

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для проведения занятия со студентами 4 курса лечебного факультета
и факультета иностранных студентов по оториноларингологии

Тема 4: ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Время 6 часов

Авторы:

заведующий кафедрой оториноларингологии
с курсом офтальмологии

к.м.н., доцент

И. Д. Шляга

доцент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

к.м.н.

Е. С. Ядченко

доцент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

к.м.н., доцент

Д. Д. Редько

ассистент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

А. В. Новик

ассистент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

Н. П. Челебиева

ассистент кафедры оториноларингологии
с курсом офтальмологии

Е. А. Новик

Гомель, 2020

1. УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ, ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ

Болезни носа и ОНП — распространенные заболевания человека, требующие нередко оказания экстренной помощи. Травмы носа, носовые кровотечения, воспалительные заболевания могут осложняться более тяжелыми процессами, если помощь своевременно не оказана, особенно опасны осложнения со стороны орбиты, головного мозга. Каждый врач в своей практике сталкивается с болезнями носа и ОНП и поэтому должен иметь определенные навыки в диагностике и оказании экстренной помощи пациентам этой категории.

Цель занятия:

Научить студентов распознавать клинические признаки заболеваний носа и ОНП, проводить диагностику, определять тактику уточняющего обследования и лечения. Оказывать неотложную помощь при кровотечении и травмах носа и ОНП. Проводить профилактику ранних и поздних осложнений.

Задачи занятия:

1. изучить этиологию, патогенез, классификацию основных заболеваний носа и ОНП;
2. освоить диагностику заболеваний носа и ОНП;
3. научиться выполнять простейшие манипуляции при оказании экстренной помощи пациентам при заболеваниях носа и ОНП (травмы, носовые кровотечения, синуситы и т.д.);
4. уметь решать ситуационные задачи;
5. научиться описывать рентгенограммы костей носа и ОНП;
6. изучить схему оформления карты стационарного пациента.

Студент должен знать:

1. этиологию, патогенез, классификацию основных заболеваний носа и ОНП;
2. клинические проявления основных заболеваний носа и ОНП;
3. методы диагностики, объем и последовательность проведения клинических и инструментальных исследований основных заболеваний носа и ОНП;
4. тактику и современные аспекты лечения основных заболеваний носа и ОНП;
5. причины развития ранних и поздних осложнений основных заболеваний и травм носа и ОНП и методы их устранения;
6. методику оказания неотложной помощи при травматических повреждениях носа и ОНП (пациенту с травматическим шоком, асфиксией, кровотечением при травме носа и ОНП). Овладеть практическими навыками остановки носового кровотечения.

Студент должен уметь:

1. провести клиническое обследование пациента с заболеванием носа и ОНП;
2. интерпретировать результаты рентгенологического исследования костей носа и ОНП (рентгенография костей носа в прямой и боковой проекциях, рентгенография ОНП в прямой и боковой проекциях, КТ, КЛКТ ОНП);
3. сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе данных клинического, инструментального и лучевого обследования;

4. применить на практике методику оказания неотложной помощи при травматических повреждениях носа и ОНП (пациенту с травматическим шоком, асфиксией, кровотечением при травме носа и ОНП). Овладеть практическими навыками остановки носового кровотечения.

2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Фурункул, абсцесс, карбункул носа. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Экзема, рожистое воспаление. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
3. Гематома, абсцесс носовой перегородки. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
4. Искривление носовой перегородки. Показания к оперативному лечению.
5. Переломы костей носа. Классификация, клиническая картина, диагностика, неотложная помощь, лечение.
6. Носовое кровотечение. Этиология, неотложная помощь. Принципы переливания крови и кровезаменителей.
7. Инородные тела полости носа. Клиническая картина, диагностика, лечение.
8. Хронический ринит. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Озена. Этиология, патанатомия, клиническая картина, диагностика, лечение.
9. Острый риносинусит. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
10. Хронический синусит. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
11. Грибковые заболевания носа и ОНП. Особенности клинической картины, диагностики и лечения.
12. Доброкачественные и злокачественные новообразования носа и ОНП. Клиническая картина, диагностика, лечение.
13. Риносинусогенные орбитальные осложнения. Классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
14. Методы хирургического лечения при заболеваниях ОНП: эндоназальные и экстраназальные операции, показания.

3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ

Студент должен овладеть следующими практическими навыками:

1. Осмотр пациента с заболеванием носа и ОНП.

Задание для самоподготовки и СУРС

Цель работы: углубление основных теоретических и практических знаний по данной теме. Практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков риноскопии.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с острым

гнойным риносинуситом. Для этого:

- обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;

- ответьте на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование больного, обоснуйте свой ответ;

- обратите внимание на показания и сроки выполнения лечебно-диагностической пункции ВЧП;

- укажите, соответствуют ли рентгенологическая картина клинической картине и срокам заболевания, ответ обоснуйте.

2. Составьте план обследования и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с подозрением на острый гнойный РС. Для этого:

- обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент госпитализации;

- составьте план обследования с обоснованием каждого назначения;

- определите тактику лечения больного, при необходимости оперативного лечения укажите объем предоперационной подготовки, сроков и способа операции;

- составьте план послеоперационного лечения.

