

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования
Волгоградский государственный медицинский университет

кафедра оториноларингологии

Шахова Е.Г., Козловская С.Е., Зайцев В.А., Пелих Е.В.

**Оперативные вмешательства в
оториноларингологии.**

ЧАСТЬ 2.

Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медико-профилактическое дело».

Волгоград 2016

УДК 616.21(07)

ББК 56.8

О501

Авторы:

Шахова Е.Г. – зав. кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Козловская С.Е. – доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук

Зайцев В.А. - ассистент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Пелих Е.В. – ассистент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Рецензенты:

Зав. кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор А.В. Петраевский

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Е.В. Фомичев

Оперативные вмешательства в оториноларингологии: Часть 2 / Шахова Е.Г., Козловская С.Е., Зайцев В.А., Пелих Е.В. – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2016. – 56 с.: ил.

В пособии представлена информация о хирургических вмешательствах на ЛОР органах, применяемых в современной практике. Рекомендовано для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медико-профилактическое дело».

Печатается по решению Центрального методического совета ВолгГМУ.

Оглавление		Стр.
3	Хирургические вмешательства при травмах ЛОР органов	
	3.1. Первичная хирургическая обработка ран ЛОР органов	4
	3.2. Репозиция костей носа	10
4	Хирургические вмешательства при заболеваниях глотки и гортани	
	4.1. Аденомия	15
	4.2. Тонзиллэктомия	17
	4.3. Вскрытие паратонзиллярного абсцесса	21
	4.4. Вскрытие заглоточного абсцесса	24
	4.5. Трахеотомия	27
5	Хирургические вмешательства при заболеваниях уха	
	5.1. Миринготомия. Шунтирование барабанной полости.	35
	5.2. Общеполостная saniрующая операция	38
	Тестовые задания для самоконтроля	43
	Ответы на тестовые задания для самоконтроля	46
	Приложение. Протоколы операций	47
	Рекомендуемая литература	56

3 Хирургические вмешательства при травмах ЛОР органов

3.1. Первичная хирургическая обработка ран ЛОР органов

Показания

Показаниями к данному оперативному вмешательству являются все травматические повреждения наружного носа, области проекции околоносовых пазух, ушной раковины и наружного слухового прохода, область шеи.

Противопоказания

Противопоказаний к первичной хирургической обработке (ПХО) ран ЛОР органов нет.

Ход операции

Пациентам в обязательном порядке вводят противостолбнячный анатоксин. (АС 1,0 п/к; ПСС 3000ЕД по Безредко).

ПХО ран ЛОР органов выполняется чаще под местной анестезией, при значительных сочетанных оперативных вмешательствах допустимо применение наркоза.

При подготовке к оперативному вмешательству оценивается распространенность повреждения ЛОР органов, наличие травматических изменений близлежащих анатомических образований, наличие продолжающегося кровотечения, глубина повреждения. Определяют признаки проникания в полости носа, околоносовых пазух, орбиты, черепа, дыхательный и пищеварительный тракты.

При повреждении соседних анатомических областей в операционную приглашаются специалисты соответствующего профиля: офтальмолог, нейрохирург, челюстно-лицевой или торакальный хирург, травматолог. При термической травме обязательным является консультация общего хирурга.

В зависимости от характера повреждающего агента травмы разделяют на ушибленные, рваные, резаные, колотые, укушенные, огнестрельные, термические, химические. Иногда встречается сочетанная травма, например, колото-резаная и т.д.

В настоящей главе мы рассмотрим варианты хирургических вмешательств при изолированном поражении ЛОР органов.

Травма наружного уха. Различают ушибленные, рваные и колото-резаные раны уха. Колото-резаные раны относятся к самому благоприятному варианту течения. Этот факт обусловлен максимально сохранным состоянием мягких тканей (Рис. 1).



Рис.1: Травматическая ампутация ушной раковины

Первым этапом хирург определяет глубину поражения мягких тканей. С помощью пуговчатого зонда выполняется ревизия раневого канала, оценивается целостность наружного слухового прохода, направление раневого канала. Если глубина поражения не позволяет оценить характер повреждения, то рана открывается скальпелем до дна. Если раневой канал заканчивается слепо, то рана ушивается послойно наглухо с оставлением резинового выпускника. Мягкие ткани ушиваются кетгутом, на кожу накладывается капрон или

полипропилен. При наложении швов кожу края раны тщательно сопоставляются. На рану накладывают асептическую повязку.

Если пациент поступил с ушибленной раной, то обязательно необходимо оценить дефект кожи, при утрате жизнеспособности ее иссекают скальпелем, формируют пластические кожные лоскуты. Для мобилизации кожи иногда приходится отслоить кожу от подкожной жировой клетчатки (Рис. 2).

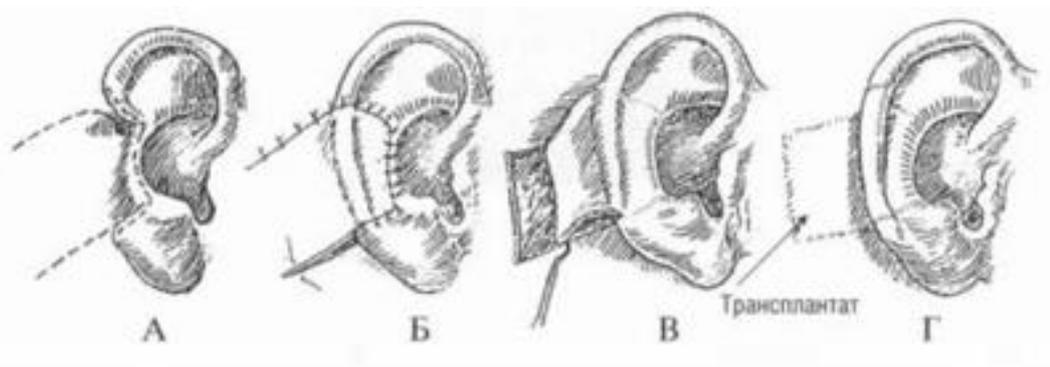


Рис.2: Формирование лоскутов для пластического закрытия дефектов

Сформированные лоскуты ушивают наглухо. Обязательно наложение давящей асептической повязки, для предупреждения формирования послеоперационной гематомы. При травматическом отрыве части ушной раковины необходимо отслоить кожу и надхрящницу с обеих сторон от хряща. Надхрящницу и кожу ушивают над хрящом узловыми швами.

При наличии питающей ножки от дефекта есть возможность сопоставить края ушной раковины и послойно ушить, что позволяет сохранить форму наружного уха.

Если фрагмент или всю ушную раковину сохранить не удалось, то первичная хирургическая обработка позволяет подготовить ухо к пластическому оперативному вмешательству.

При ушибленной ране первичная хирургическая обработка направлена на очистку раны от загрязнения, удаления нежизнеспособных тканей. Обработка раны антисептиками, использование мазевых повязок, назначение системных

антибиотиков позволяет добиться ускорения репаративных процессов в ране (Рис. 3).



Рис.3: ПХО раны наружного уха

Наружный нос. В практике оториноларинголога чаще встречаются ушибленные раны наружного носа, в сочетании с нарушением целостности костного лицевого скелета.

При поступлении пациентов с раной наружного носа необходимо установить является ли она проникающей в полость носа. Если рана проникающая, то обязательным условием выполнения ПХО является наложение швов на слизистую оболочку полости носа.

При обследовании пациента обращают внимание на наличие инородных тел в ране, костных отломков, эмфиземы мягких тканей лица, которая свидетельствует о повреждении околоносовых пазух, в основном решетчатого лабиринта.

При выполнении ПХО ран наружного носа придерживаются трех основных правил: выполнение тщательной санации, бережное отношение к мягким тканям лица, аккуратное сопоставление краев раны.

При наложении швов на рану нельзя допускать образование замкнутых полостей, если технически это сделать невозможно, то необходимо устанавливать в рану дренажные трубки или резиновые выпускники.

При необходимости фиксации хряща, накладывается горизонтальный П-образный шов. При возможности выделяют надхрящницу и ушивают ее узловыми швами.

На кожу накладывают узловые капроновые или полипропиленовые швы. Предпочтительнее наложение на кожу швов Донатти. При сочетании раны наружного носа с переломом костей носа одновременно с ПХО необходимо выполнить репозицию костей носа. Передний тампон необходимо удалить как можно раньше, для предупреждения септических осложнений.

Перевязки этих пациентов необходимо выполнять ежедневно.

Травма шеи.

В области шеи чаще встречаются колото-резаные раны.

Основным симптомом проникающего ранения в дыхательные пути является наличие подкожной эмфиземы, кровохарканье. При наличии симптомов нарастания дыхательной недостаточности при проникающих ранениях шеи в экстренном порядке выполняется трахеостомия, после чего выполняется ПХО раны шеи.

Если при ПХО выявляют ранение глотки, то рана ушивается послойно, обязательным введением назогастрального зонда. Питание и питье осуществляется только по зонду. С целью купирования саливации пациента назначают атропин Sol. Atropini sulphatii 0,01%-1,0 в 2-3 раз в день.

При выполнении ПХО раны шеи следует соблюдать особую осторожность, при операциях на шеи хирург должен обладать хорошими знаниями топографической анатомии шеи (рис. 4).

