

## Лекция №1

### Тема: «Сестринский уход при заболеваниях носа и придаточных пазух».

#### План лекции.

1. История оториноларингологии.
2. Клиническая анатомия носа и придаточных пазух.
3. Физиология носа и придаточных пазух.
4. Фурункул носа – этиология, клиника, лечение, сестринский уход.
5. Острый ринит – этиология, клиника, лечение, уход за больным.
6. Хронический ринит – классификация, этиология, клиника, лечение, сестринский уход.

Название науки – **оториноларингология** – произошло от греческих слов: otos – ухо, rhinos – нос, larynges – гортань и logos - учение. Анатомическая и функциональная связь этих органов послужили причиной объединения наук, посвящённых их заболеваниям в одну дисциплину.

#### Историческая справка

Первые отрывочные сведения о заболеваниях ЛОР - органов встречаются в трудах Гиппократов, затем Цельса (I век н.э.), Галена (I-II век н.э.), Ги де Шолиака (XIV век).

Конец средневековья и период капитализма характеризуется прогрессом в медицине и, прежде всего в развитии анатомии. Везалий (XVI век) дал описание отделов уха, Евстахий (1540-1574г.) описал строение слуховой трубы, Фалопий – канала лицевого нерва, барабанной полости, ушного лабиринта.

В 1841 году немецкий врач Гофман предложил осматривать полости ЛОР - органов с помощью зеркала в центре, которого, была очищена в виде кружка амальгама. Впоследствии было предложено вогнутое зеркало в центре, которого, имелось круглое отверстие. В таком виде зеркало получило название лобного рефлектора.

В 1854 году преподаватель Парижской консерватории профессор Мануэль Гарсия изобрёл метод непрямой ларингоскопии, применив маленькое плоское зеркальце на длинной ручке. Используя непрямую ларингоскопию, наш соотечественник, педиатр Раухфус К.А. впервые описал картину ложного крупа, произвёл тиреотомию, удалил опухоль гортани. Вскоре были разработаны методы передней, задней и средней риноскопии. К. Цим предложил в 1880 году методику пункции верхнечелюстной пазухи.

Политцер (1835-1920) разработал методики лечения многих заболеваний уха, предложенный им метод продувания слуховых труб применяется и в настоящее время. Русским хирургом Н.В.Склифосовским впервые в мире произведена половинная резекция гортани, венский хирург Бильрот в 1875 году произвёл полную экстирпацию гортани.

Переворотом в истории оториноларингологии явилось изобретение эндоскопических методов исследования ЛОР - органов, которые позволили разработать новые методики диагностики и лечения острых и хронических заболеваний уха и верхних дыхательных путей.

В середине XIX века в России появились первые отиатрические лечебные учреждения. В этот период Н.И.Пирогов описал ряд особенностей топографии ЛОР - органов, изучил лимфаденоидное глоточное кольцо (одновременно с Вальдеером), которое впоследствии назвали кольцом Пирогова – Вальдеера. Крупнейшие терапевты, С.П.Боткин, Г.А.Захарьин, способствовали развитию новых направлений медицины – отиатрии, ларингологии, ринологии. Ученик Боткина Н.П.Симановский впервые в России организовал в 1892 году клинику болезней уха, горла и носа и являлся организатором Петербургского научного общества по ушным, носовым и горловым болезням. Школа Симановского явилась мощным организующим центром в развитии отечественной оториноларингологии.

В советское время ЛОР служба получила дальнейшее развитие. Создавались крупные учебные базы, лечебные и научные центры. Крупным учёным и педагогом в

области советской оториноларингологии является В.И.Волчек, его исследования посвящены внутреннему уху и военной оториноларингологии. Профессор Л.П.Левин внёс большой вклад в совершенствование хирургических методов лечения ЛОР - органов. Большой вклад внесли А.Ф.Иванов (работы в области хирургии носа и придаточных пазух), А.Г.Лихачёв, Л.И. Свержевский (вопросы онкологии ЛОР - органов), Я.С.Тёмкин (проблемы тугоухости и глухоты).

Одним из наиболее крупных организаторов оториноларингологической науки и специализированной помощи в стране был Б.С.Преображенский, автор многих научных трудов, главный редактор журнала «Вестник оториноларингологии». Его преемником стал В.Т. Пальчун.

Вопросами болезней уха, горла и носа в детском возрасте занимались А.И.Фельдман, С.И.Вульфсон, Б.В. Шеврыгин. В результате возникла молодая и быстро развивающаяся дисциплина – детская оториноларингология. Дальнейшее развитие получают такие направления науки, как отоневрология, аллергология, профессиональная патология и др. Разрабатываются всё новые методики исследования ЛОР - органов, эндоскопические методы исследования, эндоскопические операции, пластические операции, слухоулучшающие и др.

