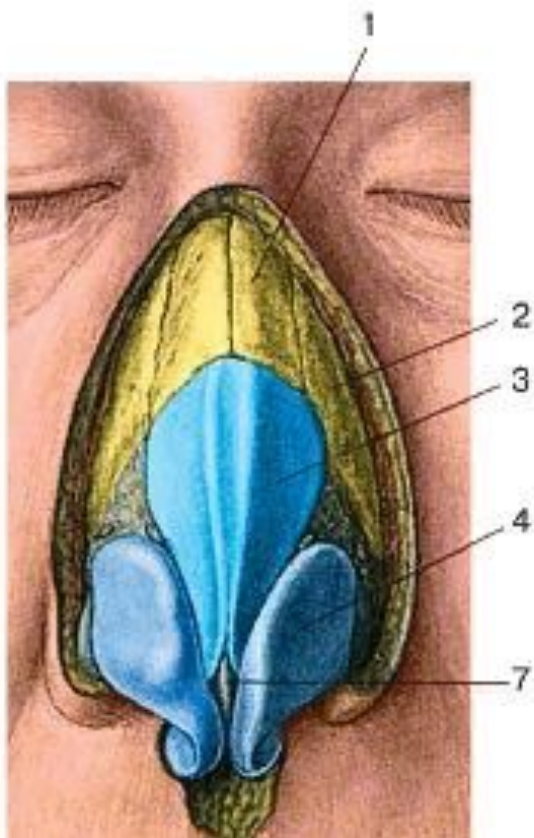
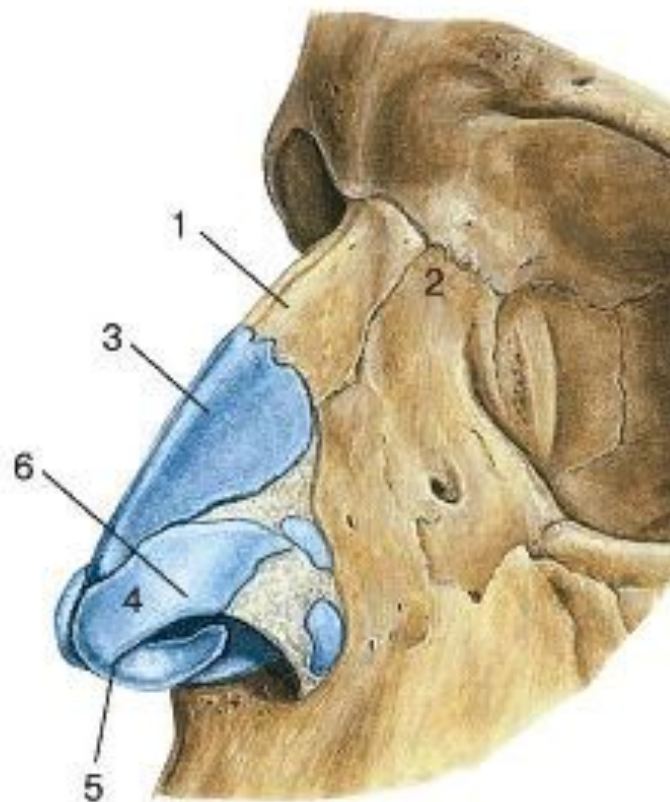


отростки верхней челюсти; 3 -
латеральные хрящи носа; 4 -
большой хрящ крыла; 5 -
медиальная ножка; 6 - латеральная
носа

