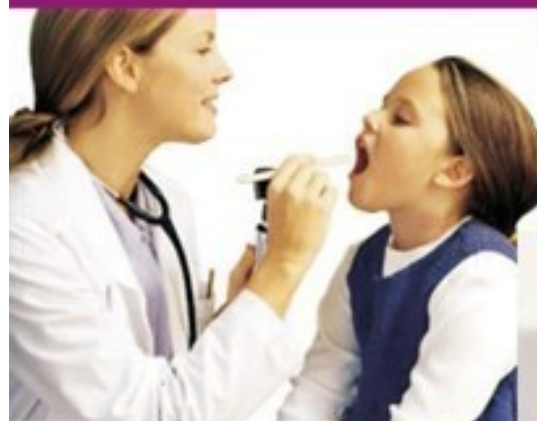


СОВЕТЫ ЛОР-ВРАЧА

В.А. ПЕТРЯКОВ



**Заболевания
уха, горла
и носа**

Владимир Петряков

Советы лор-врача.

Заболевания уха, горла и носа

«Высшая школа»

2011

УДК 616.21-084(076.3)
ББК 56.8

Петряков В. А.

Советы лор-врача. Заболевания уха, горла и носа /
В. А. Петряков — «Вышэйшая школа», 2011

ISBN 978-985-06-2367-6

Изложены анатомические и физиологические особенности уха, горла и носа. Приведены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы лор-врачу. Даны рекомендации, помогающие избежать распространенных заболеваний уха, горла и носа. Автор книги – кандидат медицинских наук, доцент кафедры болезней уха, горла, носа Белорусского государственного медицинского университета, председатель Минского научно-практического общества врачей оториноларингологов. Первое издание вышло в 2011 г. Для широкого круга читателей.

УДК 616.21-084(076.3)
ББК 56.8

ISBN 978-985-06-2367-6

© Петряков В. А., 2011
© Вышэйшая школа, 2011

Содержание

От автора	6
Заболевания носа	7
Анатомо-физиологические особенности строения носа и околоносовых пазух	7
Как устроена носовая полость?	7
Разве нос у людей может двигаться?	7
Что значит кривая перегородка носа? От чего она искривляется?	8
Как устроена носовая полость? Что такое носовые раковины?	8
Что такое околоносовые (придаточные) пазухи? Правда ли, что в носу есть целый ряд отверстий и ходов?	10
В чем заключаются физиологические функции носа?	12
Почему важно дышать носом? Почему при насморке изменяется голос?	
Болезни наружного носа	15
Что делать, если у новорожденного ребенка выявлен порок развития носа?	15
Что делать в случаях, когда ребенок часто засовывает в нос мелкие предметы?	15
Дети во время игр часто получают различные травмы, в том числе и носа. Как узнать, нет ли перелома? Как поступать в этих случаях?	16
Довольно часто на верхней губе и в носу появляется фурункул. Отчего это происходит? Что надо делать?	17
Заболевания носовой полости	18
С чем могут быть связаны частые носовые кровотечения?	18
Конец ознакомительного фрагмента.	19

Владимир Анатольевич Петряков

Советы лор-врача.

Заболевания уха, горла и носа

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.

© Петряков В.А., 2011

© Петряков В.А., 2014, с изменениями

© Оформление. УП «Издательство “Вышэйшая школа”», 2014

От автора

С самого первого дня рождения ребенка и до глубокой старости человека все его родственники, друзья и знакомые желают ему крепкого здоровья, долгих лет жизни и благополучия. Однако как сохранить здоровье? К сожалению, это знают далеко не все.

Работая 45 лет врачом, я обратил внимание на то, что во время консультации больных мне большую часть времени приходится уделять объяснению причин и механизмов возникновения патологического процесса, методов его профилактики, а не вопросам лечения заболевания. В основном люди мало знают анатомию и физиологию человека, строение лор-органов. А ведь элементарные знания вопросов анатомо-физиологического развития организма, гигиены, здорового образа жизни, питания и физической культуры они должны получать в семье, детском саду, школе.

Вспоминается притча о мудреце, который в ответ на вопрос молодой матери о том, когда начинать сохранять здоровье ее новорожденного ребенка, ответил: «Вы опоздали ровно на 9 месяцев». И в этом кроется глубокий смысл. Ведь многие заболевания формируются у человека еще во внутриутробном периоде. Я бы даже сказал больше: об этом надо думать еще до зачатия ребенка. Ведь многие пороки развития человек получает генетически, по наследству. Да и свой облик, телосложение, лицо мы формируем не сами. Мы это получаем в наследство. Почему люди, мечтающие о здоровом и красивом потомстве, не задумываются о том, кого они выбирают в спутники своей жизни?