### **Клиническая анатомия носа и придаточных пазух.**

В клинике выделяют заболевания наружного носа, носовой полости и придаточных пазух. Чтобы разобраться в этих заболеваниях, необходимо знать их анатомические особенности. Нос является начальной частью верхних дыхательных путей и делится на три отдела: наружный нос, полость носа и придаточные пазухи носа.

**Наружный нос** представлен костно-хрящевым остовом, покрытым кожей. Костная часть состоит из парных **носовых костей** и **лобных отростков верхнечелюстных костей**. Хрящевая часть образована парными **треугольными, крыльными и добавочными** хрящами. Кожа носа в нижней трети имеет много сальных желез. Перегибаясь через край входа в нос, она выстилает преддверие полости носа на 4-5 мм. Здесь кожа снабжена большим количеством волос, выполняющих защитную функцию, но и способствующих возникновению фурункулов. Наружный нос обильно кровоснабжается ветвями глазничной и лицевой артерий. Под кожей носа располагаются мышцы, расширяющие и суживающие вход в нос.

**Полость носа** располагается между полостью рта и передней черепной ямкой, а с боковых сторон между парными верхнечелюстными и решётчатыми костями. Она разделена носовой перегородкой на две половины. Полость носа открывается спереди ноздрями и сзади, в носоглотку, хоанами. Носовая полость ограничена четырьмя стенками: верхней, нижней, медиальной и латеральной.

**Нижняя стенка** образована нёбными отростками верхней челюсти и горизонтальными пластинками нёбной кости. **Верхняя стенка** образована ситовидной пластинкой решётчатой кости, через отверстия которой проходят волокна обонятельного нерва. **Медиальная стенка** или перегородка носа, состоит из перпендикулярной пластинки решётчатой кости, сошника и четырёхугольного хряща. **Латеральная стенка** является наиболее сложной по строению. Её образуют: носовая кость, слёзная кость, решётчатая кость и крыловидный отросток клиновидной кости. На латеральной стенке располагаются три носовые раковины: верхняя, средняя и нижняя. Под каждой раковиной узкое пространство, которое называют носовым ходом. Соответственно носовым раковинам, выделяют верхний, средний и нижний носовые ходы, а между перегородкой и краями носовых раковин – общий носовой ход. В нижний носовой ход открывается слёзно-носовой канал. В средний и верхний носовые ходы открываются придаточные пазухи носа.

**Носовую полость можно** разделить на три области: преддверие носа, дыхательную и обонятельную. Преддверие располагается у входа в нос и выстлано кожей. Дыхательная область располагается от нижней стенки носа до средней носовой раковины. Она покрыта

мерцательным эпителием, обеспечивающим очищение воздуха. Обонятельная область располагается в верхнем отделе – от средней раковины до верхней стенки носа. Здесь находятся чувствительные обонятельные клетки, обеспечивающие восприятие запахов.

**Кровоснабжение полости носа** осуществляется из системы наружной и внутренней сонных артерий через лицевую и глазничную артерии. Венозный отток происходит по одноимённым венам в кавернозный синус твёрдой мозговой оболочки и венозное сплетение крылонёбной ямки. Вены носа сообщаются с венами черепа, глазницы и глотки, что создаёт возможность распространения инфекции и развития риногенных внутричерепных и орбитальных осложнений. Особенностью кровоснабжения перегородки носа является обильная сосудистая сеть в передненижнем отделе (Киссельбахово сплетение). Эта область называется кровотоливой зоной носа, именно отсюда чаще всего бывают носовые кровотечения.

**Иннервация носа.** Различают: чувствительную иннервацию, которая обеспечивается I и II ветвями тройничного нерва; Обонятельную иннервацию, представленную обонятельными клетками, обонятельной луковицей и центральной частью обонятельного анализатора; Секреторную иннервацию, которую обеспечивают симпатические волокна нервной системы.

**Лимфоотток.** Отток лимфы от наружного носа и передних отделов полости носа осуществляется в подчелюстные лимфоузлы. Из средних и задних отделов полости носа – в глубокие шейные.

#### **Анатомия придаточных пазух.**

С каждой стороны полость носа окружена четырьмя воздухоносными пазухами: верхнечелюстной, лобной, решётчатой и клиновидной.

В клинике выделяют передние пазухи (верхнечелюстные, лобные и передние клетки решётчатого лабиринта) и задние (задние клетки решётчатых и клиновидные). Такое деление удобно с позиции диагностики, так как передние пазухи открываются в средний носовой ход, а задние – в верхний носовой ход.