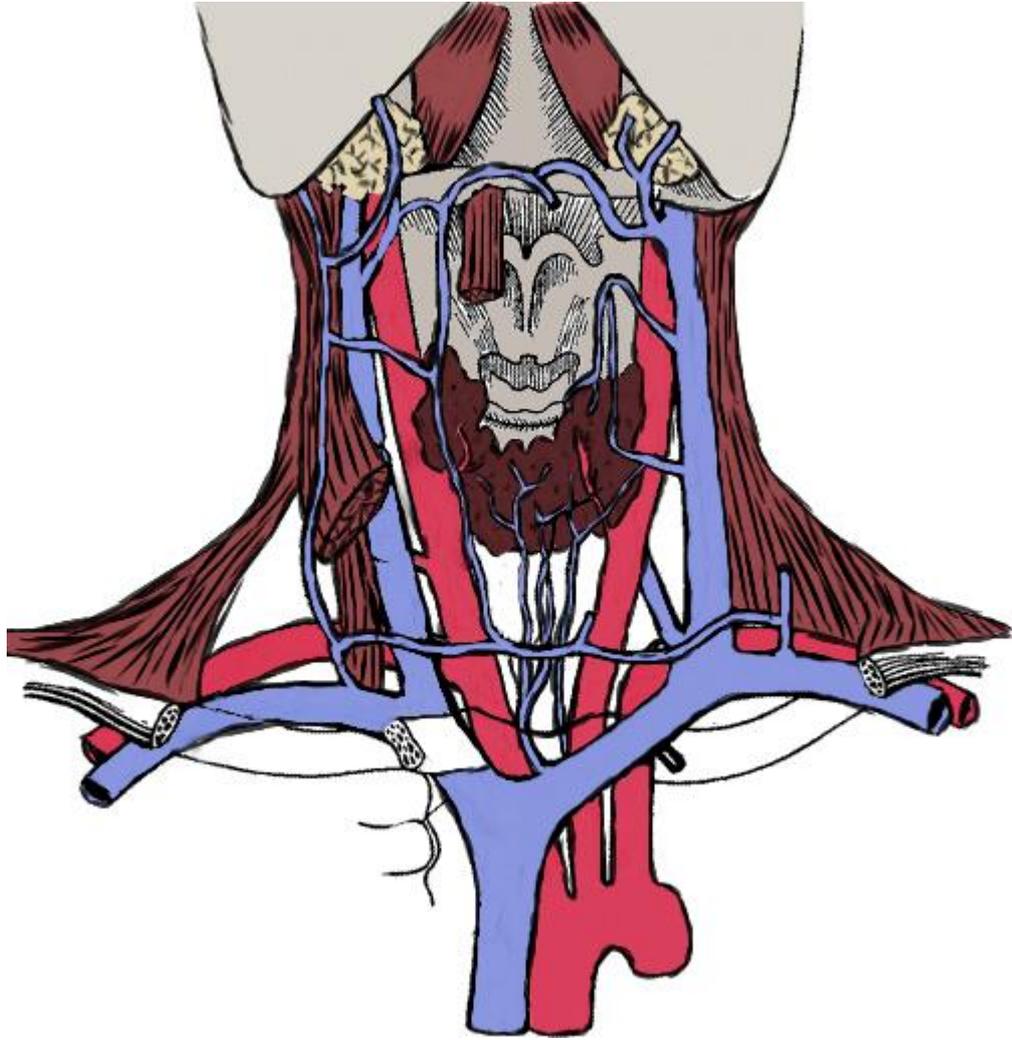


Рис.4: Топографическая анатомия шеи

При проникании раны шеи в пищевод оперирует пациента торакальный хирург. Это ранение является операционной находкой при ПХО. Фиброэзофагогастродуоденоскопия пациентам с раной шеи не выполняется из-за опасности развития подкожной эмфиземы и эмфиземы средостения.

При повреждении магистральных сосудов шеи в операционную приглашается сосудистый хирург.

Осложнения

Самым частым осложнением при ПХО являются нагноение послеоперационной раны, инфицирование швов, образование гематом послеоперационных ран, прорезывание швов.

Недостаточная санация послеоперационной раны, оставление инородных тел, может привести к нагноению и инкапсуляции инородного тела.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность при травме ЛОР органов может варьировать от 5 дней до 21 дня.

Реабилитация

В послеоперационном периоде рекомендуют избегать тяжелых физических нагрузок до 1 месяца, переохлаждений, повторных травм.

2.2. Репозиция костей носа

Показания

Закрытый и открытый перелом костей наружного носа (рис.5).



Рис.5: Закрытый перелом костей носа со смещением

Противопоказания

Тяжелое соматическое состояние больного. Сотрясение или ушиб головного мозга. Отслойка сетчатки, кровоизлияние в диск зрительного нерва.

Ход операции

Тактика хирургического лечения зависит от характера и глубины травмы, тяжести общих и неврологических симптомов. При сочетании рентгенологически подтвержденного перелома костей носа и ушибов, ранения мягких тканей, ссадин в области наружного носа врач формулирует диагноз как открытый перелом костей носа. Благодаря обильному кровоснабжению лица заживление раны происходит хорошо. Лечение пациентов сводится с одномоментному выполнению ПХО наружного носа и репозиции его костей (см. главу 3.1).

При наличии переломов со смещением костных отломков и внешних косметических дефектов, основным методом лечения является репозиция костей с последующей внутренней и реже внешней фиксацией отломков. Оптимальным методом считается репозиция в первые сутки, но ее можно проводить и через 10-14 дней после травмы. Если по данным анамнеза и объективного обследования диагностируется сотрясение головного мозга III степени (головная боль, тошнота, рвота, слабость, неврологические симптомы), вправление костей носа откладывают на несколько дней 5-6.

Отломки костей носа вправляют в положении больного сидя или лежа под местной аппликационной анестезией 10% р-ром лидокаина, или инфильтрационной анестезии инъекцией 1% р-ра новокаина (2% р-р лидокаина) 1-2 мл. в область перелома. При выполнении местной анестезии мы рекомендуем ввести до 0,5 мл раствора анестетика препарата в область перегородки носа.

Репозицию при боковом смещении наружного носа производят давлением большого пальца правой руки при искривлении влево и соответственно левой

руки - при искривлении вправо. Это способ так называемой пальцевой репозиции. Сила давления пальцем может быть значительной. В момент смещения отломков в нормальное положение обычно слышен характерный хруст (Рис.6).



Рис.6: Репозиция костей носа

При вдавленных переломах костей носа для репозиции используют носовые элеваторы Ю.Н. Волкова. После адекватного обезболивания в полость носа вводят соответственно правый или левый носовой элеватор на заранее измеренную глубину и тракцией кпереди и кверху восстанавливают нормальное анатомическое положение спинки носа. Когда диагностировано одновременное смещение костных отломков кзади и в сторону, делают мануально-инструментальное вправление тракцией кпереди соответствующим элеватором и одновременно большим пальцем руки вправляют боковое смещение. При отсутствии элеваторов вправление костей носа производят прямым пинцетом либо зажимом, концы которого обертывают марлей или надевают на них резиновую трубку.

После выполнения репозиции костей носа в полость носа устанавливают передние тампоны. Длительность тампонады определяется подвижностью костных отломков. Если пирамида наружного носа нестабильна, то наряду с внутренней фиксацией передним тампоном может потребоваться наружная фиксация, для которой используют гипсовые повязки или металлические лангеты. В ходе послеоперационного наблюдения отек мягких тканей будет ежедневно уменьшаться, что ослабит фиксацию наружного носа. Использование металлических лангет позволяет вручную изменить ее форму и установить повторно.

Осложнения репозиции костей наружного носа.

Носовое кровотечение – одно из самых распространенных осложнений этого оперативного вмешательства. Для его остановки применяют одностороннюю или двустороннюю переднюю тампонаду носа.

Травма решетчатой кости может проявиться подкожной эмфиземой лица. Это осложнение связано с высокими переломами костей носа. Как правило эти осложнения в дополнительном лечении не нуждаются.

Назальная ликворея появляется при переломе (ситовидной пластины решетчатой кости).

Для лечения назальной ликвореи используют консервативную или хирургическую тактику. Назначают постельный режим с возвышенным полусидячем положением, антибиотикотерапию с целью профилактики вторичных осложнений, дегидратационные средства (внутривенное введение 40% глюкозы, гипертонических растворов хлорида кальция и хлорида натрия, лазикс, диакарб), седативные средства и бессолевую диету с ограниченным приемом жидкости. При отсутствии эффекта показано хирургическое вмешательство: пластика дефекта ситовидной пластины с использованием окружающей слизистой оболочки верхней и средней носовой раковины и др. Оперативные вмешательства проводят эндоназально с использованием

эндоскопической техники и инструментария. В некоторых случаях используют нейрохирургический подход через переднюю черепную ямку.

С целью профилактики и лечения воспалительных осложнений назначают антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность после репозиции костей носа составляет от 7 до 10 дней.

Реабилитация

В послеоперационном периоде выполняется внутренняя и наружная фиксация костных отломков. Самостоятельное удаление тампонов или гипсовой повязки может привести к повторному смещению наружного носа.

Пациентов предупреждают об ограничении физической нагрузки, исключение пребывания в сауне и парной сроком до 1 месяца, с целью предупреждения носового кровотечения.

В послеоперационном периоде у пациентов наблюдается отек слизистой оболочки, образования корок, поэтому врач назначает местные деконгестанты капли или спрей на 3-5 дней, препараты моря (Аква Марис, Аква Лор) инстилляцию персикового или абрикосового масла.

4. Хирургические вмешательства при заболеваниях глотки и гортани

4.1. Аденоотомия

Показания

Гипертрофия аденоидных вегетаций II-III степени с назальной обструкцией. Аденоиды I-III степени в сочетании со средним отитом. Хронический аденоидит.

Противопоказания

Декомпенсированная стадия соматической патологии. Острые инфекционные заболевания. Патология крови (в т.ч. свертывающей системы).

Ход операции

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационный период ребенку назначают местное антисептическое лечение. Оно обычно проводится за 2-3 дня до операции (изофра, полидекса, ИРС-19).

Непосредственно перед операцией следует провести общеклиническое исследование соответственно стандарту.

Аппликационная анестезия: задняя стенка носоглотки и носоглоточную миндалину смазывают растворами Лидокаина 2%, старше 14 лет – 10% лидокаина.

Операцию производят натошак. Готовятся кольцевидные ножи – аденотомы Бекмана, которые бывают пяти размеров соответственно величине носоглотки, аденотомы с гильотиной типа Шитце. Инструменты для удаления аденоидов выбирают исходя из особенностей формы носоглотки и места расположения аденоидов у данного больного. Ребенка фиксируют. Шпателем отдавливают язык книзу и вводят за мягкое небо аденотом, устанавливают его строго по средней линии, продвигают кверху кпереди, касаясь заднего края носовой перегородки, далее прижимают кверху к своду носоглотки. Затем быстрыми движениями спереди назад по своду носоглотки и далее сверху вниз по задней стенке носоглотки срезают аденоид. Обычно проводят 2-3 тракции.

Удаление аденоидной ткани обычно сопровождается кровотечением, которое быстро останавливается. Аспирация крови из носа осуществляется с помощью электроотсоса, при необходимости используют задний тампон.

