

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно- Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра лор-болезней с курсом ПО

Зав. кафедрой: Д.м.н., профессор, Вахрушев С.Г.

Реферат на тему:

«Заболевания полости носа».

Выполнил: Ординатор, Карпусь В.И.

Проверил: К.м.н., асс. кафедры, Болдырева О.В.

Красноярск,

2018 год

Введение

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА

Ежегодно, по данным ВОЗ, каждый человек в среднем переносит 4-6 острых заболеваний верхних дыхательных путей, большей частью легкого течения, возникновение которых могут вызывать более 300 различных микроорганизмов. Первым барьером специфической защиты человека от инфекции является слизистая оболочка носа и околоносовых пазух.

Искривление перегородки носа

Искривление перегородки носа (Deviatio septi nasi) - стойкое отклонение от срединной плоскости костных или хрящевых структур перегородки носа.

Искривление перегородки носа является частой патологией в оториноларингологии. Причины его возникновения могут быть посттравматического характера (54%), физиологические - из-за несогласованного развития хрящевых и костных структур лицевого скелета (32%); патологические, вызванные односторонним смещением полипами, гипертрофированной носовой раковиной, опухолями (8%) и другими причинами. Искривление перегородки носа может быть самым разнообразным по форме, локализации, протяженности и степени нарушения носового дыхания. Нередко наблюдается сочетание искривления, гребней, шипов, наростов на перегородке носа, располагающихся по преимуществу на месте соединения хрящевой и костной ткани перегородки носа.

Клиника. Различают три основных вида деформации перегородки носа: *искривление, гребень и шип* или различные их сочетания. Деформации перегородки носа суживают просвет общего носового хода и затрудняют прохождение воздуха через нос.

Основной жалобой больного при деформациях перегородки носа являются затруднение носового дыхания, заложенность в носу, иногда выделения слизистого или слизисто-гнойного характера из носа. В некоторых случаях отмечаются периодические головные боли, сухость в горле, заложенность и шум в ушах, понижение обоняния. Снижение аэрации околоносовых пазух может приводить в последующем к развитию в них воспаления на стороне поражения. Возникновение головной боли при деформациях перегородки носа объясняется тем, что искривленная часть перегородки (шип, гребень) соприкасается с противоположной латеральной стенкой носа, давит на нее,

раздражая слизистую оболочку, что вызывает рефлекторную головную боль. Давление искривленных частей перегородки носа может приводить к развитию вазомоторного ринита с переходом процесса на слуховую трубу и среднее ухо, блокаде остиомеатального комплекса.

Однако иногда искривление перегородки носа не вызывает у больного заметного ощущения нарушения носового дыхания и других жалоб. Следовательно, показанием к оперативному лечению являются не искривление перегородки носа как таковое, а жалобы больного и другие клинические проявления.

Диагностика. Деформации перегородки носа диагностируются без затруднений. Диагноз устанавливается на основании жалоб больного, данных анамнеза, риноскопической картины. При недостаточном обзоре средних и задних отделов носа следует произвести анемизацию слизистой оболочки носа сосудосуживающим препаратом (0,1% р-ром адреналина, нафтизином, галазолином и др.). Высокоинформативным методом уточнения характера и протяженности деформации перегородки носа является использование эндоскопов с различным углом зрения.

Диагностическими критериями могут служить результаты объективного исследования носового дыхания - риноманометрии, а также компьютерная томография (КТ).

Лечение обычно *хирургическое*. Среди ряда разновидностей операции на перегородке носа можно выделить два типа хирургических реконструктивных вмешательств: классическая радикальная операция - *подслизистая резекция перегородки носа, по Киллиану*, и более щадящая методика - *круговая резекция, по Воячеку*. В последнее время часто используют общий термин для операций на перегородке носа - «септопластика».

Реконструктивные вмешательства на перегородке носа являются технически относительно сложными. При операциях используется местная инфильтрационная анестезия, однако основным видом обезболивания является наркоз. При грубых манипуляциях, неадекватной анестезии и послеоперационном уходе возможно образование послеоперационных спаек, синехий, перфораций перегородки носа, ухудшение функции слизистой оболочки полости носа. Профилактикой таких осложнений является щадящее, бережное выполнение операций, тщательный послеоперационный уход и соответствующая квалификация хирурга.

