



Лечебно-диагностические вмешательства и сестринский уход при заболеваниях носа и ОКОЛОНОСОВЫХ пазух

Выполнила: Тюлюбаева Мария Александровна, интерн
кафедры оториноларингологии СГМУ

г. Архангельск, 2017г





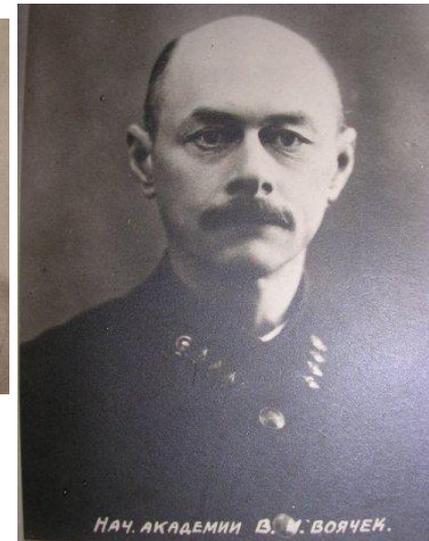
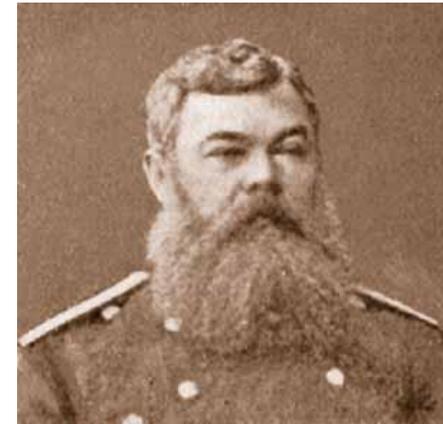
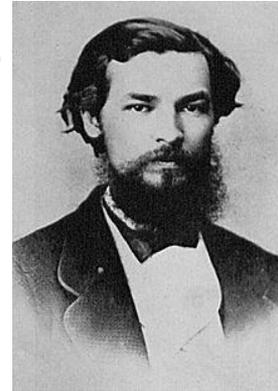
Оториноларингология

- Оториноларингология –раздел клинической медицины, изучающий анатомо-физиологические особенности и заболевания верхних дыхательных путей и уха, методы их диагностики, лечения и профилактики.
- Название специальности – от греческих слов: *otos* – ухо, *rhinos* – нос, *laryngos* –гортань и *logos* – учение. Сокращенно по первым буквам указанных разделов – ORL или ЛОР-специальность.



Немного истории...

- Первым в России отиатром был профессор А.Ф. Пруссак, первым ларингологом — Д.И. Кошлаков.
- А. Политцер (1835–1920) — один из основоположников оториноларингологии в Западной Европе
- Видными деятелями специальности стали В.И. Воячек, М.Ф. Цытович, М.С. Жирмунский (первый учебник по специальности),
- Н.П. Симановский (1854–1922) — основоположник оториноларингологии в России



Место оториноларингологии среди других клинических дисциплин определяется следующими факторами:

- Распространённость патологии ЛОР-органов на амбулаторно-поликлиническом этапе составляет до 15%
- В России насчитывается 12 млн человек с различными нарушениями слуха.
- Злокачественные опухоли в области головы и шеи составляют 15 % всех онкозаболеваний.

Возможные сочетания патологических проявлений при ЛОР и других заболеваниях

- 1) патология ЛОР органов вызывает расстройства других органов и систем организма, не редко является осложнением общих инфекционных заболеваний.
- 2) ЛОР заболевания могут приводить к осложнениям как «терапевтического», так и «хирургического» характера
- 3) Включает разнообразную патологию, в том числе требующую оказания неотложной помощи (травмы, гнойно-воспалительные процессы, инородные тела, кровотечения)



Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»

(утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 905Н)

Медицинская помощь по профилю «оториноларингология» (далее медицинская помощь) оказывается в виде:

- 1) первичной медико-санитарной помощи;** оказание медицинской помощи больным с ЛОР патологией лёгкой степени с учётом рекомендаций врачей оториноларингологов (терапевт, педиатр, ВОПР)
- 2) Первичная специализированная медико-санитарная помощь** (врач оториноларинголог в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара)
- 3) Специализированная медицинская помощь** в плановой форме осуществляется в медицинских организациях врачом-оториноларингологом в условиях стационара
- 4) Скорая медицинская помощь** (выездные бригады СМП)

Оториноларингология

Уровни лечения (схематично)

- 1) Консервативное лечение (медикаментозное и не медикаментозное)
- 2) Проведение лечебных манипуляций и «малых» (амбулаторных) хирургических вмешательств
- 3) ЛОР-хирургия: традиционная (классическая), эндоскопическая, эндовидеоскопическая, функциональная малоинвазивная микрохирургия
- 4) Высокотехнологичные виды оториноларингологической помощи (микрохирургия, слухоулучшающая хирургия)
- 5) Профилированные виды помощи (сурдология, фониатрия, ЛОР-онколог, ринология)



Ургентная оториноларингология

- Травмы ЛОР-органов
- Инородные тела полостей ЛОР-органов
- Синдром «носовое кровотечение»
- Синдром «стеноз гортани»
- Синдром «острой вестибулярной дисфункции»
- Тяжелые и осложнённые формы гнойно-воспалительной ЛОР патологии

Организация оториноларингологической помощи в РФ:

- кабинеты (взрослые, детские) общего ЛОР приёма и специализированные (фониатрические, сурдологические и слухопротезирования);
- ЛОР стационары (взрослые, детские, смешанные).



- В структуре ЛОР патологии на первом месте стоят ангины, на втором отиты, далее следуют синуситы и другие болезни ВДП и уха.
- Деятельность медицинской сестры направлена на оказание квалифицированной сестринской помощи пациентам и членам их семьи, включая укрепление здоровья, профилактику заболеваний, уход в период болезни и реабилитации.



Изучив учебную дисциплину «Сестринское дело в оториноларингологии» студент должен

- ЗНАТЬ:
- - обязанности сестры при выполнении лечебно-диагностических процедур при болезнях и травмах уха, горла, носа;
- - причины, клинические проявления принципы, лечения и профилактики болезней уха, горла, носа;
- УМЕТЬ:
- осуществлять сестринский процесс:
- проводить первичную сестринскую оценку,
- выявлять проблемы пациента,
- планировать сестринский уход,
- осуществлять запланированный сестринский уход,
- проводит текущую, итоговую оценку результатов ухода
- подготовить пациента к диагностическим и лечебным процедурам
- оказать первую медицинскую помощь

Функциональные обязанности медицинской сестры оториноларингологического кабинета (отделения)

- 1. Подготовка к работе инструментария, медикаментов и документации.
- 2. Во время приёма больных осуществлять по указанию врача следующие диагностические манипуляции:
 - а) исследование слуха шепотной и разговорной речью;
 - б) ольфактометрию;
 - в) измерение температуры тела;
 - г) взятие мазка из носа, зева, наружного слухового прохода.
- 3. Активное участие в лечении больных:
 - а) вливание капель в нос и ухо;
 - б) смазывание слизистой оболочки носа и глотки;
 - в) вдвухание лекарственного порошка в ухо, полость носа;
 - г) туалет ушей;
 - д) введение в ухо турунд с лекарственными веществами;
 - е) удаление серных пробок промыванием наружных слуховых проходов;
 - ж) продувание ушей по Политцеру;
 - з) массаж барабанных перепонок (с помощью пневматической воронки Зигле);
 - и) введение антибиотиков в верхнечелюстную (гайморову) пазуху методом перемещения;
 - к) промывание лакун небных миндалин;
- 4. По назначению врача выполнять перечисленные ниже процедуры:
 - а) заполнение различной медицинской документации (направления на лечение, обследование, статистические талоны и др.);
 - б) выписывание листка нетрудоспособности;
 - в) регистрация операций и заполнение операционного журнала;
 - г) учёт диспансерных больных.
- 5. По окончании работы медсестра должна провести обработку инструментария, убрать медикаменты, привести в порядок медицинскую документацию.

Методика и техника эндоскопических исследований ЛОР органов. Роль и участие медсестры в осмотре больного.

- **Инструменты:** лобный рефлектор, настольная лампа, носовые зеркала (взрослые и детские), шпатели, носоглоточные и гортанные зеркала, ушные воронки.
- Наибольшей диагностической ценностью обладают световолоконные эндоскопические аппараты (ригидные и фиброскопы), применяемые для оториноларинговидеоскопии.

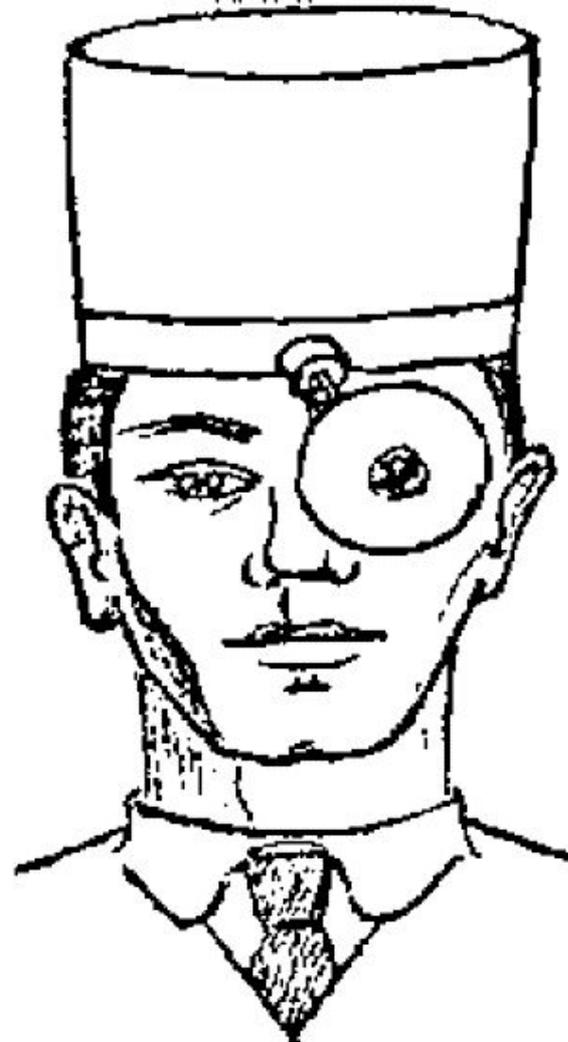


- 1. Обследуемый садится так, чтобы источник света и столик с инструментами были справа от него.
- 2. Врач садится напротив обследуемого, поставив ноги к столу, ноги обследуемого должны быть повернуты кнаружи.
- 3. Источник света располагают на уровне правой ушной раковины обследуемого в 10 см от нее.