Операция может проводиться под эндотрахеальным наркозом. Положение ребенка лежа на спине, голова опущена книзу. Хирург располагается за головой ребенка. Используют роторасширитель. Резиновыми катетерами, введенными через нос, поднимают небную занавеску. С помощью носоглоточного зеркала или риносинусоскопии осматривают носоглотку. Под контролем зрения аденотомом удаляют аденоидную ткань тракцией от хоан к задней стенке глотки. Под общей анестезией можно использовать микродебридер, радиочастотный нож, коблатор.

Общая анестезия позволяет более тщательно контролировать удаление аденоидной ткани из хоан вокруг устьев слуховых труб.

Осложнения

Возникают во время операции и в послеоперационном периоде. Во время операции при недостаточной фиксации больного и его активном сопротивлении грубое введение конца аденотома может привести к ранению различных частей полости рта, мягкого неба, ампутации маленького язычка. В самой носоглотке травме могут подвергаться задний край сошника, задние концы нижних носовых раковин, валики слуховых труб. Начинающие хирурги вводят конец аденотома недостаточно высоко, в результате чего только нижняя часть аденоида оказывается удаленной. При слишком сильном нажатии остро отточенным ножом могут быть удалены более глубокие ткани, вплоть до предпозвоночной фасции. Описаны случаи, когда аденотомом срезались костная пластинка выступающего позвонка (*vertebra prominens*). Удаленные аденоиды могут попасть в носовую полость или быть аспирированы в дыхательные пути, иногда их проглатывают больные. Наиболее частым осложнением является послеоперационное кровотечение, возникающее непосредственно после операции, спустя несколько часов или через 1-5 дней. В

значительной части случаев причиной такого кровотечения являются не удаленная полностью аденоидная ткань. В некоторых случаях необходимо повторное выскабливание носоглотки аденотомом. Причиной более поздних кровотечений может быть отторжение раневого струпа, что обычно бывает на 4-5й день после операции, особенно у беспокойных детей. При сильных кровотечениях в редких случаях выполняют заднюю тампонаду. Дифтерия, гнойный менингит, медиастинит, сепсис после аденотомии наблюдались в отдельных случаях рядом авторов. К редким осложнениям относятся туберкулезный менингит. Рецидивы аденоида при правильно проведенной операции наблюдаются редко (2-3% случаев), преимущественно в раннем детском возрасте.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность после аденотомии составляет от 3 до 7 дней.

Реабилитация

Диета: исключить твердую и горячую пищу (10 дней). Ограничить физическую нагрузку на 3 недели. Проведение дыхательной гимнастики по назначению врача. Промывание носоглотки и полости носа солевыми растворами.

4.2. Тонзиллэктомия

Показания

Часто рецидивирующий тонзиллит (7 документированных обострений в течение года, либо по 5 обострений в год в течение 2 лет, либо по 3 обострения в год в течение 3 лет). Декомпенсированная форма хронического тонзиллита. Хронический тонзиллит с токсико-аллергическими явлениями, повышающими риск развития сердечно-сосудистых и/или почечных осложнений, а также уже развившиеся заболевания инфекционно-токсикоаллергической природы (ревматизм, инфекционный неспецифический полиартрит, заболевания сердца, желчных путей, почек, щитовидной железы, некоторые заболевания нервной системы, кожи). Синдром апноэ во сне, нарушение глотания и дыхания

вследствие увеличения размеров небных миндалин. Гнойные осложнения (интра-, паратонзиллярный абсцесс, парафарингеальная флегмона).

Противопоказания

Гемофилия, выраженная сердечная недостаточность, почечная недостаточность, стенокардия, высокая степень гипертензии, тяжелая форма сахарного диабета, активная форма туберкулеза, острые инфекционные заболевания. Последние месяцы беременности и во время менструации. Предпочтительно проводить тонзиллэктомию в холодном периоде, через 2-3 недели после ангины. При ревматизме ее производят после курса антиревматического лечения и в неактивной фазе заболевания.

Ход операции

Операция выполняется в стационаре. У детей тонзиллэктомию предпочтительнее выполнять под наркозом с интубацией через нос или внутривенным комбинированным наркозом в сочетании с нейролептаналгезией. Взрослых чаще в положении сидя под местным обезболиванием.

Производят дугообразный разрез слизистой оболочки по краю небно-язычной дужки с переходом на небно-глоточную. Узким распатором или элеватором через разрез проникают в паратонзиллярное пространство за псевдокапсулу миндалины, отсепааровывают миндалину от небно-язычной дужки экстракапсулярно от верхнего полюса до нижнего. Рубцовые сращения, не поддающиеся тупой сепаровке, рассекают ножницами, делая мелкие насечки. Наложив на миндалину петлю и отклонив ее книзу, отсекают миндалину единым блоком. На кровоточащие сосуды накладывают зажимы и кетгутовые лигатуры, нишу миндалины обрабатывают гемостатической пастой и спиртом.

После операции больного укладывают обычно на правый бок, на шею кладут пузырь со льдом. В первый день разрешается сделать несколько глотков

воды. Больной должен соблюдать больничный режим 4-5 дней. В это время назначается челюстной стол с протертой, жидкой и негорячей пищей. Назначается антибактериальная терапия. К концу 5го дня ниши миндалин очищаются от фибринозного налета, раневая поверхность эпителизируется.

Осложнения

Одно из наиболее частых и опасных осложнений тонзиллэктомии – глоточное кровотечение. Различают первичные кровотечения, возникающие во время операции, и вторичные, которые осложняют послеоперационный период. Вторичные кровотечения могут быть ранними – в первые сутки после операции (чаще в первые 5 часов) и поздние – со вторых суток после операции. Кровотечение бывает артериальным, венозным, паренхиматозным, капиллярным). Наиболее опасно артериальное кровотечение из крупных сосудов – наружной и внутренней сонных артерий, восходящей глоточной, язычной артерий при их травме во время операции или аррозии стенки при флегмонозном процессе, осложнившем послеоперационный период. При артериальном кровотечении кровь алая, пульсируя, внезапно наполняет полость рта и глотки, струей вытекает наружу. От быстроты действий врача в это время зависит жизнь больного. Необходимо немедленно прижать кровоточащее место в нише миндалины, а также на уровне гортани прижать к позвоночнику общую сонную артерию (помощник немедленно приступает к перевязке наружной сонной артерии). Если кровотечение не останавливается, то перевязывают общую сонную артерию. После этой операции производят гемотрансфузию в соответствии с объемом кровопотери. Кровотечение из артерий более мелкого калибра может быть обильным, но обычно останавливается после прижатия их в ране тампоном или гемостатической губкой. После остановки кровотечения следует захватить сосуд в ране зажимом Кохера, и, прошив мягкие ткани, перевязать его. Если сосуд не удастся перевязать, то следует тампонировать нишу и сшить небные дужки. Венозное кровотечение отличается от артериального темным цветом крови, медленным наполнением ниши, обычно место кровотечения определяется в нижнем

полосе. Оно менее опасно, чем артериальное и быстрее устраняется с помощью тампонады. Техника его остановки аналогична таковой при артериальном кровотечении. При кровоточивости всей поверхности тонзиллярной ниши кровотечение расценивают как паренхиматозное. Местно применяют тампонаду ниши марлевыми тампонами, пропитанные 3% раствором перекиси водорода, аминокaproновой кислотой, сухим тромбином, сухой плазмой, тромбопластином. Часто паренхиматозное кровотечение останавливается после инфильтрации ниши раствором 0,25% новокаина, назначают инъекции этамзилата, дицинона, андраксона. При неэффективности тампонады ниши, производят сшивание над тампоном небных дужек двумя нитями – у верхней и нижней их третью. После проведения нитей через дужки их двойные концы связываются. Снимают швы через 36-48 часов. Вторичное кровотечение также может быть артериальным, венозным, паренхиматозным и возникать при несоблюдении больным постельного режима, отрыве тромба при сильном кашле, из-за некроза стенок сосуда при гнойном осложнении послеоперационного периода. Наиболее опасны ранние вторичные кровотечения, возникающие в первые часы после тонзиллэктомии после прекращения действия местной анестезии. Чаще всего источник кровотечения – сосуды нижнего отдела ниши. Кровь незаметно стекает в пищевод. Для предотвращения этого больной должен лежать на боку, ему запрещают глотать слюну, он должен осторожно сплевывать ее. При скрытом кровотечении отмечают резкую слабость, бледность кожных покровов, нитевидный пульс, может быть рвота свежей кровью, коллапс. В тонзиллярной нише обычно определяется кровяной сгусток, который следует удалить, поскольку под ним возможно продолжающееся кровотечение. Необходимо принять меры для устранения кровопотери. Поздние вторичные кровотечения могут возникать на 8-15й день после тонзиллэктомии, чаще при нарушении режима в домашних условиях. Тактика врача такая же, как при ранних глоточных кровотечениях.

При тонзиллэктомии вследствие размножения миндалин возможно распространение инфекции контактным или лимфатическим путем, что

приводит к возникновению воспалительных процессов в парафарингеальном пространстве, корне языка, дне полости рта, регионарных лимфатических узлах. Распространение инфекции гематогенным путем обуславливает образование септических тромбов шейных вен, инфицирование гематом, сепсиса с метастазами различной локализации. Для ликвидации гнойных процессов, развившихся в глотке и области шеи, требуется раннее оперативное вмешательство – рассечение и дренирование, применение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия.

Из других осложнений тонзиллэктомии следует иметь в виду подкожную эмфизему, пневмонию, абсцесс и ателектаз легкого, парезы отдельных нервов или их ветвей (подъязычного, блуждающего, симпатического), возникающие при повреждении их во время анестезии или грубых манипуляциях во время операции. Очень редкими, но опасными для жизни являются внутричерепные осложнения: менингит, тромбоз синусов мозговых оболочек, абсцесс мозга.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность после тонзиллэктомии составляет от 7 до 14 дней. При развитии послеоперационных осложнений длительность нетрудоспособности составляет 21 день.

4.3. Вскрытие паратонзиллярного абсцесса

Показания

Паратонзиллярный абсцесс – показание для операции срочное вскрытие паратонзиллярного абсцесса (Рис.7).

