

Заболевания носа и придаточных пазух. Методы исследования.

Ожоги наружного носа

Ожоги наружного носа обычно бывают элементом общего ожога лица. Наиболее частой причиной является чрезмерное воздействие солнечных лучей или лечение кварцевой лампой, в таком случае ожог не превышает 1 степень. Однако, возможно воздействие пламенем, горячей водой, химическими веществами. Такие ожоги чаще бывают 2-3 степени.

Диагноз ставится на основании анамнеза и данных осмотра.

Лечение включает общехирургические способы борьбы с ожогами.

Отморожения наружного носа

Отморожения наружного носа встречаются сравнительно редко. Симптомы зависят от длительности воздействия холодого фактора. При непродолжительном воздействии отмечается побледнение кожи с потерей чувствительности. При согревании кожа становится синюшно-красной, отекает, болезненной, отмечается зуд. В тяжелых случаях наблюдаются пузыри, некроз и даже трофические язвы.

Первая помощь заключается в восстановлении кровообращения. Необходимо растереть кожу ватой, смоченной спиртом или водкой, а затем насухо. Нельзя растирать лицо снегом во избежание инфицирования.

При лечении отморожения необходимо постепенно отогревать ткани, начиная с холодных компрессов и переходя на теплые. Затем обработать кожу жидкостью Бурова, свиным или гусиным салом. В тяжелых случаях больной должен быть госпитализирован с последующим проведением местного и общего противовоспалительного лечения.

Травмы носа

Травмы мягких тканей носа

Различают травмы мягких тканей наружного носа и переломы с повреждением костей и хрящей.

Лечебные мероприятия при травме мягких тканей проводятся в зависимости от степени выраженности процесса:

- при наличии ушиба или кровоподтека достаточно применения холодного компресса;
- ссадины, царапины и резаные раны обрабатываются по общим правилам.

При отсечении кончика носа необходимо:

- наложить на рану стерильный тампон, пропитанный сосудосуживающими средствами, пращевидную повязку, холод;
- положить на затылок пузырь со льдом;
- начать проведение противошоковых мероприятий;
- экстренно транспортировать пациента в стационар;
- уточнить дату последней прививки против столбняка;
- отсеченный участок носа доставить в охлажденном стерильном физиологическом растворе.

Закрытый перелом костей носа

При закрытых переломах костей носа следует осуществить следующие действия:

- оценить общее состояние пациента, так как подобные травмы часто сопровождаются сотрясением головного мозга;
- обратить внимание на область глазницы наличие кровоизлияний в окологлазничную клетчатку обеих орбит (симптом очков) является признаком перелома основания черепа;
- определить при осмотре и пальпации локализацию боли, наличие деформации наружного носа, крепитации отломков, состояние перегородки носа, степень затруднения носового дыхания, наличие носового кровотечения;
- учесть возможность возникновения ликвореи, которая свидетельствует о переломе ситевидной пластинке решетчатой кости и крайней тяжести состояния;
- оказать неотложную помощь: остановку кровотечения, назначение обезболивающих средств;
- срочно транспортировать пациента для оказания специализированной помощи.

Для уточнения характера перелома производится передняя риноскопия и рентгенограмма костей носа в боковой проекции. В зависимости от направления удара деформация наружного носа бывает различной: при ударе сбоку смещается один или оба ската, при ударе спереди спинка носа оседает, и отломки смещаются в полость носа.

Наиболее оптимальными сроками репозиции отломков костей считают первые 5 часов после травмы. В экстремальной ситуации, когда нет возможности обеспечить пациента квалифицированной помощью, возможно выполнение фельдшером **репозиции отломков костей** только при закрытом переломе с боковым смещением.

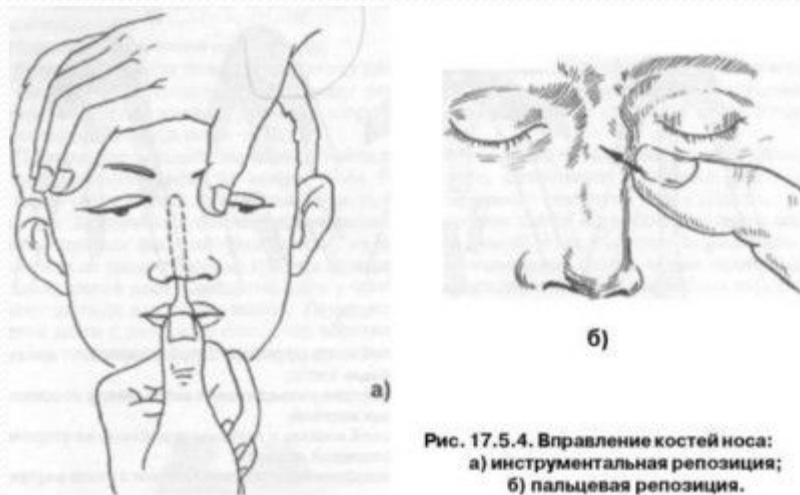


Рис. 17.5.4. Вправление костей носа:
а) инструментальная репозиция;
б) пальцевая репозиция.

Репозиция отломков костей

Последовательность выполнения манипуляции:

- Провести местное обезболивание путем введения со стороны корня носа подкожно 2 мл 2% раствора новокаина и обработки слизистой полости носа лидокаином в аэрозольной упаковке;
- Подойти к пациенту сзади;
- Фиксировать голову обеими руками, положив большой палец на область искривления носа;
- Сместить выступающую часть боковой стенки носа усилием соответствующего пальца (в момент смещения отломков в нормальное положение слышен характерный хруст);
- Провести тугую переднюю тампонаду полости носа марлевым тампоном для фиксации отломков;
- Проверить самочувствие пациента после выполнения манипуляции.

Отломки костей, смещенные в полость носа, вправляет врач амбулаторно или в стационаре с помощью носовых элеваторов. При множественных переломах более прочная фиксация достигается применением тампона, пропитанного расплавленным парафином.

