

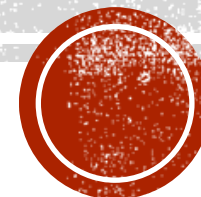


Полтавський державний медичний університет
Кафедра оториноларингології з офтальмологією
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Склясовського



ГОСТРІ І ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИНОСОВИХ ПАЗУХ. РИНОГЕННІ ОРБІТАЛЬНІ І ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ УСКЛАДНЕННЯ.

Зав. каф. к.мед.н. Безега М.І.





ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ

- збірна група
патологій
зі спільною
епідеміологією,
патогенезом та
клінічними
особливостями,
провідним
синдромом при яких
є ураження
дихальних шляхів.

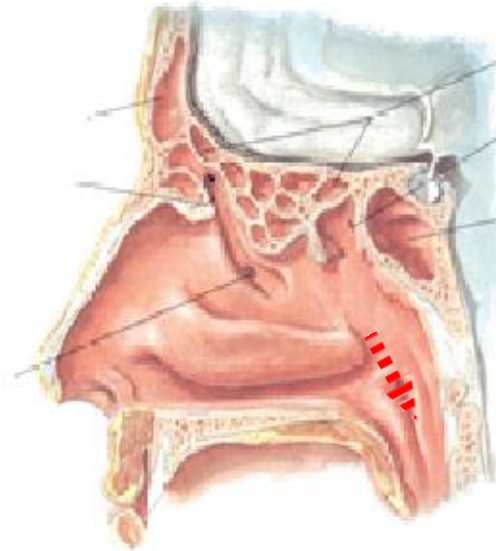
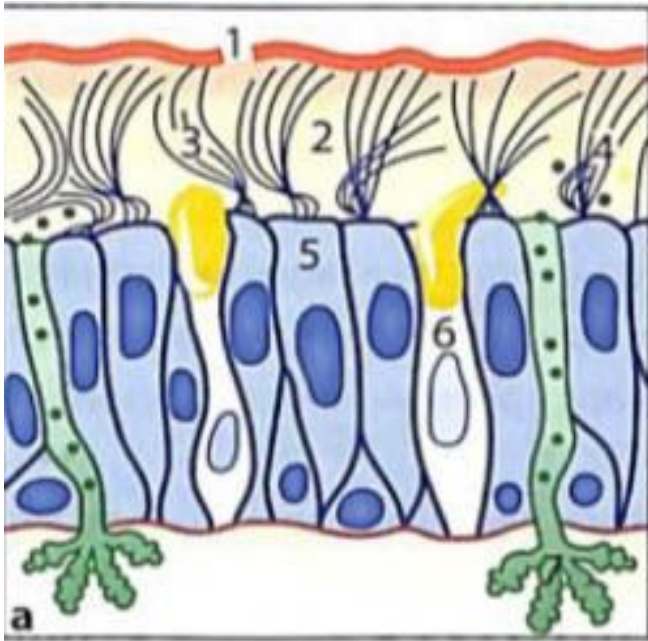


ЕТІОЛОГІЯ

- Риновіруси та коронавіруси уражають переважно слизову оболонку носа, реовіруси — носа та глотки, віруси парагрипу — гортані, віруси грипу — трахеї, респіраторно-синцитіальний вірус — бронхів і бронхіол, аденовіруси — лімфоїдну тканину глотки та кон'юнктиви.
- Бактерії: ***Streptococcus pneumoniae*** (42% випадків), ***Haemophilus influenzae*** (29–47% випадків), ***Moraxella catarrhalis*** (22% випадків).
- Грибкові інфекції ***Mucor***, ***Rhizopus***, ***Rhizomucor*** та ***Aspergillus***.
- Останні роки превалює ***Staphylococcus aureus***, нерідко ***Enterobacter***.



ФІЗІОЛОГІЯ СЛИЗОВОЇ НОСА

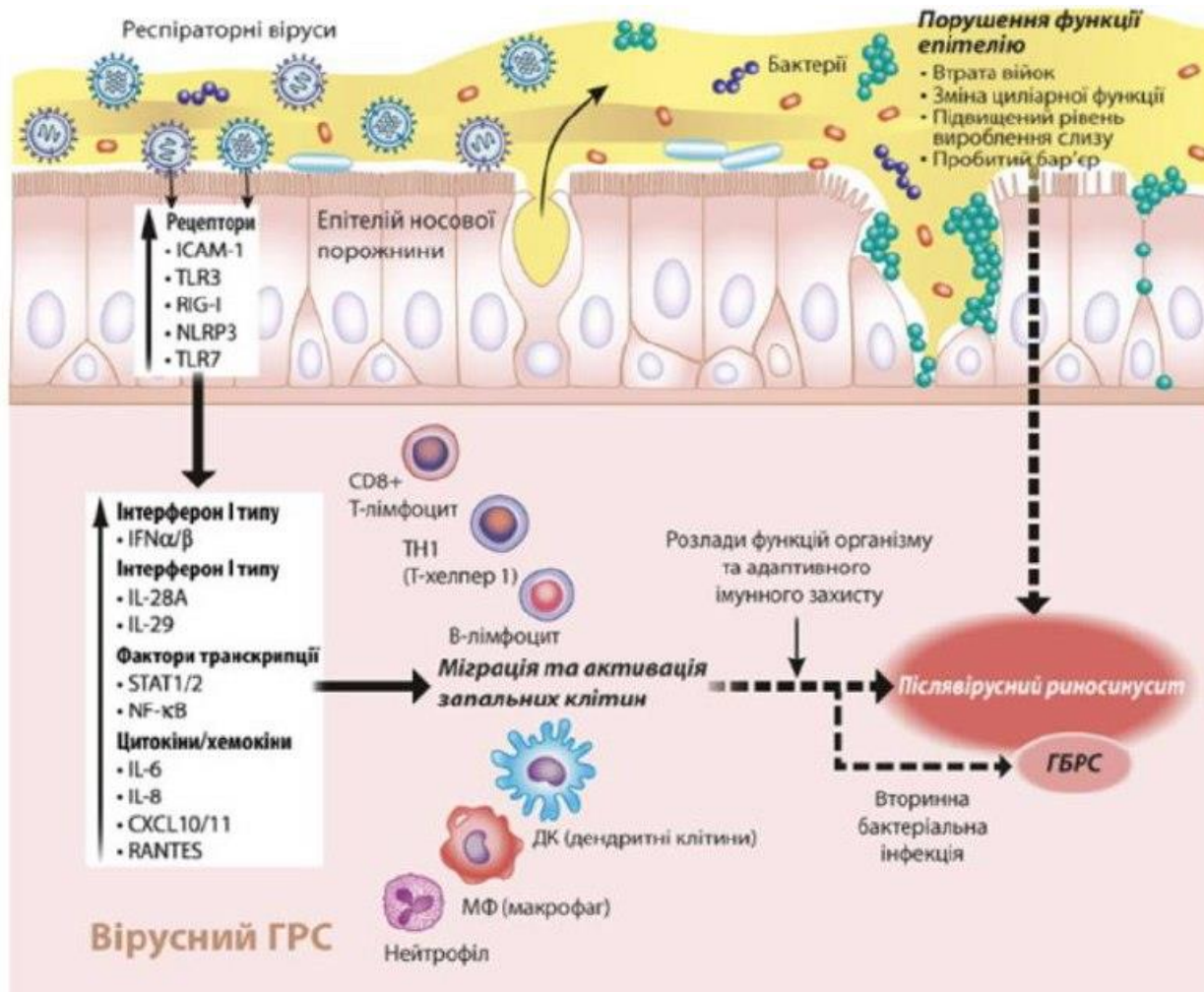


Мал. а. 1-шар гелю; 2-шар золю; 3-війки(коливання); 4-війки(повернення в первинне положення); 5-війкова епітеліальна клітина; 6-келихоподібна клітина; 7- серозно-слизова залоза.



Мал. Робота мукоциліарного апарату а- в максильному синусі; б- фронтальному синусі.