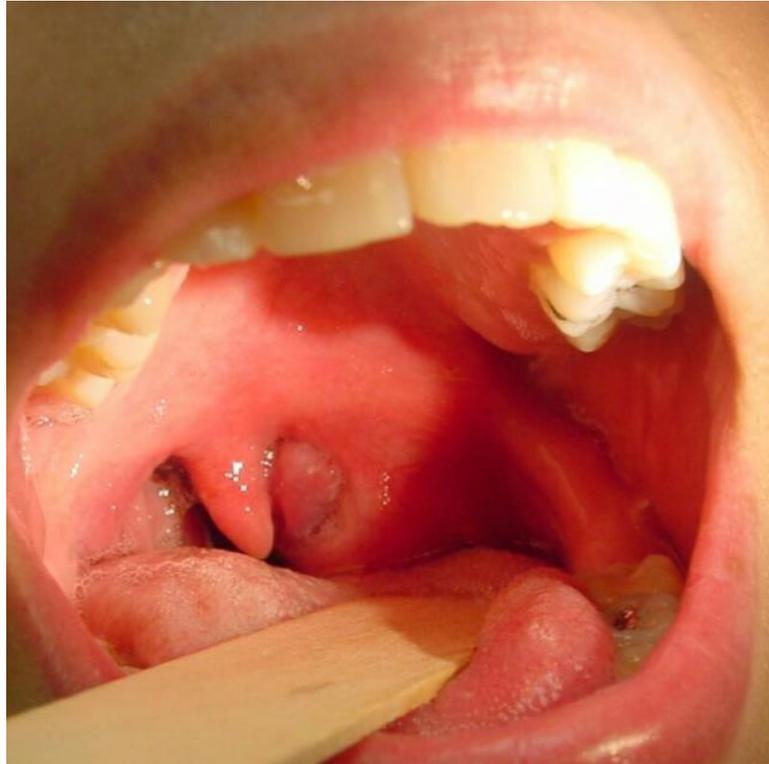


Рис.7: Паратонзиллярный абсцесс

При фарингоскопии необходимо оценить локализацию абсцесса. Выделяют передне-верхние, передне-нижние и задние паратонзиллярные абсцессы.

Врач обращает внимание на цвет слизистой ротоглотки, налет на небных миндалинах, характер выбухания мягких тканей, пульсацию.

Противопоказания

Противопоказанием к оперативному лечению является агонирующее состояние пациента.

Ход операции

Операция выполняется в положении больного сидя в кресле. С целью потенцирования действия средств для анестезии парентерально вводится анальгетик и антигистаминный препарат.

Местная анестезия – аппликационно.

Проводится пункция паратонзиллярного пространства в месте максимального выбухания на глубину 1,0 см. пустым шприцем с длинной толстой иглой. При попадании иглы в полость абсцесса в шприце визуализируется гной. Если при аспирации в шприц свободно поступает кровь, то это свидетельствует о травме кровеносного сосуда. В этом случае манипуляцию необходимо прекратить.

В место предполагаемого разреза в подслизистый слой вводится до 1 мл 2% раствора лидокаина. Скальпелем выполняется разрез мягких тканей по игле, с учетом расположения мышечных волокон на глубину 0,5-1 см.. При правильно выполненном разрезе гной активно поступает из абсцесса в полость рта. Пациента просят сплюнуть гной в лоток.

С помощью зажима Бильрота или щипцами разводят края послеоперационной раны, выполняют ревизию и промывание абсцесса антисептиками. Пациента переводят в палату и рекомендуют полоскать глотку до 10 раз в сутки раствором фурацилина 1:5000. В послеоперационном периоде ежедневно необходимо зажимом разводить края послеоперационной раны для опорожнения полости абсцесса от скопившегося гноя. При исчезновении отделяемого из абсцесса, края раны не разводят, назначают полоскание глотки антисептиками и системную антибиотикотерапию. Если при ревизии отделяемое серозно-геморрагическое, то продолжают только полоскания глотки.

Осложнения

При несвоевременном вскрытии паратонзиллярного абсцесса могут развиваться грозные осложнения такое, как флегмона шеи. Из-за реактивного отека гортани может развиваться затруднение дыхания.

Флегмона шеи представляет опасность из-за возможности развития гнойного медиастенита, эрозивного кровотечения из крупных сосудов шеи, тромбоза и тромбоза внутренней яремной вены с септическими осложнениями.

При вскрытии паратонзиллярного абсцесса может быть кровотечение. Это осложнение чаще связано с нарушением свертывающей системы, нарушением техники оперативного вмешательства и травмой крупных кровеносных сосудов, при наличии аневризмы сонных артерий.

Для предупреждения указанных осложнений кроме своевременной диагностики необходимо проводить тщательный дифференциальный диагноз.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность при паратонзиллярных абсцессах составляет от 7 до 10 дней.

Реабилитация

Паратонзиллярный абсцесс свидетельствует о декомпенсации хронического тонзиллита. Перенесение этого заболевания является показанием к выполнению тонзилэктомии в плановом порядке. Только этот подход является адекватным в реабилитации пациентов.

4.4. Вскрытие заглоточного абсцесса

Показания

Показанием к оперативному лечению является заглоточный абсцесс (Рис.8).

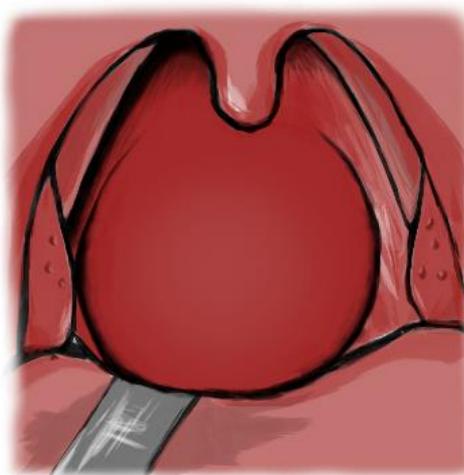


Рис.8: Заглоточный абсцесс

Противопоказания

Противопоказанием к оперативному лечению является агонирующее состояние пациента. При выявлении туберкулезных или сифилитических «холодных» заглочных абсцессов (натечников) оперативное лечение выполняется отсрочено, при неэффективности специфической терапии.

Ход операции

Операция выполняется в положении больного лежа на столе с опущенным головным концом. С целью потенцирования действия средств для анестезии парентерально вводится атропин, анальгетик и антигистаминный препарат.

Вскрытие абсцесса производят через рот. Учитывая, что болеют чаще дети до двух лет, операция выполняется чаще под наркозом. В полость рта устанавливается роторасширитель. Выполняется тампонада гортаноглотки для того, чтобы гной не попал в пищевод и трахею. Пункция перед вскрытием заглочного абсцесса не проводится. Так как она ведет к спадению стенок абсцесса.

Скальпелем, лезвие которого, кроме конца, обернуто лейкопластырем, производят разрез на глубину около 0,5 см в месте наибольшего выпухания мягких тканей. Направление разреза должно быть строго вертикальным, чтобы в послеоперационном периоде не сформировались затеки гноя (Рис.9).



Рис.9: Направление разреза при заглочном абсцессе

Содержимое абсцесса удаляется из ротоглотки аспиратором. Очаг тщательно saniруется. После чего пациент переводится в палату. Назначаются системную антибиотикотерапию. Гной отправляется на бактериологическое исследование.

В послеоперационном периоде под местной аппликационной анестезией выполняется разведение краев раны.

Если у пациента выявляют боковой парафарингеальный абсцесс, то подход к оперативному лечению иной.

Вскрывают боковые парафарингеальные абсцессы наружным доступом. Врач проводит обработку кожи операционного поля по стандартной методике. Стерильной простыней обкладывают операционное поле. С помощью шприца выполняют пункцию абсцесса. В области наибольшего выбухания, кпереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы скальпелем делают разрез кожи. Направление разреза должно соответствовать топографии *m. sternocleidomastoideus*. Последующие этапы выполняются тупо с помощью зажима, ножниц и желобоватого зонда.

Осложнения

Осложнения заглоточного абсцесса появляются при поздней диагностике заболевания и нарушении техники выполнения операции.

Задний гнойный медиастинит – воспаление средостения, с возможным вовлечением перикарда сердца и крупных сосудов. Хирургическое лечение медиастинита осуществляют торакальные хирурги.

Сепсис – возможен при массивном попадании инфекционного агента в кровотоки.

Учитывая особенности венозного оттока, осложнением заглоточных абсцессов является тромбоз и тромбофлебит внутренней яремной вены.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность при паратонзиллярных абсцессах составляет от 7 до 10 дней.

Реабилитация

В послеоперационном периоде назначается полоскание глотки, иммунокорректоры.

4.5. Трахеостомия

Показания

Стеноз гортани в стадии декомпенсации. При стенозе гортани, вызванном опухолью, трахеостомию выполняют в стадии неполной компенсации.

Продленная интубация трахеи (более 5-7 суток) – при состояниях, приводящих к нарушению биомеханики дыхательного акта и невозможности спонтанного дыхания: черепно-мозговая травма, травма грудной клетки и спинного мозга, острая сосудистая патология головного мозга и др.

Для проведения эндотрахеального наркоза при невозможности интубации через рот или нос, например, оперативные вмешательства на гортани (резекция, экстирпация гортани). Для активной санации трахеобронхиального дерева.

Для проведения нижней трахеобронхоскопии.

Ход операции

Анестезия местная инфильтрационная 1-2% раствором новокаина, 2% лидокаина, ультракаина или эндотрахеальный наркоз. При глубоком бессознательном состоянии и асфиксии операция может быть выполнена без обезболивания.

В зависимости от уровня рассечения хрящей или межкольцевых промежутков трахеи (1-го, 2-го и 3-го) по отношению к перешейку щитовидной железы различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию: выше перешейка –

верхняя, ниже перешейка щитовидной железы – нижняя. При средней трахеостомии рассекается перешеек щитовидной железы перед трахеотомией.

Каждый вид трахеостомии имеет свои преимущества и недостатки. У каждого больного вопрос о виде трахеостомии решается в зависимости от его конституции и анатомических особенностей расположения перешейка щитовидной железы.

У детей гортань расположена высоко и доступны нижерасположенные хрящи трахеи. Им производят нижнюю трахеотомию. Ее преимущества в том, что при ней не травмируется перстневидный хрящ, перстнетрахеальная связка и первый хрящ трахеи, вследствие чего предотвращается развитие перихондрита и рубцового стеноза гортани. У взрослых обычно производят верхнюю трахеотомию. Среднюю выполняют редко – вследствие невозможности произвести верхнюю или нижнюю.

