% випадків носові кровотечі мають наполегливо рецидивуючий характер, представляючи загрозу для життя хворого [25, 29, 37, 40].

Положення про госпіталізацію усіх хворих з носовими кровотечами є спірним, не кожен стаціонар дотримується цієї тактики - в цих випадках госпіталізується 26,5-67,7% хворих з геморагією, проте в 28% випадків відпущені на амбулаторне лікування знову поступають в приймальне відділення з рецидивами [4, 7, 18, 29].

Найбільша частота носових кровотеч спостерігається у хворих у віці від 35 до 60 років, що складає 60,0-87,0% госпіталізованих пацієнтів. А взагалі частота

цього симптому у хворих різних вікових груп така: до 20 років - 18%, від 21 року до 30 років - 12%, від 31 року до 40 років - 19%, від 41 року до 50 років - 17%, від 51 року до 60 років - 17%, від 61 року до 70 років - 11%, старше 70 років - 6%. Частіше госпіталізуються чоловіки - 57-69,3%. У осінньо-зимовий період носові кровотечі спостерігаються частіше (до 46%), що пов'язане із спалахами грипу і ГРВІ, а у весняні місяці вони мають місце у зв'язку з авітамінозами А., С., В - 37-40% . Близько 3,8-4,0% хворих звертаються в приймальне відділення самостійно, 16,6-17% - направляються з амбулаторної мережі, 79,0-79,9% - поступають по каналу «Швидкої медичної допомоги» [7, 9, 13, 28, 37, 40].

Носова кровотеча - симптом різних захворювань, який потребує різного лікування. В 48-67% спостережень причиною носових геморагій є загальні захворювання організму, в 33-52% етіологічним чинником є причина місцевого характеру. Серед загальних захворювань, більшість дослідників на перше місце ставлять гіпертонічну хворобу, яка розвивається на тлі атеросклерозу. Носові кровотечі, пов'язані з ураженням судин, становлять 35-70,3% від їх загальної кількості; з ГРВІ як провокуючим кровотечі фактором - 12,5-32,0%; з травмами носа і ННП - 18,0-18,8% [3, 6, 19, 20, 21].

Рецидиви носових кровотеч (від 2 до 5 разів) на догоспітальному етапі відзначали 42,2% хворих, до 10 разів - 17,5%, більше 10 разів - 9% хворих. Потребують госпіталізації в інші відділення стаціонару із-за супутньої патології 4,6-7,5% пацієнтів. Консервативна тактика лікування хворих з носовими кровотечами ефективна в 86,2-98,3% випадків. Передня тампонада проводиться 32-48% пацієнтів. Вона може бути марлевою або балонною [6, 22, 25, 34, 38].

Хірургічні втручання проводяться 13% хворих з носовими кровотечами при неможливості зупинити їх за допомогою передньої і задньої тампонади протягом 48 годин, при зниженні гематокриту нижче за рівень 38%, або при наполегливих рецидивах [6, 9, 12, 37].

### **1.3. Травми щелепно-лицьової області**

По відношенню до всіх травм голови і шиї, травми ЛОР-органів складають 15,0-22,0 %. Хворі з травмами носа і навколоносових пазух складають 4,2-4,8 % від всіх екстрених звернень до ЛОР-лікаря, 1,0-4,6 % - від госпіталізованих в ЛОР-стаціонар. У сучасних умовах бойових дій поранення носа і навколоносових пазух склали 41,9-45,5 % від числа всіх санітарних втрат оториноларингологічного профілю.

Більшість хворих з травмами лицьового скелета – особи від 20 до 40 років (43,3-62%). Переважають чоловіки - 70,0-83,6 %. На першому місці як причинний чинник стоїть механічний - 94,1 %. Далі наслідують в порядку спадання термічні опіки - 3,2 %, рани від укусів - 1,6 %, електричні опіки - 0,2-0,4 %, вогнепальні поранення - 0,2 %. Головними причинами травм є, удари тупими предметами- 40-81,6 %, дорожні події - 3,8-5,7 %, спортивні травми - 4,2-4,6 %, виробничі травми - 2,5-18 %. В 23,1 % причину травми не виявлено.

За своїм характером найбільш складними є транспортні травми, що призводять до значних деформацій носа і спотворювання особи.

У 40,5-75% пацієнти отримали травми обличчя у стані алкогольного сп'яніння [2, 4, 10, 13, 22].

Із загальної кількості хворих з травмами носа і навколоносових пазух госпіталізується 18,7-23,4%.

Травми носа складають 8,1% від переломів кісток скелета людини, 32-92% - від травм лицьового скелета, 30,0-92,0% - від травм ЛОР-органів, 2,1-4,6% - від загальної кількості стаціонарних ЛОР-хворих. Наслідки травм носа проявляються не тільки функціональними розладами у 71,3-82% хворих, але і спотворення особи з можливими розладами психіки - до 30-42,2% хворих потребують подальшої ринопластики [25, 28, 40].

Ізольовані травми навколоносових пазух спостерігаються в 3,5-10,5% при травмах лицьового скелета. При травмах кісток носа в 41-89,4% випадків і в 10-16,4% при поєднаних травмах спостерігається рецидивуючі посттравматичні кровотечі, при цьому у 2,3% випадків необхідна перев'язка зовнішньої сонної

артерії. У 9,5-11,6% спостережень після травми кісток носа утворюється гематома і формується абсцес носової перегородки [11, 14, 19, 27, 37].

#### **1.4. Фурункули носа**

Фурункули носа - одна з найбільш зустрічаємих в оториноларингологічній практиці форм гнійного захворювання, при якому можливі сепсис, внутрішньочерепні і орбітальні ускладнення.

Хворі з фурункулами і карбункулами особи складають 8,6-17,7% від числа хворих, які перебувають у щелепно-лицевих клініках. За даними Н. Н. Бажанова, 1999, їхня кількість за останні роки зросла у 2,7 рази. Серед них переважають чоловіки (58,3-62,6%) віком до 30 років, які працюють в приміщенні і зайняті канцелярським працею. Адекватне лікування в максимально ранні терміни дозволяють швидко купірувати запальний процес. У 35% випадків причиною розвитку фурункула було видавлювання гнійника, в 25% - переохолодження. Одним з факторів, що визначають сприятливий результат захворювання, є тривалість догоспітального періоду [6, 11, 31, 35, 40].

Основним методом лікування є екстрена на навколоносових пазухах з оголюванням твердої мозкової оболонки передньої черепної ямки. Комплексне лікування з хірургічною санацією уражених навколоносових пазух, масивної антибіотикотерапією і проведенням дигідротаційних, дезінтоксикаційних заходів дозволяє досягти високих цифр позитивних результатів - в середньому у 94% пацієнтів [9, 14, 18, 25, 33].

#### **2. Патологія вуха**

Патологія вуха становить 19,6-29% від всієї ЛОР-патології. Гнійні середні отити становлять 8,8% в структурі госпітальної ЛОР-патології.

Нераціональне застосування антибактеріальних препаратів призвело до значної зміни класичної картини перебігу гострого запалення середнього вуха, яке нерідко протікає без вираженої клінічної маніфестації. Біль у вусі короткочасна, часто злегка змінений вид барабанної перетинки перешкоджає об'єктивній оцінці патологічного процесу в середньому вусі, перфорація барабанної перетинки розвивається рідко. Ускладнення виникають або в ранні

терміни захворювання, або запальний процес набуває малосимптомний уповільнений характер [1, 4, 9, 19, 29].

### **2.1. Гострий гнійний середній отит**

Хворі з гострими середніми отитами складають 3,5-8,0% від числа тих, що звернулися з ЛОР-патологією та 10,5-40,5% госпіталізованих із захворюваннями середнього вуха. Співвідношення чоловіків і жінок приблизно однаково - 40-57% і 41-60% відповідно. Пацієнти до 20 років становлять 19-53,3%, від 21 до 30 років - 27-30%, від 31 до 40 років - 8,332,5%, від 41 до 50 років - 5,1-12,3%, від 51 до 60 років - 3,4-5,2%, старше 60 років - 4%. У 18,3-26,3% спостережень причиною розвитку гострих середніх отитів є грип. У перші п'ять днів захворювання госпіталізуються 14,6% хворих, до двох тижнів - 54,2%, до одного місяця - 31,2% [1, 5, 8, 16, 23].

### **2.2. Гостра сенсоневральна приглухуватість**

Сурдологічні хворі становлять до 30,2% хворих з ЛОР - патологією, з них 10% - з гострою сенсоневральною приглухуватістю.

Розвиток раптової глухоти або гострої сенсоневральної приглухуватості розцінюється як невідкладний стан, так як через 24 години після дії фактора шкідливості починається розпад осьового циліндра і мієліну, дегенеративні зміни опорних і волоскових клітин Кортієвого органу. Від того, як швидко буде розпочато лікування, багато в чому залежить прогноз, найближчі і віддалені результати терапії. З огляду на це, хворі з гострою сенсоневральною приглухуватістю підлягають негайній госпіталізації з призначенням повноцінної терапії з моменту надходження. Відмінний результат лікування одержано у хворих з судинними порушеннями слуху, які звернулися до лікаря в перші 5 годин від початку захворювання [4, 10, 18, 24, 35].

За даними одних дослідників серед хворих переважають чоловіки (50,8-69%), за іншими - жінки (54,6-57,1%).

За даними Н.С. Благовіщенській, 2007, приглухуватість у 23,2% хворих розвинулася одномоментно (у 5,4% - після сну), у 9,8% - протягом кількох годин, у 38,5% - протягом однієї доби, у 23,1% - протягом 7-10 діб [33, 39].

Розвиток сенсоневральної приглухуватості може бути обумовлена безліччю причин.

У перші три дні госпіталізується 9,4%, протягом наступних 10 днів - 62,5%, через місяць - 28,1% хворих [5, 31, 36].

### **2.3. Хронічний гнійний середній отит**

Поширеність хронічного гнійного середнього отиту в даний час, залишається значною. Він становить 10,0-12,4% в структурі ЛОР - патології, 32,1% - у структурі захворювань вуха, 4,3% - у структурі ургентних станів ЛОР-органів.

За даними одних авторів хронічним гнійним отитом частіше страждають чоловіки (52,1%), за іншими – жінки.

В структурі хронічних гнійних середніх отитів епітимпаніти складають 14,8-28,2%, мезотимпаніти - 19,0-39,2%, епімезотимпаніти - 28-68,6%.

Внутрішньочерепні ускладнення частіше зустрічаються у чоловіків - 54,0-77,7%, у жінок 7,4-17,8% спостережень, у віці до 20 років, у 28,2-48,1% - у хворих від 21 року до 40 років, 20,3-42,8% - від 41 року до 60 років, у 7,1-9,0% - старше 60 років [1, 6, 10, 20, 33].

### **2.4. Травми вуха**

Травми вуха складають 16,5% від загального числа травм ЛОР-органів. В сучасних умовах бойових дій поранення вуха становлять 1,4-5,6 %. Серед постраждалих переважають чоловіки - 54,3-69,7%. Етіологічно переважають побутові травми.

Травми зовнішнього вуха складають 15% травм ЛОР-органів і 88% - у структурі травм вуха. Переважають поранення вушної раковини, зовнішнього слухового проходу (61,4%) і отогематома - 9,3%.

Опіки та обмороження вушних раковин становлять 1,2% в структурі травм зовнішнього вуха, досягаючи 13,3% у структурі спеціалізованих центрів.

Травми середнього і внутрішнього вуха становлять 12% у структурі травм вуха, і на 48,5% випадків викликані різкою зміною тиску в зовнішньому слуховому проході і барабанної порожнини (баротравма). У 47,0%

спостерігається пряма (15,2%) і непряма (31,8%) механічна травма, в 1,9-4,5% - термічна.

Опікові ураження складають 4,5% травм середнього вуха.

Результати лікування при травмах вуха залежать від характеру ушкодження та терміну звернення до лікаря [2, 8, 11, 36].

### **3. Патологія глотки**

Патологія глотки становить 22,8-36,2% в структурі ЛОР-патології.

Хворі з паратонзиллярними абсцесами складають 11,0-11,9% від загального числа ургентних оториноларингологічних хворих. Захворюваність паратонзилітом у чоловіків частіше, ніж у жінок - 52-54,1% і 45,9-48% відповідно. Висока питома вага хворих у віці до 19 років (20,8%) дозволяє судити про недостатню увагу до цієї проблеми не тільки оториноларингологів, але і педіатрів [1, 4, 14, 38].