Однажды во время беседы с коллегой-педиатром я обратил внимание на произнесенную им фразу: «Этот ребенок, как и все дети, несколько раз болел отитом». Меня это удивило, и я переспросил доктора, действительно ли он считает, что дети обязательно должны в своей жизни переболеть отитами, на что получил положительный ответ. Я постарался переубедить врача педиатра в ошибочности его взглядов. Однако с тех пор мне неоднократно приходилось слышать подобные высказывания и от врачей, и от больных. Являясь на протяжении многих лет медицинским консультантом популярной газеты «Ваше здоровье», я на ее страницах часто отвечал на различные вопросы читателей, так или иначе связанные с заболеваниями уха, горла и носа.

В предлагаемой книге в виде вопросов и ответов рассматриваются основные проблемы, связанные с причинами возникновения и путями развития патологического процесса в лор-органах, профилактикой заболеваний уха, горла и носа. Хочется выразить надежду, что, прочитав ее, вы станете более компетентны в вопросах оториноларингологической патологии, а следовательно, лучше сможете сохранить свое здоровье. А быть здоровым – это не просто здорово, это сейчас модно. Буду благодарен читателям за возможные отзывы и предложения.

Автор

Заболевания носа

Анатомо-физиологические особенности строения носа и околоносовых пазух

Как устроена носовая полость?

Анатомически нос подразделяется на наружный нос, выступающий на лице человека, носовую полость, расположенную в полости черепа, и околоносовые или придаточные пазухи носа, окружающие нос.

Наружный нос (рис. 1) состоит из костно-хрящевого скелета и сверху покрыт кожей. Костный скелет формирует в основном переносицу, или корень носа, и наружные границы носового (грушевидного) отверстия на лицевой поверхности черепа человека.

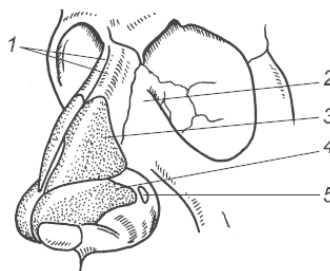


Рис. 1. Скелет наружного носа: 1 — ноздревые парные кости; 2 — лобный отросток верхней челюсти; 3 — треугольный хрящ; 4 — большой крыловидный хрящ; 5 — малый крыловидный хрящ

Хрящевое продолжение скелета наружного носа формирует подвижную часть носа в виде его спинки, передних отделов носовой перегородки боковых поверхностей, переходящих в своей передненижней поверхности в кончик и крылья носа. Снизу в передней части наружного носа имеется два входных округлых отверстия в носовую полость, называемые ноздрями. Эти отверстия разделяются кожно-хрящевой складкой-уздечкой, которая, переходя в фиброзную (соединительную) пластинку, дальше соединяется с перегородкой носа. Сзади полость носа сообщается с носоглоткой через два отверстия (хоаны).

Разве нос у людей может двигаться?

Действительно, многие люди, а также студенты медицинских вузов удивляются, когда врач предлагает им подвигать носом (вправо – влево), и начинают делать это с помощью руки. Нос у нас, конечно, отличается от хобота и не может совершать движения, как хобот у слона, но, тем не менее, наш нос – образование подвижное. Несмотря на то что он самостоятельных мышц не имеет, некоторые движения в стороны, расширение крыльев носа и приподнятие кончика носа мы себе можем позволить за счет мимической мускулатуры лица. В частности, в этом процессе участвует круговая мышца рта, обеспечивающая движения губ. Именно поэтому при движениях кончика носа у нас двигаются и губы.

Что значит кривая перегородка носа? От чего она искривляется?

Полость носа разделяется носовой перегородкой на две примерно равные половины. В большинстве случаев она не бывает идеально ровной и может иметь участки изгибов, впадин и выступов (гребней, шипов) (рис. 2, 3), что называют искривлением или деформацией. Врачи на это обращают внимание, так как такие искривления могут препятствовать нормальному носовому дыханию. Образуются искривления носовой перегородки по двум причинам: в результате перенесенных в прошлом травм и переломов (зачастую незамеченных или забытых); в результате неравномерного роста лицевого скелета, когда хрящевые отделы носа (растущие более бурно и быстро) не помещаются внутри костного остова черепа (растущего более медленно) и делают изгибы.

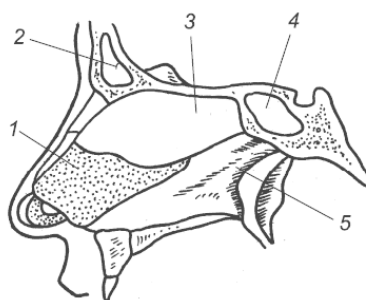


Рис. 2. Носовая перегородка: 1 — четырехугольный хрящ; 2 — лобная пазуха; 3 — перпендикулярная пластинка решетчатой кости; 4 — клиновидная пазуха; 5 — сошник

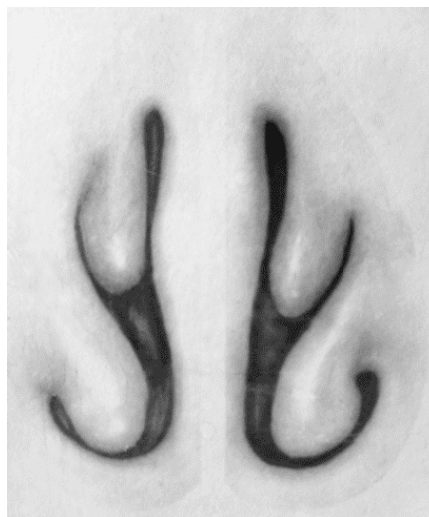


Рис. 3. Вид носовой полости при передней риноскопии

Как устроена носовая полость? Что такое носовые раковины?

