

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА БОЛЕЗНЕЙ УХА, ГОРЛА, НОСА

Е. П. МЕРКУЛОВА, О. А. МАЗАНИК, И. В. МИТРОШЕНКО

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
РОДИТЕЛЕЙ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО
ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2009

УДК 616.21-053.2-089.8-082 (075.8)
ББК 56.8 я 73
М 52

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве методических рекомендаций от 29.10.2008 г., протокол № 2

Рецензенты: зав. каф. оториноларингологии Белорусской медицинской академии последипломного образования д-р мед. наук, проф. Л. Г. Петрова; доц. каф. болезней уха, горла, носа Белорусского государственного медицинского университета В. А. Петряков

Меркулова, Е. П.

М 52 Информированное согласие родителей на хирургическое вмешательство при ЛОР-патологии у детей : метод. рекомендации / Е. П. Меркулова, О. А. Мазаник, И. В. Митрошенко. – Минск : БГМУ, 2009. – 40 с.

ISBN 978-985-528-064-5.

Содержит сведения, изложенные в доступной неспециалисту форме, о сущности заболеваний, требующих хирургического вмешательства, принципах выполнения операции, степени риска вмешательства и особенностях послеоперационного лечения и ухода. Данная информация необходима для реализации принципа добровольного согласия информированных пациента и родственников на оперативное вмешательство, декларированного в статье № 27 Закона о здравоохранении Республики Беларусь.

Предназначено для студентов 5–6-го курсов всех факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов всех специальностей.

УДК 616.21-053.2-089.8-082(075.8)
ББК 56.8 я 73

ISBN 978-985-528-064-5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Введение

Принцип информированного добровольного согласия пациента на лечение — краеугольный камень всей современной медицинской этики, системы юридического обеспечения медицинской деятельности.

Согласно этой доктрине любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную или исследовательскую цель, допустимо только после получения медицинскими работниками осознанного, добровольного согласия пациента или испытуемого.

Информированное согласие отвечает положениям Нюрнбергского кодекса (1947), Лиссабонской декларации о правах пациента (1981, 1985). В Республике Беларусь концепция информированного добровольного согласия нашла отражение в статьях 27, 28, 29 и 30-й Закона о здравоохранении, где перечислены общие права пациента, в частности: право на выбор врача, информированное добровольное согласие, отказ от медицинского вмешательства, на информацию о своем здоровье и всех аспектах предлагаемых или проведенных медицинских вмешательств.

С точки зрения медицинского права под информированным согласием на медицинское вмешательство следует понимать добровольное, компетентное принятие пациентом предложенного варианта лечения. Данное решение должно быть основано на получении им полной, объективной и всесторонней информации по поводу предстоящего лечения, его возможных осложнений и альтернативных методов лечения (прил.).

Представленные в данном издании рекомендации содержат сведения для пациентов и их представителей о сущности заболевания, требующего хирургического вмешательства, принципах выполнения операции, степени риска вмешательства, особенностях послеоперационного лечения и ухода, выполняемых в оториноларингологических отделениях городского, областного и республиканского уровней. Данные сведения изложены в краткой, доступной неспециалисту форме, снабжены иллюстративным материалом.

Реализация данных материалов в отоларингологических клиниках позволит в полном объеме соблюсти право пациентов на охрану здоровья, получение доступной, качественной специализированной медицинской помощи.

**Информация для пациентов
и их представителей о заболеваниях
ЛОР-органов и предстоящем оперативном вмешательстве**

Аденоиды

У каждого здорового ребенка в глотке имеется лимфоидная ткань, которая объединяется в так называемое лимфоаденоидное глоточное кольцо. Оно включает небные миндалины — «гланды» (можно увидеть при осмотре рта), которые выглядят как шарики, выступающие по бокам от языка, глоточную миндалину, наблюдать которую при прямом осмотре полости рта нельзя, так как она прячется в носоглотке, за небом, язычную миндалину, располагающуюся в корне языка, а также множество лимфоидных фолликулов, рассыпанных по задней стенке глотки у входа в гортань. Эти образования помогают ребенку победить болезнетворные бактерии, попадающие в глотку при дыхании и приеме пищи, способствуют формированию местного иммунитета — защиты от возбудителей заболеваний. Кстати, в данных органах нет клеток, влияющих на половое развитие ребенка, то есть они не вырабатывают половых гормонов, соответственно, при их удалении в случае необходимости (об этом далее) половое развитие не нарушается.

В раннем детском возрасте — обычно с 2 до 5–7 лет — описанные органы работают очень напряженно, так как ребенок расширяет сферу контактов со сверстниками, посещая детский сад, и неизбежно часто заражается респираторными инфекциями. При этом если иммунные силы ребенка недостаточно сильны в связи с врожденными особенностями, экологическими факторами и другими причинами, лимфоидные органы увеличиваются в объеме. Такое увеличение небных миндалин называется гипертрофией небных миндалин, а их воспаление — тонзиллитом. Тонзиллит может быть острым и хроническим.

Увеличенная, хронически воспаленная глоточная миндалина называется аденоидами (рис. 1).

Аденоиды оказывают значительное влияние на состояние здоровья, развитие органов, находящихся рядом. Какое же это влияние? Хронический воспалительный процесс, постоянно тлеющий в аденоидной ткани и периодически обостряющийся, способствует затяжным, рецидивирующим заболеваниям трахеи и бронхов (бронхит, обструктивный бронхит, трахеит, фарингит), может вызвать самостоятельно или усугубить течение аллергии, в тяжелых случаях проявляющейся в виде бронхиальной астмы, аллергической ринопатии, атопического дерматита.

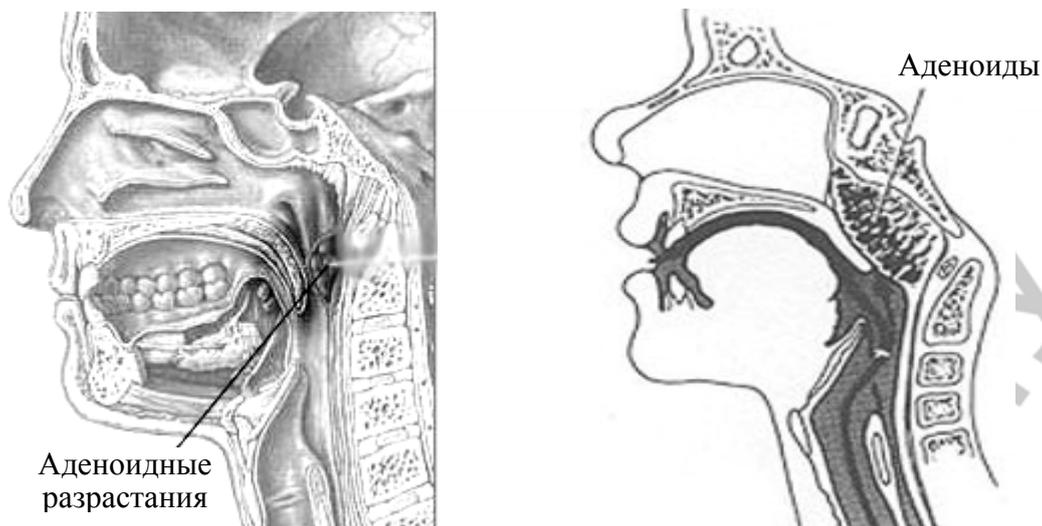


Рис. 1. Место расположения аденоидов

Аденоиды, заполняя носоглотку, вызывают затрудненное носовое дыхание, ухудшают работу слуховых труб, которые не могут в достаточном объеме доставлять воздух в среднее ухо, вследствие чего развивается секреторный отит, что может привести к снижению слуха, а при проникновении инфекции в ухо — к его острому воспалению (острому гнойному среднему отиту). Ощутимое препятствие для прохождения воздушной струи через нос приводит к дыханию через рот, а, следовательно, к тому, что нос не может выполнять свои функции, которые, в свою очередь, очень важны. Следствие очевидно: в дыхательные пути попадает необработанный воздух — неочищенный, несогретый и неувлажненный. А это многократно увеличивает вероятность воспалительных процессов в глотке, гортани, трахее, бронхах, легких (ангины, ларингиты, трахеиты, бронхиты, пневмонии). Плохое дыхание через нос способствует неправильному развитию челюстно-лицевой области: нарушается прикус зубов, изменяется форма лица (так называемое «аденоидное лицо»).

Факторы, способствующие появлению аденоидов:

1. Наследственность. Если родители страдали аденоидами, ребенок в той или иной степени тоже с этой проблемой столкнется.
2. Воспалительные заболевания носа, горла, глотки, респираторные вирусные инфекции, корь, коклюш, скарлатина, ангины и т. д.
3. Нарушения питания (особенно перекармливание).
4. Склонность к аллергическим реакциям, врожденная и приобретенная недостаточность иммунитета.
5. Нарушения оптимальных свойств воздуха, которым дышит ребенок: жарко, сухо, много пыли, примесь вредных веществ (экологическая обстановка, избыток бытовой химии).

Таким образом, действия родителей, направленные на профилактику аденоидов, сводятся к коррекции, а еще лучше — к изначальной организации образа жизни, способствующего нормальному функционированию системы иммунитета (кормление по аппетиту, физические нагрузки, закаливание, ограничение контактов с пылью и бытовой химией).

Когда следует обратиться к ЛОР-врачу, чтобы не было поздно?

Если Ваш ребенок стал часто болеть насморком, дыша дольше 10–12 дней, стал даже в состоянии относительного здоровья хуже дышать носом, появился храп во время сна, стал недослышивать (ребенок невнимательный, переспрашивает, просит увеличить громкость при просмотре телепрограмм), следует посетить отоларинголога с целью оценки состояния глотки, определения наличия аденоидов и степени их увеличения.

Как врач определяет, есть ли у ребенка аденоиды и какие они по размеру?

Это делается при помощи маленького круглого зеркала, вводимого за мягкое небо (у детей раннего возраста это сделать затруднительно), или пальцевым исследованием: врач в течение 1–2 секунд ощупывает пальцем носоглотку. Это самый надежный, достоверный и безопасный метод диагностики аденоидов. Применяется также рентгеновское исследование, которое в большом проценте случаев дает сомнительные результаты и сопряжено с облучением ребенка, что при нынешней экологической ситуации нежелательно. Эндоскопическое обследование — осмотр задних отделов носа и носоглотки жесткими или гибкими эндоскопами после анестезии слизистой оболочки — процедура, мучительная для детей раннего возраста и поэтому применяющаяся при сложных для диагностики случаях (например, при врожденном недоразвитии носовых ходов, подозрении на опухоль и др.).

Размер аденоидов оценивается в степенях: первая — когда аденоиды занимают треть объема носоглотки, вторая — две трети, и третья — когда аденоиды заполняют всю носоглотку.

Степень определяется для оценки изменений аденоидов в ходе лечения, а не для того, чтобы решить — удалять их или нет. Показания к удалению аденоидов определяются по другим критериям. Об этом далее.

Можно и нужно ли «лечить аденоиды»?

Подчеркнем, что лечить не только можно, но и необходимо, но не аденоиды, а хронический воспалительный процесс в них, называемый аденоидитом. Пока у ребенка не развились изменения, о которых говорилось ранее, следует применять как местное лечение в виде капель, орошений слизистой оболочки носа и носоглотки водными растворами, обладающими противовоспалительными, антиаллергическими и антимикробными свойствами, так и общие методы лечения, включающие витаминные препараты, средства, влияющие на иммунную систему, местно действующими

щие вакцинные препараты, физиопроцедуры (хорошо зарекомендовали себя магнито-, лазеротерапия, ингаляционные методы введения лекарств). Не являются противопоказанными и гомеопатические методы лечения. Однако когда в ходе наблюдения за ребенком появляются изменения со стороны ушей (рецидивирующие отиты, дисфункция слуховых труб, экссудативный отит), имеются хронические или рецидивирующие бронхолегочные заболевания, аллергозы, аденоиды, независимо от степени их увеличения, подлежат обязательному удалению.

