

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: " Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που πάσχουν από ρινί-
τιδες, παραρριναϊολπίτιδες "

Σκουδότρια
Κοσσοβα Ασπασια

Υπεθθυνος Καθηγητής
Κ. Ζήσης

ΠΑΤΡΑ 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

306 Β'

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄	
ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ.....	5
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄	
ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΟΙ ΚΟΛΠΟΙ.....	12
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΩΝ ΚΟΛΠΩΝ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄	
ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΩΝ ΚΟΛΠΩΝ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄	
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ - ΡΙΝΙΤΙΔΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄	
ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ..	65
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΡΙΝΙΤΙΔΑ.....	67
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ.....	71
ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ.....	78
ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ - ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΡΙΝΟΣ.....	
ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ρις αποτελεί τμήμα του ανακνευστικού συστήματος με κύριες λειτουργίες την θέρμανση, την ύγρανση και το φιλτράρισμα του εισπνεόμενου αέρα. Επίσης άλλες φυσιολογικές λειτουργίες της είναι η συμμετοχή της στην όσφρηση και την παραγωγή της φωνής. Ωστόσο όμως η παρεμβολή κάποιων παθήσεων της ρινός κάνει αδύνατη την φυσιολογική αναπνοή, η οποία αντικαθίσταται από την στοματική αναπνοή, που δεν είναι φυσιολογική εφόσον ο αέρας που εισπνέεται δεν έχει θερμανθεί, υγρανθεί και καθαριστεί. Έτσι λοιπόν, πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν αποκατάσταση της ρινικής αναπνοής με την αντιμετώπιση και θεραπεία των παθήσεων αυτών που παρεμβαίνουν.

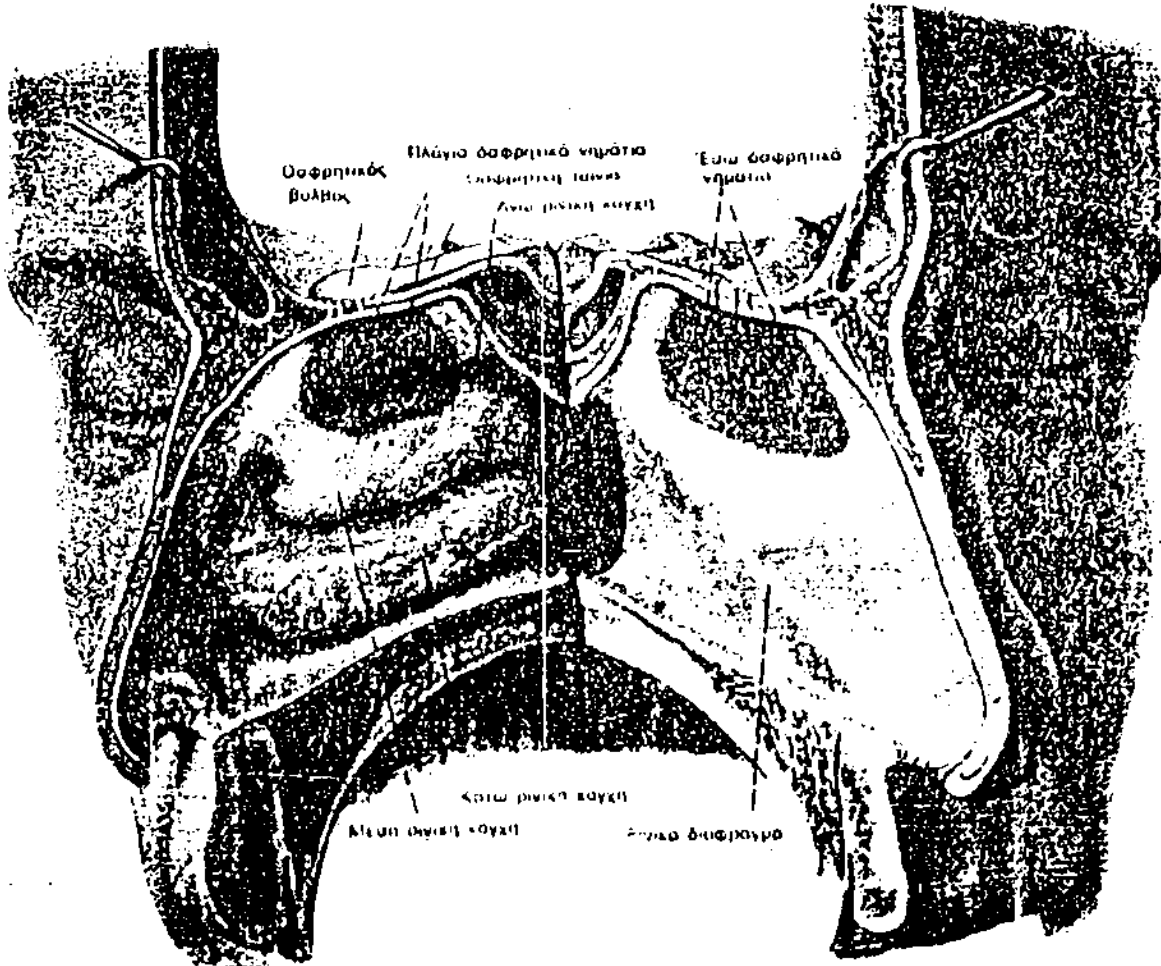
Στην εργασία που ακολουθεί γίνεται αναφορά στις παθήσεις αυτές της μύτης και των παραρρινικών κόλπων, καθώς επίσης και στην νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς.

Στην εργασία καταρχήν δίνονται πληροφορίες για την ανατομία και φυσιολογία της μύτης και των παραρρινικών κόλπων, κατόπιν γίνεται αναφορά στις γενικές εξεταστικές μεθόδους της μύτης και των παραρρινικών κόλπων, ακολουθεί εκτεταμένη αναφορά στις φλεγμονώδεις παθήσεις της μύτης και των παραρρινικών κόλπων, καθώς και στις επιπλοκές αυτών.

Στην συνέχεια περνάμε στο δεύτερο μέρος της εργασίας, όπου αναφέρεται η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με ρινίτιδα - κολπίτιδα, ενώ τελειώνει η εργασία με την παρουσίαση περιπτώσεων ασθενών με κολπίτιδα - ιγμορίτιδα.

Ωστόσο πρέπει να γίνει αναφορά στα εγχειρίδια της Ω.Ρ.Λ. και στην πολύτιμη βοήθεια κατά την συγγραφή της εργασίας των Κ. Πανταζόπουλο Παναγιώτη, Χελιδόνη Εμμανουήλ, Μανωλίδη Α. και των βιβλίων της νοσηλευτικής των Σαχίνη - Καρόδη, Α. Πάνου Μ. καθώς επίσης στην δίσ Πακα-

δημητρίου και στον κ. Ζήση για την θερμή συνεργασία για καθοδήγηση
προκειμένου να έρθει σε πέρας η εργασία αυτή.



Μύτη
Τό όργανο τής όσφρησης

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

Η μύτη διακρίνεται σε δύο μοίρες: την εξωτερική (έξω ρις) και την εσωτερική (έσω ρις).

Η έξω ρις

Η " έξω ρις " είναι η μοίρα της μύτης που φαίνεται εξωτερικά παρουσιάζει ποικιλίες στο σχήμα και στο μέγεθός της τα οποία εξαρτώνται κυρίως από την ανάπτυξη του οστού της άνω γνάθου.

Τα μέρη της εξωτερικής μύτης είναι:

- α) Η ρίζα της, στο στενό άνω άκρο της που συνδέεται με το μέτωπο
- β) Η κορυφή της
- γ) Οι πλάγιες επιφάνειες, που καταλήγουν σε ευκίνητο κυρτό τμήμα το λεγόμενο πτερύγιο (δεξιά και αριστερά)
- δ) Η κάτω η βασική επιφάνεια, που έχει δύο οπές τα ρουθούνια και στη μέση μια πτυχή του δέρματος, που αρχίζει από το άνω χείλος και φτάνει στο ακρορρίνιο.

Ο σκελετός είναι οστεοχόνδρινος. Η μεν οστεΐνη μοίρα του απαρτίζεται: α) από τις μετωπιαίες αποφύσεις της άνω γνάθου β) από τα ρινικά οστά γ) από την πρόσθια μοίρα του κάθετου πετάλου του ηθμοειδούς οστού και δ) από τους σηαμοειδείς χόνδρους και ε) από τον υνιορρινικό χόνδρο.

Η έσω ρις

Η "εσωτερική ρις" αποτελεί το κύτος της μύτης, που διαχωρίζεται από το ρινικό διάφραγμα σε δύο κοιλότητες, τις ρινικές θαλάμες.

Το ρινικό διάφραγμα στο συνολό του βασικά μεν αποτελείται από τον τετράπλευρο χόνδρο συμπληρωματικά δε από α) το κάθετο πέταλο του ηθμοειδούς οστού β) την ύνιδα γ) το προγναθιαίο οστό δ) την πρόσθια ρινική άκανθα της άνω γνάθου ε) την ρινική ακρολοφία που σχηματίζεται

αντίστοιχα με την ένωση των υπερωίων αποφύσεων της άνω γνάθου προς τα εμπρός και των οριζοντίων πετάλων των υπερωίων οστών προς τα πίσω (στ) το μεμβρανώδες διάφραγμα ζ) το χόνδρο της στυλίδας.

Η κάθε ρινική κοιλότητα ή θαλάμη αρχίζει από την οδό της μύτης (που είναι εμπρός) και καταλήγει στη χοάνη (που είναι πίσω) δηλ. στο ρινοφαρυγγικό στόμιο.

Κάθε ρινική θαλάμη επίσης, δεξιά και αριστερά έχει τέσσερα τοιχώματα: το κάτω, το έσω, το άνω και το έξω.

Το έξω τοίχωμα της κάθε θαλάμης αποτελείται κυρίως από τις τρεις ρινικές κόγχες. Οι ρινικές κόγχες είναι προεξοχές ανίσου μεγέθους σε σχήμα κογχύλης (αμιβάδας). Η άνω και η μέση ρινική κόγχη σχηματίζονται από την έσω επιφάνεια του λαβύρινθου του ηθμοειδούς, ενώ η κάτω ρινική κόγχη αποτελείται από ιδιαίτερο οστό που έχει και τ'όνομά της.

Ανάμεσα στις ρινικές κόγχες βρίσκονται αντίστοιχα ο άνω, ο μέσος και ο κάτω ρινικός πόρος. Οι χοάνες είναι ωοειδή ανοίγματα προς τη ρινοφαρυγγική κοιλότητα το ένα δίπλα στο άλλο.

Ο βλεννογόνος της μύτης

Το τμήμα του εσωτερικού της που βρίσκεται στην είσοδο της μύτης εξαιτίας αναδιπλώσεως του εξωτερικού δέρματος, επικαλύπτεται από επιδερμίδα.

Στην περιοχή αυτή βρίσκονται ομηματογόνοι αδένες και τρίχες. Στην συνέχεια έχουμε μια μεταβατική ζώνη που εκενδύεται από πλακώδες και κυλινδρικό επιθήλιο που τελικά μεταπίπτει στο καθαυτό ρινικό βλεννογόνο. Ο καθαυτός ρινικός βλεννογόμος διακρίνεται σε δύο μοίρες. Την οσφρητική και την αναπνευστική. Η οσφρητική μοίρα περιορίζεται στην έσω επιφάνεια της άνω κόγχης και στην αντίκρυνή μοίρα του ρινικού διαφράγματος έχει χρώμα υποκίτρινο, αισθητήριο επιθήλιο, ιδιαίτερους οσ-

φρητικούς, ορογόνους αδένες και έλλειψη βασικού υμένα. Η αναπνευστική μοίρα απλώνεται σε όλο τον άλλο χώρο του κύτους της μύτης και των παραρρινικών κόλπων, έχει χρώμα ρόδινο και στο ελεύθερο χείλος των κογχών ιώδες (μώβ). Το επιθήλιό της είναι πολύστιβο κροσσωτό του οποίου οι κροσσοί κινούνται στους μεν παραρρινικούς κόλπους προς τις θαλάμες, στις δε θαλάμες προς το ρινοφάρυγγα. Οι αδένες της αναπνευστικής μοίρας είναι μικτοί (οροβλεννογόνιοι) και πολυάριθμοι, ιδίως στην κάτω κόγχη. Το έκκριμα των αδένων αυτών είναι βλεννώδες (μύξα) και χρησιμεύει να διατηρεί το βλεννογόνο υγρό.

ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

Το εξωτερικό τμήμα της μύτης τροφοδοτείται από την ραχιαία ρινική αρτηρία, που είναι κλάδος της οφθαλμικής (έσω καρωτίδας) και από την γωνιαία αρτηρία που είναι κλάδος της προσωπικής (έξω καρωτίδας).

Η γωνιαία φλέβα επικοινωνεί από την μια πλευρά δια μέσου της οφθαλμικής φλέβας με το σφραγγώδη κόλπο του κρανίου και από την άλλη διαμέσου της προσωπικής φλέβας με την έσω σφαγίτιδα.

Ο βλεννογόνος της μύτης αιματώνεται από την πρόσθια και οπίσθια ηθμοειδή αρτηρία που είναι κλάδος της οφθαλμικής (έσω καρωτίδα) και τροφοδοτούν το ανώτερο τμήμα των ρινικών θαλάμων.

Η πλάγια και οπίσθια ρινική αρτηρία τροφοδοτούν το πλάγιο ρινικό τοίχωμα, ενώ η διαφραγματική αιματώνει το ρινικό διάφραγμα.

Οι δύο αυτές αρτηρίες προέρχονται από την σφηνουπερώια κλάδο της γναθιαίου αρτηρίας (έξω καρωτίδα).

Η διαφραγματική αρτηρία αναστομώνεται με την ρινοϋπερώια αρτηρία, που περνώντας τον τομικό πόρο μεταβαίνει στην υπερώα. Στο πρόσθιο τμή-

μα του ρινικού διαφράγματος βρίσκεται επιφανειακό πλούσιο αγγειακό πλέγμα που είναι η συνηθέστερη αιτία των ρινικών αιμορραγιών.

ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο ρινικός βλεννογόνος κατέχει πλέγμα λεμφαγγείων που βρίσκεται στο βάθος και ένα επιφανειακό. Το τελευταίο αυτό συντελεί στην απαραίτητη ύγρανση του αέρα που εισπνέεται. Η λέμφος μερικώς διοχετεύεται προς τους υπογνάθιους λεμφαδένες.

Μεγάλη κλινική σημασία έχει το γεγονός ότι τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος της μύτης βρίσκονται σε σύνδεση με τον υπομηνιγγικό και με τον υπαραχνοειδή χώρο. Η αισθητήρια νεύρωση του εσωτερικού της μύτης προέρχεται από τον 1ο κοίλο κλάδο του τριδύμου.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Εκατοντάδες χρόνια πριν, πίστευαν ότι κύριος σκοπός της αναπνοής ήταν να φύξει το αίμα και ότι τα όργανα μέσα από τα οποία περνούσε ο εισπνεόμενος αέρας ήταν απλώς σωλήνες μεταφοράς του από και προς τους πνεύμονες. Ο MAGENDIE, το 1829, ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε την πολύ σημαντική, θερμορυθμιστική λειτουργία της ρινός. Στον άνθρωπο η ρις είναι τμήμα του αναπνευστικού συστήματος με κύριες λειτουργίες τη θέρμανση, ύγρανση και το φιλτράρισμα του εισπνεόμενου αέρα. Οι άλλες φυσιολογικές λειτουργίες της, η όσφρηση δηλ. και η συμμετοχή της στην παραγωγή της φωνής δεν θα μας απασχολήσουν γιατί είναι έξω από το σκοπό αυτής της εργασίας.

Εαν όργανο λοιπόν της αναπνοής η μύτη εκτελεί την ακόλουθη εργασία.

Θερμαίνει τον αέρα όταν διέρχεται από τις ρινικές κοιλότητες και τον υγραίνει όπως επίσης τον καθαρίζει από τις χονδρότερες προσμύξεις του (σκόνη κ.α.) και απολυμαίνεται σε ένα βαθμό από την δράση της λυσσοζύμης.

Ο κύριος καθαρισμός γίνεται μέσα στην ρινική κοιλότητα όπου τα τεμαχίδια της σκόνης και τα μικρόβια που βρίσκονται μέσα στον εισπνεόμενο αέρα κολλούν στο ρεύμα της βλέννας που κινείται από τους κροσσούς του κροσσώτου επιθηλίου και παρασύρονται προς το φάρυγγα. Από το φάρυγγα διοχετεύονται προς το στομάχι όπου καταστρέφονται από το HCL του. Η λυσσοτύμη του ρινικού εκκρίματος είναι σε θέση να εξουδετερώσει μερικά χονδροειδή μικρόβια. Το οπίσθιο μισό της μύτης πρακτικά σε υγιές άτομο είναι χωρίς μικρόβια.

Φυσιολογικά το ρεύμα του εισπνεόμενου από την μύτη αέρα, οδεύει

μεταξύ της μέσης και της κάτω ρινικής κόγχης προς τις χοάνες. Το ρεύμα του εκκινούμενου αέρα οδεύει δια μέσου των θαλάμων προς την αντίθετη κατεύθυνση λίγο όμως βαθύτερα από το προηγούμενο.

Η θέρμανση του αέρα γίνεται διαμέσου της άφθονης αιματώσεως από τα φλεβικά πλέγματα του βλεννογόνου και των ρινικών κογχών, ενώ η ύγρανση από την απόδοση υγρασίας του ρινικού εκκρίματος. Η ανταλλαγή αερίων στους πνεύμονες είναι συνδεδεμένη με ορισμένη ύγρανση και θέρμανση του εισπνεόμενου αέρα και φτάνει στους 34° C. Την προετοιμασία αυτή αναλαμβάνει η μύτη.

Ο βλεννογόνος της μύτης αποτελεί το έδαφος προκλήσεως πολλών αντανάκλαστικών, όπως το οσφρητικό (έκκριση σιέλου γαστρικών υγρών κ.λ.π.) ο παρμόδς - φτέρνισμα κ.α.

Από τα αντανάκλαστικά αναλυτικότερα διακρίνουμε τα εξής: ρινικό αντανάκλαστικό με την στενή έννοια μεταβολή καταστάσεως του ρινικού βλεννογόνου από επίδραση μηχανικών, θερμικών και χημικών ερεθισμών). Έτσι π.χ. με την εισπνοή θερμού αέρα γίνεται αποϊόηση, ενώ με την εισπνοή ψυχρού αέρα εξοϊόηση των ρινικών κογχών και αυξημένη έκκριση.