Жінки страждають парафарингітами частіше чоловіків - 58% і 42% відповідно. Розподіл пацієнтів за віком такий: до 20 років - 22%, від 21 до 30 років - 48%, від 31 до 40 років - 20%, від 41 до 50 років - 2%, від 51 до 60 років - 8%. У 6,3% хворих захворювання ускладнюється розвитком стенозу гортані 2-3 ступеня.

Екстрені хірургічні втручання - єдине, що може врятувати таких хворих: термінова тонзилектомія, розтин паратонзиллярних і парафарингеальних абсцесів, флегмони бічної стінки глотки. У третині випадків необхідна термінова трахеостомія. Летальність становить 11,7% [5, 13, 16, 40].

### **4. Патологія гортані**

Патологія гортані становить 15,0-21,2% від усієї ЛОР-патології. Хворі зі стенозами гортані становлять 1% від числа хворих, які звертаються в приймальні відділення ЛОР-стаціонару. В 34,4% випадків стеноз гортані обумовлений онкологічним процесом, у 21,8% - здавленням і зміщенням трахеї пухлиною щитовидної залози, 18,8% - флегмонозним ларингітом, у 12,5% - флегмоною шиї, 9,3% - двобічним паралічем гортані, 3,1% - іншими факторами [3, 6, 12].

Набрякла форма епіглотиту спостерігається в 17-32% випадків, інфільтративна - 28-40%, абсцедуюча - у 35,7-43,0% спостережень.

Запальні явища в надгортаннику частіше зустрічається у чоловіків (52-67%). За віковими періодами пацієнти розподіляються наступним чином: від 20 до 50 років - 83-88% спостережень, старше 50 років - 12%.

В даний час частота важких гнійно-некротичних процесів серед захворювань щелепно-лицьової ділянки та шиї мають тенденцію до зростання, складаючи 47,5% і продовжуючи займати перше місце. Найбільш часто зустрічаються абсцеси (30-36%) і флегмони шиї - 10-18% [15, 24].

Флегмони шиї частіше зустрічаються у чоловіків - 54,9-62,5% у віці від 21 до 40 років - на 73,8%.

Гнійно-некротичні процеси розвиваються при несвоєчасному зверненні хворих за допомогою або якщо ця допомога не адекватна. Серед зовнішніх травм шиї переважають забиття і стиснення гортані - 66,7% в структурі травм гортані [1, 3, 27].

Різні поранення складають 7-31% від загального числа травм гортані. У структурі ран 6,8-9,7% складають рвано-забиті, 3,1-8,6% - різані, 3,9-6,3% - колоті, 5,4% - вогнепальні. У 2,1% хворих гематоми гортані є причиною стенозу і термінової трахеотомії [5, 10, 21].

У 26,3% травми гортані - внутрішні, з них 9,3% становлять опіки.

Підводячи підсумок вищесказаного, можна зробити висновок, що будь-яка ургентна патологія в оториноларингології загрожує важкими ускладненнями, що призводять до інвалідизації хворого або до летального результату, тому для успішної практичної роботи необхідним є чітке, досконале знання як структури невідкладних станів, так і тактика надання невідкладної допомоги.



## ВЛАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### Глава 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА УРГЕНТНОЇ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Всього проаналізовано 9718 історій хвороби пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою в 2009-2014р.р. в ЛОР-відділення обласної лікарні м. Суми. З них за невідкладними показаннями виділено 7609 (78,3%) хворих, і 2109 (21,7%) пацієнтів, які б могли звернутися за медичною допомогою до міських та районних лікарень. У 2009 р. звернулося 1900 хворих, з них 1520 (75%) пацієнтів з ургентної патологією ЛОР-органів, у 2009 р. - 1962 пацієнта (1 545 - 73%), у 2010 р. - 1989 хворих (1530 - 70%), в 2011 р. - 1957 (1 529 - 72%), в 2012 р. - 2013 (1560 - 71%), в 2014 р. - 1987 (1565 - 73%) відповідно. Як видно з наведених цифр, кількість хворих, госпіталізованих за невідкладними показаннями, в 2009-2012 р.р. була приблизно однаковою, а в 2013-2014 р.р. - збільшилася. У той же час відсоток пацієнтів з ургентної патологією з року в рік був практично однаковим. У відповідності з метою та завданнями роботи ми проаналізували структуру ургентної ЛОР-патології, канали госпіталізації, наступність надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги оториноларингологічним пацієнтам, її своєчасність, тривалість догоспітального періоду, піки звернення до приймального відділення по сезонах року і по годинах протягом доби, стать і вік госпіталізованих хворих, адекватність обсягу невідкладних лікувально-діагностичних заходів в умовах приймального відділення лікарні і ЛОР-відділення, тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі, результати проведеного ним лікування. Аналіз цих показників проводили як загальний за шість років, так і окремо по роках для виявлення тенденції до зниження або підвищення даного показника. У структурі ургентних захворювань ЛОР-органів за аналізовані роки перше місце займала патологія носа і навколоносових пазух (ННП) - 55,4% (5124 людини), друге місце - патологія вуха (29,8% - 2756 пацієнтів), третє - патологія глотки (8,9%) - 823 хворих), четверте - патологія гортані (5,6%) - 516 пацієнтів), п'яте - чужорідні

тіла стравоходу (0,3% - 30 хворих). Для наочності ми ці цифри представили у вигляді діаграми ( рисунок 2.1 ).



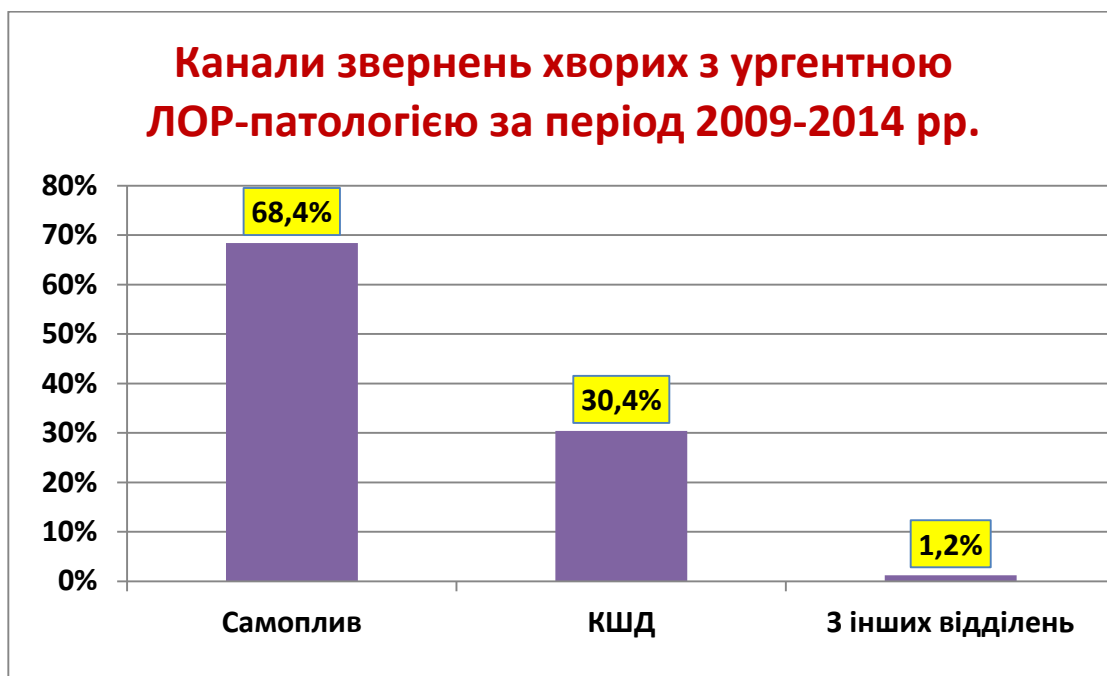
Рисунок 2.1 Структура ургентної патології ЛОР-органів (по осі абсцис - (1) - захворювання носа і ННП, (2) - захворювання вуха, (3) - захворювання глотки, (4) - захворювання гортані, (5) - чужорідні тіла стравоходу ; по осі ординат - відсоток патології).

Виявлено, що при цьому структура захворюваності за досліджуваний період динамічно змінювалася: у 2009-2011 р.р. 3-є місце займала патологія гортані, четверте - захворювання глотки; в 2012-2014 р.р. спостерігалася зворотна картина - захворювання глотки були на третьому місці, гортані - на четвертому.

Канали звернень хворих з ургентною ЛОР-патологією, що спостерігаються в дослідженні роки були наступними: 68,4% пацієнтів звернулися самостійно до ургентного відділення СОКЛ (в основному з гострими і загостренні хронічних запальних процесів ЛОР-органів), так званий «самоплив», 30,4% хворих доставлені бригадою «Швидкої допомоги» (в основному з носовими кровотечами і травмами). У 1,2% пацієнти були переведені або спрямовані на

госпіталізацію з інших стаціонарів, де немає ЛОР відділення, ці дані представлені на діаграмі нижче ( рисунок 2.2)

Рисунок 2.2 Канали звернень хворих з ургентною ЛОР-патологією за період 2009-2014 рр.



Оскільки основна маса хворих була спрямована на госпіталізацію за рахунок «самопливу» пацієнтів, то і піки звернення до приймального відділення приходилися на другу половину дня і вечірні години (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1 Відсоток звернень хворих з ургентною ЛОР-патологією протягом доби

00.00-8.00	9.00-15.00	16.00-18.00	18.00-21.00
11 %	15 %	21 %	45 %



Рисунок 2.3 Найчастіші діагнози госпіталізації лор-хворих за 2009-2014 рр.

Найчастіше для надання невідкладної допомоги були госпіталізовані хворі з гострим синуситом (19,4%), носової геморагії (14,8%), патологією середнього вуха (14,6%), травми носа (13,1%), рідше - з гострим середнім отитом (9,1%), паратонзиллярним абсцесом (8,7%), різною патологією гортані (8,3%) , зовнішнього вуха (7,5%) і фурункулами носа (7,0%). Найменшими за чисельністю були групи пацієнтів з патологією внутрішнього вуха (5,9%) і з загостренням хронічного середнього отиту (5,4%).

Рідко (в 2,0% випадків) хворі були госпіталізовані за екстремними свідченнями неодноразово протягом року з однією і тією ж патологією (носові кровотечі), в 3,8% пацієнти поступили в стані алкогольного сп'яніння.

Жінки і чоловіки потребували госпіталізації приблизно однаково часто - 45,4% і 55,6% відповідно ( рисунок 2.4).



Рисунок 2.4 Частота звернень з ургентною патологією за статтю за період 2009-2014 р.р.

Середній вік хворих склав: жінки  $40,7 \pm 12,2$  і чоловіки  $36,9 \pm 13,4$  років. Пік госпіталізації припадав на хворих у віці від 19 до 39 років (59,8% спостережень), тобто на самий працездатний вік. Аналіз віку хворих, що надійшли для лікування в різні роки, виявив його прогресуюче зменшення: у 2009 р і 2010 р. пацієнти у віці від 19 до 39 років склали по 56,2% і 57,3% відповідно, у 2011 р - 59,3%, у 2012 р - 60,9%, у 2013 р - 61,1%, а в 2014 р - вже 64,9% (рисунок 2.6). Рідше в екстреній госпіталізації потребували хворі до 18 років (11,0%), від 40 до 60 років (21,3%) і рідко - старше 60 років (5,9%) (рисунок 2.5).

Рисунок 2.5 Звернення хворих з ургентною патологією за віком та статтю за період 2009-2014 рр.

