**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Реферат

на тему:

«**Неотложная патология полости носа и синусит**»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Носовое кровотечение
2. Травма носа
3. Синусит
4. Баросинусит

Литература

**1. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ**

Наиболее частой причиной носового кровотечения является спонтанная эрозия поверхностного слоя слизистой оболочки кровеносных сосудов, расположенных в области переднего конца носовой перегородки. Реже имеют место кровотечения из ветвей решетчатых или крылонебных артерий. Местные факторы, связанные с носовым кровотечением, включают изъязвления, обусловленные, например, передним сухим ринитом, перфорацией носовой перегородки, травмой носа, опухолью или врожденной геморрагической телеангиэктазией (болезнь Ослера— Рандю— Вебера).

Общее ведение пациента с тяжелым носовым кровотечением включает поддержание жизненно важных функций организма, проведение полного клинического анализа крови с определением количества тромбоцитов, протромбинового времени и частичного тромбопластинового времени, а также оценку свертываемости крови и длительности кровотечения. При обследовании пациент должен находиться в сидячем положении во избежание заглатывания и аспирации крови. Следует попросить пациента не сморкаться и не трогать нос. С помощью головного или носового рефлектора осматривают носовую перегородку, раковины и латеральные стенки с обеих сторон для определения места кровотечения. При определении точной локализации кровотечения допустимо применение местных вазоконстрикторов.

**Носовое кровотечение из передних отделов**

Обычно кровотечение происходит из сплетения Киссельбаха (передненижняя часть носовой перегородки). Активное кровотечение может быть временно остановлено сжатием крыльев носа в течение 4—5 минут. После его остановки кровоточащую точку можно прижечь раствором нитрата серебра или электрокаутером.

Если кровотечение невозможно остановить или его источник недоступен для прижигания, то полость носа анестезируют местным анестетиком, таким как 4 % лидокаин или 2 % кокаин, и тампонируют.

Обычная тампонада носа состоит в укладывании пропитанных вазелином марлевых тампонов, которые размещают слоями, начиная от основания или от верхней стенки носовой полости, до тех пор, пока вся полость не будет плотно заполнена. Во избежание смещения носовой перегородки в противоположную сторону (что ослабит тампонаду) тампонируется и другой носовой проход.

При использовании любого вида тампонады могут назначаться антибиотики широкого спектра действия (например, ампициллин) до тех пор, пока тампоны не будут удалены. Пациента с передней тампонадой носа можно лечить амбулаторно, если позволяют медицинские условия; при этом повторный осмотр производится через 24 часа.

**Носовое кровотечение из задних отделов**

Если источник кровотечения находится в носоглотке или заднем отделе полости носа, то может возникнуть необходимость в задней тампонаде. Задняя тампонада выполняется с использованием марлевых тампонов, катетера Фолея или назостата (баллонная тампонада).

Пациент с кровотечением задних отделов носа должен быть госпитализирован для дальнейшего лечения и оценки состояния. Обычно необходимо обеспечение дыхания увлажненным воздухом, а также назначение антибиотиков и анальгетиков.

**Задняя тампонада марлевыми тампонами**

Удовлетворительные марлевые тампоны могут быть получены путем скрепления кусочков марли размером 10 х 10 с тремя полосками плотного шовного материала. Тампонада выполняется в определенной последовательности.

Анестезия полости носа.

Аэрозольная обработка носоглотки 4 % лидокаином или 5 % кокаином.

Введение верхних концов двух красных резиновых катетеров (французские № 8 или № 10) через ноздри в ротоглотку.

Захват концов катетеров прямым зажимом и вытягивание их через рот. (Теперь верхушки катетеров выступают изо рта, а концы находятся в ноздрях.)

Подтягивание концов катетеров.

Прикрепление к концам катетеров заранее приготовленных тампонов. При одновременном подтягивании концов катетеров задние тампоны направляются в полость рта и затем в ротоглотку.

Затем осуществляется односторонняя или двусторонняя передняя тампонада полости носа.

**Тампонада с помощью катетера Фолея**

Введение катетера Фолея в носоглотку производится следующим образом:

Анестезия переднего отдела полости носа, как описано выше.

Катетер Фолея (французский, № 10—14 с объемом манжетки 20—30 мл) вводят на стороне кровотечения и продвигают по нижней стенке полости носа до тех пор, пока кончик катетера не покажется в носоглотке.

Попросите пациента или сестру умеренно подтянуть катетер, в то время как тампонируются оба носовых хода марлей, пропитанной вазелином.

