

В.И. Морохоев,*к.м.н., заслуженный врач Российской Федерации, заведующий ЛОР-отделением МАУЗ «Городская больница № 1» г. Братска***В.М. Аксенов,***д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии РУДН***V.I. Morokhoyev,***PhD, honoured doctor of the Russian Federation, head of the ENT-Department of Bratsk City Hospital № 1***V.M. Aksyonov,***MD, prof. of the chair of otorhinolaryngology of Peoples' Friendship University of Russia*

НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

NASAL BLEEDINGS IN PRACTICE OF PHYSICIANS

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Валентин Иринеич Морохоев, заведующий ЛОР-отделением МАУЗ «Городская больница № 1» г. Братска

Адрес: 665727, а/я 1913, г. Братск

Телефон: +7 (914) 948–13–53

E-mail: mv948@mail.ru

Статья поступила в редакцию: 12.07.2013

Статья принята к печати: 22.10.2013

CONTACT INFORMATION:

Valentin Irincheevich Morokhoyev, head of the ENT-Department of Bratsk City Hospital № 1

Address: PO Box 1913, Bratsk, 665727

Tel.: +7 (914) 948–13–53

E-mail: mv948@mail.ru

The article received: 12.07.2013

The article approved for publication: 22.10.2013

Аннотация. Изложен материал, представляющий интерес для практикующих врачей и отражающий современное состояние одного из разделов проблемы оказания экстренной ЛОР-помощи населению Российской Федерации в условиях муниципального здравоохранения. Рассмотрены наиболее частые причины возникновения носовых кровотечений и организационные проблемы при их лечении. Представлены современные методы лечения этих заболеваний. С целью значительного улучшения качества оказания медицинской помощи больным при данном виде экстренной ЛОР-патологии предлагаются организационные пути решения этой проблемы как при подготовке специалистов лечебных профилей, так и при разработке программ последипломного повышения их квалификации.

Annotation. The information about condition as a part of the problem of municipal urgent ENT-help for public of Russian Federation is interesting for practicing physicians. The more often causes of nasal bleeding and organizing problems by their treatment are studied. Contemporary methods of treatment of those diseases are presented. With the aim considerable the improvement quality of medical help for patients by this type of urgent ENT-pathology and the organization roads of decision of this problem are proposed.

Ключевые слова. Носовое кровотечение, медицинские образовательные стандарты.

Keywords. Nasal bleeding, education standards of medical help.

Носовое кровотечение является одним из самых распространенных видов экстренной ЛОР-патологии. Если оставить за рамками исследования проблему оказания экстренной помощи при этом заболевании в крупных городах и административных центрах Российской Федерации, а рассматривать ее сквозь призму здравоохранения постмуниципального пространства, то здесь с состоянием этого вида помощи вырисовывается очень серьезная ситуация. А ведь муниципальное здравоохранение обслуживает большую часть населения нашей страны. Например, в Иркутской области при численности населения в 2 498 тыс. человек (на 01.01.2013 г.) 181 штатная единица занята 132 ЛОР-врачами [1],

из которых подавляющее число работает в полумиллионном Иркутске. На остальной территории с двухмиллионным населением, составляющим более 80 % от количества всего населения области, работает 35 отоларингологов, т. е. в муниципальном здравоохранении ЛОР-врачей очень мало. Во многих населенных пунктах и поселениях области оториноларингологов никогда и не было.

На фоне прогрессивного снижения количества ЛОР-врачей качество подготовки студентов медицинских вузов по вопросам оториноларингологии упало до катастрофически низкого профессионального уровня. Так, за последние полвека объем преподавания ЛОР-болезней в медицинских вузах

уменьшился с 1,5 месяцев до 9-ти дней, причем цикл разделен на 4 дня на 4-м курсе и 5 дней на 5-м курсе. Еще со студенческой скамьи будущим врачам закладывается в сознание представление об оториноларингологии как о некоей абстрактной специальности, к которой они в своей врачебной деятельности не будут иметь никакого отношения. Как следствие этого, качество оказания населению экстренной ЛОР-помощи в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) муниципального здравоохранения страны не выдерживает никакой критики. При поступлении в эти ЛПУ больных с носовыми кровотечениями помощь им оказывать некому, т. к. дежурные врачи, не владея навыками работы с лобным рефлектором и постановкой передней и задней тампонады носа, оказать им помощь не могут.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить причины низкого качества подготовки врачей по вопросам оказания экстренной помощи при носовых кровотечениях и разработать лечебно-организационные мероприятия по оказанию помощи при этом заболевании на уровне муниципальной медицины.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено исследование 83-х случаев лечения больных обоего пола в возрасте от 15-ти до 82-х лет с носовыми кровотечениями в ЛОР-стационаре за период 2010–2012 гг. Изучались причины возникновения этих кровотечений, своевременность госпитализации, причины и ошибки врачей при постановке носовых тампонов, качество выполнения классической тампонады и частота применения инновационных способов носовой тампонады как на догоспитальном этапе, так и во время стационарного лечения. Проводился опрос врачей, занимавшихся остановкой носовых кровотечений как в поликлинике и на скорой помощи, так и в хирургических и терапевтических стационарах, а также в участковых и районных больницах. При этом акцентировалось внимание на том, какой уровень подготовки по оториноларингологии получили врачи, закончившие медицинские вузы в различные годы, а также определялся уровень понимания ими необходимости освоения методов остановки носовых кровотечений.