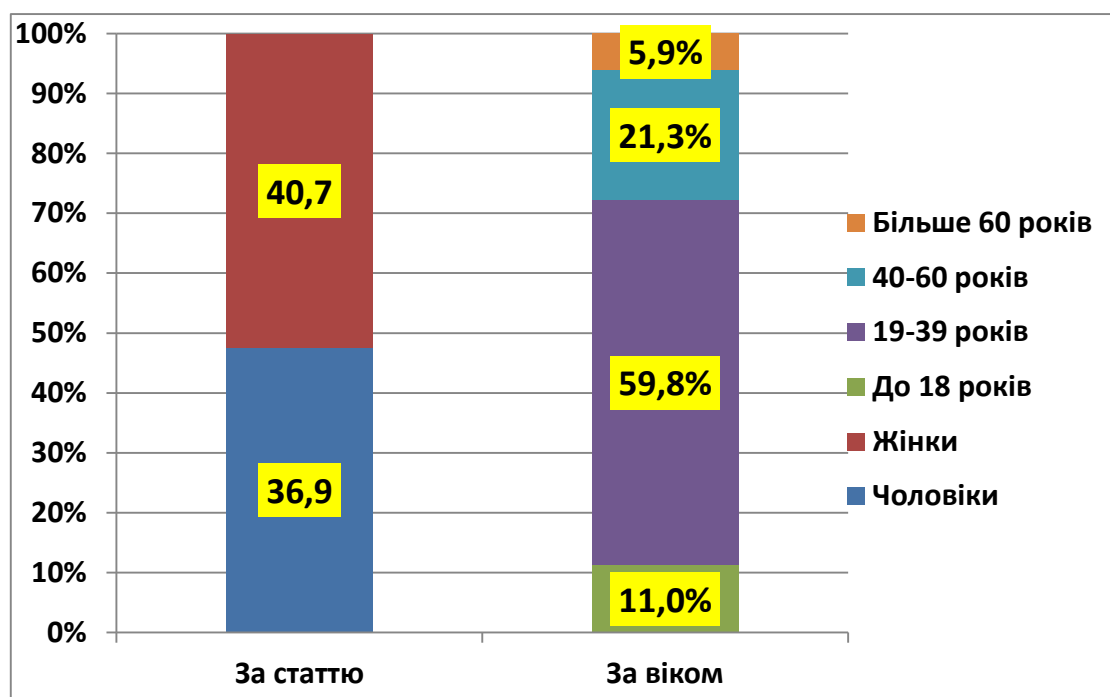
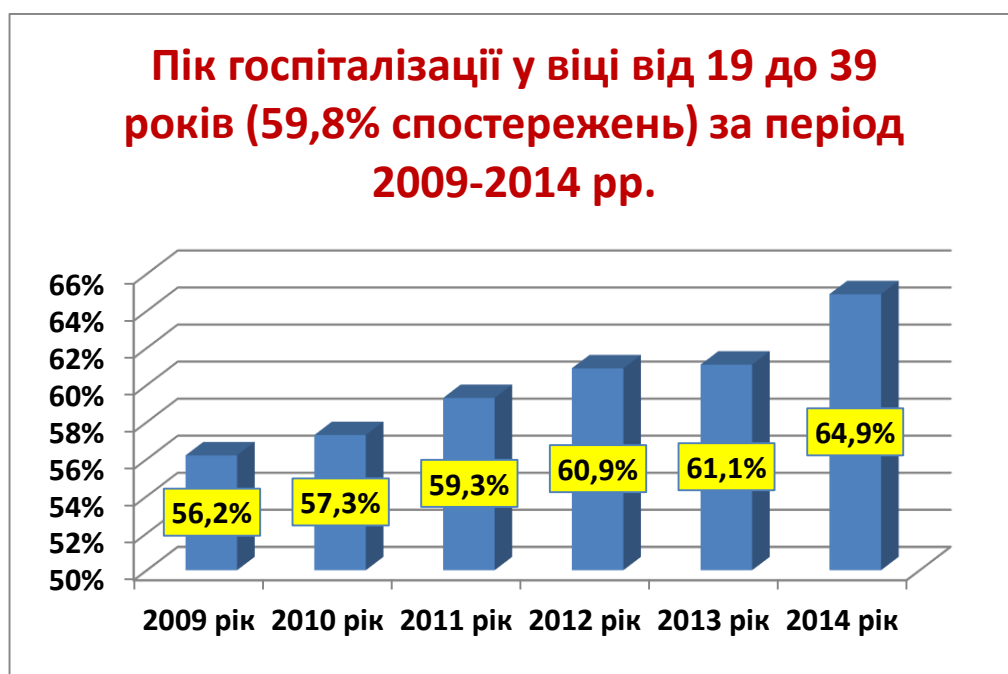


Рисунок 2.6 Пік госпіталізації з ургентною лор-патологією у віці від 19 до 39 років ( 59,8 % спостережень) за період 2009-2014 р.р.



Проаналізувавши частоту звернень в ЛОР-відділення серед сільського та міського населення, виявлено суттєву перевагу серед пацієнтів міського населення – 84 %, а сільського-16 % відповідно (рисунок 2.7).

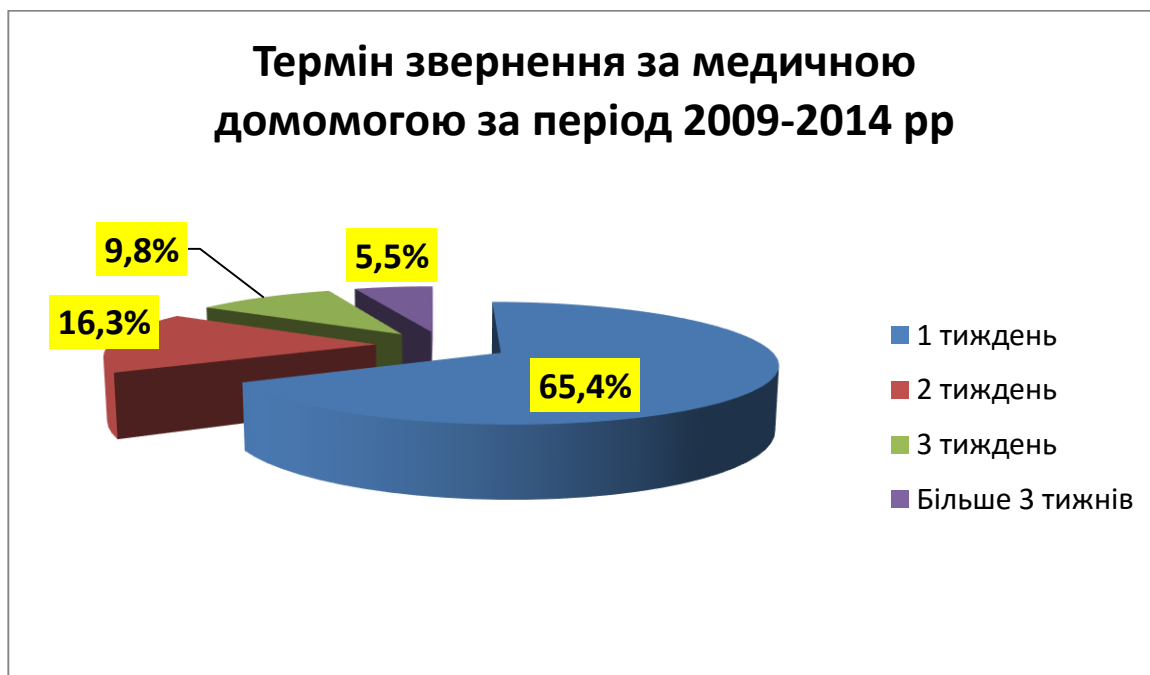


Рисунок 2.7 Частота звернень за ургентною лор-патологією по територіальності за період 2009-2014 рр.

Значно частіше (80,8%) пацієнти надходили в ЛОР-відділення в холодну пору року (листопад - березень). Це пов'язано з тим, що у переважного числа хворих ургентна патологія ЛОР-органів виникала у зв'язку з переохолодженням, як ускладнення ГРЗ, ГРВІ, грипу. Спад надходження хворих у стаціонар спостерігався влітку (19,2%). Істотним є факт прогресуючого збільшення числа хворих, госпіталізованих у зв'язку з ургентними захворюваннями ЛОР-органів і з обтяженим алергічним анамнезом. Так, у 2009 році він мав місце у 15,6% пацієнтів, а в 2014 році він спостерігався вже у 23,2% хворих, з них у 63,7% випадків були алергічні реакції на лікарські препарати, що значно ускладнювало проведення адекватної терапії. Середня тривалість терміну звернення за допомогою у пацієнтів склала  $5,4 \pm 3,4$  днів. Виявлено прогресуюче збільшення цього показниками 3,4 днів в 2009 р. до 5,7 днів у 2014 році. Зростання тривалості захворювання до госпіталізації корелює зі збільшенням числа хворих,

які отримували амбулаторне лікування і самостійно звернулися при його неефективності або розвитку ускладнень, а також через пізні звернення до отоларинголога через самолікування. Основна частина хворих звернулася в перший тиждень захворювання (65,4%). У день захворювання звернулися 13,6% пацієнтів, у перші три дні - 11,0%. Виявлено щорічне зростання числа хворих, які звернулися на другому (16,3%) і третьому тижні захворювання (9,8%). У 5,5% спостережень тривалість терміну звернення склала більше 3-х тижнів. Збільшення термінів звернення за допомогою є передумовою для переходу запального процесу в хронічний, неефективності консервативних способів лікування і як логічне завершення - до хірургічного втручання (рисунок 2.8).

Рисунок 2.8 Термін звернення із моменту початку лор-захворювання за ургентною медичною допомогою за період 2009-2014 рр.





### Глава 3. УРГЕНТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВУХА

З патологією вуха звернулося 2 756 осіб, що склало 29,8% у структурі ургентної патології ЛОР-органів. Це - друга за величиною група хворих, госпіталізованих за невідкладними показаннями.

У структурі ургентної патології вуха невідкладні стани зовнішнього вуха склали 27,9%, патологія середнього вуха - 57,6%. Меншу частину (14,5%) склала патологія внутрішнього вуха (рисунок 3.1 )

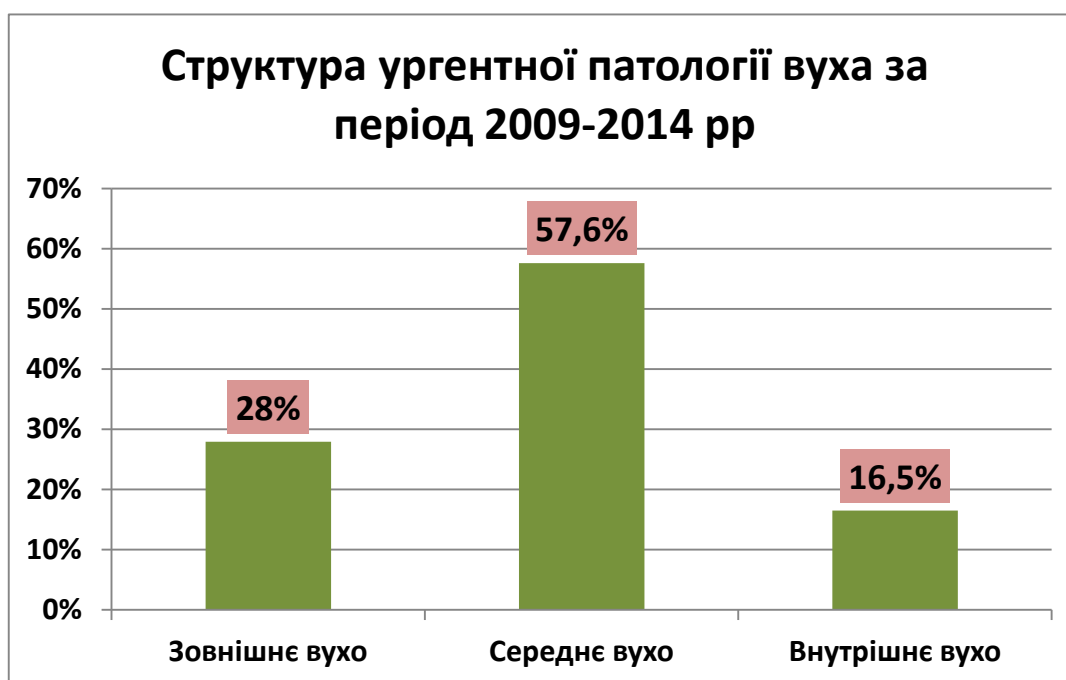


Рисунок 3.1 Структура ургентної патології вуха за період 2009-2014 рр. (по осі абсцис - (1) патологія зовнішнього вуха; (2) - патологія середнього вуха; (3) патологія внутрішнього вуха; по осі ординат - процент хворих).

Більше половини із звернень пацієнтів становили жінки, меншу частину - чоловіки (57,6% і 42,4% відповідно). Середній вік хворих -  $39,2 \pm 15,8$  років (жінки і чоловіки -  $42,7 \pm 15,3$  року і  $37,3 \pm 15,7$  років відповідно). Віковий пік хворих припадає на пацієнтів самого працездатного віку - від 20 до 50 років (59,2%). Дуже рідко (14 спостережень - 0,5%) хворі потребували неодноразової госпіталізації протягом року. У 3,8% спостережень пацієнти були

госпіталізовані в стані алкогольного сп'яніння. У структурі невідкладних станів вуха 68,7% складала гостра патологія ( рисунок 3.2).