В настоящее время широкое распространение получила продольно-поперечная трахеостомия по В.И.Воячеку, при которой кожа, фасции и мышцы разделяются вертикально, а трахея вскрывается горизонтальным поперечным разрезом путем рассечения только межколыцевой связки.

Больной во время трахеостомии лежит на спине, под плечи подкладывают валик, голова запрокинута назад. Такое положение максимально приближает гортань и трахею к передней поверхности шеи. Предварительная интубация устраняет дыхательную недостаточность и облегчает проведение операции. Оознавательными пунктами являются передний угол щитовидного и дуга перстневидного хрящей, яремная вырезка грудины. Разрез кожи, подкожной жировой клетчатки и поверхностной фасции производя от нижнего края щитовидного хряща до яремной вырезки строго по средней линии шеи. Срединную вену шеи отодвигают или перевязывают и перерезают, находят белую линию, по которой тупым путем раздвигают мышцы и обнажают перешеек щитовидной железы.

При верхней трахеостомии определяют нижний край щитовидного хряща и поперечным разрезом надсекают фасцию, прикрепляющую капсулу

щитовидной железы к перстневидному хрящу. Тупым путем отсепааровывают перешеек щитовидной железы и оттягивают его элеватором книзу. Обнажив хрящи трахеи выше перешейка, их вскрывают поперечным разрезом до трети окружности и после разведения раны трахеи расширителем Труссо вводят трахеостомическую трубку. Если операцию производят под местной анестезией, то перед вскрытием трахеи шприцем через промежуток между хрящами в просвет трахеи вводят 0,5мл 1-2% раствора лидокаина. На кожу выше и ниже стомы накладывают по 1-2 шелковых шва. Трахеоканюлю фиксируют на шее марлевыми тесемками.

При выполнении нижней трахеостомии перешеек щитовидной железы оттягивают кверху и поперечным разрезом на уровне 2-3 кольца трахеи вскрывают просвет трахеи. При средней трахеостомии после выделения перешейка щитовидной железы его пережимают двумя зажимами, рассекают и на зажимах прошивают непрерывным обвивным швом с обеих сторон. Разрез трахеи производят на уровне 2-3 колец.

После трахеостомии необходимо проверить состояние дыхания через трахеостомическую трубку. В случае чрезвычайной экстренности, когда нет времени для трахеостомии или невозможности ее выполнить, может быть выполнена коникотомия.

Коникотомия.

Состоит из рассечения конической связки гортани. Выполняется при стенозе гортани в стадии асфиксии по жизненным показаниям. Анестезия не требуется. Одномоментно выполняется поперечный разрез между нижним краем щитовидного хряща и верхним краем перстневидного до ощущения провала, после чего с помощью трахеорасширителя устанавливается трахеостомическая или интубационная трубки. После выполненной коникотомии (реанимационных мероприятий) больному выполняют трахеостомию. Если этого не сделать, то в результате давления трубки на хрящи гортани разовьется хондроперихондрит хрящей гортани и как следствие – рубцовая деформация просвета.

Осложнения

Кровотечение. Кровотечение может быть связано с ранением безымянной артерии или с ранением перешейка щитовидной железы или щитовидных вен. При выполнении нижней трахеостомии в случае аномального расположения безымянной артерии имеется угроза ранения этого сосуда. До операции необходимо ощупать область под яремной вырезкой и убедиться в отсутствии пульсации крупного сосуда.

Близость канюли к безымянной артерии может сопровождаться симптомом пульсации трубки. При этом необходимо немедленно заменить канюлю на более короткую.

Поздние кровотечения из безымянной артерии вызываются пролежнем кровеносного сосуда концом трахеотомической трубки. При вскрытии 5-6 го колец трахеи может закончиться смертельным кровотечением.

Кровотечение из поврежденного перешейка щитовидной железы наблюдается при верхней трахеотомии. Кровотечение может быть значительным и затруднить операцию. Если при продолжающемся кровотечении хирург вскрывает трахею, возникает аспирация крови, усиливается дыхательная недостаточность, двигательное возбуждение, беспокойство больного, что мешает произвести гемостаз.

Травма перешейка щитовидной железы связана с оставлением перстнещитовидной связки, фиксирующей перешеек к перстневидному хрящу и верхнему отделу трахеи. Без рассечения этой связки попытки тупым путем сместить перешеек книзу только усиливает кровотечение. Чтобы избежать этого осложнения, необходимо мобилизовать перешеек путем горизонтального рассечения соответствующей связки вдоль дуги перстневидного хряща. Если обильное кровотечение возникло, лучше воздержаться от вскрытия просвета трахеи до выполнения гемостаза. Травма перешейка щитовидной железы в силу

тяжелого общего состояния и низкого артериального давления может быть незамеченной. При нарастании артериального давления и появления кашлевого рефлекса, приступ кашля может спровоцировать кровотечение из сосудов перешейка. Опасность кровотечения во время трахеостомии возрастает при наличии опухоли, особенно распадающейся на передней поверхности шеи (рак щитовидной железы), когда доступ к трахее возможен только через опухоль.

Эмфизема средостения и пневмоторакс. Эти осложнения встречаются довольно часто. В момент вскрытия глубокой фасции шеи воздух устремляется в жировую клетчатку средостения, которая отделена от перитрахеального пространства тонким листком внутригрудной фасции. В полость плевры воздух проникает вторично из средостения в результате разрыва альвеол при инспираторной одышке. У больных при затрудненном вдохе увеличивается отрицательное внутригортанное давление. Данное осложнение можно выявить только при рентгенологическом исследовании. Для профилактики рекомендуется предварительная эндотрахеальная интубация, а затем трахеотомия. Возможно непосредственное ранение купола плевры при операции с развитием пневмоторакса. Это наблюдается у детей и больных хронической легочной недостаточностью и эмфиземой легких, так как купол плевры в этих случаях располагается на шее.

Остановка дыхания и коллапс после вскрытия просвета трахеи. У больных при выраженной дыхательной недостаточности после вскрытия просвета трахеи наблюдается остановка дыхания. Это связано с тем, что после трахеотомии устраняется избыток углекислоты, который появился в крови в период затруднения дыхания. Устраняется дыхательный ацидоз и тормозится деятельность дыхательного центра. Когда апноэ следует непосредственно за вскрытием трахеи и вхождением воздуха в легкие, одним из возможных объяснений может быть: в результате развития гиперкапнии и гипоксемии дыхательный центр становится нечувствительным к уровню напряжения углекислоты в крови и действует под влиянием гипоксемии. В момент

вскрытия трахеи и повышения напряжения кислорода в крови устраняется гипоксемическая стимуляция дыхания и возникает апноэ. В момент вскрытия трахеи может наблюдаться резкое падение артериального давления – циркуляторный коллапс. Это связано с устранением гиперкапнии, повышающей тонус сосудистого центра. Возможен рефлекторный коллапс, вследствие грубых манипуляций в ране, в области каротидного синуса. Возможна рефлекторная остановка сердца после введения канюли или резких манипуляций катетером в трахее. Остановка дыхания после трахеостомии быстро ликвидируется благодаря кратковременному искусственному дыханию через трахеостому.

Подкожная эмфизема. Ограниченная подкожная эмфизема шеи нередко наблюдается после трахеостомии. При этом воздух обычно самостоятельно рассасывается. Распространенная эмфизема, распространяющаяся обычно на лицо, шею, грудную клетку, живот, наблюдается редко и возникает из-за несоответствия размеров раны трахеи и диаметра канюли или вследствие выскользывания канюли из трахеи под кожу. Сама подкожная эмфизема мягких тканей шеи способствует вытягиванию канюли из трахеи и у больного возникает удушье. В этих случаях следует распустить швы вокруг трубки, а в просвет трахеи ввести удлиненную трахеотомическую трубку до момента исчезновения подкожной эмфиземы.

Осложнения от неправильного выбора канюли. При нижней трахеотомии, особенно у лиц с толстой, короткой шеей, лучше использовать длинные канюли, не вызывать резкого переразгибания шеи, иначе разрез колец трахеи приходится не на те из них, которые при обычном положении головы располагаются за грудиной. Когда больной примет обычное положение головы, область разреза трахеи погрузится за грудину и канюля автоматически сместится из трахеи под кожу. Это более вероятно при введении металлической трубки. Применение длинной трубки может упираться в область бифуркации трахеи, вызывая постоянный кашель, или канюля входит в правый бронх,

вызывая ателектаз легкого. При подозрении на это осложнение следует сделать рентгенографию грудной клетки. При компрессионных стенозах трахеи на почве злокачественных новообразований щитовидной железы невозможно обнаружить смещенную и сдавленную дыхательную трубку. Поиск трахеи в ране вызывает кровотечение, усиливает асфиксию – возможен летальный исход. В подобной ситуации рекомендуется ввести в трахею бронхоскопическую трубку и с помощью иглы (по ощущению металла) продолжить поиск бронхоскопа. Подобная операция должна выполняться под наркозом. При неправильных действиях ассистента, раздвигающего рану крючками Фарабефа, возможно захватывание трахеи под один из крючков и оттеснение ее от средней линии. Тогда на дне раны лежит пищевод, что должно сразу насторожить хирурга.

Ранение пищевода. Ранение пищевода через переднюю и заднюю стенку трахеи встречается чаще у маленьких детей, когда врач, рассекая кольца трахеи, не рассчитав глубину разреза, особенно при сильно запрокинутой голове ребенка, острием скальпеля травмирует заднюю стенку трахеи и переднюю стенку пищевода. Следует помнить, при введении канюли в трахею возможна отслойка слизистой трахеи и введение канюли в подслизистое пространство, что сразу обнаруживается по отсутствию струи воздуха из трубки и продолжающейся картине асфиксии.

Послеоперационные осложнения. Может развиваться воспаление легких вследствие присасывания и недостаточного откашливания секрета. Необходимо использовать терапию для разжижения секрета и аспирацию.

Кровотечение вследствие давления канюли. Декубитальные язвы на стенке трахеи вызывают небольшие кровотечения. Клинически проявляется выделением окрашенного кровью трахеального секрета. Необходимо изменить положение и форму канюли. Если позволяет состояние больного, то показано немедленное удаление канюли. При повреждении больших сосудов канюлей возникает сильное кровотечение в трахею и удушье.

