

Лекционный материал по теме:
Сестринский уход при заболеваниях носа и околоносовых пазух.
Сестринский уход при заболеваниях глотки, гортани, трахеи.

Содержание:

1. Принципы обследования пациентов при заболеваниях носа и околоносовых пазух.
2. Сестринский уход при заболеваниях наружного носа (фурункул, травмы, инородное тело).
3. Сестринский уход при острых и хронических ринитах, синуситах.
4. Принципы обследования пациентов при заболеваниях глотки, гортани и трахеи.
5. Сестринский уход при заболеваниях глотки, гортани и трахеи (острый и хронический тонзиллит, заглоточный и околозаглоточный абсцесс, фарингит, аденоиды).
6. Сестринская помощь при ожогах и инородных телах глотки, гортани.

Фурункул носа - острое гнойное воспаление волосяного фолликула и сальной железы на наружной или внутренней поверхности крыла носа, кончика носа, кожной части перегородки носа. Фурункулы чаще всего располагаются на кончике и крыльях носа, в преддверии, вблизи перегородки носа. Острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез с обширным некрозом кожи и подкожной клетчатки носа называется карбункулом.

Классификация фурункула и карбункула носа

В развитии фурункула носа, как и любого острого гнойно-некротического воспаления волосяного фолликула и окружающих тканей, обычно различают две стадии:

- I стадия инфильтрации - локальная боль, гиперемия кожных покровов, наличие плотного инфильтрата с некротической точкой в центре;
- II стадия абсцедирования - некротическое расплавление тканей в очаге воспаления, истончение кожи и флюктуация в центре инфильтрата.

Этиология фурункула и карбункула носа

В возникновении фурункула (карбункула) носа ведущую роль играют стафилококки: *S. aureus*, *S. epidermidis* (условно-патогенный), *S. saprophytics*. Кроме стафилококков, гнойничковые заболевания кожи, в частности фурункул носа, могут вызывать стрептококки, главным образом - В-гемолитический стрептококк группы А.

Причины

Возникновение и развитие фурункула носа во многом определяется, с одной стороны, патогенностью и вирулентностью возбудителей, а с другой - сочетанием разнообразных экзо- и эндогенных факторов, формирующих предрасположенность к развитию гнойного процесса.

Входными воротами инфекции обычно является нарушение целостности кожного покрова преддверия полости носа и наружного носа, возникающее при микротравмах (мацерация, расчесы); загрязнение кожи (пренебрежение элементарными гигиеническими правилами повседневного ухода за кожей лица, воздействие производственных факторов: угольной, цементной промышленной пыли, горюче-смазочных материалов).

Кроме того, возникновению фурункула носа может способствовать переохлаждение или перегревание, отрицательно влияющие на антиинфекционную устойчивость кожи.

Существенную роль в патогенезе фурункула носа играют разнообразные эндогенные факторы, наряду с которыми утрачивают силу бактерицидные свойства пот и секрет сальных желез, нарушается функциональная активность иммунной системы.

Перечисленные нарушения обуславливают персистенцию возбудителя на поверхности кожи, формирование стафилококкового носительства, возникновение и рецидивирование фурункулов носа, а также других локализаций. В связи с этим крайне неблагоприятное влияние на частоту возникновения, течение и прогноз фурункула носа оказывают генетически детерминированные состояния, сопровождающиеся иммунной

недостаточностью; эндокринные заболевания, в первую очередь сахарный диабет; гиповитаминоз, нерациональное питание, заболевания органов пищеварения и др.

Клиника фурункула и карбункула носа

Фурункул чаще всего располагается на кончике и крыльях носа, в преддверии полости носа, на кожной части перегородки носа. В большинстве случаев постепенно развивается воспалительный процесс, который вначале локализуется в устье волосяного фолликула (остеофолликулит), а затем распространяется вглубь. В течение 1-2 сут здесь формируется уплотнение, гиперемия, отечность кожи, появляется болезненность, усиливающаяся при напряжении мимических мышц, жевании, осмотре носа (при передней риноскопии). Перечисленные изменения сопровождаются головной болью, слабостью, повышением температуры тела. Со стороны периферической крови, как правило, наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. В дальнейшем, при благоприятном течении процесса, в течение 2-4 дней плотность тканей в очаге воспаления уменьшается, в центре инфильтрата возникает размягчение, выделяется небольшое количество гноя, происходит отторжение некротического стержня, а оставшаяся полость гнойника быстро очищается и заполняется грануляциями. Как правило, при этом уменьшается интенсивность болевых ощущений, нормализуется температура тела, улучшается общее состояние. В ряде случаев может происходить абсцедирование фурункула - прогрессирование гнойно-воспалительных изменений, увеличение зоны некроза тканей, истончение кожи, появление флюктуации.

Диагностика фурункула и карбункула носа

Физикальное обследование

Гиперемия, отечно-инфильтративные изменения мягких тканей наружного носа, преддверия носовой полости, носолицевой области. При обследовании больных с фурункулом носа следует иметь в виду значительную вероятность развития у них септицемии и(или) септикопиемии. В значительной степени это связано с обширной сетью анастомозов между поверхностными и глубокими сосудами области лица, расположенной выше линии, которая соединяет мочку уха и угол рта. Кроме того, выделяют так называемый опасный треугольник - область лица, ограниченную линиями, которые соединяют среднюю точку лобно-носового шва (назион) с углами рта. Отток венозной крови из этих анатомических зон осуществляется по угловой вене, внутренней глазничной вене в кавернозный синус. Это обстоятельство создает реальные предпосылки к распространению инфекции не только на смежные анатомические зоны: веки, глазницу, но и на основание черепа, внутричерепные вены и синусы. Характерными признаками осложненного течения фурункула носа являются симптомы флебита на венах лица: боль, уплотнение и иногда покраснение по ходу пораженного сосуда, отек верхнего и нижнего века, мягких тканей подглазничной области, лба, повышение температуры тела до 38,5 °С и выше, потрясающий озноб, слабость. Если возникает септический тромбоз кавернозного синуса, развивается бурный инфекционный синдром с высокой температурой, ознобом, потливостью. В типичных случаях наблюдаются дисциркуляторные нарушения (пастозность, припухлость окологлазничной области, инъекция вен конъюнктивы, хемоз, экзофтальм, застойные изменения на глазном дне).

Лечение фурункула и карбункула носа

Показания к госпитализации

Наличие фурункула носа является показанием к госпитализации больного.

Немедикаментозное лечение

При повышении температуры тела назначают постельный режим, жидкую пищу, ограничение движений мимической мускулатуры. Противовоспалительным и болеутоляющим действием обладают физиотерапевтические методы воздействия: соллюкс, УВЧ.

Медикаментозное лечение

Характер лечения зависит от стадии воспалительного процесса. В начальной стадии (стадия инфильтрации) показано осторожное протирание кожи вокруг очага воспаления 70% раствором этилового спирта либо 2% раствором салицилового спирта. В первые часы после появления инфильтрата хороший эффект оказывает неоднократное смазывание пустулы 5% настойкой йода. Местная антибактериальная терапия заключается в использовании препаратов фузидовой кислоты (2% мазь), мупироцина (2% мазь). Препаратами выбора при системной антибиотикотерапии являются цефалексин, оксациллин; альтернативные препараты - цефазолин, амоксициллин + клавулановая кислота, ванкомицин, линезолид.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение показано при абсцедировании фурункула. Вскрытие сформировавшегося гнояника выполняют под местной инфильтрационной анестезией или под общим (внутривенным) наркозом. Выполняется разрез, проходящий через центр воспалительного инфильтрата, края полости гнояника расширяют кровоостанавливающим зажимом типа «москит» или другим аналогичным инструментом. При абсцедировании фурункула и выраженных реактивных явлениях со стороны прилежащих тканей накладывается контрапертура. Для профилактики ятрогенных эстетических нарушений при выполнении разрезов в области наружного носа следует ориентироваться на естественные складки кожи, а при вскрытии абсцесса в преддверии полости носа - избегать повреждения краев ноздрей. После эвакуации гноя и детрита в полость вводят дренаж (полоску перчаточной резины), накладывают асептическую повязку или рыхло тампонируют преддверие носа, используя гипертонический раствор (10% раствор хлорида натрия) или растворы антисептиков.

Примерные сроки нетрудоспособности при неосложненном течении заболевания составляют 7-10 дней, при наличии септических осложнений - до 20 дней и более.

Профилактика фурункула и карбункула носа

Первичная профилактика - предупреждение микротравм и инфицирования кожи носа, борьба с загрязненностью производственных и бытовых помещений, соблюдение правил личной гигиены.

Вторичная профилактика - комплекс мер, направленных на то, чтобы предупредить рецидивы фурункула носа и(или) его осложнения у лиц группы риска; у больных с гнойничковыми заболеваниями кожи (пиодермия) в области носа и преддверия носа (фолликулит, сикоз), у пациентов с сахарным диабетом, иммунодефицитными состояниями различного генеза.

Прогноз фурункула и карбункула носа

Прогноз при неосложненном течении и адекватном лечении благоприятен. При наличии осложнений, сопутствующих заболеваний прогноз определяется распространенностью процесса и тяжестью состояния, своевременностью и адекватностью лечебных мероприятий, степенью компенсации сопутствующих заболеваний.

Травмы носа весьма часты. Степень повреждения мягких тканей, костного и хрящевого скелета зависит от характера травмы, направления и силы удара.

Наиболее часто повреждаются носовые кости и перегородка, реже происходит перелом лобных отростков верхней части и стенок околоносовых пазух. Иногда встречаются повреждения носа с отрывом его кончика или крыла. Травмы носа всегда сопровождаются обильным кровотечением.

Причины:

В зависимости от повреждающего фактора различают следующие виды травм: механические; ожоговые (термические, химические, лучевые, электрические); бытовые,

возникающие в домашних условиях или во время игры во дворе, наблюдаются в основном у детей раннего и дошкольного возраста; школьные, спортивные и транспортные травмы преобладают у детей старшего возраста.

Симптомы:

К травмам носа относят ушибы, кровоподтеки, ссадины и ранения. Травмы носа могут быть закрытыми, открытыми и комбинированными, со смещением и без смещения костных отломков, с деформацией и без деформации наружного носа.

Ушиб носа не сопровождается переломом его костного скелета. Однако следует помнить о том, что ушиб этой области – это всегда травма головы, которая могла привести к сотрясению мозга или другим последствиям. Поэтому при появлении признаков сотрясения (потеря сознания в момент травмы, тошнота, рвота, головная боль) необходимо показать ребенка врачу. После ушиба возникает отек слизистой оболочки носа, что приводит к некоторому затруднению носового дыхания. Если затруднение дыхания выражено резко и не помогает закапывание капель, то это может оказаться крайне неприятным осложнением – гематомой носовой перегородки.

Основные жалобы при переломе: боль в области носа, кровотечение, при формировании гематомы перегородки носа - затрудненное носовое дыхание. В случае перелома костей носа со смещением костных отломков отмечается деформация наружного носа.

При ударе, нанесенном спереди, происходит разъединение носовых костей или их перелом в продольном направлении. В этих случаях спинка носа западает. Боковые удары приводят к разъединению шва между носовой костью и лобным отростком на стороне удара и перелому лобного отростка на противоположной стороне, что приводит к сколиозу спинки носа, почти всегда при этом наблюдается перелом или вывих перегородки носа.

Появление подкожной эмфиземы лица при сморкании указывает на наличие разрыва слизистой оболочки носа. В случае перелома решетчатой пластинки наблюдается ликворея. Устанавливают на основании данных анамнеза и внешнего осмотра, пальпации, эндоскопии и рентгенологического исследования.