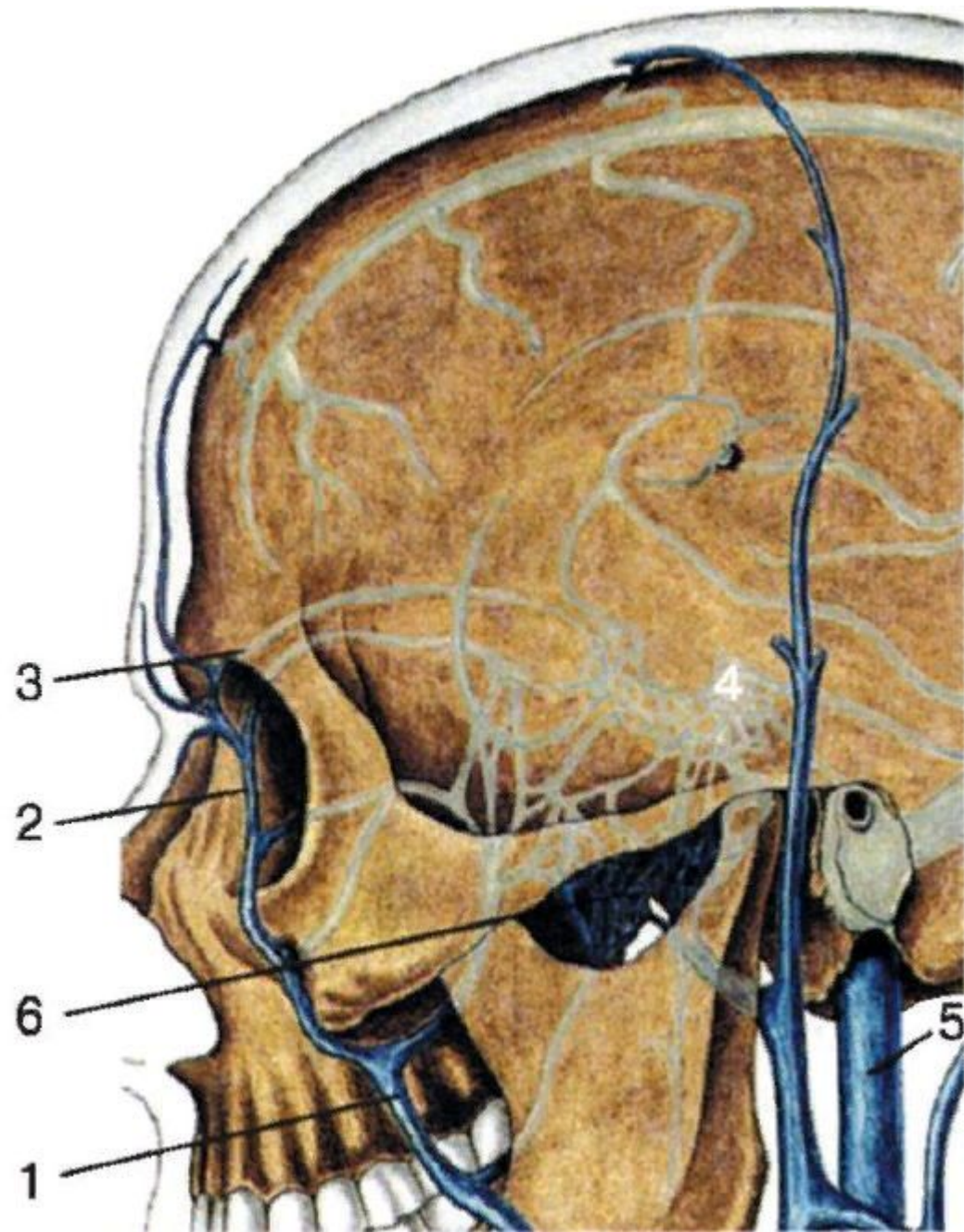
а



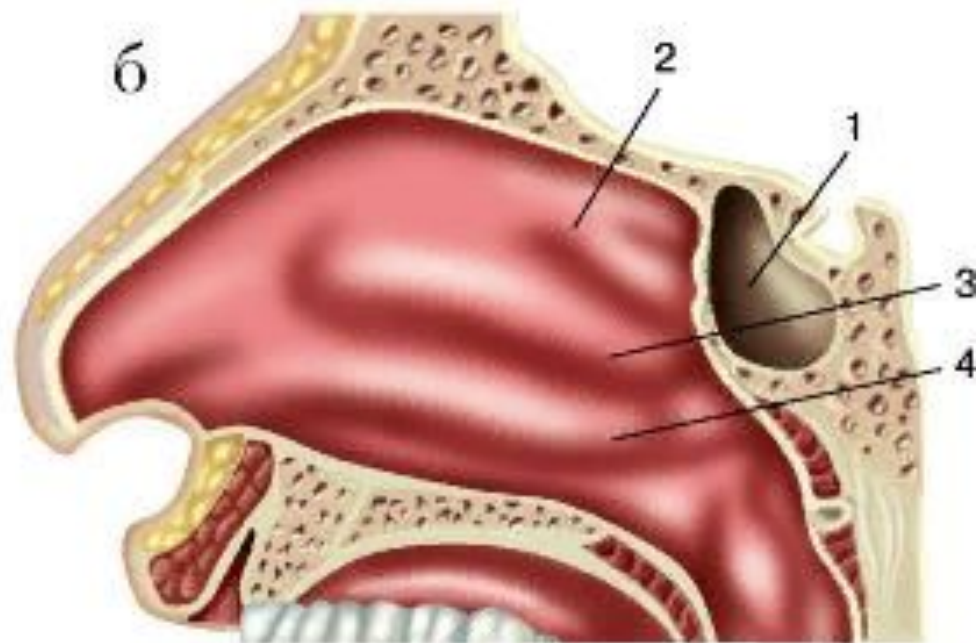
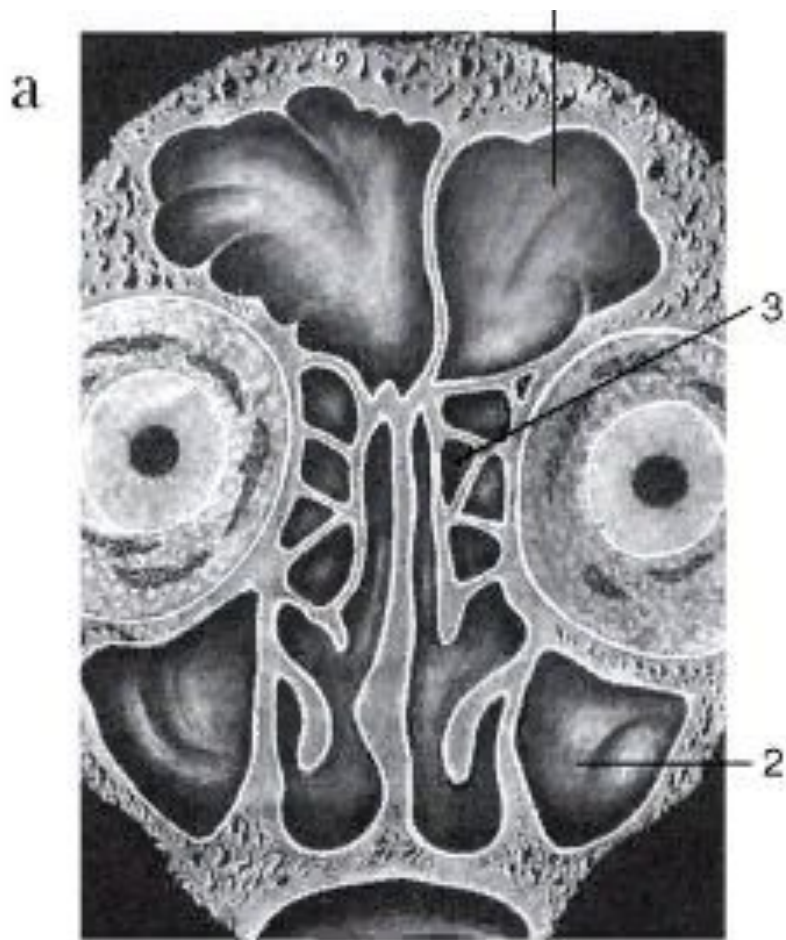
б