Подслизистая резекция перегородки носа производится в условиях стационара, после предварительного амбулаторного обследования больного. Суть операции заключается в поднадхрящичноподнадкостничном удалении искривленных участков хрящевого и костного остова перегородки носа с целью расширения носовых ходов и соответственно улучшении носового дыхания.

Для инфильтрационной анестезии применяют 1% р-р новокаина (или 1% р-р лидокаина) с добавлением адреналина 1:1000 (одна капля адреналина на 5 мл р-ра).

В левой половине носа делают дугообразный разрез слизистой оболочки и надхрящницы от дна к спинке носа, отступив от наружного края четырехугольного хряща на 4-5 мм. Слишком далеко кзади произведенный разрез затрудняет дальнейший ход операции. При патологическом смещении переднего края четырехугольного хряща разрез проводится по самому краю хряща. Острым элеватором отсепааровывают от хряща слизистую оболочку левой стороны перегородки вместе с надхрящницей. Это важный момент - войти в «правильный» слой. При отслойке должна быть видна гладкая, блестящая, перламутровая поверхность хряща. Дальнейшее отделение

слизистой оболочки, как и вся операция, должно все время проводиться под контролем зрения.

После того как с одной стороны искривленный участок полностью отсепарован, переходят на другую сторону. Для этого производят разрез хряща (чресхрящевой проникающий разрез). Хрящ рассекают осторожно, чтобы не повредить слизистую оболочку противоположной стороны. Затем распатором мелкими движениями производят отделение слизистой оболочки вместе с надхрящницей противоположной стороны. С помощью ножниц и скальпеля отсекают выделенный искривленный участок хряща и удаляют его окончатymi щипцами Брюнинга. Этими же щипцами и долотом удаляют и деформированные участки костного скелета перегородки носа. Целесообразно реимплантировать хрящевые фрагменты между листками слизистой оболочки, что уменьшит возможность образования перфорации и укрепит перегородку. Далее листки слизистой оболочки укладывают по средней линии, общие носовые ходы рыхло тампонируют турундами, пропитанными какой-либо противовоспалительной мазью, или полоской поролонa, которая вдетa в палец хирургической перчатки. При необходимости можно наложить шов на первичный разрез слизистой оболочки. На следующий день тампоны удаляют. В послеоперационном периоде проводится туалет носа, удаляют сгустки крови. В течение 7-10 дней протекают репаративные процессы, после чего носовое дыхание восстанавливается.

Не следует удалять хрящ близко к спинке носа, поскольку может произойти западение гребня носа. Вдоль спинки носа должна оставаться полоска не менее 4-6 мм. Кроме того, важно сохранить передний край 4-угольного хряща не менее 3-4 см.

Часто искривление перегородки носа сопровождается явлениями компенсаторной гипертрофии нижней носовой раковины. В таких случаях дополнительно производят *щадящую нижнюю конхотомию* - отсечение нижней носовой раковины по ее краю или *вазотомию* - отсепаровку слизистой оболочки носовой раковины от костного остова с целью последующего ее рубцевания и сокращения. В ряде случаев производят *подслизистую конхотомию* - удаление костного края нижней носовой раковины после предварительного отсепарования слизистой оболочки. Возможна также *латероконхопексия*, при которой надламывается нижняя носовая раковина у ее основания и прижимается к латеральной стенке, что расширяет общий носовой ход.

Синехии и атрезии полости носа

Среди сращений в носовой полости различают *синехии* - *рубцовые перемычки между перегородкой носа и латеральной стенкой полости носа*, *атрезии* - *врожденное или приобретенное заращение носовых ходов*.

Атрезии могут быть соединительнотканными, хрящевыми и костными. Синехии и атрезии приводят к нарушению носового дыхания вследствие сужения носовых ходов и соответствующему комплексу клинических признаков. Наиболее частой причиной возникновения синехий и атрезий являются травмы слизистой оболочки полости носа, последствия хирургических вмешательств, врожденные дефекты формирования лицевого скелета и др.