Осложнения.

После травмы носа в детском возрасте возможны деформация наружного носа, искривление носовой перегородки, нарушение носового дыхания.

Диагностика:

При определении характера и степени травмы носа учитывают жалобы больных, клинические проявления, данные осмотра, пальпации, риноскопии и рентгенографии костей носа.

При осмотре обращают внимание на внешний вид и форму носа, открытое ранение, кровотечение, кровоизлияния в мягкие ткани носа, подглазничной области, клетчатку век, конъюнктиву глазного яблока. При оценке общего состояния особенно важно определить неврологический статус и величину кровопотери. При риноскопии обращают внимание на смещение костных стенок и сужение просвета носовых ходов, место и выраженность кровотечения, возможность присутствия и локализацию инородного тела в полости носа.

Решающее диагностическое значение имеет рентгенография костей носа в боковой проекции, позволяющая выявить перелом и определить смещение отломков костей носа. При боковом смещении отломков необходимо также использовать прямую проекцию. При многооскольчатых переломах со сложным смещением отломков применяется томография костей носа. Трактовка данных рентгенологического исследования у детей младшего возраста затруднена в связи с тем, что лицевые кости у них тонкие, не до конца обызвествлены и дают слабую рентгеноконтрастную тень, на которую наслаивается интенсивная тень зубов и зубных зачатков.

Лечение:

Неотложная помощь при поверхностной травме в домашних условиях (поверхностные царапины, небольшие ушибы) обработать кожу вокруг раны антисептическим раствором, к ушибленному месту можно приложить холод. Если из раны течет кровь, следует прижать это место тампоном с перекисью водорода на 3–5 минут.

При отсутствии признаков перелома костей носа и носовой перегородки кровотечение из носа можно попробовать остановить, слегка прижав крылья носа большим и указательным пальцами к носовой перегородке на 3–5 минут. При этом надо попросить пациента дышать через рот и слегка наклонить его голову вперед.

Более действенный метод: тампонирование носового хода тугим марлевым или ватным тампоном, слегка смоченным перекисью водорода или просто холодной водой. Даже если вам кажется, что кровотечение остановилось, не следует удалять тампон в течение получаса. Необходимо убедиться, что кровотечение не продолжается внутрь носоглотки: для этого надо осмотреть пациенту глотку или попросить его несколько раз сплюнуть слюну и убедиться, что она не окрашена кровью. Тампон убирают аккуратно, предварительно смочив его холодной водой.

При ранении носа неотложная помощь заключается в обработке раны 5 % настойкой йода, остановке кровотечения, наложении давящей асептической повязки и проведении передней тампонады носа. Первичную хирургическую обработку раны производят в хирургическом отделении или поликлинике. Оториноларинголог обязательно проводит ревизию раны, так как в ней могут находиться инородные тела.

Рану промывают концентрированным раствором антибиотика, накладывают частые швы, вводят противостолбнячную сыворотку. Если ранения проникающие и сопровождаются повреждением костно-хрящевого скелета (это определяют при зондировании раны) с частичным или полным отрывом кончика или крыла носа, то больного необходимо сразу же госпитализировать в ЛОР-отделение, прижав к ране оторванный участок носа. Ушивание раны и пришивание оторванных частей носа желательно произвести в течение 1-х суток после травмы.

При подозрении на перелом костей носа или носовой перегородки надо как можно скорее обратиться доставить пациента в стационар.

Очень важно при осмотре обратить внимание на возможность сочетанной травмы и осложнений:

- обильные кровотечения возможны при повреждении слизистой оболочки носа с переломами;
- слезотечение может быть при сочетанной травме глазницы и слезовыводящих путей;
- выделение спинномозговой жидкости наблюдается при разрушении решетчатой кости, которая прилежит к верхним носовым ходам.

Неспециалисту трудно отличить слезотечение от подтекания спинномозговой жидкости, поэтому выделение прозрачной или окрашенной кровью жидкости из носа должно вызывать настороженность. В этих случаях следует как можно скорее обратиться за квалифицированной помощью.

Травма носа всегда сопровождается отеком, который не позволяет врачам проводить хирургическое вмешательство, поэтому для начала назначают консервативное лечение. К тому же травма носа может сочетаться с сотрясением головного мозга, при котором операцию проводить нежелательно, так что пауза в несколько дней - необходимое условие.

Инородное тело носа — это патология, характеризующаяся попаданием в полость носа различных предметов. Подавляющее большинство подобных случаев встречается у маленьких детей возрастом до 5-7 лет.

Причины

Наиболее частой причиной можно считать доступ ребенка к мелким предметам. Обычно ребенок, играя, сам себе или сверстнику засовывает в нос тот или иной предмет.

Инородные тела (ИТ) отличаются большим разнообразием:

- органические — кусочки пищи, семена злаков, косточки ягод, куски бумаги или ваты, обломки спичек и т. д.;
- неорганические — монеты, бусины, пуговицы, камешки, части игрушек, винтики и т. д.;
- живые — пиявки, насекомые, глисты, личинки.

Живые ИТ могут либо заползать в нос во время сна, либо попадать в него при питье воды из загрязненных водоемов.

Проникающие ранения лица — это также один из факторов, способствующих попаданию предметов в полость носа.

Симптомы

Чаще всего инородное тело носа располагается в общем носовом ходе. Однако при более глубоком проникновении они могут попадать в нижний или средний носовые ходы.

Основной, а иногда и единственный признак заболевания — заложенность носа с соответствующей стороны. При этом:

В момент попадания предмета в нос возможны чихание, слезотечение, водянистые выделения из носа. Так проявляется местная реакция слизистой оболочки, которая носит кратковременный характер.

При длительном нахождении инородного тела в носу появляются гнойные выделения с примесью крови из-за присоединившейся вторичной инфекции.

Пациент и окружающие ощущают гнилостный запах со стороны поражения. Этот симптом особенно выражен, если инородное тело носа имеет органическую природу, то есть подвержен гниению.

Возможно раздражение кожи в области соответствующей ноздри.

Диагностика

Диагностика инородного тела в носу основывается на:

- комплексном изучении анамнеза (истории развития болезни);
- изучении всех симптомов;
- данных инструментальных исследований.

Начинается постановка диагноза с выяснения обстоятельств инцидента. Обычно либо родители, либо сам ребенок сообщает о том, что что-то попало в нос. Следует учитывать боязнь наказания, поэтому приходится относиться скептически к утверждениям ребенка о том, что все в порядке, особенно при наличии прочих симптомов болезни.

Иногда малыш так долго скрывает факт попадания инородного тела в нос, что родители обращаются к врачу лишь по поводу осложнений. Длительное непроходящее гнойное воспаление в полости носа позволяет оториноларингологу заподозрить наличие ИТ.

К инструментальным методам относится:

- риноскопия передняя и задняя — это наиболее достоверный метод подтверждения факта наличия ИТ. Проводится она при помощи специальных носовых зеркал.
- фиброриноскопия при помощи гибкого эндоскопа. После обработки слизистой оболочки раствором анестетика и адреналина в нос вводят оптический прибор, с помощью которого обнаруживают ИТ, выявляют его размеры и место, где оно находится.

Дополнительным методом диагностики служит рентгенография. При наличии неконтрастных (не видимых на снимке) инородных тел носа, применяют заполнение носовой полости специальным веществом. На его фоне ИТ становится видимым и врач может определить его размеры и локализацию.

Лечение

Лечение инородного тела носа проводят чаще всего амбулаторно. Госпитализируют пациентов лишь в случае присоединения осложнений.

Первая помощь при попадании инородного тела в нос

Если известно, что ИТ округлой формы, нельзя пытаться удалять его пинцетом или щипцами! Есть риск того, что предмет будет протолкнут вглубь и попадет в гортань, спровоцировав ларингоспазм — угрожающее жизни состояние.

В качестве первой помощи в нос ребенка закапывают сосудосуживающие капли — нафтизин, ксилометазолин, в дозировке, соответствующей его возрасту.

Затем пациенту предлагаю высморкаться. Часто этого достаточно для того, чтобы ИТ само покинуло орган обоняния.

При отсутствии эффекта следует обратиться к врачу.

Специалист обычно удаляет инородное тело при помощи специального тупого крючка.

В сложных случаях — при многократных попытках удаления инородного тела из носа, при особо крупных или остроконечных ИТ, а также у детей, бурно реагирующих на действия врача — манипуляцию проводят под наркозом.

Осложнения и последствия

Самым опасным осложнением считается проталкивание ИТ в верхние дыхательные пути с попаданием его в гортань и развитием ларингоспазма и асфиксии (удушья). К счастью, это осложнение встречается крайне редко.

Возможно осложнение ситуации нагноением слизистой оболочки — гнойным ринитом.

При самостоятельных попытках извлечения инородного тела из носа возможна травматизация слизистой оболочки носовой полости с носовым кровотечением.

Длительно пребывание ИТ может привести к формированию риолита, или носового камня. Риолит провоцирует реактивное воспаление слизистой оболочки с последующим развитием риносинусита и даже остеомиелита (гнойное расплавление костных тканей).

Профилактика

Основной метод профилактики — воспитательный процесс. Ребенку следует объяснять опасность засовывания в нос посторонних предметов. Он должен понимать, что этот орган предназначен для дыхания, а не для хранения бусин. Можно сообщить ему, что если он будет засовывать что-то в нос, ему придется поехать к врачу. Обычно малыши очень не любят медиков, поэтому часто этот метод срабатывает.

Ринит — это заболевание, при котором инфекция поражает слизистую оболочку полости носа и вызывает нарушение её функций. Существует как самостоятельное заболевание, так и на фоне других инфекций проникающих в организм (например: дифтерия, грипп, корь, гонорея, ВИЧ-инфекция).

Причины ринита

Их можно разделить на две большие категории:

1. Нарушение местного иммунитета. Здесь необходимо отметить некоторые физиологические особенности строения носовой полости, которые активно участвуют в защите от проникновения пыли, и других мелких частиц, несущих вместе с собой бактерии и вирусы.

Покровный эпителий слизистой оболочки носа покрыт мельчайшими ресничками, которые постоянно находятся в движении и оказывают выталкивающее действие инородных частиц из полости носа.

В слизистой оболочке постоянно присутствуют защитные белки, именуемые иммуноглобулинами класса А, которые активно борются с проникающей инфекцией. В случае снижения активности местных защитных сил, сразу может активизироваться микроорганизмы, которые находились в дремлющем состоянии и не приносили вреда до этих пор.

2. Внешние повреждающие факторы. Эти факторы снижают эффективность защитных механизмов слизистой носа, вследствие чего развивается воспалительная реакция, которая приводит к заболеванию слизистой носа. К таким факторам относят:

- Влияние местного и общего охлаждения на организм человека. Вследствие этого снижается устойчивость организма к защите против микробов.
- Немаловажную роль играют травмы носа, различные чужеродные объекты в полости носа (чаще у маленьких детей), длительно раздражающие своим присутствием слизистую оболочку. Хирургические вмешательства также считаются как травматический фактор повышающий риск возникновения воспалительной реакции.
- Производственные вредные факторы. Длительно находясь в помещении, наполненном пылью, вредными токсическими и другими химическими отходами, будет возникать раздражение слизистой с повышенным восприятием к различным патологическим агентам.
- Аллергический фактор. Домашняя пыль, мех, цветочная пыльца, тополиный пух и многие другие мельчайшие частички, которые окружают нас, могут быть причиной возникновения аллергического ринита.