ПАТОФІЗІОЛОГІЯ РИНОСИНУСУ



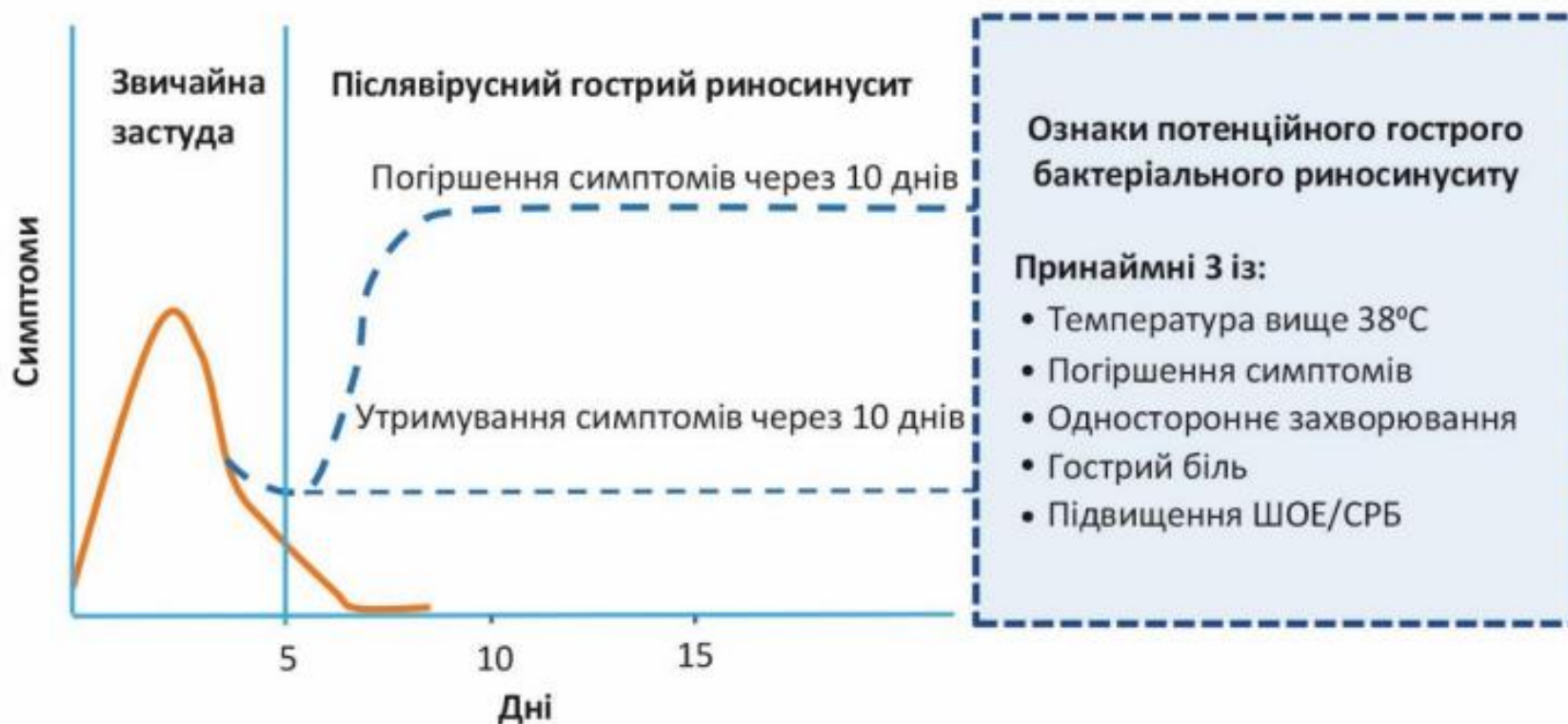
Епітелій носової порожнини є основним порталом входу для респіраторних вірусів і безпосередньою мішенню для вірусної реплікації в дихальних шляхах.





ВИЗНАЧЕННЯ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТУ ЗГІДНО EPOS2020

Погіршення симптомів через 5 днів або персистуючі симптоми після 10 днів з тривалістю менше, ніж 12 тижнів



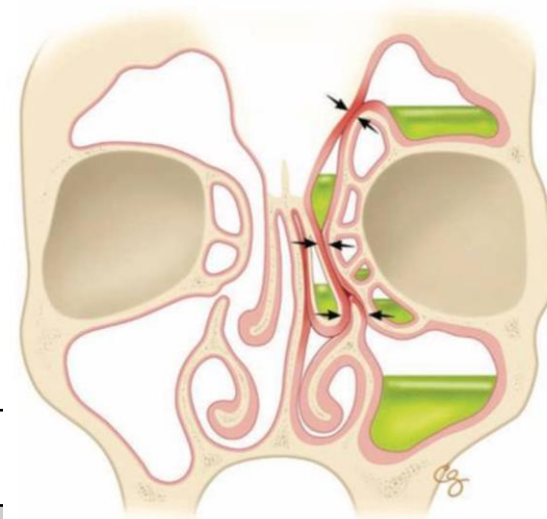
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ (IDSA 2012)



Великі симптоми	Малі симптоми
Гнійні виділення з носа	Біль голови
Стікання секрету по задній стінці глотки	Біль, відчуття тиску або розпирання у вусі
Закладеність носа	Неприємний запах з рота
Відчуття розпирання в області обличчя	Зубний біль
Біль або відчуття тиску в ділянці обличчя	Гарячка(для підгострого та хронічного)
Гіпосмія або аносмія	Кашель
Гарячка(для гострого риносинуситу)	Підвищена втомлюваність

Наявність не менше як 2-х великих симптомів або 1-го великого в комбінації з 2 та більше малими симптомами є показання до встановлення діагнозу риносинусит.

КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ



Термін	Тривалість хвороби
Гострий риносинусит	До 3-х місяців (12 тижнів)
Гострий вірусний риносинусит	До 10-ти днів
Гострий поствірусний риносинусит	Від 5-ти(10-ти) днів
Гострий бактеріальний риносинусит	До 12-ти тижнів
Гострий рецидивуючий риносинусит	До 12-ти тижнів(рецидиви 3-4 рази не менше 7 днів)
Хронічний бактеріальний риносинусит	Від 12-ти тижнів



ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГРС

1. Етіотропна терапія
2. Патогенетична терапія
 - Зняття блоку співусть
 - Зменшити в'язкість слизу
 - Відновити роботу мукоциліарного кліренсу

ВІДНОВИТИ ПРИРОДНЄ ДРЕНУВАННЯ СИНУСІВ

3. Хірургічні методи лікування(пункції, ендоскопічні операції)



- ✓ Вірусна флора
- ✓ Реактивний набряк
- ✓ Порушення реології секрету
- ✓ Імунодефіцит

- ✓ Запальний набряк
- ✓ Порушення реології секрету
- ✓ Імунодефіцит

- ✓ Запальний набряк
- ✓ Бактеріальна флора
- ✓ Порушення реології секрету
- ✓ Імунодефіцит

