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

ФГБОУ ВО КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

Заведующий кафедрой

Д.м.н., профессор Вахрушев С.Г.



**Реферат на тему:**

**«Хронический ринит. Озена.»**

Выполнила ординатор II года обучения

Рудник Диана Александровна

Проверила: к.м.н., доцент Петрова Марина Александровна

Красноярск, 2023

**Оглавление:**

* + - 1. Определение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2
      2. Хронический насморк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3
      3. Гипертрофический ринит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5
      4. Атрофический ринит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6
      5. Лечение. При различных формах хронического ринита оно включает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11
      6. Озена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12
      7. Список литературы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 15

**Хронический насморк (хронический ринит)**

Основные формы хронического насморка (rhinitis chronica) — катаральная, гипертрофическая и атрофическая — представ­ляют собой неспецифический дистрофический процесс слизи­стой оболочки и в ряде случаев костных стенок полости носа. Заболевание встречается часто.

Этиология и патогенез. Возникновение хрони­ческого ринита, как правило, связано с дисциркуляторными и трофическими нарушениями в слизистой оболочке полости носа, что может быть вызвано такими факторами, как частые острые воспаления в полости носа (в том числе при различных инфекциях), раздражающие воздействия окружающей среды (чаще всего пыль, газ), сухость или влажность воздуха, колеба­ние его температуры и т.д. Существенную роль в этиологии хронического ринита могут играть общие заболевания — сер­дечно-сосудистые, почек, дисменорея, частый копростаз, ал­коголизм, а также местные процессы — сужение или обтурация хоан аденоидами, гнойное отделяемое при синуитах и др. В этиологии заболевания могут иметь значение наследствен­ные предпосылки, пороки развития и дефекты носа. В ряде случаев хронический ринит служит симптомом другого заболева­ния, например хронического гнойного синуита (гайморит, фрон­тит, этмоидит), инородного тела носа и др., что важно учиты­вать в диагностике и лечении.

Воздействие пыли на слизистую оболочку носа может быть различным. Минеральная и металлическая пыль имеет твер­дые заостренные частицы, травмирующие слизистую оболоч­ку; мучная, меловая, хлопчатобумажная, шерстяная и другая пыль состоит из мягких частиц, которые хотя и не травмируют слизистую оболочку, но, покрывая ее поверхность, приводят к гибели ресничек мерцательного эпителия и могут вызывать его метаплазию, нарушают отток из слизистых желез 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 действие, вызывая вначале ее ост­рое, а затем и хроническое воспаление. Раздражающим, ток­сическим влиянием обладают некоторые профессиональные вредности: пары ртути, йода, формалина, азотной, серной, хлористоводородной кислот и др., радиационное воздействие.

Таким образом, сочетанное воздействие некоторых экзо­генных и эндогенных факторов в течение различного времени может обусловить появление той или иной формы хроничес­кого ринита. Профилактика этого заболевания включает сана­цию околоносовых пазух и носоглотки, лечение общих заболе­ваний, оздоровление условий труда, внедрение мер личной защиты при наличии вредных воздействий на производстве, за­каливание организма. С целью раннего выявления заболе­вания проводят профилактический осмотр оториноларинго­логом.

Клиническая картина. Хронический катаральный ринит (rhinitis cataralis chronica). Основные симптомы хрони­ческого насморка при катаральной его форме — затруднение носового дыхания и выделения из носа (ринорея) — выраже­ны умеренно. Значительное нарушение дыхания через нос обычно возникает периодически, чаще на холоде, однако за­ложенность одной половины носа более постоянна. При лежа­нии на боку заложенность выражена больше в той половине носа, которая находится ниже, что объясняется заполнением кровью кавернозных сосудов нижележащих раковин, тонус которых ослаблен при хроническом рините. Отделяемое из носа слизистое; обычно его немного, но при обострении про­цесса оно становится гнойным и обильным. При риноскопии определяют пастозность и отечность слизистой оболочки, не­редко с цианотичным оттенком, и небольшое утолщение ее в основном в области нижней раковины и переднего конца средней раковины; при этом стенки полости носа обычно по­крыты слизью. Нарушение обоняния (гипосмия) чаще бывает временным, обычно связано с увеличением количества слизи; редко встречается полное выпадение обоняния (аносмия).

Морфологические изменения при катаральном рините в основном локализуются в поверхностных слоях слизистой оболочки. Мерцательный эпителий в той или иной мере теря­ет реснички, которые могут восстанавливаться при улучшении состояния. Местами эпителиальный покров нарушен или ин­фильтрирован круглоклеточными элементами, подэпителиальный слой нередко отечен. Сосуды слизистой оболочки но­совых раковин расширены, стенки их могут быть истончены.

Для отличия простой катаральной формы ринита от гипер­трофической выполняют пробу с анемизацией — смазывают утолщенную слизистую оболочку сосудосуживающим средст­вом (0,1 % раствор адреналина и т.д.); при этом значительное уменьшение припухлости слизистой оболочки свидетельствует об отсутствии истинной гипертрофии. Если сокращение сли­зистой оболочки выражено незначительно или она совсем не сократилась, это указывает на гипертрофический характер ее припухлости. Необходим контроль за состоянием околоносовых пазух, чтобы исключить вторичную (симптоматическую) природу ринита.

**Хронический гипертрофический ринит (rhinitis chronica hipertrophica).**

Основными признаками гипертрофической формы насморка являются постоянное затруднение носового дыхания, слизистое и слизисто-гнойное отделяемое, разрастание и утол­щение слизистой оболочки носа, главным образом всей нижней 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 сошнике у заднего его края, в передней трети носовой перегородки. Поверхность ги­пертрофированных участков может быть гладкой, бугристой, а з области задних или передних концов раковины — крупно­зернистой. Слизистая оболочка обычно гиперемированная, полнокровная, слегка цианотичная или багрово-синюшная, серо-красная, покрыта слизью. Если слизисто-гнойное отде­ляемое локализуется под средней раковиной, следует исклю­чить воспаление верхнечелюстной, решетчатой или лобной пазух; если оно находится в обонятельной щели, то, возмож­но, в процесс вовлечены клиновидная пазуха или задние ре­шетчатые клетки. Задние концы нижних раковин обычно утолщены, нередко сдавливают глоточные устья слуховых труб, вызывая тем самым евстахиит (отосальпингит). Резкое утолщение передних отделов нижней раковины может сдавли­вать отверстие слезно-носового канала, что вызывает слезоте­чение, воспаление слезного мешка и конъюнктивит. Гипер­трофированная нижняя раковина нередко давит на носовую перегородку, что может рефлекторно вызывать головную боль, нервные расстройства.

Понижение обоняния вначале имеет характер респиратор­ной гипо- или аносмии, однако постепенно в связи с атрофией обонятельных рецепторов наступает эссенциальная (необрати­мая) аносмия, параллельно несколько понижается и вкус. За­ложенность носа обусловливает изменение тембра голоса — появляется закрытая гнусавость (rhinolalia clausa). Морфоло­гическая картина при этой форме насморка характеризуется гипертрофией слизистой оболочки, желез и в редких случаях костной ткани носовых раковин; эпителиальный слой разрых­лен, реснички местами отсутствуют. Функция реснитчатого аппарата может быть нарушена в разной степени.

У некоторых больных фиксируют полипозное перерожде­ние слизистой оболочки, чаще в области средней раковины; может также возникать застойный отек в области задних кон­цов нижних носовых раковин. Образованию полипов и отеч­ности способствует аллергизация организма. Локализация полипов в верхних отделах полости носа может не влиять на дыхательную функцию до тех пор, пока полипы не опустятся в дыхательную область носа, в то время как обонятельная функ­ция в этих случаях часто нарушается сразу. Полипозное и отечное утолщение имеет широкое основание, полипозная ги­пертрофия может постепенно преобразовываться в полипы носа. Для уточнения диагноза в этих случаях ощупывают пуговчатым зондом после предварительной анемизации носовых раковин. С помощью этого приема можно также определить наличие костной гипертрофии нижней или средней раковины, которая иногда встречается при гипертрофической форме. Наиболее убедительные и полные данные можно получить при эндоскопии с помощью операционного микроскопа или ис­пользуя эндоназальные микроэндоскопы.

**Атрофический ринит (rhinitis atrophica).**

Простой хроничес­кий атрофический процесс слизистой оболочки носа может быть диффузным и ограниченным. Часто встречается незна­чительно выраженная атрофия слизистой оболочки, в основ­ном дыхательной области носа, такой процесс в практике иногда называют субатрофическим ринитом. Возникновение атрофического процесса в носу обычно связывают с длительным действием пыли, газов, пара и т.д. Особенно сильное влияние оказывает минеральная пыль (силикатная, цементная), табач­ная и др. Нередко атрофический ринит развивается после опе­рации, например обширной конхотомии, или после травмы носа. Иногда причина заболеваний может быть связана с кон­ституционными и наследственными факторами.

В детском возрасте атрофический процесс иногда является следствием инфекционных заболеваний, таких как корь, грипп, дифтерия, скарлатина.

Диагностика. К частым симптомам заболевания от­носятся 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 и затруднение дыхания, поэтому больной пытается удалять их пальцем, что приводит к повреждению слизистой оболочки, обычно в переднем отделе перегородки носа, внед­рению здесь микробов и образованию изъязвлений и даже перфорации. В связи с отторжением корок нередко возникают небольшие кровотечения, обычно из зоны Киссельбаха.

Гистологическая картина характеризуется истончением собственной ткани слизистой оболочки носа, уменьшением количества желез и их гипоплазией. Многорядный цилиндри­ческий эпителий также становится тоньше, реснички его во многих местах отсутствуют. Наблюдается метаплазия цилинд­рического эпителия в плоский. При передней и задней рино­скопии видны в зависимости от степени выраженности атро­фии более или менее расширенные носовые ходы, уменьшен­ные в объеме раковины, покрытые бледной суховатой истон­ченной слизистой оболочкой, на которой местами имеются кор­ки или вязкая слизь. Обычно при передней риноскопии после удаления корок можно увидеть заднюю стенку носоглотки.

При дифференциальной диагностике следует иметь в виду возможность локализации в области перегородки носа туберкулезного процесса, при котором образуется гранулирующая язва и перфорация, захватывающая только хрящевую часть, а также сифилитического процесса в костной части на границе с хрящевой.

**Лечение. При различных формах хронического ринита оно включает:**

* устранение возможных эндо- и экзогенных факторов, вызывающих и поддерживающих насморк;
* лекарственную терапию применительно к каждой форме ринита;
* хирургическое вмешательство по показаниям;
* физиотерапию и климатолечение.

Устранение причин, поддерживающих хронический воспа­лительный процесс в слизистой оболочке полости носа, слу­жит первоочередной задачей лечения насморка. Среди них часто встречается хроническое воспаление околоносовых пазух. В таких случаях патологическое отделяемое периоди­чески или постоянно стекает в полость носа и, являясь чрез­вычайным раздражителем, вызывает и поддерживает хрони­ческий ринит. После санирующей операции на пораженной пазухе ринит обычно прекращается или его лечение становит­ся более эффективным. Активная терапия общих заболеваний (ожирение, болезнь почек, сердца и др.), улучшение гигиени­ческих условий в быту и на работе (исключение или уменьше­ние запыленности и загазованности воздуха и т.д.) также по­зволяют с большим успехом проводить лечение ринита.

При хроническом катаральном насморке назначают вяжу­щие вещества: 3—5 % раствор протаргола (колларгол) — по 5 капель в каждую половину носа 2 раза в день или смазывают слизистую оболочку ваткой, накрученной на зонд и смочен­ной 3—5 % раствором ляписа. Лечение одним из указанных препаратов проводят в течение 10 дней. Одновременно можно рекомендовать тепловые процедуры на нос — токи УВЧ или микроволны и эндоназально УФО через тубус, гелий-неоно­вый лазер эндоназально. В последующем чередуют курсы агивания в нос капель пелоидина (вытяжка из лечебной грязи), ингаляции бальзамических растворов (бальзам Шостаковского, разведенный в 5 раз растительным маслом, эвкалиптовый и др.). При появлении корок переходить на вливание в нос только изотонического раствора натрия хлорида с гидрокорти­зоном. Больным с хроническим катаральным насморком можно рекомендовать периодическое пребывание в сухом теп­лом климате.

Лечение при хроническом гипертрофическом насморке, как правило, включает методы, с помощью которых стабильно уменьшается объем утолщенных участков слизистой оболочки полости носа и восстанавливается носовое дыхание. Критерием для рационального выбора метода лечения в каждом кон­кретном случае является степень гипертрофии носовых рако­вин (обычно нижних и реже средних) и иногда других отделов слизистой оболочки носа, а также степень нарушения носово­го дыхания.

При небольшой гипертрофии, когда после анемизации (сма­зывание сосудосуживающим препаратом) слизистая оболочка сокращается и носовое дыхание улучшается, эффективны наи­более щадящие хирургические вмешательства: прижигания хи­мическими веществами (ляпис, трихлоруксусная и хромовая кислоты), гальванокаустика (эти методы применяют все реже), подслизистая ультразвуковая дезинтеграция носовых ра­ковин, лазеродеструкция их или подслизистая вазотомия. При выраженной гипертрофии и значительном нарушении дыхания через нос, когда и после анемизации носовое дыхание не улуч­шается, как правило, показана частичная резекция гипертрофи­рованных носовых раковин — щадящая конхотомия. Это вмеша­тельство можно выполнять не только в стационаре, но и в поликлинической операционной при условии организации хо­рошего домашнего ухода и поликлинического наблюдения, а также при отсутствии отягощающих факторов (общие заболе­вания, пожилой возраст и т.д.). До операции больного обсле­дуют: клиническое исследование крови (включая время крово­течения и свертываемости), мочи, осмотр терапевтом, выясня­ют, нет ли кариозных зубов, фурункулов и т.д. Иногда перед операцией необходимо провести то или иное лечение общего заболевания, удалить кариозный зуб и т.д.

Операции в полости носа обычно осуществляют под мест­ным обезболиванием с премедикацией, для которой использу­ют в зависимости от тяжести операции седуксен, промедол, атропин, люминал и др. Для поверхностного обезболивания троекратно смазывают слизистую оболочку 10 % раствором лидокаина или 2 % раствором дикаина; в дикаин обычно до­бавляют раствор адреналина по 4 капли на каждый миллилитр анестетика. Одним из наиболее сильных анестетиков является ультракаин в инъекции. При непереносимости этих препара­тов назначают лидокаин или общее обезболивание.

Химическими веществами нужно прижигать осторожно, чтобы не повредить окружающую ткань, после анемизации и местного обезболивания. На кончик зонда плотно накручива­ют тонкий слой ваты без образования кисточки на его конце. После смачивания 30—40 % раствором ляписа вату слегка от­жимают о край пузырька, затем вводят зонд по общему носо­вому ходу до заднего его отдела, прикасаются концом зонда (ватой) к нижнему краю нижней носовой раковины и смазы­вают ее в виде линии до переднего конца раковины. Образует­ся узкая белая полоска коагулированной слизистой оболочки. Делают одну или две такие полоски на нижней раковине и, если нужно, на средней. При этом нужно следить, чтобы не произошел ожог слизистой оболочки носовой перегородки, иначе могут развиться сращения (синехии) между раковиной и перегородкой. Трихлоруксусная и хромовая кислоты исполь­зуют концентрированными (без разведения); прижигающее действие их глубоко проникающее. Эти кислоты берут пуговчатым зондом без ваты. Вещества для прижигания могут быть не в жидком виде, а кристаллические, напаивая их на раска­ленный кончик зонда. При попадании кислоты на кожу или окружающую слизистую оболочку нужно немедленно смочить эти места 2 % раствором гидрокарбоната натрия, ляпис ней­трализовать изотоническим раствором натрия хлорида. Для предупреждения синехии при ожоге противоположных участ­ков слизистой оболочки перегородки носа в общий носовой ход вводят полиэтиленовую пленку (отмытая рентгеновская пленка). Улучшение носового дыхания зависит от степени сморщивания слизистой оболочки и расширения носовых ходов при заживлении ожоговой поверхности. Каустика хими­ческими веществами дает положительный эффект при неболь­шой гипертрофии носовых раковин и ее применяют редко.

Электрокаустику осуществляют специальным инструмен­том — гальванокаутером, с помощью которого выполняют более глубокую деструкцию утолщенной слизистой оболочки. Накал наконечника (каутер) этого инструмента регулируют до красного каления, что способствует свертыванию крови при каустике. Инструмент вводят по нижнему носовому ходу до заднего отдела нижней носовой раковины в холодном состоя­нии, прижимают каутер к нижнему краю раковины, включают накал и медленно ведут каутер по раковине кпереди до пе­реднего ее конца. После прижигания назначают вливание мас­ляных капель в нос. Больной нуждается в больничном листе на 3—5 дней. Носовое дыхание обычно улучшается через 2— 3 нед.

Для ультразвуковой дезинтеграции применяют генератор ультразвука с набором специальных волноводов. После аппли­кационной анестезии слизистой оболочки носовой раковины в ее толщу вводят во включенном состоянии волновод и про­водят его на необходимую глубину. Экспозиция воздействия определяется индивидуально. Эффект основан на физическом явлении кавитации, приводящем к рубцеванию кавернозной ткани и расширению просвета носовых ходов.

Подслизистую вазотомию (предложена С.З.Пискуновым) при кавернозной форме гипертрофии нижних носовых рако­вин (гипертрофия кавернозной ткани) выполняют под мест­ной анестезией: смазывание слизистой оболочки 5 % раство­ром кокаина или 2 % раствором дикаина в сочетании с ин­фильтрацией вдоль всей нижней носовой раковины 1—2 % раствором новокаина или 1 % лидокаина (без сосудосуживающих средств). В области переднего конца нижней носовой ра­ковины до кости делают разрез размером 2—3 мм, с помощью распатора, введенного через этот разрез, слизистую оболочку отсепаровывают на всем протяжении по верхней и при необ­ходимости и нижней поверхности. В результате разрушается расположенная внутрислизисто-кавернозная ткань, после чего происходит рубцевание раковины и уменьшение ее объема с сохранением покровного эпителия. Вмешательство может быть особенно эффективным при его сочетании с латерокон-хопексией нижних носовых раковин. После предварительной анестезии с помощью мягкого шкима или киллиановского зеркала нижняя носовая раковина сублюксируется, т.е. надла­мывается у основания и приподнимается, а затем отводится максимально латерально к боковой стенке носа. После опера­ции проводят тампонаду полости носа эластичными тампона­ми (рис. 6.2). Последующее рубцевание кавернозной ткани уменьшает объем раковины и увеличивает просвет носовых ходов, оставляя неповрежденной функциональную поверх­ность раковины.

Радикальным методом восстановления носового дыхания при гипертрофическом рините является резекция гиперплазированных участков носовых раковин. Показанием к этой операции служит истинная гипертрофия нижних раковин, когда смазывание адреналином их поверхности не уменьшает достаточно объема раковин. Операцию осуществляют в поликлинической операционной или в стационаре. Во время операции удаляют лишь гипертрофированные, фиброзные или полипозно-изме-ненные, участки носовых раковин. Неизмененные ткани ра­ковин следует максимально щадить (рис. 6.3).

Операцию проводят в положении больных лежа на спине с приподнятым головным концом или в положении сидя в кресле.

Анестезия: смазывание слизистой оболочки 10 % рас­твором лидокаина или 2 % раствором дикаина в сочетании с инфильтрацией вдоль всей нижней носовой раковины 1—2 % раствором новокаина или 1 % лидокаина. С помошью мягкого зажима или киллиановского зеркала нижняя носовая ракови­на сублюксируется, т.е. надламывается у основания так, что устанавливается параллельно дну носа. Такое положение ра­ковины является оптимальным для дальнейшего хода опера­ции. На гипертрофированные участки нижней носовой рако­вины накладывают зажим, затем ножницами по зажиму или по компрессионной борозде после снятия зажима гипертро­фированные участки раковины удаляют. Если имеется изоли­рованная гипертрофия задних концов нижних носовых рако­вин, то возможна их резекция с помощью носовой петли. Не рекомендуется из-за опасности кровотечения отрывать участ­ки слизистой оболочки.

В некоторых случаях, особенно при костной форме гипер­трофического ринита (Б.С.Преображенский), оправдано про­ведение подслизистой конхотомии. Для этого по переднему краю нижней носовой раковины до кости делают разрез, с по­мошью распатора отсепаровывают слизистую оболочку, затем ножницами или конхотомом удаляют кость и укладывают на место отсепарованную слизистую оболочку.

После операции проводят тампонаду полости носа элас­тичными или марлевыми тампонами.

Утолщенный задний конец носовой раковины бывает легче снять носовой петлей (см. рис. 6.3, б). Следует иметь в виду, что конхотомию всегда необходимо выполнять щадяще, так как полное удаление раковины может привести к излишне широким носовым ходам. В послеоперационном периоде на раневой поверхности раковины восстанавливается мерцатель­ный эпителий.

Лечение атрофического ринита в основном симптомати­ческое. Больной должен следить, чтобы в полости носа не скапливались корки и отделяемое. Для их удаления нужно систематически 1 или 2 раза в день орошать носовую полость с помощью пульверизатора изотоническим раствором натрия хлорида с добавлением в него йода (на 200 мл раствора 6—8 капель 10 % йодной настойки). Периодически применяют раз­дражающую терапию — смазывание слизистой оболочки носайод-глицерином 1 раз в день в течение 10 дней, что усиливает деятельность желез и расширяет кровеносные сосуды слизи­стой оболочки. С этой же целью назначают внутрь 30 % рас­твор йодида калия по 8 капель 3 раза в день в течение 2—3 нед. Проводят лечение вливанием капель 1—2 % масляного раство­ра цитраля, по 5 капель в каждую половину носа 2 раза в день в течение недели. В более тяжелых случаях периодически осу­ществляют тампонаду носа с индифферентными мазями (на сутки) и терапию, как при озене.

**Озена, или зловонный насморк**

Озена (ozaena) — резко выраженный атрофический процесс слизистой оболочки и костных стенок полости носа, сопро­вождающийся образованием секрета, засыхающего в зловонные корки, которые плотным слоем покрывают слизистую оболоч­ку.

Встречается преимущественно у женщин. В отличие от простого атрофического насморка при озене атрофический процесс характеризуется распространением на костные стенки полости носа, особенно на кость раковин, продуцированием быстрозасыхающего отделяемого с сильным специфическим неприятным запахом, которого не бывает при атрофическом насморке. При озене метаплазия мерцательного цилиндричес­кого эпителия в плоский свойственна большей части слизи­стой оболочки носа, в то время как при простом атрофичес­ком насморке она бывает не всегда и захватывает лишь не­большие участки.

Этиология и патогенез. В нашей стране озена встречается относительно редко, начало ее относится к моло­дому возрасту. Определенное значение в этиологии заболева­ния имеют социально-бытовые условия.

Важным представляется тот факт, что при этом заболева­нии более чем у 80 % больных имеет место инфицирование организма клебсиеллой озены (Абель — Левенберга) и одно­временно у большинства больных фиксируют железодефицит-ную анемию. Множество гипотез о происхождении озены не выдерживает критики, однако в каждой из них есть рацио­нальное зерно (гипохолестеринемия, ацидоз, понижение ко­эффициента калий—кальций, авитаминоз и др.). Однако все теории согласуются с тем, что при озене нарушено трофичес­кое влияние ЦНС, имеется аномалия биохимических процес­сов, сопровождающаяся атрофией в носу и озенозным запахом.

Заболевание продолжается всю жизнь; в период менструа­ций оно обостряется, во время же беременности и лактации, а также к старости симптомы его заметно смягчаются.

Для патолого-анатомической картины в начале заболева­ния характерно наличие в подэпителиальном слое густого круглоклеточного инфильтрата. По мере нарастания атрофии инфильтрация сменяется развитием плотной фиброзной, во­локнистой ткани и гиалиновых бесструктурных прослоек. При этом слизистая оболочка истончается и уплотняется. Эти плотные соединительнотканные новообразования сдав­ливают сосуды и железы, вызывают местный эндартериит и эндофлебит; кавернозная ткань запустевает, наступают жиро­вое перерождение и атрофия большинства желез и железис­тых клеток. Цилиндрический эпителий перерождается в плоский ороговевающий на большей части слизистой обо­лочки носа. Костный поверхностный слой носовых раковин содержит множество остеокластов (клетки, рассасывающие кость).

Клиническая картина. Больные озеной жалуют­ся на сильную сухость в носу, образование большого количе­ства корок, наличие неприятного для окружающих характер­ного запаха, затруднение носового дыхания и резкое снижение или отсутствие обоняния.

При риноскопии в обеих половинах носа хорошо видны буроватые или желто-зеленые темные корки, которые покры­вают слизистую оболочку носа и часто выполняют почти всю его полость, могут распространяться на носоглотку, средний отдел глотки и даже на гортань и трахею. После удаления корок носовая полость представляется расширенной, местами на слизистой оболочке имеется вязкий желто-зеленый экссу­дат. В начале заболевания атрофический процесс поражает в основном нижнюю раковину, но затем захватывает, как пра­вило, все стенки. Полость носа становится такой широкой, что при риноскопии обозреваются задняя стенка носоглотки, устья слуховых труб, иногда можно видеть и верхнюю ракови­ну. В первый период заболевания аносмия обычно обусловле­на корками, покрывающими обонятельную выстилку, в даль­нейшем она становится эссенциальной, что связано с атро­фией обонятельной области.

Диагноз устанавливают на основании характерного злово­нного запаха из носа, наличия обильного количества корок, атрофии слизистой оболочки и костных стенок полости носа. Часто озена сопровождается выраженным атрофическим фа­рингитом и ларингитом, а иногда атрофическим трахеитом. Для озены характерно почти полное исчезновение запаха из носа после удаления корок. В некоторых случаях при озене бывает седловидный нос; при этом необходимо исключить си­филис носа, сопровождающийся изъязвлениями слизистой оболочки, что не характерно для озены.

Наряду с учетом клинических проявлений заболевания оп­ределенное значение в диагностике озены имеет бактериоло гический метод, а также серологический — реакция связыва­ния комплемента (РСК) с озенозным антигеном.

Лечение. Патогенетическое лечение озены включает железотерапию препаратами, предназначенными для внутри­венного или внутримышечного введения (феррум-лек, экто-фер), и антимикробную терапию антибиотиками, оказываю­щими действие на клебсиеллу (стрептомицин, кефзол и др.); симптоматическое лечение направлено на устранение тяжелых проявлений озены — корок и зловонного запаха. Для удаления корок и предупреждения их накопления необходимо ежеднев­но орошать полость носа из пульверизатора различными рас­творами, которые следует чередовать, используя каждый по 2—3 нед. Можно рекомендовать изотонический или 1 % рас­твор натрия хлорида с добавлением йода, 2 % щелочной рас­твор, смесь из 10 мл салициловой кислоты, 20 г хлорида на­трия, 20 г бикарбоната натрия — по половине чайной ложки на стакан воды для орошения носа. При большом количестве корок и гнилостном запахе эффективна пульверизация раство­ром стрептомицина в течение нескольких дней; для размягче­ния корок можно использовать индифферентное масло. После промывания носа размягченные корки следует полностью уда­лить, а очистившуюся слизистую оболочку слегка припудрить смесью ментола (0,3 г) и борной кислоты (10 г). Если наступа­ет значительное улучшение, можно ограничиться пульвериза­цией изотоническим раствором натрия хлорида.

Временное улучшение достигается введением в полость носа пасты в свечах по следующей прописи: Rp: Pastae chloro-fillocarotini 1,0; But. Cacao q. s. lit. f. supp. № 30. В каждую по­ловину носа ежедневно вводят по 1 свече. Препарат дает бы­стрый дезодорирующий эффект.

Наряду с местным лечением можно рекомендовать вита­минотерапию, биостимуляторы (алоэ, фита, гумизоль и др.). Хирургическое вмешательство сводится главным образом к су­жению носовых ходов. С этой целью, в частности, под слизис­тую оболочку носа подсаживают реберный аутохрящ, что не­редко дает удовлетворительный результат.

Список литературы:

<https://diseases.medelement.com/disease/хронический-ринит/13693>

<https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-rinit-sovremennyy-vzglyad-na-problemu>

<https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/rhinitis>

<https://studfile.net/preview/2783017/page:13/>

<https://old.bsmu.by/downloads/kafedri/k_lor/2020-1/dist/dd9.pdf>