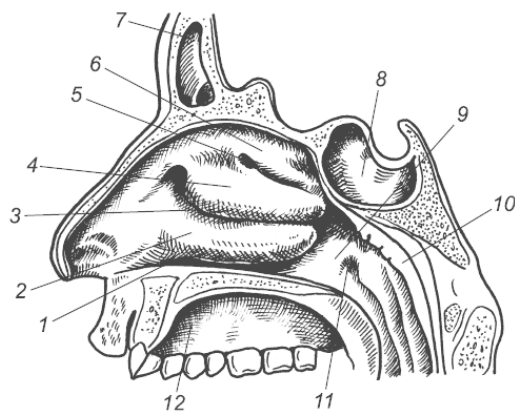


Рис. 4. Строение боковой стенки носовой полости: 1 — нижний носовой ход; 2 — нижняя носовая раковина; 3 — средний носовой ход; 4 — средняя носовая раковина; 5 — верхний носовой ход; 6 — верхняя носовая раковина; 7 — лобная пазуха; 8 — основная (клиновидная) пазуха; 9 — хоана; 10 — аденоидная ткань (глоточная миндалина); 11 — устье слуховой трубы; 12 — твердое нёбо

Строение стенок носовой полости показано на рис. 4. Внутренняя стенка носовой полости представлена носовой перегородкой, о строении которой сказано ранее. Более сложное строение имеет наружная или боковая стенка носовой полости. В ее состав входят так называемые носовые раковины, которые как полочки в купейном железнодорожном вагоне выступают с каждой из сторон полости носа и разделяют внутреннее пространство полости на носовые ходы. Существует три носовые раковины с каждой из сторон: нижняя (самая крупная и длинная), средняя и верхняя. Верхняя носовая раковина самая маленькая. Она расположена в верхнем отделе носовой полости, и врач ее может увидеть только при передней риноскопии с помощью специального носорасширителя (рис. 5).

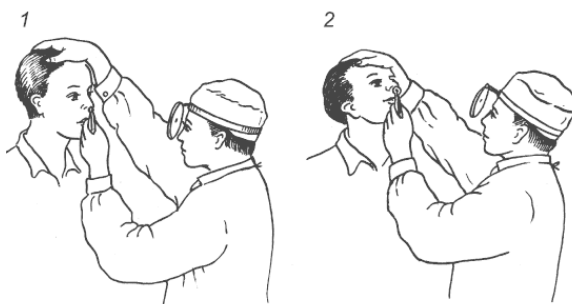


Рис. 5. Осмотр носа пациента (прямая риноскопия): 1 — первая позиция; 2 — вторая позиция

Под каждой из носовых раковин располагается соответствующий носовой ход: под нижней — нижний, под средней — средний и под верхней — верхний. Размеры раковин должны быть оптимальными, не перекрывать просветы носовых ходов и не препятствовать нормальному носовому дыханию. Свободные боковые края носовых раковин не должны доходить до носовой перегородки; между ними и перегородкой носа остается щелевидное свободное пространство, называемое общим носовым ходом.

При искривлениях носовой перегородки просветы носовых ходов могут перекрываться, суживаться, что создает препятствия для нормального носового дыхания. Кроме того, при чистке носа область переднехрящевой отдела носовой перегородки (особенно при ее искривлении) часто подвергается травматизации, способствующей возникновению носовых кровоте-

чений. При воспалительных состояниях – насморках (ринитах) происходит воспалительное увеличение в объеме тканей носовых раковин, особенно нижней, и частично средней. Этот процесс, называемый инфильтрацией, а у аллергиков – отеком, также начинает суживать или перекрывать просветы носовых ходов и затруднять дыхание носом.

Что такое околоносовые (придаточные) пазухи? Правда ли, что в носу есть целый ряд отверстий и ходов?

К околоносовым, или, как их называли раньше, придаточным, пазухам носа относятся воздухоносные полости, окружающие носовую полость и соединенные с ней с помощью выводных отверстий или протоков (рис. 6, 7).