Лечение хирургическое. Сращения в полости носа по возможности иссекают и с целью предотвращения рецидива сращений между раневыми поверхностями вводят резиновые полоски, трубки, мазовые турунды на длительное время (до полугода). Операции по поводу атрезии в полости носа и хоан более сложные, выполняются иногда в несколько этапов, часто с

подходом со стороны полости рта через твердое нёбо. Эффективно введение в полость носа специальных силиконовых пластинок с фиксацией их к медиальной стенке полости носа сквозными п-образными швами на длительное время 6-7 мес. Использование при этом микроэндоскопической техники облегчает и улучшает результат хирургического лечения.

Гематомы и абсцессы перегородки носа

Гематома перегородки носа - травматическое или спонтанное кровоизлияние и скопление крови между надхрящницей и хрящом (надкостницей и костью) перегородки носа, обычно вызывающее сужение общего носового хода.

Причиной гематомы перегородки носа является, как правило, травматическое повреждение (бытовое, постоперационное и др.) без разрыва слизистой оболочки, при котором создается возможность скопления крови. Гематома может быть одно или двусторонней. Обычно она локализуется в хрящевом отделе перегородки, но может распространяться и на задние костные отделы.

Клинические проявления характеризуются нарушением носового дыхания, незначительной болезненностью или ощущением тяжести в области носа. При односторонней или незначительно выраженной двусторонней гематоме носовое дыхание может оставаться свободным, общее состояние не нарушается, поэтому больные иногда своевременно не обращаются к врачу.

При передней риноскопии можно наблюдать выбухание и отечность с одной или обеих сторон передних отделов перегородки носа темно-багрового цвета, мягкой консистенции, суживающие общий носовой ход.

Не выраженность клинических проявлений объясняет позднее обращение таких больных к врачу, когда гематома нагнаивается, переходя в **абсцесс перегородки носа**. При абсцедировании (4-7 день после травмы) отмечается

выраженная воспалительная припухлость слизистой оболочки, болезненная при дотрагивании. В гнойный процесс вовлекается четырехугольный хрящ. Возникший таким образом хондроперихондрит часто приводит к дефектам перегородки носа. В редких случаях нагноение может привести к внутричерепным осложнениям (менингит, тромбоз кавернозного синуса, абсцесс мозга).

Диагностика гематомы и абсцесса перегородки носа основывается на данных анамнеза и риноскопической картине. С помощью ощупывания зондом и пунктирования припухлости определяют окончательный диагноз. При наличии в пунктате гноя целесообразно послать его на исследование микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Лечение. При наличии свежей гематомы (давность 1-2 сут.) лечение можно ограничить отсасыванием крови при ее пункции и передней тампонадой соответствующей стороны носа.

Абсцесс перегородки носа необходимо немедленно и достаточно широко вскрыть. Если процесс двусторонний, вскрытие производят с обеих сторон, но не на симметричных участках перегородки; линии разрезов лучше направлять в разных плоскостях, во избежание формирования перфорации. В полость абсцесса для дренирования вставляют тонкие трубочки, что дает возможность орошать и промывать ее растворами антибиотиков, или резиновые полоски. Внутри назначают антибиотики широкого спектра действия на 6-7 дней.

Перфорация перегородки носа обычно происходит в передненижнем отделе, в области Киссельбахова участка перегородки. Причинами перфорации являются, как правило, оперативные вмешательства, травмы носа, атрофический ринит, абсцесс перегородки носа. Реже встречаются перфорации при специфических процессах - сифилисе, туберкулезе и др.

При хирургических вмешательствах неосторожная грубая отсепаровка слизистой оболочки может вызвать ее сквозные разрывы, что приводит к формированию стойкой перфорации перегородки носа. При атрофических процессах слизистая оболочка в передних отделах истончается, делается сухой, покрывается корочкой, нарастает зона ишемии, что вызывает трофическое изъязвление и прободение перегородки носа. Этому процессу способствуют вредные факторы внешней среды - производственная пыль, сухой, горячий воздух и др.

Больного обычно не беспокоит нарушение носового дыхания, однако возможно появление неприятного посвистывания через отверстие в перегородке носа, образование обильных корок вокруг перфорации.

