

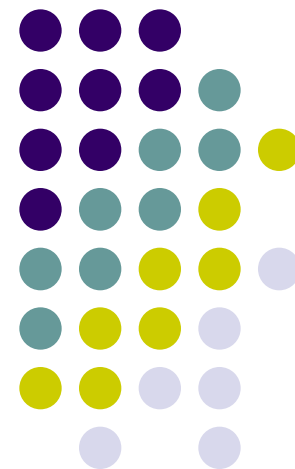
**Новоуральский филиал
Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»
специальность 34.02.01 Сестринское дело**



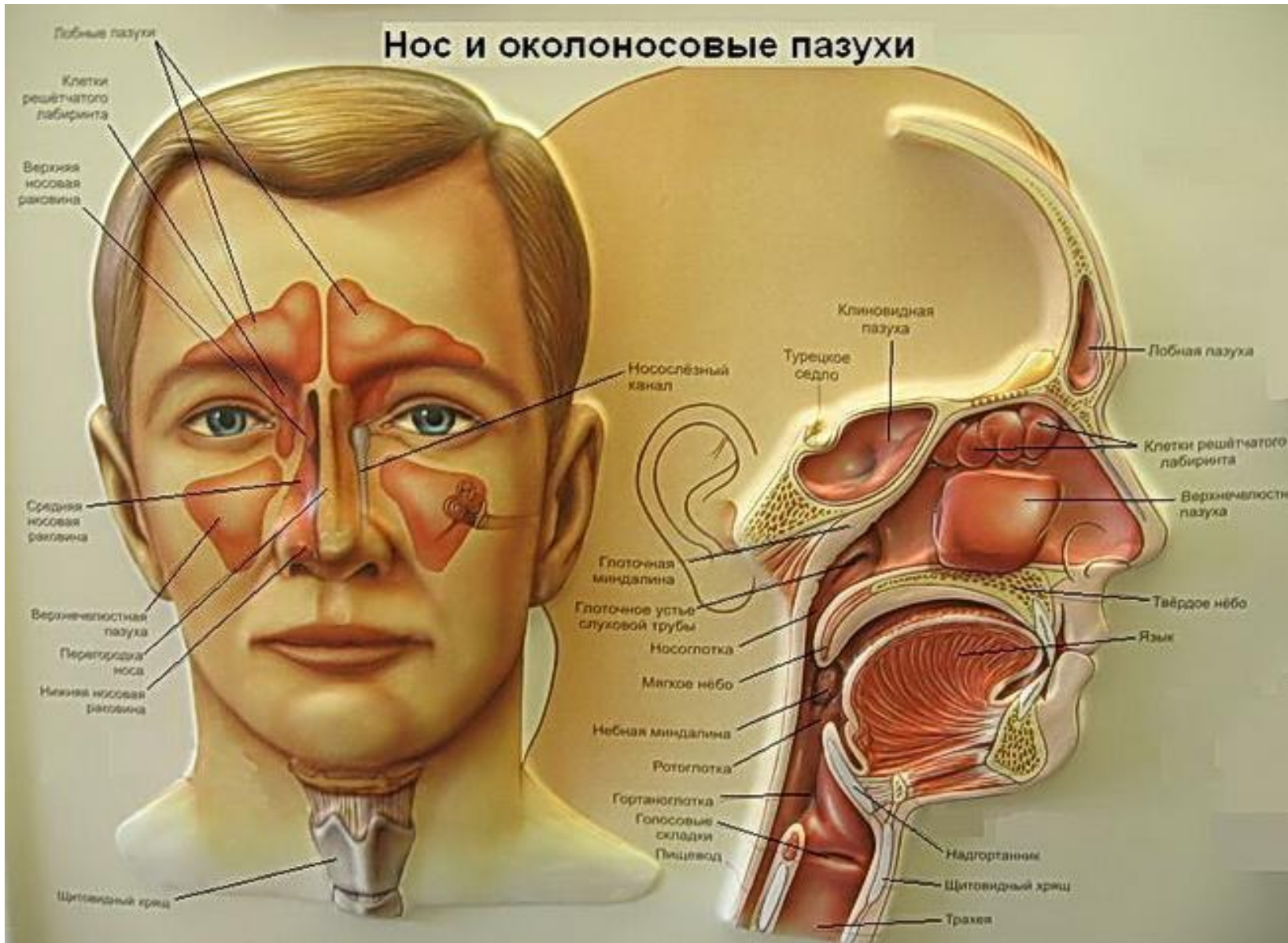
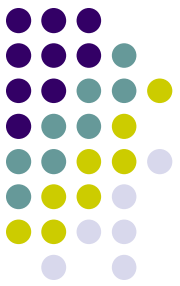
**Сестринская помощь при
заболеваниях ЛОР-органов**

ЛЕКЦИЯ № 2.

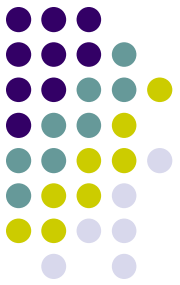
*«Заболевания носа, придаточных
пазух»*



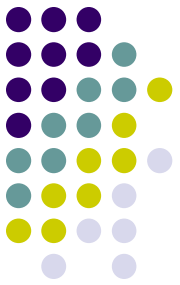
Строение носовой полости



ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА



- аномалии развития носа
- фурункул,
- рожистое воспаление,
- сикоз,
- термические повреждения и др.



Аномалии развития носа

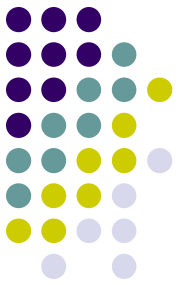
Нарушение эмбриогенеза может быть связано с воздействием вредных факторов, особенно во 2 месяца эмбрионального развития, когда происходит формирование лицевого скелета :

- злоупотребление алкоголем,
- вирусная инфекция и др.,

Пороки развития наружного носа очень разнообразны и варьируют от:

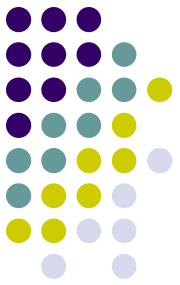
- резко выраженные уродства
- слабо заметные аномалии
- часто встречаются сочетанные дефекты твёрдого или мягкого нёба, верхней губы, недоразвитие мозга и др.

Классификация врождённых дефектов носа (по Б.В. Шеврыгина, 1996)

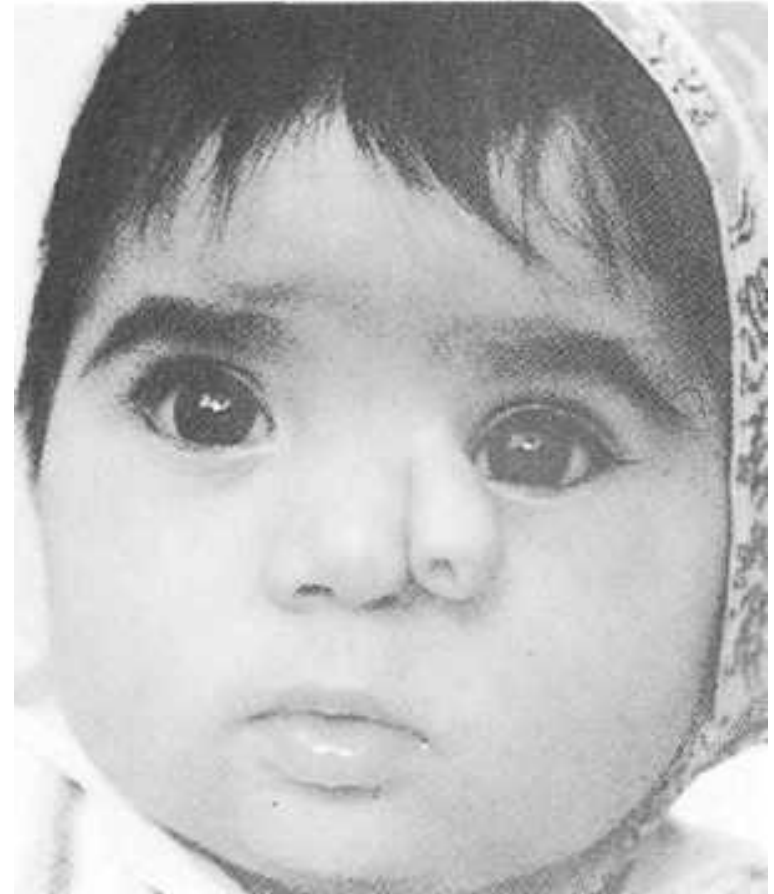


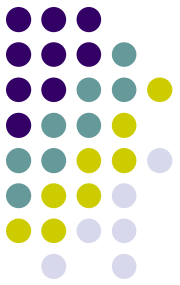
- Агенезия - полное недоразвитие органа.
- Гипергенезия - избыточное развитие органа.
- Гипогенезия - недоразвитие органа.
- Дистопия - нарушение нормального положения органа.
- Дисгенезия - неправильное развитие органа.
- Персистенция - сохранение эмбриональных структур при рождении.

Врожденные уродства носа



- могут быть в виде:
 - двойного носа,
 - расщепления носа, (при котором обе его половины могут быть разъединенными),
 - возможно формирование носа в виде одного или двух хоботов,
 - пороки развития носовых раковин и др.





Врожденные уродства носа

- **Дермоидные кисты и свищи спинки носа:**

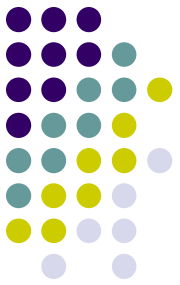
При нарушении эмбрионального развития в участках, соответствующих эмбриональным щелям, остаются зачатки эпителия, из которых возникают кисты.

Они представляют собой небольшую припухлость круглой формы, мягкой консистенции, расположенные, как правило, в области спинки носа.

Содержимое кисты - это крошковидная салъная масса, среди которой встречаются пучки волос.

Дермоидная киста может прорваться наружу с формированием стойкого одного или нескольких свищевых ходов.

Свищи не сообщаются с полостью носа, могут самостоятельно временно закрываться, но затем прорываются вновь.



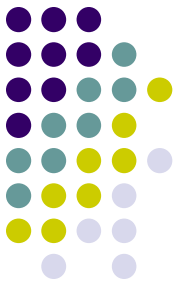
Врожденные уродства носа

- **Врожденные атрезии хоан**

Возникают в связи с тем, что в эмбриональном периоде мезенхимальная ткань, закрывающая в виде мембраны просвет хоан, полностью или частично не рассасывается. В дальнейшем эта мембрана может окостеневать.

Атрезия хоан может быть:

- а) *полной или неполной,*
- б) *одно или двусторонней,*
- в) *передней или задней,*
- г) *костной или мягкой.*
- **Двусторонняя полная атрезия** может явиться причиной асфиксии и смерти новорожденного, поскольку отсутствует рефлекс открывания рта при дыхании. Новорожденный приспособляется к ротовому дыханию не раньше 2-й или 3-й недели жизни.
- При **частичной атрезии** хоан возникает различной степени выраженности нарушение носового дыхания, а также патологические явления в виде неправильного развития лицевого скелета и зубочелюстной системы.



Лечение врождённых аномалий

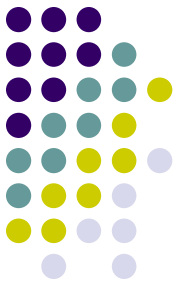
- только хирургически, что зависит от:
 - характера аномалии,
 - выраженности дефекта органа и окружающих тканей,
 - функциональных нарушений и др.

Различные пластические (иногда многоэтапные) операции позволяют добиться хороших косметических результатов.

Операции по поводу *свища и кисты носа* заключаются в полном удалении свищевого хода и тщательной отсепаровке и удалении стенок кисты. Оставшиеся даже небольшие участки эпителия могут привести к рецидиву.

Хирургическое вмешательство *при атрезии хоан* осуществляется:

- 1) *эндоназальным* или
- 2) *внутриротовым* способом через твердое нёбо.

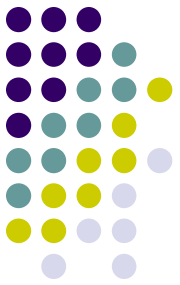


Фурункул носа

- *острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей ткани*

Этиология:

- местное снижение устойчивости кожи и всего организма к стафилококковой и реже стрептококковой инфекции;
- наличие общих заболеваний: сахарный диабет, гиповитаминоз, переохлаждение организма, микротравмы кожных покровов при расчесывании, ударе и др.;
- несколько фурункулов не только в области носа, но и на других частях тела - лице, шее, груди, животе и др. (фурункулёз);
- если два фурункула и более сливаются, образуется **карбункул**, при котором местная и общая воспалительные реакции резко возрастают.



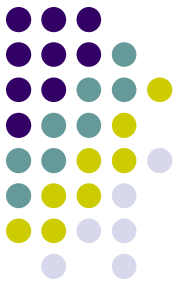
Клиническая картина фурункула носа

- Наиболее частой локализацией фурункула является область преддверия носа, где выражен рост волос.
- Реже фурункулы встречаются в области кончика носа, крыльев и ската носа, носогубной складки.

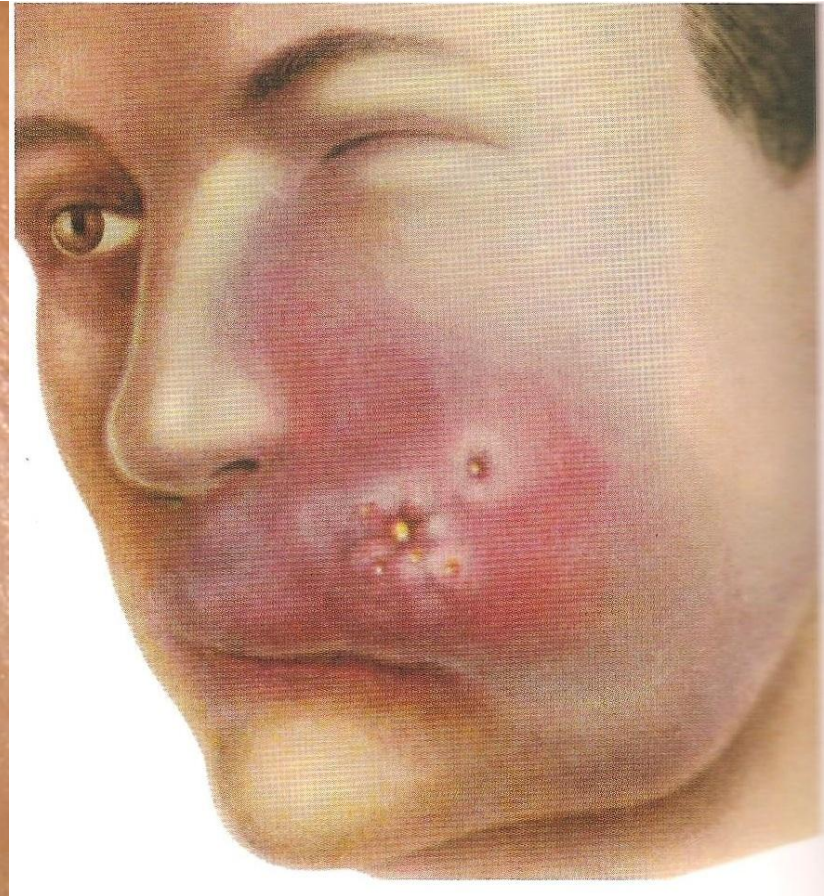
При осмотре:

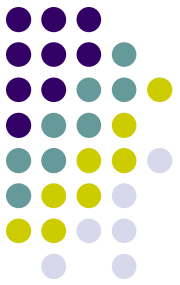
- *в начале заболевания* выявляется ограниченная гиперемия кожи с нечеткими границами, небольшая отечность мягких тканей с образованием конусовидного инфильтрата, резко болезненного при пальпации;
- *в последующем* припухание мягких тканей распространяется на верхнюю губу и щеку;
- *через 3-4 дня* на вершшке инфильтрата может появиться желтовато-белого цвета головка - гнойник, представляющий собой стержень фурункула.