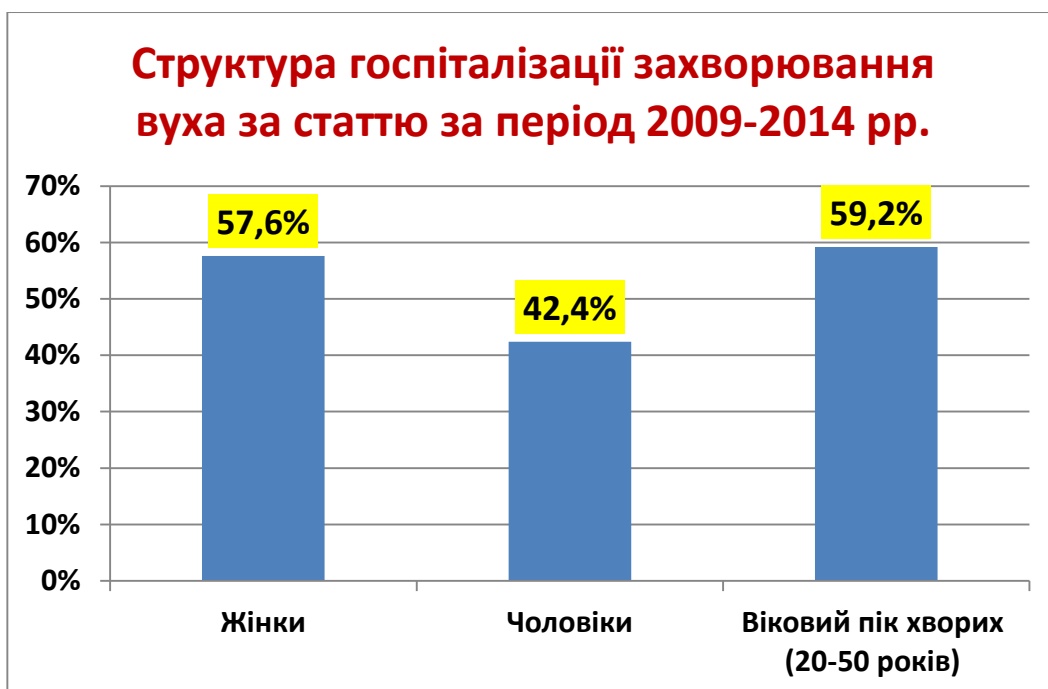


Рисунок 3.2 Структура госпіталізації захворювання вуха за статтю за період 2009-2014 рр.

У 26,7% випадків у хворих була патологія ЛОР-органів, у 47,8% - обтяжений соматичний анамнез, а у 30,5% - більше одного захворювання, у 16,6% пацієнтів були хірургічні втручання в анамнезі. Обтяжений алергічний анамнез виявлений в 20,5% випадків (частіше у жінок). Провідною причиною виникнення невідкладних станів в отіатрії являють переохолодження, імунодефіцитні стани після перенесених вірусних інфекцій - 48,0%, в 20,6% випадків - травми, причому частка останніх поступово падає. У 14,1% випадків захворювання розвинулося без видимих причин. У 10,5% спостережень його причиною стало попадання води в барабанну порожнину через перфорацію барабанної перетинки, в 5,4% - порушення гемодинаміки в лабіринтової артерії, і дуже рідко (у сумі 1,4%) - алергічні реакції на мазь, ювелірні прикраси при гострих середніх отитах (20 випадків - 0,8%), наслідки застосування ототоксичних антибіотиків (14 випадків - 0,6%) (рисунок 3.3).

Аналіз механізму дії травмуючого агента показав, що в 52,4% випадків хворі були побиті, в 19,3% структури вуха були травмовані необережними маніпуляціями в зовнішньому слуховому проході, в 8,0% випадків був опік, в 7,9% мала місце акустична травма, в 6,3% - баротравма, в 2,1% випадків пацієнти були укушені тваринами або людиною, в 2,5% випадків травма виникла у зв'язку з чужорідним тілом, яке тривалий час знаходилося в вузьких просторах зовнішнього слухового проходу, в 1,5% випадків пацієнти отримали вогнепальне поранення.



Рисунок 3.3 Причини невідкладних станів в отіатрії за період 2009-2014 рр

Близько половини хворих (45,9%) звернулися на першому тижні хвороби (в день захворювання - 4,1%), в перші три дні - 20,5%, на другому тижні - 28,1%, на третій - 16,5%, а в 9,5% спостережень тривалість догоспітального періоду склала більше 3 тижнів. Тому середня тривалість догоспітального періоду захворювання склала  $15,1 \pm 12,4$  днів (у жінок -  $13,6 \pm 12,4$  днів, у чоловіків -  $16,1 \pm 13,7$ ). При гострих процесах він дорівнював  $9,5 \pm 7,9$  днів, при загостренні хронічних -  $17,9 \pm 9,6$ . Виявлено збільшення тривалості догоспітального періоду, що пояснюється зменшенням частки травм, зростанням

числа хворих, які отримали амбулаторну допомогу, самостійно приймають протизапальні та антибактеріальні препарати.

Провідним каналом госпіталізації є самозвернення (68,0% випадків), на другому - доставка бригадою «Швидка допомога» (29,0%). Направлені з інших лікувальних установ 3,0% пацієнтів.

Оскільки основною причиною розвитку невідкладних станів в отіатрії є переохолодження, то і пік надходження хворих у стаціонар спостерігаються в зимові (29,7%), осінні (26,0) і весняні (24,3%) місяці. Спад госпіталізації припадає на літо - 20,0% спостережень (рисунок 3.4).



Рисунок 3.4 Сезонність піку звернень по захворюваності вуха за період 2009-2014 рр.

Піки звернення до приймального відділення лікарні припадає на вечірні і нічні години роботи - з 16.00 до 21.00 (55,0%) і з 21.00 до 23.00 (28,0%) (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1 Звернення хворих з захворюваннями вуха протягом доби

00.00-8.00	9.00-15.00	16.00-21.00	21.00-23.00
6%	11%	55%	28%

Отити протікали з ускладненнями у хворих в 12,0% випадків, з них у 98,5% - з патологією середнього вуха, в 1,5% - зовнішнього.

Різні хірургічні маніпуляції та операції були виконані в 34,9% випадків, з них однаково часто при патології зовнішнього та середнього вуха (50,4% і 49,6% відповідно).

У 87,0% випадків хворі були виписані для амбулаторного спостереження, в 3,0% вони були виписані зі стаціонару по їх особистому проханню недолікованими захворюваннями, в 2,0% виписані за порушення режиму (знаходилися в стані алкогольного сп'яніння), в 4,0% випадків пацієнти самовільно покинули відділення, в 2,0% - переведені в інші відділення стаціонару або інші лікувальні установи. Таким чином, виписані додому 91,0% пацієнтів, переведені - 2,0%.

Таким чином, ургентна патологія вуха є другою за величиною ургентної патологією, при якій необхідно надання невідкладної допомоги. Найчастіше потребували госпіталізації хворі з патологією середнього вуха, рідше - зовнішнього, і менша частина - внутрішнього.

### **3.1. Ургентна патологія зовнішнього вуха**

За досліджуваний період з ургентної патологією зовнішнього вуха звернулося 709 осіб, що склало 7,5% у структурі екстрено госпіталізованих оториноларингологічних хворих і 26,9% - у структурі ургентної патології вуха. Це сьома за чисельністю група пацієнтів.

Жінки і чоловіки зверталися практично однаково часто (55,5% і 44,5% відповідно). У 2,0% спостережень хворі потребували негайної госпіталізації, в 9,6% госпіталізовані в стані алкогольного сп'яніння.

Середній вік хворих склав  $32,7 \pm 15,7$  років (жінок -  $36,6 \pm 16,1$  років, чоловіків -  $30,6 \pm 14,8$ ) (рисунок 3.5). Віковий пік припадав на хворих від 20 до 40 років (50,0%), тобто на самий працездатний вік. Рідше потребували госпіталізації хворі від 40 до 50 років (18,1%) і до 20 років (13,3%), рідко - від 50 до 60 років (9,5%) і старше 60 років (9,1%) (рисунок 3.6).

Рисунок 3.5 Структура звернення з хворобами зовнішнього вуха за статтю за період 2009-2014 рр.



Рисунок 3.6 Структура звернення з хворобами зовнішнього вуха за віком за період 2009-2014 рр.



У 72,4% випадків хворі госпіталізовані в стаціонар з гострими процесами: зовнішніми отитами, хондроперихондритами і пораненнями вушних раковин. У

27,6% - з часто рецидивуючими захворюваннями (атероми, екземою, бешихою, алергічними дерматитами вушних раковин, отомікозами).

Етіологічно екстрену патологію зовнішнього вуха можна розділити на три великі групи: запального характеру (67,7%), травматичного (19; 8%) і нагноєння доброякісних пухлин (атером привушної області і вушних раковин - 12,5%). Виявлено зростання запальної патології на 10,9% і зниження частки травм зовнішнього вуха на 7,7% і атером на 5,2%.

Характерним для запальної патології зовнішнього вуха є переважання жінок (66,3%). Середній вік хворих склав  $31,6 \pm 15,9$  років (жінок -  $33,1 \pm 15,8$  року, чоловіків -  $30,5 \pm 12,4$ ). У структурі запальної патології переважали фурункули зовнішнього вуха (35,2%) і дифузний зовнішній отит (29,3%), рідше діагностовані хондроперіхондрити вушної раковини (13,7%), алергічні дерматити, екзема (8,6%), отомікоз з вираженими реактивними явищами (8,0%), рідко - бешихове запалення вушних раковин (5,2%). Патологічний осередок локалізувався однаково часто як у лівому вусі (37,1%), так і в правому (37,2%). У 25,7% спостережень він був двостороннім, а в 27,7% запальний процес протікав з реактивними явищами.

Фурункули зовнішнього вуха приблизно однаково часто спостерігалися у жінок (53,7%) і у чоловіків (46,3%). Частіше фурункули локалізувалися у правому вусі (49,4%), рідше - в лівому (44,7%), в поодиноких спостереженнях він був в обох зовнішніх слухових проходах (5,9%). У 53,4% спостережень у хворих були виражені реактивні явища.

Характерним для травм зовнішнього вуха є переважання чоловіків - 71,0%. В 51,7% випадків хворі отримали пошкодження в стані алкогольного сп'яніння, а 79,2% мали поєднані травми, такі як струс головного мозку (54,1%), забиті місця, поранення м'яких тканин обличчя (50,5%), травми тіла (29,8%). Середній вік хворих склав  $35,1 + 16,3$  років (жінок -  $36,8 + 16,0$  років, чоловіків -  $34,0 + 16,5$ ).

У 62,3% випадків в структурі травматичних ушкоджень вуха склали поранення зовнішнього вуха, 37,7% - отогематома. У 58,1% випадків травми

були нанесені зліва (удар правою рукою), в 39,6% - праворуч, у поодиноких спостереженнях - з обох сторін (2,3%). Реактивні явища з боку м'яких тканин виявлені у 18,0% хворих з травмами зовнішнього вуха.

У 50,6% випадків в структурі поранень зовнішнього вуха склали рвано-забиті рани, в 17,8% - рвано-укушені, в 13,9% мали місце ампутації вушних раковин (повні або часткові), в 11,8% - різані рани, в 5,9% - колото-різані.

В 30,6% випадків у хворих виявлена супутня патологія ЛОР-органів, в 37,7% - ускладнений соматичний анамнез, причому в 17,8% мала місце сукупність декількох захворювань, у 11,8% хворі були оперованими на внутрішніх органах неодноразово.

Виявлено, що за досліджуваний період число хворих з обтяженим алергічним анамнезом зросло на 4,5%, досягнувши в 2014 році 25,7%.

Провідними причинами розвитку невідкладної патології зовнішнього вуха являються переохолодження (49,0%) і травми (40,0%). У рідкісних випадках захворювання розвинулося без видимих причин (8,2%) або було проявом алергічного дерматиту на мазі, ювелірні прикраси (2,8%).