Если у ребенка, наряду с аденоидами, увеличены небные миндалины.

В этом случае отоларингологи предлагают при удалении аденоидов (аденотомия) уменьшить в объеме (подрезать) и небные миндалины (тонзиллотомия). Если этого не сделать, у ребенка появляется высокая вероятность еще большего увеличения небных миндалин (так называемая компенсаторная гипертрофия), что сведет на нет результаты аденотомии: вновь ребенок станет плохо дышать носом, часто болеть, не пройдет или усугубится храп. Кроме того, на фоне гипертрофии в небных миндалинах часто развивается хронический воспалительный процесс, требующий впоследствии их полного удаления.

Насколько срочно следует выполнить операцию?

Операция по удалению аденоидов — аденотомия — является плановой, то есть выполняется при полном здоровье ребенка или ремиссии хронических заболеваний. Нельзя оперировать во время острых заболеваний (ОРИ) и спустя 3–4 недели после выздоровления. Таким образом, всегда есть возможность выполнить данную операцию в благоприятный для ребенка период, что сведет к минимуму риск послеоперационных осложнений.

Можно ли отсрочить или вовсе не делать операцию, ведь, говорят, аденоиды рассасываются или ребенок может «перерасти» заболевание?

Действительно, аденоидная ткань со временем атрофируется, однако данный процесс начинается в подростковом возрасте и завершается в 18–20 лет. Процесс этот длительный, и ко времени его завершения, как правило, формируется ряд необратимых, требующих хирургического лечения, заболеваний (хронический средний отит, синусит, тонзиллит). Таким образом, очевидно, что целесообразно сделать небольшую операцию в раннем детском возрасте и оздоровить ребенка, чем обрекать его на длительное, зачастую не приводящее к полному здоровью лечение в старшем возрасте.

Вырастают ли аденоиды вновь, часты ли рецидивы?

Да, аденоиды могут рецидивировать.

Необходимо обратить внимание на тот факт, что вне зависимости от квалификации хирурга удалить глоточную миндалину полностью не-

возможно (хоть что-то да останется). И всегда есть вероятность того, что аденоиды появятся (вырастут) вновь. Случается это достаточно редко, в 4–5 % случаев. Однако рецидив вовсе не означает повторное хирургическое лечение. Как правило, аденоидная ткань вновь может появиться в носоглотке не ранее чем через 7–12 месяцев, а за это время обычно успевает восстановиться функция слуховых труб, носа, увеличивается (в ходе роста ребенка) объем носоглотки, и вновь появившиеся аденоиды уже не оказывают столь пагубного влияния, как до операции. Обычно методы консервативного лечения позволяют решить проблему. Повторное удаление аденоидов требуется у 1–2 пациентов из тысячи прооперированных.

Повторное появление аденоидов является поводом для серьезных родительских раздумий. И вовсе не о том, что «попался» нехороший врач. А о том, что все врачи, вместе взятые, не помогут, если ребенка окружают пыль, сухой и теплый воздух, если дитя кормят с уговорами, если телевизор важнее прогулок, нет физических нагрузок, если... маме и папе проще отвести ребенка к отоларингологу, чем расстаться с любимым ковром, организовать закаливание, занятия спортом, достаточное пребывание на свежем воздухе.

Как удаляют аденоиды?

Данная операция выполняется у детей в возрасте до 8 лет без местной анестезии, в возрасте старше 8 лет применяется обезболивание смазыванием или орошением слизистой оболочки носоглотки раствором лидокаина. У маленьких детей это запрещено в связи с возможностью развития у них асфиксии (удушья). Операция эта неприятна, но не болезненна, ощущения, испытываемые ребенком, сравнимы со смазыванием глотки. Длится непродолжительное время (5–6 секунд) и при правильной психологической подготовке ребенка переносится удовлетворительно. При особых обстоятельствах (наличии сопутствующих заболеваний, при которых местная анестезия противопоказана) аденотомию производят под наркозом, что предполагает более углубленное обследование ребенка.

Несложность операции не является свидетельством ее безопасности. Возможны и осложнения вследствие применения наркоза, и кровотечения, и повреждения неба. Но все это бывает не часто.

От удаления аденоидов ультразвуком и лазером хирурги давно отказались в связи с огромным риском осложнений.

Сколько времени ребенок находится в больнице после аденотомии?

В связи с высоким риском развития кровотечения в послеоперационном периоде мы рекомендуем нахождение в стационаре в течение 24 часов после хирургического вмешательства. Обычно ребенок выписывается домой на следующее утро.

Что следует делать после выписки ребенка?

Ребенок выписывается из больницы под наблюдение ЛОР-врача или педиатра в поликлинике по месту жительства. Обычно рекомендуется домашний режим в течение 3–5 суток. При этом следует ограничить физические нагрузки, однако в постели ребенка держать не нужно. При приеме пищи первые дни нельзя употреблять горячую, острую пищу, кислые соки и фрукты, газированные напитки, мороженое. Через 3–5 дней режим питания становится обычным. На 3-и–5-е сутки после выписки при удовлетворительном общем состоянии ребенка, отсутствии повышенной температуры тела, гладком заживлении раны в глотке можно посещать детский коллектив, выходить на улицу. Нельзя лишь заниматься спортивными упражнениями, посещать бассейн. Полностью рана в носоглотке заживает через 2–3 недели. Через месяц после операции никаких ограничений в образе жизни и в режиме питания нет.

Антромастоидотомия

Вашему ребенку предстоит операция на среднем ухе, так как воспаление среднего уха привело к осложнению.

Что Вы должны знать о среднем ухе?

Среднее ухо включает в себя барабанную перепонку, барабанную полость, слуховые косточки. Барабанная полость соединена с носоглоткой через слуховую трубу. Этот нежный канал нередко закрывается у детей, чаще всего в результате острой респираторной вирусной инфекции или из-за аденоидов. В результате этого в барабанной полости происходит скопление жидкости, что в свою очередь приводит к снижению слуха. К сожалению, эта жидкость быстро нагнаивается, и развивается острый гнойный средний отит. Разрез барабанной перепонки эффективен в том случае, когда за ней происходит скопление гноя, а так как перепонка у детей толстая, то не происходит ее самопроизвольного разрыва. В таком случае гной ищет себе выход: заполняет воздушные клетки сосцевидного отростка, и развивается мастоидит. Могут повреждаться рядом лежащие слуховой, лицевой нервы. Тоненькая костная стенка, нередко со щелями, отделяет барабанную полость от черепной ямки.

У Вашего ребенка наступило подобное осложнение.

Для того чтобы удалить скопившийся гной из барабанной полости, сосцевидного отростка и ускорить выздоровление, ребенку предстоит операция, которая называется «антромастоидотомия».

Если не делать операцию:

1. Гнойное воспаление может перейти в полость черепа (менингит, энцефалит, абсцесс мозга).

2. Может наступить снижение слуха (глухота), появиться головокружение.

3. Наступит повреждение лицевого нерва с поражением мышц лица.

4. Инфекция попадет в кровоток (сепсис).

Как проводят операцию?

Антростомию выполняют посредством разреза за ушной раковиной, что отображено на рис. 2, *а*. Этот разрез позволяет подойти к косточке (сосцевидному отростку), где развилось нагноение. Цель операции — удалить гной из полостей среднего уха. В результате хирургического вмешательства образуется послеоперационная полость сосцевидного отростка (рис. 2, *б*). В ряде случаев ее удается закрыть: на кожу накладывают швы. Однако чаще всего из-за большого воспаления и разрушения кости, рану оставляют открытой. Для того чтобы такая полость закрылась, понадобится около месяца.



Рис. 2. Антростомиа:
а — разрез за ухом; *б* — вид заушной раны

При необходимости для лучшего оттока гноя делают (или повторяют) разрез барабанной перепонки. Для того чтобы сделанное отверстие быстро не зарастало, в него подводят специальный шунтик (катушечку). Эту часть операции выполняют под микроскопом.

Какой наркоз используют для выполнения операции?

Данную операцию детям выполняют под общим обезболиванием.

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

После операции:

1. В течение 24 часов ребенок нуждается в особом наблюдении в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

2. В фазе пробуждения может наблюдаться беспокойство или сонливость.

3. Имеет место, как правило, непродолжительная боль в области раны.
4. Может быть легкое и неопасное кровотечение из уха.

Редко встречающиеся последствия:

1. Образование толстого (келоидного) рубца кожи за ухом.
2. Парез мышц лица.
3. Головокружение.
4. Сохраняющееся снижение слуха.

До тех пор, пока будет существовать дырочка в барабанной перепонке, пожалуйста, следите, чтобы вода не попадала в ухо ребенка. Особенно следите за этим во время купания и мытья головы.

Прямая ларингоскопия

Предлагаемая Вашему ребенку операция представляет собой осмотр гортани с помощью специального оптического инструмента. Данный метод позволяет с помощью зрения установить истинное состояние этого органа.

В случае попадания в гортань инородного тела, которое представляет опасность для жизни ребенка, так как может перекрыть просвет дыхательных путей, ларингоскопия — единственный способ удалить предмет и спасти жизнь ребенка. Прямой осмотр гортани также необходим для определения ее состояния у маленьких детей с подозрением на опухоль, кисту, врожденные аномалии развития и прочие состояния гортани и трахеи, вызывающие затруднения дыхания и изменения голоса.

Как выполняют эту операцию?

Операцию выполняют под общей анестезией (рис. 3). Ларингоскоп через рот вводят в глотку и устанавливают перед гортанью, после чего осматривают гортань и при необходимости выполняют хирургические манипуляции (удаление папиллом, инородных тел, кист, рассечение мембран и т. д.)

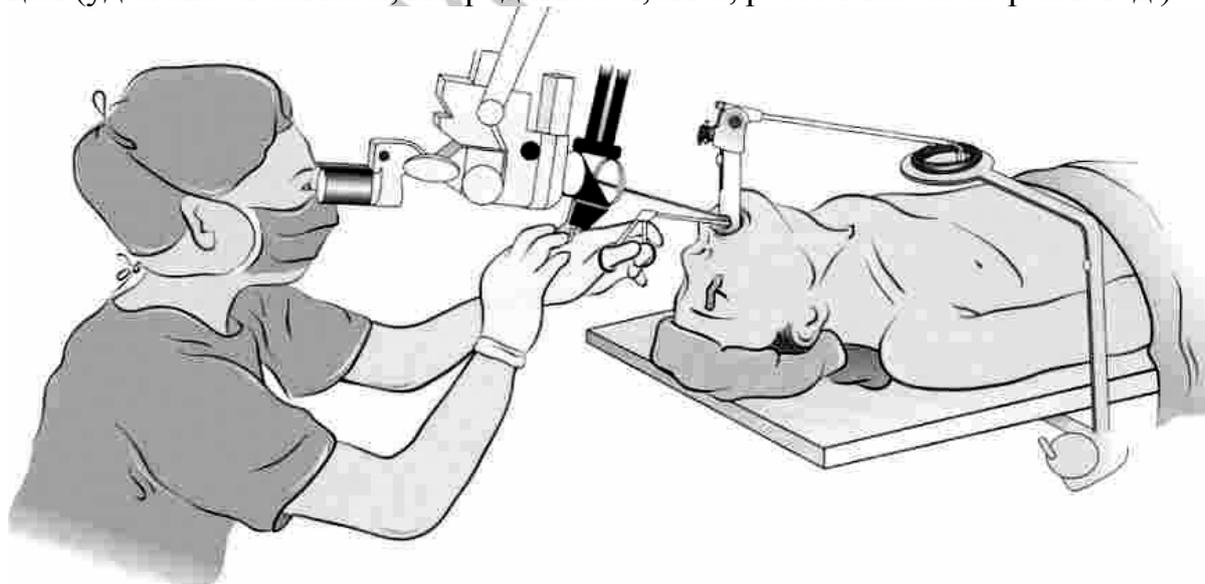


Рис. 3. Прямая ларингоскопия

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Возможные осложнения.

