



ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. М. ГОРЬКОГО»

КАФЕДРА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ФИПО

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА В ПРАКТИКЕ НАЧИНАЮЩЕГО ОТОЛАРИНГОЛОГА

Талалаенко И.А., Солдатенко В.В., Талалаенко Л.Р.

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Боенко Д.С.

Донецк - 2021

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний наружного носа

- Нарушение всех функций носа .
- Высокая частота патологии.
- Охват всех возрастных групп (19 - 70 лет).
- Экономический ущерб.
- Опасность развития орбитальных и внутричерепных риногенных осложнений.
- Риски возникновения косметического дефекта лица.

Цель работы

- Улучшить качество диагностики и лечения воспалительной патологии наружного носа в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы

- Период наблюдения:

ноябрь 2019 - февраль 2021

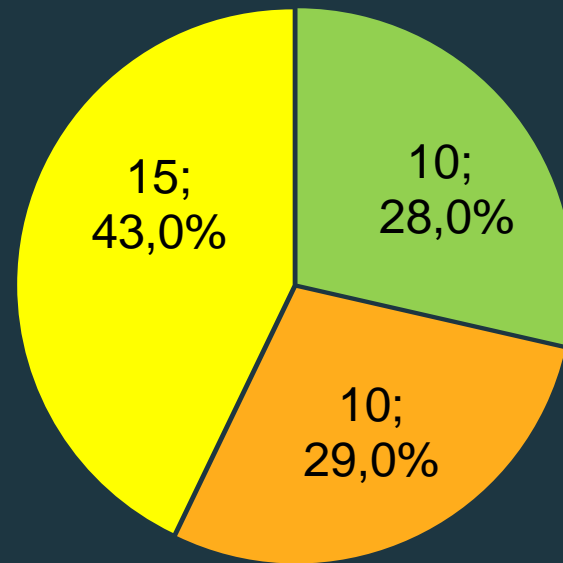
- На базе 3-х ЛОР-клиник ДонНМУ

консультированы,
обследованы и

пролечены **35** пациентов

с воспалительными заболеваниями
наружного носа:

ДКБ ст. Донецк – 10 пациентов
ИНВХ им.В.К.Гусака – 10
ГБ 1 г. Макеевки – 15



- ДКБ ст. Донецк
- ИНВХ им.В.К.Гусака
- ГБ 1 г. Макеевки

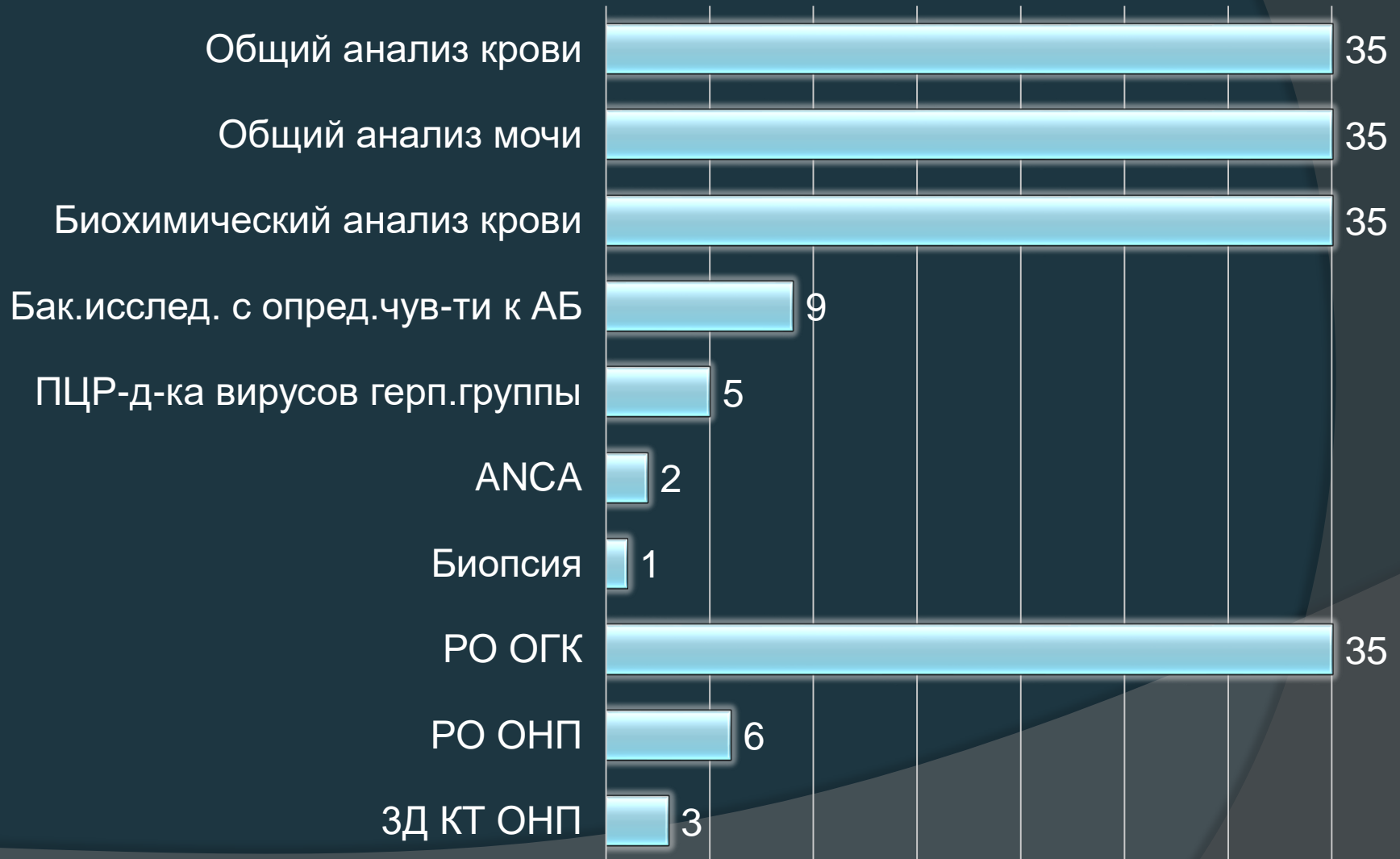
Материалы и методы

Были проанализированы:

- Жалобы
- Анамнез заболевания
- Анамнез жизни
- Данные осмотра ЛОР-органов
- Медицинская документация
- Результаты дополнительных исследований
- Динамика клинической картины под воздействием лечения
- Результаты лечения.