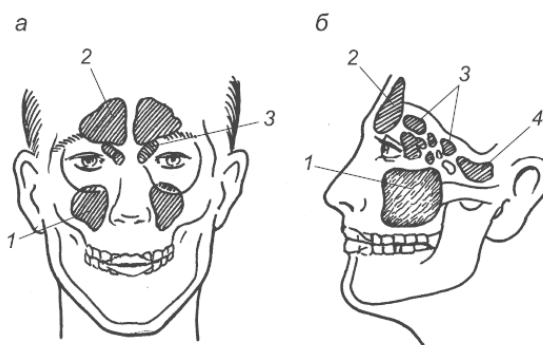


Рис. 6. Расположение околоносовых пазух в голове человека (схема): *а* — вид спереди; *б* — вид сбоку; *1* — верхнечелюстная (гайморова) пазуха; *2* — лобная пазуха; *3* — решетчатый лабиринт; *4* — основная (клиновидная) пазуха

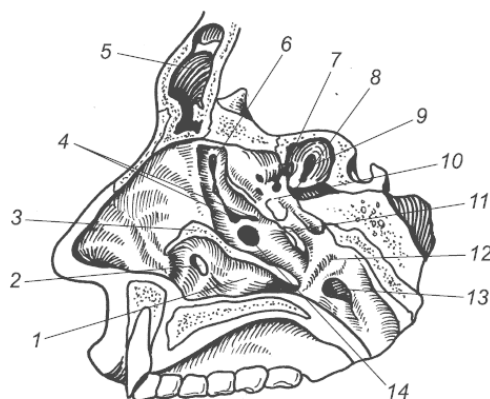


Рис. 7. Вид боковой стенки носовой полости в разрезе (носовые раковины срезаны): *1* — нижний носовой ход; *2* — выходное отверстие слезного протока; *3* — остов нижней носовой раковины; *4* — отверстия передних и средних клеток решетчатого лабиринта; *5* — лобная пазуха; *6* — выходное отверстие лобной пазухи; *7* — отверстия задних клеток решетчатого лабиринта; *8* — выходное отверстие основной пазухи; *9* — основная пазуха; *10* — верхний носовой ход; *11* — остов средней носовой раковины; *12* — хоана; *13* — глоточное отверстие слуховой трубы (в носоглотке); *14* — выходное отверстие верхнечелюстной пазухи

Различают четыре пары околоносовых пазух: верхнечелюстные, лобные, решетчатые и клиновидные (основные).

Околоносовые пазухи облегчают массу головы, укрепляют строение костных структур черепа (как известно, арочные строительные конструкции значительно крепче на излом, чем монолитные) и служат системой воздушных резонаторов для окраски и укрепления силы нашего голоса. Каждая из пазух сообщается с носовой полостью. В нижнем носовом ходе на боковой наружной стенке имеется отверстие слезно-носового канала. Именно поэтому, когда человек плачет, появляется необходимость воспользоваться носовым платком. В среднем носовом ходе открываются отверстия выводного протока из лобной пазухи, передних и средних клеток решетчатого лабиринта и отверстие из верхнечелюстной (гайморовой) пазухи. Задние клетки решетчатого лабиринта и основная пазуха открываются своими отверстиями в верхний носовой ход.

Верхнечелюстная пазуха расположена в теле верхней челюсти. Ее объем может колебаться от 3 до 25 см³. Она имеется у человека с рождения. Однако у новорожденного она еще не воздушна, так как в ней расположены зачатки передних молочных зубов. После их выхода из пазухи (происходит это к концу первого года жизни), пазуха становится пневматизированной и в дальнейшем может только увеличиваться в размерах вместе с ростом человека до достижения полового созревания.

Крайне важно, что дном этой пазухи является альвеолярный отросток верхней челюсти с расположенными здесь зубами. Близость корней зубов, которые в ряде случаев даже выступают в просвет пазухи, и кариозный воспалительный процесс в них могут способствовать развитию вторичного воспалительного процесса слизистой оболочки пазухи. Такой патологический процесс, исходящий из зубов, называется одонтогенным.

Следует всегда помнить, что верхняя стенка верхнечелюстной пазухи одновременно является нижней стенкой орбиты глаза. Она достаточно тонкая, и гнойно-воспалительный процесс в пазухе легко способен проникнуть в глазницу, вызывая развитие внутриглазных осложнений.

Лобная пазуха располагается в толще лобной кости между ее наружной лобной стенкой и пластинкой внутренней мозговой поверхности. У новорожденных она отсутствует. Процесс ее развития (пневматизация) начинается с 2–3 лет и завершается к 25 годам. Средний ее объем составляет 3–5 см³. Иногда, чаще с одной стороны, лобная пазуха у человека вообще может не развиваться (отсутствует).

Клетки решетчатого лабиринта у новорожденного находятся в зачаточном состоянии и развиваются быстрее других околоносовых пазух, достигая окончательного развития к 14–16 годам. В зависимости от своего расположения они разделяются на передние, средние и задние группы клеток, каждая из которых (количество их может варьировать у человека от 3 до 15 с каждой из сторон) имеет свой собственный выход в носовую полость. Сверху они граничат с лобной пазухой и передней черепной ямкой (лобными долями мозга), по бокам – со стенками глазницы, своими выводными отверстиями – с полостью носа. Отсюда становится понятным путь проникновения воспалительного процесса и возможных внутриглазных и мозговых осложнений.