Всего было опрошено 67 врачей различных специальностей — 23 врача различного хирургического профиля и 44 врача терапевтических специальностей со стажем по специальности от 1-го года до 36-ти лет.

Наиболее частыми причинами носовых кровотечений являются:

а) гипертонические кризы; б) травмы носа и лица; в) после операций и манипуляций в полости

носа у ЛОР-больных; г) атрофические процессы в носу; д) гематологические заболевания; е) опухоли носа и околоносовых пазух.

Тяжесть кровопотери при носовых кровотечениях объясняется анатомическими особенностями кровоснабжения полости носа, заключающимися в количественном многообразии артериальных сосудов, при кровотечении из которых постгеморрагическая анемия может быстро достигнуть критического уровня. Главным условием лечения данного заболевания является своевременная и правильная тампонада носа. Как правило, в большинстве случаев после удаления тампонов необходима электрокоагуляция сосудов в месте кровотечения с целью профилактики рецидива. Основным местом возникновения кровотечений является перегородка носа (рис. 1). При гипертонических кризах и эрозии слизистой оболочки носа кровотечение наиболее часто происходит в переднем отделе перегородки с одной или обеих сторон. Склонность к кровотечениям в этой области объясняется тем, что данный участок слизистой оболочки наиболее подвержен механическому воздействию внешних факторов. Это место по имени автора, впервые описавшего его, называют зоной Kiesselbach (рис. 2).



Рис. 1. Бассейн артериального кровоснабжения перегородки носа

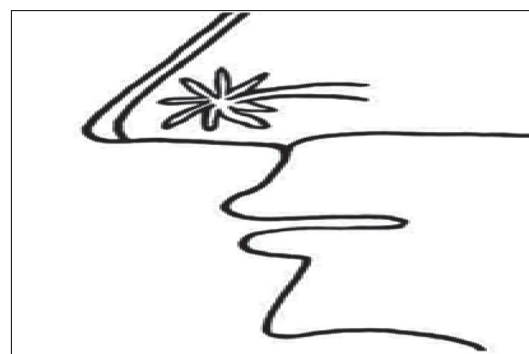


Рис. 2. Зона Kiesselbach

В плане выполнения тампонады носа при носовых кровотечениях необходимо коснуться следующих моментов.

Во-первых, в России пока еще не получили распространения носовые тампоны фабричного производства, как, например, в Германии, где изготавливаются различные виды марлевых тампонов для передней и задней тампонады носа (фирма «Kittenbach» и др.), поэтому муниципальные оториноларингологи работают с самодельными марлевыми тампонами. Во-вторых, правильно тампонировать полость носа и устанавливать в носоглотку задний тампон могут, к сожалению, лишь оториноларингологи, работающие в стационаре. Гораздо хуже умеют это делать оториноларингологи амбулаторно-поликлинического звена. Вследствие этого в ЛПУ, не имеющих в своем составе ЛОР-отделений, возникают проблемы с остановкой тяжелых носовых кровотечений, т. к. нередко даже реаниматологи не владеют в достаточной степени знаниями и мануальными навыками в этой области. Все это является результатом организационных недоработок в отечественной медицине. В результате руководителям ЛПУ, где нет ЛОР-отделений, приходится самостоятельно на своем уровне решать организационные вопросы обеспечения этого вида экстренной помощи в лечебном учреждении. В частности, используются различные проверенные временем обычные приемы тампонады полости носа. Так, с целью профилактики травматического повреждения слизистой оболочки носа, предупреждения инфицирования тампонов и вторичного воспаления марлевые тампоны пропитываются различными маслами с добавлением витаминов, антибиотиков и антисептиков. Из них наиболее оптимальной, с нашей точки зрения, является пропитка тампонов мазью «левомеколь». Более результативными приемами остановки носовых кровотечений могут служить специальные приспособления и технические приемы. Например, широкое распространение получил пневматический тампон ЯМИК [2], возможно применение магнитных пластин [3], прижимающих силиконовые прокладки и позволяющие

сохранить носовое дыхание. В качестве носовых тампонов при упорных и длительных носовых кровотечениях очень эффективно применение поливинилпирролидоновых пленок [4] и т. д.