Лечение состоит в исключении влияния вредных факторов, вызывающих атрофию и изъязвление слизистой оболочки, применяют смягчающие мази (Дросса-нос, растительные масла), систематически орошают полость носа 1-2 раза в день изотоническим р-ром хлорида натрия с добавлением на 200 мл р-ра 4-5 кап 5% спиртового р-ра йода.

В ряде случаев можно применить *хирургическое лечение*, к которым в последнее время расширены показания в связи с внедрением микроэндоскопических оперативных методов. Под контролем эндоскопов используются различные варианты *пластики перфорации* смещенными тканями слизистой оболочки полости носа. Однако хирургическая пластика перфораций является сложным оперативным вмешательством. Наличие атрофии в условиях ишемии тканей наряду с техническими сложностями может привести к дальнейшему увеличению перфорации, поэтому операция требует высокой квалификации хирурга.

Носовые кровотечения

Кровотечение - истечение крови из кровеносного сосуда при нарушении целостности или проницаемости его стенки.

Кровотечения из носа (epistaxis) являются наиболее частыми видами кровотечений, встречающихся в практике любого врача. По литературным данным, в 85% случаев носовое кровотечение является симптомом какого-либо общесоматического заболевания и только в 15% оно может быть вызвано заболеваниями полости носа и ОНП.

В зависимости от причин, вызывающих кровотечение, различают *травматические* (в основном местного характера) и *симптоматические* (как общего, так и местного характера) носовые кровотечения.

Травматические носовые кровотечения возникают после различных бытовых травм, хирургических вмешательств в полости носа, после огнестрельных ранений. Травма слизистой оболочки может быть легкой, вызывающей однократное небольшое кровотечение, и значительной, сопровождающейся повреждением решетчатого лабиринта, что может обусловить обильное, угрожающее жизни больного многократное носовое кровотечение. Кровотечения могут возникнуть при удалении пальцем корок из передненижних отделов перегородки носа, где имеется густопетлистая сосудистая сеть (зона Киссельбаха). Здесь же часто возникают перфорации перегородки носа на фоне атрофических процессов или после септопластики, которые также могут быть причиной кровотечений.

Симптоматическое кровотечение является признаком какоголибо общесоматического заболевания. Наиболее частыми из них являются сердечно-сосудистые (артериальная гипертония, атеросклероз), заболевания почек (нефросклероз, почечная гипертония), болезни системы крови и

изменения сосудистой стенки, гемофилия (синдром Ослера-Рандю), геморрагическая тромбоцитопения, болезнь Верльгофа, геморрагический васкулит, болезнь Шенлейна-Геноха, капилляротоксикоз, геморрагическая телеангиэктазия), заболевания органов кроветворения (лейкоз, ретикулез, гемацитобластоз и др.). Для установления диагноза при затяжных кровотечениях с неясной этиологией выполняются дополнительные исследования, такие как биопсия из области кровотечения, коагулограмма, тромбоэластограмма и др.

К симптоматическим кровотечениям относятся также геморрагии, вызванные опухолями и воспалительными процессами самой полости носа и околоносовых пазух: доброкачественные опухоли (ангиома, папиллома), злокачественные опухоли (рак, саркома), юношеская ангиофиброза носоглотки, язвы сифилитической, туберкулезной или другой природы.

В возникновении носовых кровотечений могут играть роль и другие разнообразные факторы: гипо- и авитаминозы (особенно витамина С), *викарные* (взамен отсутствующих менструаций), *конкометирующие* (сопровождающие менструации), пониженное атмосферное давление, большие физические нагрузки, перегрев организма и др.

Клиника. Клиническая картина при носовом кровотечении очевидна - выделение алой, непенящейся крови из преддверия носа или стекание крови по задней стенке глотки при запрокидывании головы, тогда как кровь из нижних отделов дыхательных путей в той или иной мере вспенена, не определяется ее стекания по задней стенке глотки. При передней риноскопии иногда удается идентифицировать место кровотечения, обычно в передней трети перегородки носа (*Locus Kiesselbachii*), если же источник кровотечения находится в глубоких отделах полости носа, то определить его часто не удается.

Носовые кровотечения могут возникать неожиданно, у части больных отмечаются продромальные явления - головная боль, шум в ушах, зуд, щекотание в носу. В зависимости от объема потерянной крови различают незначительное, умеренное и сильное (тяжелое) носовое кровотечение.