3. Осмотрите 2-х пациентов с одинаковым диагнозом острого РС. Выделите особенности течения заболевания и лечения больного в зависимости от клинической формы, локализации патологического процесса.

4. Проведите анализ истории болезни пациента с осложненным течением острого РС. Укажите возможную причину, развившегося осложнения (поздняя обращаемость, ошибка в диагностике на догоспитальном этапе или в стационаре, техническая или тактическая ошибка).

5. Составьте алгоритм обследования пациента с острыми РС.

6. Работа в перевязочной, присутствие и ассистирование на операции.

7. Участие в дежурствах клиники.

8. Решение ситуационных задач.

Вопросы:

1. Назовите стадии фурункула носа и возможные осложнения. Лечение фурункула носа в зависимости от стадии.

2. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать рожистое воспаление лица?

3. Классификация ринитов.

4. Опишите клинику острого ринита.

5. Чем характеризуется дифтерия носа?

6. Назовите методы лечения хронических ринитов.

7. Особенности клиники и лечения аллергических ринитов.

8. Опишите клинику дифтерии носа, атрофического ринита и озены. По каким признакам Вы заподозрите инородное тело полости носа у ребенка?

9. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать гематому носовой перегородки?

10. Показания для оперативного лечения деформаций носовой перегородки у взрослых и детей?

11. Какие противопоказания для операции на костях носа?
12. Назовите основные причины носовых кровотечений.
13. Перечислите основные методы остановки носовых кровотечений.
14. Какие лекарственные препараты относят к повышающим свертываемость крови?
15. Какие лекарственные препараты уплотняют сосудистую стенку?
16. Назовите полухирургические методы остановки носовых кровотечений.
17. Назовите хирургические методы окончательной остановки носовых кровотечений.
18. Какие Вы знаете сосудосуживающие препараты, применяемые в ринологии?
19. Какие пути проникновения инфекции в околоносовые пазухи?
20. Какая пазуха поражается воспалительным процессом наиболее часто?
21. Какая пазуха чаще поражается в детском возрасте?
22. Что способствует наиболее частому воспалению верхнечелюстной пазухи?
23. В чем сущность теории Мессерклингера?
24. Какие микробы чаще встречаются при острых и хронических синуситах?
25. Какие методы исследования используются в диагностике синуситов?
26. Какие основные жалобы предъявляют больные при остром синусите?
27. Какие основные жалобы предъявляют больные при хроническом синусите?
28. Риноскопические данные при различных синуситах.
29. Какие формы острых и хронических синуситов вы знаете?
30. С какими заболеваниями нужно дифференцировать синуситы?
31. Каковы основные особенности одонтогенных гайморитов?
32. Какие внутриорбитальные осложнения синуситов Вы знаете?
33. Перечислите основные симптомы орбитальных осложнений синуситов.
34. Назовите возможные осложнения при пункциях околоносовых пазух.
35. Какие препараты вводят при пункциях околоносовых пазух?
36. Какие физиопроцедуры используются в лечении синуситов?
37. Назовите показания к консервативному лечению синуситов.
38. Назовите показания к хирургическому лечению синуситов.
39. Сущность многофакторной теории полипоза носа С. В. Рязанцева.
40. Назовите наиболее частые локализации роста полипов носа и околоносовых пазух.
41. Принципы лечения полипоза носа и околоносовых пазух.
42. Сущность радикальной операции при синуситах.
43. В чем преимущества эндоназального вскрытия околоносовых пазух при синуситах?
44. Каковы недостатки эндоназальных операций на околоносовых пазухах?
45. Какие осложнения могут возникать при эндоназальных операциях?

Задания для СУРС

1. Ведение конспекта по теме.
2. Решение ситуационных задач.
3. Реферирование статей за последние 5 лет журналов «Оториноларингология. Восточная Европа», «Российская оториноларингология», «Вестник оториноларингологии».
4. Просмотр видеофильмов по отработке практических навыков и проведению оперативных вмешательств.

5. Решение тестов по теме.

ПРОБЛЕМА ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА (РС) НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Полость носа и ОНП — единый морфофункциональный комплекс, необходимый для защиты организма от факторов внешней среды:

1. мерцательный эпителий слизистой оболочки полости носа и ОНП увлажняет, согревает и очищает вдыхаемый воздух;
2. назальный секрет содержит специфические (Ig A, M, E) и неспецифические (лизоцим, муцины, интерферон) факторы защиты;
3. выполняют резонаторную функцию, придавая индивидуальный тембр голосу;
4. защищают головной мозг и орбиту от механического воздействия.

РС — одно из 10 самых распространенных заболеваний в амбулаторной практике. РС занимает 5 место среди заболеваний, по поводу которых назначаются антибиотики. До 15 % взрослого населения в мире страдают различными формами РС. Качество жизни пациента с острым РС хуже, чем у пациентов с ИБС (ВОЗ).

Европейский согласительный документ по риносинуситу (EPOS 2020).

