

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра лор-болезней с курсом ПО
Зав.кафедрой: ДМН,Проф. Вахрушев С.Г.

Реферат

На тему: «Заболевания носа и околоносовых пазух»

Выполнила: врач-ординатор 1 года
Савченко Т.И.

Красноярск, 2018г

Содержание

1. Введение.....	3
2. Фурункул носа.....	4-5
3. Искривление носовой перегородки.....	5-6
4. Острый и хронический ринит.....	6-12
5. Синуситы.....	12-13
6. Полипы носа.....	13-15
7. Заключение.....	15
8. Использованная литература.....	16

1. Введение

Воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух по-прежнему занимают одно из ведущих мест в проблеме диагностики и лечения патологии верхних дыхательных путей. За последние 10 лет заболеваемость синуситами выросла в три раза, а больные, госпитализированные по поводу болезней околоносовых пазух, составляют примерно 2/3 от общего числа пациентов специализированных стационаров (Г.З.Пискунова, С.З.Пискунова, 2002.).

Заболевания органов верхних дыхательных путей и уха особенно актуальны в Красноярском крае в силу климатических условий и экологической ситуации. Патология органов дыхания занимает основное место в структуре заболеваемости населения Красноярского края среди них воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух. В последние годы отмечена тенденция к росту заболеваемости острыми синуситами, достоверно увеличилось количество больных с хроническими синуситами. В структуре оториноларингологических болезней в Красноярском крае

- 1 место занимают болезни носа и околоносовых пазух,
- 2 место - заболевания глотки,
- 3 место - заболевания органов слуха.

2. Фурункул носа

Фурункул носа — острое воспаление волосяной сумки или сальной железы.

Этиология. Основное значение имеет местное снижение устойчивости кожи и всего организма к стафилококковой и стрептококковой инфекции. В этих условиях микрофлора, попадая в волосяные сумки и сальные железы кожи, чаще нижней трети носа и его преддверия (нередко вносится руками), вызывает, как правило, острое гнойное воспаление. Появлению фурункула носа способствуют диабет, нарушение общего обмена веществ, гиповитаминоз, а также переохлаждение организма. В детском возрасте фурункулы чаще бывают у ослабленных детей. Иногда фурункул носа как гнойное заболевание служит первым проявлением сахарного диабета. Нередко возникает несколько фурункулов не только в области носа, но и на других частях тела (фурункулез). Если два фурункула или больше сливаются и образуется карбункул, местная и общая воспалительная реакция резко возрастает.

В патогенезе фурункула следует отметить, что в воспалительном инфильтрате, окружающем волосяную сумку, происходит тромбоз мелких венозных сосудов, поэтому увеличение инфильтрата (особенно при карбункуле) угрожает распространением тромбоза по венозным путям (*v. facialis ant.*, *v. angularis*, *v. ophtalmica*) в область *sinus cavernosus* или другие сосуды черепа и развитием тяжелого (возможно летального) внутричерепного осложнения или сепсиса.

Клиническая картина. Постоянными симптомами фурункула носа являются резкая боль в области воспалительного очага, ограниченный, покрытый гиперемизированной кожей конусовидный инфильтрат, на верхушке которого обычно через 3—4 дня появляется желтовато-белого цвета головка — гнойник. В течение 4—5 последующих дней происходит созревание гнойника и разрешение воспаления. Общая реакция организма в легких случаях течения фурункула отсутствует либо незначительна.

Неблагоприятное местное течение фурункула, развитие карбункула, как правило, сопровождаются субфебрильной или фебрильной температурой, повышением СОЭ, лейкоцитозом, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов. Диагностика основывается на местной картине и течении заболевания. В дифференциальной диагностике необходимо учитывать возможность локализации в передних отделах перегородки носа абсцесса или в редких случаях риносклеромы. У больных с тяжелым или затяжным течением фурункула носа, а также с фурункулезом необходимо исследовать кровь и суточную мочу на сахар для исключения диабета. В момент высокого подъема температуры нужно исследовать кровь на стерильность с целью раннего выявления сепсиса. Из гнойника берут мазок для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. При тяжелом течении фурункула носа систематически исследуют неврологическую симптоматику, формулу крови, ее свертывающую систему, осматривают глазное дно, измеряют температуру через 3 ч и т.д.

