

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 на тему: «Хронический ринит, диагностика и лечение»

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.
Проверил: к.м.н., асс. Болдырева О.В.
Выполнил: ординатор 1 года Чусов Р.А.

Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	3
2. Определение.....	4
3. Эпидемиология.....	4
4. Профилактика.....	4
5. Классификация.....	4
6. Этиология.....	5
7. Патогенез.....	6
8. Клиническая картина.....	8
9. Диагностика.....	10
10. Лечение.....	13
10.1 Немедикаментозное лечение.....	13
10.2 Медикаментозное лечение.....	14
10.3 Хирургические методы лечения.....	15
11. Прогноз.....	15
12. Список рекомендуемой литературы.....	16

ВВЕДЕНИЕ

Болезни носа и околоносовых пазух, как и прочие патологии верхних дыхательных путей, имеют большое эпидемиологическое и терапевтическое значение в современной отоларингологии. Они занимают одно из первых мест среди болезней, явившихся поводом для обращения к врачу, так как временно ограничивают трудоспособность граждан. Нос представляется первым звеном системы верхних дыхательных путей, где воздух согревается, увлажняется, очищается и проникает далее — в глотку и гортань, поэтому свободное носовое дыхание служит неотъемлемой частью правильного функционирования не только легких, но и организма в целом.

Важность своевременной диагностики заболеваний носа подтверждается анатомической близостью головного мозга, органов зрения, слуха и равновесия, так как отсутствие адекватного лечения может привести к серьезным осложнениям, затрагивающим эти структуры. Затрудненное дыхание способствует развитию бронхита, пневмонии, астмы, гипертонии, стенокардии, аритмии, нарушений в обмене веществ, функциях нервной и иммунной системы. Обращение к врачу-отоларингологу позволит предупредить негативные результаты неконтролируемого течения болезни. Сегодня специалисты отдают предпочтение лекарственным препаратам комплексного действия, которые обладают антисептическим, противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием, а также способствуют сужению кровеносных сосудов слизистой оболочки носа. Благодаря местному использованию удастся избежать системного негативного воздействия на организм.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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

КОД ПО МКБ-10

J31.0 Хронический ринит.

J30.0 Вазомоторный ринит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболевание встречается часто. Точные эпидемиологические данные отсутствуют.

ПРОФИЛАКТИКА

Излечение острых и хронических инфекций, особенно в полости рта, глотки, околоносовых пазух. Большое значение имеет закаливание организма, которое относится по существу к лечебным факторам.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Хронический катаральный ринит.

2. Хронический гипертрофический ринит.

• По распространённости процесса:

◊ диффузный;

◊ ограниченный - изменения в какой-либо части одного из образований полости носа (передние концы, задние концы носовых раковин).

• По патоморфологическим признакам:

◊ кавернозная, или сосудистая форма (как правило, бывает диффузной);

◊ фиброзная форма - изменения наблюдаются чаще в нижней или средней носовой раковине;

◊ костная гипертрофия.

3. Хронический атрофический ринит (субатрофический ринит).

• Неспецифический (простой атрофический ринит):

◊ диффузный;

◊ ограниченный.

• Специфический (озена, или зловонный насморк).

4. Вазомоторный ринит, нейровегетативная (рефлекторная) форма.

ЭТИОЛОГИЯ

Как правило, возникновение хронического ринита связано с дисциркуляторными и трофическими нарушениями в слизистой оболочке полости носа, что может быть вызвано такими факторами, как частые острые воспалительные процессы в полости носа (в том числе при различных инфекциях). Отрицательное воздействие также оказывают раздражающие факторы окружающей среды. Так, сухой, горячий, запылённый воздух высушивает слизистую оболочку полости носа и угнетает функцию мерцательного эпителия. Длительное воздействие холода приводит к изменениям в эндокринной системе (особенно в надпочечниках), которые косвенно влияют на развитие хронического воспалительного процесса в слизистой оболочке полости носа. Раздражающее токсическое влияние на слизистую оболочку полости носа оказывают некоторые производственные газы и токсические летучие вещества (например, пары ртути, азотной, серной кислоты), а также радиационное воздействие.

Существенную роль в развитии хронического ринита могут играть общие заболевания, такие как болезни сердечно-сосудистой системы (например, гипертоническая болезнь и её лечение сосудорасширяющими средствами), заболевания почек, дисменорея, частый копростаз, алкоголизм, расстройства эндокринной системы, органические и функциональные изменения нервной системы и др.

Кроме того, важными этиологическими факторами хронического насморка выступают местные процессы в полости носа, околоносовых пазухах и глотке. Сужение или обтурация хоан аденоидами способствует развитию стаза и отёка, что, в свою очередь, приводит к повышению слизиотделения и росту бактериальной обсеменённости. Гнойное отделяемое при синусите инфицирует полость носа. Нарушение нормальных анатомических взаимоотношений в полости носа, например, при искривлении перегородки носа, приводит к односторонней гипертрофии носовых раковин. Могут иметь значение наследственные предпосылки, пороки развития и дефекты носа, травмы, как бытовые, так и операционные (чрезмерно радикальное или многократное хирургическое вмешательство в полости носа). Способствуют развитию хронического воспаления полости носа инородное тело полости носа, хронический тонзиллит и длительное применение сосудосуживающих капель.

Немаловажную роль в развитии хронического ринита играют условия питания, такие как однообразная пища, недостаток витаминов (особенно группы В), отсутствие в воде йодистых веществ и т.д.

ПАТОГЕНЕЗ

Сочетанное воздействие некоторых экзогенных и эндогенных факторов в течение различного периода времени может обусловить появление той или иной формы хронического ринита. Так, минеральная и металлическая пыль травмирует слизистую оболочку, а мучная, меловая и другие виды пыли вызывают гибель ресничек мерцательного эпителия, тем самым способствуя возникновению его метаплазии, нарушению оттока из слизистых желёз и бокаловидных клеток. Скопления пыли в носовых ходах могут цементироваться и образовывать носовые камни (ринолиты). Пары и газы различных веществ оказывают на слизистую оболочку носа химическое воздействие, вызывая вначале её острое, а затем и хроническое воспаление.

Различные формы хронического ринита характеризуются присущими им патоморфологическими изменениями полости носа.

При хроническом катаральном рините патоморфологические изменения выражены незначительно. Наиболее выраженные изменения происходят в эпителиальном и подэпителиальном слое. Покровный эпителий истончается, местами наблюдается метаплазия мерцательного цилиндрического эпителия в плоский. На некоторых участках эпителиальный покров может отсутствовать. Увеличивается количество бокаловидных клеток. В подэпителиальном слое отмечается выраженная инфильтрация ткани, в основном лимфоцитами и нейтрофилами. Слизистые подэпителиальные железы расширены из-за накопившегося в них секрета. Исчезает синхронность в действии секреторных желёз. Особенно выраженная инфильтрация лимфоидными элементами наблюдается вокруг слизистых желёз. Воспалительная инфильтрация может быть не диффузной, а очаговой. При длительном течении ринита в подэпителиальном слое развивается склероз. Поверхность слизистой оболочки покрыта экссудатом, который состоит из секрета слизистых и бокаловидных желёз и лейкоцитов. Количество лейкоцитов в экссудате изменяется в зависимости от выраженности воспалительных явлений.

Морфологические изменения при хроническом гипертрофическом рините в значительной степени зависят от формы заболевания. На всех участках слизистой оболочки наблюдается пролиферативный процесс. Эпителиальный покров диффузно утолщён, местами гиперплазирован, наблюдается утолщение базальной мембраны. Инфильтрация лимфоидная, нейтрофильная и плазмоклеточная наиболее выражена в области желёз и сосудов. Фибробластический процесс начинается в области расположения желёз и в подэпителиальном слое, достигая в дальнейшем сосудистого слоя. Фиброзная ткань либо сдавливает пещеристые сплетения раковин, либо способствует их расширению и новообразованию сосудов. Сдавливание выводных протоков желёз приводит к образованию кист. Иногда наблюдается костная гиперплазия раковин. При полиповидной форме гипертрофии более выражен отёк слизистой оболочки, при папилломатозной гипертрофии

изменения наблюдаются в эпителиальном слое, гиперплазированные слои эпителия на отдельных участках погружены, при этом значительно выражен фиброз этих участков.

Морфологические изменения при неспецифическом хроническом атрофическом рините наблюдаются в слизистой оболочке. При этом наряду с атрофичной выявляют совершенно нормальную слизистую оболочку. Наибольшие изменения отмечаются в эпителиальном слое: на поверхности слизистой оболочки отсутствует слизь, исчезают бокаловидные клетки, цилиндрический эпителий теряет реснички, метаплазируется в многослойный плоский. В более поздних стадиях возникают воспалительные инфильтраты в подэпителиальном слое, изменения слизистых желёз и кровеносных сосудов.

При вазомоторном рините (нейровегетативная форма) решающую роль в патогенезе играет нарушение нервных механизмов, обуславливающих нормальную физиологию носа, в результате чего обычные раздражители вызывают гиперергические реакции слизистой оболочки. При этой форме ринита специфических изменений в слизистой оболочке носа не наблюдается. Выстилающий эпителий утолщён, количество бокаловидных клеток значительно увеличено. Наблюдают разволокнение и отёчность подлежащего слоя. Клеточная реакция слабо выражена и представлена лимфоидными, нейтрофильными, плазматическими клетками и очагами макрофагов. Кавернозные сосуды расширены. При длительном течении заболевания появляются признаки, характерные для гипертрофического ринита (коллагеноз межучточной ткани).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Хронический катаральный ринит

Основные симптомы - затруднение носового дыхания и выделения из носа (ринорея) - выражены умеренно. На затруднение дыхания больные обычно не жалуются, и лишь при тщательном опросе удаётся выяснить, что периодически дыхание у них затруднено. Следует отметить, что иногда затруднение дыхания беспокоит больных, но этот симптом не носит постоянного характера. Затруднение дыхания через нос возникает чаще на холоде, наиболее постоянна заложенность одной половины. В положении лёжа на боку заложенность больше выражена в той половине носа, которая находится ниже, что объясняют заполнением кровью кавернозных сосудов нижележащих раковин, венозный тонус которых ослаблен при хроническом рините. Отделяемое из носа слизистое, обычно его немного, но при обострении процесса оно становится гнойным и обильным. Нарушение обоняния (гипосмия) чаще бывает временным, обычно связано с увеличением количества слизи.

Хронический гипертрофический ринит

Клиническая картина заболевания зависит от формы ринита. Однако основной жалобой служит нарушение носового дыхания. При костной гиперплазии раковин и диффузных фиброматозных изменениях её слизистой оболочки затруднение дыхания бывает резко выраженным и постоянным. При кавернозной форме может поочерёдно возникать заложенность обеих половин носа. Ограниченные формы гиперплазии передних концов раковин сопровождаются резким затруднением носового дыхания, при этом резкое утолщение передних отделов нижней носовой раковины может сдавливать отверстие слёзно-носового канала, что вызывает слёзотечение, воспаление слёзного мешка и конъюнктивит.

При изменении задних концов носовых раковин (особенно при полиповидной форме гипертрофии) может наблюдаться клапанный механизм, при котором затруднён только вдох или выдох. Гипертрофированные задние концы нередко сдавливают глоточные устья слуховых труб, вызывая тем самым евстахиит (отосальпингит). Гипертрофированная нижняя носовая раковина может давить на перегородку носа, что рефлекторно вызывает головную боль, нервные расстройства. Больные гипертрофическим ринитом иногда жалуются и на выделения из носа, что объясняется застойными явлениями в слизистой оболочке или сопутствующими катаральными изменениями. В связи с затруднением носового дыхания могут возникать снижение обоняния и вкуса, закрытая гнусавость.

Хронический атрофический ринит

Неспецифический хронический атрофический процесс слизистой оболочки носа может быть диффузным или ограниченным. Часто наблюдается незначительно выраженная атрофия слизистой оболочки, в основном дыхательной области полости носа - такой процесс иногда называют субатрофическим ринитом. К частым симптомам заболевания относят скудное вязкое слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, которое обычно прилипает к слизистой оболочке и высыхает, в результате чего образуются корки. Периодическое затруднение носового дыхания связано с накоплением в общем носовом ходе, чаще всего в его переднем отделе, корок. Больные жалуются на сухость в носу и глотке, понижение в той или иной степени обоняния. Корки в носу нередко вызывают зуд, поэтому больной пытается удалять их пальцем, что приводит к повреждению слизистой оболочки, обычно в переднем отделе перегородки носа, внедрению здесь микроорганизмов и образованию изъязвлений и даже перфорации. В связи с отторжением корок нередко возникают небольшие кровотечения, обычно из зоны Киссельбаха.

Вазомоторный ринит

Для вазомоторного ринита характерна триада симптомов: пароксизмальное чиханье, ринорея и затруднение носового дыхания. Эти симптомы носят перемежающийся характер. Чихание обычно связано с появлением зуда в носу, а иногда и в полости рта и глотки. Отделяемое из носа бывает обильным водянистым или слизистым. Часто приступы возникают только после сна или повторяются много раз при смене температуры воздуха, пищи, при переутомлении, эмоциональных стрессах, повышении артериального давления и т.д. Вазомоторный ринит нередко сопровождается ухудшением общего состояния, нарушением сна, некоторым нарушением деятельности нервной системы.

ДИАГНОСТИКА

Для постановки правильного диагноза необходимо тщательно собрать анамнез: важно выяснить время и характер возникновения, длительность и динамику развития вышеперечисленных симптомов, проводилось ли ранее обследование и лечение, в том числе самостоятельное, его адекватность и эффективность.

Физикальное обследование

При физикальном обследовании определяют:

- затруднение носового дыхания (проба с ваткой);
- наличие выделений из носа (характер отделяемого, количество, запах и др.);
- состояние слизистой оболочки носа при передней риноскопии (гиперемия, цианоз, бледность, отёчность, гипертрофия и др.);
- наличие корок, их характер, локализацию и распространённость;
- наличие неприятного запаха;
- изменения слизистой оболочки полости носа (проба с анемизацией 0,1% раствором эпинефрина);
- сопутствующую острую и хроническую патологию ЛОР-органов (наличие синусита, аденоидов, искривления перегородки носа и др.).

Хронический катаральный ринит

При риноскопии определяется пастозность и отёчность слизистой оболочки, небольшое утолщение её в основном в области нижней раковины и переднего конца средней раковины. Слизистая оболочка носовой полости гиперемирована с цианотичным оттенком. Гиперемия и цианоз наиболее выражены в области нижних и средних носовых раковин. Последние набухшие, однако, суживая носовые ходы, они, как правило, не закрывают их полностью. Стенки полости носа обычно покрыты слизью. В общем носовом ходе определяется слизисто-гнойное отделяемое, которое стекает на дно полости носа, где его скопление особенно выражено. Отделяемое легко отсмаркивается, однако вскоре вновь заполняет носовые ходы.

Хронический гипертрофический ринит

Риноскопическое исследование позволяет выявить увеличение раковин (диффузное или ограниченное). Разрастание и утолщение слизистой оболочки носа наблюдается главным образом в области нижней носовой раковины и в меньшей мере средней, т.е. в местах локализации кавернозной ткани. Однако гипертрофия может возникать и в других отделах носа, в частности на соустье (у заднего его края), в передней трети перегородки носа. Поверхность

гипертрофированных участков может быть гладкой, бугристой, а в области задних или передних концов раковины - крупнозернистой. Слизистая оболочка обычно полнокровная, слегка цианотичная или багрово-синюшная, серо-красная, покрыта слизью. При папилломатозной форме гипертрофии на слизистой оболочке появляются сосочки, при полиповидной конец раковины напоминает полип. Носовые ходы во всех случаях сужены вследствие увеличения размеров раковин. При диффузном увеличении раковин характер изменений определяют путём их зондирования, а также смазывания 0,1% раствором эpineфрина. При анемизации выявляют и ограниченные участки гиперплазии, которые видны на фоне сокращённой слизистой оболочки.

Хронический атрофический ринит

При передней и задней риноскопии видны, в зависимости от степени выраженности атрофии, более или менее широкие носовые ходы, уменьшенные в объёме раковины, покрытые бледной суховатой тонкой слизистой оболочкой, на которой местами имеются корки или вязкая слизь. При передней риноскопии после удаления корок можно увидеть заднюю стенку глотки.

Вазомоторный ринит

Риноскопическими признаками вазомоторного ринита служат отёчность и бледность слизистой оболочки полости носа, сизые (синюшные) или белые пятна на ней. Такие же изменения наблюдаются и в области задних концов носовых раковин. Цианотично-белесоватые пятна иногда выявляются и в глотке, реже в гортани. Вне приступа риноскопическая картина может полностью нормализоваться.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проводят общеклиническое исследование (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, определение содержания IgE в крови и др.), бактериологическое исследование отделяемого из носа (определяют видовой состав микрофлоры, чувствительность к антибиотикам), а также гистологическое исследование слизистой оболочки полости носа.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполняют рентгенографию околоносовых пазух носа (по показаниям КТ), эндоскопическое исследование полости носа, а также ринопневмометрию.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Хронический ринит дифференцируют с острым ринитом, аллергическим ринитом, заболеваниями околоносовых пазух, туберкулёзом, сифилисом, склеромой, гранулематозом Вегенера.

Показания к консультации других специалистов

При хроническом рините необходима консультация аллерголога при подозрении на аллергический ринит, а также консультации других специалистов для определения наличия сопутствующей патологии.

Пример формулировки диагноза

Хронический катаральный ринит. Хронический гипертрофический ринит. Хронический субатрофический ринит. Вазомоторный ринит, нейровегетативная форма.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения: Полный контроль над симптомами хронического ринита, улучшение качества жизни пациента.

Показания к госпитализации: Показаниями к госпитализации при хроническом рините служат неэффективность консервативного лечения, выраженная истинная гипертрофия нижних носовых раковин, резко затрудняющая носовое дыхание, наличие сопутствующей патологии, требующей хирургического лечения.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение сводится к устранению возможных эндо- и экзогенных факторов, вызывающих и поддерживающих насморк; санация гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух, носоглотки, нёбных миндалин; активная терапия общих заболеваний (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек и др.); улучшение гигиенических условий в быту и на работе (исключение или уменьшение запылённости и загазованности воздуха и т.д.).

Больным с хроническим ринитом показана физиотерапия (тепловые процедуры на нос), включающая воздействие токами УВЧ или микроволнами эндоназально. Проводят также эндоназальное ультрафиолетовое облучение через тубус, гелий-неоновый лазер; эндоназальный электрофорез 0,5-0,25% раствора цинка сульфата, 2% раствора кальция хлорида, 1% раствора дифенгидрамина; эндоназальный фонофорез гидрокортизона; магнитотерапию; иглорефлексотерапию и другие воздействия на биологически активные точки.

Показано курортолечение (Анапа, Боровое, Владивостокская курортная зона, Геленджикская группа курортов, Курьи, Ленинградская курортная зона, Юматово), бальнеотерапия (Головинка, Кисловодск, Лазаревское, Нальчик, Шуша, Шиванда) и грязелечение (Нальчик, Пятигорск, Садгород).

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Хронический катаральный ринит

Назначают антибактериальные капли и мази (полидекса с фенилэфрином^{*}, 2% сульфаниламидная и 2% салициловая мази, мупи́роцин), вяжущие средства (3-5% колларгол^{*}, серебра протеинат).

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^а, 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 в основном симптоматическое - орошение носовой полости 0,9% раствором натрия хлорида с добавлением в него йода, препаратами морской воды; носовой душ с помощью устройства «Дельфин» и раствора морской соли; раздражающая терапия (смазывание слизистой оболочки носа 0,5% раствором йод-глицерола и др.).

Вазомоторный ринит

Назначают системные антигистаминные препараты (лоратадин, фексофенадин, дезлоратадин, эбастин, цетиризин и др.); противоаллергические препараты местного действия (мометазон, диметинден) в форме капель, спрея или геля; эндоназальные блокады с прокаинам (передние концы нижних носовых раковин, валика носа). Внутрислизистое введение глюкокортикоидов, точечное прижигание рефлексогенных зон химическими веществами, склерозирующая терапия, вливание в нос вяжущих препаратов также показаны при вазомоторном рините.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Хронический гипертрофический ринит

При небольшой гипертрофии проводят подслизистую ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин, лазеродеструкцию, вазотомию, а при выраженной гипертрофии - щадящую нижнюю конхотомию, подслизистое удаление костного края нижней носовой раковины (остеоконхотомию) с применением эндоскопов или микроскопов, латероконхопексию.

Вазомоторный ринит

Выполняют подслизистую вазотомию нижних носовых раковин, ультразвуковую или микроволновую дезинтеграцию нижних носовых раковин, подслизистую лазеродеструкцию нижних носовых раковин. При неэффективности указанных методов показана щадящая нижняя конхотомия.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Санирующая риноскопия с использованием сосудосуживающих препаратов, местная аппликация симптоматических средств, местная аппликация антибактериальных средств.

ПРОГНОЗ

Благоприятный. Примерные сроки нетрудоспособности составляют 6-7 дней.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001.
2. Лопатин А.С. Топические препараты для лечения острого и хронического ринита // Консилиум медикум. - № 4. - 2003. - С. 123.
3. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология, руководство для врачей. - М., 2001.
4. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лугихин Л.А. Оториноларингология. - М., 2002.
5. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. - М., 1997.