

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ



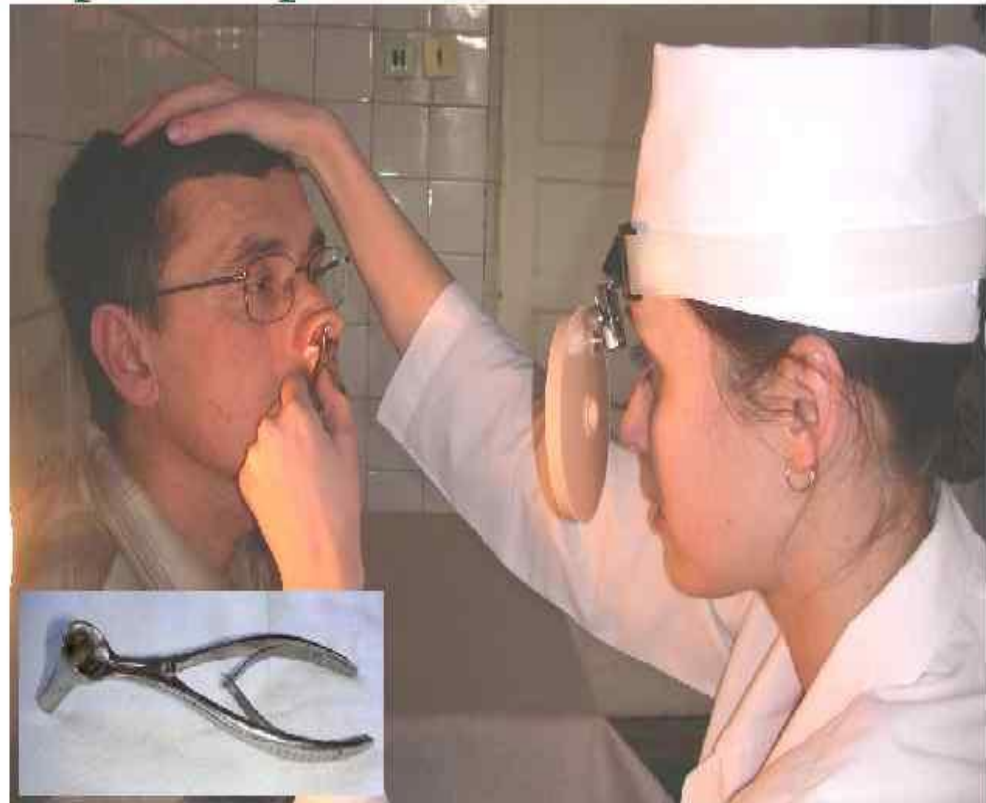
Субспециальности

- Сурдология- заболевания связанные с нарушением слуха.
- Фониотрия – патология голосо-речевого аппарата
- Отоневрология
- Вестибулология – патология вестибулярного аппарата
- Микрохирургическая оториноларингология
- Детская оториноларингология

Методы исследования носа и придаточных пазух

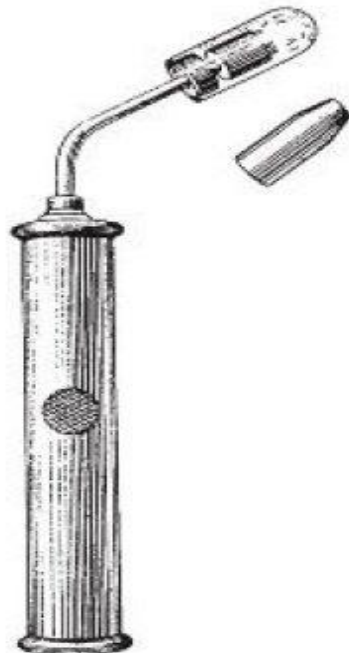
- Наружный осмотр и пальпация
- Для осмотра больного необходим источник света – лампа, расположенный на уровне головы больного справа от него и лобный рефлектор.
- Передняя риноскопия (осмотр полости носа с помощью носового зеркала)
- Задняя риноскопия (осмотр носоглотки и задних отделов носовой полости с помощью подогретого носоглоточного зеркала, укрепленного в ручке – держателе и шпателя).
- Пальцевое исследование носоглотки