При отсутствии подобных специальных приспособлений практически в любом случае может быть выполнена эффективная тампонада носа — как передняя, так и задняя. При этом нужно соблюдать некоторые простые, но исключительно важные технические детали этой процедуры.

Например, при выполнении передней тампонады носа имеется ряд подобных технических деталей. Так, при тампонировании носовой полости марлевые тампоны укладываются в виде спирали. Во избежание западения тампонов в носоглотку к их задним концам привязываются нити (рис. 3а), которые выводятся при тампонаде через ноздри и связываются между собой. Чтобы исключить появление пролежней на коже колумеллы (участок кончика носа между ноздрями) от давления нити под нее подкладывается небольшой тампон с тонким слоем ваты между ним и кожей (см. рис. 3б).

К сожалению, как показывает практика, в существующих учебниках таким организационным деталям, как привязывание ниток к задним концам тампонов, профилактике пролежней ткани носа и т. д., не уделяется должного внимания. В результате этого эффективность тампонады носа снижается, возникают различные осложнения.

Такова стандартная схема установки передних тампонов. Необходимо помнить, что в приемных покоях ЛПУ, не имеющих в своем составе ЛОР-отделений, всегда должен быть набор инструментов для выполнения передней и задней тампонады носа. Показанием к введению заднего тампона является безуспешность попыток остановить носовое кровотечение с помощью передней тампонады. Для этого необходимо наличие заднего марлевого тампона, эластичного резинового катетера, длинного зажима, шпателя, элеватора и носового зеркала с короткими губками (рис. 4). Установка

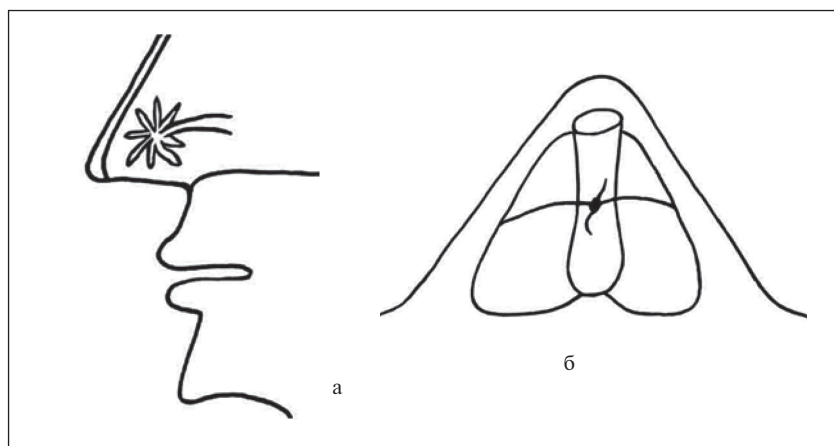


Рис. 3. Передняя тампонада носа. Фиксация нитями задних концов тампонов: а — вид сбоку слева; б — вид снизу