Материалы и методы

Дополнительные исследования в этой группе пациентов:



Материалы и методы

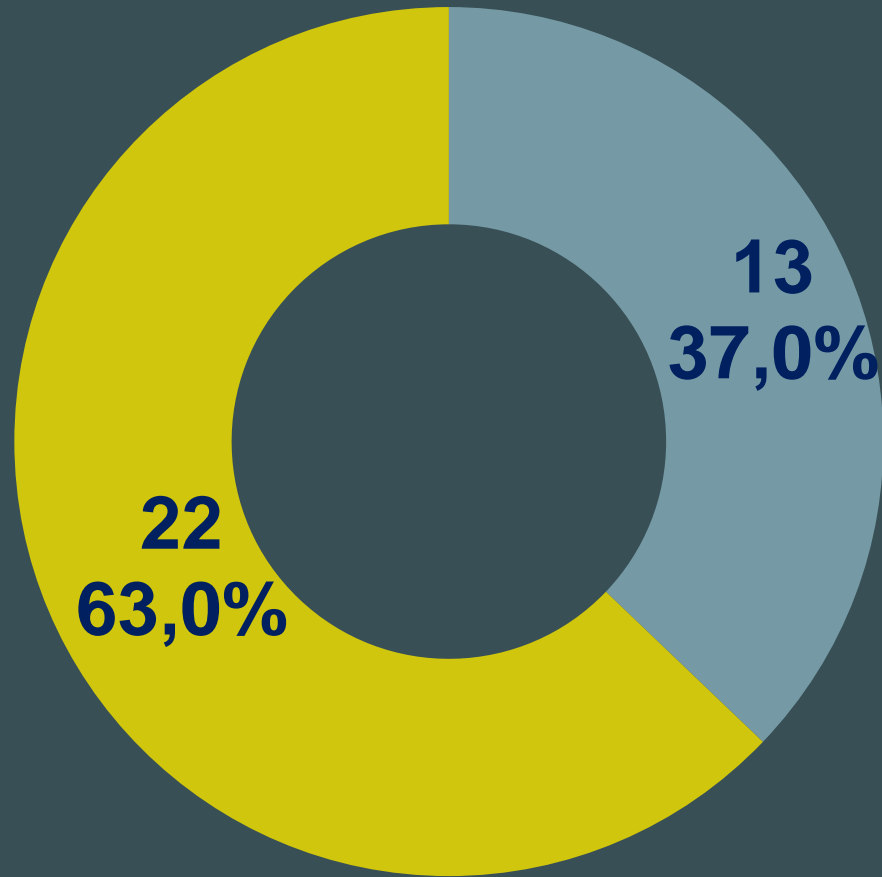
Сроки, объем, методы и особенности лечения воспалительных заболеваний наружного носа определялись:

- характером, распространенностью и стадией воспалительного процесса
- давностью заболевания
- наличием сопутствующей соматической патологии, степенью ее компенсации.

Материалы и методы

- **Хирургическое вмешательство:** вскрытие и санацию очагов воспаления в области наружного носа.
- **Медикаментозная терапия:** АБ В-лактамы, дезагреганты, антикоагулянты, НПВС, антигистаминные, противовирусные средства, антисептики и комплексные мази для местного применения.
- **Физиолечение:** УФО, УВЧ в минимальных дозах, светотерапия, щелочные ингаляции в стадии разрешения патологического процесса

Результаты исследования



■ Женщины ■ Мужчины

Структура патологии (количество пациентов)