Раздуйте баллон воздухом или солевым раствором до 20 мл, а затем подтяните его в носоглотку.

Оберните конец катетера одной или двумя марлевыми салфетками размером 10 х 10 см, чтобы закрыть переднее отверстие носа. Умеренно подтяните катетер, чтобы убедиться, что манжетка не ускользнула в ротоглотку.

Зафиксируйте катетер Фолея на месте наложением зажима Монтгомери или Гоффмана вокруг катетера и обертыванием марлевыми салфетками (10- 10 см). Избегайте чрезмерного натягивания катетера и давления на кожу носа.

**2. ТРАВМА НОСА**

**Перелом**

Кости носа составляют верхнюю треть носовой пирамиды, тогда как нижние две трети представлены хрящом. Спинка носа по средней линии имеет хрящевую перегородку, а латеральный свод поддерживается верхним и нижним латеральными хрящами. При тяжелой травме перегородка может сломаться или сместиться от места ее прикрепления к нижней стенке носовой полости.

При оценке травмы носа следует учитывать анамнестические данные о предшествующей деформации носа или оперативном вмешательстве (в прошлом).

Лобовая травма носа

При лобовой травме носа происходит смещение носовых костей книзу и внутрь. Лобно-носовые переломы могут сопровождаться повреждением слезного протока, раковины и лобных пазух, орбитальных краев и ситовидной пластинки.

Боковая травма носа

При боковой травме носовые кости смещаются внутрь на стороне приложения силы при наружном смешении противоположной кости носа, что приводит к деформации совмещения костных отломков или носовой кости и верхней челюсти.

Нераспознанные или нелеченые переломы носа у детей могут привести к серьезным нарушениям роста носа и изменению его контуров, что нередко просматривается. Наружные структуры носа у маленьких детей эластичны и более устойчивы к перелому, но смещение носовой перегородки наблюдается часто. В случае подозрения на перелом или смещение необходимо раннее лечение.

Отек, кровотечение и изменение цвета тканей затрудняют выявление переломов и разрывов внутриносовых структур. Для правильной оценки подобных повреждений необходимо тщательное удаление сгустков крови и обломков, а также использование сосудосуживающих средств для уменьшения объема слизистой оболочки.

Разрывы слизистой оболочки часто возникают в местах соединения хрящевых структур с костями носовой пирамиды. Ввиду наличия отека точное определение гематом и разрывов может быть особенно трудным, если пациент наблюдается через несколько часов после травмы. Перелом носа часто сопровождается отеком век, периорбитальными кровоподтеками и подконъюнктивальным кровоизлиянием. Подкожная эмфизема наблюдается редко. Подвижность отломков с крепитацией или болью может быть четким признаком травмы, но если отломки вколочены, то определение подвижности сломанной кости затруднено. Наиболее надежным методом оценки деформации носовых структур является пальпация контуров носа. Рентгенография подтверждает диагноз.

Ранняя репозиция переломов костей носа возможна в том случае, если отек не мешает точной оценке контуров носа. Репозиция при простых переломах выполняется после исчезновения отека. Лечение сложных переломов, а также переломов костей носа в сочетании с переломами других костей лицевого черепа может осуществляться (если позволяет состояние пациента) в течение 7—10 дней.

Осложнения включают появление гематомы перегородки, ринорею СМЖ и кровотечение. Кровоизлияние может иметь место в пространстве между перегородочным хрящом и перихондрием. Такие подперихондриальные гематомы имеют вид мягкого одностороннего или двустороннего отека носовой перегородки. Если не производится дренирование, то гематома может привести к асептическому некрозу перегородочного хряща или послужить предрасполагающим фактором формирования, абсцесса. Дренирование гематомы носовой перегородки проводится в срочном порядке отоларингологом.

Ринорея спинномозговой жидкости характеризуется появлением прозрачного отделяемого из носа. Ринорея обычно бывает односторонней и усиливается при наклоне пациента вперед или при надавливании на яремную вену. В случае подозрения на ринорею СМЖ проводится консультация с нейрохирургом; тампонады носа следует избегать (насколько это возможно).

Носовое кровотечение вследствие травмы может быть профузным, но, как правило, быстро останавливается. Кровотечение, которое не прекращается спонтанно, лучше всего купировать тампонадой носа.

**Инородные тела**

Инородные тела — наиболее частая причина односторонней носовой обструкции и ринореи у детей. Выделения из носа, обычно слизисто-гнойные, могут быть временно приостановлены назначением антибиотиков. Всегда существует опасность аспирации инородного тела в нижние отделы дыхательных путей.