Открытый перелом костей носа

- Необходимо принять меры для остановки кровотечения;
- Провести первичную хирургическую обработку раны;
- Ввести противостолбнячную сыворотку.

Затем проводится обследование и оказание помощи так же, как в случае

Фурункул носа

Фурункул носа – это острое воспаление сальной железы или волосяного фолликула. Возникает на кончике носа, на внутренней или наружной поверхности его крыльев, а также на кожной части перегородки. Воспалительный процесс сразу в нескольких сальных железах или волосяных мешочках называют

карбункулом.



ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудителем карбункула или фурункула носа являются стафилококки и стрептококки;
- Снижение местной и общей сопротивляемости организма к стафилококковой и стрептококковой инфекции;
- Общие заболевания – нарушения обменных процессов, сахарный диабет, гиповитаминоз;
- Внешние неблагоприятные факторы – переохлаждение, травма, нарушение целостности кожного покрова при микротравмах, загрязнение кожи.

Клиника

- Болезненный конусовидный инфильтрат с формирующимся гнойным стержнем в области преддверия носа;
- Одностороннее затруднение носового дыхания;
- Ассиметрия лица, выраженная в отеке верхней губы, щеки, век;

Явления общей интоксикации – недомогание, слабость, головная боль, повышение температуры.

1-2 сутки с начала заболевания появляются уплотнение, гиперемия (увеличение кровенаполнения ткани), отечность в области волосяного фолликула. Также появляется болезненность, которая усиливается при жевании, мимическом напряжении мускулатуры. Возникает головная боль, повышение температуры, наблюдается общая слабость. Анализ периферической крови показывает увеличение СОЭ (скорости оседания эритроцитов). Через 3 или 4 дня появляется головка гнойника, которая имеет желтовато-белый цвет.

В следующие дни (обычно проходит 2-4 суток) центр инфильтрата становится мягким и выделяется гной в небольшом количестве. Некротический (отмерший) стержень волосяного фолликула отторгается, происходит очищение полости гнойника, которая заполняется грануляциями (ткани, развивающиеся при заживлении очага воспаления). Болевые ощущения снижаются, температура приходит в норму, значительно улучшается общее состояние.



Лечение

Зависит от стадии и тяжести течения заболевания. Госпитализация пациента и постельный режим рекомендованы для предотвращения осложнений;

● *Местное лечение:*

- До созревания фурункула назначаются тампоны с бальзамической мазью, 4% гелиомициновой, синтомициновой мазью;
- После вскрытия кожу обрабатывают 3% раствором перекиси водорода, борным спиртом, бриллиантовой зеленью;

● *Общее лечение* включает:

- Активную антибактериальную терапию перорально или парентерально в зависимости от тяжести состояния,
- Сульфаниламидные препараты,
- Десенсибилизирующие средства,
- Иммуностимуляторы, Витамины, Аутогемотерапию.
- *Физиотерапевтические процедуры* назначаются в начальных стадиях в виде сухого тепла, УФО, микроволновой терапии. В завершающей стадии показано проведения УВЧ-терапии.

Гематома перегородки носа

Гематома перегородки носа является следствием травмы наружного носа и представляет собой кровоизлияние между хрящом и надхрящницей.

Симптомы заболевания не всегда обращают на себя внимание: затруднение носового дыхания, гнусавая речь, незначительная болезненность.

Диагноз ставится на основании осмотра преддверия носа и передней риноскопии, при которой обнаруживается мешковидное выпячивание перегородки с одной или обеих сторон.

Осложнением гематомы является абсцесс перегородки носа, который р дней и характеризуется:

- усилением боли в области носа;
- ухудшением общего состояния, головной болью;
- повышением температуры до фебрильных цифр;
- резким затруднением носового дыхания.

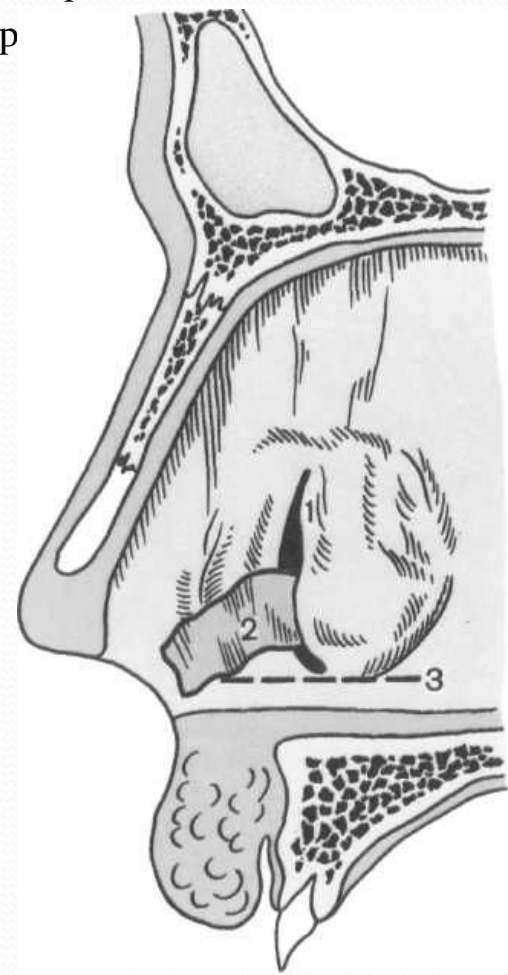
Неотложная помощь при обнаружении свежей гематомы включает:

- наложение холодного компресса на нос;
- проведение тугой тампонады полости носа;
- обеспечение консультации ЛОР врача.

Лечение гематомы состоит в пункции и отсасывании крови, проведении передней тампонады.

Лечение абсцесса перегородки носа проводится хирургическим путем

- широкое вскрытие перегородки с дренированием полости абсцесса.
- Назначается общее лечение - антибиотики, антигистаминные
- препараты, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая терапия.

