

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

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат на тему: «Деформации и воспалительные заболевания носа»

Зав. Кафедрой: Д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: К.м.н., доцент Петрова М.А.

Выполнил: Ординатор Хороших А.Н.

Красноярск 2023

Диагноз легко устанавливается путем наружного и риноскопического осмотра и зондирования; приходится обращать внимание на состояние хоан и носоглотки. Сращения в задней части, у хоан, нередко имеют костный характер. Лечение заключается в расщеплении синехии с последующим применением пластинок или вырезании рубцов и сращений с последующим применением толстостенных резиновых дренажей. Деформации носовой перегородки могут выражаться искривлениями и утолщениями с образованием шипов и гребней, причем возможна и комбинация этих изменений. Искривления перегородки могут локализоваться во всех отделах последней, хотя значительно реже поражается задний костный отдел. Перегородка может быть выгнута вся в одну сторону или в верхней части выпячена в одну, в нижней - в другую сторону (8-образное искривление). Иногда верхняя часть изогнута под углом по отношению к нижней (искривление в виде надлома). Утолщения в виде шипов и гребней обычно бывают на выпуклой части перегородки, по преимуществу на месте соединения хряща с верхним краем сошника. Они бывают как в заднем, так и в переднем отделах перегородки носа, в одних случаях на гладкой прямой части ее, в других (чаще) развиваются в виде обособленного утолщения - гребешка - на всем протяжении перегородки.

Возникновение искривлений носовой перегородки объясняют неравномерным ростом ее и ее костной рамы, т.е. свода и дна носовой полости. Другой причиной искривлений является травма носа. Значительно реже наблюдаются компенсаторные искривления носовой перегородки, отклоняющейся в ту или иную сторону при опухолях и аномалиях развития боковой стенки носа. Симптомом искривлений перегородки, иногда с образованием на ней гребней и шипов, является недостаточная проходимость той или иной половины носа. Иногда выступы на перегородке, особенно если они внедряются в противолежащие раковины, обуславливают развитие рефлексных неврозов в различных областях тела. Отмечается неблагоприятное влияние носового сужения на евстахиеву трубу и среднее

ухо. Распознавание производится при помощи передней риноскопии и обычно не представляет трудностей.

Лечение при выраженных искривлениях перегородки оперативное; оно заключается в частичной или полной подслизистой резекции ее. Показаниями к операции являются такие искривления, которые сопровождаются функциональными расстройствами, затруднением дыхания через одну или обе половины носа; учитывается также наличие воспаления придаточных пазух, когда затруднен отток гноя из них. Резекция производится иногда в качестве предварительной операции при внутриносовом или наружном вскрытии придаточных пазух (лобной, решетчатой). Операция заключается в том, что через разрез слизистой оболочки и надхрящницы на выпуклой стороне перегородки отсепааровывают слизистую оболочку вместе с надхрящницей над искривленной частью перегородки, затем разрезают хрящ, не повреждая слизистой оболочки противоположной стороны; через разрез хряща отслаивают надхрящницу на другой стороне перегородки, после чего резецируют искривленную часть, сохранив (что особенно важно) костную основу на спинке носа. После удаления частей скелета носовой перегородки оба листка слизистой оболочки снова прикладываются друг к другу. Советские авторы (В.И. Воячек, М.Ф. Цытович) предложили щадящие методы операции на носовой перегородке, которые дают возможность придать ей вертикальное положение почти без удаления ее костной и хрящевой основы (мобилизация и редрессация) или с удалением узкой полоски хряща в виде кольца (циркулярная резекция).

Гребни и шипы без одновременного искривления перегородки встречаются редко. Поэтому удаление их обычно совпадает с операцией по поводу ее искривления. Значительно реже, чем неправильности перегородки, наблюдаются вздутия на средней раковине или реже на, которые могут сильно выпячиваться внутрь, оттесняя перегородку в другую сторону, и,

таким образом, уменьшать проходимость носа для воздуха. Такие вздутия подлежат удалению посредством петли или конхотома.