Передняя риноскопия

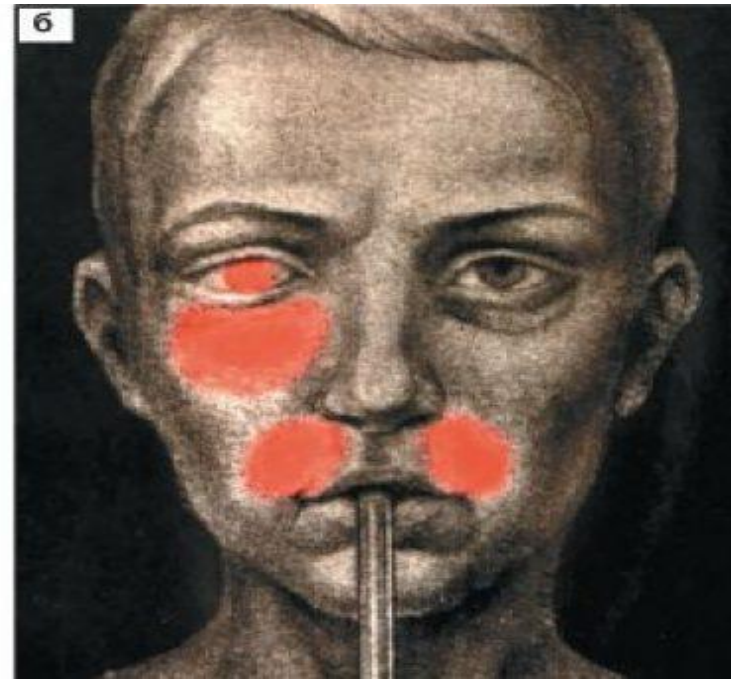


- Исследование дыхательной функции проводят отдельно для каждой половины носа с помощью кусочка ваты, подносимого к одной из ноздрей больного, в то время как вторая половина носа перекрыта путём прижатия крыла носа к перегородке. По движению волокон ваты судят о сохранении носового дыхания.
- Исследование обонятельной функции осуществляют с помощью набора пахучих веществ (ольфактометрического набора). Запахи веществ, входящих в набор, знакомы каждому больному. По его ответам больного судят о состоянии обоняния.
- Диафаноскопия (просвечивание придаточных пазух носа в затемнённой комнате при помощи электрической лампочки Геринга, введённой в рот больного, которого просят сомкнуть губы. Свечение поражённой пазухи будет ослаблено. Для просвечивания лобной пазухи на лампочку надевают колпачок и прикладывают к внутреннему углу глазницы.