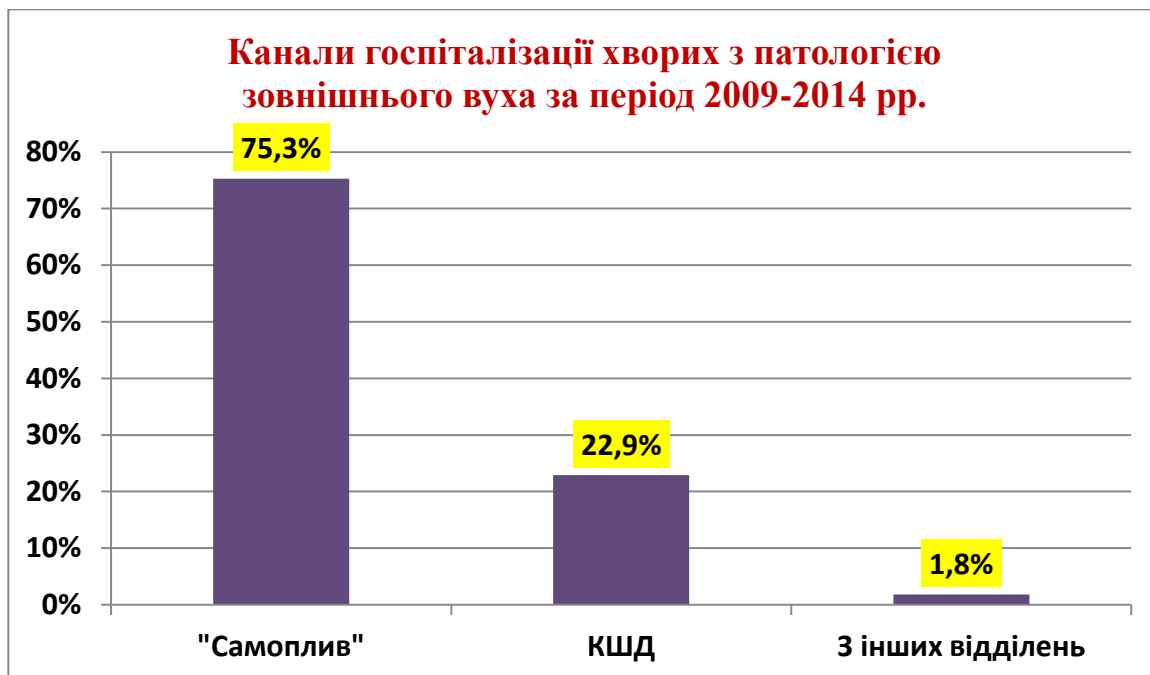
Розглядаючи етіологію травм, виявлено, що в 78,4% спостережень хворі були побиті або отримали побутову травму. У 5,9% вони отримали травму в результаті необережних маніпуляцій в зовнішньому слуховому проході, в 5,6% отримали опік вушної раковини спиртовим компресом, в 4,3% були укушені людиною або твариною, в 4,3% зовнішній слуховий прохід був травмований чужорідним тілом (зліпок для слухового апарату, намистина, парафін), В 1,5% випадків причиною травми було вогнепальне поранення.

Ведучий канал госпіталізації пацієнтів – «самоплив» в 75,3% випадків хворі самостійно звернулися в приймальне відділення, в 22,9% були доставлені до приймального відділення бригадами «Швидкої допомоги», в 1,8% - направлені з інших лікувальних установ, де немає ЛОР-відділення). За досліджуваний період збільшилася кількість хворих, що самостійно звернулися за допомогою - на 24,2%. Виявлена тенденція відображає, що більшість хворих з патологією зовнішнього вуха могли лікуватися амбулаторно, що вказує на



відсутність оториноларинголога в поліклініці або на низьку кваліфікацію спеціаліста, або просто за зручністю часу звернення і відсутністю черг (рисунок 3.7).

Рисунок 3.7 Канали госпіталізації хворих з патологією зовнішнього вуха за період 2009-2014 рр.



Основними серед причин виникнення ургентних станів зовнішнього вуха є переохолодження і травми, цим і зумовлена сезонність госпіталізації хворих. Її пік спостерігається в холодну пору: взимку (33,8%), восени (25,2%) і навесні (22,6%). Мінімум госпіталізації припадає на літо (18,4%) (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2 Госпіталізація хворих з патологією вуха за сезонністю

Осінь	Зима	Весна	Літо
25,2 %	33,8 %	22,6 %	18,4 %

Таблиця 3.3 Госпіталізація хворих з патологією вуха протягом доби

9.00-16.00	16.00-21.00	21.00-00.00	00.00-9.00
17 %	27 %	35 %	21 %

Так як основними причинами розвитку невідкладних станів зовнішнього вуха є переохолодження і травми, а основний канал госпіталізації – «самоплив», то і піки надходження хворих у стаціонар спостерігалися з 16.00 до 21.00 годин (27%) і з 21.00 до 00.00 годин (35%), тобто в години закінчення роботи поліклінічних оториноларингологів і травматологічних пунктів (таблиця 3.3).

Фурункули зовнішнього слухового проходу і отогематома розкривалися в умовах приймального відділення. Нагноєні атероми зовнішнього вуха видалялися як в умовах приймального відділення, так і в стаціонарі.

Середня тривалість стаціонарного лікування значно скоротилася з 11,3 днів у 2009 році до 7,1 днів у 2014 році. Скорочення термінів перебування в стаціонарі хворих пояснюється зниженням числа пацієнтів з травмами, але в основному за рахунок чітко відпрацьованої тактики ведення хворих і появою в практичній медицині антимікробних препаратів нового покоління. Середні терміни перебування в стаціонарі склали  $9,7 \pm 7,1$  днів (в ЛОР-відділенні -  $10,8 \pm 6,7$ , в інших відділеннях -  $7,6 \pm 6,4$  днів). 96,0% хворих були виписані, 4,0% - переведені в інші відділення (стоматологічне, травматологічне, неврологічне, терапевтичне, кардіологічне).

Таким чином, ургентна патологія зовнішнього вуха склала сьому за чисельністю групу хворих, які потребують надання невідкладної ЛОР допомоги.

Лікування хворих з ургентної патологією зовнішнього вуха комплексне: хірургічне (розтин фурункула, отогематоми, абсцесу вушної раковини, видалення атероми, первинна хірургічна обробка рани з накладенням швів) і консервативне (антибактеріальне, гіпосенсибілізуюче, фізіотерапевтичне, введення протиправцевої сироватки, корекція рівня цукру у крові).

### **3.2. Ургентна патологія середнього вуха**

З патологією середнього вуха звернулося 1383 чоловік, що склало 14,6% у структурі невідкладних станів ЛОР-органів і 52,4% серед хворих, звернувшись з ургентною патологією вуха.

Жінки госпіталізувалися частіше за чоловіків (62,2% і 31,9% відповідно). Пік госпіталізації доводився на хворих від 30 до 50 років (57,6%), а в 2009 році - від

20 до 50 років (54,7%). Середній вік хворих -  $39,5 \pm 16,8$  років (жінок -  $40,2 \pm 17,3$ , чоловіків -  $34,9 \pm 16,8$  років). Відзначається зниження середнього віку на 4,1 року, що корелює зі збільшенням доли хворих з гострими процесами. Рідше потребували госпіталізації хворі від 20 до 30 років (15,6%), старше 60 років (14,9%), рідко - до 20 років (11,9%).

У структурі ургентної патології середнього вуха 62,1% склали гострі процеси (22,5% - гострі середні гнійні отити, 39,6%-інші), а 37,9% - загострення хронічних отитів.

Обтяжений соматичний анамнез виявлений у хворих в 48,3% випадків.

Обтяжений алергічний анамнез був виявлений в 20,7% спостережень.

Провідною причиною виникнення ургентних станів середнього вуха являється переохолодження і перенесені напередодні ГРВІ, грип (55,8%). В 20,0% випадків причиною були травми скроневої ділянки, в 11,0% спостережень - потрапляння води в порожнину середнього вуха, в 13,2% - причина захворювання не виявлена.

Провідний канал госпіталізації – «самозвернення» (85,1%), на другому місці - "Швидка допомога" (12,9%), в 2,0% спостережень хворі направлені з інших відділень.

Враховуючи, що головною причиною розвитку середніх отитів було переохолодження, то більшість пацієнтів, госпіталізовані в холодну пору року (взимку - 29,2%, восени - 25,5%, весною - 24,2%, спад звернень спостерігається влітку - 21,1%).

Оскільки основним каналом госпіталізації хворих є «самоплив», пік госпіталізації впродовж дня доводиться на вечірні години - з 16.00 до 21.00 (32,0%), і з 21.00 до 00.00 (26,0%). Спад вступу спостерігається вночі - з 00.00 до 9.00 (20,0%), і у денні години – з 9.00 до 12.00 (11,0%).

96,0% хворих виписані для амбулаторного доліковування, 3,0 %-переведені в інші відділення лікарні.

### 3.3. Патологія внутрішнього вуха

За досліджуваний період за ургентними показаннями звернулося 557 сурдологічних хворих. Це - передостання, дев'ята по чисельності група, при якій потрібне надання невідкладної ЛОР-допомоги, що склало 5,9% у структурі невідкладних станів ЛОР-органів і 20,7% в структурі ургентної патології вуха.

Жінки потребували невідкладної допомоги частіше чоловіків (61,8% і 38,2% відповідно). Середній вік хворих склав  $45,7 \pm 15,0$  років (жінок -  $47,4 \pm 15,6$  років, чоловіків -  $43,4 \pm 15,1$ ). Віковий пік звернення в 2009 році доводився на хворих від 40 до 60 років, в 2012 і 2013 роках - на пацієнтів від 30 до 60 років, а в 2014 році - від 30 до 50 років. Зниження середнього віку хворих пов'язане із зростанням долі гострої патології в структурі невідкладних станів внутрішнього вуха на 18,8%.

Розвиток сенсоневральної приглухуватості обумовлений безліччю причин, частина з яких до теперішнього часу залишається невідомою. Найбільш частими причинами є перенесені напередодні ГРВІ, грип - 27,4% випадків і ураження равлика судинного генезу - 25,6%, такі як гіпертонічний криз (13,2%), стрес (8,9%), клімактеричний період організму (3,5%).

У 89,7% випадків хворі звернулися самостійно до приймального відділення, в 10,3% були доставлені бригадами "Швидкої допомоги". Оскільки однією з провідних причин розвитку гострої приглухуватості є переохолодження, то і пік звернення припадає на осінь (28,7%) і весну (27,4%), зиму (25,1%). Спад звернення спостерігається влітку - 18,8%.

Пік звернень припадає на другу половину дня (час роботи поліклінічних лікарів все закінчився): з 16.00 до 21.00 – 47%. Тільки в одиничних випадках хворі були госпіталізовані з 00.00 до 9.00 – 4 %.

## Глава 4. НЕВІДКЛАДНА ПАТОЛОГІЯ НОСА І НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ

Хворі з патологією носа і ННП складають більше половини терміново госпіталізованих у стаціонар - 5124 людини або 55,4% спостережень в структурі ургентної патології ЛОР-органів. У структурі невідкладних станів носа і ННП лідирує запальна патологія - 2055 чоловік (40,1%), на другому місці знаходяться носові кровотечі - 1404 чоловік (27,4 % ), на третьому місці - травматичні пошкодження (1101 людина - 21,5%), на четвертому місці - фурункули м'яких тканин обличчя (564 людини – 11 %) (рисунок 4.1).

Рисунок 4.1 Структура невідкладних станів носа і ННП за період 2009 - 2014 рр.