Вірусний

Післявірусний

Бактеріальний

Етіопатогенетична
терапія

Противірусна

Протинабрякова

Протинабрякова

Протизапальна

Секретолітична

Антибактеріальна

Протинабрякова

Протизапальна

Секретолітична

Симптоматична
терапія

Елімінаційна

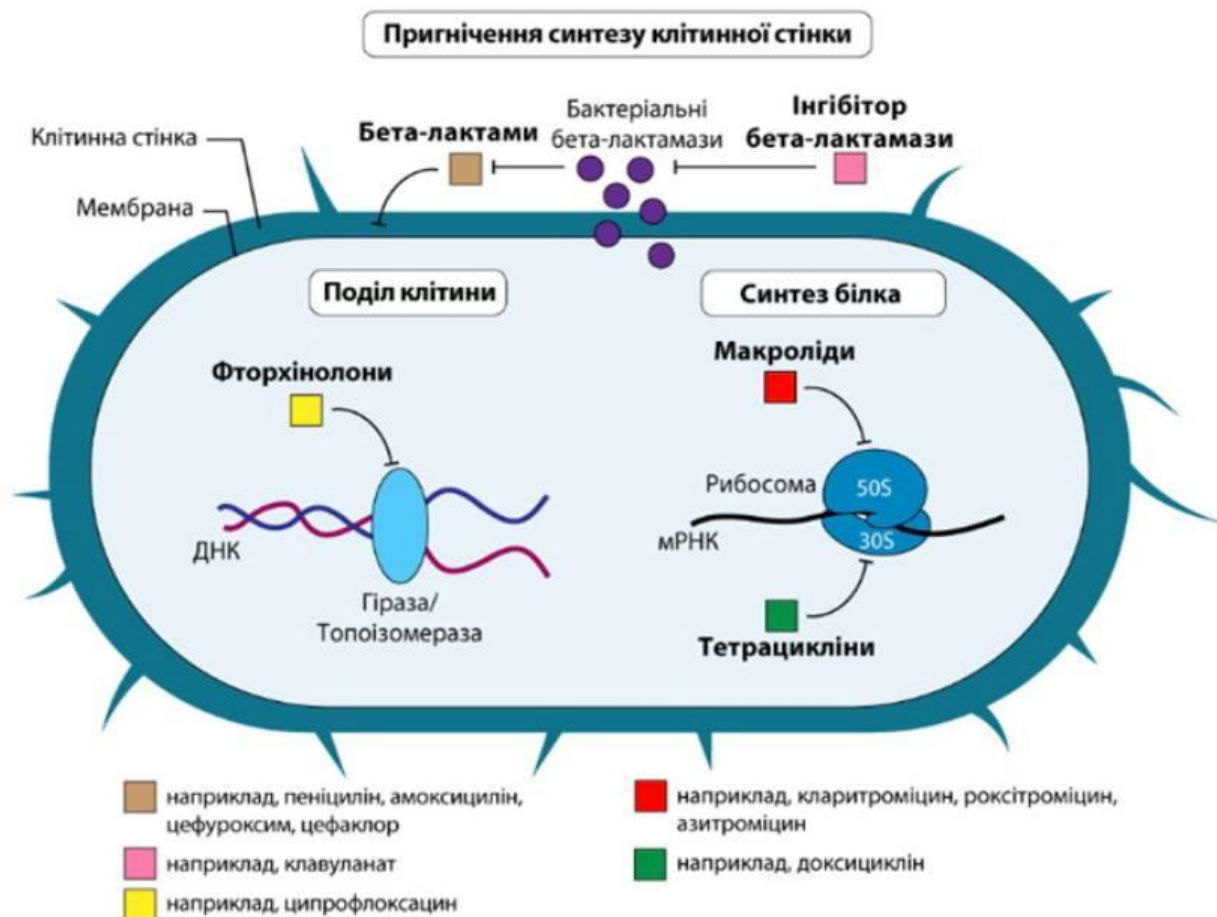
Елімінаційна

Протинабрякова

Елімінаційна

Протинабрякова





КЛАСИ АНТИБІОТИКІВ ТА МОЛЕКУЛЯРНІ МІШЕНІ



КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНИХ СИНУСИТІВ

(С.З.ПІСКУНОВ, Г.З.ПІСКУНОВ, 1997)



За характером збудника

вірусний

бактеріально-аеробний

бактеріально-анаеробний

грибковий

змішаний

За поширенням процесу

етмоїдит

гайморит

фронтит

сфеноїдит

Етмоїдогайморит,
етмоїдофронити,
етмоїдогайморофронтит,
етмоїдогайморосфеноїдит,
етмоїдофронтосфеноїдит

гемісинусит

пансинусит

За причиною виникнення

риногенний

одонтогенний

травматичний



1

USB PC



МІЦЕТОМИ НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ

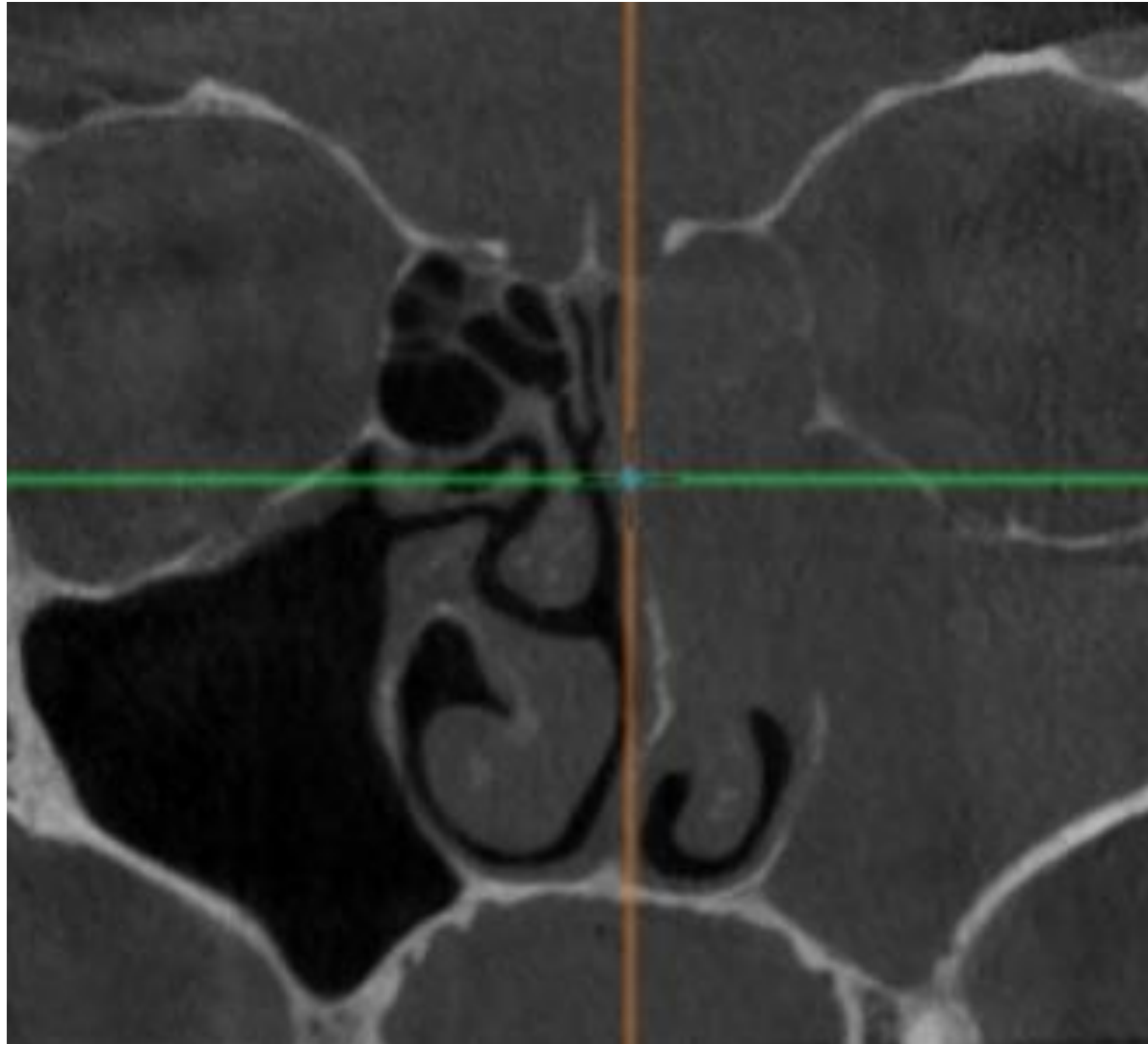
- Міцетомат – це запальне захворювання навколоносових пазух грибкової природи. Найчастіше міцетомат (аспергіллома або грибкова куля) вражає гайморову пазуху. Це захворювання являється фактично кулястим скупченням міцелію грибів роду *Aspergillus*, яке не проростає в стінки слизової оболонки пазухи.