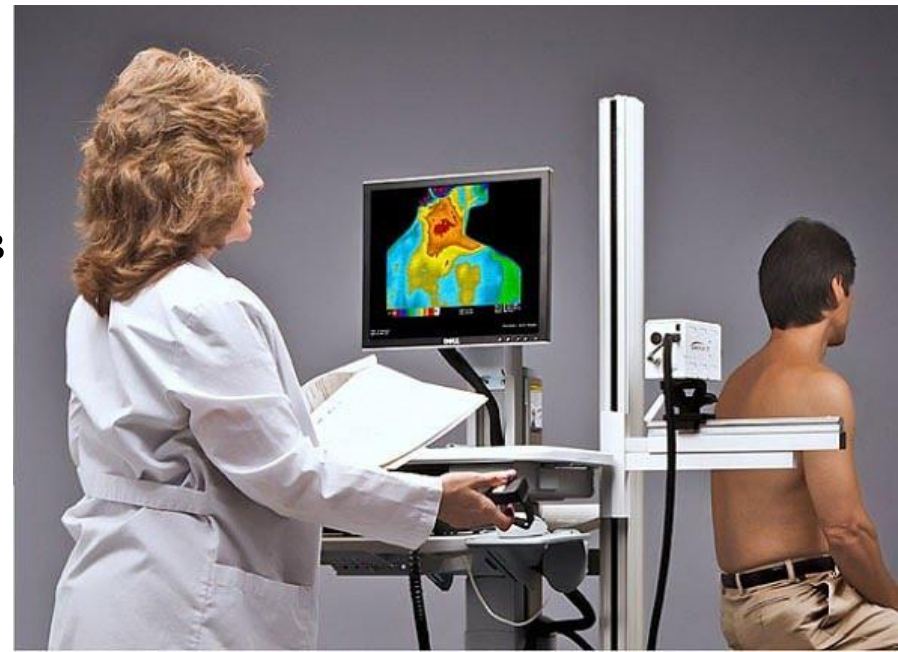
а



б



- **Метод термографии.** Он основан на способности человеческого организма излучать инфракрасные волны. Термовизоры фиксируют разницу температур здоровых тканей и очага поражения. Снимок, сделанный с их экрана называется термограммой.
- **Рентгенологический метод** позволяет определить трещины и переломы костей носа, инородные тела, новообразования, воспалительные и деструктивные процессы в пазухах.
- **Компьютерная томография.** В основе метода – денсиметрическое исследование плотности тканей. Электрические сигналы поступают в компьютер, который преобразует их в символы и цифры. Изображение переносится на фотобумагу или рентгеновскую плёнку.