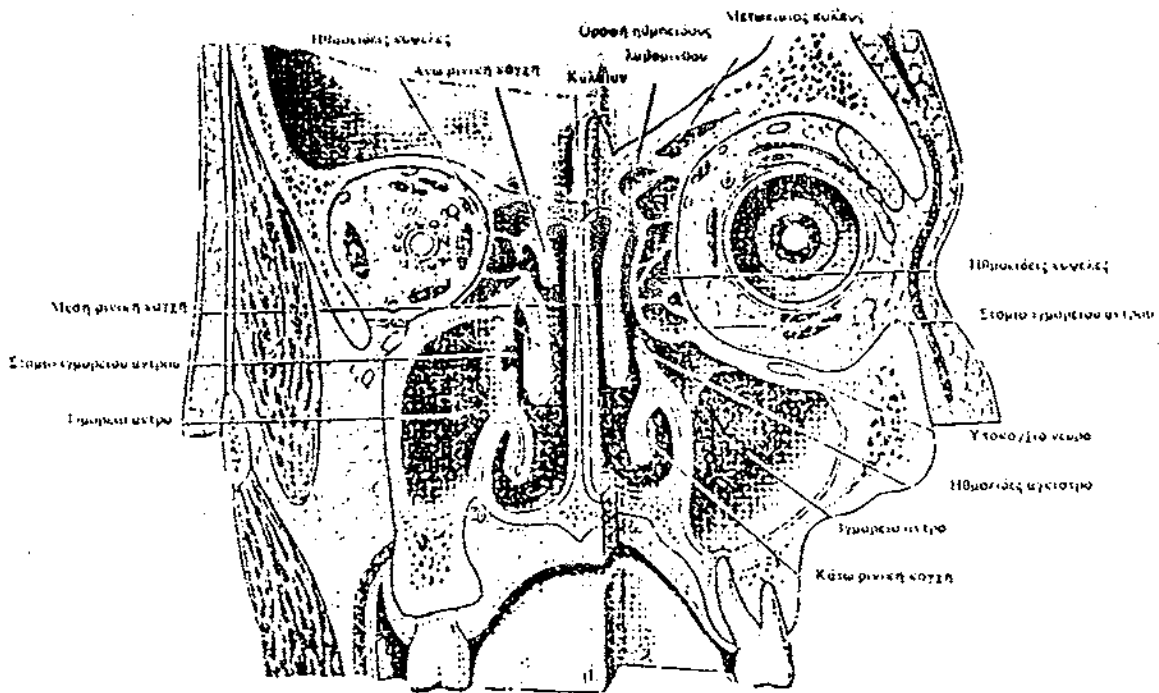
Ρινοπνευμονικό αντανάκλαστικό κατά το οποίο η στένωση ή η απόφραξη της μύτης δοχετα με την αιτία που την προκαλεί μπορεί να δημιουργήσει αυξημένη αντίσταση και ελαττωμένη ενδοτικότητα των πνευμόνων με ανάλογες επιπτώσεις στην αναπνευστική λειτουργία.

Ρινοκαρδιακό αντανάκλαστικό (π.χ. επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού).

Σε περίπτωση αναστολής της ρινικής αναπνοής εξαιτίας διαφόρων αιτιών (εξοϊόηση ρινικών κογχών, παρέκκλιση διαφράγματος, ρινικοί πολύποδες κ.λ.π.) γίνεται αντικατάστασή της από την στοματική αναπνοή.

Επειδή ο αέρας που εισπνέουμε από το στόμα δεν προθερμαίνεται,

δεν υγραίνεται και δεν καθαρίζεται από τη σκόνη, όπως αυτός που περνά από τη μύτη προκαλείται βλάβη στους βλεννογόνους του φάρυγγα, του λάρυγγα και των κατώτερων αναπνευστικών οδών και έτσι συχνά προκαλούνται χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις των οργάνων αυτών. Σε πολύ στενή μύτη ή εντελώς φραγμένη ο άρρωστος έχει και διαταραχές της ομιλίας. Η φωνή χάνει την φυσιολογική χροιά της (χρώμα)% και ακούγεται ως κλειστή ρινολαλιά.



Εικ. 7. Οι παραρρινικοί κόλποι του προσώπου.

ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΟΙ ΧΩΡΟΙ

Οι παραρρινικοί κόλποι είναι αεροφόροι χώροι που βρίσκονται μέσα στα οστά του κρανίου γύρω από την μύτη με την οποία επικοινωνούν δια μέσω των ρινικών πόρων. Είναι τοποθετημένοι δεξιά και αριστερά της μύτης έτσι λέγοντας για τον καθένα εννοούμε και τον αντίστοιχο της άλλης πλευράς.

ΜΕΤΩΠΙΑΙΟΣ ΚΟΛΠΟΣ

Αυτός έρχεται σε σχέση προς τα μπρός, με το μέτωπο προς τα πίσω, με τον πρόσθιο κρανιακό βόθρο και προς τα κάτω με τον οφθαλμικό κόγχο.

Στην βρεφική ηλικία λείπει εντελώς και μόλις κατά το 4^ο - 5^ο έτος της ηλικίας αρχίζει να διακρίνεται καθώς αυξάνεται το μέγεθος του προοδευτικά.

Συνήθως υπάρχουν μεγάλες διαφορές στο μέγεθος μεταξύ δεξιάς και αριστεράς κοιλότητας και είναι δυνατόν σε ενήλικους να λείπει αυτή μονοκλεύρως ή αμφοτεροπλεύρως. Ο εκφορητικός πόρος της μετωπιαίας κοιλότητας βρίσκεται στην έσω κάτω γωνία της και διαμέσου του μετωπορρινικού πόρου εκβάλλει στο πρόσθιο τμήμα του μέσου ρινικού πόρου.

ΤΟ ΙΓΜΟΡΕΙΟ ΑΝΔΡΟ

Είναι ο μεγαλύτερος από τους παραρρινικούς κόλπους και βρίσκεται μέσα στο σώμα της άνω γνάθου. Στην νεανική ηλικία είναι μόνο μια οχιομή στενή, που αυξάνει πολύ σε μέγεθος μετά την εμφάνιση των νεογιλών δοντιών. Ως την περίοδο αυτή γεμίζει από οδοντικούς πυρήνες και από σπογγώδες οστόν. Το μέγεθος και η μορφή του ιγμό-

ρειου άνδρου ποικίλει κατά κανόνα, έχει μορφή τετράπλευρης πυραμίδας, της οποίας η βάση αποτελεί το έσω τοίχωμά του. Το άνω τοίχωμά του το χωρίζει από τον οφθαλμικό κόγχο. Το κάτω τοίχωμά του αντιστοιχεί στην φατνιακή απόφυση της άνω γνάθου και στην έξω μείρα της σκληράς υπερώας. Έτσι οι ρίζες μερικών δοντιών είναι ενδεχόμενο να διαπερνούν το τοίχωμα τούτο και να προβάλλουν μέσα στο άνδρον με όλες τις συνέπειες επί βλάβης αυτών. Το έσω τοίχωμα του άνδρου αποτελεί το χώρισμα από τη ρινική θαλάμη. Είναι λεπτό και στο ανώτερο τμήμα του έχει στόμιο που εκβάλλει στο μέσο ρινικό πόρο. Το πρόσθιο τοίχωμα καλύπτεται από την καρδιά και έχει στο πάνω μέρος το υποκόγχιο τμήμα και στο κάτω το κυνικό βοθρίο. Το οπίσθιο τοίχωμα του άνδρου σχετίζεται με τον πτερυγουπερώιο βόθρο και την έσω γναθιαία αρτηρία και τους κλάδους της.

ΟΙ ΗΘΜΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΨΕΛΕΣ

Οι κυψέλες αυτές αποτελούν ένα σύμπλεγμά 10-14 μικρών αεροφόρων κοιλοτήτων, που βρίσκονται στο λαβύρινθο του ηθμοειδούς οστού και μπορεί να επεκτείνονται στη γύρω περιοχή και μέχρι τη βάση του κρανίου. Διακρίνονται σε πρόσθιες και οπίσθιες ανάλογα με την θέση τους. Οι πρόσθιες είναι μικρότερες και περισσότερες και εκβάλλουν στο μέσο ρινικό πόρο, ενώ οι οπίσθιες είναι μεγαλύτερες και λιγότερες και εκβάλλουν στον άνω ρινικό πόρο.

Ο ΣΦΗΝΟΕΙΔΕΙΣ ΚΟΛΠΟΣ

Βρίσκεται μέσα στο σώμα του σφηνοειδούς οστού και χωρίζεται σε δύο κοιλοτήτες μ' ένα οστέινο διάφραγμα. Το μέγεθος και το σχήμα του είναι ασταθές και μπορεί να είναι μικρός, (πολύ σπάνια μέτριος) και μεγάλος (συνηθέστερος) ενώ σε 1% των ανθρώπων λείπει εντελώς.

Η κάθε μια από τις κοιλότητες του σφηνοειδούς κόλπου εκβάλλει με μικρό στόμιο στο αντίστοιχο σφηνοθημοειδές κόλπωμα.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

Η φυσιολογία των παραρρινικών κόλπων δεν έχει διευκρινιστεί. Από ορισμένους ερευνητές πιστεύεται ότι περιορίζουν το βάρος της κεφαλής και ότι χρησιμεύουν σαν βοηθητικά αντηχεία κατά την φώνηση, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι αποτελούν εμβρυϊκά υπολείμματα (όπως π.χ. η σκληροειδής απόφυση).

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κατά την λήψη του ιστορικού πρέπει να προσέξουμε αν υπάρχουν ή υπήρξαν λοιμώδεις ασθένειες και αν παίζουν κάποιο ρόλο ιδιοσυστασιακοί, κληρονομικοί, αλλεργικοί ή επαγγελματικοί παράγοντες στη γένεση και πορεία των ρινικών και παραρρινικών παθήσεων. Πρέπει να ερωτηθεί ο άρρωστος, αν έχει άγχος που εντοπίζεται αυτό και σε ποιά χρονική περίοδο της ημέρας γίνεται έντονότερο.

Για το είδος (πυώδης, βλεννώδης, ορώδης) και την ποσότητα της ρινικής εκκρίσεως, τη ρινική αναπνοή και τις οσφρητικές διαταραχές δεν πρέπει να λησμονούμε να ερωτούμε τον άρρωστο.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΨΗΛΑΦΙΣΗ

Αυτές προηγούνται από τις ειδικότερες εξετάσεις της μύτης. Είναι χρήσιμες εξετάσεις για την ανίχνευση διογκώσεων στην περιοχή των εξωτερικών τοιχωμάτων των παραρρινικών κοιλοτήτων και για την διαπίστωση πόνου με την πίεση στη συγκεκριμένη περιοχή.

Εκζεμα στην είσοδο της μύτης υποδηλώνει χρόνια πυώδη παραρρινοκολπίτιδα και σε παιδιά την ύπαρξη αδενοειδών εκβλαστήσεων. Η εξωτερική επισκόπηση συμπληρώνεται με την ανόσπαση της κορυφής της μύτης από τον αντίχειρα, οπότε είναι δυνατό να επισκοπήσουμε καλύτερα την είσοδο της μύτης.

Για εξέταση της λειτουργίας των ρινικών πτερυγίων ο άρρωστος έχει κλειστό το στόμα και αναπνέει βαθιά με την μύτη. Με τον τρόπο αυτό διακρίνουμε αν τα ρινικά πτερύγια εργάζονται φυσιολογικά ή αν

είναι χαλαρά και κατά την εισπνοή εισροφώνταν σαν βαλβίδα προς το ρινικό διάφραγμα οπότε αυτό γίνεται αιτία αναστολής της ρινικής αναπνοής.

ΠΡΟΣΘΙΑ ΡΙΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Αυτή αποτελεί την πιο απλή και βασική εξέταση του κύτους της μύτης. Γίνεται με τη χρησιμοποίηση του ρινοσκοπίου και του μετωπιαίου κατόπτρου για το φωτισμό της ελεγχόμενης περιοχής.

Κατά την εκτέλεση της πρόσθιας ρινοσκόπησης πρέπει να είναι υπόψη τα παρακάτω:

- α) Το δεξί χέρι πρέπει να σταθεροποιείται στο μέτωπο του εξεταζόμενου.
- β) Κατά την εισαγωγή του ρινοσκοπίου πρέπει να αποφεύγεται η μεγάλη πίεση προς την πλευρά του διαφράγματος γιατί αυτό είναι πολύ ευαίσθητο.
- γ) Τα δάκτυλα που κρατούν το ρινοσκόπιο δεν πρέπει να παρεμβάλλονται στο οπτικό πεδίο και να εμποδίζουν την επισκόπηση.

Με την πρόσθια ρινοσκόπηση ελέγχεται το τμήμα της πρόσθιας μοίρας του ρινικού διαφράγματος, η κάτω και μέση ρινική κόγχη, μέρος των αντίστοιχων ρινικών πόρων και το έδαφος των ρινικών θαλαμών μέχρι πέριπου της οσφρητικής σχισμής.

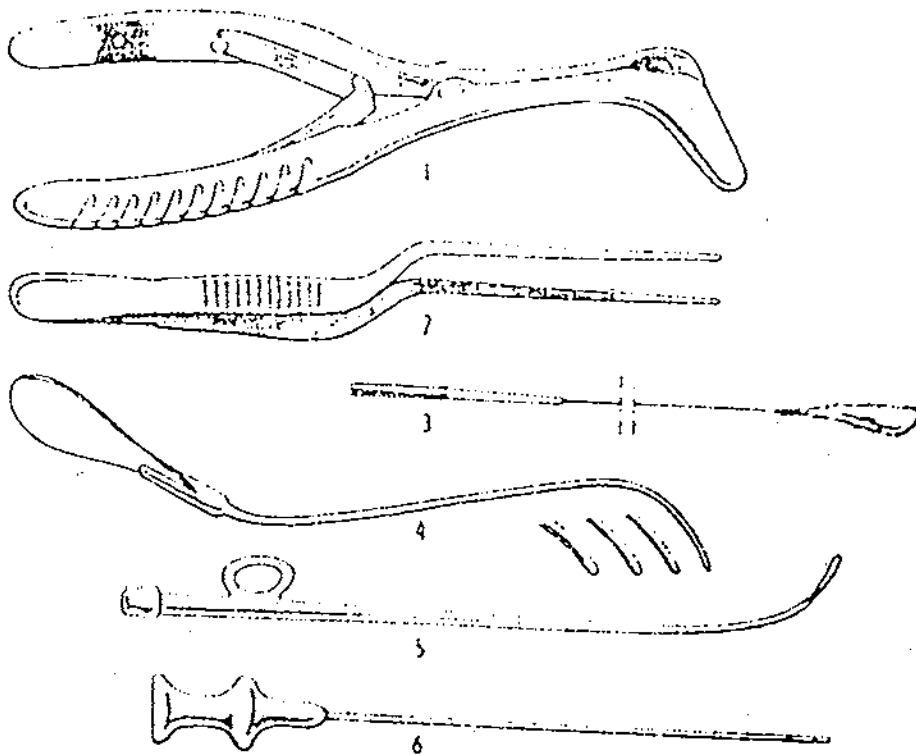
ΟΠΙΣΘΙΑ ΡΙΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Με τη μέθοδο αυτή εξετάζουμε τα οπίσθια τμήματα της ρινικής κοιλότητας και τις χοάνες συγχρόνως, όμως εφαρμόζεται η μέθοδος και για επισκόπηση του ρινοφάρυγγα.

Αυτή γίνεται από το στόμα με κάτοπτρο (διαμέτρου 12 χιλ. συνήθως) και με την βοήθεια του μετωπιαίου κατόπτρου για το φωτισμό

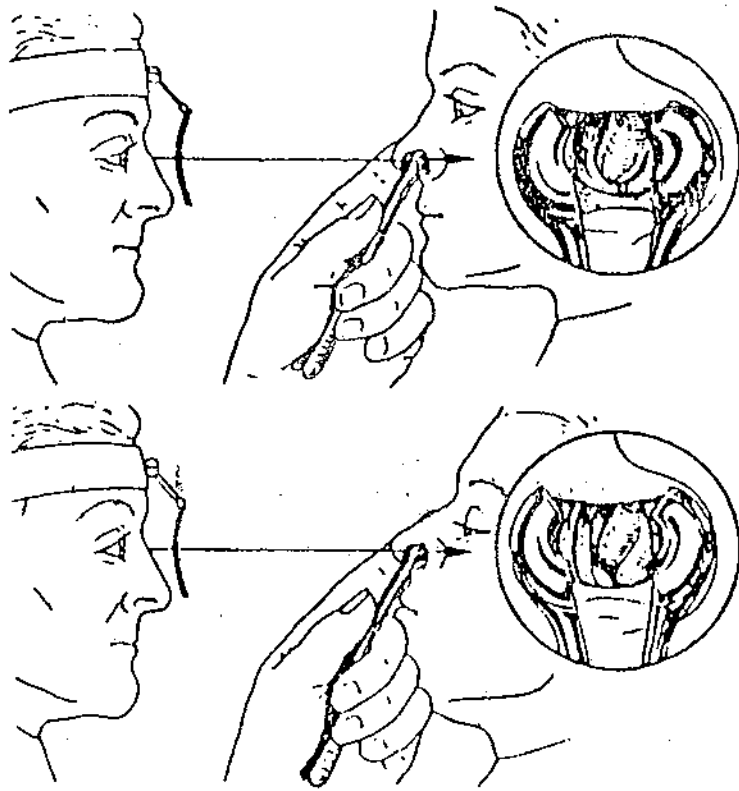
της περιοχής.

1.5.

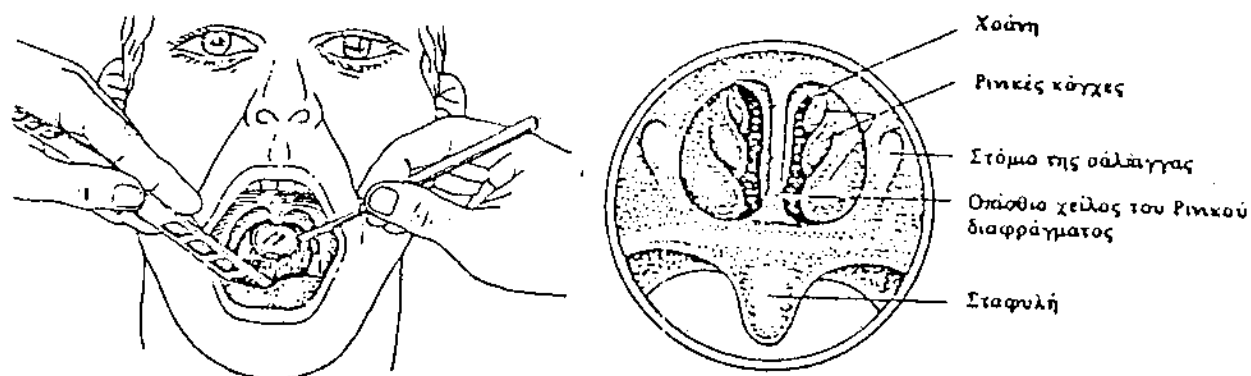


Εικ. 72. Σπουδαιότερα εργαλεία για την εξέταση της ρινός.
1) Ρινοσκόπιο, 2) Ρινολαβίδα, 3) Βαμβάκοφορέας, 4) Καθετήρας ρινο-μετωπιαίου πόρου
5) Καθετήρας πλάσεως ιγμορείου, 6) Βελόνα παρακεντήσεως ιγμορείου.

15.



Εικ. 73. Πρόσθια ρινοσκόπηση.



Εικ. 74. Οπίσθια ρινοσκόπηση.

Πριν εισαχθεί το κάτοπτρο θερμαίνεται ελαφριά για να μην θολώσει από τους υδρατμούς της ανακνοής του εξεταζόμενου και δοκιμάζεται η θερμότητά του στη ράχη του χεριού (για να είναι ανεκτή από τον εξεταζόμενο) έπειτα γίνεται κατάσπαση της γλώσσας με γλωσσοπίετρο και εισάγεται το κάτοπτρο στο βάθος του στοματοφάρυγγα.

Κατά το χειρισμό αυτό πρέπει να αποφεύγεται το άγγιγμα της σταφυλής, του φαρυγγικού τοιχώματος και της γύρω περιοχής (για να μην προκληθούν αντανακλαστικά).