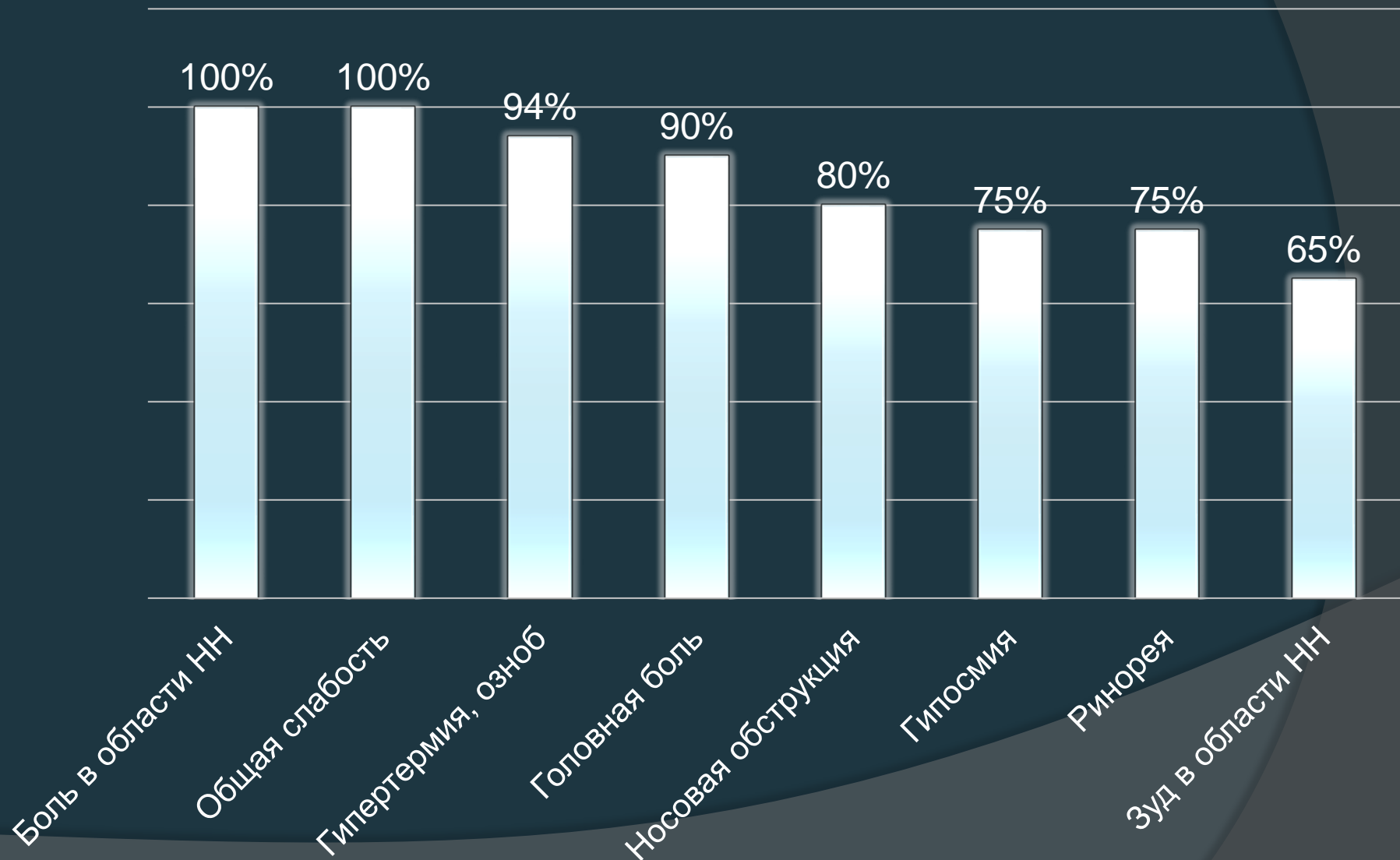
- Фурункул преддверия носа - 9
- Герпетическое поражение - 9
- Остиофолликулит преддверия носа – 4
- Карбункул носа - 3
- Рожистое воспаление - 3
- Перихондрит – 3
- Обморожение носа - 2
- Гранулематоз Вегенера -1
- Дирофиляриоз наружного носа - 1

Структура патологии (количество пациентов)



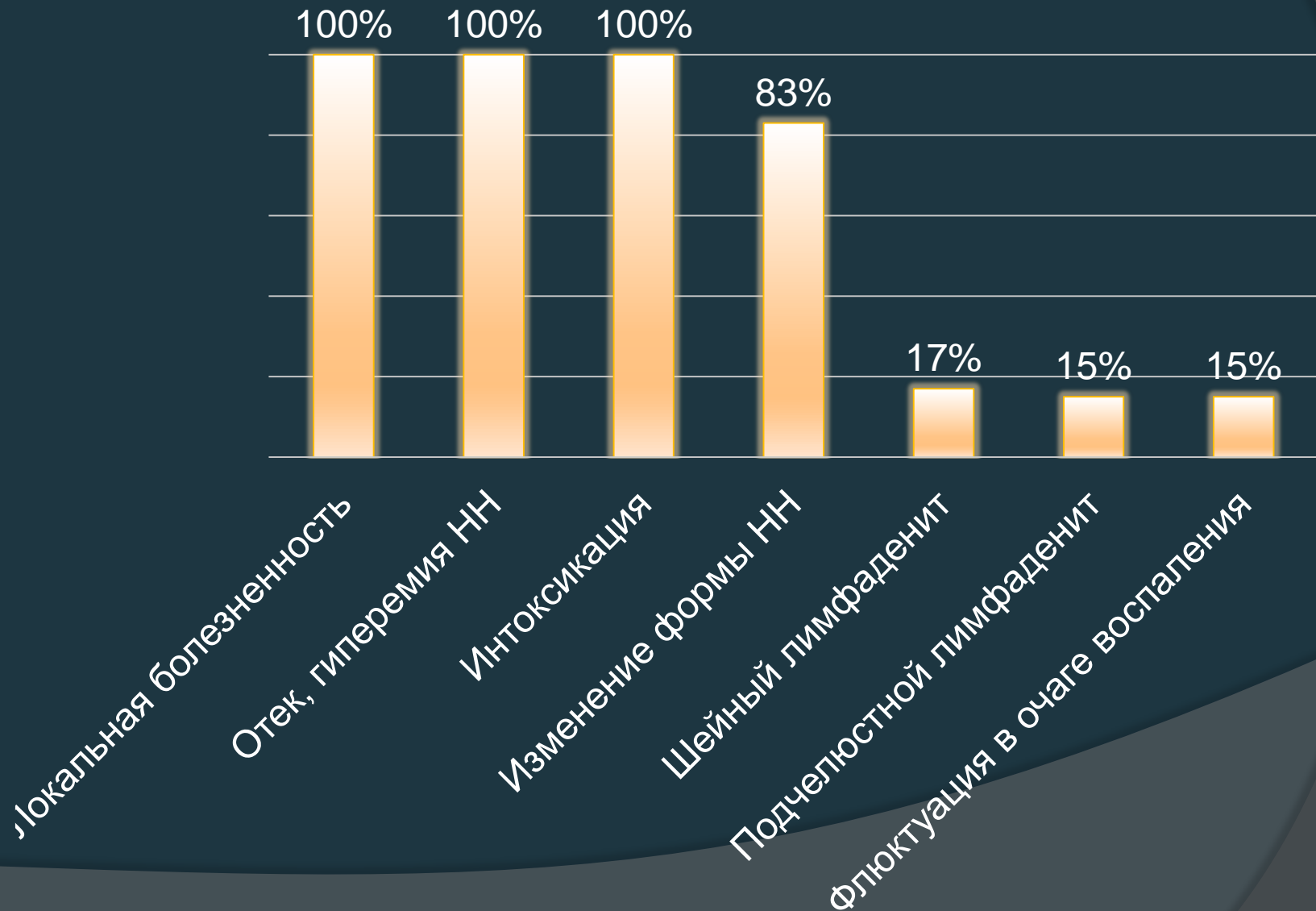
Обсуждение результатов

Анализ жалоб:



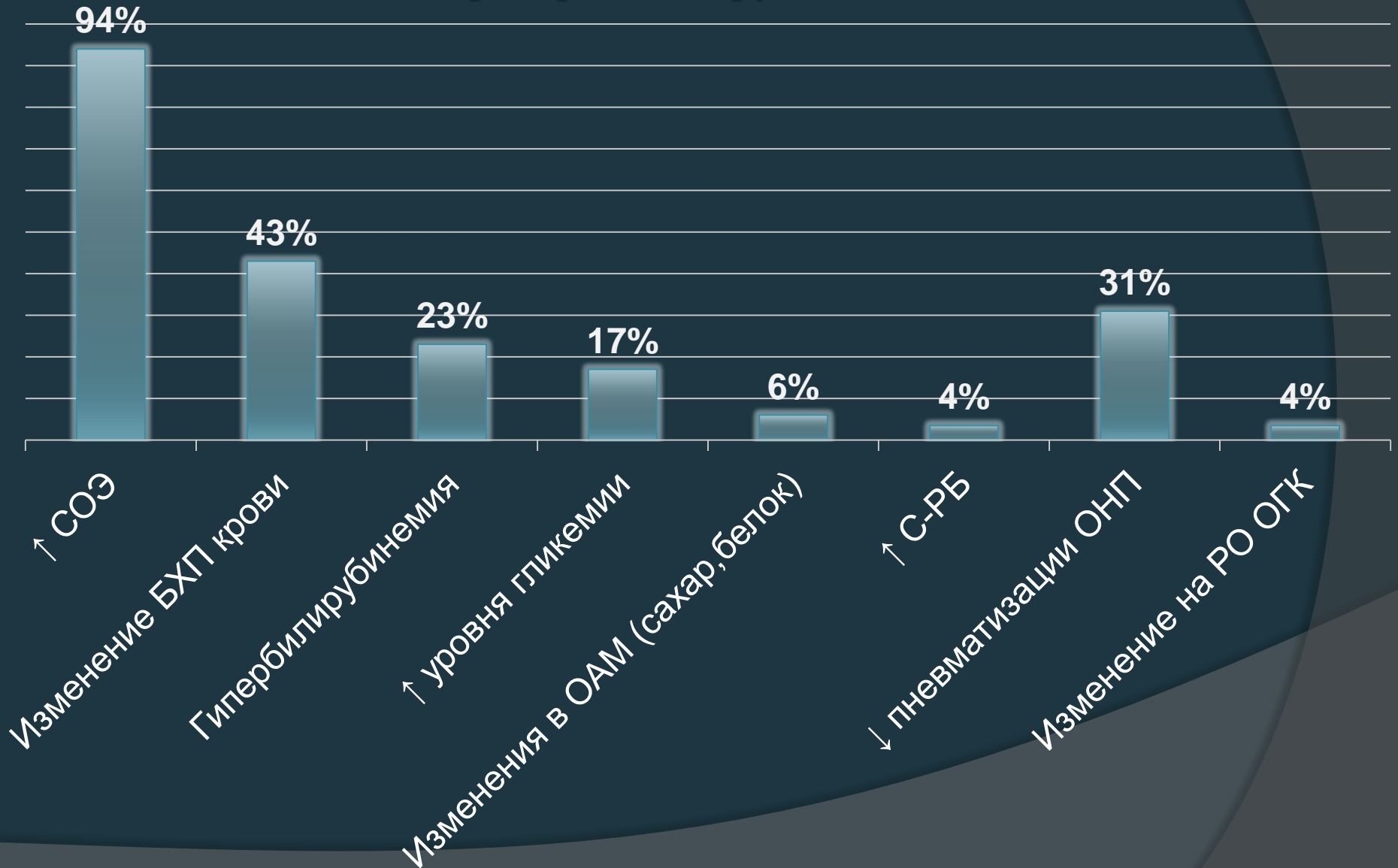
Обсуждение результатов

Анализ клинических данных:



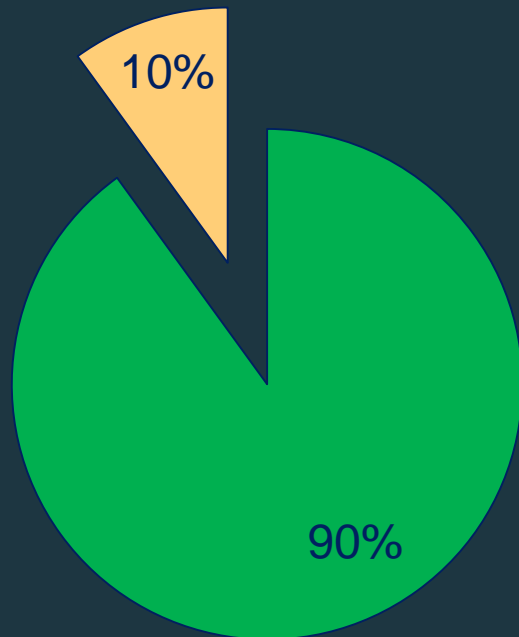
Обсуждение результатов

Анализ лабораторно-инструментальных данных:



Обсуждение результатов

Основанием для установления диагноза являлись:



■ Клинические данные

■ Клинические и лабораторно-инструментальные данные для проведения дифференциальной диагностики при гранулематозе Вегенера, дирофиляриозе, рожистом воспалении, перихондрите хрящевой части наружного носа и т.д.

