

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия < К.М.Н., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Брюховец Марины Сергеевны> по теме: < Острые и хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух>.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность;	
2. Наличие орфографических ошибок;	
3. Соответствие текста реферата по его теме;	
4. Владение терминологией;	
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	
6. Логичность доказательной базы;	
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	
8. Круг использования известных научных источников;	
9. Умение сделать общий вывод.	

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Острые и хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух.

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Брюховец М.С.

Красноярск, 2018

Содержание:

Острый ринит.....	4
Хронический ринит.....	6
Воспалительные заболевания околоносовых пазух.....	13
Список литературы.....	16

Острый ринит

Острый ринит (*rhinitis acuta*) - острое воспаление слизистой оболочки полости носа, вызывающее нарушение ее функций; наблюдается как самостоятельное заболевание -

неспецифическое воспаление и как специфический процесс при различных инфекционных заболеваниях - специфический ринит.

Этиология и патогенез. В этиологии острого ринита основное значение имеет нарушение местной и общей иммунной защиты организма и 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). Кроме того, предрасполагающими факторами для развития острого ринита могут быть различные травмы, инородные тела, оперативные вмешательства в полости носа. В ряде случаев причиной острого ринита может быть и производственный фактор - механические и химические раздражители камне-, деревообрабатывающей, химической и другой промышленности (воздействия дыма, газа, пыли и т.д.).

Морфологические изменения слизистой оболочки носа характеризуются развитием типичных стадий воспаления: гиперемия сменяется серозным выпотом, отеком, замедляется и прекращается движение ресничек мерцательного эпителия. Эпителий и субмукозный слой постепенно пропитываются клетками воспаления, отмечается десквамация эпителия и эрозии слизистой оболочки.

Клиника. Для острого ринита характерно острое начало и поражение сразу обеих половин носа. Основные симптомы: выделения из носа, затруднение носового дыхания и расстройство общего состояния; симптомы могут быть выражены в различной степени в зависимости от стадии заболевания. 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 сут. 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 инъектированность сосудов слизистой оболочки, ее сухость, отсутствие отделяемого.

II стадия (стадия серозных выделений) характеризуется нарастанием воспаления, появляется большое количество прозрачной водянистой жидкости, пропотевающей из сосудов (транссудат). Одновременно усиливается функция бокаловидных клеток и слизистых желез, поэтому отделяемое становится серозно-слизистым.

В транссудате содержатся хлорид натрия (поваренная соль) и аммиак, что обуславливает раздражающее действие на кожу преддверия полости носа, особенно у детей. 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 нем форменных элементов крови (клеток воспаления) - пропотевающих 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.

При остром рините умеренное воспаление распространяется и на слизистую оболочку околоносовых пазух, о чем свидетельствует наличие боли в области лба, переносицы, а также пристеночное утолщение слизистой оболочки пазух, регистрируемое на рентгенограммах.

Продолжительность острого ринита зависит от иммунобиологического состояния организма и состояния слизистой оболочки полости носа. При хорошей реактивности организма, а также раннем и адекватном лечении ринит может протекать abortивно в течение 2-3 дней, а при снижении иммунитета - затянуться до 3-4 нед со склонностью к переходу в хроническую форму.

Среди *осложнений острого ринита* необходимо указать на нисходящий фаринголаринготрахеобронхит, воспаление околоносовых пазух, слуховой трубы, среднего уха, слезных путей, дерматит преддверия полости носа.

Острый ринит у детей протекает тяжелее и возникает чаще, чем у взрослых. Поскольку у грудных детей процесс захватывает одновременно слизистую оболочку носа и носоглотки, любой ринит в этом возрасте следует рассматривать как ринофарингит. Для детского возраста характерна выраженная реакция организма, сопровождающаяся высокой температурой тела до 39-40 °С, могут быть судороги, реже менингеальные явления.