Дана структура динамічно змінювалася: у 2009, 2010 р.р. ведучою патологією були носові кровотечі, в 2011 р. - синусити, в 2012 р. - синусити і травми носа, в 2014 р. - синусити і носові кровотечі. Виявляється зростання числа хворих з травматичною патологією на 10,0% в 2012 році. Чоловіки потребували госпіталізації частіше жінок: 56,6% і 43,4 % відповідно. Середній вік хворих склав  $39,7 \pm 16,1$  років (жінок -  $42,2 \pm 15,9$  років, чоловіків -  $37,3 \pm 14,1$ ). Віковий пік припадає на вік від 20 до 40 років - 45,5%, причому виявлено

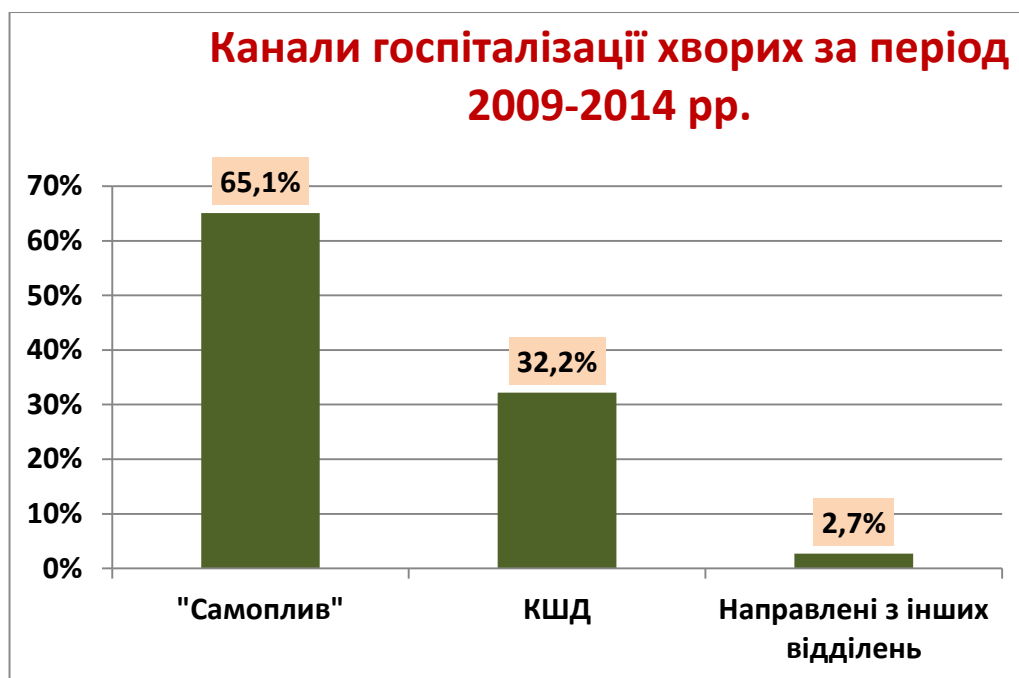
зростання числа хворих в цій віковій групі. У 82,3% випадків хворі були госпіталізовані з гострими процесами і в 17,7% - із загостренням хронічних. Виявлено зростання числа хворих з обтяженим алергічним анамнезом на 7,3%. Причинами розвитку невідкладних станів були: переохолодження, ГРВІ – 31,1 %, травматичні пошкодження - 39,2 %, порушення судинного тонуусу, властивостей реологій крові - 1,0 %, одонтогенна патологія - 5,3 %, соматичні захворювання – діабет - 0,4 %, причина невідома - 20,0 % (рисунок 4.2).

Рисунок 4.2 Причини розвитку невідкладних станів носа і ННП за період 2009-2014 рр.



Середня тривалість догоспітального періоду захворювання склала  $7,0 \pm 4,9$  дня. У 76,4% випадків хворі були госпіталізовані протягом першого тижня захворювання, при цьому 18,6% - протягом першої доби, 49,0% - протягом перших трьох днів хвороби, в 13,1% - на другому тижні захворювання, в 6,5% - на третьому, в 4% випадків тривалість догоспітального періоду склала більше трьох тижнів.

Рисунок 4.3 Канали госпіталізації хворих з патологією носа і ННП за період 2009-2014 рр.



Таблиця 4.1 Госпіталізація хворих з патологією носа і ННП за сезонністю:

Осінь	Зима	Весна	Літо
27,8 %	26,4 %	28,4 %	17,4 %

Таблиця 4.2 Госпіталізація хворих з патологією носа і ННП протягом доби:

9.00-12.00	16.00-21.00	21.00-00.00	00.00-9.00
23 %	38 %	17 %	22 %

У 63,2 % випадків хворі госпіталізовані в задовільному стані, в 30,0 % - відносно задовільному, в 5,0 % - в середньому стані, в 1,8% - у важкому.

Хворим з травмами кісток носа і ННП проводилося рентгенологічні дослідження кісток носа і кісток лицьового скелета, за призначенням нейрохірурга - оглядовий знімок черепа. Середня тривалість перебування хворих

в стаціонарі склала  $9,7 \pm 7,2$  дня (у ЛОР-відділенні -  $9,2 \pm 6,3$  днів, в інших відділеннях стаціонару -  $4,8 \pm 3,0$ ).

Таким чином, ургентна патологія носа і ННП була ведучою в структурі невідкладної ЛОР-патології. Показаннями для невідкладної госпіталізації у більшості хворих були запальні захворювання ННП, носові кровотечі і травми носа. Зросло число хворих з травматичними пошкодженнями і з фурункулами носа.

#### **4.1. Запальна патологія навколоносових пазух**

За досліджуваний період із запальною патологією носа і ННП звернулося 5124 людини, що склало 22,2% в структурі невідкладних станів ЛОР-органів і 40,1% - в структурі ургентної патології носа. Хворі з синуситами є найбільшою за чисельністю групою, що потребували надання екстреної допомоги.

Чоловіки і жінки госпіталізовані приблизно однаково часто - 52,6% і 47,4% відповідно. У 1,5% пацієнти були госпіталізовані в стані алкогольного сп'яніння. Віковий пік доводився на хворих від 20 до 40 років (57,0%).

Хворі госпіталізовані з гострим синуситом в 62%, в 38% - з загостренням хронічного. У 24,4% випадків запальний процес був двостороннім, в 14,0% протікав з реактивними явищами, в 3,6% синусит розвинувся після травми. Для гострих синуситів була характерна однобічна локалізація (73,4%), в 5,7% випадків вони протікали з реактивними явищами, в 5,3% вони були посттравматичної етіології.

У переважній більшості випадків (59,2%) хворі з гострими процесами верхньощелепних пазух були вилікувані пункціями, з фронтитами (40,8%) - трепанопункціями лобових пазух. У 6,3% пацієнти були оперовані на верхньощелепних пазухах, в 2,1% - на лобових. При загостренні хронічних синуситів в 59,0% випадків були гайморо-етмоїдити, в 20,0% - гемісинуїти, в 19,4% - фронтити, в 1,6% - пансинусити. Частіше (63,4%) процес був однобічний, в 15,7% спостережень він протікав з реактивними явищами, у 1,3% він був посттравматичної етіології.



Рисунок 4.4 Причини розвитку синуситів за період 2009-2014 рр.



У 29 хворих причиною стали ятрогенні травми, що склало 45,7% у структурі травматичних ушкоджень.

Так як основною причиною розвитку синуситів є переохолодження, то і основна маса хворих потребувала госпіталізації в холодну пору року (таблиця 4.3).

Таблиця 4.3 Госпіталізація хворих з синуситами за сезонністю

Осінь	Зима	Весна	Літо
27,1 %	30,0 %	27,6 %	15,3 %

Таблиця 4.4 Госпіталізація хворих з синуситами протягом доби

9.00-12.00	13.00-15.00	16.00-21.00	22.00-9.00
24,0%	21,0%	44,0%	11%

З таблиці 4.4 видно, що пік надходження пацієнтів у приймальний покій припадає на години роботи поліклінічних лікарів - з 9.00 до 21.00.

До надходження хворих в приймальне відділення рентгенологічне дослідження ННП носа було виконано лише 17,9% випадках.

Рисунок 4.5 Канали госпіталізації пацієнтів з гострими синуситами і загостренням хронічних за період 2009-2014рр.



Запальні захворювання приносних пазух домінували в структурі як ургентної патології носа, так і серед всіх невідкладних станів ЛОР-органів, при яких показано термінове стаціонарне лікування. У різні роки переважання патології носа і ННП змінювалися. Так, у 2009-2010 р. р. провідною патологією були носові кровотечі, в 2011-2014 р. р. провідною патологією стали синусити. Це пов'язано зі зменшенням кількості хворих, госпіталізованих з носовими кровотечами, за рахунок появи високоефективних гіпотензивних препаратів, що стало ефективною профілактикою гіпертонії.

Виявлено зростання числа хворих із запаленням лобових синусів і відповідно поєднаних форм гемі - та пансинуситів.

Виявлено прогресивне збільшення тривалості догоспітального періоду, що пов'язано із зростанням числа хворих, які лікувалися попередньо в поліклініках за місцем проживання неефективно.

У більш ніж половині спостережень радикальні операції на верхньощелепних пазухах були виконані негайно в день надходження в стаціонар у зв'язку з реактивними явищами, внутрішньоорбітальними або внутрішньочерепними ускладненнями.

Показанням для хірургічного втручання на лобовій пазусі частіше було загострення хронічного процесу при пансинуситі або фронтиті, рідше - гемісинуситі. Дві третини операцій були виконані негайно - при надходженні хворого в стаціонар. Травми не часто були причиною синуситів, але в структурі травматичних ушкоджень 45,0% склали ятрогенні травми з переважанням гемі - та пансинуситів і розвитком реактивних явищ.

#### 4.2. Носові кровотечі

З носовими кровотечами звернулося 1404 людини. Це друга за величиною група хворих, госпіталізованих за невідкладними показаннями. Носові геморагії склали 15,2% в структурі ургентної патології ЛОР-органів і 27,4% - в структурі невідкладних станів носа.

Жінки і чоловіки були госпіталізовані практично однаково часто (47,7% було жінок і 52,3% - чоловіків) (рисунок 4.6). В 4,3% випадків хворі були госпіталізовані протягом року неодноразово у зв'язку з рецидивом кровотечі, у 3,3% госпіталізовані в стані алкогольного сп'яніння.

Рисунок 4.6 Структура звернення з носовими кровотечами за статтю за період 2009-2014 рр.



Пацієнтів у віці від 40 до 70 років було 39,8%, старше 70 років - 37,5%, від 30 до 40 років - 11,1%, від 20 до 30 років - 8,6%, до 20 років - 3,0%. Середній вік хворих склав  $54,2 \pm 15,3$  року (рисунок 4.7).

Рисунок 4.7 Структура звернення з носовими кровотечами за віком за період 2009-2014 рр.



Переважна більшість хворих (77,7%) були госпіталізовані з носовою кровотечею. В інших 22,3% випадках кровотеча зупинилася мимовільно або медикаментозно на догоспітальному етапі, однак ці хворі були госпіталізовані для динамічного спостереження та профілактики рецидивів.

На момент госпіталізації в стаціонар геморагія була рецидивуючою у 67,0% хворих і тільки у 33,0% вона була одноразовою. Тільки в 13,7% випадків носова кровотеча була посттравматичною, у 86,3% спостережень вона була іншої етіології.

З 77,7% хворих, госпіталізованих з триваючим носовою кровотечею, у 49% випадків вона зупинена проведенням передньої тампонади, в інших 28,7% - передньої і задньої тампонади.

Рисунок 4.8 Причини носових кровотеч за період 2009-2014 рр.



Серед причин зміни тонусу судинної стінки були: гіпертонічний криз (45,2%), вірусні інфекції, ГРВІ, переохолодження (6,8%), прийом алкоголю (5,6%), стрес (5,4%), фізичні навантаження (3,0%). Носова кровотеча виникла на тлі клімактеричної перебудови організму (2,1%), підвищення температури тіла, перегріву, під час проведення фізіотерапевтичної процедури (1,1%), у хворих з гематологічною патологією (0,7%) (рисунок 4.8).

Обтяжений соматичний анамнез виявлено у 76,5% хворих, з них у 44,2% була сукупність декількох захворювань. Різні захворювання ЛОР-органів обтяжували перебіг основного захворювання у хворих на 21,3% спостережень.

У 41,9% випадків хворі були госпіталізовані в стаціонар в день появи геморагії, в 64,6% - протягом перших діб, у 82,9% - протягом перших трьох днів, 95,8% - протягом тижня. Середня тривалість терміну звернення за медичною допомогою склала 2,4 +1,6 дня.

Таблиця 4.5 Госпіталізація хворих з носовими кровотечами за сезонністю

Осінь	Зима	Весна	Літо
26,1 %	27,8 %	29,1 %	17,0 %

В осінні і зимові місяці носові кровотечі пов'язані зі спалахами грипу та ГРВІ, а у весняні місяці - з авітамінозом А, С, В.

Таблиця 4.6 Госпіталізація хворих з носовими кровотечами протягом доби

9.00-12.00	13.00-16.00	16.00-00.00	00.00-8.00
9%	13 %	43 %	35 %

Найбільше звернень було у другій половині дня і у нічні години, коли вже робочий день амбулаторій закінчився. Виникнення кровотеч у цей проміжок часу було зумовлено травмами, алкогольним сп'янінням, коливанням рівня артеріального тиску.

