

Клинические рекомендации

## **Смещенная носовая перегородка**

Кодирование по Международной  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем: J 34.2

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2019**

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	6
1.1. Определение заболевания.....	6
1.2. Этиология и патогенез .....	6
1.3.Эпидемиология .....	9
1.4. Кодирование по МКБ 10 .....	9
1.5. Классификация .....	9
1.6. Клиническая картина .....	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	11
2.1. Жалобы и анамнез .....	11
2.2. Физикальное исследование .....	12
2.3. Лабораторная диагностика .....	12
2.4. Инструментальная диагностика.....	13
2.5. Иная диагностика .....	14
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	15
3.1. Консервативное лечение.....	15
3.2. Хирургическое лечение .....	15
3.3. Иное лечение.....	18
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	19
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	20

6. Организация медицинской помощи .....	20
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	21
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	22
Список литературы.....	23
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	24
Приложение А2.Методология разработки клинических рекомендаций .....	25
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	27
Приложение Б.Алгоритмы действий врача.....	28
Приложение В. Информация для пациента .....	29
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	30

## **Список сокращений**

ОНП - околоносовые пазухи

## Термины и определения

**Перегородка носа** - анатомическая структура, которая делит полость носа пополам, образована в задней части сошником и перпендикулярной пластинкой решетчатой кости, а в передней – четырехугольным хрящом.

**Искривление перегородки носа** - отклонение перегородки носа в обе или одну сторону от средней линии.

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1. Определение заболевания**

Деформацию перегородки носа определяют, как анатомическое изменение положения и строения перегородки носа, выражающееся искривлениями, утолщениями в виде шипов и гребней и различными комбинациями этих изменений, вызывающие стойкое нарушение функции носа.

**Синонимы** – девиация перегородки носа, деформация.

## **1.2. Этиология и патогенез**

Основной причиной деформации перегородки носа (87%) являются её травматические вывихи и переломы, в том числе в результате внутриутробной и родовой травмы, так как перегородка носа в этом возрасте состоит из нескольких незрелых хрящевых и несросшихся между собой легко травмирующихся отделов. По мере роста и формирования лицевого скелета в результате несоответствия роста костно-хрящевого остова перегородки носа и обрамляющей её костной рамы, т. е. свода и дна носовой полости, деформация перегородки носа становится более выраженной, вызывает стойкие функциональные нарушения и деформацию наружного носа.

Деформация перегородки носа также может быть обусловлена нарушением эмбриогенеза челюстно-лицевых зачатков, например, при врождённом незаращении твёрдого нёба или аномалиях развития латеральной стенки полости носа. Значительно реже в детском возрасте наблюдаются вадатные деформации перегородки носа в результате полипоза и опухолей полости носа.

На основании анализа обстоятельств травмы носа можно выделить 5 типовых механизмов действия травмирующего агента, определяющих характерные виды переломов перегородки носа у детей.

При действии травмирующего агента спереди на кончик носа (9,3% случаев) чаще всего возникает вертикальный перелом четырёхугольного хряща в каудальном отделе, сопровождающийся вывихом его из костного ложа в области носовой ости. Перегородка носа при этом деформируется в хрящевой части по типу шипа, сужая клапан носа. Костный скелет наружного носа при такой травме не повреждается, но с ростом лицевого скелета формируется деформация наружного носа в виде девиации его кончика в сторону.

В случае полного перелома хряща с ростом лицевого скелета хрящевой фрагмент в каудальном отделе отстаёт в развитии, а задние отделы хряща интенсивно растут в передне-верхнем направлении. Формируется так называемый двойной хрящ, который является частой интраоперационной находкой во время септопластики, выполняемой подросткам.

Сильный удар по кончику носа нередко приводит к разрыву слизистой оболочки в области носогубной складки с выходом каудального отдела четырёхугольного хряща в преддверие носа, при этом возможно образование вестибуло-назальных свищевых ходов, абсцессов перегородки и дна полости носа.