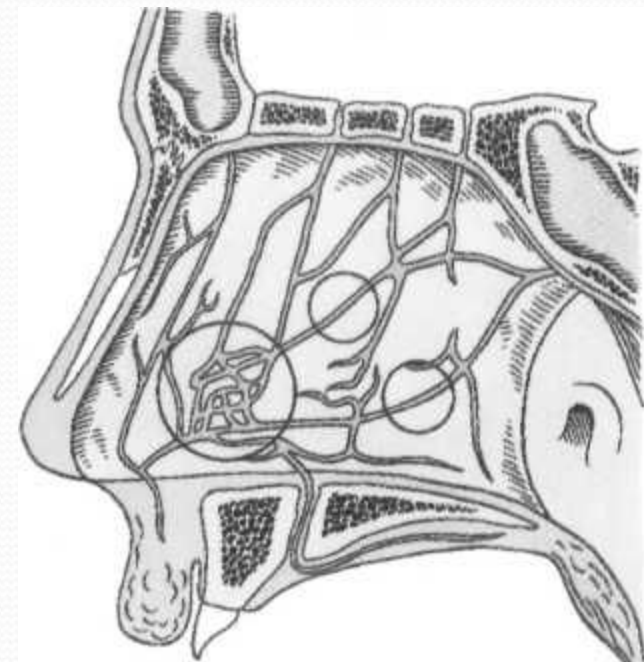


Носовые кровотечения

Могут быть вызваны местными и общими причинами. К местным причинам относятся травмы, инородные тела, новообразования полости носа, послеоперационные кровотечения.

К общим причинам можно отнести заболевания крови, сердечно-сосудистой системы, почек, печени, некоторые инфекционные заболевания, лучевую болезнь.

Самым частым местом кровотечения является передняя часть перегородки носа – зона Киссельбаха.



Неотложная помощь

- Придать пациента возвышенное положение с легким наклоном головы вперед (**ГОЛОВУ НЕ ЗАПРОКИДЫВАТЬ НАЗАД!!!**);
- Дать в руки почкообразный лоток для контроля кровопотери;
- Прижать крыло носа к перегородке;
- Положить холодный компресс на нос, пузырь со льдом на затылок;
- Ввести в преддверие носа ватный тампон, смоченный сосудосуживающим средством и прижать крыло носа.

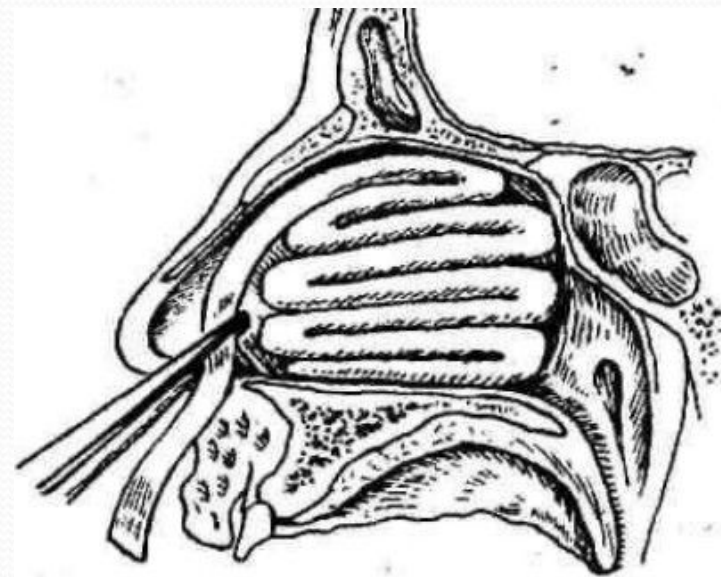
Передняя тампонада носа

Медицинские инструменты: коленчатый пинцет или носовой корнцанг, марлевые турунды шириной 1,5 см, длиной 10 и 20 см. Слизистую оболочку носа предварительно обезболивают путем распыления (или закапывания) в нос 2% раствора дикаина. Гемостатический раствор.

Процедура

- Пропитать тампон гемостатическим средством и слегка отжать;
- Захватить пинцетом тампон, отступя от края на 4-5 см и ввести петлю по дну носа до хоан;
- Прижать уложенную петлю к дну носа;
- Подобным образом ввести следующую петлю;
- Добиться тугого заполнения полости носа.

Максимальный срок нахождения тампона – 48 часов. Если кровотечение не удается остановить, пациент нуждается в госпитализации и проведении ЛОР врачом задней тампонады.



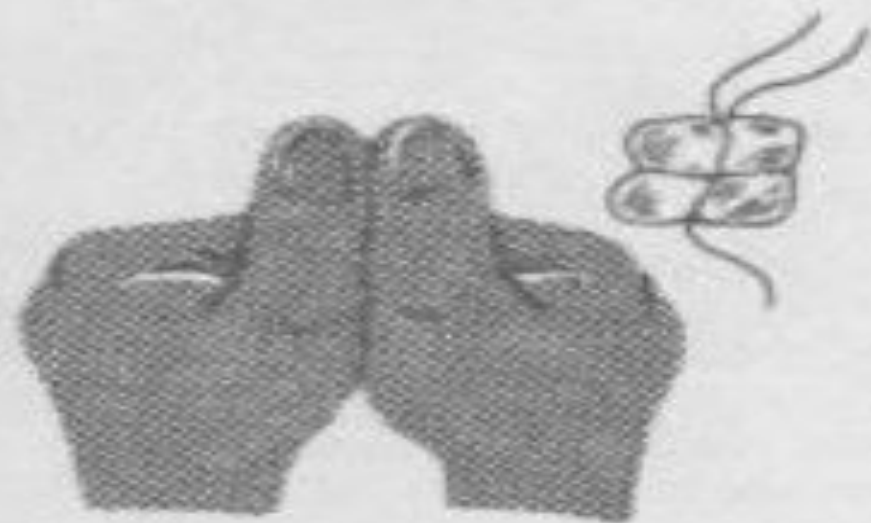
Задняя тампонада носа

- Медицинские оснащение: стерильный марлевый тампон размером 3-2,5-2 см, перевязанный крест накрест длинными шелковыми нитками; тонкий резиновый катетер; пинцет, корнцанг; гемостатические средства.