Ο εξεταζόμενος πρέπει να έχει το στόμα ανοιχτό και να αναπνέει από την μύτη. Έτσι η μαλακή υπερώα απομακρύνεται από το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα προς τα εμπρός και αφήνει τον αυλό του φάρυγγα ανοιχτό για την επισκόπηση. Τότε το φως του μετωπιαίου κατόπτρου εστιάζεται στο οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα και με κατάλληλες κινήσεις του κατόπτρου φαίνεται στην ανακλώσα επίφάνειά του η εικόνα του οπίσθιου χείλους του ρινικού διαφράγματος της οπίσθιας μοίρας των ρινικών κογχών, των ρινικών χοανών, των τοιχωμάτων του ρινοφάρυγγα και των φαρυγγικών στομών των ευσταχιανών σαλπίγγων (δεξιάς και αριστερής). Η οπίσθια ρινοσκόπηση είναι αρκετά δύσκολη εξέταση και σε ευαίσθητα άτομα χρει-

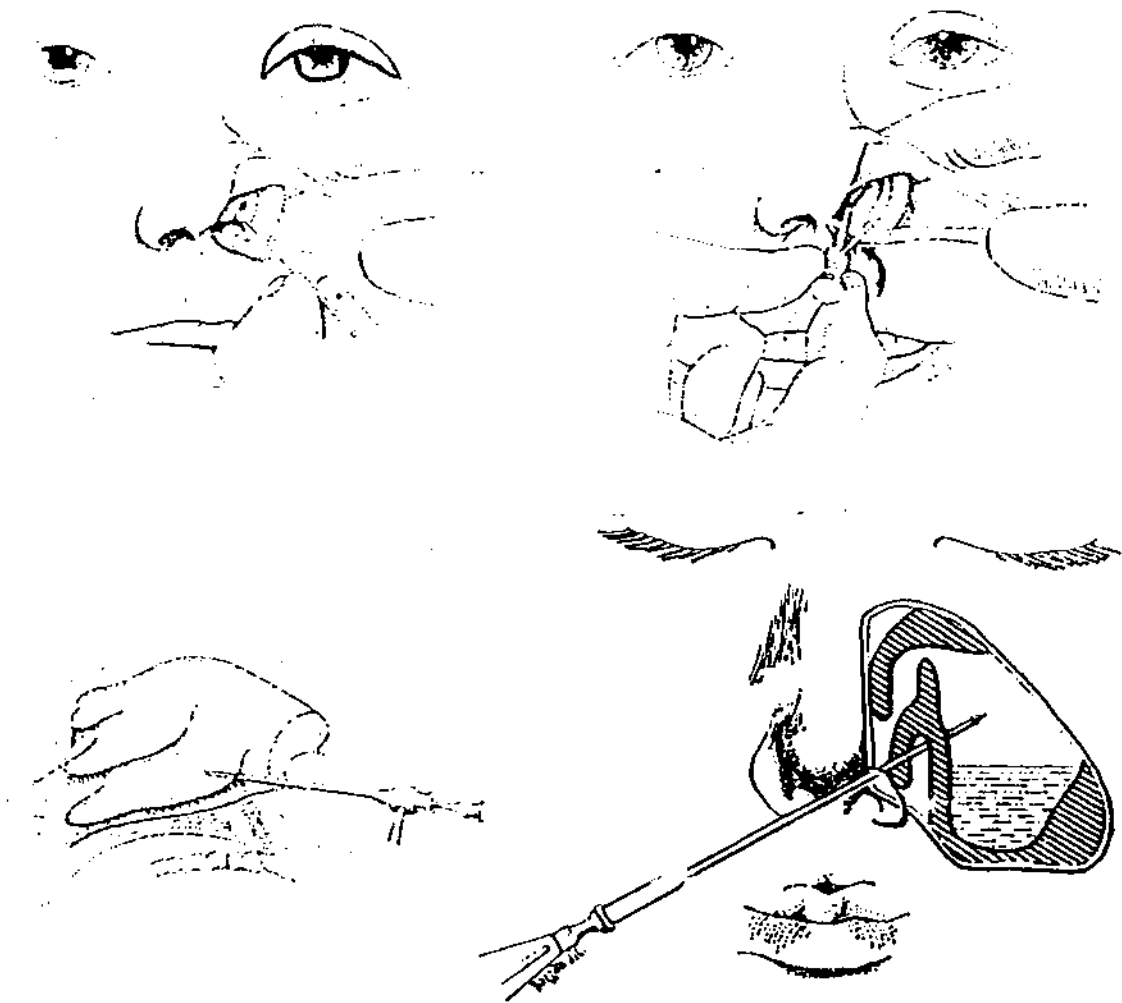
άζεται τοπική αναισθησία με ψεκάσμο του βλεννογόνου του φάρυγγα με διάλυμα ξυλοκαΐνης 10%. Σε άλλες περιπτώσεις χρειάζεται έλξη της υπερώας προς τα εμπρός.

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Αυτή αφορά την εξέταση των ιγμορείων και παρουσιάζει μόνο τη διαύγεια των αντρών. Η εξέταση γίνεται με σκοτεινό θάλαμο και συνίσταται στην εισαγωγή μικρού ηλεκτρικού λαμπτήρα στο στόμα του εξεταζόμενου. Από την φωτεινότητα των παρειών συμπεραίνεται αν τα ιγμορεία είναι ελεύθερα ή κατειλημένα (από πύον όγκο κ.λ.π.).

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΪΟΥ

Αυτή γίνεται από το έξω τοίχωμα του κάτω ρινικού πόρου με ειδική βελόνη παρακεντήσεως. Προηγείται τοπική αναισθησία και αντισηψία της περιοχής. Η βελόνη τοποθετείται κάτω από την κάτω ρινική κόγχη με διεύθυνση λοξή προς τα άνω και έξω και υθείται προς τα πίσω, τόσο ώστε να μην προχωρήσει περισσότερο από όσο πρέπει. Τότε αφαιρείται το έμβολο της βελόνης και προσαρμόζεται σίφων τύπου ENEMA με το οποίο εισάγεται φυσιολογικός ορός στο άντρο. Ο ορός αυτός μαζί με το περιεχόμενο του άντρου εξέρχεται από το πόρο του ιγμορείου και ρέει στη ρινική θάλαμη από το μέσο ρινικό πόρο. Το υγρό συλλέγεται και αποστέλλεται για εξέταση. Αντί για σίφωνα μπορεί να χρησιμοποιηθεί αναρροφητική ούριγγα που είναι και πρακτικότερη. Ανάλογη παρακέντηση μπορεί να γίνει και στο σφηνοειδή κόλπο ή τον μετωπιαίο κόλπο.



ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ (ΚΑΤΑ RITTER ΚΑΙ ΚΑΤΑ FOXEN)

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΗΣΗ

Η ακτινογραφική εξέταση αφορά κυρίως τον έλεγχο των παραρρινικών κόλπων και ελάχιστα τη μύτη (για ανίχνευση καταγμάτων).

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες ακτινογραφικές προβολές είναι:

α) πωγωνορινική (κατά WARER) στην οποία φαίνονται καλύτερα τα ιγμόρεια. Αν υπάρχει υπόνοια συλλογής υγρού στους κόλπους η ακτινογράφιση πρέπει να γίνεται σε όρθια θέση για να φανεί η υδραερική εικόνα. Με την ίδια ακτινογραφική προβολή ελέγχονται και τα ρινικά οστά, η μετωπιαία απόφυση της άνω γνάθου, οι μετωπιαίοι κόλποι.

- β) Η ρινομετωπική (κατά ADWELL) στην οποία φαίνονται καλύτερα οι μετωπιαίοι κόλποι και αρκετά καλά ο ηθμοειδής λαβύρινθος.
- γ) Η πλάγια ακτινογραφία κρανίου στην οποία φαίνεται καλύτερα ο σφηνοειδής κόλπος και μερικώς ο μετωπιαίος, το ιγμόρειο και οι ηθμοειδείς κυψέλες.
- δ) Οι λοξές προβολές στις οποίες φαίνονται καλύτερα οι ηθμοειδείς κυψέλες.
- ε) Η ακτινογραφία βάσεως του κρανίου στην οποία διαγράφονται καλά η βάση του κρανίου, ο σφηνοειδής κόλπος και οι ηθμοειδείς κυψέλες.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ

Είναι νεοτάτη μέθοδος ελέγχου των ιγμορείων. Με ειδικό μηχάνημα που παράγει υπερήχους ελέγχεται η κοιλότητα του ιγμορείου ως προς τη σύσταση του περιεχομένου της. Από τις λαμβανόμενες απαντήσεις προοιουρίζεται με σημαντική ακρίβεια αν πρόκειται για πυοκύστη, όγκο κ.λ.π.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Τέτοιες είναι η βιοψία και η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από ύποπτη νεοπλασία ή έλκος, η μικροβιολογική εξέταση εκκρίματος της μύτης, η οσφυονωτιαία παρακέντηση σε περίπτωση υποψίας για ρινογενή μηνιγγίτιδα, η εξέταση του αίματος κατά WASSERMANN σε ελκωτικές επεξεργασίες του εσωτερικού της μύτης, η μορφολογική και μικροβιολογική εξέταση του αίματος, η καθίζηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων (σε περίπτωση υποψίας για καρκίνωμα) και τελικά η εξέταση των ούρων.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

Αυτή αποτελείται από την εξέταση της διαπερατότητας της μύτης από τον αέρα, της οσφρήσεως, της χροιάς της φωνής και της ομιλίας.

Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών προκύπτουν συχνά πολύτιμα διαγνωστικά συμπεράσματα.

Η διαπερατότητα της μύτης από αέρα εξετάζεται αν ο εξεταζόμενος με το δάκτυλο αποφράξει τη μια ρινική θαλάμη και έχοντας κλεισμένο το στόμα αναπνέει με την άλλη θαλάμη, ενώ εμείς ελέγχουμε σύγχρονα τον εκπνεόμενο αέρα με το χέρι μας. Άλλη εξεταστική μέθοδος εφαρμόζεται με την τοποθέτηση τεμαχίου βαμβακιού ή ταινίας χαρτιού μπροστά στην είσοδο, στην αρχή της δεξιάς (η αριστερή είναι φραγμένη με το δάκτυλο) και στη συνέχεια της αριστερής μύτης, οπότε λέμε στον άρρωστο να βγάλει αναπνοή από τη μύτη βαθιά.

Τότε από τη διαφορά εύρους κινήσεως της ταινίας συμπεραίνουμε ποιά πλευρά της μύτης δεν είναι καλώς διαπερατή από τον αέρα. Εκτός από αυτό είναι δυνατόν να συμπεράνουμε για την διαφορά διαπερατότητας των δύο ρινικών θαλαμών από το μέγεθος της επιφάνειας θολώσεως μεταλλικής πλάκας που τοποθετείται μπροστά από την είσοδο της μύτης του άρρωστου και στην οποία ο εξεταζόμενος βγάζει αναπνοή. Με τις παραπάνω μεθόδους εξετάζεται πρακτικά η διαπερατότητα της μύτης από αέρα μόνο κατά την εκπνοή και όχι κατά την εισπνοή, που μπορεί να είναι διαφορετική.

Ακριβής εξέταση της διαπερατότητας της μύτης γίνεται μόνο με τη βοήθεια της ρινομανομετρίας που πρόκειται για ποσοτική εξεταστική μέθοδο. Με αυτή μετριέται η διαφορά πίεσεως του αέρα στην είσοδο της μύτης και στο ρινοφάρυγγα, τόσο κατά την εισπνοή όσο και κατά την εκπνοή με τη βοήθεια μανομέτρου, που συγχρόνως μετρά και την ταχύτητα του ρεύματος αέρα που περνά από τη μύτη. Η σχέση μεταξύ διαφοράς πίεσεως (αντιστάσεως) και ταχύτητας μας δίνει πληροφορίες για την ανα-

πνευστική λειτουργική κατάσταση της μύτης.

Η εξέταση της αισθήσεως της οσφρήσεως, που γίνεται χωριστά για κάθε ρινική θαλάμη, γίνεται με ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους. Οι ποιοτικές εξεταστικές μέθοδοι είναι απλές. Αφού αποφραξουμε με το δάκτυλο τη μια ρινική θαλάμη δίνουμε στην άλλη για οσφρηση διάφορες οσφρητικές ουσίες π.χ. φορμόλη κ.λ.κ. Το ίδιο επαναλαμβάνεται με όμοιο τρόπο και για την άλλη ρινική θαλάμη. Στη συνέχεια για διαφορική διάγνωση εξετάζεται πάντοτε η ευαισθησία σε ουσίες που ερεθίζουν το τρίδυμο π.χ. φορμόλη. Μετά απ'αυτά γίνεται και η εξέταση με οσφρητικές ουσίες που περιέχουν παράγοντες που ερεθίζουν και την αίσθηση της γεύσεως, (π.χ. χλωροφόρμιο - γλυκό - πικρό).

Ετσι σε περίπτωση ανοσμίας (πλήρης κατάργηση της οσφρήσεως), είναι δυνατό μια ουσία, που ερεθίζει το τρίδυμο ή τη γεύση, να γίνεται αντιληπτή και να δημιουργείται στον άρρωστο η οφραλή εντύπωση ότι οσφραίνεται ενώ πρόκειται απλώς για ερεθισμό του τριδύμου ή της γεύσεως γι'αυτό για διαφορική διάγνωση είναι απαραίτητη η πλήρης εξέταση.

Οι ποσοτικές εξεταστικές μέθοδοι συμπληρώνονται με τις ποιοτικές. Οι ποιοτικές μέθοδοι εξέτασεως της οσφρήσεως αποτελούν τη λεγόμενη οσφρησιομετρία, με την οποία καθορίζεται η οδός ερεθισμού του οργάνου της οσφρήσεως και η κόπωσή του και τα δύο υπολογίζονται από το βαθμό πυκνότητας της οσφρητικής ουσίας μέσα σε διαλύματα με διαφορετική περιεκτικότητα. Από τα αποτελέσματα των παραπάνω εξεταστικών μεθόδων είναι δυνατόν να προκύψουν τα ακόλουθα: ανοσμία δηλ. απόλυτη κατάργηση της αισθήσεως της οσφρήσεως, υποσμία δηλ. ελάττωση

της, παροουμία όταν δηλ. ο άρρωστος αντιλαμβάνεται να οσφραίνεται κάτι χωρίς να υπάρχει κάποια οσφρητική ουσία και τέλος κακοουμία όταν δηλ. ο άρρωστος έχει την εντύπωση ότι οσφραίνεται ύσοομες ουσίες χωρίς αυτές να υπάρχουν. Η τελευταία διαταραχή συνηγορεί για εγκεφαλικές επεξεργασίες.

Η αιτία των διαταραχών της οσφρήσεως είναι δυνατόν να εντοπίζεται στο όργανο υποδοχής μέσα στη μύτη οσφρητική περιοχή - REGIO OFACTONA, στις νευρικές όδοός ή στο κέντρο της οσφρήσεως. Επομένως η ακριβής διάγνωση των οσφρητικών διαταραχών είναι δυνατόν να οδηγήσει έγκαιρα στην ανακάλυψη όγκων του πρόσθιου ή μέσου κρανιακού βόθρου.

Τέλος, στη λειτουργική εξέταση της μύτης ανήκει και η εξέταση της φωνής και της ομιλίας για διαπίστωση του χρώματος (χροιάς), του τόνου της, διότι η μύτη και οι παραρρινικοί κόλποι κατά την ομιλία παίζουα ρόλο χώρων αντηχήσεως. Η προσφορά των συμφώνων μ,ν προϋποθέτει καλή διαπερατότητα της μύτης από τον αέρα, διότι αυτά προφέρονται χωρίς να φράζεται ο ρινοφάρυγγας από το υπερώιο ιστίο και έτσι ο αέρας περνάει διαμέσου της μύτης.

Σε μύτη φραγμένη ή στενώμενη από ρινίτιδα, από υπερτροφικές αδενοειδείς εκβλαστήσεις από όγκους ή πολύποδες το ρεύμα αέρα διαμέσου της μύτης εμποδίζεται να περάσει και έχουμε τη κλειστή ρινολαλιά, κατά την οποία η χροιά της ομιλίας είναι θαμπή, χωρίς χρώμα. Σε ανοικτή ρινολαλιά κατά την οποία δε φράζεται ο ρινοφάρυγγας από το υπερώιο ιστίο στη διάρκεια της ομιλίας, π.χ. σε περίπτωση παραλύσεως του υπερώιου ιστίου ή σε περίπτωση λυκοστέματος, όλοι οι φθόγγοι έχουν ρινική αντήχηση.

Για διαφορική διάγνωση των ρινολαλιών υποβοηθεί η δοκιμασία κα-

τά GUTZMANN. Κατ'αυτή λέμε στον εξεταζόμενο να προφέρει με εναλλαγή τα φωνήεντα α και ι, ενώ ανοίγουμε και κλείνουμε τη μύτη του με το χέρι μας. Σε ανοιχτή ρινολαλιά κατά την εκφώνηση του ι αισθανόμαστε ελαφρούς κραδασμούς του ρινικού πτερυγίου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το ρεύμα αέρα περνά διαμέσου της μύτης εξαιτίας ελλιπώς αποφράξεως του ρινοφάρυγγα. Σύγχρονα το ι έχει κάποια ρινική αντήχηση, ενώ σε φυσιολογική κατάσταση η χροιά του φωνήεντος ι, δε μεταβάλλεται τόσο σε ανοιχτή όσο και σε κλειστή μύτη.

Επίσης η θόλωση του μεταλλικού κατόπτρου που τοποθετούμε μπροστά στην είσοδο της μύτης κατά την διάρκεια της εκφώνησης των συμφώνων π και τ συνηγορεί για την ανοιχτή όσο και σε κλειστή μύτη.

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

ΟΞΕΙΑ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Είναι το λεγόμενο συνάχι ή κοινό κρυολόγημα. Οφείλεται σε ιο, που μεταδίδεται εξ'επαφής ή με σταγονίδια του πάχοντος. Η υγρασία και το ψύχος ευνοούν την εμφάνιση της οξείας ρινίτιδας, λόγω ελαττώσεως της γενικής αντιστάσεως του οργανισμού και προκλήσεως αγγειόσπασμου στο ρινικό βλεννογόνο.

Η συχνότητα στην παιδική ηλικία είναι μεγαλύτερη ίσως από προδιάθεση οφειλόμενη σε φλεγμονή ή υπερτροφία του λεμφικού ιστού του δακτυλίου του WALDEYER. Η υπερτροφία αυτή παρακωλύει την αναπνοή από τη μύτη, όπως και την απομάκρυνση της ρινικής βλέννης προς το φάρυγγα και έτσι ευνοεί την ανάπτυξη φλεγμονής.

Αρχικά προκαλείται ελάττωση της αντιστάσεως του ρινικού βλεννογόνου λόγω επίδρασης του ψύχους ή γενικά καταστάσεων οι οποίες προκαλούν ξηρασία του βλεννώδους στρώματος και αναστολή της λειτουργίας του κροσσώτου επιθηλίου. Εάν στο χρόνο αυτό επέλθει μόλυνση δια του ιού, προκαλείται φλεγμονή στην περιοχή που χαρακτηρίζεται από υπεραιμία, οίδημα και άφθονη διαυγή οροβλεννώδη έκκριση. Κατά το στάδιο αυτό, συνήθως γίνεται επίμολυνση από τα σαπροφυτόντα εκτός της ρινικής θαλάμης μικρόβια, τα οποία φαίνεται να ενεργοποιούνται εκ της ιογενούς φλεγμονής και της αναπτύξεως ευνοϊκών συνθηκών πολλαπλασιασμού τους. Τα μικρόβια αυτά (αιμολυτικός στρεπτόκοκκος, σταφυλόκοκκος, πνευμονιδόκοκκος και ο αιμόφιλος της ινφλουένζας) προκαλούν καταστροφή του κροσσώτου επιθηλίου και μερικές φορές εξέλκωση της επιφάνειας του ρινικού βλεννογόνου. Έτσι η ρινόρροια μεταπίπτει σε βλεννοπυώδη.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος εισβάλλει με αίσθημα καύσου στο ρινοφάρυγγα φταρνίσματα, ρήγη και ελαφρά αύξηση της θερμοκρασίας. Ακολουθεί ρινόρροια απόφραξη της μύτης, ανοσμία, κεφαλαλγία συνήθως αύξηση του πυρετού και γενική κακουχία. Αργότερα η ρινόρροια γίνεται βλεννοπυώδης και πυώδης. Μετά από 5 έως 10 ημέρες η νόσος υποχωρεί τελείως. Υπάρχει περίπτωση η φλεγμονή να επεκταθεί στους παρραρινικούς κόλπους του φάρυγγα, του λάρυγγα και να προσβληθεί ο βλεννογόνος της ευσταχιακής σάλπιγγος, οπότε παρουσιάζεται βαρηκοΐα και αίσθημα πίεσεως στ' αυτιά.