Воспалительные заболевания.

Абсцесс и острый перихондрит носовой перегородки. Повреждения наружного носа (удар по носу, падение на нос и т.д.) ведут к кровоизлиянию под слизистую оболочку носовой перегородки и образованию гематомы, которая под влиянием вторичной инфекции почти всегда переходит в абсцесс. Острое гнойное воспаление надхрящницы может развиваться при роже, остеомиелите корней резцов или при острых инфекционных заболеваниях. Образование абсцесса обычно сопровождается повышением температуры, головными болями и непроходимостью полости носа. Часто наружная часть носа припухает, красного цвета, чувствительна при давлении на кончик носа. При риноскопии гематома и абсцесс представляются в виде полукруглого флюктуирующего образования, расположенного с обеих сторон носовой перегородки вблизи носового отверстия; при сомнениях в диагнозе следует пунктировать нос и отсосать содержимое. Лечение: повторное отсасывание крови шприцем и плотная тампонада носа. При нагноении - вскрытие абсцесса и тампонада. Применение антибиотиков ускоряет обратное развитие воспалительных явлений.

Фурункулы носа часто бывают одним из проявлений общего фурункулеза. При фурункуле отмечается болезненность покровов носа; последние отекают, захватывая иногда соседние части лица. Кожа на кончике или на крыле носа бывает резко красной, напряженной и очень чувствительной при давлении. При осмотре внутренней поверхности входа в нос на ограниченном участке определяется конусовидный инфильтрат, краснота и сильная болезненность при дотрагивании, особенно при образовании ограниченных гнойников с распадом в центре. Иногда образуется абсцесс; до его вскрытия температура значительно повышена. Лечение преимущественно консервативное: пенициллин внутримышечно, местно - мази (индифферентные или с антибиотиками). Иногда вместо этого

применяется вкладывание в нос через каждые 3-4 часа марлевого тампона, смоченного боровской жидкостью.

К хроническим воспалительным заболеваниям полости носа относится прободающая язва перегородки, при этом возникает прободение в хрящевой части круглой или овальной формы до 1 см в диаметре. Это заболевание обусловлено трофическими изменениями эпителия и мелкими травмами, наносимыми при удалении корок. Прободающая язва перегородки наблюдается иногда у рабочих, которые по своей профессии вынуждены вдыхать воздух, содержащий химические или механические раздражающие и разъедающие вещества (цементные, аккумуляторные фабрики, производства, связанные с добыванием и переработкой хромовых солей, мышьяка, меди, сулемы), а также у кокаинистов.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить туберкулез и сифилис. Туберкулезная язва всегда окружена гранулирующими краями, сифилитическая поражает больше костную носовую перегородку.

Лечение: при образовавшейся перфорации тщательно очищают края язвы и накладывают 2% желтую ртутную мазь. Процесс заживления идет весьма медленно.

Сикоз ноздрей - гнойное воспаление волосяных мешков, расположенных во входе в нос. При сикозе ноздрей часто наблюдается одновременно и сикоз бороды. Возбудитель сикоза - стафилококк. Инфекция может проникнуть из придаточных пазух носа при гнойном их воспалении или извне (внесенная загрязненными пальцами). Заболевание начинается с появления небольших, с булавочную головку красных плотных узелков, на вершине которых вскоре развивается пустулка, пронизанная волосом. Гнойное содержимое их быстро подсыхает в желтоватую или буроватую корочку, тесно спаянную с волосом.

Лечение. После размягчения корок индифферентной мазью пинцетом удаляют все окруженные гнойничком волоски, кожу дезинфицируют 1 %

салициловым спиртом или сулемой (1: 1000). Если наступает воспалительная реакция, то назначают примочки из буровской жидкости и следующую мазь: 1-5% эмульсию синтомицина (левомицетина). В тяжелых случаях необходимо провести курс пенициллинотерапии (внутримышечно). Применяют и рентгенотерапию. Часто наблюдаются рецидивы.