- 1 - лицевая вена
- 2 - угловая вена
- 3 - верхняя
глазная вена;
- 4 - пещеристый
синус;
- 5 - внутренняя
яремная вена
- 6 - крыловидно
сплетение



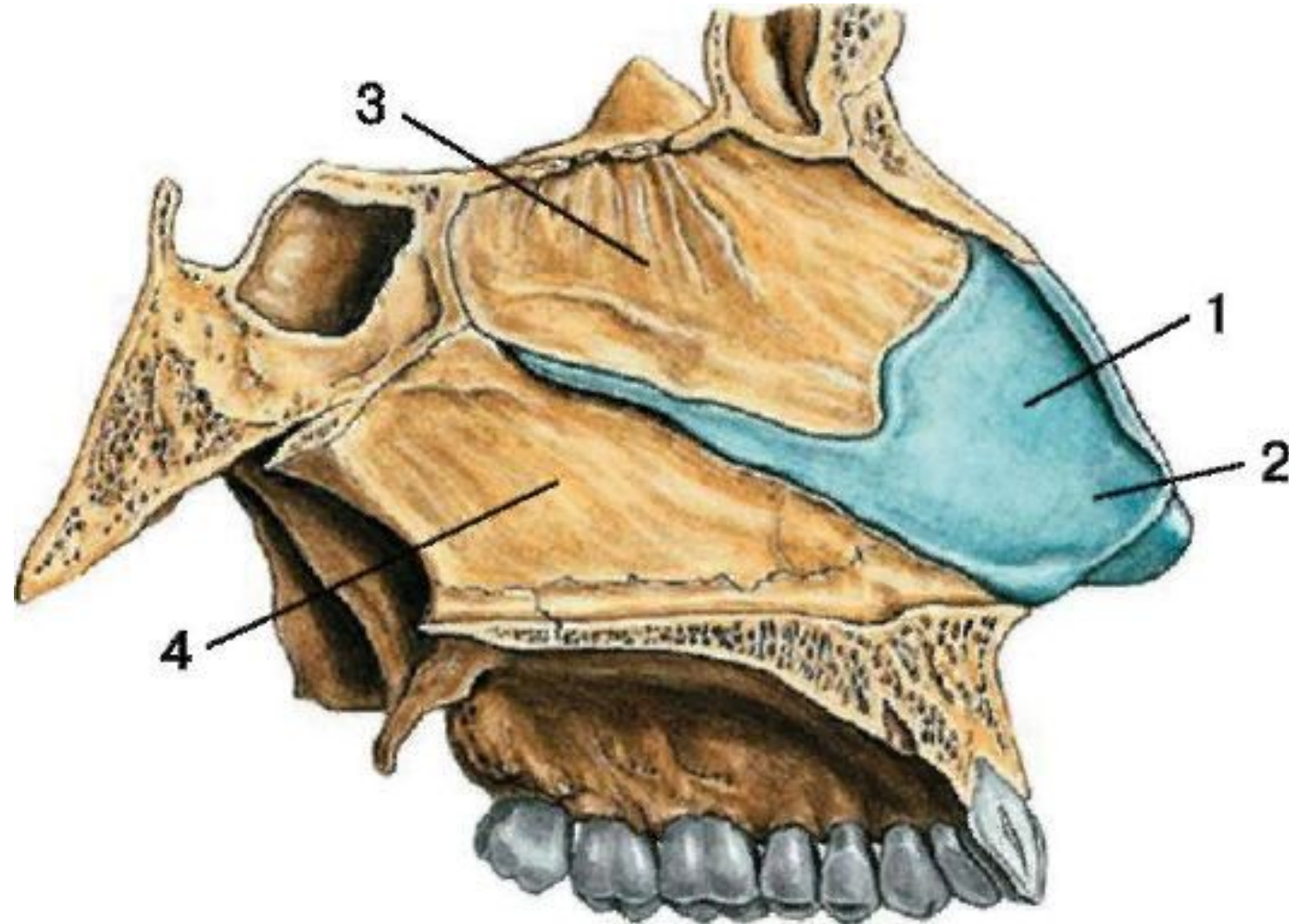
1 - клиновидная пазуха; 2 - верхняя носовая раковина; 3 - средняя носовая раковина; 4 - нижняя носовая раковина