При закупорке канюли сгустками крови, корками секрета нарушается свободное дыхание через нее. Рекомендуется внутреннюю канюлю удалить, почистить или заменить другой. Если дыхание не восстанавливается, удалить канюлю полностью, с помощью носового зеркала Килиана осмотреть просвет трахеи и, определив причину стеноза (сухая корка, грануляция), удалить их и вновь вставить трахеотрубку.

Затрудненная деканюляция проявляется нарушением дыхания, одышкой, цианозом, сразу после удаления канюли. Причиной этого является спадение стенок трахеи, вследствие пересечения перстневидного хряща, избыточный рост грануляций. Канюля может вызвать перегиб трахеи, что обуславливает изменение ее формы и просвета.

Сроки нетрудоспособности

Сроки нетрудоспособности и вид деятельности определяется в каждом конкретном случае индивидуально.

Реабилитация

Из фиксированной трахеотомической трубки на шее больного вынимается внутренняя трубка после предварительного поворота фиксатора-флажка в сторону. Внутренняя трубка промывается под проточной водой. При этом используется изогнутый зонд с накрученной на него ватой или специальная щетка. Отмытая внутренняя трубка обрабатывается сначала антисептиком, а затем смазывается маслом. Трубка вновь ставится на место и фиксируется фиксатором-флажком поворотом его вниз.

Замена трахеостомической трубки. Сначала развязывают марлевые тесемки на шее и трахеотомическая трубка удаляется рукой путем вытягивания ее за края горизонтальной пластины. Заранее готовится на смену другая трахеотомическая трубка того же размера с марлевыми тесемками. Сразу после удаления из трахеостомы трахеотомической трубки вводится приготовленная новая. Смена трубки производится быстро, так как раневой канал может

быстро сузиться, первый этап введения трубки: трахеостомическую трубку горизонтально вводят в трахеостому. Второй этап: трубку поворачивают вертикально и вводят до щелчка в трахеостому. После введения трубку фиксируют марлевыми тесемками на шее.

5. Хирургические вмешательства при заболеваниях уха

5.1. Миринготомия. Шунтирование барабанной полости

Показания

I стадия острого гнойного среднего отита с выраженными симптомами интоксикации и болевым синдромом. Развитие гнойных осложнений острого среднего отита (мастоидита, гнойного менингита, синустромбоза и других интракраниальных осложнений). Новорожденные и дети грудного возраста, пациенты всех возрастных групп с иммунодефицитными состояниями. Экссудативный средний отит II и III стадии.

Показания к шунтированию барабанной полости:

Экссудативный средний отит II и III стадии.

Противопоказания

Адгезивный отит. Заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации. Острые инфекционные заболевания.

Ход операции миринготомии

При выполнении миринготомии у взрослых применяется местная анестезия, у детей чаще операция выполняется под наркозом.

Для местной анестезии применяется Лидокаин 2% или Ультракаин 1:200000. Инъекция анестетика выполняется на границе хрящевой и костной стенки наружного слухового прохода. Для введения препарата используют инсулиновый шприц. Игла вводится до костной стенки наружного слухового прохода височной кости. Медленно вводится до 1 мл анестетика. Процесс введения препарата контролируется визуально с помощью операционного

микроскопа. В процессе введения анестетика наблюдается инфильтрация кожи задней стенки слухового прохода, и побеление барабанной перепонки.

Адекватность анестезии можно оценить с помощью наконечника аспиратора. При соприкосновении наконечника с барабанной перепонкой пациент не испытывает неприятных ощущений.

С помощью парацентезной иглы в задненижнем квадранте барабанной перепонки выполняется разрез, вдоль циркулярных волокон, пересекая радиальные, длиной 1,5 - 2 мм. При наличии «карманов» требуется дополнительный разрез над ними.

После вскрытия барабанной полости из разреза выделяется содержимое барабанной полости. В зависимости от патологического процесса может быть гной, слизь, экссудат. Все патологическое содержимое аспирируется.

После санации барабанной полости в наружный слуховой проход вливают Sol. Adrenalini 0,1%, Sol. Prednisolni 3%, Sol. Cipromedi. Методом нагнетания (надавливая на козелок) препараты вводятся в барабанную полость. Пациенты могут ощущать вкус лекарства при проходимости слуховой трубы. В ухо устанавливается асептическая турунда. В сопровождении медицинской сестры пациент переводится в палату с рекомендацией не вставать в течение двух часов.

Ход операции шунтирование барабанной полости

Операция начинается с обработки наружного слухового прохода и ушной раковины 70% раствором этилового спирта. Анестезия для выполнения шунтирования барабанной перепонки выполняется аналогично анестезии при миринготомии.

Разрез барабанной перепонки выполняется обычно в передненижнем и задненижнем квадрантах. Чаще шунтирование выполняется в передне-нижнем или передне-верхнем квадрантах, в зависимости от анатомических особенностей расположения слуховой трубы. Разрез рекомендуют выполнять с рассечением циркулярных волокон, затем тупо разводя радиальные.

Сохранение радиальных волокон позволит ускорить рубцевание барабанной перепонки после удаления шунта.

Следующим этапом операции является эвакуация содержимого барабанной полости аспиратором.

После санации барабанной полости в наружный слуховой проход вливают Sol. Adrenalini 0,1%, Sol. Prednisolni 3%, Sol. Cipromedi так же, как и при миринготомии.

В разрез устанавливают шунт. В настоящее время существуют специальные троакары для одномоментной установки дренажной трубки (шунта).

В ухо устанавливается турунда с 70% раствором этилового спирта. В сопровождении медицинской сестры пациент переводится в палату. До двух часов больному не рекомендуют вставать с постели.

Осложнения

При высоком расположении луковицы яремной вены, при миринготомии может быть ее травма. Кровотечения останавливаются путем выполнения тампонады наружного слухового прохода, иногда приходится выполнить тампонаду слуховой трубы. Травма медиальной стенки может привести к парезу лицевого нерва, головокружению. Данных осложнений можно избежать, если выполнять вмешательство в задненижнем квадранте барабанной перепонки.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность после парацентеза или шунтирования барабанной полости составляет от 3 до 10 дней.

Реабилитация

Необходимо обеспечить защиту наружного слухового прохода от прямого попадания воды и воздуха, избегать значительных перепадов давления окружающей среды (погружения, взрывы и т.п.), так как это может привести к повреждению барабанной перепонки и (или) слуховых косточек с последующим нарушением слуха и равновесия.

Пациентам, имеющим металлические шунты, не разрешается подвергаться микроволновому облучению.

МРТ для пациентов с дренажными трубками из позолоченного серебра или титана опасности не представляет. Однако в области непосредственного окружения дренажной трубки возможно ухудшения качества изображения.

Обследование пациентов с дренажными трубками барабанной полости из позолоченной нержавеющей стали с помощью магнитно – резонансной томографии запрещается.

5.2. Общеполостная saniрующая операция

Показания Хронический гнойный средний отит, холестеатома, грануляции, кариес височной кости, отогенные внутричерепные осложнения, в том числе парез лицевого нерва.

Противопоказания

Операция может выполняться по жизненным показаниям.

Ход операции

Анестезия при радикальной операции на ухе местная инфильтрационная или наркоз.

При инфильтрационной анестезии используется 2% раствор лидокаина или раствор ультракаина 1:100000. Точка вкола располагается кзади от переходной складки на уровне наружного слухового прохода. Анестезия кожи выполняется до лимонной корочки, изменяя направление иглы выполняется веерообразная парамеатальная анестезия мягких тканей, кожи наружного слухового прохода (рис. 10).

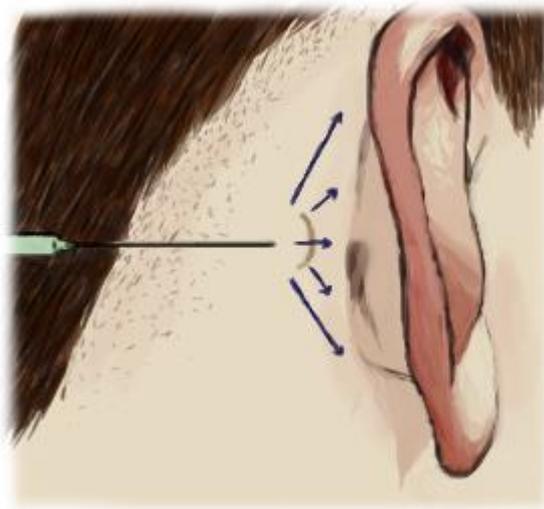


Рис.10: Схема местной анестезии при радикальной операции

По переходной складке или отступив до 0,5 см, скальпелем выполнен разрез кожи и мягких тканей до кости. Распатором мягкие ткани отслаивают с площадки сосцевидного отростка, отслаивают кожу задней, верхней и нижней стенок наружного слухового прохода. На данном этапе операции необходимо выполнить тщательный гемостаз.

В рану устанавливается ранорасширитель Янсена, кожу наружного слухового прохода отводят кпереди. Необходимо добиться хорошего обзора треугольника Шипо.

Костная часть операции может быть выполнена долотами или борами. Дальнейшие этапы операции выполняются с помощью операционного микроскопа. Костная часть может быть выполнена по Цауфалю – Левину и Шварце или Штаке.

В границах треугольника Шипо выполняется трепанация сосцевидного отростка. После вскрытия пещеры выполняют его ревизию. Врач оценивает наличие патологических тканей, целостность костных стенок антрума, наличие кариозно измененной костной ткани, все пораженные клетки сосцевидного отростка вскрываются и сглаживаются фрезой или костной ложкой (рис.11).

