

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
Департамент здравоохранения города Москвы

«Московский врач»

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА
И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

Методические рекомендации

Москва 2019

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист Департамента
здравоохранения города Москвы
по оториноларингологии



Крюков А.И.
2018 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 14



2018 г.

«Московский врач»

**Лечебно-диагностические манипуляции при
заболеваниях полости носа
и околоносовых пазух**

Методические рекомендации № 104

Москва 2018

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы

Составители: Главный внештатный специалист оториноларинголог, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., проф. А.И. Крюков; главный детский оториноларинголог, д.м.н. А.Ю. Ивойлов, д.м.н., проф. Н.Л. Кунельская, д.м.н. Г.Ю. Царапкин, д.м.н. А.Б. Туровский, д.м.н. Е.В. Носуля, к.м.н. Р.Б. Хамзалиева, к.м.н. С.Г. Романенко, к.м.н. М.Е. Артемьев, к.м.н. А.С. Кучеров, к.м.н. Д.Л. Муратов, к.м.н. И.Г. Колбанова, к.м.н. А.С. Товмасян С.Г. Арзамазов, С.А. Панасов, А.В. Артемьева-Карелова, А.Е. Кишиневский, Е.В. Гарова, Е.В. Горовая, М.М. Мусаева, Т.А. Кочеткова.

Рецензенты:

д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Мирошниченко Н.А.

д.м.н., профессор, зам.главного врача по лечебной работе ГБУЗ "Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ" Лейзерман М.Г.

«Московский врач». Лечебно-диагностические манипуляции при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух./ Методические рекомендации. - Под редакцией А.И. Крюкова. - Москва. - 2018. – 26с.

Предназначение:

В данных методических рекомендациях в конспективной форме представлена информация по основным лечебным и диагностическим манипуляциям при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух. Для каждой манипуляции описан алгоритм проведения, описание и интерпретация получаемых данных в норме, возможные отклонения. Также рассматриваются правила оформления протокола манипуляции в медицинской документации. Методические рекомендации рассчитаны на врачей оториноларингологов, которые ставят перед собой задачу получить статус «Московский врач».

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

I. Осмотр и пальпация

Осмотр и пальпация наружного носа, стенок ОНП, точек выхода ветвей тройничного нерва и регионарных лимфоузлов	5
Передняя риноскопия	8

II. Эндоскопическое исследование

Проведение эндоскопического исследования полости носа.....	10
Проведение эндоскопического исследования верхнечелюстной пазухи через искусственное соусье в области нижнего носового хода.....	15
Проведение эндоскопического исследования верхнечелюстной пазухи через расширенное естественное соусье.....	17
Проведение эндоскопического исследования клиновидной пазухи через расширенное естественное соусье	18

III. Функциональные исследования

Определение обонятельной функции носа.....	19
Определение Индекса Маллампatti.....	20

IV. Лечебные и диагностические манипуляции

Проведение анемизации полости носа.....	21
Проведение высокой анемизации полости носа.....	21
Методика проведения передней тампонады полости носа марлевой турундой	22
Методика проведения задней тампонады полости носа.....	22
Методика проведения пункции верхнечелюстной пазухи.....	23
Список литературы.....	25

ВВЕДЕНИЕ

Исследование носа и ОНП является необходимым при любом осмотре врача-оториноларинголога. Использование дополнительных методов обследования и манипуляций может потребоваться для уточнения и верификации диагноза при наличии у пациента соответствующих жалоб. Каждому практикующему специалисту нужно не только технически правильно проводить осмотр и интерпретировать полученные данные, но правильно зафиксировать осмотр и выполненные манипуляции в медицинской документации.

Перед проведением осмотра и манипуляций врачу необходимо объяснить пациенту цели их проведения, объяснить последовательность действий и возможные осложнения, получить согласие на выполнение осмотра и манипуляций. Перед применением лекарственных средств врач должен задать вопрос о наличии или отсутствии у пациента аллергических реакций на лекарственные средства в анамнезе.

Далее мы рассмотрим основные диагностические и лечебные практические навыки, которые используются при заболеваниях носа и ОНП.

I. Осмотр и пальпация

Осмотр и пальпация наружного носа, стенок околоносовых пазух, точек выхода ветвей тройничного нерва и регионарных лимфоузлов

Осмотр и пальпация наружного носа

Осмотр и пальпация наружного носа позволяет судить о наличии деформаций и повреждений его костного и хрящевого скелета, о состоянии мягких тканей носа и окружающих областей.