При действии травмирующего агента спереди на спинку носа (32,6% случаев) чаще всего происходит горизонтальный перелом четырёхугольного хряща в передне-нижнем отделе с формированием деформации типа гребня. Исходная форма перегородки носа в значительной мере определяет виды деформации, которые наступают в результате травмы. Если перегородка носа ранее имела С-образный изгиб, то при ударе спереди или сверху она ломается в сторону изгиба. Если же она была в строго срединном положении, то происходит вывих хряща из костного ложа премаксиллы и сошника. Костная часть перегородки носа, как правило, не повреждается. При такой травме возможен перелом носовых костей без существенного смещения отломков и без деформации наружного носа.

При действии травмирующего агента сверху на спинку носа (6,2% случаев), в первую очередь, образуются горизонтальные переломы в задних отделах костной части перегородки носа. Костные отломки перпендикулярной пластинки решётчатой кости и сошника заходят друг на друга, возможна травма ситовидной пластинки решётчатой кости, вызывающая носовую ликворею. Четырёхугольный хрящ в зависимости от его исходной формы может надламываться, продолжая линию перелома костной части, либо изгибаться, вывихиваться из костного ложа на дне полости носа и соскальзывать с сошника. Образуется комбинированная костно-хрящевая деформация перегородки носа в виде гребня или деформация костной части перегородки носа в виде бокового смещения, существенно нарушающая респираторную функцию носа.

При такой травме всегда происходит перелом носовых костей, часто многооскольчатый, со смещением отломков кнутри. Возникает деформация наружного носа в виде западения и уплощения спинки. Если своевременно не выполнить репозицию отломков, то со временем формируется седловидная деформация носа, устраняемая ринопластикой.

Действие травмирующего агента сбоку на спинку носа отмечается в 16,3% случаев,

возникает в подавляющем большинстве у мальчиков после удара кулаком по носу во время драки. При этом отмечается перелом носовых костей и лобных отростков верхней челюсти с формированием деформацией наружного носа в виде западения одного ската (чаще левого) или бокового смещения всей спинки носа в сторону, устраняемых репозицией.

В ряде случаев происходит комбинированный перелом ячеек решётчатой кости и медиальной стенки орбиты. Рентгенологически при этом определяются кровоизлияния в полости решётчатой кости, реже - в орбиту. Клинически в таких случаях может определяться подкожная эмфизема в области медиального угла глаза и нижнего века. При таком механизме травмы происходит горизонтальный перелом перегородки носа в верхних отделах, чаще без смещения, реже - с образованием угловой деформации костной части. Поскольку эти деформации располагаются в верхних отделах полости носа, то серьёзных нарушений респираторной функции носа они не вызывают, но в ряде случаев нарушается обоняние. Четырёхугольный хрящ, как правило, не ломается, а лишь S- или C-образно изгибается.

Травматические повреждения, возникающие при ударе лицом о твёрдую поверхность (6,2% случаев) возникают в результате автотравмы или падения с высоты, отличаются разнообразием клинических комбинаций и тяжестью общего состояния пострадавшего, т.к. сопровождаются сочетанными повреждениями других частей тела.

Повреждения перегородки характеризуются множественными разнонаправленными переломами, определяющими сложные комбинированные деформации костно-хрящевой части. Наиболее характерной при такой травме является сложная комбинированная деформация (так называемая «смятая» перегородка), обусловленная множественными вертикально направленными переломами.

При таком механизме травмы переломы костей и перегородки носа часто комбинируются с переломами стенок лобных и верхнечелюстных пазух, кровоизлияниями в них, с ранениями лица и повреждениями внутриносовых структур, переломами основания черепа и внутричерепными гематомами.

Таким образом, несмотря на многочисленные клинические варианты травматических деформаций перегородок носа, имеются определённые закономерности смещения отломков в зависимости от механизма травмы, уточнить которые удаётся в 75,2% случаев. Знание этих особенностей помогает планировать использование тех или иных оперативно-технических способов хирургического лечения [1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15].