Симптомы острого ринита

В своем развитии острый ринит проходит несколько последовательных стадий. В каждой стадии есть свои особенности, позволяющие определить, на каком этапе находится развитие болезни

Первая стадия характеризуется тем, что микробы только проникли в полость носа, и оказывают раздражающее влияние на слизистую оболочку. При этом появляются следующие характерные симптомы:

- Ощущение сухости в носу
- Чувство щекотки, жжения в полости носа

Среди общих симптомов выделяют:

- Головную боль, которая постепенно может усиливаться.
- В некоторых случаях наблюдается небольшое повышение температуры тела до 37,5 градусов.

Длительность первой стадии продолжается в течение всего лишь нескольких часов, а иногда, и одного двух дней, по истечении которых изменяются симптомы и заболевание переходит на следующий этап своего развития.

Вторая стадия начинается с того момента, когда из носа начинает вытекать много слизи, жидкой консистенции. В эту стадию нарастают симптомы заболевания. Характерным является то, что симптомы сухости и жжения в полости носа исчезают. Зато появляется заложенность носа, и дыхание становится затрудненным. Больные могут отмечать снижение чувствительности к запахам.

В связи с тем, что полость носа посредством мелких проходов сообщается с поверхностно расположенной слизистой глаза – конъюнктивой, воспаление может распространяться и на нее. В таком случае говорят о сочетающемся конъюнктивите (воспаление конъюнктивы). Наблюдается слезотечение.

Третья стадия неразрывно связана с реакцией иммунной системы на попавшие внутрь носа вредные микроорганизмы. Обычно данная стадия начинается на 4-5 день от начала заболевания. Её ни с чем не спутаешь, поскольку в этот период из носа начинают выделяться слизисто-гнойное содержимое, густой консистенции, и нередко с неприятным запахом. Гной также может быть желтовато-зеленого цвета.

Гнойное содержимое со зловонным запахом появляется вследствие того, что в слизистую оболочку носа проникают защитные клетки (фагоциты, нейтрофилы), которые одновременно вызывают воспалительный процесс, с отеком окружающих тканей, а также

«пожирают и переваривают» бактерии, внедрившиеся внутрь носа. В случае слишком большого объема захваченных болезнетворных бактерий, фагоциты слишком сильно переполняются и разрываются, вместе с этим наружу выходят переработанные убитые бактерии – то есть гной.

Через несколько дней все вышеуказанные симптомы понемногу стихают, и воспалительный процесс близится к завершению. Улучшаются: дыхательная функция носа и общее состояние больного. Продолжительность воспалительных явлений варьирует в зависимости от устойчивости организма сопротивляться влиянию внутренних и внешних вредных факторов.

Бывает так, что у физически здорового человека, ведущего активный образ жизни, проводящего физические и закаливающие процедуры, ринит протекает в легкой форме и длится, всего лишь 2-3 дня. Или, наоборот, при снижении защитных сил организма заболевание протекает намного тяжелее, с выраженными симптомами интоксикации (головная, мышечная боль, резкое повышение температуры тела до высоких цифр 38-39 градусов), и длится не 2-3 дня, а значительно дольше, доходя иной раз до 3-4 недель, и даже переходом в хроническую форму заболевания.

Указанные симптомы и стадии протекания воспалительного процесса при остром рините являются классическими и в большинстве случаев возникновения ринита, специфического происхождения, такие же.

Окончательный диагноз ставится после специального исследования врачом отоларингологом (ЛОР врач). Доктор осматривает полость носа при помощи специального устройства под названием световой рефлектор, который отражает свет от лампочки и направляет его в исследуемую полость носа.

При рините на ранней стадии развития обычно заметно покраснение и отек слизистой оболочки. В дальнейшем появляются гнойные выделения.

Диагностика ринита вирусного происхождения коренным образом отличается от такового при воспалении, вызванном болезнетворными бактериями.

При рините, вызванном вирусами гриппа, кори, коклюша, аденовирусами и другими видами вирусов никогда не встречается гнойного отделяемого из полости носа.

При вирусном рините всегда присутствуют обильные слизистые выделения. Одним словом «сопли текут, рекой не переставая». Больной вынужден постоянно ходить с носовым платком или гигиеническими салфетками.

Диагностика ринита вызванного бактериальной инфекцией характеризуется:

Значительным нарушением общего состояния пациента. Повышение температуры тела может достигать 38-39 градусов, что почти никогда не встречается при вирусном рините.

Присутствует заложенность носа, нарушающая носовое дыхание.

Выделения из носа через некоторое время от начала заболевания приобретают вид от слизистого характера, вплоть до гнойного содержимого с неприятным запахом и желто-зеленым цветом.

Данное разделение может быть условным в том случае, если больной живет в грязном, пыльном помещении, не соблюдает элементарных правил личной гигиены, а самое главное окружающие его люди болеют каким-либо острым инфекционным заболеванием, передающимся воздушно-капельным путем. Это означает, что если человек заразился, к примеру, вирусом гриппа, то через несколько дней может присоединиться вторичная бактериальная инфекция, со всеми вытекающими последствиями.

Лечение острого ринита

Острый неосложненный ринит лечится в домашних условиях. Лечение проводят в зависимости от стадии развития воспалительного процесса.

В лечении острого ринита используют как симптоматические средства, так и специальные лекарственные средства, направленные на уменьшение воспалительных

процессов в полости носа. При бактериальных инфекциях обосновано применение антисептических средств, при помощи которых промывается и очищается слизистая оболочка полости носа.

Лечение первой стадии течения ринита основано на использовании:

- Горячих ножных ванн в течение 10-15 минут
- Накладывании горчичников на область подошвы или на икроножные мышцы
- Питье горячего чая с малиной или кусочком лимона
- К медикаментозным средствам, применяемым в данной стадии относят:
 - Антисептические средства, местного действия. Рекомендуют закапывать в нос 3-5% раствор протаргола 2- раза в день.
 - Противоаллергические лекарственные средства – драже диазолина, тавегила или лоратадина в виде таблеток. Данные средства принимают преимущественно при аллергическом происхождении ринита. Дозу устанавливают в зависимости от выраженности чихания, слезотечения и выделений из носа.
 - Средства повышающие местный иммунитет – капли с раствором интерферона, или лизоцима.
 - При головной боли применяют анальгетические препараты – анальгин, солпадеин, тайленол. Детям рекомендуют принимать по 250мг. Взрослым – по 500мг. При возникновении головной боли.

Лечение второй и третьей стадии острого ринита немногим отличается от такового при начальных проявлениях болезни. В стадии разгара заболевания усиливаются воспалительные процессы в носу, появляются гнойные выделения, обусловленные повышенной активностью болезнетворных бактерий и борьбы с ними иммунной системы. В связи с этим, в особо тяжелых случаях течения заболевания в комплексе с симптоматическим лечением назначают антибиотики широкого спектра действия, различные противомикробные препараты. Данные лекарственные средства принимают внутрь в виде таблеток, капсул, либо осуществляют промывания полости носа.

К антибиотикам, применяемым, для лечения острого ринита относят:

Амоксициллин – антибиотик широкого спектра действия, выпускается в таблетках по 500 мг. Детям старше 12 лет назначают по 500 мг. 3 раза в день, на протяжении 5-7 дней.

Биопарокс – антибактериальный препарат местного действия. Выпускается в виде аэрозоля во флаконах. Назначается по 1 ингаляции внутрь каждой ноздри через каждые четыре часа.

Для уменьшения симптомов заложенности носа в нос закапывают препараты местного действия, сужающие кровеносные сосуды и тем самым снимающие спазм и отек слизистой оболочки. В результате улучшается носовое дыхание и больной чувствует себя намного легче. К таким препаратам относят:

Нафтизин – сосудосуживающее средство. Для детей используют 0.05% раствор, взрослым закапывают 0.1% раствор по несколько капель каждые 4-6 часов.

Ксилометазолин – также сосудосуживающее лекарственное средство. Детям назначают капли в нос в виде 0.05% раствора 2 раза в день. Взрослым периодичность закапывания та же, единственное, что увеличивают концентрацию препарата до 0.1%.

Следует учитывать тот факт, что использование капель в нос не должно превышать более 7-10 дней. Поскольку могут проявиться различные побочные эффекты, связанные с нарушением обонятельной и очистительной функций носа, при их использовании. При чувстве жжения, местного раздражения и сухости в носу прием указанных препаратов рекомендуется прекратить.

Лечение ринита у грудных детей

Существуют некоторые особенности в лечении и по уходу за грудными детьми, болеющими острым ринитом.

Во-первых, заложенность носа мешает нормальному дыханию и кормлению грудью младенца. Поэтому необходимо периодически прочищать носовые ходы от застрявшей там слизи. Данную процедуру осуществляют при помощи отсасывающего баллончика, непосредственно перед кормлением.

В случае высыхания слизи и образования корок в полости носа, их осторожно удаляют ватным тампоном, предварительно смоченных в стерильном растворе подсолнечного масла или вазелина. Корочки постепенно размягчаются и легко удаляются из носа.

Если же после вышеуказанных процедур носовое дыхание не восстанавливается, то в нос закапывают капли 0.05% раствора ксилометазолина (галазолин).

В период между кормлениями в нос закапывают противомикробный препарат 2% раствора протаргола, который к тому же оказывает вяжущее действие и уменьшает выделение вязкой слизи из носа.

Хронический ринит

На протяжении года очень часто многие люди заболевают острыми воспалительными заболеваниями глотки и верхних дыхательных путей: риниты, бронхиты, ангина. Если данные процессы постоянно повторяются, или воспаление обостряется, не успев, еще закончиться, то в таком случае говорят о хронизации острой инфекции. По данным всемирной организации здоровья каждый человек на земле болеет в течение года в среднем от четырех до шести раз.

Причинами хронического ринита чаще всего бывают:

- Искривление перегородки носа. Сюда относят врожденные аномалии развития носовой перегородки, носовых раковин, посттравматические повреждения.
- Полипы внутри полости носа, закрывающие носовые ходы и способствующие застою явлений.
- Разрастания аденоидов на задней поверхности верхней части глотки. Аденоиды – лимфатическая ткань, которая предотвращает попадание инфекции внутрь организма. При частых воспалительных процессах разрастается и способствует хронизации процесса в полости носа и носовых пазухах.
- Общие хронические процессы в организме. К ним относят хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистые заболевания, снижение общей сопротивляемости организма.

Встречается несколько клинических форм хронического ринита:

Хронический катаральный ринит

Является одним из осложнений острого ринита, так как частые простудные заболевания, насморк приводят к постоянному присутствию в носу различных болезнетворных бактерий. Характерной особенностью является постоянное равномерное покраснение слизистой оболочки, постоянными выделениями слизисто-гнойного содержимого. В положении лежа на боку больной, чувствует заложенность носа на той стороне, которая находится снизу. На холоде заложенность носа усиливается.

Лечение заключается в удалении причинных факторов приводящих к хроническому течению заболеванию.

Хронический гипертрофический ринит

В некоторых случаях хроническое воспаление в полости носа способствует разрастанию слизистой оболочки хрящей и костной ткани в носу. Этот процесс протекает медленно и незаметно, но неуклонно может прогрессировать. Анатомические образования в полости носа, увеличиваясь в размерах, закрывают дыхательные отверстия, и больной постоянно ходит с заложенным носом и у него появляется характерная гнусавость голоса.

При разрастании носовых раковин образуются карманы, где постоянно присутствует инфекция и гнойное содержимое.

