

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Часть I. Неотложные состояния в оториноларингологии	
Глава 1. Заболевания носа и околоносовых пазух	4
1.1.1. Травматические повреждения и ранения носа и околоносовых пазух.	4
1.1.2. Носовые кровотечения.	16
1.1.3. Фурункул носа.	23
1.1.4. Инородные тела полости носа и околоносовых пазух.	26
1.1.5. Риногенные глазничные осложнения.	29
1.1.6. Риногенные внутричерепные осложнения.	32
Глава 2. Заболевания глотки	41
1.2.1. Кровотечения после тонзилэктомии.	41
1.2.2. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс.	43
1.2.3. Заглочный абсцесс.	48
1.2.4. Парафарингеальный абсцесс.	50
1.2.5. Тонзиллогенный медиастинит.	51
1.2.6. Тонзиллогенный сепсис.	52
1.2.7. Постангинозная септицемия.	52
1.2.8. Интерофарингеальная (висцеральная) флегмона.	53
1.2.9. Диффузная флегмона глотки (болезнь Сенатора).	55
1.2.10. Периамигдалит язычной миндалины.	55
1.2.11. Флегмона околоминдаликового пространства.	57
1.2.12. Флегмона дна полости рта (ангина Людвига).	58
1.2.13. Травмы глотки.	60
1.2.14. Ожоги глотки.	63
1.2.15. Инородные тела глотки.	66
Глава 3. Заболевания гортани, трахеи и пищевода	70
1.3.1. Стеноз гортани.	70
1.3.2. Трахеотомия и трахеостомия.	72
1.3.3. Кникотомия.	76
1.3.4. Ларингофиссура.	76
1.3.5. Острый ларинготрахеит у детей.	77
1.3.6. Острый флегмонозный ларингит.	80
1.3.7. Хондроперихондрит гортани.	83
1.3.8. Травмы и ранения гортани и трахеи.	84
1.3.9. Ожоги гортани и трахеи.	90
1.3.10. Инородные тела гортани, трахеи и бронхов.	91

1.3.11. Флегмоны шеи.....	94
1.3.12. Медиастениты.....	98
1.3.13. Инородные тела пищевода.....	101
1.3.14. Ожоги пищевода.....	103
Глава 4. Заболевания уха.....	108
1.4.1. Отогематома.....	108
1.4.2. Перихондрит ушной раковины.....	108
1.4.3. Фурункул наружного слухового прохода.....	109
1.4.4. Острый диффузный наружный отит.....	110
1.4.5. Острый средний отит.....	110
1.4.6. Острый мастоидит.....	113
1.4.7. Инородные тела уха.....	115
1.4.8. Ранения уха.....	117
1.4.9. Болезнь Менъера.....	118
1.4.10. Лабиринтит.....	120
1.4.11. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис.....	123
Часть II. Тестовые задания по неотложным состояниям в оториноларингологии	
Глава 1. Заболевания носа и околоносовых пазух.....	137
2.1.1. Носовые кровотечения.....	137
2.1.2. Повреждения носа и околоносовых пазух.....	138
Глава 2. Заболевания глотки.....	140
2.2.1. Осложнения ангины, заглоточный абсцесс.....	140
2.2.2. Повреждения глотки.....	142
Глава 3. Заболевания гортани, трахеи и пищевода.....	143
2.3.1. Подскладочный ларинготрахеит. Флегмонозный ларингит. Хондроперихондрит гортани.....	143
2.3.2. Острые и хронические стенозы гортани.....	144
2.3.3. Повреждения гортани.....	146
2.3.4. Инородные тела верхних дыхательных путей.....	147
2.3.5. Трахеостомия.....	149
2.3.6. Инородные тела пищевода.....	150
2.3.7. Ожоги пищевода.....	152
Глава 4. Заболевания уха.....	154
2.4.1. Мастоидиты.....	154
2.4.2. Лабиринтиты.....	155
2.4.3. Повреждения уха.....	157
2.4.4. Риногенные и отогенные внутричерепные осложнения.....	159