### **1.3.Эпидемиология**

Деформации перегородки носа различной степени выраженности отмечаются у 42,5% детского населения и составляют в среднем 2% от общего количества больных, пролеченных в детском оториноларингологическом стационаре. Чаще встречаются у мальчиков (81%) 14-15- летнего возраста (46,4%) и чаще в левую сторону.

### **1.4. Кодирование по МКБ 10**

J34.2 - Искривление перегородки носа

### **1.5. Классификация**

Ввиду морфологического разнообразия вариантов деформации перегородки носа, их классифицируют по форме и анатомическому расположению:

1) Деформации хрящевого отдела:

- вывих
- шип
- гребень
- бугор
- С - образная
- S - образная

2) Деформации костного отдела:

- угловая
- боковая
- дугообразная

3) Комбинированные костно-хрящевые деформации

Наиболее часто встречающимся клиническим вариантом деформации является комбинированная деформация костно- хрящевого отдела в виде гребня (37,6%) [1,3].

### **1.6. Клиническая картина**

Клиническая картина искривления перегородки носа проявляется:

- 1) одно- или двусторонним затруднением носового дыхания;
- 2) может отмечаться нарушение обоняния;

- 3) гнусавостью;
- 4) частыми заболеваниями ОНП (синуситами);
- 5) головными болями;
- 6) снижением слуха;
- 7) может сочетаться с деформацией наружного носа.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

**Критерии установления диагноза/состояния на основании патогномичных данных:**

1) анамнестических данных: травма лицевого скелета при родах, врожденные пороки развития лица, нарушение носового дыхания после перенесенной травмы;

2) физикального обследования: при риноскопии нарушение архитектоники внутриносовых структур носа;

3) лабораторных исследований: общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, ВИЧ, сифилис, гепатит В и С, общий клинический анализ мочи;

4) инструментального обследования: эндоскопическое обследование, рентгенография носа, компьютерная томография носа и ОНП;

- **Рекомендуется** проведение хирургического лечения детям в возрасте от 2 лет с целью восстановления носового дыхания

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

### **2.1. Жалобы и анамнез**

Основными жалобами пациентов с деформацией перегородки носа являются нарушение носового дыхания (чаще одностороннее – 76,6%), обоняния (аносмия - 18,6) и мукоцилиарного клиренса (37,5%); закрытая гнусавость (43,3%); храп (41,3%); кондуктивная тугоухость (48%); деформация наружного носа (29,4%).

Из общих симптомов, обусловленных хронической гипоксией растущего организма, следует отметить повышенную утомляемость, приступы головных болей, отставание в психофизическом развитии, частые острые респираторные заболевания, причём выраженность данного симптомокомплекса находится в прямой зависимости от давности деформации перегородки носа [1,3].

В анамнезе у большинства пациентов имеет место травма носа [1,3].

- **Рекомендуется** полноценное обследование пациентов для исключения

сопутствующих заболеваний пациентам, начиная с младшего возрастного периода с последующим проведением хирургического лечения с целью профилактики возможных осложнений.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

## **2.2. Физикальное исследование**

- **Рекомендуется** обращать внимание на форму наружного носа у ребенка с деформацией перегородки носа [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств I).**

**Комментарии:** *Форма наружного носа может быть изменена за счет отклонения оси носа, девиации кончика носа или западения скатов носа.*

- **Рекомендуется** проведение передней риноскопии полости носа [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств I).**

**Комментарии:** *При проведении риноскопии может иметь место деформации перегородки носа в хрящевом, костно-хрящевом или костном отделе у пациента. Носовое дыхание при деформации перегородки носа затруднено. Также необходимо оценивать состояние нижних носовых раковин у детей с деформацией перегородки носа. У пациентов старшей возрастной группы часто определяется гипертрофия нижних носовых раковин.*

## **2.3. Лабораторная диагностика**

- **Рекомендуется** выполнять общеклинические обследования пациентам с установленным диагнозом «искривление перегородки носа» для исключения сопутствующей патологии и выявления фоновых заболеваний:

1. клинический анализ крови;
2. биохимический анализ крови: уровень глюкозы крови, общего белка, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинина;

3. анализ крови на сифилис;
4. анализ крови на инфекцию, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
5. анализ крови на гепатиты В и С.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).**

#### **2.4. Инструментальная диагностика**

- **Рекомендуется** проведение всем пациентам эндоскопического исследования полости носа [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Комментарии:** *Исследование дает возможность детально оценить изменения архитектоники полости носа, локализацию деформации перегородки носа, состояние носоглотки. Сопутствующими заболеваниями при деформации перегородки носа у детей являются: вазомоторный ринит (67,8%, из них аллергическая форма – 16,6%), хронический аденоидит (51,6%), рецидивирующие риносинуситы (32,6%).*

- **Рекомендуется** проведение рентгенографии или компьютерной томографии околоносовых пазух и носоглотки для исключения воспалительных заболеваний и гипертрофии аденоидных вегетаций [1,3].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** *При диагностировании воспалительного процесса в околоносовых пазухах или аденоидных вегетациях, а также при наличии гипертрофии аденоидов, первым этапом необходимо проводить санацию очагов инфекции (лечение риносинусита и аденоидита, аденотомию) во избежание гнойно-септических осложнений во время септопластики.*

## **2.5. Иная диагностика**

- **Рекомендуется** проведение риноманометрии детям с деформацией перегородки носа [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Комментарии:** *Данная методика позволяет оценить и сравнить степень нарушения функции дыхания у детей с деформацией перегородки носа в пред- и послеоперационном периодах.*

- **Рекомендуется** проведение консультаций смежных специалистов [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV).**

**Комментарии:** *Чаще всего травмы носа сочетаются с травматическими повреждениями головы. При такой травматизации пациентам необходима консультация врача-нейрохирурга и врача-невролога, для исключения сотрясения головного мозга и травм черепа.*

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

#### **3.1. Консервативное лечение**

- **Не рекомендуется** проведение консервативного лечения у детей с деформацией перегородки носа с нарушением функции носа [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).**

**Комментарии:** *Лечение деформации перегородки носа только хирургическое. Показаниями к септопластике являются существенное нарушение респираторной функции носа и наличие сопутствующих заболеваний, возникших в результате деформации перегородки носа.*

#### **3.2. Хирургическое лечение**

- **Рекомендуется** хирургическое лечение, как наиболее эффективный способ лечения деформации перегородки носа у детей [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).**

**Комментарии:** *Целью хирургического вмешательства является восстановление функций носа, в первую очередь функции дыхания и анатомической архитектоники полости носа.*

- **Рекомендуется** использовать щадящие способы септопластики у детей [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *С точки зрения отношения к тканям перегородки носа способы септопластики у детей можно систематизировать в следующие группы: тканесохраняющие операции; резекционно-тканесохраняющие операции с*

*использованием приемов несвободной аутопластики; резекционно-тканевосполняющие операции с использованием приемов свободной пластики различными трансплантатами. Важным моментом в хирургии перегородки носа у детей младшего возраста является принцип щадящего отношения к её структурам, когда бывает достаточно правильно сформировать носовой клапан без выведения в срединное положение всей перегородки носа. Хорошо функционирующий носовой клапан с возрастом нивелирует нарушения носового дыхания, связанные с незначительными искривлениями перегородки носа в задних отделах, за счёт рефлекторной стимуляции вдыхаемой струей воздуха кровенаполнения слизистой оболочки носовых раковин. Использование тканесохраняющих методов операций позволяет успешно проводить септопластику детям 2-3-летнего возраста с хорошими отдалёнными результатами. При наличии показаний к септопластике возрастного ценза нет. В детском возрасте не рекомендовано использование чисто резекционные операции на перегородке носа.*

- **Рекомендуется** учитывать возрастные особенности роста перегородки носа у детей при септопластике [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).**