Κατά τη ρινοσκόπηση ο βλεννογόνος παρουσιάζεται οίδηματώδης, ερυθρός και διαπιστώνονται εκκρίσεις εντός των ρινικών θαλάμων.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της νόσου είναι απαραίτητα να γίνεται από ορισμένες λοιμώδεις νόσους, (ιλαρά, οστρακιά, κοκκύτη κ.λ.π.) οι οποίες μεταξύ των προδρόμων συμπτωμάτων παρουσιάζουν χαρακτηριστικά οξείας ρινίτιδας, όπως ρινική καταρροή.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Επιτυγχάνεται με την αύξηση της αντιστάσεως του οργανισμού, η οποία γίνεται με τη βελτίωση των όρων ζωής και εργασίας.

Πρέπει να αποφεύγονται κλειστοί, υπερθερμαινόμενοι και κακώς αεριζόμενοι χώροι όπου συχνάζουν πολλά άτομα. Ο εμβολιασμός πολλές φορές είναι δυνατόν να βοηθήσει. Για τα παιδιά πρέπει να λαμβάνονται τα ανάλογα μέτρα, επειδή δρούν προδιαθεσιακά οι φλεγμαίνουσες αδενοειδείς εμβλαστήσεις και αμυγδαλές. Προσοχή πρέπει να δίνεται επίσης

στη διατροφή, ενδύματα και άσκηση των παιδιών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ειδική θεραπεία για την νόσο δεν υπάρχει. Τα αντιβιοτικά πρέπει να δίνονται σε περίπτωση επιπλοκών. Η πενικιλίνη θεωρείται το αντιβιοτικό εκλογής. Τοπικά συνίσταται εισπνοές ευκαλυπτόλης και η εφαρμογή κάποιου αγγειοσυσπαστικού φαρμάκου με την μορφή σταγόνων ή ψεκασμών.

Η χρήση των αγγειοσυσπαστικών ανακουφίζει παροδικά τον άρρωστο, διευκολύνοντας την αναπνοή ελαττώνει όμως, όπως υποστηρίζεται από πολλούς, την αντίσταση του οργανισμού τοπικά. Γι'αυτό δεν πρέπει να γίνεται κατάχρηση αυτών. Η κατάκλιση βοηθά τον ασθενή και συγχρόνως τον απομονώνει έτσι ώστε να παρεμποδίζεται η μετάδοση και σε άλλα άτομα. Συνίσταται η χορήγηση αναλγητικών ή πόση θερμών ροφημάτων και η βιταμίνη C.

ΟΞΕΙΑ ΠΥΩΔΗΣ ΡΙΝΙΤΙΣ

Η ρινίτιδα αυτή ελάχιστα διαφέρει κλινικά από το κοινό κρυολόγημα. Απαντάται κατά τη διαδρομή εμπυρέτων, εξανθηματικών νόσων, όπως ιλαράς, οστρακιάς, επίσης σε γρίπη και σε μόλυνση από γονόκοκκους. Η ρινόρροια είναι πυώδης και άφθονη συνυπάρχουν δε και άλλες εκδηλώσεις της κυρίως νόσου, οι οποίες βοηθούν στη διάγνωση. Οι επιπλοκές είναι αρκετά συνηθισμένες γι'αυτό και θεωρείται σκόπιμη η χορήγηση πενικιλίνης ή κάποιου άλλου αντιβιοτικού, στο οποίο έχει βρεθεί ότι οι μικροοργανισμοί παρουσιάζουν ευαισθησία. Τοπικά συνίσταται πλύσεις της μύτης με κάποιο ελαφρό αντισηπτικό.

ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΡΡΟΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Είναι η μόνιμη εγκατάσταση ρινικών ενοχλήσεων. Ο άρρωστος αισθάνεται τη μύτη του βουλωμένη είτε από τη μια πλευρά είτε και από τις δύο συνεχώς. Επίσης έχει παχύρευστη βλεννοπιώδη οπισθορινική έκκριση που του προκαλεί συνήθως επίμονο ξηρό βήχα. Η όσφρησή του ελαττώνεται ή χάνεται και η φωνή του μπορεί ν'αλλάξει όταν η απόφραξη της μύτης είναι έντονη. Η κατάσταση αυτή οφείλεται στη διόγκωση των κάτω ρινικών κόγχων, (λόγω διατάσεως των σπραγγωδών κόλπων) στην ελάττωση των κροστών του εκιθηλίου & την αύξηση των λαγηνοειδών κυττάρων του βλεννογόνου. Με την πρόσθια ρινοσκόπηση ο βλεννογόνος φαίνεται συνήθως κόκκινος, άλλοτε όμως κυανωτικός, ωχρός και οιδηματώδης σκεπασμένος από εκκρίματα.

Το αίτιο είναι οι επανειλημμένες κρουσολές οξείας ρινίτιδος. Συμβάλλουν όμως πολύ και διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων, οι παραρρινοκολπίτιδες, η χρόνια αμυγδαλίτιδα, το κάπνισμα, ενδοκρινικές διαταραχές (ιδίως του θυρεοειδούς) οι κακές συνθήκες διαβίωσης κ.α.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΤΑΡΡΟΙΚΗΣ ΡΙΝΙΤΙΔΑΣ

Είναι κυρίως συμπτωματική. Επιβάλλεται όμως η αναζήτηση του αιτίου και η άρση του. Η τοπική θεραπεία πρέπει να γίνεται με προσοχή για να μην ερεθιστεί περισσότερο ο βλεννογόνος. Μεγάλη σημασία, ιδίως στα παιδιά, έχει η απομάκρυνση των ρινικών εκκρίσεων, που πρέπει να γίνεται με απόφυξη ή αναρρόφηση. Όταν η νόσος χρονίζει πολύ είναι ενδεχόμενο να υπερτραφεί ο βλεννογόνος της μύτης, οπότε

συνίσταται η καυτηρίαση των κάτω ρινικών κόγχων ή η αφαίρεση του υπερτροφικού βλεννογόνου σε περιορισμένη έκταση.

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Είναι μια κατάσταση υπερευαίσθησίας του οργανισμού έναντι ορισμένων ουσιών ή φυσικών καταστάσεων. Δεν είναι φλεγμονώδης νόσος αλλά ανοσοβιολογική εκδήλωση που παίρνει τη μορφή οξείας ρινίτιδας υπό διάφορες συνθήκες. Στην εκδήλωση της αλλεργίας ενοχοποιούνται, η κληρονομικότητα, οι ενδοκρινείς αδένες, η αστάθεια του νευροψυτικού συστήματος, οι ψυχολογικοί παράγοντες και η τοπική ευαισθησία η οποία προκειμένου για το ρινικό βλεννογόνο, δυνατόν ν' αυξηθεί μετά από μεταβολή των φυσικών χαρακτήρων του εισπνεόμενου αέρα ή σε τοπική φλεγμονή. Η αλλεργική ρινίτιδα χαρακτηρίζεται από άφθονη, υδαρή βλενώδη ρινόρροια που συνοδεύεται από ρινική απόφραξη. Συνήθως υπάρχουν και άλλα αλλεργικά φαινόμενα, όπως τα φταρνίσματα, η δακρύρροια, η φαγούρα στα μάτια ακόμη και βρογχικό άσθμα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της αλλεργικής ρινίτιδας πρέπει να βασίζεται σε μια συνολική και συστηματική ανάλυση και εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, που πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, τη κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο αντικειμενικός σκοπός ενός καλού ιστορικού είναι τριπλός:

- α) Να ανακαλύψει το υπεύθυνο αλλεργιογόνο ή αλλεργιογόνα.
- β) Να περιγράψει τη συνολική της νόσου, την έναρξη και την εξέλιξή της και

γ) Να δώσει μια συνολική εικόνα των ιατρικών προβλημάτων του αρρώστου.

Οι ερωτήσεις πρέπει να στοχεύουν στη διαπίστωση της ηλικίας έναρξης της νόσου συχνότητας διάρκειας ή εποχιακού χαρακτήρα των προσβολών, συμπτωμάτων (ρινόρροια, απόφραξη οπισθορινικές εκκρίσεις, ανουμία) και του είδους των εκκρίσεων (πυώδεις, βλεννώδεις ή υδαρείς).

Παράγοντες που προκαλούν τα συμπτώματα, όπως γύρη, τροφές, φάρμακα, μύκητες, ζωικά εκκρίματα, σκόνη σπιτιού, πρέπει να αναζητούνται προσεκτικά. Ασθενείς αλλεργικοί στη γύρη των δένδρων έχουν συνήθως συμπτώματα τον Απρίλιο και νωρίς το Μάιο, αυτοί που είναι στη χλόη το Μάιο και Ιούνιο στους μύκητες κυρίως τον Ιούλιο. Συμπτώματα σ' όλη τη διάρκεια του έτους οφείλονται κυρίως σε εκκρίματα ζώων ή στην σκόνη του σπιτιού.

Τα πιο σημαντικά τροφικά αλλεργιογόνα είναι αυγά, γάλα, σιτάρι, ξηροί καρποί, φάρια, οστρακοειδή και σοκολάτες, φάρμακα όπως η ρεζερκίνη και η προπανόλη επηρεάζουν το ρινικό βλεννογόνο, μέσω νευρικών μηχανισμών. Η ασπιρίνη επίσης μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις καθυστερημένες τόσο από τους βρόγχους όσο και από το βλεννογόνο της ρινός. Λεπτομέρειες σχετικές με κλιματολογικές συνθήκες, ορμονικές διαταραχές, σωματική κόπωση, λοιμώξεις πρέπει να αναζητούνται, όπως επίσης και κάθε πληροφορία σχετική με την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες κάθε θεραπείας που χορηγήθηκε προηγουμένως.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η φυσική εξέταση του αρρώστου με αλλεργική προδιάθεση συμπεριλαμβάνει τόσο τη γενική εμφάνισή του, που τις πιο πολλές φορές εί-

ναι φυσιολογική, όσο και τα τοπικά ευρήματα. Η εξωτερική εν' τούτοις επισκόπηση αποκαλύπτει μερικές φορές χρήσιμες λεπτομέρειες για τη διάγνωση. " μακριές μεταξένιες βλεφαρίδες " σκοτεινή νάχρωση υπέρχρωση ή οίδημα κάτω από τα βλέφαρα γραμμές MORGAN ή σημείο του DENNIE εντυπώματα στο πρόσωπο από το μαξιλάρι το πρωί (σημείο υποκλινικού οιδήματος), είναι πιθανά σημεία αλλεργικής ρινίτιδας και οφείλονται σε οίδημα των υποκογχίων φλεβών που αναστομώνονται με τις φλέβες που παροχετεύουν το ρινικό βλεννογόνο. Ξηρότητα του προσώπου, οίδημα, έκφραση κόπωσης, είναι σημάδια τροφικής αλλεργίας μάλλον παρά ευαισθησίας στα εισπνεόμενα αλλεργιογόνα. Τα ευρήματα από το ρινικό βλεννογόνο παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία και απαιτούν προσεκτική μελέτη και εκτίμηση. Δεν υπάρχουν παθογνωμικά σημεία. Η πρόσθια ρινοσκόπηση μπορεί ν' αποκαλύψει από ένα ξηρό, χωρίς απόφραξη, σχεδόν φυσιολογικό βλεννογόνο, μέχρι πλήρη απόφραξη από έντονο οίδημα, αφθονία εκκρίσεων και πολυκοειδή εκφύλιση. Ψυώδεις εκκρίσεις, σκολίωση του ρινικού διαφράγματος και υπερτροφία των κογχών είναι δυνατόν να κυριαρχούν στην κλινική εικόνα.

Η κλασική εικόνα των βιβλίων με τις σκούρες γαλάζιες οίδηματώδεις κόγχες και την λεπτόρευστη υάρη έκκριση είναι μάλλον η εξαίρεση παρά ο κανόνας. Τα τοπικά ευρήματα ποικίλουν ανάλογα με την εποχή και την οξύτητα της τοπικής αντίδρασης. Δεν είναι ασυνήθιστο στους χειμερινούς μήνες η αλλεργική αντίδραση να περιορίζεται σε μικρού βαθμού οίδημα, ερυθρότητα και σπάνιες εκκρίσεις. Επισκόπηση του φάρυγγα και του λάρυγγα μπορεί ν' ανακαλύψει κοκκιώδεις φλεγμονές, υπερτροφία του λεμφικού ιστού και οίδημα των πα-

ριοθμίων καμαρών και των φωνητικών χορδών. Η συρρίκνωση του ρινικού βλεννογόνου με τοπικά αγγειοσυσπαστικά ή η εξέταση με το άκαμπο ρινοφαρυγγοσκόπιο ψυχρού φωτισμού για καλύτερο έλεγχο, όταν υπάρχουν εμπόδια άκανθες, σκολίωση, υπερτροφία ή πολύποδες) όπως και η πρόσθια ρινοσκόπηση είναι όλες τεχνικές που βοηθούν στην διάγνωση. Την ωρ/κή εξέταση ακολουθεί απαραίτητα ένας γενικότερος έλεγχος κατά συστήματα για την ανεύρεση πιθανών σημείων αλλεργίας από τα επί μέρους όργανα (πεπτικό, οστά, δέρμα αρθρώσεις, ουροποιητικό κ.λ.π.). Ο εργαστηριακός έλεγχος συνίσταται στην αναζήτηση ηωσινόφιλων στο ρινικό έκκριμα και στην ανίχνευση ανοσοσφαιρίνης IgE που εκιτυγχάνεται με ευαίσθητες τεχνικές όπως η δοκιμασία PRIST γνωστή σαν " PAPER RADIOIMMUNOSORBENT TEST " είναι μια ευαίσθητη ακριβής και εύκολη σε εκτέλεση μέθοδος μέτρησης των ολικών ανοσοσφαιρικών E στο αίμα ή σε άλλα υγρά του σώματος. Είναι χρήσιμη όταν οι ανοσοσφαιρίνες E είναι αυξημένες αλλά δεν αποκλείει την αλλεργική νόσο όταν είναι φυσιολογικές.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ RAST

Είναι πολύ χρήσιμη για την ανίχνευση και μέτρηση αντισωμάτων ανοσοσφαιρίνης E σε διάφορα αλλεργιογόνα, όπως και για τη μέτρηση της δυναμικότητας των διαφόρων εκχυλισμάτων αντιγόνων. Έχει σοβαρά πλεονεκτήματα έναντι των κλινικών διαγνωστικών μεθόδων όπως αντικειμενικότητα, έλλειψη κινδύνων για τον άρρωστο και αποτελέσματα συγκρίσιμα με άλλα εργαστήρια.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ELISA

Είναι όμοιες στη βασική αρχή και στην εφαρμογή τους με τις

δύο προηγούμενες, διαφέρουν όμως στο ότι χρησιμοποιούνται έ-
ντυμα αντιραδιοσημασμένα αντί JGE αντισώματα.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ

Είναι οι πιο σημαντικές για τη διάγνωση της ρινικής αλλερ-
γίας. Οι τοπικές αντιδράσεις, πομφός και ερυθρηματώδης άλως που
προκαλούνται στο δέρμα από τα αλλεργιογόνα που ελέγχονται, είναι
άμεσου τύπου κυρίως και πολύ σπάνια καθυστερημένες. Οι PRAUSNITZ
και KUSTNER έχουν δείξει από παλιά ότι αυτές οφείλονται στην ύ-
παρξη στο αίμα του αρρώστου ειδικών για το αλλεργιογόνο που δοκι-
μάζεται αντισωμάτων. Οι δοκιμασίες αυτές έχουν αναγνωριστεί διε-
θνώς και έχουν γίνει αποδεκτές, γιατί εκτελούνται γρήγορα με ασ-
φάλεια και μικρή, σε σχέση με άλλες, ενόχληση για τον άρρωστο.
Διακρίνονται στις ενδοεπιδερμικές και ενδοδερμικές.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Φάρμακα Είναι γνωστό ότι τα αντιισταμινικά στις συνηθισμένες
θεραπευτικές δόσεις, καταστέλλουν την αντιδραστικότητα του δέρ-
ματος μέχρι μια εβδομάδα. Είναι απαραίτητη επομένως η διακοπή
τους για 24 - 48 ώρες τουλάχιστον, πριν εκτελεσθούν οι δερμοα-
ντιδράσεις.

Ηλικία Η αντιδραστικότητα του δέρματος είναι μεγαλύτερη κατά την
 τρίτη δεκαετία της ζωής και μειώνεται σημαντικά μετά την ηλικία
 των 50 ετών. Μειωμένη είναι επίσης κατά την παιδική ηλικία.

Χρόνια νοσήματα

Παθήσεις όπως ο καρκίνος, τα λεμφώματα και η σαρκοείδωση, που επη-
ρεάζουν τις λειτουργίες των T - λεμφοκυττάρων, δεν έχουν καμιά

επίδραση στην αντιδραστικότητα του δέρματος.

Οξέα νοσήματα Οξείες πυρετικές καταστάσεις μπορούν να μειώσουν την αντιδραστικότητα του δέρματος. Είναι σημαντικό να εκτελείται η δοκιμασία της ισταμίνης, όταν θέλουμε να ελέγξουμε την ευαισθησία στην πενικιλλίνη, σε αρρώστους με πυρετό που χρειάζονται αντιβιοτικά.

Ανοσοθεραπεία Η χρόνια προκαλεί ελάττωση των ανοσοσφαιρινών E (IGE) που κυκλοφορούν και συχνά γίνεται αφορμή για αρνητικές δερμοαντιδράσεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Στην αλλεργική ρινίτιδα όπως και σε κάθε νόσο, οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν αποφασιστικά την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής είναι η σωστή διάγνωση κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα και επαρκής ενημέρωση του ασθενούς.