Нижний носовой ход

Нижний носовой ход (*meatus nasi inferior*) находится между нижней носовой раковиной и дном полости носа. В области его свода, на расстоянии около 1 см от переднего конца раковины находится *выводное отверстие носослезного протока (ductus nasolacrimalis)*. Оно образуется после рождения, задержка его открытия нарушает отток слез, что ведет к кистозному расширению протока и сужению носовых ходов. Латеральная стенка нижнего носового хода в нижних отделах толстая (имеет губчатое строение), ближе к месту прикрепления нижней носовой раковины значительно истончается, в связи с чем пункцию верхнечелюстной пазухи легче всего производить именно в этом месте, сделав отступ примерно на 1,5 см от переднего конца раковины.

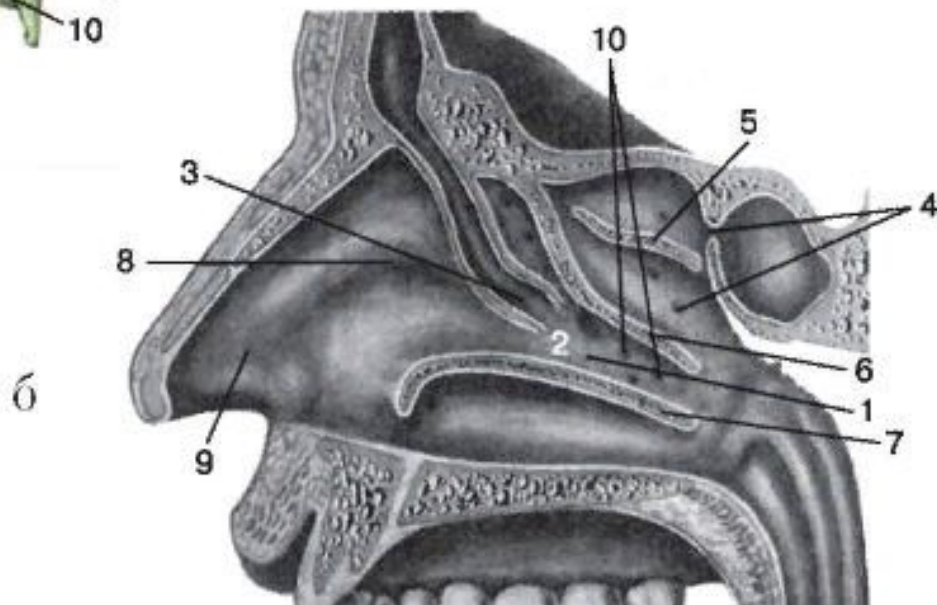
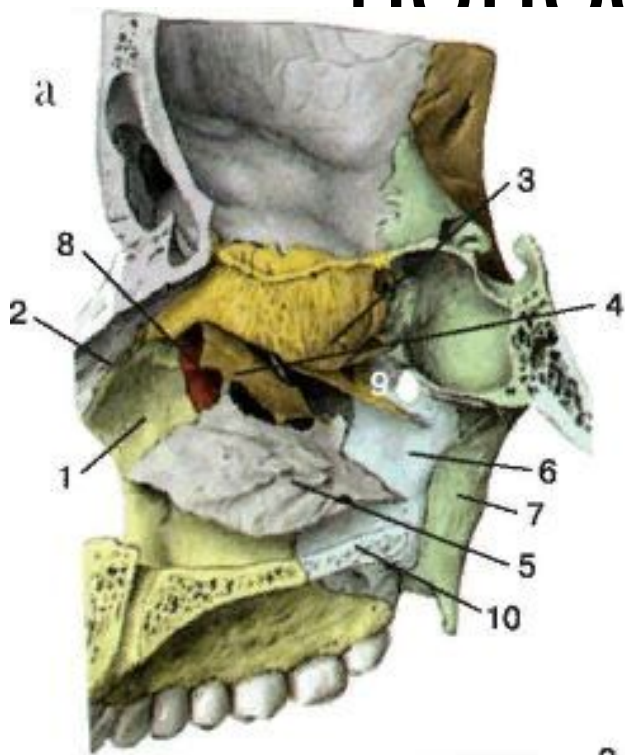
1 - перегородка носа; 2 - подвижная часть перегородки носа; 3 - перпендикулярная пластинка решетчатой кости; 4 - сошник



средний носовой ход

(meatus nasi medius) располагается между нижней и средней носовыми раковинами. Латеральная стенка в этой области имеет сложное строение. В решетчатую воронку спереди и сверху открывается выводной канал лобной пазухи, а сзади и снизу - естественное соустье верхнечелюстной пазухи. В полулунную щель открываются передние и средние клетки решетчатого лабиринта.

Строение латеральной стенки полости носа



Передняя риноскопия.