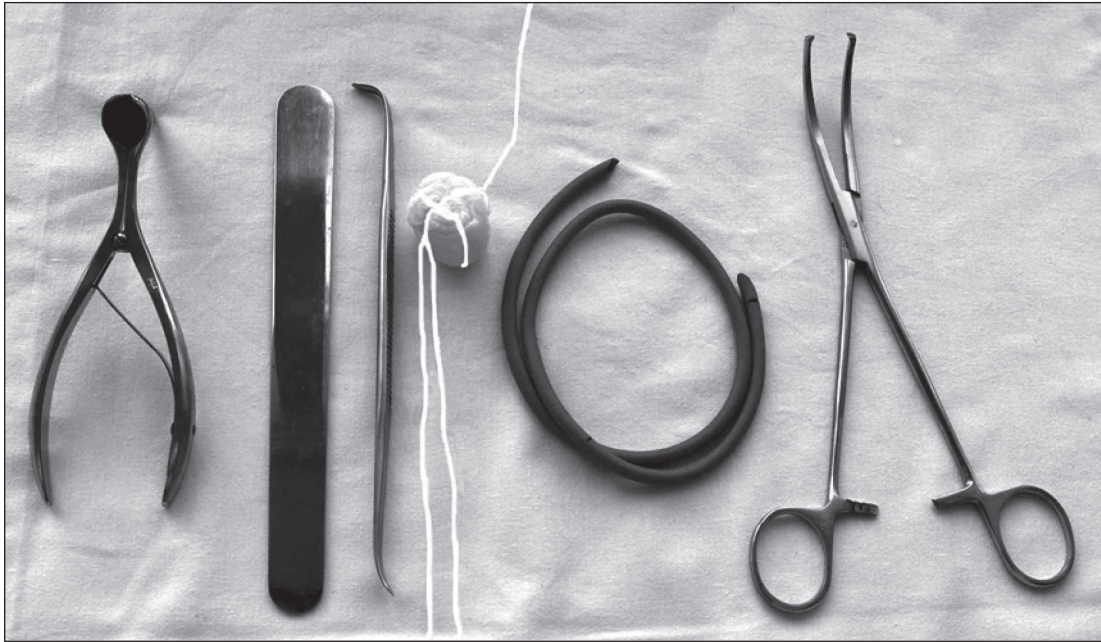


Рис. 4. Комплект для проведения задней тампонады носа

заднего тампона происходит следующим образом. Эластичный катетер, предварительно смазанный глицерином или маслом, вводится через одну из ноздрей в полость носа (рис. 5а). Как только передний конец катетера появится из-за мягкого неба (см. рис. 5б), он захватывается длинным зажимом и вытаскивается через рот. К катетеру привязываются две нити заднего тампона, которые выводятся через ноздрю для внешней фиксации (см. рис. 5в). Третья нить, предназначенная для удаления тампона из носоглотки, выводится через рот и фиксируется пластырем возле ушной раковины. После выведения двух нитей, привязанных к катетеру, помощник (второй врач, медсестра и др.) через ноздрю тянет за катетер, и тампон движется в сторону носоглотки (см. рис. 5г).

Выполнение задней тампонады связано с рядом особенностей. Во-первых, во избежание инфицирования медперсонала вирусами ВИЧ, гепатитов, сифилисом и т. п. в результате попадания крови и содержимого желудка больного из-за рвотного рефлекса на лицо и в глаза необходимо обязательное использование многослойной марлевой маски, полностью закрывающей голову, и защитного щитка (не очков!) для лица с прикрепленным лобным рефлектором (рис. 6). Во-вторых, введение заднего тампона в носоглотку препятствует нависающее мягкое небо, вызывая рвотный рефлекс. Чтобы избежать этого, врач левой рукой оттягивает мягкое небо элеватором (рис. 7а), а правой с помощью длинного зажима движением снизу вверх вставляет тампон в носоглотку (см.

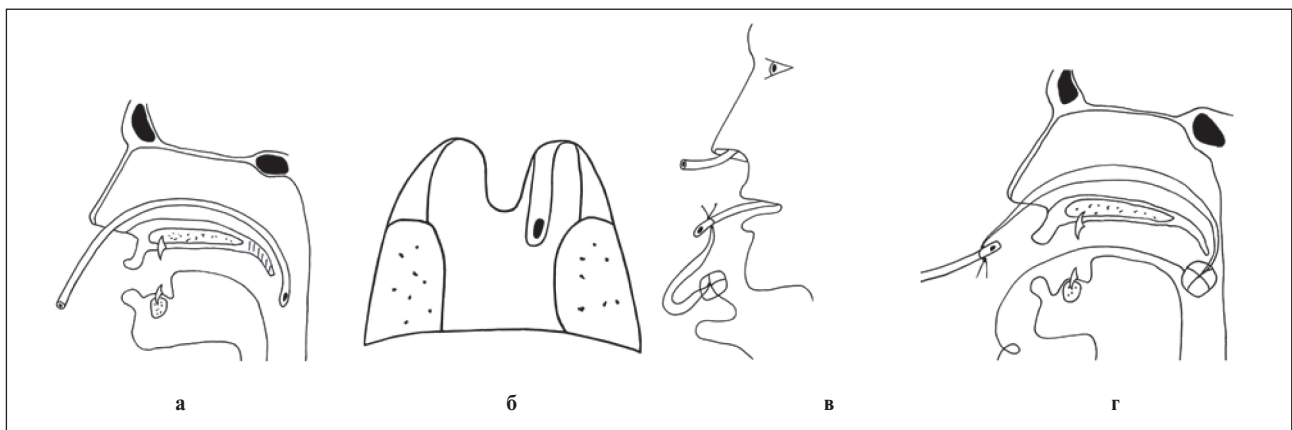


Рис. 5. Этапы выполнения задней тампонады носа: а — введение катетера; б — катетер в глотке; в — фиксация тампона; г — введение тампона в носоглотку