**Верхнечелюстная пазуха** (гайморова) располагается в теле верхнечелюстной кости. В пазухе различают пять стенок. Передняя (лицевая) стенка имеет углубление, называемое собачьей ямкой. Именно в этой области производят вскрытие пазухи при операции.

Верхняя стенка граничит с глазницей. Она довольно тонкая, а иногда имеет костные не зарращения, что способствует распространению инфекции из верхнечелюстной пазухи в мягкие ткани орбиты. Медиальная стенка граничит с полостью носа и содержит выводное отверстие в средний носовой ход. Нижняя стенка образована альвеолярным отростком верхнечелюстной кости. Иногда верхушки корней зубов выступают в просвет пазухи и покрыты только слизистой оболочкой, что может привести к развитию одонтогенного гайморита при заболеваниях зубов. Задняя стенка пазухи граничит с клетками решётчатого лабиринта и клиновидной пазухой.

**Лобная пазуха** располагается в чешуе лобной кости и имеет четыре стенки: нижнюю – самую тонкую, граничащую с глазницей; переднюю; заднюю, граничащую с передней черепной ямкой и лобной долей мозга; и внутреннюю – перегородку. Лобная пазуха открывается в средний носовой ход через канал.

**Решётчатая пазуха** - располагается между глазницей и латеральной стенкой носа. Она состоит из 5-10 воздухоносных клеток. Различают три группы клеток: передние и средние, открывающиеся в средний носовой ход, и задние, которые открываются в верхний носовой ход.

**Клиновидная пазуха** - располагается в теле клиновидной кости. Она открывается отверстием в верхний носовой ход. Вблизи клиновидной пазухи располагается

кавернозный синус, сонная артерия, гипофиз, перекрест зрительных нервов. Вследствие этого, воспаление клиновидной пазухи может представлять серьёзную опасность.

**Кровоснабжение придаточных пазух** осуществляется ветвями наружной и внутренней сонных артерий через глазничную артерию и лицевую, отток крови по одноимённым венам в кавернозный синус.

**Иннервация** осуществляется I и II ветвями тройничного нерва.

**Лимфоотток** - преимущественно в глубокие шейные лимфатические узлы.

#### **Клиническая физиология носа и придаточных пазух.**

Нос выполняет 4 функции: **дыхательную, защитную, обонятельную и резонаторную.**

**Дыхательная функция** является наиболее важной. Свободное носовое дыхание необходимо для обеспечения процессов газообмена крови и снабжение тканей организма кислородом. При вдохе воздух распространяется в основном по нижнему и среднему носовым ходам (через дыхательную область). При вдохе из придаточных пазух поступает воздух, что способствует согреванию и увлажнению поступающего воздуха. При выдохе воздух поступает в околоносовые пазухи. Благодаря узости носовых ходов и неровности поверхности повышается сопротивление в полости носа, что приводит к возбуждению дыхательного центра. Если дыхание осуществляется через рот, оно становится менее глубоким, в организм поступает меньшее количество кислорода. Нарушение носового дыхания может привести к нарушениям нервной, кровяной и сосудистой систем.

**Защитная функция** включает в себя механизмы очищения, увлажнения и согревания воздуха.

**Очищение воздуха** осуществляется в преддверии носа, где частицы пыли оседают на волосках преддверия, и в полости носа, выстланной мерцательным эпителием и покрытой слизью. Мелкие частицы пыли вместе с микробами оседают на слизистой оболочке и эвакуируются ресничками мерцательного эпителия в сторону носоглотки. Из носоглотки слизь проглатывается и окончательно обезвреживается в желудке. К защитным механизмам удаления слизи и бактерий относятся рефлексы чихания и слезообразования.

**Увлажнение воздуха** происходит за счёт слизи, покрывающей слизистую оболочку носа. За сутки у взрослого человека из носовой полости может выделяться в виде пара до 500мл воды, хотя объём выделяемой жидкости зависит от влажности и температуры наружного воздуха и от состояния слизистой носа.

**Согревание воздуха** происходит за счёт тепла от поверхности стенок носа, а также за счёт кавернозных тел, расположенных в носовых раковинах. Кавернозные тела представляют собой сосудистый аппарат. Под действием холодного воздуха рефлекторно происходит расширение кавернозных пространств и наполнение их кровью. Кроме того, происходит сужение носовых ходов, и воздух проходит более тонкой струёй и более длительно контактирует со слизистой, отчего быстрее согревается.