Лечение. Как правило, лечение ринита амбулаторное. В редких случаях при высокой температуре тела и тяжелом течении насморка показан постельный режим. В начальной стадии насморка рекомендуют потогонные и отвлекающие процедуры. Назначают горячую ножную (общую, ручную) ванну на 10-15 мин, которую можно сочетать с горчичниками на икроножные мышцы или на подошву стоп. Сразу после ванны больной выпивает горячий чай с малиной, после чего принимает внутрь 0,5-1,0 г растворенного в воде аспирина или парацетамол и ложится в постель, закутавшись одеялом. Детям лучше назначать парацетамол. Эти лечебные меры, примененные в 1-й или 2-й день заболевания, приводят к abortивному течению острого ринита.

Соответственно стадиям заболевания лечение проводится следующим образом.

В I стадии применяются препараты местного действия: интерферон, лизоцим, лизаты антигенов бактерий - ИРС-19 (аэрозоль для интраназального введения). При головных болях рекомендуют панadol, тайленол, солпадеин, цитрамон и др. Назначают антигистаминные средства (диазолин, кларитин, тавегил и др.), а также витамины. Все эти средства в большей мере проявляют свое действие в первой стадии ринита, однако благотворное их влияние имеется и во второй стадии.

Во II стадии при выраженных воспалительной и микробной реакциях применяются инсуффляции смеси антисептиков и антибиотиков - биопарокс, каметон, гексорал. С целью восстановления носового дыхания используют сосудосуживающие препараты (санорин, галазолин, тизин, отривин и др.). Полезны физиотерапевтические процедуры - УВЧ на область носа, УФО в полость носа, микроволновое воздействие (при температуре тела не выше 37 °С).

В III стадии острого ринита можно рекомендовать препараты вяжущего и противомикробного действия 3-5% р-р колларгола или протаргола, 20% р-р альбумида. Продолжают физиотерапевтические процедуры и поливитамины.

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

Острый ринит при инфекционных заболеваниях (специфический ринит) является вторичным, поскольку обусловлен проявлением основного инфекционного заболевания.

Острый ринит на фоне гриппа часто сопровождается носовыми кровотечениями и осложняется воспалением околоносовых пазух и среднего уха. Клинические проявления характеризуются повышенной температурой, головной болью, невралгией тройничного

нерва, болью и ломотой в мышцах и суставах, адинамией и потливостью. Показан постельный режим, наряду с общепринятыми при гриппе средствами необходимо назначить противовирусные препараты: лейкоинтерферон, витамины А и С, аскорутин. Назначение антибиотиков оправдано только для профилактики осложнений, поскольку антибиотик не действует на вирус гриппа.

Дифтерийный насморк. Риноскопически характеризуется наличием толстых дифтерийных пленок грязно-серого цвета на слизистой оболочке полости носа, носоглотки, затрудняющих носовое дыхание. Иногда дифтеритический ринит может протекать под видом катарального воспаления без образования налетов, но при этом обычно имеются кровянистые выделения из носа и поверхностные изъязвления. Бактериологическое исследование проясняет диагноз.

Дифтерия часто сопровождается признаками общей интоксикации, дистрофическими поражениями сердечной мышцы, нарушениями функции IX-X черепных нервов, увеличением и болезненностью регионарных лимфоузлов.

Больному необходима экстренная госпитализация в инфекционное отделение, введение противодифтерийной сыворотки.

Скарлатинозный ринит. При скарлатине полость носа, носоглотки и ротоглотки, как правило, вовлекаются в процесс, что сопровождается обильными выделениями из носа, головной болью. В процесс вовлекаются небные 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. В последние десятилетия в связи с активным применением антибиотиков тяжелое течение скарлатины наблюдается реже, проявления со стороны носа бывают слабо выраженными.

Лечение проводят в инфекционном стационаре. В первые дни заболевания делают инъекцию поливалентной противострептококковой сыворотки, проводят общую и местную терапию (капли в нос, пенициллинотерапия).

Коревой насморк. Воспалительные явления в полости носа характерны для острого катарального ринита, сопровождаются чиханием, повышением температуры тела, конъюнктивитом, слезотечением. При риноскопии на слизистой оболочке полости носа и рта, на губах и деснах обнаруживают мелкие белые пятнышки, окруженные красным ободком (ринологический симптом кори или симптом Бельского-Филатова). Характерные пятна на слизистой оболочке носа и щек позволяют правильно поставить диагноз до появления коревой сыпи на теле.