Экзема входа в нос является частым спутником острого или хронического насморка, гнойного поражения придаточных пазух и носоглотки. Раздражение кожи вытекающим из носа патологическим секретом, частое сморкание, вытирание носа обуславливают длительное течение процесса. Экзема входа в нос также может быть одним из проявлений общей экземы. В острых случаях имеются краснота и припухлость у входа в нос, поверхностное слущивание эпителия, иногда пузырьки, серозно-кровянистые или гнойные корочки, покрывающие более или менее глубокие и очень болезненные трещины. При хроническом течении экземы явления воспаления менее резко выражены, весь вход в нос бывает покрыт довольно плотно сидящими корками, под которыми имеются такие же трещины, как и в острых случаях. Лечение должно быть направлено на устранение предрасполагающих заболеваний носа, носоглотки и придаточных пазух, сопровождающихся отделением гнойного секрета. Показаны общеукрепляющие средства: препараты мышьяка, железа, рыбьего жира, витамины А и С, облучение кварцевой лампой и курортное лечение. Нередко требуются мероприятия десенсибилизирующего характера. Местное лечение должно быть направлено на удаление корок и очищение поверхности кожи. Лучше всего это достигается введением в нос дважды в день на полчаса ватного тампона, пропитанного какой-либо индифферентной мазью, оливковым или миндальным маслом. Не следует насильно удалять корки, что, помимо болезненности, ведет к кровотечению и их новому образованию. При остро протекающей мокнущей экземе высушивающее действие оказывает резорцин в виде частых примочек из 1-2% раствора или 2- 5% мазей. В хронических случаях, где иногда такого лечения бывает

недостаточно, применяют еще ртутные мази. Для ускорения заживления трещин их смазывают 2-5% раствором ляписа. Даже по излечении экземы во избежание рецидивов некоторое время приходится еще применять мази (до приобретения кожей нормальной окраски и эластичности).

Рожь. Первичная рожь носа наблюдается редко. Входными воротами инфекции являются трещины и ссадины в окружности крыльев носа. Подчелюстные лимф, узлы припухают с первого дня заболевания. При риноскопическом исследовании слизистая оболочка определяется ярко-красной, очень болезненной при дотрагивании, иногда на ней появляются характерные пузырьки. Наличием эмпиемы придаточных пазух носа часто объясняется рецидивирующая, так наз. привычная рожь. Иногда рожь переходит с носа на все лицо; тогда в окружности пораженных участков появляется сильный отек, особенно век, все лицо становится неузнаваемым. При распространении рожи по слизистой оболочке полости носа на зев и гортань развивается острое воспалительное сужение гортани, нередко требующее трахеотомии.

Сифилис. Первичные проявления сифилиса в носа встречаются гораздо реже, чем в полости рта и на губах. Твердый шанкр локализуется главным образом у входа в нос, на крыльях носа и на кожной части носовой перегородки.

Затылочные и подчелюстные лимф, узлы припухают и большей частью не болезненны при ощупывании.

Вторичный сифилис встречается в форме эритемы и сопровождается припухлостью слизистой оболочки, а также отделением кровянисто-серозного или слизистого секрета. Специфический характер насморка нужно особенно заподозрить у новорожденных и грудных детей при врожденном сифилисе. От простого ринита сифилитический катар отличается более затяжным и упорным течением. Папулезные высыпания развиваются обыкновенно у входа в нос, реже в самой носовой полости. Вследствие

распада папул и под влиянием постоянного раздражения секретом у входа в нос образуются трещины и небольшие язвочки.