Незначительное кровотечение, как правило, бывает из зоны Киссельбаха; кровь в объеме нескольких миллилитров выделяется каплями в течение короткого времени. Прекращается такое кровотечение часто самостоятельно или после прижатия крыла носа к перегородке.

Умеренное носовое кровотечение характеризуется более обильной кровопотерей, но не превышающей 300 мл у взрослого. При этом изменения гемодинамики обычно находятся в пределах физиологической нормы.

При массивных носовых кровотечениях объем потерянной крови превышает 300 мл, достигая иногда 1 л и более. Такие кровотечения представляют непосредственную угрозу жизни больного.

Чаще всего носовое кровотечение с большой кровопотерей возникает при тяжелых травмах лица, когда повреждаются ветви основной - нёбной или решетчатых артерий, которые отходят соответственно от наружной и внутренней сонных артерий. Одной из особенностей посттравматических кровотечений является склонность их к рецидивированию через несколько дней и даже недель. Большая потеря крови при подобных кровотечениях вызывает падение артериального давления, учащение пульса, слабость, психические расстройства, панику, что объясняется гипоксией головного мозга. Клиническими ориентирами реакции организма на потерю крови (косвенно - объема кровопотери) являются жалобы больного, характер кожных покровов лица, уровень артериального давления, частота пульса, показатели анализов крови. При незначительной и умеренной потере крови (до 300 мл) все показатели остаются, как правило, в норме. Однократная

кровопотеря около 500 мл может сопровождаться легкими отклонениями у взрослого человека (у ребенка - опасными) - побледнение кожи лица, учащение пульса (80-90 уд/мин), понижение артериального давления крови (110/70 мм рт.ст.), в анализах крови гематокритное число, которое быстро и точно реагирует на потерю крови, может неопасно уменьшиться (30-35 ЕД), показатели гемоглобина в 1-2 сут. остается в норме, затем они могут слегка понизиться или остаться без изменений. Многократные умеренные или даже незначительные кровотечения в течение длительного времени (недели) вызывают истощение гемопоэтической системы и появляются отклонения от нормы основных показателей. Массивные тяжелые одномоментные кровотечения с кровопотерей более 1 л могут привести к гибели больного, поскольку компенсаторные механизмы не успевают восстановить нарушение жизненно важных функций и в первую очередь внутрисосудистое давление. Применение тех или иных терапевтических лечебных методов зависит от тяжести состояния больного и прогнозируемой картины развития заболевания.

Лечение. Тактика врача зависит от причины кровотечения, его интенсивности, продолжительности, количества потерянной крови, успешности проводимых мероприятий и направлена на:

- 1) восстановление объема при необходимости жидкости в сосудистом русле;
- 2) остановку уже имеющегося кровотечения;
- 3) предупреждению рецидивов.

При незначительных кровотечениях из передних отделов носа простым и достаточно эффективным способом остановки кровотечения является введение на 15-20 мин в передний отдел кровоточащей половины носа шарика ваты или марли, смоченного 3% р-ром перекиси водорода. Пальцем

придавливают крыло носа, больному придают сидячее положение, голову не запрокидывают, а к носу прикладывают пузырь со льдом.

При повторных кровотечениях из передних отделов носа можно инфильтрировать кровоточащий участок 1% р-ром новокаина с дополнительным прижиганием этого участка шариком ваты, смоченным трихлоруксусной кислотой или 40-50% р-ром нитрата серебра (ляписом). Нитрат серебра может быть и в виде кристалликов, в таких случаях его напаивают на кончик раскаленного в пламени спиртовки зонда в виде «жемчужины» и под контролем зрения прижигают кровоточащее место. При идентификации кровоточащего сосуда эффективна *электрокоагуляция сосуда* под контролем эндоскопа.

При рецидивирующих кровотечениях из зоны Киссельбаха эффективной является *отслойка слизистой оболочки* в этой области между двумя разрезами поднадхрящично с последующей тампонадой.