Осмотр полости носа проводят при искусственном освещении (лобный рефлектор или автономный источник света), используя носовое зеркало - носорасширитель, который нужно держать в левой руке так, как это изображено



Передняя риноскопия:

а - правильное положение носового расширителя в руке;

б - положение носового расширителя при осмотре

Передняя риноскопия

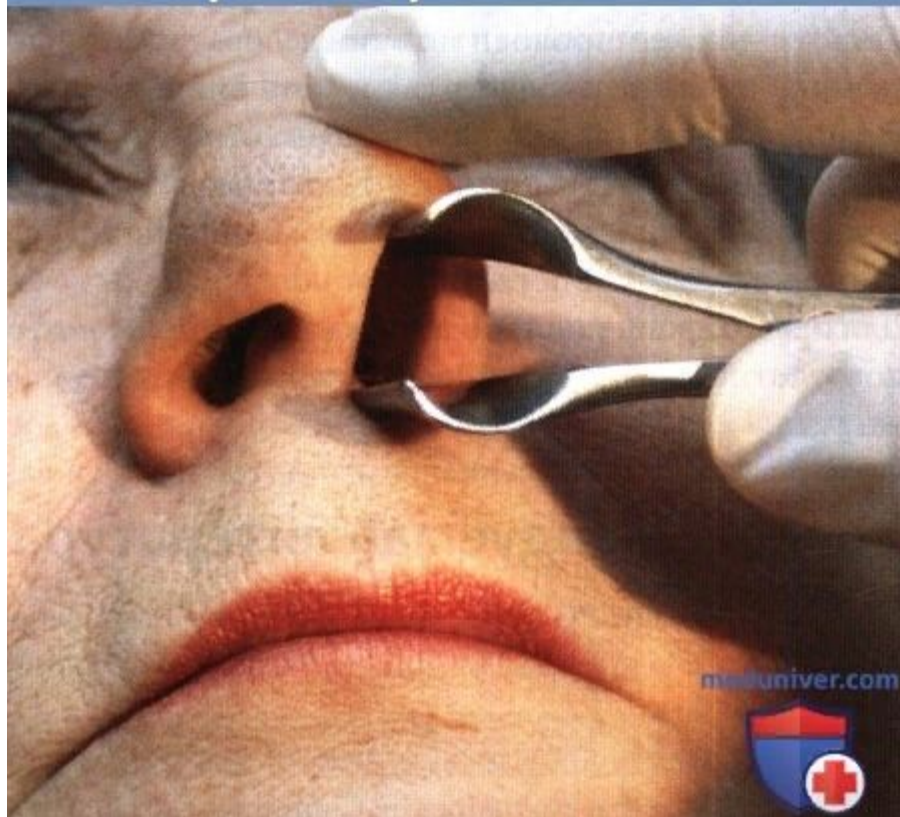
- 1. На раскрытую ладонь левой руки укладывают носовое зеркало «клювом» вниз, большой палец левой руки – сверху на винт зеркала, II и III пальцы — снаружи на браншу; IV и V пальцы должны находиться между браншами носового зеркала.
- 2. Локоть левой руки опускают, кисть руки с носорасширителем должна быть подвижной; ладонь правой руки кладут на темя обследуемого, чтобы придать голове нужное положение во время риноскопии.
- 3. Клюв носового зеркала в сомкнутом виде вводят на 0,5 см в преддверие правой половины полости носа пациента. Правая половина клюва носорасширителя должна находиться в нижневнутреннем углу преддверия носа, левая — в верхненаружном углу преддверия (у крыла носа)
- 4. II и III пальцами левой руки нажимают на браншу носорасширителя и раскрывают правое преддверие носа так, чтобы кончик клюва носорасширителя не касался слизистой оболочки носа.
- 5. Осматривают и характеризуют правую половину носа при прямом положении головы с небольшим наклоном вперед и книзу. (хорошо обозримы передние отделы нижнего носового хода и дно полости носа).
- 6. Осматривают правую половину носа при несколько откинутой голове кзади и вправо. (виден средний носовой ход и верхние отделы носовой перегородки)
- 7. Ослабив давление на бранши так, чтобы зеркало не полностью сомкнулось, извлекают зеркало из носа.

• **В норме: слизистая оболочка полости носа розовая, влажная, чистая, поверхность её гладкая. Носовые ходы широкие, носовые раковины не увеличены. Носовая перегородка по средней линии. Отделяемое слизистое, скудное.**