Диагноз устанавливают на основании эндоскопического исследования полости носа. Хронический гипертрофический ринит часто приводит к осложнениям в виде воспаления пазух носа – синуситам (гайморит, фронтит).

При лечении используют хирургические вмешательства. Операции проводят при местном наркозе, и заключаются в удалении разрастаний, при которых улучшается носовое дыхание.

Атрофический ринит

Атрофический ринит – это заболевание, которое характеризуется распространенным нарушением нормального анатомического строения полости носа, с отмиранием ворсинок слизистого эпителия полости носа и нарушением их физиологических функций.

Атрофический ринит является одним из самых неблагоприятных последствий, вследствие частых воспалительных заболеваний полости носа, неблагоприятных факторов внешней среды. А также возможно развитие дистрофических процессов на фоне общих тяжелых заболеваний органов и систем организма.

Больные ощущают постоянную сухость в носу. Наблюдаются гнойные желто-зеленого цвета выделения, при высыхании которых, в полости носа образуются корки.

В лечении используют как общеукрепляющую терапию в виде приема поливитаминных комплексов, укрепления иммунитета, закаливающих процедур, так и местно используют промывания полости носа физиологическим раствором хлорида натрия, смазывания слизистой оболочки глицерином вместе с закапыванием 10% спиртового раствора йода. Раствор йода улучшает работу ворсинок слизистой оболочки.

Полезно использование ингаляций с морской солью. Для приготовления раствора берут 5 грамм морской соли (одна чайная ложка) из расчета на стакан кипятка. Ингаляции проводят 2-3 раза в день.

Вазомоторный ринит

Вазомоторный ринит возникает в тех случаях, когда речь идет о присутствии какого-либо аллергического агента в полости носа. В качестве аллергенов могут выступать: домашняя пыль, мех, запахи кошек и собак, пыльца растений, тополиный пух и многие другие вещества. К появлению вазомоторного ринита способствуют, как внутренние особенности организма вырабатывать большое количество биологических веществ в ответ на проникновение аллергенов, так и вредное влияние окружающих факторов внешней среды: дорожная пыль, выхлопные газы, токсические отходы промышленной деятельности и многие другие.

Вазомоторный ринит характеризуется повышенной реакцией организма в ответ на проникновение аллергенов. Основными клиническими симптомами вазомоторного ринита являются: частое чихание. Обильные слизистые выделения из носа, заложенность носовых ходов. Сочетание воспаления слизистой глаз – конъюнктивита не редкое явление при данной форме заболевания.

Выделяют две основные формы течения вазомоторного ринита:

Сезонная форма – появляется в том случае, когда вышеуказанные симптомы появляются в весенне-осенний период года. Данная форма связана с появлением пыльцы различных растений обуславливающих аллергическую реакцию. Длительные воспалительные процессы в полости носа на фоне аллергии могут приводить к переходу заболевания в постоянную форму.

Круглогодичная или постоянная форма заболевания – наблюдается в течение года и обусловлена постоянным контактом больного с домашней пылью мехом или другим видом аллергена

Лечение заключается, прежде всего, в исключении контакта с аллергеном, вызвавшим повышенную реакцию организма. Вдобавок ко всему назначают противоаллергические препараты.

Клемастин (тавегил) – таблетки по 1 мг. Принимают внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.

Кромолин (кромоглициевая кислота) – выпускается во флаконах по 15мл. в виде спрея.

Применение – распыляют спрей в каждую ноздрю при первых признаках появления аллергического насморка.

Профилактика возникновения ринита

Профилактика появления воспаления слизистой оболочки полости носа, включает целый комплекс мер направленных на исключение влияния вредных факторов, переохлаждения, своевременного лечения других острых инфекционно- воспалительных заболеваний.

Профилактические меры включают:

- Предотвращение появления простудных заболеваний.
- Не рекомендуется резкое перемещение из теплого помещения в холодное, не находиться на сквозняках, не употреблять в качестве питья ледяную воду и другие прохладительные напитки.
- Рекомендуют проводить закаливающие процедуры. Обливания холодной водой (начинать постепенно, от использования теплой воды, к прохладной). Регулярные занятия спортом.
- Питание должно быть полноценным, высококалорийным, а самое главное соблюдаться правильный режим. Рацион должен состоять из потребления фруктов и овощей с повышенным содержанием витамина С (лук, капуста, цитрусовые, смородина). Рекомендуют пить чай с малиной, настоем шиповника, молоко с медом.
- Периодическая влажная уборка и проветривание в помещении предотвратит попадание и распространение инфекции.
- Своевременное обращение к врачу, при первых признаках заболевания предотвратит появление возможных осложнений, особенно у грудных детей.
- Прием утренних или вечерних солнечных ванн укрепит иммунитет, поможет в образовании витамина Д и придаст здоровый блеск коже ребенка.
- Гигиенические мероприятия, такие как: мытье рук с использованием мыла после туалета и перед едой, позволит избежать попадания инфекции в рот или в нос (при его ковырянии пальцем) как это часто бывает у маленьких детей.

Синуситы – общее название для заболеваний околоносовых пазух. Если развивается автономное воспаление какой-то отдельной пазухи (или двух одноименных симметричных с разных сторон), то в диагнозе отражается название пораженной пазухи.

Гайморит – (верхнечелюстные или Гайморовы пазухи), *фронтит* (*frons лат.* – лоб).

При *этмоидите* в процесс вовлекаются воздушные ячейки решетчатой кости (кость, отделяющая полость носа от полости черепной коробки).

При *сфеноидите* поражается клиновидная пазуха (маленькое парное пространство, находящееся между носоглоткой и полостью черепа – это самая «глубокая» пазуха).

Чаще всего в стационарах лечат воспаление в гайморовых или лобных пазухах, а также их содружественное поражение. Это означает, что гайморит - самое частое заболевание и его актуальность ясна всем, у всех на слуху этот диагноз. Однако, нередки такие "сочетанные" диагнозы, как гайморозтмоидит, гемисинусит, полисинусит, пансинусит.

В развитии гайморита важную роль играют различные инфекции верхних дыхательных путей, различные патологические процессы, протекающие в полости носа, рта, глотки. Фронтит и этмоидит имеют те же причины, что и при воспалении гайморовой

пазухи. Фронтит протекает значительно тяжелее, чем воспаление других придаточных пазух носа. Острый этмоидит с поражением костных стенок наблюдается преимущественно при скарлатине. Сфеноидит встречается редко и обычно связан с заболеванием задних клеток решетчатого лабиринта.

Симптомы синуситов

Симптомами катарального синусита является заложенность носа, тяжесть и боли в голове, в проекциях пазух. Симптомами воспаления слизистой оболочки гайморовых пазух может быть давящая боль в корнях зубов верхней челюсти и чувство «распирания» глазницы (нижняя стенка пазухи – корни зубов, верхняя стенка пазухи является одновременно нижней стенкой глазницы). Это состояние называется катаральный гайморит. Если давящая боль локализуется преимущественно над переносицей, в области лба, говорят о катаральном фронтите (воспаление лобной пазухи).

Симптомы *гнойного синусита* (гайморита в т.ч.) в точности повторяют таковые при катаральном синусите, однако из носа появляется вязкое желтое (гнойное) отделяемое и может повышаться температура тела до 37,5-38⁰.

При гайморите возникает ощущение напряжения или боли в пораженной пазухе, нарушение носового дыхания, выделения из носа, расстройство обоняния на пораженном стороне, светобоязнь и слезотечение. Боль часто разлитая, неопределенная или локализуется в области лба, виска и возникает в одно и то же время дня. Температура тела повышена, нередко бывает озноб.

При фронтите пациентов беспокоит боль в области лба, особенно по утрам, нарушение носового дыхания и выделения из соответствующей половины носа. Боль нередко невыносимая. В тяжелых случаях - боль в глазах, светобоязнь и снижение обоняния. Головная боль стихает после опорожнения пазухи и возобновляется по мере затруднения оттока.

При остром гриппозном фронтите температура тела повышена, иногда изменен цвет кожных покровов над пазухами, отмечаются припухлость и отечность в области лба и верхнего века.

При этмоидите беспокоят головная боль, давящая боль в области корня носа и переносицы. Выделения вначале серозные, а затем гнойные. Резко снижено обоняние, значительно затруднено носовое дыхание. Температура тела повышена.

При сфеноидите жалобы на головную боль. Чаще всего она локализуется в области темени, в глубине головы и затылка, глазнице. При хронических поражениях боль ощущается в области темени, а при больших размерах пазух может распространяться и на затылок. Иногда больные жалуются на быстрое снижение зрения.

Развитие синуситов

Синуситы чаще всего возникают, когда из-за отека слизистой оболочки «блокируются» соустья пазух и адекватного дренажа не происходит. Постоянно вырабатываемая слизь задерживается в пазухах, а затем способствует размножению болезнетворной микрофлоры. Обычно синуситы развиваются на фоне простудной инфекции, и как следствие развивается вирусное поражение слизистой оболочки пазух. В таких случаях ставится диагноз катаральный синусит. При лечении обычного насморка, как правило, вместе с воспалением слизистой оболочки полости носа проходит и воспаление слизистой пазух. Однако, в силу ряда особенностей (строение устья пазухи, вирулентность (агрессивность) микроба), в пазухах начинается развитие вторичной (бактериальной) микрофлоры. Процесс «утяжеляется» и развивается гнойный синусит.

Отдельно стоит упомянуть о «*одонтогенных*» *гайморитах* (причина воспаления слизистой оболочки гайморовой пазухи кроется в зубах верхней челюсти). Как уже говорилось, лунки и корни зубов могут «выдаваться» в полость гайморовой пазухи. При лечении этих зубов возможно попадание пломбировочного материала в пазуху, а сам по себе материал является инородным телом. Возникает воспалительная реакция. При длительном пребывании материала в полости пазухи может присоединиться грибковая

инфекция. Любой инфекционный процесс в зубах верхней челюсти (периодонтит) так же приводит к развитию одонтогенного гнойного *гайморита*.

Диагностика синуситов

Диагностика острых катаральных и гнойных синуситов довольно проста. Врач должен тщательно опросить пациента, осмотреть полость носа и сделать рентгенографическое исследование околоносовых пазух. Скопление жидкости (гноя) в гайморовых и лобных пазухах на рентгене выглядит как «уровень жидкости». В этой ситуации разобраться достаточно просто.

С хроническими заболеваниями пазух дело обстоит немного сложнее: для определения инородного тела, полипозного процесса, кист и прочих изменений необходимо выполнить компьютерную томографию околоносовых пазух.

Лечение синуситов

Острый катаральный (вирусный) синусит возможно лечить и в домашних условиях. Достаточно применять препараты, снимающие отек слизистой оболочки и ускоряющие удаление застойного содержимого (назол, отривин, ринофлуимуцил, синупрет). Хуже, когда развивается гнойное воспаление и необходимо регулярно ходить в поликлинику или даже лечиться в стационаре. При таком состоянии необходимо промывать пазухи (методом перемещения жидкостей или «проколами» гайморовых пазух), контролировать результативность лечения, назначать антибиотики и прочие препараты (противоаллергические, общеукрепляющие, дезинтоксикационные). При адекватном лечении острыми синуситами больше 10-12 дней не болеют.

При хронических гайморитах и фронтитах не поддающихся медикаментозному лечению необходимо выполнить операцию.