При осмотре обращают внимание на конфигурацию наружного носа, целостность и окраску кожных покровов носа и прилежащих областей (шек, век, лба, губ и т.д.). Врач может зафиксировать следующие отклонения при осмотре:

- изменение формы носа (риносколиоз — смещение носа вбок; ринокифоз — деформация носа с образованием горба; ринолордоз — западение спинки носа);
- нарушение целостности и окраски кожных покровов носа и прилежащих областей (шек, век, лба, губ и т.д.) — наличие шрамов, рубцов, ран кожи наружного носа;
- изменение цвета кожного покрова: гиперемия, синюшность, признаки некроза кожи.

После осмотра врач проводит пальпацию наружного носа.

Описание методики: указательные пальцы обеих рук располагаются вдоль спинки носа, легкими массирующими движениями прощупывают области корня, скатов, спинки и кончика носа. При пальпации может выявляться болезненность кожных покровов, патологическая подвижность и крепитация костей наружного носа.

Заполнение медицинской документации: форма наружного носа изменена/не изменена. Изменена за счет: девиации спинки носа

вправо/влево, западение правого/левого ската носа, ринокифоз, ринолордоз. Также фиксируются найденные повреждения кожи, изменения цвета кожи, наличие болезненности при пальпации.

Пальпация передних стенок верхнечелюстных пазух

Пальпация передних стенок верхнечелюстных пазух позволяет судить о наличии либо отсутствии патологического процесса в гайморовых пазухах при комплексном обследовании ЛОР органов; позволяет производить дифференциальную диагностику поражения гайморовых пазух с невралгией тройничного нерва.

Описание методики: при пальпации передних стенок верхнечелюстных пазух большие пальцы обеих рук располагают в области клыковой ямки на передней поверхности верхнечелюстной кости и мягко надавливают. Отмечают наличие или отсутствие болезненности при надавливании.

Заполнение медицинской документации: пальпация проекции передних стенок верхнечелюстных пазух болезненна/безболезненна.

Пальпация передней и нижней стенок лобной пазухи.

Пальпация передней и нижней стенок лобной пазухи позволяет судить о наличии либо отсутствии патологического процесса в лобных пазухах при комплексном обследовании ЛОР органов; позволяет производить дифференциальную диагностику поражения лобных пазух с невралгией тройничного нерва.

Описание методики: большие пальцы обеих рук располагают на лбу над бровями и мягко надавливают, затем перемещают большие пальцы в область верхней стенки глазницы к ее внутреннему углу и снова надавливают.

Отмечают наличие или отсутствие болезненности при надавливании.

Заполнение медицинской документации: пальпация проекции передней и нижней стенок лобных пазух болезненна/безболезненна.

Пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва

Пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва позволяет судить о наличии либо отсутствии патологического процесса с вовлечением тройничного нерва при комплексном обследовании ЛОР органов; позволяет производить дифференциальную диагностику поражения околоносовых пазух с невралгией тройничного нерва.

Описание методики: Точку выхода первой ветви тройничного нерва (n. ophthalmicus) пальпируют в супраорбитальной вырезке, которую можно найти, проведя большим пальцем по надбровной дуге, пока он не наткнётся на вырезку, которая соответствует месту выхода лобного нерва (n. frontalis). II ветвь тройничного нерва пальпируется в средней точке собачьей ямки (fossa canina). Она соответствует месту выхода нижнеглазничного нерва (n. infraorbitalis). III ветвь – пальпируют в средней точке подбородочной ямки, соответствует месту выхода подбородочного нерва (n. mentalis) из нижнечелюстного канала на поверхность черепа. Все три точки располагаются приблизительно на одной линии (лицевая линия или линия Гиртля). В перечисленных точках определяется наличие болевых ощущений и степень болезненности. В норме пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва безболезненна.

Заполнение медицинской документации: пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва болезненна/безболезненна.

Пальпация регионарных лимфатических узлов носа и ОНП

Пальпация лимфатических лимфоузлов – основной физикальный метод их исследования. Изменения в регионарных лимфоузлах могут свидетельствовать о наличии активного воспалительного или онкологического процесса. При пальпации оценивают расположение и размер лимфоузлов, их консистенцию и подвижность, болезненность при пальпации, изменения кожных покровов в области лимфоузлов.

Описание методики: подчелюстные лимфатические узлы пальпируют при немного наклоненной вперед голове обследуемого легкими массирующими движениями кончиками фаланг пальцев в направлении от середины к краю нижней челюсти.