**Комментарии:** *В развитии перегородки носа у детей выделяют несколько периодов интенсивного роста. В 5-летнем возрасте по сравнению с младшими детьми интенсивно увеличивается горизонтальный и вертикальный размер перегородки носа с одновременным увеличением её общей площади. Следующий этап интенсивного роста перегородки носа наблюдается в 7-летнем возрасте. Третий период приходится на 14-15-летний возраст, когда перегородка более интенсивно растёт в высоту и происходит значительное увеличение общей её площади. Исходя из этих данных, у детей в возрасте 8-13 лет септопластику следует проводить с минимальным объёмом резекции, стараться полностью реимплантировать реставрированные и моделированные участки перегородки носа, т.к. в этом возрасте рост собственных тканей перегородки минимальный. В периоды интенсивного роста перегородки носа (5-7 лет и 14-15 лет) возмещение её искривленных участков может быть менее экономным.*

- **Рекомендуется** проведение септопластики у детей под наркозом [1,2,3,5].



#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *В детском возрасте вопрос о выборе анестезии при выполнении септопластики должен решаться в пользу эндотрахеального наркоза. Местная анестезия при этой операции используется как метод гидропрепаровки мукоперихондрия и мукопериоста от костно-хрящевого остова перегородки носа.*

- **Рекомендуется** проведение Z-образного разреза мукоперихондрия перегородки носа при выполнении септопластики у детей [1,2,3,5].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).**

**Комментарии:** *При операциях на перегородке носа необходим широкий визуальный обзор и свободный инструментальный доступ к участку деформации при малых анатомических размерах полости носа в детском возрасте. Этим требованиям полностью отвечает хирургический доступ через сепаровку мукоперихондрия и мукопериоста под контролем стержнелинзовой эндоскопической оптики, всегда с обеих сторон перегородки носа от дна полости носа на стороне разреза, что обеспечивает широкий обзор и свободный инструментальный доступ ко всем её отделам.*

- **Рекомендуется** проведение септопластики в детском возрасте с учетом вида деформации перегородки носа [1,2,3,5].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).**

**Комментарии:** *Каждый вид деформации перегородки носа требует определённого подхода и объема хирургического вмешательства. В случае грубых деформаций перегородки носа, когда нет возможности сохранить четырёхугольный хрящ в существующем виде, используют способ резекции-реимплантации. Мобилизованный хрящ удаляют целиком. Моделирование хряща осуществляется отсечением рубцово-изменённых участков, истончением утолщенных участков и перфорированием. Реимплантацию проводят с хондроинверсией 180°. Установив хрящ в сагиттальной плоскости вплотную между спинкой носа и премаксиллой, его фиксируют рассасывающимися швами за колумеллу и носовую ость.*

- **Рекомендуется** включать элементы ринопластики при септопластике у детей [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).**

**Комментарии:** *Если деформация перегородки сопровождается деформацией наружного носа в виде девиации его кончика, то оставшуюся сверху полоску четырёхугольного хряща предварительно мобилизуют, отделяя от треугольных хрящей, и моделируют, надсекая вертикально в нескольких местах. В этих случаях после операции применяют наружную фиксацию исправленной формы носа, используя термопластическую пластинку оргопласта. В случаях опущения кончика носа за счёт ретракции колумеллы или седловидной деформации носа, объёма собственного хряща для восстановления полноценного скелета перегородки носа не хватает, его реимплантацию дополняют аутотрансплантацией хряща ушной раковины или реберным хрящом.*

- **Рекомендуется** после ушивания разреза мукоперихондрия для фиксации заданного срединного положения перегородки носа по окончании операции производить тампонаду носа [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

**Комментарии:** *Тампон вводится на стороне разреза и деформации перегородки носа и удаляется на 2-3 сутки после операции. Другую половину носа рыхло тампонируют латексным тампоном, проводя ежедневную его смену для эндоскопического контроля положения перегородки носа и состояния мукоперихондрия, проведения туалета полости носа и местного лечения.*

### **3.3. Иное лечение**

- **Рекомендуется** для предупреждения развития гнойных осложнений после септопластики проведение короткого курса антибиотикотерапии [1,2,3,5]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