Часть III. Ответы на тестовые задания по неотложным состояниям в оториноларингологии

Глава 1. Заболевания носа.....	166
3.1.1. Носовые кровотечения.....	166
3.1.2. Повреждения носа и околоносовых пазух.....	167
Глава 2. Заболевания глотки.....	170
3.2.1. Осложнения ангины, заглоточный абсцесс.....	170
3.2.2. Повреждения глотки.....	172
Глава 3. Заболевания гортани, трахеи и пищевода.....	173
3.3.1. Подскладочный ларинготрахеит. Флегмонозный ларингит. Хондроперихондрит гортани.....	173
3.3.2. Острые и хронические стенозы гортани.....	175
3.3.3. Повреждения гортани.....	176
3.3.4. Инородные тела дыхательных путей.....	178
3.3.5. Трахеостомия.....	180
3.3.6. Инородные тела пищевода.....	181
3.3.7. Ожоги пищевода.....	183
Глава 4. Заболевания уха.....	186
3.4.1. Мастоидиты.....	186
3.4.2. Лабиринтиты.....	187
3.4.3. Повреждения уха.....	188
3.4.4. Риногенные и отогенные внутричерепные осложнения.....	190
Заключение.....	199

Глава. 4. Заболевания уха

1.4.1. Отогематома

Под **отогематомой** понимают кровоизлияние развивающееся в ушной раковине между хрящом и надхрящницей (рис. 64). Образуется в результате травмы или длительного давления на ушную раковину. Отогематома чаще всего бывает в верхней части передней поверхности ушной раковины и имеет вид припухлости красновато-синего цвета, которая покрыта нормальной кожей, при пальпации флюктуирует, безболезненна, если нет перелома хряща.



Рис. 64. Отогематома.

Лечение отогематомы состоит в пункции с отсасыванием содержимого (крови, лимфы с примесью крови) и введением нескольких капель 5% настойки йода с целью вызвать запустение полости. На 3-5 дней накладывают давящую повязку. Если такое лечение оказывается не эффективным, или появляются признаки нагноения гематомы, прибегают к вскрытию ее, промыванию полости раствором антибиотиков и дренированию раны.

1.4.2. Перихондрит ушной раковины

Перихондрит ушной раковины возникает в результате проникновения инфекции в надхрящницу ушной раковины при механической и термической (ожоги, отморожения) травме (рис. 65).

Чаще всего наблюдается гнойный перихондрит. Сильные боли в ухе отмечаются еще до появления изменений на ушной раковине. Затем становится заметным покраснение и отек всей ушной раковины, за исключением мочки; возникает флюктуация (скопление гноя между надхрящницей и хрящом), повышается температура тела.

В начальной стадии заболевания проводится общее и местное противовоспалительное лечение (антибиотики, согревающие полуспиртовые компрессы, новокаиновые блокады с антибиотиками, УВЧ терапия, ультрафиолетовое облучение). При появлении признаков нагноения производят

широкий разрез параллельно контурам ушной раковины с выскабливанием полости абсцесса и удалением всех некротических участков хряща.

1.4.3. Фурункул наружного слухового прохода

Фурункул слухового прохода является частым заболеванием, возникает в результате внедрения инфекции (чаще стафилококковой) в волосяные мешочки и сальные железы при манипуляциях в наружном слуховом проходе различными предметами, особенно при наличии гноетечения из уха. Следовательно, фурункул наружного слухового прохода встречается только в перепончато-хрящевом отделе, поскольку в коже костного отдела волосы и сальные железы отсутствуют.

Больные обращаются к врачу по поводу сильных болей в ухе, нередко отдающих в голову, шею, зубы. Боли усиливаются при жевании (при локализации фурункула на передней стенке), надавливании на козелок и оттягивании ушной раковины.