Третичная форма сифилиса наблюдается наиболее часто. Патолого-анатомически она выражается в образовании сифилитических инфильтратов, сифилом и продуктов их распада. Если сифилитический инфильтрат развивается в слизистой оболочке, то образуется глубокая язва с резко очерченными краями и сальным дном, которая в дальнейшем может распространиться на кость и хрящ. Если гумма первично локализуется в кости или надкостнице, то вследствие расстройства питания происходит некроз кости с образованием секвестра. Третичный сифилис может поражать все стенки носа, но наиболее часто локализуется на носовой перегородке в костной части; при распаде гуммы образуется большое прободное отверстие в перегородке. Разрушаться может также дно носовой полости, и тогда образуется сообщение с полостью рта. Вследствие некроза решетчатой кости могут развиваться внутричерепные осложнения. Субъективные симптомы при третичном сифилисе носа заключаются в закладывании носа вследствие набухания тканей и застоя секрета, засыхающего в корки. Больные часто жалуются на сильные боли в носу, в области лба и глазниц. Обоняние часто понижено. При некрозе костей появляется сильный запах из носа.

Течение сифилиса почти всегда прогрессирующее. Если своевременно не предпринято специфическое лечение, то наступает деформация носа.

Лечение сифилиса должно быть в первую очередь общим. Местное лечение заключается в очистке, промываниях носа раствором марганцовокислого калия, вдувании в нос каломеля, удалении секвестров и т.д. Деформации наружного носа (седлообразный нос) лучше всего исправляются посредством впрыскивания пластического парафина (штейновская смесь) или внутриносовой пересадки костных пластинок, взятых из большой берцовой кости или реберного хряща.

Туберкулез. Чаще туберкулез возникает при наличии туберкулезного очага. В редких случаях местом внедрения инфекции являются трещины на

слизистой оболочке в начальной части носовой полости. Туберкулез в носу представляется в виде инфильтрата, иногда опухолевидного, или язвы. Туберкулезные инфильтраты встречаются на носовой перегородке, на нижней и реже на средней раковине. Распад туберкулезных бугорков на поверхности слизистой оболочки ведет к образованию изъязвлений. Субъективные симптомы в начальной стадии бывают едва заметны, в дальнейшем, по мере увеличения инфильтратов, происходит большее или меньшее закладывание носа. После распада инфильтратов и образования язв появляется гнойное, иногда окрашенное кровью, отделяемое, которое одновременно может повести к образованию корок. Диагноз туберкулеза носовой полости не особенно труден в тех случаях, когда одновременно имеются и другие туберкулезные очаги. У детей реакция Пирке может подтвердить диагноз. Опухолевидные туберкулезные инфильтраты могут быть смешаны также с саркомой; в таких случаях диагноз устанавливается на основании биопсии. Предсказание зависит главным образом от характера процесса и его распространения в основном очаге (легкие). При небольших изменениях в легких предсказание в общем благоприятное.

Лечение - общее. Местное лечение инфильтратов: прижигание кислотами или удаление холодной или гальванокаустической петлей, диатермией или режущими инструментами; плоские инфильтраты и язвы выскабливают с последующим прижиганием 80% раствором молочной или трихлоруксусной кислоты. С успехом применяют также облучение кварцевой лампой сквозь локализатор.

Сап. Лица, имеющие дело с сапными лошадьми, заболевают, хотя и редко, сапом вследствие попадания носового секрета лошади, содержащего сапные бациллы, в трещины кожи и слизистой оболочки. Острая форма заболевания протекает тяжело, сопровождается картиной сепсиса, повышением температуры. На припухшей слизистой оболочке носа образуются небольшие желтоватые узелки, которые нагнаиваются с образованием язв; они также часто распространяются на рожисто

воспаленную кожу лица. В дальнейшем наступает отделение вязкого, позже сукровичного секрета и гноя. Процесс может также перейти на кость, разрушить носовую перегородку и большей частью при явлениях пиемии ведет к смерти. Хроническая форма сапа начинается более вяло, без общих явлений, слизистая оболочка представляется красной и умеренно припухшей, образуются небольшие язвы, выделение секрета не так обильно, как при простой форме. В самом начале заболевания появляются обычно небольшие абсцессы на коже. Часто процесс локализуется одновременно в глотке, полости рта, гортани и может перейти на желудок и кишечник.