Лечение. В легких случаях течения фурункула носа, когда местная реакция незначительна, а общее состояние остается в норме, лечение проводят амбулаторно; как правило, оно консервативное. Назначают антибактериальный препарат, поливитамины, местно кварц и УВЧ, кожу вокруг фурункула обрабатывают борным спиртом. Тактика лечения значительно меняется при появлении вокруг фурункула инфильтрата, распространяющегося на окружающие участки носа и лица, при ухудшении общего состояния или появлении каких-то других отягощающих признаков. Учитывая возможность возникновения тяжелых осложнений, такого больного госпитализируют.

3. Искривление носовой перегородки

Искривление носовой перегородки (*deviatio septi nasi*) – естественное (связанное с особенностями роста) стойкое смещение костных или хрящевых

структур перегородки носа, сопровождающееся нарушением носового дыхания. (В.Т.Пальчун и соавт. Оториноларингология. С.100).

Различают три вида деформации перегородки носа:

- искривление;
- гребень;
- шип;

Причина деформаций перегородки носа может быть обусловлена физиологическими, травматическими и компенсаторными факторами.

Симптомы искривления носовой перегородки:

1. Затруднение носового дыхания
2. Храп.
3. Сухость в полости носа.
4. Хронический ринит, синусит, риносинусит.
5. Аллергические заболевания.
6. Изменения формы носа.

Лечение искривления носовой перегородки- хирургическое. Среди разновидностей операций на перегородке носа можно выделить два типа: классическую радикальную операцию – подслизистую резекцию перегородки носа по Киллиану и более щадящую методику – круговую резекцию по Воячеку. (В.Т.Пальчун и соавт. Оториноларингология. С.102-103).

4. Острый и хронический ринит

Ринит («rhinos» – нос и «itis» - воспаление, в быту — насморк) - синдром воспаления слизистой оболочки носа. Инфекционный ринит вызывается различными микробами и вирусами; развитию ринита способствует переохлаждение, сильная запыленность и загазованность воздуха. Ринит — частый симптом других заболеваний (например, гриппа, дифтерии, кори и др.).

Классификация:

- Инфекционные:

- Острый ринит;
- Хронический ринит:
 - Хронический катаральный ринит;
 - Хронический гипертрофический ринит;
 - Атрофический ринит;
 - Зловонный атрофический насморк — озена.
 - Неинфекционные — вазомоторные риниты:
- Нейровегетативный ринит;
- Аллергический ринит.

Этиология: инфицирование респираторного эпителия начинается, когда патоген вступает в контакт с эпителиальными клетками и тканями. Слизистую оболочку носа поражают преимущественно риновирусы. Однако любой вирус, обладающий эпителиотропностью, способен вызывать респираторную инфекцию и острый ринит. (Н.А.Арефьева и соавт. Лекция «Ринит». С. 63-67)

Патогенез: Патогенез острого инфекционного ринита определяется адекватностью местных иммунных реакций. Неспецифические факторы надэпителиального слоя представлены секреторными антителами s Ig A и s Ig M, которые препятствуют адгезии инфекционного возбудителя к эпителиальным клеткам. Внутриклеточную репродукцию вируса ограничивают интерфероны (альфа, бета, гамма). Защитные механизмы, направленные на элиминацию патогенов, уже проникших в эпителиальную клетку, осуществляются за счет ее разрушения цитотоксическими лимфоцитами, антителами и др.