Фурункул и карбункул носа



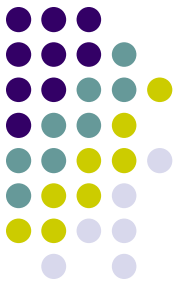
abscesspictures.com





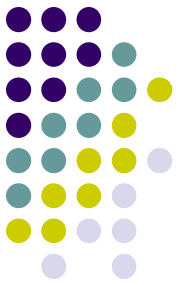
Клиническая картина фурункула носа

- В момент созревания фурункула может наблюдаться **общая реакция организма** - повышение температуры тела, головная боль, слабость и другие симптомы общей интоксикации (повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови и др.), которые стихают после дренирования гнояника.
- В некоторых случаях возможно **одновременное образование нескольких расположенных рядом фурункулов**, слияние которых приводит к образованию обширного инфильтрата с несколькими гнойно-некротическими стержнями - **карбункула**. Инфильтрация мягких тканей и отек распространяются на близлежащие ткани, при пальпации выражена резкая болезненность, возрастает общая интоксикация.
- При неблагоприятном течении заболевания (сахарный диабет, наличие сопутствующих заболеваний, нерациональная терапия и др.) воспалительный процесс прогрессирует, возможно **распространение инфекции** через угловую и глазничную вены с угрозой орбитальных и внутричерепных осложнений (воспаление глазничной клетчатки, тромбоз вен глазницы, тромбоз кавернозного синуса, сепсис и др.).



Лечение фурункула носа

- определяется:
 - а) стадией (инфильтративной или абсцедирующей)
 - б) тяжестью заболевания
- *консервативная терапия* показана в стадии инфильтрации, когда нет признаков абсцедирования фурункула. Терапия включает массивные дозы антибиотиков широкого спектра действия (пенициллины, цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны и др.), антигистаминную терапию, анальгетики, витамины, рациональное питание, жаропонижающие средства. В начальной стадии инфильтрата местно используются повязки с мазью Вишневского, спиртовые компрессы. При тяжелом течении, карбункуле или угрозе орбитальных и внутричерепных осложнений больному увеличивают дозу или назначают другую группу антибиотиков и добавляют антикоагулянтную терапию, которая также проводится по определенной схеме; используют и детоксикационную терапию;



Лечение фурункула носа

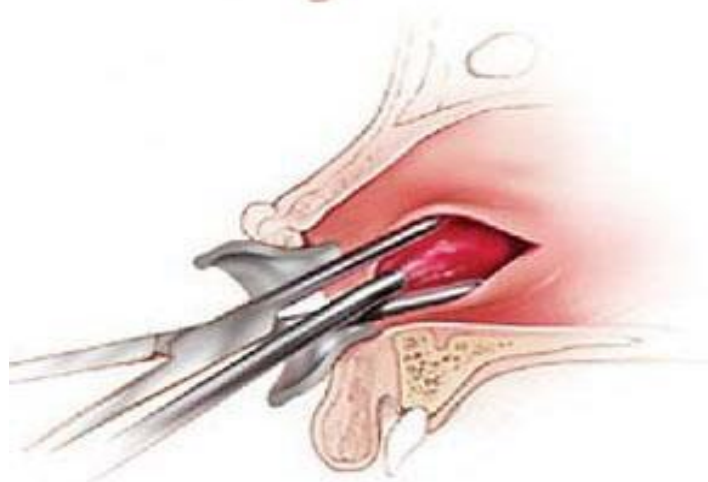
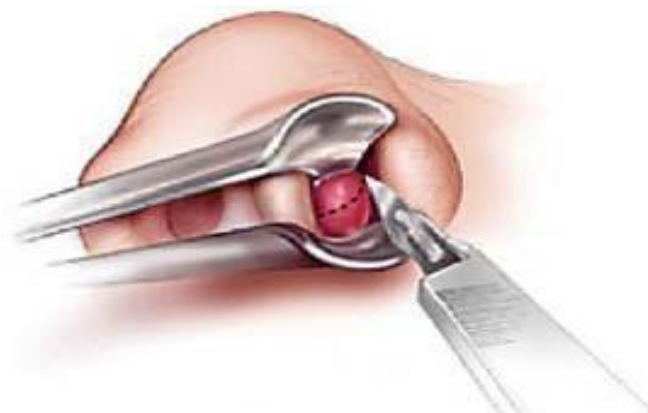
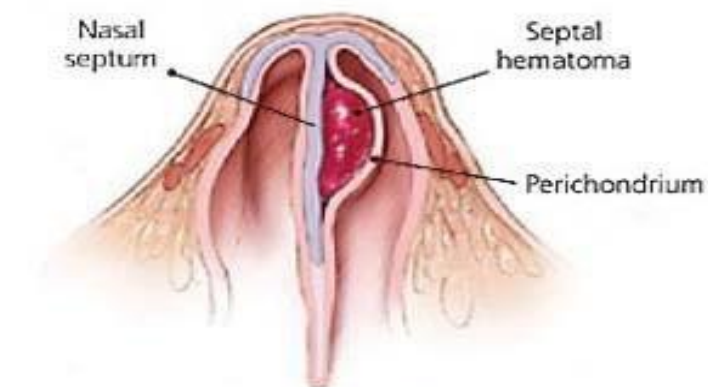
- **хирургическое лечение** в стадии абсцедирования фурункула - без промедления производится широкое вскрытие гнойника с удалением гнойно-некротических тканей и налаживание дренажа.

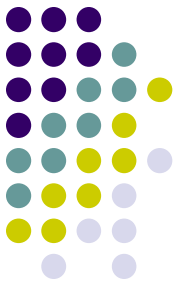
Операцию выполняют под кратковременным наркозом или под местной анестезией.

После вскрытия фурункула абсцесс дренируется резиновой полоской, накладывается повязка с гипертоническим р-ром 10% хлорида натрия, которую необходимо периодически увлажнять тем же раствором; можно использовать левомеколевую, левосиновую мази и др.

Хирургическое лечение должно проводиться на фоне массивной антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии.

Хирургическое лечение фурункула носа





Рожистое воспаление носа

- **Рож** (*erysipelas*) (син. огонь святого Антония) – инфекционно-аллергическое заболевание кожи и подкожной клетчатки, поражающее поверхностную лимфатическую систему кожи, вызываемое гемолитическим стрептококком.

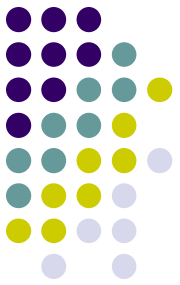
Патогенез.

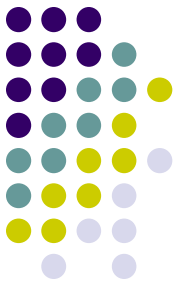
Входными воротами инфекции являются кожа или слизистая оболочка. Возможен гематогенный занос возбудителя из очагов стрептококковой инфекции.

В результате воздействия стрептококков и их токсинов развивается серозное или серозно-геморрагическое воспаление в коже с явлениями лимфангита, артериита, флебита.

Предрасполагающими факторами являются трофические язвы нижних конечностей, сахарный диабет, иммунодефицитные состояния.

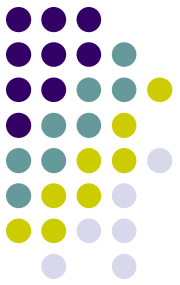
Рожистое воспаление носа





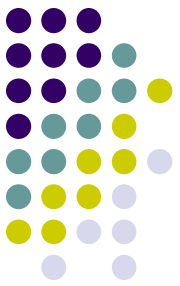
Клиника рожистого воспаления

- Заболевание начинается остро с ознобом, общей слабостью, головной болью, повышением температуры тела до 39-40 °С, иногда с рвотой, суставными болями.
- В первые сутки появляется отёк, гиперемия и болезненность пораженного участка кожи.
- Позже увеличиваются регионарные лимфоузлы.
- Кожные проявления начинаются с зуда и чувства напряженности кожи.
- Через несколько часов появляется небольшой очаг эритемы, быстро увеличивающийся в размерах.
- При тяжелых формах поражения кожи появляются эритематозно-буллезные или эритематозно-геморрагические изменения с гнойно-септическими некротическими поражениями участков кожи.
- Эритематозно-буллезная форма рожи отличается от геморрагической тем, что при первой пузыри заполнены серозным, а при второй геморрагическим содержимым.
- При поражении лица очаг эритемы часто симметричен, распространяется на нос и щеки и напоминает форму бабочки.
- Эритема возвышается над интактной кожей, имеет равномерную яркую окраску и четкие границы.



Лечение рожистого воспаления носа

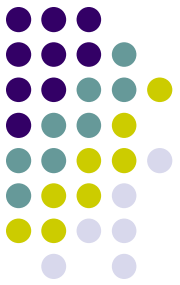
- Препаратами выбора являются антибиотики пенициллиновой группы:
 - феноксиметилпенициллин,
 - пенициллин по 1-2 млн. каждые 4-6 ч,
 - полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин и др.)
- В качестве альтернативных препаратов используют макролиды, цефалоспорины.
- Необходима симптоматическая и дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, аутогемотерапия.
- Местно можно использовать облучение кварцем (эритемная доза).



Розовые угри и ринофима

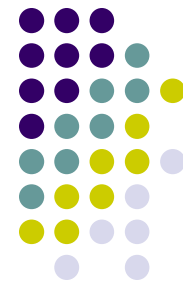
- **Розовые угри** (*аспае roseacea*) - хроническое воспаление сальных желез кожи носа, обусловленное ангиопатией, нейро-эндокринными расстройствами и нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта.
- Иногда хроническое течение заболевания поддерживается обитающим в сальных железах клещом - железницей (*demodex folliculorum*).

Клиническая картина розовых угрей и ринофимы



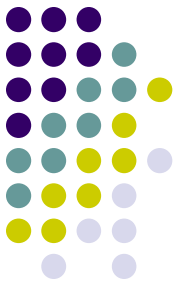
- **Этиология:** Предрасполагающими факторами являются:
 - злоупотребление алкоголем, пряностями,
 - перегревание/переохлаждение носа,
 - понижение иммунитета,
 - заболевания желудочно-кишечного тракта.
- В начальном периоде на коже появляются красного цвета узелки, расширение подкожных сосудов, которые локализуются обычно в области хрящевой части наружного носа.
- В дальнейшем узелки увеличиваются, происходит разрастание (гипертрофия) всех слоев кожи, сальных желез, кровеносных и лимфатических сосудов в виде равномерного или дольчатого нароста. Нарост имеет бугристую поверхность (часто имеется три бугра - кпереди и по бокам), цвет сине-багровый или бледно-розовый, может достигать больших размеров (5-8 см в диаметре).

Клиническая картина ринофимы



- Такие безболезненные гипертрофические образования могут сильно обезображивать форму наружного носа, они называются *ринофимами* (носовой гриб, шишковидный нос).
- Ринофима встречается редко, преимущественно у мужчин пожилого возраста.

Лечение розовых угрей и ринофимы



- комплексное,
- проводится с учётом стадии заболевания,
- **при розовых угрях** терапия направлена на:
 - восстановление процессов микроциркуляции в коже (ксантинола никотинат, эскузан),
 - коррекцию нарушений пищеварения (фестал, мезим форте, хилак форте, бифидумбактерин),
 - противовоспалительная терапия (метронидазол, преднизолон по 30 мг в день в течение 2 нед);
 - местная терапия включает резорциновые, борные, танниновые примочки, метронидазоловую мазь и др.

Хирургическое лечение ринофимы

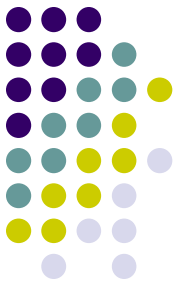


Рис. 2.13. Ринофима (вид сбоку):

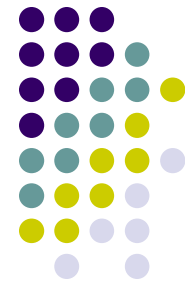
а - до операции; б - через 2 недели после операции

При ринофиме показано *хирургическое лечение.*

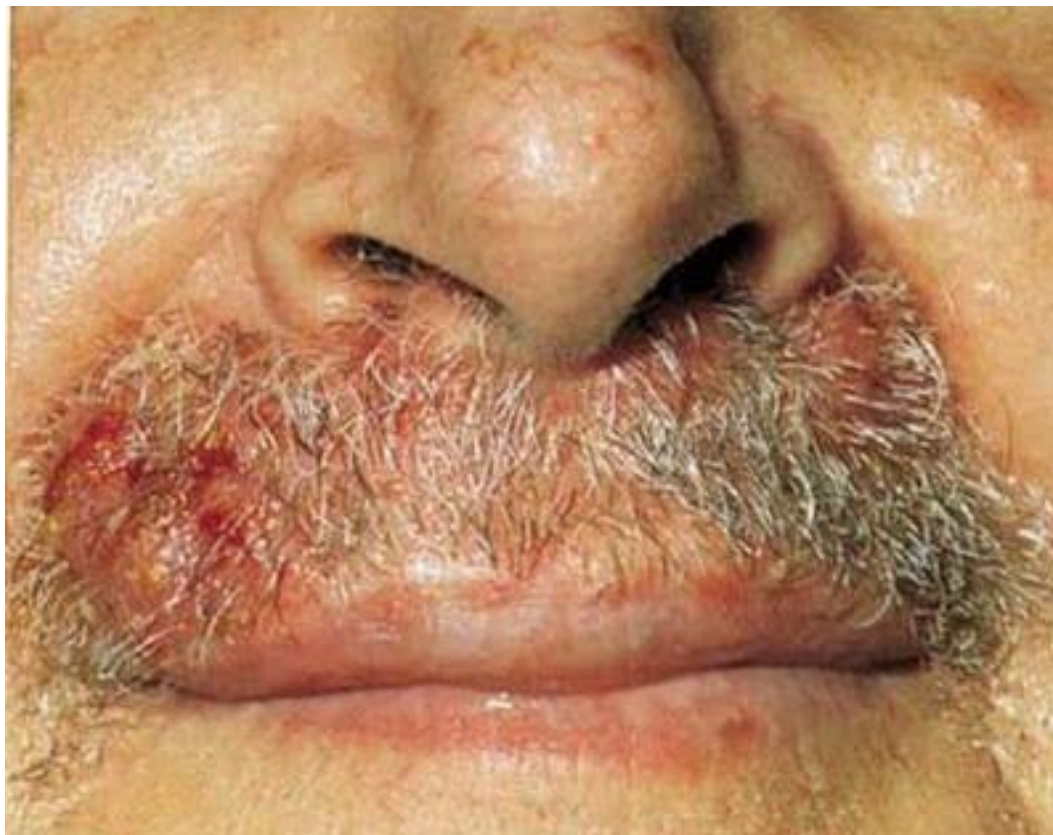
Под местным обезболиванием или под наркозом срезают острым скальпелем (бритвой) гипертрофированные участки кожи на всю глубину утолщения, без росткового слоя, моделируя нормальную форму носа.

На раневую поверхность накладывают вазелиновую повязку. В процессе заживления покрытие эпидермисом раневой поверхности происходит с краев раны, при этом грубых рубцов не образуется.