Пользование лобным рефлектором

- 1. Рефлектор закрепляют на лбу при помощи оголовья. Отверстие рефлектора размещают напротив левого глаза
- 2. Рефлектор должен быть удалён от исследуемого органа на фокусное расстояние 25-30см
- 3. С помощью рефлектора направляется пучок отражённого света на кончик носа обследуемого. Осмотр осуществляется двумя глазами, при этом левым глазом смотрят через отверстие рефлектора, а правым помимо рефлектора. Периодически необходимо контролировать, находится ли зрительная ось левого глаза в центре светового пучка и выдержано ли фокусное расстояние.



Методика обследования носа и околоносовых пазух

• 1. Наружный осмотр и пальпация

- Оценивают симметричность наружного носа, лица и глазных щелей. Форма наружного носа близка к форме пирамиды. Оценивают состояние мягких тканей кожи лица на наличие травматических или воспалительных изменений.
- Пальпация наружного носа: указательные пальцы обеих рук кладут вдоль спинки носа и легкими массирующими движениями ощупывают области корня, скатов, спинки и кончика носа. Переднюю и нижнюю стенки лобных пазух, передние стенки гайморовых пазух пальпируют большими пальцами, при этом выясняют ощущения больного. Большие пальцы обеих рук располагают на лбу над бровями и мягко надавливают, затем перемещают большие пальцы в область верхней стенки глазницы к внутреннему ее углу и снова надавливают. Переднюю стенку гайморовой пазухи пальпируют в проекции клыковой ямки. В норме пальпация безболезненна.
- Пальпация поднижнечелюстных, подбородочных, глубоких шейных. В норме л/у не пальпируются.

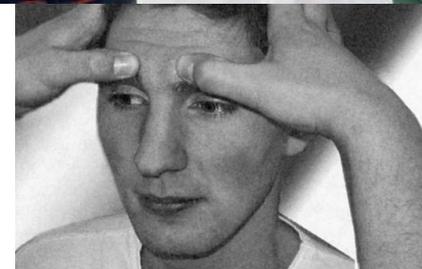


Рис. 3-7. Пальпация подчелюстных лимфатических узлов.

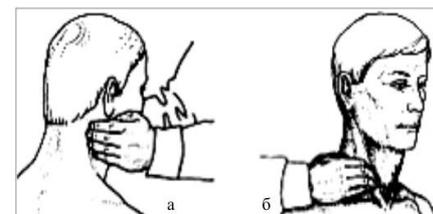


Рис. 3-8. Пальпация задних (а) и передних (б) шейных лимфатических узлов.

4. Подчелюстные лимфоузлы – исследование производится одной или двумя руками. Пальцы заводятся в подчелюстные области. Старайтесь прижать клетчатку к нижней челюсти и вывести лимфоузлы из-под нее. При

Вестибулоскопия

- Большим пальцем правой руки приподнимают кончик носа и осматривают преддверие носа. В норме кода преддверия носа розовая, чистая, видны многочисленные волоски.



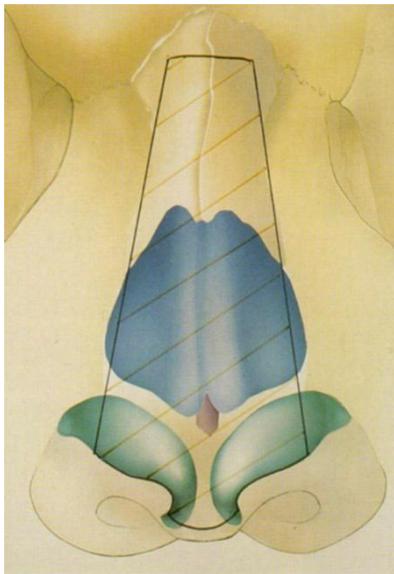
Передняя риноскопия

- 1. На раскрытую ладонь левой руки укладывают носовое зеркало «клювом» вниз, большой палец левой руки – сверху на винт зеркала, II и III пальцы — снаружи на браншу; IV и V пальцы должны находиться между браншами носового зеркала.
 - 2. Локоть левой руки опускают, кисть руки с носорасширителем должна быть подвижной; ладонь правой руки кладут на темя обследуемого, чтобы придать голове нужное положение во время риноскопии.
 - 3. Клюв носового зеркала в сомкнутом виде вводят на 0,5 см в преддверие правой половины полости носа пациента. Правая половина клюва носорасширителя должна находиться в нижневнутреннем углу преддверия носа, левая — в верхненаружном углу преддверия (у крыла носа)
 - 4. II и III пальцами левой руки нажимают на браншу носорасширителя и раскрывают правое преддверие носа так, чтобы кончик клюва носорасширителя не касался слизистой оболочки носа.
 - 5. Осматривают и характеризуют правую половину носа при прямом положении головы с небольшим наклоном вперед и книзу. (хорошо обозримы передние отделы нижнего носового хода и дно полости носа).
 - 6. Осматривают правую половину носа при несколько откинутой голове кзади и вправо. (виден средний носовой ход и верхние отделы носовой перегородки)
 - 7. Ослабив давление на бранши так, чтобы зеркало не полностью сомкнулось, извлекают зеркало из носа.
- **В норме: слизистая оболочка полости носа розовая, влажная, чистая, поверхность её гладкая. Носовые ходы широкие, носовые раковины не увеличены. Носовая перегородка по средней линии. Отделяемое слизистое, скудное.**



Клиническая анатомия и физиология носа и околоносовых пазух

- Нос (nasus) состоит из наружного носа и носовой полости.



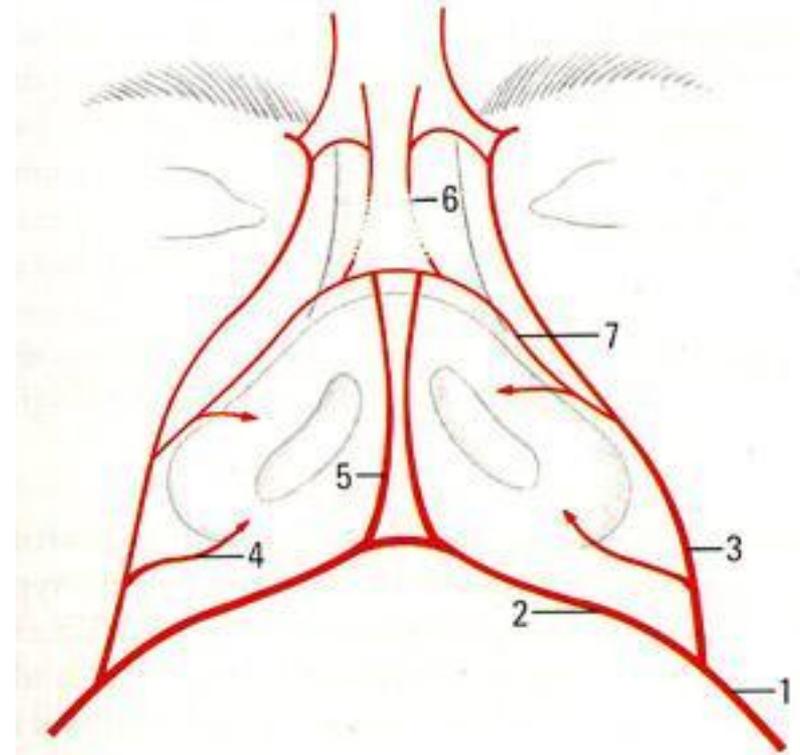
Наружный нос (nasus externus)

- костно-хрящевым остовом в виде покрытым кожей. (кончик, корень (переносицу), спинку, скаты и крылья).
- **1. Костная часть** остова состоит из парных плоских носовых костей
- лобных отростков верхней челюсти. Носовой отросток лобной кости
- **2. Хрящевая часть** остова имеет парные треугольные и крыльные, а также добавочные хрящи
- **3) Кожа** в этом месте снабжена большим количеством волос, что создает возможность развития фурункулов и сикоза



Кровоснабжение:

- ветви от верхнечелюстной и глазничной артерий из системы наружной и внутренней сонных артерий соответственно.
- Вены наружного носа отводят кровь через переднюю лицевую вену во внутреннюю яремную вену и в значительной степени в венозное сплетение крылонёбной ямки (plexus pterygoideus) и в кавернозный синус (sinus cavernosus).
- Лимфоотток из наружного носа осуществляется в основном в подчелюстные лимфатические узлы.
- Мышцы наружного носа иннервируются веточками лицевого нерва (п. *facialis*), кожа — первой и второй ветвями тройничного нерва (п.п. *supraorbitalis et infraorbitalis*



Кровоснабжение наружного носа обеспечивает:

1. Лицевая артерия
2. Верхняя лабиальная артерия
3. Угловая артерия
4. Артерия крыла носа
5. Колумеллярная или инфрасептальная артерия
6. Артерия спинки носа
7. Аркады спинки носа

Полость носа {cavum nasi}

- располагается между полостью рта и передней черепной ямкой, а с боковых сторон — между парными верхними челюстями и парными решетчатыми костями.
- Носовая перегородка разделяет на 2 половины:
- - впереди ноздрями и кзади в носоглотку — хоанами
- Носовая полость имеет четыре стенки:
- Нижнюю (дно полости носа)
- верхнюю, (крыша)
- медиальную (носовая перегородка)
- и латеральную; (наружная стенка)
- На наружной стенке располагаются три носовые раковины (conchae nasales):
- нижняя (concha inferior),
- средняя (concha media)
- верхняя (concha superior).
- Под ними соответственно образуются нижний, средний и верхний носовые ходы.
- Между носовой перегородкой и носовыми раковинами остается свободное пространство в виде щели от дна до крыши носа — общий носовой ход.
- Носовую полость разделяют на два отдела: передний — преддверие носа (vestibulum nasi) и собственно полость носа (cavum nasi). Последняя в свою очередь делится на две области: дыхательную (regio respiratoria) и обонятельную (regio olfactoria)