ОДОНТОГЕННИЙ МАКСИЛИТ

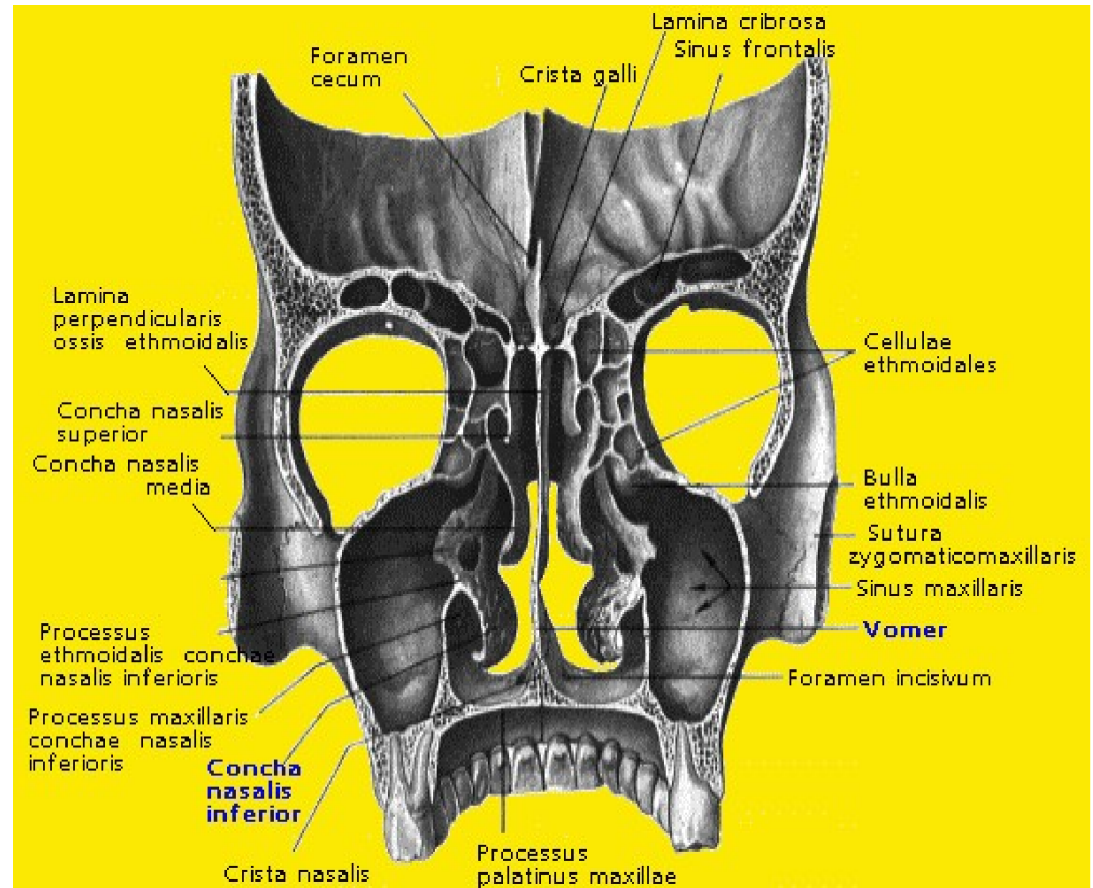
Це особлива форма
захворювання:

він розвивається в
результаті інфікування
верхньощелепної пазухи
(ВЩП) не з порожнини
носа, а із альвеолярної
дуги, тобто зі сторони дна
цього синусу.



ОСОБЛИВОСТІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПН ОЇ ПАЗУХИ

- У дорослих ВЩП є найбільшою приносовою пазухою: її середній об'єм близько $12,1 \text{ см}^3$, найбільший – $18,6 \text{ см}^3$, найменший – $2,8 \text{ см}^3$.
- Ріст та розвиток ВЩП тісно пов'язаний з розвитком зубощелепної системи.



В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ПНЕВМАТИЗАЦІЇ ВИДІЛЯЮТЬ ДВА ТИПИ ВЩП:

- Пневматичний

- Склеротичний

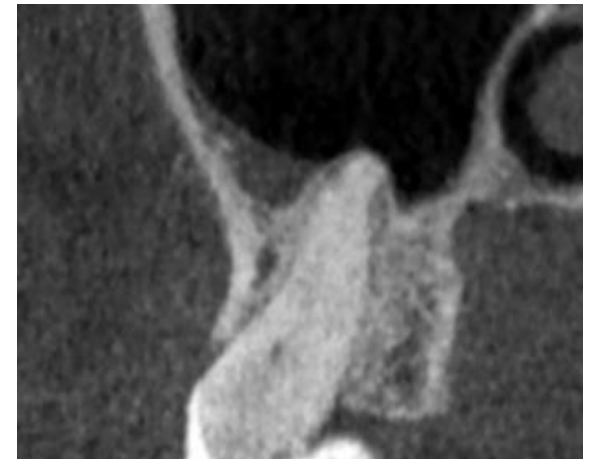


РОЗМІРИ ПАЗУХИ ВІДНОСНО ВЕЛИКІ, СТІНКИ ТОНКІ, ДНО ПАЗУХИ ЧАСТО ГЛИБОКО ВДАВЛЮЄТЬСЯ В АЛЬВЕОЛЯРНИЙ ВІДРОСТОК, УТВОРЮЮЧИ БУХТИ. В ТАКИХ ВИПАДКАХ КОРЕНІ ПРЕМОЛЯРІВ ТА МОЛЯРІВ ВІДДІЛЕНІ ВІД ДНА ВЩП ЛИШЕ ДУЖЕ ТОНКОЮ КІСТКОВОЮ ПЛАСТИНКОЮ АБО БЕЗПОСЕРЕДНЬО КОНТАКТУЮТЬ З ВИСТИЛАЮЧОЮ ЇЇ СЛИЗОВОЮ ОБОЛОНКОЮ.



3 ТИПИ ВІДНОШЕННЯ ДНА ВЩП З КОРЕНЯМИ ЗУБІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

- I тип – корені зубів верхньої щелепи розташовуються біля дна ВЩП або проникає у неї (19%).
- II тип – верхівки зубів не доходять до дна ВЩП, товщина кісткової стінки складає від 1 до 13мм (47%).
- III тип – комбінований (зустрічається в 34% випадків).