Отсутствие осложнений при данной операции не может гарантировать ни один врач, хотя они встречаются нечасто.

При проведении трубки в дыхательные пути могут отмечаться повреждение зубов, травма слизистой оболочки полости рта, губ, языка. Небольшие повреждения слизистой оболочки полости рта после операции могут вызвать легкую болезненность, которая проходит самостоятельно.

Повреждения гортани, трахеи или бронхов встречаются редко. Легкий отек слизистой оболочки голосовых складок кратковременно после операции сопровождается охриплостью голоса, у маленьких детей — затруднением дыхания. Как правило, после введения необходимых лекарств эти симптомы исчезают.

В редких случаях для удаления инородного тела, которое перекрывает просвет дыхательных путей, приходится выполнять трахеотомию (специальное отверстие в трахее, через которое ребенок будет дышать).

Очень редко происходит разрыв плевры и попадание воздуха между двумя ее листками (пневмоторакс).

После хирургического вмешательства необходимо учитывать следующее:

1. Если операция выполнена под наркозом, то в фазе пробуждения у некоторых детей может быть возбуждение, а у других — сонливость.

2. После выполнения ларингоскопии необходимо следить за дыханием, поэтому ребенок остается в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Ларинготрахеобронхоскопия

Почему Вашему ребенку необходима операция, которая называется «ларинготрахеобронхоскопия»?

Предлагаемая Вашему ребенку операция представляет собой осмотр гортани, трахеи и бронхов с помощью специального оптического инструмента. Данный метод позволяет визуально установить истинное состояние этих органов (рис. 4).

В случае попадания инородного тела в дыхательные пути ларинготрахеобронхоскопия — это единственный способ удалить инородное тело, которое представляет опасность для жизни ребенка, так как может перекрыть просвет дыхательных путей. Неудаленное инородное тело может также вызвать нагноение и явиться причиной воспаления легких.

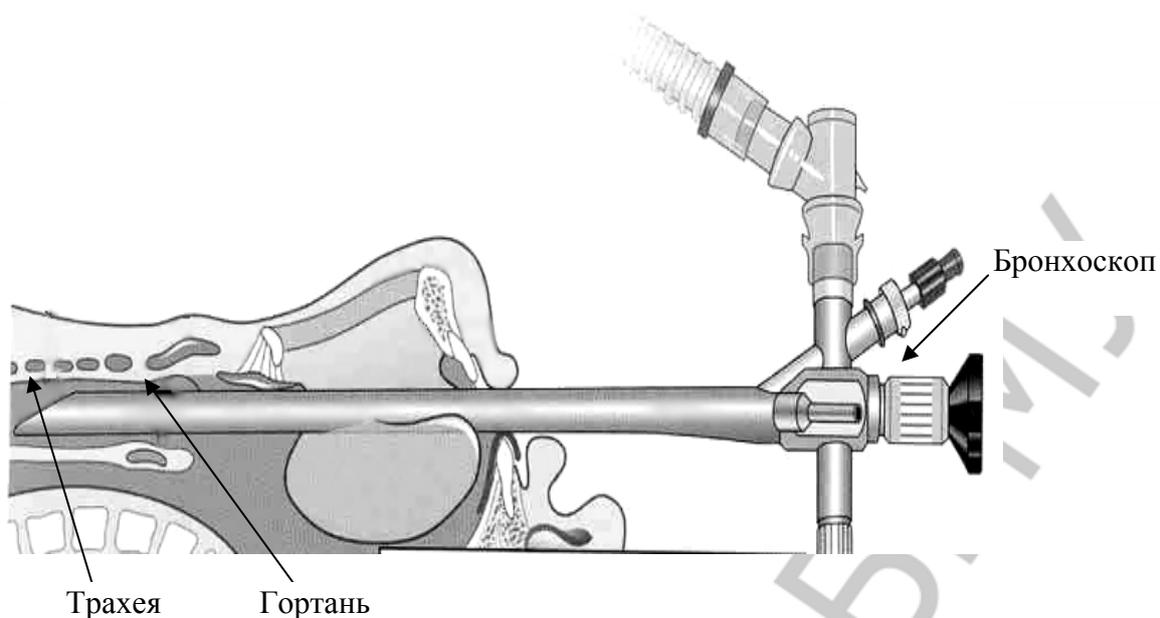


Рис. 4. Ларинготрахеобронхоскопия

Как выполняют эту операцию?

Операцию выполняют под общей анестезией. Бронхоскоп (в виде жесткой металлической трубки или гибкого фиброскопа) через рот вводят в трахею и бронхи.

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Возможные осложнения.

Отсутствие осложнений при данной операции не может гарантировать ни один врач, хотя они встречаются нечасто.

При проведении трубки в дыхательные пути может отмечаться повреждение зубов, травма слизистой оболочки полости рта, губ, языка. Небольшие повреждения слизистой оболочки полости рта после операции могут вызвать легкую болезненность, которая проходит самостоятельно.

Повреждения гортани, трахеи или бронхов встречаются редко. Легкий отек слизистой оболочки голосовых складок кратковременно после операции сопровождается охриплостью голоса, у маленьких детей — затруднением дыхания. Как правило, после введения необходимых лекарств эти симптомы исчезают.

В редких случаях для удаления инородного тела, которое перекрывает просвет дыхательных путей, приходится выполнять трахеотомию (специальное отверстие в трахее, через которое ребенок будет дышать).

Очень редко происходит разрыв плевры и попадание воздуха между двумя ее листками (пневмоторакс).

После хирургического вмешательства необходимо учитывать следующее:

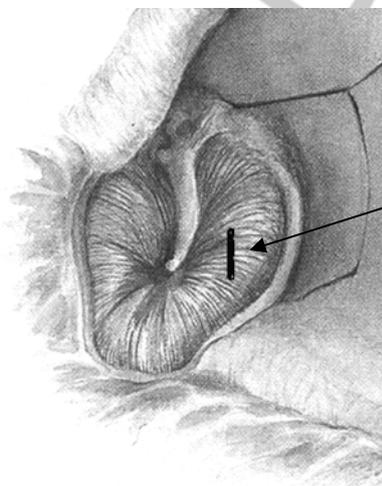
1. Если операция выполнена под наркозом, то в фазе пробуждения у некоторых детей может быть возбуждение, а у других — сонливость.
2. После выполнения ларинготрахеобронхоскопии необходимо следить за дыханием, поэтому ребенок остается в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Парацентез (РАЗРЕЗ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ)

Почему Вашему ребенку необходима маленькая операция, которая называется «парацентез»?

Предлагаемый Вашему ребенку разрез барабанной перепонки (рис. 5) эффективен в том случае, когда полость среднего уха плохо вентилируется через слуховую трубу, которая соединяет его с носоглоткой.

Этот нежный канал часто закрывается у детей, чаще всего в результате острой респираторной вирусной инфекции или из-за аденоидов. В результате этого в барабанной полости происходит скопление жидкости, которая быстро превращается в гной. Разрыв барабанной перепонки не происходит, так как у детей она толстая. Этот гной может искать



Место разреза (парацентеза)

Рис. 5. Парацентез барабанной перепонки

себе выход: среднее ухо соседствует с черепной ямкой, а если нет оттока гнойного содержимого, ячейки височной кости легко им заполняются, и возникают различные осложнения (рядом находится нерв, который отвечает за слух и вестибулярные реакции, а также лицевой нерв, обеспечивающий движения мышц лица). Поэтому главная цель парацентеза — дать отток гною, скопившемуся за барабанной перепонкой, чтобы не возникли опасные для жизни и здоровья осложнения.

Как выполняют эту операцию?

Как правило, эту операцию выполняют под местной анестезией (закапывают обезболивающие капли в ухо) или под общим наркозом.

Осложнения при проведении данной операции чрезвычайно редки. После прекращения гноетечения искусственно сделанная дырочка самостоятельно быстро закрывается и, как правило, не оставляет никаких руб-

цов. Развитие хронического отита после парацентеза — очень редкое явление.

После хирургического вмешательства необходимо учитывать следующее:

1. Если операция выполнена под наркозом, то в фазе пробуждения у некоторых детей может быть возбуждение, а у других — сонливость.

2. После выполнения парацентеза может быть кратковременное кровотечение из уха или вытекание другой жидкости. На это не стоит обращать внимание.

3. Непродолжительное время может беспокоить боль в ухе или чувство тяжести.

До тех пор, пока будет существовать дырочка в барабанной перепонке, пожалуйста, следите, чтобы вода не попадала в ухо ребенка. Особенно следите за этим во время купания и мытья головы.

Операции при полипозных синуситах (удаление полипов из полости носа и околоносовых пазух)

Что вы должны знать о придаточных пазухах носа?

Придаточные пазухи носа — полости, заполненные воздухом, находящиеся в костях лицевого черепа и сообщающиеся с полостью носа через очень узкие отверстия. Всего у человека имеются четыре пазухи с каждой стороны: верхнечелюстные (гайморовы), лобные, основные и клетки решетчатой кости. При острых респираторных заболеваниях выводные отверстия пазух могут закрываться из-за отека и воспаления слизистой оболочки. При этом пазухи заполняются жидкостью, которая очень быстро нагнаивается, и развивается острый синусит. В зависимости от того, какая пазуха поражена, различают синуситы верхнечелюстные (гаймориты), фронтиты, этмоидиты и крайне редко встречающиеся сфеноидиты.

Что такое полипы?

Полипы в полости носа и околоносовых пазухах представляют собой образования очень отечной слизистой оболочки, которые перекрывают просвет полости носа и мешают нормальному дыханию. Чаще всего образованию полипов способствует хроническое воспаление и аллергия.

Опасна ли операция?

Дыхание через рот приводит к тому, что неочищенный и несогретый воздух попадает в трахею и бронхи, что в свою очередь способствует воспалению нижних дыхательных путей. При наличии полипов в полости носа пациент теряет обоняние.

Полипы затрудняют правильную вентиляцию околоносовых пазух и начинают заполнять гайморову, лобную, решетчатую пазухи (рис. 6).

Воспаление в полости носа и околоносовых пазухах приводит к головной боли, утомляемости, повышенной раздражительности ребенка. При присоединении гнойной инфекции легко может развиваться осложнение в виде менингита, абсцесса мозга, отека и воспаления тканей орбиты, сепсиса и др.

Полипы способствуют возникновению проблем в среднем ухе.

Медикаментозная терапия представляет собой вспомогательные методы лечения, а устранить механическое закрытие дыхательных путей позволяет операция.