РС — это воспаление слизистой оболочки полости носа и ОНП, характеризующееся двумя или более симптомами, один из которых представляет собой затрудненное носовое дыхание (заложенность носа) — до 100 % пациентов, а также у 50 % пациентов:

1. выделения из носа;
2. давление или боль в области лица, при поражении клиновидной пазухи — боль в затылке, за глазами;
3. снижение или потеря обоняния;
4. у части пациентов может быть кашель (особенно в ночное время).

Острый ринит = ОРС: отек слизистой оболочки полости носа и ОНП. ВЧП и клетки РЛ поражаются в 87 %, ЛП — 39 %, клиновидная пазуха — 32 %.

Классификация РС по длительности течения.

1. ОРС — длится менее 12 недель; полное исчезновение симптомов;
2. рецидивирующий РС — 1-4 эпизодов в год, периоды между обострениями — ≥ 8 недель;
3. хронический РС — симптомы более чем 12 недель.

Классификация РС по степени тяжести течения.

Легкое	Среднетяжелое	Тяжелое
1. Отсутствие лихорадки 2. Умеренные симптомы РС 3. Отсутствие головной боли 4. Отсутствие осложнений	1. $t \leq 38,0^{\circ}\text{C}$ 2. Выраженные симптомы РС, значительно нарушающие качество жизни 3. «Тяжесть» в голове 4. Осложнения со стороны среднего уха	1. $t \geq 38,0^{\circ}\text{C}$ 2. Мучительные симптомы РС 3. Головная боль 4. ВОО, ВЧО

Вирусный РС (ОРВИ) вызывают респираторные вирусы

1. *риновирусы* — до 50 %;
2. *респираторно-синцитиальные вирусы*;
3. *аденовирусы*;
4. *вирусы гриппа, парагриппа*;
5. *коронавирусы*.

Основными бактериальными возбудителями острых РС в настоящее время являются:

1. *S. pneumoniae* (25-36 %);
2. *H. influenzae* (все штаммы — 15-23 %);
3. *S. aureus* (до 5 %);
4. *M. catarrhalis* (до 5 %);
5. *S. pyogenes* (2-5 %);
6. энтеробактерии, анаэробы (6 %).

Лишь 1-5 % ОРВИ осложняются бактериальным РС (поствирусный РС — усиление симптомов на 5-6 сутки, >10 дней).

Патогенез ОРС. Общее и местное переохлаждение приводит к снижению местной и общей резистентности, на фоне чего риновирусы, аденовирусы и др. атакуют слизистую оболочку носа, вырабатывающую *sIgA*, *sIgM*, α , β , γ - интерфероны, лимфоциты, антитела, и нарушают мукоцилиарный клиренс и транспорт, что приводит к отеку, экссудации и развитию ОРС. При этом слизистая оболочка пазухи утолщается от 20 до 100 раз, за счет отека нарушается эвакуация слизи через естественные соустья, развивается гипоксия с нарушением подвижности реснитчатого эпителия, а частое высмаркивание способствует проталкиванию секрета из полости носа в ОНП.

Диагностика РС.

1. Клинические проявления.
2. Анамнез.
3. Передняя риноскопия.

В случае отсутствия эффекта от проводимой консервативной терапии и/или при тяжелой форме течения заболевания:

1. Р-графия ОНП.
2. Диагностическая пункция.
3. Микробиологическое исследование.

Критерии диагностики острого бактериального РС (2 и > симптома):

1. Гнойные выделения из полости носа (преимущественно односторонние).
2. Выраженная боль в области лица.
3. Лихорадка $\leq 38,0^{\circ}\text{C}$ (ЕРОС).
4. Повышение СОЭ, ЦРБ (ЕРОС).
5. «Две волны» (т.е. ухудшение состояния после исходно более легкой фазы заболевания).

EPOS 2020: АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОРС

для врачей общей практики!

В опубликованном «Европейском консенсусе по риносинуситу и полипозу носа» приведен основанный на доказательствах алгоритм клинического ведения взрослых пациентов с острым РС на уровне врачей первичного звена, согласно которому начальная терапия должна выбираться в зависимости от степени тяжести заболевания.

При обычных простудных заболеваниях, согласно «Европейскому консенсусу по РС и полипозу носа», рекомендуется начинать терапию с симптоматических средств (противоотечные средства, солевой раствор, анальгетики). При заболевании средней степени тяжести рекомендуется добавить местные кортикостероиды, а при тяжелом остром РС следует добавить к терапии антибактериальные препараты и местные кортикостероиды.

Пациента следует немедленно госпитализировать при появлении таких симптомов, как периорбитальный отек, смещение глазного яблока, двоение в глазах, офтальмоплегия, уменьшение остроты зрения, тяжелая односторонняя или двусторонняя головная боль в области лба, отек в области лба, симптомы менингита или очаговые неврологические симптомы.