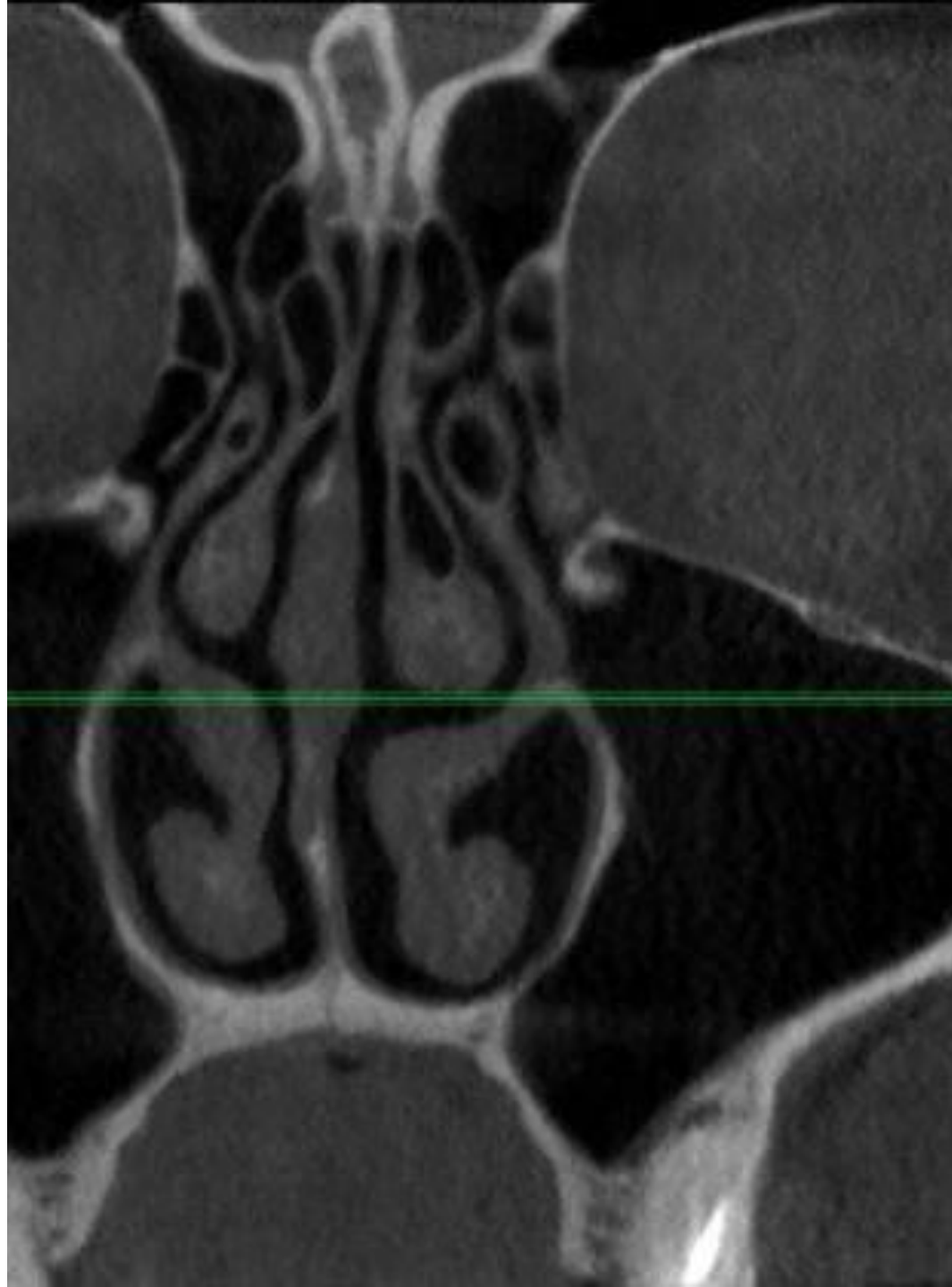


СПІВВІДНОШЕННЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ БУХТИ ТА НИЖНЬОГО НОСОВОГО ХОДУ

ВЩП це єдина пазуха, який
має нефізіологічний,
антигравітаційний
дренаж.

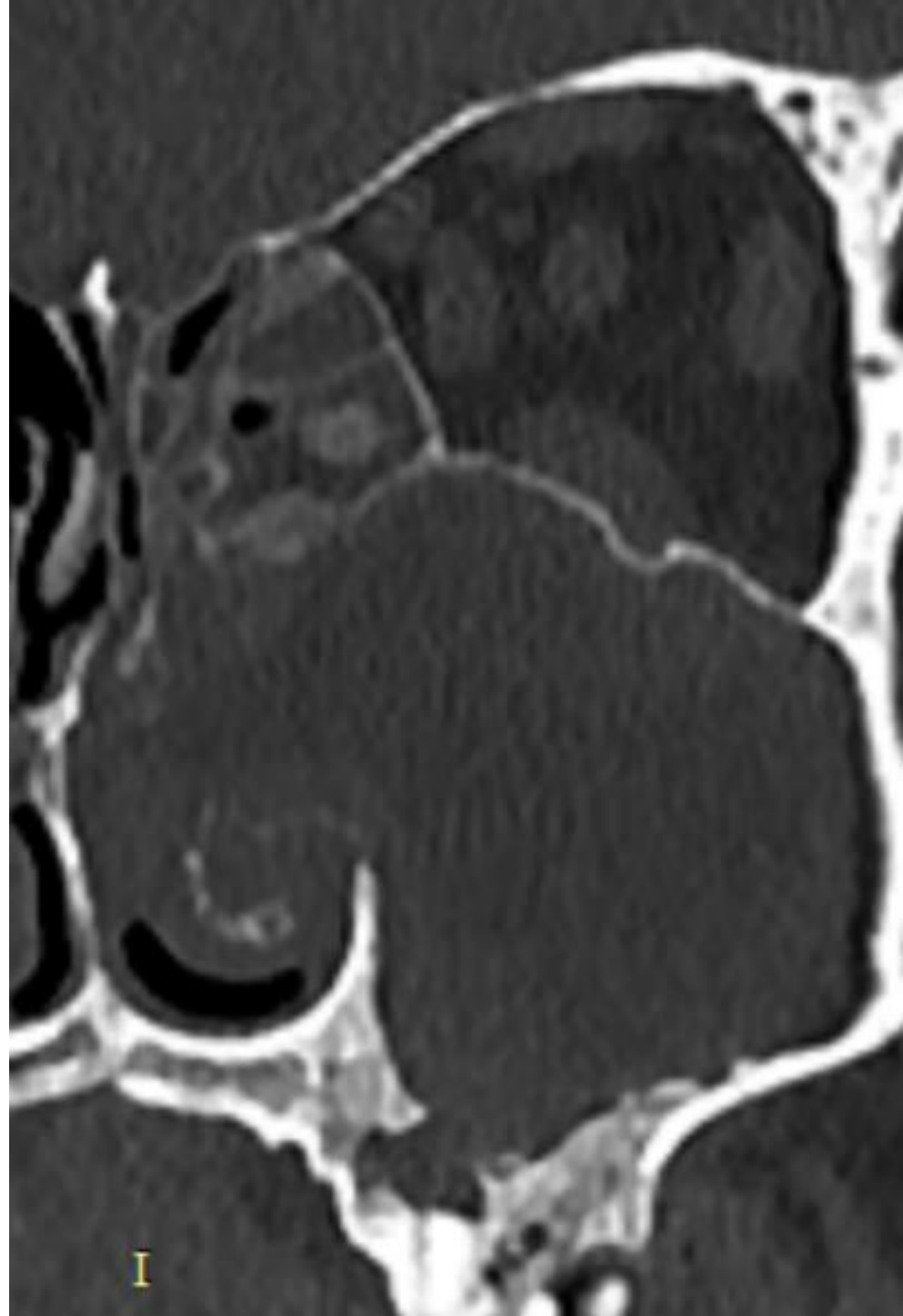
- 42,8% випадків бухта опускається нижче носового ходу (іноді до 11мм)
 - 17,9% - розташовується вище
 - 39,3% - на одному рівні з ним
- Найбільша відстань між дном ВЩП і верхівками коренів має перший премоляр в середньому 7,4 мм).

Найменша – перший моляр.



ВІДМІННІ ОЗНАКИ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ

- біль в зубі, що передує захворюванню;
- наявність на верхній щелепі у проекції синуса запального процесу (періодонтит, патологічна зубоясенева кишеня, нагноєна кіста, остеомієліт);
- наявність перфоративного отвору в ділянці дна пазухи (після оперативних втручань асиметрія обличчя та болісність при пальпації передньолатеральної стінки пазухи;
- наявність смердючих гнійних виділень з носа, крошкувато сирних мас в промивній рідині;
- ізольоване ураження однієї верхньощелепної пазухи.