**Комментарии:** *В течение 5 дней после операции, предпочтительно использовать антибактериальные препараты широкого спектра действия парентерально для профилактики гнойно-септических осложнений.*

- **Рекомендуется** применение противоотечной терапии, деконгестантов, секретолитических и ранозаживляющих препаратов в послеоперационном периоде [1,2,3,5].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

**Комментарии:** *Особое значение в послеоперационном ведении пациентов имеют терапевтические мероприятия, направленные на оптимизацию процессов регенерации в тканях перегородки носа: назначение противовоспалительной и противоотечной терапии, препаратов кальция; местное применение антисептических, сосудосуживающих, секретолитических и ранозаживляющих препаратов в виде капель, мазей, спреев и гелей.*

#### **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

- **Рекомендуется** после оперативных вмешательств по поводу деформации перегородки носа находиться под наблюдением оториноларинголога в течение года, с обязательным осмотром через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, один год после операции.

**Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 4).**

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- **Рекомендуется** для профилактики деформации перегородки носа в детском возрасте проведение общего комплекса социальных мероприятий по профилактике травматизма, а также разъяснительной работы с родителями в детских дошкольных и общеобразовательных учреждениях [1,2,3,5].

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)**

**Комментарии:** *Общий комплекс социальных мероприятий по профилактике травматизма, включает в себя организацию безопасного досуга детей и подростков, организацию безопасного дорожно-транспортного движения и т.п. Родителям необходимо пояснять возможность развития сопутствующих заболеваний и необходимость своевременного хирургического лечения деформации перегородки носа у детей.*

## **6. Организация медицинской помощи**

Показания к госпитализации

- 1) Наличие деформации перегородки носа с нарушением функций носа;
- 2) Искривление перегородки носа с деформацией наружного носа;
- 3) Осложнения, возникшие в результате деформации перегородки носа

Показания к выписке пациента из медицинской организации

- 1) Свободное носовое дыхание;
- 2) При эндоскопическом осмотре перегородка носа по средней линии;
- 3) Отсутствие осложнений (гематома носовой перегородки, синехии и т.д.).

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Функциональные результаты септопластики объективно оцениваются выполнением акустической ринометрии. Хорошим результатом у детей считают увеличение минимальной площади поперечного сечения полости носа в области деформации, более чем в 2,5 раза. Эффективность лечения деформации перегородки носа также оценивается динамикой обратного развития общей симптоматики, течения сопутствующих заболеваний и восстановлением функций носа. Прогноз благоприятный при соблюдении рекомендуемых способов хирургического лечения деформации перегородки носа с учётом возраста пациентов и правильного послеоперационного ведения.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом - оториноларингологом не позднее 12 часов от момента поступления в стационар	IV	C
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	I	B
3.	Выполнен биохимический анализ крови (уровень глюкозы крови, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинина)	I	A
4.	Выполнена септопластика или риносептопластика	I	A
5.	Выполнено анестезиологическое пособие	I	A
6.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)	I	A
7.	Выполнена акустическая ринометрия перед выпиской из стационара	I	A
8.	Отсутствие осложнений в период госпитализации	I	A

