Учреждение образование

«Белорусский государственный медицинский колледж»

**РЕФЕРАТ  
по дисциплине «Частная хирургия»**

**Оперативные вмешательства в оториноларингологии**

Выполнила: Евсеенко Александра Викторовна

студент группы переподготовки №296

срок обучения 14.09.20-11.12.20

Куратор: Трушева Татьяна Сабиржановна

Минск 2020

**Содержание**

[**Введение 2**](#_Toc56107066)

[**Значение оториноларингологии в жизни. Заболевание Лор-органов. 5**](#_Toc56107067)

[**Анатомо-физиологические особенности глотки. Аденотомия. Удаление аденоидов. 7**](#_Toc56107068)

[**Заключение 17**](#_Toc56107069)

[**Список литературы: 18**](#_Toc56107070)

[**Приложение 19**](#_Toc56107071)

# **Введение**

Оториноларингология (от греч. *otos —* ухо, *rhinos*— нос, *larynx —* гортань, logos - учение) — область клинической медицины, изучающая вопросы этиологии, патогенеза, клинического течения, лечения заболева­ний уха, носа, глотки, гортани и околоносовых пазух. Сокращенно, по первым буквам наименований основных разделов, оториноларингологию называют ЛОР или ОРЛ специальностью.

Как самостоятельная медицинская дисциплина оториноларин­гология стала формироваться лишь во второй половине XIX в. Однако разнообразные поражения уха, носа, глотки, гортани у людей были известны с древнейших времен. С первым вдохом родившегося человека происходит инфицирование дыхательных путей и формирование местного иммунитета. В жизни это реализуется частыми ринофарингитами или ангиной. За острыми процессами формируются хронические заболевания ЛОР органов и их осложнения на различные органы и системы, прежде всего на сердце, сосуды, почки и легкие. От формирования местного иммунитета и частоты острых заболеваний ЛОР органов зависят качество и продолжительность жизни человека. Это известное положение. К сожалению, не проводится планомерной работы по изучению ЛОР заболеваемости населения, изучению патогенеза воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей на современном уровне. Оториноларингология — наука и специальность, которые является основой профилактического направления медицины.