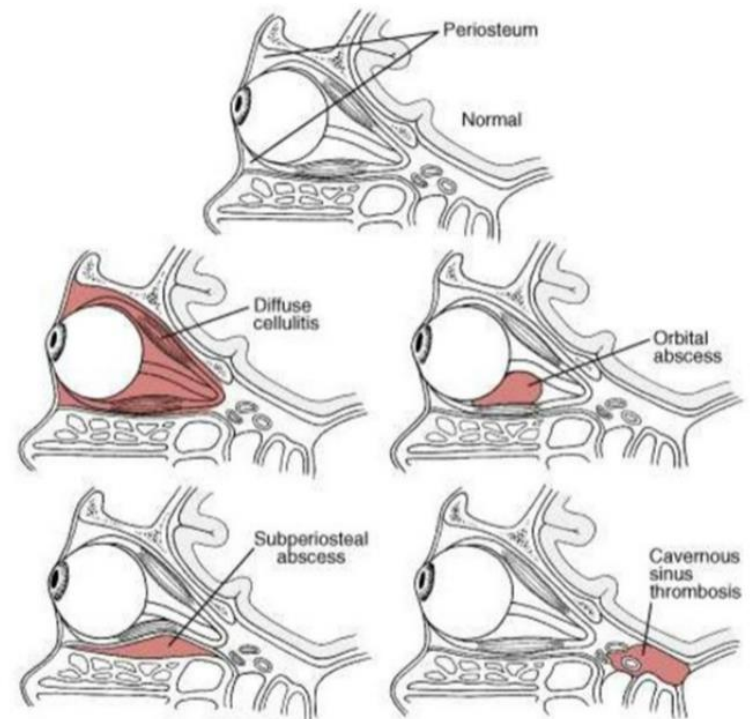


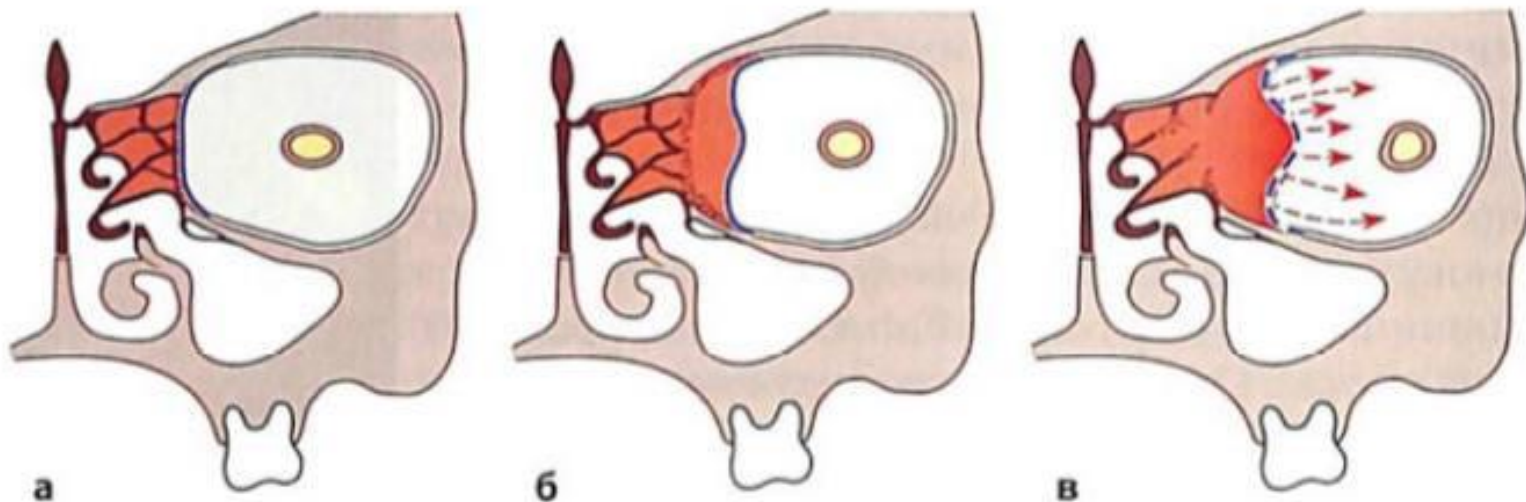
ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ОГ

- Анатомічні особливості зубів та ВЩП
- Періодонтити великих та малих корінних зубів верхньої щелепи
- Остеомієліт верхньої щелепи
- Нагноєні кісти верхньої щелепи
- Перфорації верхньощелепної пазухи
- Корені, проштовхнуті у верхньощелепну пазуху
- Сторонні тіла
- Ретиновані зуби
- Погрішності в техніці видалення зуба
- Погрішності в техніці виконання етапів дентальної імплантації.
- Одонтогенні пухлини.

КЛАСИФІКАЦІЯ ОРБІТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ СИНУСИТІВ

- I. - періостит (негнійний, гнійний);
- II. - субперіостальний абсцес;
- III. - набряк повік та орбітальної клітковини;
- IV. - абсцес повік;
- V. - ретробульбарний абсцес;
- VI. - флегмона орбітальної клітковини;
- VII. - ретробульбарний неврит.

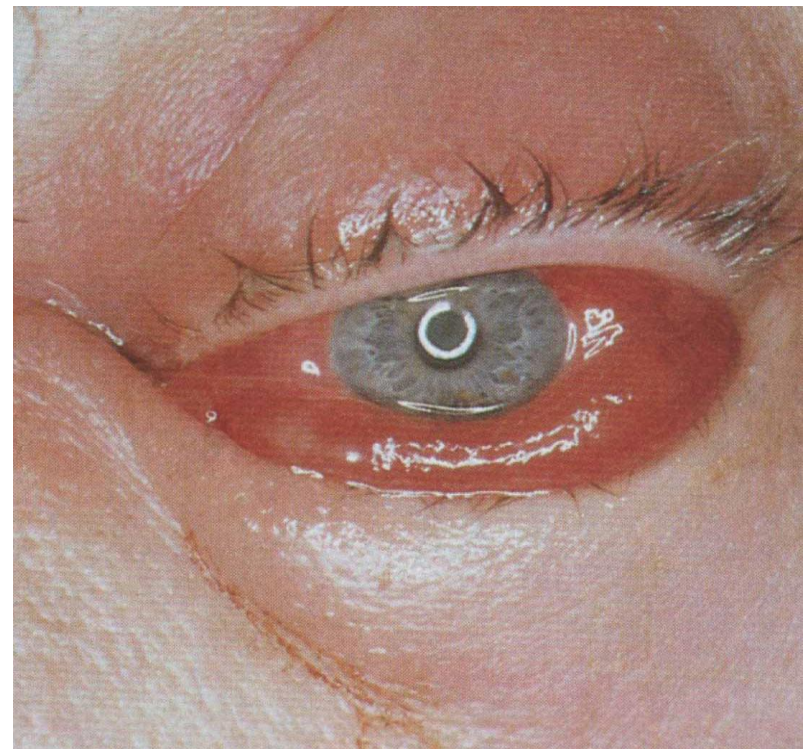




Мал. Схематичне зображення ускладнення зі сторони орбіти під час етмоїдиту:

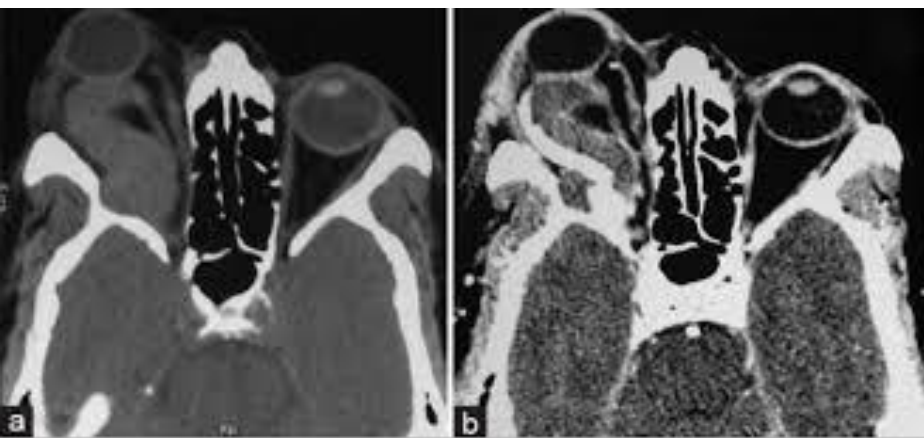
- a) Періорбітальна флегмона;
- б) Субперіостальний абсцес;
- в) Флегмона орбіти.