Проказа. При заболевании проказой в большинстве случаев поражается также и нос. Некоторые авторы полагают, что слизистая оболочка носа в значительном числе случаев является исходным местом заболевания. К самым ранним симптомам заболевания относят сухость слизистой оболочки носа, сопровождающуюся повторными кровотечениями. Наиболее частыми изменениями слизистой оболочки носа являются ограниченные или диффузные инфильтраты темно-красного или синюшно-красного цвета. На них вскоре появляются эрозии или язвы, покрываемые массивными кровянисто-гнойными корками. Носовое дыхание затруднено. Бугорковые инфильтраты у входа в носу после распада образуют язвы, которые в конце концов вследствие рубцового сморщивания ведут к сильному обезображиванию носа и всего лица. Бугорковая инфильтрация обычно распространяется также на наружный нос и окружающие части, особенно на верхнюю губу. Вытекающий из носа секрет обыкновенно бывает зловонный и часто образует крайне плотные корки. Нередко при проказе возникает анестезия слизистой оболочки и кожи носа. Если в носу образовалось много корок, их удаляют.

Риноспоридиоз (наблюдается исключительно в жарких странах) - опухолевидное образование инфекционного происхождения, неправильной формы, развивается в нижних отделах полости носа на более или менее широком основании; напоминает малину, имеет красноватый цвет, с

поверхности покрыто мельчайшими белыми точками - спорангиями. Эти образования могут быть единичными или множественными. Главным симптомом является закладывание носа, иногда усиленное серозное отделяемое, кровотечений не бывает. Правильный диагноз может быть поставлен лишь микроскопически. Продолжительность болезни от 10 до 20 лет. Лечение - оперативное удаление образования в пределах здоровой слизистой оболочки. Множественные образования риноспоридиоза очень часто рецидивируют.

Растительные и животные паразиты. Из растительных паразитов у тяжелобольных с кахексией в носу находят плесневые грибки (различные виды). Аскариды могут проникнуть в носу из пищеварительного канала. Кроме того, в редких случаях находили в носу пиявки и уховертки, в гнойном отделяемом полости носа - насекомых и их личинки. Последние вызывают сильное раздражение слизистой оболочки носа, головную боль и серозно-кровянистые выделения с неприятным запахом.

При растительных паразитах в полости носа (риномикозе) необходимо удалить грибки пинцетом или посредством промываний, а остатки, не поддающиеся удалению, должны быть умерщвлены повторным смазыванием 5% ментоловым маслом или вдуванием антисептических порошков. При наличии советуют производить смазывания 1% раствором ляписа. Более крупные насекомые, должны быть удалены сморканием или инструментом. Личинки насекомых настолько плотно сидят на стенках носа, что они могут быть удалены только после умерщвления хлороформной водой (0,5% раствор хлороформа в воде). С профилактической целью пациентам с гнойной течью из носа необходимо запретить летом спать на открытом воздухе, чтобы предупредить заползание личинок насекомых.

Список литературы

1. Пальчун В.Т и соавт. Оториноларингология. М. «Медицина». 2002
- . Самура Б.А и соавт. Фармакотерапия с фармакокинетикой: Учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений. 2006. - 472 с.).
- . Агроскин С. И., Лялина Н. А., 1970
- . Н.А.Арефьева и соавт. Лекция «Ринит». С. 63-67
- . Аржанцева П.З. Травмы челюстно-лицевой области. «Медицина», 1986
- . Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. М. «Медицина». 1990.
- . Тарасов Д. П., 1979.
- . Беликов А.С. Фармакоэпидемиология антибактериальной терапии острых оториноларингологических инфекций. Автореф. Смоленск. 2001. С.19.