Остиофолликулит преддверия носа



Герпетическое поражение



Герпетическое поражение



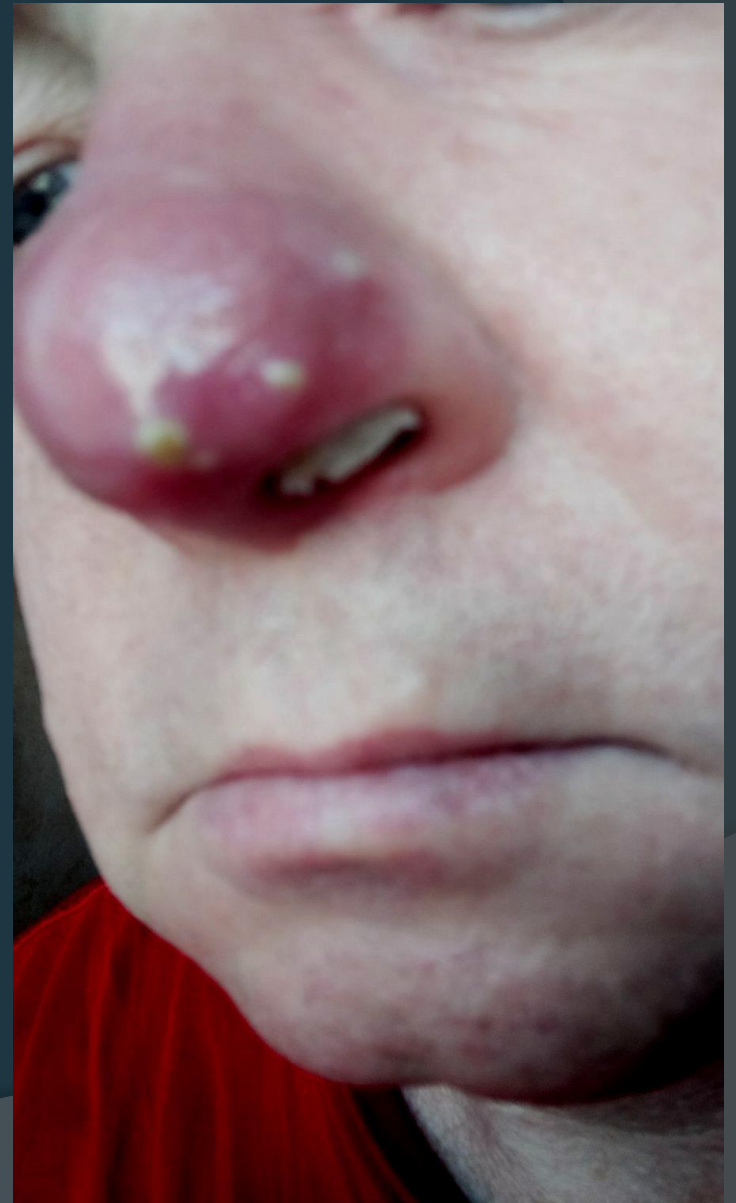
Герпетическое поражение



Фурункул преддверия носа



Карбункул носа



Рожистое воспаление носа



Перихондрит хрящей носа



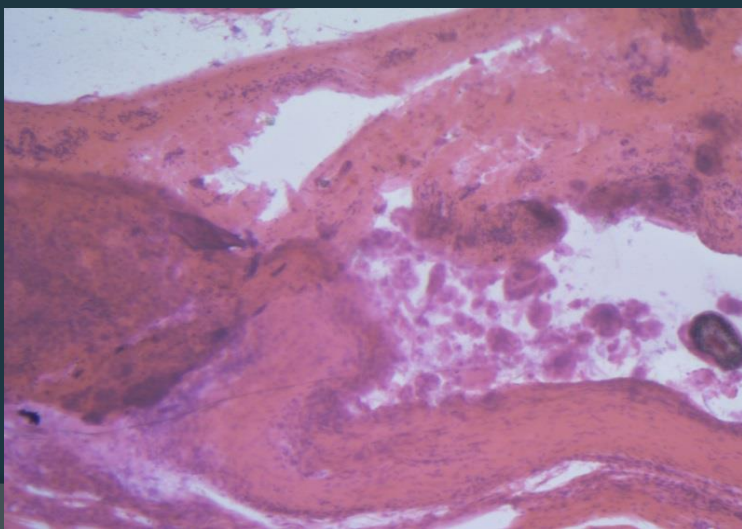
Последствия перенесенного перихондрита хрящей носа