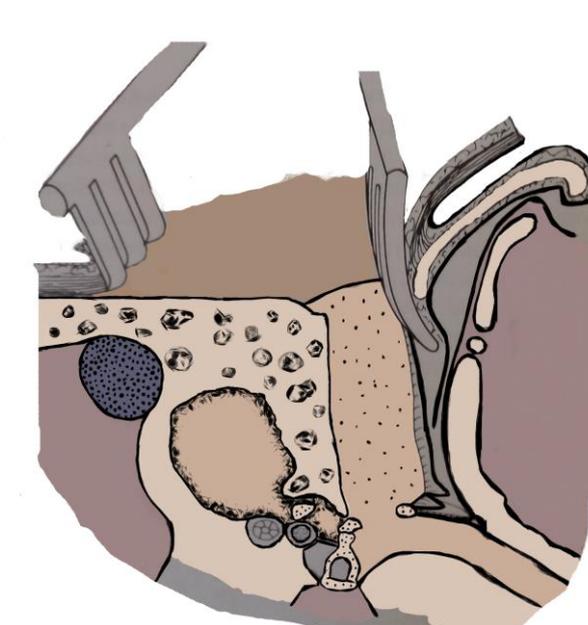


Рис.11: Диссекция височной кости

Затем приступают к удалению задней стенки наружного слухового прохода. Ориентиром служит нижняя граница additus ad antrum (вход в пещеру). Эта

зона является проекцией лицевого нерва. Ниже данной линии работать долотами и фрезами не рекомендуется в связи с опасностью ятрогенного паралича n. facialis. Костный массив, окружающий лицевой нерв носит название шпора.

Верхняя граница удаления задней стенки наружного слухового прохода не должна быть выше верхней стенки пещеры, для того, чтобы предупредить проникновения инструмента в среднюю черепную ямку.

Задняя стенка наружного слухового прохода удаляется снаружи вглубь до формирования костного мостика – область задней стенки, находящаяся на границе латеральной стенки аттика, входа в антрум и собственно наружного слухового прохода. Мостик истончается, надламывается одним ударом, а затем удаляется.

Следующим этапом радикальной операции является удаление латеральной стенки аттика. Поглаживающими движениями фрезы из барабанной полости в наружный слуховой проход удаляется латеральная стенка аттика, таким образом, чтобы верхняя стенка аттика плавно переходила в наружный слуховой проход.

Таким образом, сформирована послеоперационная полость, состоящая из антрума, аттика и барабанной полости. Все костные стенки сглаживают алмазными фрезами.

В классическом варианте общеполостной санирующей операции на среднем ухе необходимо выполнить пластику послеоперационной полости кожей наружного слухового прохода. Для этих целей в наружный слуховой проход устанавливают желобоватый зонд. Остроконечным скальпелем выполняют поперечный разрез на уровне 1 см от наружного слухового отверстия, затем по зонду рассекают кожу на границе задней и верхней стенок слухового прохода. Таким образом, формируется нижний Г-образный лоскут. Возможно применение Т-образного лоскута.

Лоскут истончают, укладывают на шпору лицевого нерва. Завершающим этапом является установка в послеоперационную полость резинового выпускника и рыхлая марлевая тампонада. Тампон позволяет прижать лоскут к костной стенке послеоперационной полости.

Если у пациента отмечается предлежание сигмовидного синуса, то вариантом выбора является выполнение костной части по Цауфалю - Левину. При данном вмешательстве фрезой удаляют латеральную стенку аттика, затем от входа в антрум кнаружи удаляется задняя стенка наружного слухового прохода. Ориентиром является надпроходная ось, выше которой не рекомендуется работать инструментом. С развитием техники появилось большое количество модификаций хирургического вмешательства на среднем ухе. Например, использование задней тимпанотомии с восстановлением задней стенки наружного слухового прохода и облитерацией (пластикой) мастоидальной полости. Подобный подход необходим для одномоментного проведения тимпаноластики (слухоулучшающей операции)

Осложнения общеполостной санирующей операции на среднем ухе. Парез лицевого нерва. Кровотечение. Лабиринтит. Стойкое снижение слуха. Вертиго. Отшнуровка послеоперационной полости. Болезнь оперированного уха.

Сроки нетрудоспособности

Нетрудоспособность после радикальной операции составляет от 10 до 21 дня, при развитии осложнений длительность пребывания на листке нетрудоспособности может достигать до 28 суток.

Реабилитация

Резиновый выпускник и тампон, установленный в послеоперационную полость и наружный слуховой проход, удерживается до пяти суток, постепенно извлекать его следует начиная с третьих суток. В послеоперационном периоде ежедневно необходимо выполнять туалет раны заушной области,

послеоперационной полости. Движение ватного зонда должно быть аккуратным, по ходу кожного лоскута.

Швы послеоперационной раны в заушной области удаляют через один на шестые сутки, на седьмые швы удаляют полностью. После удаления швов послеоперационную рану следует обработать асептическим раствором.

После удаления тампонов в слуховой проход необходимо вводить капли с антибиотиками. После уменьшения отека мягких тканей в послеоперационной полости от использования капель следует воздержаться.

Пациенту следует рекомендовать явку на контрольный осмотр к оперировавшему оториноларингологу через три, шесть и двенадцать месяцев после хирургического лечения для проведения туалета послеоперационной полости.

Тестовые задания для самоконтроля.

1. МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ ХИРУРГА ВОЗЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО СТОЛА
 - 1) справа от больного
 - 2) слева от больного
 - 3) у изголовья больного

2. УПРАВЛЯЕМАЯ ГИПОТОНИЯ ВО ВРЕМЯ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
 - 1) арфонад
 - 2) лидокаин
 - 3) фторотан
 - 4) виадрил

3. ПЕРВИЧНО ОТСРОЧЕННЫЕ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ
 - 1) на 8-15 сутки
 - 2) на 5-6 сутки
 - 3) на 20-30 сутки
 - 4) на 1-2 сутки

4. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА ПОКАЗАНА
 - 1) септопластика
 - 2) репозиция костей носа
 - 3) передняя тампонада

5. ПЕРЕД РЕПОЗИЦИЕЙ КОСТЕЙ НОСА ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ
 - 1) нейрохирурга и офтальмолога
 - 2) невролога и хирурга
 - 3) офтальмолога и невролога
 - 4) челюстно-лицевого хирурга

6. ВСКРЫТИЕ КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА ЧЕРЕЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ПРЕДЛОЖЕНО
 - 1) Галле
 - 2) Грюнвальдом

3) Пироговым

4) Винклером

7. ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ СИГМОВИДНОГО СИНУСА ВЫПОЛНЯЕТСЯ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ НА УХЕ, ПРЕДЛОЖЕННАЯ

1) Левиным

2) Штаке

3) Шварце

8. ПРИ ОБЩЕПОЛОСТНОЙ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА УХЕ ЕСТЬ РИСК ПОВРЕЖДЕНИЯ

1) n. facialis

2) n. vestibulocochlearis

3) n. trigeminis

9. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ГЛОТКЕ, ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ САЛИВАЦИИ НАЗНАЧАЮТ

1) супрастин

2) анальгин

3) атропин

4) промедол

10. НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

1) перпендикулярной пластинки решетчатой кости

2) горизонтальной пластинки решетчатой кости

3) носовой кости

4) слезной кости

5) лобного отростка верхней челюсти

Ответы на тестовые задания для самоконтроля.

Вопрос	Ответ
1	1
2	1
3	2
4	2
5	1
6	4
7	1
8	1
9	3
10	2

Приложение.

Протоколы операций.

Протокол операции - первичная хирургическая обработка раны наружного носа.

Под местной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 4 ml выполнена ревизия раны наружного носа размером 2x3x1,5 см. При ревизии раны выявлено проникание в полость носа. На слизистую оболочку полости носа наложено два кетгутовых шва. Рана ушита послойно. Спирт на кожу. Наложено пять полипропиленовых швов Донатти. Асептическая повязка Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату. Кровопотеря 30 мл.

Диагноз: Ушибленная рана наружного носа.

Протокол операции - репозиция костей носа.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 4 ml, правым элеватором Ю.Н. Волкова, поднят боковой скат наружного носа контрлатерально выполнена мануально-инструментальная репозиция костей носа. Форма носа восстановлена. Спинка по средней линии. С целью остановки носового кровотечения и внутренней фиксации костных отломков выполнена передняя тампонада полости носа с обеих сторон. Кровопотеря 10 мл. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Диагноз: Закрытый перелом костей носа со смещением костных отломков влево.

Протокол операции - гайморотомия.

Под местной анестезией (эндотрахеальным наркозом) раствором Ультракаина 1: 200 000, 4,0мл, от 2-го до 6-го зуба по переходной складке слева (справа) произведен разрез слизистой с надкостницей до кости. Распатором обнажена передняя стенка левой гайморовой пазухи, долотом с молотком (фрезой)

вскрыта через клыковую ямку. Операционные находки (гной, киста с указанием расположения в пазухе относительно ее стенок и бухт, пр.) описываются подробно. Все патологическое удалено, отправлено на гистологическое исследование. Пазуха промыта асептическими растворами (указывается название, концентрация). Если выполняется наложение соустья с полостью носа, описывается техника наложения соустья. Указывается степень кровопотери (в мл.) и как проводился гемостаз. На рану наложено 2 кетгутовых шва. Наложена давящая повязка на щеку. В конце протокола указывается, как пациент перенес операцию (операцию перенес хорошо, в удовлетворительном состоянии переведен в палату), диагноз после операции и фамилии операторов, ассистента, операционной сестры.

Протокол операции – этмоидотомия.

Под эндотрахеальным наркозом с помощью элеватора средняя носовая раковина отведена медиально, фиксирована тампоном Штаммбергера (конхосептальным швом). С помощью конхотома вскрыта решетчатая булла, получен гной. Перфорирована горизонтальная пластинка средней носовой раковины, вскрыты задние клетки решетчатой кости. Получен густой серый гной. Все патологическое удалено острой ложкой. Патологически измененная слизистая оболочка отправлена на гистологическое исследование. Средняя носовая раковина возвращена в типичное положение. В послеоперационную полость установлен гелевый тампон Meracel. Кровопотеря 100 мл. Проснулся в операционной, в удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Диагноз: Хронический гнойный этмоидит.