рис. 7б). Это не требует особого навыка и может быть выполнено быстро, практически любым врачом, а также фельдшером, сотрудником МЧС и т. д. В-третьих, наиболее частой ошибкой, особенно у молодых оториноларингологов, является недостаточная фиксация заднего тампона в области преддверия носа. Обычно в качестве фиксирующего устройства используется марлевый шарик или тампон. При недостаточном натяжении фиксирующей нити задний тампон выходит из носоглотки, переставая выполнять свою функцию, и, вызывая рвотный рефлекс, может привести к асфиксии больного. Во избежание этого осложнения нить заднего тампона фиксируется к марлевой турунде шириной 2,5 см, туго скрученной в виде цилиндра с тонким слоем ваты между ним и кожей с целью профилактики пролежней кожи преддверия носа (рис. 8а, 8б). В-четвертых, установка заднего тампона предусматривает одновременную плотную переднюю тампонаду носа. В-пятых, обязательными условиями являются назначение антибиотиков и пропитка заднего тампона мазью, например, «левомеколь», т. к. в противном случае тампон быстро загнивает и превращается в источник инфекции. Срок нахождения тампона в носоглотке не должен превышать трех (максимум четырех) дней. В зависимости от ситуации грамотная и щадящая замена заднего тампона может осуществляться неоднократно. Кроме того, необходимо обратить внимание на очень важный организационный момент. С целью напоминания обо всех необходимых компонентах комплекта для задней тампонады и алгоритма ее выполнения необходимо рис. 3, 4, 5, 6, 7 и 8 вывесить в виде стенда на рабочем месте, где осуществляется ЛОР-осмотр. Это позволит врачу, выполняющему заднюю тампонаду, не забыть все детали данной манипуляции.



Рис. 6. Защитная маска со щитком с лобным рефлектором

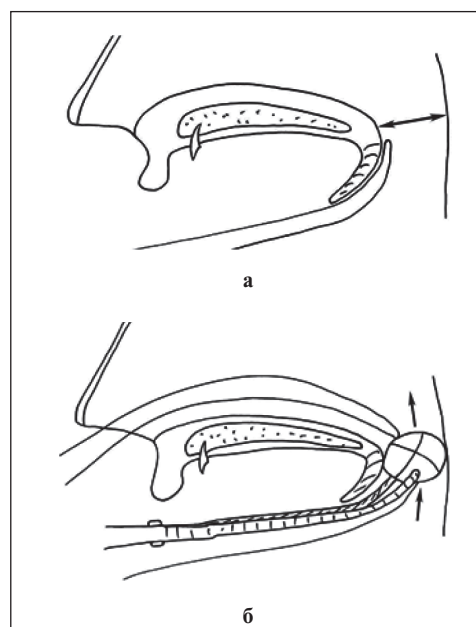


Рис. 7. Этапы введения заднего тампона:
а — оттягивание мягкого неба; б — введение тампона зажимом

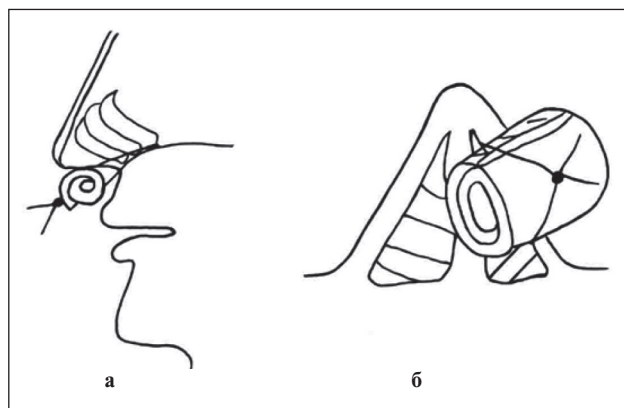


Рис. 8. Фиксация нити заднего тампона к марлевому цилиндру:
а — вид сбоку слева; б — вид снизу

Наличие трагических случаев в медицине показывает, что неумение поставить задний тампон в носоглотку в экстренных ситуациях может стоить больному жизни. В США, Канаде и большинстве стран Евросоюза организационным вопросам остановки носовых кровотечений уделяется необходимое внимание. Методами передней и задней тампонады при носовых кровотечениях в обязательном порядке владеют не только все медицинские работники, но и парамедики, а также полицейские.