При пальпации регионарных глубоких шейных лимфатических углов голова больного немного наклонена вперед, справа правая рука врача лежит на темени обследуемого, а левой рукой он производит массирующие движения кончиками фаланг пальцев впереди переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При пальпации лимфатических узлов слева левую руку кладут на темя, а правой производят пальпацию.

В норме лимфатические узлы не пальпируются или не превышают в диаметре 5 мм. При патологии возможно увеличение лимфатических узлов, болезненность при пальпации, спаянность с окружающими тканями, изменение цвета кожи (покраснение) в области проекции лимфоузла.

Заполнение медицинской документации: Подчелюстные и глубокие шейные лимфоузлы не пальпируются/ увеличены, болезненны/ безболезненны при пальпации, не спяны/ спяны с окружающими тканями, кожа над ними не изменена/ гиперемирована. При обнаружении изменений указывается локализация и сторона измененных лимфоузлов.

Передняя риноскопия

Передняя риноскопия, в комплексе с другими методиками исследования ЛОР органов, позволяет выявить патологию полости носа, околоносовых пазух, носоглотки. Целью исследования является осмотр преддверия, передних и средних отделов полости носа. Передняя риноскопия входит в стандартный осмотр врачом-оториноларингологом. Осмотр проводят при затруднении носового дыхания, выделениях из полости носа наружу или стекании их в глотку, болях в области проекции околоносовых пазух,

патологии среднего уха, глотки; ощущении неприятного запаха в носу у больного, нарушении обоняния, ощущении инородного тела в полости носа и носоглотке, носовых кровотечениях, ощущении сухости в носу.

Описание методики: передняя риноскопия начинается с осмотра преддверия носа, для этого необходимо I пальцем правой руки приподнять его кончик. Затем поочередно производят переднюю риноскопию одной и другой половин носа. Клюв носорасширителя в сомкнутом виде вводят на 0,5см в преддверие правой половины полости носа больного. II и III пальцами левой руки нажимают на браншу носорасширителя и раскрывают правое преддверие носа так, чтобы кончик клюва носорасширителя не касался слизистой оболочки носа. При прямом положении головы осматривают и характеризуют правую половину носа: цвет слизистой оболочки, поверхность, расположение перегородки носа по отношению к срединной линии, размеры носовых раковин, проходимость общего носового хода. Затем осматривают левую половину полости носа. Для лучшей визуализации передних отделов нижнего носового хода и дна полости носа необходимо выполнить небольшой наклон головы обследуемого впереди. Для осмотра среднего носового хода голову отклоняют кзади и несколько в сторону осматриваемой половины носа, осматривают и характеризуют: цвет слизистой оболочки, поверхность, расположение перегородки носа по отношению к срединной линии, размеры носовых раковин, проходимость среднего носового хода. Затем осматривают левую половину полости носа.

В норме кожа преддверия носа имеет розовую окраску. Слизистая оболочка полости носа розовая, влажная. Перегородка носа не искривлена. Носовые раковины не увеличены. Отделяемое отсутствует.

При наличии патологии может изменяться цвет слизистой оболочки, носовые раковины могут становиться отечными, появляется слизистое или гнойное отделяемое, корки. Гнойные процессы в околоносовых пазухах

проявляются наличием отделяемого в области среднего носового хода или над средней носовой раковиной.

Заполнение медицинской документации: Описывается состояние преддверия носа, слизистой оболочки полости носа, наличие и характер отделяемого, величина носовых раковин, носовая перегородка.

II. Эндоскопическое исследование

Ринофарингоэндоскопию проводят с целью детального осмотра всех отделов полости носа и носоглотки при невозможности их осмотра при передней риноскопии. Выполнение данной манипуляции позволяет обнаружить маловыраженные симптомы воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, выявить следы слизистых и гнойных выделений, а также анатомические особенности строения носовых ходов и других отделов полости носа и носоглотки с патогенетическим значением для хронических заболеваний носа, околоносовых пазух и глотки. Показаниями для проведения процедуры являются хронические и рецидивирующие синуситы, головная боль, невралгия тройничного нерва (в частности, после радикальной операции на околоносовой пазухе), хронический ринит, искривление перегородки носа, рецидивирующее носовое кровотечение, слезотечение, хронический фарингит и ларингит, заболевания носоглотки, хронический средний отит, гипосмия и аносмия, риноликворея и диагностика новообразований.

1. Проведение эндоскопического исследования полости носа

Описание методики: после обработки рук гигиеническим раствором для безболезненного проведения процедуры необходимо предварительно провести местную аппликационную анестезию полости носа тампонадой носа ватными турундами, пропитанные 1,0 мл - 10% раствором лидокаина с добавлением 2-3 капель 0,1% раствора эpineфрина. Необходимо проверить работу эндоскопической стойки (камеры, монитора, осветителя,

жёсткого эндоскопа). Все элементы необходимые для проведения микроэндоскопического исследования полости носа плотно подсоединяются друг с другом и фиксируются в одной руке. Настроить баланс белого.