Патогенетического лечения не существует. Необходимы изоляция больного и симптоматическая терапия.

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.

Назначают капли в нос, антибиотики широкого спектра действия, проводят лечение гонореи у матери и ребенка.

Хронический ринит

Хроническое неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа - распространенное заболевание. В настоящее время используется удобная клиническая классификация, предложенная рядом авторов, согласно которой хронический ринит имеет следующие формы:

- 1) катаральный ринит;
- 2) гипертрофический ринит:
 - а) ограниченный;
 - б) диффузный;
- 3) атрофический ринит;

- а) простая форма;
- б) зловонный насморк или озена.

Постоянное воздействие неблагоприятных факторов внешней среды (пыль, газ, сквозняки) способствуют хронизации воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа. Минеральная и металлическая пыль содержат твердые 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.

Существенную роль в этиологии хронического ринита играют общие заболевания: сердечно-сосудистые, заболевания почек, алкоголизм, курение, нарушение работы желудочно-кишечного тракта и др., а также местные факторы - сужение или обтурация хоан аденоидами, гнойное воспаление околоносовых пазух, искривление перегородки носа и др.

Хронический катаральный ринит (*rhinitis catarrhalis chronica*) характеризуется разлитой застойной гиперемией слизистой оболочки, равномерной припухлостью носовых раковин.

Основные симптомы заболевания - нарушение носового дыхания и выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера. 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. Обычно 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.

Для отличия катаральной формы ринита от гипертрофической выполняют пробу с анемизацией: смазывают утолщенную слизистую оболочку сосудосуживающим средством (0,1% р-ром адреналина, галазолином и др.). Значительное уменьшение объема нижних носовых раковин свидетельствует об отсутствии истинной гипертрофии. Если сокращение их выражено незначительно или отсутствует, это указывает на гипертрофический процесс.

Лечение. Устраняют экзогенные (производственные, климатические) и эндогенные (искривление перегородки носа, аденоидные вегетации) факторы. Для местного лечения применяют вяжущие вещества: 3-5% р-р протаргола (колларгола) по 5 кап 2-3 раза в день в полость носа, смазывание слизистой оболочки 3-5% р-ром нитрата серебра (ляписом), 2% салициловой мазью. Одновременно можно рекомендовать тепловые процедуры - УВЧ на область носа, эндоназально УФО (тубус-кварц). Катаральный ринит, особенно при длительном течении, часто вызывает вазомоторные и гипертрофические изменения обычно в области нижних раковин, что выявляется при риноскопии, пробе с анемизацией и исследовании дыхания через нос. В этих случаях в диагноз добавляют обнаруженные изменения и, соответственно, определяют лечебную тактику уже как при вазомоторном или гипертрофическом рините.

Хронический гипертрофический ринит

Хронический гипертрофический ринит (*rhinitis chronica hypertrophica*) характеризуется гиперплазией слизистой оболочки, часто с вовлечением надкостницы и костной ткани носовых раковин и может быть диффузной и ограниченной формы. Наиболее часто разрастание и утолщение слизистой оболочки происходит на нижней носовой раковине, реже средней в местах локализации кавернозной ткани.

Клиника заболевания 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. У некоторых больных отмечается 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.

При *передней риноскопии* отмечают характерные признаки гиперплазии слизистой оболочки носа, главным образом нижней носовой раковины, в меньшей степени - средней, т.е. преимущественно в местах локализации кавернозной ткани. Поверхность гипертрофированных участков может быть гладкой, бугристой, крупнозернистой. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована, утолщена, слегка цианотична. У некоторых больных отмечается полипозное перерождение слизистой оболочки, чаще в области средней носовой раковины.