Протокол операции – фронтотомия.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 4 ml, по брови выполнен разрез кожи и мягких тканей до кости справа. С помощью распатора мягкие ткани с надкостницей отслоены от передней и глазничной стенки лобной пазухи. Кровотечение из лобной ветви надглазничной артерии. Сосуд

прошит. Установлен ранорасширитель Янсена. Поверхность лобной кости не изменена, дефектов не выявлено. С помощью фрезы выполнена трепанация глазничной стенки лобной пазухи. Операционные находки: лобная пазуха, проксимальный отдел лобно-носового канала заполнена грануляционной тканью, грибковым телом, в области передней, задней и медиальной стенок дефектов не выявлено. Все патологическое удалено назальной кюреткой и острой ложкой. При ревизии носолобный канал проходим пуговчатым зондом. Фрезами носолобный канал расширен кпереди и латерально. В лобную пазуху введено две силиконовые трубки. Контроль проходимости. Трубки функционируют. Контроль гемостаза. Сухо. Спирт. Послеоперационная рана ушита послойно двумя кетгутовыми и тремя капроновыми швами. Спирт. Асептическая повязка. Кровопотеря 40 мл. Грануляционная ткань и грибковое тело отправлено на гистологическое исследование. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Диагноз: Хронический грибковый фронтит справа.

Протокол операции – полипотомия носа.

Под местной аппликационной (инфильтрационной) анестезией Sol.Ultracaini 1:200000 2 ml под контролем эндоскопа при помощи полипной петли удалены полипы (слева, справа, с обеих сторон, указывается их количество). Удаленные полипы отправлены на гистологическое исследование. В полость носа установлены передние тампоны (слева, справа, с обеих сторон). Гемостаз самостоятельный по ходу операции. Кровопотеря минимальна. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Диагноз: Хронический полипозный риносинусит. Полипы носа.

Протокол операции – риносептопластика.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 6 ml выполнен разрез слизистой оболочки с надхрящницей и надкостницей отступя 3 мм от переходной складки слева. Распатором отслоена до костного отдела.

Скальпелем выполнен разрез хряща. Распатором отслоена надхрящница с надкостницей справа. Искривленная часть хряща удалена ножом Беленджера. Костный гребень удален долотом и молотком. Премаксилла сглажена костной ложкой. Слизистая с надхрящницей уложены. Перегородка носа по средней линии. Носовое дыхание не затруднено. На послеоперационную рану наложен один кетгутовый шов. С целью гемостаза выполнена передняя тампонада с обеих сторон. Кровопотеря 30 мл. Операцию перенес хорошо, в удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Искривление перегородки носа.

Протокол операции – латеропексия нижних носовых раковин.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 3ml скальпелем выполнен разрез мягких тканей отступя 0,5 см от переднего края нижней носовой раковины до кости справа. Распатором поднадкостнично мягкие ткани отслоены до заднего конца раковины. Аналогично выполнена подслизистая вазотомия слева. В полость носа с обеих сторон установлены передние тампоны. Контроль гемостаза – сухо. Кровопотеря 20 мл. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Диагноз: Вазомоторный ринит.

Протокол операции – вазодеструкция сосудов носовой перегородки.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 1 ml, скальпелем кпереди от зоны Киссельбаха слева выполнен вертикальный разрез. Распатором слизистая оболочка с надхрящницей отслоена в пределах 1 см. В полость носа слева установлен передний тампон. Кровопотеря минимальная. Гемостаз самостоятельный по ходу операции. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Рецидивирующее носовое кровотечение. Кровоточащий сосуд зоны Киссельбаха слева.

Протокол операции – вскрытие абсцесса перегородки носа.

Под местной аппликационной анестезией Sol. Lidocaini 10% - 1 ml, скальпелем в зоне максимального выбухания мягких тканей выполнен вертикальный разрез. Получен светло-серый гной объемом 5 мл. С противоположной стороны выполнен горизонтальный разрез в зоне наибольшего выбухания мягких тканей, получено 3 мл светло-серого гноя без запаха. В послеоперационные раны установлены резиновые выпускники. В полость носа с обеих сторон рыхло установлены тампоны с мазью левомеколь. Кровопотеря минимальная. Гемостаз самостоятельный по ходу операции. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: абсцесс перегородки.

Протокол операции – вскрытие абсцедирующего фурункула носа.

Под местной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 1 ml выполнен разрез кожи в области наибольшего выбухания. Получен гной серого (зеленого, бурого) цвета объемом 2 мл. Пуговчатым зондом выполнена ревизия полости абсцесса. Карманы и затеки не обнаружены. С помощью острой ложки удалены некротизированные ткани. Полость абсцесса промыта 3% раствором перекиси водорода, раствором фурацилина 1:5000. Установлен резиновый выпускник. В преддверие носа установлена турунда с мазью левомеколь. Кровопотеря 2 мл. Гемостаз самостоятельный по ходу операции. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: абсцедирующий фурункул носа слева.

Протокол операции – аденотомия.

Под местной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 2 ml, тремя тракциями аденотома Бекмана №4 по своду носоглотки удален аденоид средних размеров. Кровопотеря 30 мл. Гемостаз самостоятельный по ходу операции. Носовое дыхание восстановлено. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Аденоид 2 степени.

Протокол операции – тонзилэктомия.

Под эндотрахеальным наркозом установлен роторасширитель. Скальпелем по краю небно-язычной дужки выполнен разрез слизистой оболочки с переходом на небно-глоточную дужку у верхнего полюса миндалины справа. Тупо распатором миндалина отслоена с псевдокапсулой до нижнего полюса и отсечена миндаликовой петлей. Гемостаз. Аналогично выполнено удаление небной миндалины слева. Гемостаз. Кровопотеря 30 мл. Удаленные миндалины отправлены на гистологическое исследование. Операцию перенес хорошо. Проснулся в операционной. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Хронический декомпенсированный тонзиллит. Рецидивы ангин.

Протокол операции – вскрытие паратонзиллярного абсцесса.

Под местной аппликационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 2 ml, иглой выполнена пункция паратонзиллярного пространства слева в области наибольшего выбухания мягких тканей. Получен серый гной с неприятным запахом. С помощью скальпеля выполнен разрез. Получено до 20 мл гноя. С помощью зажима Бильрота края раны разведены, выполнена ревизия полости абсцесса. Затеков гноя не выявлено. Кровопотеря составила 5 мл. Гемостаз самостоятельный по ходу операции. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Паратонзиллярный абсцесс слева.

Протокол операции – вскрытие заглоточного абсцесса.

Под эндотрахеальным наркозом установлен роторасширитель. В гортаноглотку установлен тампон. Скальпелем вертикальным разрезом в области наибольшего выбухания вскрыт заглоточный абсцесс. Получено до 10 мл светло-серого гноя.

Аспирирован. Кровопотеря минимальная. Гемостаз самостоятельный по ходу операции. Операцию перенес хорошо. Проснулся в операционной. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Заглочный абсцесс.

Протокол операции – трахеостомия.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Novocaini 0,5% - 30 ml, выполнен разрез кожи от нижнего края щитовидного хряща до яремной вырезки грудины. Выделена белая линия шеи. Апоневроз грудино-подъязычных мышц рассечен. Обнажена щитовидная железа. В просвет трахеи введено 1 мл раствора лидокаина 2%. Скальпелем рассечены 5 и 6 кольца трахеи. В трахею установлена канюля №6. Дыхание через трахеостому свободное. На кожу наложено три капроновых шва. Канюля фиксирована к шее марлевыми тесемками. Спирт. Асептическая повязка. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Рак гортани. Хронический стеноз гортани. Декомпенсация.

Протокол операции – мириготомия.

Под местной анестезией Sol. Lidocaini 2%-0,8 ml (наркозом), с помощью операционного микроскопа в задненижнем квадранте барабанной перепонки (передне-нижнем) выполнен линейный (дугобразный) разрез длиной 2 мм (указывается длина разреза в мм). Получено: обильное (умеренное, незначительно) гнойное (серозное, слизисто-геморрагическое) отделяемое.

Слух улучшился. Акуметрически 4 м (проводится акуметрия и в протокол операции регистрируется результат). Введено: Sol. Adrenalini 0,1% - 1 ml методом нагнетания. В ухо установлена турунда с 70% раствором этилового спирта. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: острый гнойный средний отит справа

Протокол операции - шунтирование барабанной полости.

Под местной анестезией Sol. Lidocaini 2%-0,8 ml (наркозом) с помощью операционного микроскопа в задненижнем квадранте барабанной перепонки (передненижнем) выполнен линейный (дугообразный) разрез длиной 2 мм (указывается длина разреза в мм).

Получено: обильное (умеренное, незначительно) гнойное (серозное, слизисто-геморрагическое) отделяемое.

Слух улучшился. Акуметрически 4 м (проводится акуметрия и в протокол операции регистрируется результат). С помощью микрошипцов установлен титановый (тефлоновый и т.д.) шунт. Введено: Sol. Adrenalini 0,1% - 1 ml методом нагнетания. В ухо установлена турунда с 70% раствором этилового спирта. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Протокол операции общеполостная saniрующая операция уха.

Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 4 ml, выполнен разрез кожи по переходной складке длиной 5 см. Распатором отслоены мягкие ткани, обнажена площадка сосцевидного отростка, кожа задней и верхней стенок наружного слухового прохода. В границах сосцевидного отростка шаровидной фрезой выполнена трепанация. Антрум вскрыт. Операционные находки: антрум заполнен стелющейся холестеатомой, умеренное количество гноя, вход в антрум широкий. Фрезами удалена задняя стенка наружного слухового прохода. Костный мостик удален. Фрезами удалена латеральная стенка аттика. Слуховые косточки отсутствуют. В аттике холестеатома. Все патологическое удалено. Шпора сглажена алмазной фрезой. Скальпелем сформирован Г-образный кожный лоскут, истончен. Лоскут уложен на шпору. В послеоперационную полость установлен резиновый выпускник, тампон. Кровопотеря 40 мл. Гемостаз самостоятельный по ходу операции. Спирт. Асептическая повязка. Операцию перенес хорошо. В удовлетворительном состоянии переведен в палату.

Послеоперационный диагноз: Хронический гнойный средний отит.
Эпитимпанит. Холестеатома.

Рекомендуемая литература:

1. Оториноларингология: нац.рук.: [учебное пособие для системы ППО врачей]/гл.ред.В.Т. Пальчун; Ассоц.мед.об-в по качеству, Рос.об-во оториноларингологов.-М.: ГЕОТАР-Медиа,2010.-954с.: ил.+1CD-ROM/ - (Национальные руководства)(Национальный проект «Здоровье»).-Предм.указ.: с. 949-954.
2. Клинические рекомендации. Оториноларингология/ гл.ред.: В.Т. Пальчун, А.И.Крюков.- М.: ГЕОТАР-Медиа, 2013. – 361 с.