Для безопасного удаления инородного тела необходимы достаточное освещение и соответствующие инструменты. Производятся отсасывание секрета из носовых ходов, обработка полости носа 1 %фенилэфрином (аэрозоль) и визуализация инородного тела. Неправильной формы инородные тела захватываются маленькими щипцами (типа "крокодил"), а круглые или гладкие инородные тела лучше всего извлекать небольшим крючковым инструментом, который проводится за заднюю поверхность удаляемого предмета. Не следует проталкивать инородное тело в глубь носоглотки ввиду опасности его аспирации. При удалении инородного тела у неконтактных или беспокойных пациентов может потребоваться общая анестезия.

**3. СИНУСИТ**

Острый параназальный синусит обычно провоцируется острой вирусной инфекцией дыхательных путей. Отек слизистой оболочки носа приводит к обструкции выводного отверстия околоносовой пазухи. Кислород в синусе всасывается, в нем создается относительное отрицательное давление и возникает боль. Такая патология носит название вакуумсинусита. Если вакуум сохраняется, то выпотной транссудат выходит из сосудов слизистой оболочки, заполняя пазуху. В нее могут попасть бактерии и вызвать гнойный синусит. Возбудителями острого синусита обычно являются грамположительные кокки, тогда как обострение хронического синусита провоцируется, как правило, анаэробными или грамотрицательными микроорганизмами.

Острый гайморит проявляется болью в области верхней челюсти и зубной болью, фронтит вызывает головную боль в лобной части головы, а этмоидит — боль в ретроорбитальной области и между глаз, а также фронтальную головную боль; боль, обусловленная сфеноидитом, менее четко локализована и может иррадиировать в лобную или затылочную область. Повышение температуры и озноб свидетельствуют о распространении инфекции за пределы синуса. При осмотре обнаруживаются желто-зеленые выделения, покраснение и отечность слизистой оболочки носа; могут отмечаться болезненность и отек над воспаленным синусом.

При рентгенографии обычно четко определяется затемнение околоносовых пазух вследствие отека слизистой оболочки или скопления гноя в синусе, хотя в некоторых случаях рентгенограммы синуса могут быть нормальными.

Лечение включает антибиотикотерапию, дренирование синуса и применение анальгетиков. Антибиотиком выбора при остром синусите является пенициллин, за которым следует эритромицин. При хроническом синусите более эффективными могут быть антибиотики широкого спектра действия, такие как ампициллин или цефалоспорин.

Дренирование может быть улучшено местным применением сосудосуживающего препарата, такого как 0,25 %фенилэфрин. Системные вазоконстрикторы, например гидрохлорид эфедрина, псевдоэфедрин или фенилпропаноламин, могут назначаться в сочетании с местными препаратами.

Осложнения гайморита обусловлены неконтролируемым распространением инфекции. Этмоидит часто осложняется орбитальным целлюлитом и абсцессом, особенно у детей. Признаками формирования абсцесса являются покраснение и отек века, птоз и смещение глазного яблока латерально и книзу. Орбитальный абсцесс и целлюлит представляют действительно неотложные состояния, требующие стационарного лечения, системного применения антибиотиков и дренирования (по показаниям).

Фронтит может вызвать остеомиелит задней пластинки лобной кости, что приводит к менингиту, эпидуральному абсцессу, субдуральной эмпиеме и абсцессу головного мозга; возможно также поражение передней пластинки с последующим образованием обширного абсцесса в лобной области. При отсутствии быстрого ответа фронтита на системное применение антибиотиков пациент должен госпитализироваться.

**4. БАРОСИНУСИТ**

Баросинусит возникает в том случае, когда имеется значительная разница между атмосферным давлением и давлением в полости параназального синуса. Воспалительные, аллергические или неопластические процессы могут способствовать возникновению обструкции воздушного потока, направленного в пазуху и из нее, поэтому газы внутри синуса медленно абсорбируются. Значительное дифференциальное давление приводит к появлению отека слизистой оболочки, внутрисинусному кровотечению или транссудации, что хорошо видно на рентгенограммах синуса. Снятие боли может быть исключительно быстрым. Если спонтанного дренирования пазухи не происходит, то показано местное применение сосудосуживающих препаратов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Военно-морская терапия. Учебник. Под ред. проф. Симоненко В.Б„ проф. Бойцова С.А., д.м.н. Емельяненко В.М. Изд-во Воентехпит., - М.: 1998. - 552 с.
2. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
3. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год