Немедленно госпитализировать при появлении:

1. периорбитального отека;
2. смещения глазного яблока;
3. двоения в глазах;
4. офтальмоплегии;
5. уменьшения остроты зрения;
6. тяжелой односторонней или двусторонней головной боли в области лба;
7. отека в области лба;
8. симптомов менингита или очаговых неврологических проявлений

Лечение бактериального РС

1. Системная антибактериальная терапия.
2. Мукоактивные лекарственные препараты.
3. Топические кортикостероиды.
4. Элиминационная терапия.
5. Деконгестанты.
6. Пункция и дренирование ОНП.
7. При хорошем оттоке содержимого из пазух — назначается лазеромагнитотерапия на ОНП, при отсутствии оттока — пункция ВЧП. Пазухи промываются растворами: NaCl, фурацилина, марганцовокислого калия с последующим введением антисептиков (септомирин, диоксидин).
8. После купирования гнойного процесса состояние пациента улучшается, но часто остается болевой синдром. Для его ликвидации используется магнитотерапия.
9. При отсутствии эффекта от консервативного лечения выполняется оперативное лечение. При неосложненном синусите — эндоскопические малоинвазивные операции (инфундибулотомия, этmoidотомия и т.д.)

10. При осложненном синусите — оперативное лечение по радикальной методике.

Этиотропная терапия

Противовирусные препараты не действуют на конкретные вирусы

- обладают высокой токсичностью;
- применяют только при тяжелом течении!

Системные противобактериальные препараты назначать только при бактериальном поствирусном РС!

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: принципы выбора: Основные возбудители: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis*

Средства I линии	Средства II линии	Средства III линии
Легкое и неосложненное течение (Врач общей практики) Амоксициллин 0,5 г*3 р/д или 1,0*2 р/д Средне-тяжелое или осложненное течение (Врач-оториноларинголог) Амоксициллин/клавулат 1,0*2 р/д	Врач-оториноларинголог Цефалоспорины II – III поколения	Макролиды: Кларитромицин Фторхинолоны III поколения Резерв – линезолид

Деконгестанты: Предпочтение должно отдаваться ЛС длительного действия — 8-12 часов (ксилومتазолин, оксиметазолин), время использования — 3-5 дней.

Ирригационная терапия. Орошение слизистой носовой полости гипертоническими солевыми растворами значительно снижает выраженность клинических симптомов, улучшает качество жизни, не имеет побочных реакций. Рекомендовано использовать как дополнение к базисной терапии. Спреи с объемом более 200 мл предпочтительнее спреев с меньшим объемом флакона из-за более сильной струи («АквалОР экстрафорте», «Аквamaris стронг»).

Интраназальные глюкокортикостероиды

5 основных препаратов для местного применения:

- Беклометазона дипропионат;
- Будесонид;
- Флутиказона пропионат («Фликсоназе»);
- Мометазона фуроат («Назонекс») — лишь его применение разрешено при бактериальном РС;
- Флутиказона фуроат («Авамис»).

Муколитики, секретолитики

Патологический секрет вязкий и тягучий, нарушает мукоцилиарный транспорт — застой секрета, отсутствие его оттока.

- N-ацетилцистеин (классический муколитик, место приложения — патологический секрет).
- Карбоцистеин (мукорегуляторный эффект, место приложения — железистая клетка).
- Миртол (секретомоторный эффект — возрастает скорость транспорта секрета ресничками эпителия).
- «Синупрет» — комбинированное средство, включающее все эффекты, а также иммуностимулирующее и противовирусное действие.

Таким образом:

1. рентгенологическое исследование ОНП — не показано при неосложненных формах: не позволяет дифференцировать вирусное поражение от бактериального, большое количество ложноположительных результатов;
2. в связи с отсутствием корреляции между данными микробиологических исследований посевов из полости носа и аспирата из ВЧП не имеет смысла производить бактериологический посев назального отделяемого для диагностики острого бактериального РС;
3. системная антибактериальная терапия — не показана при остром неосложненном РС;
4. антигистаминные препараты — показаны только при развитии РС на фоне аллергического ринита или на начальных стадиях ОРИ.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

Стадии фурункула носа и возможные осложнения. Лечение фурункула носа в зависимости от стадии. Стадии: инфильтрации, абсцедирования. Осложнения: карбункул, тромбоз вен лица, кавернозного синуса, сепсис, внутричерепные осложнения, орбитальные осложнения. Стадия инфильтрации: антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные (аспирин; парацетамол), ультразвук, лазеротерапия, мазь ихтиоловая («Меколь»). Стадия абсцедирования: хирургическое лечение — вскрытие, антибиотики.

Рожистое воспаление лица необходимо дифференцировать с экземой, сикозом, дерматитом, аллергическим отеком.

Классификация ринитов: острый и хронический, гнойный и негнойный, ограниченный и диффузный, специфический и неспецифический.

Классификация хронических ринитов: вазомоторный, аллергический, атрофический, катаральный, гипертрофический, смешанный. Методы лечения хронического ринита: консервативные и хирургические — подслизистая вазотомия, конхотомия, электрокоагуляция, лазерокоагуляция, ультразвуковая дезинтеграция, криовоздействие.

Аллергический ринит: сезонный (поллиноз) и круглогодичный. Клиническая картина поллиноза: зуд в носу; чихание, обильные серозно-слизистые выделения. Сезонность (в период цветения трав, деревьев, злаков). Круглогодичный: подобные явления наблюдаются постоянно и связаны с бытовыми аллергенами. Лечение:

элиминация аллергенов, местное и общее (антигистаминные, местные кортикостероиды), ультразвук с кортикостероидами область носа, электрофорез. Специфическая гипосенсибилизация (лечение малыми дозами аллергенов).