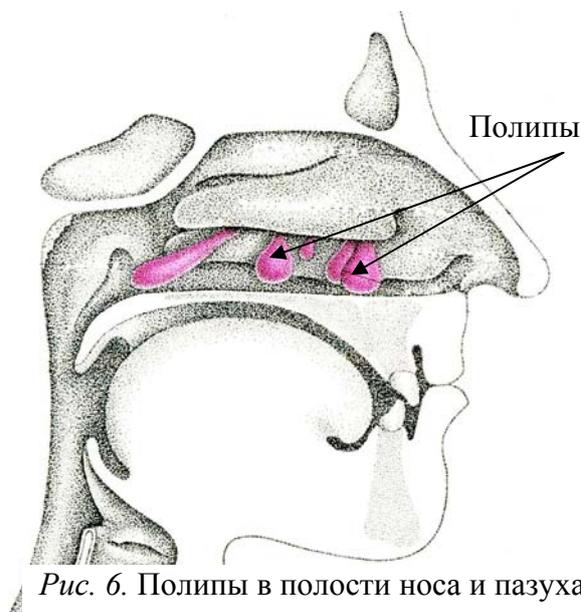


Рис. 6. Полипы в полости носа и пазухах

Как выполняют эту операцию?

Операцию выполняют под общей анестезией. Специальной петлей удаляют полипы из полости носа. Если полипы есть и в пазухах, то приходится удалять полипы и оттуда. Санирующую операцию придаточных пазух носа в зависимости от распространенности процесса осуществляют по-разному: при фронтите и этмоидите — через разрез в области брови с переходом на спинку носа, при верхнечелюстном синусите — через рассечение в преддверии рта, под верхней губой. Этот разрез позволяет вскрыть пораженную пазуху, удалить из нее патологическое содержимое (санировать) и расширить отверстия, ведущие из пазух в полость носа. В результате хирургического вмешательства образуется послеоперационная полость. В ряде случаев ее закрывают, на кожу накладывают швы. Однако чаще всего при наличии большого воспаления и разрушения кости, рану оставляют открытой. Для того чтобы такая полость закрылась, понадобится около месяца. Рана под губой обычно заживает быстрее (за 1,5–2 недели).

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Возможные осложнения.

Отсутствие осложнений при данной операции не может гарантировать ни один врач, хотя они встречаются нечасто.

Так как при удалении полипов возникает большая раневая поверхность, а слизистая оболочка полости носа имеет много сосудов, то может

возникнуть кровотечение, для остановки которого используется тампонада. Тампон в полости носа находится 2–3 дня.

В редких случаях после операции беспокоят боли в области лица.

Так как вокруг полости носа находятся важные органы, есть небольшая вероятность повреждения нервов и глаза, оболочек мозга. Возможно образование толстого (келоидного) или втянутого рубца кожи в области раны, что встречается редко и зависит от особенностей организма ребенка.

После выполнения санлирующей операции придаточных пазух носа:

1. В течение 24 часов ребенок нуждается в особом наблюдении в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

2. В фазе пробуждения может наблюдаться беспокойство или сонливость.

3. Отмечается, как правило, непродолжительная боль в области раны.

4. В полости носа на несколько суток оставляют тампоны. Может быть кратковременное кровотечение из носа или вытекание другой жидкости. Это не должно Вас беспокоить, и требует лишь периодической смены наружной повязки.

5. Некоторое время может беспокоить боль в послеоперационной области или чувство тяжести.

6. Следует оберегаться простудных заболеваний

7. В течение месяца не заниматься физкультурой и спортом, не плавать и не нырять.

8. Ребенок должен быть под наблюдением педиатра и аллерголога.

Пункция верхнечелюстной (гайморовой) пазухи

Что вы должны знать о придаточных пазухах носа?

Придаточные пазухи носа — полости, заполненные воздухом, находящиеся в костях лицевого черепа и сообщающиеся с полостью носа через очень узкие отверстия. Всего у человека имеются восемь пазух: парные верхнечелюстные (гайморовы), лобные, основные и клетки решетчатой кости. При острых респираторных заболеваниях выводные отверстия пазух могут закрываться из-за отека и воспаления слизистой оболочки. При этом пазухи заполняются жидкостью, которая очень быстро нагнаивается, и развивается острый синусит. В зависимости от того, какая пазуха поражена, различают синуситы верхнечелюстные (гаймориты), фронтиты, этмоидиты и крайне редко встречающиеся сфеноидиты.

Почему Вашему ребенку необходима маленькая операция, которая называется «пункция верхнечелюстной (гайморовой) пазухи»?

Предлагаемая Вашему ребенку пункция верхнечелюстной (гайморовой) пазухи (рис. 7) необходима в том случае, когда полость пазухи вслед-

ствие блокады ее выводного отверстия изолирована от полости носа, и есть подозрения на наличие в пазухе патологического содержимого. В связи с тем, что гнойное содержимое пазухи может искать себе выход (а пазухи носа соседствуют с черепной ямкой, орбитой глаза, зрительным нервом), и возникают различные осложнения: отек и флегмона орбиты, менингит, абсцесс мозга, сепсис. Поэтому главная цель пункции пазухи — дать отток гною, удалить его из пораженной пазухи, чтобы не возникли грозные осложнения.

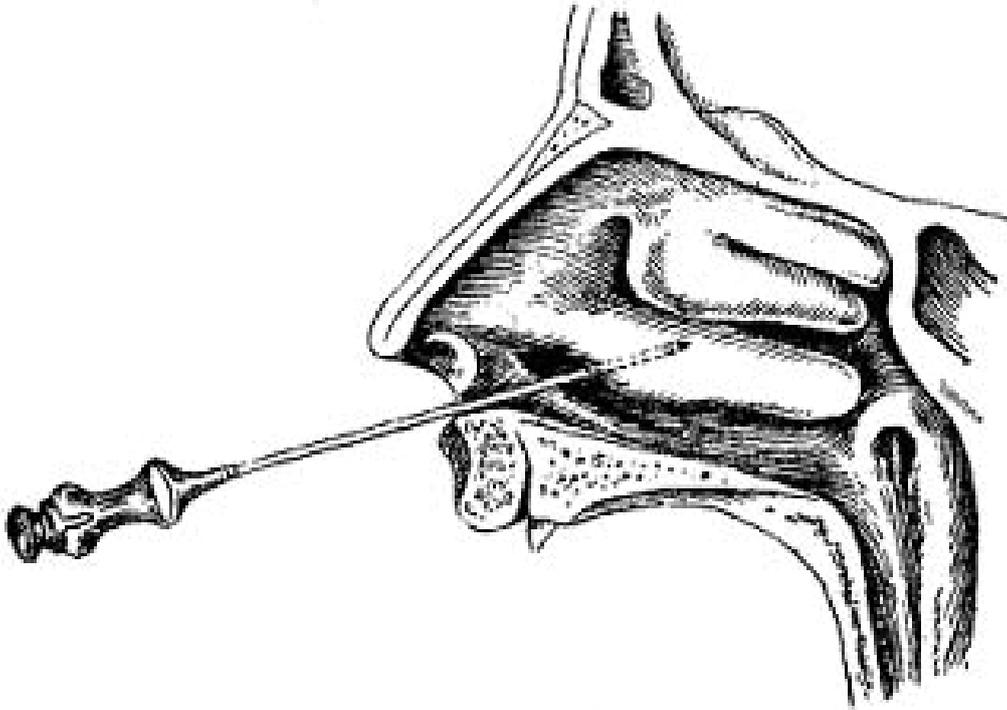


Рис. 7. Пункция верхнечелюстной пазухи

Как выполняют эту операцию?

Данную операцию выполняют под местной анестезией (смазывают обезболивающим раствором слизистую оболочку носа в месте пункции) или под наркозом. Пункция выполняется через внутреннюю стенку пазухи без повреждения кожных покровов лица, не оставляет видимых следов. После промывания пазухи в нее вводят антибактериальные лекарства.

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Сколько пункций необходимо сделать для излечения от гайморита?

При наличии гноя в пазухе одной пункции для излечения недостаточно. Обычно выполняются 3–5 пункций (максимально — 10) при лечении острого верхнечелюстного синусита (гайморита).

Осложнения при проведении данной операции чрезвычайно редки. После пункции искусственно сделанная дырочка самостоятельно быстро

закрывается и, как правило, не оставляет никаких последствий. Развитие хронического синусита вследствие пункции невозможно.

Репозиторий БГМУ

После выполнения пункции верхнечелюстной (гайморовой) пазухи:

1. Может быть кратковременное кровотечение из носа или вытекание другой жидкости. На это не стоит обращать внимание.
2. Непродолжительное время может беспокоить боль в носу или чувство тяжести.
3. У некоторых детей в фазе пробуждения (если операция выполнена под наркозом) может быть возбуждение, а у других — сонливость.

Редрессация (репозиция) костей носа

Что вы должны знать о строении наружного носа?

Форма наружного носа определяется в основном строением парных носовых костей, которые прикрепляются к лобной кости и сращены по средней линии, образуя спинку носа. Форма передних отделов носа определяется хрящами перегородки и крыльев носа. В зависимости от характера и механизма травмы форма носа может измениться вследствие перелома или взаимного смещения носовых костей, перелома или смещения хрящей перегородки, образования гематом мягких тканей наружного носа или перегородки носа. Вскоре после травмы развивается отек тканей носа, что усугубляет видимую деформацию. При обследовании пациента с травмой носа врач-оториноларинголог, кроме осмотра, обязательно назначает рентгенографию костей носа в 2 проекциях. При подозрении на черепно-мозговую травму дополнительно — рентгенографию черепа и консультацию невролога или нейрохирурга.

В первые часы после травмы при наличии перелома носовых костей, приведших к деформации носа, выполняется репозиция (редрессация) костей носа. Если развившийся отек не позволяет определить состояние носовых костей, проводится противоотечное, противовоспалительное лечение, и после ликвидации отека, не позднее 5–7 суток с момента травмы, выполняется редрессация.

Как выполняют эту операцию?

Редрессация (репозиция) костей носа в зависимости от характера смещения отломков выполняется без обезболивания (пальцевое вправление), под местным обезболиванием или под наркозом. Специальными инструментами (элеваторами) кости носа устанавливаются в правильное положение и фиксируются тампонами, которые вводятся в полость носа на 3–4 дня (рис. 8).

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Осложнения при проведении данной операции редки, связаны с обширностью травмы и сопутствующими заболеваниями.

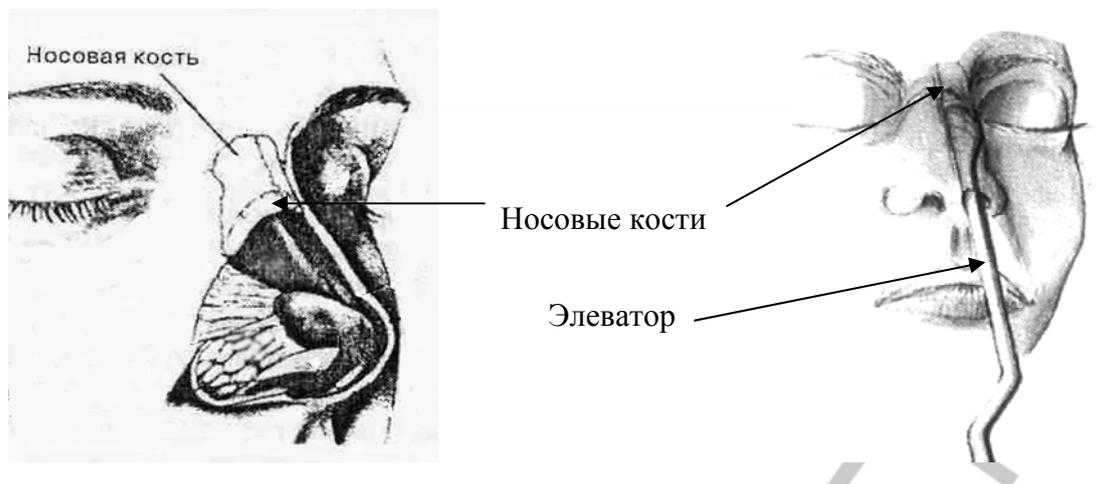


Рис. 8. Редрессация костей носа

После выполнения редрессации (репозиции) костей носа:

1. Может быть кратковременное кровотечение из носа или вытекание другой жидкости через тампон. Это не должно Вас беспокоить и требует лишь периодической смены наружной повязки.