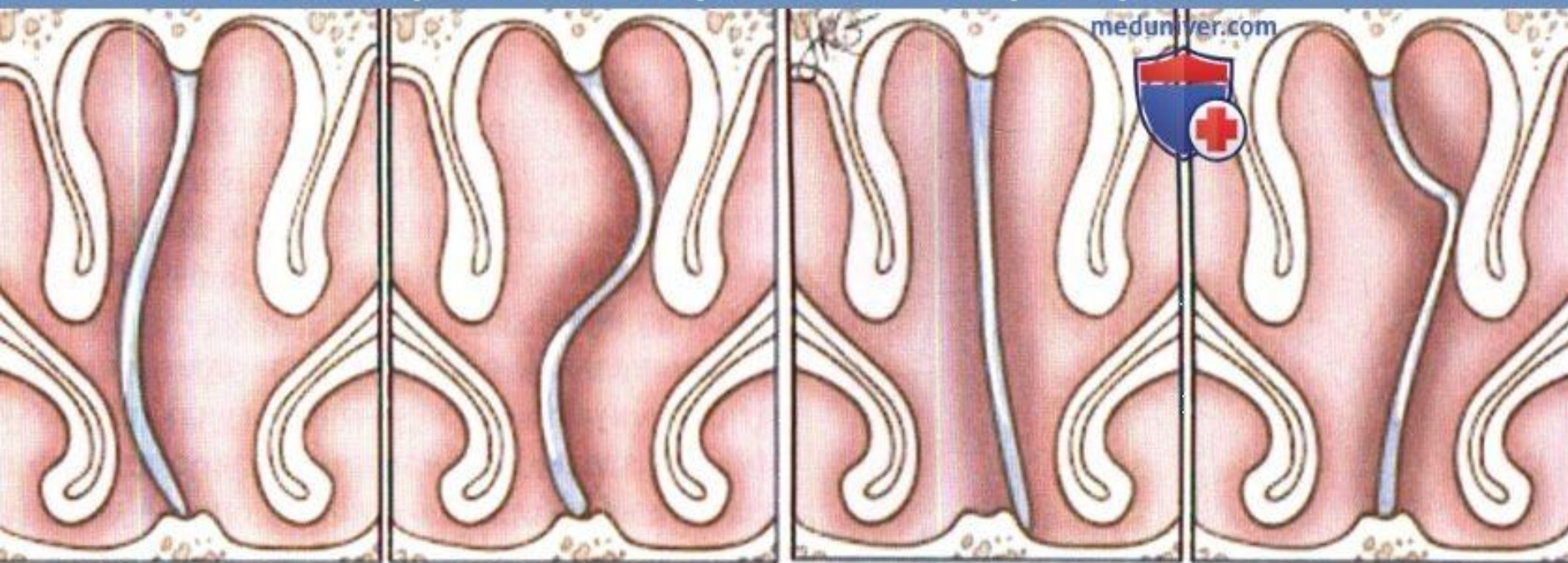


Искривления перегородки носа

- стойкое отклонение от срединной плоскости костных и хрящевых структур перегородки носа, возникшее в результате травмы (перелома) или аномального формирования ее костно-хрящевого скелета, вызывающее затруднение носового дыхания



Различные варианты искривления перегородки носа



C-образная

S-образная

Подвывих перегородки

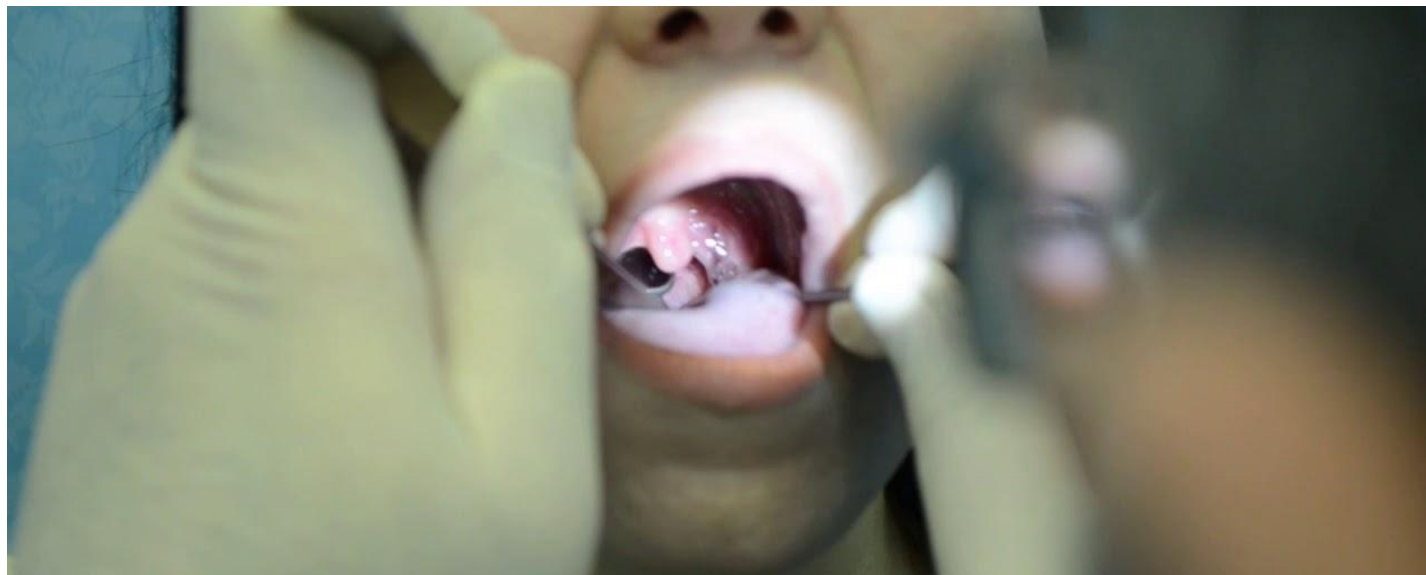
Шип



Диагностика

- **Инструментальные исследования:**

- передняя, задняя риноскопия с целью выяснения (правда, очень редкие) изгибы заднего отдела сошника, гипертрофия задних концов раковин, а также наличие гипертрофии слизистой, обычно расположенной симметрично, с обеих сторон заднего отдела сошника;
- рентгенография носа и ППН с целью выяснения состояния придаточных пазух носа.