Σ' αυτούς πρέπει να προστεθούν ένας αριθμός παραμέτρων που πρέπει να λαμβάνονται πάντοτε υπόψιν και που είναι δυνατό να συμβάλλουν στην επιτυχία ή αποτυχία μιας σωστά σχεδιασμένης θεραπείας. Αυτοί είναι: απορρόφηση φαρμάκου, κατανομή στον οργανισμό, συμμόρφωση του ασθενούς, αλληλεπίδραση φαρμάκων, ανοχή, απέκκριση, όξοσολογία. Η αξία και αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής κάθε ασθενούς πρέπει να εκτιμάται κατά διαστήματα σ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. Συχνά είναι αναγκαίες τροποποιήσεις, που πρέπει να βασίζονται πάντοτε σε μια προσεχτική ανάλυση και εκτίμηση των ωφελημάτων και παρενεργειών από την χορήγηση των φαρμάκων. Η θεραπεία ωστόσο της αλλεργικής ρινίτιδας συνίσταται στην ανεύρεση και αποφυγή του αλλεργιογόνου αιτίου. Παρά τη λήψη όμως και

των πιο σχολαστικών μέτρων, συνήθως δεν είναι κατορθωτή η τελεία απομόνωση του ατόμου από το αλλεργιογόνο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις βοηθάει η απευαισθητοποίηση του ατόμου. Αυτή γίνεται με την χορήγηση υποδερμικώς διαλυμάτων αλλεργιογόνου σταθερά αυξανόμενης πυκνότητας και πάντοτε ανάλογα και παράλληλα με την αύξηση της ανοχής του ασθενούς. Η απευαισθητοποίηση καλό είναι να γίνεται κατά το στάδιο της ηρεμίας, το οποίο προηγείται της εκδήλωσης της αλλεργικής κρίσης. Η θεραπευτική δράση της απευαισθητοποίησης αποδίδεται στην πρόκληση σχηματισμού μεγάλης ποσότητας αντισωμάτων, από τον οργανισμό τα οποία στην συνέχεια δεσμεύουν το αλλεργιογόνο και εμποδίζουν την ένωση αντιγόνου-αντισώματος στους ιστούς. Η χρήση αντιισταμινικών από το στόμα είναι αρκετά ικανοποιητική θεραπεία, το μόνο μειονέκτημα είναι ότι προκαλούν υπνηλία. Καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα φέρνει η χορήγηση αντιισταμινικών με κάποιο αγγειοσυσπαστικό.

Σε επίμονες μορφές επίσης, μπορεί να επιτευχθεί η έκχυση κορτικοστεροειδών βραδείας απορροφήσεως μέσα στο βλεννογόνο των κάτω ρινικών κογχών με καλά αποτελέσματα.

ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Η αγγειοκινητική ρινίτιδα είναι μαι αγνώστου αιτιολογίας μη εποχιακή ρινίτιδα, που μπορεί να προκληθεί από μια μεγάλη ποικιλία παραγόντων, όπως μεταβολές του καιρού, θερμοκρασίας, υγρασίας, ερεθιστικές ουσίες, σμύες και διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις.

Κάθε τύπος ρινίτιδας όμως συμπεριλαμβανομένης και της αλλεργικής μπορεί να παρουσιάζει συμπτωματολογία που προέρχεται από

τέτοιους παράγοντες εκομένως, θα πρέπει η νόσος να αποβίβεται πιο πολύ σε μία αυξημένη ετοιμότητα για αντίδραση του ρινικού βλεννογόνου, αποτέλεσμα μιας προϋπάρχουσας παθολογικής κατάστασης και όχι να θεωρείται ότι αποτελεί ιδιαίτερη κλινική οντότητα. Αν συνεπώς αντιμετωπίσει κανείς την πρωταρχική πάθηση με ανοσοθεραπεία, αποφυγή του αλλεργιογόνου ή άλλο τρόπο, τότε και η αντιδραστικότητα του βλεννογόνου θα υποχωρήσει ή θα μειωθεί. Η πιο τυπική μορφή της νόσου είναι αυτή που συναντάται σε μερικά ηλικιωμένα άτομα, με μια επίμονη υδαρή ρινόρροια, που επιδεινώνεται στη διάρκεια των γευμάτων κυρίως ή είναι παρούσα σε πολλές άλλες καθημερινές δραστηριότητες. Ο κνησμός, οι κταρμοί, η ρινική απόφραξη και τα άλλα συμπτώματα από το κατώτερο αναπνευστικό, υπάρχουν σε πολύ μικρό βαθμό ή απουσιάζουν τελείως.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία με τα κορτικοστεροειδή, αντιισταμινικά, αγγειοσυσπαστικά και τη χρωμογλυκίνη δεν δίνει κανένα αποτέλεσμα. Μόνο το φάρμακο IPRATROPIUM έχει διαπιστωθεί ότι έχει κάποια θεραπευτική δράση.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Η φαρμακευτική ρινίτιδα είναι φλεγμονή του ρινικού βλεννογόνου, που προκαλείται από τη μακρά χρήση φαρμάκων που εφαρμόζονται τοπικά, για τη θεραπεία κάποιας πάθησης της ρινός ή χορηγούνται συστηματικά για την αντιμετώπιση άλλης άσχετης νόσου. Οι παθολογικοί μηχανισμοί διαφέρουν, ανάλογα προς την οδό χορήγησης του υπεύθυνου φαρμάκου. Τα τοπικά αγγειοσυσπαστικά ελαττώνουν την

αιμάτωση του ρινικού βλεννογόνου, που στη συνέχεια ακολουθείται από υπεραιμία και οίδημα. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να είναι συνέπεια βλάβης των αγγείων ή του επιθηλίου του βλεννογόνου και να καταλήξει τελικά σε ατροφία ή υπερπλασία αυτού.

Η φαρμακευτική ρινίτιδα που προέρχεται από την συστηματική χορήγηση φαρμάκων, προκαλείται από τη διόταση του αγγειακού δικτύου του ρινικού βλεννογόνου, χωρίς να υπάρχει φλεγμονή ή καταστροφική ιοτών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της ρινίτιδας από τοπική χρήση φαρμάκων, παρουσιάζει ένα τυπικό ιστορικό που κάνει τη διάγνωση εύκολη. Οι ασθενείς έχουν συνήθως μια προϋπάρχουσα ρινική πάθηση για την οποία η χορήγηση τοπικών αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων έχει αποδειχτεί πολύ αποτελεσματική για τη διατήρηση ελεύθερης ρινικής αναπνοής. Καθώς όμως συνεχίζεται η χρόνια χρήση του φαρμάκου η αποτελεσματικότητά του βαθμιαία μειώνεται γεγονός που καθιστά αναγκαία τη χρήση του συχνότερα. Η ρινίτιδα που προκαλείται από συστηματική χορήγηση φαρμάκων, χαρακτηρίζεται από έντονη ρινική απόφραξη με πιεστικά άλγη πάνω από τους παραρρινίους κόλπους. Δεν υπάρχει κνησμός, ρινόρροια ή πταρμοί. Η έναρξή της είναι ταυτόχρονη ή αμέσως μετά τη χορήγηση του υπεύθυνου φαρμάκου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των δύο τύπων της φαρμακευτικής ρινίτιδας είναι τελείως διαφορετική. Στη συστηματική αρκεί η αναγνώριση και δια-

κοπή του υπεύθυνου φαρμακευτικού παράγοντα. Στην τοπική φαρμακευτική ρινίτιδα είναι πιο δύσκολη, γιατί η απλή διακοπή του φαρμάκου δεν είναι συνήθως ανεκτή από τον άρρωστο. Ρινικοί ψεκάσμοι ή σταγόνες με φυσιολογικό ορό βοηθούν στον καθαρισμό και όρροίζουν το φλεγμαίνοντα βλεννογόνο. Για την υποχώρηση του οιδήματος απαιτείται η τοπική ή συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών, που αντικαθίσταται βαθμιαία από αντιισταμινικά. Ουσιαστική βέβαια είναι και η αντιμετώπιση της αρχικής ρινικής πάθησης που προκάλεσε την κατάχρηση του φαρμάκου.

ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Από πολλά χρόνια είναι γνωστό ότι η κύηση είναι μια φυσιολογική κατάσταση, που μπορεί να προκαλέσει έντονα συμπτώματα ρινικής απόφραξης. Σε μια πρόσφατη μελέτη (1986), σε έγκυες γυναίκες χωρίς ιστορικό προϋπάρχουσας ρινικής πάθησης, διαπιστώθηκε συχνότητα 18,2%. Το 60% των γυναικών παρουσίασε τα συμπτώματα προς το τέλος του τρίτου μήνα, ενώ ο μέσος χρόνος έναρξης αυτών ήταν 3,7 μήνες. Η νόσος αποδίδεται στην αύξηση του επιπέδου των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Για την αντιμετώπισή της, αρκεί συνήθως η ενημέρωση της ασθενούς για την αιτία των συμπτωμάτων της, μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις θα χορηγηθεί κάποια ρινική αλοιφή μενθόλης για περιορισμένη χρονικά χρήση ή τοπικά κορτικοστεροειδή σε μικρές δόσεις. Αντιισταμινικά ή άλλα φάρμακα δεν χορηγούνται.

Υπερτροφική ρινίτιδα

Με την ονομασία της υπερτροφικής ρινίτιδας χαρακτηρίζεται

η μορφή εκείνη της χρόνιας ρινίτιδας στην οποία η κύρια αλλοίωση του ρινικού βλεννογόνου είναι η εξοίδηση. Ο βλεννογόνος μπορεί να είναι σ'όλη την επιφάνειά του παχυμένος ή η υπερπλασία του ν'αφορά μόνο την περιοχή των κόγχων και ιδιαίτερα την κάτω ρινική κόγχη. Η υπερπλασία του προσθίου και ιδιαίτερου οπίσθιου άκρου της κόγχης μπορεί να πάρει μεγάλη έκταση και η επιφάνειά της να είναι ομαλή ή θηλωματώδης. Αν υπάρχουν εκτεταμένες υπερπλασίες του οπίσθιου άκρου των κόγχων, οι ρινικές χοάνες σχεδόν φράζονται. Οι διογκώσεις των ρινικών κόγχων συχνά γίνονται ξαφνικά πολύ έντονες και συνδέονται με φταρνίσματα και άφθονη υδαρή ή βλεννώδη έκκριση. Στη συνέχεια είναι δυνατόν πάλι να μικραίνουν. Κατά την διάρκεια της νύχτας εξοιδαίνεται συνήθως η ρινική θαλάμη της πλευράς προς την οποία γέρνει ο άρρωστος. Σε περίπτωση υπερπλασίας της μέσης ρινικής κόγχης ο εισπνεόμενος αέρας προς την οσφρητική σχισμή φράζεται και αυτό οδηγεί σε διαταραχές της οσφρήσεως (αναπνευστική ανοσμία). Η διάγνωση της υπερπλασίας των πρόσθιων άκρων γίνεται με πρόσθια ρινοσκόπηση, ενώ της υπερπλασίας των οπίσθιων άκρων των ρινικών χοανών με την βοήθεια της οπίσθιας ρινοσκοπήσεως. Αν οι υπερπλασίες παρουσιάζουν υβώδη (σαν φράουλα) επιφάνεια και ιδιαίτερα όταν εντοπίζονται σε άτυπες θέσεις του ρινικού βλεννογόνου, υπάρχει υποψία για καρκίνωμα, σάρκωμα ή ψυματίωση. Γι'αυτό το λόγο η βιοψία για ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε περίπτωση σημαντικής αποφράξεως της μύτης και δυσχέρειας στην αναπνοή συνίσταται η ελάττωση του μεγέθους της ρινικής κόγχης.

Αυτό επιτυγχάνεται με:

α) Γαλβανοκαυτηρίωση Μετά από τοπική συνήθως αναισθησία χαρδασονται σε όλο το μήκος της κάτω ρινικής κόγχης και σε βάθος μέχρι το οστό 3 - 4 γραμμώσεις με γαλβανοκαυστήρα. Δίνεται προσοχή στον κίνδυνο που υπάρχει για τη δημιουργία αιμορραγίας και είναι προτιμότερο να γίνεται υποβλενογονίως δι' ειδικών βελόνων γιατί έτσι αποφεύγεται η καταστροφή του κροσσώτου επιθηλίου της κόγχης.

β) Κογχοτομή Γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέπει την εύκολη αναπνοή από τη μύτη, χωρίς να αφαιρεθεί μεγάλο τμήμα της κόγχης. Η αφαίρεση ολόκληρης της κάτω ρινικής κόγχης πρέπει να αποφεύγεται γιατί προκαλεί κατά κανόνα ατροφική ρινίτιδα.

ΑΤΡΟΦΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Είναι η μόνιμη ατροφία του ρινικού βλεννογόνου και του οστού των ρινικών κόγχων, που έχει σαν συνέπεια τη διεύρυνση των θαλάμων τη μετάπλαση του κροσσώτου επιθηλίου σε πλακώδες, την εκφύλιση των οροβλεννογονίων, αδένων και την επικάλυψη του βλεννογόνου από χονδρές και πολύ ύσσομες εφελκίδες. Διακρίνεται σε πρωτοπαθής και δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής ή όζαινα είναι άγνωστης αιτιολογίας. Μερικοί την αποδίδουν σε χρόνια φλεγμονή του ρινικού βλεννογόνου η οποία προκαλεί ενδορτηρίτιδα και περιαρτηρίτιδα των προτριχοειδών αρτηριών με αποτέλεσμα την ελάττωση της αιμάτωσης του ρινικού βλεννογόνου και την ατροφία του. Η εμφάνιση της νόσου συνδέεται επίσης με την χρόνια φλεγμονή των παραρρινικών κόλπων των αδενοειδών εκβλαστήσεων και των αμυγδαλών. Η νόσος απαντάται

συχνότερα σε ορισμένες φυλές (κίτρινη) και χώρες και πολλές φορές προσβάλλει άτομα της ίδιας οικογένειας. Έτσι παράγοντες όπως η διατροφή, το κλίμα, η κληρονομικότητα θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξή της.

Επίσης υπάρχει η άποψη ότι η νόσος οφείλεται σε διαταραχές της λειτουργίας των ενδοκρινικών αδένων. Η άποψη αυτή στηρίζεται κυρίως στο ότι προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες επιδεινώνεται δε μετά την εμμηνόπαυση.

Κλινική εικόνα

Οι εκδηλώσεις της νόσου αρχίζουν από την παιδική ηλικία. Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η έντονη δυσσομία, που ενώ από τους άλλους είναι ανυπόφορη, ο άρρωστος δεν την αισθάνεται γιατί έχει χάσει την όσφρησή του. Επίσης πολλοί άρρωστοι παραπονούνται για ακόφραξη της μύτης, (παρά την υπάρχουσα διεύρυνση των θαλάμων). Αυτό οφείλεται στην έλλειψη αισθητικότητας του βλεννογόνου, από την οποία ο άρρωστος δεν αντιλαμβάνεται την όσφο του αέρα, καθώς και στη συσσώρευση των εφελκίδων, η αφαίρεση των οποίων τον ανακουφίζει.

Με την πρόσθια ρινοσκόπηση διαπιστώνεται η παρουσία των εφελκίδων. Μετά την αφαίρεσή τους φαίνεται από τη ρινοσκόπηση η ατροφία της κάτω και της μέσης ρινικής κόγχης και η μεγάλη διεύρυνση των θαλάμων, η οποία μπορεί να είναι τόσο ώστε να γίνεται ορατό το οπίσθιο τοίχωμα του ρινοφάρυγγα, το πρόσθιο τοίχωμα του σφηνοειδούς κόλπου, οι κινήσεις της μαλακής υπερώας κ.α.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νόσος είναι ανίατη και συνεπώς η θεραπευτική αγωγή αποβλέπει μόνο στην ανακούφιση του αρρώστου. Η μύτη πρέπει να καθαρίζεται συχνά με πλύσεις φυσιολογικού ορού αφού γίνει αφαιρέση των εφελκίδων με λαβίδα. Η τοποθέτηση εντός των ρινικών θαλάμων υόρφιλου βάμβακος κατά την οίδημα του ύπνου παρεμποδίζει τον σχηματισμό των εφελκίδων και καθιστά ευκολότερο τον καθαρισμό της μύτης το πρωί. Μετά τις πλύσεις της ρινός με φυσιολογικό ορό γίνεται ψεκασμός ή επάλειψη του βλεννογόνου με STILBO-ESTRO 1% ή με υγρή βαζελίνη για την επιβράδυνση του σχηματισμού νέων εδελκίδων. Επίσης εφαρμόζονται οι διάφοροι χειρουργικοί μέθοδοι που σκοπεύουν στην ελάττωση του εύρους των θαλάμων. Αυτό επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση τεμαχίων χόνδριου οστού, ή πλαστικής ύλης, μεταξύ βλεννογόνου και οστέινου τοιχώματος της μύτης.

ΞΗΡΑ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Η ξηρά ρινίτιδα απαντάται συνήθως σε άτομα που ζούν σε περιβάλλον άφθονο σε σκόνη όπως οι εργάτες οικοδομών, αρτοποιοί, ανθρακωρύχοι κ.λ.π., προσβάλλει το πρόσθιο τρίτημόριο των ρινικών θαλάμων, όπου παρατηρείται μετάπλαση του κροσσώτου επιθηλίου σε πλακώδες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο ασθενής παραπονιέται για αίσθημα ξηρότητας και μερικές φορές για ρινορραγίες. Με τη ρινοσκόπηση ο ρινικός βλεννογόνος παρουσιάζεται ξηρός και ωχρός. Η ρινική βλέννη εκτείνεται μεταξύ του διαφράγματος και των κόγχων, σχηματίζει δε μικρές ξηρές ε-

φελκίδες, πολλές φορές αναμιγμένες με αίμα, οι οποίες όμως δεν είναι δύσοσμες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία συνίσταται στην απομάκρυνση του αίτους και τοπικά στην επάλειψη της περιοχής με κάποια λιπαρή ουσία, όπως υγρή παραφίνη.

ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Είναι είτε πρωτοκαθής, είτε δευτεροπαθής και οφείλεται στο κορουνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας. Εμφανίζεται ως οξεία και ως χρόνια μορφή.

Η οξεία μορφή εισβάλλει αποτόμως με υψηλό πυρετό, γενική κακουχία, με επιστάξεις και κόκκομη βλεννοπυώδη ρινόρροια.

Είναι βαριά νόσος που απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και ταχεία δραστική αντιμετώπιση.

Η χρόνια μορφή διατρέχει με ελαφρά συμπτώματα, δυσχέρεια της αναπνοής, πυώδη ρινόρροια, επιστάξεις και εξελκώσεις των ρωθώνων και του άνω χείλους. Η γενική κατάσταση όμως του αρρώστου παραμένει πολύ καλά ή ελάχιστα μόνο επηρεασμένη, έτσι ώστε να επισκεφτεί το γιατρό παραπονούμενος για τη μακροχρόνια απόφραξη της μύτης. Η διάγνωση γίνεται με την πρόσθια ρινοσκόπηση κατά την οποία βρίσκονται οι χαρακτηριστικές ψευδομεμβράνες και επιβεβαιώνεται με την μικροβιολογική εξέταση αυτών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χορηγείται αντιδιφθεριτικός ορός και πενικιλίνη σε επαρκείς δόσεις η οποία αποτελεί το αντιβιοτικό εκλογής. Τοπικά συνιστώνται ρινοπλύσεις με φυσιολογικό ορό ή ενστάλαξη σουλφοναμι-

δών. Οι πάσχοντες πρέπει ν' απομονώνονται μέχρις ότου μετά από επανη λημμένες καλλιέργειες αποδειχτεί, ότι δεν φέρουν πλέον το κορυνοβακτηρίδιο της διφθερίτιδας. Στις περιπτώσεις όπου οι καλλιέργειες είναι θετικές είναι απαραίτητο να ελεγχθούν οι καρρρινικοί κόλποι και ν' αφαιρεθούν οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις.

ΣΥΦΙΛΙΔΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Αυτή αποτελεί εκδήλωση είτε της συγγενούς είτε της επίκτητης ουφιλίδας. Πρωτοκαθής μόλυνση της μύτης είναι σπάνια. Εμφανίζεται είτε με την μορφή ραγάσας στην είσοδο της μύτης είτε με τη μορφή επιπέδου που καλύπτεται από γλοιώδες επίχρισμα, έλκους του βλεννογόνου του διαφράγματος που έχει σκληρή βάση και σκληρά, ελαφρά ανασηκωμένα χείλη και η γύρω από αυτό περιοχή είναι εξέρυθρη. Μερικές φορές ένα τέτοιο ουφιλιδικό έλκος του διαφράγματος εμφανίζει ιδιαίτερη τάση για ανάπτυξη μυκητωδών που αυτόματα η κατά την ψηλάφηση με καθετήρα εύκολα αιμορραγούν. Συνήθως προκαλεί έντονα άλγη που ακτινοβολούν στη γύρω περιοχή.

