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

Рецензия < К.М.Н., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Высотиной Полины Андреевны> по теме: < Инородные тела полости носа>.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

|  |  |
| --- | --- |
| Оценочный критерий | Положительный/отрицательный |
| 1. Структурированность; |  |
| 1. Наличие орфографических ошибок; |  |
| 1. Соответствие текста реферата по его теме; |  |
| 1. Владение терминологией; |  |
| 1. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы; |  |
| 1. Логичность доказательной базы; |  |
| 1. Умение аргументировать основные положения и выводы; |  |
| 1. Круг использования известных научных источников; |  |
| 1. Умение сделать общий вывод. |  |

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

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

РЕФЕРАТ

Инородные тела полости носа

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Высотина П.А.

Красноярск, 2019

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Инородные тела полости носа
2. Гематома, абсцесс, перфорация перегородки носа
3. Фурункул носа
4. **Инородные тела полости носа**

Чаще всего инородные тела носа встречаются в детском возрасте. Дети вводят себе в нос различные мелкие предметы — пуговицы, шарики, свернутые кусочки бумаги, ягодные косточки, семечки и др. Инородные тела могут попадать в нос через хоаны при рвоте и через наружную поверхность носа при травмах. Инородным телом полости носа может оказаться оставленная при операции или после тампонады часть марлевой турунды или ваты. Возможно образование инородного тела при излишне обильном и частом вдувании порошкообразных лекарственных препаратов в полость носа, где порошок смачивается, слипается в комок, а затем цементируется. Вследствие неправильного развития в носовой полости может оказаться зуб (резец или клык). В некоторых случаях инородное тело носа покрывается постепенно увеличивающимся слоем известковых и фосфорных солей кальция, образуя ринолит (носовой камень). Обычно инородные тела локализуются в нижнем и общем носовых ходах.

Клиническая картина. Постоянное раздражение и травмирование инородным телом вызывает хроническое гнойное воспаление слизистой оболочки носа; нередко наблюдается рост грануляций вокруг инородного тела. Такой процесс сопровождается выделением гноя, который временами становится кровянистым и зловонным.

Диагностика. Часто затруднена тем, что забыта причина заболевания, которое продолжается иногда не только недели, месяцы, но и годы. В таких случаях имеются все симптомы одностороннего хронического насморка. При риноскопии нередко не удается рассмотреть инородное тело, так как оно покрыто грануляциями, напоминающими опухоль. Во всех случаях сужения и закупорки носовых ходов необходимо производить анемизацию слизистой оболочки и прощупывание ее пуговчатым зондом. Рентгенография носа в прямой и Профильной проекциях может выявить контрастное инородное тело. Лечение. Удаление инородного тела, что в ряде случаев легКО осуществить высмаркиванием соответствующей половины носа. Однако чаше инородные тела плотно зажаты в носовых ходах и их необходимо удалять инструментами под местной аппликационной анестезией 5% раствором кокаина. При этом нужно иметь в виду, что округлые инородные тела следует извлекать крючком, так как прпытка удаления пинцетом такого инородного тела приводит к проталкиванию его в глубь носа; плоские и матерчатые предметы можно удалять пинцетом. Крупные ринолиты иногда не удается извлечь целиком. Их нужно раздробить в полости носа, а если это не удается, удаление следует произвести с помощью хирургического подхода через преддверие полости рта.

**2. Гематома, абсцесс, перфорация перегородки носа**

Причиной гематомы носовой перегородки, как правило, является травма носа, при которой происходит кровоизлияние между хрящевой или костной пластинкой перегородки, с одной стороны, и надхрящницей (надкостница) — с другой. В редких случаях возможно образование гематомы при инфекционных, особенно вирусных, заболеваниях. Чаще гематомы перегородки носа встречаются в среднем и старшем детском возрасте. Гематома может быть одно-или двусторонней. Обычно она локализуется в хрящевом отделе перегородки, но может распространяться и на задние отделы. При односторонней или незначительно выраженной двусторонней гематоме носовое дыхание может остаться относительно удовлетворительным, поэтому больной, особенно ребенок, часто не обращает на это внимания. В таких случаях гематома нагнаивается, переходя в абсцесс носовой перегородки. Болевые ощущения при гематоме и абсцессе носовой перегородки отсутствуют или незначительны, что объясняет часто позднее обращение таких больных к врачу.