При остановке носовых кровотечений в случае гипертонических кризов целесообразно придерживаться следующей тактики. Прежде всего, необходимо помнить, что остановка кровотечения при вы-

соком артериальном давлении чревата серьезными осложнениями со стороны головного мозга и сердца. Наиболее приемлемым является внутривенное введение в соответствующей дозировке 1% раствора дибазола на физиологическом растворе, т. к. он не вызывает ортостатического коллапса и действует не более 2 ч. В дальнейшем, в процессе динамического наблюдения и обследования, больному назначается гипотензивная и патогенетическая терапия в соответствии с его состоянием. Поскольку чаще всего больных с данным видом носового кровотечения привозят уже в состоянии анемии, сразу клинически оценить объем кровопотери без определения уровня гематокрита сложно, т. к. на это требуется время. К использованию во время остановки кровотечения препаратов — производных раувольфии, изокета (ингаляционное введение изосорбита динитрата) — следует относиться чрезвычайно осторожно во избежание ортостатического коллапса, т. к. зачастую неизвестны количество и временной период действия введенных больному лекарств на предыдущих, до госпитализации в ЛОР-стационар, этапах, а в сопроводительных документах не всегда отражена эта информация. На вопрос о том, в каком отделении должны лечиться больные с носовыми кровотечениями вследствие гипертонического криза, однозначного ответа нет. Наш многолетний опыт показывает, что из-за отсутствия умения оценить клиническое состояние больного, мануальных навыков, специализированной перевязочной и инструментария терапевты с лечением не справляются, что может привести к летальному исходу. Для таких больных оптимальным будет лечение в ЛОР-стационаре с вызовом терапевта к ним на консультацию.

Особенностью остановки кровотечения при травмах носа и лица является то, что источник кровоте-

чения может находиться не только в области травмированного участка перегородки, но и в различных участках боковой стенки носа, в частности, в области пазухи решетчатой кости. В этих случаях повреждаются артериальные сосуды крупного диаметра. Остановить такое кровотечение можно лишь одновременным выполнением задней и передней тампонады.

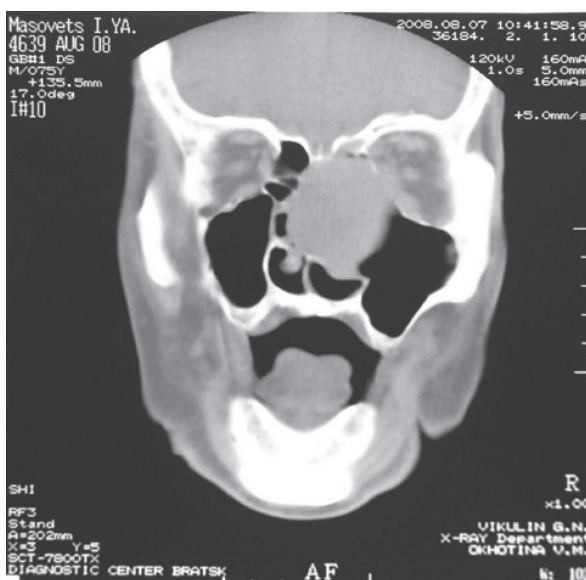
Часто травма носа сочетается с черепно-мозговой травмой, поэтому (как минимум) больному назначаются парацетам, циннаризин и снотворное в таблетках. Если травма носа и черепно-мозговая травма протекают на гипертоническом фоне, то целесообразно проведение гипотензивной терапии для поддержания артериального давления чуть ниже нормы, по крайней мере, не выше ее, т. к. даже небольшое превышение уровня 120/70 мм рт. ст. провоцирует возобновление носового кровотечения и приводит к прогрессирующему нарастанию постгеморрагической анемии со всеми вытекающими из этого последствиями. Наличие последней при нормальной секреторной функции желудка требует обязательного назначения курса инъекций витамина B_{12} в сочетании с фолиевой кислотой в таблетках, препаратов железа, проводится инфузионная терапия для восстановления объема циркулирующей крови; при приближении анемии к критическому уровню вводятся компоненты крови — эритромаасса, свежзамороженная плазма и др.

При носовых кровотечениях, возникающих из-за повышенной ломкости сосудов вследствие атрофического процесса в слизистой оболочке, наряду с лечением причины, приведшей к этому состоянию, проводится обработка зоны Kiesselbach растворами азотнокислого серебра, методами электрокоагуляции или коагуляции лазером.

Остановка кровотечений при заболеваниях крови также носит симптоматический характер и со-



а



б

Рис. 9. Экзофтальм при раке полости носа: а — вид больного спереди; б — КТ опухоли носа в коронарной проекции

проводится назначением этиотропной терапии с последующим переводом больного в гематологическое отделение.