Основная (клиновидная) пазуха находится в теле клиновидной кости, являющейся частью основания мозга. Отсюда понятно ее название. Перегородкой она разделяется на две (чаще неравные) половины, каждая из которых имеет свой самостоятельный вход в области верхнего носового хода. Своими стенками она граничит с передней и средней мозговыми ямками, глазодвигательными нервами, крупными сосудами, поэтому патологический процесс в ней представляет серьезную опасность для жизни человека. Развитие пазухи начинается вскоре после рождения и заканчивается к 15–20 годам. Патологический процесс в основной пазухе возникает значительно реже, чем в других околоносовых пазухах, из-за глубины расположения и достаточно хорошего оттока.

В чем заключаются физиологические функции носа? Почему важно дышать носом? Почему при насморке изменяется голос?

Нос как анатомический орган является начальной частью дыхательного пути и предназначен для осуществления дыхательной функции. Она обеспечивает поступление в наш организм кислорода, необходимого для нормальной жизнедеятельности всех клеток нашего тела, обеспечения газообмена крови и вывода из организма углекислого газа. Нормальное носовое дыхание нами практически не замечается, не создает для нас никаких проблем и физической нагрузки. При затруднении носового дыхания эта функция требует определенной физической нагрузки и затраты мышечной энергии. При этом происходит снижение обменных процессов в организме, что приводит к нарушениям функции сердечно-сосудистой и нервной систем, повышению внутричерепного давления, замедлению и нарушению работы клеток мозга, расстройствам функции бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта и практически всех внутренних органов. При дыхании человека через рот количество поступающего в наш организм кислорода снижается до 75–78 % от его необходимого объема, что вызывает развитие целого ряда заболеваний, задерживает физическое и умственное развитие человека. Это приводит к нарушениям развития лицевого скелета, прорезывания зубов, формированию патологического прикуса, снижению интеллекта, памяти и др.

Кроме того, дыхательная функция носа тесно связана с другой важнейшей его функцией – защитной, которая не может выполняться при дыхании человека через рот.

Защитная функция достаточно многообразна и состоит из ряда подфункций, которые будут описаны ниже. Вдыхаемый воздух всегда содержит определенный процент различных загрязнений (пыли, микроорганизмов, водяных паров и др.), по этому его необходимо очистить от пыли и вредных примесей. Следовательно, первой подфункцией защитной функции носа является очищение, или обеспыливание, вдыхаемого воздуха. Это обеспечивается волосами, растущими в преддверной (вестибулярной) части носовой полости. Они задерживают наиболее крупнодисперсные частички пыли, не допуская их проникновения в дыхательные пути. Однако более мелкие частички пыли все-таки проникают в носовые ходы полости носа. Для того чтобы узнать, что с ними происходит дальше, остановимся подробнее на нашем носовом дыхании. При обычном (нефорсированном) дыхании вдыхаемый воздух проходит не через всю носовую полость, а через нижний и средний носовой ход. Эти нижние отделы носа называются дыхательной зоной. В нижних отделах слизистая оболочка полости носа представлена специальным дыхательным эпителием, имеющим на своей поверхности большое количество микроскопических ворсинок (ресничек). Они и предназначены для улавливания и приклеивания к себе мелких пылевых частичек. Это осуществляется благодаря тому, что реснички обильно покрыты специальным секретом слизистых бокаловидных желез, которые в большом количестве присутствуют в толще этого дыхательного эпителия. Кроме того, эта слизь осуществляет выполнение второй защитной подфункции – увлажнения вдыхаемого воздуха, она выполняет и третью подфункцию – обеззараживание вдыхаемого воздуха. Дело в том, что слизь бокаловидных клеток содержит в своем составе специальные ферменты (муцин, лизоцим), обладающие бактерицидным действием. Эта фагоцитирующая (убивающая микробы) способность слизистой оболочки дыхательной зоны полости носа позволяет в 10 раз уменьшить количество микроорганизмов во вдыхаемом воздухе.

Дальнейшей задачей защитной функции носа является необходимость эвакуации задержанного содержимого (четвертая подфункция защиты). Она осуществляется с помощью чихания, носового кашля и высмаркивания, которые проявляются при механическом, рефлекторном и химическом раздражении его слизистой оболочки. Появляющееся при этом повышенное

слезоотделение также позволяет повысить бактерицидное воздействие на раздражающий агент в полости носа.

Пятой подфункцией защитной функции носа является терморегуляция, или согревание вдыхаемого воздуха.

Каждому из нас знакома ситуация – появление в носу как бы некоторого препятствия для вдыхания холодного воздуха в ясный морозный день. И наоборот, находясь в сауне на верхней полке парной, каждый мог физически ощутить значительное расширение и свободу носовых ходов полости носа. Это и есть тонкий физиологический механизм терморегулирования вдыхаемого воздуха, заложенный в нас природой. Он обеспечивается кавернозными (пещеристыми) сосудистыми телами, расположенными в толще слизистых оболочек нижних и частично средних носовых раковин. Эти образования при охлаждении, накапливая в себе кровь, резко увеличиваются в объеме и повышают теплоотдачу, а при вдыхании горячего воздуха – максимально сокращаются и уменьшаются в объеме. Кроме того, согревание воздуха в носу происходит и за счет большего кровоснабжения полости носа, удлинения воздушного пути из-за включения при необходимости в дыхание верхних отделов носа и поступательного турбулентного прохождения воздушной струи холодного воздуха, разделения воздуха на 8 потоков (наличие в носу 4 носовых ходов с каждой из сторон), что увеличивает площадь слизистой оболочки, контактирующей с воздухом.