При отоскопии у входа в наружной слуховой проход определяется конусовидный инфильтрат. При нагноении на его верхушке видна желтая точка, иногда гнойный стержень, а после отторжения последнего — кратерообразное отверстие. Иногда отек мягких тканей может распространяться кпереди на околоушную область или кзади на область сосцевидного отростка. При этом регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. В таких случаях приходится дифференцировать фурункул с субпериостальным абсцессом при мастоидите.

Лечение. В стадии инфильтрации ускоренному созреванию фурункула, а иногда купированию воспалительного процесса способствуют полуспиртовые компрессы на область уха; введение в наружный слуховой проход ушных турунд, смоченных 3% борным спиртом; турунды с гипертоническим раствором, 25% раствором магния сульфата, применение мазей (пенициллиновая, левомицетиновая, синтомициновая и других); тепло от лампы соллюкс, облучение ультрафиолетовыми лучами (субэритезная доза) кожи наружного слухового прохода, УВЧ терапия. При резко выраженном воспалительном процессе с тенденцией к распространению на окружающие ткани назначают инъекции антибиотиков. К вскрытию фурункула прибегают лишь тогда, когда наступила стадия абсцедирования и наличие гноя не вызывает сомнения.



Рис. 65. Перихондрит ушной раковины.

14.4. Острый диффузный наружный отит

Разлитое воспаление кожи наружного слухового прохода (острый диффузный наружный отит) редко бывает первичным, чаще всего оно присоединяется к острому или хроническому гнойному воспалению среднего уха.

В начале заболевания больные жалуются на зуд, ощущение жара и боли в ушах, в дальнейшем присоединяется чувство заложенности уха, гнойные выделения с неприятным запахом. Температура тела обычно нормальная или слегка повышена.

При отоскопии определяется гиперемия и инфильтрация стенок наружного слухового прохода (рис. 66). Поверхность кожи мацерирована, покрыта гноем и опущенным эпидермисом. Барабанная перепонка также покрывается десквамированным эпидермисом и гноем, часто барабанная

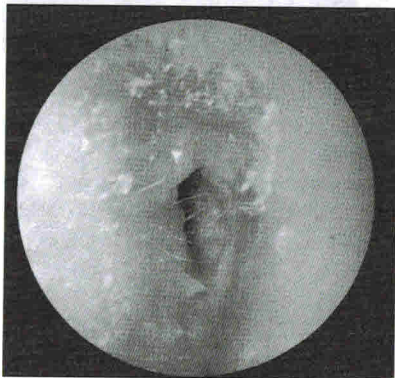


Рис. 66. Острый диффузный наружный отит.

перепонка при отоскопии в первые сутки заболевания не визуализируется. При этом может возникнуть подозрение на воспаление среднего уха. Однако при наружном отите слуховая функция или не страдает, или оказывается нарушенной незначительно.

Лечение при остром диффузном наружном отите такое же, как при фурункуле наружного слухового прохода. Кроме того, производят систематический туалет слухового прохода путем промывания растворами антисептиков или высушивания ватой, наведенной на зонд. Хороший эффект оказывают смазывания кожи 3-5 % раствором ляписа, 1-2% раствором бриллиантовой зелени, кортикостероидными мазями (преднизолоновой, элакомом, адвантаном, локкортен, и др.). Местное лечение следует сочетать с десенсибилизирующей терапией (димедрол, пипольфен, супрастин, эриус, телфаст и др.).

14.5. Острый средний отит

Острое воспаление среднего уха является весьма частым заболеванием. Воспалительный процесс при нем не ограничивается барабанной полостью, а распространяется на все полости среднего уха (слуховую трубу и ячейки сосцевидного отростка). С практической точки зрения важным является разделение острого среднего отита на доперфоративную стадию (острый

катаральный средний отит) и стадию перфоративную (острый гнойный средний отит) так как лечение при них имеет свои особенности. Заболевание чаще наблюдается у детей, чем у взрослых, что объясняется особенностями детского уха и организма в целом.