Η δευτεροπαθής σύφιλη της μύτης υπάρχει συνήθως σε βρέφη. Εμφανίζεται με μορφή οξείας ρινίτιδας. Ετσι θα πρέπει να υποθέτουμε ότι η οξεία ρινίτιδα του βρέφους έχει σχέση με σύφιλη όταν υπάρχουν βέβαια ενδείξεις για ύπαρξη κληρονομικής σύφιλης. Η δευτεροπαθής ουφιλιδική οξεία ρινίτιδα στους ενήλικες προκαλεί ασήμαντα ενοχλήματα. Η τριτογενής σύφιλη της μύτης αρχίζει ως κομμώδης οίδηση και συνδέεται γρήγορα με την εμφάνιση περιουσιτίδας και περιχονδρίτιδας του ρινικού σκελετού. Κατά προτίμηση προσβάλλεται από οστέινο τμήμα του διαφράγματος. Η περιουσιτίδα συνοδεύεται από ισχυρά άλγη, μέχρις ότου το πύον διασπείρει το βλεννογόνο.

Τα σημεία ρήξεως του βλεννογόδνου είναι ελκώδη και κάτω από αυτά με τον καθετήρα είναι δυνατό να ψηλαφίσουμε το απογυμνωμένο, νεκρωμένο οστόύν.

Σύγχρονα η μύτη αναδίδει έντονη δυσσομία. Το οστόύν έχει προβληθεί με μορφή μικρών ή μεγάλων τμημάτων που αν είναι ξαπλωμένος ο άρρωστος είναι δυνατό να πέσουν στο φάρυγγα ή στο λάρυγγά του ακόμη και να προκαλέσουν ενδεχομένως ασφυξία. Στο ρινικό διάφραγμα συνήθως κατά το οστέινο τμήμα του παραμένει μεγάλη διάτρηση. Κομμωματώδη έλκη στο έδαφος της ρινικής θαλάμης επεκτείνονται προς τη σκληρή υπερώα και οδηγούν σε διάτρησή της. Αν καταστραφεί ο ρινικός σκελετός, καθιζάνει το εξωτερικό τμήμα της μύτης εξαιτίας της συρρικνώσεως των ούλων και έχουμε τη δημιουργία της επιπιοειδούς μύτης. Επίσης από τη δημιουργία συμφύσεως είναι δυνατόν να έχουμε μερικές φορές απόφραξη των ρινικών θαλάμων ή των χοανών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αυτή γίνεται από τις κλινικές εκδηλώσεις και από τις ορολογικές αντιδράσεις. Η βιοψία από τους ιστούς που έχουν προσβληθεί και η ιστολογική και μικροβιολογική εξέτασή τους υποβοηθεί στη διαφορική διάγνωση από τη φυματίωση και το λύκο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή είναι τοπική και γενική. Η τοπική γίνεται με την απομάκρυνση των απολυμάτων και με την περιποίηση της μύτης. Η γενική γίνεται με τη χορήγηση αντισηπικών φαρμάκων (υψηλές δόσεις πενικιλίνης). Σε περίπτωση επιπιοειδούς μύτης επιβάλλεται για άρση της παραμορφώσεως και της δυσλειτουργίας της, ρινοπλαστική

επέμβαση.

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

Διακρίνουμε την πρωτοπαθή και τη δευτεροπαθή φυματίωση της μύτης. Η πρωτοπαθής οφείλεται σε μόλυνση της μύτης εξαιτίας εισπνοής βακίλλων φυματίωσης ή εμβολιασμού τους κατά τον καθαρισμό της μύτης με τα δάκτυλα.

Η δευτεροπαθή φυματίωση δημιουργείται, όταν υπάρχει ήδη στο άτομο φυματίωση των κατώτερων αναπνευστικών οδών δηλ. πνευμόνων, λάρυγγα ή φάρυγγα όταν οι βακίλλοι της φυματίωσης με τον εκπνεόμενο αέρα ή με το έκκριμα κατά το βήχα, το φτάρνισμα και τον καθαρισμό της μύτης φθάνουν στη μύτη. Εκτός από αυτό οι βακίλλοι της φυματίωσης είναι δυνατό να φθάσουν στη μύτη με την αιματική οδό από μια πρωτοπαθή εστία.

Οι εστίες στις οποίες κατά προτίμηση εντοπίζεται η φυματίωση της μύτης είναι ο βλεννογόνος του πρόσθιου ρινικού τμήματος και ειδικά η περιοχή του χόνδρου του ρινικού διαφράγματος και του πρόσθιου άκρου της κάτω ρινικής κόγχης. Από τα σημεία αυτά εκτείνεται η νόσος σ' όλο το μήκος και το βάθος της μύτης ενώ σύγχρονα με την δημιουργία σαρκοφυών ελκών διάτρηση του χόνδρου του ρινικού διαφράγματος ή διάβρωση του δέρματος της κορυφής της μύτης και του ρινικού πτερυγίου και παραμόρφωσή τους.

Μερικές φορές συνυπάρχει στο πάνω χείλος έκζεμα. Είναι δυνατόν η νόσος από τον κάτω ρινικό πόρο να επεκταθεί όχι σπάνια προς το ρινοδακρυϊκό πόρο και προς τον επιπεφυκότα.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Κάθε σαρκοφυής χρόνια φλεγμονή του ρινικού βλεννογόνου με ή χωρίς σχηματισμό εφελκίδων ή ελκών, πρέπει να θεωρείται ύποπτη για φυματίωση. Η διάγνωση γίνεται κυρίως με βιοψία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παλαιότερα με περιγεγραμμένες επεξεργασίες γινόταν εκτομή του τμήματός τους. Σήμερα επιτυγχάνουμε τη θεραπεία όλων των περιπτώσεων με μακροχρόνια χορήγηση (1 - 2) αντιφυματικών φαρμάκων όπως STREPTOMYCIN και Ισονιαζίδη και P.A.S.

ΛΥΚΟΣ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

Ο λύκος του βλεννογόνου της μύτης στις περισσότερες περιπτώσεις συνυπάρχει με το λύκο του δέρματος του εξωτερικού τμήματος της μύτης.

Οι χαρακτηριστικές για τη νόσο μικρές ερυθρωπές όιλογκώσεις του βλεννογόνου δύσκολα αναγνωρίζονται, ώστε είναι σχεδόν αδύνατο, να διαχωρίσουμε το λύκο του ρινικού βλεννογόνου από τη φυματίωση. Ο λύκος σπάνια επεκτείνεται στο βάθος του εσωτερικού της μύτης, μερικές φορές όμως είναι δυνατόν να επεκταθεί με μορφή αλμάτων.

Η νόσος από το βάθος της μύτης επεκτείνεται πιο πέρα και εμφανίζονται έτσι εστίες στο φάρυγγα ή στο λάρυγγα. Οι θέσεις που κατά προτίμηση προσβάλλει η νόσος είναι η οπίσθια επιφάνεια της μαλακής υπερώας και το ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας. Ο λύκος είναι δυνατόν να υποχωρήσει αυτόματα, εγκαταλείπει όμως ελλείματα στο διάφραγμα, στην κορυφή και στο πτερύγιο της μύτης καθώς και ουλώδεις στενώσεις της εισόδου της. Ως επικλοκή της νόσου αυτής είναι δυνατό μετά από παρέλευση ετών να εμφανιστεί στις καθο-

λογικές επεξεργασίες κακοήθης καρκινωμάτωσης νεοπλασία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Γίνεται με βιοψία

Η θεραπεία του λύκου του εξωτερικού δέρματος της μύτης είναι η ίδια όπως και του δέρματος των άλλων περιοχών του σώματος. Η θεραπευτική αγωγή είναι η ίδια όπως και της ψυματώσεως. Χορηγούμε επίσης βιταμίνη D.

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΒΟΕΣΚ (Σαρκοείδωση)

Η αιτιολογία της νόσου είναι ακόμα ασαφής και η συγγένειά με τη ψυματίωση δεν είναι βέβαιη. Κατ'αυτή διαπιστώνουμε στο δέρμα και στο βλεννογόνο της μύτης χρόνια κοκκιώματα με μορφή πολλαπλών μικρών όιογκώσεων ή με μορφή μιας μεγαλύτερης συμπαγούς όιογκώσεως που έχει χροιά ερυθροκύανη. Η διάγνωση γίνεται με τη βιοψία ιστολογικώς βρίσκονται κοκκία εκιθηλιοειδών κυττάρων με γιγαντοκύτταρα χωρίς τροποποίηση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή γίνεται με τη χορήγηση οκευασμάτων κορτιζόνης. Συμπαγή μεγάλα κοκκιώματα αφαιρούνται χειρουργικώς.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΡΙΝΙΤΙΔΩΝ

Οι αλλεργικές ρινίτιδες είναι στενά συνδεδεμένες με ορισμένες παθολογικές καταστάσεις από τη μύτη, τις παραρρινικές κοιλότητες και τα ότα. Απ'αυτές οι ρινικοί πολύποδες, η εκκριτική ωτίτιδα και οι φλεγμονές των κόλπων, είναι οι πιο σημαντικές και πολλές φορές θεωρούνται επιπλοκές.

ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ

ΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η συνηθέστερη αιτία παραρρινοκολπίτιδας είναι η επέκταση της φλεγμονής των ρινικών θαλαμών που γίνεται δια μέσου των στομίων των κόλπων, τα οποία εκβάλλουν στο κύτος της μύτης. Η κάθε μια από τις φλεγμονές των παραρρινικών κόλπων παίρνει το όνομα του κόλπου που πάσχει (ιγμορίτις, ηθμοειδίτις κ.λ.π.). Όταν όλοι οι κόλποι συμπύκνουν η κατάσταση λέγεται παγκολπίτις.

Η οξεία ρινίτιδα παίζει το σπουδαιότερο γενεσιουργό παράγοντα. Εκτός από την οξεία ρινίτιδα υπάρχουν και άλλες αιτίες που οδηγούν σε λοιμώξεις της περιοχής των παραρρινικών κόλπων όπως π.χ. οι οξείες λοιμώξεις νύσσι.

Κάποιο ρόλο για πρόκληση της νόσου παίζουν η ιδιοσυστασιακή προοιδήση του βλεννογόνου, το οίδημα στην περιοχή των εκφορητικών πόρων, η λοιμογόνος δύναμη των μικροβίων καθώς και η γενική κατάσταση του οργανισμού. Εκτός από αυτά σε διαπησεις των ρινικών κοιλοτήτων από ξένα σώματα ή από εστιακές φλεγμονές μπορεί να προκληθούν παραρρινοκολπίτιδες. Σε κακοήθεις και καλοήθεις νεοπλασίες της μύτης εξαιτίας των εκφορητικών πόρων των παραρρινικών κόλπων, από τον όγκο αναστέλλεται η είσοδος αέρα μέσα στο κόλπο. Καθώς και η έξοδος της εκκρίσεώς του που μολύνεται από τα μικρόβια που εισβάλλουν και μεταβάλλεται σε πυώδες υγρό. Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσονται αργά και χωρίς κλινικά συμπτώματα τα λεγόμενα λανθάνουσα εμπυήματα των παραρρινικών κόλπων. Άλλη σοβαρή πηγή λοιμώξεως που προέρχεται από την γειτονία των κόλπων είναι οι φλεγμονώδεις παθήσεις των οστέινων τοιχωμάτων τους. Έτσι προκαλούνται παραρρινοκολπίτιδες από οστεομυελίτιδα του

μετωπιαίου οστού, του οστέινου ρινικού σκελετού, του οστού της άνω γνάθου και της φαρυγγικής αποψύσεώς του.

Ειδικά για τα εμπυήματα των ιγμόρειων άνδρων σοβαρό αιτιολογικό ρόλο παίζουν οι βλάβες των δοντιών όπως οι οξείες ή χρόνιες περιδοντίτιδες και φλεγμονώδεις επεξεργασίες στην κορυφή της ρίζας του δοντιού. Οι παραρρινοκολπίτιδες που προκαλούνται με τον τρόπο αυτό ονομάζονται οδοντογενή εμπυήματα που δημιουργούνται από τη μύτη. Κυρίως υπαίτιοι για τις οδοντογενείς λοιμώξεις των ιγμορείων άνδρων είναι ο 4ος - 7ος γομφίος και σπανιότερα οι κυνόδοντες.

Επίσης ύστερα από αθώς μικρές επεμβάσεις στα όδοντια είναι δυνατόν να δημιουργηθούν εξαιτίας έντονης τοξικής βλάβης, σοβαρότερες παθήσεις στην περιοχή των παραρρινικών κόλπων. Ακόμη παραρρινοκολπίτιδες προκαλούνται ύστερα από κάταγμα των οστών του σπλαγχνικού κρανίου και των οστέινων τοιχωμάτων των παραρρινικών κόλπων.

Κατά τους θερινούς μήνες του έτους ιδιαίτερα στα παιδιά προκαλούνται κατά την κολύμβηση εξαιτίας εισόδου ακάθαρτου νερού μέσα στην μύτη κολπίτιδες και ωτίτιδες.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ

Η πορεία των παραρρινοκολπίτιδων ανάλογα με την αιτιολογία τους εμφανίζει διαφορές. Στις ρινογενείς παραρρινοκολπίτιδες η πορεία τις πιο πολλές φορές είναι καλοήθης και τυπική. Το αρχικό στάδιο της νόσου που χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη συμφόρηση και εξίδρωση του βλεννογόνου, ακολουθείται από μια στάσιμη φλεγμονώδη ψάση που τελικά υποχωρεί. Η υποχώρηση της νόσου γίνεται μερικώς με την εκκένωση του εκκρίματος από τον κόλπο προς την ρινική κοιλότητα και μερικώς με απορρόφηση του εξιδρώματος. Αν η αυτόματη εκκένωση του πύου παρεμποδίζεται εξαιτίας εξοιδήσεως του βλεννογόνου και σχηματισμού πολυκίδων

στον εκφορητικό κόβο του κόλπου ή εξαιτίας πολύ στενού στομίου, η πορεία της νόσου συνήθως μεταβάλλεται. Η παθολογική επεξεργασία παραμένει για μακρύτερο χρονικό διάστημα, το κύο παθαίνει απούνηθεση και με τον τρόπο αυτό δημιουργείται συνεχώς νέος ερεθισμός του βλενογονού για πυώδη εξέιδρωση. Εξαιτίας των εμποδίων αυτών που φράζουν τα στόμια των παραρρινικών κόλπων δημιουργούνται κλειστά, υποξεία εμπυήματα, που αν δεν γίνει η κατάλληλη θεραπεία τους, περνούν τελικά σε χρόνια στάδιο. Τα ρινογενή αυτά εμπυήματα των παραρρινικών κόλπων αναπτύσσονται συχνά μονοπλεύρως και μάλιστα από εκείνη την πλευρά στην οποία η σύστοιχη ρινική θαλάμη εξαιτίας σκολιώσεως του ρινικού διαφράγματος ή υπερτροφίας των ρινικών κογχών είναι στενή, δηλ. από την πλευρά στην οποία υπάρχει δυσχέρεια κατά την αποχέτευση του εκκρίματος του κόλπου. Η φλεγμονώδης επεξεργασία δεν καταλαμβάνει πάντοτε κατά τον ίδιο τρόπο όλες τις παραρρινικές κοιλότητες της ίδιας πλευράς. Έτσι σε ρινογενή παραρρινοκολπίτιδα στην οποία τις πιο πολλές φορές συμμετέχουν όλοι οι κόλποι της μιας πλευράς κατά το οξύ στάδιο είναι δυνατό η επεξεργασία σε ορισμένους κόλπους να υποχωρήσει σύντομα, αυτόματα ενώ σε άλλες να επιδεινωθεί ή να πάρει χρόνια πορεία. Συχνά συμβαίνει η οξεία φλεγμονή π.χ. του ιγμόρειου άνδρου και των ηθμοειδών κυψελών να υποχωρήσει, στην αρχή αυτόματα, επειδή όμως παραμένει ακόμη η μετωπιαία κολπίτιδα το κύο που προέρχεται από τον μετωπιαίο κόλπο μολύνει τους σύστοιχους παραρρινικούς κόλπους και έτσι η κατάσταση περνά σε χρόνια στάδιο. Η πορεία των παραρρινοκολπίτιδων που προκαλούνται από λοιμώδη νοσήματα εξαρτάται κατά κανόνα από την βαρύτητα της γενικής νόσου. Αν η λοιμώδης νόσος προχωρεί ελαφρά είναι δυνατό και η επιπλοκή από τους παραρρινικούς κόλπους να

είναι ελαφρή και να υποχωρήσει αυτόματα. Στην αντίθετη περίπτωση και η πορεία της παραρρινοκολπίτιδας είναι βαριά.

Πολλές περιπτώσεις οξείων ρινογενών παραρρινοκολπίτιδων και ειδικά όσες προκαλούνται από ελαφρή ρινίτιδα υποχωρούν μόνες τους όταν η παροχέτευση του εκκρίματος δεν παρεμποδίζεται. Μερικές φορές εκκενώνεται ξαφνικά ο κόλπος που πάσχει με απομότση της μύτης κατά την οποία βγαίνει ποσότητα πηκτής βλέννας και αυτόματα ο άρρωστος απαλλάσσεται από το άλγος. Άλλες οξείες παραρρινοκολπίτιδες περνούν σε χρόνια μορφή και μάλιστα εκείνες που η γένεσή τους οφείλεται σε βαριά λοιμώδη νόσο π.χ. γρίπη. Αυτές μερικές φορές εξελίσσονται με παράταση των συμπτωμάτων δηλ. με πυρετική κίνηση και άλγος ή με επιδείνωσή του, προκαλώντας περιοστίτιδα που τελικά οδηγεί σε ρήξη ενός από τα τοιχώματα του κόλπου ή του ιγμόρειου άνδρου, οπότε είναι δυνατόν να ψηλαφίσουμε στο πρόσθιο (προσωπικό) τοίχωμά του πάχυνση του περιοστέου.

Η κρίση σ' αυτό είναι επώδυνη. Αν δημιουργηθεί υποπεριοστικό απόστημα το δέρμα που βρίσκεται εκάνω από τον κόλπο που πάσχει και ιδιαίτερα το δέρμα των βλεφάρων γίνεται οίδηματώδης και κάπως εξέρυθρο και τελικά δημιουργείται ρήξη του αποστήματος προς το δέρμα. Έμπρηματα του ιγμόρειου άνδρου του μετωπιαίου κόλπου και των ηθμοειδών κυψελών είναι δυνατόν να υποστούν ρήξη προς τον οφθαλμικό κόγχο και να προκαλέσουν στην αρχή φλεγμονή του οφθαλμικού κόγχου ή απόστημά του, με μετατόκιση του οφθαλμικού βολβού και οίδημα των βλεφάρων και τελικά σε ευνοϊκές περιπτώσεις μπορεί να δημιουργηθεί εκκένωση του αποστήματος προς τα έξω διαμέσου ενός βλεφάρου. Εκεί όπου τοίχωμά του παραρρινικού κόλπου που πάσχει συνορεύει με την κρανιακή κοιλότητα (μετωπιαίος κόλπος, ηθμοειδείς, σφηνοειδείς

κόλπος) είναι δυνατόν η ρήξη του εμπυήματος να γίνει προς τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα το θάνατο.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα συμπτώματα μιας παραρρινοκολπίτιδας μπορεί να είναι διάφορα και εξαρτώνται από την αιτιολογία της φλεγμονής. Η εκέκταση μιας οξείας ρινίτιδας προς τις παραρρινικές κοιλότητες εκδηλώνεται συνήθως με ανύψωση θερμοκρασίας, αίσθημα πίεσεως στην κεφαλή και τοπική κεφαλαλγία, ιδιαίτερα στην περιοχή του μετωπιαίου κόλπου. Οι οξείες παραρρινοκολπίτιδες που εμφανίζονται στην γρίπη και στην ιλαρά εκδηλώνονται συνήθως με έντονα συμπτώματα δηλ. πυρετό που συνδέεται συχνά με ρίγος και έντονο άλγος. Μέσα σε λίγες ώρες ή ημέρες εμφανίζεται η ρινική έκκριση που γίνεται ολοένα ισχυρότερη, αρχικά οροαιματηρή και αργότερα βλεννοπυώδης ή καθαρά πυώδης. Εκτός από το έντονο άλγος στην περιοχή του κόλπου που πάσχει εμφανίζονται συχνά και έντονες νευραλγίες του υποκόγχιου νεύρου καθώς και διάχυτη κεφαλαλγία.

