

***Воспалительные заболевания
наружного носа***

Фурункул носа — острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей ткани — сальной железы и клетчатки

- Возникновению и неблагоприятному течению фурункула носа способствуют некоторые общие заболевания (**сахарный диабет, гиповитаминоз**), а также переохлаждение организма, микротравмы кожных покровов при расчесывании, ударе и др.
- В воспалительном инфильтрате происходит **тромбирование мелких венозных сосудов**, что угрожает распространением тромба по венозным путям (*v. facialis ant.*, *v. angularis*, *v. ophthalmica*) в область кавернозного синуса (*sinus cavernosus*) или другие сосуды черепа с развитием тяжелого внутричерепного осложнения и сепсиса. То есть угловая вена сообщается с верхней глазной веной, которая впадает в пещеристый синус.
- Что приводит к распространению инфекции из воспалительных очагов наружного носа в пещеристый синус и развитие тяжелейших орбитальных и внутричерепных осложнений.

Клиническая картина

- Наиболее частой локализацией фурункула является область преддверия носа, реже в области кончика носа, крыльев и ската носа, носогубной складки. При осмотре в начале заболевания выявляется ограниченная гиперемия кожи с нечеткими границами, небольшая отечность мягких тканей с образованием инфильтрата, резко болезненного при пальпации. В последующем припухание мягких тканей распространяется на верхнюю губу и щеку.

Через 3-4 дня на вершшке инфильтрата может появиться желтовато-белого цвета головка – гнойник, представляющий собой стержень фурункула. В момент созревания фурункула может наблюдаться общая реакция организма – которые стихают после дренирования гнойника. При неблагоприятном течении заболевания воспалительный процесс прогрессирует, возможно распространении инфекции через угловую и глазничную вены с угрозой орбитальных и внутричерепных осложнений

Диагностика

У больных с частым и затяжным течением фурункула необходимо исследовать кровь и суточную мочу на сахар для исключения диабета. В момент наибольшего подъема температуры исследуют кровь на стерильность. Из гнойника берут мазок для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Для распознавания стадии развития фурункула учитывают время его возникновения, производят ощупывание и осмотр инфильтрата, зондирование верхушки фурункула.

Лечение при фурункуле носа – определяется стадией и тяжестью заболевания

Консервативное:

- показано в стадии инфильтрации;
- массивные дозы антибиотиков широкого спектра действия;
- антигистаминная терапия, анальгетики, витамины, рациональное питание, жаропонижающие и противовоспалительные средства;
- при угрозе орбитальных и внутричерепных осложнений больному увеличивают дозу или назначают другую группу антибиотиков и проводят антикоагулянтную терапию

Хирургическое:

- широкое вскрытие гнойника с удалением гнойно-некротических тканей и налаживанием дренажа производится по экстренным показаниям в стадии абсцедирования фурункула;
- полость абсцесса дренируется резиновой полоской, накладывается повязка с гипертоническим раствором 10%-ого хлорида натрия, которую необходимо периодически увлажнять тем же раствором, на фоне а\б, дезинтоксикационной и симптоматической терапии

Рожистое воспаление – инфекционно –аллергическое заболевания кожи и подкожной клетчатки, поражающее поверхностную лимфатическую систему кожи, вызываемое гемолитическим стрептококком.

Патогенез – входными воротами инфекции являются кожа или слизистая оболочка. Возможен гематогенный занос возбудителя из очагов стрептококковой инфекции, в результате воздействия стрептококков и их токсинов развивается серозное и серозно-геморрагическое воспаление в коже с явлениями лимфангита, артериита, флебита.

Предрасполагающими факторами являются трофические язвы нижних конечностей, сахарный диабет, иммунодефицитные состояния.

Клиника

Заболевание начинается с ознобом, общей слабостью, головной болью, повышением температуры тела до 38-39С, иногда рвотой и суставными болями. В первые сутки появляются отек, гиперемия и болезненность пораженного участка кожи, позже увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Кожные проявления начинаются с зуда и чувства напряженности кожи.

Через несколько часов появляется очаг эритемы, быстро увеличиваются в размерах. При тяжелых формах появляются эритематозно-буллезные или эритематозно-геморрагические изменения с гнойно-септическими некротическими поражениями участков кожи. При поражении лица очаг эритемы часто симметричен, распространяется на нос, щеки и напоминает форм бабочки, имеет равномерную яркую окраску и четкие границы.

Лечение

Препаратами выбора является а\б пенициллинного ряда, альтернативами является цефалоспорины, макролиды. Необходима симптоматическая, дезинтоксикационная, витаминотерапия, аутогемотерапия. Физиотерапия- облучение кварцем (эритемная доза).

Розовые угри и ринофима

Розовые угри – хроническое воспаление сальных желез кожи носа, обусловленное ангиопатией, нейроэндокринными расстройствами и нарушением деятельности ЖКТ.

Возможен заболевания поддерживается обитающих в сальных железах клещем. Предрасполагающими факторами являются злоупотребление алкоголем, пряностями, переохлаждение \перегревание, снижение иммунитета, заболевания ЖКТ.