Возникает острый средний отит при попадании возбудителя (стрептококка, пневмококка, стафилококка и другой микрофлоры) в барабанную полость в условиях нарушенной реактивности организма. Наиболее частым путем проникновения инфекции в среднее ухо является тубарный. Факторами, способствующими этому являются – неправильное сморкание (через обе ноздри, а не каждую поочередно), чихание, кашель, повышающие давление в носоглотке, вследствие чего инфицированная слизь форсированно преодолевает барьер мерцательного эпителия слуховой трубы. Предрасполагающими моментами для возникновения острого среднего отита служат хронические процессы в носу и носоглотке (острые и хронические риниты, синуситы, аденоиды и другие заболевания) нарушающие вентиляционную и дренажную функции слуховых труб.

Симптомы острого воспаления среднего уха могут быть самыми разнообразными. Начинается заболевание обычно остро с ощущения полноты и заложенности в ухе, понижения слуха, шума и сильных стреляющих болей в ухе, повышения температуры тела. Обычно сильная и нарастающая боль ощущается в глубине уха и отдает в теменно-височную область или в затылок, иногда в зубы. В последнем случае зубная боль может быть настолько выраженной и маскирующей боль в ухе, что больные обращаются к зубному врачу.

При отоскопии отмечается инъекция сосудов барабанной перепонки и ее втянутость в сторону барабанной полости, что подтверждается укорочением светового конуса (начальная стадия), позже развивается выраженная ее гиперемия (рис.67).

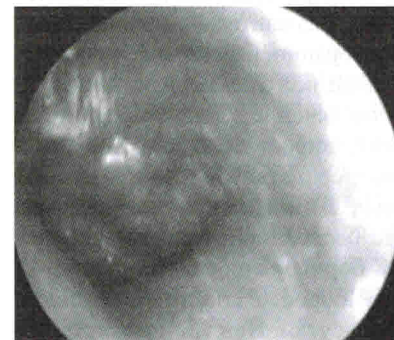


Рис. 67. Острый катаральный средний отит.

Опознавательные пункты (рукоятка молоточка, короткий отросток) делаются неразличимыми, световой рефлекс (конус) исчезает. При скоплении в барабанной полости экссудата определяется выпячивание барабанной перепонки в слуховой проход (рис. 68 а) с последующим самостоятельным прорывом гноя, то есть образование перфорации (рис. 68 б), после чего боли стихают и температура тела снижается. В области прободения виден так называемый пульсирующий рефлекс, зависящий от капельки гноя, выделяющейся через перфорацию под давлением

из барабанной полости. Эта пульсация в свою очередь зависит от пульсации расширенных сосудов слизистой оболочки барабанной полости. Выделения из уха вначале бывают серозно-кровянистые, а затем слизисто-гнойные, более густые, обычно без запаха.

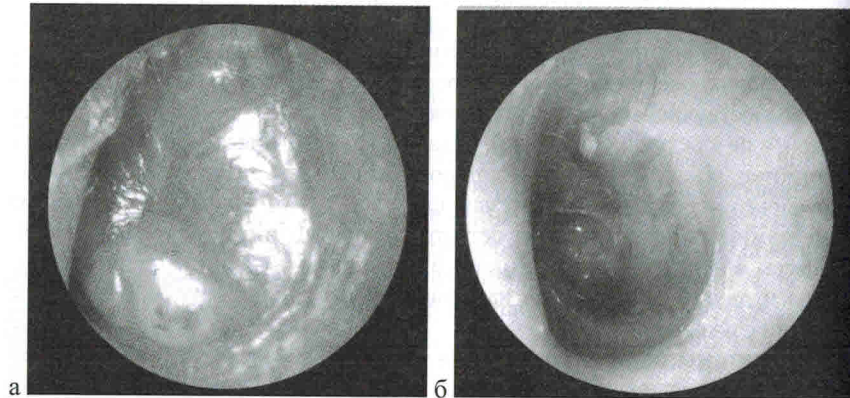


Рис. 68. а – выпячивание барабанной перепонки в слуховой проход;
б – перфорация в натянутой части барабанной перепонки.

