

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-
Ясенецкого» Минздрава России.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат на тему: «Хронический ринит»

Зав.кафедрой: Д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.
Выполнила: ординатор Гридина Т.А
Проверил: Д.м.н., проф. Терскова Н.В

Терскова

Красноярск 2018

Хронический ринит.

Хронический ринит, острый и хронический синусит встречаются довольно часто и в структуре всей оториноларингологической заболеваемости занимают третье место (после тонзиллитов и отитов).

Хронический ринит принято делить следующим образом.

1. Катаральный ринит.
2. Гипертрофический ринит:
 - а). ограниченный;
 - б). диффузный.
3. Атрофический ринит:
 - а). простой – ограниченный, диффузный;
 - б). зловонный насморк, или озена.
4. Вазомоторный ринит:
 - а). аллергическая форма;
 - б). нейровегетативная форма.

Причины возникновения хронического ринита довольно многообразны. Это прежде всего инфекция, часто повторяющиеся острые риниты, заболевания околоносовых пазух, воздействие неблагоприятных метеорологических факторов, пыли, паров, газов, пыльцы различных растений, длительная застойная гиперемия слизистой оболочки полости носа при алкоголизме, хронических заболеваниях сердца, сосудов, почек.

В основе развития вазомоторного ринита лежат измененная реактивность организма, функциональные сдвиги в эндокринной, центральной и вегетативной нервной системе.

Патологоанатомические изменения при катаральном, гипертрофическом и даже вазомоторном ринитах имеют определенные общие признаки, существенным образом отличающиеся от атрофического хронического ринита. При первых трех это – отек и инфильтрация слизистой оболочки, метаплазия эпителия на отдельных участках. Гипертрофическому риниту, кроме того, свойственны пролиферативный процесс в различных слоях слизистой оболочки, гиперплазия и фиброз в эпителиальном слое, гиперплазия кости. Для атрофического ринита характерно исчезновение бокаловидных клеток, отсутствие ресничек у эпителиальных клеток, метаплазия цилиндрического эпителия в плоский, уменьшения размера и числа слизистых желез и кровеносных сосудов. При озене число желез

резко сокращается, в сосудах наблюдается процесс, близкий к облитерирующему эндартерииту, костная основа раковин рассасывается и замещается соединительной тканью.

Рассмотрим клинические проявления различных форм хронического ринита и их лечение.

При хроническом катаральном рините свойственны жалобы на постоянные выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера, попеременную заложенность то одной, то другой половины носа, появление затрудненного носового дыхания в горизонтальном положении тела, исчезающего с переменой положения или при физической нагрузке.

При риноскопии отмечаются гиперемия, обильная влажность слизистой оболочки полости носа; нижние и средние носовые раковины набухшие, они суживают просвет общего носового хода, но не закрывают его полностью. После анемизации (смазывание слизистой оболочки 3% раствором эфедрина, 0,1% раствором адреналина) носовые раковины полностью сокращаются, что и отличает катаральный ринит от гипертрофического. В носу, преимущественно на две полости носа, имеется слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Лечение при хроническом катаральном рините заключается в применении антибактериальных и вяжущих препаратов в виде 2% салициловой или 5% стрептоцидовой мази, 2-3% раствора колларгола или протаргола. Назначаются физиотерапевтические процедуры: УФО эндоназально, УВЧ, электрофорез 0,25-0,5% раствора сульфата цинка.

При гипертрофическом хроническом рините характерным является постоянное и обычно резко выраженное затруднение носового дыхания. Иногда бывает больше нарушен вдох или выдох, что зависит от того, передние или задние концы нижних носовых раковин гипертрофированны. В связи с длительно нарушенным носовым дыханием могут появляться головная боль, снижения обоняния, слуха, закрытая гнусавость.

При риноскопии (изменения можно обнаружить как при передней, так и при задней риноскопии) выявляется застойная гиперемия слизистой оболочки носовых раковин, последние резко увеличены в размерах, соприкасаются с перегородкой носа. Раковины могут быть равномерно увеличены на всем протяжении (диффузная гипертрофия) или только в области передних (чаще) или задних концов – ограниченная гипертрофия. В последнем случае задние концы раковин напоминают собой либо тутовую ягоду (при сосочковидной гиперплазии слизистой оболочки), либо – при выраженной гипертрофии и отеке – полип.