В Беларуси в конце ХIХ и начале ХХ столетия оториноларингологическая помощь оказывалась земскими врачами, врачами больниц Красного Креста, губернских больниц и военных госпиталей. Первые упоминания об оказании оториноларингологической помощи относятся к 1906 году и связаны с замечательным врачом Могилевской губернии – Константином Юлиановичем Кононовичем (1872-1954), который специализировался по оториноларингологии в С.-Петербурге. В Минской губернии первую научную диссертационную работу на тему «К вопросу о дыхательных и пульсаторных движений барабанной перепонки» защищает в 1907 г. М.Ф.Цытович. С докладом о лечении сифилиса ЛОР-органов выступает И.С.Зак на первом съезде врачей Минской губернии (1907). Плодотворно оказывают оториноларингологическую помощь М.В. Комоцкий, М.Л. Кацнельсон, А.З. Яхнин. Профессор Н.А. Паутов ( ученик проф. Н.П. Симановского, С.-Петербург) оказывает с 1925 г. оториноларингологическую помощь работая зав. ЛОР отделением Минского госпиталя и одновременно ассистентом ЛОР-кафедры Минского университета. 30 октября 1921 г. был открыт Белорусский государственный университет, где организован медицинский факультет, который в 1925 г. осуществил первый выпуск врачей. Это способствовало быстрому развитию оториноларингологии. При поликлиниках открывались ЛОР-кабинеты, в областных центрах – ЛОР-стационары.  
 Интенсивное развитие оториноларингологии в Беларуси началось с момента организации клиники болезней уха, горла и носа Белорусского медицинского института (1926). Первым директором ее и заведующим ЛОР-кафедрой (1926-1938) стал профессор С.М.Бурак. Основным научно-практическим направлением в работе было изучение краевой патологии – склеромы дыхательных путей. Из сотрудников клиники четыре защитили диссертации (Г.Х.Карпилов, И.А.Лопотко, Е.И. Ярославский, С.М.Алукер).  
 24 мая 1927 г. по инициативе С.М.Бурака состоялось заседание врачей оториноларингологов г. Минска, на котором было решено организовать оториноларингологическую секцию при Минском научном обществе врачей. К 1939 г. общее количество специалистов в БССР достигло 70 ( из них 30 в Минске) человек, количество развернутых ЛОР-коек превысило 300. ЛОР-стационары и кабинеты работали во всех областных городах и некоторых районных центрах (Орша, Слуцк, Борисов, Рогачев).  
 Великая Отечественная война и фашистская оккупация причинили ЛОР-службе сильный урон. Минский медицинский институт был эвакуирован в Ярославль. После войны из 30 ЛОР-специалистов в Минске осталось только двое.  
 Через месяц после освобождения (июль 1944 г.) Минска началось реэвакуация Минского мединститута из Ярославля. Заведующим ЛОР-кафедрой был утвержден профессор Г.К.Карпилов. С большим напряжением налаживалась лечебная, педагогическая и научная работа в разрушенной войной республике. Кафедру ЛОР-болезней Минского медицинского института в хронологическом порядке возглавляют профессор А.С.Алукер (1949-1952 гг.), профессор Н.П.Книга (1952-1972 гг.), профессор М.В.Мякинникова (1972 г.), профессор В.Я. Гапанович (1973-1989 гг.), профессор П.А.Тимошенко (1989-2005 гг.), доцент А.Ч.Буцель (2005 по настоящее время). Подготовкой ЛОР-специалистов интенсивно занимается ЛОР-кафедра Белорусского института усовершенствования врачей, где первым заведующим кафедрой с 1938 г. до Великой отечественной войны был доцент В.Ф.Круковский. В последующем кафедру оториноларингологии возглавит профессор В.А. Быстренин (1975-1999 гг.). В 1999 г. на должность заведующей кафедрой назначена профессор Л.Г.Петрова, а учреждение получило статус – Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО), где ежегодно повышают квалификацию около 100 врачей, готовятся научные кадры. Сотрудники кафедры и клиники разрабатывают и внедряют оригинальные хирургические методы лечения хронических средних отитов, восстановления просвета гортани, хирургии отосклероза, сфенотомию, хирургию гламусных опухолей, кохлеарную имплантации и др. В Беларуси получила динамическое развитие отоневрологическая служба на базе НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии под руководством профессора И.А.Склюта. Впервые в республике разработана и внедрена в практику методика электронистагмографии и электрогустометрии (И.А.Склют, 1957,1969). Фундаментальные исследования по ранней диагностике неврином слухового нерва позволили решить такие вопросы, как сохранение функции лицевого нерва при хирургическом лечении неврином. Научные разработки продолжает успешно ученик И.А.Склюта профессор С.А.Лихачев.  
В 2009 г. начало функционировать Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии», который возглавляет доцент Л.Э.Макарина-Кибак. Здесь концентрируются больные с наиболее сложной патологией, осваиваются и выполняются высоко технологические операции, осуществляется координация оториноларингологических служб Беларуси.

# **Значение оториноларингологии в жизни. Заболевание Лор-органов**

Значение оториноларингологии очень велико — ведь слух является вторым по значимости чувством (после зрения). Человек может воспринимать информацию и служить ее источником, благодаря слуху, без которого невозможна реализация речеобразующей функции и интеллектуальная деятельность в целом. Не менее важны вкусовое восприятие и обоняние, делающие жизнь человека более насыщенной.