Гранулематоз Вегенера



Дирофиляриоз в области наружного носа



Обморожение носа

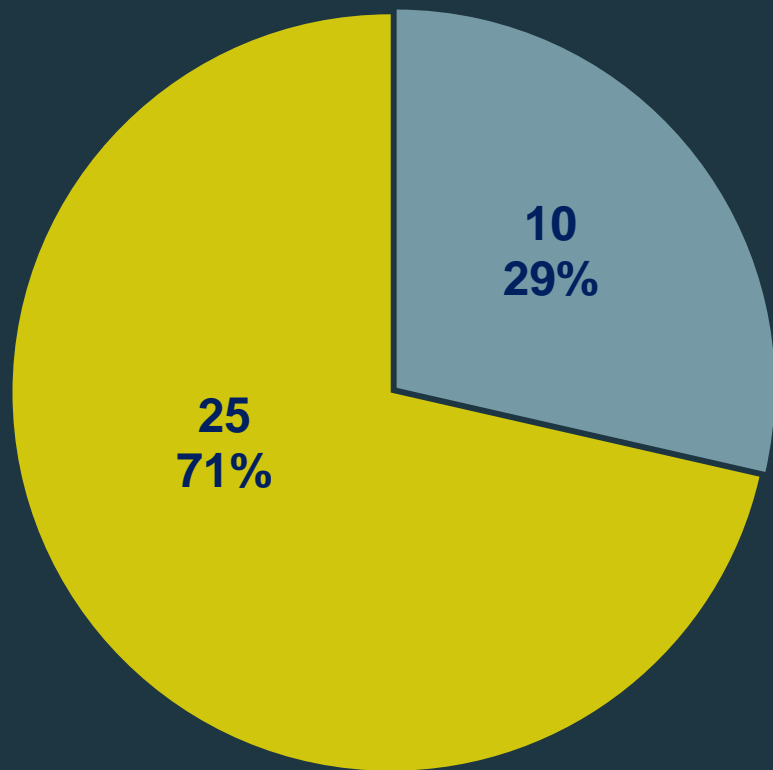


Обсуждение результатов

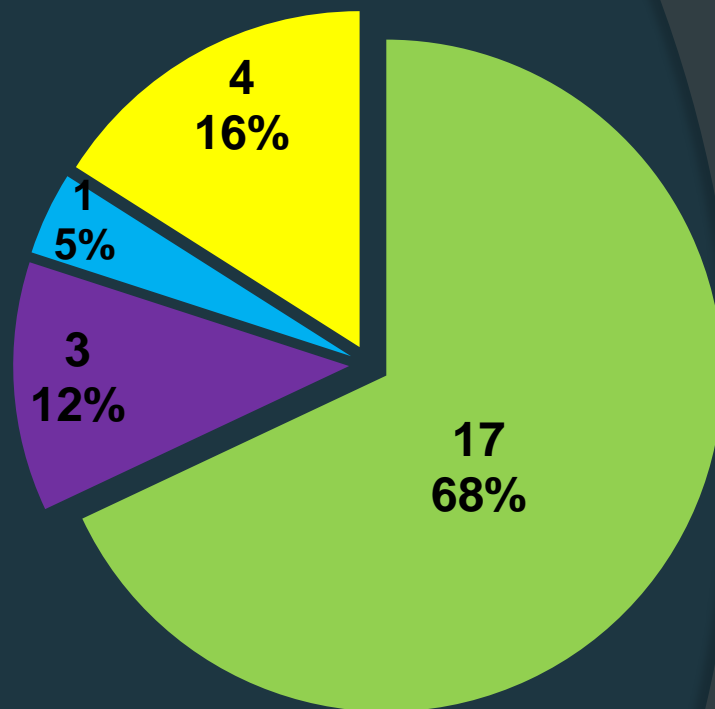
Задачи оториноларинголога в этой группе пациентов:

1. Подавление воспалительного процесса в области наружного носа и эрадикация возбудителя.
2. Восстановление всех функций носа.
3. Профилактика и лечение риногенных осложнений.
4. Профилактика косметического дефекта наружного носа.

Обсуждение результатов




■ Амбулаторно ■ Стационар



■ ЛОР-отделение
■ Инфекционное отделение
■ Ревматологическое отделение
■ КВД

Обсуждение результатов



Хирургическое лечение – 70% больных (все случаи перихондрита, фурункула/карбункула носа, дирофиляриоза!)

Биопсия – 1 пациент!



Медикаментозное лечение – 100% пациентов.



Местное лечение – 100% пациентов



Физиотерапия – 100% пациентов

Обсуждение результатов

- ◎ Положительный клинический эффект – 100%
- ◎ Выздоровление и восстановление всех функций носа - 96,5%
- ◎ Улучшение состояния в сочетании с седловидной деформацией носа – 3,5%
- ◎ Направлены в другие отделения - 33%



Выводы:

1. Диагностика ВЗНН чаще всего не вызывает затруднений. Предварительный диагноз устанавливается на основании клинической картины.
2. Для дифференциальной диагностики необходимы проведение и интерпретация дополнительных исследований.
3. Абсолютное большинство обследованных больных нуждаются в медикаментозном, а значительная их часть (70%) – и в хирургическом лечении .
4. Прогноз ВЗ НН у подавляющего большинства больных – благоприятный.
5. Позднее обращение и наличие соматической патологии ухудшают прогноз этих заболеваний.

Клинический случай №1

Карбункул носа

Больной Р., 53 года.

- ⊙ **Жалобы на** резкую боль в преддверии и кончике носа на протяжении 3 дней, повышение температуры тела до 37,5С, наличие гнойничковых высыпаний на кончике носа.
- ⊙ **Риноскопия:** на кончике носа инфильтрат с гиперемированной поверхностью, резко болезненный при пальпации, с множественными фокусами, в передневерхних отделах преддверия носа слева слизистая гиперемирована, отечна. Проведение передней риноскопии слева затруднено из-за отёка, инфильтрации и болевой реакции, справа – гиперемия слизистой оболочки.



Госпитализирован в ЛОР-отделение.

- **ОАК** – лейкоцитоз, СОЭ
- **БАК** – глюкоза 6,9 ммоль/л.
- **ОАМ** - пат. изменений не обнаружено.

- **РО ОНП** – Искривление носовой перегородки влево. Пристеночное затемнение левой гайморовой пазухи.

Лечение

- ◎ Хирургическое: проводилось под местной инфильтрационной анестезией. Разрез изнутри и снаружи, эвакуация гнойного содержимого.
- ◎ В послеоперационном периоде края полости разводились кровоостанавливающим зажимом типа «москит», проводилась обработка краев разреза бетадином, накладывались асептические повязки с рыхлым тампонированием преддверия носа с мазью «Левомеколь».
- ◎ . Медикаментозное: цефалоспорины III поколения парентерально, антигистаминные препараты, НПВС, антиагреганты, дезинтоксикационная терапия, пробиотики.

Дренажи установлены в
сквозные свищевые ходы.

3-и сутки лечения.



Удаление дренажей.

5-ые сутки лечения.





9 сутки.

Пациент получил рекомендации
и выписан с выздоровлением.

Особенности клинического случая:

1. Необычная локализация карбункула с формированием свищевых ходов на фоне впервые выявленного латентного СД.
2. Отсутствие осложнений и благоприятный исход заболевания, несмотря на обширный гнойный воспалительный процесс в области наружного носа и соматическую патологию.
3. Быстрые сроки восстановления функций носа и работоспособности.