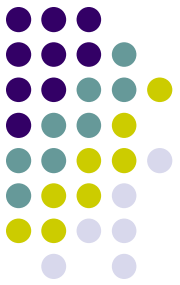
Сикоз преддверия носа



- **Сикоз, или фолликулит**, входа в нос - ограниченное гнойное воспаление волосяных фолликулов и окружающих тканей преддверия полости носа, вызываемое:
- стафилококками
- стрептококками

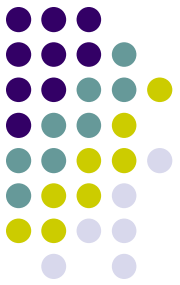


Этиология сикоза

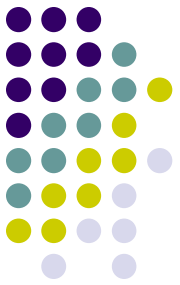


- Инфекция часто вносится пальцами при удалении корок из преддверия носа, при расчесывании и микротравмах области входа в нос.
- Развитию инфекции способствуют гнойный ринит и синусит, сопровождающиеся выделениями из носа, раздражающими кожу преддверия.
- Вход в нос при сикозе покрыт отдельными гнойничками и гнойными корочками, кожа в этом месте отечна, инфильтрирована.
- В ряде случаев процесс носит ограниченный характер, при этом наиболее трудна для диагностики локализация процесса в области верхнего угла кончика носа (*recessus apicis nasi*), так как его трудно осмотреть.
- Для осмотра прибегают к помощи небольшого носоглоточного зеркала или эндоскопа

Клиническая картина сикоза



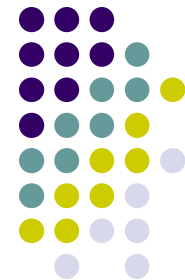
- Больного беспокоят зуд, жжение, болезненные трещины, боль и напряженность кожи входа в нос.
- В области волосяных фолликулов видны отдельные точечные гнойнички, из которых может выделяться гной; местами он высыхает и образует корки, затрудняющие носовое дыхание.
- Для сикоза характерно длительное течение с частыми обострениями, которые продолжаются в течение нескольких месяцев.
- Иногда здесь же возникает вторичная экзема, ухудшающая клиническое состояние больного.



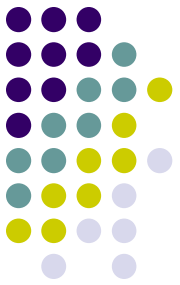
Лечение сикоза

- амбулаторное,
- пораженную сикозом кожу обрабатывают борным или салициловым спиртом, затем для размягчения корок в преддверие носа закладывают 10% синтомициновую эмульсию, 3% салициловую или 2% белую ртутную мазь,
- с помощью пинцета удаляют все волоски пораженного участка кожи. Механическое удаление волос - очень болезненная процедура, поэтому в ряде случаев применимо рентгеновское облучение, которое способствует эпиляции волос и обладает противовоспалительным эффектом,
- при длительном и упорном течении заболевания местное лечение следует дополнить общей антибактериальной терапией, поливитаминами, эффективно назначение противостафилококкового гамма-глобулина, аутогемотерапии, УФО,
- при наличии гнойных заболеваний полости носа и околоносовых пазух необходимо активное их лечение.

Экзема носа

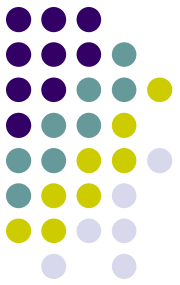


- *Хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи носа с острыми воспалительными изменениями и полиморфизмом элементов сыпи в области преддверия носа и верхней губы, обусловленными серозным воспалением.*



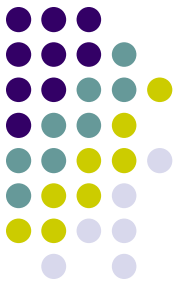
Виды экземы

- *истинная* (идиопатическая) экзема - сопровождается островоспалительной отёчной эритемой с высыпанием группы мелких пузырьков, мокнутием и образованием корок;
- *микробная* экзема - развивается на месте хронических очагов инфекции, образуя воспалительные крупнофестончатые ограниченные очаги;
- *себорейная* экзема - развивается у больных на участках кожи, богатых сальными железами (волосистая часть головы, ушные раковины, лицо и др.) в виде эритематозных шелушащихся пятен;
- *профессиональная* экзема - возникает преимущественно на открытых участках кожи в результате воздействия вредных веществ при выполнении профессиональных обязанностей.



Клиническая картина экземы носа

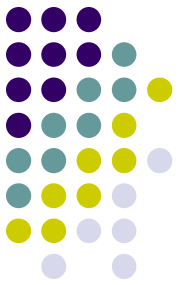
- Больного беспокоят чаще всего:
 - покраснение, - припухлость,
 - мокнутие отдельных участков кожи,
 - поверхностные слущивания эпидермиса и
 - образование пузырьков чаще всего в области преддверия носа и верхней губы,
 - реже зуд и трещины кожи в области воспалительного процесса, корки и трещины в области преддверия носа.
- Общее состояние обычно остается удовлетворительным.
- Экзема может способствовать развитию фурункулов, сикоза, рожи и других заболеваний.
- Учитывая многообразие причин и патогенетических особенностей возникновения и течения экземы, необходимо тщательное обследование больного, особенно иммунологического статуса, желудочно-кишечного тракта, выявление вялотекущих инфекций, профессиональных и других вредностей и т.д.



Лечение экземы носа

- назначается совместно с дерматологом.
- Местная терапия включает мазевые повязки с противовоспалительными, антибактериальными препаратами (синтомициновая эмульсия, левомеколь, левосин и др.), при импетигинизации - глюкокортикоидные мази с антибиотиками (локакартен, синалар, белосалик и др.).
- Общая терапия предусматривает воздействие на обнаруженные при обследовании отклонения в общем статусе. Обычно назначают антигистаминные препараты (задитен по 1 мг утром и вечером и др.), детоксикационные средства (гемодез), иммуномодуляторы (продигиозан, тактивин), витаминотерапию.
- При упорном течении рекомендуется курс кортикостероидной терапии (преднизолон по 30 мг 10-14 дней).

Термические повреждения наружного носа



- **Ожог** (*combustio*) - повреждение тканей, вызванное тепловым, химическим, электрическим или радиационным воздействием.

Ожог носа (*combustio nasi*) обычно не ограничивается пределами носа, а распространяется на какую-то часть лица или другие участки тела. Глубина ожога зависит от интенсивности и длительности воздействия повреждающего агента.

- **Отморожение** - повреждение тканей, вызванное местным воздействием атмосферного холода или обусловленное контактом кожных покровов с экстремально холодными предметами.

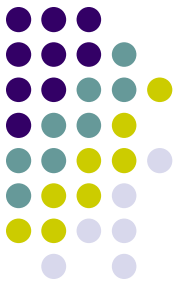
При отморожении носа (*congelatio nasi*) клиническая картина зависит от интенсивности и длительности воздействия холодового фактора и глубины повреждения.

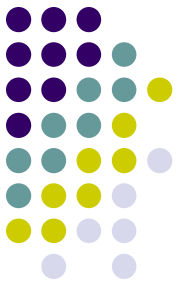
Ожоги



- *Ожог I степени* характеризуется появлением болезненной гиперемии кожи, незначительным отеком. В процесс вовлечены только поверхностные слои эпидермиса.
- *Ожог II степени* сопровождается отслойкой поврежденных слоев эпидермиса (до росткового слоя) с образованием пузырей, наполненных экссудатом. Эпидермис легко снимается с обнажением мокнущей поверхности. Реактивно-воспалительный процесс протекает по типу серозного отека и обычно не сопровождается нагноением и образованием рубцов.
- *Ожог III степени* протекает с полным или частичным некрозом всех слоев кожи, а иногда и подкожной клетчатки. Формирующийся в последующем струп отпадает с образованием рубцовых деформаций кожи.
- *Ожог IV степени* сопровождается поражением не только кожи, но и тканей, лежащих под собственной фасцией (мышцы, кости), вплоть до обугливания.

Ожог носа





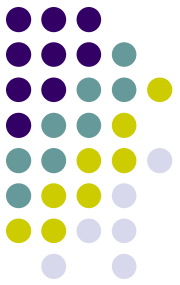
Лечение ожога носа

- Ожоги I и II степени расценивают как поверхностные, при которых возможна самостоятельная регенерация и восстановление кожных покровов, поэтому терапия носит консервативный характер.

Местно применяют противомикробные мази (оксикорт, 10% синтомициновая эмульсия и др.), антигистаминные средства, симптоматические средства.

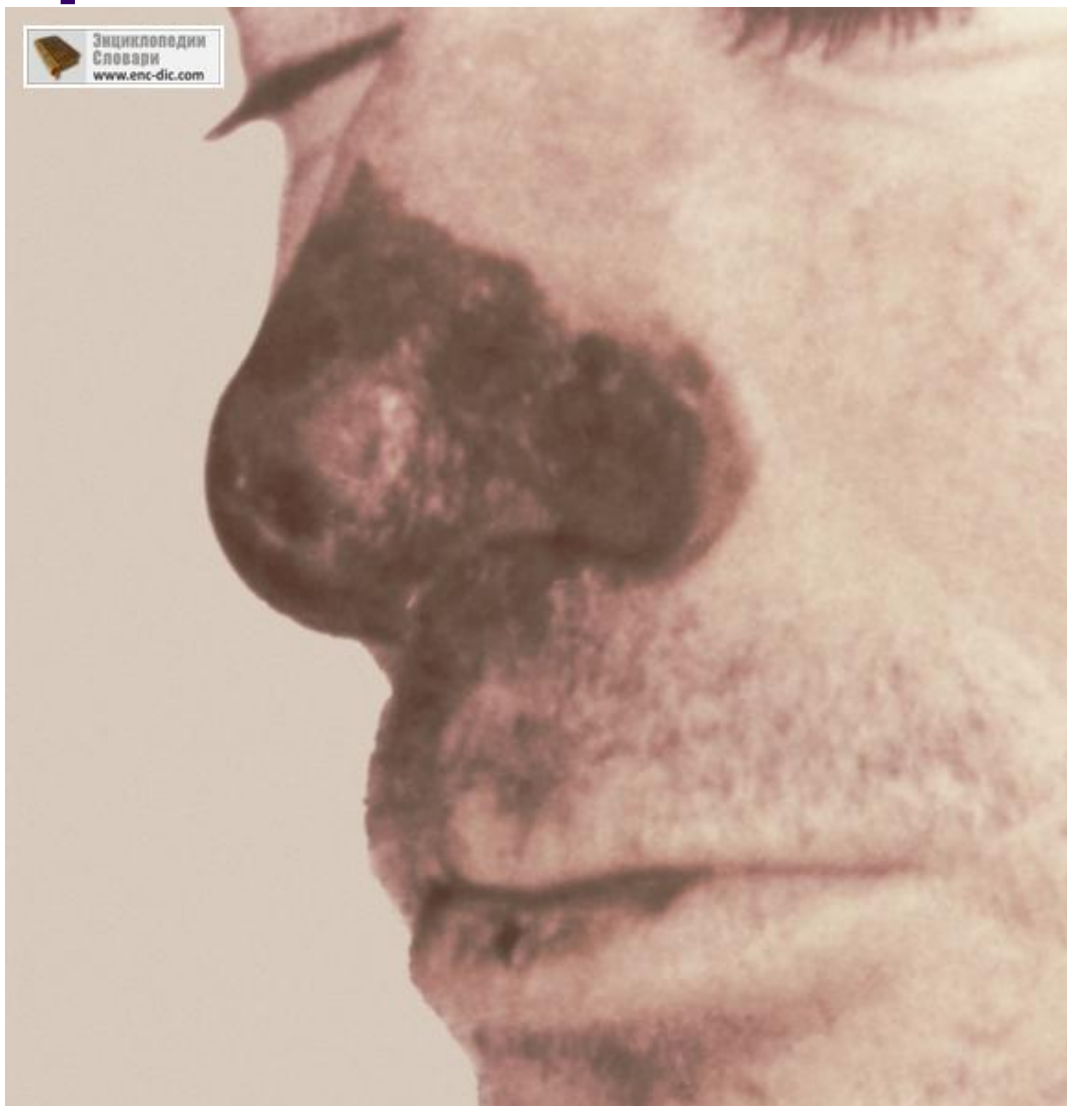
- Ожоги III-IV степени относятся к глубоким и требуют восстановления кожного покрова *хирургическим путем*, проведения интенсивной общей комплексной дезинтоксикационной, трансфузионной и противовоспалительной терапии.

Отморожение

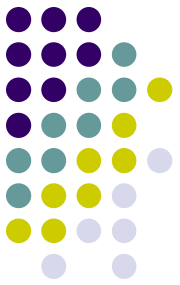


- При отморожении *I степени* кожные покровы бледные, иногда цианотичные, отечные. Беспокоят боль, зуд, парестезии в области обморожения.
- *Отморожение II степени* характеризуется возникновением пузырей с серозным экссудатом на фоне гиперемизированной синюшной кожи. Заживление проходит обычно через 2-3 недели без рубцовых деформаций.
- *Отморожение III степени* протекает с образованием пузырей с геморрагическим экссудатом, явлениями некроза кожи и подкожной клетчатки с формированием струпов черного цвета и последующей рубцовой деформацией тканей.
- При отморожении *IV степени* происходит некроз всех слоев кожи, подлежащих мягких тканей и кости. Отторжение некротизированных участков затягивается на 5-6 месяцев и обычно осложняется гангреной, иногда мумификацией тканей.

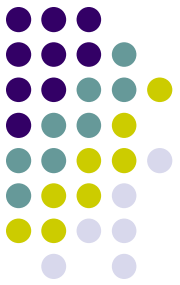
Отморожение носа



Лечение отморожения носа



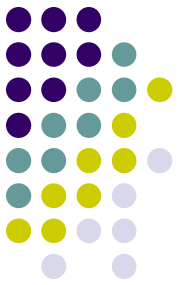
- В лёгких случаях помощь заключается в доставке пострадавшего в тёплое помещение, дают горячее питье. Производят осторожное растирание мягкой тканью или рукой (но не снегом) области обморожения, согревание обмороженного участка тёплой водой (не выше 40 °С) в течение 30 мин. При необходимости применяются седативные средства, анальгетики.
- При отморожениях III-IV степени больной госпитализируется в стационар, где проводят трансфузионную, антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, а также выполняются оперативные вмешательства - некрэктомия, ампутация с последующей пластикой дефекта кожи.
- Во всех случаях термического повреждения кожных покровов больному проводится профилактика столбняка по общепринятой методике.



ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА

- **Искривление перегородки носа** (*Deviatio septi nasi*) - стойкое отклонение от срединной плоскости костных или хрящевых структур перегородки носа.
- Искривление перегородки носа является частой патологией в оториноларингологии. Причины его возникновения могут быть:
 - а) *посттравматического характера (54%),*
 - б) *физиологические* - из-за несогласованного развития хрящевых и костных структур лицевого скелета (32%);
 - в) *патологические, вызванные односторонним смещением полипами, гипертрофированной носовой раковиной, опухолями (8%) и*
 - г) *другими причинами.*

Виды деформации перегородки носа



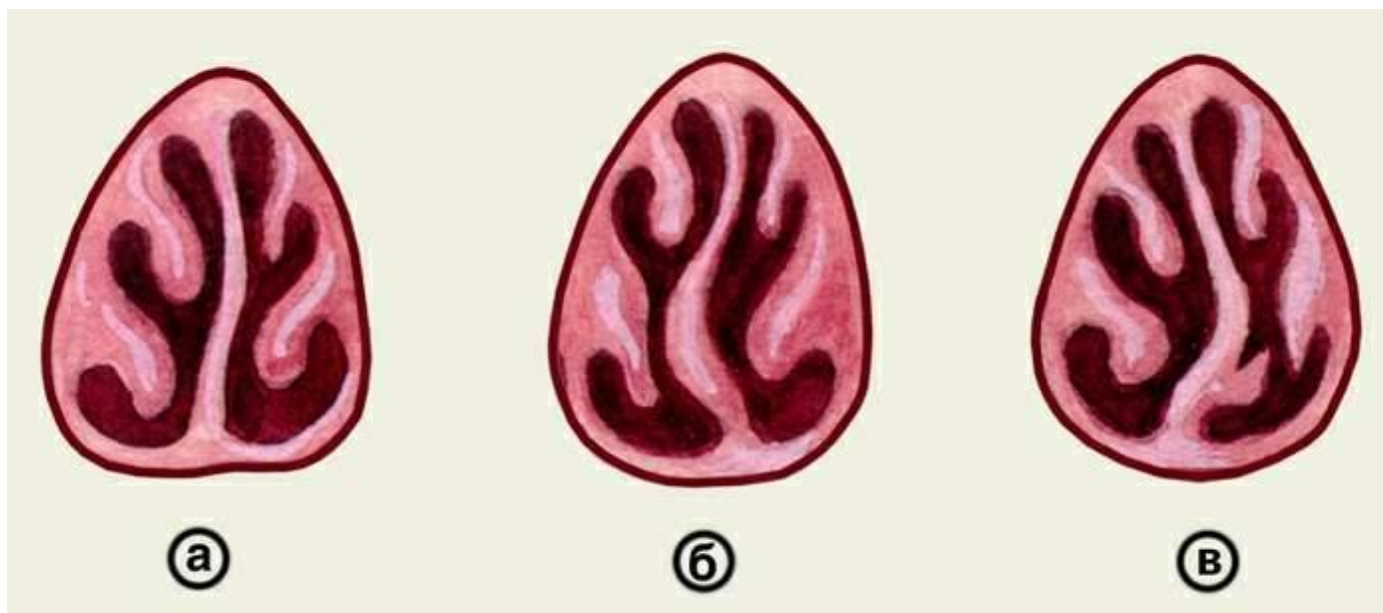
Искривление перегородки носа может быть самым разнообразным по:

- форме,
- локализации,
- протяженности
- степени нарушения носового дыхания.

Нередко наблюдается сочетание искривления, гребней, шипов, наростов на перегородке носа, располагающихся по преимуществу на месте соединения хрящевой и костной ткани перегородки носа.

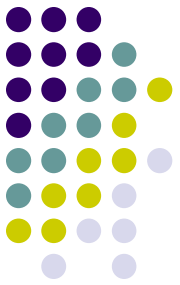
Деформации перегородки носа суживают просвет общего носового хода и затрудняют прохождение воздуха через нос.

Виды деформации перегородки носа



- Конфигурация перегородки носа и носовых раковин при искривлении перегородки:
 - а — легкое искривление перегородки носа;
 - б — S-образное искривление перегородки носа;
 - в — искривление перегородки носа под углом.

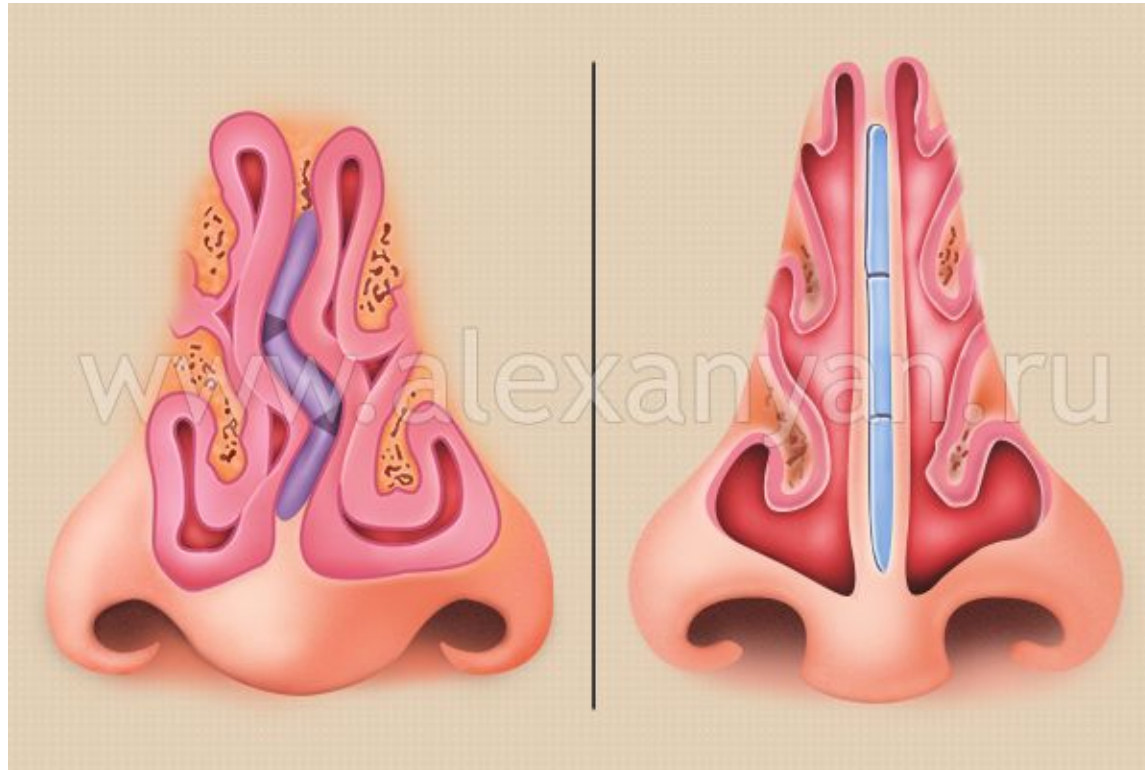
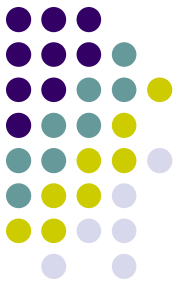
Клиническая картина искривления перегородки носа



- Основные жалобы больного:
 - затруднение носового дыхания,
 - заложенность в носу,
 - иногда выделения слизистого или слизисто-гнойного характера из носа.
- В некоторых случаях отмечаются периодические головные боли, сухость в горле, заложенность и шум в ушах, понижение обоняния.
- Давление искривленных частей перегородки носа может приводить к развитию вазомоторного ринита с переходом процесса на слуховую трубу и среднее ухо, блокаде остиомеатального комплекса.
- Однако иногда искривление перегородки носа не вызывает у больного заметного ощущения нарушения носового дыхания и других жалоб.

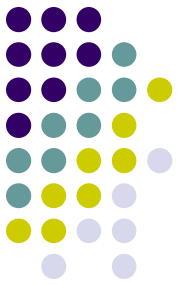
Следовательно, показанием к оперативному лечению являются не искривление перегородки носа как таковое, а жалобы больного и другие клинические проявления.

Лечение искривления перегородки носа



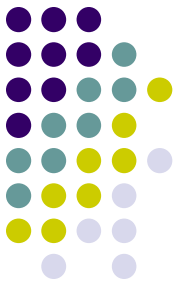
Два типа хирургических
реконструктивных
вмешательств -
«септопластика» :

- классическая радикальная операция - *подслизистая резекция перегородки носа, по Киллиану,*
- и более щадящая методика - *круговая резекция, по Воячеку*

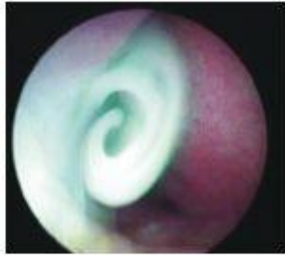


Синехии и атрезии полости носа

- **синехии** - рубцовые перемычки между перегородкой носа и латеральной стенкой полости носа,
- **атрезии** - врождённое или приобретённое заращение носовых ходов. Атрезии могут быть:
 - соединительнотканными,
 - хрящевыми и
 - костными.
- Синехии и атрезии приводят к нарушению носового дыхания вследствие сужения носовых ходов и соответствующему комплексу клинических признаков.



Синехии и атрезии полости носа

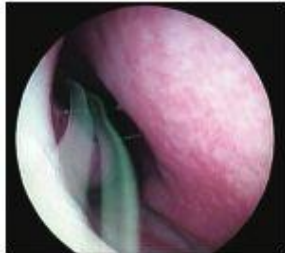


а



б

Рис. 1



а



б

Рис. 2



Рис. 3

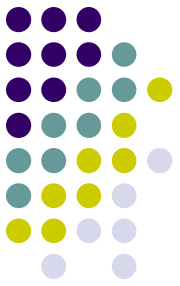
- Наиболее частой причиной возникновения синехий и атрезий являются:
 - травмы слизистой оболочки полости носа,
 - последствия хирургических вмешательств,
 - врожденные дефекты формирования лицевого скелета и др.

Лечение синехий и атрезий полости носа



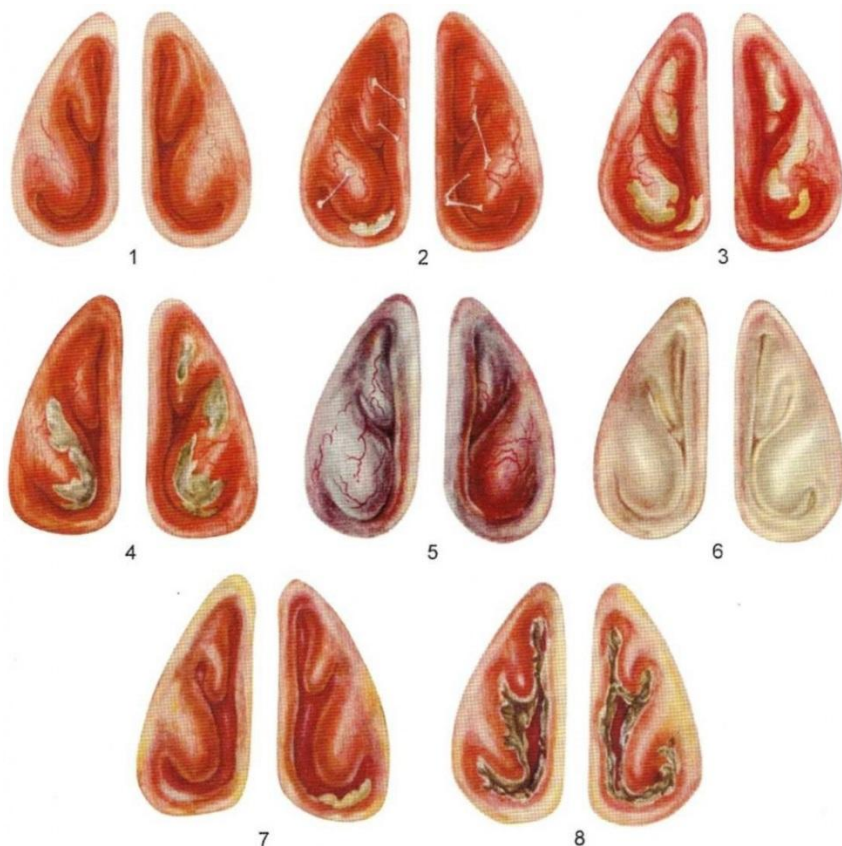
- *хирургическое* с использованием микроэндоскопической техники, что облегчает и улучшает результат хирургического лечения:
 - сращения в полости носа по возможности иссекают;
 - с целью предотвращения рецидива сращений между раневыми поверхностями вводят резиновые полоски, трубки, мазовые турунды на длительное время (до полугода);
 - операции выполняются иногда в несколько этапов, часто с подходом со стороны полости рта через твердое нёбо;
 - эффективно введение в полость носа специальных силиконовых пластинок с фиксацией их к медиальной стенке полости носа сквозными п-образными швами на длительное время 6-7 месяцев

Острый ринит



- *rhinitis acuta* - острое воспаление слизистой оболочки полости носа, вызывающее нарушение ее функций; наблюдается как:
 - самостоятельное заболевание - *неспецифическое воспаление* и
 - специфический процесс при различных инфекционных заболеваниях - *специфический ринит*

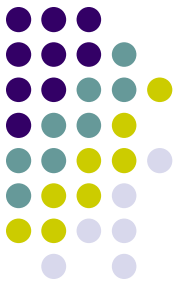
Острый ринит



Эндоскопическая картина при различных заболеваниях внутреннего носа (по Б. С. Преображенскому, 1963):

- 1 — нормальная;
- 2 — острый катаральный ринит;
- 3 — гипертрофический (фиброзный) ринит;
- 4 — дифтерийный ринит;
- 5 — вазомоторный ринит;
- 6 — аллергический ринит;
- 7 — простой атрофический ринит;
- 8 — озена

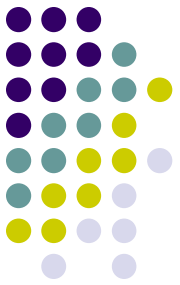
Этиология острого ринита



- Нарушение местной и общей иммунной защиты организма
- Активация сапрофитирующей в полости носа и носоглотке микрофлоры

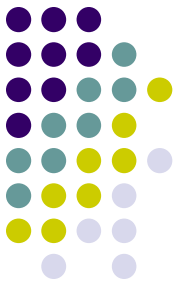
Обычно это происходит при:

- общем или местном переохлаждении тела у лиц со сниженной резистентностью (особенно при наличии острых и хронических заболеваний);
- при различных травмах, инородных телах, оперативных вмешательствах в полости носа;
- производственные факторы - механические и химические раздражители камне-, деревообрабатывающей, химической и другой промышленности (воздействия дыма, газа, пыли и т.д.).



Патогенез острого ринита

- Морфологические изменения слизистой оболочки носа характеризуются развитием типичных стадий воспаления:
 1. гиперемия
 2. серозный выпот,
 3. отёк,
 4. замедление и прекращение движений ресничек мерцательного эпителия.

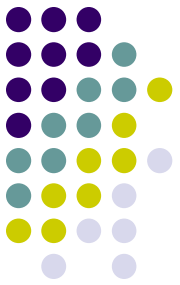


Клиника острого ринита

- *Характерно:*
 - острое начало
 - поражение сразу обеих половин носа.
- *Основные симптомы* могут быть выражены в различной степени в зависимости от стадии заболевания :
 - выделения из носа,
 - затруднение носового дыхания
 - расстройство общего состояния
- В типичной клинической картине острого ринита выделяют три стадии течения:
 - I - сухая стадия раздражения,
 - II - стадия серозных выделений,
 - III - стадия слизисто-гнойных выделений.

I стадия

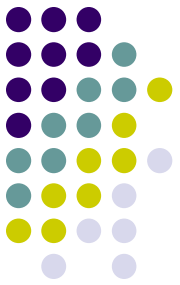
сухая стадия раздражения



- обычно продолжается несколько часов, редко длится в течение 1-2 суток;
- больного беспокоят:
 - сухость в носу и носоглотке
 - ощущение щекотания, царапанья, жжения
 - одновременно появляются недомогание, озноб, тяжесть и боль в голове
 - нередко наблюдается повышение температуры тела до 37 °С и выше
- при передней риноскопии отмечают:
 - гиперемию и инъецированность сосудов слизистой оболочки,
 - её сухость,
 - отсутствие отделяемого

II стадия

стадия серозных выделений



- Характеризуется:
 - нарастанием воспаления,
 - появляется большое количество прозрачной водянистой жидкости, пропотевающей из сосудов - *транссудат*
(в транссудате содержатся хлорид натрия (поваренная соль) и аммиак, что обуславливает раздражающее действие на кожу преддверия полости носа, особенно у детей);
 - одновременно усиливается функция бокаловидных клеток и слизистых желез, поэтому отделяемое становится серозно-слизистым;
 - кожа становится красной, слегка припухшей, с болезненными трещинами;
 - в этот период ощущение жжения и сухости уменьшается,
 - однако нарушение дыхания через нос усиливается,
 - нередко развивается конъюнктивит и слезотечение,
 - ощущение заложенности и шум в ушах вследствие перехода процесса на слезопроводящие пути и слуховую трубу

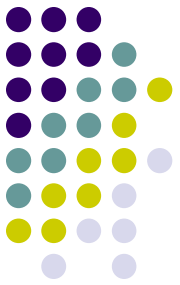
III стадия

стадия слизисто-гнойных выделений



- наступает на 4-5-й день от начала заболевания;
- характеризуется появлением густого слизисто-гнойного, желтовато-зеленоватого отделяемого, что обусловлено наличием в нём форменных элементов крови (клеток воспаления) - пропотевших нейтрофилов, лимфоцитов, отторгнутого эпителия;
- в последующие дни:
 - количество отделяемого уменьшается,
 - припухлость слизистой оболочки исчезает,
 - восстанавливается носовое дыхание,
 - улучшается общее состояние

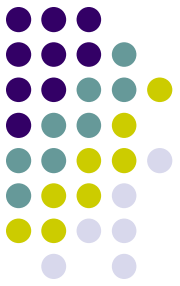
Спустя 7-10 дней от начала заболевания острый насморк прекращается.