Оториноларингология включает в себя целый пласт отдельных научных направлений:

* + Аудиология –наука, исследующая слух и нарушения слуховой функции.
  + Сурдология –раздел, изучающий происхождение и клинические проявления глухоты и тугоухости, разрабатывающий методы их профилактики, диагностики и лечения.
  + Отиатрия –направление в медицине, изучающее ушные болезни и их лечение.
  + Фониатрия –разрабатывает способы профилактики и лечения нарушений функции голосового аппарата.
  + Ринология –изучает анатомию, физиологию и патологию носа, создает методы профилактики и способы лечения его заболеваний.
  + Отоневрология– раздел медицины, который изучает поражения вестибулярного, слухового и обонятельного анализаторов, а также различные нарушения двигательной иннервации гортани, глотки и мягкого неба, связанные с болезнями и травмами головного мозга.
  + Детская оториноларингология – в область интересов этой науки входят диагностика и лечение острых респираторных заболеваний у детей (включая новорожденных), профилактика ЛОР-заболеваний, лечение синуситов, аденоидов и аденоидитов, ангин, отитов, тонзиллитов.
  + Вестибулология– узкоспециальный раздел отоларингологии, занимающийся изучением функций вестибулярного аппарата и нарушениями его работы. ЛОР-заболевания: причины возникновения и симптомы!

ЛОР-заболевания преследуют каждого с самого детства и до самой старости. Около 30% всей патологии уха и верхних дыхательных путей составляют воспалительные заболевания ротоглотки. Это связано с тем, что лор органы находятся в постоянном контакте с окружающей средой, а в их слизистых оболочках содержится огромное количество условно-опасных микроорганизмов, которые при незначительных отклонениях равновесия в человеческом организме становятся опасными и приводят к развитию болезни. Крупные города с их загрязненной экологией и большой населенностью являются благоприятной средой для развития болезней уха, горла, носа.

Этиология болезней уха, горла, носа может быть не только воспалительной, но и генетической, травматологической, инфекционной. Симптоматика болезней уха, горла, носа практически одинакова, независимо от причины возникновения:

* -затруднения носового дыхания;
* -боли в горле;
* -боли в ушах;
* -выделения из носа или ушей;
* -тошнота;
* -увеличение подчелюстных лимфоузлов;
* -головные боли;
* -снижение слуха;
* -ухудшение обоняния и т.п.;

В случае, когда после перенесенного простудного заболевания присутствуют одновременно несколько перечисленных выше симптомов, то это свидетельствует уже о запущенной форме воспаления. ЛОР-заболевания распространены очень широко и могут являться как проекцией симптоматики определённого соматического заболевания, так и самостоятельным патологическим процессом.

**Заболевания ЛОР-органов** (горла, носа, ушей, гортани) относятся к числу наиболее распространенных и требующих пристального внимания к диагностике и своевременному лечению, так как ведут к формированию хронических очагов инфекции в верхних дыхательных путях и поражению внутренних органов – сердца, суставов, почек и мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, половых органов. Следует помнить, что формирование хронических заболеваний начинается в детском возрасте.

Несмотря на широкий выбор консервативных методов лечения ЛОР-органов, их применение не всегда приводит к санации очага инфекции и требует хирургического вмешательства для достижения окончательного выздоровления. Кроме того, врожденная склонность к разрастанию лимфоидной ткани (аденоиды, гипертрофия небных миндалин), что ведет в детском возрасте к затруднению носового дыхания, врожденные и приобретенные [искривления носовой перегородки](https://www.avaclinic.ru/blog/prichiny-i-priznaki-iskrivleniya-nosovoy-peregorodki/), гипертрофии носовых раковин, ведущие к формированию хронических ринитов, синуситов, могут быть устранены только при помощи хирургического лечения.

# **Анатомо-физиологические особенности глотки. Аденотомия. Удаление аденоидов**

Глотка является частью пищеварительного и дыхательного путей. Она представляет собой полый орган, образованный мышцами, фиброзными оболочками и выстланной изнутри слизистой оболочкой. Глотка сообщается сверху с полостью носа и рта, с гортанью и пищеводом внизу, сзади – с затылочной костью и 6 шейными позвонками, ниже которых она переходит в пищевод. В глотке различают 3 части: верхняя часть - носоглотка, средняя часть - ротоглотка, нижняя часть - гортаноглотка.