2. Некоторое время может беспокоить боль или чувство тяжести в области носа.

3. Если выполнена под наркозом, то в фазе пробуждения у некоторых детей может быть возбуждение, а у других — сонливость.

4. Если была выполнена под наркозом, ребенок нуждается в особом наблюдении в течение 12–24 часов в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

5. После выписки из стационара следует оберегаться простудных заболеваний.

6. В течение месяца не заниматься физкультурой и спортом, не плавать и не нырять.

Подслизистая резекция перегородки носа (септум-пластика)

Что вы должны знать о строении носа?

Различают наружный нос — то, что мы видим ежедневно в зеркале и в обиходе называем носом, полость носа и придаточные его пазухи. Полость носа достаточно сложно устроена и представляет собой носовые ходы, ведущие в носоглотку, формирующиеся снаружи носовыми раковинами, по средней линии — перегородкой носа, снизу — твердым небом, сверху и спереди — носовыми костями и хрящами наружного носа. Основная функция носа — проведение воздуха в нижние дыхательные пути, его очищение и увлажнение. В этом большую роль играют его придаточ-

ные пазухи. Кроме того, нос несет весьма важную эстетическую функцию, определяя своеобразие личности и характера человека.

Таким образом, при нарушении формы и структуры наружного носа и внутренних его частей возникают две проблемы: нарушается функция носового дыхания и страдает внешность человека.

Основной причиной нарушения функции носового дыхания являются травмы, непосредственно деформирующие структуры носа, а также вызывающие неправильный рост наружного носа и перегородки носа. Нередко искривление перегородки передается по наследству. Операции по исправлению формы носа и его перегородки выполняют не ранее чем через 6 месяцев после получения травмы и при условии завершения процесса формирования лицевого скелета, то есть в 14–16 лет. Редко эти операции делают и детям более раннего возраста, но только в том случае, если искривление перегородки носа привело к развитию тяжелых, угрожающих жизни заболеваний придаточных пазух носа и уха. При этом имеется высокий риск развития повторных деформаций носа и его перегородки в поздние сроки после операции.

Не всегда, в связи с особенностями и степенью деформации, хирург может выполнить одномоментно исправление формы наружного носа и перегородки. В таких случаях приоритет отдается функциональной части операции для обеспечения носового дыхания.

Почему Вашему ребенку необходима операция, которая называется «резекция перегородки носа (септум-пластика)»?

Искривленная перегородка носа, значительно затрудняя дыхание (рис. 9), вызывает нарушение вентиляции придаточных пазух носа и функции слуховых труб, что приводит к развитию хронических заболеваний (хронический отит, синусит). Исправляя перегородку, мы создаем благоприятные условия для излечения сопутствующих заболеваний и обеспечиваем пациенту свободное дыхание через нос.

Как выполняют эту операцию?

Подслизистая резекция перегородки носа — операция высшей категории сложности, которую выполняют под наркозом.

Все разрезы, манипуляции

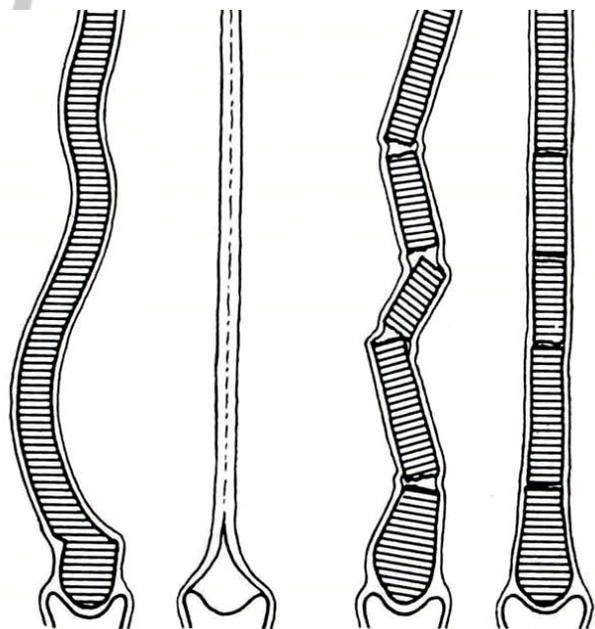


Рис. 9. Виды искривлений перегородки носа

врач делает внутри полости носа, без повреждения кожи. Суть операции заключается в расслоении перегородки, выделении искривленной хрящевой и костной частей, удалении тех частей хряща и кости, которые определяют кривизну перегородки (рис. 9). После этого хирург устанавливает перегородку в нужное положение и фиксирует тампонами, которые вводит в носовые ходы. При необходимости накладываются швы. Тампоны из носа поэтапно, в течение 3–4 дней, удаляют. В послеоперационном периоде в некоторых случаях назначаются антибактериальные и обезболивающие лекарства. В больнице находиться нужно 3–4 дня после удаления тампонов (всего 8–10 суток).

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Возможные осложнения.

Отсутствие осложнений при данной операции не может гарантировать ни один врач, хотя они встречаются нечасто.

Так как при данной операции возникает большая раневая поверхность, а слизистая оболочка полости носа имеет много сосудов, то может возникнуть кровотечение, для остановки которого используется тампонада.

В редких случаях после операции беспокоят боли в области лица.

Так как вокруг полости носа находятся важные органы, есть вероятность повреждения нервов и глаза, оболочек мозга.

В послеоперационном периоде возможно развитие воспалительного процесса в полости носа и придаточных пазухах (синусит, абсцесс перегородки и др.)

После выполнения резекции перегородки носа необходимо учитывать следующее:

1. После выполнения операции под наркозом ребенок нуждается в особом наблюдении в течение 12–24 часов в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

2. В фазе пробуждения может наблюдаться беспокойство или сонливость.

3. Полное заживление носа происходит в течение месяца, в связи с чем ребенок должен находиться под наблюдением ЛОР-врача поликлиники с осмотрами не реже 1 раза в неделю во избежание развития синехий (сращений) в полости носа.

4. Окончательно формирование перегородки, процесс образования рубцовой ткани завершаются через 6–12 месяцев.

5. После выписки из стационара следует оберегаться простудных заболеваний.

6. В течение месяца не заниматься физкультурой и спортом, не плавать и не нырять.

Санитарная операция среднего уха (радикальная операция)

Вашему ребенку предстоит операция, так как воспаление среднего уха приобрело хронический характер или привело к осложнению.

Что вы должны знать о среднем ухе?

Среднее ухо включает в себя барабанную перепонку, барабанную полость, слуховые косточки. Барабанная перепонка передает звуковые волны на слуховые косточки, которые работают как усилитель. Внутреннее ухо перерабатывает звуковую информацию. Барабанная полость соединена с носоглоткой через слуховую трубу. Этот нежный канал часто закрывается у детей, нередко в результате острой респираторной вирусной инфекции или из-за аденоидов. В результате этого в барабанной полости происходит скопление жидкости, которая быстро превращается в гной.

Хроническое воспаление среднего уха возникает чаще всего вследствие тяжелого острого отита или из-за снижения защитных сил организма ребенка, или из-за плохой работы слуховой трубы. В барабанной перепонке происходит образование дырки (перфорации), которая в силу разных причин не может закрыться.

Перфорация барабанной перепонки, рубцы, постоянное воспаление слизистой оболочки барабанной полости, разрушение слуховых косточек, снижение слуха, повторяющееся гноетечение — следствия данного процесса.

Какие есть варианты лечения?

Капли в ухо, антибиотики помогают на какое-то время остановить гноетечение.

Осуществляют мероприятия, которые улучшают функцию слуховой трубы, нормализуют носовое дыхание, удаляют другие источники инфекции: аденотомию, тонзиллотомию, тонзиллэктомию, исправляют искривленную носовую перегородку, лечат синусит.

Без операции хроническое воспаление среднего уха самостоятельно проходит в исключительно редких случаях. Операция помогает остановить процесс разрушения височной кости, избежать распространения инфекции в полость черепа.

Слуховой аппарат, который способствует улучшению слуха, нельзя использовать при гноетечении.

Если не делать операцию?

Гной ищет себе выход: заполняет воздушные клетки сосцевидного отростка, и развивается мастоидит. Наступает разрушение височной кости. Могут повреждаться рядом лежащие слуховой, лицевой нервы. Тоненькая костная стенка, нередко со щелями, отделяет барабанную полость от черепной ямки. Она также может разрушаться.

При хроническом среднем отите из-за узости маленьких пространств, в которых скапливается гной, нередко развивается холестеатома. Это патологическое образование катастрофически быстро разрушает все на своем пути: слуховые косточки, слизистую оболочку барабанной полости, барабанную перепонку, повреждает нервы, сосуды. Холестеатому удалить можно только хирургическими методами.

Если радикальную операцию не выполнить:

1. Гнойное воспаление может перейти в полость черепа.
2. Может наступить снижение слуха (глухота), головокружение.
3. Наступит повреждение лицевого нерва с нарушением движений мышц лица.
4. Инфекция попадает в кровоток (развитие сепсиса).

Как проводят операцию?

Цель операции: уменьшить риск распространения инфекции в полость черепа, к важным нервам (слуховому и лицевому).

Операцию проводят через разрез кожи за ушной раковиной (рис. 10).

Гной, различные патологические образования (грануляция, холестеатома) удаляются (рис. 11), и образуется костная полость, при этом воспалительный экссудат может вытекать в наружный слуховой проход, что предотвращает развитие грозных внутричерепных осложнений (рис. 12).

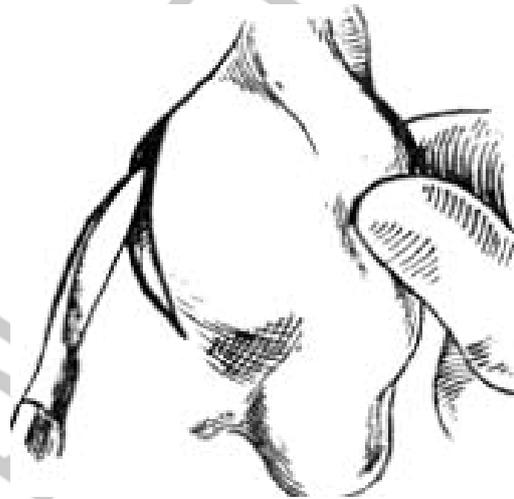


Рис. 10. Разрез за ухом при радикальной операции уха

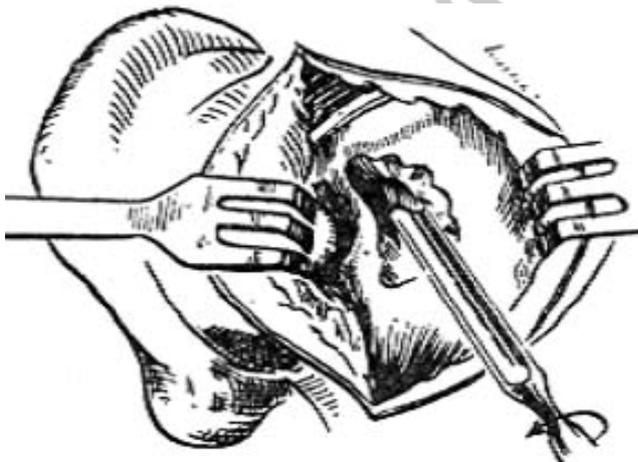


Рис. 11. Удаление гноя и патологических образований

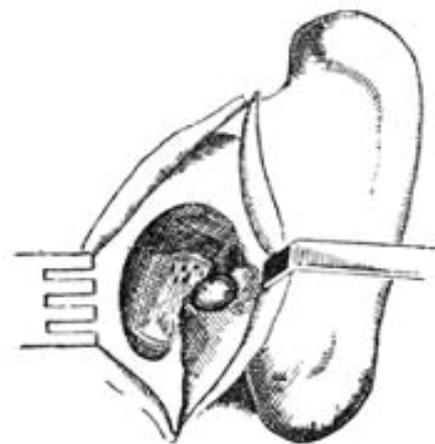


Рис. 12. Образование костной полости

При определенных возможностях (которые не всегда можно предусмотреть перед операцией) хирург старается закрыть перфорацию барабанной перепонки.