Исследование начинают с осмотра через оптическую систему с углом зрения 0°. Эндоскопическое исследование можно выполнять и гибким эндоскопом (фиброгастроскопия). Помимо эндоскопического оборудования, желательно, чтобы в наличии были элеватор по Фреру, ватодержатель, коленчатый пинцет, носовой зонд Хартманна и трубка для аспирации, а также биопсийные щипцы.

При проведении исследования пациент находится в положении сидя или лежа. Различают три основных этапа (шага) при эндоскопическом исследовании носа и носоглотки.

Первый этап

Эндоскоп с углом зрения 0° вводят в преддверие носа и оценивают состояние переднего носового клапана, который может быть сужен из-за искривления перегородки носа и/или гиперплазии внутренней поверхности латеральной ножки большого хряща крыла носа. Далее эндоскоп аккуратно продвигаем в глубь полости носа до хоан вдоль перегородки носа по дну полости носа, параллельно передней оси, так чтобы нижняя носовая раковина находилась над эндоскопом. При продвижении эндоскопа одновременно осматривают нижнюю носовую раковину, нижние отделы перегородки носа, отмечают цвет их слизистой оболочки, наличие и характер выделений на дне полости носа. Возможно выявить гиперплазию различных отделов нижней носовой раковины, обнаружить и оценить искривление или наличие шипов перегородки носа, особенно в заднем отделе носа, что невозможно увидеть при проведении передней риноскопии. Продвинув эндоскоп до уровня нижнего края хоан эндоскоп проводят в полость носоглотки и оценивают устья слуховых труб, трубных валиков и трубных миндалин, а также состояние глоточной

миндалины и слизистой оболочки всех отделов носоглотки. Движением эндоскопа назад выходят из области нижнего носового хода.

Второй этап

Для осмотра среднего носового хода необходимо изменить угол движения эндоскопа по отношению к дну полости носа. Этот угол составляет $30\text{--}40^{\circ}$. Движение эндоскопа осуществляется от преддверия носа к средней носовой раковине. При этом оценивают соотношение бугра и переднего конца средней носовой раковины. Бугор может прикрывать передний конец средней носовой раковины. Оценивают форму переднего конца средней носовой раковины, который может быть представлен парадоксальным изгибом, конхабуллезно изменен, гипертрофирован и т.д. Осматривают элементы остеомеatalного комплекса.

Для визуализации латеральной стенки полости носа элеватором по Фреру осторожно оттесняют среднюю носовую раковину медиально, не переламывая ее, и вводят в средний носовой ход эндоскоп с углом зрения 30° . В зависимости от анатомических особенностей и характера патологии можно идентифицировать крючковидный отросток решетчатой кости, полуулунную щель, решетчатый пузырь, а также щели за и над ним. Кпереди и кверху открывается вид в область апертуры лобной пазухи (лобная бухта), которая из-за многообразия возможных вариантов нередко имеет очень сложное анатомическое строение. Естественное отверстие при сохраненном крючковидном отростке, как правило, скрыто на дне решетчатой воронки и недоступно осмотру. Осматривается передняя и задняя фонтанеллы, где нередко можно визуализировать добавочное отверстие.

Третий этап

Для осмотра верхнего носового хода необходимо изменить угол движения эндоскопа по отношению к дну полости носа. Этот угол составляет $45\text{--}50^{\circ}$. Движение эндоскопа осуществляется от преддверия носа вдоль перегородки носа к средней носовой раковине. Для визуализации сфеноэтмоидального кармана элеватором по Фреру осторожно оттесняют среднюю носовую раковину латерально, не переламывая ее, и вводят в верхний носовой ход эндоскоп с углом зрения 0° . При этом оценивают медиальную поверхность средней носовой раковины, проходимость верхнего носового хода и состояние сфеноэтмоидального кармана.

Интерпретация

Существуют многочисленные анатомические варианты строения латеральной стенки полости носа и остеомеatalного комплекса, которые осложняют структуру этих образований. Однако само по себе наличие анатомического варианта не является прямым показанием для проведения хирургического лечения. Такие варианты (особенно когда они встречаются в комбинации и во множественном числе) значительно стенозируют узкие щели остиомеatalного комплекса и могут приводить к соприкосновению противоположных поверхностей слизистой оболочки, поэтому их следует рассматривать как факторы, предрасполагающие к слабому и частому проявлению или персистированию острых и хронических воспалений.