Последней подфункцией защитной функции полости носа является обоняние. У человека по сравнению с животными оно постепенно утрачивает свое жизненно важное значение и является фактически рудиментарной подфункцией. Не случайно нос современного человека по степени стал более тонким и миниатюрным по сравнению, например, с неандертальцем, причем в большей степени в верхних отделах носа, которые называются обонятельной зоной. Чтобы это понять, попробуйте понюхать что-либо. И вы убедитесь, что вы послали вдыхаемый воздух в верхние отделы носа.

Тем не менее обонятельная подфункция носа остается для человека достаточно значимой. Доказана важность обоняния для рефлекторного выделения слюны и пищеварительных соков при питании. Чрезвычайно важна роль обоняния не только для животных, но и для человека в возможности продолжения рода. Как известно, существуют особые химические пахучие вещества – феромоны, которые выделяют живые существа для привлечения к себе особей противоположного пола. У каждого человека имеется свой специфический запах, иногда – приятный, привлекающий, а иногда достаточно неприятный, отталкивающий. Именно поэтому и были созданы парфюмерно-косметические изделия, способные придать человеку привлекающий запах. Это во многом способствует налаживанию личных контактов сближению людей, а в конечном итоге – демографическому росту. Важнейшее значение имеет обоняние и для защиты человека от различных отравляющих веществ, газов, пыли и т. д. Кроме того, обоняние позволяет различать доброкачественные пищевые продукты и испорченные, просроченные, которые могут явиться источником отравлений, заболеваний желудочно-кишечного тракта. Считается, что у женщин обоняние развито в большей степени. Правда, следует учесть, что могут отмечаться значительные индивидуальные колебания, не всегда зависящие от половой принадлежности. Обоняние связано с состоянием здоровья носовой полости, профессией и степенью тренированности.

Нормальное состояние обоняния называется нормосмией, снижение обонятельной способности – гипосмией, а ее утрата – аносмией.

Резонаторная функция носа заключается в том, что носовая полость и околоносовые пазухи, сообщаясь между собой и с полостью глотки, являются воздушными резонаторами голоса, придающими ему необходимую звучность, тональность и индивидуальную окраску (тембр). Для того чтобы понять значимость этой функции, достаточно зажать нос рукой и произнести несколько слов. То, что у вас получилось, называется в медицине закрытой гнусаво-

стью. Подобное наблюдается у больных с нарушенной проходимостью носовых ходов (насморк, инородные тела в полости носа, гипертрофия носовых раковин, полипы носа и др.). Голос при этом становится глухим, однообразным, гнусавым, теряет свою узнаваемость. Но есть вариант и открытой гнусавости, которая наблюдается при патологической открытости носовой полости. В качестве примера можно привести случаи паралича мягкого нёба, врожденного незаращения твердого нёба – «волчья пасть», «заячья губа», открытый перелом костей носа.

Немаловажное значение имеет и эстетическое (косметическое) значение носа. Зачастую, обеспечивая человеку нормальное носовое дыхание и обоняние, форма носа доставляет его обладателю не радость, а значительные переживания и душевные страдания, так как не соответствует его представлениям о красоте и привлекательности. В связи с этим больные нередко обращаются за помощью к пластическим хирургам для проведения коррекции наружного носа.

Болезни наружного носа

Что делать, если у новорожденного ребенка выявлен порок развития носа?

Врожденные пороки и аномалии развития носа обусловлены нарушениями эмбрионального (внутриутробного) развития плода. В последнее время в связи со злоупотреблением алкоголем, интоксикацией различными химическими препаратами, генетически модифицированными продуктами частота врожденных уродств несколько увеличилась. К ним относятся раздвоение кончика носа, «волчья пасть», «заячья губа» (расщелина носа) и т. д. Наиболее важным является раннее (своевременное) распознавание врожденной патологии. Дело в том, что некоторая патология, например атрезия (заращение) хоан, является жизненно важной для новорожденного. Ребенок с такой патологией не может брать грудь из-за отсутствия носового дыхания и нуждается в срочном хирургическом лечении в первые дни жизни. Дефекты врожденного характера в виде расщелин губы и твердого нёба требуют планового хирургического лечения в детском возрасте. Дефекты наружного носа (удлиненный, горбатый, крючковидный, седловидный и т. д.) могут быть исправлены в плановом порядке по согласованию с пластическими хирургами после завершения полового созревания, когда прекращается рост лицевого скелета.