Какой наркоз используют для выполнения операции?

Данную операцию детям выполняют под общим обезболиванием.

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

После радикальной операции:

1. В фазе пробуждения может наблюдаться беспокойство или сонливость.

2. Ребенок нуждается в особом наблюдении в течение 24 часов после операции в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

3. Определяется, как правило, непродолжительная боль в области раны.

4. Возможно легкое и неопасное кровотечение из уха.

В зависимости от особенностей операции, Ваш врач сообщит Вам, будут ли назначены антибиотики и другое лечение, когда удалят тампоны, снимут швы, как часто Вам потребуется в поликлинике посещать ЛОР-врача.

После выписки из стационара следите, чтобы вода не попадала в ухо. Полеты на самолете противопоказаны в течение 3–6 недель.

Редко встречающиеся последствия операции:

1. Образование толстого (келоидного) рубца кожи за ухом.

2. Парез мышц лица.

3. Головокружение.

4. Сохраняющееся снижение слуха.

Санлирующая операция придаточных пазух носа

Что вы должны знать о придаточных пазухах носа?

Придаточные пазухи носа — полости, заполненные воздухом, находящиеся в костях лицевого черепа и сообщающиеся с полостью носа через очень узкие отверстия. Всего у человека имеется по четыре пазухи с каждой стороны: верхнечелюстные (гайморовы), лобные, основные и клетки решетчатой кости. При острых респираторных заболеваниях выводные отверстия пазух могут закрываться из-за отека и воспаления слизистой оболочки. При этом пазухи заполняются жидкостью, которая очень быстро нагнаивается, и развивается острый синусит. Вследствие тех же причин в пазухах формируются кисты, развивается хроническое воспаление. В зависимости от того, какая пазуха поражена, и различают синуситы верхнечелюстные (гаймориты), фронтиты, этмоидиты и крайне редко встречающиеся сфеноидиты.

Почему Вашему ребенку необходима операция, которая называется «санирующая операция придаточных пазух носа»?

В связи с тем, что гнойное содержимое больной пазухи может искать себе выход и, соответственно, разрушать ее стенки (а пазухи носа соседствуют с черепной ямкой, орбитой глаза, зрительным нервом, крупными сосудами), возникают различные осложнения: отек и флегмона век, орбиты, менингит, абсцесс мозга, тромбоз венозных синусов, сепсис.

Предлагаемая Вашему ребенку санирующая операция придаточных пазух носа необходима в связи с тем, что есть подозрения (или уже развились) на описанные выше грозные осложнения. Без операции осложненный синусит вылечить невозможно.

Как выполняют эту операцию?

Оперируют под наркозом.

Санирующую операцию придаточных пазух носа в зависимости от распространенности процесса осуществляют по-разному: при фронтите и этмоидите — через разрез в области брови с переходом на спинку носа (рис. 13), при верхнечелюстном синусите — через рассечение в преддверии рта, под верхней губой (рис. 14). Этот разрез позволяет вскрыть пораженную пазуху, удалить из нее патологическое содержимое (санировать) и расширить отверстия, идущие из пазух в полость носа (рис. 15). В результате операции образуется послеоперационная полость. В ряде случаев ее закрывают: на кожу накладывают швы. Однако чаще всего при наличии большого воспаления и разрушения кости, рану оставляют открытой. Для того чтобы такая полость закрылась, понадобится около месяца. Рана под губой обычно заживает быстрее (за 1,5–2 недели).



Рис. 13. Разрез по надбровной дуге при фронтитомии

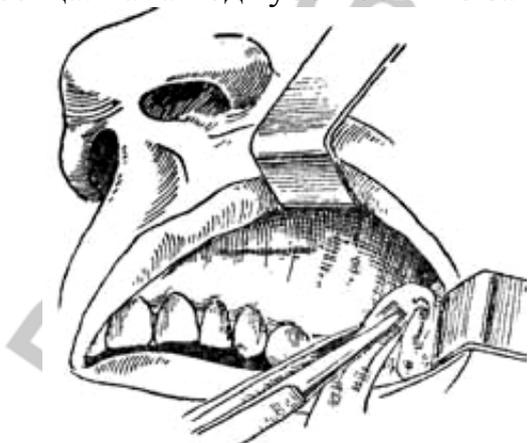


Рис. 14. Разрез под губой при гайморотомии

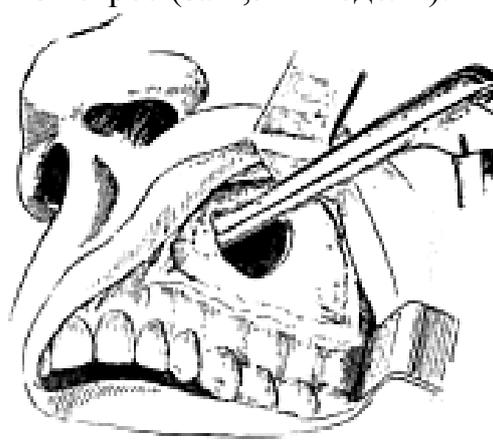


Рис. 15. Удаление патологической ткани из пазухи

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Возможные осложнения.

Отсутствие осложнений при данной операции не может гарантировать ни один врач, хотя они встречаются нечасто.

Так как при операции возникает большая раневая поверхность, а слизистая оболочка полости носа имеет много сосудов, то может возникнуть кровотечение, для остановки которого используется тампонада. Тампон в полости носа находится 2–3 дня.

В редких случаях после операции беспокоят боли в области лица.

Так как вокруг полости носа находятся важные органы, есть небольшая вероятность повреждения нервов и глаза, оболочек мозга. Возможно образование толстого (келоидного) или втянутого рубца кожи в области раны, что встречается редко и зависит от особенностей организма ребенка.

После выполнения saniрующей операции придаточных пазух носа:

1. Проведенной под наркозом, ребенок нуждается в особом наблюдении в течение 12–24 часов в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации; в фазе пробуждения у некоторых детей может быть возбуждение, а у других — сонливость.

2. В полости носа на несколько суток оставляют тампоны. Может быть кратковременное кровотечение из носа или вытекание другой жидкости через тампон. Это не должно Вас беспокоить и требует лишь периодической смены наружной повязки.

3. Некоторое время может беспокоить боль в области операции или чувство тяжести.

4. После выписки из стационара следует оберегаться простудных заболеваний.

5. В течение месяца не заниматься физкультурой и спортом, не плавать и не нырять.

Эндоскопия верхнечелюстной пазухи (антроскопия, синусоскопия)

Что вы должны знать о придаточных пазухах носа?

Придаточные пазухи носа — полости, заполненные воздухом, находящиеся в костях лицевого черепа и сообщающиеся с полостью носа через очень узкие отверстия. Всего у человека имеются четыре пазухи с каждой стороны: верхнечелюстные (гайморовы), лобные, основные и клетки решетчатой кости. При острых респираторных заболеваниях выводные отверстия пазух могут закрываться из-за отека и воспаления слизистой обо-

лочки. При этом пазухи заполняются жидкостью, которая очень быстро нагнаивается, и развивается острый синусит. Вследствие тех же причин в пазухах формируются кисты, развивается хроническое воспаление. В зависимости от того, какая пазуха поражена, различают синуситы верхнечелюстные (гаймориты), фронтиты, этмоидиты и крайне редко встречающиеся сфеноидиты.

Почему Вашему ребенку необходима операция, которая называется «эндоскопия верхнечелюстной пазухи (антроскопия, синусоскопия)»?

Эндоскопия верхнечелюстной пазухи (синонимы — антроскопия, синусоскопия) выполняется при подозрении на хроническое заболевание пазухи (киста, хронический кистозный или полипозный синусит), для установления диагноза и взятия биопсии при подозрении на опухолевый процесс. Данная операция является самым современным, щадящим, мало-травматичным методом лечения кист верхнечелюстной пазухи.

Как выполняют эту операцию?

Данную операцию выполняют под местной анестезией или под наркозом.

Врач под верхней губой без повреждения кожи прокалывает переднюю стенку верхнечелюстной (гайморовой) пазухи специальным инструментом (троакаром) и вставляет в отверстие тонкую (диаметром 4 мм) трубку синусоскопа. Затем через эту трубку с помощью оптической системы врач осматривает пазуху, при необходимости промывает ее, вскрывает и удаляет оболочки обнаруженных кист, выполняет биопсию и другие манипуляции (рис. 16).

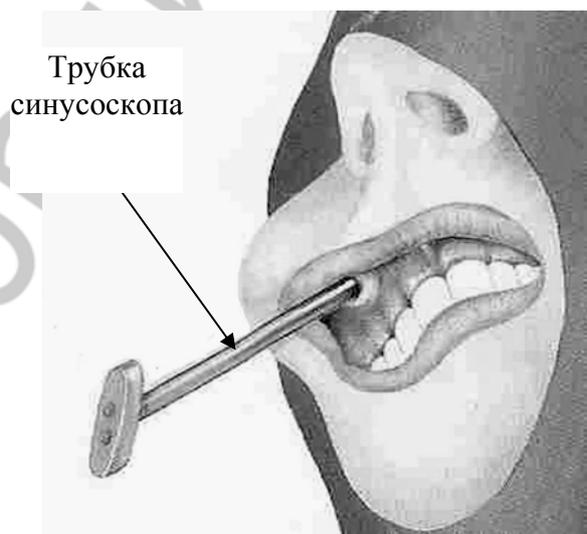


Рис. 16. Синусоскопия

Ранка под губой обычно заживает быстро (за несколько дней).

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Возможные осложнения.

Отсутствие осложнений при данной операции не может гарантировать ни один врач, хотя они встречаются нечасто.

Может возникнуть незначительное кровотечение, припухлость щеки. В редких случаях после операции беспокоят боли в области лица.

После эндоскопии верхнечелюстной пазухи:

1. Проведенной под наркозом, ребенок нуждается в особом наблюдении в течение 12–24 часов в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.
2. В фазе пробуждения может наблюдаться беспокойство или сонливость.
3. В первые дни после операции нельзя сильно продувать (отсмаркивать) нос в связи с возможностью попадания воздуха в мягкие ткани щеки.
4. После выписки из стационара следует оберегаться простудных заболеваний.
5. В течение месяца не заниматься физкультурой и спортом, не плавать и не нырять.

Трепанопункция (трепанация) лобной пазухи

Что вы должны знать о придаточных пазухах носа?

Придаточные пазухи носа — полости, заполненные воздухом, находящиеся в костях лицевого черепа и сообщающиеся с полостью носа через очень узкие отверстия. Всего у человека имеются четыре пазухи с каждой стороны: верхнечелюстные (гайморовы), лобные, основные и клетки решетчатой кости. При острых респираторных заболеваниях выводные отверстия пазух могут закрываться из-за отека и воспаления слизистой оболочки. При этом пазухи заполняются жидкостью, которая очень быстро нагнаивается, и развивается острый синусит. В зависимости от того, какая пазуха поражена, различают синуситы верхнечелюстные (гаймориты), фронтиты, этмоидиты и крайне редко встречающиеся сфеноидиты.