Лечение при гипертрофическом хроническом рините хирургическое. При диффузной гипертрофии оно заключается в прижигании раковин электрическим током – гальванокаустика, в воздействии на раковины сверхнизкими температурами (криовоздействие), в ультразвуковой

дизинтеграции нижних носовых раковин. Хирургическое вмешательство, осуществляемое при ограниченной гипертрофии, называется конхотомией. Увеличенную часть раковины удаляют режущей носовой петлей с предварительным надрезом ее конхотомом или с помощью одной только петли без надреза.

При простом атрофическом рините характерны жалобы на сухость в носу, образование корок на слизистой оболочке, периодическое небольшое кровотечение из носа. Как правило, кровотечение останавливается без врачебных вмешательств, самопроизвольно или от применения таких простых мер, как введение в нос ватного шарика с вазелином, прижатие крыла носа к его перегородке.

Процесс атрофии может носить ограниченный характер и локализоваться преимущественно в передней части перегородки носа – *rhinitis sicca anterior*, либо быть распространенным на всю полость носа (тогда, кроме перечисленных ранее жалоб, больные нередко отмечают понижение обоняния).

При риноскопии видна бледно-розовая слизистая оболочка, сухая, матовая, покрытая нетолстыми корками желтовато-зеленого цвета. В передней части перегородки носа слизистая оболочка особенно истончена, иногда можно обнаружить здесь перфорацию. Исследование обоняния выявляет его снижение в той или иной степени – гипосмию.

Лечение при этой форме ринита консервативное, комплексное - местное и общее. Местно назначаются капли, мази с размягчающими, раздражающими, дезинфицирующими средствами.

Из средств общего воздействия назначают биогенные стимуляторы (алоэ, пелоидин, - подкожно, внутримышечно, внутриназально), витамины А, D и группы В, препараты йода, железа.

Хорошим стимулирующим и улучшающим трофику слизистой оболочки полости носа действием обладает излучение гелий-неонового лазера, которое стало в последнее время включаться в комплекс терапевтических мероприятий при дистрофических процессах в слизистой оболочке верхних дыхательных путей.

Особое место занимает такая форма хронического ринита, как зловонный атрофический насморк, или **озена**.

Озена как заболевание известна очень давно, немногие болезни могут сравниться с ней по древности возраста. Упоминания о зловонном насморке имеются у индусов и египтян еще в XXX в. до н.э. В медицинской литературе зловонный насморк описан Гиппократом (460 г. до н. э.), Цельсом (I век н.э.), Галеном (II век н.э.). В те далекие времена причиной зловонного

насморка считали испорченные соки, вытекающие из головы; в средние века его связывали с сифилисом, который тогда был широко распространен в Европе, и относили озену к парасифилитическим заболеваниям.

Несмотря на то что заболевание известно очень давно и его изучению посвящено большое число исследований, не все еще полностью ясно. Прежде всего это относится к этиологии и лечению. Что же касается клинической картины озены, то она четкая, конкретная, яркая и позволяет обоснованно проводить дифференциальный диагноз.

Для озены характерно:

- а). резкая атрофия не только слизистой оболочки, но и костного скелета полости носа;
- б). наличие в носу толстых корок со специфическим, крайне неприятным запахом;
- в). anosmia.

(в первый период заболевания anosmia обычно обусловлена корками, покрывающими обонятельную выстилку; в дальнейшем она становится эссенциальной, что связано с атрофией обонятельной области).

Для патологоанатомической картины в начале заболевания характерно наличие в подэпителиальном слое густого круглоклеточного инфильтрата. По мере нарастания атрофии инфильтрация сменяется развитием плотной фиброзной, волокнистой ткани и гиалиновых бесструктурных прослоек. При этом слизистая оболочка истончается и уплотняется. Эти плотные соединительнотканые новообразования сдавливают сосуды и железы, вызывают местный эндартериит и эндофлебит; кавернозная ткань запустевает, наступает жировое перерождение и атрофия большинства желез и железистых клеток. Цилиндрический эпителий перерождается в плоский ороговевающий на большей части слизистой оболочки носа. Костный поверхностный слой носовых раковин содержит множество остеокластов (клетки рассасывающие кость).