Носоглотка выполняет дыхательную функцию, стенки ее не спадаются и они неподвижны. Вверху свод носоглотки фиксирован к наружному основанию черепа и граничит с основанием затылочной кости и передненижним отделом клиновидной кости, сзади – I и П шейными позвонками. Впереди находятся две хоаны, на боковых стенках на уровне задних концов нижних раковин располагаются воронкообразные глоточные отверстия слуховых труб. Сверху и сзади отверстия слуховых труб ограничены трубными валиками, образованными выступающими хрящевыми стенками слуховых труб. От заднего края трубного валика книзу идет складка слизистой оболочки, в которой заложен мышечный пучок от верхнего сжимателя глотки. Кзади от этой складки и устья слуховой трубы на боковой стенке носоглотки имеется углубление – глоточный карман (розенмюллерова ямка), в которой имеется скопление лимфаденоидной ткани. Эти лимфаденоидные образования носят название трубных миндалин – парных 4 и 5 миндалины глотки. На границе между верхней и задней стенками свода носоглотки находится 3-я непарная глоточная миндалина. Глоточная миндалина в норме хорошо развита только в детском возрасте, С 9 – летнего возраста и к концу полового созревания она уменьшается и к 20 годам представляет собой лишь небольшую полоску аденоидной ткани, которая с возрастом продолжает атрофироваться. Границей между верхней и средней частями глотки является мысленно продленная кзади плоскость твердого неба.

Невоспалительные заболевания глотки.

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды).  
Аденоиды (adenoidis, от греческого aden - железа и eidos - вид) – патологическая гипертрофия глоточной миндалины (tonsilla pharyngea), которая локализуется на своде носоглотки. Как отдельное заболевание было описано Вильгельмом Мейером в 1873 году. Толщина не гипертрофированной миндалины в среднем составляют 5–7 мм, ширина - 25 мм. Щели между валиками железы имеют вид прямолинейных или по периферии дугообразно изогнутых, параллельных друг другу или сходящихся кзади бороздок. Наиболее глубокая, располагающаяся по средней линии бороздка, заканчивается кзади вдавлением, носящим название глоточной сумки – bursa pharyngea.  
Морфологически аденоиды представлены ретикулярной соединительной тканью, между трабекулами которой находятся лимфоциты, местами организованные в фолликулы. Аденоидные разращения покрыты многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием. Протоки слизистых желез впадают в расщелины, выделяемый железами секрет постоянно омывает их стенки.

Аденоидные разрастания наблюдаются одинаково часто у детей обоего пола в возрасте от 3 до 7 – 10 лет, примерно в 3,5 – 8%, но встречаются как на первом году жизни, так и после полового созревания. С момента полового созревания аденоидные разрастания уменьшаются и к 20 годам представлены в виде небольшой полоски аденоидной ткани, которая с возрастом продолжает атрофироваться.

Причины гипертрофии глоточной миндалины: детские инфекционные заболевания (корь, коклюш, скарлатина, дифтерия, грипп и другие), острые и хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Однако, наряду с этим, определенную роль играют конституциональные особенности ребенка. Аденоиды представляют собой массу лимфоидной ткани бледно – розового цвета, располагающаяся на широком основании в области купола носоглотки. Большое значение имеют боковые разрастания лимфоидной ткани, возникающие в результате гипертрофии фолликулярного аппарата слизистой оболочки глотки. Они, не редко, заполняют своей массой розенмюллеровские ямки и устьев слуховых труб. Консистенция аденоидов у детей вначале мягкая, рыхлая. С возрастом и в результате повторных воспалений начинается гипертрофия лимфоидной ткани и наступает разрастание соединительной ткани. Аденоиды при этом становятся плотными и увеличиваются в объеме. Одновременно меняется цвет миндалин – от бледно–розового до красного или серо–розового цвета. Цвет гипертрофированных миндалин зависит от степени кровенаполнения сосудов, питающих ткань миндалины.

Классификация гипертрофии аденоидов:  
Ι степень – аденоидные вегетации прикрывают 1/3 сошника;  
ΙΙ степень – аденоидные вегетации прикрывают 1/2 сошника;  
ΙΙΙ степень – аденоидные вегетации прикрывают 2/3 сошника;  
ΙV степень – аденоидные вегетации полностью прикрывают сошник.