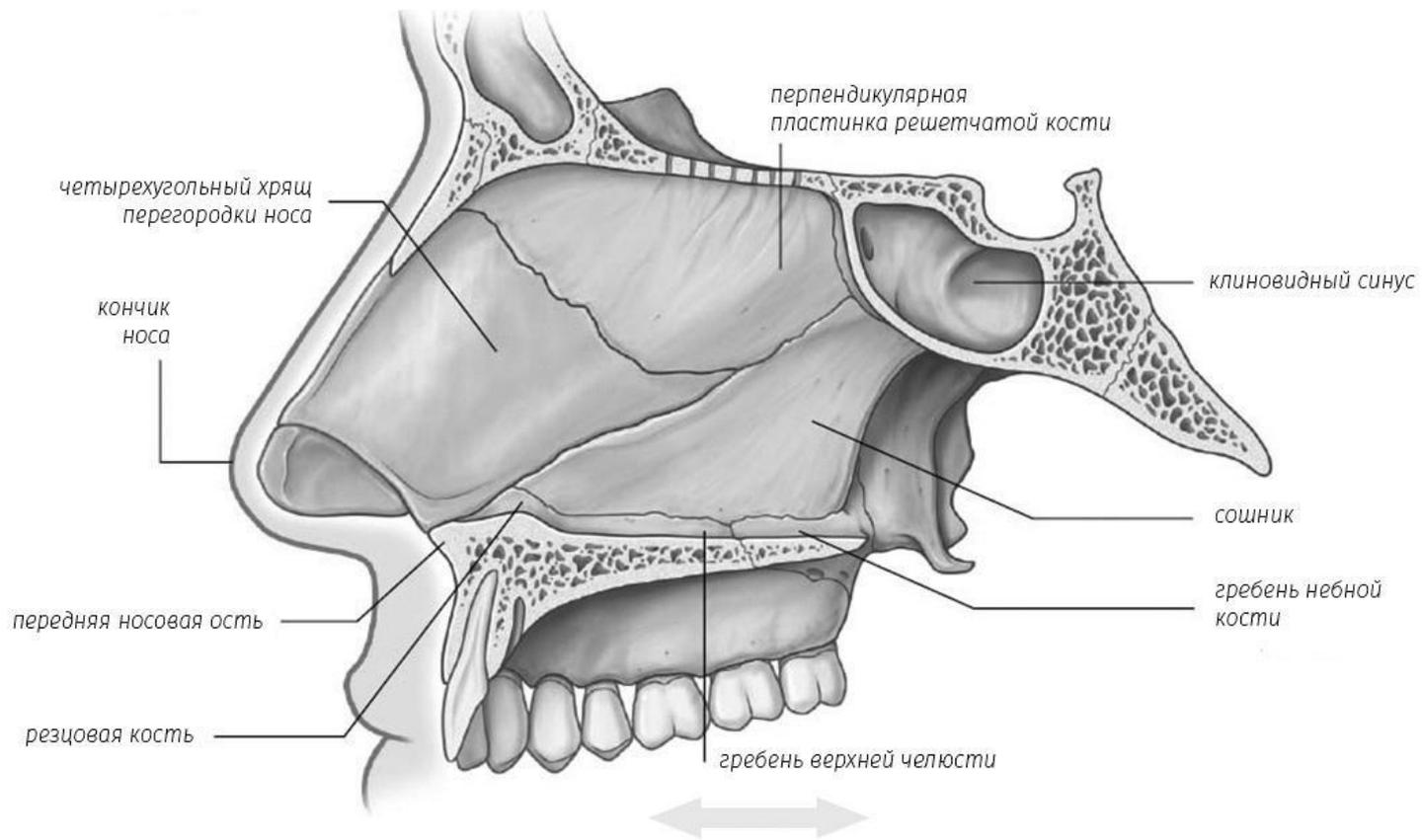
Строение слизистой оболочки полости носа

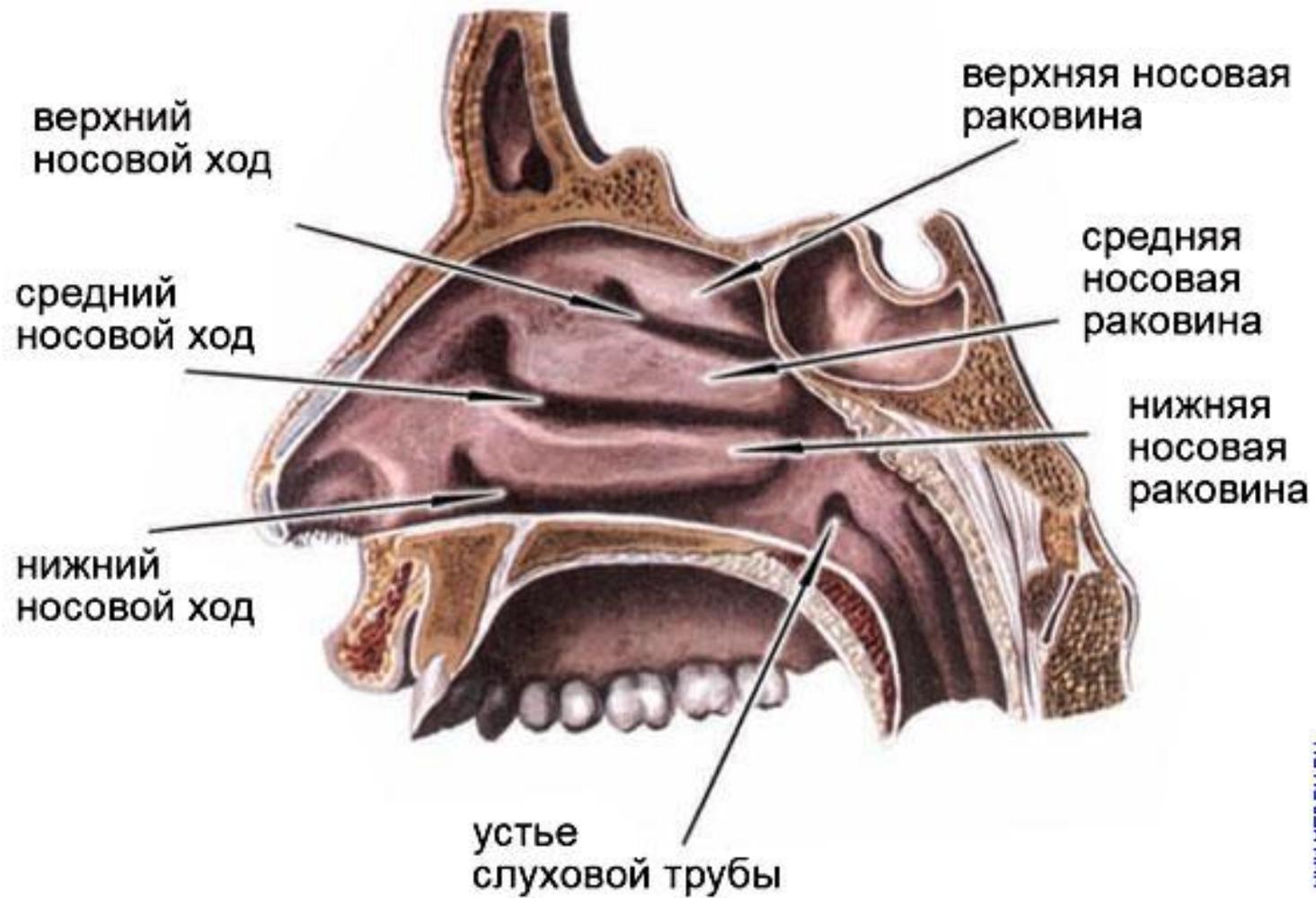
- Однослойный многорядный призматический реснитчатый эпителий
- Содержит мерцательные и бокаловидные клетки

Эпителиальная выстилка

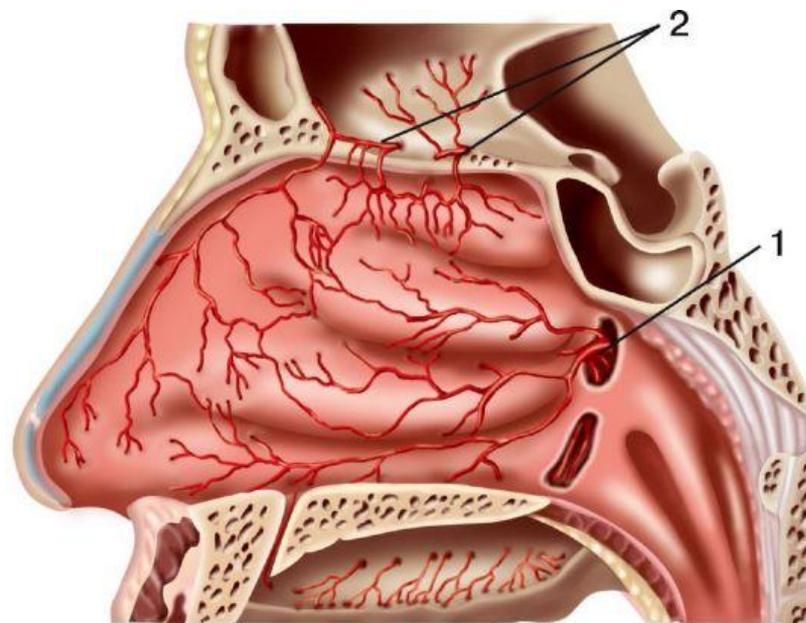
- Основу составляют реснитчатые эпителиоциты:
- 150-200 ресничек, длиной 5-7 мкм
- Частота биения ресничек 12-15 Гц
- Образуют однонаправленные «бегущие» волны
- Обеспечивают «транспорт» слизи (мукоцилиарный клиренс)





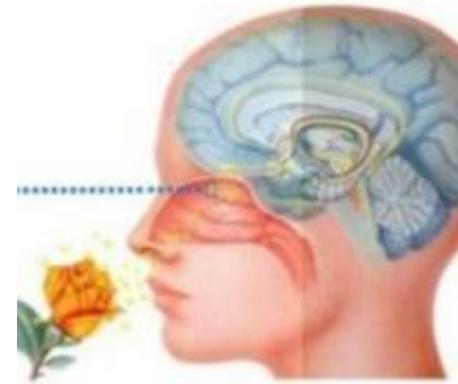


- Кровоснабжение полости носа и околоносовых пазух обеспечивается наиболее крупной артерией полости носа — *a. sphenopalatina* (ветвь внутренней челюстной артерии из системы наружной сонной артерии) и конечной ветвью внутренней сонной артерии (*a. ophthalmica*), которая в орбите отдает решетчатые артерии (*aa. ethmoidales anterior et posterior*). Особенность васкуляризации перегородки носа — образование в области передней ее трети (зона Киссельбаха) густой сосудистой сети в слизистой оболочке, отчего нередко последняя бывает истончена и часто кровоточит. Лимфоотток из передних отделов носа осуществляется в подчелюстные лимфатические узлы, из средних и задних отделов — в глубокие шейные.