Клиника ринита. В начале заболевания появляются неприятные ощущения в полости носа в виде сухости и жжения. Риноскопически в этот период слизистая оболочка носа выглядит набухшей, ярко гиперемированной, сухой. Такие симптомы сохраняются 1-2 дня и затем сменяются обильной секрецией. Отделяемое из носа приобретает слизистый характер, дыхание носом ограничивается. Изменяется тембр голоса-он

становится гнусавым. Общие симптомы проявляются в виде недомогания, слабости, головной боли, нарушения сна. Через несколько дней отделяемое из носа становится слизисто-гнойным или гнойным, трудно отсмаркивается. Могут присоединяться жалобы на неприятные ощущения или боли в области лба, верхней челюсти, усиливающиеся при наклоне головы. Риноскопическая картина в этот период имеет свои особенности. Слизистая оболочка носа цианотичная, застойная, носовые раковины увеличены в объеме, в общем носовом ходе – слизисто-гнойное отделяемое.

Принято выделять три стадии острого ринита.

I стадия «сухая» - стадия раздражения,

II стадия – серозных выделений,

III стадия – слизисто-гнойных выделений.

Продолжительность острого насморка 8-14 дней.

Лечение острого инфекционного ринита должно определяться с учетом патогенеза острой воспалительной реакции, протекающей в три этапа: начало болезни (1-3 день), период выраженных клинических симптомов (2-4 день), восстановительный период (после 5 дня).

В период выраженных клинических проявлений показан домашний режим. Применение препаратов противовирусного, антибактериального действия и иммунокорректоров определяется стадией острого инфекционного ринита.

Хронический катаральный ринит (*rhinitis catarrhalis chronica*) – характеризуется разлитой застойной гиперемией слизистой оболочки, равномерной припухлостью носовых раковин (В.Т.Пальчун и соавт. Оториноларингология. С.120). При хроническом катаральном рините преобладают метаплазия и пролиферация слизистой оболочки в области передних концов носовых раковин. В дальнейшем может наблюдаться пролиферация соединительнотканых элементов, гипертрофия стенок сосудов и расширение просвета с вовлечением в процесс надкостницы и

кости. (Самура Б. А., и соавт. Фармакотерапия с фармакокинетикой: Учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений. 2006. — 472 с.).

Лечение. Устраняют экзогенные (протзводственные, климатические) и эндогенные (искривление перегородки носа, удаление аденоидных вегетаций) факторы. Для местного лечения применяют вяжущие средства: 3 – 5 % раствор протаргола по 5 капель 2 – 3 раза в день в полость носа, смазывание слизистой оболочки 3 -5 % раствором нитрата серебра (ляписом), 2% салициловой мазью. Одновременно рекомендуются тепловые процедуры (В.Т.Пальчун и соавт. Оториноларингология. С.120).

Хронический гипертрофический ринит (*rhinitis chronica hyperthrophica*) – характеризуется разрастанием слизистой оболочки надкостницы и костного вещества носовых раковин. (В.Т.Пальчун и соавт. Оториноларингология. С.121). Постепенно обонятельные рецепторы атрофируются и возникает необратимая утрата обоняния, а это приводит к тому, что больной не чувствует вкуса пищи.

Этиология. Эта форма хронического ринита чаще всего развивается в результате повторяющихся острых насморков, чему способствует постоянное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды - загазованность, запыленная атмосфера, частые перепады температуры, сырость и сквозняки.

Патогенез. Наиболее типичным местом гипертрофии являются передний и задний концы нижней носовой раковины и передний конец средней носовой раковины.

Клиника. Постоянная заложенность носа обуславливает изменение тембра голоса – появляется закрытая гнусавость (*rhinolalia clausa*) (В.Т.Пальчун и соавт. Оториноларингология. С.121). Больные отмечают слизисто-гнойное отделяемое из носа, головную боль, гнусавость, повышенную утомляемость, снижение или отсутствие обоняния.

Лечение. Применяют различные методы хирургического лечения, целью которых является восстановление носового дыхания за счет удаления или уменьшения гипертрофированных участков слизистой оболочки.

Эффективным методом восстановления носового дыхания при гипертрофическом рините является резекция гиперплазированных участков носовых раковин – щадящая нижняя конхотомия. В амбулаторных условиях можно производить ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин. Для ее выполнения используют генератор ультразвука с набором специальных волноводов. В среднем продолжительность процедуры составляет 3 -4 минуты.