В типичном течении острого среднего отита различают три периода. В начальном периоде симптомы как местные, так и общие характеризуют возникновение и нарастание воспалительного процесса. Во втором периоде, наступающем после прободения барабанной перепонки и появления гноетечения, воспалительный процесс постепенно регрессирует со смягчением местных и общих симптомов и нормализацией температуры тела и показателей крови. Третий период – это период разрешения воспалительного процесса, то есть прекращения гноетечения, закрытия перфорации, восстановления слуха. Указанные периоды болезни продолжаются чаще всего 15-20 дней.

Лечение. Применяют общее и местное лечение. Общее лечение заключается в назначении антибактериальных, жаропонижающих, антигистаминных и болеутоляющих лекарственных средств. Местно применяют тепло в виде согревающих полуспиртовых компрессов, грелок, лампы соллюкс. В наружный слуховой проход до барабанной перепонки вводят марлевые ушные турунды смоченные 3% борным спиртом с последующим закапыванием в ухо или на турунду борного спирта (диоксидин, софрадекс, отинум, отипакс, отофа) 4-5 раз в сутки. При гнойном среднем отите важным лечебным мероприятием является обеспечение свободного оттока гноя из полостей среднего уха. Это достигается введением стерильных марлевых турунд в наружный слуховой проход, которые сменяют вначале 6-8 раз в день, затем по мере уменьшения гноетечения 2-3 раза

в день. Для улучшения дренажной функции слуховой трубы в полость носа вводят лекарственные вещества, уменьшающие отек слизистой оболочки носовых раковин и глоточного устья слуховой трубы (сосудосуживающие мази или капли). Применение лекарственных веществ в ухо в виде спиртовых капель противопоказано, так как они препятствуют закрытию перфорации и способствуют образованию стойкого прободения барабанной перепонки. При перфоративном отите назначают данцил, нормакс, ципромед и др.

Острый отит в ряде случаев может протекать атипично. Объясняется это измененной реактивностью организма, спецификой возбудителя, а иногда особенностями строения височной кости. В таких случаях острое воспаление среднего уха может перейти в хроническую форму или явиться причиной острого мастоидита и тяжелых внутричерепных осложнений.

1.4.6. Острый мастоидит

Мастоидит представляет собой воспаление в клетках (ячейках) сосцевидного отростка. Возникает он как осложнение гнойного среднего отита, то есть является вторичным заболеванием. Развитию мастоидита чаще всего способствуют следующие моменты:

- высокая вирулентность инфекции (возбудители те же, что и при остром гнойном среднем отите);
- ослабление организма различными инфекционными, а также хроническими болезнями, которые снижают его общую и местную резистентность;
- затрудненный отток секрета вследствие закрытия сообщения между пещерой и барабанной полостью воспаленной и утолщенной слизистой оболочкой.

Обычно мастоидит начинается после стихания основного процесса в среднем ухе чаще всего к концу 2-й, началу 3-й недели заболевания.

К субъективным симптомам рецидива заболевания относятся ощущения пульсации или пульсирующего шума в глубине уха, боль в области сосцевидного отростка, иррадирующая в затылочную область, головная боль, профузное гноетечение пульсирующего характера.

Из местных объективных симптомов имеет значение отек мягких тканей заушной области и боль при надавливании на сосцевидный отросток. Следует иметь в виду, что у пожилых людей и больных со сниженной общей сопротивляемостью организма, пальпация сосцевидного отростка может быть безболезненной.