При сформировавшемся абсцессе перегородки носа очень быстро (в течение нескольких дней) вовлекается в гнойный процесс четырехугольный хрящ перегородки. Возникший таким образом хон-дроперихондрит обычно ведет к дефектам и деформациям носовой перегородки и спинки носа. Опасность абсцесса перегородки носа состоит еще и в том, что, распространяясь кверху, абсцесс может дойти до крыши носа и вызвать внутричерепное осложнение.

Диагностика гематомы и абсцесса перегородки носа основывается на данных анамнеза и риноскопической картине. Ощупывание зондом и пункция определяют окончательный диагноз. При наличии в пунктате гноя целесообразно послать его на исследование микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. При наличии свежей гематомы (давность 1—2 сут.) лечение можно ограничить отсасыванием крови при пункциях и передней тампонадой соответствующей стороны носа. Абсцесс перегородки носа необходимо немедленно и достаточно широко вскрыть. Если процесс двусторонний, вскрытие также производят с обеих сторон, но не на симметричных участках перегородки; линии разрезов лучше направлять в разных плоскостях. После вскрытия в полость абсцесса ежедневно вводят турунду, смоченную гипертоническим раствором хлорида натрия, а после отторжения гнойных и некротических масс — полоску из перчаточной резины.

Перфорация перегородки носа происходит обычно в ее перед-ненижнем отделе, в области киссельбахова участка перегородки. Причинами перфорации могут быть предшествовавший абсцесс носовой перегородки, операция по ее выпрямлению, травма, атрофиче-ский процесс, третичный сифилис, туберкулезный процесс. Передний отдел перегородки мало защищен от влияния вредных факторов внешне^ среды, таких, как пыль, сухой, горячий и холодный воздух, травматизация (в том числе пальцами). Возникающий здесь ограниченный атрофический процесс — сухой передний ринит — особенно быстро прогрессирует при частом пребывании в условиях пыльных производств (цементные, химические, хромовые и др.). При этом в хрящевом отделе перегородки носа слизистая оболочка истончается, делается сухой, покрывается корочкой; здесь наступает изъязвление и прободение перегородки носа.

Лечение состоит в исключении вредных факторов, вызывающих атрофию и изъязвление слизистой оболочки носовой перегородки; применяют смягчающие и дезинфицирующие мази (окси-корт), а после, заживления язвы — систематическое орошение полости носа 1-2 раза в день изотоническим раствором хлорида натрия с добавлением на 200 мл раствора 4—5 капель 5% настойки йода. Хирургическое лечение применяется редко, поскольку перфорация перегородки нарушает дыхание через нос, а операция может привести к ее увеличению.

**3. Фурункул носа**

 — острое воспаление волосяной сумки или сальной железы. В этиологии его основное значение имеет местное снижение устойчивости кожи и всего организма к стафилококковой и стрептококковой инфекции. В этих условиях микрофлора, попадая в волосяные сумки и сальные железы кожи, чаще нижней трети носа и его преддверия (нередко вносится руками), вызывает острое, как правило, гнойное воспаление. Возникновению фурункула носа способствуют некоторые общие заболевания — диабет, нарушение общего обмена веществ, гиповитаминоз, а также переохлаждение организма. В детском возрасте фурункулы чаще бывают у ослабленных детей. Иногда фурункул носа как гнойное заболевание служит первым проявлением сахарного диабета. Нередко возникает несколько фурункулов не только в области носа, но и на других частях тела (фурункулез). Если два или больше фурункулов сливаются и образуется карбункул, местная и общая воспалительная реакция резко возрастает.

В патогенезе фурункула важно отметить, что в воспалительном инфильтрате, окружающем волосяную сумку, происходит тромбоз мелких венозных сосудов, поэтому увеличение инфильтрата (особенно при карбункуле) угрожает распространением тромбоза по венозным путям (v. facialis ant., v. angularis, v. ophthalmica) в область! sinus cavernosus или другие сосуды черепа и развитием тяжелого (воз можно летального) внутричерепного осложнения или сепсиса.