Клинический случай №2 Дирофиляриоз

- **Больная Ф., 18 лет с жалобами** на повторно возникшее плотное, умеренно болезненное образование выше переносицы.
- Направительный DS: **ДЕРМОИДНАЯ КИСТА!**
- Болеет в течение нескольких лет. Ранее дважды оперирована в Луганске.
- **Наружный осмотр:** Немного выше переносицы определяется округлое, безболезненное, плотное новообразование диаметром около 10 мм, не спаянное с кожей.
- **Эндоиноскопия** выявила искривление носовой перегородки влево в костном и хрящевом отделах, аденоидные вегетации 1 ст.



Результаты лабораторно-инструментального обследования:

- **ОАК:** эозинофилы – 17%.
- **Коагулограмма** – N
- **ОАМ:** N
- **БАК:** глюкоза 6,4 ммоль/л.

Произведена СКТ ОНП 3D:

обнаружен щелевидный костный дефект передней стенки правой лобной пазухи с четкими краями размером 2 мм с примыкающим к нему мягкотканым образованием диаметром 12 мм.

Пневматизация всех ОНП не нарушена.

Носовая перегородка искривлена влево в костном и хрящевом отделах.

ID : 20171030_110944

Apply Filter

MFR

WAC:0.0mm

[F] 018Y

20171030

Series : 1

A

P



14.54 [dGy*cm²]

8.2 [mA]

82 [kVp]

CT



Лечение

- ◎ Хирургическое: под интубационным наркозом произведен горизонтальный разрез кожи и подкожной клетчатки в проекции новообразования с иссечением имеющегося послеоперационного рубца. Тупым и острым путём выделено новообразование, связанное с надкостницей передней стенки правой лобной пазухи, не связанное с костным дефектом.

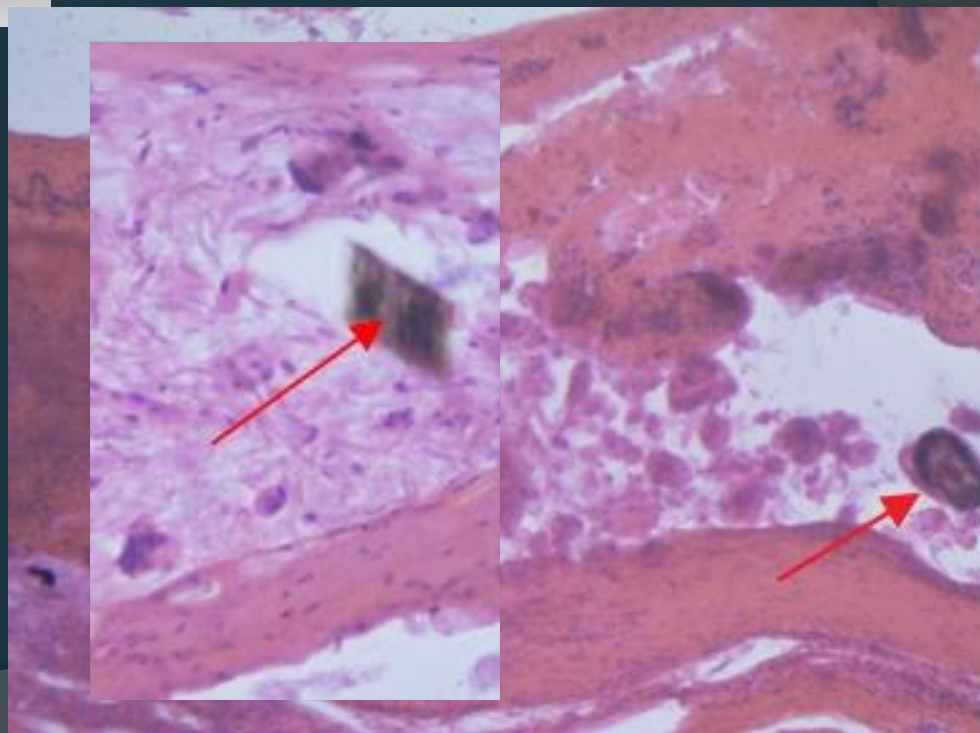
В области костного дефекта уложена коллагеновая мембрана «остеобиол». В рану введен дренаж с ушиванием, на кожу наложены косметические швы, асептическая повязка. Удалённый материал направлен на патогистологическое исследование.

- ◎ Послеоперационный период без осложнений. Дренаж удалён на 2 сутки, рана зажила первичным натяжением. В клинике получала ежедневные перевязки, супракс-солютаб по 400 мг /сут, лоратадин 1 таблетка ежедневно, линекс по 1 капсуле 3 раза в день.

Удалённое новообразование с плотной капсулой. Выписана на 7 сутки с выздоровлением



Патогистологическое исследование операционного материала: в присланном материале инкапсулированные гельминты *Dirofilaria repens* с выраженным хроническим воспалением окружающих тканей.



Особенности клинического случая:

1. Неспецифичная клиническая картина, имитирующая дермоидную кисту.
2. Пациентка была дважды оперирована по месту жительства, морфологически исследовался операционный материал. Следовательно, на этапе обследования и лечения были допущены диагностические и лечебные ошибки.
3. Редкая патология, которая может встретиться в практической работе.

Клинический случай №3

первичной диагностики гранулематоза Вегенера с поражением ЛОР-органов

Больной К., 46 лет,

поступил в ЛОР отделение с жалобами на затрудненное носовое дыхание, резкую сухость в носу, носовые кровотечения, насыхание гнойно-кровянистых корок, слабость, повышение t тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, деформацию носа.

ЛОР-органы: резкое западение наружного носа на границе костного и хрящевого отдела. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна. В носовых ходах коричневого цвета корки с неприятным запахом, обширная перфорация носовой перегородки с некротизированными краями.

Барабанные перепонки гиперемированы, определяются положительные ушные симптомы.