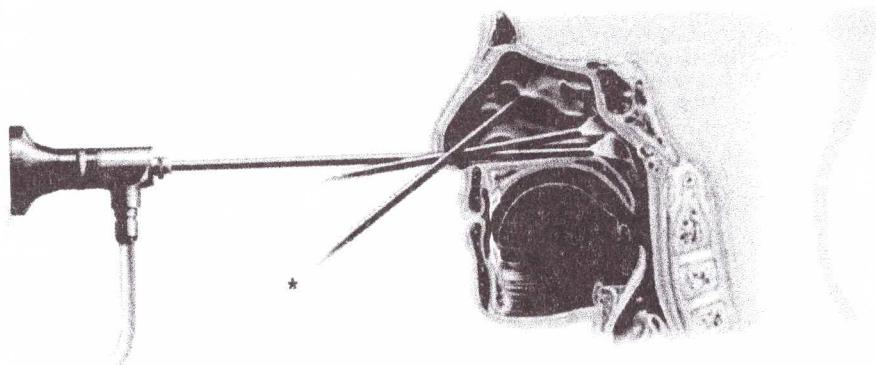
Отличить анатомический вариант, являющийся случайным состоянием, от варианта, являющегося причиной синусита в конкретном случае, может быть очень трудно. Наиболее распространённые и известные анатомические варианты относятся к форме крючковидного отростка решетчатой кости. Он может быть настолько наклонен в медиальном направлении и касаться средней носовой раковины, что будет в виде

фронтальной пластиинки загораживать путь в средний носовой ход, или может быть настолько изогнут в медиальном направлении и вперед, что будет выступать в виде второй средней раковины из среднего носового хода. Это состояние описывают термином «удвоенная средняя носовая раковина». Перфорация в крючковидном отростке может произойти от воспалительных процессов, протекающих за отростком, т.е. в решетчатой воронке. Все патологические изменения слизистой оболочки медиальной поверхности крючковидного отростка могут свидетельствовать о локализации изменений глубже в среднем носовом ходе и должны быть тщательно исследованы. Соприкосновение крючковидного отростка со средней носовой раковиной, а также с решетчатым пузырьком часто вызывает полипозное разрастание слизистой оболочки.

Утолщение переднего конца средней носовой раковины может свидетельствовать о выраженной ее пневматизации (*concha bullosa*). Она бывает настолько выраженной, что может вдавливаться в латеральную стенку полости носа или касаться перегородки носа и тем самым значительно препятствовать носовому дыханию. Внутри буллезной раковины могут наблюдаться патологические изменения слизистой оболочки, отек, мукопицеле, микоз и другие поражения. Кроме того, средняя носовая раковина может быть парадоксально изогнутой – в этом случае она обращена выпуклой поверхностью в латеральную сторону, что приводит к выраженному сужению входа в средний носовой ход. Решетчатый пузирек в случае крайне большого размера может обуславливать выраженное сужение полуунной расщелины спереди. Ячейки носового валика (клетки *agger nasi* – самая передняя часть решетчатой кости) возникают в результате его пневматизации со стороны любой бухты. Уже одна большая клетка *agger nasi* может значительно сузить любую бухту, тем самым предрасполагая к рецидивирующему фронтиту. Клетки Галлера растут в глазницу в области решетчатой воронки, которая вследствие этого значительно суживается сверху и

сзади. Вплоть до полного закрытия. Эти ячейки часто служат причиной рецидивирующих, обычно резистентных к лечению, заболеваний верхнечелюстных пазух.

Заполнение медицинской документации: Описывается перегородка носа, состояние слизистой оболочки полости носа (розовая, гиперемированная, эррозированная и т.п.), нижняя носовая раковина (увеличенена/не увеличены, увеличен задний конец нижней носовой раковины), структуры остиомеатального комплекса: решетчатой буллы и состояние крючковидного отростка, структуры носоглотки: свод носоглотки свободен/наличие аденоидной ткани, устья слуховых труб контурируются (прикрыты аденоидной тканью), наличие и характер отделяемого, в верхнем носовом ходе состояние слизистой оболочки и наличие отделяемого и дополнительных структур, структуры сфеноидального кармана: визуализируется /не визуализируется соусьье клиновидной пазухи, наличие отделяемого в этой области, верхняя носовая раковина (увеличенена/не увеличены).