1 - клиновидно-нёбная артерия; 2 - решетчатые артерии

Функции носа:



1. Дыхательная
2. Защитная (фильтро-кондиционирующая)
3. Обонятельная
4. Резонаторная
5. Косметическая

PS: -за сутки через полость носа проходит около 10 тысяч литров воздуха

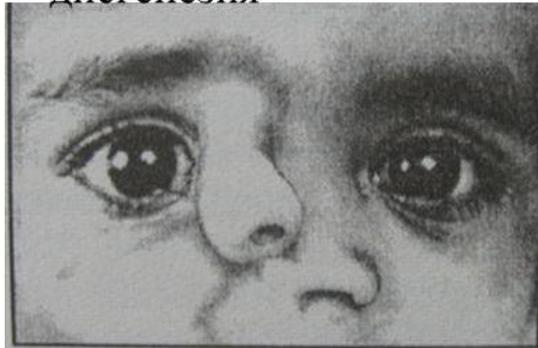
-Проходит согревание или охлаждение вдыхаемого воздуха до 37С (за 1 сек)

-осуществляется увлажнение воздуха до 95%

Заболевания носа

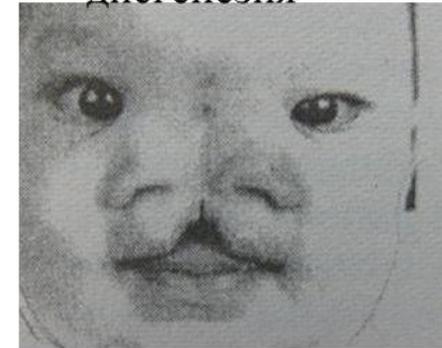
- **1) Аномалии развития наружного носа**
- Врожденные аномалии наружного носа, обусловленные нарушением эмбрионального развития, встречаются относительно редко.
- В практике отмечены такие врожденные уродства, как двойной нос, расщепление носа, формирование носа в виде одного или двух хоботов, отсутствие одной или обеих половин наружного носа, свищи или кисты носа, пороки развития носовых раковин, атрезия хоан.
- Лечение уродств носа только хирургическое.

дисгенезия



Боковой хобот и недоразвитие правой половины носа

дисгенезия



Расщепление носа, верхней губы и неба

Агенезия носа

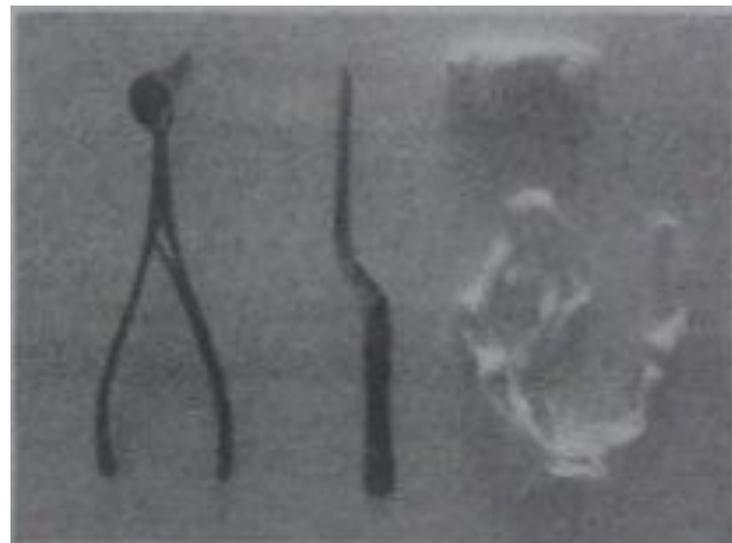


3) Носовые кровотечения

- -истечение крови из повреждённых сосудов слизистой оболочки полости носа.
- Причины: местные (хронические риниты, ЗНО, травмы носа, инородные тела полости носа) и общие (артериальная гипертензия, острые алкогольные интоксикации, передозировка антикоагулянтов)

Методы остановки носового кровотечения

- Полусидячее положение (голова наклонена вперед)
- Прижать крылья носа к носовой перегородке на 10-15 минут
- Без эффекта-введение марлевого тупфера, смоченную 3% р-ром перекиси водорода и прижимают крылья носа к перегородке на 10-15 минут
- Без эффекта- передняя тампонада полости носа



- Носовое зеркало,
- штыкообразный пинцет,
- Несколько марлевых тампонов длиной 50-60см, шириной 0,5-1 см
- Стерильное вазелиновое масло или р-р аминокaproновой кислоты



При неэффективности передней тампонады
выполняется задняя тампонада

Задняя тампонада

- Носовое зеркало
- Штыкообразный пинцет
- Длинный анатомический пинцет или корнцанг
- Несколько марлевых тампонов
- длиной 50-60см, шириной 0,5-1 см
- Задний тампон
- Резиновый или силиконовый катетер
- Шпатель
- Несколько марлевых тампонов
- длиной 50-60см, шириной 0,5-1 см

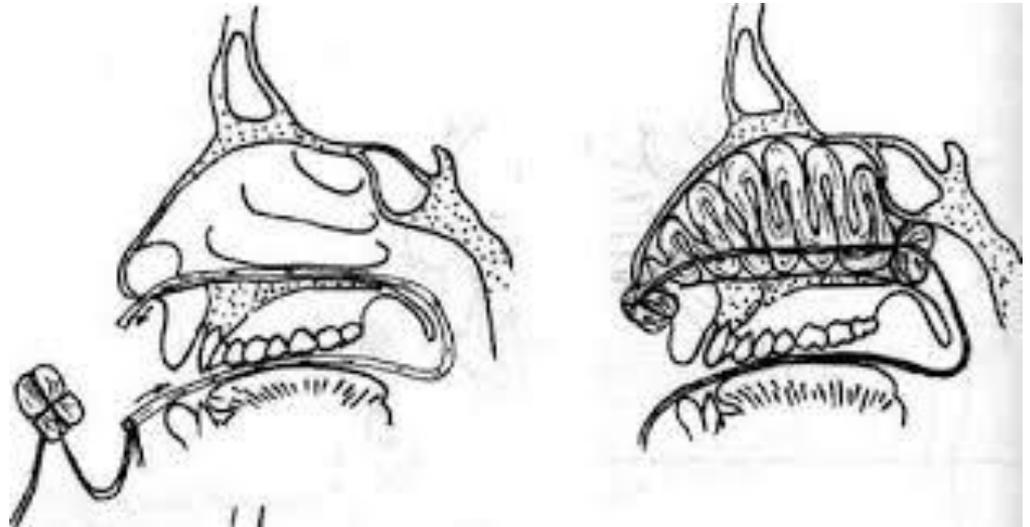


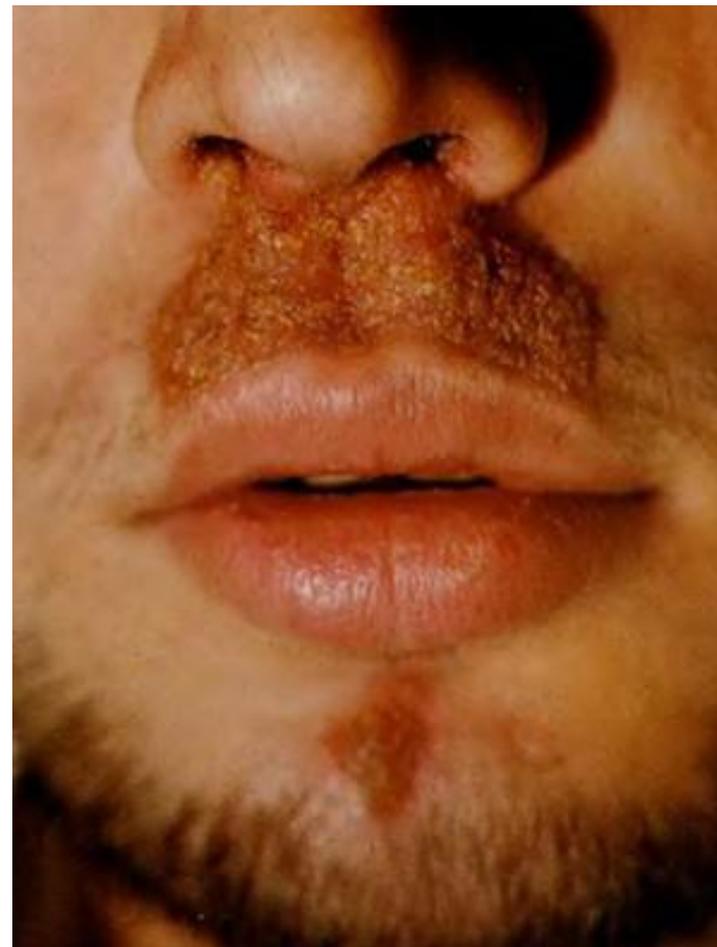
рис. 44. Набор инструментов и материалов для выполнения задней тампонады полости носа

Гнойно-воспалительные заболевания кожи носа

- 1) **Остиофолликулит** (то воспаление фолликулы волоса, или сальной железы)
- Жалобы: боли в области носа, преддверья носа, покраснение, зуд
- Наружный осмотр: гиперемия участка кожи, гнойное отделяемое с образованием корочек
- Лечение: Амбулаторно (хирург)
- Туширование
- Местный антисептики



- **2) Сикоз (фолликулит)**
хроническое рецидивирующее
воспаление волосяных
фолликулов
- Жалобы: зуд, жжение, боль
- Наружный осмотр:
множественные мелкие
пузырьки в области преддверия
корочки
- Классификация: ограниченный и
распространённый
- Лечение: дерматологи, микологи
(амбулаторно)
- местное применение
антимикробных мазей и прием
антибиотиков во внутрь.