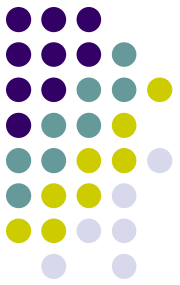
Осложнения острого ринита

- нисходящий фаринголаринготрахеобронхит,
- воспаление:
 - околоносовых пазух,
 - слуховой трубы,
 - среднего уха,
 - слёзных путей,
- дерматит преддверия полости носа

Острый ринит у детей



- Характерны:
 - выраженная реакция организма, сопровождающаяся высокой температурой тела до 39-40 °С,
 - могут быть судороги, реже менингеальные явления,
 - грудные дети не могут сосать, если у них заложен нос. После нескольких глотков молока ребенок бросает грудь, чтобы вдохнуть воздух, поэтому быстро утомляется и перестает сосать, недоедает, худеет, плохо спит,
 - могут появляться признаки нарушения функции желудочно-кишечного тракта (рвота, метеоризм, понос и др.),
 - т.к. в детском возрасте слуховая труба короткая и широкая, что также способствует распространению воспалительного процесса из глотки в среднее ухо



Лечение острого ринита

В I стадии

1) препараты местного действия:

интерферон, лизоцим,
лизаты антигенов бактерий - ИРС-19 (аэрозоль для
внутриназального введения)

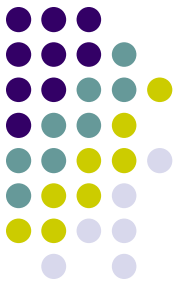
2) при головных болях рекомендуют:

панадол, тайленол,
солпадеин, цитрамон и др.

3) антигистаминные средства: диазолин, кларитин, тавегил

4) витамины.

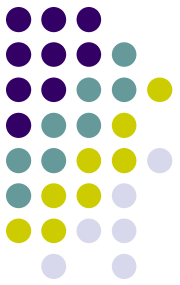
Все эти средства в большей мере проявляют свое действие в первой стадии ринита, однако благотворное их влияние имеется и во второй стадии.



Лечение острого ринита

Во II стадии

- 1) при выраженных воспалительной и микробной реакциях применяются *инсуффляции* (вдувание мелко размельченных порошкообразных лекарственных веществ с помощью различного типа порошковдувателей) смеси антисептиков и антибиотиков
 - биопарокс, - каметон, - гексорал.
- 2) с целью восстановления носового дыхания используют сосудосуживающие препараты
 - санорин, - галазолин,
 - тизин, - отривин
- 3) физиотерапевтические процедуры - УВЧ на область носа, УФО в полость носа, микроволновое воздействие (при температуре тела не выше 37°C).



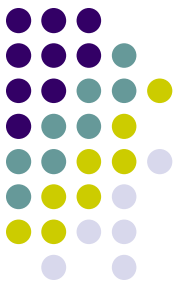
Лечение острого ринита

В III стадии

- 1) препараты вяжущего и противомикробного действия 3-5% р-р колларгола или протаргола, 20% р-р альбуцида
- 2) физиотерапевтические процедуры
- 3) поливитамины

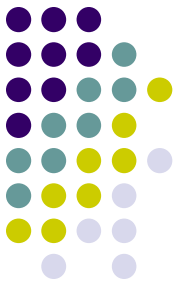
NB!

- Вливание любых капель в нос, вдувание порошков, ингаляций и др. должно быть ограничено 8-10 днями.
- Более длительное применение этих средств ведёт к развитию патологических процессов: нарушаются рН секрета полости носа, функция мерцательного эпителия, вазомоторная функция слизистой оболочки и др.
- Больного нужно предупредить, что высмаркивать содержимое из носа нужно осторожно, без большого усилия и только поочередно каждую половину носа, рот при этом должен быть приоткрыт



Специфический ринит

- *Острый ринит на фоне гриппа* часто сопровождается носовыми кровотечениями и осложняется воспалением околоносовых пазух и среднего уха.
- *Дифтерийный насморк*. Риноскопически характеризуется наличием толстых дифтерийных пленок грязно-серого цвета на слизистой оболочки полости носа, носоглотки, затрудняющих носовое дыхание.
- *Скарлатинозный ринит* - сопровождается обильными выделениями из носа, головной болью. В процесс вовлекаются нёбные миндалины с воспалением по типу лакунарной ангины, имеется реакция со стороны регионарных лимфатических узлов. На шее, лице и в последующем по всему телу появляется мелкоточечная сыпь, характерная для скарлатины.
- *Коревой насморк* острый катаральный ринит, сопровождающийся чиханием, повышением температуры тела, конъюнктивитом, слезотечением.
- Острый ринит *гонококковой (сифилитической) этиологии*. Наблюдается у новорожденных через 24-48 ч после рождения. Заражение возникает от больной матери во время родов, сопровождается повышением температуры и густыми желто-зелеными гнойными выделениями из носа.



Хронический ринит

Клиническая классификация:

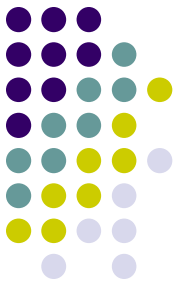
- 1) катаральный ринит;
- 2) гипертрофический ринит:
 - а) ограниченный;
 - б) диффузный;
- 3) атрофический ринит:
 - а) простая форма;
 - б) зловонный насморк или озена.

Этиология и патогенез хронического ринита



- Постоянное воздействие неблагоприятных факторов внешней среды (пыль, газ, сквозняки) способствуют хронизации воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа.
- Минеральная и металлическая пыль содержат твёрдые заостренные частицы, травмирующие слизистую оболочку.
- Мучная, меловая, хлопчатобумажная, шерстяная пыль состоит из мягких частиц, которые, хотя и не травмируют слизистую оболочку, но, покрывая ее поверхность, приводят к гибели ресничек мерцательного эпителия и нарушают мукоцилиарный клиренс, а следовательно, и эвакуацию чужеродных тел из полости носа

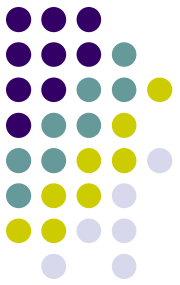
Хронический катаральный ринит



- характеризуется:
 - разлитой застойной гиперемией слизистой оболочки
 - равномерной припухлостью носовых раковин
- *rhinitis catarrhalis chronica*

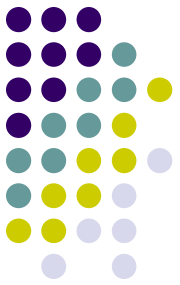


Основные симптомы хронического катарального ринита



- нарушение носового дыхания
(усиливается на холоде; при лежании на боку заложенность носа более выражена в той половине носа, которая находится ниже, что объясняется заполнением кровью кавернозных полостей нижележащих раковин),
- выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера,
- наблюдается снижение обоняния (гипосмия),
- иногда переход воспалительного процесса на слизистую оболочку слуховой трубы (тубоотит)

При передней риноскопии определяется небольшая гиперемия и набухание слизистой оболочки в основном в области нижних и средних носовых раковин, пастозность, нередко с цианотичным оттенком, скудное слизистое отделяемое.



Адреналиновая проба

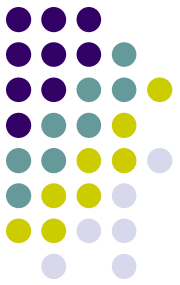
- Для отличия катаральной формы ринита от гипертрофической выполняют пробу с анемизацией (адреналиновую):

*смазывают утолщённую слизистую оболочку сосудосуживающим средством (0,1% р-ром адреналина, галазолином и др.)

1) значительное уменьшение объёма нижних носовых раковин свидетельствует об *отсутствии истинной гипертрофии*,

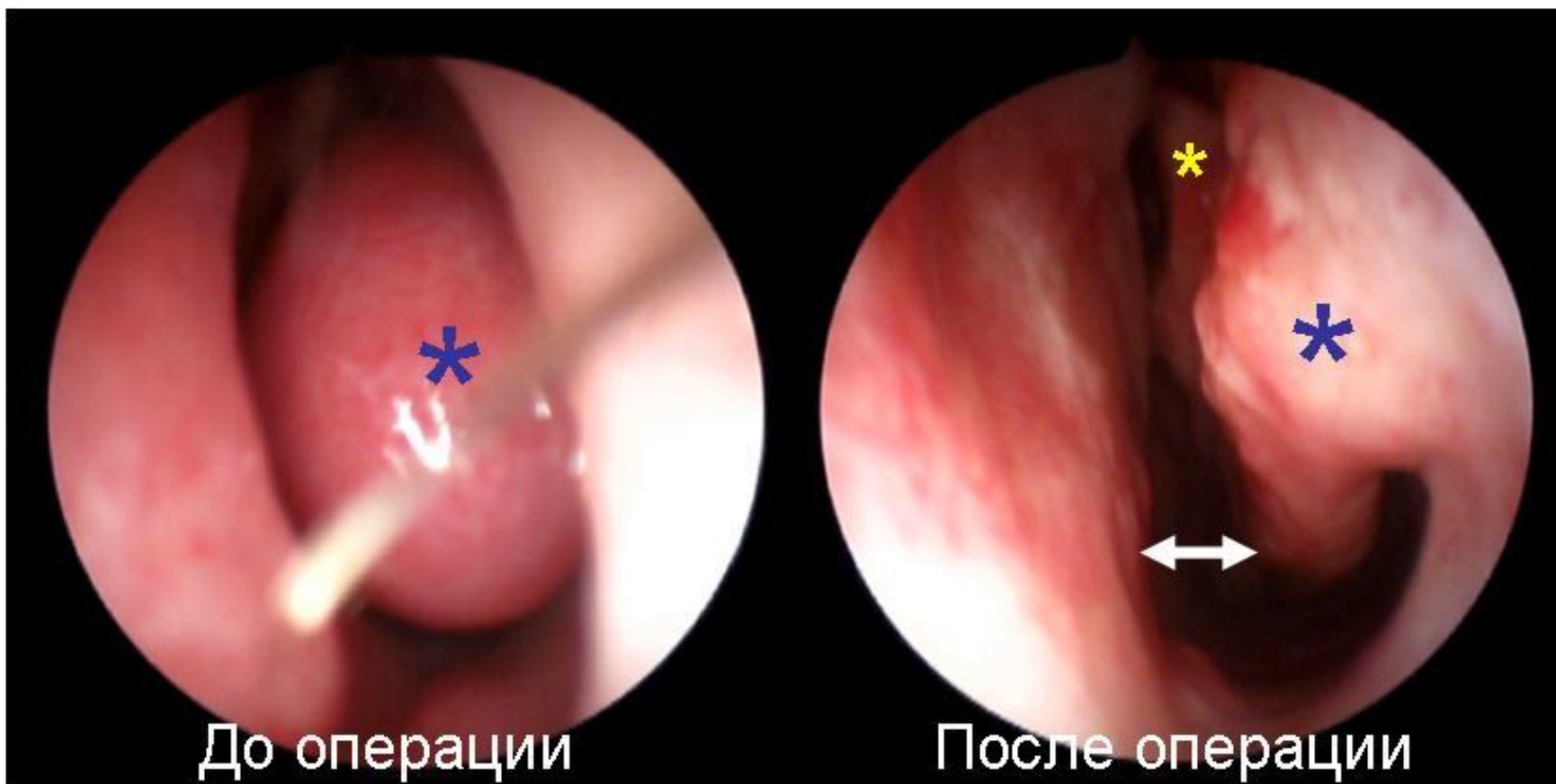
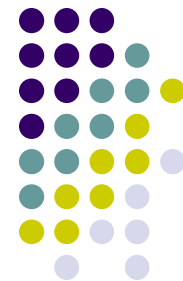
2) если сокращение их выражено незначительно или отсутствует, это указывает на *гипертрофический процесс*

Хронический гипертрофический ринит



- *rhinitis chronica hipertrophica* характеризуется гиперплазией слизистой оболочки, часто с вовлечением надкостницы и костной ткани носовых раковин
- может быть 2 формы:
 - а) диффузная б) ограниченная.
- Наиболее часто разрастание и утолщение слизистой оболочки происходит на нижней носовой раковине, реже средней в местах локализации кавернозной ткани

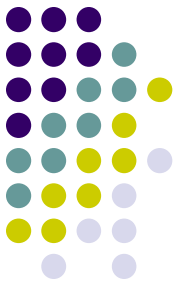
Хронический гипертрофический ринит



До операции

После операции

Клиника хронического гипертрофического ринита



Характеризуется

- длительным течением,
- постоянным затруднением носового дыхания, не проходящим после вливания в нос сосудосуживающих препаратов, слизистым или слизисто-гнойным отделяемым,
- периодическими головными болями,
- сухостью во рту, ротоглотке,
- понижение обоняния и вкуса различной выраженности,
- постоянная заложенность носа обуславливает изменение тембра голоса - появляется закрытая гнусавость (*rhinolalia clausa*),
- гипертрофия заднего конца нижней носовой раковины может нарушить вентиляцию слуховой трубы с признаками заложенности уха и понижением слуха (тубоотит),
- при гипертрофии передних отделов нижней носовой раковины может сдавливаться отверстие слезноносового канала, что вызывает слезотечение, дакриоцистит, конъюнктивит.

Лечение хронического гипертрофического ринита



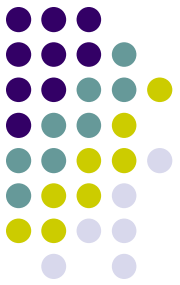
- Включает различные методы *хирургического лечения*, целью которых является восстановление носового дыхания за счет удаления или уменьшения гипертрофированных участков слизистой оболочки:
 1. При **небольшой гипертрофии** - *прижигание химическими веществами* (ляпис 30-50%, трихлоруксусная и хромовая кислота), *подслизистую ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин, лазеродеструкцию, подслизистую вазотомию.*
 2. При **выраженной фиброзной гипертрофии слизистой оболочки и костной основы носовых раковин** - *резекция (частичное удаление) гипертрофированных носовых раковин: щадящая нижняя конхотомия, подслизистое удаление костного края нижней носовой раковины (остеоконхотомия).*

* Эти операции можно сочетать со смещением носовых раковин латерально к боковой стенке носа - *латеропозицией (сублюксацией).*

Лечение хронического гипертрофического ринита

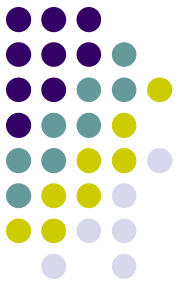


1. В амбулаторных условиях можно производить *ультразвуковую дезинтеграцию (УЗДГ) нижних носовых раковин*. Для ее выполнения используется генератор ультразвука с набором специальных волноводов.
2. Стойкого рубцевания кавернозной ткани можно добиться путем *подслизистой вазотомии нижней носовой раковины*. Последующее рубцевание кавернозной ткани уменьшает объем раковины и соответственно увеличивает просвет носовых ходов, улучшая дыхание.