Результаты лабораторно-инструментального обследования:

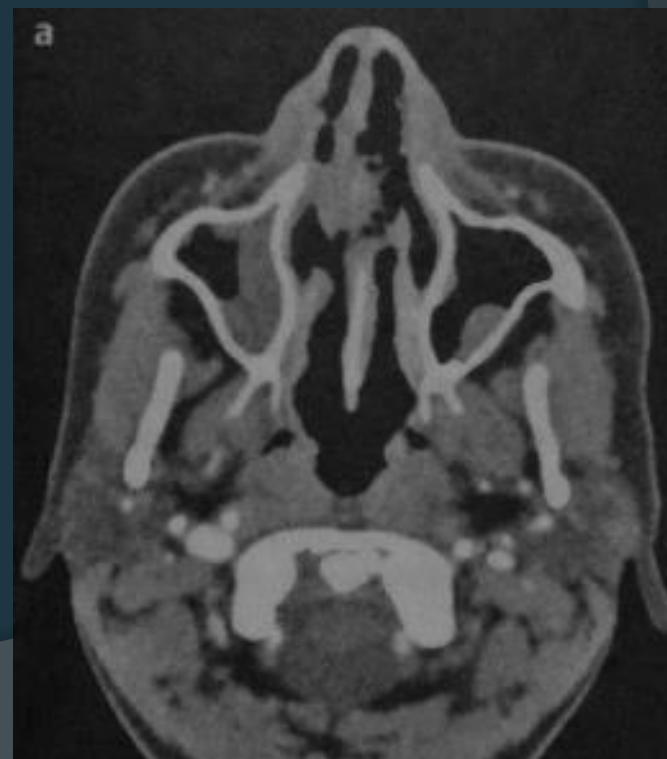
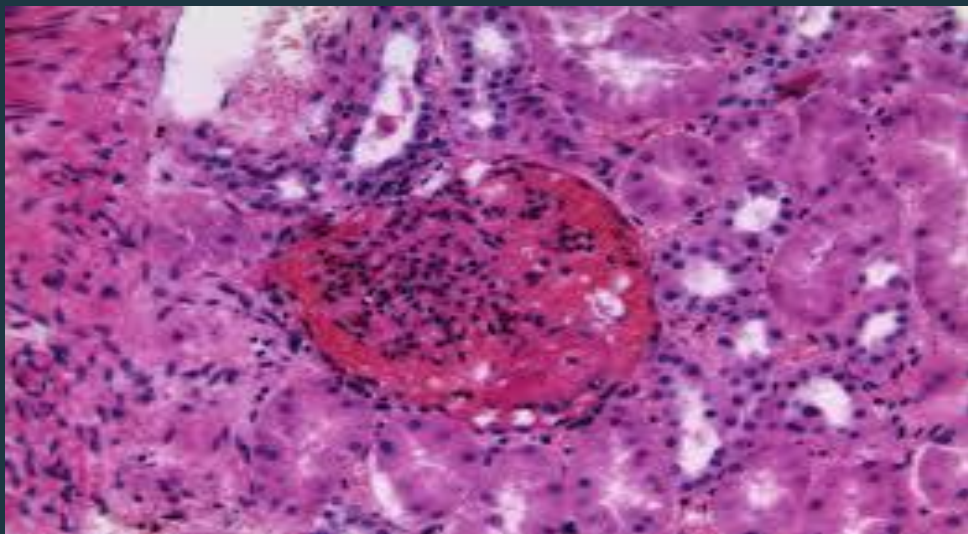
- ⊙ **КТ ОНП** – тотальное затемнение всех ОНП.
- ⊙ **КТ ОГК** – множественные тени, трактованные как проявление системного васкулита.
- ⊙ **При пункции ВЧП** - полный блок соустьей с обеих сторон.
- ⊙ **Аудиометрия** - острая двусторонняя сенсоневральная тугоухость 3 степени.

- ⊙ **ОАК** - Л $13,4 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ 57 мм/ч.
- ⊙ **БАК** - С-РБ 85 мг/л, глюкоза 6,2 ммоль/л.
- ⊙ **ОАМ** - белок 1,2 г/л, лейкоциты 8-12 в поле зрения, эритроциты измененные 40-50 в поле зрения, слизь ++, бактерии +.

- ⊙ При бактериологическом исследовании из носа выделен *Staphylococcus aureus*.

Исследование материала из краев перфорации носовой перегородки —

обнаружено хроническое неспецифическое воспаление с гигантскими клетками, гранулематозное воспаление в стенке артерии, периваскулярной или экстраваскулярной зоне. АНЦА тест положительный.



Лечение

- ⦿ В условиях ЛОР-отделения получал цефалоспорины III поколения парентерально 2р/с, ГКС, дезинтоксикационную терапию, дезал 1 т 1р/с, пробиотики, солевые души носа + полидекса назальная + врачебный туалет полости носа.
- ⦿ Установлен диагноз - Гранулематоз Вегенера, генерализованная форма (поражение мягких тканей верхних дыхательных путей, органа слуха, почек), подострое течение.
- ⦿ Пациент был направлен на госпитализацию в ревматологическое отделение для проведения дальнейшего лечения.

Особенности ГВ, интересные молодым оториноларингологам:

1. Ринит и синусит наблюдаются у 100% больных, проявляются носовой обструкцией, гнойно-кровянистыми выделениями, образованием корок и носовыми кровотечениями, а также гипосмией.
2. Формирование седловидного носа наблюдается в 10–20% случаев.
3. Прогноз заболевания при отсутствии адекватного лечения **НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ**.
4. На современном этапе 10-летняя выживаемость составляет 75-88% на фоне терапии системными стероидами и цитостатиками. Больные становятся инвалидами и должны пожизненно наблюдаться и получать лечение у ревматолога.
5. Учитывая системный характер заболевания, сложность диагностики на ранних этапах, высокую летальность в отсутствие адекватной и своевременно начатой терапии, каждый клинический случай этой болезни заслуживает особого внимания.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