Атрофический ринит: характеризуется хроническим течением, атрофией слизистой оболочки, широкими носовыми ходами, корками. Ограниченная форма локализуется в передних отделах носовой перегородки. Диффузная форма — поражается вся дыхательная область. Атрофический ринит чаще связан с профессиональными вредностями или с оперативным вмешательством в полости носа. Затруднение носового дыхания связано с накоплением корок. Нередко наблюдаются носовые кровотечения, образуются перфорации.

Озена — хронический зловонный насморк. Клиническая картина: атрофия слизистой оболочки и костных стенок, зловонные корки связаны со слизистой оболочкой, аносмия, запах больной не ощущает. Процесс может распространяться на носоглотку и гортань. Затруднение носового дыхания одностороннее, выделения слизисто-гнойные с примесью крови.

Дифтерия носа — это острое инфекционное заболевание, характеризующееся наличием фибриновых налетов на слизистой оболочке полости носа нередко с распространением на верхнюю губу и крылья носа, сочетается с дифтерией ротоглотки. Дифтерия носа встречается редко, чаще фибринозно-пленчатая форма, локализуется на носовой перегородке с распространением на верхнюю губу и крылья носа.

Острые и обострения хронических заболеваний, в том числе и ЛОР-органов являются общими противопоказаниями для оперативных вмешательств на костях носа.

Классификация РС Б. С. Преображенского: экссудативные: катаральная, серозная, гнойная. Продуктивные: пристеночно-гиперпластическая, полипозная кистозная.

Альтеративные: холестеатомная, казеозная, некротическая, атрофическая. Смешанная: полипозно-гнойная, серозно-катаральная, вазомоторная и аллергическая формы.

Одонтогенный РС — связь с заболеваниями зубов, одностороннее поражение, гнойное отделяемое с резким запахом, нередко неэффективность консервативного лечения, синус-оральное сообщение.

Внутриорбитальные риносинусогенные осложнения: отек и абсцессы век, периостит, флегмона орбиты, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс, неврит зрительного нерва и др. Клиническая картина: отек век, экзофтальм, хемоз, ограничение подвижности глазного яблока, конъюнктивит, болезненность при надавливании на глазное яблоко, снижение зрения.

Возможные осложнения при пункциях ОНП: кровотечение, подкожная эмфизема, повреждение глазницы.

Сущность многофакторной теории полипоза носа С. В. Рязанцева: полипозный синусит развивается при врожденных предрасполагающих факторах (биологические дефекты) и воздействие внешних (физические, химические и др.).

Сущность радикальной операции при синуситах: вскрытие пазухи, удаление патологического содержимого и наложение соустья с полостью носа.

Преимущества эндоназального вскрытия ОНП при синуситах — более щадящий, более физиологичный подход, отсутствие рубцов на коже и слизистых оболочках. К недостаткам относят сложности при осмотре всей пазухи и не всегда возможно удалить патологическое содержимое радикально.

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА и ОНП

Ожоги и отморожения наружного носа. Термический ожог наружного носа

1. 1 степень: асептическая повязка с мазью «Меколь».
2. 2 степень: асептическая повязка с мазью «Меколь».
3. 3-4 степень: иссечение омертвевших тканей и закрытие аутоотрансплантатом, асептическая повязка с мазью «Меколь», затем «Банеоцин», «Ферменкол», синтомициновая эмульсия.

Отморожения

1. 1-2 степень: асептическая повязка с мазью «Меколь».
2. 3-4 степень: иссечение омертвевших тканей и закрытие аутоотрансплантатом, асептическая повязка с мазью «Меколь».
3. В дальнейшем ожоги и отморожения лечатся по правилам общей хирургии (повязки с антибактериальными мазями, после очищения раны назначается «Банеоцин», «Ферменкол», солкосериловая мазь или гель).

Травмы носа. Ушибы наружного носа

1. Холод на область носа.
2. Остановка носового кровотечения.
3. Сосудосуживающие капли в нос (ксилометазолин 0,1 % или оксиксилометазолин 0,1 %) в комбинации с 1 % ментоловым маслом по 4-5 капель в обе половины носа.

Ранения мягких тканей наружного носа

1. Асептическая обработка поврежденных тканей 3 % перекисью водорода, трехкратно, обработка йодином.
2. Остановка кровотечения перевязкой сосуда, коагуляцией или плотной повязкой.
3. Щадящая хирургическая обработка раны с наложением частых швов атравматичными нитями типа «Дехон».
4. Повторная обработка йодином.
5. Открытое ведение раны.
6. При скальпированных ранах или отрывах кожных лоскутов обязательна пластика (до 24 ч.) с последующей обработкой раны 0,9 % раствором NaCl с растворенным антибиотиком пенициллинового ряда.
7. Тампонада обеих половин носа с антибактериальной мазью марлевым тампоном для профилактики синехий.
8. При разможенных и инфицированных ранах назначается ПСС и ПСА по схеме Безредко, парентерально назначаются антибиотики пенициллинового ряда.

9. В зависимости от тяжести состояния, сопутствующих травм (ЗЧМТ, переломы лицевых костей) больной госпитализируется в стационар или наблюдается и лечится у ЛОР или хирурга по месту жительства.