При более выраженных кровотечениях указанные выше способы, как правило, неэффективны и в таких случаях следует производить ***переднюю тампонаду*** кровоточащей половины носа. В настоящее время этот способ применяют наиболее часто, он является эффективным методом остановки носовых кровотечений. Предварительно с целью обезболивания 2-3 раза смазывают слизистую оболочку носа аппликационным анестетиком (5% р-р кокаина, 2% р-ром дикаина, 10% р-р лидокаина и др.). Существуют различные способы передней тампонады - по *Микуличу, Воячеку, Лихачеву*. Общепринят петлевой метод передней тампонады носа по Микуличу, который производят с помощью марлевой турунды длиной 60-70 см и шириной 1-1,5 см, коленчатого пинцета и гемостатической пасты или же турунды, пропитанной индифферентной мазью (синтомициновой, левомеколевой, вазелином и др.). Тампонирование производят петлевым

укладыванием турунды на дно носа от его входа до хоан (рис. 2.19). Для этого коленчатым пинцетом турунду захватывают, отступив 6-7 см от ее

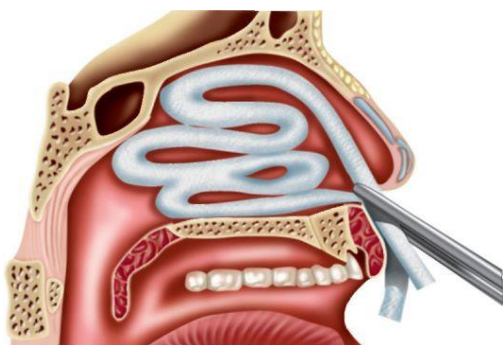


Рис. 2.19. Передняя тампонада носа

конца, и вводят по дну носа до хоан, прижимая петлю турунды ко дну носа, затем аналогично над первой вводят новую петлю турунды и т.д. Таким образом, весь тампон укладывают в полость носа в виде гармошки снизу вверх, пока он полностью плотно не заполнит соответствующую половину носа.

Иногда, когда после тампонады одной половины носа кровотечение продолжается из другой, приходится тампонировать обе половины носа. Передний тампон удаляют через 2-3 сут. после предварительного пропитывания его 3% перекисью водорода. Однако в тех случаях, когда кровотечение было сильным или возобновилось после удаления турунды, рационально не удалять тампон в течение 6-7 дней, ежедневно пропитывая его с помощью шприца с иглой раствором пенициллина, аминокапроновой кислотой и др.

Для передней тампонады носа, кроме марлевой турунды, применяют также заранее приготовленный и простерилизованный тампон, состоящий из пальца от резиновой перчатки, в который помещена поролоновая ткань. В кровоточащую половину носа вводят один или несколько таких эластических тампонов, туго заполняя полость носа. У входа в нос эластические тампоны

фиксируют подшиванием к марлевым валикам, чтобы они не проскользнули в глотку. Как правило, такая тампонада достаточно эффективна и в то же время более щадяща, чем тампонада марлевой турундой.

При сильном кровотечении (1 л и более) или неэффективности передней тампонады показана *задняя тампонада*. Одновременно следует определить группу крови, резус-фактор и перелить с гемостатической целью компоненты одногруппной крови 150-200 мл (или кровезаменителей, свежзамороженной плазмы, аминокaproновой кислоты и др.). Для задней тампонады (рис. 2.20) заранее готовят и стерилизуют специальные тампоны: марлю складывают в несколько слоев так, чтобы получился тампон в виде тюка размером примерно 3х3х2 см, перевязывают его крест-накрест двумя длинными (20 см) шелковыми нитками, один конец нитки после перевязки отрезают, а три оставляют. Отмечено, что оптимальный размер тампона для каждого больного индивидуален и должен соответствовать размеру дистальных фаланг больших пальцев, сложенных вместе.