- **3) Фурункул носа** острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей соединительной ткани
- Жалобы: изменение общего состояния организма – симптомы интоксикации, боль спонтанная и при пальпации, отек и покраснение кожи в области нижней губы, щеки, сглаженность носогубной складки
- Наружный осмотр: на фоне гиперемированной отечной кожи кончика носа, преддверия – определяется конусовидный инфильтрат
- Лечение: инфильтративная стадия: (консервативная терапия, спирт 70%, йод-локальное туширование, обработка кожи)
- Абсцедирующая стадия: (гнойное воспаление тканей с их расплавлением и образованием гнойной полости)
- вскрытие фурункула, дренирование назначить НПВП



8) Острый ринит

- **Острый ринит (rhinitis acuta)** представляет собой острое неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа. Это заболевание относят к наиболее частым как у детей, так и у взрослых.
- **Этиология:** -вирусная патология (риновирусы, аденовирусы, вирус гриппа, РС вирусы и т д)
- -бактериальная патология (стрептококки, стафилококки, гемофильная палочка и т д)
- -атипичная микрофлора (хламидия, микоплазма)

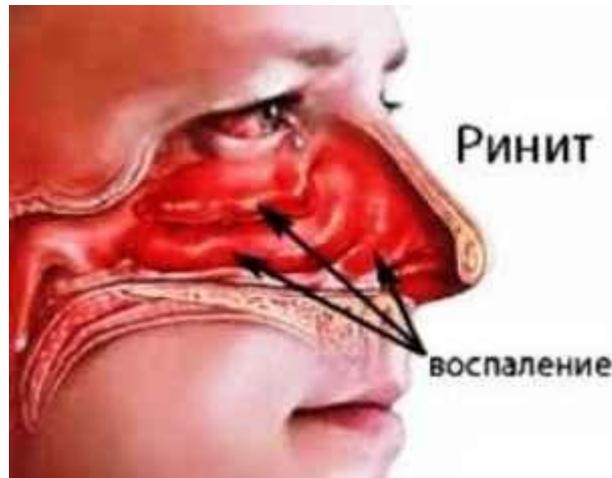


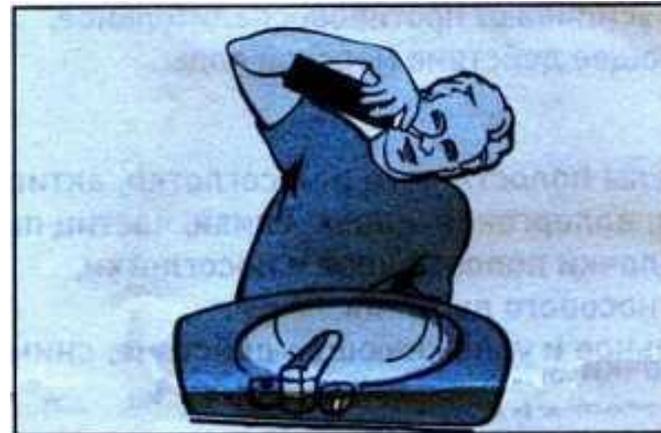
Таблица 1. Характеристика клинических стадий острого ринита

Характеристика	Клинические стадии		
	1) Сухая стадия раздражения	2) Стадия серозных выделений	3) Стадия слизисто-гнойных выделений
Длительность	Продолжается от нескольких часов до 1–2 сут. (редко)	–	<ul style="list-style-type: none"> • Наступает на 4–5–й день от начала заболевания • Спустя 8–14 дней от начала заболевания острый насморк прекращается
Местные симптомы	<ul style="list-style-type: none"> • Начинается с ощущения сухости, напряжения, жжения, царапания, щекотания в носу, часто в глотке и гортани, беспокоит чиханье • Дыхание через нос постепенно нарушается • Ухудшается обоняние (респираторная гипосмия) • Понижается вкус • Появляется закрытая гнусавость 	<ul style="list-style-type: none"> • Появляется большое количество прозрачной водянистой жидкости, пропотевающей из сосудов • Затем постепенно увеличивается количество слизи за счет усиления функции бокаловидных клеток и слизистых желез, поэтому отделяемое становится серозно-слизистым • После появления обильного отделяемого из носа исчезают симптомы 1–й стадии (ощущение сухости, напряжения и жжения в носу), но появляются: <ul style="list-style-type: none"> – слезотечение, – часто конъюнктивит, – резко нарушается дыхание через нос, – продолжается чиханье, – беспокоят шум и и покалывание в ушах 	<ul style="list-style-type: none"> • Появляется слизисто-гнойное (вначале сероватое, потом желтоватое и зеленоватое) отделяемое (обусловлено наличием в нем форменных элементов крови – лейкоцитов, лимфоцитов, а также отторгшихся эпителиальных клеток и муцина) • В последующие несколько дней количество отделяемого уменьшается • Эти признаки указывают на кульминацию развития острого катарального насморка; припухлость слизистой оболочки исчезает • Носовое дыхание и обоняние восстанавливаются.
Общие симптомы	<ul style="list-style-type: none"> • Одновременно появляются недомогание, познабливание • Тяжесть и боль в голове, чаще в области лба • Температура тела может повыситься до субфебрильной • Беспокойство, нарушение ритма сна, бледность • Нарушается аппетит, вкус, обоняние • Отказ от еды у детей младшего возраста • Нарушается внимание <p>⇒ <i>Снижается качество жизни</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Состояние ухудшается • Возможно появление красноты и припухлости кожи входа в нос и верхней губы (отделяемое содержит хлорид натрия и аммиак) 	<ul style="list-style-type: none"> • Состояние больного улучшается: <ul style="list-style-type: none"> – уменьшается головная боль, – уменьшается количество секрета, – исчезают неприятные ощущения в носу (чиханье, слезотечение), – улучшается носовое дыхание
Картина при передней риноскопии	<ul style="list-style-type: none"> • Слизистая оболочка гиперемирована, сухая • Постепенно она набухает, а носовые ходы суживаются 	Гиперемия слизистой оболочки выражена меньше, чем в 1–й стадии, но она резко отечна, с цианотичным оттенком	Определяется снижение гиперемии слизистой оболочки полости носа и отека носовых раковин (особенно нижних); слизисто-гнойные выделения с каждым днем уменьшаются и исчезают полностью

Лечение:

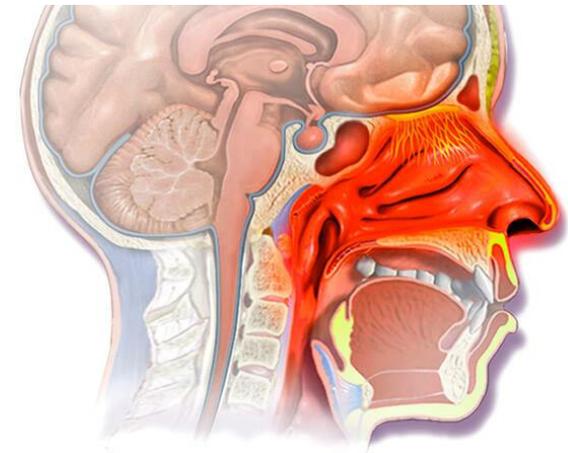


- -амбулаторное
- 1 стадия: - интерфероны, интраназальные интерфероны
 - местные антисептические растворы
 - противовирусная терапия
 - промывание носа
- 2 стадия: то же самое + ССК
- 3 стадия: -ССК
 - туалет полости носа
- 4 стадия: -муколитики
 - туалет полости носа



Хронический ринит

- (rhinitis chronica) хроническое рецидивирующее и персистирующее воспаление слизистой оболочки и в ряде случаев — костных стенок полости носа. Заболевание встречается часто.
- Классификация:
- 1) Инфекционный
- -специфические (возбудитель дифтерии, гонореи, менингита, туберкулёза, склеромы, сифилиса и т д)
- -неспецифические
- 2) Катаральный
- 3) Гипертрофический (ограниченная форма; диффузная форма)
- 4) Вазомоторный
- 5) Аллергический
- 6) Атрофический
- 7) Озена

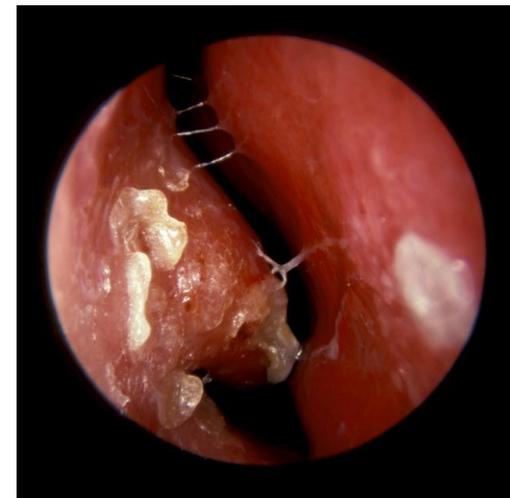


- **1) Катаральный ринит**

- **Этиология:** вирусы, бактерии, грибы
- **Факторы:** аномалии развития; деформация носовой перегородки; врождённые патологии; заболевания носовых раковин, носоглотки; неблагоприятные факторы окружающей среды; сопутствующая патология
- **Жалобы:** - в период обострения: как при остром рините
 - вне обострения: затруднение носового дыхания, выделения из носа в утренние часы; нарушение обоняния, заложенность носа, затекание слизи в глотку
- **Анамнез:** частые обострения

:

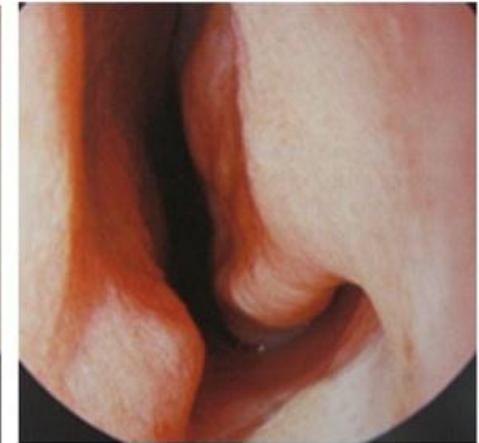
- Наружный осмотр: мацерация кожи носа
- Риноскопическая картина: слизистая отёчна, диффузно гиперемирована (красная, синюшная, цианотичная), в просвет отделяемое слизистое, густое, наличие слизистых корочек
- Доп. исследования: мазок на микробиологические методы исследования (мазок на посев); смывы, соскобы; серологические; КТ ОНП, носоглотки в 3х проекциях; консультация других специалистов (терапевт); анализы на Ig
- Лечение: исключить вредные факторы; этиотропная терапия; туалет полости носа; промывание носа по Проетцу; средства улучшающие микроциркуляцию (трентал); оперативное лечение при искривлённой носовой перегородке; **ССК не применять!!!!**



2) Гипертрофический ринит

- Этиопатогенез: исход катарального, вазомоторного ринита
- Жалобы: затруднение носового дыхания; выделения из носа; гнусавость
- (нет стадии обострения!! Стабильная картина!!!)
- Формы: -ограниченная: занимает какой-либо определенный участок нижней или средней носовой раковины
 - диффузная: захватывает равномерно всю поверхность носовых раковин

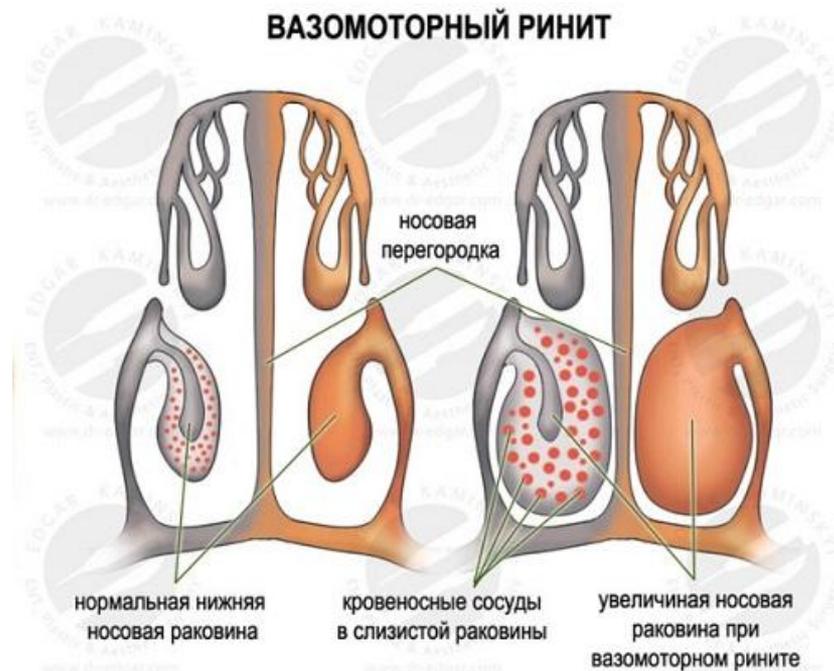
- Риноскопическая картина: слизистая оболочка полости носа отёчная, синюшная, цианотичная, бледно-розовая, мелкобугристая, носовые раковины гипертрофированы (в зависимости от формы); задние концы нижних носовых раковин свисают как гроздь.
- Исследования: проба с анемизацией (без эффекта)
- Доп.методы исследования: КТ ОНП (изменения носовых раковин); консультация терапевта; микробиологические методы исследования
- Лечение: Лечит ЛОР-врач; хирургическое лечение (конхотомия)



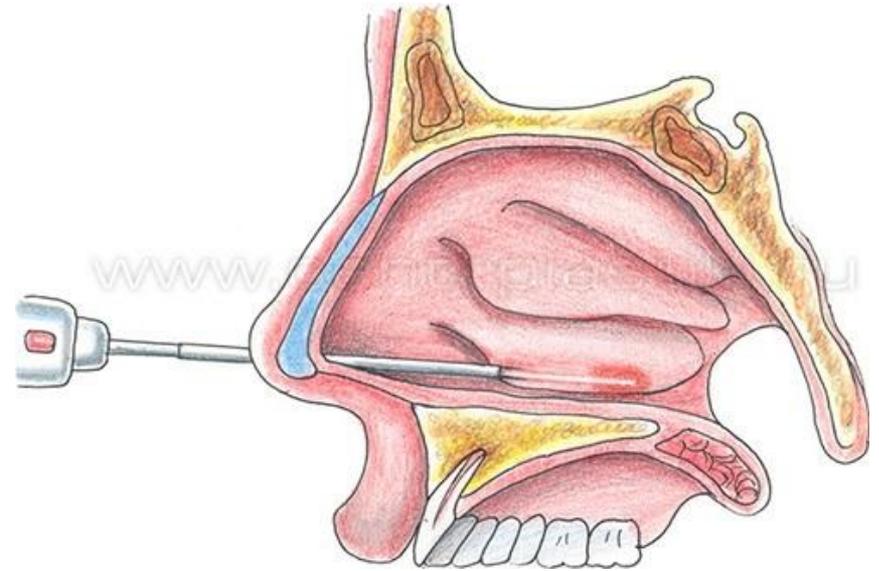
После операции

3) Вазомоторный ринит

- Этиопатогенез: нарушение работы ВНС
- Формы: гормональная, рефлекторная, психогенная, идиопатическая, смешанная
- Жалобы: затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа (водянистое), затекание слизи в глотку
- Риноскопическая картина: слизистая полости носа отёчная с цианотичным оттенком «пятна» –участки застоя крови. Носовые раковины увеличены, носовые ходы сужены.



- Доп. методы исследования:
КТ ОНП; консультация специалистов в зависимости от этиологии, патогенеза), ринопневмометрия, лабораторные методы исследования, проба с анемизацией
- Лечение: туалет полости носа; ГКС (месяц); внутриносовые блокады; хирургическое лечение – подслизистая вазотомия



4) Аллергический ринит

- Этиопатогенез: аллергены (респираторные,пищевые)
- Классификация: -персистирующий (круглогодичный) (более 4х дней в неделю или более 4х недель в году)
 - интермиттирующий (сезонный)-поллиноз (менее 4х дней в неделю или менее 4х недель в году)
 - профессиональный
- По степени тяжести: легкая, ср.ст тяжести,тяжелая (основана на субъективных ощущениях больного)



- Жалобы: заложенность носа, зуд, выделения из полости носа слизистого характера
- Риноскопическая картина: слизистая оболочка бледно-розовая, бледно-цианотичная с серым оттенком, блестящая, гладкая. Носовые ходы сужены
- Доп.мет.исследования: консультация аллерголога иммунолога, анализ на Ig, микробиологические методы исследования, КТ ОНП
- Лечение: Лечит Аллерголог – иммунолог, терапевт по м/ж; устранить аллерген (интраназальные фильтры); антигистаминные препараты (2-3 поколение); ГКС; туалет полости носа; иммунотерапия



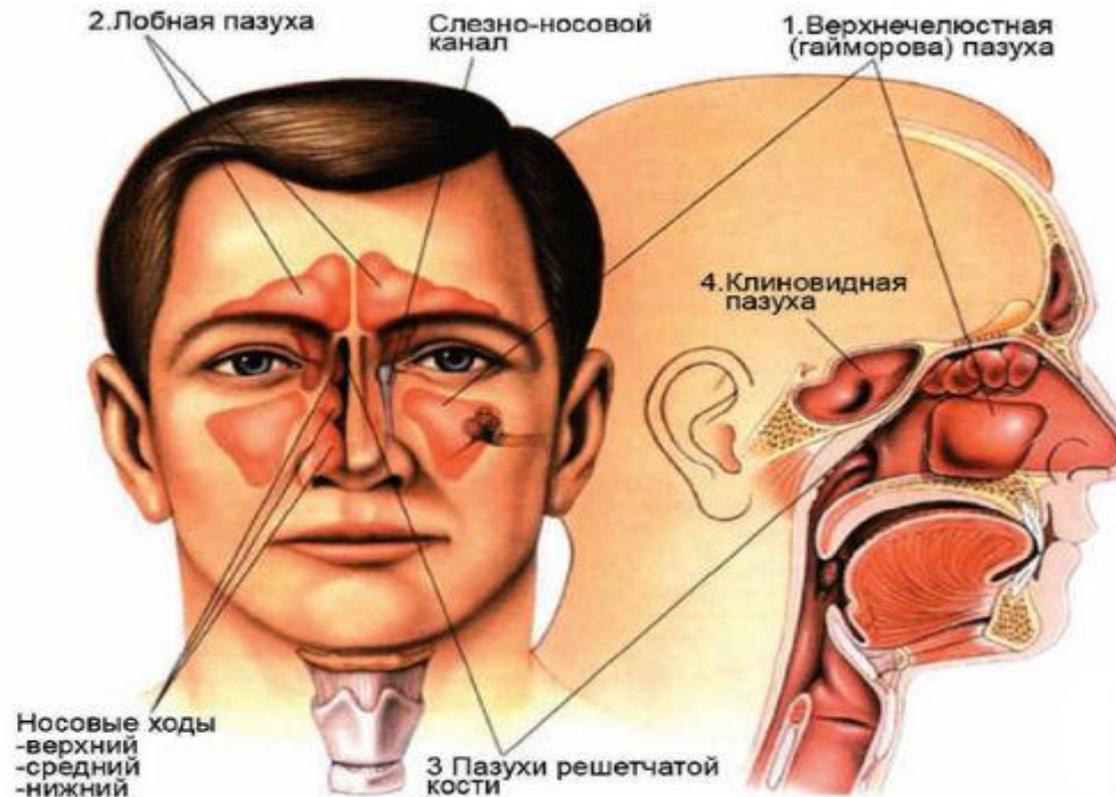
5) Атрофический ринит

- Жалобы: сухость, скопление корочек в носу
- Риноскопическая картина: слизистая оболочка носа бледная, сухая, наличие корок, носовые раковины уменьшены.
- Лечение: устранение вредных факторов; увлажнение слизистой оболочки полости носа; средства улучшающие регенерацию (кремообразные, гелеобразные); средства улучшающие микроциркуляцию (трентал), витаминотерапия , миколитические средства