Лечение переломов костей носа

1. Основной метод лечения переломов костей носа — репозиция с дальнейшей фиксацией на 3-6 дней. При выраженном отеке репозиция возможна и через 10 дней. Крайний срок возможной репозиции 4 недели.

2. При репозиции применяются местная и общая анестезия в зависимости от возраста больного, тяжести травмы. Местная анестезия чаще используется у взрослых при боковых смещениях (аппликации 10 % раствора лидокаина, инфильтрации 1-2 % раствора новокаина в область скатов и спинки носа).

3. Репозиция костей носа при боковых смещениях проводится сильным давлением больших пальцев со стороны смещения. В момент вправления, как правило, слышен хруст. Носовая перегородка устанавливается на прежнее место мизинцем или элеватором Ю. Н. Волкова.

4. При западении спинки носа ее приподнимают с помощью элеваторов или распаторов. Одновременно осуществляется выравнивание по оси вместе с носовой перегородкой.

5. При репозиции желательно проводить гиперкоррекцию носа без дополнительной фиксации.

6. После репозиции проводится тампонада носа сроком на 3-4 дня или накладывается гипсовая лонгета на 7-8 дней.

7. Если репозиция не удастся необходимо использовать открытый метод. В результате обнажения костного остова и выполнения репозиции с обеих сторон.

8. При открытых переломах удаляются только мелкие отломки, рана ушивается, и выполняется репозиция обычным способом (вводится ПСС и ПСА).

9. «Застарелые» переломы вправляются посредством редрессации остеокластом или щипцами Устьянова.

10. Антибактериальная терапия на 6-10 дней (пенициллиновый ряд, цефалоспорины 2 поколения).

11. Сосудосуживающие капли в нос после удаления турунд.

12. ФТО: УВЧ на область носа, лазеротерапия, магнитотерапия.

13. При сочетанных травмах черепа репозиция костей носа может быть отсрочена до улучшения состояния пациента.

Лечение гематомы носовой перегородки

1. Пункция гематомы под местной аппликационной анестезией раствором лидокаина, аспирация крови, тугая тампонада с Меколом на 2-3 суток.

2. Кровоостанавливающие: этамзилат натрия, аминокапроновая кислота.

3. При рецидиве гематомы осуществляется повторная пункция, аспирация содержимого.

4. При неоднократном рецидиве производится вскрытие гематомы с ревизией полости и открытым тампонированием с аминокапроновой кислотой на 2-3 суток.

Отслоенный лоскут слизистой оболочки носа прикладывается к хрящу и фиксируется турундой с Меколом.

Лечение абсцесса носовой перегородки

1. Вскрытие абсцесса носовой перегородки с обеих сторон на разных уровнях.
2. Промывание полости абсцесса раствором антисептика.
3. Турунды в полость абсцесса с Меколом или гипертоническим раствором NaCl (смена турунд ежедневно).
4. Лазеромагнитотерапия на область носа.
5. Антибактериальная терапия пенициллиновой группой антибиотиков.
6. Для профилактики тромбоза вен – аспирин, дезинтоксикационная терапия (гемодез, глюкоза).
7. С целью снятия болевого синдрома — анальгин, димедрол.

Травмы околоносовых пазух

1. Срочная госпитализация в стационар.
2. Срочное хирургическое лечение в случаях, когда имеется:
 - неостанавливающееся кровотечение;
 - открытые повреждения лобной области, верхнечелюстных пазух, компрессионные переломы;
 - инородные тела или подозрение на них;
 - переломы, проходящие через каналы черепных нервов и вызывающие парестезии в зоне иннервации;
 - переломы глазницы и скуловых костей;
 - сочетание травмы и гнойного синусита.

Фронтобазальные переломы (переломы мозговых стенок лобных пазух, решетчатого лабиринта, клиновидной пазухи, основания черепа)

Показания к хирургическому лечению:

1. Жизненные показания

- I. Угрожающее повышением внутричерепного давления, связанное с гематомой.
- II. Угрожающее кровотечение из околоносовых пазух.

2. Абсолютные

- I. Открытая рана черепа с повреждением твердой мозговой оболочки.
- II. Закрытые травмы с повреждением твердой мозговой оболочки.
- III. Ликворея из носа и проникновение воздуха в полость черепа.
- IV. Инфекционные посттравматические или поздние внутричерепные или внутриорбитальные осложнения.
- V. Вдавленные переломы с возможным повреждением твердой мозговой оболочки.
- VI. Аневризмы, как осложнения переломов основания черепа
- VII. Нарушения функции черепных нервов, для устранения которых требуется декомпрессия

3. Относительные

- I. Перелом задней стенки лобной пазухи и крыши решетчатого лабиринта со смещением с возможным повреждением твердой мозговой оболочки.

II. Сочетанные повреждения лобной пазухи и клиновидной с вовлечением лобно-носового соустья или глазницы

III. Вдавленные переломы передней стенки лобной пазухи

IV. Колотые раны без проникновения инородных тел и повреждения твердой мозговой оболочки

V. Воспалительные процессы в пазухе после травмы.

Хирургическое лечение заключается в проведении радикальной операции и наложения широкого соустья с полостью носа или же в полной ликвидации пазухи. Восстановление по возможности нормальной конфигурации лица.

