

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ПМ 01. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
МДК 01.01 ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
(В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ)
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

ЛЕКЦИЯ 1

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: ПИСАРЕВА В.Ф

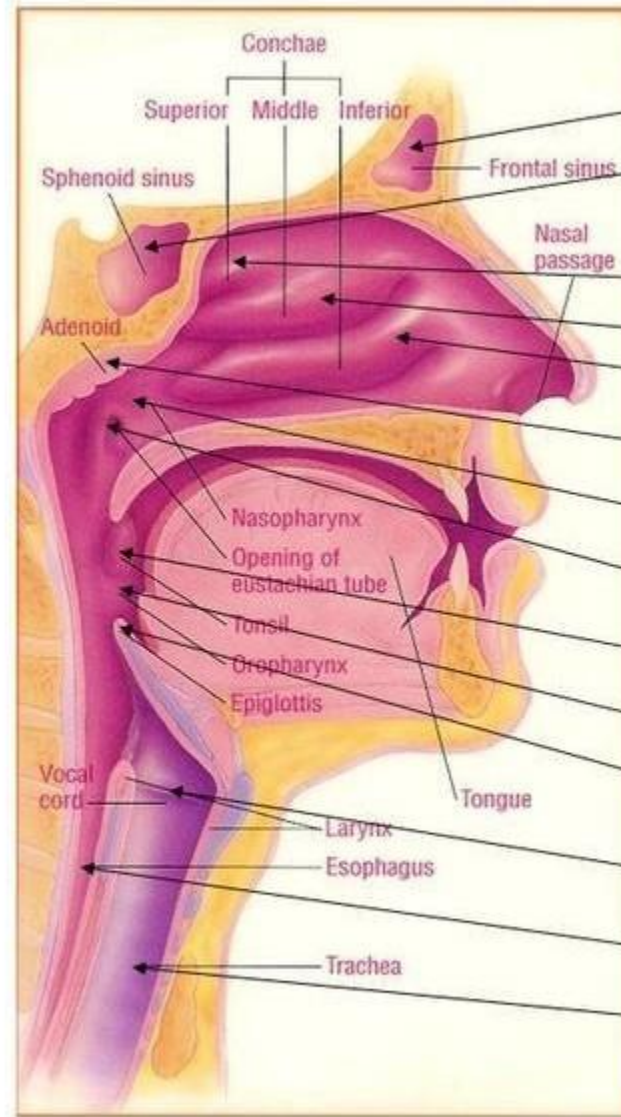
Студент должен знать:

- Анатомо-физиологические особенности носа и околоносовых пазух;
- Методы исследования, этиологию, клинику наиболее распространенных заболеваний носа и околоносовых пазух.

Клиническая анатомия носа

Нос является начальной частью верхних дыхательных путей и делится на три отдела:

1. Наружный нос.
2. Полость носа.
3. Околоносовые пазухи.



- Лобная пазуха
- Основная пазуха
- Носовые раковины
 - Верхняя
 - Средняя
 - Нижняя
- Аденоидная ткань
- Носоглотка
- Устье слуховой трубы
- Нёбная миндалина
- Ротоглотка
- Надгортанник
- Гортань
- Пищевод
- Трахея

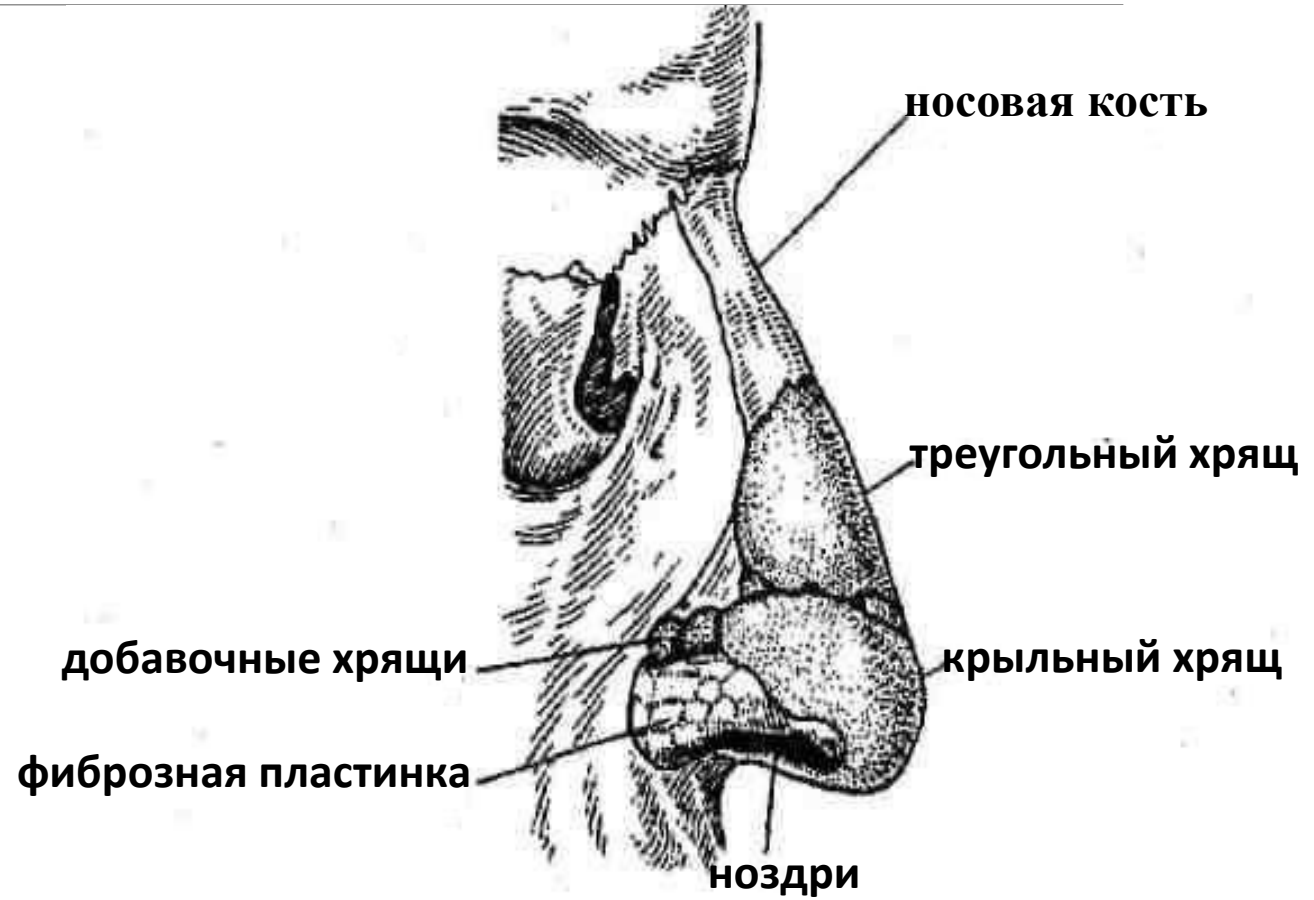
Наружный нос

Наружный нос представляет собой костно-хрящевую пирамиду, покрытую кожей. Различают следующие *элементы* наружного носа: *корень, спинку, скаты, крылья и кончик*. Стенки наружного носа образованы следующей *тканью*: *костной, хрящевой и кожей*.

Носовые кости - парная основа наружного носа. Они прикреплены к носовой части лобной кости, стыкуясь друг с другом посередине, образуют спинку наружного носа в верхней его части.