Начиная с последней четверти прошлого века, существуют две конкурирующие группы теорий этиологии озены: инфекционная и неинфекционная.

Сторонники первой, инфекционной теории считают первопричиной озены микробный фактор, а нарушения деятельности вегетативной нервной системы и эндокринной систем, конституциональные особенности организма, социальные и климатические условия рассматривают как сопутствующие моменты, способствующие развитию заболевания.

Сторонники же неинфекционной теории этиологии озены считают ее первично нейродистрофическим заболеванием, обусловленным снижением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Это приводит к атрофии слизистой оболочки и костного

скелета носа, на фоне которой происходит бурное развитие различных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Результатом их деятельности является разрушение белков тканей с образованием индола, скатола, сероводорода. Продукты распада белка и определяют дурной запах из носа.

В настоящее время больше сторонников имеет инфекционная гипотеза этиологии озоны, согласно которой главная роль отводится микроорганизму – клебсиелле озоны (*Klebsiella ozaenae*). Она относится к капсулообразующим грамотрицательным бактериям, имеет форму палочки с закругленными концами, длиной 1-5 мкм, толщиной 0,5 мкм, жгутиков клебсиеллы не имеют, спор не образуют. Бактерии рода *Klebsiella* включают в семейство энтеробактерий и разделяют на 3 вида; 1) *Klebsiella rhinoscleromatis* является возбудителем склеромы; 2) *Klebsiella ozaenae* – возбудитель озоны, 3) *Klebsiella pneumoniae*. Этот последний вид клебсиеллы высокополиморфен; при определенных условиях его представители могут вызывать у человека сепсис, пневмонию (так называемая фридлендеровская пневмония), острые кишечные заболевания, пиелонефрит, перитонит, менингит и др. Кроме клебсиеллы, у больных озоной часто обнаруживают коринебактерии и протей, количество же кокковидных форм значительно уменьшено по сравнению с нормальной микрофлорой слизистой оболочки носа.

Озону необходимо дифференцировать главным образом со следующими двумя заболеваниями.

1. Простой атрофический ринит – атрофия ограничивается только слизистой оболочкой и не захватывает костные стенки, нет дурного запаха из носа.

2. Сифилис, при котором возможны неприятный запах из носа и образование корок, в отличие от озоны характеризуется образованием гуммы или перфорации в костном отделе перегородки носа, западением спинки носа, положительными специфическими серологическими реакциями – реакцией Вассермана, реакцией иммунофлюоресценции (РИФ), реакцией иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) и др.

Лечение больных озоной преимущественно симптоматическое и складывается из нескольких моментов.

1. Удаление корок из полости носа путем ее промывания 2% раствором гидрокарбоната натрия, 1% раствором перекиси водорода, 0,1% раствором перманганата калия, 1% раствором диоксида.

2. Введение в полость носа на 2-3 часа тампонов с йод-глицерином, с мазью А.В. Вишневского, с 5% эмульсией синтомицина, антибактериальной мазью, включающей сок каланхоэ.

3. Осуществление физиотерапевтических процедур – аэроионотерапии, аэрозольных ингаляций; в смеси для ингаляций могут входить ферментные препараты – трипсин, рибонуклеаза, коллагеназа, а также стрептомицин или тетрациклин.

4. Применение парентерально стрептомицина или антибиотиков тетрациклинового ряда, никотиновой кислоты.

В качестве симптоматического лечения озоны предложены и хирургические вмешательства, чтобы уменьшить просвет полости носа. Для этого под слизистую оболочку перегородки носа, дно носа и боковой стенки вводят кусочки сетчатого лавсана, тефлона, капрона, акриловой пластмассы. Трансплантаты нередко отторгаются и, видимо, поэтому операции широкого применения не нашли. За рубежом довольно большое распространение получила операция частичного или полного закрытия ноздрей.