Перелом передней стенки верхнечелюстной пазухи: проводится классическая верхнечелюстная синусотомия, затем ревизия травмированного участка. Удаляются свободно лежащие осколки и фрагменты. Максимально сохраняется слизистая оболочка. При повреждении задней стенки верхнечелюстной пазухи производится эндоскопическая ревизия и удаление костных фрагментов. При переломе верхней стенки — ревизия не проводится, а при повреждении второй ветви тройничного нерва — декомпрессия при переломах дна глазницы хирургическая обработка выполняется через верхнечелюстную пазуху. Пластическое восстановление дефекта выполняется за счет костной пластинки передней стенки. Если в пазуху пролабирует глазничная клетчатка, то ее репонируют обратно, а стенку глазницы поднимают пальцем или элеватором и затем плотно тампонируют пазуху. При отсутствии эффекта от репозиции восстанавливают целостность стенки путем подкладывания костной пластинки или хрящевой со стороны глазницы, предварительно подняв глазное яблоко.

Назоорбитальные переломы

I. Производится репозиция мизинцем или элеватором.

II. Основной задачей хирургического вмешательства является предотвращение локальных и внутричерепных осложнений.

III. Во время операции удаляются сгустки крови, отломки, восстанавливается нормальное сообщение с полостью носа. При разрыве твердой мозговой оболочки необходимо создать непроникающий барьер между крышей околоносовых пазух и полостью носа для предотвращения истечения ликвора. При оказании неотложной помощи пациенту необходимо также наблюдение нейрохирурга, офтальмолога, челюстно-лицевого хирурга.

IV. При изолированных повреждениях околоносовых пазух без осложнений, трещинах и переломах без смещения проводят консервативное лечение. Оно сводится к назначению антибиотиков широкого спектра, анальгетиков, гипосенсибилизирующих, деконгестантов, дегидратации. ПСА и ПСС вводят по показаниям.

Носовое кровотечение

1. Введение в полость носа ватного или марлевого тампона смоченного перекисью водорода и прижатие пальцем крыла носа к носовой перегородке.

2. Возвышенное положение головы (без запрокидывания) и тела (сидячее), холод на область носа и переносицы.

3. Передняя тампонада носа марлевой турундой с 3 % перекисью водорода или 5% аминокaproновой кислотой.

4. Прижигание источника носового кровотечения химическим веществом, электрокоагулятором, лучом лазера. При остановке кровотечения переднюю тампонаду не производят, при продолжающемся кровотечении — передняя тампонада с гемостатиками на 3-4 дня. После удаления тампонов необходимо попытаться определить источник кровотечения и по возможности произвести коагуляцию электрокоагулятором, лазером, химическим веществом.

5. При неостанавливающихся кровотечениях производится задняя тампонада на 3-5 дней. Передний тампон должен пропитываться антибиотиком. При удалении тампона сначала удаляется задний тампон, а на следующий день — передний. При возобновлении кровотечения тампонаду повторить, передние и задние тампоны необходимо пропитывать гемостатиками и антисептиками.

6. Во всех случаях проводится гемостатическая терапия: этамзилат натрия или дицинон 12,5 % — 2.0-4.0 мл в/венно или в/мышечно 3 раза в день. Гемостад 50 мг/мл — 20 мл 2 раза в день, ε-аминокaproновая кислота 5 % — 100 мл в/венно или порошки по 1.0 г внутрь 3 раза в день. С гемостатической целью при продолжающемся кровотечении с целью коррекции дефицита факторов свертывания крови назначается одогруппная свежезамороженная плазма — 300,0 мл в/венно, капельно.

7. Гипотензивная терапия по показаниям: (каптоприл, дибазол, папаверин).

8. Заместительная терапия: полиглюкин, солевые растворы.

9. Коррекция анемического синдрома переливанием эритроцитарной массы.

10. Ангиография, при необходимости — эмболизация причинного сосуда или перевязка наружной сонной артерии.

Острый ринит

1. Создать в помещении теплый и влажный климат.

2. Нераздражающая диета, обильное питье (чай с малиной, липовым цветом).

3. Отвлекающие процедуры: горячие ножные ванны, горчичники, растирания.

4. Гипосенсибилизирующие препараты в первые несколько суток — фенкарол, парлазин.

5. Ингаляции: сложные с фурациллином, 2 % содовые, с настоем листьев (зверобой, календула, шалфей, чабрец, душица, мать и мачеха, багульник).

6. Ароматерапия: масло чайного дерева.

7. Витамин С.

8. Нестероидные противовоспалительные препараты: парацетамол, ибупрофен.

9. Физиотерапевтическое лечение (ФТЛ): тубус-кварц в нос, лазеротерапия.

2-3 стадия ринита

1. Сосудосуживающие капли длительного действия: ксилومتозалин, оксиметозалин, по 5 капель в обе половины носа в лежачем положении, не более 7 дней. Детям до 1 года на основе фенилэфрина.