Методика

- Ввести тонкий резиновый катетер в полость носа до появления его в ротоглотке;
- Захватить катетер пинцетом и вывести через полость носа наружу;
- Привязать к концу катетера двумя нитками марлевый тампон;
- Подтянуть катетер за носовой конец; провести тампон за мягкое небо указательным пальцем и плотно прижать к хоане, фиксировать над марлевым валиком выведенные через нос нити; укрепить лейкопластырем на щеке оставленный во рту конец нити, предназначенный для удаления тампона.

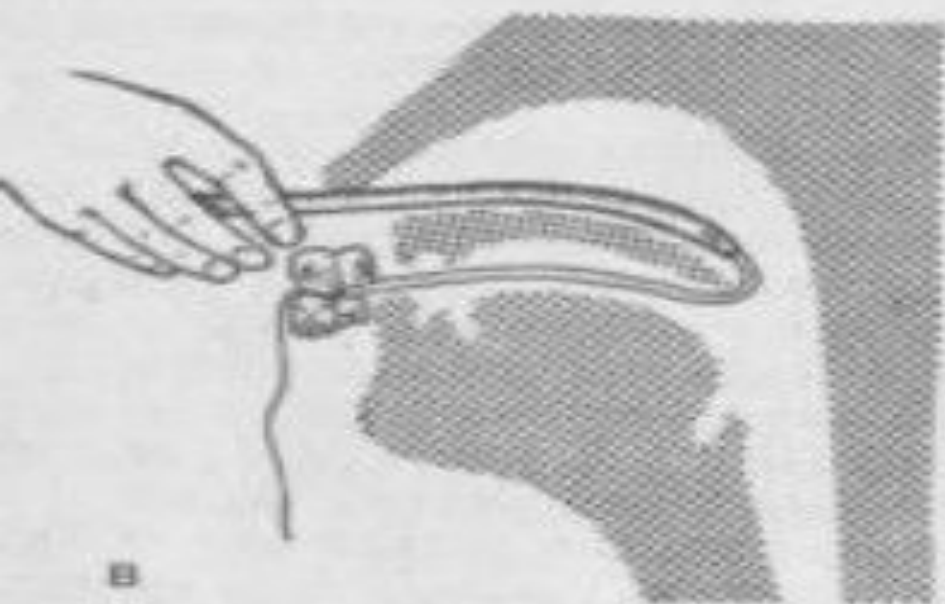
Задний тампон извлекают через сутки, иногда оставляют до 4-5 суток.



d



e



f



g

Острый ринит

Определение

Острый ринит – это острое воспаление слизистой оболочки носа. Сопровождается чиханием, зудом, затруднением носового дыхания, выделениями из носа различного характера.

Это заболевание относится к наиболее частым как у детей, так и у взрослых.



ЭТИОЛОГИЯ

- Снижение местной и общей реактивности;
- Общее или местное переохлаждение организма;
- Нарушение приспособительных нейрогуморальных механизмов;
- Активизация местной микрофлоры полости носа;
- Внесение чужеродных патогенных микроорганизмов или вирусов.

Клиника

Для острого катарального ринита характерно острое начало и поражение сразу обеих половин носа.

В клинике выделяют три стадии течения:

1 стадия – сухого раздражения;

2 стадия – серозной экссудации;

3 стадия – слизисто-гнойного отделяемого.

1 стадия – сухого раздражения

- От нескольких часов до 1-2 суток; Ощущение сухости, жжения, напряжения в носу; Затруднение носового дыхания иногда до полного прекращения; Общее недомогание, озноб, головная боль, субфебрильная температура; Снижение обоняния, вкусовых ощущений. При риноскопии определяется гиперемия, сухость, набухание слизистой, сужение носовых ходов.

2 стадия – серозной экссудации

- Характеризуется нарастанием клиники; Ощущение щекотания в носу, чихания; Появление обильного серозного отделяемого, которое постепенно приобретает слизистый характер; Раздражение кожи входа в нос и верхней губы; Слезотечение, иногда конъюнктивит. При риноскопии определяется выраженная гиперемия и припухлость слизистой оболочки, в носовых ходах прозрачная водянистая жидкость.

3 стадия – слизисто-гнойного отделяемого

- Наступает на 4-5 день заболевания; Слизисто-гнойное сероватое, затем зеленоватое густое отделяемое; Резко выраженное затруднение носового дыхания, гнусавость; Головная боль, общее недомогание. При риноскопии наблюдается гнойное отделяемое в носовых ходах.

В последующие дни количество секрета уменьшается, носовое дыхание и обоняние восстанавливается, улучшается общее состояние.

В ряде случаев при хорошем состоянии иммунной системы острый ринит протекает abortивно в течение 2-3 дней; при ослаблении защитных сил организма возможно затяжное течение или возникновение осложнений: синуситов, фарингитов, отитов и т.д.

Лечение в 1 стадии

- Согревающие и отвлекающие процедуры (сауна, ножные горчичные ванны, растирания);
- Массаж рефлексогенных зон (наружный край брови, внутренний край брови, спинка носа, верхний край крыла носа, кончик носа);
- Тепловлажные ингаляции с эфирными маслами, фитонцидами;
- Введение масляных препаратов в нос – «Пиносол», цитралевое масло, аэрозольных препаратов – «Каметона», «Камферона»;
- Противовирусные средства – интерферон, оксалиновая мазь, ремантадин и др.

Лечение во 2 стадии

- Потогонные средства для уменьшения секреции – отвары малины, липы, бузины, препараты аспирина;
- Вяжущие и подсушивающие капли – 2% раствор проторгола, колларгола, отвар коры дуба, заварка чая;
- Физиопроцедуры – УФО эндоназально и на подошвы.