Госпитализация

Показания для плановой госпитализации:

- наличие искривления перегородки носа с затруднением носового дыхания;
- наличие сопутствующей патологии, требующей хирургического лечения.

Показания для экстренной госпитализации:

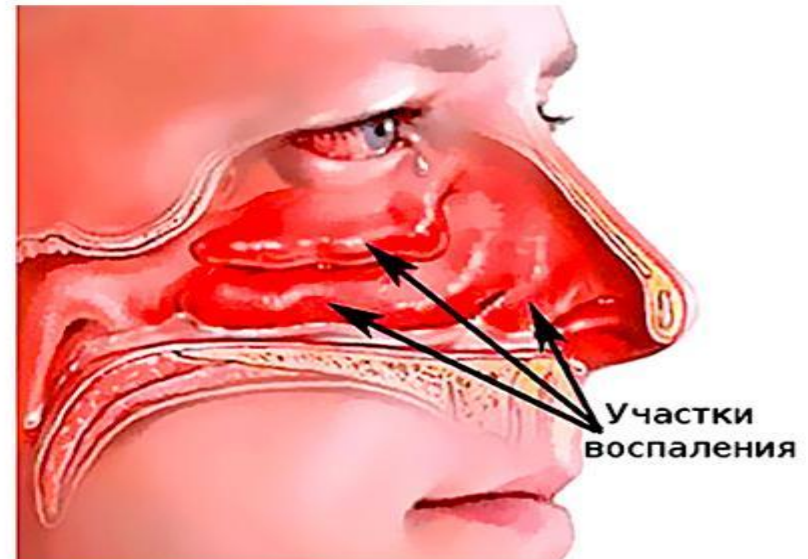
- искривление носовой перегородки в результате травмы носа с носовым кровотечением, и присоединением другой ЛОР патологии.

Лечение

- **Консервативно:** обезболивание и гемостастика
- **Хирургическое вмешательство:**
 - подслизистая резекция перегородки носа по Киллиану;
 - круговая резекция по Воячеку;
 - септопластика.

Острый ринит - это острое воспаление слизистой носа

- **Этиология:** неспецифические: вирусы – риновирусы, стрептококки, стафилококки, условно-патогенные., специфические : коревой, бактерии туберкулеза, грипповой, сифилитический возбудители.



Клиника

Возникает внезапно. В начале сухость, ощущение жжения. Признаки интоксикации. Постепенно затруднение носового дыхания.

- *Стадия серозных выделений*: двустороннее. Риноскопия: резкое сужение носовых ходов, большое количество отделяемого.
- *Стадия слизистого отделяемого.*
- *Стадия разрешения.*

Длительность 6-8 суток, при присоединении бактериальной инфекции до 14 суток.

Лечение

- Сосудосуживающие капли(не дольше 7 дней!):
Нафтизин, Нокспрей, Назол, Ксилен
- Противовирусные: Арбидол, Анаферон, Афлубин
- Антисептические растворы: Протаргол,
Колларгол
- Антибиотики при присоединении бакт инфекции
(ринорея зел цвета, температура выше 38, ухудш
сост): Полидекса, Биопарокс, Изофра

Хронический ринит - хронический неспецифический и специфический воспалительный процесс слизистой оболочки и в ряде случаев костных стенок полости носа

Клиническая классификация по Солдатову И. Б. (1990):

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

Факторы риска

- частые острые риниты, загазованность, запыленность, механические факторы ухудшающие внешнее дыхание, алкоголизм, курение, вторичный при хронических синуситах.