Хронический атрофический ринит (*rhinitis chronica atrophica*) представляет собой ограниченные или диффузные неспецифические изменения слизистой оболочки полости носа, в основе которых лежит не воспалительный, а дистрофический процесс. (В.Т.Пальчун и соавт. Оториноларингология. С.124).

Клиника. Основными симптомами являются ощущение сухости в носу, наличие вязкого, с трудом отсмаркиваемого отделяемого, высыхающего в желтовато-сероватые корки, понижение обоняния до его полного отсутствия. При передней риноскопии слизистой оболочки носа выглядит бледной, сухой с просвечивающими через нее легко ранимыми сосудами; носовые раковины уменьшены, общий и отдельные носовые ходы широкие до такой степени, что становится обозримой задняя стенка носоглотки.

Вазомоторные риниты. Как уже было сказано, различают 2 формы:

- аллергическую;
- нейровегетативную.

Аллергический ринит (АР) имеет сезонную и круглогодичную (постоянную) формы. В последнее время выделяют еще и профессиональную форму АР. Сезонная форма обычно связана с пылью цветущих растений (амброзия, артемизия, кипарис, грецкие орехи, берёза, тополиный пух, злаковые растения и т.д.), поэтому ее часто называют также сенным насморком, или сенной лихорадкой. Круглогодичная (постоянная) форма АР 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.

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. У больных нейровегетативной формой ринита в анамнезе заболевания и при специальном аллергологическом исследовании не обнаруживаются какие-либо причинно значимые аллергены.

Клиническая картина. Основными симптомами обеих форм вазомоторного ринита является триада признаков:

- пароксизмальное чиханье;
- обильная носовая гидрорея;
- затруднение носового дыхания, зуд и шекотание в носу.

Лечение. Терапия вазомоторного ринита - весьма сложная задача, не всегда полностью разрешимая, требует профессионального подхода и терпения больного.

При аллергической форме вазомоторного ринита терапия должна быть комплексной:

- индивидуальные методы защиты больного от попадания в организм аллергена;
- специфическая иммунотерапия (АСИТ);
- неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия;
- хирургические методы, направленные на элиминацию гнойного очага и уменьшения объема стойко увеличенных нижних носовых раковин;

- местная кортикостероидная терапия, рефлексотерапия.

5. Синуситы

Синусит (новолат. sinusitis, от лат. sinus — пазуха и лат. -itis — суффикс, означающий воспаление; синоним: сину́ит) — воспаление одной или нескольких придаточных пазух носа, возникает как осложнение при остром насморке, гриппе,, кори, скарлатине и других инфекционных заболеваниях.

Классификация:

По характеру течения:

- Острые;
- Хронические.

По форме:

- Экссудативные:

- Серозные;
- Катаральные;
- Гнойные;

- Продуктивные:

- Пристеночно-гиперпластические;
- Полипозные

По этиологическому фактору:

- Вирусные (развиваются после ОРВИ);
- Бактериальные;
- Грибковые (чаще как суперинфекция);
- Смешанные;
- Аллергические (Руководство по оториноларингологии, под

ред.И.Б.Солдатов, М.: Медицина 1997, С.256—272)

По месту локализации выделяют:

- Гайморит (верхнечелюстной синусит) — воспаление верхнечелюстной придаточной пазухи;

- Фронтит — воспаление лобной придаточной пазухи;
- Этмоидит — воспаление ячеек решётчатой кости;
- Сфеноидит — воспаление клиновидной пазухи.

В случае вовлечения в воспалительный процесс всех пазух одной половины лица, заболевание имеет название - гемисинуит, а обеих половин лица - пансинуит. (Учебник для медицинских ВУЗов Оториноларингология, под ред. Д.И.Заболотного, 1999, С.228).

Этиология. Наиболее частые возбудители заболевания - стрептококки, стафилококки, пневмококки, кишечная палочка, протей.