Лечение в 3 стадии

- Сосудосуживающие капли в нос – раствор адреналина, нафтизин, санорин и другие для облегчения дыхания и обеспечения эвакуации отделяемого (но не более 3 раз в день на протяжении 7 дней, более длительное применения может привести к атрофии слизистой с последующими осложнениями);
- Проводится тщательный туалет носа путем отсмаркивания, с помощью электроотсоса;
- Вводятся антибактериальные средства в виде капель, мазей, порошков и аэрозольных препаратов – «Ингалипт», «Биопарокс»;
- Антигистаминные препараты, преднизолон назначаются при наличии аллергических проявлений;
- Общее антибактериальное лечение, витаминотерапия при затяжном течении заболевания;
- Физиотерапевтические процедуры – солюкс, УВЧ, микроволновая терапия для улучшения кровообращения и более быстрого разрешения патологического процесса

Принципиально новым подходом к лечению и профилактике острых респираторных инфекций и, в частности, острого ринита является применение иммуномодулирующего респираторного спрея ИРС19, в состав которого входят все основные возбудители заболеваний дыхательных путей.

В острой стадии заболевания распыляют по 1 дозе в каждый носовой ход от 2 до 5 раз в сутки до исчезновения симптомов инфекции. При профилактике – по 1 дозе 2 раза в день в течение 14-30 дней.



Хронические риниты

Хронические риниты - это хронические неспецифические заболевания полости носа. Согласно принятой в настоящее время классификации выделяют следующие формы хронического ринита:

- катаральный;
- гипертрофический - ограниченный и диффузный;
- вазомоторный - аллергическая и нейровегетативная форма;
- атрофический - простой и зловонный (озена).

Внешние причины, способствующие развитию хронических ринитов:

- сухость или влажность воздуха,
 - перепады его температур,
 - аллергические факторы,
 - производственные вредности.
- *Внутренние причины* могут быть местными и общими.
- *Местные причины:* внедрение инфекционного возбудителя, наличие аденоидов, заболеваний околоносовых пазух.
 - *Общие причины:* заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, дисменорея, хронические запоры, снижение иммунных сил организма.

Хронический катаральный ринит

Хронический катаральный ринит характеризуется затруднением носового дыхания преимущественно по ночам, необильным слизисто-гнойным отделяемым из носа. Общее состояние пациента удовлетворительное. Ухудшение наступает периодически после охлаждения, при этом отделяемое становится обильным и гнойным, нарушается обоняние, возможно развитие воспалительного процесса в среднем ухе.

Хронический гипертрофический ринит

Основным признаком хронического гипертрофического ринита является разрастание и утолщение слизистой оболочки полости носа, преимущественно нижней носовой раковины и в меньшей мере средней. Клинически это проявляется постоянным затруднением носового дыхания, обилием слизистого или слизисто-гнойного отделяемого, значительным снижением обоняния вплоть до аносмии. Утолщение задних концов нижних носовых раковин часто приводит к развитию тубоотита.

Хронический вазомоторный ринит

Хронический вазомоторный ринит имеет две формы: аллергическую и нейровегетативную.

Аллергический ринит

В развитии заболевания главную роль играет ингаляционное воздействие на слизистую оболочку полости носа различных аллергенов - пыльцы растений, шерсти животных, запахов бытовой химии и т. д.

Характерными признаками аллергического ринита являются: приступы, сопровождающиеся многократным чиханием; затруднение носового дыхания, не снимающееся введением сосудосуживающих средств; зуд в носу и глазах; обильные водянистые выделения из носа; выраженная гипосмия или anosmia.

Различают сезонный и постоянный тип аллергического ринита.

Нейровегетативный ринит

Нейровегетативный ринит возникает у ослабленных людей с повышенной чувствительностью к переохлаждению. В основе заболевания лежит нарушение нервных механизмов, вызывающее патологические реакции кавернозных тел носовых раковин. Нередко причиной развития этой формы ринита является длительное введение в нос сосудосуживающих препаратов.

Вазомоторный ринит по клиническим проявлениям имеет сходство с аллергической формой ринита.

При риноскопии у таких пациентов обнаруживают выраженную гиперемию и инфильтрацию слизистой оболочки носовых раковин, их цианотичность, серозное или серозно-слизистое отделяемое.

Хронический атрофический ринит

Возникновение атрофического процесса в носу связывают с:

- длительным воздействием пыли (цементной, табачной), газов, пара;
- неблагоприятными климатическими факторами;
- общим ослаблением организма;
- однообразным питанием, недостатком витаминов;
- перенесенными детскими инфекционными заболеваниями (корь, грипп, дифтерия, скарлатина).

Симптомами атрофического ринита являются:

- сухость в носу и глотке;
- скудное вязкое слизистое или слизисто-гнойное отделяемое;
- образование корок, при удалении которых возникают небольшие кровотечения.

Степень выраженности атрофического процесса может быть различной. Часто встречается незначительная атрофия слизистой дыхательной области носа, которая называется субатрофическим ринитом.

Озена

Озена, или зловонная форма атрофического ринита, представляет собой выраженный атрофический процесс слизистой оболочки и костных стенок полости носа. Установлено, что это инфекционное заболевание, вызываемое капсульной палочкой (клебсиеллой озены). Определенную роль играют социально-бытовые и профессиональные факторы. Болезнь продолжается в течение всей жизни, затихая во время беременности и к старости.

Клиническое течение заболевания можно разделить на четыре стадии:

- 1 стадия - скрытая, когда еще отсутствуют жалобы и клинические проявления, но произошло инфицирование организма.
- 2 стадия - начальная, в которой отмечается сухость и умеренная атрофия слизистой с образованием серовато-зеленых корочек, появлением гипосмии.
- 3 стадия - разгара заболевания с атрофией слизистой и костной ткани носа, образованием большого количества корок и появлением сильного зловонного запаха, заметного окружающим, развитием anosмии.
- 4 стадия - запущенная, в которой вовлекаются в процесс околоносовые пазухи, нарушаются все функции носа.

Лечение хронических ринитов

Лечение различных форм хронического ринита включает в себя:

- устранение факторов, вызывающих и поддерживающих насморк;
- лечение лекарственными препаратами соответственно форме заболевания;
- хирургическое лечение по показаниям;
- физиотерапию и климатотерапию.