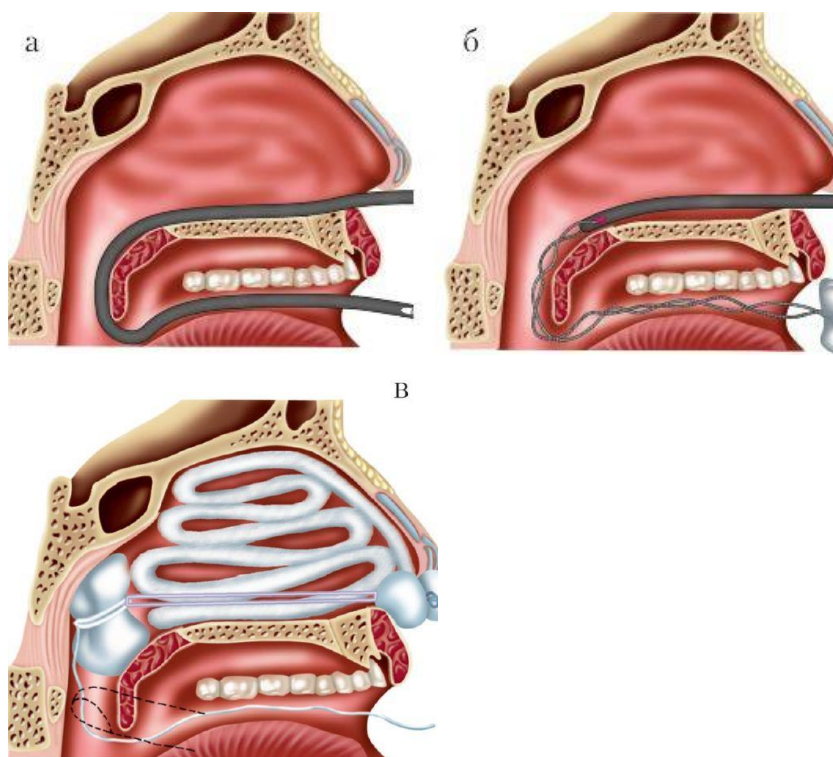


Рис. 2.20. Задняя тампонада носа. Этапы тампонады

Заднюю тампонаду начинают с введения тонкого резинового катетера через кровоточащую половину носа, который проводят до выхода конца через носоглотку в средний отдел глотки. Здесь катетер захватывают глоточными щипцами Гартмана или пинцетом и выводят через полость рта наружу. К выведенному через рот концу катетера привязывают две нитки тампона и подтягивают катетер за носовой конец вместе с привязанными к нему нитками, увлекая тампон через рот в носоглотку, при этом необходимо указательным пальцем правой руки, стоя справа от больного, провести тампон за мягкое нёбо и плотно прижать его к соответствующей хоане. Выведенные через нос две нитки туго натягивают, затем производят переднюю тампонаду этой же половины носа, а нитки завязывают у преддверия носа над марлевым валиком. Оставленный во рту конец 3-й нитки предназначен для удаления тампона, его укрепляют лейкопластырем на щеке или обрезают чуть ниже уровня мягкого нёба (в этом случае тампон удаляют с помощью зажима Кохера). В особо тяжелых случаях тампонируют аналогичным образом и вторую хоану или изготавливают в два раза больший тампон и obtурируют им всю носоглотку.

Задний тампон из носоглотки извлекают на 3-4 сут., а при тяжелом кровотечении - на 7-8-й день. Нужно учитывать, что при задней тампонаде нарушается дренаж из слуховых труб, околоносовых пазух, а при наличии гнилостной микрофлоры, которая появляется уже в первые дни после тампонады, могут возникнуть острый средний отит, синусит. Поэтому носоглоточный тампон желательно пропитать растворами антибиотиков, а после тампонады назначить антибактериальные препараты и ежедневно пропитывать турунды растворами антибиотиков.

Эффективным хирургическим методом остановки тяжелого носового кровотечения является *трансмасиллярная операция на решетчатом лабиринте*, при которой разрушаются решетчатые ячейки с подходом через верхнечелюстную пазуху. Эта операция заканчивается тампонадой области

решетчатых пазух, где, как правило, и находится место кровотечения, и носовой полости через верхнечелюстную пазуху (чаще всего турундой, пропитанной йодоформом) с выведением конца тампона в нижний носовой ход через контрапертуру.

Учитывая, что основным источником носового кровотечения обычно являются сосуды из бассейна наружной сонной артерии, при неэффективности других мероприятий ***перевязывают наружную сонную артерию***, причем не только на стороне поражения, но и на противоположной, поскольку имеются развитые анастомозы правой и левой половин носа. Двусторонняя перевязка этих сосудов осложнений, как правило, не вызывает.