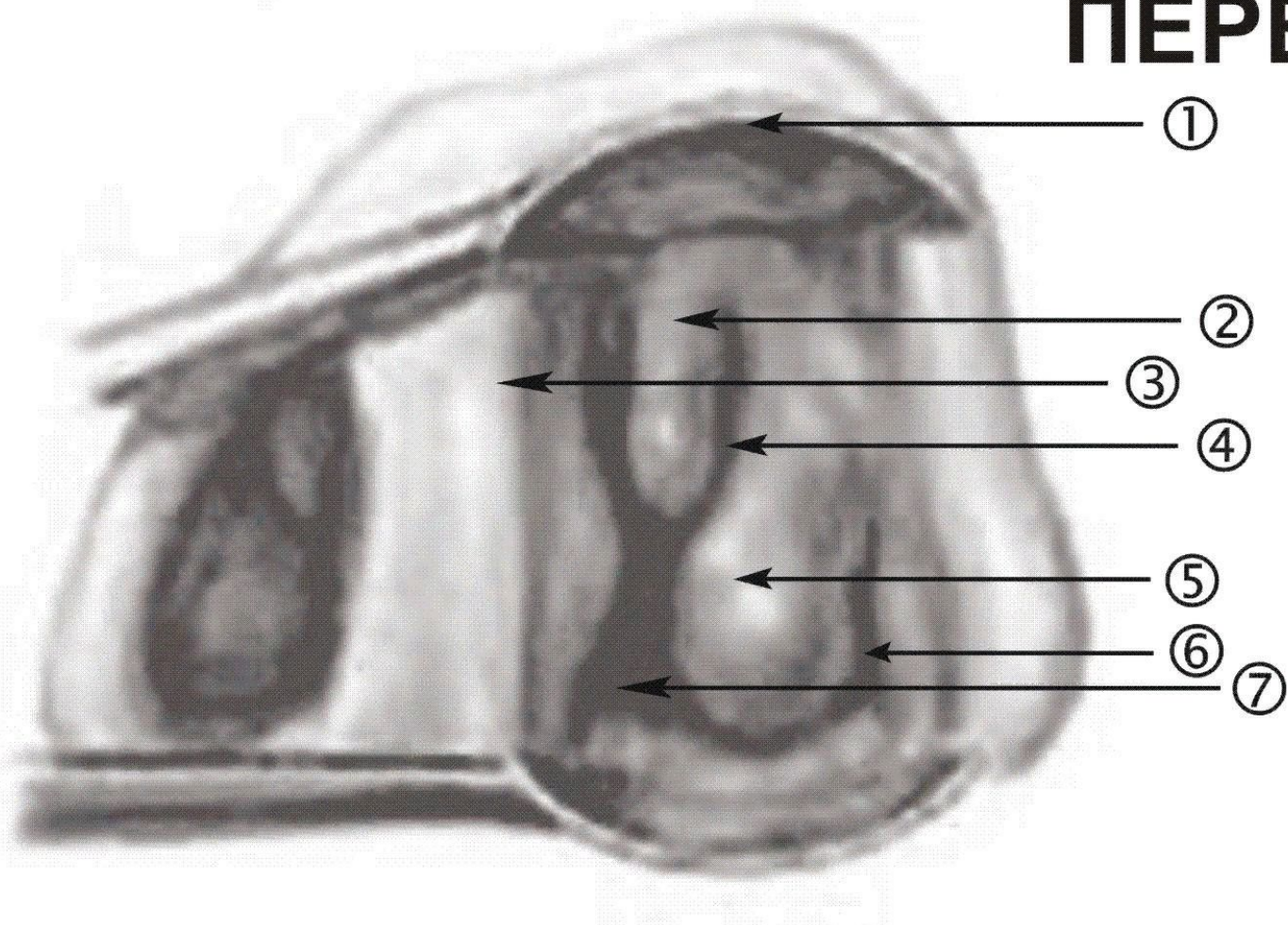
ПЕРЕДНЯЯ РИНОСКОПИЯ



Передняя риноскопия



ПЕРЕДНЯЯ РИ



- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

Острый ринит.

Острый ринит, или насморк - одно из самых распространенных заболеваний, которого, по-видимому не избежал ни один человек, достигший зрелого возраста. Под этим термином понимают остро возникшее расстройство функции носа, сопровождающееся воспалительными изменениями слизистой оболочки.

Острый ринит.

- В зависимости от этиологических факторов различают острые инфекционные и неинфекционные насморки. Первые из них называются rhinitis acuta, а вторые, неинфекционные, -coryza. В свою очередь, острый инфекционный ринит может быть самостоятельным (неспецифическим) воспалением полости носа, а также может сопутствовать многим инфекционным заболеваниям (т.е. быть их симптомом)

Острый ринит.

Этиология и патогенез.

В этиологии острого неспецифического насморка имеет значение маловирулентная сапрофитная флора, а в развитии неинфекционных насморков различные механические и химические раздражители, имеющие место в мукомольной, камне-и деревообрабатывающей, а также химической промышленности.

Острый ринит.

Этиология и патогенез.

В патогенезе инфекционного неспецифического насморка ведущую роль играет фактор охлаждения. Охлаждение способствует не только активизации и приобретению патогенности сапрофитной флоры, но и приводит к замедлению, а при определенной температуре и к прекращению движения ресничек мерцательного эпителия. В результате патогенный фактор не перемещается ресничками в носоглотку, где он, благодаря глоточным рефлексам сплевывается вместе со слизью,

Острый ринит.

Патоморфологические изменения.

Воспалительный процесс захватывает всю толщу слизистой оболочки, отмечается значительное кровенаполнение сосудов, мерцательный эпителий теряет реснички, наблюдается выраженная десквамация поверхностных слоев эпителия. Часть цилиндрических клеток превращается в бокаловидные. В подэпителиальном слое отмечается отечность тканей, в дальнейшем появляется мелкоклеточная инфильтрация, особенно выраженная вокруг сосудов и слизистых желез, которые находятся в состоянии повышенной секреции, протоки их расширены

Острый ринит.

Клиника и симптомы.