У приймальному лор-відділенні ургентної допомоги СОКЛ, хворим в 57,1% випадків була виконана передня тампонада носа ватними або марлевым тампонами, у 46,1% проведено гемостатична терапія.

Середня тривалість стаціонарного лікування хворих з носовими кровотечами склала  $7,8 \pm 4,9$  днів (в ЛОР-відділенні -  $7,2 \pm 4,4$  днів, в інших відділеннях стаціонару -  $4,6 \pm 3,3$  дні).

Виписані зі стаціонару у задовільному стані для амбулаторного спостереження 96,0% хворих, госпіталізованих з носовими кровотечами, 4,0% були переведені в інші відділення стаціонару (як правило, з обтяженим соматичним анамнезом).

Таким чином, носові кровотечі становлять другу за величиною групу хворих, яким необхідна екстрена госпіталізація в ЛОР - відділення.

Наші дослідження показали, що жінки і чоловіки потребували госпіталізації однаково часто. У чоловіків носова кровотеча виникала в більш молодому віці. Носова геморагія рецидивувала протягом двох днів на тлі підвищених цифр артеріального тиску, відповідали II-III ступеню гіпертонічної хвороби, і була зумовлена сукупністю чинників, що призводять до зміни тону судинної стінки. У більшості випадків джерело кровотечі було невідоме, рідше - було в області plexus Kesselbachii.

### 4.3. Травми носа і приносових пазух

З травмами носа звернувся 1101 пацієнт, що склало 11,9% в структурі невідкладної патології ЛОР-органів і 21,5% - в структурі ургентної патології носа. Це третя за величиною група хворих, що потребують надання невідкладної ЛОР-допомоги.

Щорічний аналіз показав, що якщо у 2009 - 2010 р. р. травми носа займали третє місце в структурі ургентної патології носа, то в 2011 - 2014 р. р. – друге місце.

У цій групі чоловіки стабільно превалювали над жінками (72,9 % і 27,1% відповідно). Досить часто (у 7,9% випадків) хворі за травми в стані алкогольного сп'яніння. Пік госпіталізації припадав на пацієнтів у віці від 20 до 40 років (59,8%). Середній вік був  $36,7 \pm 17,8$  років (жінок -  $37,0 \pm 17,4$  років, чоловіків -  $36,0 \pm 18,1$ ).

Розглядаючи основну травматичну патологію, з якою були госпіталізовані хворі, провідною причиною виявилися переломи кісток носа 7 %, поранення м'яких тканин обличчя склали 34,4%, травми стінок ННП діагностовано рідше - лише на 22,9% (рисунок 4.9)

Рисунок 4.9 Розподіл пацієнтів залежно від характеру травматичних ушкоджень носа за період 2009-2014 рр.



У 45,5% випадків травми були ізольованими, а в інших 54,5% випадків вони носили поєднаний характер. Серед ізольованих пошкоджень обличчя домінували поранення м'яких тканин (22,5%), рідше зустрічалися переломи кісток носа (13,8%) і рідко - травми стінок приносних пазух (9,3%). Але з урахуванням поєднаних травм, таких як поєднання перелому кісток носа і травм стінок ННП, перелому кісток носа і поранення м'яких тканин обличчя картина виглядала по-іншому (таблиця 4.7).

Таблиця 4.7 Характер травматичних ушкоджень носа і ННП

Характер травми	Процент хворих
Перелом кісток носа	56,9
Рани, ссадна м'яких тканин обличчя	54,6
Травми стінок ННП	41,6

Слід зазначити, що за досліджуваний період кількість травм зменшилася на 6,1%.

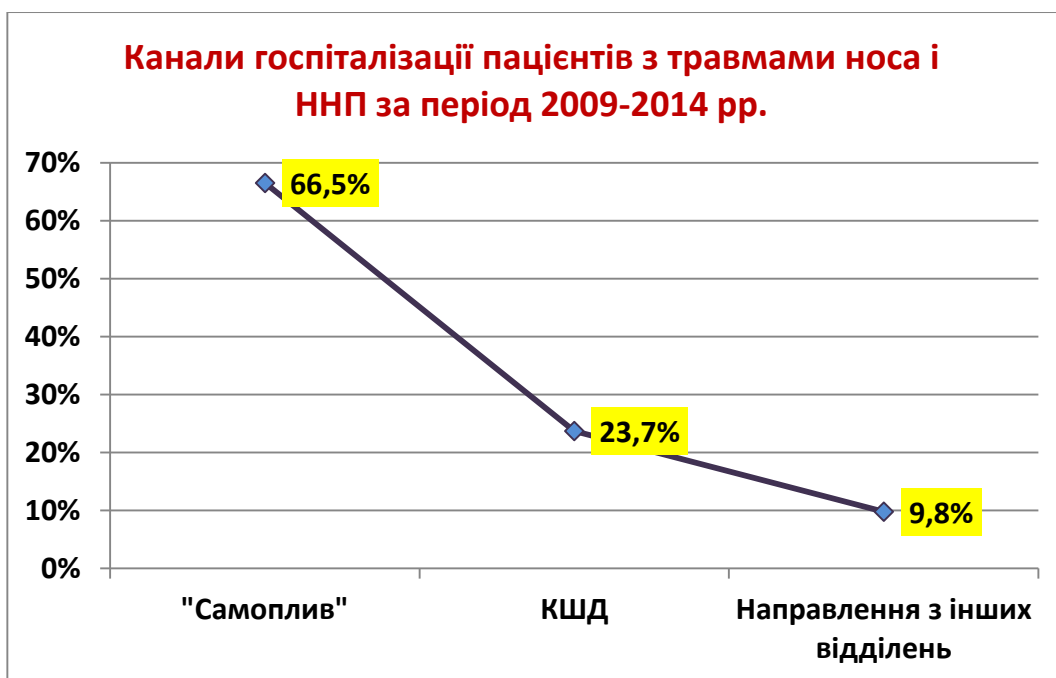
У структурі травм 58,1% склали поранення, 29,3% - абсцеси, гематоми перегородки носа, 7,2% - нагноєні гематоми, 5,4% - ампутації кінчика носа. У 41,0% випадків були виражені реактивні явища, 9,3% - з множинними пошкодженнями слизової оболонки порожнини носа і шкіри обличчя.

У структурі ран 70,0% склали рвано-забиті, 9,7% - колото - різані, 9,1% - рвано-укушені, 5,7% - вогнепальні, 5,5% - скальповані.

Слід зазначити, що в 56,6% випадків хворі отримали навмисні травми (були побиті), у 40,5% травми були побутовими. У 2,9% випадків причиною травми з'явилися захворювання нервової системи (епілепсія) і прийом підвищеної дози гіпотензивних препаратів, що призводить до втрати рівноваги і як наслідок - до травми.



Рисунок 4.10 Канали госпіталізації пацієнтів з травмами носа і ННП за період 2009-2014 рр.



На рисунку 4.10 видно, що більш ніж у половині випадків ( 66,5 %) пацієнти з травмами носа і ННП звернулися самостійно за ургентною медичною допомогою. Друге місце займає «Швидка допомога» - 23,7% госпіталізованих хворих доставлені її бригадами. Виявлено зростання числа пацієнтів, направлених з амбулаторної мережі на 9,8% за рахунок зниження звернулися самостійно в приймальне відділення.

Таблиця 4.8 Госпіталізація хворих з травмами носа і ННП за сезонністю

Осінь	Зима	Весна	Літо
28%	21,7%	28,5%	21,8%

З таблиці 4.8 видно, що найбільше хворих госпіталізовано навесні і восени, найменше - взимку і влітку.

Таблиця 4.9 Госпіталізація хворих з травмами носа і ННП протягом доби

9.00-12.00	13.00-15.00	19.00-21.00	22.00-00.00
11,0%	14,0%	55,0%	20,0%

З таблиці 4.9 видно, що більшість хворих (75%) госпіталізовані в другій половині дня і у вечірні години.

При вступі в приймальне відділення всім пацієнтам з травмами шкірних покривів в обов'язковому порядку вводилася протиправцева сироватка, з травмами кісток лицьового скелета виконано рентгенологічне дослідження. За показаннями призначались консультації травматолога, невропатолога/нейрохірурга, окуліста, щелепно-лицьового хірурга.

При осколкових переломах стінок приносних пазух методом вибору повинна бути екстрена ревізія пазухи з видаленням уламків.

#### 4.4. Гнійна патологія м'яких тканин обличчя

З гнійною патологією м'яких тканин обличчя звернулося 564 пацієнта, що складає 11% у структурі невідкладних захворювань носа і ННП і 6% - в структурі невідкладних станів ЛОР-органів.

Фурункули носа склали восьму за величиною групу хворих з ургентною патологією ЛОР-органів. За досліджуваний період виявлено зростання числа пацієнтів в два рази: з 132 у 2009 р. до 268 спостережень у 2014 р.

Рисунок 4.11 Структура гнійної патології м'яких тканин обличчя за період 2009-2014 рр.



З діаграми видно, що переважний відсоток пацієнтів (98%) були з фурункулами носа.

Чоловіків госпіталізовано частіше жінок - 55,7% і 44,3% відповідно.

Таблиця 4.10 Розподіл госпіталізованих хворих з гнійною патологією м'яких тканин обличчя за віковими групами

Розподіл госпіталізованих хворих за віковими групами в процентах				
До 20 років	20-40 років	40-50 років	50-60 років	Старше 60 років
14,5	51,7	14,1	2,4	7,3

З таблиці 4.10 видно, що більше половини (51,7%) пацієнтів були у віці від 20 до 40 років. Середній вік хворих склав  $34,1 \pm 14,9$  років (жінок -  $36,5 \pm 13,9$  років, чоловіків -  $32,0 \pm 13,1$ ).

В 2,5% випадків у хворих був множинний фурункульоз обличчя і тіла, а у 7,8% пацієнтів були госпіталізовані з фурункулами, які вскрилися самостійно.

Найчастіше причиною виникнення і розвитку фурункулів було загальне переохолодження, вірусні захворювання (ГРВІ, грип), що призводять до рясного виділення слизу з носа і мацерації шкіри переднісся - 49,3% спостережень. Захворювання розвинулися на тлі різної ендокринної патології, рецидивуючого фурункульозу, стрептодермії, бешихового запалення в анамнезі у хворих на 26,7% спостережень. Травмування, самостійне видавлювання *asne vulgaris* були причиною в 14,5% випадків. Вказати конкретну причину пацієнти не змогли 9,5% спостережень.

Рисунок 4.12 Канали госпіталізації пацієнтів з фурункулами носа



Оскільки основною причиною розвитку фурункулів було переохолодження, то і піки госпіталізації хворих припадали на періоди з нестабільним температурним режимом. Госпіталізація за сезонами року відображена в таблиця 4.11.

Таблиця 4.11 Госпіталізація хворих з фурункулами носа за сезонністю

Осінь	Зима	Весна	Літо
44,7%	20,1%	28,9%	16,3%

Таблиця 4.12 Госпіталізація хворих з фурункулами носа протягом доби

9.00-12.00	13.00-15.00	16.00-21.00	22.00-8.00
12%	15%	57%	16%

З таблиці 4.12 видно, що більшість хворих (57%) звернулися за ургентною допомогою з 16.00 до 21.00.

При вступі в приймальне відділення практично всім хворим досліджували кров на рівень глюкози в крові.

Основній масі хворих необхідний обсяг допомоги був наданий в умовах приймального відділення: у 83,8% випадків було виконано розтин фурункулів, у 8,0% проведена ревізія раніше розкритого фурункула.

У 8,2% випадків розтин фурункула виконано в стаціонарі (за виражених реактивних явища). Всім проведено промивання порожнини фурункула, кюретаж, введення дренажу. Адекватне антибактеріальне і гіпосенсибілізуюче лікування з госпіталізацією в максимально ранні терміни хвороби дозволили швидко купирувати запальний процес у всіх хворих.

Таким чином, фурункули носа склали восьму за величиною групу хворих, при якій необхідна екстрена ЛОР-допомога. За досліджуваний період виявлено зростання числа хворих з фурункулами носа на 7,7% (в основному за рахунок хворих до 20 років).

## Глава 5. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Всього проаналізовано 9718 історій хвороби пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою в 2009-2014р.р. в ЛОР-відділення обласної лікарні м. Суми.