При отоскопии определяется характерное для мастоидита нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода в костном отделе (симптом Ундрица), зависящее от периостита передней стенки пещеры. Барабанная перепонка инфильтрирована, гиперемирована и выпячена, а через



Рис. 69. Рентгенограммы височных костей по Шюллеру (разрушение ячеек сосцевидного отростка).

а — правая пирамида височной кости;
б — левая пирамида височной кости.

перфорацию выделяется большое количество пульсирующего гноя.

Диагноз острого мастоидита ставится на основании клинического течения отита, его длительности, обилия и характера гнойных выделений, болей при надавливании на сосцевидный отросток, нависания задне-верхней стенки наружного слухового прохода и данных рентгенографии височных костей по Шюллеру (наличие костной деструкции) (рис. 69 а, б), КТ и магнитно-резонансной томографии (рис. 70).



Рис. 70. Магнитно-резонансная томография черепа (аксиальная проекция), признаки мастоидита в правом сосцевидном отростке.

Лечение. В начале заболевания лечение бывает консервативным. Сводится оно к проведению усиленного лечения, применяемого при лечении острого отита. В дальнейшем, при отсутствии эффекта от консервативного лечения, прибегают к операции. Абсолютным показанием к немедленной операции является появление симптомов внутричерепных осложнений, а также наличие субпериостального абсцесса. Суть операции состоит в широкой трепанации сосцевидного отростка (антромастотомии) с удалением патологически измененных тканей. Рану в заушной области оставляют открытой, добиваясь в последующем постепенного заполнения ее грануляционной тканью.

14.7. Инородные тела уха

Инородные тела наружного слухового прохода чаще всего встречаются у детей, которые вводят их себе сами. Ими могут быть пуговицы, бусы, семечки, горох, плодовые косточки и другие предметы. У взрослых инородными телами чаще оказываются обломки спичек, кусочки ваты, зерна злаков, ветки кустарников, различные металлические предметы. Встречаются живые инородные тела (клопы, тараканы).

Симптомы инородных тел различны в зависимости от их величины и характера. Предметы с гладкой поверхностью, не травмирующие стенок слухового прохода, могут длительное время не вызывать никаких жалоб, в отличие от предметов с острыми краями, а также живых инородных тел, которые сопровождаются болью и шумом в ухе (рис. 71 а, б; 72 а, б, в). Обтурирующие наружный слуховой проход инородные тела (например, разбухшая от воды горошина) приводят к снижению слуха.

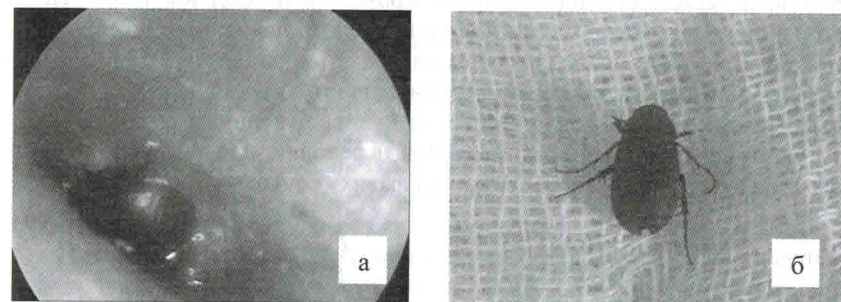
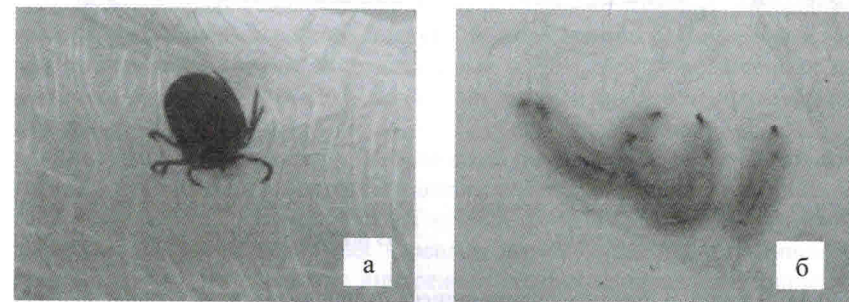


Рис. 71. а — живое инородное тело наружного слухового прохода; б — удаленное инородное тело (фото).