Классический подход к наружной сонной артерии осуществляется разрезом по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, начиная ниже на 3-4 см от уровня угла нижней челюсти, длиной 6-8 см (рис. 2.21). Для этого больного укладывают на спину с валиком, подложенным под шею, голову поворачивают на здоровую сторону. Послойно рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, подкожную мышцу шеи (*platysma*), фасцию, отводят в сторону мышечную ткань. Лежащую в верхнем отделе раны под подкожной мышцей шеи наружную яремную вену отодвигают в сторону. Под внутренней пластинкой влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы можно пропальпировать пульсацию магистральных сосудов. После рассечения стенки влагалища мышцы последнюю крючками отводят в сторону и рассекают заднюю стенку влагалища мышцы. Сразу под ней располагается сосудисто-нервный пучок. Кнаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри и кпереди - общая сонная артерия, позади или в промежутке между ними - блуждающий нерв. Тупым путем выделяют ствол общей, а затем наружной сонной артерии.

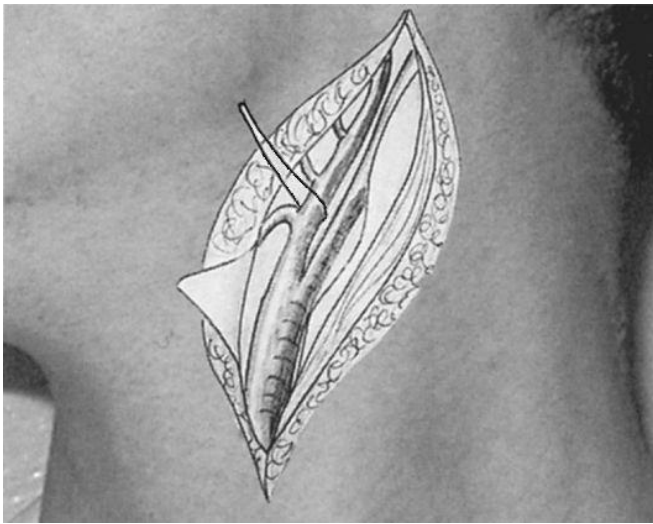


Рис. 2.21. Перевязка наружной сонной артерии

Для отличия наружной сонной артерии от внутренней необходимо помнить, что от наружной сонной, сразу же от бифуркации общей сонной артерии, отходят верхняя щитовидная и язычная артерии.

Наружную сонную артерию перевязывают двумя лигатурами выше места отхождения верхней щитовидной артерии (см. рис. 2.21). Перед тем как перевязать наружную сонную артерию, необходимо еще раз убедиться в правильности ее определения - только от наружной сонной артерии отходят артериальные ветви, в то время как внутренняя сонная артерия на шее ветвей не имеет. Ошибочная перевязка внутренней сонной артерии смертельно опасна.

При тяжелых кровотечениях из носа, обусловленных повреждением крупных сосудов, производят ангиографию и под контролем электронно-оптического преобразователя выполняют эмболизацию кровоточащего сосуда эндокраниально. Серьезным осложнением этой операции может быть обескровливание значительных участков мозга и, как следствие, парезы и параличи.

Кроме описанных способов остановки носового кровотечения необходимо проводить общую и местную гемостатическую и симптоматическую терапию.

Для повышения свертываемости крови назначают внутрь или в инъекциях витамины К (викасол), С, Р, рутин, раствор аминкапроновой кислоты, глюконат кальция, дицинон (этамзилат натрия), андраксон, памба и др. Внутривенно вводят 10% р-р хлорида кальция. Эффективным кровоостанавливающим действием обладает переливание компонентов крови (свежая плазма не менее 500-600 мл), по показаниям гипотензивная терапия, седативные средства.

Литература:

1. Оториноларингология: учебник для вузов / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 2-е изд., испр. и доп. - 2008. - 656 с. : ил.;
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Искривление перегородки носа. Клиническая ринология, 2-е издание.- М.: Медицинское информационное агентство, 2006;
3. Волков А.Г., Бойко Н.В., Киселев В.В. Носовые кровотечения – М.: Джангар, 2002;
4. Аксенов В.М. Носовые кровотечения – М.: Изд-во Российского университета Дружбы народов, 1996.