Почему Вашему ребенку необходима небольшая операция, которая называется «трепанопункция (трепанация) лобной пазухи»?

Предлагаемая Вашему ребенку трепанопункция (трепанация) лобной пазухи необходима в том случае, когда полость пазухи вследствие блокады ее выводного отверстия изолирована от полости носа, и есть подозрения на наличие в пазухе патологического содержимого. В связи с тем, что гнойное содержимое пазухи может искать себе выход (а пазухи носа соседствуют с черепной ямкой, орбитой глаза, зрительным нервом), возникают различные осложнения: отек и флегмона орбиты, менингит, абсцесс мозга, сепсис. Поэтому главная цель пункции пазухи — дать отток гною, удалить его из пораженной пазухи, чтобы не возникли грозные осложнения.

Как выполняют эту операцию?

Оперируют под местной анестезией (инъекция раствора новокаина в месте трепанации) или под наркозом. Трепанопункция выполняется специальным сверлом через переднюю стенку пазухи в области лба, после че-

го в отверстие вставляется маленькая металлическая трубочка (канюля), через которую пазуха промывается. Канюлю обычно оставляют в отверстии на несколько дней для ежедневных промываний. После промывания пазухи в нее вводят антибактериальные лекарства.

Трепанацию лобной пазухи под наркозом выполняют при высоком риске трепанопункции (малые размеры пазухи, ранний возраст ребенка, беспокойное его поведение). При этом в области брови делают небольшой разрез кожи (до 1–1,5 см), долотом или бором выполняют отверстие в стенке пазухи, промывают ее и оставляют в отверстии пластиковый дренаж для последующих промываний. На рану накладывают швы.

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

Осложнения при проведении данной операции редки. После удаления канюли искусственно сделанная дырочка самостоятельно быстро закрывается и, как правило, не оставляет никаких последствий. Развитие хронического синусита вследствие пункции невозможно.

После выполнения трепанопункции (трепанации) лобной пазухи:

1. Может быть кратковременное кровотечение из носа или вытекание другой жидкости. На это не стоит обращать внимание.

2. Непродолжительное время может беспокоить боль в области пункции или чувство тяжести.

3. Если оперировали под наркозом, то в фазе пробуждения у некоторых детей может быть возбуждение, а у других — сонливость.

4. Если оперировали под наркозом, ребенок нуждается в особом наблюдении в течение 12–24 часов в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

Хронический тонзиллит

У каждого здорового ребенка в глотке имеется лимфоидная ткань, которая объединяется в так называемое лимфоаденоидное глоточное кольцо. Оно включает небные миндалины — «гланды» (можно увидеть при осмотре рта), которые выглядят как шарики, выступающие по бокам от языка, глоточную миндалину, наблюдать которую при прямом осмотре полости рта нельзя, так как она прячется в носоглотке, за небом, язычную миндалину, располагающуюся в корне языка, а также множество лимфоидных фолликулов, рассыпанных по задней стенке глотки у входа в гортань (см. рис. 17). Эти образования помогают ребенку победить болезнетворные бактерии, попадающие в глотку при дыхании и приеме пищи, способствуют формированию местного иммунитета — защиты от возбудителей заболеваний. Кстати, в данных органах нет клеток, влияющих на половое развитие ребенка, то есть они не вырабатывают половых гормо-

нов, соответственно, при их удалении в случае необходимости (об этом далее) половое развитие не нарушается.

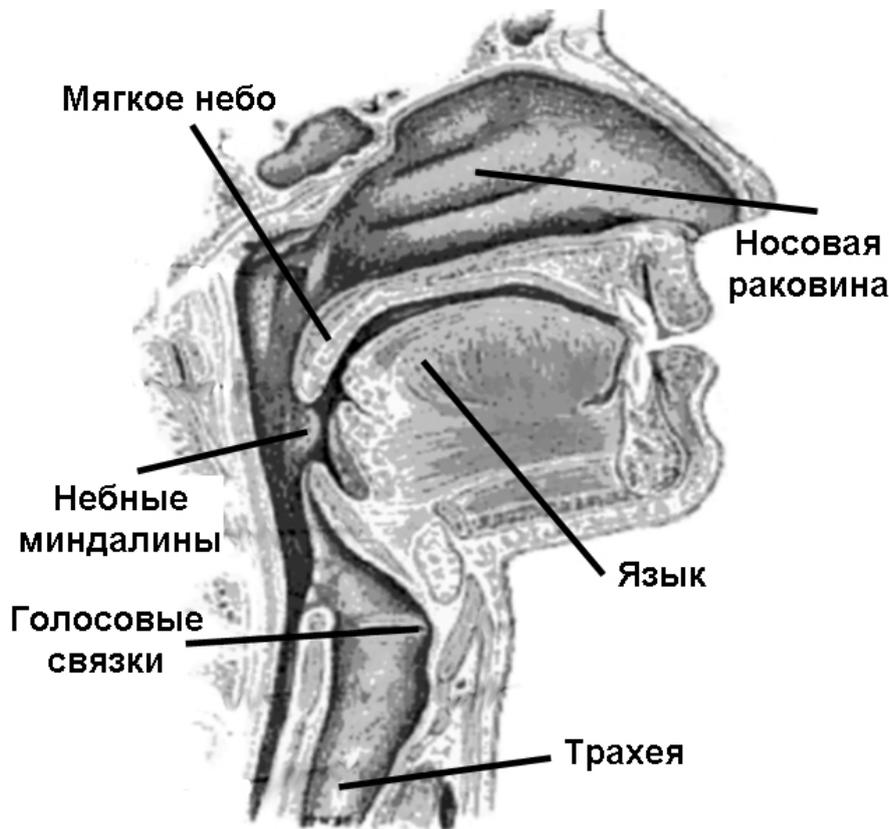


Рис. 17. Анатомическое расположение небных миндалин

В раннем детском возрасте — обычно с 2 до 5–7 лет — описанные органы работают очень напряженно, так как ребенок расширяет сферу контактов со сверстниками, посещая детский сад, и неизбежно часто заражается респираторными инфекциями. При этом если иммунные силы ребенка недостаточно сильны в связи с врожденными особенностями, экологическими факторами и другими причинами, лимфоидные органы увеличиваются в объеме. Такое увеличение небных миндалин называется гипертрофией небных миндалин, а их воспаление — тонзиллитом. Тонзиллит может быть острым и хроническим. У детей хронический тонзиллит и аденоиды (увеличенная глоточная миндалина) часто сочетаются.

Миндалины глотки оказывают значительное влияние на состояние здоровья, развитие органов, находящихся рядом. Какое же это влияние? Ощутимое препятствие для прохождения воздушной струи через нос приводит к дыханию через рот. Следствие очевидно: в дыхательные пути попадает необработанный воздух — неочищенный, несогретый и неувлажненный. Хронический воспалительный процесс, постоянно тлеющий в ткани миндалин и аденоидов и периодически обостряющийся, способствует затяжным, рецидивирующим заболеваниям трахеи и бронхов (брон-

хит, обструктивный бронхит, трахеит, фарингит), может вызвать самостоятельно или усугубить течение аллергии, в тяжелых случаях проявляющейся в виде бронхиальной астмы, аллергической ринопатии, атопического дерматита. Аденоиды и увеличенные небные миндалины, заполняя глотку, ухудшают работу слуховых труб, которые не могут в достаточном объеме доставлять воздух в среднее ухо, вследствие чего развивается секреторный отит, что может привести к снижению слуха, а при проникновении инфекции в ухо — к его острому воспалению (острому гнойному среднему отиту). Плохое дыхание через нос способствует неправильному развитию челюстно-лицевой области: нарушается прикус зубов, изменяется форма лица (так называемое «аденоидное лицо»).

Возбудители инфекционных заболеваний дыхательных путей (чаще всего стрептококки) после перенесенной ангины остаются в небных миндалинах, развивается хроническое воспаление последних — хронический тонзиллит. При стечении неблагоприятных обстоятельств (переохлаждение, стресс, вирусная инфекция) процесс в миндалинах активизируется. Это протекает в виде очередной ангины с налетами на миндалинах или гнойными пробками, что очень опасно. Каждое обострение тонзиллита может вызвать осложнения в виде заболеваний других органов и систем организма ребенка, чаще всего — ревматических заболеваний сердца и суставов, заболеваний почек (пиелита, пиелонефрита, гломерулонефрита). Кроме того, обострение тонзиллита или ангина порой вызывают осложнения в виде абсцесса (гнойника) в глотке. Это осложнение называется паратонзиллярным абсцессом.

Факторы, способствующие увеличению миндалин глотки, развитию хронического тонзиллита:

1. Наследственность. Если родители страдали аденоидами, тонзиллитом, ребенок в той или иной степени тоже с этой проблемой столкнется.
2. Воспалительные заболевания носа, горла, глотки, респираторные вирусные инфекции, корь, коклюш, скарлатина, ангины и т. д.
3. Нарушения питания (особенно перекармливание).
4. Склонность к аллергическим реакциям, врожденная и приобретенная недостаточность иммунитета.
5. Нарушения оптимальных свойств воздуха, которым дышит ребенок: жарко, сухо, много пыли, примесь вредных веществ (экологическая обстановка, избыток бытовой химии).
6. Неадекватное (неправильное) лечение острого тонзиллита (ангины). Наиболее частыми ошибками являются неполный курс лечения антибиотиком, неправильное его дозирование, нарушение лечебно-охранительного режима (ранний подъем с постели, прогулки на улице ранее 7–10 суток от начала лечения).

Таким образом, действия родителей, направленные на профилактику хронического тонзиллита, сводятся к коррекции, а еще лучше — к изначальной организации образа жизни, способствующего нормальному функционированию системы иммунитета (кормление по аппетиту, физические нагрузки, закаливание, ограничение контактов с пылью и бытовой химией).

Чем отличается хронический тонзиллит от гипертрофии миндалин?

Гипертрофия миндалин — это их увеличение в размерах в возрасте ребенка до 9–10 лет. При хроническом же тонзиллите миндалины могут быть любого размера, а отличительной особенностью заболевания является развитие в миндалинах хронического воспалительного процесса.

Если у ребенка, наряду с хроническим тонзиллитом или увеличенными небными миндалинами, есть аденоиды?

Наличие аденоидов, затрудненного носового дыхания в значительной степени влияют на развитие болезни миндалин. В этом случае отоларингологи предлагают при компенсированной форме тонзиллита, сохраняя небные миндалины, обязательно удалить аденоиды, а при декомпенсированной форме включить в объем операции по удалению небных миндалин и аденотомию, что незначительно удлиняет операцию и практически незаметно для пациента, но сильно влияет на результат операции. Если этого не сделать, у ребенка появляется высокая вероятность прогрессирования тонзиллита или аденоидита, что сведет на нет результаты тонзиллэктомии: сохранится затрудненное носовое дыхание, вновь ребенок станет часто болеть, не пройдет или усугубится храп.

Когда тонзиллит лечат, а когда делают операцию?

Существуют две формы хронического тонзиллита: компенсированная и декомпенсированная. При декомпенсированной форме без оперативного лечения не обойтись: миндалины надо удалять. Этот диагноз выставляют тогда, когда тонзиллит часто обостряется (2–3 ангины в год), процесс выходит за пределы миндалин, если развиваются заболевания отдаленных органов и систем, например, нефрит, ревматические заболевания сердца и суставов. Миндалины необходимо удалять при развитии паратонзиллярного абсцесса.