Клиника

В начальном периоде на коже появляются красного цвета узелки, расширение подкожных сосудов, они локализуются в области хрящевой части наружного носа. В дальнейшем узелки увеличиваются, происходит разрастание (гипертрофия) всех слоев кожи, сальных желез, кровеносных и лимфатических сосудов в виде равномерного или дольчатого нароста. Нарост имеет бугристую поверхность (три бугра – кпереди и по бокам), цвет синеватый или бледно-розовый, может достигать больших размеров (d-5-8см.). Такие безболезненные гипертрофические образования могут сильно обезображивать форму наружного носа – ринофимами (носовой гриб, шишковидный нос). Ринофима встречается редко, в основном у мужчин пожилого возраста.

Лечение

Лечение комплексное, проводится с учетом стадией заболевания. При розовых угрях терапия направлена на восстановление процессов микроциркуляции в коже (ксантинола никотинат, эскузан), коррекция нарушений пищеварения (фестал, мезим-форте, хилак – форте, бифидумбактерин).

Противовоспалительная терапия (метронидозол, преднизолон по 30мг в день в течение 2 нед.).

Местная терапия включает резинциновые, борные, танниновые примочки, метронидозоловую мазь и др.

При ринофиме показано хирургическое лечение – под местным обезболиванием или под наркозом срезают острым скальпелем гипертрофированные участки кожи на всю глубину утолщения, без росткового слоя, моделируя нормальную форму носа. На раневую поверхность накладывают вазелиновую повязку. В процесс заживления покрытие эпидермисом раневой поверхности происходит с краев раны, при этом грубых рубцов не образуется.

Профилактика

Необходимо соблюдение щадящего благоприятного общего режима, не рекомендуется длительное пребывание на солнце, следует избегать переохлаждений, работы в помещениях с высокой температурой, посещение сауны. Важно соблюдать диету с ограничением пряностей, копченых, соленых продуктов, кофе, шоколада, употребления алкоголя.

Сикоз преддверия носа

Сикоз или фолликулит, входа в нос – ограниченное гнойное воспаление волосяных фолликулов и окружающих тканей преддверия полости носа, вызываемое стафилакокками и стрептококками.

Инфекция часто вносится пальцами при удалении корок из преддверия носа, при расчесывании и микротравмах области входа в нос. Развитию инфекции способствует гнойный ринит и синусит, сопровождающиеся выделениями из носа, раздражающими кожу преддверия.

Клиника

Больного беспокоит зуд, жжение, болезненные трещины, боль и напряженность кожи входа в нос. В области волосяных фолликулов видны отдельные точечные гнойнички, из которых выделяться гной: местами он высыхает и образует корки, затрудняющие носовое дыхание. Для сикоза характерно длительное течение с частыми обострениями, которые продолжаются в течение нескольких месяцев. Иногда здесь же возникает вторичная экзема, ухудшающая клиническое состояние больного.

Лечение

Амбулаторное- пораженную сикозом кожу обрабатывают борным или салициловым спиртом, затем для размягчения корок в преддверие носа закладывают 10% синтомициновую эмульсию, 3% салициловую или 2% белую ртутную мазь. При длительном и упорном лечении необходимо дополнить общей а\б терапией, поливитаминами, противостафилококкового гамма-глобулина, аутогемотерапии, УФО.

Экзема носа

Экзема носа- хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи носа с острыми воспалительными изменениями и полиморфизмом элементов сыпи в области преддверия носа и верхней губы, обусловленными серозным воспалением.

Различают следующие виды экземы – сопровождается островоспалительной отечной эритемой с высыпанием группы мелких пузырьков, мокнутием и образованием корок;

Микробная экзема – развивается на месте хронических очагов инфекции, образуя воспалительные крупнофестончатые ограниченные очаги;

Себорейная экзема – развивается у больных на участках кожи, богатых сальными железами, в виде эритематозных шелушащихся пятен;

Профессиональная экзема – возникает преимущественно на открытых участках кожи в результате воздействия вредных веществ при выполнении профессиональных обязанностей.

Клиника

Больного чаще всего беспокоят покраснение, припухлость, мокнутие отдельных участков кожи, поверхностные слущивания эпидермиса и образование пузырьков в области преддверия носа и верхней губы, реже зуд и трещины кожи в области воспалительного процесса, корки и трещины в области преддверия носа. Общее состояние остается удовлетворительным. Экзема может способствовать развитию ряда других заболеваний наружного носа.

Лечение

Назначается совместно с дерматологом. Местная терапия включает мазевые повязки с противовоспалительными, антибактериальными препаратами (синтомициновую, левомеколь, левосин и др.), при импентигинации – глюкокортикоидные мази с антибиотиками (локакортен, синалар, белосалик и др.). Общая терапия – воздействие на обнаруженные при обследовании отклонения в статусе. Антигистаминные препараты – (задитен по 1мг. утром и вечером), дезинтоксикационные средства, иммуномодуляторы – (тактивин, продигиозан), витаминотерапию. При упорном течении рекомендуется курс кортикостероидной терапии (преднизолон по 30мг. 10-14 дней). Необходимо устранить гнойные заболевания носа и околоносовых пазух, полости рта и др. очаги хронической инфекции.