**Обонятельная функция** играет менее важную роль в жизни человека по сравнению с животными. Ухудшение обоняния часто остаётся незамеченным долгое время. Человек может относиться к этому как к временному явлению, ссылаясь на простуду, а затем привыкает к этому недостатку. Тем не менее, с помощью обоняния мир воспринимается ярче и многообразнее. Наш обонятельный аппарат очень чувствителен, способен различать сложные запахи. Ощущение запахов часто ассоциируется с какими-то переживаниями, давними воспоминаниями. Даже не видя предмета, по запаху можно судить о его характере. Неприятные запахи могут оказывать на человека угнетающее действие, изменять температуру кожи, вызывать отвращение к пище, раздражительность. Потеря обоняния не только неприятна, но может быть и вредна. Порой именно запах (например, запах газа) является сигналом опасности.

Восприятие запахов происходит в обонятельной области, где находятся обонятельные клетки. Для усиления обонятельных ощущений необходимо сделать форсированный вдох, при этом образуется большое количество завихрений воздуха, направленных в

обонятельную зону. При закрытии обонятельной щели появляется гипосмия (снижение обоняния) или anosmia (отсутствие обоняния).

**Резонаторная функция** заключается в усилении тонов голоса и придании ему индивидуального тембра. Изменение тембра голоса заметно при воспалении носовой полости и придаточных пазух, при этом появляется гнусавый оттенок голоса.

### **Фурункул носа.**

Фурункул носа – это острое воспаление волосяного фолликула или сальной железы, чаще стафилококковой или стрептококковой природы.

В этиологии заболевания основное значение имеет местное снижение устойчивости кожи и всего организма к инфекции. Микрофлора, попадая в волосяные фолликулы и сальные железы кожи, вызывает острое, гнойное воспаление. Инфекция нередко попадает в нос с грязных рук. Возникновению фурункула способствуют некоторые общие заболевания – сахарный диабет, нарушения общего обмена веществ, гиповитаминоз, а также переохлаждение организма.

Выделяют 4 стадии развития фурункула:

- инфильтрации,
- абсцедирования,
- разрешения
- образования грануляций.

В области воспалительного инфильтрата происходит тромбоз мелких вен, при неблагоприятных условиях или при выдавливании фурункула, инфекция может распространиться в кавернозный синус и вызвать внутричерепное осложнение.

**Клиника.** У пациента появляются следующие проблемы: боль, покраснение и уплотнение кожи носа. На верхушке инфильтрата, на 3-4 день, формируется бело-жёлтый гнойник. В последующие несколько дней происходит созревание гнойника и разрешение воспаления. По мере очищения раны происходит развитие грануляций и эпителизация. Общее состояние изменяется редко. Иногда повышается температура тела до субфебрильных цифр. В крови - лейкоцитоз и повышение СОЭ. При появлении инфильтрации вокруг фурункула, распространяющейся на окружающие нос участки лица, необходимо учитывать возможность развития внутричерепного осложнения.

**Лечение.** Лечение неосложнённого фурункула – амбулаторное. Назначают антибиотики (эритромицин, ампиокс и др.), сульфаниламиды, поливитамины. Местно – УВЧ, УФО. Кожу вокруг фурункула обрабатывают спиртом. До созревания фурункула применяют повязки с мазями (ихтиоловой, эритромициновой, фурацилиновой). При глубоком залегании гнойника показано вскрытие фурункула.

При выраженном отёке мягких тканей тактика лечения меняется. Учитывая возможность возникновения тяжёлых внутричерепных осложнений, больного госпитализируют. Назначают большие дозы антибиотиков внутримышечно, нистатин, десенсибилизирующие препараты, дезинтоксикационные, общеукрепляющие, иммуностимуляторы. Физиотерапия противопоказана, так как это может привести к распространению тромбоза вен.

### **Сестринский уход при фурункуле носа.**

**Сестринские диагнозы:** боль в области носа, уплотнение кожи в области носа, повышение температуры тела, отёчность кожи лица.

**План обследования больного:** Медсестра производит забор биологического материала: анализ крови, отделяемого. Готовит пациента для консультации невропатолога.

### **План сестринских вмешательств и ухода за больным.**

– Медсестра выполняет врачебные назначения по лечению больного: раздаёт лекарственные препараты (антибиотики, десенсибилизирующие, жаропонижающие, поливитамины) и контролирует их приём.

– Кожу вокруг фурункула обрабатывает 2 раза в день спиртом. Накладывает мазевые повязки (с мазью Вишневского, ихтиоловой или др.).