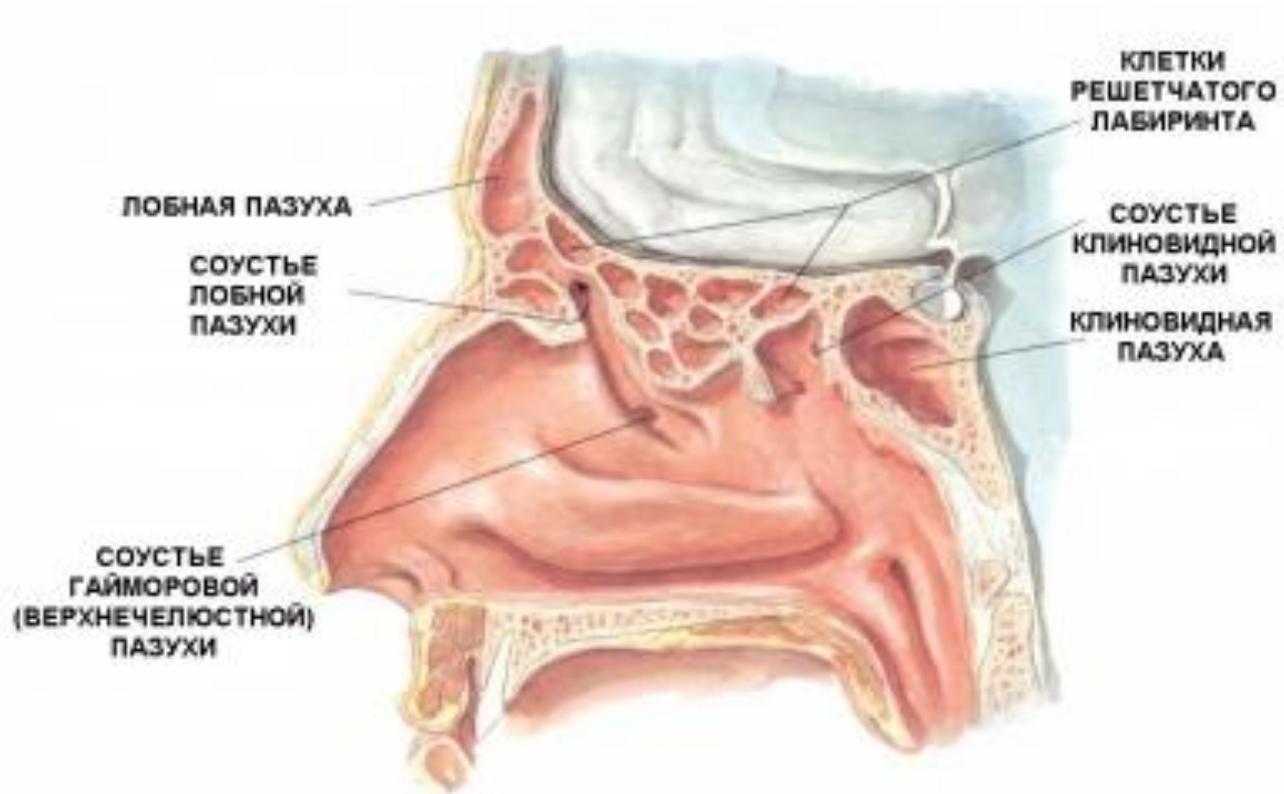


Клиническая анатомия околоносовых пазух (ОНП)

- Околоносовые пазухи располагаются вокруг полости носа и сообщаются с ней. Различают четыре парь воздухоносных пазух:
- верхнечелюстные, (гайморит)
- клетки решетчатого лабиринта, (этмоидит)
- лобные (фронтит)
- и клиновидная (основная) (сфеноидит)



Естественные соустья ОНП



Околоносовые пазухи

- Это не стерильные»открытые полости
- В сущности являются «идеальными биологическими термостатами» если не смогут себя защитить

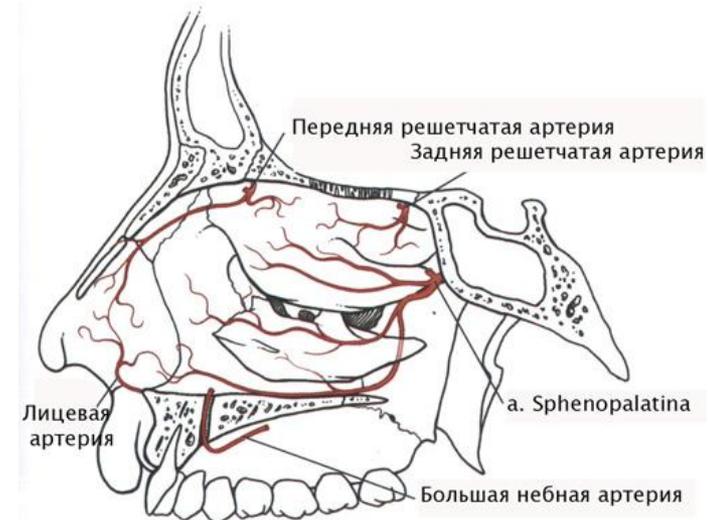
Пазуха будет здорова если:

- Будет полноценно осуществляться процесс аэрации пазухи, т е воздухообмена с полостью носа, а значит и с внешней средой
- Будет полноценный мукоцилиарный клиренс, процесс «самоочищения» пазухи

Пазуха должна быть чистым «проточным озером», а не стоячим болотом

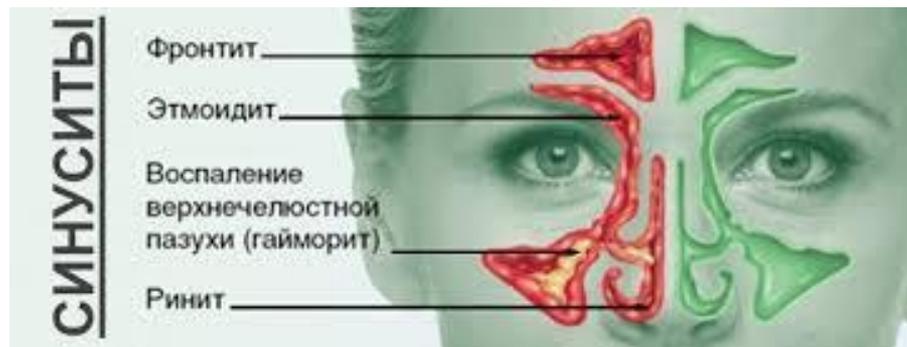
- Не будет клинически значимых дефектов

- **Кровоснабжение.** Околоносовые пазухи, как и полость носа, снабжаются кровью из верхнечелюстной (ветвь наружной сонной артерии) и глазной (ветвь внутренней сонной) артерий. Верхнечелюстная артерия обеспечивает питание в основном верхнечелюстной пазухи. Лобная пазуха снабжается кровью из верхнечелюстной и глазной артерий, клиновидная - из крыловидно-нёбной артерии и из ветвей менингеальных артерий. Ячейки решетчатого лабиринта питаются из решетчатых и слезной артерий.
- **Венозная система** пазух характеризуется наличием широкопетливой сети, особенно развитой в области естественных соустьев. Отток венозной крови происходит через вены носовой полости, но ветви вен пазух имеют анастомозы с венами глазницы и полости черепа.
- **Лимфоотток** из околоносовых пазух осуществляется в основном через лимфатическую систему полости носа и направлен к поднижнечелюстным и глубоким шейным лимфатическим узлам.



Острый синусит

- Определение: острое воспаление околоносовых пазух. Наиболее часто воспаление возникает в верхнечелюстной (гайморовой) пазухе (гайморит). На втором месте по частоте стоит воспаление клеток решетчатого лабиринта (этмоидит), затем лобной пазухи (фронтит) и клиновидной(сфеноидит).
- Полисинусит- воспаление распространяется не на одну, а на несколько пазух
- Пансинусит -воспаление всех околоносовых пазух носа
- Гемисинусит-воспаление пазух расположенных только на правой или левой стороне
- Эпидемиология: 25-30% стационарной патологии ЛОР-органов
- Этиология: вирусы 90% (грипп,парагрипп,аденовирус),бактерии,атипичная микрофлора
- Стадии: -катарально-отёчная
-гнойно-инфильтративная
- Степень тяжести: легкая, ср ст тяжести,тяжёлая
- Причины: местные – деформация носовой перегородки; аномалии строения, конхобуллёз
 - заболевания слизистой оболочки полости носа(ринит)
 - иммунодефицитные состояния (ВИЧ, соматические заболевания, лекарственная терапия)
 - одонтогенные причины
 - травматические



- Жалобы: (на 3-4 день от начала острого ринита) Затруднение носового дыхания, головная боль, нарушение обоняния, повышение Т тела, выделения из носа.
- Легкая ст.тяжести: симптомы риносинусита
- Ср.ст.тяжести: выраженные симптомы риноситусита, осложнение-отит
- Тяж.ст.тяжести: -внутричерепные, орбитальные осложнения.
- Пальпация: возможна болезненность в проекции ОНП
- Перкуссия: болезненность,неприятные ощущения в проекции ОНП
- Риноскопическая картина: Слизистая оболочка гиперемирована в (1стадию), цианотична при 2 стадии, отёчна, носовые ходы сужены, отделяемое слизистое,слизисто-гнойное
- Доп.методы: Закрытый синусит-лучевая диагностика(RgОНП, КТ ОНП)
- Лечение: после лучевой диагностики проведении диагностической пункции пазухи. При открытом синусите пункция не показана!
- Легкая степень тяжести-лечение амбулаторно
- Неотложная помощь, при наличии осложнений –госпитализация в инфекционное отделение
- -системная антибактериальная терапия
- -местная антибактериальная терапия
- -туалет носа
- -ССК
- -Топические ГКС
- -муколитические препараты