Клиническая картина. Постоянными симптомами фурункула носа являются резкая боль в области воспалительного очага] ограниченный, покрытый гиперемированной кожей конусовидный) инфильтрат, на верхушке которого обычно через 3—4 дня появляется! желтовато-белого цвета головка — гнойник. В течение 4—5 последующих дней происходит созревание гнойника и разрешение воспаления. Общая реакция организма в легких случаях течения фурункула отсутствует либо незначительна. Неблагоприятное местное течение фурункула, развитие карбункула, как правило, сопровождается —фебрильной температурой, повышением СОЭ, лейкоцитозом, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов.

Диагностика. Основывается на местной картине и течении заболевания. В дифференциальной диагностике необходимо учитывать возможность локализации в передних отделах перегородки но абсцесса или, в редких случаях, риносклеромы. У больных с тяжелым или затяжным течением фурункула носа, а также с фурункул, зом необходимо исследовать кровь и суточную мочу на сахар исключения диабета. В момент высокого подъема температуры н но исследовать кровь на стерильность с целью раннего выявлен сепсиса. Из гнойника берут мазок для определения микрофлоры ее чувствительности к антибиотикам. При тяжелом течении фурункула носа систематически исследуют неврологическую симптома^ ку, формулу крови, ее свертывающую систему, осматривают глазное дно, измеряют температуру через 3 часа и т. д.

Лечение. В легких случаях течения фурункула носа, когда местная реакция незначительна, а общее состояние остается нормальным, лечение проводится амбулаторно; как правило, оно консервативное. Назначаются антибактериальный препарат внутрь (эритромицин, тетрациклин, сульфаниламиды и др.), поливитамины, местно кварц и УВЧ, кожу вокруг фурункула обрабатывают борным спиртом. До периода созревания фурункула местно применяется ихтиоловая или бальзамическая мазь. Тактика лечения значительно меняется при появлении вокруг фурункула инфильтрата, распространяющегося на окружающие участки носа и лица, ухудшении общего состояния или появлении каких-то других отягощающих признаков. Учитывая возможность возникновения тяжелых осложнений, такого больного госпитализируют. Основой лечебной тактики в таких случаях является назначение больших доз антибиотиков: пенициллин по 1.00QOOO ЕД 6 раз в сутки, одновременно дается внутрь нистатин по 500000 ЕД 2-3 раза в сутки; может быть назначен тетраолеан внутривенно по 250000 ЕД 3 раза в день также с нистатином или другие антимикробные средства. После получения данных о чувствительности микрофлоры фурункула к антибиотику подбирают соответствующий препарат.

Противопоказано при выраженном вокруг фурункула (карбункула) инфильтрате назначать физиотерапию, так как ее местное согревающее и сосудорасширяющее действие может явиться причиной прогрессирования тромбоза и распространения тромбов по венозным путям в полость черепа. В тяжелых случаях (развитие сепсиса и др.) целесообразно применение внутривенно лазеротерапии.

Нередко образование обширных инфильтратов мягких тканей лица связано с развитием в глубине тканей в основании фурункула гнойного некроза при отсутствии хорошего дренажа. Глубокое залегание такого процесса может помешать быстрой диагностике, однако детальное исследование местных изменений и, в частности, ощупывание инфильтрата, зондирование через верхушку фурункула с учетом всех клинических данных позволяет распознать скопление гноя. В таких случаях показано вскрытие гнойника с удалением омертвевших тканей и налаживанием хорошего дренирования. Операция производится под наркозом (кратковременным) или под местной анестезией. При затяжном течении фурункула и фурункулезе хороший эффект дают аутогемотерапия и общеукрепляющее лечение.

1. **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**
2. Бабияк. В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А., Пащинин А.Н.

«Оториноларингология» 2014г.

1. Богомильский М.Р. Чистякова В.Р. « Детская оториноларингология», 2014г
2. Назарова Е.Н., Жилов Ю.Д. «Возрастная анатомия и физиология». Москва, Академия, 2008г.
3. Нейман Л.В., Богомильский М.Р. «Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи».
4. Клименко К.Э. «В лабиринтах уха, горла и носа», 2019г.