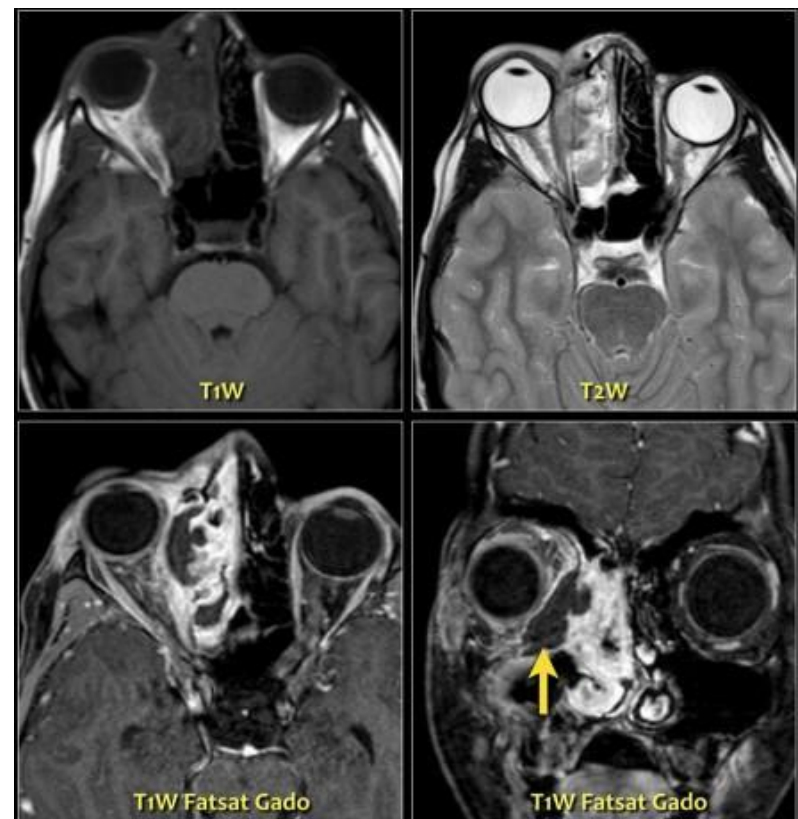


Симптоматика: біль, почервоніння, хемоз, екзофтальм, набряк жирової клітковини орбіти та повік, обмеження руху очного яблука, протрузія очного яблука, диплопія, швидке зниження гостроти зору, подальший розвиток паралічу окорухових м'язів, застій венотної крові в сітківці, набряк диску зорового нерву.





Візуалізація орбітальних ускладнень за допомогою томографічних методів дослідження.



ФЛЕГМОНА ОРБИТИ



ОСНОВНІ ШЛЯХИ ПОШИРЕННЯ РИНОГЕННОЇ ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНУ ЧЕРЕПА:

- Пряме поширення інфекції в результаті деструкції кістки при остеїті, некрозі кісткової стінки навколоносової пазухи (наприклад, травма);
- Поширення інфекції при остелмієліті;
- Гематогенний шлях заносу збудника інфекції;
- Поширення інфекції через кровоносні судини (зазвичай через вени кісток, які зв'язують приносову пазуху з порожниною черепа).

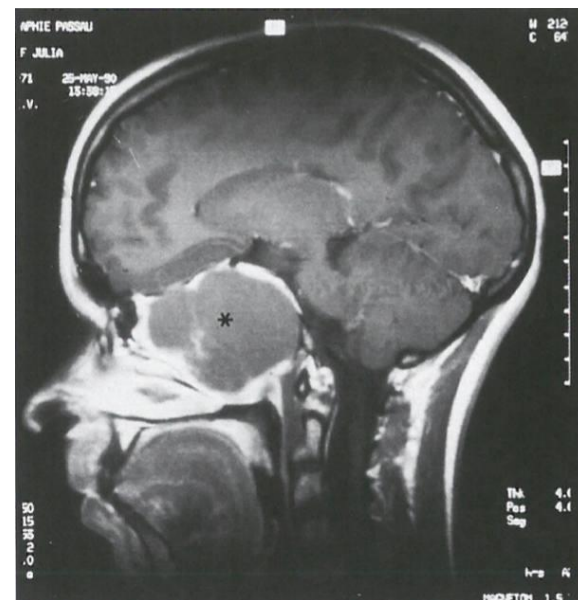


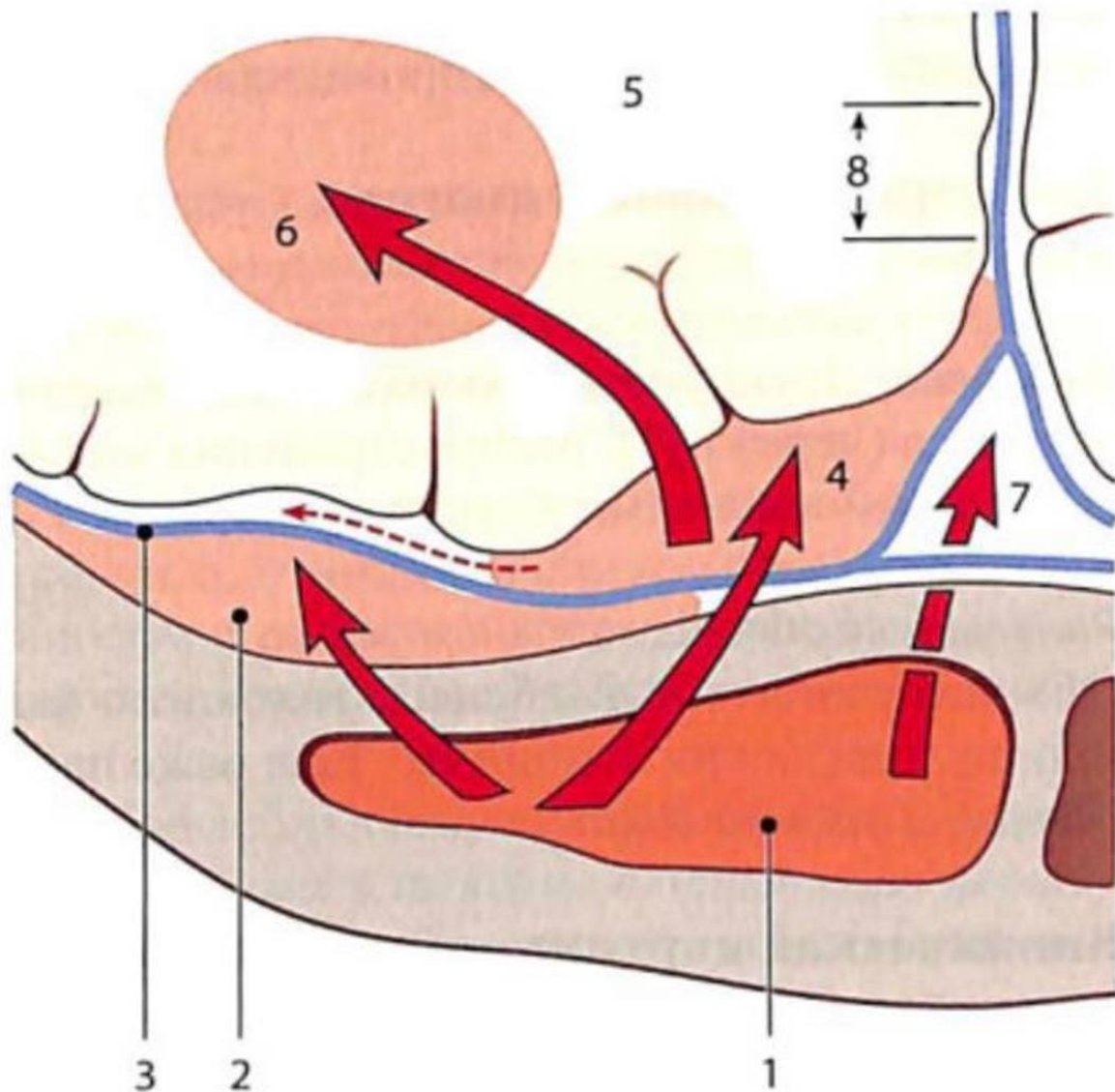
ІНТРАКРАНІАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ

Арахноїдит, серозний менінгіт, розлитий гнійний менінгіт, тромбоз печеристої та верхньої стрілової пазухи, епідуральні та субдуральні абсцеси, риносинусогенні абсцеси лобової частки мозку

КЛІНІЧНІ ГРУПИ СИМПТОМІВ

1. Загальноінфекційні;
2. Загальномозкові;
3. Менінгеальні симптоми;
4. Вогнищеві мозкові симптоми





Мал. Схема розвитку інтракраніальних ускладнень синуситів. 1-емпієма лобової пазухи; 2-епідуральний абсцес; 3-тверда мозкова оболонка; 4- крайові зрощення(8) або розвиток менінгіта в напрямку, показаним пунктирною стрілкою; 5-головний мозок; 6-абсцес; 7-поширення гнійного запалення на сагітальний синус.