Несмотря на активную разработку и широкое внедрение консервативных методик лечения гипертрофии глоточной миндалины, аденотомия (АТ) продолжает оставаться одним из наиболее актуальных и распространенных вмешательств в детской ЛОР-хирургии. Затруднение носового дыхания при аденоидах негативно сказывается на функции жизненно важных органов и систем, формировании грудной клетки и лицевого скелета, интеллектуальном развитии ребенка. Очевидно, что в этих случаях необходима активная хирургическая тактика, направленная на восстановление носового дыхания ребенка, пока не появились осложнения и изменения не приняли необратимый характер. Без своевременно выполненной АТ заболевание может принять затяжной или хронический характер, привести к инвалидизации. Операция позволяет избавить ребенка от типичного симптомокомплекса, связанного с аденоидами, предотвратить большое количество сопряженных и сопутствующих заболеваний. Исследования последних лет подтверждают важность хирургического лечения аденоидов. АТ значительно улучшает качество жизни детей, способствует уменьшению частоты острых респираторных заболеваний.

УДАЛЕНИЕ АДЕНОИДОВ

Глоточная, или носоглоточная миндалина расположена в своде носоглотки, позади и немного выше небного язычка. Она является частью глоточного лимфоидного кольца и защищает организм от попадания патогенных микроорганизмов через верхние дыхательные пути.

Если ребенок часто переносит респираторные инфекции, или у него есть аллергический ринит, аденоиды становятся постоянным источником болезнетворных микроорганизмов в носоглотке. В этом случае они нередко воспаляются и становятся причиной тонзиллитов и других заболеваний. В результате ребенок не посещает школу или детский сад, принимает большое количество антибиотиков, которые могут иметь побочные эффекты.

Гиперплазия, то есть разрастание ткани миндалины (аденоиды) затрудняет носовое дыхание, приводит к изменению голоса и черт лица. Нарушение дыхания через нос во сне ведет к патологии нервной системы. Дети с аденоидами хуже учатся в школе, у них снижена память и концентрация внимания.

Хирургическое удаление аденоидов, или аденотомия, – радикальный способ избавиться от этого заболевания.

Показания к операции:

Операция по удалению аденоидов показана в следующих ситуациях:

* неэффективность консервативных методов лечения, сохраняющееся увеличение миндалин;
* частые простудные заболевания у ребенка;
* значительное нарушение проходимости верхних дыхательных путей;
* увеличение аденоидов II – III степени;
* гиперплазия миндалин I степени, сопровождающаяся нарушением слуха вследствие закрытия устья слуховой трубы;
* рецидивирующие трахеиты, бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма;
* рецидивирующие или хронические синуситы, отиты, тугоухость;
* нарушение речи, неврологические расстройства (эпилептиформные нарушения, энурез).

Своевременное удаление аденоидов у детей восстанавливает носовое дыхание, устраняет их раздражение инфицированными слизистыми выделениями. Нормализуется газовый состав крови, в результате улучшается функция всех систем организма, прежде всего нервной и сердечно-сосудистой.

Противопоказания к удалению аденоидов у детей

К операции по удалению аденоидов существуют такие противопоказания:

* острые инфекционные заболевания или обострение хронических, недавний контакт с больными детьми;
* болезни крови (лейкозы, аутоиммунная тромбоцитопения, геморрагический диатез и другие);
* носительство токсигенного штамма коринебактерии дифтерии;
* острые или обострение хронических заболеваний внутренних органов;
* дыхательная, сердечная, почечная или печеночная недостаточность;
* несанированная полость рта, кариес зубов;
* увеличение вилочковой железы (тимомегалия);
* некоторые аномалии развития глоточных сосудов, увеличивающие вероятность кровотечения.

После некоторых заболеваний сроки аденотомии передвигаются. Возможные сроки удаления аденоидов после перенесенных острых инфекций:

* ангина и ОРЗ – 1 месяц;
* грипп и любая профилактическая прививка – 2 месяца;
* ветряная оспа – 3 месяца;
* скарлатина и краснуха – 4 месяца;
* корь, коклюш, паротит (свинка), инфекционный мононуклеоз – полгода;
* инфекционный гепатит – через год при условии нормального уровня билирубина в крови;
* менингит – 2 года.

