

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 <Брюховец Марины Сергеевны> по теме: < Заболевания носа, требующие хирургического вмешательства>.

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;	
2. Наличие орфографических ошибок;	
3. Соответствие текста реферата по его теме;	
4. Владение терминологией;	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	
6. Логичность доказательной базы;	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	
8. Круг использования известных научных источников;	
9. 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

Заболевания носа, требующие хирургического вмешательства.

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

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

Выполнила: ординатор 1 года обучения Брюховец М.С.

Красноярск, 2018

Содержание:

Искривление перегородки носа.....	4
Синехии и атрезии полости носа.....	6
Гематомы и абсцессы перегородки полости носа.....	6
Носовые кровотечения.....	8
Травмы носа.....	10
Список литературы.....	13

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА

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 (рис. 2.15).

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

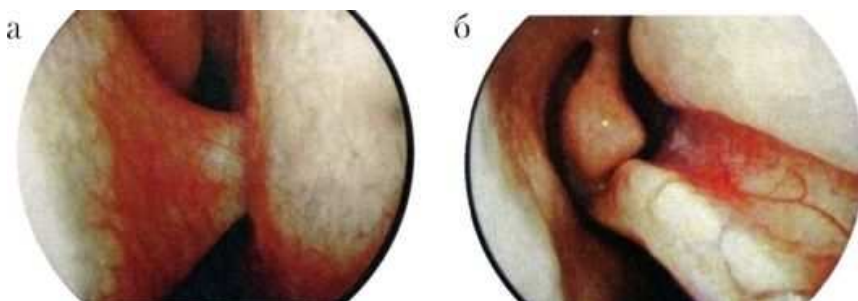


Рисунок 1. Искривление

перегородки носа (эндофотография):

а - шип перегородки носа, упирающийся в нижнюю носовую раковину;

б - гребень перегородки носа на всем ее протяжении

носа. Давление искривленных частей перегородки носа может приводить к развитию вазомоторного ринита с переходом процесса на слуховую трубу и среднее ухо, блокаде остиомеатального комплекса.

Диагностика. Деформации перегородки носа диагностируются без затруднений. Диагноз устанавливается на основании жалоб больного, данных анамнеза, риноскопической картины.

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 отсепаровывают 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 окончатými 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 вдеа 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 одноили 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.

Невыраженность 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, болезненность 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. Внутрь 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 какого-либо 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 ангиофиброма 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* (сопровожающие 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 основно-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 остаются в норме, затем они могут слегка понизиться или остаться без изменений. Многократные умеренные или даже незначительные кровотечения в течение длительного времени (недели) вызывают истощение гемопoэтической 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.

Для повышения свертываемости крови назначают внутрь или в инъекциях витамины К (викасол), С, Р, рутин, раствор аминокaproновой 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.

К переливанию крови необходимо относиться крайне осторожно в связи с возможностью осложнений и заражения больного тяжелыми инфекциями, такими как гепатит, ВИЧ и др.

Травмы носа

В зависимости от силы действия и особенностей ранящего предмета, его направленности и глубины проникновения травмы носа могут быть *открытыми* - с повреждением кожного покрова или *закрытыми* - без повреждения кожного покрова.

Закрытые травмы чаще всего встречаются в виде ушиба, кровоподтека в мягкие ткани, ссадины, однако при достаточно большой силе возникают переломы костей носа со смещением или без смещения, стенок околоносовых пазух, глазницы, скуловой кости, ячеек решетчатого лабиринта и др. Часто при травмах лица появляются кровоизлияние в камеры глаза (гифемы), смещение глазного яблока (энофтальм), сдавление глазодвигательных мышц (диплопия), сопровождающиеся понижением зрения, вплоть до его полной потери (амовроз).

Открытые переломы могут быть проникающими или непроникающими в полость носа, что определяют при ощупывании раны зондом. Наиболее частой причиной проникающих ранений является травма носа остроконечными предметами, при этом возникают повреждения слизистой оболочки с последующими носовыми кровотечениями, инфицированием полости носа и околоносовых пазух, образованием гематом перегородки

носа с последующим абсцедированием. Направление проникающего предмета к верхней стенке

полости носа может вызывать *повреждение решетчатой пластинки*, сопровождающееся назальной ликвореей.

Наиболее часто наблюдаются боковые смещения наружного носа, сопровождающиеся разъединением шва между носовыми костями и лобными отростками верхней челюсти или переломом носовых костей (рис. 2.35).

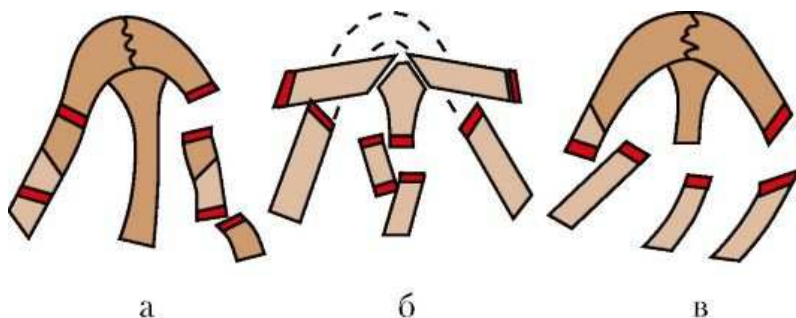


Рисунок 2 Переломы костей

носа. Различные формы переломов.