ΕΙΔΗ ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΩΝ

α. ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ

Αυτή μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφίπλευρη και να εκδηλωθεί υπό οξεία ή χρόνια μορφή. Η αιτιολογία και συμπτωματολογία της είναι όπως όλων των παραρρινοκολπίτιδων. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της είναι:

Στην οξεία μορφή, ο πόνος στη παρειά, αντανακλά προς το μέτωπο την κροταφική χώρα και τα δόντια της άνω γνάθου. Με την πίεση των δακτύλων βρίσκεται ευαίσθησία στο κυνικό βοθρίο. Υπάρχει πυρετός και βλεννοπυώδης ή πυώδης ρινόρροια και ενδεχομένως οίδημα της παρειάς.

Στην χρόνια μορφή η συμπτωματολογία είναι όμοια αλλά πολύ ελαφρότερη. Πολλές φορές μοναδικά σύμπτωμα είναι η πυώδης ρινόρροια ή επίμονη φαρυγγίτιδα. Στην οδοντογενή ιγμορίτιδα η ρινική έκκριση είναι συνήθως δύσοσμη.

Διαγνωστικές μέθοδοι:

Εκτός της προσθίας ρινοσκοπήσεως, η διαφανοσκοπηση, η παρακέντηση, η ενδοσκοπηση με τα άκαμτα ρινοσκόπια και η ακτινογραφία.

β. ΗΘΜΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα της οξείας ηθμοειδίτιδας είναι η εντόπιση του πόνου μεταξύ των οφθαλμών και πίσω από αυτούς.

Υπάρχει όμως και κεφαλαλγία, ρινική απόφραξη και απώλεια της οσφρήσεως. Στα παιδιά δυνατό να παρατηρηθεί ερυθρότητα του δέρματος και οίδημα στο πίσω μέρος της μύτης, καθώς και στους κανθούς που είναι ευαίσθητοι στην ψηλάφηση .

Στη χρόνια ηθμοειδίτιδα η κλινική εικόνα είναι όμοια αλλά πολύ ελαφρότερη. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ακτινογραφία.

γ. ΜΕΤΩΠΙΑΙΑ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Η φλεγμονή μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφίπλευρη και να παρουσιαστεί υπό οξεία ή χρόνια μορφή.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της είναι: το έντονο άλγος στη μετωπιαία χώρα και η μεγάλη ευαισθησία κατά την πίεση του κάτω τοιχώματος του κόλπου και κατά την επίκρουση του έξω τοιχώματός του.

Χαρακτηριστική είναι και η υπάρχουσα κεφαλαλγία γιατί εμφανίζεται το κρωί με το ξύπνημα του αρρώστου και περνάει έπειτα από λίγες ώρες μετά την έγερσή του. Τούτο ερμηνεύεται σαν αποτέλεσμα της συλλογής εκ-

κρίσεων στον κόλπο όλη τη νύχτα (πανικός πονοκέφαλος) και την παροχέτευσή τους όταν ο άρρωστος είναι όρθιος (αποδρομή του πονοκεφάλου) το αντίθετο συμβαίνει στην οξεία ιγμορίτιδα. Ενδεχομένως μπορεί να παρατηρηθεί οίδημα του άνω βλεφάρου, φωτοφοβία και πόνος κατά την κίνηση των οφθαλμών.

Η χρόνια μορφή έχει τα ίδια περίπου συμπτώματα αλλά ελαφρότερα. Η διάγνωση θα βασιστεί στην κλινική εικόνα και στην ακτινογραφία.

Εχδεχομένως να χρησιμοποιηθεί και παρακέντηση.

ΣΦΗΝΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Είναι η φλεγμονή του σφηνοειδοϋς κόλπου και παρουσιάζεται ως οξεία ή χρόνια. Συνήθως συνυπάρχει με άλλες παραρρινοκολπίτιδες και συχνότερα με την ηθμοειδίτιδα. Η διάγνωση της είναι αρκετά όδοκολη και πολλές φορές διαφεύγει ή συγχέεται με άλλες παθήσεις. Τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα είναι: α) το άλγος που εδράζεται στο κέντρο της κεφαλής και ακτινοβολεί προς τους κροτάφους, τις μαστοειδείς αποφύσεις και μερικές φορές πίσω από τα μάτια, β) η οπισθορινική έκκριση που ρέει προς το ρινοφάρυγγα και γίνεται αντιληπτή με την οπίσθια ρινοσκόπηση. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ακτινογραφία.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΩΝ

Η επέκταση της φλεγμονής της οξείας ή χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας στις γύρω συνήθως περιοχές και η όημιουργία σοβαρών επιπλοκών μπορεί να γίνει με τους παρακάτω τρόπους:

α) Με την βαθμιαία επινέμηση των παρακείμενων ιστών, εφ' όσον έχει διαβρωθεί το οστέινο τοίχωμα του κόλπου ή υπάρχουν ρηγματά του ή φυσιολογικές όδοί (πόροι) ή από μακροχρόνια πίεση (όπως στη βλεννογονοκήλη).

β) Από θρομβοφλεβίτιδα

γ) Με την κυκλοφορία του αίματος

δ) Με την κυκλοφορία της λέμφου

Οι σοβαρότερες επιπλοκές γίνονται από την επέκταση στους οφθαλμικούς κόγχους και στον εγκέφαλο.

Επιπλοκές από ρήξη του κόλπου προς τα έξω

Συνηθέστερα ρήξη προς τα έξω παρατηρείται σε πυώδη ηθμοειδίτιδα και μετωπιαία κοιλίτιδα, σπανιότερα και σε ιγμορίτιδα.

Στην αρχή σχηματίζεται στο εξωτερικό τοίχωμα του κόλπου που έχει προβληθεί περιοστίτιδα. Κατά την επισκόπηση για την ψηλάφηση διαπιστώνεται επώδυνη διόγκωση στον εσωτερικό κανθό, στο πρόσθιο τοίχωμα του μετωπιαίου κόλπου ή στην περιοχή του ιγμόρειου άντρου στην παρεΐδα.

Αν διοχετευτεί το πύο δια μέσου του σημείου ρήξεως, κάτω από το περιόστεο δημιουργείται υποπεριοστικό απόστημα, που κλυδάζει. Σε υποπεριοστικό απόστημα εξαιτίας πυώδους ιγμορίτιδας λείπει συνήθως ο κλυδάσμος διότι επάνω από το απόστημα βρίσκεται το παχύ μυϊκό στρώμα της παρεΐδας. Διαφορετική διάγνωση γίνεται, κυρίως από όγκους λείπει το επώδυνο της διόγκωσης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Απαιτείται χειρουργική επέμβαση και μάλιστα ριζική ανάρτηση του κόλπου. Σε περιοστίτιδα που βρίσκεται στην αρχή είναι δυνατόν να δοκιμαστεί η χορήγηση υψηλών δόσεων αντιβιοτικών αν όμως μετά από 48 ώρες δε σημειωθεί σαφής καλύτερευση της κατάστασεως δεν πρέπει να επιβραδύνουμε τη χειρουργική επέμβαση.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟ ΚΟΓΧΟ

Πυώδεις φλεγμονές των παραρρινικών κόλπων που συνορεύουν με τον οφθαλμικό κόγχο, όπως των ηθμοειδών κυψελών, του μετωπιαίου κόλπου και του ιγμόρειου άνδρου, είναι δυνατόν να επεκταθούν, εξαιτίας ρήξεως των τοιχωμάτων προς τον οφθαλμικό κόγχο και να οδηγήσουν στον σχηματισμό φλεγμονής και αποστήματός του. Σε περίπτωση ρήξεως του εδάφους του μετωπιαίου κόλπου το κύο από τον κόλπο ρέει προς τον οφθαλμικό κόγχο και έχει την τάση να διοχετεύεται προς τα έξω όηλ. προς το άνω βλέφαρο με αποτέλεσμα τη δημιουργία στην αρχή, οιδήματος και τελικά αποστήματος του άνω βλεφάρου που κλυδάζει.

Η εκδήλωση του προσταδίου της ρήξεως ενός εμπυήματος του ιγμορείου άνδρου προς τον οφθαλμικό κόγχο είναι συνήθως η εμφάνιση οιδήματος του κάτω βλεφάρου.

Φλεγμονές και αποστήματα του οφθαλμικού κόγχου προκαλούν περιορισμό των κινήσεων του οφθαλμικού βολβού και μεταωπιοσή του είτε προς μια πλευρά είτε προς τα κάτω, ανάλογα με την θέση του αποστήματος. Αν αυξηθεί πολύ η πίεση μέσα στον οφθαλμικό κόγχο προκαλείται πρόπτωση του βολβού και εξόφθαλμος. Σύγχρονα στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται με έντονο βαθμό επιπεφυκίτιδα με οίδημα. Εκτός από τις βλάβες μέσα στον οφθαλμικό κόγχο και στον οφθαλμικό βολβό προκαλούνται εξ' αιτίας παραρρινοκολπίτιδων και βλάβες των άλλων τμημάτων του ματιού. Έτσι σε εμπυήματα του σφηνοειδούς κόλπου είναι δυνατόν να προκληθεί βλάβη του χιάσματος του οπτικού νεύρου και περιφερική στένωση του οπτικού πεδίου. Ακόμη αν προσβληθούν οι οπίσθιες ηθμοειδείς κυψέλες και ο σφηνοειδής κόλπος είναι ενδεχόμενο να εμφανιστεί οπισθοβολβική νευρίτιδα του οπτικού νεύρου. Η πρόκληση της

βλάβης αυτής δεν έχει πάντοτε ως προϋπόθεση την ύπαρξη σοβαρής πυώδους φλεγμονής των παραρρινικών κόλπων που συνορεύουν με το οπτικό νεύρο αλλά είναι δυνατόν επίσης και ελαφρές καταρροϊκές φλεγμονές των οπίσθιων ηθμοειδών κυψελών να οδηγήσουν σε φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του οπτικού νεύρου εξ' αιτίας των οποίων να προκληθούν διαταραχές της όρασης.

Ο δακρυϊκός ασκός με το ρινοδακρυϊκό πόρο είναι δυνατόν επίσης να υποστούν βλάβη είτε εξαιτίας πύου μέσα στο ρινοδακρυϊκό πόρο είτε εξαιτίας ρήξεως εμπυήματος των ηθμοειδών κυψελών προς το δακρυϊκό ασκό.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γίνεται με άμεση χειρουργική επέμβαση και ριζική ανάρτηση της υπεθύουσας παραρρινικής κοιλότητας. Ιδιαίτερα σε φλεγμονή ή απόστημα του οφθαλμικού κόγχου, η χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνεται διότι μόνο με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να διασωθεί το μάτι και να αποφευχθούν ευρύτερες επιπλοκές, επικίνδυνες για τη ζωή του αρρώστου.

Σύγχρονα απαιτείται η χορήγηση υψηλών δόσεων αντιβιοτικών.

ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αυτές παίρνουν την μορφή της θρομβοφλεβίτιδας του σφραγγώδους κόλπου, του ακοστήματος του εγκεφάλου και της μηνιγγίτιδας.

Η θρομβοφλεβίτις του σφραγγώδους κόλπου οφείλεται στην εγκατάσταση σηπτικών εμβόλων που προέρχονται από τον πάσχοντα κόλπο.

Ο άρρωστος παρουσιάζει υψηλό πυρετό, ακαμψία του αυχένα, έντονη κεφαλαλγία στο βάθος του κρανίου και παραλύσεις από την 3η, 4η, 6η εγκεφαλική συζυγία (κοινό κινητικό, τροχιακό και απαγωγό νεύρο αντιστοίχως).

Συνοπάρχουν φυσικά και τα κλινικά σημεία του φλέγμονος (ή αποστήματος) του οφθαλμικού κόγχου, που γρήγορα επεκτείνεται και στο άλλο μάτι. Η όραση ελαττώνεται ραγδαία και φθάνει στην τύφλωση. Η ζωή του αρρώστου κινδυνεύει. Το απόστημα του εγκεφάλου γίνεται συνήθως από επέκταση της φλεγμονής των μετωπιαίων κόλπων. Το απόστημα οχηματίζεται κυρίως στο μετωπιαίο λοβό, σε περιοχή δηλ. που είναι συνήθως ασυμπτωματική, γι' αυτό παρουσιάζονται μόνο τα κλινικά σημεία της χωροκαταστατικής παρουσίας της πυώδους συλλογής. Συχνά όμως εκδηλώνονται και μεταβολές στον ψυχισμό του αρρώστου. Πάντως η αύξηση του πυρετού, η ακαμψία του αυχένα, η κεφαλαλγία και η επιδείνωση της γενικής καταστάσεως του αρρώστου πρέπει να θεωρούνται σημεία πιθανής εγκεφαλικής επιπλοκής.

Η μηνιγγίτις είναι επίσης επιπλοκή συχνότερα της φλεγμονής των μετωπιαίων κόλπων και παρουσιάζεται ιδίως σε περιπτώσεις που η κολπίτις έγινε μετά από προηγούμενο τραυματισμό ή κατάδυση ή αλλεργική ρινίτιδα. Η διάγνωση γίνεται από τα τυπικά κλινικά σημεία και συμπτώματα της μηνιγγίτιδας.

Η οστεομυελίτις που παρουσιάζεται κυρίως στις φλεγμονές των μετωπιαίων κόλπων και των ιγμορείων είναι συχνότερη στα νεαρά άτομα, λόγω της παρουσίας μυελού στα αντίστοιχα οστά των ατόμων αυτών. Επίσης οι κακώσεις και οι χειρουργικές επεμβάσεις ευνοούν τη δημιουργία οστεομυελίτιδας. Η οστεομυελίτις του μετωπιαίου οστού χαρακτηρίζεται από έντονα τοξικά φαινόμενα υπνηλία, οίδημα του άνω βλεφάρου και μαλακή διόγκωση που δίνει την εντύπωση ζύμης (όγκος του ΡΟΥΤ) στο μετωπιαίο οστό. Η κλινική πορεία ακολουθεί συνήθως διαλείπουσα μορφή με εξάρσεις και υφέσεις. Αν δε, η κατάσταση αφεθεί στην τύχη της μπορεί να αναπτυχθεί ενδοκρανιακή επιπλοκή με βαρύτερες συνέπειες

για τη ζωή του αρρώστου, ενώ αν η φλεγμονή βρεί διέξοδο σχηματίζονται συρίγγια από τα οποία ρέει πύον και αποβάλλονται παρασχίδες νεκρωμένου ιστού. Η οστεομυελίτις της άνω γνάθου που είναι απότοκος ιγμορίτιδας εκδηλώνεται με πυώδη ρινική έκκριση, έντονη οίδηγκωση της φαρυγγικής περιοχής που επεκτείνεται προς τη σκληρή υπερώα μέχρι τη μέση γραμμή. Η γενική κατάσταση είναι βαριά και αν δεν γίνει η κατάλληλη θεραπεία σχηματίζονται συρίγγια στην υπερώα από τα οποία μαζί με το πύον αποβάλλονται και απολύματα νεκρωμένου ιστού.

Η θεραπεία των επιπλοκών αυτών είναι παράλληλη με τη γενική θεραπευτική αγωγή των παραρρινοκολπίτιδων, ειδικότερα όμως συνίσταται η χορήγηση μεγάλων δόσεων αντιβιοτικών και η παροχέτευση των πυώδων συλλογών.



Εικ. 40. Απόστημα οφθαλμικού κόγχου από ηθμοειδίτιδα. (Κατά Bull).

ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΚΗΛΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

πρόκειται για σακκοειδή ανεύρωση του βλεννογόνου ενός από τους παραρρινικούς κόλπους που παίρνει τη μορφή κύστεως. Η παθογένειά της αποδίδεται σε απόφραξη ή ατρησία του πόρου του κόλπου σε εκφύλιση του βλεννογόνου κ.α.

Η κύστη που σχηματίζεται αρχικά μεγαλώνει βαθμιαία από την κατακράτηση του εκκρίματος του κόλπου και επεκτείνεται στη γύρω περιοχή, όπου δεν υπάρχει μεγάλη αντίσταση. Το περιεχόμενο της κύστης είναι διαυγές, παχύρευστο και στείρο μικροβίων. Μπορεί όμως αργότερα να επιμολυνθεί και η κύστη να διαπηθεί (πυοκήλη). Βλεννογονοκήλη σχηματίζεται συχνότερα από τον μετωπιαίο κόλπο, οπότε η κύστη πηγαίνει προς τα κάτω και ωθεί τον οφθαλμικό βολβό προς τα κάτω και έξω.

Ετσι σχηματίζεται μια διδγκωση στην περιοχή αυτή που δίνει την εντύπωση κριγμού σαν σπασμένο τσόφλι αυτού κατά την ψηλάφισή της. Ο άρρωστος δεν έχει άλλα ενοχλήματα εκτός από τα οφειλόμενα στην παρεκτόπιση του οφθαλμικού βολβού (διπλωπία) και στην παραμόρφωση της περιοχής.

Η βλεννογονοκήλη των ηθμοειδών κυψελών γίνεται δια μέσου του παχυριδδούς πετάλου και πιέζει τον οφθαλμικό βολβό, προκαλώντας ανάλογα ενοχλήματα. Γενικώς οι βλεννογονοκήλεις δεν προκαλούν πόνους ή άλλα ενοχλήματα εκτός των οφθαλμών. Όταν όμως επιμολυνθούν γίνονται επικίνδυνες από τα φλεγμονώδη φαινόμενα και το ενδεχόμενο ενδοκρανιακών ή οφθαλμικών επιπλοκών.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και την ακτινογραφία. Η θεραπεία συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση της κύστεως και την διάνοιξη του πόρου του κόλπου προς την ρινική θάλαμη.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΜΕΧΡΙ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί η παραμονή του ο' αυτό αποτελεί μέρος της όλης του ασθένειας και συνήθως δεν είναι η αρχή, αλλά ούτε πάντοτε και το τέλος της.

Το γεγονός αυτό αποτελεί βασικό σημείο το οποίο πρέπει η αδελφή να γνωρίζει. Ακόμη ο χρόνος παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο μικρός ή μεγάλος δεν μεταβάλλει τη στάση και τις υποχρεώσεις που έχει η αδελφή προς αυτόν.

Όφείλει λοιπόν η αδελφή να γνωρίζει τον παράγοντα άνθρωπο με όλες τις αδυναμίες και τις ευθύνες, ή τις συνήθειες που μπορεί να έχει.