Диагностика. Установить диагноз помогает эндоскопическое исследование, которое позволяет определить характер гипертрофии, уточнить локализацию и распространение процесса, состояние других ключевых зон полости носа. Ринопневмометрия (объективный метод диагностики) позволяет выявить объем воздуха, проходящего через полость носа за определенное время, и оценить функциональную состоятельность носа. При гипертрофическом рините объем воздуха, проходящего через нос, снижен, а носовое дыхание форсировано из-за сужения носовых ходов.

Лечение включает различные методы *хирургического лечения*, целью которых является восстановление носового дыхания за счет удаления или уменьшения гипертрофированных участков слизистой оболочки. Критерием для рационального выбора метода лечения в каждом конкретном случае является степень гипертрофии носовых раковин или других отделов слизистой оболочки носа, а также степень нарушения носового дыхания.

При небольшой гипертрофии, когда после анемизации (смазывание сосудосуживающим препаратом) слизистая оболочка умеренно сокращается и носовое дыхание улучшается, применяют наиболее щадящие хирургические вмешательства: *прижигание химическими веществами* (ляпис 30-50%, трихлоруксусная и хромовая кислота), *подслизистую ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин*, *лазеродеструкцию*, *подслизистую вазотомию*. В последнее время прижигания и гальванокаустикку применяют редко из-за недостаточной эффективности, особенно в отдаленном периоде после операции.

При выраженной фиброзной гипертрофии слизистой оболочки и костной основы носовых раковин, сопровождающихся значительным нарушением дыхания через нос, как правило, показаны резекция (частичное удаление) гипертрофированных носовых раковин: *щадящая нижняя конхотомия* (рис. 2.22 а), *подслизистое удаление костного края нижней носовой раковины (остеоконхотомия)*. Эти операции можно сочетать со смещением носовых раковин латерально к боковой стенке носа - *латеропозицией (сублюксацией)*.

Оперативные вмешательства в полости носа обычно производят под наркозом или местным инфильтративным и аппликационным обезболиванием с предварительной премедикацией. Для этого используют наркотические анальгетики, антигистаминные препараты и антихолинэргические препараты - холинолитики (промедол, димедрол, атропин). Для инфильтрационной анестезии применяют 1% р-р новокаина, 1-2% р-р лидокаина, 0,5% р-р тримекаина и ультракаина. При аппликационной анестезии применяют смазывание слизистой оболочки 5% р-ром кокаина, 2% р-ром дикаина, 10% р-ром лидокаина и др.

В лежачем положении больному производится местная инфильтрационная анестезия слизистой оболочки нижних носовых раковин. На всю длину раковины накладывают

зажим на 1 мин с целью уменьшения кровотечения. После снятия зажима (или без снятия, вдоль зажима) специальными изогнутыми под углом ножницами отсекают гипертрофированную часть раковины. Гиперплазированный задний конец раковины легко снимается носовой петлей (рис. 2.22 б).

Следует иметь в виду, что конхотомию всегда необходимо производить щадяще, особенно переднего конца раковины, так как полное удаление ее является излишним и может привести к атрофии слизистой оболочки полости носа.

Операция заканчивается на 2 сут петлевой передней тампонадой марлевыми турундами, пропитанными индифферентной мазью, или мягким эластичным тампоном. Специальные исследования показали, что раневая поверхность после удаления нижней носовой раковины покрывается функциональным мерцательным эпителием. В амбулаторных условиях можно производить *ультразвуковую дезинтеграцию (УЗДГ) нижних носовых раковин*. Для ее выполнения используется генератор ультразвука с набором специальных волноводов.

Стойкого рубцевания кавернозной ткани можно добиться и путем *подслизистой вазотомии нижней носовой раковины*. После местной анестезии производится небольшой разрез на переднем конце

нижней носовой раковины, через который с помощью распатора мелкими движениями производится отсепаровка мягких тканей от верхней поверхности кости в виде узкого канала от переднего до заднего конца раковины. Подобную отсепаровку можно произвести и по нижней плоскости носовой раковины. Последующее рубцевание кавернозной ткани уменьшает объем раковины и соответственно увеличивает просвет носовых ходов, улучшая дыхание.