При хроническом воспалении слизистой оболочки гайморовых пазух (*хроническом гайморите*) необходимо выполнить операцию. Операция называется **гайморотомия**. Целью её является санация (очистка) пазухи. Это может быть удаление инородного тела или грибковых колоний, удаление полипозно измененной слизистой, расширение естественного или наложение искусственного соустья, для лучшего дренажа полости пазухи. Объем оперативного вмешательства зависит от объема поражения. Чаще всего процесс локализуется в гайморовых пазухах, однако может потребоваться вскрытие ячеек решетчатой кости (при этмоидите), клиновидной пазухи (при сфеноидите). Опять же существует масса разнообразных методик, от традиционных до новаторских (эндоскопических). Подробности о техниках проведения операций можно получить в каждой конкретной клинике, использующей тот или иной метод. Стоит отметить, что после таких операций восстановительный период короткий, осложнения встречаются крайне редко, а главное, эффективность этих вмешательств достигает 95-100%

Осложнения синуситов

Осложнением острых синуситов может быть хронизация процесса, а это в свою очередь ведет к частым обострениям, чувству тяжести в голове, повышенной утомляемости. Запущенные процессы ведут к перерождению слизистой оболочки, она становится нефункциональна – защитные свойства её снижаются. Продолжается усугубление состояния, развиваются неврологические синдромы (головные и лицевые боли), заболевания ушей, развиваются внутричерепные гнойные осложнения. Именно поэтому так важно вовремя обратиться к врачу и начать лечение синусита.

Профилактика синуситов

Профилактика *гайморита* и других синуситов такая же, как и при прочих заболеваниях верхних дыхательных путей. Избегать переохлаждений, проводить общеукрепляющие процедуры (спорт, закаливание). Необходимо бороться с уже начавшейся болезнью, приводить в порядок иммунитет. При насморке необходимо с ним бороться и принимать препараты, уменьшающие отек слизистой оболочки носа. Наиболее достоверной профилактикой, очевидно, является врачебный контроль.

Воспаление миндалин – заболевание непростое, может развиваться двумя совершенно разными путями:

1. Острый тонзиллит (ангина). Такой вид воспаления может появиться у людей любого возраста, однако чаще оно наблюдается у маленьких детей и людей, имеющих ослабленную иммунную систему (например, из-за частых простуд и ОРВИ). Ангина начинается резко, буквально на следующий день после воздействия травмирующего агента, сопровождается сильными клиническими проявлениями, однако, при действенном и своевременном лечении, быстро проходит, чаще всего, без следа.

Сама ангина может быть разной: катаральной (простое воспаление), флегмонозной (гнойное воспаление), язвенно-пленочной (наличие пленок на миндалинах) и др.

2. Хронический тонзиллит. Эта разновидность воспаления миндалин во много раз опаснее и коварнее ангины, так как характеризуется постоянным наличием в миндалинах бактерий, периодически, при воздействии неблагоприятных факторов, вызывающих эпизоды острого процесса. Обычно хронический тонзиллит развивается как следствие неправильно или не до конца вылеченной ангины, но возможны случаи, когда у человека появляется изначально хронический воспалительный процесс в глотке.

Причины воспаления миндалин

Самым распространенным виновником развития у людей острых тонзиллитов является особая бактерия, внешне напоминающая палочку – бета-гемолитический стрептококк. Он в небольшом количестве находится на нашей коже, но основным местом его обитания является ротовая полость, глотка. В здоровом организме иммунная система отлично справляется с этой бактерией, не дает ей проявить свои качества, но стоит только человеку простудиться, переохладиться или перегреться, выпить холодный сок или съесть слишком много мороженого, так стрептококк сразу начинает усиленно размножаться в миндалинах, активно внедряться в ее ткани, вызывая тем самым воспаление.

Кроме того, причиной острых процессов в миндалинах могут быть и некоторые вирусы (аденовирусы), а также, что реже, другие микроорганизмы, которыми активно заселена не только наша кожа, но и слизистая полости рта. Не случайно существует такое понятие, как бактериальный тонзиллит.

В развитии хронических тонзиллитов нет каких-либо особенностей: их причинами являются обычно все те микробы, которые вызвали ангину.

Стоит еще раз отметить, что тонзиллит никогда не появится просто так - для него нужны не только причины, но и предрасполагающие факторы:

- ☐ снижение иммунитета;
- ☐ переохладение;
- ☐ холодная пища или еда.

Распознаем тонзиллит по симптомам и признакам

Воспаление миндалин – состояние крайне неприятное. Его проявления целиком и полностью зависят от типа заболевания:

1. Ангина всегда сопровождается резкой и очень сильной болью в горле: миндалины отекают, увеличиваются в размере, краснеют, любая попытка проглотить слюну превращается в настоящую пытку, не говоря уже о воде или еде. Поэтому больные ангиной в течение всей болезни сильно теряют в весе.

Кроме боли человека мучает общее недомогание: температура может повышаться до 38 °С, а в особо тяжелых случаях (гнойная ангина) подниматься и выше; появляется слабость, боль в голове, чувство ломоты в мышцах. Продолжительность ангины, при правильном лечении, обычно не превышает 5-7 дней.

2. Хронический тонзиллит, в отличие от ангины, не имеет такой выраженной симптоматики. Обычно после воздействия какого-либо патогенного фактора у человека начинает болеть горло, оно краснеет, миндалины немного увеличиваются. Никаких общих симптомов в виде подъема температуры при тонзиллите в хронической форме не наблюдается. В этом случае заболевание быстро проходит после полоскания или

специальных антисептических таблеток, что, однако, не приводит к полному излечиванию и переводит инфекцию в спящую форму до первого стресса.

Риски и возможные осложнения

Несмотря на кажущуюся безопасность тонзиллита для организма, в реальности дело обстоит намного сложнее.

Дело в том, что если при возникновении симптомов ангины сразу не обратиться к врачу, заболевание может перейти из обычного воспаления в гнойное. Конечно, такой исход не обязателен, но вполне возможен. Гной же в свою очередь может легко распространиться в другие области, в том числе и грудную клетку, по специальным пространствам с развитием тяжелейшего и угрожающего жизни состояния – медиастинита.

Но не только острое воспаление опасно и несет в себе скрытые риски: хронический тонзиллит очень часто способствует распространению с кровью гемолитического стрептококка. Это приводит к развитию таких заболеваний, как ревматоидный артрит (воспаление суставов и поражение сердца), гломерулонефрит (поражение почек). Обе эти патологии требуют пожизненного лечения и могут приводить к серьезным осложнениям.

Классические методы лечения тонзиллита

1. Острое воспаление. Ангина лечится, в первую очередь, антибиотиками: сначала врач прописывает препараты широкого спектра действия, которые воздействуют практически на все виды бактерий, а в дальнейшем берет соскоб с миндалин и определяет, к какому антибиотику чувствительны микроорганизмы, вызвавшие ангину.

Кроме антибиотиков врач назначает специальные растворы для полоскания глотки и препараты, восстанавливающие либо стимулирующие иммунную систему.

2. Хроническое воспаление. При лечении хронического процесса важная роль принадлежит профилактике возникновения рецидивов (возвращения болезни). Для этого, даже если тонзиллит ничем себя не проявляет, два раза в год, весной и зимой, нужно проводить терапию, укрепляющую иммунную систему: полоскать горло растворами трав, принимать иммуномодуляторы внутрь и местно в виде рассасывающихся таблеток.

При обострении хронического тонзиллита терапия такая же, как и при ангине: антибиотики в зависимости от чувствительности микрофлоры.

В некоторых случаях, особенно при частых рецидивах, врач может назначить удаление (полное или частичное) миндалин. Такая операция не опасна, проводится под местным обезболиванием, однако организм в таком случае лишается важного иммунного органа. Поэтому удаление миндалин осуществляется только после тщательного обследования пациента.

Народные средства против воспаления миндалин

Главная цель нетрадиционной медицины в лечении тонзиллита сводится к профилактике застойных процессов в ротовой полости и глотке, а также общему оздоровлению организма. Для этого полезно полоскать горло утром и вечером растворами ромашки, зверобоя, шалфея. При остром процессе или обострении такую процедуру желательно проводить после каждого приема пищи. Внутрь можно принимать несколько раз в день отвар шиповника (залить 2 пакетика травы кипятком и дать отстояться 20 минут). Шиповник богат витаминами, в первую очередь витамином С, что очень хорошо восстанавливает защитные силы организма.

Для больного горло также полезно пить теплое молоко с медом или просто медленно рассасывать мед: он является природным антисептиком и отлично борется с микробами. Главное, не проводить такую процедуру при остром процессе.

Важно помнить, что все народные средства должны быть использованы только как дополнение к основному медикаментозному типу лечения.

Профилактические меры:

Конечно, лучше лечения болезни является ее профилактика. В случае с тонзиллитом основные меры предосторожности сводятся к следующим пунктам:

- ☐ вовремя санировать полость рта (лечить кариес);
- ☐ не допускать перегрева или переохлаждения;
- ☐ стараться не простужаться;
- ☐ не дышать ртом, особенно на улице зимой;
- ☐ при малейшем подозрении на неполадки в глотке – сразу обращаться к специалисту.

Заглочный абсцесс — это гнойное воспаление лимфатических узлов и рыхлой клетчатки заглочного пространства (участок позади глотки). Данное заболевание чаще встречается у детей, чем у взрослых.

Симптомы заглочного абсцесса

- Повышение температуры тела до 38-39°C;
- Слабость.
- Повышенное потоотделение.
- Вынужденное положение головы (с наклоном в больную сторону и назад).
- Повышенное слюноотделение.
- Затрудненное и болезненное открывание рта.
- Припухание и болезненность лимфатических узлов в зачелюстной области, также боковых верхних шейных.
- Напряжение затылочных мышц.

Глотку человека условно можно поделить на три отдела (верхний, средний и нижний). В зависимости от локализации абсцесса могут присутствовать дополнительные симптомы.

- Абсцесс верхнего отдела глотки:

затрудненное носовое дыхание;
гнусавость.

- Абсцесс ротовой части глотки:

расстройство глотания;
хрипы при дыхании.

- Абсцесс нижнего отдела глотки (происходит сдавление пищевода и трахеи):

затрудненное дыхание (особенно в горизонтальном положении);
хрипящее, свистящее дыхание;
затрудненное прохождение пищи по пищеводу;
охриплость.

У взрослых при заглочном абсцессе на фоне туберкулезного или сифилитического поражения шейных позвонков (наиболее частая причина развития заболевания у взрослых) симптомы могут быть выражены слабо, заболевание развивается вяло.

Формы

В зависимости от локализации воспаления выделяют:

- абсцесс верхнего отдела глотки;
- абсцесс ротовой части глотки;
- абсцесс нижнего отдела.

Причины

В результате инфекционного процесса (стрептококковая, стафилококковая и другие инфекции).

Чаще всего у взрослых встречается «холодный» абсцесс, то есть заглочный абсцесс, развивающийся по причине поражения шейных позвонков при туберкулезе (заболевание, вызываемое палочкой Коха, поражающее преимущественно легкие, а также костную и др. системы) или сифилисе (заболевание, передающееся половым путем, поражающее кожу, слизистые оболочки, внутренние органы, кости, нервную систему).

Травма верхних шейных позвонков.

Травма задней стенки глотки (например, при заглатывании инородного тела, в результате интубации трахеи или проведения диагностических мероприятий, например, эндоскопии двенадцатиперстной кишки (метод исследования двенадцатиперстной кишки путем введения гибкой трубки (эндоскопа) через ротовую полость).

Как осложнение пищевой или респираторной инфекции (в результате распространения процесса по лимфатическим путям).

Ослабленный организм /сниженный иммунитет (например, на фоне хронических, онкологических заболеваний) также являются предрасполагающими факторами для развития заглоточного абсцесса.

Диагностика

Анализ анамнеза заболевания (наличие инфекционных процессов, способствующих развитию заглоточного процесса, травмы шеи или горла в анамнезе и др.).

Анализ жалоб заболевания (наличие типичных симптомов: увеличение и болезненность лимфатических узлов, измененное дыхание, нарушение глотания и др.).

Общий осмотр (внешний осмотр шеи, ее форма, положение и др.).

Фарингоскопия (осмотр глотки при искусственном освещении) при которой возможно обнаружение покраснений, выпячиваний слизистой оболочки задней стенки глотки, резко болезненных при ощупывании.

Рентгенологическая диагностика (компьютерная томография, рентгенография глотки) с целью выявления гнойных очагов.

Диагностика на туберкулез (заболевание, вызываемое палочкой Коха, поражающие преимущественно легкие, а также костную и др. системы), сифилис (заболевание, передающееся половым путем, поражающее кожу, слизистые оболочки, внутренние органы, кости, нервную систему). Диагностика данных заболеваний проводится путем исследования крови, рентгенологического обследования и др.

Возможна также консультация терапевта.

Лечение заглоточного абсцесса

Госпитализация (лечение проводится в условиях ЛОР-отделения).

Антибактериальная терапия.

Хирургическое лечение (вскрытие гнойного очага после предварительной аспирации (отсасывания) гноя проводится под местным обезболиванием).

Тепловые процедуры (физиопроцедуры) на начальной стадии или стадии стихания симптомов заболевания

Полоскание горла дезинфицирующими растворами.

Назначение общеукрепляющей терапии (прием поливитаминов, витамина С).

Осложнения и последствия

Обструкция (сдавливание и закупорка) дыхательных путей в результате чего развивается затрудненное дыхание вплоть до полной непроходимости дыхательных путей.

Медиастинит (воспаление средостения: сердца, аорты).

Эпидуральный абсцесс (гнойник под твердой оболочкой головного мозга).

Сепсис (распространение инфекционного процесса с током крови по всему организму).

Поражение стенки сонной артерии.

Риск летального исхода.

Профилактика заглоточного абсцесса

Своевременное выявление и лечение инфекций дыхательной и пищеварительной систем, ЛОР-органов.

Укрепление иммунитета:

- полноценный ночной сон (не менее 8-ми часов);
- сбалансированное и рациональное питание (употребление в пищу продуктов с высоким содержанием клетчатки (овощи, фрукты, зелень), отказ от консервированной, жареной, острой, горячей пищи);
- закаливание;

- прием поливитаминов в осеннее-зимний период.

Фарингитом называют воспаление слизистой оболочки и лимфоидной ткани глотки.

Различают острый и хронический фарингит.

Причины заболевания

Наиболее часто встречается вирусный фарингит, который может быть вызван такими распространенными возбудителями респираторных инфекций как аденовирус, риновирус, вирус парагриппа, коронавирусами, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирусом и др. Как правило, вирусный острый фарингит сопутствует любой респираторной инфекции (ОРВИ). Бактериальный фарингит возникает значительно реже и вызывается стрептококком, реже нейсериями, микоплазмами и хламидиями.

Хронический фарингит может развиваться как следствие острой или хронической инфекции верхних дыхательных путей, а также при длительном раздражении слизистой оболочки глотки алкоголем, пылью, сажей и другими химическими и механическими агентами.

Симптомы фарингита

- боль в горле;
- першение в горле;
- сухой кашель;
- повышение температуры тела;
- увеличение шейных лимфатических узлов.

При осмотре горла (фарингоскопии) отмечается покраснение стенок глотки, слизистая оболочка кажется рыхлой, могут быть увеличены небные миндалины.

Симптомы острого фарингита при ОРВИ и других инфекционных болезнях, как правило, дополняются симптомами основной болезни: высокая температура, ринит, бронхит, кашель, признаки сильной интоксикации организма, боли в мышцах, сыпь и пр.

При хроническом фарингите симптомы болезни менее выражены. Больной жалуется на чувство сухости или першение в горле, часто наблюдается сухой мучительный кашель.

Диагностика фарингита

Диагностика основана, прежде всего, на тщательном осмотре больного и фарингоскопии. В случае необходимости доктор может назначить дополнительные исследования.

Понятно, что не каждый эпизод боли в горле заставит вас обратиться к врачу. Однако следует понимать, что далеко не всегда вы сможете самостоятельно отличить течение бактериальной инфекции от вирусной.

При подозрении на хронический фарингит следует обязательно обратиться в терапевту для определения причин заболевания и решении вопроса о лечении.

Лечение

Лечение фарингита зависит от его этиологии.

В любом случае, из рациона исключают раздражающую пищу (горячую, холодную, кислую, острую, соленую). Рекомендуются обильное питье до 1.5-2 литров в сутки. Если вы курите, то на время лечения следует отказаться от сигарет или свести курение к минимуму (табачный дым является дополнительным раздражающим фактором для слизистой оболочки глотки).

В случае вирусной природы заболевания, лечение в основном местное: полоскания горла антисептическими и противовоспалительными растворами, использование аэрозолей, ингаляции, лекарства в форме пастилок. В случае установленной бактериальной природы заболевания врач может назначить антибиотики.

Аденоиды (аденоидные вегетации, аденоидные разрастания) представляют собой патологические разрастания носоглоточной миндалины, которая располагается глубоко в носоглотке, состоят они из лимфоидной ткани. В норме эта миндалина хорошо развита в

детском возрасте, а после двенадцати лет она начинает уменьшаться, поэтому у взрослых людей аденоиды встречаются редко.

В норме миндалины представляют собой небольшое скопление лимфоидной ткани в толще слизистой оболочки вокруг отверстий, которые ведут в полость носа, рта и глотки. Различают парные миндалины: две трубные, две небные; и непарные - три язычные и глоточная (носоглоточная) миндалина. Миндалины составляют, так называемое, лимфоэпителиальное кольцо Пирогова-Вальдеера, которое является составной частью иммунитета организма - оно защищает его от внешних патогенных воздействий. Итак, основная функция миндалин – защитная. Они являются барьером на пути вдыхаемых с воздухом чужеродных бактерий и вирусов, «ловят» их и уничтожают.

Аденоиды - это не те миндалины, которые вы видите по бокам глотки, заглянув ребенку в рот. Аденоиды без соответствующих приспособлений вы вообще не сможете увидеть, поскольку располагаются они выше глотки, примерно напротив носа почти в центре черепной коробки.

Аденоиды - часто встречающееся заболевание среди детей. Оно распространено в возрасте от 1 до 15 лет, но чаще встречается у детей 3-7 лет.

Часто путают аденоиды и аденоидит. Аденоидит — заболевание воспалительного характера патологически разращенной носоглоточной миндалины (аденоидов). Встречается как в изолированной форме, так и сочетании с воспалением разращенных небных миндалин. Аденоидит сопровождается повышением температуры тела и резким нарушением носового дыхания.

Некоторые причины образования аденоидов:

1. Разнообразные детские инфекции (корь, скарлатина), при которых поражается слизистая оболочка полости носа и миндалин;
2. Частые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
3. Вирусные заболевания;
4. Иммунодефицит;
5. Аллергизация ребёнка.

Симптомы, по которым у ребёнка можно заподозрить аденоиды:

- Затруднённое носовое дыхание и выделения из носа;
- Частый насморк;
- Храп во сне;
- Плохой сон;
- Рот ребёнка часто открыт;
- Появление гнусавости и неразборчивости речи.
- Быстрая утомляемость, вялость, апатия;
- Головная боль;
- Снижение слуха. Ребёнок часто переспрашивает.

Если обнаружили несколько или даже один из симптомов у ребёнка, то необходимо незамедлительно посетить ЛОР-врача для постановки диагноза и проведения адекватного лечения.

Осложнения, к которым могут привести аденоиды:

1. Нарушение нормального функционирования среднего уха. Когда носоглоточная миндалина увеличена, она закрывает устье слуховой трубы. Это анатомическое образование (евстахиева труба) служит для регулирования разницы давления между внутренним (в полости носа и носоглотке) и внешним (атмосферным). В норме по слуховой трубе воздух попадает из полости носа в среднее ухо. Когда же устье перекрыто, затрудняется попадание воздуха в среднее ухо. В результате чего, барабанная перепонка становится менее подвижной и это отражается на слухе. В запущенных случаях такое снижение слуха (тугоухость) невозможно вылечить полностью.

2. Воспалительные заболевания среднего уха. Если прохождение воздуха в среднее ухо затруднено, то создаются отличные условия для проникновения и развития там инфекции (отиты среднего уха).

3. Деформации лицевого скелета и грудной клетки, неправильный прикус. К таким осложнениям приводит постоянное дыхание ртом.

4. Нарушение вентиляции легких и снижение работоспособности. Это приводит к уменьшению насыщенности крови кислородом, в результате чего мозг не получает его и это сказывается на его нормальной работе. Поэтому дети, у которых есть аденоиды, часто плохо учатся, менее работоспособны и внимательны.

5. Постоянное наличие очага хронической инфекции в организме. Поскольку носоглоточная миндалина постоянно воспалена, она содержит в себе много вирусов и бактерий, что оказывает плохое влияние на детский организм в целом.

6. Воспалительные заболевания дыхательных путей. Слизь, которая постоянно вырабатывается в хронически воспалённой миндалине, опускается ниже и вызывает фарингиты (воспаление слизистой оболочки глотки), ларингиты (воспаление гортани), трахеиты (воспаление трахеи) и бронхиты (воспаление бронхов).

7. Нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта.

8. Нарушение состава крови.

9. Энурез (ночное недержание мочи).

10. Спазм гортани.

11. Приступы кашля.

Степени увеличения аденоидов:

Первая степень — аденоиды закрывают верхнюю часть сошника. При первой степени ребёнок может испытывать дискомфорт и затрудненное дыхание, только когда спит.

Вторая степень — аденоиды закрывают верхние две трети сошника. При второй степени ребёнок регулярно храпит ночью, а днём часто дышит ртом, из-за затрудненного носового дыхания.

Третья степень — аденоиды закрывают весь или почти весь сошник. При третьей степени доступ воздуха через нос перекрывается аденоидами полностью, и ребёнок может дышать только ртом.

Клиническая картина не всегда соответствует степени увеличения аденоидов. Бывает так, что аденоиды первой и второй степени могут вызывать сильное затруднение носового дыхания, резкое снижение слуха, а аденоиды третьей степени не вызывают видимых нарушений. Поэтому только по размеру однозначно нельзя сказать, что нужно делать — лечить консервативно или радикально (удалять аденоиды).

Диагностика аденоидов.

Диагностируют заболевания при помощи основных (опрос, осмотр) и дополнительных методов исследования. К последним относятся:

- Фарингоскопия — метод визуального исследования ротоглотки. Её проводят при искусственном освещении, при помощи шпателя и носоглоточного, гортанного зеркала. При фарингоскопии оценивают состояние ротоглотки (цвет слизистой оболочки, поверхность задней стенки глотки), выявляют патологические образования этого отдела глотки. Можно увидеть аденоиды, оценить степень их увеличения.

- Передняя риноскопия — метод исследования полости носа. Её проводят при помощи носового расширителя. При этом осматривают и оценивают передние носовые ходы (наличие отёка, отделяемого из носа), его перегородку. Если закапать сосудосуживающие средства, то можно рассмотреть заднюю стенку носовой части глотки, аденоиды.