Подготовка к операции по удалению аденоидов

Для безопасности аденотомии перед хирургическим вмешательством необходимо обследование ребенка. Оно включает такие анализы и консультации:

* общий анализ крови, коагулограмма с определением свертываемости и времени кровотечения;
* определение HbSAg, антител к вирусу иммунодефицита;
* анализ мочи для исключения хронической инфекции мочевыводящих путей;
* мазки из носа и зева для обнаружения токсигенных штаммов возбудителя дифтерии;
* осмотр стоматолога, заключение о санации полости рта;
* при необходимости – осмотр других специалистов, если у ребенка есть какое-либо хроническое заболевание (например, сахарный диабет);
* заключение педиатра об отсутствии контакта с больными инфекционной патологией и о возможности удаления аденоидов.

За неделю до операции нужно прекратить давать ребенку лекарства, которые могут повлиять на свертываемость крови, например, Нурофен или аспирин. Остальные препараты нужно принимать только по назначению врача. Перед вмешательством ребенок не должен принимать пищу или есть, начиная с полуночи. Если врач выписал лекарства, которые должны быть приняты до манипуляции, их необходимо запивать глотком воды.

Ход операции

Традиционная аденотомия проводится в условиях дневного стационара или в ЛОР-отделении больницы. Удаление аденоидов у детей возможно как под местной анестезией, так и с применением общего наркоза. Вопрос о выборе способа обезболивания решает врач-анестезиолог во время предоперационного осмотра пациента.

Стандартная поверхностная анестезия не полностью устраняет болевые ощущения, что ухудшает качество операции и ведет к повышенной тревожности детей в будущем. Поэтому все чаще используется общий наркоз.

Аденоиды обычно удаляют через рот. Для того чтобы челюсти не смыкались, хирург вводит в ротовую полость небольшой расширитель.

Операция по удалению аденоидов проводится с помощью особого кольцевидного или корзинчатого аденотома. После осмотра носоглотки инструмент проводят к миндалине по средней линии, поднимают вверх и вперед до основания носовой перегородки. Аденотом прижимают к куполу носоглотки, при этом увеличенная миндалина входит в его кольцо.

Аденотом быстрым движением проводят вперед и вниз. При этом срезается лимфоидная ткань. Если имеется сопутствующее увеличение небных миндалин, выполняют и тонзиллэктомию.

Полость рта осушается марлевыми тампонами. Швы не накладываются.

В ходе аденотомии и для контроля эффективности операции полость носоглотки осматривают с помощью эндоскопа. Это дает возможность полностью удалить пораженные ткани и предотвратить ложные рецидивы, которые вызваны повторным разрастанием некачественно удаленной миндалины.

Операция продолжается менее часа. После завершения манипуляции ребенок находится в послеоперационной палате, где полностью приходит в сознание после наркоза. В это время ему назначаются обезболивающие препараты, проводится осмотр врача. После вмешательства при отсутствии осложнений ребенка выписывают уже через несколько часов.

Эндоскопический контроль во время операции, общий наркоз и использование современных инструментов и оборудования обеспечивают хорошие результаты операции у 99% пациентов.

Способы аденотомии

Помимо традиционной операции по удалению аденоидов используется лазерная методика. Она представляет собой воздействие на разросшуюся ткань миндалин с помощью сфокусированного светового пучка, во время которого происходит выпаривание патологической ткани. Лазерная аденотомия требует большого опыта и высокой квалификации хирурга, поскольку несет риск ожога подлежащих тканей.

С помощью лазера осуществляется и прижигание (коагуляция) поврежденных сосудов после традиционной операции. Это ведет к прекращению кровотечения и более быстрому заживлению тканей.

Удаление аденоидов проводят, используя и другие методики:

* диатермия с постоянной аспирацией (удалением) выделяющейся крови;
* аутобиполярная и аргоново-плазменная коагуляция;
* ультразвуковая и шейверная (через нос) аденотомия.