ОСТЕЇТ ТА ОСТЕОМІЄЛІТ

Дифузне пошкодження губчастої речовини кісткового мозку основи черепа може легко виникнути при поширенні по венам **Brechet**, які уражені флебітами та тромбофлебітами і не сприятливі до антибіотикотерапії.





Синусогенний абсцес, що поширився через порушення цілісності папероподібної пластинки решітчастої кістки справа та починається від надорбітального заглиблення лобового синусу та проникає в ретробульбарний простір

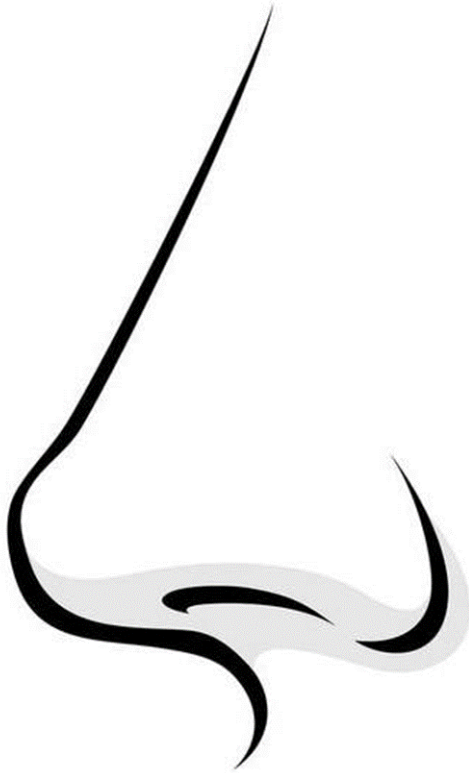


FESS (FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY)



Функціональна ендоскопічна хірургія синусів (FESS) на даний момент вважається найсучаснішим «золотим стандартом» хірургічного лікування хронічних захворювань носової порожнини та приносових пазух.





СТРУКТУРА FESS ХІРУРГІЇ:

1. Передопераційна підготовка

Діагностика (КТ ППН/МРТ, ендоскопія носу)

- Фармакотерапія

2. Хірургічне втручання

3. Післяопераційна реабілітація

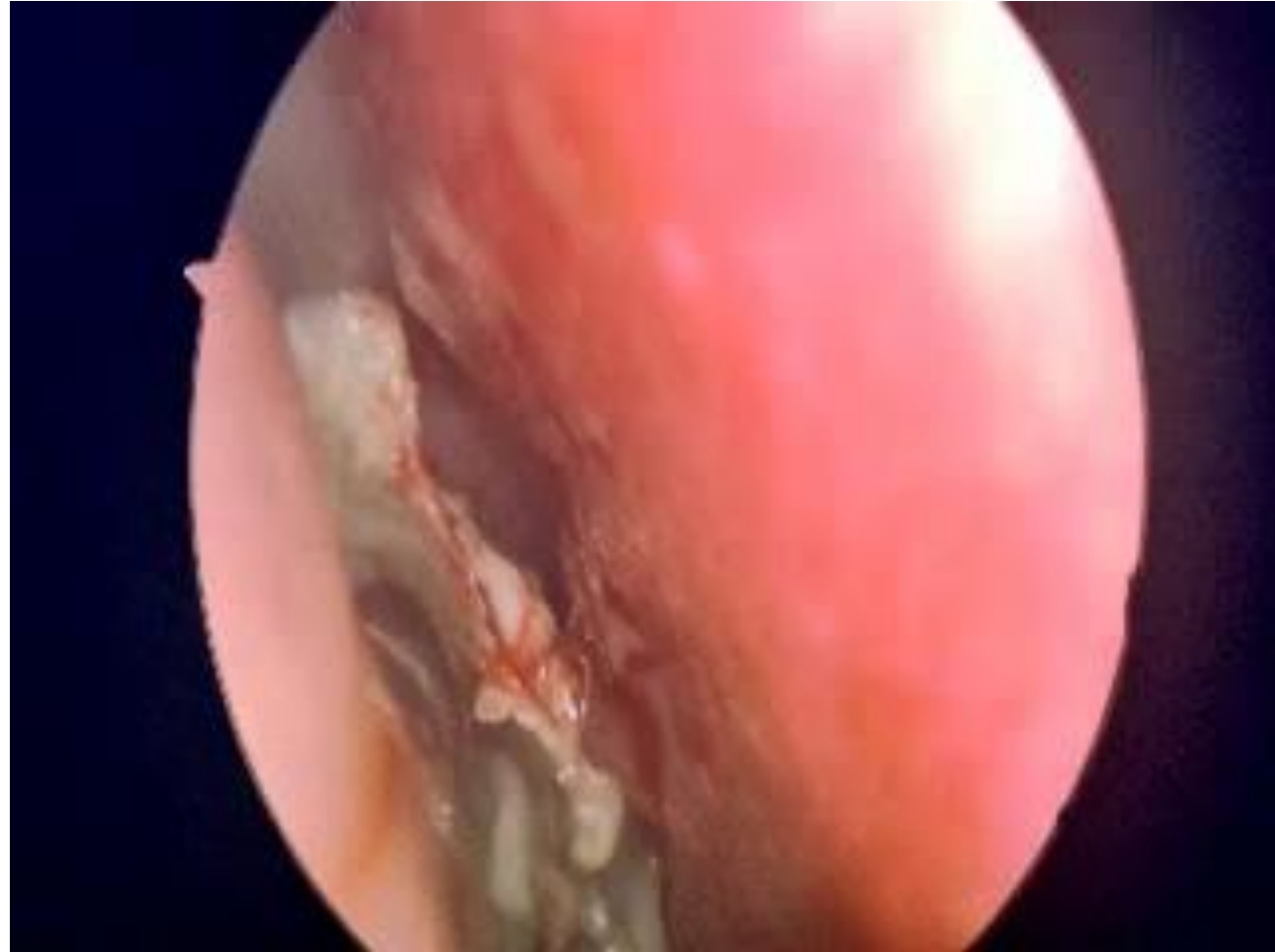
Рання (ліквідація післяопераційного риносинуситу)

Пізня (попередження рецидиву)



КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Пацієнт Р., 55 років.
Відмічає головні болі
близько 6 місяців.
Первинно лікувався у ЛОР
лікаря за місцем
проживання, згодом
проходив стаціонарне
лікування неврологічного
спрямування. У зв'язку з
відсутністю позитивної
динаміки, наростанням
неврологічної
симптоматики та КТ-
ознаками емпієми
передньої черепної ямки
риногенної етіології
госпіталізований в ПОКЛ.





*"Я тільки згадав про
це, щоб показати, як
багато ви повинні
страждати і терпіти
на цій землі, навіть
якщо ви всього лише
повітроносні пазухи".*

Еміль Цуккеркандль