- По назначению врача направляет больного на физиолечение (УФО, УВЧ).
- При созревании фурункула накладывает повязки с гипертоническим раствором.
- Осуществляет уход за больным: проветривание палаты, обеспечение полноценного питания.
- Наблюдение за общим состоянием: контроль температуры тела, пульса, АД, состоянием кожных покровов, особенно кожи лица вокруг фурункула.
- При ухудшении состояния поставить в известность врача.
- При необходимости вскрытия фурункула – приготовить необходимый инструментарий, дренаж, перевязочный материал и помогать врачу при проведении операции.

### **Острый ринит.**

Острый ринит – это острое неспецифическое воспаление слизистой оболочки носа. Возникновение его связано с понижением общей и местной реактивности организма, в результате чего активизируется собственная микрофлора полости носа или проникающая извне. Обычно это происходит при местном или общем переохлаждении (простуде), особенно у людей, не закалённых к холоду и перепадам температуры, при наличии хронических заболеваний или острых инфекций, таких как грипп, аденовирусная инфекция, корь, скарлатина.

**Клиника.** Начало заболевания острое, поражаются обе половины носа.

В клинике выделяют три стадии острого ринита:

- 1 – стадия сухого раздражения;
- 2 – стадия обильных серозных выделений;
- 3 – стадия слизисто-гнойных выделений.

**Первая стадия** непродолжительная, длится несколько часов. У пациента выявляются настоящие проблемы: жжение, щекотание, чувство сухости в носу, чихание. Может отмечаться недомогание, познабливание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Слизистая носа сухая, гиперемированная. Постепенно происходит набухание слизистой носа, нарушается носовое дыхание.

**Вторая стадия** характеризуется появлением обильного серозного отделяемого, отмечается нарушение носового дыхания, чихание. Носовые ходы сужены, заполнены серозной жидкостью. Может появиться покраснение и припухлость кожи у входа в нос, слёзотечение.

**Третья стадия** развивается на 3-4 день заболевания. У больного – следующие проблемы: густое слизисто-гнойное отделяемое, заложенность носа, гнусавый оттенок голоса, снижение обоняния. Постепенно количество отделяемого уменьшается, носовое дыхание восстанавливается. Длительность заболевания – от 3 до 14 дней, в среднем 7-8 дней.

Не всегда острый ринит заканчивается благополучно. Могут возникнуть такие потенциальные проблемы, как синуситы, катаральный или гнойный отиты, при ослаблении иммунитета ринит затягивается до 3-4 недель и может перейти в хроническую форму. Несмотря на возможные осложнения, острый ринит у взрослого человека не считается серьёзным заболеванием, тогда как у маленьких детей, особенно у грудных детей, он может протекать тяжело. Грудной ребёнок не может активно удалять носовое отделяемое, не может сосать при отсутствии носового дыхания, поэтому быстро утомляется и перестаёт сосать, недоедает, худеет, плохо спит. Кроме того, при отсутствии носового дыхания, ребёнок заглатывает ртом воздух, это вызывает метеоризм, подъём диафрагмы усиливающий затруднение дыхания и диспепсические расстройства.

### **Лечение.**

Лечение амбулаторное. При начальных проявлениях ринита больного рекомендуется поместить в комнату с тёплым влажным воздухом, это уменьшит раздражение слизистой. Провести отвлекающую терапию – горячие ножные и ручные ванны, горчичники на икроножные мышцы или горчичные ножные ванны. Напоить больного горячим чаем с малиной, дать аспирин, укутать тёплым одеялом. В дальнейшем вводить

сосудосуживающие капли в нос (нафтизин, галазолин, сонарин, пиносол, тизин и др.). Можно назначать УФО, УВЧ, диатермию на область носа, прогревание лампой Соллюкс. Можно проводить инсуффляцию порошка антибиотика или сульфаниламидного препарата. Рекомендуют использование аэрозолей – «Биопарокс», «Каметон», ИРС-19 и др. У грудных детей перед кормлением удалять слизь из носа, закапывать капли – протаргол или колларгол, альбуцид.

#### **Сестринский уход при остром рините.**

Сестринские диагнозы: чихание, отделяемое из носа, мацерация кожи у входа в нос, головная боль, недомогание, повышенная температура.