## Список литературы

1. Богомилский М.Р. Юнусов А.С., Риносептопластика в детском и подростковом возрасте. - М., ООО Издательство «Гамма». – 2001. - 125 с.
2. Зенгер В.Г. Травмы ЛОР-органов / Детская оториноларингология (т.2) –М.: «Медицина» 2005. - с.12-34.
3. Юнусов А.С., Дайхес Н.А., Рыбалкин С.В. Переломы скелета носа в детском возрасте. - М., Вест-Консалтинг. - 2007. - 143 с.
4. Юнусов А.С., Рыбалкин С.В., Бутаев В.В. Опыт использования тампонов Merocel после реконструктивных ринологических операций у детей // Сборн. матер. 10-й юбилейн. научн.-практ. конф. врачей Карачаево-Черкесск. Респ. с межд. участием – Черкесск, 2012. – С.390-391.
5. Christophel J.J., Gross C.W. Pediatric septoplasty. Otolaryngol. Clin. North .Am. 2009;42(2):287-294.
6. Ascanio L., Lancione C, Pompa G, Rebuffini E, Mansi N, Manzini M. Craniofacial growth in children with nasal septum deviation: a cephalometric comparative study. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2010;74(10):1180-1183.
7. Dispenza F., Saraniti C., Sciandra D., Kulamarva G., Dispenza C. Management of naso-septal deformity in childhood: long-term results. Auris Nasus Larynx 2009;36(6):665-670.
8. Garcia L.B., Oliveira P.W., Vidigal T.A., Suguri V.M. Caudal septoplasty: efficacy of a surgical technique-preliminary report. Braz. J. otorhinolaryngol.2011; 77(2): 121-128.
9. Gubisch W. Extracorporeal septoplasty for the markedly deviated septum. Arch Facial Plast. Surg.2005- №7: 218-226.
10. Konstantinidis I., Triaridis S., Triaridis A., Karagiannidis K., Kontzoglou G. Long term results following nasal septal surgery: focus on patient's satisfaction. Auris Nasus Larynx.- 2005;32:369- 374.
11. Lawrence R. Pediatric septoplasty: a review of the literature. Int.J. Pediatr. Otorhinolaryngol.- 2012;76(8):1078-1081.
12. Martins B.B., Lima R.G. Lima F., Vin"cius F. Prado Barreto P. Demystifying Septoplasty in Children. International Archives of Otorhinolaryngology; 2014; Vol. 18, Issue 1:54-61.
13. Singh A., Patel N., Kenyon G., Donaldson G. Is there objective evidence that septal surgery improves nasal airflow. J. Laryngol. Otol.2006;12: 916-20.
14. Verwoerd C.D., Verwoerd-Verhoef H.L. Rhinosurgery in children: basic concepts. Facial Plast. Surg. 2007;23(4):219-230.
15. Verwoerd C.D, Verwoerd-Verhoef H.L. Rhinosurgery in children: developmental and surgical aspects of the growing nose. Laryngorhinootologie 2010;89(1, Suppl 1): 46-71.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы**

1. **Юнусов А.С.**, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, является членом профессиональной ассоциации.
2. **Молодцова Е.В.**, к.м.н. не является членом профессиональной ассоциации.

Конфликт интересов отсутствует.



## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- 1) врачи общей практики (семейные врачи);
- 2) врачи-оториноларингологи;
- 3) врачи-сурдологи-оториноларингологи;
- 4) врачи-педиатры;
- 5) врачи-педиатры городские (районные);
- 6) врачи-педиатры участковые;
- 7) врачи скорой медицинской помощи;
- 8) старшие врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи;
- 9) врачи-терапевты;
- 10) врачи-терапевты подростковые;
- 11) врачи-терапевты участковые;
- 12) врачи-терапевты участковые цеховых врачебных участков;
- 13) врачи-инфекционисты;
- 14) судебные врачи.

**Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 2. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Клинические рекомендации будут обновляться каждые 3 года.