Рецидивирующее носовое кровотечение, исходящее из боковой стенки носа, — один из первых признаков злокачественной опухоли, растущей из пазухи решетчатой кости. К сожалению, в большинстве случаев диагноз ставится поздно, когда уже опухоль прорастает в окружающие ткани, вызывая смещение орбиты [5] (рис. 9а, 9б). Применение зеленого света для осмотра слизистой оболочки боковой стенки носа «невооруженным» глазом, с использованием операционной оптики или ригидного эндоскопа является методом ранней неинвазивной диагностики рака пазухи решетчатой кости. Принцип метода основан на изменении спектральных характеристик зеленого света в волновом диапазоне 560–590 нм при отражении его от поверхности опухоли, что позволяет визуально дифференцировать пораженную ткань и нормальную слизистую оболочку. Осмотр полости носа в зеленом свете может осуществляться при использовании зеленых очков, включении зеленого светофильтра в операционном микроскопе или ригидном эндоскопе. При таком исследовании раковая опухоль приобретает более светлый белесоватый оттенок по сравнению с нормальной слизистой оболочкой. Разумеется, врач, проводящий риноскопию, не должен иметь нарушения цветного зрения. Остановка кровотечений при уже выявленных опухолях носа и околоносовых пазух носит симптоматический характер, после ее выполнения больные направляются в онкологический диспансер.

Таким образом, освоение приемов остановки носовых кровотечений является важным разделом профессиональной подготовки врачей различных специальностей и обязательным элементом в практике работы дежурных врачей приемных отделений больниц [6]. Включение этих требований в медицинские образовательные стандарты при подготовке специалистов лечебных профилей [7] и в программы последипломного повышения их квалификации позволит значительно улучшить качество оказания медицинской помощи больным при данном виде экстренной ЛОР-патологии. Как видно из вышеизложенного, оказание экстренной помощи при носовых кровотечениях не представляет особой сложности. При желании врач любой специальности может освоить методы постановки передней и задней тампонады носа.

Многoletний опыт работы в оториноларингологическом отделении побудил нас к разработке новых подходов к проблеме организации оказания экстренной помощи при носовых кровотечениях. Круг научного поиска был сконцентрирован на следующих вопросах:

- в чем заключается основной дефект организации оказания экстренной помощи при носовых кровотечениях в муниципальном здравоохранении;

- существуют ли причины, приводящие к нежеланию «не оториноларингологов» оказывать этот вид помощи населению в муниципальном здравоохранении;

- каким образом можно подготовить врачей, не избравших оториноларингологию в качестве основной специальности, в вопросах оказания экстренной помощи при носовых кровотечениях населению, обслуживаемому в муниципальном здравоохранении;

- какие методы остановки носовых кровотечений могут быть рекомендованы для внедрения в муниципальном здравоохранении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На вопрос, касающийся уровня подготовки оториноларингологии в вузе, абсолютно все врачи ответили одинаково: очень поверхностное изложение материала и к моменту окончания медицинского вуза очень слабые знания по предмету или их отсутствие. Ни один врач-«не оториноларинголог» не умеет работать с лобным рефлектором и, соответственно, не может с его помощью с применением носового зеркала осмотреть полость носа. Только два врача — один травматолог и один челюстно-лицевой хирург смогли продемонстрировать навыки постановки заднего тампона. Но этому они научились уже в процессе врачебной практики через несколько лет после окончания вуза.

При ответе на вопрос о понимании необходимости освоения методов остановки носовых кровотечений пять молодых хирургов выпуска после 2008 года ответили положительно и изъявили желание осваивать эти методы. Хирурги более ранних годов выпуска (18) и все терапевты ответили на этот вопрос отрицательно. Анализ полученных ответов наводит на мысль, что при правильной постановке обучения имеется реальная возможность улучшить ситуацию в этом вопросе.

В настоящее время на федеральном уровне идет интенсивная работа по разработке стандартов и порядков оказания медицинской помощи, а также медицинских образовательных стандартов додипломного и последипломного образования, в которых вопросам оказания экстренной ЛОР-помощи уделено необходимое внимание. Но реальные результаты этой модернизации проявятся в практическом здравоохранении не ранее, чем через десять-двенадцать лет. Поэтому необходимо в этот переходный период учить практических врачей таким вопросам оказания вида помощи, как остановка носовых кровотечений. Что же представляют собой хирурги, отказавшиеся осваивать остановку носовых кровотечений? Из них 12 человек пенсионеры, а оставшиеся 6 в течение ближайших 5 лет выйдут на пенсию. К моменту окончания переходного периода, т. е. через 10–12 лет все 18 хирургов работать уже не

будут. А 5 молодых хирургов и другие молодые хирурги, которые придут в хирургию после окончания вузов, будут совершенно нормально воспринимать все вопросы экстренной ЛОР-хирургии.