Можно и нужно ли лечить хронический тонзиллит?

Подчеркнем, что лечить не только можно, но и необходимо. Пока у ребенка не развились изменения, о которых говорилось ранее, каждые полгода следует проводить как местное лечение в виде орошений слизистой оболочки глотки водными растворами, обладающими противовоспалительными, антиаллергическими и антимикробными свойствами, так и общие методы лечения, включающие витаминные препараты, средства, влияющие на иммунную систему, местно действующие вакцинные препараты, физиопроцедуры (магнито-, лазеротерапия, ингаляции). Особенно

важным отоларингологи считают при лечении тонзиллита проведение курса промывания лакун небных миндалин (7–10 процедур на курс лечения).

Хорошо зарекомендовал себя Тонзилгон Н — препарат растительного происхождения, в состав которого входят водно-спиртовые извлечения из корня алтея, цветов ромашки, травы хвоща, листьев грецкого ореха, травы тысячелистника, коры дуба, травы одуванчика лекарственного. Фармакологические свойства препарата обусловлены биологически активными веществами, входящими в его состав (полисахаридами, эфирными маслами, флавоноидами, танинами). Он обладает противовоспалительным, антисептическим действием, уменьшает отек слизистой оболочки дыхательных путей, обладает противовирусной активностью, активизирует неспецифические факторы защиты организма.

Препарат Тонзилгон Н назначается детям как в комплексе консервативного лечения тонзиллита, так и в послеоперационном периоде на следующий после операции день в соответствии с возрастом: детям 7–14 лет — 15 капель 6 раз в день, 15–18 лет — 25 капель 6 раз в день. Капли принимают в неразбавленном виде, некоторое время подержав во рту, прежде, чем проглотить.

Как срочно следует выполнить операцию?

Операция по удалению миндалин — тонзиллэктомия — является плановой, то есть выполняется при полном здоровье ребенка или ремиссии хронических заболеваний. Нельзя оперировать во время острых заболеваний (ОРИ) и спустя 3–4 недели после выздоровления. Таким образом, всегда есть возможность провести данную операцию в благоприятный для ребенка период, что сведет к минимуму риск послеоперационных осложнений.

Вырастают ли небные миндалины вновь, возможны ли рецидивы?

Нет, полностью удаленные небные миндалины вырасти вновь не могут.

Как удаляют миндалины?

Данная операция выполняется с использованием местной или общей анестезии (наркоза). Длится 25–30 минут и при правильной психологической подготовке ребенка переносится удовлетворительно. Несложность операции не является свидетельством ее безопасности. Возможны и осложнения из-за наркоза, и кровотечения, и повреждения неба. Но все это бывает не часто.

От удаления миндалин ультразвуком и лазером хирурги давно отказались в связи с огромным риском осложнений.

Сколько времени ребенок находится в больнице после операции?

В связи с высоким риском развития кровотечения в послеоперационном периоде ребенок находится в стационаре в течение 6 суток после операции.

Что следует делать после выписки ребенка?

Ребенок выписывается из больницы под наблюдение ЛОР-врача или педиатра в поликлинике по месту жительства. Обычно рекомендуется домашний режим в течение 1–2 недель. При этом следует ограничить физические нагрузки, однако в постели ребенка держать не нужно. При приеме пищи первые дни нельзя употреблять горячую, острую пищу, кислые соки и фрукты, газированные напитки, мороженое. Через 5–7 дней режим питания становится обычным. На 10–14-е сутки после выписки при удовлетворительном общем состоянии ребенка, отсутствии повышенной температуры тела, гладком заживлении раны в глотке можно посещать детский коллектив, выходить на улицу. Нельзя лишь заниматься спортивными упражнениями, посещать бассейн. Полностью рана в глотке заживает через 3–4 недели. Через месяц после операции никаких ограничений в образе жизни и режиме питания нет.

Шунтирование барабанной полости

Почему Вашему ребенку необходима маленькая операция, которая называется «тимпанотомия и шунтирование барабанной полости»?

Предлагаемый Вашему ребенку разрез барабанной перепонки имеет большое значение в том случае, когда барабанная полость плохо вентилируется через слуховую трубу, которая соединяет среднее ухо и носоглотку. Этот нежный канал закрывается у детей чаще всего в результате острой респираторной вирусной инфекции или из-за аденоидов. В результате этого в барабанной полости происходит скопление жидкости, что в свою очередь приводит к снижению слуха. У детей это может проявляться плохой успеваемостью в школе, плохой речью. К сожалению, у детей до трех лет снижение слуха происходит незаметно для родителей, так как ребенок в этом возрасте не жалуется. Жидкость в среднем ухе легко превращается в гной, а так как барабанная перепонка у детей толстая, то не происходит ее разрыва. Этот гной может искать себе выход, заполняя все ячейки височной кости (а среднее ухо соседствует с черепной ямкой, нервом, который отвечает за слух и вестибулярные реакции, а также с лицевым нервом, обеспечивающим движения мышц лица).

Как выполняют эту операцию?

Как правило, оперируют под наркозом.

Для того чтобы сделанное отверстие быстро не зарастало, в него подводят специальный шунтик (катушечку). Эту часть операции выполняют под микроскопом.

Шунтик будет способствовать вытеканию жидкости, скопившейся в барабанной полости, а также вентилировать ее (рис. 18).

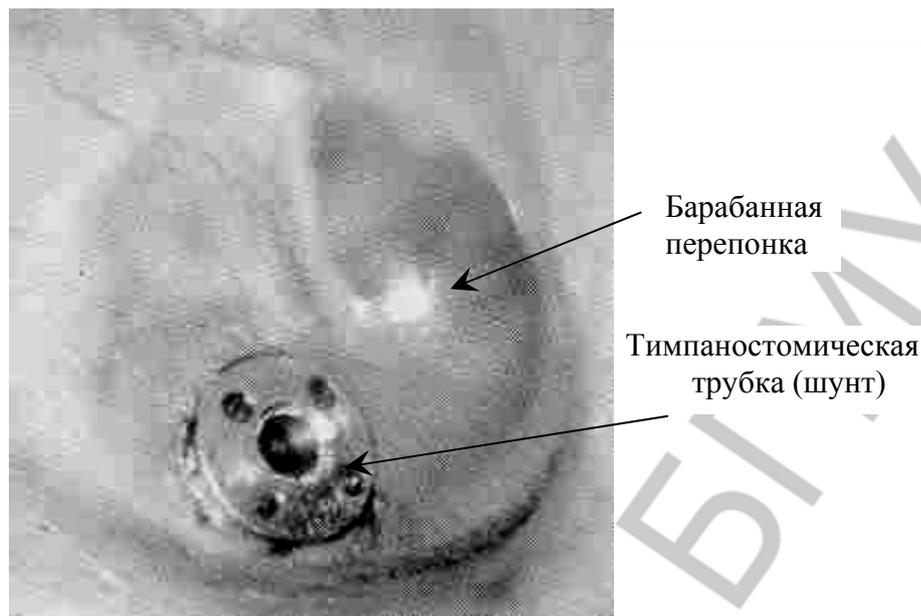


Рис. 18. Шунтирование барабанной перепонки

Все беспокоящие Вас вопросы по поводу наркоза задайте, пожалуйста, при беседе с анестезиологом.

После хирургического вмешательства необходимо учитывать следующее:

1. Если операция выполнена под наркозом, то в фазе пробуждения у некоторых детей может быть возбуждение, а у других — сонливость.
2. После выполнения тимпанотомии (парацентеза) может быть кратковременное кровотечение из уха или вытекание другой жидкости. Это не должно вызывать у Вас тревоги.
3. Очень короткое время может беспокоить боль в ухе или чувство тяжести.

Как долго находится шунтик в барабанной полости?

Сроки пребывания шунтика в ухе различны (как правило, 3–4 месяца). Но чаще всего необходимость нахождения шунтика определяется наблюдающим Вашего ребенка ЛОР-врачом. Шунтик выталкивается из барабанной перепонки самостоятельно или удаляется врачом.

Осложнения при проведении данной операции чрезвычайно редки. После прекращения вытекания жидкости и удаления шунтика искусственно сделанная дырочка самостоятельно быстро закрывается и, как правило, не оставляет никаких рубцов. Возникновение воспалительной реакции после этой маленькой операции — редкое явление, легко устраняющееся с помощью антибиотиков.

Развитие хронического отита с постоянной перфорацией в барабанной перепонке также наблюдается очень редко.

Результаты лечения, как правило, хорошие. Выполнение данной операции дает Вашему ребенку шанс не потерять слух. Практика показывает, чем раньше выполнена эта операция, тем успех ее лучше.

К сожалению, не всегда можно гарантировать положительный результат в лечении заболевания, иногда требуется повторное вставление шунтика, так как после его удаления вновь может скапливаться жидкость за целой барабанной перепонкой. Порой снижение слуха связано с уже образовавшимися рубцами или поражением нерва.

После выписки из стационара, пожалуйста, следите, чтобы вода не попадала в ухо ребенка. Особенно важно это выполнять во время купания и мытья головы. Ваш ребенок должен находиться под контролем ЛОР-врача.

Информированное согласие родителей на хирургическое вмешательство при ЛОР-патологии у детей

ДЕТСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЛОР-ЦЕНТР

3-я ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. МИНСКА

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Название операции

Уважаемые родители!

Вашему ребенку предстоит хирургическое вмешательство. Мы предоставляем Вам и Вашему ребенку информацию о необходимости данного вмешательства. Мы заботимся о том, чтобы Вы не чувствовали себя беспомощными в этой ситуации. Считаем нужным ознакомить Вас с существенными моментами самой операции, факторами риска в случае ее невыполнения.

Прочтите внимательно предлагаемую Вам письменную информацию, чтобы обсудить с врачом все непонятные моменты. Ваше согласие на проведение операции ребенку должно быть подтверждено подписью.

Предлагаемая информация включает:

- 1. Разъяснения о необходимости хирургического лечения.*
- 2. Описание операции.*
- 3. Возможные осложнения и последствия после операции.*
- 4. Помощь ребенку в послеоперационный период.*
- 5. Согласие родителей.*
- 6. Дата.*

Для Вас информацию подготовили:

Доктор мед. наук, профессор
кафедры болезней уха, горла,
носа БГМУ

Е. П. Меркулова

Зав. Детским городским ЛОР-центром,
главный детский оториноларинголог г. Минска

О. А. Мазаник

Оглавление

Введение	3
Информация для пациентов и их представителей о заболеваниях ЛОР-органов и предстоящем оперативном вмешательстве	4
Аденоиды	4
Антростома	9
Прямая ларингоскопия	11
Ларинготрахеобронхоскопия	12
Парацентез (разрез барабанной перепонки)	14
Операции при полипозных синуситах (удаление полипов из полости носа и околоносовых пазух)	15
Пункция верхнечелюстной (гайморовой) пазухи	17
Редрессация (репозиция) костей носа	19
Подслизистая резекция перегородки носа (септум-пластика)	20
Санитарная операция среднего уха (радикальная операция)	23
Санитарная операция придаточных пазух носа	25
Эндоскопия верхнечелюстной пазухи (антроскопия, синусоскопия)	27
Трепанопункция (трепанация) лобной пазухи	29
Хронический тонзиллит	30
Шунтирование барабанной полости	35
Приложение	38

Учебное издание

Меркулова Елена Павловна
Мазаник Олег Анатольевич
Митрошенко Ирина Владимировна

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск А. Ч. Буцель
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка О. Н. Быховцевой

Подписано в печать 30.10.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 2,03. Тираж 99 экз. Заказ 676.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.