Атрофический ринит

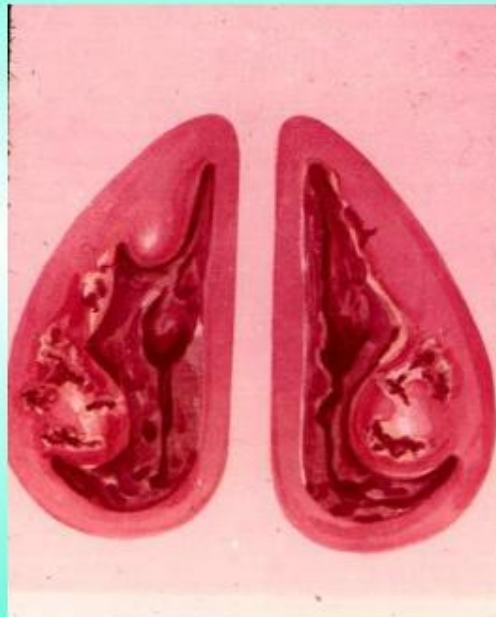
- *rhinitis atrophica* представляет собой ограниченные или диффузные неспецифические изменения (атрофию) слизистой оболочки полости носа, в основе которых лежит дистрофический процесс.
- В зависимости от распространённости процесс может носить характер :
 - а) локальный
 - б) диффузный
- В зависимости от этиологии бывает:
 - а) первичным или (генуинным - озена) и
 - б) вторичным



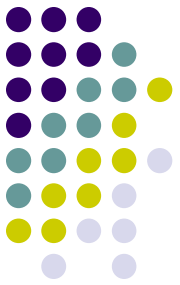
Атрофический ринит

Хронический атрофический ринит

Для этого заболевания характерна атрофия слизистой оболочки полости носа, уменьшение или отсутствие секретиции, незначительное образование корочек в носу.



🦋 Риноскопическая картина при атрофическом рините



Этиология атрофического ринита

При вторичном атрофическом рините причиной является:

1. воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды,
2. производственных или климатических факторов - пыли, газов, пара и др.

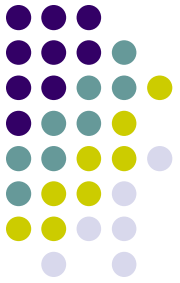
Развитию атрофического процесса слизистой оболочки полости носа нередко способствует:

1. травма и
2. обширные хирургические вмешательства в полости носа - радикальная конхотомия, удаление опухоли и др.

Важную роль играют:

1. эндокринно-гормональные нарушения и
2. частые воспалительные заболевания полости носа, ведущие к нарастанию трофических изменений слизистой.

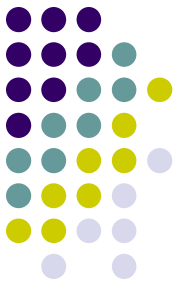
Клиника атрофического ринита



Больные жалуются на:

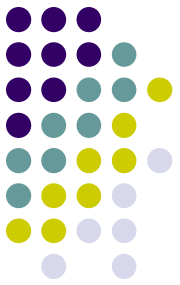
- ощущение сухости в носу,
- затруднение носового дыхания,
- понижение обоняния,
- образование корок - корки в носу нередко вызывают
- зуд, поэтому больной пытается удалить их пальцем, что приводит к:
- повреждению слизистой оболочки,
- периодическим кровотечениям,
- изъязвлению,

что ускоряет появление перфорации перегородки носа



Лечение атрофического ринита

- Применяют комплексную - общую и местную консервативную терапию.
- Для удаления корок систематически 1-2 раза в день орошают или промывают полость носа изотоническим раствором хлорида натрия (физиологический раствор) с добавлением йода (на 200 мл р-ра 6-8 капель 10% спиртового р-ра йода).
- Назначают масляный раствор витаминов А и Е (аевит) в виде капель в нос; местную раздражающую терапию - смазывание слизистой оболочки носа йод-глицерином 1 раз в день в течение 2-3 нед.
- Препараты йода усиливают деятельность желез слизистой оболочки, повышая их секреторную функцию.

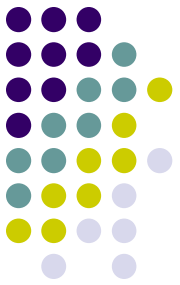
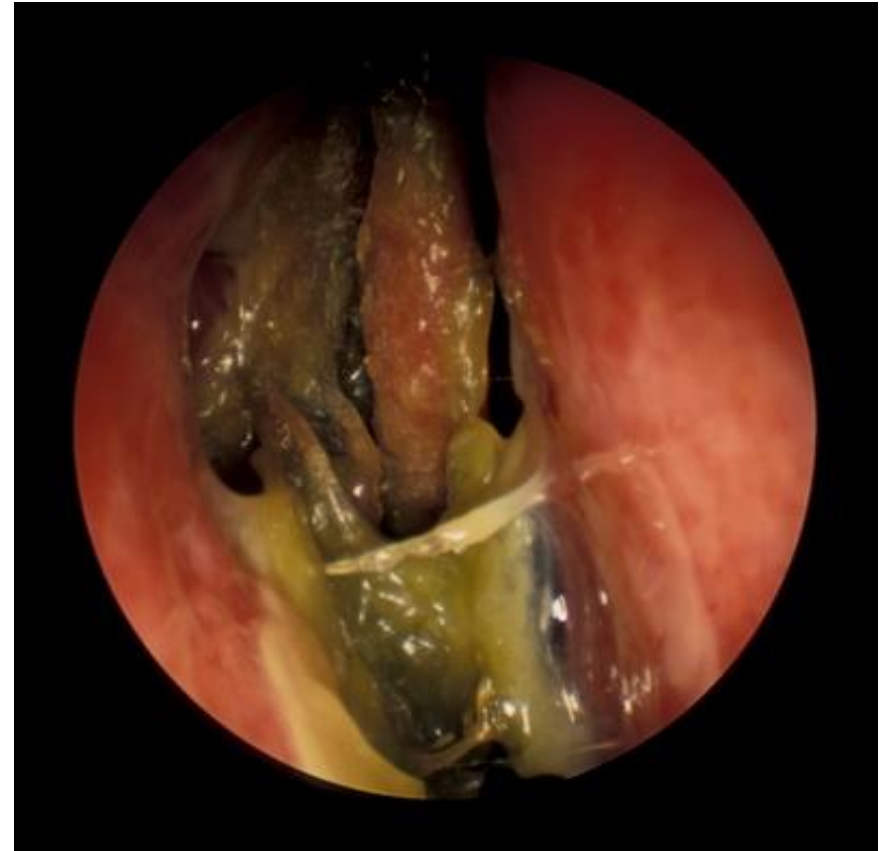


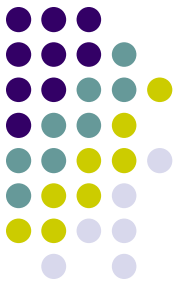
Лечение атрофического ринита

- Полезны орошения и носовой душ полости носа 2-3% р-ром морской соли или физиологического раствора с добавлением 10 кап на 200 мл 5% спиртового р-ра йода. Клиническое испытание показало хороший результат различных мазей, в состав которых в качестве активного вещества входит морская соль.
- Стимулирующим и улучшающим эффектом для трофики слизистой оболочки полости носа обладает гелий неоновый лазер, эндоназально 7-10 процедур по 5-10 мин.
- Из средств общего воздействия назначают биогенные стимуляторы (алоэ, ФИБС, гумизоль) подкожно или внутримышечно, витаминотерапию, препараты йода и железа (феррум-лек).

Озена (огавиа)

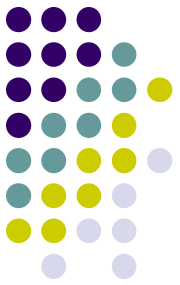
- тяжёлая форма атрофического процесса в носу, распространяющегося как на слизистую оболочку, так и на костные стенки полости носа и носовых раковин
- с продуцированием быстро засыхающего отделяемого с сильным специфическим, неприятным запахом





Этиология озыны

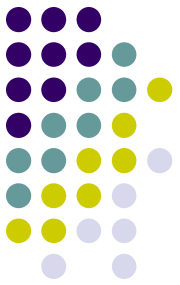
- Известна социальная, анатомическая, воспалительная, очаговая, инфекционная, нейродистрофическая и эндокринная теории возникновения этого заболевания. Наиболее распространенными являются инфекционная и неинфекционная (нейродистрофическая) теории.
- Согласно *инфекционной теории*, главную роль играет разнообразная микрофлора, высеваемая из носовой слизи у больных озой (коринебактерии, протей), однако наиболее часто (у 80% больных) высеивается клебсиелла озыны (*Klebsiella ozaenae*), которой отводится ведущая роль при этой патологии.
- По *неинфекционной (нейродистрофической) теории*, в возникновении озыны основное значение имеет нарушение состояния вегетативной и эндокринной систем или симпатической иннервации, что приводит к дистрофическим процессам в полости носа. Встречается оза редко, чаще у женщин молодого возраста



Клиника оzeny

Больные жалуются на:

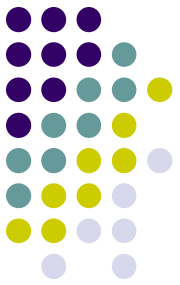
- выраженную сухость и образование большого количества корок в носу,
- затруднение носового дыхания и
- отсутствие обоняния
- наличие неприятного, зловонного запаха из носа, который больные обычно сами не ощущают, запах из носа настолько выражен, что окружающие избегают присутствия больного, что отражается на его психике, межличностных отношениях, у больного появляется социальная замкнутость,
- в самом начале заболевания нарушение обоняния (гипосмия) обычно обусловлена корками, покрывающими обонятельную область. В дальнейшем наступает аносмия в связи с атрофией обонятельных рецепторов.
- При передней риноскопии в обеих половинах носа видны буроватые или желто-зеленые корки, заполняющие всю полость носа, с распространением на носоглотку и нижележащие дыхательные пути. После удаления корок полость носа становится такой широкой, что при риноскопии обозревается задняя стенка носоглотки, устья и даже валики слуховых труб



Лечение оzeny

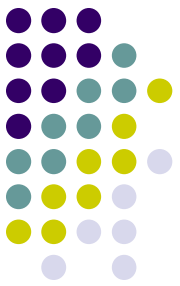
Проблематично, носит большей частью симптоматический характер. Используют *местные и общие консервативные и хирургические методы* лечения.

- *Местная консервативная терапия* направлена на дезодорацию полости носа, устранение сухости и корок в носу. Для этого ежедневно орошают или промывают полость носа изотоническим раствором хлорида натрия с добавлением йода либо смесью из 10 мл салициловой кислоты, 20 г хлорида натрия, 20 г гидрокарбоната натрия - по 1/2 ч.л. на стакан воды (для орошения полости носа).
- Полезны свечи с хлорофилло-каротиновой пастой Солодкова, обладающей бактерицидным и дезодорирующим эффектом. После предварительного туалета свечи вводят в обе половины носа 1 раз в день на 2 ч в течение 3-4 нед. Подобный курс повторяют 3-4 раза в год.
- Можно рекомендовать ежедневное смазывание полости носа 2-5% р-ром йод-глицерина (или р-ром Люголя), что больные могут делать самостоятельно.



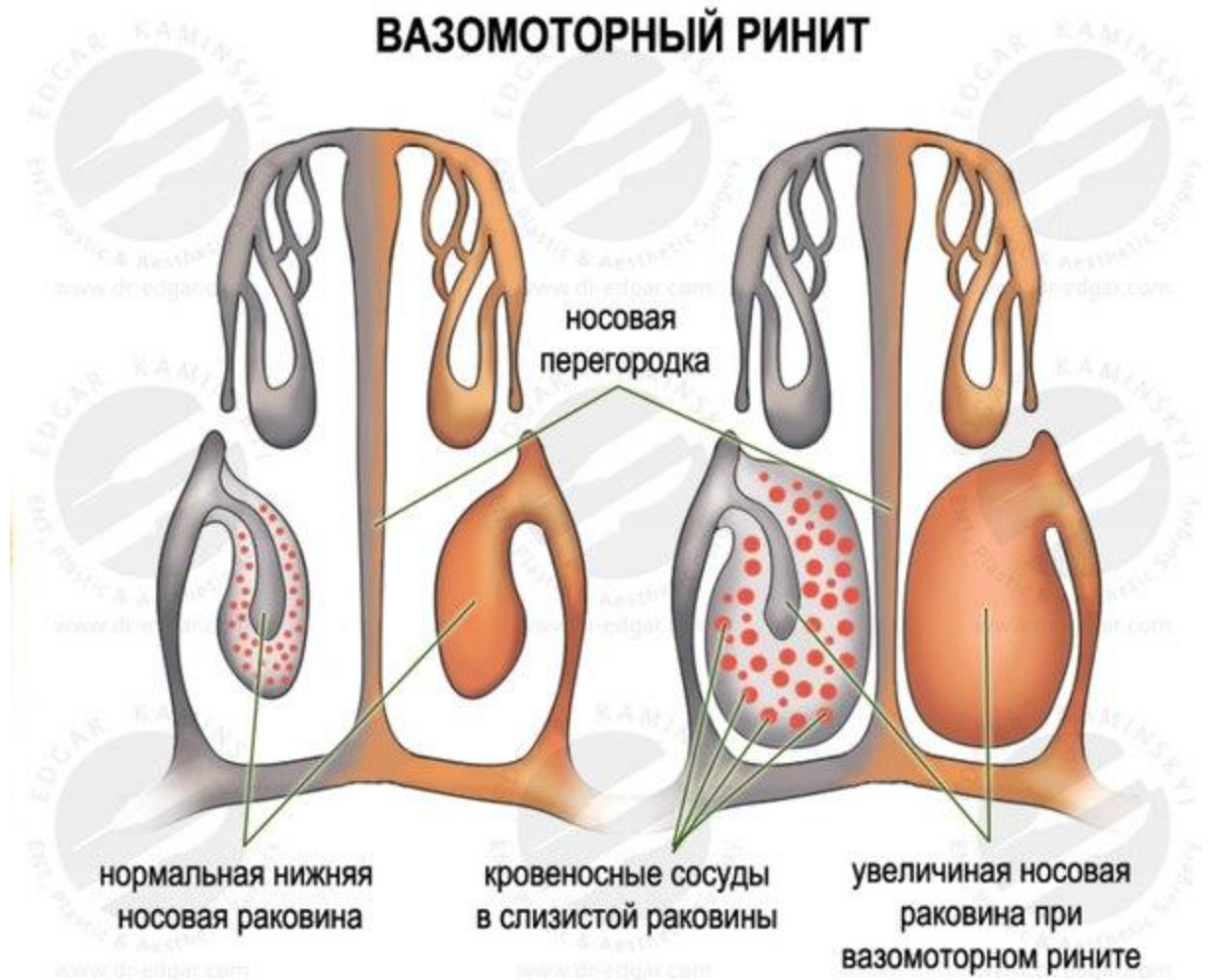
Лечение оzeny

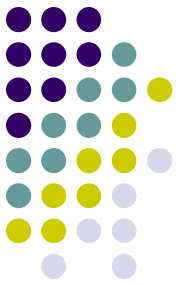
- *Из общих методов лечения*, носящих в определенной степени и патогенетический характер, используют препараты железа для парентерального введения (феррум-лек, эктофер), антибиотики, к которым чувствительна клебсиелла оzeny (стрептомицин, канамицин, гентамицин, левомицетин), аутогемотерапию, витаминотерапию.
- *Хирургические методы* лечения направлены на искусственное сужение полости носа, для чего в подслизистую ткань боковых стенок или перегородки носа вводят аутотрансплантаты (кость, хрящ ребра), аллотрансплантаты, синтетические материалы (полиуретан, полифасфазен) и др. Перед операцией необходимо провести подготовительный курс консервативной терапии в течение 12-14 дней, направленный на очистку слизистой оболочки от корок и улучшение ее трофики



Вазомоторный ринит

- Различают две формы (Дайняк Л. Б., 1970):
- аллергическую;
- нейровегетативную.