Атрофический ринит

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 распространенности процесс может носить локальный или диффузный характер, в зависимости от этиологии бывает первичным или (генуинным - озена) и вторичным.

При вторичном *атрофическом рините* причиной является воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды, производственных или климатических факторов - пыли, газов, пара и др. Развитию атрофического процесса слизистой оболочки полости носа нередко способствует травма и обширные хирургические вмешательства в полости носа - радикальная конхотомия, удаление опухоли и др. Важную роль играют эндокринно-гормональные нарушения и частые воспалительные заболевания полости носа, ведущие к нарастанию трофических изменений слизистой.

Гистологическая картина характеризуется метаплазией цилиндрического эпителия в плоский, различной степени выраженности истончение многорядного цилиндрического эпителия и уменьшение их количества и исчезновение ресничек, облитерация или уменьшение количества сосудов и кавернозной ткани.

Клиника. Больные жалуются на ощущение сухости в носу, образование корок, затруднение носового дыхания, понижение обоняния. 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 обычно в области зоны Киссельбаха.

При передней риноскопии характерны широкие носовые ходы, вследствие атрофии носовых раковин можно увидеть заднюю стенку носоглотки. В общем носовом ходе имеется густое желто-зеленое отделяемое, местами оно прилипает к стенкам слизистой оболочки, высыхает с образованием корок, которые удаляются большими кусками и в виде слепков при определенном усилии.

Лечение. 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.

Полезны орошения и носовой души 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).

Вазомоторный ринит

Различают две формы вазомоторного ринита (Дайняк Л.Б., 1970):

- аллергическую;
- нейровегетативную.

Этиология. 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.

Аллергический ринит (АР) имеет *сезонную и круглогодичную (постоянную) формы*. В последнее время выделяют еще и профессиональную форму АР (версия Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, 2000 г.).

Сезонная форма 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 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.

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.

Механизм развития АР. На слизистую оболочку носа при дыхании оседают самые разнообразные инородные частицы. Благодаря действию мукоцилиарной системы слизистой оболочки в течение примерно 20 мин происходит удаление их из полости носа. Однако молекулы аллергенов чрезвычайно быстро всасываются и вызывают аллергическую реакцию, вследствие чего уже через 1 мин после проникновения аллергенов возникают соответствующие клинические реакции. Аллергические реакции запускаются взаимодействием аллергена (пыльцы растений, спор низших грибов, домашней пыли

и др.) с аллергическими антителами, относящимися к IgE. Такое взаимодействие происходит на тучных клетках соединительной ткани и базофилах и последующим высвобождением затем из них биологически активных веществ (БАВ), в частности гистамина, метаболитов арахидоновой кислоты, фактора активации тромбоцитов, лейкотриенов. БАВ оказывают сосудорасширяющее действие, повышают проницаемость сосудов, что является основной причиной стойкого набухания кавернозной ткани и отека слизистой оболочки, заложенности носа, чиханья, гиперсекреции и др.

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

- пароксизмальное чиханье;
- обильная носовая гидрорея;

'затруднение носового дыхания, зуд и шекотание в носу.

Эта триада симптомов в той или иной мере выражена практически всегда, причем при сезонной форме характерна четкая сезонность обострений, возникающих в период цветения растений. Наблюдающиеся в этот период пароксизмы чиханья сопровождаются появлением зуда в носу и носоглотке. Набухание и отек слизистой оболочки полости носа обуславливают практически полную заложенность носа и затруднение носового дыхания. Ринорея бывает обильной, водянистой или слизистой.

Наряду с ринологическими симптомами у больных часто отмечают кожный зуд, гиперемию конъюнктивы, слезотечение, головные боли, утомляемость, снижение бодрости, нарушение сна. При постоянной (круглогодичной) форме вазомоторного ринита указанные жалобы с самого начала носят хронический постоянный характер.

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.

Риноскопическая картина - слизистая оболочка в начальном периоде гиперемизованна, отечна, в носу имеется значительное количество прозрачной жидкости. Со временем слизистая оболочка становится бледно-синюшной с сизыми (белыми) пятнами. При исследовании носовых раковин зондом выявляется их тестоватая плотность. Анемизация часто не вызывает заметного сокращения носовых раковин.