#### **План сестринских вмешательств и ухода за пациентом.**

- Поместить пациента в тёплое помещение, увлажнить воздух. Следить за соблюдением режима и выполнением врачебных назначений.
- Провести отвлекающие процедуры: горячие ножные ванны, горчичники на икроножные мышцы, горчичные ножные ванны.
- Дать горячий чай с малиной. Укутать пациента тёплым одеялом.
- Обеспечить смену нательного и постельного белья.
- По назначению врача закапывать сосудосуживающие капли в нос 3 раза в день.
- Кожу у входа в нос смазывать смягчающей мазью.
- Сопровождать пациента в физиокабинет на процедуры.
- Вводить порошок антибиотика в нос.
- Грудным детям перед каждым кормлением проводить очистку носовых ходов ватными жгутиками и закапывать в нос протаргол или альбуцид.
- Вводить жаропонижающие препараты.
- Следить за чистотой в палате, регулярным проветриванием, питанием пациента, физиологическими отправлениями.
- Измерять температуру тела, частоту сердечных сокращений, следить за характером дыхания и общим самочувствием.
- В дальнейшем, для профилактики острых ринитов, рекомендовать пациенту избегать сквозняков, ношение соответствующей одежды и обуви в холодное время года, проводить закаливание организма.

#### **Хронический ринит.**

Хронический ринит является часто встречающимся заболеванием. Хронический ринит делят на следующие группы:

1. Хронический катаральный ринит;
2. Хронический гипертрофический ринит;
3. Хронический атрофический;
4. Вазомоторный ринит.

Причины развития хронического ринита: часто повторяющиеся острые риниты, заболевания околоносовых пазух, воздействие неблагоприятных метеорологических факторов, вдыхание пыли, газов, пыльцы растений, длительная застойная гиперемия слизистой носа при алкоголизме, хронических заболеваниях сердца, сосудов, почек.

#### **Хронический катаральный ринит.**

**Клиника.** У пациента появляются следующие проблемы: периодически или постоянно нарушается носовое дыхание, появляется умеренное количество слизистого или слизисто-гнойного отделяемого, попеременная заложенность носа. Ухудшение носового дыхания у пациента наблюдается чаще в холодное время года, при выходе из тепла на холод, в горизонтальном положении. При риноскопии отмечается застойная гиперемия и отёчность слизистой оболочки носа, сужение носовых ходов.

**Лечение** хронического катарального ринита в основном консервативное.

По возможности устранить причину развития ринита (лечение хронических заболеваний других органов, устранение воздействия пыли и раздражающих газов).

Климатотерапия – переезд в более тёплый климат, санаторно-курортное лечение.

Физиолечение – УВЧ, УФО, электрофорез и фонофорез, ингаляции с бальзамом Шостаковского, эвкалиптовым маслом, лист чайного дерева и др., грязелечение (применение вытяжки из лечебной грязи – пеллоидина)

Медикаментозное лечение – вяжущие препараты (протаргол, колларгол), смазывание слизистой носа 3% раствором ляписа, стрептоцидовой или салициловой мазью.

#### **Сестринский уход при хроническом катаральном рините.**

Сестринские диагнозы: затруднение носового дыхания, отделяемое из носа.

**План обследования пациента:** проведение передней и задней риноскопии, рентгенографии придаточных пазух носа. Медсестра должна подготовить инструменты для риноскопии, сопроводить пациента на рентгенологическое исследование.

#### **План сестринских вмешательств и ухода за пациентом.**

- Выяснив наличие воздействия экзогенных факторов или вредных привычек, рекомендовать пациенту избегать контакта с ними, рекомендовать санаторно-курортное лечение, тёплый климат, избегать переохлаждений, сквозняков.
- Проводить общеукрепляющую терапию – витамины, иммуностимуляторы.
- Проводить курсы терапии хронического ринита 1-2 раза в год.
- Сопровождать пациента в физиокабинет на процедуры.
- Проводить ингаляции с назначенными врачом препаратами (бальзамом Шостаковского, эвкалиптовым маслом и др.).
- Закапывать капли в нос (протаргол или колларгол) по назначению врача.
- Вводить турунды с мазью (стрептоцидовой, салициловой или др.)

#### **Хронический гипертрофический ринит.**

**Клиника.** У пациента отмечаются следующие проблемы: выраженное затруднение носового дыхания, обильное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из носа, разрастание и утолщение слизистой оболочки носа, особенно нижних носовых раковин, иногда отмечается полипозное перерождение слизистой оболочки носа. Некоторые пациенты жалуются на головные боли, нарушение обоняния, гнусавость голоса. При неравномерном утолщении слизистой, например, только задних концов носовых раковин, пациента беспокоит снижение слуха, заложенность в ушах, так как происходит сдавление устьев слуховых труб. При гипертрофии передних концов носовых раковин пациента беспокоит слёзотечение, частые конъюнктивиты, так как сдавливается слёзно-носовой канал.