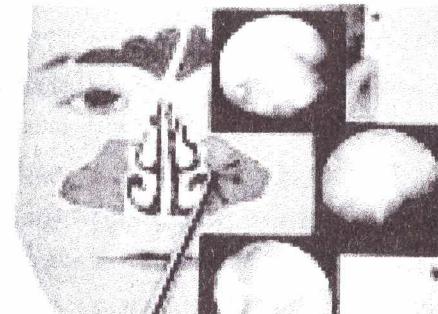
2. Проведение эндоскопического исследования верхнечелюстной пазухи через искусственное соустье в области нижнего носового хода

Данная методика позволяет оценить вид и степень патологического изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи после проведенного хирургического лечения. В ходе исследования можно также распознать наличие и характер отделяемого в пазухе, состояние естественного и искусственного соустий. Метод используется для послеоперационного контроля и дифференциального диагноза в случае возобновления жалоб после санирующих операций на гайморовой пазухе.

Описание методики: После предварительной аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина и 0,1% раствора эpineфрина на ватных турундах (экспозиция 5 минут) эндоскоп 0° вводят через искусственное соустье в области нижнего носового хода в верхнечелюстную пазуху, осматривается ее задняя стенка. Для осмотра остальных отделов пазухи через искусственное соустье вводится эндоскоп 70°. Войдя в верхнечелюстную пазуху, производят детальный осмотр всех ее отделов путем ротации эндоскопа в направлении необходимого отдела верхнечелюстной пазухи.

В норме слизистая оболочка пазухи тонкая, ровная, бледно-розового цвета, отделяемое отсутствует. Соустья свободны. При воспалительном процессе, как правило, наблюдается гиперплазия или полипозное разрастание слизистой оболочки, которая может блокировать соустья. Могут определяться слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, казеозные или грибковые массы, инородные тела.

Заполнение медицинской документации: при осмотре эндоскопом 0° визуализируется задняя стенка верхнечелюстной пазухи, отмечается состояние слизистой оболочки, наличие дополнительных образований. Эндоскопом 70° осматриваются остальные отделы верхнечелюстной пазухи через искусственное соустье: отмечается состояние слизистой оболочки, наличие дополнительных образований, отделяемого.



3. Проведение микрэндоскопического исследования верхнечелюстной пазухи через расширенное естественное соустье

Данная методика позволяет оценить вид и степень патологического изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи после проведенного хирургического лечения. В ходе исследования можно также распознать наличие и характер отделяемого в пазухе, состояние соустья гайморовой пазухи. Метод используется для послеоперационного контроля и дифференциального диагноза в случае возобновления жалоб после эндоназальных операций на гайморовой пазухе.

Описание методики: После предварительной аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина и 0,1% раствора эpineфрина на ватных турундах (экспозиция 5 минут) распатором Фреера производят смещение средней носовой раковины в медиальном направлении под контролем эндоскопа 0°. Затем вводят в средний носовой ход эндоскоп 70° в направлении риноантростомы. Войдя в верхнечелюстную пазуху, производят детальный осмотр всех ее отделов путем ротации эндоскопа в направлении необходимого отдела верхнечелюстной пазухи.

В норме слизистая оболочка пазухи тонкая, ровная, бледно-розового цвета, отделяемое отсутствует. Соустье свободно. При воспалительном процессе, как правило, наблюдается гиперплазия или полипозное разрастание слизистой оболочки, которая может блокировать соустье.

Могут определяться слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, казеозные или грибковые массы, инородные тела.

Заполнение медицинской документации: при осмотре эндоскопом 0° визуализируется задняя стенка верхнечелюстной пазухи, отмечается состояние слизистой оболочки, наличие дополнительных образований. Эндоскопом 70° осматриваются остальные отделы верхнечелюстной пазухи: отмечается состояние слизистой оболочки, наличие дополнительных образований.

4. Проведение эндоскопического исследования клиновидной пазухи через расширенное естественное соусьье

Данная методика позволяет оценить вид и степень патологического изменения слизистой оболочки клиновидной пазухи после проведенного хирургического лечения. В ходе исследования можно также распознать наличие и характер отделяемого в пазухе, состояние соусья клиновидной пазухи. Метод используется для послеоперационного контроля и дифференциального диагноза в случае возобновления жалоб после эндоназальных операций на клиновидной пазухе.

Описание методики: После предварительной аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина и 0,1% раствора эpineфрина на ватных турундах (экспозиция 5 минут) распатором Фреера производят смещение средней носовой раковины в латеральном направлении под контролем эндоскопа 0°. Затем эндоскоп продвигается по направлению к верхнему краю хоаны, выше которого будет визуализироваться расширенное соусье клиновидной пазухи. Эндоскоп вводится в пазуху и осматриваются ее стенки. При необходимости осмотр может быть дополнен сменой эндоскопа на 30° или 70°.