Симптомы острого ринита складываются из известных классических признаков воспаления, (тетрады Цельса): rubor, tumor, calor, dolor, а также и нарушения функции (functio laesa), описанного впервые Галеном. Однако степень их выраженности различна. Так, краснота (rubor) слизистой оболочки и набухлость (tumor) носовых раковин проявляется со всей отчетливостью. Чувство жара (calor) ощущается в виде неприятной сухости и жжения в носу. Боль (dolor) при ринитах практически не выражена, так как сравнительно большие просветы полости носа исключают возможность сдавления отеком окончаний тройничного нерва. Боль заменяется рефлексом чихания и слезотечения. Если же носовые раковины значительно увеличиваются и упираются в противоположную стенку, то больные могут испытывать неприятное чувство полной закупорки носа.

Острый ринит.

Клиника и симптомы.

Функциональные расстройства (functiolaesa) проявляются нарушением носового дыхания, обоняния, изменением тембра голоса и нарушением секреции.

Острый ринит

- В клинике острого ринита выделяют три стадии.
- Первая стадия(сухая стадия)
- Вторая стадия (стадия серозных выделений).
- Третья стадия(стадия слизисто-гнойных выделений).

Острый ринит

Первая стадия(сухая стадия)

характеризуется ощущением сухости, жжения, чувства напряжения в носу.

Слизистая оболочка гиперемирована, имеет сухой блеск. Появляются носовые и горловые рефлексy (чихание, кашель). Вскоре объем носовых раковин значительно увеличивается, в результате чего при передней риноскопии видны только нижние носовые раковины. Носовое дыхание может быть полностью выключено, что приводит к аносмии и часто к ослаблению вкусовых ощущений. Появляется гнусавый оттенок речи.

Острый ринит

Первая стадия(сухая стадия)

Началу заболевания могут предшествовать чувство недомогания, разбитости, легкое познабливание, небольшое повышение температуры тела. Продолжительность первой стадии - от нескольких часов до 1 - 2 суток.

Острый ринит Вторая стадия (стадия серозных выделений).

Она начинается с обильного выделения совершенно прозрачной водянистой жидкости (транссудата). В этом периоде ощущение жжения и сухости уменьшаются. Слизистая оболочка приобретает цианотичный оттенок, влажность ее повышается, в нижнем и общем носовых ходах наблюдается повышенное количество отделяемого. Отек носовых раковин уменьшается, улучшается носовое дыхание.

Острый ринит Третья стадия (стадия слизисто-гнойных выделений).

Начало ее наступает на 3-5 дни насморка. Она характеризуется постепенным уменьшением количества выделений, которые становятся все более густыми. Иногда, из-за своей густоты, они трудно отсмаркиваются. Воспалительные изменения в носу постепенно уменьшаются.

Острый ринит

Продолжительность острого ринита зависит от иммунобиологического состояния организма и условий окружающей среды, в которой находится пациент. Острый ринит может продолжаться от одной до 2-3 недель и более. Возможно и abortивное течение, продолжительностью в 2-3 дня.

Острый ринит осложнения:

воспаление

околоносовых пазух (синуситы),

слуховой трубы,

среднего уха, слезных путей,

воспалительные заболевания преддверия

носа. С целью предупреждения осложнений,

прежде всего, со стороны среднего уха,

следует избегать сильного сморкания,

особенно через обе половины носа

одновременно.

Острый ринит лечение

Медикаментозное лечение ринита в основном состоит в применении сосудосуживающих препаратов в нос и назначении антигистаминных средств.

ХРОНИЧЕСКИЙ РИНИТ.

- Катаральный ринит.
- гиперпластический ринит:
 - а) ограниченный; б) диффузный.
- Атрофический ринит:
 - а) простой - ограниченный, диффузный;
 - б) зловонный насморк или озена.
- Вазомоторный ринит:
 - а) аллергическая форма;
 - б) нейрогенная форма.

Хронический катаральный ринит.

чаще всего развивается в результате повторных острых насморков,

- при постоянном воздействии неблагоприятных факторов среды
- загазованная, запыленная атмосфера,
- частые перепады температуры,
- сырость и сквозняки.

К развитию хронического насморка предрасполагает длительная застойная гиперемия слизистой оболочки носа, вызванная алкоголизмом, хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и др.

В этиологии заболевания могут иметь значение наследственные предпосылки, пороки развития, нарушения нормальных анатомических взаимоотношений, вызывающих нарушение носового дыхания.

Хронический насморк развивается и как вторичное заболевание при патологии носоглотки и околоносовых пазух.

Хронический катаральный ринит.

Клиника симптоматики диагностики.

Хронический катаральный ринит может сопровождаться нарушением обоняния в виде его ослабления (гипосмия). Полное выпадение обоняния (аносмия) встречается редко. Возможен переход воспалительного процесса из полости носа на слизистую оболочку слуховой трубы с последующим развитием тубоотита.

Хронический катаральный ринит.

Клиника симптоматики диагностики.

Симптомы катарального хронического ринита в основном соответствуют симптомам острого ринита, но гораздо менее интенсивны. Больной предъявляет жалобы на выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера. Затруднение носового дыхания не постоянно. Оно усиливается (как и выделения из носа) на холоде.

Хронический катаральный ринит.

Клиника симптоматики диагностики.

При риноскопии определяется разлитая гиперемия слизистой оболочки, нередко с цианотичным оттенком. Нижние носовые раковины, умеренно набухлые, суживают просвет общего носового хода, но не закрывают его полностью.

Хронический катаральный ринит.