- Задняя риноскопия — метод исследования задних отделов носа. Её можно проводить при помощи носового зеркала, фиброскопа. При задней риноскопии можно осмотреть сошник, заднюю поверхность мягкого неба, свод глотки, хоаны, задние отделы носовых раковин. Она информативна и безвредна, но в детском возрасте сложна в проведении.

- Рентгенологическое исследование. Оно позволяет диагностировать у ребенка аденоиды и установить их степень разрастания.

- Эндоскопическое исследование носоглотки. Оно заключается в детальном осмотре полости носа и носоглотки, оценки их функциональности с помощью специальных эндоскопов. Это информативный и безвредный метод. Он позволяет записать результаты исследования на фото и видео.

Лечение аденоидов.

Существует два способа лечения – консервативный и хирургический.

1. Консервативное лечение (без операции) аденоидов у детей

проводится при помощи лекарственных и физиотерапевтических методов лечения. Консервативные методы обычно применяют при небольшой степени увеличения носоглоточной миндалины или при наличии противопоказаний к их удалению.

Консервативное лечение должно быть местным и общим. При местном лечении используют противовоспалительные и антимикробные препараты. Для местного воздействия (закапывание в нос) используют сосудосуживающие капли. Капли применяют от пяти до семи дней. В нос закапывают 0,05 % раствор нафтизина или 1-2% раствор эфедрина, галазолина, санорина и др. После чего используют промывание полости носа. Его можно проводить лекарственными средствами (например, протаргол 1 - 2% или колларгол 1 – 3% или риносепт или альбуцид, раствор фурацилина) или лекарственными растениями (настой полевого хвоща, отвар ромашки, эвкалипта, коры дуба и др.). Наряду с местным воздействием используют и общее лечение. К общим средствам воздействия относят общеукрепляющие (витамины с микроэлементами, иммуностимуляторы (настойка Эхинацеи)), антигистаминные препараты (фенкарол, супрастин).

Для улучшения эффективности консервативного лечения дополнительно используют физиотерапевтические методы:

1. УФО. Можно использовать эндоназально (внутри носа) до 10 процедур.
2. Гелий - неоновый лазер. Также эндоназально до 10 раз.
3. Электрофорез с растворами калия йодида, димедрола – эндоназально.
4. УВЧ на область носа до 10 процедур.

Климатотерапия нередко даёт положительные результаты на состояние ребёнка. Особенно для этого хороши курорты Крыма и Черноморского побережья Кавказа.

Окончательное решение о выборе метода лечения принимает лечащий врач, исходя из состояния ребенка

2. Хирургическое лечение аденоидов (аденотомия).

Эту операцию необходимо проводить как можно раньше с момента обнаружения и постановки диагноза аденоидов, но только при наличии показаний. Это наиболее эффективный метод лечения. Ведь аденоиды – это анатомическое образование и оно никуда не денется, и никакие лекарства не способны его рассосать.

Операция показана при:

- безуспешности консервативного лечения аденоидов;
- стойком затруднении дыхания через нос, которое приводит к постоянным простудным и инфекционным заболеваниям ребенка (ангина, пневмонии, хронический тонзиллит);
- частых отитах;
- появлении осложнений со стороны околоносовых пазух (синуситы);
- храпе и задержках дыхания во время сна.

Некоторые противопоказания к операции:

1. Болезни крови
2. Острый период инфекционных и кожных заболеваний или при недавно перенесших заболеваниях.

Наиболее часто адентомию операцию проводят в возрасте до трёх лет, с пяти до шести лет, с 9 до 10 лет и после 14 лет. Выбор такого возраста для проведения операции связан с периодами роста детского организма.

Перед операцией необходимо санировать полость рта и вылечить воспаленные аденоиды. Если этого не сделать, то хирургу может не удастся убрать весь очаг инфекции и после операции возможны различные осложнения.

Хирургическое удаление аденоида (адентомию) может проводиться амбулаторно (в поликлинике) или в стационаре под местной анестезией или под общим наркозом. Существуют обычные методики удаления и с использованием современной медицинской техники (эндоскопов). Под местной анестезией операция проводится быстро и безболезненно. Под общей анестезией операцию делают при повышенной возбудимости ребёнка или когда, аденоиды находятся близко от устьев слуховых труб в носоглотке.

Операция короткая по времени, длится 15–20 минут, «отрезание» разросшейся ткани занимает всего 2–3 минуты. Адентомом Бекмана (нож в форме кольца) захватывается аденоидная ткань и отрезается одним движением (обычная методика).

При проведении операции ребёнок сидит, слегка запрокинув голову. Ноздри носа затыкаются ватой. Голову придерживает ассистент (медсестра), слегка надавливая сверху, чтобы нельзя было подняться.

Этапы проведения операции:

1. Проведение анестезии. Сначала обезболивают полость носа, особое внимание уделяется заднему концу сошника, а затем - заднюю стенку носоглотки и носоглоточную поверхность мягкого нёба. Иногда можно обойтись без обезболивания.
2. Язык отдавливается шпателем, для лучшего обзора.
3. Адентомом удерживается правой рукой, как палка, и вводится в глотку за мягкое нёбо.
4. Кольцевой нож оттягивается вперед до соприкосновения с сошником и продвигается вверх до отказа.
5. Резким движением адентома кзади и одновременным поворотом книзу срезается аденоидная ткань, после чего нож выводится наружу.

После удаления аденоидов из носа достают ватки. Оперированному необходимо высморкаться, а затем подышать через нос, закрыв при этом рот. Обычно наблюдается кровотечение, которое быстро останавливается. Проводят несколько повторных осмотров в течение пару часов. Если нет осложнений, кровотечение остановилось, то обычно отпускают домой (это в том случае, если операция проводилась под местным обезболиванием).

В первые сутки после операции дома ребёнку показан строгий постельный режим. Нужно исключить физические нагрузки (на как минимум на две недели), горячую и грубую еду. Необходимо ограничение нахождения на солнце, не следует мыться в горячей воде и париться. Полезно проведение дыхательных упражнений, который должен посоветовать ЛОР-врач. Далее постепенный переход к обычному образу жизни.

Эндоскопическая аденоидэктомия

Кроме обычного метода удаления аденоидов существует более современная операция - эндоскопическая аденоидэктомия. Эту операцию проводят с помощью специальной техники (эндоскопа). С его помощью происходит проникновение в носоглотку, где можно не только хорошо рассмотреть размеры и состояние аденоидной ткани у ребенка, сделать фото этой ткани и удалить её.

Эффект от операции обычно хороший: в большинстве случаев носовое дыхание восстанавливается сразу после операции, ребёнок становится подвижным, начинает лучше развиваться. К сожалению, возможны рецидивы, аденоиды могут снова отрастать. В таких случаях нужна повторная операция.

К рецидивам могут приводить:

1. Неполное удаление аденоидов (даже если оставлен миллиметр ткани, она может снова разрастись). При использовании эндоскопа такого обычно не происходит;

2. Ранний возраст проведения операции (до трёх лет). Но если есть абсолютные показания к операции, то она проводится в любом возрасте;
3. Склонность ребёнка к аллергии;
4. Индивидуальные особенности быстрого разрастания аденоидной ткани у ребёнка.

Повторной операции бояться не нужно, так как её выполнение займет около пяти минут, и принесет облегчение ребёнку. Если повторная операция нужна, а её не провести, то у ребёнка будут осложнения, которые были описаны выше.

Ларингит – воспалительный процесс на слизистой гортани и голосовых связках любой этиологии.

Ларингит может быть следствием простудных заболеваний или инфекционных, таких как коклюш, скарлатина, корь.

Причинами ларингита так же могут быть перенапряжение гортани (громкий разговор, пение, крик), переохлаждение, ротовое дыхание (особенно запыленным или холодным воздухом).

В современной медицинской практике выделяют следующие виды ларингита:

Катаральный – наиболее легкая форма, при которой наблюдается охриплость, незначительный кашель, першение в горле;

Гипертрофический – более выраженный, с усилением симптомов. На голосовых связках возможны образования тканевых узелков, размером со спичечную головку;

Атрофический – истончена слизистая оболочка внутри гортани, поражена задняя стенка глотки. Проявляется мучительным кашлем, охрипшим голосом, сухостью во рту;

Дифтерийный – следствие распространения инфекции с миндалин в гортань. Слизистая гортани покрывается белым налетом, который при отделении может на уровне голосовых связок закупоривать дыхательные пути;

Туберкулезный – следствие распространения туберкулеза из легких в область гортани. В тканях образуются уплотнения в виде бугорков;

Сифилитический – осложнение при заболевании сифилисом. В гортани формируются язвы и бляшки (вторая стадия) в дальнейшем переходящие в рубцы, деформирующие голосовые связки и гортань (3 стадия).

Острый ларингит

Острый ларингит возникает обычно вследствие активизации патогенной микрофлоры, находящейся в гортани, под влиянием различных факторов:

- Острые респираторные заболевания (грипп, скарлатина, коклюш);
- Сильное переохлаждение;
- Перенапряжение голосовых связок при крике или долгом громком разговоре, пении;
- Раздражение никотином;
- Длительное воздействие пыли, газа;
- Злоупотребление алкоголем.

Острый ларингит, симптомы:

- Общее ухудшение состояния здоровья – повышение температуры, головная боль, першение и боль в горле;
- Отечность и гиперемия слизистой гортани;
- Покраснение и утолщение голосовых связок, неполное их смыкание;
- Заметное припухание складок преддверия, резкое покраснение слизистой;
- Образование на слизистой темно-красных точек просачивающейся крови;
- Изменение голоса от значительной охриплости до полного пропадания.

При изолированном остром ларингите симптомы аналогичны, но проявляются в конкретных очагах.

Хронический ларингит

Хронический ларингит – хронический воспалительный процесс слизистой гортани, подслизистого слоя и внутригортанных мышц.

Хронический ларингит, симптомы:

- Хрипота;
- Быстрая утомляемость голоса;
- Периодическое першение;
- Покашливание.

Возникновение патологических процессов гортани может быть спровоцировано повторяющимися острыми ларингитами, хроническими воспалениями носоглотки, регулярными аллергическими реакциями или систематическими негативными воздействиями на область гортани, до образования хронического ларингита. Симптомы могут проявляться в зависимости от давности и формы воспалительных процессов, с различной интенсивностью.

Главный симптом хронического ларингита – явно измененный голос, поскольку развивается хронический ларингит преимущественно в межчерпаловидной области и в области голосовых складок.

Ларингит у детей

Ларингит у детей представляет большую опасность, особенно на первых годах жизни, когда иммунитет только формируется, а сопротивляемость организма невелика. Резкое нарастание симптомов – главная опасность ларингита у детей. Засыпает по виду здоровый ребенок, а среди ночи может проявиться лающий кашель и затрудненное дыхание. Сильный отек слизистой гортани за непродолжительное время ведет к значительному сужению дыхательного просвета. Если не приняты срочные меры, это может привести к удушью.

При первых проявлениях симптомов ларингита у детей необходимо вызывать «скорую помощь». До ее приезда облегчить состояние больного ребенка можно, открыв окно, чтобы воздух в комнате был свежим, с увеличенным содержанием кислорода. Ребенка обязательно держать в сидячем положении, успокаивая его, чтобы нормализовать частоту дыхания. Воздух желательно увлажнить любым способом – оставить кипящий чайник, развесить мокрые полотенца, поставить открытые емкости с только что кипевшей водой. После визита врача следует неукоснительно выполнять все его назначения. Ребенок, больной ларингитом, не должен оставаться один, без присмотра взрослых, особенно ночью. Необходимо следить, чтобы дыхание ребенка было исключительно носовым, воздух должен попадать в гортань согретым, очищенным и увлажненным. Важно соблюдение голосового режима, во избежание нагрузок на поврежденную слизистую гортани, говорить ребенок должен тихо и немного.