Хрящевой отдел носа, являясь продолжением костного скелета, крепко спаян с последним и образует крылья и кончик носа.

Строение наружного носа:



Носовая полость

Полость носа – пространство между передней черепной ямкой и полостью рта. Полость носа разделена перегородкой на правую и левые половины и имеет передние отверстия – *ноздри* и задние – *хоаны*, ведущие в носоглотку.

Каждая половина носа образована четырьмя стенками:

1. *Медиальная стенка.*
2. *Верхняя стенка.*
3. *Нижняя стенка.*
4. *Латеральная стенка.*

Носовую полость можно разделить на три области:

1. *Преддверие.*
2. *Дыхательная область.*
3. *Обонятельная область.*

СТРОЕНИЕ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ

ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ ПОЛОСТИ НОСА

Верхняя носовая раковина

Верхний носовой ход

Средняя носовая раковина

Средний носовой ход

Нижняя носовая раковина

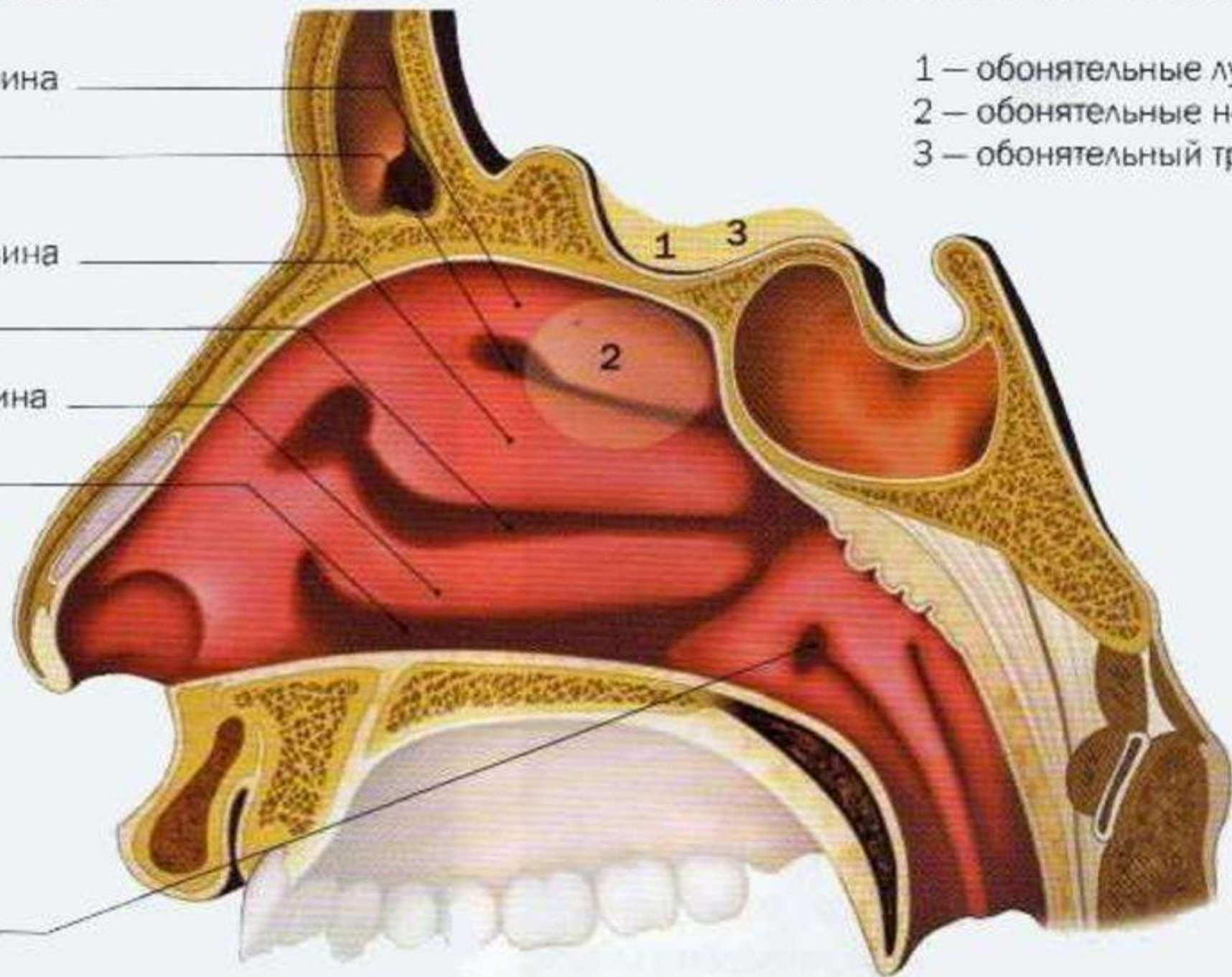
Нижний носовой ход

Устье
слуховой трубы

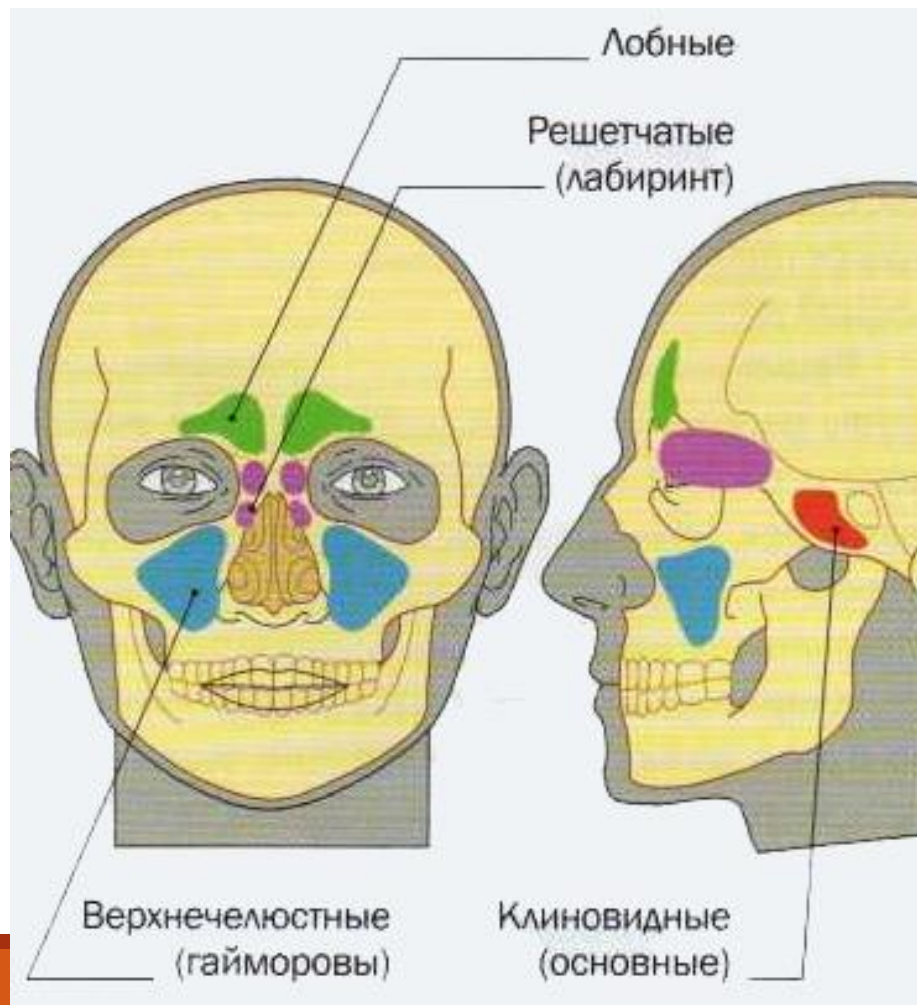
1 — обонятельные луковицы

2 — обонятельные нервы

3 — обонятельный тракт



Околоносовые (придаточные) пазухи



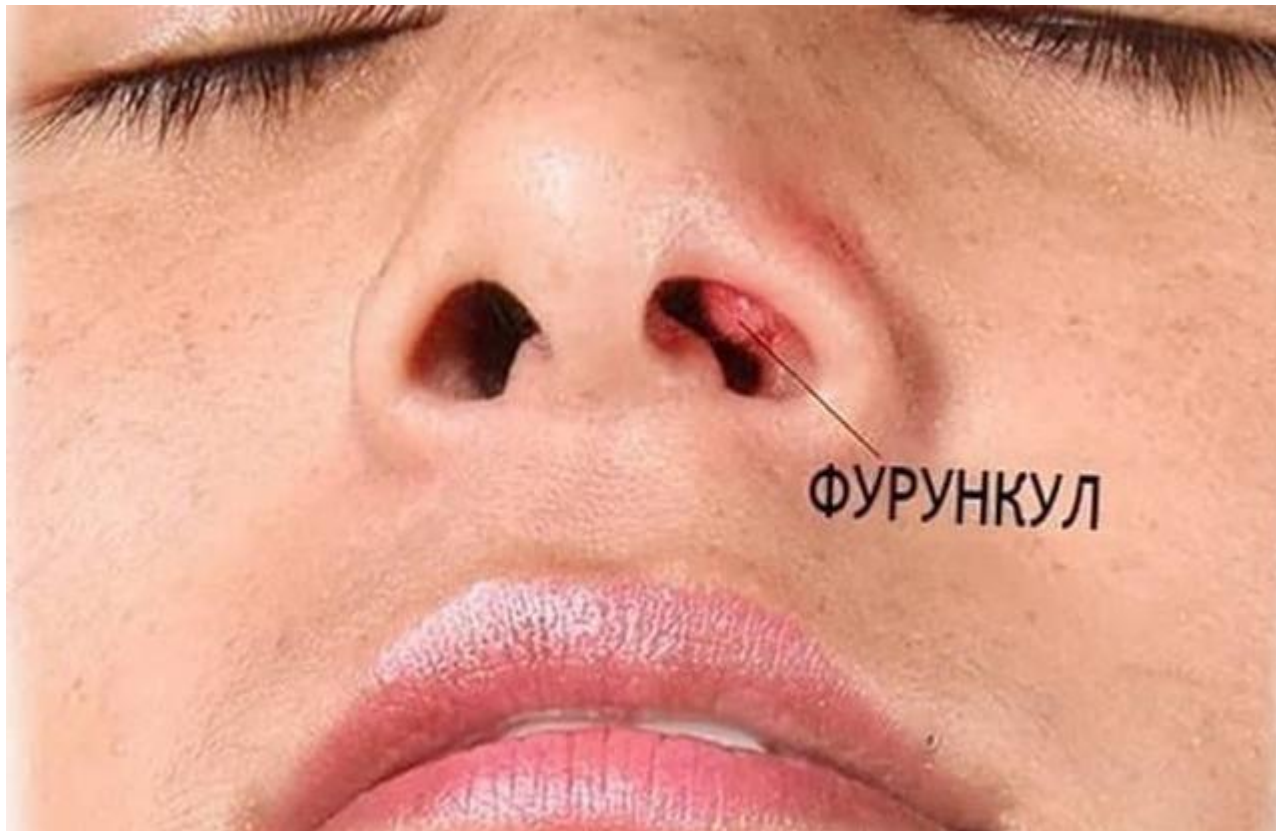
Верхнечелюстная пазуха, расположенная в теле верхнечелюстной кости, представляет собой пирамиду неправильной формой от 15 до 20 см³.

Лобная пазуха находится в толще лобной кости и имеет четыре стенки: нижнюю глазничную, переднюю, заднюю, внутреннюю – перегородку.

Решетчатый лабиринт расположен между глазницей и полостью носа и состоит из 5-20 воздухоносных ячеек, каждая из которых имеет свои выводные отверстия в полость носа.

Клиновидная (основная) пазуха расположена в теле клиновидной кости, разделена перегородкой на две половины, имеющие самостоятельный выход в область верхнего носового хода.

Заболевания наружного носа



Фурункул носа – острое воспаление волосяного фолликула или сальной железы.

Этиология: стафилококковая, стрептококковая инфекция.

Предрасполагающие факторы:

- Снижение сопротивляемости организма;
- Общие заболевания – нарушение обменных процессов, сахарный диабет, гиповитаминоз;
- Внешние неблагоприятные факторы – переохлаждение, травма и т.д.

Клиническая картина:

Фурункул развивается во входе в полость носа, может быть на крыльях носа, на спинке носа не локализуется.

Начало: образуется болезненный конусовидный инфильтрат с формирующимся гнойным стержнем в области преддверия носа; вокруг припухлость тканей, болезненность, явления общей интоксикации.

При благоприятном течении через 3-4 дня происходит созревание и постепенное отторжение стержня, улучшение общего состояния, нормализация температуры тела.



Фурункул на крыльях носа

Осложнения:

- Развитие карбункула с изменениями со стороны крови воспалительного характера, регионарным лимфаденитом;
- Рецидивирующее течение заболевания, как проявление общего фурункулеза;
- Флегмона орбиты;
- Тромбоз кавернозного синуса.

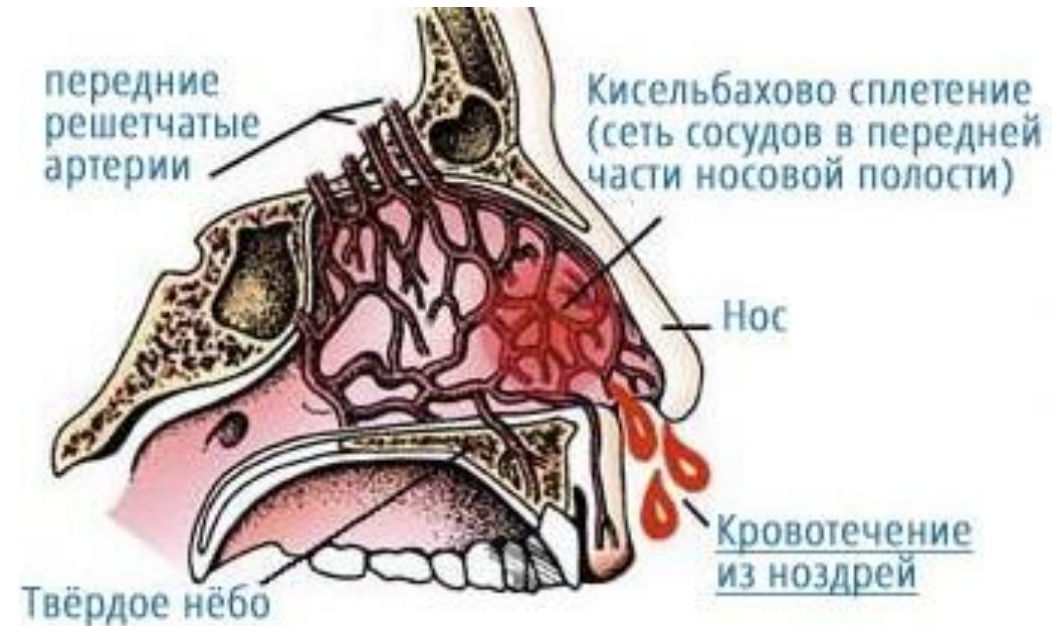


Носовое кровотечение

Носовое кровотечение – кровотечение из сосудов полости носа, придаточных пазух носа, носоглотки при нарушенной целостности этих сосудов.

Кровотечение из носа может возникать из сосудов, расположенных в полости черепа, при повреждении стенки полости носа. Источником кровотечения могут быть дыхательные пути, пищевод и желудок. Кровь в этих случаях может затекать в полость носа через хоаны и вытекать наружу.

Слизистая оболочка носа активно кровоснабжается: она имеет сеть, сплетения мелких кровеносных сосудов (капилляров). Часто возникающее носовое кровотечение может стать первым признаком развития серьезного заболевания. Носовое кровотечение также может возникать у абсолютно здоровых людей.



Этиология носовых кровотечений

Общие (симптоматические) причины:

Сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, болезни системы крови и изменения сосудистой стенки, гемофилия, заболевания органов кроветворения.

Являются признаком какого-либо общесоматического заболевания.

Местные (травматические) причины:

Бытовые травмы, хирургические вмешательства в полости носа, после огнестрельных ранений

Клиническая картина носового кровотечения:

Выделение алой, непенящейся крови из преддверия носа.

Носовое кровотечение может возникнуть неожиданно или иметь продромальные признаки – головная боль, шум в ушах, щекотание в носу.

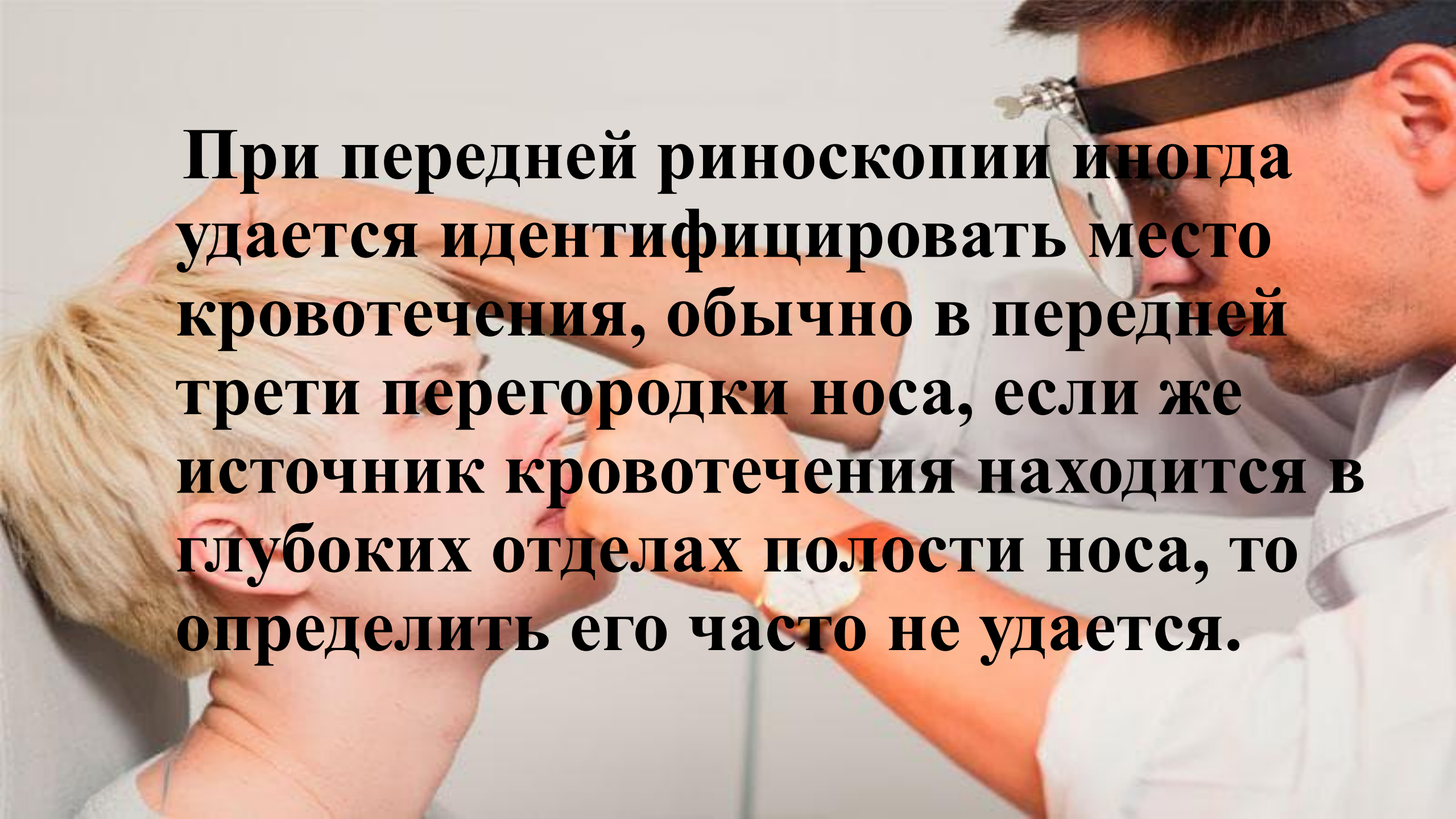
В зависимости от объема потери крови различают следующие формы:

Незначительное кровотечение – от нескольких капель до нескольких миллилитров;

Умеренное кровотечение – более продолжительное и обильное, кровопотеря не превышает, кровопотеря не превышает 300 мл у взрослого;

Массивное кровотечение, при котором кровопотеря превышает 300 мл, достигая иногда 1 литра, что представляет угрозу жизни больного. При этом наблюдается бледность кожных покровов, снижения АД, тахикардия, слабость, потеря сознания.



A close-up photograph of a medical professional, likely an ENT specialist, performing a nasal examination on a patient. The doctor, wearing a white lab coat and safety glasses, is using a nasal speculum to examine the patient's nasal cavity. The patient, a woman with blonde hair, is lying back with her head tilted. The background is a plain, light-colored wall.

При передней риноскопии иногда удается идентифицировать место кровотечения, обычно в передней трети перегородки носа, если же источник кровотечения находится в глубоких отделах полости носа, то определить его часто не удастся.

Заболевания полости носа

Хронические риниты – это хронические неспецифические заболевания полости носа.

Классификация хронических ринитов:

- *катаральный*;
- *гипертрофический* – ограниченный и диффузный;
- *вазомоторный* – аллергическая и нейровегетативная формы;
- *атрофический* – простой и зловонный (озена).

Этиология хронических ринитов

Внешние причины:

- Сухость или влажность воздуха;
- Перепады температур;
- Аллергические факторы;
- Производственные вредности.

Внутренние причины: делятся на местные и общие.

Местные:

- Внедрение инфекционного возбудителя;
- Наличие аденоидов;
- Заболевания околоносовых пазух.

Общие:

Заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, дисменорея, хронические запоры, снижение иммунных сил организма.

Хронический катаральный ринит

- Общее состояние пациента удовлетворительное;
- Затруднение носового дыхания преимущественно по ночам;
- Необильное гнойно-слизистое отделяемое из носа;

Ухудшение наступает периодически после охлаждения, при этом отделяемое становится обильным и гнойным, нарушается обоняние.

Осложнения: развитие воспалительного процесса в среднем ухе.

Риноскопия: 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.

Хронический гипертрофический ринит

Характеризуется разрастанием и утолщением слизистой оболочки полости носа, преимущественно нижней носовой раковины и в меньшей мере средней.

- Постоянное затруднение носового дыхания;
- Обилие слизистого и слизисто-гнойного отделяемого;
- Значительное снижение обоняния вплоть до аносмии.

Осложнения: тубоотит – возникает вследствие утолщения задних концов нижних носовых раковин.

Риноскопия: слизистая оболочка обычно гиперемированная, полнокровная, слегка цианотичная или багрово-синюшная, серо-красная, покрыта слизью. Резко увеличена нижняя носовая раковина, которая имеет различные формы строения. Смешанная форма гипертрофического ринита, при которой имеет место разрастание костной ткани нижней носовой раковины. У некоторых больных гипертрофический ринит сопровождается полипозным перерождением слизистой оболочки (вследствие алергизации организма).

Хронический вазомоторный ринит

ИМЕЕТ ДВЕ ФОРМЫ: *АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ И НЕЙРОВЕГЕТАТИВНУЮ*.
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭТИХ ФОРМ СХОДНА, ОДНАКО ОТЛИЧАЕТСЯ
МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Этиология аллергического ринита:

- Воздействие на слизистую оболочку полости носа различных аллергенов – пыльцы растений, шерсти животных, запахов бытовой химии и т.д.

Различают *сезонный* и *постоянный* тип аллергического ринита.

Этиология нейровегетативного ринита:

- Ослабленные лица с повышенной чувствительностью к переохлаждению;
- Длительное применение сосудосуживающих препаратов.

В основе заболевания лежит нарушение нервных механизмов, вызывающее патологические реакции кавернозных тел носовых раковин.

Клиническая картина вазомоторного ринита

- Приступы, сопровождающиеся многократным чиханием;
- Затруднение носового дыхания, не снимающееся введением сосудосуживающих средств;
- Зуд в носу или глазах;
- Обильные водянистые выделения из носа;
- Выраженная гипосмия или аносмия.

Риноскопия: выраженная гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки носовых раковин, их цианотичность, серозное или серозно-слизистое отделяемое.

Хронический атрофический ринит

Этиология:

- Длительное воздействие пыли, газа, пара;
- Неблагоприятные климатические факторы;
- Общее ослабление организма;
- Нерациональное питание;
- Перенесенные детские инфекционные заболевания (корь, грипп, дифтерия, скарлатина).

Клиническая картина:

- Сухость в носу и глотке;
- Скучное вязкое слизистое или слизисто-гнойное отделяемое;
- Образование корок, при удалении которых возникает небольшое кровотечение.

Риноскопия: отмечается бледность слизистой носа, носовые раковины атрофичны. Имеется скучное, вязкое, слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, которое обычно прилипает к слизистой оболочке и высыхает, с образованием корок.

Озена (зловонная форма атрофического ринита)

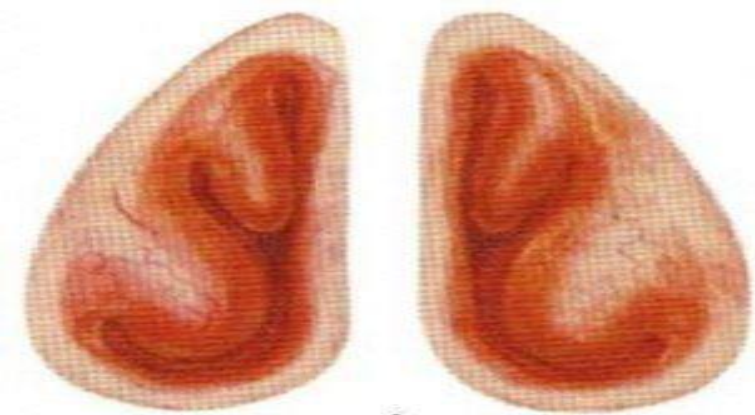
Характеризуется выраженным атрофическим процессом слизистой оболочки и костных стенок полости носа. Заболевание чаще встречается у женщин или ослабленных детей. Болезнь продолжается в течение всей жизни, затихая во время беременности и к старости.

Этиология: капсульная палочка (клебсиелла озены). Предрасполагающие факторы: социально-бытовые и профессиональные факторы.

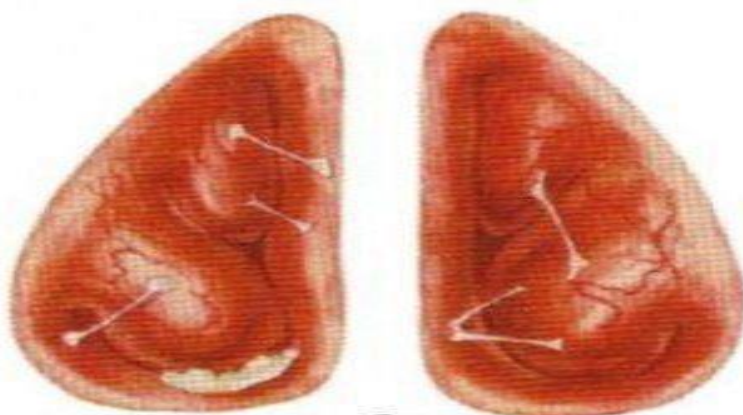
Клиническое течение можно разделить на четыре стадии:

- I. Скрытая*, инфицирование организма произошло, но клинических проявления заболевания еще не наблюдаются.
- II. Начальная*, отмечаются: сухость и умеренная атрофия слизистой с образованием серовато-зеленых корочек, появление гипосмии.
- III. Разгара заболевания* с атрофией слизистой и костной ткани носа, образованием большого количества корок и появление сильного зловонного запаха, заметного окружающим, развитием аносмии.
- IV. Запущенная*, в которой вовлекаются в процесс околоносовые пазухи, нарушаются все функции носа.

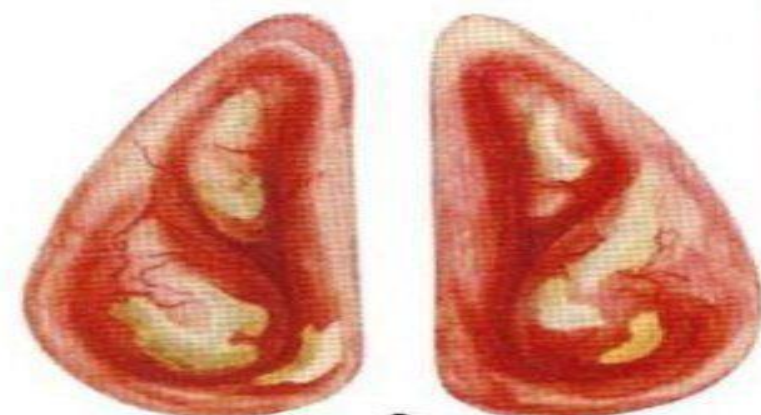
Риноскопия: буроватые или желто-зеленые темные корки, которые покрывают слизистую оболочку носа и часто выполняют почти всю его полость. После удаления корок носовая полость представляется расширенной, местами на слизистой оболочке имеется вязкий желто-зеленый экссудат. В начале заболевания атрофический процесс поражает в основном нижнюю раковину, но затем захватывает, все стенки.



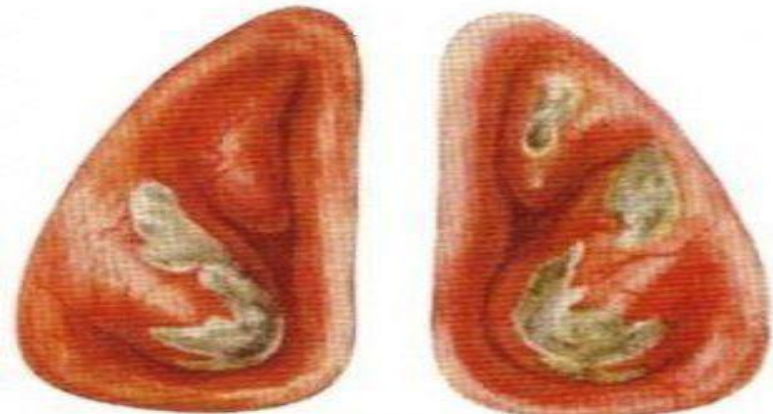
1
нормальная



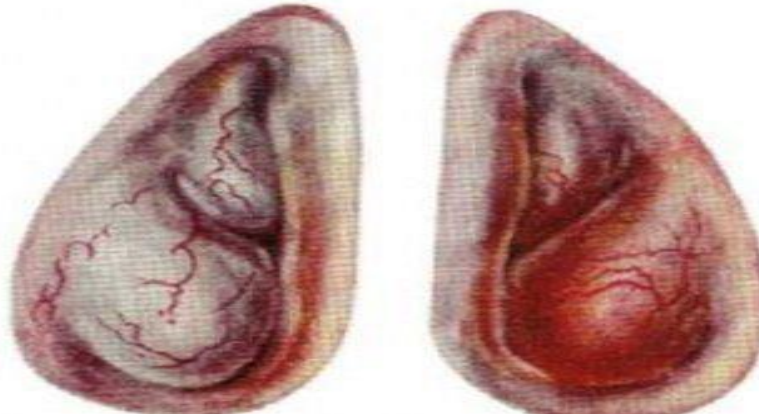
2
острый катаральный ринит



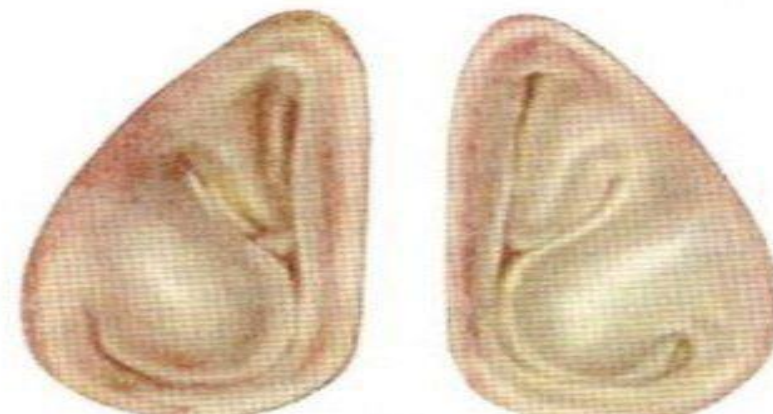
3
гипертрофический ринит



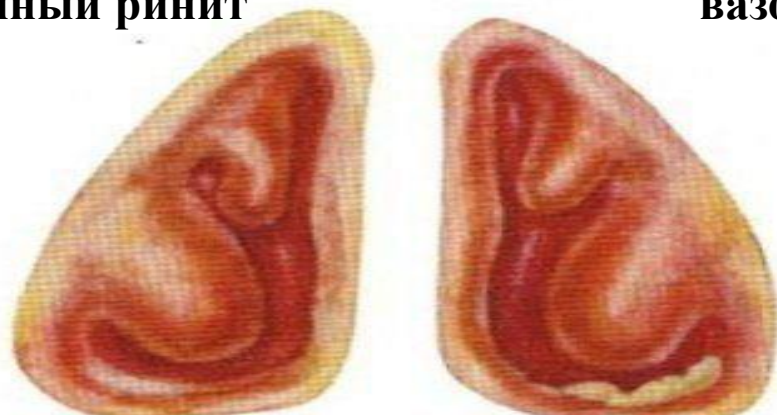
4
дифтерийный ринит



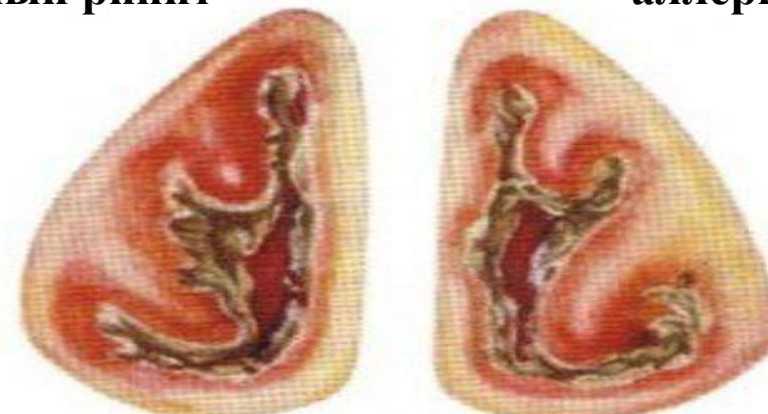
5
вазомоторный ринит



6
аллергический ринит



7
Простой атрофический ринит



8
озена

Воспалительные заболевания околоносовых пазух

Синуситы – воспалительные заболевания слизистой оболочки околоносовых пазух.

Сочетанное воспаление нескольких пазух – полисинусит.

Поражение всех пазух с одной стороны – гемисинусит.

Поражение всех пазух с обеих сторон – пансинусит.

По течению синуситы делятся на следующие формы:

- *Острые* – с длительностью заболевания до трех месяцев;
- *Рецидивирующие* – наличие острых синуситов больше двух раз в год;
- *Хронические* – с длительностью заболевания больше трех месяцев.

СИНИУСИТ

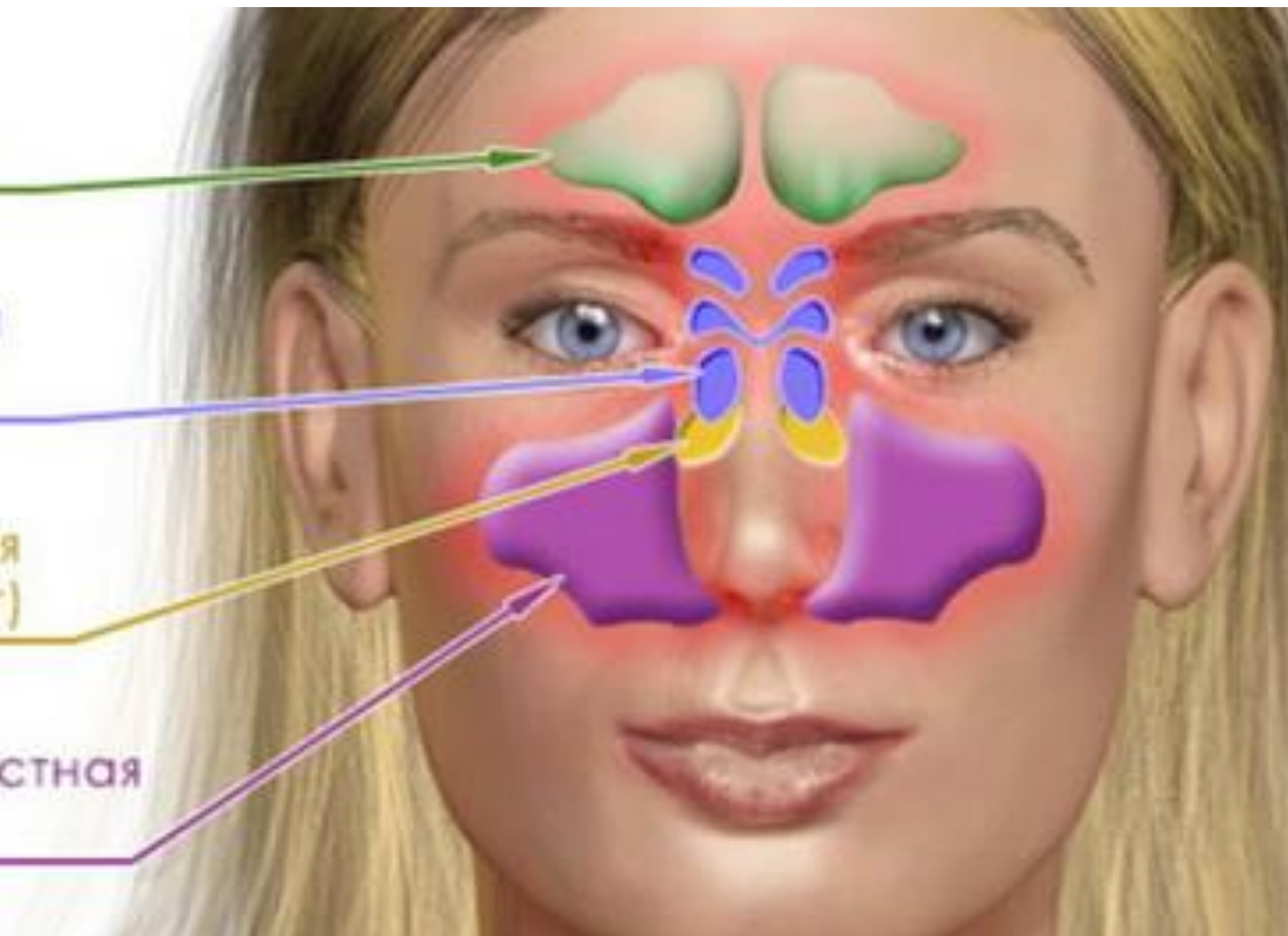


Лобная
(фронтит)

Решётчатая
(этмоидит)

Клиновидная
(сфеноидит)

Верхнечелюстная
(гайморит)



Этиология синуситов

- Наиболее частые возбудители риносинуситов – пневмококки, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, гемолитический стрептококк, анаэробы, вирусы.
- Многочисленные вредные вещества, содержащиеся в воздухе; высокая влажность, низкая температура;
- Воздействие вирусной инфекции;
- Активизация кокковой флоры полости носа, спровоцированная переохлаждением, перенесенными простудными заболеваниями;
- Острые инфекционные заболевания – скарлатина, дифтерия, корь;
- Аденоидные вегетации у детей;
- Травмы, длительное пребывание инородных тел в полости носа.

Острое воспаление верхнечелюстной пазухи - острый гайморит

Общие симптомы: озноб, повышение температуры, ухудшение общего самочувствия, слабость.

Местные симптомы:

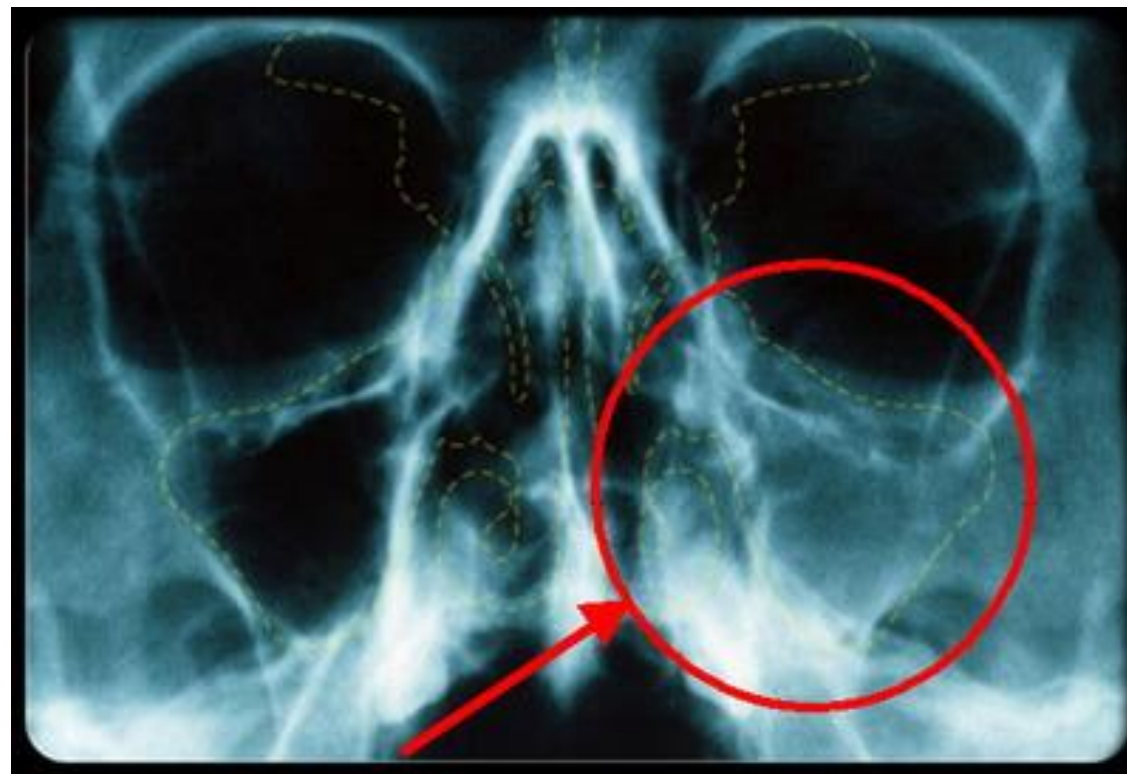
- Боль в области пазухи (собачьей ямки), лба, корня носа, иррадиирующая в зубы и висок, иногда разлитая головная боль;
- Затруднение носового дыхания на стороне поражения;
- Выделения из носа обычно односторонние вначале жидкие, затем становятся вязкими и гнойными;
- Умеренное нарушение обоняния.

Передняя риноскопия: гиперемия и отечность слизистой, особенно в области среднего носового хода и скопление там же густого секрета в виде «полоски гноя».

Методы исследования при гайморите

Рентгенография: интенсивное затемнение верхнечелюстной пазухи по сравнению с глазницами.

Компьютерная томография (КТ): послойно отображает патологический процесс.



Диагностическая пункция дает возможность получить содержимое пазухи, определить его характер, провести бактериологическое исследование.



Острое воспаление решетчатой пазухи – острый этмоидит

Стоит на втором месте по частоте поражения пазух и периодически сочетается с поражением верхнечелюстной и лобной пазух.

Общие симптомы заболевания выражены в значительной степени.

Местные симптомы:

- Боль давящего характера в области корня и спинки носа;
- Затруднение носового дыхания на стороне поражения;
- Выделения из носа серозные, слизисто-гнойные и в дальнейшем гнойные;
- Значительно выраженное нарушение обоняния;
- Отек и гиперемия внутреннего угла глаза и конъюнктивит (может быть началом орбитального осложнения);
- Отек век, выпячивание глазного яблока и отклонение его кнаружи – флегмона орбиты.

Методы исследования при этмоидите

Передняя риноскопия обнаруживает:

- Катаральные изменения слизистой оболочки в основном в области средних носовых ходов при воспалении передних клеток решетчатого лабиринта;
- Полоску гноя под средней носовой раковиной;
- Гиперемия и отек слизистой оболочки в области верхнего носового хода при воспалении задних клеток решетчатого лабиринта.

Рентгенологическое исследование: понижение пневматизации передних, средних и задних клеток решетчатого лабиринта.

Острое воспаление лобной пазухи – острой фронтит

Третье место по частоте, но во многих случаях протекает тяжелее, чем воспаление других пазух.

Общие симптомы заболевания выражены достаточно резко:

- Повышение температуры до фебрильных цифр;
- Сильная головная боль;
- Слабость, ухудшения самочувствия.

Местные симптомы заболевания:

- боль распирающего характера в области лба, глазниц, усиливающаяся при наклоне головы вниз, иррадиирующая в височную и затылочную область;
- Затруднение носового дыхания одностороннее;
- Выраженное снижение обоняния;
- Отек мягких тканей лба, верхнего века, внутреннего угла глаза.

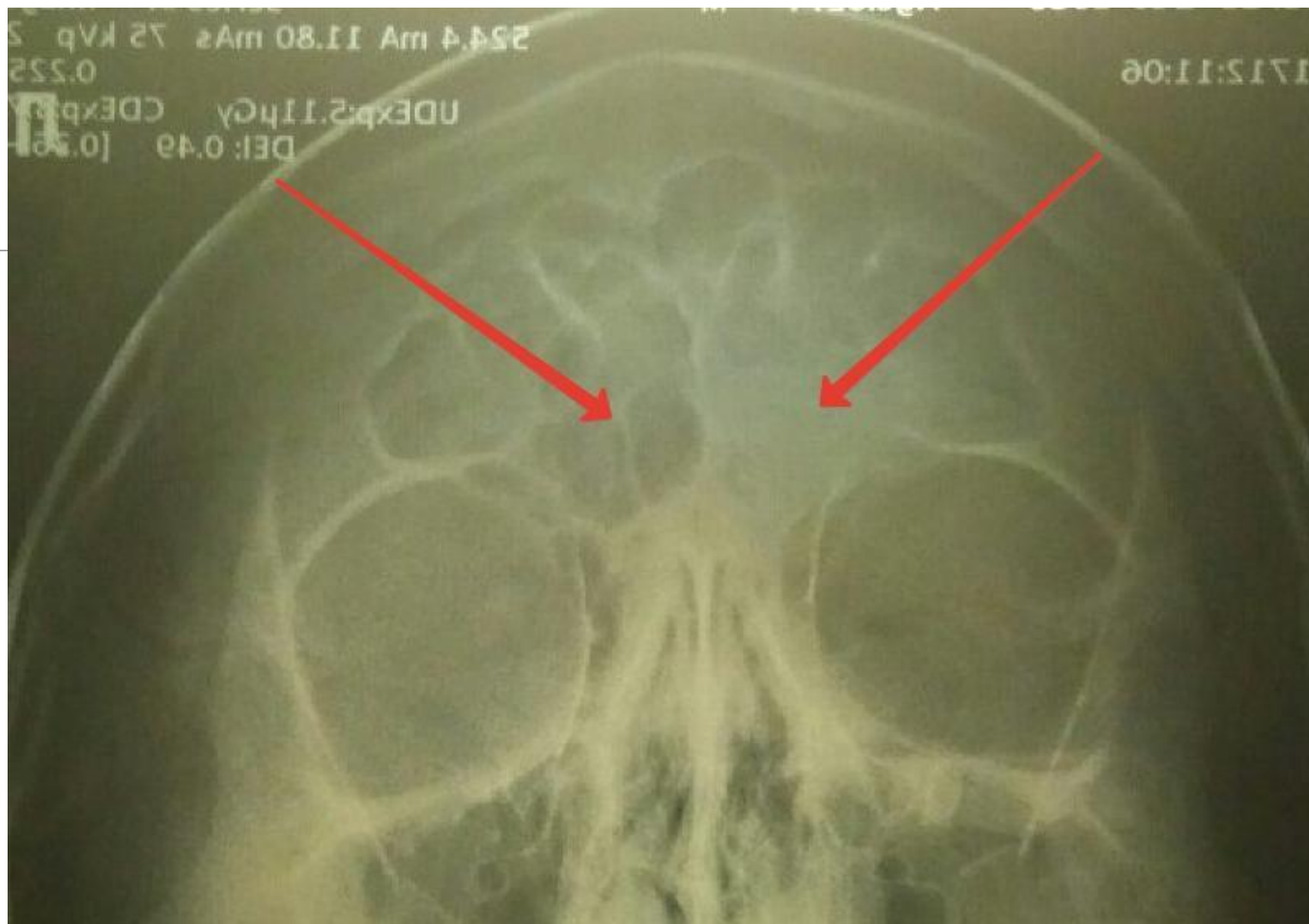
Методы исследования при фронтите

Риноскопия:

- Утолщение слизистой оболочки и гиперемия ее в области переднего конца средней носовой раковины;
- Гнойное содержимое в среднем носовом ходе.

Трепанопункция лобной пазухи: с лечебной (промывание пазухи и ввод лекарственных препаратов) и диагностической целью.

Рентгенологическое исследование производится в прямой и боковой проекции и определяет затемнение пораженной пазухи.



Острое воспаление клиновидной пазухи – острый сфеноидит

Обычно сочетается с воспалением задних клеток решетчатого лабиринта.

Общие признаки заболевания:

- Температура субфебрильная;
- Общее состояние относительно удовлетворительное;
- Отмечаются слабость, раздражительность, снижение работоспособности.

Местные признаки заболевания:

- Головная боль в области затылка, иногда – в глазнице, темени;
- Затруднение носового дыхания, выраженное непостоянно;
- Выделение из носа обычно отсутствуют, так как стекают в носоглотку, скапливаются там по утрам и удаляются с большим трудом;
- Нарушение обоняния выражено значительно – до аносмии.

Методы исследования при сфеноидите

Передняя и задняя риноскопия: скопление отделяемого в верхних и задних отделах полости носа, образование там корок.

Диагноз ставится на основании клинических данных, рентгенологического исследования с применением специальной аксиальной укладки, зондирования и пункции клиновидной пазухи. В последнее время используется компьютерная томография.

Задание на дом:

Ананьева С.В. Учебник
«Болезни уха, горла, носа»,
Феникс, 2018г. стр.9-25, 29,
30, 43, 45, 50.