Еще одна форма хронического насморка – **вазомоторный ринит**. В первой половине нашего столетия эту форму называли нервно-сосудистым насморком, иногда ложным ринитом, желая подчеркнуть его невоспалительную природу. Вазомоторный ринит в последние 2-2,5 десятилетия встречается очень часто, чаще всех других форм хронического ринита вместе взятых. Например, таким видом вазомоторного ринита, как сезонный аллергический ринит, или поллиноз, страдают около 80 млн. человек населения нашей планеты.

Для вазомоторного ринита характерна триада симптомов: затрудненное носовое дыхание, обильные (иногда профузные) слизистые или серозные выделения из носа, приступы чихания.

Различают 2 формы вазомоторного ринита: аллергическую (в ней еще выделяют сезонный насморк, или поллиноз) и нейровегетативную.

При аллергической форме причиной заболевания могут быть: пыльца различных растений, пищевые продукты, любые лекарственные средства, домашняя пыль, волосы, перо птицы, дафнии, бактерии т.д. Все они являются аллергенами, если у человека имеется к ним повышенная чувствительность (сенсibilизация). В основе развития аллергической формы вазомоторного ринита лежит специфическая реакция между аллергеном тканевыми антителами, в результате которой выделяются химически активные вещества (гистамин, ацетилхолин, серотонин и др.), способствующие клиническим проявлениям заболевания.

В возникновении нейровегетативной формы вазомоторного ринита главная роль отводится функциональным изменениям центральной нервной системы, автономной нервной системы, эндокринной системы. В результате этого слизистая оболочка носа дает неадекватные реакции в ответ даже на обычные физиологические раздражения ее.

Аллергическая и нейровегетативная формы вазомоторного ринита заметно отличаются и по риноскопической картине.

Для аллергической формы характерно наличие набухлости слизистой оболочки, возникающей не за счет переполнения кровью (венозная гиперемия), а в результате обильной протекания транссудата из капилляров. Слизистая оболочка полости носа бледная, иногда белая, восковидная, атоничная. Средние носовые раковины отечны, напоминают полипы. Смазывание слизистой оболочки сосудосуживающими средствами не дает такого сокращения, как при нейровегетативной форме. При последней, слизистая оболочка обычно синюшна, нередко на этом фоне определяются сизые или голубые участки – пятна Воячека.

Прежде чем назначить лечение больным вазомоторным ринитом, их следует проконсультировать у аллерголога. Выявление аллергена позволит провести специфическую гипосенсибилизацию, что облегчит дальнейшее лечение и сделает его положительный результат более вероятным.

Если аллерген не обнаружен или выявлена полиаллергия, то назначают неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию в виде средств общего и местного воздействия. Для этого используют антигистаминные препараты, ϵ -аминокапроновую кислоту, 10-30% раствор тиосульфата натрия, препараты кальция, аскорбиновую кислоту, атропин, беллоид или белласпон, 5% раствор интала.

Местное лечение включает применение димедрол-гидрокортизоновой мази, 1% инталовой мази, аэрозоля бекотида, физиотерапевтические средства: электрофорез 1% раствора димедрола, 1% раствора интала, ультрафонофорез суспензии гидрокортизона, гидрокортизоновой мази, электрофорез 1% раствора хлорида кальция по воротниковой методике, аэроионотерапию, общее ультрафиолетовое облучение, воздействие на слизистую оболочку лазерным излучением.

При вазомоторном рините может быть вторичная гипертрофия носовых раковин. Тогда прибегают к хирургическому вмешательству: гальванокаустике носовых раковин, криовоздействию, ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин, конхотомии.

Следует сказать и о рефлексотерапии при вазомоторном рините. Она производится в виде акупунктуры, электропунктуры, электроакупунктуры, внутриносовых новокаиновых блокад.

Больные вазомоторным ринитом должны отказаться от длительного применения сосудосуживающих капель в нос, соблюдать правильный режим дня с чередованием работы и отдыха, следить за чистотой воздуха в жилых и рабочих помещениях.