Диагностика

- **Жалобы:** длительное затрудненное носовое дыхание.
- **Физикальное обследование:**
 - затруднение носового дыхания (проба с ваткой);
 - наличие выделений из носа (характер отделяемого, количество, запах и др.);
 - наличие корок, их характер, локализацию и распространённость;
 - наличие неприятного запаха;

Лабораторные исследования:

- ОАК: возможна анемия, эозинофилия.

Инструментальные исследования:

- при передней риноскопии возможны истинная или ложная гипертрофия раковин, их гиперемия, патологическое отделяемое, корки, истончение костных структур полости носа, полипозные изменения слизистой, бледность или синюшность, стекловидный отек.
- Р-графия околоносовых пазух (по показаниям - КТ) – для исключения патологий ППН- гипертрофия нижних раковин, сужение общего носового хода, признаки этмоидита.

Лечение

- **Хронический катаральный ринит:** антибактериальные капли мази (2% сульфаниламидная и 2 % салициловая мази), вяжущие средства (препараты серебра).
- **Хронический гипертрофический ринит:** При небольшой гипертрофии назначают склерозирующую терапию – введение в передний конец нижней носовой раковины суспензии гидрокортизона (по 1 мл с каждой стороны один раз в 4 дня, всего 8-10 процедур) и спленина, начиная с 0,5 мл до 1 мл через день. Показаны также прижигания химическими веществами (серебра нитрат, трихлоруксусная и хромовая кислота).
- **Хронический атрофический ринит:** Лечение симптоматическое – орошение носовой полости 0,9% раствором натрия хлорида+йод, препаратами морской воды; ирригационная терапия, раздражающая терапия (смазывания слизистой оболочки носа 0,5% раствором йод-глицерола и др.).
- **Вазомоторный ринит:** системные антигистаминные препараты, противоаллергические препараты местного действия в форме капель, спрея или геля, эндоназальные блокады с прокаинам и др. Внутрислизистое введение глюкокортикоидов.

Острый синусит (ОС)

Воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью менее 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, к которым относятся:

- затруднение носового дыхания (заложенность носа) или выделения из носа.
- давление/боль в области лица;
- снижение или потеря обоняния;

Риноскопические/Эндоскопические признаки:

- слизисто-гнойное отделяемое преимущественно в среднем носовом ходе и/или
- отек/слизистая обструкция преимущественно в среднем носовом ходе

Изменения при проведении компьютерной томографии:

- изменения слизистой в пределах пазух
- полное исчезновение симптомов не позднее, чем через 12 недель от начала заболевания

Этиология

- Вирусы, бактерии, грибы
- Аллергены, раздражители окружающей среды

Путь проникновения

- риногенный через естественные соустья
- гематогенный путь
- одонтогенный гайморит (кариозные верхние малые и большие коренные зубы)
- травматический – кровоизлияния в пазуху или реактивный отек и на этом фоне развивается воспалительная реакция.

Классификация

Острый синусит (J01):

- J01.0 - Острый верхнечелюстной синусит
- J01.1 - Острый фронтальный синусит
- J01.2 - Острый этмоидальный синусит
- J01.3 - Острый сфеноидальный синусит
- J01.4 - Острый пансинусит
- J01.8 - Другой острый синусит
- J01.9 - Острый неуточненный синусит

Моно(1)-, Поли(несколько)-,геми-(все с одной стороны), пансинусит.