Тотальное затемнение правой
гайморовой пазухи

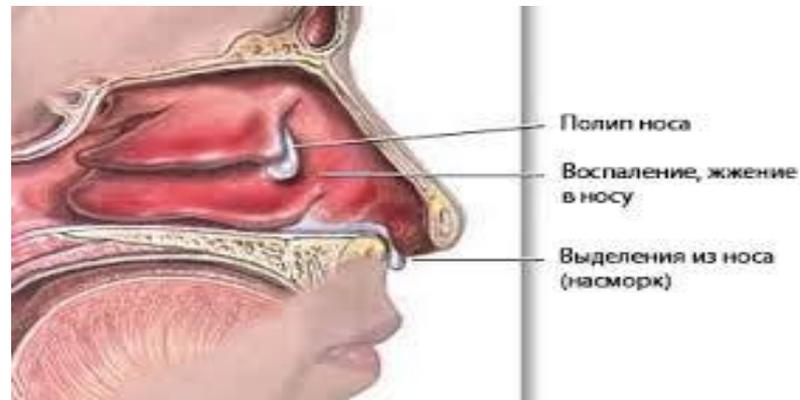


Затемнение в левой гайморовой
пазухе (уровень)

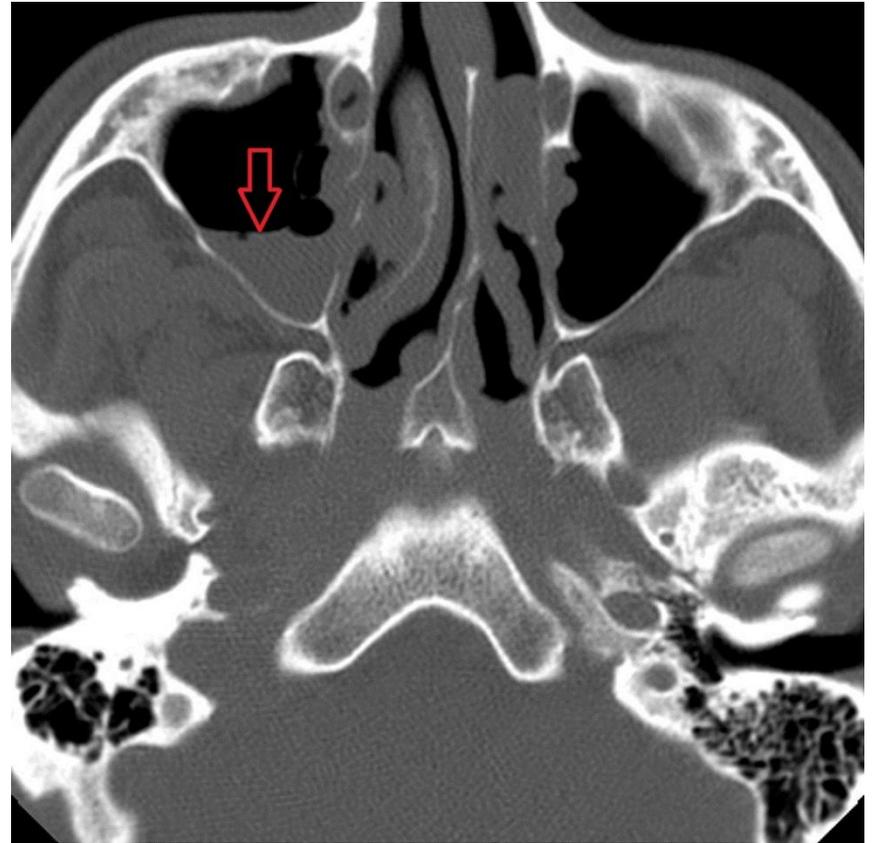
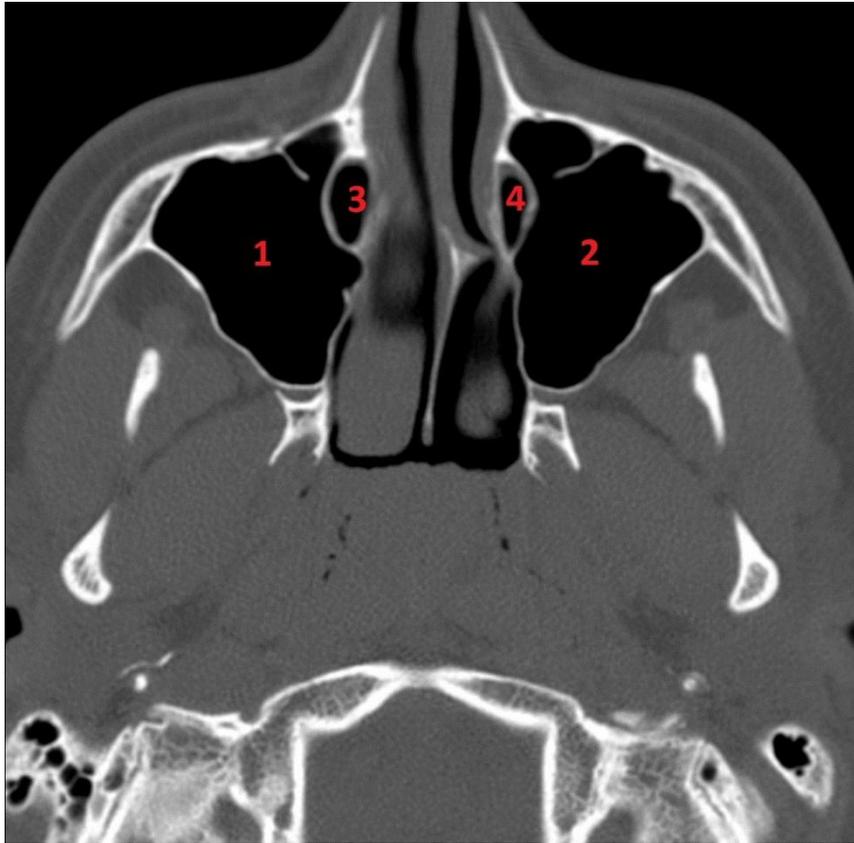


Хронический синусит

- Более 12 недель(3 месяца)
- Классификация: катаральный, гнойный, пристеночно-гиперпластический, полипозный, фиброзный, кистозный, осложнённый, аллергический
- Жалобы: В период обострения –ОРЗ
- вне обострения: затруднение носового дыхания, выделения из полости носа, нарушение обоняния, неприятный субъективный запах, головокружение, повышение Т тела
- Осмотр: локальная болезненность в проекции ОНП
- Риноскопическая картина: слизистая оболочка полости носа гиперемирована(багровая) ,отёчна, носовые ходы сужены, наличие сухих корочек. В некоторых случаях можно увидеть гной.
- Мезофарингоскопия: стекание слизи по задней стенке глотки, признаки фарингита(зернистость),выпячивание слизистой оболочки



- Доп.методы исследования: Лучевые методы диагностики : КТ ОНП в 3х проекциях ; микробиологические методы исследования, консультация других специалистов(терапевта); диагностическая пункция , микрогайморотомия.
- Лечение: зависит от формы воспаления
- Антибактериальная терапия
- Туалет полости носа
- **ССК не применять!!!**
- Местно антисептические растворы (мирамистин,хлоргексидин)
- ГКС
- Муколитические препараты
- Средства улучшающие микроциркуляцию





Риносинусогенные осложнения

- Этиология: вирусная, бактериальная
- Пути проникновения: контактный, гематогенный, лимфогенный

Риносинусогенные осложнения

Орбитальные

- 1. Реактивный отёк век
- 2.Остеопериостит орбиты
- 3.Субпериостальный абсцесс
- 4.Ретробульбарный абсцесс
- 5.Флегмона глазницы

Внутричерепные

- 1.Гнойный менингит
- 2.Тромбоз венозных синусов твёрдой мозговой оболочки
- 3. Эпидуральный абсцесс
- 4. Субдуральный абсцесс
- 5. Абсцесс лобной доли мозга



Флегмона орбиты



Рис. 21. Тромбофлебит вен левой орбиты и тромбоз пещеристого синуса (а, б).

Клиника

Орбитальные

- Отек и гиперемия век и конъюнктивы.
- Экзофтальм.
- Ухудшение зрения (нередко полная потеря)
- Боль в участке орбиты.
- Двоение в глазах
- Появление гнойных фистул на месте наибольшего выпячивания мягких тканей в области орбиты.
- Нарушение подвижности глазного яблока.
- Повышение температуры тела к гектической (при ретробульбарном абсцессе и флегмоне орбиты).

Внутричерепные

- Головная боль, Тошнота. Головокружение.
- Психические расстройства (нарушение внимания, памяти, речи, сонливость и др.).
- Ригидность затылочных мышц (особенно при менингите)
- Вынужденное положение больного в постели.
- Симптомы поражения черепно-мозговых нервов (парезы, параличи, расстройства чувствительности и секреторные нарушения).
- Экзофтальм, отек век и конъюнктивы (при синустромбозе).
- Изменения со стороны спинно-мозговой жидкости (выделяется под давлением, приобретает мутную окраску, повышается количество белка и форменных элементов).

- Доп.методы исследования: лучевые методы диагностики : КТ ОНП, ГМ, консультация невролога, других специалистов
- Лечение:
- Спинномозговая пункция
- Хирургическое – раскрытие соответствующей околоносовой пазухи с последующим наложением широкого соустья с носовой полостью и дренированием патологического очага из полости черепа или из орбиты.
- Консервативное: антибактериальная терапия - антибиотики широкого спектра действия

Роль медицинской сестры и уход за больными

- При ряде заболеваний носа и параназальных синусов, особенно в детском возрасте, требуется специальный сестринский уход.
- После остановки носового кровотечения, в том числе после травмы, больной в условиях стационара нуждается в постоянном и пристальном наблюдении медсестры, особенно, если существует опасность рецидива. В отсутствии врача она должна оказать пособие (холод на нос, придавливание крыла носа к носовой перегородке на стороне кровотечения) и подготовить тампоны для передней и задней тампонады.
Медицинская сестра участвует в подготовке к операции, проводит термометрию, выполняет медикаментозные назначения врача, осуществляет предоперационную подготовку (гигиеническая ванна, бритье и т. д.).



Rhinitis
Sinusitis



Healthy
nose



Natural
treatment

**Спасибо за
внимание!**