Нередко вазомоторный ринит сопровождается образованием полипов в области решетчатого лабиринта, которые со временем могут полностью обтурировать полость носа.

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 (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 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 включают медикаментозные методы терапии аллергического ринита, 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, чиханье, 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.

Высокоэффективными средствами для лечения пациентов с умеренными и выраженными формами аллергического ринита в ситуации, когда затруднение носового дыхания является

основным симптомом, служат топические кортикостероидные препараты.

Топические стероиды, обладая выраженным противовоспалительным эффектом, проникают через клеточную мембрану, подавляют синтез гистамина лаброцитами 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 мес.

Системные кортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон и др.) для лечения аллергического ринита используют в крайне тяжелых случаях и короткими курсами.

В практике часто применяют сосудосуживающие препараты в виде капель в нос, однако эти средства обладают временным эффектом и при длительном (более 2 нед) применении ухудшают течение заболевания.

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.

Лечение вазомоторного ринита у детей не имеет принципиальных отличий, однако дозировки препаратов должны быть адаптированы к возрасту. Не рекомендуется назначать антигистаминные препараты I-го поколения, а также кортикостероидные препараты с высокой биодоступностью и системные кортикостероиды.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Воспалительные заболевания околоносовых пазух относятся к наиболее часто встречающейся патологии верхних дыхательных путей. По данным многих авторов, они составляют 25-30% стационарной ЛОР-патологии. Считают, что около 5% населения Средней Европы страдает хроническим синуситом. Наиболее часто поражается верхнечелюстная пазуха - **гайморит**, затем воспаление решетчатых ячеек - **этмоидит**, далее воспаление лобной пазухи - фронтит и, наконец, клиновидной пазухи - **сфеноидит**.

У детей наиболее часто встречающимся заболеванием околоносовых пазух является этмоидит. Если имеется сочетанное воспаление нескольких пазух - **полисинусит**, поражение всех пазух с одной стороны - **гемисинусит**, всех пазух с обеих сторон - **пансинусит**.

Прежде чем перейти к вопросам этиологии и патогенеза уместно уточнить некоторые термины, характеризующие поражение околоносовых пазух.

Пиосинус - скопление 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 и патогенез. В этиологии острых и хронических воспалений околоносовых пазух особенно важно состояние местного и общего иммунитета. Большую роль при этом

играет 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. Частой (10%) причиной воспаления верхнечелюстных пазух являются заболевания корней зубов (апикальная гранулема - прежде всего второго премоляра и первого моляра), прилегающих к нижней стенке верхнечелюстной пазухи.

В этом случае возбудитель, как правило, анаэроб. При такой инфекции отделяемое характеризуется зловонным специфическим запахом (патогмонично!), а течение заболевания - хроническое, без хирургической санации зуба излечение синусита не наступает!

В этиологии синуситов немаловажное значение имеют 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.

Из всех пазух чаще всего поражается верхнечелюстная. Определенную роль при этом играет и то, что соустье с носом расположено вверх, что усложняет естественное дренирование пазухи.

При микробиологическом исследовании патологической флоры верхнечелюстной пазухи обнаруживают прежде всего *бактериальную флору* - пневмококки (*Streptococcus pneumoniae*), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *staphylococcus aureus*, гемолитический стрептококк, кишечную палочку. Реже выявляют анаэробы; очень часто смешанную инфекцию; грибы; вирусы. Определенная роль отводится трудно культивируемым бактериям - *Chlamidia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*. Течение воспалительного процесса обусловлено особенностями взаимодействия между возбудителем

(вирулентность) и защитными свойствами организма (иммунологическое состояние, ареактивность у пожилых людей).

В развитии острого и хронического синусита немаловажное значение имеет нарушение секреторной и транспортной функции мукоцилиарного аппарата слизистой оболочки полости носа.