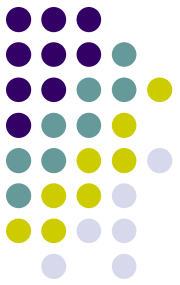


Этиология вазомоторного ринита

- Для *аллергической формы* вазомоторного ринита характерно наличие определенного вещества - аллергена, к которому имеется повышенная чувствительность (сенсibilизация) организма. Попадание такого вещества на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и всасывание его немедленно вызывает ответную реакцию.
- В возникновении *нейровегетативной формы* вазомоторного ринита имеют значение органические и функциональные изменения центральной и вегетативной нервной системы, расстройства эндокринной функции. Возможны нарушения нервно-рефлекторных механизмов, обуславливающих нормальную физиологию носа, в результате чего обычные раздражители вызывают гиперэргические реакции слизистой оболочки носа. У больных нейровегетативной формой ринита в анамнезе заболевания и при специальном аллергологическом исследовании не обнаруживаются какие-либо причинно значимые аллергены.

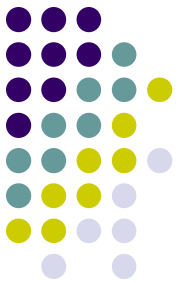
* Возникновению вазомоторного ринита способствуют длительное применение медикаментозных препаратов как общего, так и местного действия, искривление перегородки носа и др.

Сезонная форма вазомоторного ринита



- обычно связана с пылью цветущих растений (амброзия, артемизия, кипарис, грецкие орехи, береза, тополиный пух, злаковые растения и т.д.), поэтому ее часто называют также *сенным насморком*, или *сенной лихорадкой*.
- Сезонная форма повторяется у больных ежегодно, в одно и то же время в период цветения растений.
- Детально выясняя анамнез заболевания и проводя специальное аллергологическое исследование, обычно удается установить, какое растение является причиной заболевания.
- Длительные и многократные обострения ринита с нарушением вазомоторных механизмов слизистой оболочки носа могут способствовать переходу сезонной формы заболевания в постоянную.

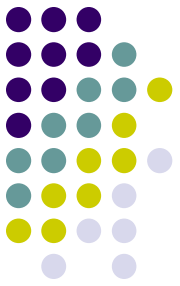
Круглогодичная (постоянная) форма вазомоторного ринита



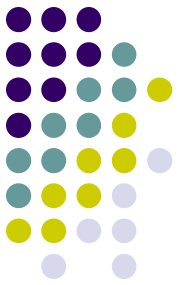
- обусловлена постоянным контактом с причинно-значимым аллергеном: домашней и бумажной пылью, содержащимися в них клещами, шерстью животных, в которой имеются эпидермальные аллергены, кормом для аквариумных рыб, аллергенами низших грибов, пищей и лекарственными препаратами и др.
- Среди основных причинно-значимых аллергенов круглогодичной формы аллергического ринита следует назвать бытовые аллергены, клещей рода *Dermatophagoides*, которые являются наиболее значимым аллергенным компонентом домашней пыли.
- Аллерген шерсти домашних животных - также один из самых сильнодействующих бытовых аллергенов

Клещ домашней пыли

Dermatophagoides pteronyssinus



Клиническая картина вазомоторного ринита



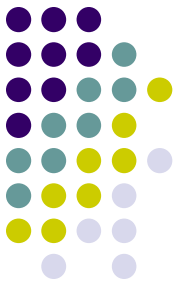
Основными симптомами обеих форм вазомоторного ринита является **триада признаков**:

- *пароксизмальное чиханье;*
- *обильная носовая гидрорея (водянистая или слизистая);*
- *затруднение носового дыхания, зуд и шекотание в носу.*

Наряду с ринологическими симптомами больные отмечают:

- кожный зуд,
- гиперемию конъюнктивы,
- слезотечение,
- головные боли,
- утомляемость,
- снижение обоняния,
- нарушение сна

Клиническая картина вазомоторного ринита



Нередко вазомоторный ринит сочетается с бронхолегочной патологией - астматическим бронхитом или бронхиальной астмой, которая, как правило, протекает с «*астматической триадой*»:

- непереносимостью препаратов ацетилсалициловой кислоты, препаратов пенициллина, анальгина;
- полипозными изменениями слизистой оболочки полости носа;
- приступами бронхиальной астмы

Лечение аллергической формы вазомоторного ринита



Терапия комплексная:

- индивидуальные методы защиты больного от попадания в организм аллергена;
- специфическая иммунотерапия (СИТ);
- неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия;

Хирургические методы

- направленные на элиминацию гнойного очага и уменьшения объема стойко увеличенных нижних носовых раковин;

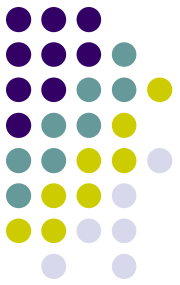
Местная кортикостероидная терапия

Рефлексотерапия.

- При **аллергическом рините**, обусловленном сенсibilизацией к пищевым, лекарственным, эпидермальным аллергенам, устранение причинного фактора является одним из важных методов патогенетической терапии.
- При **пыльцевом рините** в сезон цветения причинно-значимых растений больным можно рекомендовать смену климато-географического региона.
- При **сенсibilизации к бытовым аллергенам** (домашняя пыль, шерсть животных), когда устранить причинный фактор сложно, рекомендуют использовать специальные фильтры, воздухоочистители, респираторы и пр. Необходимо исключить пребывание в квартире домашних животных, аквариумов, удалить ковры и мягкие игрушки, производить тщательную влажную уборку комнат, частую стирку белья и др.

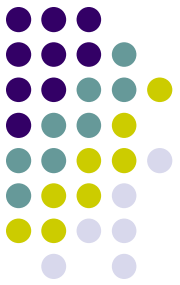
СИТ

специфическая иммунотерапия



- Применима в тех случаях, когда в условиях аллергологического кабинета или стационара точно определен аллерген, вызвавший заболевание.
- Методика лечения основана на введении в организм минимального количества причинно-значимого аллергена в постепенно возрастающей дозе (обычно подкожно). Такое введение аллергена позволяет организму выработать к нему защитные блокирующие антитела, что приводит к уменьшению или полному исчезновению симптомов аллергического ринита.
- СИТ проводят в период ремиссии заболевания.
- Для достижения стойкого клинического эффекта рекомендуется проведение не менее трех курсов СИТ.
- СИТ менее эффективна при полиаллергии, запущенном аллергическом рините и вообще неприменима в случаях, когда не удастся выявить аллерген.

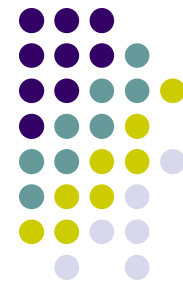
Методы неспецифической гипосенсибилизации



Медикаментозные методы терапии, направленные на устранение симптомов аллергии. Среди них важное место занимают:

- антимедиаторные (антигистаминные) средства перорального применения;
- использование антигистаминных препаратов первого поколения (димедрол, супрастин и др.), но оно ограничено их седативным эффектом и коротким периодом выведения из организма;
- антигистаминные препараты второго поколения: гисманал (астемизол), кларитин (лоратадин), гистадин (терфенадин), телфаст (фексофенадин), зиртек (цетиразин), кестин (эбастин) и др. Они эффективны в купировании таких симптомов, как зуд, чихание, ринорея, и рассматриваются как средства выбора при лечении аллергического ринита, однако малоэффективны в отношении заложенности носа.
- При легких формах заболевания могут быть рекомендованы антигистаминные препараты местного (топического) действия - аллергодил (азеластин) и гистимет (левокабастин). Эти препараты в виде капель в нос или носового спрея обладают эффектом, сравнимым с таковым от пероральных антигистаминных препаратов, однако они действуют только в месте введения

Топические кортикостероидные препараты



- обладают выраженным противовоспалительным эффектом,
- проникают через клеточную мембрану,
- подавляют синтез гистамина лейкоцитами и
- уменьшают проницаемость сосудистых стенок.

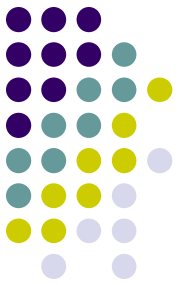
Новые интраназальные кортикостероидные препараты не обладают системным действием и могут использоваться в качестве препаратов первого выбора.

Среди них - фликсоназе (флутиказон), альдецин (беконазе, беклометазон), назонекс (мометазон), ринокорт (будезонид) и др.

Выпускаются эти препараты в виде назальных спреев по 2-4 впрыскивания в нос в 2-4 приема в день.

При достижении клинического эффекта дозу снижают.

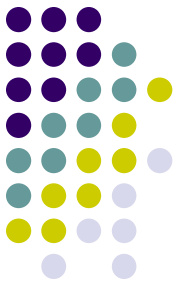
Они характеризуются относительно медленным началом действия (12-18 ч), а максимальный эффект развивается через несколько дней или недель, поэтому необходимо длительное применение - в течение 4-6 месяцев



Показания к хирургическому вмешательству при вазомоторном рините

Операции производят в следующих случаях:

- *при нарушении внутриносовой анатомии* (искривления, гребни, шипы перегородки носа), что вызывает нарушение носового дыхания;
- *при полипозно-гнойных процессах* в полости носа и околоносовых пазух;
- *при гиперплазии* носовых раковин.
- Хирургические вмешательства на внутриносовых структурах необходимо проводить в стадии ремиссии и вне сезона поллиноза.
- За 6-10 дней перед операцией проводят неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию.
- В послеоперационном периоде рекомендуется назначать интраназальную кортикостероидную терапию в течение длительного времени



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

- составляют 25-30% стационарной ЛОР-патологии, около 5% населения Средней Европы страдает хроническим синуситом
- **гайморит** воспаление верхнечелюстной пазухи
- **этмоидит** воспаление решетчатых ячеек
- **фронтит** воспаление лобной пазухи
- **сфеноидит** воспаление клиновидной пазухи
- **полисинусит** сочетанное воспаление нескольких пазух
- **гемисинусит** поражение всех пазух с одной стороны
- **пансинусит** поражение всех пазух с обеих сторон

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ



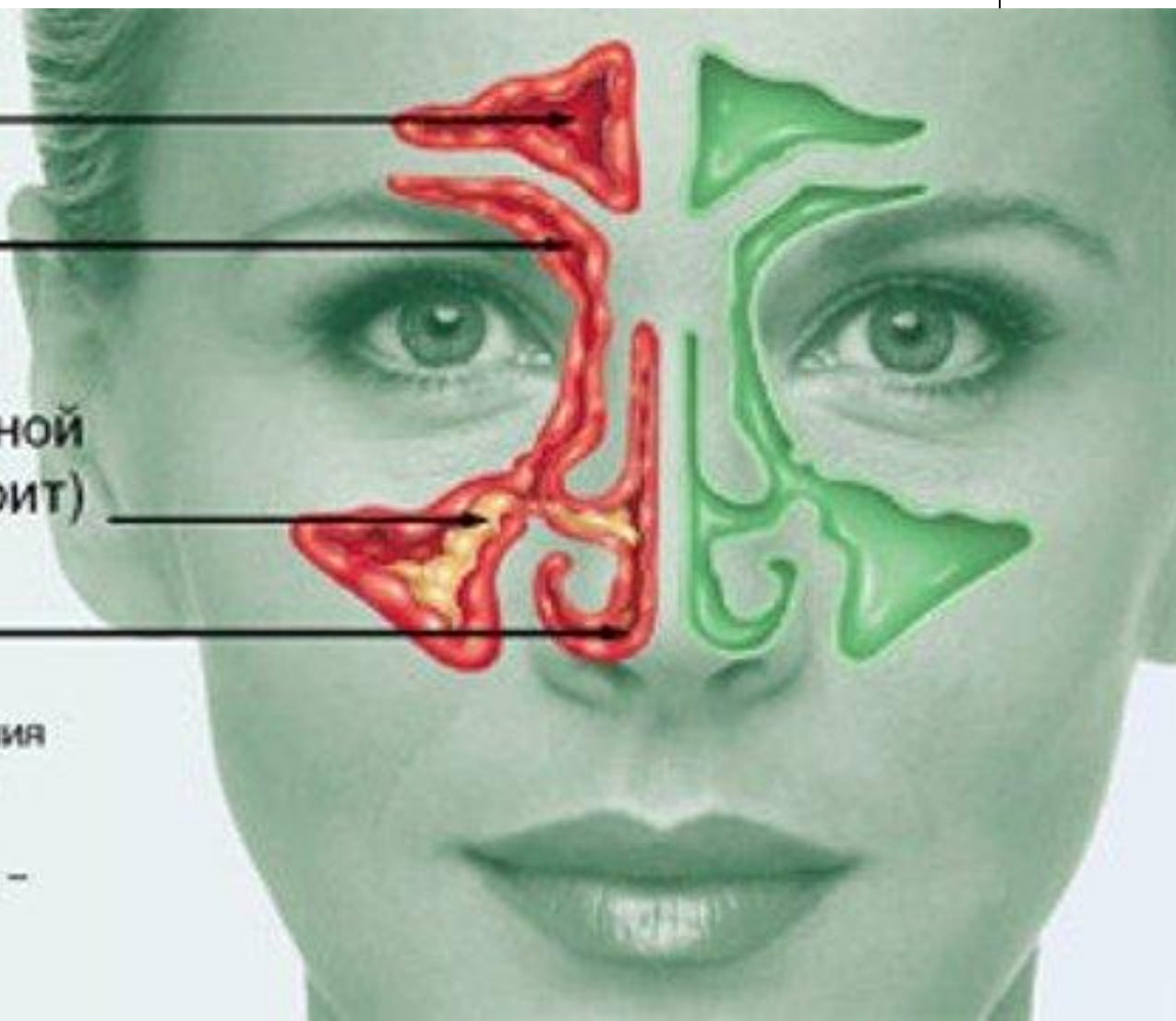
Фронтит

Этмоидит

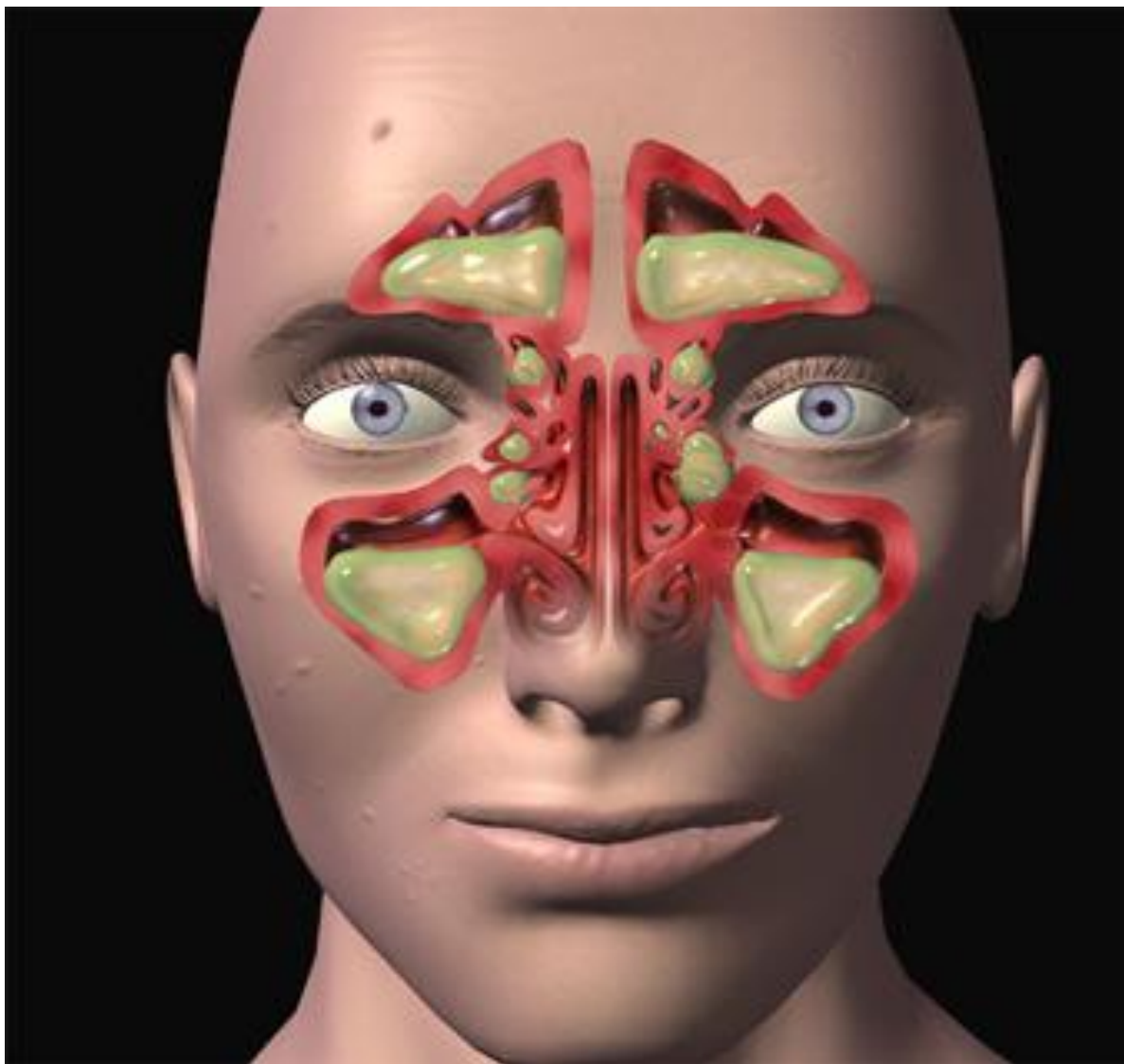
Воспаление
верхнечелюстной
пазухи (гайморит)