Анализ всех 83-х случаев больных с носовыми кровотечениями показал, что кровотечение вследствие артериальной гипертензии имело место у 60-ти (72,3 %) больных, у 21-го (25,3 %) больных кровотечение возникло в результате травм лицевого скелета и 2-х (2,4 %) больных — вследствие атрофического ринита. Своевременно были госпитализированы 79 (95,2 %) больных. Причины несвоевременной госпитализации 4-х (4,8 %) больных заключались в транспортных проблемах службы скорой помощи. Главный вопрос заключался в анализе качества выполнения передней и задней тампонады. Только у 22-х (26,5 %) больных были поставлены передние тампоны на догоспитальном этапе. У всех этих больных тампоны не соответствовали норме и были без масляной или мазевой пропитки. Опыт применения инновационных импортных тампонов из синтетических разбухающих губчатых тампонов с дыхательными трубками «Meerosel» (США) показал, что эффективность их применения в экстренной практике при носовых кровотечениях гораздо ниже, чем при их использовании в плановой внутриносовой хирургии при септопластике. Несмотря на всю притягательность использования упомянутых выше пневматических, магнитных и тампонов с поливинилпирролидоновыми пленками, для муниципального врача более удобны стандартные марлевые турунды и задние тампоны с синтомициновой или левомеколевой пропиткой.

ВЫВОДЫ

1. Основной причиной уклонения непрофильных врачей от оказания экстренной помощи при носовых кровотечениях является недостаточная общая подготовка врачей в период их обучения в медицинских вузах методам коррекции неотложных состояний, в т. ч. и в оториноларингологии.

2. Расширение программ обучения в вузах и программ усовершенствования врачей, разработка и внедрение новых медицинских образовательных стандартов при подготовке специалистов лечебных профилей и программ последипломного повышения их квалификации позволит в необходимой степени обучить их приемам оказания экстренной помощи при различных состояниях, в т. ч. и в оториноларингологии. В итоге, это даст возможность снизить риск и число фатальных осложнений, развивающихся у пациентов вследствие оказания (или отказа в оказании) им первой врачебной помощи неподготовленными специалистами.

3. Обоснованность выводов по п.п. 1 и 2 подтверждена в статье на примере оценки ситуации с

оказанием экстренной помощи при одном из часто встречающихся патологических состояний, сопровождающихся профузным носовым кровотечением. Показано, что стандартная передняя и особенно задняя тампонада носа марлевыми тампонами со специальной пропиткой в руках ранее обученного специалиста любого профиля может оказаться спасительной.

4. Расширение диапазона умений и навыков, которыми владеет и применяет на практике специалист любого профиля, должно иметь соответствующее мотивационное подкрепление — как материальное, так и другое, из широкого диапазона стимулирующих методов.

Список литературы

1. Исхаков Ш.Д. Состояние отоларингологической службы Иркутской области в 2006 году и возможные пути ее реформирования в условиях структурной перестройки российского здравоохранения // *Вестник общественной организации Ассоциации хирургов Иркутской области*. 2007: 33–36.
Iskhakov Sh.D. ENT service condition of the Irkutsk region in 2006 and possible ways to reform under structural adjustment of the Russian health // *Vestnik obshchestvennoy organizatsii khirurgov Irkutskoy oblasti*. 2007: 33–36.
2. Kozlov V.S. New method and devices for diagnosis and treatment of paranasal sinusitis // *J. Jap. Rhinol. Soc.* 1991; 30 (1): 336.
3. Пятакина О.К. Сравнительная характеристика методов фиксации носовой перегородки после подслизистой резекции ее костно-хрящевого отдела // *Вестн. оториноларингол.* 1976; 4: 48–49.
Ptyakina O.K. Comparative characteristics of methods of fixation of the nasal septum after submucosal resection of the osteochondral department // *Vestn. otorinolaringol.* 1976; 4: 48–49.
4. Крюков А.И. Применение поливинилпирролидоновых пленок для тампонады полости носа // *Вестн. оториноларингол.* 2006; 1: 28–30.
Krzukov A.I. Application of polyvinylpyrrolidone films for nasal tamponade // *Vestn. otorinolaringol.* 2006; 1: 28–30.
5. Морохоев В.И. Ошибки в ранней диагностике злокачественных опухолей пазухи решетчатой кости // *Вестн. оториноларингол.* 1990; 5: 60–64.
Morokhoev V.I. Errors in the early diagnosis of malignant tumors of the sinuses of the ethmoid bone // *Vestn. otorinolaringol.* 1990; 5: 60–64.
6. Морохоев В.И. Внутриносовая хирургия. *Новосибирск: Наука*. 2008. 144 с.
Morokhoev V.I. Intranasal surgery. *Novosibirsk: Nauka*. 2008. 144 p.
7. Морохоев В.И. Организация и стандарты региональной отоларингологии. *Новосибирск: Наука*. 2011. 192 с.
Morokhoev V.I. Organization and regional standards of otolaryngology. *Novosibirsk: Nauka*. 2011. 192 p.