Виды синусита

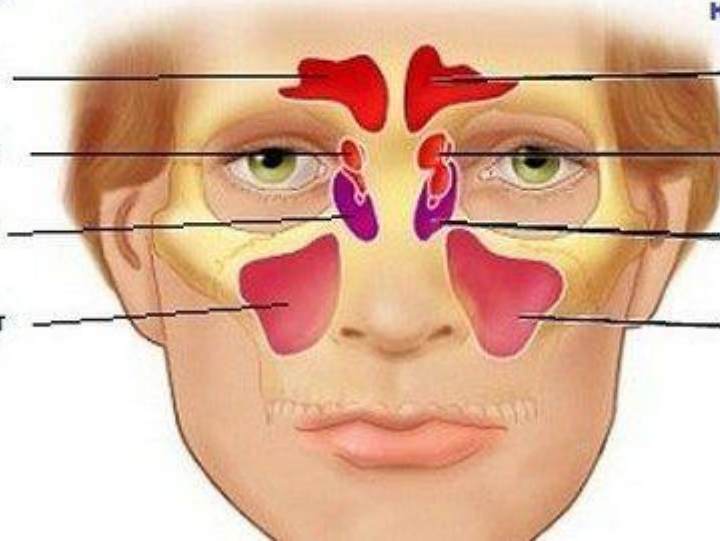
Вид синусита

Фронтит

Этмоидит

Сфеноидит

Гайморит



Название пазухи, слизистая которой воспаляется:

Лобные пазухи

Ячейки решётчатого лабиринта

Клиновидные пазухи

Верхнечелюстные пазухи

- I. По форме:
- 1) Экссудативные:
- Серозные;
- Катаральные;
- Гнойные.
- 2) Продуктивные:
- Пристеночно-гиперпластические;
- Полипозные

Стадии

Легкая

- Отсутствие лихорадочной реакции
- Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность)
- Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух
- Отсутствие осложнений.

Среднетяжелая

- Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность)
- Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы.
- Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит)
- Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.
- Температура не выше $38,0^{\circ}\text{C}$

Тяжелая

- Температура выше $38,0^{\circ}\text{C}$
- Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность)
- Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи.
- Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Диагностика

- **Инструментальные исследования:**

1. Передняя и средняя риноскопия - гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа, наличие гнойного экссудата в носовых ходах.
2. Для более детального осмотра глубоких отделов полости носа производится задняя риноскопия.
3. Эндоскопия носа и околоносовых пазух позволяет атравматично оценить характер изменений.
4. Рентгенологическое исследование придаточных пазух носа: Носоподбородочная проекция - тотальное или краевое затемнение пазух, уровень жидкости в гайморовых пазухах. Носолобная проекция. Эту проекцию используют с целью детального изучения лобной пазухи и решетчатого лабиринта. Боковая проекция. Для оценки глубины лобных пазух и состояния их передних, задних и глазничных стенок, для уточнения локализации патологического процесса (лобная пазуха, либо задние клетки решетчатого лабиринта) и для выявления клиновидной пазухи прибегают к рентгенографии черепа в боковой проекции. Нарушение целостности стенок свидетельствует о деструктивных процессах, характерных для злокачественных новообразований. Появление теней костной плотности заставляет думать о наличии в пазухах остеомы.
5. Контрастная рентгенография производится для уточнения формы хронического процесса в пазухах.
6. Флюорография ППН – изменение слизистой, наличие экссудата.
7. Пункция гайморовой пазухи - наличие гнойного содержимого.
8. Компьютерная томография (КТ) позволяет получать трехмерное изображение полости носа и околоносовых пазух.

- **Лабораторные исследования:**

1. Общий анализ крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ
2. Исследование микрофлоры – выявление возбудителя
3. Цитологическое исследование – нейтрофиллез, клетки слущенного эпителия, слизь.

Лечение

- **Медикаментозное лечение:**

1. Сосудосуживающие средства
2. Десенсибилизирующие средства (антигистаминные средства)
3. Системная антибактериальная терапия. Препараты выбора (7-10 дней): антибиотики группы защищенных пенициллинов, цефалоспоринов, макролидов. Противогрибковые препараты (группа препаратов азолов и полиенов).
4. Препараты с анальгетическим и значительно выраженным противовоспалительным действием (НВСП)
5. Антисептические и муколитические препараты местного действия (ацетилцистеин)
6. Витамины (витамин «С» (аскорбиновая кислота)).

Другие виды лечения:

1. Анемизация слизистой оболочки полости носа
2. Пункция пазух с промыванием раствором антисептика
3. Шунтирование пазух
4. Физиолечение