При неблагоприятных условиях внешней среды (загазованность, пыль, производственные вредности) угнетаются железистые клетки и направленное движение ресничек мерцательного эпителия (*мукоцилиарного клиренса*), что приводит к застою слизи, нарушению эвакуации инородных тел из полости носа и околоносовых пазух, а это, в свою очередь, провоцирует дальнейшее развитие в них инфекции и воспаления.

В патогенезе острого синусита патологоанатомические изменения характеризуются катаральной или гнойной формами воспаления. При катаральной форме происходит серозное пропитывание слизистой оболочки и выраженный ее отек. Имея в норме толщину до 0,1 мм, слизистая оболочка при катаральном воспалении становится толще в несколько десятков раз и может заполнить большую часть пазухи. Реснички мерцательного эпителия исчезают. Нарушается архитектоника собственной пластинки слизистой оболочки, она наводняется, образуются псевдокисты. Вокруг сосудов формируется клеточная инфильтрация. В отличие от гнойного воспаления при катаральном периостальном слое в воспалительный процесс не вовлекается. Гнойная форма синусита имеет выраженную клеточную инфильтрацию всех слоев 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.

Патологоанатомические процессы при хроническом воспалении околоносовых пазух соответствуют его формам: экссудативные, продуктивные, альтеративные и смешанные типы. Экссудативные развиваются при катаральном, серозном аллергическом и гнойном; продуктивные - при гиперпластическом, полипозном и в определенной мере аллергическом воспалении. Альтеративные изменения характерны для атрофической и некротической (остеомиелитической) форм хронического синусита. Часто встречаются смешанные формы заболевания и, соответственно, смешанные типы патологоанатомических изменений.

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. Существует несколько классификаций воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Наиболее рациональной для клинической практики является модифицированная классификация Б.С. Преображенского (Пальчун В.Т., 1974).

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.

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании комплексного обследования больного. Ориентироваться только на данные рентгенологического исследования недостаточно, так как затемнение пазух может быть следствием перенесенного в прошлом воспаления и сохраняться годами. Кроме того, в части случаев (примерно 12%) при наличии воспаления в пазухах рентгенограмма может быть без изменений. Обследование проводят примерно по следующей схеме:

1. Оценка жалоб, данных анамнеза.
 2. Общеклиническое и оториноларингологическое обследование.
 3. Бактериологическое исследование отделяемого из пазух.
 4. Эндоскопическое исследование (эндофотографирование), синусоскопия (при необходимости).
 5. Биопсия и цитологическое исследование (по показаниям).
 6. Рентгенологическое исследование околоносовых пазух, в том числе с контрастными веществами (по показаниям).
 7. Компьютерная томограмма, МРТ - при необходимости.
 8. Диагностическая пункция пазух (по показаниям).
- Рентгенологические методы диагностики воспаления пазух в настоящее время наиболее популярные и достаточно информативны. При исследовании применяют различные укладки, позволяющие наиболее точно установить характер патологии пазух (подробнее см. в разделе 1.1).

КТ и МРТ применяют в тех случаях, когда необходимо дополнить данные рентгенографии. Они являются наиболее информативными методами исследования (золотой стандарт исследования). КТ позволяет селективно (послойно) отобразить на пленке контуры снимаемого объекта, его структуру, плотность, с высоким разрешением -

толщина среза 1-2 мм. МРТ обладает еще большей разрешающей возможностью в выявлении мягкотканых образований.

Эндоскопическое исследование и эндофотографирование - современные объективные и высокоинформативные методы визуальной оценки и документирования состояния сложного рельефа полости носа и околоносовых пазух. Применяют жесткие и гибкие оптические системы (эндоскопы, фиброскопы и микроскопы) под различным углом зрения. Методы позволяют определить невидимые невооруженным глазом изменения на стенках полости носа и пазух в динамике и, следовательно, служат ранней диагностикой различных патологических процессов.

Список литературы

1. Карпищенко С.А. «Оториноларингология»: учебник. ГЭОТАР-Медиа, 2018 год.
2. Пальчун В.Т. «Оториноларингология. Национальное руководство». ГЭОТАР-Медиа, 2016 год.