жезамороженной плазмы, в тяжелых случаях – плазма-ферез, гемосорбцию, экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови.

3. Симптоматическая терапия. Назначают сердечные гликозиды, аналептики и анальгетики. При психомоторном возбуждении внутривенно вводят седуксен (2-4 мл).

При тромбозе сигмовидного синуса и отогенном сепсисе назначают антикоагулянты, в основном гепарин (от 10000 до 40000-80000 ЕД в сутки). Лечение антикоагулянтами проводят под контролем времени свертывания крови или уровня протромбина крови. Применяют протеолитические ферменты (внутримышечно). При стафилококковой инфекции используют антистафилококковый у-глобулин, стафилококковый анатоксин, иммунную антистафилококковую плазму. Поскольку при отогенном сепсисе и синустромбозе развиваются нарушения азробного метаболизма, сопровождающиеся гипоксией тканей рекомендуют проводить гипербарическую оксигенацию.

Лечение метастатических абсцессов, возникших при синустромбозе, проводят по общехирургическим правилам.

При интенсивной терапии больных с отогенными внутричерепными осложнениями необходимо учитывать биохимические показатели гомеостаза и корректировать их.

Исходы отогенных внутричерепных осложнений во многом определяются тем, насколько своевременно установлен диагноз и произведено оперативное вмешательство и насколько рациональна медикаментозная терапия. При определенных условиях абсцессы мозга могут рецидивировать.

Практическое значение имеют вопросы социальной реабилитации больных с отогенными внутричерепными осложнениями, особенно абсцессами мозга.

Действенными мерами профилактики отогенных внутричерепных осложнений являются диспансерное наблюдение за всеми больными хроническим гнойным средним отитом и широкая хирургическая санация уха при хроническом гнойном эпитимпаните.

Часть II. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО НЕОТЛОЖНЫМ СОСТОЯНИЯМ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Глава 1. Заболевания носа и околоносовых пазух

2.1.1. Носовые кровотечения

1. Почему носовые кровотечения занимают первое место по частоте среди других кровотечений?
2. Каковы основные общие причины носовых кровотечений?
3. Какие наиболее частые местные причины носовых кровотечений?
4. С какими кровотечениями, прежде всего, следует дифференцировать носовые кровотечения из задних отделов полости носа?
5. При каком заболевании умеренное носовое кровотечение может являться лечебным фактором?
6. Может ли носовое кровотечение в ряде случаев предотвратить гипертонический инсульт?
7. В каких случаях могут быть так называемые «скрытые» носовые кровотечения?
8. Из каких отделов полости носа чаще всего бывают кровотечения и почему?
9. Где находится Киссельбахово сплетение?
10. В каком проценте случаев носовые кровотечения бывают из Киссельбахова сплетения?
11. Когда бывают викарные носовые кровотечения?
12. Какое положение нужно придать больному при носовом кровотечении?
13. Нужно ли при носовом кровотечении резко запрокидывать голову назад или наклонять вперед?
14. Куда нужно класть холод при носовых кровотечениях?
15. Как можно остановить носовое кровотечение из Киссельбахова сплетения при отсутствии медикаментов и перевязочного материала?
16. Чем целесообразно смачивать ватные шарики перед введением в нос при остановке кровотечений?
17. Какими лекарственными препаратами можно прижигать кровоточащие участки на слизистой оболочке носовой перегородки?
18. Какой метод с использованием электрического тока позволяет остановить и нередко предотвратить в будущем носовые кровотечения?