Что делать в случаях, когда ребенок часто засовывает в нос мелкие предметы?

Стремление некоторых детей вводить в естественные отверстия тела, в том числе и в нос, мелкие разнообразные предметы (камешки, пуговицы, бусинки, шарики и др.) встречается достаточно часто. В таких случаях следует максимально исключить доступность мелких предметов и деталей для ребенка. Обычно инородные тела располагаются в нижнем или общем носовом ходе и их диагностика не представляет сложностей. Достаточно приподнять большим пальцем руки кончик носа ребенка и заглянуть в ноздри. Сложность заключается в том, что не все дети говорят о своих проделках. Как же догадаться о наличии инородного тела в носу? Прежде всего следует внимательно наблюдать за ребенком. При умывании необходимо обратить внимание на то, обе ли половины носа участвуют в дыхании. Во время сна также имеется хорошая возможность определить это. Если есть подозрения, что одна половина носа не дышит, то следует провести специальную пробу с ваткой или ниткой (рис. 8).

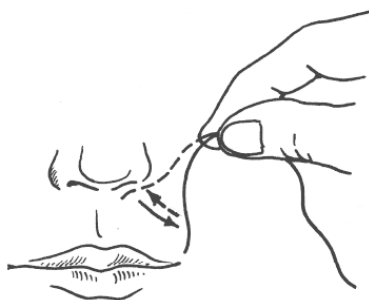


Рис. 8. Простейшая проверка состояния дыхательной функции носа

При своевременно невыявленном инородном теле носа бессимптомный период вскоре заканчивается. У больного появляются гнойные выделения из соответствующей половины носа. Ребенка начинает беспокоить отсутствие носового дыхания пораженной стороны, головная боль, может подняться температура тела. Вообще следует иметь в виду, что насморк, являющийся достаточно распространенным заболеванием у детей, всегда должен быть двусторонним. Односторонний процесс всегда наводит на мысль о возможности наличия инородного тела. Кроме того, при обычном рините высмаркивание носа позволяет очистить носовые ходы и дыхание восстанавливается. Этому же способствует и применение сосудосуживающих капель в нос. Если же эти мероприятия не привели к улучшению дыхания, ребенка надо обязательно показать лор-врачу.

Хочу предупредить родителей, чтобы они воздержались от желания самостоятельно извлечь инородное тело из носа, так как при этом можно протолкнуть инородное тело глубже, в том числе и в нижние дыхательные пути, что чревато удушьем. Кроме того, такие попытки могут нанести значительную травму и вызвать носовое кровотечение.

Дети во время игр часто получают различные травмы, в том числе и носа. Как узнать, нет ли перелома? Как поступать в этих случаях?

Носу как выступающей части лица действительно часто достается во время игр, спортивных соревнований и шалостей. Различают травмы в виде ушибов, ссадин, разрывов мягких тканей наружного носа и переломов (открытые и закрытые). Ушибы и кровоподтеки (синяки) мягких тканей лица и носа специального лечения не требуют. Достаточно непосредственно сразу после травмы приложить холодные примочки или завернутый в марлю кусочек льда. Это позволит уменьшить отечность мягких тканей лица и нарастание гематомы. Однако если после травмы прошло много времени и появились в области переносицы припухлость и отечность, то визуально трудно судить о наличии или отсутствии перелома. Часто бывает, что отечность мягких тканей лица проходит через несколько дней, и выявляется, что форма носа заметно изменилась. Чтобы этого избежать, рекомендуется во всех случаях видимых повреждений носа обращаться к врачу, который сможет сделать правильное заключение с помощью пальцевого и рентгенологического исследования носа в двух проекциях.

При закрытых переломах костей носа следует оценить состояние костных отломков и необходимость их вправления (устранения деформации). При наличии только трещины в костях носа последующего исправления формы носа не требуется. Достаточно остановить возможное носовое кровотечение, обеспечить носу покой и фиксировать положение костей с помощью передней тампонады носа на 2–3 дня. В случаях видимой деформации носа необходимо производить репозицию (восстановление костного скелета) костей носа. Чаще всего в первые часы или сутки после травмы производят так называемое пальцевое вправление.

В случаях необходимости более сложного инструментального вмешательства (например, при вдавленных переломах) или при застарелых травмах (более 5 суток) больного госпитализируют для последующего хирургического лечения под наркозом.

Если у больного имеется старая деформация наружного носа и есть желание исправить форму носа, производится редрессация костей носа. В этих случаях осуществляется инструментальный перелом неправильно сросшихся костей с целью последующего восстановления правильной формы носа и носового дыхания. В дальнейшем больной в течение недели должен носить фиксирующую гипсовую повязку и тампоны в носу.

Повреждения кожи и тканей носа, в том числе и в случаях открытых переломов костей носа, требуют срочной госпитализации больного с первичной хирургической обработкой и ревизией раны, ушиванием тканей. В последующем решается вопрос о необходимости репо-

зиции отломков. Не следует забывать о возможности занесения в рану инфекции, что может явиться источником серьезных заболеваний, таких как столбняк, сепсис и др. Поэтому необходимо обратиться в свою районную поликлинику или амбулаторию для своевременного введения противостолбнячной сыворотки или анатоксина.