В клинической практике уместно использовать классификацию наружных деформаций носа, которую предложили А.Е. Кицера и А.А. Борисов (1993).

- Риносколиоз - боковое смещение носа.
- Ринокифоз - деформация носа с образованием горба.
- Ринологордоз - западение спинки носа (седловидный нос).
- Платириния - приплюснутый нос.
- Брахирия - чрезмерно широкий нос.
- Лепториния - чрезмерно узкий (тонкий) нос.
- Моллериния - мягкий, податливый (лишенный опоры) наружный нос.

Травмы в области проекции лобных пазух приводят к перелому ее передней стенки, что обуславливает косметический дефект, западение в этой области и может сопровождаться нарушением проходимости канала лобной пазухи. Задняя стенка лобной пазухи повреждается редко.

Повреждения решетчатой кости, как правило, сопровождаются разрывом выстилающей слизистой оболочки и появлением подкож-

ной эмфиземы на лице в виде припухлости и крепитации, которые могут распространяться на лоб и на шею. Повреждение передней решетчатой артерии может сопровождаться опасным кровотечением в ткани глазницы.

Переломы в области передней стенки верхнечелюстной пазухи могут проявляться западением и деформацией в этой области и сочетаться с повреждением глазничной стенки, глазного яблока, скуловой кости и решетчатого лабиринта.

Перелом клиновидной кости - по сути, это перелом основания черепа; встречается редко и может сопровождаться повреждением зрительного нерва и стенки внутренней сонной артерии со смертельным кровотечением или образованием посттравматической аневризмы, требующей вмешательства нейрохирурга.

Лечение. Тактика лечения зависит от характера и глубины травмы, тяжести общих и неврологических симптомов. При наличии ушибов и ранения мягких тканей, ссадин и др. без повреждения костных структур лицевого скелета производят первичную хирургическую обработку и останавливают кровотечение, при этом необходимо стремиться к максимальному сохранению тканей и удалять лишь нежизнеспособные. Благодаря обильному кровоснабжению лица заживление раны происходит хорошо. Первичный шов на лице можно накладывать в течение суток после травмы. При необходимости проводят переднюю петлевую, а иногда и заднюю тампонаду носа. Обязательно введение противостолбнячной сыворотки по схеме. Для уменьшения кровоизлияния и отека мягких тканей в первые 5-6 ч прикладывают лед на область травмы.

При наличии переломов со смещением костных отломков и внешних косметических дефектов основным методом лечения является репозиция (вправление) костей носа и стенок околоносовых пазух с последующей внутренней и реже внешней фиксацией отломков. Оптимальным методом считается репозиция в первые сутки, но ее можно проводить и до 3 нед после травмы. Если по данным анамнеза и объективного обследования диагностируется сотрясение головного мозга II-III степени (головная боль, тошнота, рвота, слабость, неврологические симптомы), вправление костей носа откладывают на более поздний срок (через 5-6 сут).

Отломки костей носа вправляют в положении больного сидя или лежа с использованием аппликационной анестезии (смазывание слизистой оболочки 10% р-ром лидокаина, 2% р-ром дикаина, 5%

или инфильтрационной анестезии инъекцией 1% р-ра новокаина (2% р-р лидокаина), 1-2 мл в область перелома.

Репозицию при боковом смещении наружного носа производят давлением большого пальца правой руки при искривлении влево и соответственно левой руки - при искривлении вправо. Это способ так называемой *пальцевой репозиции* (рис. 2.36 а). Сила давления пальцем может быть значительной. В момент смещения отломков в нормальное положение обычно слышен характерный хруст.

При вдавленных переломах костей носа для репозиции используют *носовые элеваторы*, по Ю.Н. Волкову. После адекватного обезболивания в полость носа вводят соответственно правый или левый носовой элеватор на заранее измеренную глубину и тракцией кпереди и кверху восстанавливают нормальное анатомическое положение спинки носа

Когда диагностировано одновременное смещение костных отломков кзади и в сторону, делают *пальцеинструментальное вправление*

тракцией кпереди соответствующим элеватором и одновременно большим пальцем руки вправляют боковое смещение. При отсутствии элеваторов вправление костей носа производят прямым пинцетом либо зажимом, концы которого обертывают марлей или надевают на них резиновую трубку.

После репозиции костей носа иногда необходима *фиксация костных отломков* посредством тампонады носа, показанием к которой является подвижность костных отломков, определяемой пальпаторно. При множественном переломе костей носа необходима более прочная и продолжительная фиксация, которая может быть обеспечена тампонадой турундой, пропитанной непосредственно перед введением в нос расплавленным парафином (температура плавления 50-54 °С). После аппликационной анестезии тампонируют верхние и средние отделы полости носа, парафин быстро застывает и хорошо фиксирует кости носа, при этом можно сохранить носовое дыхание через нижние отделы носа. Парафиновый тампон удаляют через 7 дней, однако он может находиться в носу до 12 сут, что важно для правильного сращения отломков.

Список литературы

1. Карпищенко С.А. «Оториноларингология»: учебник. ГЭОТАР-Медиа, 2018 год.
2. Пальчун В.Т. «Оториноларингология. Национальное руководство». ГЭОТАР-Медиа, 2016 год.
3. Ханс Бербом, Кашке О., Навка Т. Свифт Э. «Болезни уха, горла и носа»
4. Оториноларингология Национальное руководство
5. А.С.Лопатин, В.П. Гамов «Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения»