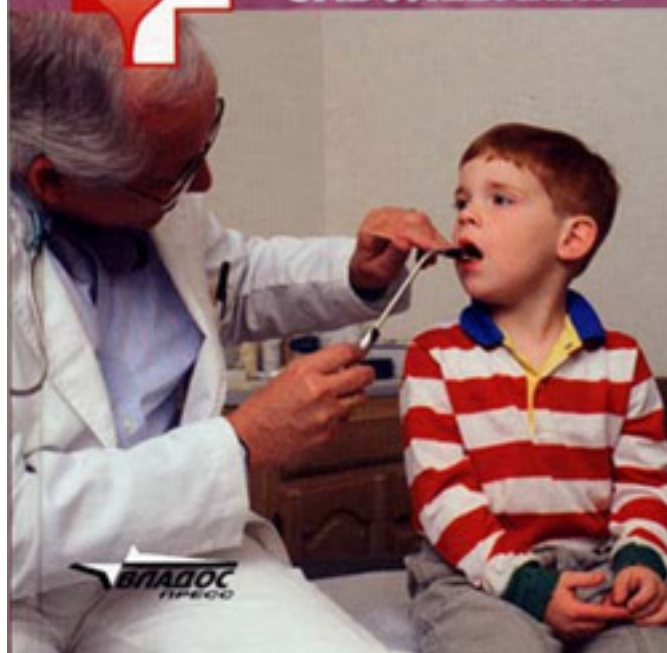


Конспекты
лекций
для
медицинских
вузов

Е. С. Козорез

ЛОР ЗАБОЛЕВАНИЯ



ВЛАДОС
ПРЕСС

Екатерина Козорез

**ЛОР заболевания:
конспект лекций**

«Научная книга»

Козорез Е. С.

ЛОР заболевания: конспект лекций / Е. С. Козорез — «Научная книга»,

В пособии освещены механизмы развития, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и проявления заболеваний ЛОР органов. Для студентов высших медицинских учебных заведений, практикующих медицинских работников.

Содержание

ЛЕКЦИЯ 1. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ НОСА	5
ЛЕКЦИЯ 2. ФУРУНКУЛ НОСА	7
ЛЕКЦИЯ 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА	8
ЛЕКЦИЯ 4. ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ	10
ЛЕКЦИЯ 5. ОСТРЫЙ РИНИТ: КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	11
ЛЕКЦИЯ 6. ОСТРЫЙ РИНИТ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ	12
ЛЕКЦИЯ 7. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА: ПРИЧИНЫ, КЛИНИКА	14
ЛЕКЦИЯ 8. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА	15
ЛЕКЦИЯ 9. ОЗЕНА	16
Конец ознакомительного фрагмента.	18

ЕКАТЕРИНА СЕРГЕЕВНА КОЗОРЕЗ

ЛОР—БОЛЕЗНИ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

ЛЕКЦИЯ 1. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ НОСА

1. Врожденные аномалии наружного носа – обусловлены нарушением эмбрионального развития, встречаются относительно редко. Это *полное отсутствие* или *недостаточное развитие носа*, избыточный рост его частей, ненормальное расположение и развитие всего носа или его отделов. В практике отмечены следующие врожденные уродства:

- двойной нос;
- расщепление носа;
- формирование носа в один или два хобота;
- отсутствие одной или обеих половин наружного носа;
- свищи или кисты носа;
- пороки развития носовых раковин;
- атрезия хоан.

Нередко сочетаются с пороками развития других органов и частей тела, например с незаращением твердого или мягкого неба, верхней губы, с недоразвитием конечностей.

Лечение: только хирургическое. Показания к операции зависят от характера аномалии, степени дефекта и наличия других пороков развития. Менее тяжелы и более доступны для хирургического лечения свищи спинки носа и дермоидные кисты, возникающие в связи с нарушением эмбрионального развития зачатков эпителия. Обычно киста находится под кожей спинки носа в области соединения носовых костей с хрящом. Киста может открываться свищом, из которого выступают волосы. Операции производят в раннем детском возрасте, что позволяет добиться лучших косметических результатов и предупреждает неправильное развитие костей лица в связи с уродством.

2. Врожденная атрезия хоан возникает в связи с тем, что в эмбриональном периоде мезенхимальная ткань, закрывающая в виде мембраны просвет хоан, полностью или частично не рассасывается. В дальнейшем эта мембрана чаще всего окостеневает (образуется костная атрезия хоан) или превращается в соединительную ткань. *Двусторонняя атрезия хоан* может явиться причиной асфиксии и смерти новорожденного, поскольку у него нет рефлекса открывать рот для дыхания, если отсутствует дыхание через нос. При частичной атрезии хоан также возникают патологические явления в виде неправильного развития лицевого скелета, в частности передние верхние зубы растут неправильно, формируется высокое небо, а если атрезия односторонняя, то образуется высокое небо только с одной стороны, носовая перегородка отклоняется в сторону атрезии.

Диагностика: с помощью зондирования, вливания в нос через катетер воды (при полной атрезии она выливается обратно). С помощью стекловолоконистой оптики можно обнаружить как полное, так и частичное заращение хоан.

Лечение. Необходимо раннее оперативное вмешательство на первом году жизни. В случаях, когда заращение хоан угрожает жизни, необходимо оперировать новорожденного. При операции убирают костные пластинки, закрывающие просвет хоан, раневую поверхность и оголенную кость закрывают лоскутами слизистой оболочки на ножке для предупреждения рецидива атрезии. Соединительно—тканную мембрану иссекают, через нос в хоану вводят трубку из мягкой пластмассы для формирования просвета хоаны. У новорожденных при полной атре-

зии хоан и угрозе асфиксии троакаром делают прокол зарращения и через нос вводят для дыхания катетер.

ЛЕКЦИЯ 2. ФУРУНКУЛ НОСА

1. Фурункул носа – острое воспаление волосяной сумки или сальной железы. *Этиология:*

- местное снижение устойчивости кожи и всего организма к стафилококковой и стрептококковой инфекции;
- общие заболевания – диабет, нарушение обмена веществ, гиповитаминоз, переохлаждение организма.

В детском возрасте фурункулы чаще бывают у ослабленных детей. Нередко возникает несколько фурункулов не только в области носа, но и на других частях тела (фурункулез). Если два или больше фурункулов сливаются и образуется карбункул, местная и общая воспалительные реакции резко возрастают.

Патогенез. В воспалительном инфильтрате, окружающем волосяную сумку, происходит тромбоз мелких венозных сосудов, поэтому увеличение инфильтрата угрожает распространением тромбоза по венозным путям в область *sinus cavernosus* или другие сосуды черепа и развитием внутричерепного осложнения или сепсиса.

2. Клиника. Постоянный симптом – резкая боль в области воспалительного очага; ограниченный, покрытый гиперемированной кожей конусовидный инфильтрат, на верхушке которого обычно через 3–4 дня появляется желтовато–белого цвета головка – гнойник. В течение 4–5 последующих дней – созревание гнойника и разрешение воспаления. Неблагоприятное местное течение фурункула, развитие карбункула, как правило, сопровождаются субфебрильной или фебрильной температурой, повышением СОЭ, лейкоцитозом, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов.

Диагностика. У больных с тяжелым или затяжным течением фурункула носа, а также с фурункулезом необходимо исследовать кровь и суточную мочу на сахар для исключения диабета. В момент высокого подъема температуры нужно исследовать кровь на стерильность с целью раннего выявления сепсиса. Из гнойника берут мазок для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. При тяжелом течении систематически исследуют неврологическую симптоматику, формулу крови, ее свертывающую систему, осматривают глазное дно, измеряют температуру через каждые 3 ч.

3. Лечение. В *легких случаях течения* фурункула носа, когда местная реакция незначительна, а общее состояние остается нормальным, лечение проводится *амбулаторно*; как правило, оно консервативное. Назначаются антибактериальный препарат внутрь (тетрациклин), поливитамины, местно кварц и УВЧ, кожу вокруг фурункула обрабатывают борным спиртом. До периода созревания фурункула местно применяется ихтиоловая мазь. Тактика лечения меняется при появлении вокруг фурункула *инфильтрата*, распространяющегося на окружающие участки носа и лица, ухудшении общего состояния или появлении каких–то других отягощающих признаков. Учитывая возможность возникновения тяжелых осложнений, такого больного госпитализируют. Основа лечебной тактики – *большие дозы антибиотиков*. Противопоказано при выраженном вокруг фурункула инфильтрате назначать физиотерапию, так как ее местное сосудорасширяющее действие может явиться причиной прогрессирования тромбоза и распространения тромбов по венозным путям в полость черепа. В тяжелых случаях (развитие сепсиса) целесообразно применение внутривенно лазеротерапии.

При затяжном течении – аутогемотерапия и общеукрепляющее лечение.

ЛЕКЦИЯ 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА

1. Сикоз (фолликулит входа в нос) – ограниченное гнойное воспаление волосяных мешочков в области преддверия носа и прилежащих участков верхней губы.

Этиология: обычно золотистый стафилококк; инфекция часто вносится пальцами при удалении корок из преддверия носа. Способствуют гнойные заболевания полости носа и околоносовых пазух. Гнойное воспаление распространяется на весь волосяной мешочек; в точке выхода волоска – гнойная корочка; при выдергивании волосок удаляется вместе с гнойным эпителиальным мешочком и корочкой. Вход в нос покрыт отдельными гнойничками и гнойными корочками; кожа в этом месте может быть инфильтрирована и отечна. В ряде случаев процесс ограничен. В этой связи для осмотра прибегают к помощи маленького носоглоточного зеркальца.

Клиника. Течение хроническое с обострениями. Беспокоят зуд, жжение, боль, напряженность кожи входа в нос, здесь часто скапливаются круги корки, которые затрудняют дыхание через нос.

Лечение. Обычно амбулаторное. Пораженную кожу обрабатывают борным или салициловым спиртом, пинцетом удаляют все пораженные волоски, после чего накладывают синтомициновую, оксикортовую мази. Между этими процедурами назначают УФ—и УВЧ—терапию. В более тяжелых случаях – рентгеновское облучение в эпиляцияльной дозе. После исчезновения местных признаков – наблюдение несколько месяцев в связи с возможным рецидивом заболевания.

2. Экзема входа в нос – аллергическое заболевание, может быть связано с нарушением обменных процессов. Встречается редко; у некоторых больных сочетается с гнойным заболеванием носа и околоносовых пазух. При остром течении признаки хорошо выражены: краснота, припухлость, временами мокнутие кожи, поверхностное слущивание эпидермиса, местами пузырьки, корки во входе в нос; могут наблюдаться трещины кожи. Процесс иногда распространяется (особенно у детей) на кожу в области лица, уха, головы.

Лечение. Устраняют гнойные заболевания полости рта, околоносовых пазух, другие очаги хронической инфекции в организме. Проводят противоаллергическую терапию антигистаминными препаратами; общеукрепляющую: препараты железа, мышьяк, витамины А и С, рыбий жир. Местно – очищение кожи с помощью индифферентного масла и накладывание антибиотикостероидных мазей (оксикорт).

3. Рожа — разлитое инфекционное (стрептококковое) воспаление кожи, при котором имеется общая реакция организма. В области носа встречается редко, обычно вторично, вследствие перехода воспаления с кожи лица. Повышается температура тела (38–40 °С), могут быть озноб, головная боль. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Кожа резко гиперемирована, значительно инфильтрирована, отграничена воспалительным валом от здоровой кожи, местами покрыта эпидермальными пузырьками, болезненна при пальпации.

Лечение проводится в стационаре. Назначают антибиотики широкого спектра (пенициллин, левомицетин), местно – облучение кварцем (эритемная доза) и мазевые антисептические повязки.

4. Розовые угри – следствие периодически возникающей или постоянной гиперемии кожи носа в связи расширением подкожных и кожных сосудов, что обусловлено местным нарушением вегетативной иннервации. Локализация: область нижней половины наружного носа, но могут распространяться на щеки и лоб. Течение хроническое, проявляется в образовании ярко—красного цвета узелков и расширенных сосудов. При длительном течении могут образовываться телеангиэктазии, происходит разрастание (гипертрофия) всех слоев кожи, сальных желез, кровеносных и лимфатических сосудов в виде равномерного или узловатого мягкого

инфильтрата. Утолщение становится округлым (шишковидный нос – ринофима), может достигать больших размеров (5–6 см в диаметре). Поверхность его бугристая, цвет сине—багровый или бледно—розовый. Ринофима сильно обезображивает лицо. Встречается редко, преимущественно у мужчин пожилого возраста.

Лечение: хирургическое. Под местным обезболиванием или под наркозом срезают острым скальпелем гипертрофированные участки кожи на всю глубину утолщения, восстанавливается нормальная форма носа. На раневую поверхность можно пересадить эпидермис по Тиршу или наложить бальзамическую повязку. В процессе заживления покрытие эпидермисом раневой поверхности происходит из глубоких отделов протоков сальных желез, которые всегда остаются и после срезания утолщенного слоя кожи; при этом грубых рубцов не образуется. Розовые угри смазываются на ночь сернорезорциновой пастой, которую утром смывают; поверхностно расширенные сосуды прижигают гальванокаутером.

ЛЕКЦИЯ 4. ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

1. Ожог носа – является частью общего ожога лица. Причины таких ожогов весьма разнообразны, в частности солнечные лучи, кислота, горячая вода.

Клиника ожога 1–й степени – болезненная гиперемия кожи, ощущение припухлости. Через 4–5 дней боль исчезает, кожа приобретает темную окраску. В последующие дни наблюдается шелушение рогового слоя. Ожоги носа редко превышают первую степень.

Лечение: местные и общехирургические меры борьбы с ожогами. Местно – противомикробные мази, часто с добавлением гормона. Например, ожоговую поверхность смазывают 10 %-ной синтомициновой мазью или оксикортом, а в последующем при необходимости в тяжелых случаях применяют специальные пленки.

2. Отморозение носа (*congelatio nasi*) возникает сравнительно редко, клиническая картина главным образом зависит от длительности воздействия холодового фактора. В легких случаях кожа кончика носа становится синюшно—красной. В теплом помещении появляются зуд, чувство пощипывания. В тяжелых случаях на отмороженной поверхности образуются пузыри, некроз и даже трофические швы.

Лечение. В легких случаях применяются тепловые процедуры в виде компрессов и смазывания отмороженной поверхности оксикортом. В тяжелых случаях показана госпитализация; в стационаре проводят общее и местное противовоспалительное лечение.

ЛЕКЦИЯ 5. ОСТРЫЙ РИНИТ: КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

1. Острый насморк (острый ринит) – неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа. Это заболевание относится к наиболее частым как у детей, так и у взрослых.

В клинике различают:

- острый катаральный ринит;
- острый катаральный ринофарингит;
- острый травматический ринит.

2. Этиология острого катарального насморка: понижение местной и общей реактивности организма и активация микрофлоры в полости носа. Происходит при общем или местном переохлаждении, которое нарушает защитные нервно—рефлекторные механизмы. Ослабление местного и общего иммунитета при переохлаждении (простуда) всего тела или его частей (ноги) ведет к нарастанию патогенности сапрофитирующих в полости носа микробов, в частности стафилококков, стрептококков, особенно у людей, не закаленных к холоду и резким переменам температуры. Воздействие простуды быстрее проявляется у лиц со сниженной резистентностью.

Острый травматический насморк: обычно обусловлен травмой слизистой оболочки инородными телами или манипуляциями, в том числе хирургическими, в полости носа. Бывает вызван профессиональным фактором или условиями окружающей среды: частицы минеральной пыли, химическое воздействие дыма, газа.

Патологоанатомические изменения слизистой оболочки носа – в первые часы заболевания слизистая оболочка гиперемированная и сухая. Затем образуется обильный серозный выпот. Эпителий и субмукозный слой пропитываются лимфоцитами, цилиндрический эпителий теряет реснички, в экссудате увеличивается количество слизи, собственный слой слизистой оболочки постепенно инфильтруется лейкоцитами, кавернозные пространства заполнены кровью.

ЛЕКЦИЯ 6. ОСТРЫЙ РИНИТ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

1. Клиника. Для острого катарального ринита характерны острое внезапное начало и поражение сразу обеих половин носа. При травматическом остром рините процесс может ограничиваться одной половиной носа. Выделяют:

- *сухую стадию раздражения* – продолжается несколько часов, редко длится в течение 1–2-х суток, начинается с ощущения сухости, напряжения, жжения, щекотания в носу, часто в глотке и гортани, беспокоит чиханье. Одновременно недомогание, познабливание, тяжесть и боль в голове, чаще в области лба, температура тела может повыситься до субфебрильных. В этой стадии слизистая оболочка гиперемированная, сухая; она постепенно набухает, а носовые ходы суживаются. Дыхание через нос постепенно нарушается, ухудшается обоняние, понижается вкус, появляется закрытая гнусавость;

- *стадию серозных выделений* – нарастание воспаления, появляется большое количество прозрачной водянистой жидкости, пропотевающей из сосудов. Затем постепенно увеличивается количество слизи за счет усиления функции бокаловидных клеток и слизистых желез, поэтому отделяемое становится серозно—слизистым, содержит хлорид натрия и аммиак, что обуславливает раздражающее действие на кожу и слизистую оболочку. В этой связи могут появиться краснота и припухлость кожи входа в нос и верхней губы.

После появления обильного отделяемого из носа исчезают симптомы первой стадии – ощущение сухости, напряжения и жжения в носу. Появляются слезотечение, часто конъюнктивит, резко нарушается дыхание через нос, продолжается чиханье, беспокоят покалывание и шум в ушах. При передней риноскопии гиперемия слизистой оболочки выражена меньше, чем в первой стадии, но она резко отечна, с цианотичным оттенком;

- *стадию слизисто—гнойных выделений* – начинается на 4–5-й день от начала заболевания, характеризуется появлением слизисто—гнойного, вначале сероватого, потом желтоватого и зеленоватого отделяемого, что обусловлено наличием в нем форменных элементов крови – лейкоцитов, лимфоцитов, а также отторгшихся эпителиальных клеток и муцина. Эти признаки указывают на кульминацию развития острого катарального насморка. В последующие несколько дней количество отделяемого уменьшается, припухлость слизистой оболочки исчезает, носовое дыхание и обоняние восстанавливаются. Спустя 14 дней от начала заболевания острый насморк прекращается.

При остром рините умеренное раздражение распространяется на слизистую оболочку околоносовых пазух, о чем свидетельствуют боль в области лба и переносицы.

В ряде случаев при хорошем иммунобиологическом состоянии организма острый катаральный ринит протекает abortивно в течение 2–3-х дней; при ослабленном состоянии защитных сил может затянуться до 3–4-х недель со склонностью к переходу в хроническую форму.

Течение острого ринита в значительной мере зависит от состояния слизистой оболочки полости носа до заболевания. Если она атрофична, то реактивные явления (припухлость, гиперемия) будут меньше выражены, острый период будет короче. При гипертрофии слизистой оболочки, наоборот, острые явления и тяжесть симптомов будут выражены намного резче и длительнее.

Обычно тяжело протекает острый катаральный ринофарингит у детей—атрофиков (гипотрофиков). Как в раннем, так и в старшем детском возрасте острый катаральный ринит может иметь нисходящий характер, вызывая трахеит, бронхит и воспаление легких.

2. Лечение. Как правило, *амбулаторное*. В редких случаях тяжелого насморка, сопровождающегося высокой температурой тела, рекомендуется постельный режим. Больному лучше находиться в комнате с теплым и увлажненным воздухом, что уменьшает тягостное ощу-

щение сухости, напряжения и жжения в носу. Диета не должна быть раздражающей. Нужно следить за своевременностью физиологических отпавлений (стул, мочеиспускание).

Абортивное течение острого катарального насморка в первые дни можно вызвать применением тепловых, отвлекающих и потогонных процедур. С целью воздействия на нервно—рефлекторные реакции в области носа применяют УФО подошв ног (эритемная доза), горчичники на икроножные области, УФ, УВЧ или диатермию на нос.

Медикаментозная терапия у взрослых: основа – применение сосудосуживающих и противомикробных препаратов. Восстановление носового дыхания значительно улучшает самочувствие больного, уменьшает количество отделяемого из носа, способствует уменьшению явлений воспаления слизистой оболочки носа.

С этой целью применяют препараты местного симптоматического действия – эфедрин, галазолин, отривин, санорин – во всех стадиях острого насморка. Более длительно действуют галазолин – после вливания по 5 капель препарата в каждую половину носа сосудосуживающий эффект сохраняется около 4–6 ч; вливание капель повторяют 2–3 раза в сутки.

Во второй стадии заболевания с успехом применяются препараты серебра – 3–5 %-ный раствор колларгола или протаргола, а при появлении корок – орошение физиологическим раствором 3–4 раза в день.

При выраженной воспалительной и микробной реакции показаны инсуффляции смеси нескольких сульфаниламидных препаратов.

ЛЕКЦИЯ 7. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА: ПРИЧИНЫ, КЛИНИКА

1. Основные формы хронического насморка – катаральная, гипертрофическая, атрофическая – неспецифические дистрофические процессы слизистой оболочки и в ряде случаев костных стенок полости носа.

Хронический катаральный (простой) насморк. Причины:

- затянувшийся или повторяющийся острый насморк;
- длительное воздействие различных раздражителей – химических, термических, механических;
- раздражение слизистой оболочки носа гнойным секретом при заболеваниях придаточных пазух носа;
- длительное расстройство кровообращения в слизистой оболочке носа: пороки сердца, миокардиты, нефриты, эмфизема, бронхоэктазы, эндокринные заболевания.

Клиника. Периодическая заложенность носа и обильное слизистое отделяемое. При риноскопии видны разлитая застойная гиперемия и равномерная отечность слизистой оболочки. Больные указывают, что левая половина носа заложена при положении на левом боку, правая – на правом, носовое дыхание затруднено в положении лежа на спине. Общее состояние обычно не страдает.

Полное исчезновение отечности слизистой оболочки носа после закапывания 2–3 %-ного раствора кокаина с адреналином или 0,1 %-ного раствора нафтизина указывает на хронический (простой) насморк. Если отечность не исчезает после закапывания сосудосуживающих средств, следует говорить о хроническом гипертрофическом насморке.

2. Хронический гипертрофический насморк – следствие хронического катарального (простого) насморка. Обычно развивается в результате длительного воздействия неблагоприятных факторов (пыль, газы, неподходящий климат). Причинами часто бывают хронический воспалительный процесс в придаточных пазухах носа или аденоиды. Характеризуется разрастанием соединительной ткани главным образом в местах скопления кавернозной ткани (передний и задний концы нижней и средней носовых раковин).

Клиника. Постоянные выделения и заложенность носа, тяжесть в голове и головная боль, снижение обоняния. Чаще поражаются передние и задние концы нижних и средних раковин. Цвет раковин бледно—розовый, иногда с синюшным оттенком.

3. Хронический атрофический насморк. Причины:

- неблагоприятные климатические условия;
- профессиональные вредности;
- часто повторяющийся острый насморк;
- инфекционные болезни;
- хирургические вмешательства в носу.

Клиника. Ощущение сухости в полости носа, трудное высмаркивание, понижение обоняния; нередко носовые кровотечения. Риноскопически определяются широкая носовая полость из—за атрофии главным образом нижних носовых раковин, скопление густого секрета, который местами, засыхая, образует корочки.

ЛЕКЦИЯ 8. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА

1. При различных формах хронического ринита оно включает:

- устранение возможных эндо—и экзогенных факторов, вызывающих и поддерживающих насморк;
- лекарственную терапию;
- хирургическое вмешательство по показаниям;
- физиотерапию и климатолечение.

2. Хронический катаральный насморк. Для лечения используют вяжущие вещества: 3–5 %-ный раствор протаргола – по 5 капель в каждую половину носа 2 раза в день или смазывают слизистую ваткой, накрученной на зонд и смоченной 3–5 %-ным раствором ляписа. Курс – 10 дней. Рекомендуют тепловые процедуры на нос – УВЧ или микроволны и эндоназально УФ через тубус. В последующем чередуют курсы вливания в нос капель пелоидина (вытяжка из лечебной грязи), ингаляции бальзамических растворов (бальзам Шостаковского, разведенный в 5 раз растительным маслом, эвкалиптовый).

3. Хронический гипертрофический насморк – при небольшой гипертрофии, когда после анемизации (смазывания сосудосуживающим препаратом) слизистая оболочка сокращается и носовое дыхание улучшается, применяют наиболее щадящие хирургические вмешательства: прижигания химическими веществами (ляпис, трихлоруксусная и хромовая кислоты), гальванокаустик, подслизистую ультразвуковую дезинтеграцию носовых раковин, криовоздействие, лазеродеструкцию их или подслизистую вазотомию.

При выраженной гипертрофии и значительном нарушении дыхания через нос, когда и после анемизации носовое дыхание достаточно не улучшается, показана частичная резекция гипертрофированных носовых раковин (щадящая конхотомия).

Прижигание химическими веществами нужно производить с осторожностью, чтобы не повредить окружающую ткань.

Электрокаустика производится специальным инструментом – гальванокаутером, с помощью которого осуществляют более глубокую деструкцию утолщенной слизистой оболочки. Носовое дыхание обычно улучшается через 2–3 недели.

Криовоздействие – деструкция слизистой оболочки замораживанием сопровождается небольшими реактивными явлениями.

Подслизистая вазотомия – выполнение небольшого вертикального разреза на переднем конце раковины (после инфильтрационной анестезии). Через этот разрез с помощью распатора производится подслизистое разрушение кавернозной ткани раковины в виде узкого канала от переднего до заднего конца раковины по верхней и нижней ее плоскости. Последующее рубцевание кавернозной ткани уменьшает объем раковины и увеличивает просвет носовых ходов.

Резекция гиперплазированных участков носовых раковин – производится в поликлинической операционной или в стационаре. Следует иметь в виду, что конхотомию всегда необходимо производить щадяще, так как полное удаление раковины может привести к тяжелой форме атрофии слизистой оболочки носа.

4. Атрофический ринит. Рекомендуются симптоматическое лечение. Для удаления корок нужно систематически 1 или 2 раза в день орошать носовую полость с помощью пульверизатора изотоническим раствором хлорида натрия с добавлением в него йода (на 200 мл раствора 6–8 капель 10 %-ной йодной настойки). Периодически применяют раздражающую терапию – смазывание слизистой оболочки носа йод—глицерином один раз в день в течение 10 дней, что усиливает деятельность желез слизистой оболочки. Проводят лечение вливанием капель 1–2 %-ного масляного раствора цитрала в нос, по 5 капель в каждую половину его 2 раза в день в течение недели.

ЛЕКЦИЯ 9. ОЗЕНА

1. Озена, или зловонный насморк, – атрофический процесс слизистой оболочки и костных стенок полости носа, сопровождающийся образованием секрета, засыхающего в зловонные корки, которые плотным слоем покрывают слизистую оболочку. Отличие от простого атрофического насморка: при озене атрофический процесс характеризуется распространением на костные стенки полости носа, особенно на кость раковин, продуцированием быстро засыхающего отделяемого с сильным специфическим неприятным запахом, которого не бывает при атрофическом насморке.

Этиология и патогенез. В нашей стране озена встречается относительно редко, в основном у женщин; начало ее относится к молодому возрасту. Важным представляется тот факт, что при этом заболевании более чем у 80 % больных имеет место инфицирование организма клебсиеллой озены (Абель—Левенберга), одновременно у большинства больных наблюдается железодефицитная анемия. Заболевание продолжается всю жизнь; в период менструаций оно обостряется, во время же беременности и лактации, а также к старости симптомы его заметно смягчаются.

2. Клиника. *Жалобы* 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 заполняют почти всю его полость. Процесс может распространяться на носоглотку, средний отдел глотки и даже на гортань и трахею. После удаления корок носовая полость представляется расширенной, местами на слизистой оболочке имеется низкий желто—зеленый экссудат. В начале заболевания атрофический процесс поражает в основном нижнюю раковину, но затем охватывает, 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 anosmia обычно обусловлена корками, покрывающими обонятельную выстилку; в дальнейшем она становится эссенциальной, что связано с атрофией обонятельной области.

Часто озена *сопровождается* выраженным атрофическим фарингитом и ларингитом, а иногда атрофическим трахеитом. Характерно почти полное исчезновение запаха из носа после удаления корок. В некоторых случаях 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 имеет бактериологический метод, а также серологический – реакция связывания комплемента (РСК) с озенозным антигеном.

3. Лечение. *Патогенетическое лечение* – железотерапия препаратами, предназначенными для внутривенного или внутримышечного введения (феррум—лек, эктофер), и антимикробная терапия антибиотиками, оказывающими действие на клебсиеллу (стрептомицин, кефзол). *Симптоматическое лечение* направлено на устранение тяжелых проявлений озены – корок и зловонного запаха. Для удаления корок и предупреждения их накопления – ежедневно орошают полость носа из пульверизатора различными растворами, применение которых следует чередовать, используя каждый по 2–3 недели. Рекомендуют изотонический или 1 %-ный раствор хлорида натрия с добавлением йода, 2 %-ный 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 наличии большого количества корок и гнилостного запаха рекомендуется пульверизация раствором стрептомицина в течение нескольких дней; для размягчения корок – индифферентное масло. После промывания носа размягчен-

ные 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 физиологическим раствором.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.