Ларингит лечение

Главное направление лечения ларингита – устранение причины его образования. Для обеспечения покоя слизистой оболочки гортани на период лечения ларингита необходимо:

Некоторое время постараться не разговаривать, при этом разговаривать шепотом не рекомендуется, так как шептание приводит к раздражению голосовых связок;

Отказаться от курения и употребления спиртного;

Исключить из пищевого рациона пряности, острые приправы, кислые, горькие блюда;

Еда и питье не должны быть сильно горячими или холодными;

Воздух в квартире постоянно проветривать, для дополнительного насыщения его кислородом.

Процесс лечения ларингита – употребление теплой жидкости в больших количествах, проведение ингаляций, полоскание горла, согревание шеи компрессами либо теплыми повязками.

На весь период лечения рекомендуется парить ноги в теплой ванне, для оттока крови от воспаленного горла.

Полезно питье щелочной минеральной воды.

В более сложных случаях возможно назначение лекарств – противокашлевых средств, антигистаминных препаратов, раствора Люголя в глицерине для смазывания горла.

При соблюдении всех назначений острый ларингит излечивается в течение 7-10 дней. Если же не соблюдать правила и назначения, велика вероятность перехода острого ларингита в хроническую форму. При заболевании хроническим ларингитом необходимо регулярно проходить обследование, по результатам которого лечащий врач определяет индивидуальные методы лечения ларингита для каждого конкретного случая.

Возможны назначения масляных и щелочных ингаляций, электрофореза в области гортани, другие физиотерапевтические процедуры и медикаментозное лечение. В некоторых особо сложных случаях бывает необходимо хирургическое вмешательство.

- При предрасположенности к ларингиту следует:
- Придерживаться здорового образа жизни;
- Проводить закаливающие процедуры;
- Правильно питаться, исключив острые и пряные приправы;
- Не употреблять еду и напитки на морозе;
- Бережно относиться к голосовым связкам;
- При нахождении в загрязненных помещениях постоянно их проветривать.

Соблюдение этих правил поможет уменьшить частоту заболевания острым ларингитом и снизит вероятность его перехода в ларингит хронический.

Стеноз гортани – это патологическое сужение гортани, которое препятствует поступлению воздуха в дыхательные пути (bronхи, трахеи) и легкие.

Симптомы стеноз гортани

I стадия:

- дыхание более редкое и глубокое;
- короткие паузы между вдохом и выдохом;
- замедленное сердцебиение;
- одышка при ходьбе (иногда даже в состоянии покоя).

II стадия:

- шумное свистящее дыхание (даже в состоянии покоя);
- затрудненный вдох;
- бледность кожных покровов;
- общее возбуждение;
- давление может быть повышенным;
- одышка в покое;
- участие в дыхании вспомогательных мышц – втяжение межреберных промежутков, надключичной ямки.

III стадия:

- частое поверхностное дыхание;
- стридор (шумное свистящее дыхание);
- вынужденное положение (сидя, запрокидывание головы назад);
- бледно-синюшный оттенок кожных покровов (щеки иногда остаются красноватого оттенка);
- учащенное сердцебиение;
- повышенное потоотделение;
- пониженное артериальное (кровенное) давление;

- одышка как при нагрузках, так и в состоянии покоя.

IV стадия или асфиксия (удушье):

- прерывистое дыхание или его полная остановка;
- пульс частый (может не прощупываться);
- кожные покровы бледно-серого оттенка;
- возможны потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, дефекация (опорожнение прямой кишки), остановка сердца, судороги.

Формы

По срокам формирования стеноза различают:

- острый стеноз — формируется около 1-го месяца, часто бывает внезапным, поэтому компенсаторные механизмы не успевают развиваться (т.е. организм не успевает приспособиться к условиям нарушенного дыхания и недостатка кислорода, в результате сильно страдают все его функции);
- хронический стеноз — формируется более длительное время — свыше одного месяца.

В зависимости от причины развития стеноза выделяют следующие его формы.

- Паралитические – развиваются в результате нарушения иннервации (проведения нервного импульса) гортани, например, при сдавлении нерва, снабжающего гортань, опухолью соседнего органа.
- Рубцовые:
 - посттравматические – развиваются в результате хирургического вмешательства, ранений гортани и др.;
 - постинтубационные – развиваются в результате длительной интубации (искусственная вентиляция легких с использованием специальной трубки, введенной в просвет трахеи) при проведении реанимационных мероприятий;
 - постинфекционные – развиваются после перенесенной инфекции (например, воспаление легких, воспаление среднего уха и т.д.).
 - Опухолевые – развиваются в результате опухолевых процессов в области гортани.

По локализации и распространенности в пределах гортани можно выделить:

- стеноз голосовой щели;
- стеноз подголосового пространства;
- протяженный стеноз (сужение распространяется и на трахею);
- передний стеноз (сужение гортани происходит при участии передней ее стенки);
- задний стеноз (сужение гортани происходит при участии задней ее стенки);
- круговой стеноз (сужение происходит в результате кругового сжатия участка трубки);
- тотальный стеноз (все отделы гортани принимают участие в формировании стеноза).

Причины

Длительная искусственная вентиляция легких (при реанимационных мероприятиях) — основная причина.

В результате травмирования гортани (хирургическое вмешательство, попадание инородных тел, ранения гортани, сопровождающиеся поражением дыхательных путей).

В результате черепно-мозговой травмы (происходит нарушение иннервации мышц гортани и развивается их паралич, который ведет к формированию стеноза).

Опухоли средостения и щитовидной железы, операции на шее могут травмировать возвратный гортанный нерв (ветвь блуждающего нерва, иннервирующая гортань), в результате также развивается его паралич.

Как осложнение заболеваний верхних дыхательных путей (например, после ангины, гнойного воспаления гортани).

в результате аллергической реакции (происходит отек гортани и сужение ее просвета).

Как последствие химического (например, при вдыхании едкого дыма, попадании щелочей или кислот в дыхательные пути и др.) или термического ожога гортани.

Лучевая терапия.

Наличие рубцов и опухолей в гортани.

Осложнение инфекционных заболеваний (сифилиса (заболевание, передающееся половым путем, поражающее кожу, слизистые оболочки, внутренние органы, кости, нервную систему), дифтерии (инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Corynebacterium diphtheriae*, вызывающее воспаление слизистых оболочек рото- и носоглотки, поражение сердечно-сосудистой, нервной и выделительной систем) и др.).

Диагностика

Анализ жалоб и анамнеза заболевания (характер дыхания, наличие одышки, наличие заболеваний или состояний в прошлом (или настоящем), способствующих развитию стеноза и др.).

Общий осмотр (признаки дыхательной недостаточности, ощупывание шеи на наличие возможных опухолевых образований и др.).

Ларингоскопия (инструментальный метод диагностики гортани). С помощью этого метода можно определить степень сужения гортани, а также его возможную причину (например, наличие опухоли в просвете гортани).

Эндоскопический осмотр гортани с помощью гибкого эндоскопа (фибrolарингоскопия) – позволяет определить локализацию, распространенность, степень сужения.

Исследование функции внешнего дыхания.

При затруднениях в постановке диагноза используют радиологические методы исследования (магнитно-резонансная томография, компьютерная томография).

Лечение стеноза гортани

При первых признаках стеноза гортани необходимо вызвать скорую помощь или самостоятельно обратиться к врачу (в зависимости от состояния больного).

При тяжелом состоянии больного (явные признаки начинающегося удушья) облегчить его состояние можно путем увлажнения воздуха (например, развесить в помещении мокрые простыни), путем растирания рук и ног.

Лица с острым стенозом гортани и декомпенсацией хронического (состояния, при котором организм не успевает приспособиться к условиям нарушенного дыхания и недостатка кислорода) подлежат обязательной госпитализации.

Тактика лечения зависит от причины заболевания:

- если стеноз гортани вызван аллергией — назначают антигистаминные препараты, глюкокортикоиды (препараты, направленные на снятие воспаления и отека);
- если причиной является закупорка гортани инородным телом — удаляют инородное тело из полости гортани;
- если стеноз вызван инфекцией, назначают препараты для снятия отека и облегчения функции дыхания, а затем проводят антибактериальную (или противовирусную) терапию.

В критических состояниях (при развитии удушья) проводят трахеотомию (суть процедуры заключается в формировании разреза на передней поверхности шеи и введении в полость дыхательных путей трубки, через которую больной сможет дышать).

Если есть возможность — проводят интубацию (введение в гортань трубки, расширяющей ее просвет, является «бескровной» процедурой); интубация допускается не более 72 часов (3 суток), но уже через 24 часа следует попытаться сделать экстубацию (изъятие трубки).

При хроническом длительно существующем стенозе (или врожденном стенозе) показано хирургическое лечение, которое заключается в иссечении рубцов и опухолей из

полости гортани, имплантации стентов (трубок, препятствующих сужению просвета гортани). При параличе гортани удаляют обычно голосовую связку с прилежащими хрящами с одной стороны. В последнее время распространение получили лазерные методики хирургического лечения стенозов.

Осложнения и последствия

Хроническая гипоксия (кислородное голодание) и как следствие, нарушение работы жизненно важных органов (нервной системы, сердечно-сосудистой и др.).

При существующем стенозе любая респираторная инфекция может привести к декомпенсации (т.е. неспособности организма «подстраиваться» к условиям существующей патологии).

Риск летального исхода.

Профилактика стеноза гортани

Профилактика сводится к своевременной диагностике и лечению заболеваний, которые могут стать причиной развития стеноза:

- своевременная диагностика и лечение заболеваний верхних дыхательных путей, инфекционных процессов;
- щадящий подход (техника проведения операции, направленная на предупреждение возможных повреждений) при операциях на гортани, особенно в области голосовых складок;
- избегать травм гортани;
- избегать вдыхания едкого дыма, попадания щелочей или кислот в дыхательные пути, вдыхания чересчур горячего воздуха;
- избегать долгой интубации (по разным данным, 3-5-7 дней). Соблюдение сроков наложения трахеостомы (введение в полость трахеи трубки, сообщающейся с внешней средой. Процедура проводится по неотложным показаниям для восстановления дыхательной функции);
- после операций на гортани – регулярное наблюдение у отоларинголога.

Вопросы для самоконтроля:

1. Расскажите о причинах фурункула и карбункула носа?
2. Какие повреждения относят к травмам носа?
3. Расскажите об объеме оказания неотложной помощи при поверхностной травме носа в домашних условиях?
4. Перечислите возможные инородные тела носа?
5. Перечислите симптомы острого ринита?
6. Расскажите о клинических формах хронического ринита?
7. Расскажите о профилактических мерах при синуситах?
8. Перечислите классические методы лечения тонзиллита?
9. Расскажите, по каким симптомам можно заподозрить у ребенка аденоиды?
10. Перечислите виды ларингита?
11. Какие стадии выделяют при стенозе гортани?

Домашнее задание:

1. Электронный лекционный материал по теме.
2. Т.В. Окунская, Сестринское дело в оториноларингологии, Москва, АМНИ, 2005г., с.21-78.

СВР: 1. Подготовить информационное сообщение по одной из предложенных тем:

- “Анатомия и физиология органов слуха”,
- “Анатомия и физиология глотки и гортани”.