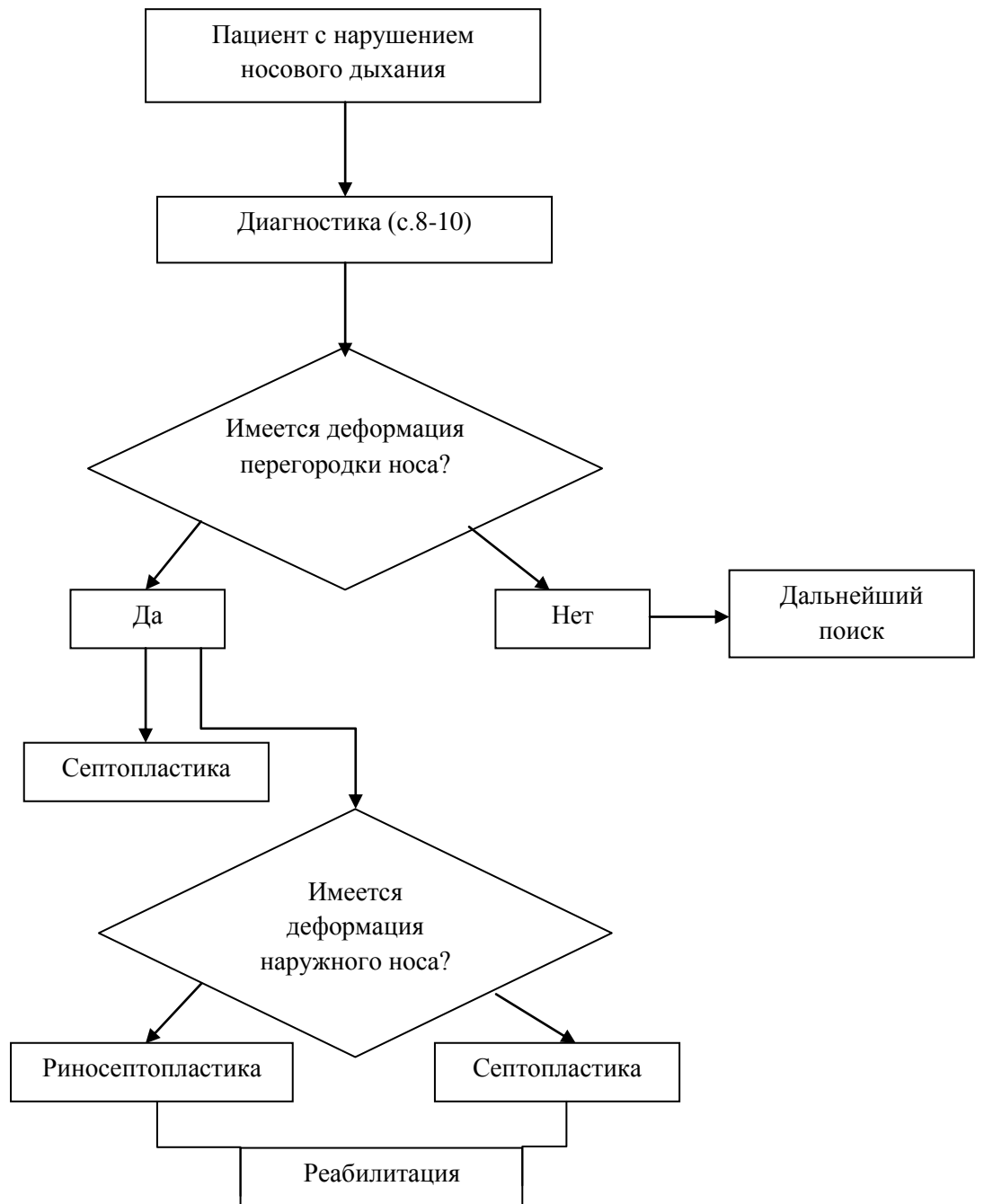
**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "оториноларингология": Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 905н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология".

2. КР337. Болевой синдром (БС) у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/886>)

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## Приложение В. Информация для пациента

Если у пациентов имеет место длительное нарушение носового дыхания, то ему необходима консультация врача - оториноларинголога. Одной из часто встречающихся причин затруднения носового дыхания является деформация перегородки носа.

Не каждая деформация перегородки носа подлежит хирургической коррекции, а лишь та часть, которая нарушает функции носа.

Несвоевременно проведенное хирургическое лечение по поводу деформации перегородки носа приводит к нарушению работы всех систем и внутренних органов. Возникают хронические воспалительные процессы в полости носа и околоносовых пазухах. Нарушается работа органа слуха (возникают катаральные отиты, экссудативные отиты, хронические отиты, снижение слуха). Страдает бронхолегочная система, наблюдается недостаточное поступление кислорода к головному мозгу. Пациенты с нарушением носового дыхания испытывают постоянное физическое переутомление и общую слабость, нарушается активный образ жизни.

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные  
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических  
рекомендациях**