**Лечение.** Необходимо устранить по возможности причины хронического ринита (устранить профессиональные вредности, санировать очаги хронической инфекции). Проводить медикаментозное лечение и физиотерапию. Но наиболее эффективным является хирургическое лечение. Применяются методы, с помощью которых удаётся уменьшить объём слизистой оболочки носа: прижигание краёв носовых раковин концентрированными растворами кислот или щелочей (раствор ляписа 40%, трихлоруксусная кислота); УЗД – ультразвуковая дезинтеграция; гальванокаустика; криотерапия; операции – конхотомия или вазотомия.

Каждое хирургическое вмешательство проводится после проведения местной анестезии – поверхностная анестезия растворами дикаина 2% или лидокаина. При конхотомии и вазотомии – инфильтрационная анестезия 0,5% раствором тримекаина или 1% раствором новокаина.

#### **Сестринский уход при хроническом гипертрофическом рините.**

Сестринские диагнозы: затруднение носового дыхания, снижение обоняния, головная боль, слизисто-гнойное отделяемое из носа.

**План обследования пациента:** проведение передней и задней риноскопии, рентгенологическое исследование, забор биологического материала для исследования: общий анализ крови, определение времени свёртывания, кровь на RW и ВИЧ, общий анализ мочи. Проведение консультации педиатра или терапевта.



### **План сестринских вмешательств и ухода за больным.**

- Выяснить наличие вредных экзогенных факторов и дать рекомендации по устранению их влияния.
- Выполнять все назначения ЛОР - врача: закапывать капли в нос, проводить ингаляции с бальзамическими растворами, сопроводить пациента на физиопроцедуры.
- Подготовить инструменты и лекарственные препараты для проведения прижигания носовых раковин (носовые зонды, ватные шарики, турунды, прижигающий раствор, раствор для анестезии, носовые зеркала), помогать врачу при проведении процедуры.
- Перед проведением операции успокоить пациента, дать рекомендации по режиму в послеоперационном периоде (ограничить физическую нагрузку, не принимать горячую пищу, горячий душ, не удалять самостоятельно тампоны из носа), во избежание носового кровотечения.
- При проведении УЗД подготовить ультразвуковой прибор, носовые зонды, ватные шарики, раствор для анестезии, марлевые тампоны для передней тампонады, раствор перекиси водорода 3%, носовое зеркало, пинцет, почкообразный лоток.
- Провести беседу с пациентом о проводимой процедуре и поведении в послеоперационном периоде, успокоить пациента.
- На следующий день после УЗД, растампировать пациента, приготовить раствор перекиси водорода, пипетку, носовое зеркало, турунды, лоток.
- По назначению врача закапывать сосудосуживающие капли в нос 3 раза в день, для уменьшения отёка слизистой носа и облегчения носового дыхания.

### **При проведении операции конхотомии или вазотомии:**

- предварительно убедиться в наличии всех необходимых анализов (общий анализ крови, количество тромбоцитов, время свёртывания крови, кровь на RW и ВИЧ, общий анализ мочи; заключение терапевта или педиатра.)
- предупредить больного, что операция проводится натощак.
- накануне операции успокоить пациента, при сильном волнении дать успокаивающее средство или снотворное при нарушении сна.
- измерить температуру тела, артериальное давление, частоту сердечных сокращений, накануне операции и в день операции.
- в послеоперационном периоде: обеспечить пациенту покой, ограничить физическую нагрузку. Следить за общим состоянием, АД, пульсом, температурой тела, состоянием тампонов в полости носа. Менять пращевидную повязку при промокании её кровью. Следить за питанием пациента и физиологическими отправлениями. При болях ввести анальгетики, по назначению врача.
- на следующий день после операции подготовить инструменты и перевязочный материал для удаления тампонов из полости носа.
- вводить сосудосуживающие капли в нос, по назначению врача.
- следить за соблюдением режима, питанием пациента, температурой тела и своевременно докладывать врачу обо всех изменениях самочувствия пациента.

### **Хронический атрофический ринит.**

Это неспецифический дистрофический процесс. Он может быть разлитым или диффузным и ограниченным. У пациента происходит уплощение клеток слизистой, истончение её, уменьшение количества слизистых желез. Носовые ходы становятся шире, носовые раковины уменьшаются в размере.

### **Клиника.**

Проблемы пациента: частое скудное отделяемое из носа, образование корок, чувство сухости в носу. Может быть нарушение обоняния, вследствие атрофии обонятельных клеток. Корки в носу могут вызывать зуд и затруднение дыхания. Самостоятельная очистка носа от корок нередко приводит к повреждению слизистой, небольшим кровотечениям, изъязвлениям слизистой.