Осложнения

Такая операция обычно хорошо переносится, не сопровождаясь неблагоприятными эффектами. Однако удаление глоточной миндалины все же может вызвать такие осложнения:

* аллергическая реакция на используемый анестетик;
* кровотечение, требующее повторного вмешательства, применения общих и местных гемостатических процедур;
* инфицирование послеоперационной раны с развитием гнойных очагов в лимфоузлах, заглоточном пространстве, средостении; в тяжелых случаях – сепсис;
* вдыхание удаленных тканей с развитием асфиксии (удушья) или аспирационной пневмонии;
* травма мягкого неба или корня языка, что приводит к изменениям голоса, нарушению глотания, обильному кровотечению.

Чтобы избежать подобных неблагоприятных эффектов, операцию нужно делать только в хорошо оснащенной клинике у опытного хирурга.

Реабилитация после операции

В течение первых двух суток рекомендуется постельный режим и ограничение голосовых нагрузок. Кормить ребенка нужно теплой пищей в протертом виде. Такую диету нужно соблюдать в течение 2 недель. Полезны фруктовые соки, йогурты, теплые бульоны, тушеное мясо и овощи.

После каждого приема пищи врач может рекомендовать орошение горла растворами антисептиков. Интенсивного кашля, промываний горла нужно избегать. Следует ограничить контакты ребенка с другими людьми в течение 10 дней после вмешательства. По назначению врача используются антибиотики. В этот период запрещено плавание.

Восстановительный период длится 2 недели. В это время ребенка может беспокоить боль в горле. Чтобы уменьшить болевой синдром и устранить обезвоживание, рекомендуется пить больше жидкости. Необходимо уточнить у врача, можно ли для устранения боли давать ребенку мороженое, кубики льда или делать холодные компрессы.

В период восстановления следует в назначенное время посетить врача и выполнять все его рекомендации. Врачу нужно сразу сообщить о появлении у ребенка таких симптомов:

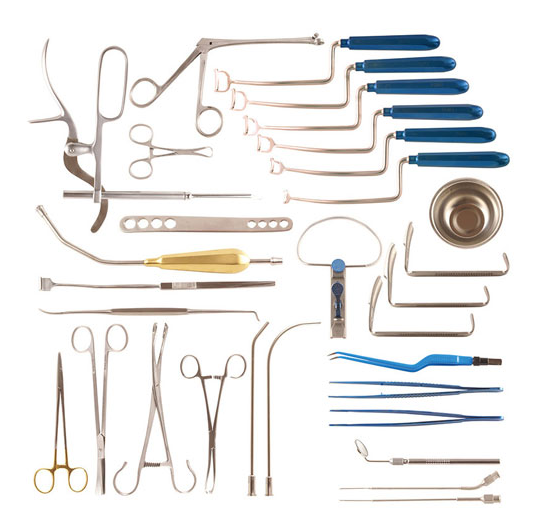
* усиливающаяся боль и отек в области послеоперационной раны;
* кровотечение, кровохарканье, рвота кровью;
* лихорадка, головная, мышечная боль, другие признаки инфекции.

В течение месяца после операции ограничивают физические нагрузки, горячие ванны, пребывание на солнце.

При соблюдении этих рекомендаций заживление тканей происходит быстро, не сопровождаясь осложнениями. При тщательном удалении аденоидов с эндоскопическим контролем вероятность рецидива патологии невелика.

Комплект набора инструментов для тонзиллэктомии, аденотомии и пластики мягкого нёба:

1. Биполярный коагуляционный пинцет с внешней изоляцией, кончики т/к изогнутые, 2 мм, длина 190 мм – 1 шт.
2. Зажим для операционного белья BACKHAUS 80 мм – 6 шт.
3. Зажим для удержания нёбной миндалины BLOHMKE 200 мм – 1 шт.
4. Зеркало гортанное с ручкой диаметром 15 мм, 22 мм – 2 шт.
5. Игла риноскопическая с замком Луер, угловая – 1 шт.
6. Иглодержатель 180 мм, с браншами из твёрдого сплава – 1 шт.
7. Конхотом с круглым отверстием по HARTMANN, рабочая длина 11 см – 1 шт.
8. Кюретка аденоидная байонетная № 0 (по Козлову-Карпову) – 1 шт.
9. Кюретка аденоидная байонетная № 1 (по Козлову-Карпову) – 1 шт.
10. Кюретка аденоидная байонетная № 2 (по Козлову-Карпову) – 1 шт
11. Кюретка аденоидная байонетная № 3 (по Козлову-Карпову) – 1 шт.
12. Кюретка аденоидная байонетная № 4 (по Козлову-Карпову) – 1 шт.
13. Кюретка аденоидная байонетная № 5 (по Козлову-Карпову) – 1 шт.
14. Насадка для промывания гортани с замком Луер – 1 шт.
15. Насадка для промывания носоглотки с замком Луер – 1 шт.
16. Ножницы в/и и т/к оториноларингологические 215 мм (GOOD) – 1 шт.
17. Пинцет анатомический 200×4 мм (титан) – 1 шт.
18. Пинцет хирургический 3×4-зубый 200 мм (титан) – 1 шт.
19. Ретрактор нёбный NAGER – 1 шт.
20. Роторасширитель рамочный «ХЭЛП» типа Мак Айвор (титан, в комплекте с языкодержателями №№ 2, 3, 4 и двумя дугами) – 1 шт.
21. Стакан медицинский, стальной, 60 мл, высота 33 мм, диам. 70 мм – 1 шт.
22. Тонзиллэктом – 1 шт.
23. Тонзиллярные петли, для тонзиллярных петленакладывателей (нерж. сталь) – 1 шт.
24. Трубка отсасывающая YANKAUER, 290 мм – 1 шт.
25. Щипцы для захватывания и удержания миндалин изогнутые COLVER, 180 мм – 1 шт.
26. Элеватор для тонзиллэктомии HENKE, ширина 11,5 мм, длина 235 мм – 1 шт.



# **Заключение**

Патология глоточной миндалины оказывает влияние на функциональное состояние иммунной и эндокринной систем организма.

• Со стороны иммунной системы наблюдаются иммунодефицитные состояния.

• Влияние на эндокринную систему обусловлено локализацией глоточной миндалины в своде носоглотки, наличием черепно-глоточного канала, что обуславливает ее близость с гипофизом. При патологии глоточной миндалины происходит нарушение функционирования и гипоталамо-гипофизарной системы, в частности снижение выработки соматотропного гормона.

На настоящий момент отсутствует единый стандарт лечения пациентов с патологией глоточной миндалины. Это приводит к существованию нескольких зачастую противоположных взглядов на ведение пациентов среди практикующих врачей. Результатом отсутствия согласованности работы врачей смежных специальностей (оториноларингологов, педиатров, аллергологов-иммунологов, эндокринологов) является недостаток комплексного наблюдения и лечения пациентов с сопутствующей патологией, течение которой усугубляется патологическим процессом в носоглотке. Аденотомия должна проводиться по строгим показаниям и входить в состав комплексного лечения патологии глоточной миндалины с учетом индивидуальных особенностей организма ребенка и наличия сопутствующих заболеваний. Сочетание гипертрофии глоточной миндалины с бронхиальной астмой и/или аллергическим ринитом, наличие подтвержденного иммунодефицитного состояния, а также задержка роста у ребенка должны рассматриваться в качестве дополнительных показаний для хирургического лечения.

# **Список литературы:**

1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://grand-sp.ru/products/301/2499/
2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://lor.by/blog/patsientam/519-adenotomiya>
3. Оториноларингология: учеб. пособие / П.А. Тимошенко [и др.]; под ред. П.А. Тимошенко. - Минск: Вышэйшая школа, 2014. -432 с., [8] л. цв. ил. : ил.
4. Болезни уха, горла и носа / Бербом, Х. [и др.]. ; пер. с англ. В. Ю. Халатов. – 2-е изд. – Москва : Медпресс-информ, 2016. – 772 с.
5. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://nczd.ru/wp-content/uploads/2018/05/otorino.pdf
6. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с оториноларингологическими заболеваниями». Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 49.

# **Приложение**