2. Антисептические и вяжущие средства: растворы фурациллина, протаргол, полидекса с фенилэфрином, стерильная гипертоническая морская вода («АкваМарис стронг», «АкваЛОР экстрафорте»).

3. Смягчающие капли: ментоловое масло, пиносол.

4. «Синупрет».

Лечение хронических гнойных синуситов

Лечение обострений хронических синуситов проводится по принципу острых. Однако формирование хронического гнойного синусита всегда имеет причину. Эта причина может быть как местная, так и общая: патология носа, носоглотки и зубочелюстной системы, снижение общей реактивности организма, аллергии. Поэтому при обострениях хронических синуситов нужно стремиться не только снять сам эпизод обострения, а постараться выяснить и установить причину формирования очагов инфекции в организме. Если в полости носа, носоглотке или зубочелюстной системе имеется очаг инфекции, то его надо по возможности скорее ликвидировать (нередко даже при обострении синусита под прикрытием антибиотиков). При снятии обострения — устранить изменения в полости носа — произвести подслизистую резекцию носовой перегородки при ее искривлении или риносептопластику, ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин, электро- или лазеро- коагуляцию нижних носовых раковин. Нередко подобные вмешательства способствуют восстановлению аэрации околоносовых пазух и ликвидации воспалительных процессов в них. Одновременно надо проводить гипосенсибилизирующую терапию (неспецифическую и специфическую), иммунокоррекцию (под контролем иммунограммы), лечению других соматических заболеваний (сахарный диабет, болезни бронхолегочной системы). Практика доказывает наличие синобронхиального синдрома. Поэтому особое внимание должно быть уделено лечению заболеваний бронхолегочной системы.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Оториноларингология: учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по мед. специальностям / под ред. А. П. Тимошенко, [авт.: П. А. Тимошенко, В. С. Куницкий, А. Ч. Буцель, О. Г. Хоров, И. Д. Шляга]. — Минск: Вышэйшая школа, 2014. — 432 с.: ил., [8] л. цв. ил., фот., табл. — Допущено М-вом образования РБ.

2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 581 с. : цв. ил., фот., цв. фот.

3. Bansal, M. Essentials of ear, nose and throat / M. Bansal; Mohan Bansal. — New Delhi [et al.]: Jaypee brothers medical publishers, [2016]. — 522 p.: col. foto, ill., scheme, tab.

4. Logan Turner's diseases of the nose, throat and ear: head and neck surgery / ed. by S. Musheer Hussain. — 11th ed. — Boca Raton [et al.]: CRC Press, [2016]. — 731 p.: ill., scheme, tab., col. foto.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс]: национальное руководство: краткое издание / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 544 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html/>. — Дата доступа: 21.08.2020.

2. Заболевания верхних дыхательных путей и уха: справочник практикующего врача [Электронный ресурс] / Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 256 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425473.html/> — Дата доступа: 21.08.2020.

3. Обследование оториноларингологического больного [Электронный ресурс]: руководство / Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Магомедов М. М., Зеликович Е. И. — М.: Литтерра, 2014. — 336 с. (Серия «Практические руководства»). — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501051.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

4. Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. В. Т. Пальчуна — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 656 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

5. Оториноларингология [Электронный ресурс] / В. В. Вишняков — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 328 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430132.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

6. Оториноларингология [Электронный ресурс] / Под ред. В. Т. Пальчуна, А. И. Крюкова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 368 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423370.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

7. Перфорация перегородки носа и ее лечение [Электронный ресурс] / Г. З. Пискунов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 72 с. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436516.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

8. Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии [Электронный ресурс] / под ред. В. Т. Пальчуна, А. И. Крюкова, М. М. Магомедова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста»). — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434741.html/> — Дата доступа 21.08.2020.

9. Шляга, И. Д. Сборник ситуационных задач по оториноларингологии: учеб.-метод. пособие для студентов 4-6 курсов всех фак. мед. вузов / И. Д. Шляга, А. Ю. Масленникова, М. О. Межейникова; УО«ГомГМУ», каф. оториноларингологии с курсом офтальмологии. — Гомель: ГомГМУ, 2016. — 46 с.

10. Наumenко, А. Н. Неотложная помощь в оториноларингологии: учеб. пособие для врачей-интернов и врачей-слушателей / А. Н. Наumenко, В. М. Васильев, Ю. В. Деева. — Киев: ВСИ «Медицина», 2017. — 150 с.

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2006 № 484 «Клинические протоколы диагностики и лечения детского населения с болезнями уха, горла, носа».

ЭЛЕКТРОННЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ

1. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека = Consultant of the doctor. Electronic medical library [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ООО «ИПУЗ». — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>. — Дата доступ 21.08.2020.

2. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза = Student consultant. Electronic library of medical high school [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ООО «ИПУЗ». — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/> — Дата доступа: 21.08.2020.

3. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU = Scientific electronic library eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://elibrary.ru/> — Дата доступа: 21.08.2020.

4. Oxford Medicine Online [Electronic resource] / Oxford University Press. — Access mode: www.oxfordmedicine.com/ — Date of access: 21.09.2020.

5. Springer Link [Electronic resource] / Springer International Publishing AG. — Access mode: <https://link.springer.com/>. — Date of access: 21.08.2020.