В норме слизистая оболочка пазухи тонкая, ровная, бледно-розового цвета, отделяемое отсутствует. Соусье широкое, свободное. При

воспалительном процессе, как правило, наблюдается гиперплазия или полипозное разрастание слизистой оболочки, которая может блокировать соусья. Могут определяться слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, казеозные или грибковые массы.

Заполнение медицинской документации: Описывается состояние слизистой оболочки клиновидной пазухи, наличие и характер отделяемого.

III. Функциональные исследования

1. Определение обонятельной функции носа

Определение обонятельной функции носа позволяет судить о качественном или количественном нарушении обонятельного анализатора. Оно проводится при жалобах пациента на снижение обоняния (гипосмия) или изменение обонятельной чувствительности (какосмия), а также при профессиональном отборе, медицинской экспертизе и т.д. Нарушения обонятельной функции могут быть признаками патологического процесса в передней черепной ямке, полости носа и околоносовых пазухах.

Описание методики: исследование проводят поочередно для каждой половины носа с помощью пахучих веществ из ольфактометрического набора или ольфактометра. Для определения обонятельной функции носа справа II пальцем правой руки прижимают левое крыло носа к перегородке носа, а левой рукой берут флакон с пахучим веществом и подносят к правому преддверию носа на расстоянии не ближе 1 см. Пациента просят сделать короткий вдох правой половиной носа, флакон убирают и исследуемый оценивает запах и дает его характеристику. Обоняние через левую половину носа определяют аналогично, только правое крыло носа прижимают II пальцем левой руки, а пахучее вещество подносят правой рукой к левой половине носа.

Пациент может чувствовать или не чувствовать наличие запаха, узнавать его или не узнавать (определять неверно).

Интерпретация: на основании способности обонятельного анализатора воспринимать различные запахи выделяют 4 степени гипосмии:

- 0,5% раствор уксусной кислоты – слабый запах (I степень);
- чистый винный спирт – средний запах (II степень);
- настойка валерианы – сильный запах (III степень);
- нашатырный спирт – очень сильный запах (IV степень).

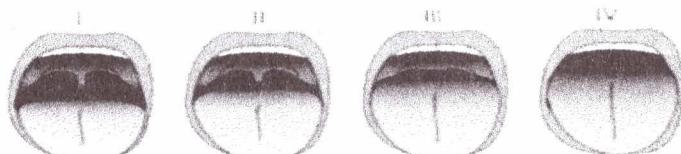
Заполнение медицинской документации: в документации отображается степень гипосмии (I, II, III, IV).

2. Определение Индекса Маллампatti

Задача врача при определении индекса Маллампatti — сопоставить анатомические особенности ротоглотки пациентов и вероятность трудной интубации. Характеризует один из уровней обструкции верхних дыхательных путей. Высокие значения индекса являются предрасполагающими для появления храпа и синдрома обструктивного апноэ во сне.

Описание методики осмотра: Рот пациента открыт, но не находится в состоянии напряжения. Врач осматривает соотношение анатомических объектов: спинка языка и мягкого неба.

Классификация верхних дыхательных путей по Mallampati:



Класс I. Визуализируется мягкое небо, зев, миндалины и язычок

Класс II. Визуализируется мягкое небо, зев и язычок

Класс III. Визуализируется мягкое небо и основание язычка

Класс IV. Визуализируется только твердое небо

Заполнение медицинской документации: указывают Индекс Маллампatti 1,2,3 или 4.

IV. Лечебные и диагностические манипуляции

1. Проведение анемизации полости носа.

Данная методика позволяет более детально осмотреть полость носа при проведении передней риноскопии либо эндоскопического исследования в связи с уменьшением в размере носовых раковин и увеличением обзора носовых ходов. Помимо улучшения обзора анемизация нижних носовых раковин помогает в дифференциальной диагностике гипертрофического и вазомоторного ринита.

Описание методики: На носовой зонд навивается вата, которая смачивается 0,1% раствором эpineфрина. В дальнейшем ватником обрабатывается слизистая оболочка полости носа (нижние, средние носовые раковины, общий носовой ход, нижний и средний носовые ходы)

Заполнение медицинской документации: Произведена анемизация полости носа 0,1% раствором эpineфрина.

2. Проведение высокой анемизации полости носа.

Данная методика позволяет уменьшить отек слизистой оболочки остиоимеatalьного комплекса, в связи с чем улучшается дренаж из гайморовых, лобных пазух и передней группы клеток решетчатого лабиринта.