19. Каким материалом, и с какими лекарственными препаратами обычно производится передняя тампонада носа?
20. Сколько лигатур должен иметь носоглоточный тампон, вводимый в носоглотку при задней тампонаде носа?
21. С помощью чего носоглоточный тампон заводится в нос и глотку?
22. Какое наиболее частое осложнение наблюдается при задней тампонаде носа?
23. На какой срок обычно оставляют тампоны в носу и носоглотке?
24. Какие общие мероприятия обычно проводят в целях остановки носовых кровотечений?
25. Какие существуют основные хирургические методы остановки носовых кровотечений?
26. Может ли носовое кровотечение привести к смертельному исходу?

2.1.2. Повреждения носа и околоносовых пазух

1. Что, главным образом, обуславливает частые повреждения наружного и внутреннего носа?
2. Какие основные последствия влекут за собой травмы носа?
3. От чего, в основном, при травме носа зависит степень повреждения мягких покровов его и костно-хрящевого остова?
4. Какие основные виды повреждений возникают при травмах носа?
5. Закрытые или открытые повреждения носа и околоносовых пазух чаще вызывают тупые ранящие предметы?
6. Лобные отростки верхней челюсти или носовые кости чаще повреждаются при травмах носа?
7. Как можно определить перелом свободного края носовых костей при отсутствии деформации наружного носа?
8. Какие патологические изменения чаще всего бывают при травме носовой перегородки?
9. Почему тупые травмы хрящевой части наружного носа редко приводят к деформациям его?
10. Какие посттравматические деформации наружного носа встречаются наиболее часто?
11. Какие изменения наружного и внутреннего носа обычно наступают при травме спинки носа спереди?
12. Какая деформация наружного носа обычно наступает при нанесении травмы сбоку?
13. Каким образом обычно происходит повреждение слизистой оболочки носа при травмах?

14. В каких случаях возникают прямые повреждения слизистой оболочки носа?
15. Чем опасны инородные тела полости носа, попавшие в нее во время острых травм, если их своевременно не удалить?
16. Когда появляется симптом очков, кровянистые выделения из носа и истечение спинномозговой жидкости?
17. Какими объективными симптомами, как правило, сопровождаются повреждения носа?
18. Какие методы исследования используются в диагностике повреждений носа?
19. В чем заключается первая помощь при закрытых повреждениях носа?
20. Какая анестезия применяется при репозиции костных отломков носа?
21. Какие лекарственные средства обычно применяются для местной анестезии и премедикации при репозиции костных отломков носа?
22. Чем можно заменить раствор новокаина, если больной при репозиции костей носа не переносит указанный лекарственный препарат или это пациент детского возраста?
23. Как выполняется репозиция при боковых смещениях скелета носа?
24. Как выполняется репозиция костных отломков при переломах костей носа с западением его спинки?
25. Каким образом можно фиксировать костные и хрящевые отломки носа в правильном положении после их репозиции?
26. Как долго можно держать в полости носа мазовые тампоны?
27. При каких условиях можно держать тампоны в носу больше 48 часов?
28. Какие препараты обычно применяются для профилактики внутричерепных осложнений при переломах костей носа?
29. Какая должна быть тактика врача при переломах костей носа, если при этом имеется большой отек мягких тканей, сильно затрудняющий ориентировку?
30. Следует ли производить репозицию костных отломков носа, если травма является проникающей в полость черепа?
31. Какой должна быть тактика врача, если при осмотре больного с переломом носа обнаружена гематома носовой перегородки?
32. Почему с целью остановки носового кровотечения у больных с переломами носовых костей предпочтительнее прибегать к тампонаде носа?
33. Почему раны носа и лица, как правило, хорошо заживают?
34. Какие основные симптомы при травмах носа могут указывать на поражение верхней стенки полости носа?
35. Куда нужно направить для лечения больного с застарелыми, обезображивающими лицо деформациями носа и нарушениями его функций?