При хроническом катаральном рините

больным следует рекомендовать пребывание в сухом теплом климате. Необходимо провести санацию очагов инфекции в полости рта и носоглотке.

Для воздействия на слизистую применяют:

- вяжущие средства: 3-5% раствор протаргола по 5 капель 3 раза в день, смазывание слизистой 3-5% раствором нитрата серебра или раствора йод глицерина;
- физиотерапию: УФО эндонозально, УВЧ или микроволновую терапию;
- биостимуляцию: чередовать курсы пилоидина, ингаляции бальзамических растворов, отваров трав и д.р.

При лечении хронического гипертрофического ринита

необходимо установить истинность гипертрофического процесса. С этой целью проводят анемизацию слизистой оболочки носовых раковин раствором адреналина. Отсутствие сосудосуживающего эффекта подтверждает истинный характер гипертрофии.

Выбор способа лечения зависит от степени выраженности гипертрофического процесса:

- криодействие и электрокаустика применяется при наличии начальных форм заболевания;
- задняя конхотомия производится при гипертрофии задних концов нижних носовых раковин с помощью полипной петли;
- передняя конхотомия показана при более обширном гипертрофическом процессе и выполняется специальными конхотомными ножницами;
- ультразвуковая интеграция носовых раковин является методом лечения начальной стадии гипертрофического процесса.

Лечение хронического аллергического ринита

- выявление в аллергологическом кабинете с помощью специальных проб аллергенов, способствующих сенсibilизации организма и устранение контакта пациента с ними;
- проведение в стадии обострения неспецифической гипосенсibilизации применением антигистаминных препаратов и кортикостероидов по схеме, физиотерапевтическое лечение (фонофорез и электрофорез);
- проведение в стадии ремиссии специфической гипосенсibilизации посредством введения постепенно возрастающей дозы экстракта аллергена.

нейровегетативной формы вазомоторного ринита

- повышение сопротивляемости организма путем постепенного закаливания физическими упражнениями, климатотерапией, туризмом;
- назначение витаминотерапии, биостимуляторов, седативных препаратов, антигистаминных средств, оказывающих общее положительное влияние на организм;
- применение растворов вяжущих препаратов, альбуцида, десенсибилизирующих средств, физиотерапевтических процедур (УФО, электрофорез), которые уменьшают секрецию желез, укрепляют сосудистую стенку;
- иглорефлексотерапию для устранения имеющихся нейрорефлекторных нарушений.

Лечение хронического атрофического ринита

- устранение вредных внешних факторов и травматизации слизистой полости носа;
- применение масляно-щелочных растворов, рыбьего жира, витаминизированных растительных масел для удаления корок и улучшения трофики слизистой оболочки;
- смазывание слизистой оболочки йод-глицерином один раз в день для усиления деятельности желез;
- использование лекарственного воздействия на слизистую полости носа сока алоэ, каланхоэ, меда;
- назначение препаратов общего действия: поливитаминов, препаратов железа, йода, биогенных стимуляторов (ФИБС, алоэ, гумизоль, аутогемотерапии).

Лечение ошейки должно быть комплексным и включать

- химиотерапию, направленную на устранения возбудителя (с этой целью применяются антибиотики цефалоспоринового ряда, нитрофурановые препараты);
- витаминотерапию, седативные средства, стимулирующие препараты;
- местное лечение: удаление корок щелочными растворами, обработка слизистой индифферентными маслами, физиологическим раствором.

Острые синуситы

Острый синусит – это воспаление слизистой оболочки, возникшее в одной или нескольких околоносовых пазухах.

В зависимости от локализации синусит бывает:

- острый верхнечелюстной синусит;
- острый этмоидит (воспаление слизистой оболочки ячеек решетчатого лабиринта);
- острый фронтит (воспаление лобной пазухи);
- острый сфеноидит (воспаление клиновидной пазухи)

Если воспалительный процесс затронул все пазухи, то он диагностируется как острый **пансинусит**. Если воспаление пазух носахватило одну половину головы (правая или левая лобная и верхнечелюстная пазухи), то данное состояние называется **гемисинусит**. Если воспалены более одной, но при этом ни все околоносовые пазухи, то данный процесс называется **полисинусит** (поли – от слова много).

ЭТИОЛОГИЯ

- Синуситы по этиологии делятся на вирусные и бактериальные, по патофизиологии – гнойные и катаральные. Чаще всего вирусному синуситу соответствует катаральная форма, а бактериальным – гнойная.
- Неблагоприятные факторы внешней среды, снижение иммунитета, стрессы, переутомление, однообразная и скудная еда, а так же индивидуальные особенности организма относятся к общим факторам провоцирующие возникновение синусита.
- К местным причинам можно отнести нарушение вентиляционной и дренажной функций в «придаточных» пазухах носа. и носа и околоносовых пазух, а так же искривлении носовой перегородки.
- Но все же, в возникновении острого синусита главную роль играет инфекция, в основном кокковая (стрептококк, стафилококк, пневмококк).

Клиническая картина

При остром синусите наблюдается слабость, головная боль, недомогание. Может возникнуть лихорадочное состояние, имеются воспалительные изменения в общем анализе крови.

Всем формам острого синусита присуще:

- Затруднение носового дыхания. Бывает постоянным или периодическим, одно или двухсторонним, может возникнуть из-за обструкции (перекрытия просвета) отверстий пазух носа отеком;
- Выделения из носа. Бывают постоянными и временными, с двух или одной стороны. Из-за отека слизистой оболочки полости носа или соустья (отверстие между околоносовой пазухой и полостью носа) выделения могут отсутствовать. Часто отмечается затекание секрета в носоглотку;
- Головные боли.
- При тяжелом течении синусита возможна отечность мягких тканей лица в проекции гайморовых и лобных пазух. В некоторых случаях возникает периостит (воспаление надкостницы).

Диагностика

При диагностике острых синуситов проводится

- риноскопия (осмотр полости носа),
- эндоскопия полости носа,
- рентгенологическое исследование околоносовых пазух и
- при необходимости диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи с бактериологическим исследованием отмытого содержимого.