Для проведення даного дослідження використовувався прямий метод стандартизації. Розрахунок включав наступні етапи :

1. Розрахунок загальних і по групових показників.
2. Визначення стандарту. За стандарт вважали сумарний склад досліджуваних груп, які порівнювались ( додавали чисельність міського і чисельність сільського населення).
3. Розрахунок коефіцієнтів звернень за ургентною допомогою за причинами та статтю, а також за територіальністю.
4. Розрахунок стандартизованих показників за структурою серед пацієнтів різних вікових груп.

Також в роботі використовувався аналітичний, епідеміологічний і порівняльний методи.

## ВИСНОВКИ

1. За 2009-2014 р. р. в ЛОР-відділення обласної лікарні м. Суми звернулося 9718 пацієнтів за медичною допомогою. З них за невідкладними показаннями виділено 7609 (78,3%) хворих, і 2109 (21,7%) пацієнтів, які б могли звернутися за медичною допомогою до міських та районних лікарень. У структурі ургентних захворювань ЛОР-органів у цей період перше місце стабільно займала патологія носа і приносових пазух - 55,4% (5384 людини), друге місце - патологія вуха (29,8% - 2 895 пацієнтів), третє - патологія глотки (8,9% - 865 хворих), четверте - патологія гортані (5,6% - 544 пацієнтів), п'яте - сторонні тіла стравоходу (0,3% - 30 хворих). Кількість пацієнтів, госпіталізованих з ургентною патологією, з року в рік незначно зростала, але їх відсоток за досліджуваний період залишався стабільним і дорівнював у середньому 73,3%. Враховуючи отримані дані кількість ліжок у ЛОР-відділенні є достатньою.

2. Аналіз наступності роботи амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної ланок по наданню ургентної допомоги хворим з ЛОР - патологією показав, що тільки 68,4% пацієнтів звернулися самостійно в ургентне лор-відділення СОКЛ (в основному з гострими та загостреннями хронічних запальних процесів ЛОР-органів). Виявлено прогресуюче збільшення терміну звернення за медичною допомогою з 3,4 днів у 2009 р. до 5,7 днів у 2014 році, що корелює із збільшенням числа хворих, які лікувалися самостійно і звернулися за ургентною лор-допомогою при його неефективності або розвитку ускладнень. Структура роботи амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного рівня потребує вдосконалення.

3. Проаналізувавши отримані дані ми виявили, що із усіх звернень за ургентною медичною допомогою, насправді її потребувало 26,7 % пацієнтів. Тобто останню кількість звернень (73,3%), можна вважати не ургентною патологією, і вони повинні лікуватися на первинній ланці медичної допомоги.

4. СОКЛ володіє всім необхідним обладнанням для повноцінної діагностики гострої патології ЛОР-органів. Застосовувана при ургентній ЛОР-

патології лікувальна тактика цілком адекватна, своєчасна, ургентна допомога надається в повному обсязі. Дефектів надання невідкладної допомоги не виявлено.

5. Концептуальна модель роботи ЛОР-відділення обласної лікарні по наданню ургентної допомоги хворим з гострою патологією вуха, горла і носа передбачає: 1) необхідну для надання невідкладної допомоги пацієнтам кваліфікацію лікарів-отоларингологів і медичного персоналу середньої ланки; 2) постійну готовність спеціальних кабінетів ЛОР-відділення (перев'язочної, процедурної) до надання екстреної допомоги, що передбачає постійну наявність матеріалу для проведення передньої та задньої тампонади носа, наборів для термінової трахеостомії, необхідних медикаментів; 3) постійну готовність операційної для проведення термінових операцій, наявність чергового анестезіолога; 4) чітка взаємодія з лабораторною і рентгенологічною службами лікарні для термінового проведення аналізів і рентгенографії, з приймальним відділенням стаціонару; 5) оснащення обласної лікарні сучасним комп'ютерним томографом, що дозволить деталізувати характер наявної у пацієнта невідкладної патології і тим самим провести адекватне лікування хворого, особливо при наявності ускладнень; 6) можливість проведення термінової консультації лікарями-спеціалістами (терапевтом, невропатологом та ін.).

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати на рівні закладу охорони здоров'я:

1. Робота ЛОР-відділення обласної лікарні по наданню ургентної допомоги пацієнтам невідкладної патологією ЛОР-органів має бути організована згідно з запропонованою концептуальною моделлю надання допомоги хворим з гострою патологією вуха, горла і носа.

2. Застосовувана при ургентній ЛОР-патології лікувальна тактика повинна бути адекватною, спрямованою на своєчасне якісне виявлення ургентної допомоги в повному обсязі.

3. Покращити співпрацю СОКЛ з амбулаторно-поліклінічною допомогою. Потрібно, щоб в амбулаторіях був ургентний оториноларинголог з 17.00 до 20.00.

На рівні держави:

- Підвищення рівня та поліпшення якості життя населення.
- Більш широко використовувати масові профілактичні акції та скринінгові програми серед населення.
- Необхідно сконцентрувати зусилля на зниженні побутового травматизму, популяризації здорового способу життя, економічному забезпеченні населення, покращення якості медичної допомоги і освіти населення.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Анна Печкарева: Все о лор-заболеваниях. В помощь специалисту. Издательство: Феникс, 2013 г.
2. Трахтенберг, Колбанов, Пикин: Атлас операций при злокачественных опухолях легкого, трахеи и средостения. Издательство: Практическая медицина, 2014 г.
3. Богомилский, Чистякова, Гаращенко: Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство. Краткое издание. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г. Стр 544
4. Потапов, Лопатин, Капитанов: Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликвореи. Издательство: Практическая медицина, 2015 г.
5. Романцов, Мельникова, Ершов: Респираторные заболевания у часто болеющих детей. Настольный справочник врача. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г. Стр 160
6. Пальчун, Лучихин, Магомедов: Заболевания верхних дыхательных путей и уха. Справочник практикующего врача. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2013 г. Стр 256
7. Андрей Лопатин: Ринит. Патогенетические механизмы и принципы фармакотерапии. Издательство: ЛитТерра, 2013 г. Стр 368
8. Цепов, Цепова, Цепов: 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ. Издательство: МЕДпресс-Информ, 2015 г. Стр224
9. Богомилский, Чистякова: Детская оториноларингология. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2014 г. Стр.624
10. Лопатин, Александрова, Варвянская: Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа. Руководство для практикующих врачей. Издательство: ЛитТерра, 2011 г. Стр.816
11. Геннадий Пискунов: Перфорация перегородки носа и ее лечение. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г. Стр.72.

12. Герсдорф, Жерар: Хирургия среднего уха. Атлас. Издательство: Бином. Лаборатория знаний, 2014 г. Стр.152
13. Михаил Зарубин: Лечение болезней ЛОР-органов. Новейший справочник  
Издательство: Феникс, 2007 г. Стр. 240
14. Пальчун, Лучихин, Магомедов: Оториноларингология. Учебник. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2014 г. Стр. 584
15. Виганд, Иро: Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа. Издательство: Медицинская литература, 2010 г. Стр. 296
16. Белоусов, Филиппова, Давыдова: Атлас лекарственных средств отоларинголога и пульмонолога. Издательство: Ремедиум, 2012 г. Стр.120
17. Пальчун, Лучихин, Алексеева: Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2014 г. Стр 656
18. Гаммель, Кононова, Аношкина: Безрецептурные лекарственные препараты для лечения и профилактики синуситов у детей. Издательство: НижГМА, 2014 г. Стр. 72
19. Горохов, Шелепов, Янов: Военная оториноларингология  
Издательство: СпецЛит, 2014 г. Санкт-Петербург стр. 271
20. Пальчун, Магомедов, Крюков: Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г. Стр. 224
21. Оториноларингология. Учебник. Авторы: Владимир Тимофеевич Пальчун, Лев Александрович Лучихин, Магомед Малаевич Магомедов. Издательство: ГЭОТАР-Медиа (2011 г.) стр. 656
22. Ринит. Руководство для врачей. Автор: Андрей Станиславович Лопатин. Издательство: Литтерра (2010 г.) Твердый переплет, 450 стр.
23. Болезни уха, горла и носа. Учебник. Автор: Владимир Тимофеевич Пальчун. Издательство: ГЭОТАР-Медиа (2010 г.) Твердый переплет, 324 стр.
24. Ліки в оториноларингології. За редакцією Олександра Кіцери, Романа Рудого, Оксани Левицької , медицина світу 2015р

25. Поліпоз носа. Теорія та практика. Заболотний Дмитро Ілліч Юрочко Федір Богданович, медицина світу 2015
26. Сильнее синусита. Андрей Лопатин, Федор Юрочко, Алексей Михайлов, Медицина світу , 2015
27. Євчев, Ф. Д. Пропедевтика захворювань ЛОР-органів та невідкладна допомога в оториноларингології [Текст] : навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. освіти III-IV рівнів акредитації / Ф.Д. Євчев. - О. : АстроПринт, 2010. - 246 с. : іл. - Бібліогр. в кінці глав. - ISBN 978-966-190-319-6.
28. Захворювання бронхів, легень та ЛОР-органів у дітей [Текст] : анот. бібліогр. покажч. / Комунал. закл. Херсон. обл. ради "Обл. наук. мед. б-ка", Інформ.-бібліогр. від. ; уклад. Боріскіна О.В. - Херсон : [б. и.], 2011. - 22 с.
29. Захворювання бронхів, легень та ЛОР-органів у дітей [Текст] : анот. бібліогр. покажч. / Комунал. закл. Херсон. обл. ради "Обл. наук. мед. б-ка", Інформ.-бібліогр. від. ; уклад. Боріскіна О.В. - Херсон : [б. и.], 2011. - 22 с.
30. Рыжов И.Н. Оказание неотложной помощи при травмах Лор-органов // Сборник научно-практических работ. (К 100-летию медицинской службы пограничных войск). М. - 2009. - Том I. - С. 132-133.
31. Пальчун В.Т. Организация и обеспечение скорой оториноларингологической помощи при травмах в условиях городской больницы // Тезисы докладов межобластной научно-практической конференции оториноларингологов Урала, выездной сессии Московского НИИ уха, горла и носа. М. - 2013. - С. 90-93.
32. Ярлыков С.А., Юзвинкевич Л.С, Ярлыков А.С. Неотложная помощь при риносинусогенных внутричерепных осложнениях // Тезисы докладов межобластной научно-практической конференции оториноларингологов Урала, выездной сессии Московского НИИ уха, горла и носа. М. - 2003. - С. 45-46.
33. Elvany S. Abdel-Fatah H. Endoscopic control of posterior epistaxis // J. Laryngol, Otol. - 2011. - V. 105. - № 6. - P. 428-431.

34. Lopez A.M., Garcia S. A., Gonzalez-Botas G.J., Lopez B.G., Martinez V.J. Appropriateness Emergency hospital admissions at an ORL service of a third level hospital // *Acta Otorhinolaryngol. Esp.* - 2003. - v. 44. - № 1. - P. 31-34.
35. Elahi M.M., Parnés L.S., Fox A J. Therapeutic embolization in the treatment of intractable epistaxis // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* - 2005. - V. 12. - № 1. - P. 65-69.
36. Alvi A., Joyner-Triplet N. Acute epistaxis. How to spot the source and stop the flow // *Postgrad Médical.* - 2006. - V. 99. - № 5. - P. 83-90.
37. Allbers FD. Complications of otitis média: the importance of early recognition // *Am. J. Otol.* - 2009.-V. 20. - № 1.-P. 9-12.
38. Finger R.P., Gostian A. O. Idiopathic sudden hearing loss: contradictory clinical evidence, placebo effects and high spontaneous recovery rate — where do we stand-in assessing treatment outcomes? // *Acta Oto-Laryngologica.* - 2006. - № 11.- V. 126. - P. 1124-1127
39. Grudfast K.V., Morris M.S., Bernsley G. Subglottic stenosis: retrospective analysis and proposal for standard reporting system // *Ann. Otol: Rhinol. Laryngol.* - 2012.-V. 96. (Pt. 1).-P. 101-105.
40. Perez O.J., Rivares E.J., Leache P.J., Liesa R., Marin C.J., Sevil N.J., Mateo B.A. An outpatient study in TNT (otorhinolaryngology) emergencies at a general hospital // *Acta Otorhinolaryngol. Esp.* - 1995. -V. 46. - № 4.-P. 298-304.