Клиника симптоматики диагностики.

- Диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнеза, передней и задней риноскопии.

Хронический катаральный ринит лечение

Успешность лечения хронического катарального ринита зависит от возможности устранения неблагоприятных факторов, вызывающих развитие хронического ринита.

Хронический катаральный ринит лечение

Полезно пребывание в сухом теплом климате, гидротерапия и курортотерапия. Необходимо лечение общих заболеваний, сопутствующих хроническому риниту, а также устранение внутриносовой патологии (деформаций, синуситов, аденоидных вегетаций).

Хронический катаральный ринит

лечение

Местное лечение заключается в применении антибактериальных и вяжущих препаратов в виде 3-5% раствора протаргола (колларгола), 0,25-0,5% раствора сульфата цинка, 2% салициловой мази и др. Назначают на область носа УВЧ, эндоназально УФО (тубус-кварц)). Прогноз обычно благоприятный.

Для отличия катарального хронического ринита от гипертрофического производится анемизация слизистой оболочки сосудосуживающими средствами (3-10% раствором кокаина, 3% раствором эфедрина). Заметное сокращение слизистой оболочки носовых раковин свидетельствует об отсутствии истинной гипертрофии, свойственной гипертрофическому риниту.

Хронический гипертрофический ринит.

Патоморфологические изменения при гипертрофическом рините отличаются от таковых при катаральном преобладанием пролиферативных процессов. Развитие фиброзной ткани наблюдается преимущественно в местах скопления кавернозных образований. Гипертрофия слизистой оболочки носовых раковин нередко достигает значительных размеров.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух.

Острые синуситы, как правило, развиваются на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и гриппа. Они возникают чаще, чем их диагностируют, поскольку клиническая картина острых синуситов маскируется симптомами острых вирусных инфекций. На фоне ОРВИ могут развиваться и бактериальные синуситы, что объясняется снижением сопротивляемости организма, обусловленным вирусной инфекцией.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух.

Острый синусит может возникнуть и при остром рините в результате распространения инфекции со слизистой оболочки полости носа на пазухи, нарушения барофункции пазух, развития патогенной флоры в полости носа.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух.

В этиологии верхнечелюстного синусита (гайморита) могут играть роль и заболевания зубочелюстной системы (одонтогенные гаймориты).

Воспалительные заболевания околоносовых пазух.

Острые синуситы могут быть осложнением и других инфекционных заболеваний (скарлатины, дифтерии, тифа и т.д.), когда распространение инфекции происходит гематогенным путем.

Большое значение для развития хронических синуситов имеют нарушения анатомического характера в области выводных протоков околоносовых пазух, т.е. нарушения в области носовых раковин, а также искривления перегородки носа. В последние годы в развитии хронических форм синуситов большое значение придают аллергии и грибковой инвазии.

По Б.С.Преображенскому синуситы делятся на: 1) гнойные; 2) полипозные; 3) пристеночно-гиперпластические; 4) катаральные; 5)серозные; 6) холестеатомные; 7) атрофические; 8) смешанные (среди них чаще всего встречается полипозно-гнойная форма).

Симптомы синуситов

Это прежде всего головная боль, наблюдаемая как при остром, так и при хроническом синусите обычно в области лба, независимо от того, какая из пазух поражена - лобная, верхнечелюстная или решетчатая. Даже при сфеноидите головная боль проецируется в лобной области, но обычно при этом имеется иррадиация боли в теменно-височную, ретроорбитальную, затылочную области.

Общими симптомами являются также заложенность соответствующей половины носа, односторонний гнойный насморк, обнаружение при риноскопии гнойной дорожки или гнойного озера в среднем или верхнем носовом ходе, снижение обоняния (гипосмию). В случае хронического синусита, кроме того можно увидеть полипы в среднем или верхнем носовом ходе. При остром синусите отмечаются повышение температуры тела, изменение гемограммы, может быть припухлость в области щеки (при гайморите), корня носа (при этмоидите), лба (при фронтите), отек век (нижнего - при гайморите, верхнего - при фронтите), болезненность при пальпации лицевых стенок соответствующей пазухи.

Лечение синуситов

при остром неосложненном синусите, как правило, консервативное. При интоксикации, резко выраженных реактивных изменениях в пазухах, вовлеченных в процесс, показана общая антибиотикотерапия в сочетании с приемом внутрь антигистаминных средств.

Лечение синуситов

сосудосуживающих средств в нос, упомянутых выше, при рассмотрении лечения острых ринитов. Широко используется физиотерапия - УВЧ, микроволновая терапия, соллюкс, синий свет. При верхнечелюстном синусите широко применяется пункция пазухи иглой Куликовского, промывание ее изотоническим раствором хлорида натрия, фурацилином (1:5000) и другими антисептическими растворами с последующим введением антибиотиков.

Лечение синуситов

Следует учитывать при этом возможность появления аллергических реакций, а также чувствительность микрофлоры к антибиотику. Хорошее противоотечное и противовоспалительное действие оказывают ферментативные препараты, которые вводят в пазуху после ее промывания. В последнее время для лечения острых синуситов и, особенно, полисинуситов, с успехом применяется синус-катетер ЯМИК, позволяющий отсасывать патологический секрет из пораженных околоносовых пазух и вводить в них лекарственные препараты.