Описание методики: Марлевую турунду, смоченную 0,1% раствором эpineфрина устанавливают в средний носовой ход. Время экспозиции 3 – 5 минут, после чего турунду удаляют из носа.

Заполнение медицинской документации: Произведена высокая анемизация полости носа 0,1% раствором эпинефрина.

3. Проведение передней и задней тампонады полости носа

Передняя тампонада полости носа

Данная методика позволяет произвести остановку носового кровотечения при неэффективности бестампонных способов купирования кровотечения. Передняя тампонада полости носа может быть выполнена с использованием различных типов тампонов: марлевая турунда, эластический тампон, гемостатическая губка, полимерные тампоны, наливные силиконовые гидротампоны и др. Марлевая турунда остается наиболее доступным материалом для тампонады.

Описание методики: Марлевую турунду, пропитанную противомикробной мазью, захватывают штыкообразным пинцетом, отступив 8-10 см от ее конца, и вводят вдоль дна полости носа до хоан. Следующий захват турунды производят, отступив 8-10 см от предыдущего, и поэтапно укладывают петли турунды параллельно дну полости носа до верхних отделов носовой полости и купирования кровотечения.

Заполнение медицинской документации: Произведена передняя тампонада полости носа, носовое кровотечение купировано, задняя стенка глотки чистая.

Задняя тампонада полости носа

Данная методика позволяет произвести остановку носового кровотечения из задних отделов полости носа и носоглотки при неэффективности передней тампонады полости носа и бестампонных способов купирования кровотечения. Как правило, для проведения задней тампонады используется марлевый тампон, однако существуют также раздувные и

наливные силиконовые тампоны, разработанные специально для этой цели.

Описание методики: После аппликационной анестезии 2 мл 10% раствора лидокаина через кровоточащую половину носа в носоглотку проводят тонкую резиновую трубку-проводник, которую выводят пинцетом через рот. К концу проводника привязывают две нити заднего тамpona. Вытягивая проводник через нос, подводят тампон к мягкому небу. После этого врач, стоя справа от больного, заводит задний тампон указательным пальцем за мягкое небо, плотно прижимая его к хоане. Натягивая нити тамpona, производят переднюю тампонаду полости носа, после чего концы нити плотно завязывают на марлевом валике. Третий конец нити фиксируют к коже щеки лейкопластирем без натяжения во избежание прорезывания мягкого неба.

Заполнение медицинской документации: Произведена задняя тампонада полости носа, носовое кровотечение купировано, задняя стенка глотки чистая.

4. Проведение пункции верхнечелюстной пазухи

Пункция верхнечелюстной пазухи имеет лечебное и диагностическое значение. Диагностическая цель – уточнение формы заболевания, возможность проведения рентгенконтрастных, бактериологических, цитологических методов исследования пазухи, определение проходимости соусьья верхнечелюстной пазухи. Лечебная цель – элиминация патологического содержимого из пазухи, введение в просвет пазухи лекарственного вещества. В норме соусьье верхнечелюстной пазухи свободно, промывная жидкость чистая.

Описание методики: Проводится анемизация слизистой оболочки раствором адреналина 0,1% - 0,05мл. Аппликационная анестезия производится посредством установки носового зонда с ватником, смоченным 1,0мл 10% раствором лидокаина, под купол нижней носовой

раковины. Прокол производится иглой Куликовского, отступя 2 – 2,5 см от переднего конца нижней носовой раковины, медиальной стенки верхнечелюстной пазухи в области нижнего носового хода. Убедиться в том, что игла находится в пазухе, можно, присоединив к ней шприц и произведя аспирацию содержимого или воздуха. Затем пазуха промывается теплым физиологическим раствором или антисептиком. Возможно введение в пазуху различных лекарственных средств.

Заполнение медицинской документации: Под местной аппликационной анестезией произведена пункция правой/левой верхнечелюстной пазухи, пазуха промыта физиологическим раствором в объеме 200 мл. \ Получено (не получено) отделяемое, его характер и количество. Соусье свободно проходимо/не проходимо. В пазуху введен лекарственный препарат (название, объем препарата, количество препарата)

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А., Учебник по оториноларингологии М, ГЭОТАР-Медиа, 2011г.
2. Национальное руководство. Оториноларингология, М., Гэотар-Медиа, 2016г.
3. Булл Т.Р. Атлас ЛОР-заболеваний М, Гэотар, 2011.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия., М., 2003г.
5. М. Виганд, Х. Иро. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа., М., 2010г.