Довольно часто на верхней губе и в носу появляется фурункул. Отчего это происходит? Что надо делать?

Кожа лица в целом и в области носогубного треугольника в частности достаточно нежна, богата снабжена кровеносными сосудами и нервными окончаниями и содержит потовые и сальные железы. В качестве профилактики возникновения гнойничковых заболеваний кожи, к которым относятся фурункулы, следует соблюдать рациональный режим питания с достаточным количеством витаминов, правильно ухаживать за кожей лица (умываться с мылом, обрабатывать кожу лица лосьонами и т. д.). При этом необходимо руководствоваться правилами: сухую кожу лица смазывать питательными эмульсиями, гигиеническим молочком, жирную кожу – протирать лосьонами на спиртовой основе. Это позволит устранить основную причину возникновения фурункулов – микробную флору на коже лица.

Предрасполагают к заболеванию микротравмы кожи, ее загрязнение, сахарный диабет и другие обменные нарушения в организме, ослабление иммунитета. В таких случаях фурункулы могут носить рецидивирующий характер.

Фурункул в зоне носогубного треугольника требует пристального внимания врача и больного. Эта зона имеет своеобразную систему кровоснабжения и кровооттока, которая напрямую связана с мозгом, что чревато серьезными осложнениями в виде тромбоза, сепсиса и внутричерепных гнойных процессов. Поэтому отношение к таким фурункулам должно быть более серьезным, чем к фурункулам кожи других частей тела. Прежде всего рекомендуется госпитализация больного. Назначается комплексное антибактериальное и противовоспалительное лечение, прием антигистаминных препаратов, антикоагулянтов, витаминов и в случаях рецидивирующих процессов – биостимуляторов. Местно применяют сухое тепло, мазевые повязки, ультрафиолетовое облучение (УФО). Ни в коем случае нельзя выдавливать гнойное содержимое из области фурункула. Врач применяет хирургическое вмешательство только в случаях абсцедирования или для снятия капюшона кожи с поверхности созревшего гнойного стержня фурункула для его скорейшего разрешения.

Больным с рецидивирующими фурункулами требуется обязательное исследование крови на содержание глюкозы (для исключения сахарного диабета). В лечении таких больных важным является применение витаминных и иммунных препаратов, биостимуляторов, пивных дрожжей, аутогемотерапии, УФО крови.

Заболевания носовой полости

С чем могут быть связаны частые носовые кровотечения?

Прежде всего хочу сказать, что носовое кровотечение – это не болезнь, а симптом, часто сопровождающий заболевания различных органов и систем. При выяснении причин носового кровотечения следует иметь в виду, что они могут носить местный или общий характер.

К местным причинам относятся внешние травмы и повреждения носа, а также повреждения слизистой оболочки полости носа при проведении операций, опухолях и новообразованиях носа, инородных телах, атрофических корочных процессах в носу, чистке носа и чрезмерно сильном высмаркивании.

К общим причинам относятся различные заболевания сердечно-сосудистой системы (например, гипертоническая болезнь), заболевания печени и почек, заболевания системы крови, авитаминозы, ряд инфекционных заболеваний с повышенной температурой тела и др.

Самым частым местом незначительных носовых кровотечений является сосудистая зона в передней части носовой перегородки. Этому способствуют искривление носовой перегородки, привычка чистить нос пальцем, анатомическое поверхностное расположение зоны сосудистого капиллярного сплетения. В данной зоне нет крупных сосудов и кровотечение из этого места незначительное, продолжающееся в течение нескольких минут. Больному достаточно спокойно посидеть со слегка запрокинутой головой и глубоко подышать. К переносице можно приложить смоченный холодной водой платок, пузырь со льдом. В нос рекомендуется закапать сосудосуживающие капли, вложить комочек ваты, смоченный раствором водорода пероксида, прижать крыло носа пальцем на несколько минут.

В случаях рецидивирующих кровотечений сосудистой зоны носа следует обратиться к врачу, который должен произвести термическое или химическое прижигание кровоточащего участка.

Обильные носовые кровотечения чаще всего возникают из глубинно-верхних отделов носа из-за разрыва или эрозии достаточно крупного сосуда. При этом массивность кровотечения не позволяет врачу в деталях рассмотреть место повреждения. Задача врача в такой ситуации заключается в скорейшей остановке кровотечения с помощью передней тампонады носа. Начинают тампонаду носа узким марлевым тампоном со стороны поражения. Если односторонняя тампонада носа не приводит к желаемому результату, следует затампонировать и вторую половину носа. После произведенной тампонады носа на него накладывается специальная пращевидная повязка (рис. 9). Она необходима для фиксации переднего тампона и предотвращения его выпадения; сбора сукровицы из носа и возможных выделений серозного секрета; оценки и контроля качества тампонады.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.