**Лечение.** Лечение симптоматическое. Для удаления корок 1-2 раза в день проводят орошение полости носа изотоническим раствором хлорида натрия с добавлением йода. Орошение производят при помощи пульверизатора. В нос закапывают масляные капли цитраля, ретинола, токоферола. Вводят турунды с мазями. Периодически смазывают слизистую оболочку носа раствором йода с глицерином, что усиливает деятельность слизистых желез. С этой же целью назначают внутрь йодид калия. Проводят лечение витаминами и биостимуляторами: алоэ, Фибс, пеллоидин, гумизоль. Показана так же лазеротерапия.

### **Сестринский уход при атрофическом рините.**

Сестринские диагнозы: чувство сухости в носу, наличие корок, мешающих дыханию, снижение обоняния.

**План обследования пациента:** проведение передней и задней риноскопии, медсестра готовит инструменты и стерильные салфетки, подаёт инструменты врачу.

**План сестринских вмешательств и ухода за больным.**

- Выявить возможные экзогенные факторы, вызвавшие заболевание и способствовать их устранению.
- Проводить орошение полости носа и удаление корок. Обучить пациента проводить это самостоятельно.
- Закапывать капли в нос по назначению врача.
- Водить и удалять турунды с мазью.
- Вводить препараты, назначенные врачом: витамины, алоэ и др.
- Обеспечить приём физиопроцедур.
- Дать рекомендации о возможном санаторно-курортном лечении.

### **Вазомоторный ринит.**

Вазомоторный ринит в последние десятилетия встречается чаще всех других форм хронического ринита. Различают две формы вазомоторного ринита: аллергическую и нейровегетативную.

**Этиология.** В этиологии аллергического ринита решающую роль играет аллерген. Попадание аллергена на слизистую оболочку верхних дыхательных путей вызывает приступ ринита. Аллергенами могут быть: пыльца растений, пищевые продукты, перо птицы, домашняя пыль и т.д.

Нейровегетативная форма вазомоторного ринита возникает в результате функциональных изменений центральной нервной системы и эндокринной системы. В результате этого слизистая оболочка носа даёт неадекватную реакцию на обычные раздражители. Например, развитие ринита наблюдалось у пациентов не только при восприятии запаха розы, но и при простом взгляде на искусственную розу.

**Клиника.** Для вазомоторного ринита характерна триада проблем: затруднение носового дыхания, обильные слизистые или серозные выделения из носа, чихание. Эти проблемы приводят к нарушению сна, головным болям, снижению работоспособности. Пациента беспокоит зуд и жжение в носу, в глазах, появляется покраснение и мацерация кожи у входа в нос.

**Лечение.** При аллергической форме лечение следует начинать с исключения контакта с аллергеном. Обязательно проконсультировать пациента у аллерголога. При выявлении аллергена, возможно, провести специфическую гипосенсибилизацию. Найденный аллерген приготавливают в больших разведениях и микродозами вводят пациенту подкожно. Это позволяет организму выработать защитные блокирующие антитела к данному аллергену. Если у пациента полиаллергия или аллерген не выявлен, то проводят неспецифическую гипосенсибилизацию. Пациентам назначают антигистаминные препараты (димедрол, фенкарол, супрастин, кларитин, ринопронт, аллергодил, зиртек, фелфаст и др.). Местно назначают димедрол-гидрокортизоновую мазь, инталовую мазь. Назначают капли в нос, обладающие сосудосуживающим и противоаллергическим действием (кромогексал - 2 % азозольный препарат, кромосол, назокорт, назонекс).

Физиотерапия – электрофорез с димедролом, 1% раствором хлорида кальция, общее ультрафиолетовое облучение, лазеротерапия.

#### **Сестринский уход при вазомоторном рините.**

Сестринские диагнозы: чихание, затруднённое носовое дыхание, обильное отделяемое из носа, жжение в носу и глазах, головная боль.

**План обследования пациента:** проведение риноскопии, медсестра готовит инструменты и стерильные салфетки.

Консультация аллерголога, дать пациенту направление и при необходимости сопровождать его к специалисту.

#### **План сестринских вмешательств и ухода за больным.**

- Исключить контакт пациента с аллергеном. Исключить из обихода больного шерстяные ковры, бумажную пыль, шерсть животных, продукты питания, вызывающие аллергию.
- Следить за чистотой в палате, питанием пациента, регулярно проветривать палату.
- По назначению врача вводить антигистаминные препараты внутрь или парентерально, вводить капли в нос, турунды с мазями.
- Сопроводить пациента на физиопроцедуры.
- Подготовить врачу шприцы и иглы, лекарственные препараты для внутриносовых блокад.
- Следить за самочувствием пациента и своевременно докладывать врачу о его изменении.