Диагностика и лечение. Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, характерных жалоб и клинических проявлений и результатов дополнительных исследований:

- диафаноскопии (освещение лицевых костей в затемненном помещении со стороны полости рта с помощью специального осветительного прибора - диафаноскопа);
- рентгенографии, которая позволяет выявить затемнение верхнечелюстной пазухи разной интенсивности в зависимости от характера воспаления (локальное, пристеночное или тотальное, гомогенное).
- томографии;
- термографии;
- ультразвукового сканирования;
- фиброэндоскопии;
- зондировании пазухи через естественное соустье;
- пункции пазухи в сомнительных случаях;

6. Полипы носа

Полипы представляют собой доброкачественные новообразования, которые образуются в результате отека и разрастание ограниченных участков слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух. Полипы образуются как ответ слизистой оболочки на хроническое раздражение.

Существует 3 основных раздражителя, которые могут вызвать рост полипов:

1. Аллергический ринит - повышенная чувствительность к аллергенам, содержащихся в воздухе (пыль, пыльца растений, споры грибов, шерсть животных и др.).
2. Токсины золотистого стафилококка. Это микроорганизм, который у 10 % людей обитает на слизистой носа.
3. Грибковая инфекция слизистой носа.

Клиника. Симптомами полипов в носу являются:

- затруднение носового дыхания;
- насморк и чихание;
- головные боли;
- утомляемость;
- нарушение обоняния;
- выделения из носа.

Лечение носовых полипов может быть консервативным или оперативным.

Консервативное лечение включает: лечение инфекционных заболеваний носа и околоносовых пазух; лечение, которое заключается в устранении факторов, стимулирующих рост носовых полипов: исключение контакта с бытовыми, пыльцевыми, лекарственными, эпидермальными и профессиональными аллергенами; грибковыми и инфекционными агентами; исключение всех нестероидных противовоспалительных препаратов, а также продуктов питания, содержащих природные салицилаты, пищевые добавки и красители; медикаментозное лечение местными противовоспалительными препаратами, антигистаминными препаратами, стабилизаторами мембран тучных клеток или антибактериальной терапией; иммунокорректирующая терапия; аллерген- специфическая иммунотерапия небактериальными или бактериальными аллергенами. В том случае, если вылечить полипы в носу

консервативными методами лечения не удастся, прибегают к операционному лечению, которое имеет следующие показания:

- грубые нарушения функции дыхания через нос;
- гнойно-воспалительные процессы носа и околоносовых пазух.

7. Заключение

Качество диагностики воспалительных заболеваний в последние годы значительно улучшилось. Благодаря интенсивному развитию и внедрению в оториноларингологию таких технологий, как компьютерная и магнитно-резонансная томография, эндоскопия полости носа и околоносовых пазух с использованием гибких и жестких эндоскопов, акустическая ринометрия и компьютерная риноманометрия позволяют с новых позиций оценить этиологию и патогенез заболеваний носа и околоносовых пазух и выбрать наиболее оптимальный метод лечения. (Пискунов Г.З. и соавт., 1992; Лопатин А.С. и соавт., 1996).

К большому сожалению, пациенты обращаются к специалисту на поздних стадиях болезни, что во многом решает дальнейшее течение заболевания. Необходимость санитарного просвещения остается одной из наиболее актуальных задач медицинских работников любого профиля и специализации.

8. Список литературы

1. Пальчун В.Т и соавт. Оториноларингология. М. «Медицина». 2002
2. Самура Б.А и соавт. Фармакотерапия с фармакокинетикой: Учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений. 2006. — 472 с.).
3. Н.А.Арефьева и соавт. Лекция «Ринит». С. 63-67
4. Беликов А.С. Фармакоэпидемиология антибактериальной терапии острых оториноларингологических инфекций. Автореф. Смоленск. 2001. С.19.
5. Бондарук В.В. Выявление латентных синуситов ассоциированных с внутричерепными осложнениями. НО и Л. 2011. №4(28).-С. 75-77.
6. Пискунов Г.З. и соавт., 1992; Лопатин А.С. и соавт., 1996).