В случае необходимости назначают

- исследования с помощью импульсного ультразвука,
- тепловидения,
- компьютерной (КТ) и
- магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Необходимо обязательно проводить дифференциальную диагностику острого синусита и отличать его от невралгии первой и второй ветви тройничного нерва.

Лечение

Направлено на элиминацию очага инфекции, явлений воспалительного процесса и эвакуацию отделяемого из пазух(и). Кроме того, необходимо добиться восстановления вентиляционной и дренажной функций околоносовых пазух. Это важно с точки зрения предупреждения рецидивов (повторов) данного заболевания.

К местному лечению относится зондирование и промывание лекарственными препаратами лобной, решетчатой и клиновидной пазух.

Общее лечение включает:

- Современную ступенчатую антибиотикотерапию монопрепаратом;
- Десенсибилизирующее лечение при наличии аллергического фона для устранения отека слизистой оболочки (диазолин, супрастин, тавегил, фенкарол, кестин и т.д.)
- Иммуномодулирующие средства для ускорения процесса выздоровления и предупреждения рецидивов заболевания;
- Симптоматическое лечение;
- Витаминотерапия.

Физиотерапевтические процедуры назначаются после обеспечения оттока из пазух содержимого: УВЧ, диатермия, УФО эндоназально, электрофорез, фонофорез, аппликации озокерита, лазерная и магнитотерапия.

Острый гайморит

Острый максиллит (гайморит) является наиболее часто встречающимся синуситом, что объясняется особенностями анатомического строения пазухи и близостью к ней корней задних зубов.

Местными симптомами заболевания являются:

- боль в области пазухи (собачьей ямки), лба, корня носа, иррадиирующая в зубы и висок, иногда разлитая головная боль;
- затруднение носового дыхания на стороне поражения;
- выделения из носа обычно односторонние вначале жидкие, затем становятся вязкими и гнойными;
- умеренное нарушение обоняния.

Общие симптомы проявляются в виде озноба, повышения температуры, ухудшения общего самочувствия, слабости.

Передняя риноскопия позволяет увидеть гиперемию и отечность слизистой, особенно в области среднего носового хода и скопление там же густого секрета в виде "полоски гноя".

Рентгенография выявляет интенсивное затемнение верхнечелюстной пазухи по сравнению с глазницами.

Диафаноскопия демонстрирует отсутствие свечения зрачка на стороне поражения.

Диагностическая пункция дает возможность получить содержимое пазухи, определить его характер, провести бактериологическое исследование.

Острый фронтит

Острый фронтит занимает третье место по частоте, но во многих случаях протекает значительно тяжелее, чем воспаление других пазух.

Местные симптомы заболевания:

- боль распирающего характера в области лба, глазниц, усиливающаяся при наклоне головы вниз, иррадиирующая в височную и затылочную область;
- затруднение носового дыхания одностороннее;
- выраженное снижение обоняния;
- отек мягких тканей лба, верхнего века, внутреннего угла глаза.

Общие симптомы заболевания выражены достаточно резко:

- повышение температуры до фебрильных цифр;
- сильная головная боль;
- слабость, ухудшение самочувствия.

При риноскопии обнаруживается:

- утолщение слизистой оболочки и гиперемия ее в области переднего конца средней носовой раковины;
- гнойное содержимое в среднем носовом ходе.

Трепанопункция лобной пазухи производится с диагностической и лечебной целью. После исследования состояния пазухи через образованное отверстие вводят металлическую канюлю, через которую осуществляют промывание пазухи и введение лекарственных препаратов.

Рентгенологическое исследование производится в прямой и боковой проекции и определяет затемнение пораженной пазухи.

Острый этмоидит

Острый этмоидит стоит на втором месте по частоте поражения пазух и периодически сочетается с поражением верхнечелюстной и лобной пазух.

Местными симптомами заболевания являются:

- боль давящего характера в области корня и спинки носа;
- затруднение носового дыхания на стороне поражения;
- выделения из носа серозные, слизисто-гнойные и в дальнейшем гнойные;
- значительно выраженное нарушение обоняния;
- отек и гиперемия внутреннего угла глаза и конъюнктивит, часто встречающиеся в детском возрасте, что может быть начальным признаком орбитального осложнения;
- отек век, выпячивание глазного яблока и отклонение его кнаружи являются признаками флегмоны орбиты.

Общие симптомы заболевания выражены в значительной степени.

Передняя риноскопия обнаруживает:

- катаральные изменения слизистой оболочки в основном в области средних носовых ходов при воспалении передних клеток решетчатого лабиринта;
- полосу гноя под средней носовой раковиной;
- гиперемия и отек слизистой оболочки в области верхнего носового хода при воспалении задних клеток решетчатого лабиринта.

Рентгенологическое исследование воспалительного процесса в пазухах решетчатой кости проводится в определенных проекциях, позволяющих выявить понижение пневматизации передних, средних и задних клеток решетчатого лабиринта. В последнее время применяется методика контрастного исследования состояния пазух решетчатой кости с применением специальных укладок и модифицированной иглы Куликовского.

Острый сфеноидит

Острый сфеноидит обычно сочетается с воспалением задних клеток решетчатого лабиринта.

Местные симптомы заболевания следующие:

- головная боль в области затылка, иногда в глазнице, темени;
- затруднение носового дыхания, выраженное непостоянно;
- выделения из носа обычно отсутствуют, так как стекают в носоглотку, скапливаются там по утрам и удаляются с большим трудом;
- нарушение обоняния выражено значительно - до аносмии.

Общие признаки заболевания:

- температура субфебрильная;
- общее состояние относительно удовлетворительное;
- отмечается слабость, раздражительность, снижение работоспособности.

При передней и задней риноскопии определяется скопление отделяемого в верхних и задних отделах полости носа, образование там корок.

Диагноз ставится на основании клинических данных, рентгенологического исследования с применением специальной аксиальной укладки, зондирования и пункции клиновидной пазухи. В последнее время используется эндоскопическое обследование и компьютерная томография.