Ринит

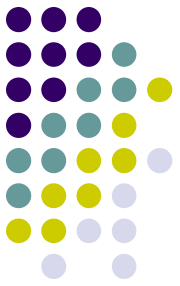
Сочетание воспаления
слизистой оболочки
полости носа и
околоносовых пазух –
Риносинусит



ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ



Термины, характеризующие поражение околоносовых пазух:



- **пиосинус** - скопление натежного гноя в пазухе (к примеру, затекание гноя из клеток решетчатого лабиринта и лобной пазухи в верхнечелюстную)
- **пиоцеле** - кистовидное растяжение пазухи гнойным содержимым
- **мукоцеле** - то же со слизистым содержимым,
- **пневмосинус** - то же с воздухом,
- **гематосинус** - с кровью

ЭТИОЛОГИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ



- состояние местного и общего иммунитета
- попадание патогенной микрофлоры в те или иные пазухи через естественные соустья при острых респираторных и вирусных заболеваниях верхних дыхательных путей
- при острых инфекционных заболеваниях (дифтерия, скарлатина, корь и др.), возможен гематогенный путь проникновения инфекции в пазухи
- в 10% случаев причиной воспаления верхнечелюстных пазух являются заболевания корней зубов (апикальная гранулема - прежде всего второго премоляра и первого моляра), прилежащих к нижней стенке верхнечелюстной пазухи (своевременная санация зубов!)
- предрасполагающие факторы, в частности анатомические отклонения внутриносовых структур (искривления, гребни, шипы перегородки носа), а также острый и хронический ринит, аденоидные вегетации, полипы, неблагоприятные факторы внешней среды, снижение общей и местной реактивности и сопутствующие заболевания, при этом создаются условия, нарушающие аэрацию и дренирование околоносовых пазух

ЭТИОЛОГИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ



- чаще всего поражается **верхнечелюстная пазуха** потому, что соустье с носом расположено вверху, что усложняет естественное дренирование пазухи.
- При микробиологическом исследовании патологической флоры верхнечелюстной пазухи обнаруживают:
- *бактериальную флору* - пневмококки (*Streptococcus pneumoniae*), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *staphylococcus aureus*, гемолитический стрептококк, кишечную палочку;
- реже выявляют анаэробы;
- очень часто смешанную инфекцию;
- грибы;
- вирусы;
- трудно культивируемые бактерии - *Chlamidia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*.

Течение воспалительного процесса обусловлено особенностями взаимодействия между возбудителем (вирулентность) и защитными свойствами организма (иммунологическое состояние, ареактивность у пожилых людей).

ПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ



патологоанатомические изменения характеризуются формами воспаления:

а) катаральной

происходит серозное пропитывание слизистой оболочки и выраженный ее отек (в норме толщина слизистой оболочки до 0,1 мм становится толще в несколько десятков раз и может заполнить большую часть пазухи. Реснички мерцательного эпителия исчезают. Нарушается архитектура собственной пластинки слизистой оболочки, она наводняется, образуются псевдокисты. Вокруг сосудов формируется клеточная инфильтрация

б) гнойной

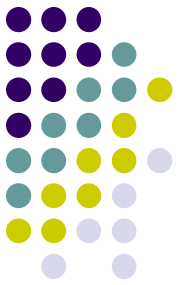
имеется выраженная клеточная инфильтрация всех слоёв слизистой оболочки, главным образом лейкоцитами. В тяжелых случаях воспаление распространяется и на кость, развивается периостит, что вызывает затяжное течение и переход в хроническую форму заболевания, формирование риногенных осложнений.

Осложнения!



Как острый, так и хронический процесс может проникнуть из пазух через костные стенки по многочисленным венозным анастомозам или через костный кариозный дефект, возникший в результате хронического воспаления кости, в различные отделы черепа и общий ток крови, обусловить:

- флегмону орбиты,
- абсцессы мозга,
- менингит,
- сепсис



Классификация синуситов

Модифицированная классификация Б.С. Преображенского

- **А. Экссудативные (острая или хроническая) формы:**

1) катаральная 2) серозная 3) гнойная

Лечение в основном консервативное или щадящее хирургическое (зондирование, пункция, дренирование, эндоназальное эндоскопическое вскрытие пазух, инфундибулотомия и др.).

- **Б. Продуктивная форма:**

1) пристеночно-гиперпластическая 2) полипозная

Лечение этой формы, как правило, хирургическое на фоне гипосенсибилизирующих средств.

- **В. Альтеративная форма:**

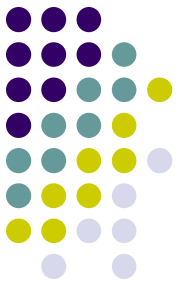
1) атрофическая 2) некротическая 3) холестеатомная 4) казеозная

Лечение хирургическое.

- **Г. Смешанные формы.**

Возникновение смешанных форм обусловлено комбинацией сочетаний всех перечисленных выше форм синуситов.

- **Д. Вазомоторный и аллергический синусит.**



Острый гайморит

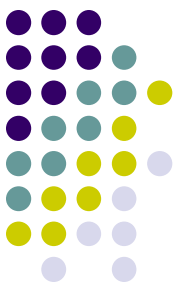
- *Sinuitis maxillaris acuta* - острое воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (наиболее распространенное заболевание)

Этиология

- 75% в посеве содержимого обнаруживают бактериальную флору
- основной возбудитель *Streptococcus pneumoniae*, который обладает высокой резистентностью к препаратам пенициллинового ряда
- часто высевают *Haemophilus influenzae* (гемофильная палочка), *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, анаэробы, вирусы, грибы
- в последнее время выделяют нозокомиальный синусит (внутрибольничный синусит). Он развивается преимущественно после длительной назотрахеальной интубации. Основными возбудителями являются *Pseudomonas aeruginosa*, а также другие грамотрицательные бактерии.

Патогенез

Сужение или полная окклюзия выводного отверстия верхнечелюстной пазухи, нарушающее дренирование пазухи, на фоне нарушения мукоцилиарного клиренса является ведущим звеном развития инфекции в пазухе.



Хронический гайморит

- *Sinuitis maxillaries chronica* - хроническое воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи
- острый воспалительный процесс в пазухе более 4 недель следует считать затяжным, а если оно не заканчивается к концу 6 недель, заболевание уже перешло в хроническую форму.

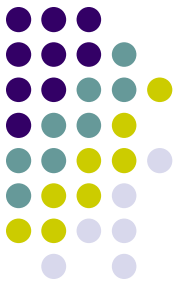
Виды

- Наиболее часто встречаются *гнойная, гнойно-полипозная, полипозная* формы хронического гайморита, реже *катаральная, пристеночно-гиперпластическая, аллергическая, некротическая*.

Этиология

- При посеве выделяется *S. pneumoniae, H. influenzae* (характерные и для острого синусита), *P. aeruginosa, S. aureus, S. epidermidis*, анаэробы и/или грамотрицательные палочки
- грибковая флора - наиболее распространенными возбудителями в этом случае являются *Aspergillus, Phycomyces, Cladosporium* и др.
- часто встречаются полимикробные ассоциации
- сочетание неблагоприятных факторов внешней среды: переохлаждение, частые простудные заболевания, профессиональные факторы

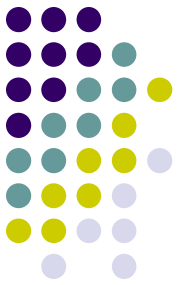
Хронический гайморит



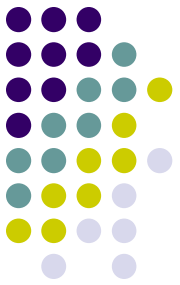
Патогенез

- Индивидуальные анатомические особенности полости носа, такие как искривление и шипы перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, полипозный этмоидит и др., вызывающие нарушение носового дыхания и блокирование области остиомеатального комплекса, также способствуют возникновению хронического гайморита.
- В основе хронического гайморита лежит обструкция естественного соустья верхнечелюстной пазухи с нарушением дренажа пазухи и последующей колонизацией бактериальной флорой.
- При набухании и закупорке слизистых желез пазухи могут образовываться *истинные (ретенционные) кисты* и *псевдокисты*. Истинная киста имеет внутреннюю выстилку из цилиндрического эпителия, тогда как при псевдокистах внутренняя эпителиальная выстилка отсутствует. Эти кисты могут исчезать после ликвидации воспалительного процесса. Истинные кисты могут достигать больших размеров и давить на стенки пазухи, вызывая трофические нарушения, а затем и рассасывание кости с образованием костного дефекта. Основным симптомом таких кист является головная боль различной интенсивности.

Хронический гайморит



- В детском возрасте хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи, так же как и у взрослых, является результатом острого заболевания, при этом аденоиды и аденоидит играют отягощающую роль в этиологии и патогенезе гайморита. Особенностью заболевания в детском возрасте являются более выраженные реактивные процессы со стороны слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и полости носа.
- Существенную роль в возникновении хронического гайморита играют заболевания зубов, а также оперативные вмешательства на зубах и альвеолярном отростке верхней челюсти, сопровождающиеся перфорацией и инфицированием пазухи. Гайморит данной этиологии называют *одонтогенным*.
- В происхождении одонтогенного гайморита ведущее значение имеет анатомическая близость дна верхнечелюстной пазухи к верхушкам корней второго малого коренного, первого и второго больших коренных зубов, которые отделены от дна пазухи тонкой прослойкой костной ткани и слизистой оболочкой. Воспалительные процессы в области верхушек указанных зубов могут беспрепятственно распространяться на верхнечелюстную пазуху и инфицировать ее.

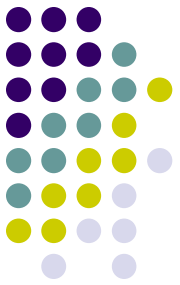


Острый фронтит

- *frontitis acuta* - острое воспаление слизистой оболочки лобной пазухи

Этиология и патогенез

- аналогичны таковым воспалительных заболеваний других пазух
- особенностями является то, что только лобные пазухи сообщаются со средним носовым ходом не отверстием, а узким лобно-носовым каналом длиной 1,5-2,5см
- это также способствует нарушению оттока из пазухи и возникновению воспаления
- развитие воспаления в лобной пазухе связано с опасностью распространения процесса из пазухи в полость черепа и глазницу, что вызывает тяжелые внутричерепные и орбитальные осложнения

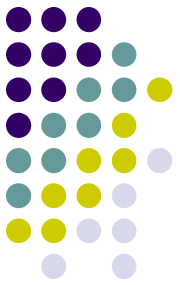


Хронический фронтит

- *frontitis chronica* - хроническое воспаление слизистой оболочки лобной пазухи.

Этиология и патогенез

- Острое воспаление лобной пазухи, продолжающееся более 1 месяца, необходимо рассматривать как хроническое.
- Наиболее частой причиной хронического фронтита является недолеченный острый фронтит, стойкое нарушение проходимости канала лобной пазухи.
- Предрасполагающим фактором служат гипертрофия средней носовой раковины, искривление перегородки носа, вызывающие блокирование остиомеатального комплекса, полипозный гайморит, этмоидит и др.

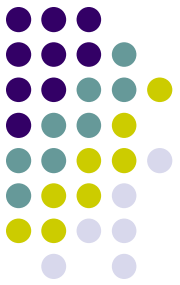


Острый этмоидит

- *ethmoiditis acuta* - острое воспаление слизистой оболочки клеток решетчатого лабиринта, встречается часто и занимает второе место по частоте после воспаления верхнечелюстных пазух.

Этиология и патогенез

- Причиной заболевания служат острый ринит, острые респираторные заболевания, грипп и др.
- Предрасполагающими факторами являются анатомо-топографическое расположение выводных соустьев ячеек решетчатого лабиринта, узость среднего носового хода, искривление перегородки носа и др.
- На этом фоне даже незначительный отек слизистой оболочки полости носа вызывает затруднение оттока из решетчатых ячеек.
- Анатомическая близость выводных соустьев способствует воспалению и в решетчатых ячейках практически при воспалении в любой околоносовой пазухе



Хронический этмоидит

- *ethmoiditis chronica* - хроническое воспаление слизистой оболочки ячеек решетчатого лабиринта. Как правило, оно является продолжением недиагностированного или недолеченного острого этмоидита. Занимая центральное положение по отношению к другим пазухам, хронический этмоидит часто является сочетанным процессом или вторичным осложнением при воспалении других пазух.

Этиология и патогенез

- способствуют также частые острые инфекционные заболевания, снижающие резистентность организма,
- наличие аденоидных вегетаций, искривление перегородки носа и др.

В большинстве случаев встречаются *формы* хронического этмоидита:

1) катарально-серозная, 2) гнойная 3) гиперпластическая,
которые характеризуются значительным утолщением и гиперплазией слизистой оболочки, полипозной метаплазией слизистой в области среднего носового хода, что хорошо видно при эндоскопическом исследовании

Сфеноидит



- ***sphenoiditis*** - острое или хроническое воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи
- заболевание обычно сочетается с поражением задних решетчатых ячеек, реже с фронтитом или гайморитом
- при хроническом (реже при остром) сфеноидите воспалительный процесс может распространяться на область перекреста зрительных нервов (хиазма), так как верхняя стенка клиновидной пазухи, на которой располагаются зрительные нервы, относительно тонкая (0,5-3мм). В таких случаях наступает ухудшение зрения
- поражение других черепных нервов, граничащих с боковыми стенками клиновидной пазухи (обонятельного, отводящего), тромбоз пещеристого синуса и вовлечение в процесс оболочек головного мозга являются возможными осложнениями как острого, так и хронического сфеноидита