Хронический синусит

Хроническое воспаление околоносовых пазух может возникнуть по разным причинам:

- несвоевременная диагностика и неадекватность проводимой терапии;
- переход воспалительного процесса с других пазух;
- наличие препятствий для оттока содержимого - полипы, искривление носовой перегородки, аденоиды;
- воспалительный процесс корней зубов;
- снижение иммунитета, аллергизация организма.

Различают следующие формы хронического воспалительного процесса:

- экссудативная - катаральная, серозная, гнойная;
- продуктивная форма - полипы, кисты, мукоцеле;
- альтеративная форма - атрофические изменения;
- смешанные формы;
- аллергические риносинусопатии.

Основные симптомы хронических синуситов вне обострения:

- местные: затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа с неприятным запахом.
- общие: упорная головная боль, усиливающаяся при наклоне головы, слабость, повышенная утомляемость.
- наличие сопутствующих заболеваний: хронического фарингита, трахеита, бронхиальной астмы, хронических заболеваний желудка.

По данным некоторых авторов аллергический фактор лежит в основе 90% всех воспалительных заболеваний околоносовых пазух. В связи с этим аллергические риносинусопатии рассматриваются как одна из форм хронического воспалительного процесса. Обычно аллергический синусит сопутствует аллергическому риниту и сопровождается другими этиологически связанными заболеваниями (крапивница, бронхиальная астма, экзема).

При риноскопии наблюдаются характерные изменения: слизистая оболочка носа приобретает синюшный оттенок с белыми участками.

Рецидивирующее течение заболевания приводит к полипозному перерождению слизистой оболочки. В полости носа при риноскопии определяются гладкие блестящие сероватые образования, расположенные обычно на узкой ножке в среднем или верхнем носовом ходе.

Диагноз ставится на основании анамнеза, клиники и данных рентгенологического обследования.

Лечение хронического синюита должно предусматривать:

- устранение причины, вызвавшей заболевание;
- эвакуацию воспалительного экссудата путем анемизации выводных протоков, пункции или зондирования;
- назначение общей противовоспалительной терапии;
- применение иммуностимулирующих препаратов;
- проведение физиотерапевтических процедур.

При лечении риносинусопатии в процессе обострения назначаются десенсибилизирующие средства в качестве местного и общего лечения. В тяжелых случаях вводятся гормональные препараты. Вне обострения проводится специфическая гипосенсибилизация.

Хирургическое лечение хронических синуситов проводится при наличии препятствий для оттока содержимого, при отсутствии эффекта от консервативного лечения или появлении признаков осложнений.

При хроническом воспалении лобной пазухи с диагностической и лечебной целью проводят трепанопункцию.

Орбитальные (глазничные)

осложнения

Орбитальные (глазничные) осложнения чаще развиваются при поражении клеток решетчатого лабиринта и лобной пазухи вследствие острого процесса или обострения хронического. При этом возникает воспаление мягких тканей глазницы и формируется флегмона орбиты или ретробульбарный абсцесс. Наиболее характерные признаки орбитальных осложнений следующие:

- гиперемия и отек в области соответствующей пазухи;
- боль в глазнице, образование болезненного инфильтрата;
- ограничение подвижности глазного яблока;
- экзофтальм (признак развития ретробульбарного процесса);
- снижение остроты зрения, изменение полей зрения, центральная скотома (отмечается при воспалении задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи);
- резкое ухудшение общего состояния, озноб, фебрильная температура, гематологические изменения могут быть следствием развития тромбоза сосудов, в частности, кавернозного синуса.

При появлении признаков орбитального осложнения необходима срочная госпитализация, рентгенологическое обследование, консультация окулиста, активная антибактериальная терапия. На этом фоне проводится вскрытие пазух и санация гнойного процесса в глазнице.

Внутричерепные риногенные осложнения

Внутричерепные риногенные осложнения развиваются контактным и гематогенным путем в результате хронического синусита, фурункула носа, абсцесса носовой перегородки. Эти осложнения проявляются в виде экстрадурального и субдурального абсцессов, гнойного менингита, арахноидита, абсцесса мозга.

Основные симптомы внутричерепных осложнений следующие:

- сильная головная боль;
- тошнота и рвота;
- ригидность затылочных мышц;
- судороги, потеря сознания;
- озноб, повышение температуры постоянного типа.

Лечение внутричерепных осложнений хирургическое. Оно включает санацию источника воспаления с одновременной активной противовоспалительной, дегидратационной, дезинтоксикационной терапией.

Профилактика синуситов

Вопрос специфической профилактики синуситов до последнего времени оставался открытым. Успехи современной иммунологии привели к созданию таких препаратов, как ИРС19, Имудон, Рибомунил и других, которые обеспечивают процессы специфической и неспецифической иммуномодуляции и дают обнадеживающие результаты в профилактике заболеваний ЛОР органов, в том числе и синуситов. Неспецифическая профилактика должна быть направлена на устранение очагов инфекции в организме и вредных факторов внешней среды.

Тщательный уход за полостью рта, своевременная санация зубов, околодесневых карманов, полноценное лечение ринитов и других заболеваний верхних дыхательных путей устраняет внутренние факторы, способствующие развитию синуситов. Диспансеризация больных хроническими заболеваниями ЛОР органов способствует выявлению носителей латентной инфекции и своевременному их оздоровлению.

Повышение сопротивляемости организма к внешним воздействиям обеспечивается проведением следующих мероприятий:

- систематическое применение воздушных ванн в теплое время года;
- ежедневная гимнастика, душ после нее, обмывание шеи холодной водой повышает устойчивость организма к перепадам температур;
- дыхательная гимнастика - вдохи и выдохи поочередно через правую и левую половину носа - является эффективным способом для обеспечения нормального носового дыхания;
- полноценное питание, прием свежих овощей и фруктов в течение года нормализует деятельность кишечника и обменные процессы;
- своевременное, комплексное лечение синуситов предупреждает развитие внутричерепных и орбитальных осложнений.