Ανεξάρτητα λοιπόν από τον τρόπο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και τον χρόνο παραμονής του χρειάζεται απόλυτη κατανόηση, ότι ο εισερχόμενος άνθρωπος είναι πάσχων και γι' αυτό η συμπεριφορά όλων και κυρίως της αδελφής πρέπει να είναι ενδεοδειγμένη.

Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος εισαγωγής του ασθενούς στη νοσηλευτική μονάδα. Η κύρια και άμεση υπεύθυνη για την ασφάλεια και την εύκολη προσαρμογή του ασθενούς είναι η αδελφή.

Πρέπει να συντελέσει με τον τρόπο της στην εξάλειψη του φόβου και της αγωνίας που διακατέχει τον άρρωστο.

Η αδελφή είναι εκείνη που βρίσκεται κοντά στον ασθενή τις περισσότερες ώρες της ημέρας και γι' αυτό μπορεί με παρατηρήσεις και εκκεληγήσεις να συγκεντρώσει πληροφορίες που βοηθούν άμεσα στην διάγνωση και στον καθορισμό της θεραπείας.

Η παρατήρηση συγκεντρώνεται στα εξής σημεία:

α) Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και τυχόν μεταβολών της.

- β) Εκτίμηση διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενή
- γ) Επισημάνση αντιδράσεων του ασθενή στη θεραπεία
- δ) Μελέτη περιβάλλοντος του ασθενή

Στο ριάλιτι παραμονής του ασθενούς στο Νοσοκομείο η συνεργασία της Νοσηλεύτριας με τον ασθενή αποβαίνει πάντα αποτελεσματική και συμβάλλει στην ψυχική ηρεμία και γαλήνη του αρρώστου, ώστε όταν έρθει η ώρα της εξόδου να μην υπάρχουν προβλήματα που δημιουργήθηκαν από το περιβάλλον, αλλά μόνο αυτά που η ίδια η νόσος προκάλεσε.

Κατά την αποχώρηση προηγείται προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του. Υπάρχει σχετική ενημέρωση για τις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα βγει ο ασθενής από το Νοσοκομείο.

Η αδελφή δίνει την ευκαιρία να εκφράσει ο άρρωστος τυχόν φόβους και ανησυχίες απαντώντας στις κατάλληλες ερωτήσεις του.

Έτσι αναλαμβάνει να τον ησυχάσει και να του εμπνεύσει κάποιο πνεύμα αισιοδοξίας τόσο για την υγεία του όσο και για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του.

ΡΙΝΟΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Ρινίτιδα είναι η οξεία ή χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου της μύτης. Η οξεία οφείλεται κυρίως σε ιο συμβαίνει συχνότερα στους κρύους μήνες και στα παιδιά. Μεταδίδεται άμεσα με σταγονίδια κατά το βήχα ή πταρμό. Χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση γιατί προκαλούν σοβαρές επιπλοκές.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Ιστορικό Υγείας

- α. Αίθρημα καύσου και ερεθισμός με υπερέκκριση και απόφραξη των ρινικών οδών.
- β. Γενική αδιαθεσία, ρίγος, ελαφρός πυρετός, πονοκέφαλος, φτάρνισμα και δακρύρροια.
- γ. Σχηματισμός κρουστών στο βλεννογόνο με δυσσομία (όζαινα), διαταραχή αίσθησης όσφρησης, ταχύτητα φωνής και διαλείπων πονοκέφαλος.

2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- α. Η επιθεώρηση των ρινικών θαλαμών δείχνει:
 - 1) οιδηματώδη βλεννογόνο
 - 2) λείο και γυαλιστερό ρινοφάρυγγα
 - 3) οπίσθιες κόγχες μεγάλες που μπορεί να προέχουν μέσα στο ρινοφάρυγγα
 - 4) παθολογική ποσότητα συνεκτικού ιστού, υπερτροφία του ρινικού διαφράγματος, ατροφία της μεμβράνης και του χόνδρου (χρόνια ρινίτιδα)
 - 5) συλλογή ενοχλητικής τυρώδους μάζας με οροπυώδη έκκριση
- β. Μπορεί να υπάρχουν πυρετός, πονοκέφαλος και γενική κακουχία
- γ. Δακρύρροια μπορεί να υπάρχει

δ. Ο άρρωστος συχνά ψταρνίζεται και το έκκριμα της ρίνας είναι συνήθως όιαυγές.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

α) Ρινοσκοπική εξέταση

β) Γενική αίματος μπορεί να δείξει:

1) Λευκοκυττάρωση

2) Ελαφρά αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων

4. Άλλες πηγές δεδομένων

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

1. Αναπνευστική δεισλειτουργία λόγω οίδηματος του βλεννογόνου της μύτης.

2. Δυσχέρεια από τη ρινική απόφραξη.

3. Κακή κατάσταση του ρινικού βλεννογόνου.

4. Μεταβολές στην αίσθηση της όσφρησης.

5. κόπωση και ρίγη.

6. Μείωση των υγρών του οργανισμού.

ΕΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι

α) Υποχώρηση οίδηματος του βλεννογόνου και ρινικής συμφόρησης για απελευθέρωση των ρινικών οδών

β) Εξασφάλιση ενυδάτωσης του οργανισμού

γ) Πρόληψη έριπητα ρυθώνων

2. Μακροπρόθεσμοι

α. Διδασκαλία του άρρωστου για τον τρόπο χρήσης των φαρμάκων, για

την πρόληψη και για την σκουραιότητα της μετανοσοκομειακής φροντίδας του.

β. Συμβουλές που αφορούν το κάπνισμα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ασθενής που πάσχει από ρινίτιδα χρειάζεται ανάπαυση, άφθονα υγρά και διάφορες οημτικές ενστάλαξεις στη μύτη. Αυτές οι ενστάλαξεις μπορεί να γίνονται κάθε τέσσερις ώρες για μερικές ημέρες και ελαττώνουν τη ρινική συμφόρηση. ο άρρωστος κατά την ώρα της ενστάλαξης πρέπει να κάθεται αναπαυτικά με το κεφάλι ελαφρώς προς τα πίσω αλλά να στηρίζεται.

Αν είναι ξαπλωμένος τότε τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από τους ώμους του ώστε να κρατείται πάλι το κεφάλι προς τα πίσω, Σ' αυτή τη θέση πρέπει να μείνει επί 5 ώρες ώστε να προλάβει να απορροφηθεί το φάρμακο. Επειδή συχνά οι ίδιοι οι άρρωστοι κάνουν SPRAY ή ενστάλλαξη στη μύτη τους πρέπει να ενημερώνονται ακριβώς για τη θέση και την ακριβή χρήση του ενδείκνυόμενου φαρμάκου. Δεν πρέπει περισσότερο από τρεις σταγόνες ή τρεις εμφυσήσεις από SPRAY να τοποθετείται σε κάθε ρουθούνι. Μερικά φάρμακα προκαλούν έντονη ανησυχία και αίσθημα παλμών καρδιάς στον άρρωστο γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται μόνο κατά την εντολή του γιατρού.

Επίσης διάφορα αντιισταμινικά φάρμακα ανακουφίζουν τον άρρωστο από τα συμπτώματα ρινίτιδας επειδή όμως προκαλούν ζαλάδα δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν το άτομο οδηγεί ή εργάζεται σε μηχανήματα.

Οι άρρωστοι πρέπει μετά την ενστάλλαξη να εισπνέουν δυνατά και με τα δύο ρουθούνια, ανεξάρτητα αν η μια ρινική κοιλότητα έχει φλεγμονή, πρέπει να διατηρηθούν και οι δύο ρινικές κοιλότητες καθαρές ώστε να μην υπάρξει κίνδυνος επιμάλυνσης των παραρρινίων κόλπων ή

ακόμη και του μέσου αυτιού όια της ευσταχιανής σάλπιγγας. Το υλικό που χρησιμοποιείται πρέπει να είναι μιας χρήσεως και να καταστρέφεται αμέσως.

Αν η ρινική εκροή είναι πυκνή και συνεχίζει περισσότερο από δύο ημέρες θα πρέπει ο ασθενής να επισκεφτεί ειδικό γιατρό γιατί είναι πλέον ανάγκη να χρησιμοποιήσει αντιβιοτικά ή χημιοθεραπευτικά για την πρόληψη των επιπλοκών. Ατομά που έχουν υποτροπιάζουσες καταρροϊκές καταστάσεις πρέπει να τύχουν φροντίδας γιατρού γιατί υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθεί ρινική παραμόρφωση, πολύποδες σκολίωση του ρινικού διαφράγματος ή και χρόνια ιγμορίτιδα.

τέλος ο ασθενής με ρινίτιδα χρειάζεται καλή ανάπαυση, καλό ρυθμισμένη διαίτα και λήψη επαρκούς ποσότητας υγρών ώστε να ξεπεράσει εύκολα το πρόβλημά του και να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Κολπίτιδα είναι η φλεγμονώδης αντίδραση του βλεννογόνου των κόλπων που οφείλεται σε κατακράτηση εκκρίσεων ή την παρουσία αλλεργιογόνων ή παθογόνων οργανισμών. Αν όλοι οι κόλποι συμμετέχουν η κατάσταση λέγεται παγκολπίτιδα. Η ανεπαρκής παροχέτευση εξαιτίας αποφράξεων (πολύποδες, σκολίωση ρινικού διαφράγματος, υπερτροφικές κόγχες) ιογενής αλλεργική ρινίτιδα, οδοντική μόλυνση και μεταβολές στην ενδορρινική πίεση αποτελούν συχνές αιτίες κολπίτιδας. Επειδή ο ρινικός και κολπικός βλεννογόνος είναι συνεχόμενοι, οι μολύνσεις επεκτείνονται γρήγορα από το ρινικό στον κολπικό βλεννογόνο. Η πρόληψη γίνεται με:

1. Διόρθωση ρινικού διαφράγματος
2. Αφαίρεση των ρινικών πολυπόδων
3. Απευαισθητοποίηση στο αλλεργιογόνο
4. Έλεγχο έκθεσης σε αλλεργιογόνα

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

- α. Μορφωτικό υπόστρωμα
- β. Επάγγελμα - Μολυσμένη ατμόσφαιρα
- γ. Κοινωνικό - οικονομική κατάσταση
- δ. Διαιτητικές συνήθειες - θρεπτική κατάσταση
- ε. Κάπνισμα, λήψη αλκοόλης, χρήση φαρμάκων
- στ. Τρόπος και συνήθειες ζωής αντιλήψεις για την υγεία, υγιεινές συνήθειες
- ζ. Εποχιακή φύση (αλλεργίες)
- η. Πρόσφατη οδοντιατρική εργασία ή ένεση νοβοκαΐνης μπορεί να δη-

μιουργήσει φλεγμονώδη απόκριση

θ. Πρόσφατο αεροπορικό ταξίδι

1. Ω.Ρ.Λ. ανωμαλίες (ρινικοί πολύποδες, σκολίωση ρινικού διαφράγματος)

2. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

α. Εξέταση των ρινικών θαλαμών μπορεί να δείξει:

1. φλεγμονώδη βλεννογόνο

2. Σκολίωση

3. Πολύποδες

β. Η ρινοφαρυγγική εξέταση μπορεί να δείξει:

1. φλεγμονώδη βλεννογόνο

2. Πυώδεις εκκρίσεις, συχνά καζύρευστες, κιτρινοπράσινες

γ. Η εξέταση των παραρρινικών κόλπων μπορεί να δείξει:

1. Ευαισθησία πάνω από τον κόλπο

2. Οίδημα πάνω από τον κόλπο - δεξιά ή αριστερή ρινική κοιλότητα

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

α. Ακτινογραφία κόλπων δείχνει:

1. θολερή όψη

2. Επίπεδα υγρού αέρα (όχι πάντοτε)

β. Διαβίβαση φωτεινής ενέργειας μέσα από τον κόλπο - μειωμένη μεταφορά του φωτός μπορεί να δείχνει πάχυνση του βλεννογόνου ή παρουσία υγρού στην κοιλότητα.

3. Καλλιέργεια και ευαισθησία του εκκρίματος για αναγνώριση των παθογόνων οργανισμών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- α) Αναπνευστική δυσλειτουργία
- β) θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, πόνος, πυώδης έκκριση, αναπνοή από το στόμα)
- γ) Μεταβολές στην άνεση (πόνος δυσχέρεια)

ΣΚΟΠΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Άμεσοι:

- α) Απαλλαγή από τον πόνο με την χορήγηση αναλγητικών ή με την χορήγηση θερμών επιθεμάτων στην περιοχή του πόνου
 - β) Προαγωγή της κοιλιακής απέκκρισης που επιτυγχάνεται με την πρηνή θέση του αρρώστου με χαμηλότερα το κεφάλι για να γίνεται εκροή των εκκρίσεων
 - γ) Μείωση οιδήματος συμφορέσεως, δυσχέρειας με την χορήγηση αποσυμφορητικών φαρμάκων
 - δ) Έλεγχος μόλυνσης για την χορήγηση αντιβιοτικών
 - ε) Προαγωγή της ανάπαυσης του αρρώστου
- στ) Διέγερση όρεξης για φαγητό

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ

- α) Πρόληψη υποτροπής με χειρουργική αφαίρεση των πολυπόδων ή διδρρωσης του ρινικού διαφράγματος
- β) Διδασκαλία σωστού τρόπου φουσηματος της μύτης

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Εξασφάλιση ήσυχου δωματίου για ανάπαυση
2. Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση " FOWLER " για παροχέτευση του εκκρίματος και μείωση του οιδήματος
3. Εισπνοές ατμού

4. Χορήγηση αγγειοσπαστικών, αναλγητικών, αντιβιοτικών φαρμάκων.
5. Υγιεινή του στόματος και χλιαρές γαργάρες
6. Δίαιτα εύκολη στη μάσηση και κατάποση
7. Διδασκαλία του αρρώστου
8. Εκτίμηση της ανταπόκρισης του αρρώστου στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Θετική απόκριση στη θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα
2. Αρνητική απόκριση. Επιπλοκές: χρόνια κολπίτιδα.
 - α. Εκτίμηση των επιπλοκών επιτυγχάνεται από τα εξής σημεία:
 1. Πονοκέφαλος
 2. Πυώδης ρινική έκκριση
 3. Στοματική αναπνοή
 4. Κάκοσμη απόπνοια
 5. Μικρή πυρετική κίνηση
 6. Κακουχία
 - β. Παρέμβαση
 1. Χορήγηση αναλγητικών
 2. Ενυδάτωση του οργανισμού
 3. Υγιεινή του στόματος

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να ενισχύσει ψυχολογικά τον άρρωστο προσπαθώντας να μειώσει την αγωνία του και να τον ενημερώσει

για ότι πρόκειται να του συμβεί. Εξηγεί στον άρρωστο ότι η εγχείρηση θα γίνει με τοπική νάρκωση και ότι έχει μεγάλη σημασία η θεραπεία του, γιατί διαφορετικά η οξεία ψάση θα περάσει στη χρόνια ψάση και τότε θα είναι αφ'ενός μεν δύσκολη η θεραπεία αφ'ετέρου δε μπορεί να προκληθούν επιπλοκές, όπως από το αυτί φλεγμονές και από το βουγχικό δέντρο. Τέλος αναλαμβάνει η νοσηλεύτρια την διδασκαλία του αρρώστου για τις μετεγχειρητικές προσδοκίες.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο άρρωστος μετά το χειρ/γείο, είτε αυτό έγινε με τοπική η γενική νάρκωση τοποθετείται σε πλάγια θέση για προαγωγή παροχέτευσης μέχρις επανόδου της συνείδησης, και για ελάττωση, όσο γίνεται της ανάπτυξης του οιδήματος σε θέση FOWLER. Επίσης στην χειρουργηθείσα περιοχή τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα ή παγοκύστες που προσφέρουν ανακούφιση από τον πόνο και ελάττωση του οιδήματος της περιοχής. Ο άρρωστος παρακολουθείται για αιμορραγία στη χώρα της επέμβασης που συχνά εκδηλώνεται με υπερβολική κατάποση.

Η νοσηλεύτρια εκτιμά τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και επίσης οιδόσκει τον άρρωστο να αναπνέει από το στόμα γιατί η μύτη είναι κλεισμένη με γάζα λόγω της επέμβασης.

Αν η εγχείρηση γίνει από το στόμα ο άρρωστος παίρνει υγρά μετά από εικοσιτέσσερις ώρες και στη συνέχεια μαλακιά τροφή μετά 2-3 μέρες. Πριν από το φαγητό είναι απαραίτητο να γίνεται πλύση του στόματος για προαγωγή άνεσης και για την πρόληψη μόλυνσης.

Απαραίτητα πρέπει να γίνονται εισπνοές κρύου ατμού για αποφυγή ξήρανσης του ρινικού βλεννογόνου.

Κατά την μετεγχειρητική τέλος φάση πρέπει να δίνεται προσοχή στην εμφάνιση σημείων που φανερώνουν μια μετεγχειρητική φλεγμονή όπως ο ισχυρός πόνος, ο πυρετός, το έντονο οίδημα, γι' αυτό το λόγο προληπτικά δίνονται αντιβιοτικά.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Την 3 - 6 - 90 και ώρα 10 π.μ. έγινε εισαγωγή ασθενούς στην Κρατική Ω.Ρ.Α. κλινική του Ευαγγελισμού που έπασχε από χρόνια παραρρινοκολπίτιδα που εντοπιζόταν στο δεξιό ιγμόρειο άνω.

Μετά από χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων, τα συμπτώματα δεν υποχώρησαν και έγινε παρακέντηση του δεξιού ιγμορείου άνω, όπου έδωσε υγρό.

Ο ασθενής είχε επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία του Ω.Ρ.Α. τμήματος του Νοσοκομείου με ερμοκρασία 38,9⁰ C, κεφαλαλγία και έντονη ρινόρροια.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εξέταση από τον γιατρό με πρόσθια ρινοσκόπηση που έδειξε οίδηματώδη βλεννογόνο και πυώδεις εκκρίσεις στις ρινικές θαλάμους. Ακολούθησε ψηλάφηση δια των δακτύλων στους παραρρινικούς κόλπους όπου και εντοπίσθηκε ευαισθησία στην περιοχή των ιγμορείων άνω.

Ο ασθενής παραπέμφθηκε για πωγωνορική ακτινογραφία και διαπιστώθηκε επιπλέον η παρουσία υγρού στον δεξιό ιγμόρειο.

Ετσι έγινε η εισαγωγή του στην Ω.Ρ.Α. κλινική. Έγινε στην συνέχεια Κ⁰ θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Οι εργαστηριακές εξετά-

οεις έδειξαν τα εξής:

Αιματοκρίτης	50%
Ερυθρά αιμοσφαίρια	540.000/ΜΜ ³
Λευκά αιμοσφαίρια	12.500/ΜΜ ³
Αιμοπετάλια	320.000/ΜΜ ³
Μέσος όγκος ερυθρών	93,5 μ
Πολυμορφοπύρρα	64
Λεμφοκύτταρα	64
Ηωσινόφιλα	1
Μεγ. Μονοκύρρα	4

Την επόμενη μέρα νοσηλείας ο ασθενής χειρουργήθηκε και μετά την επέμβαση και την ομαλή πορεία του ασθενούς έγινε το εξιτήριο του από την κλινική.

Μετά την εξοδό του συστάθηκε να συνεχίσει τη λήψη αντιβιοτικού (ΑΜΟΧΙΛ 1x3) για την αποφυγή των μολύνσεων. Επίσης να αποφεύγει το δυνατό φύσημα της μύτης. Αν ωστόσο στην πορεία του εμφανιζόταν κάποιο πρόβλημα του έγινε σύσταση να επισκεφτεί το γιατρό.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση- λευτικής εργασία	Εκτέλεση νοση- λευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση N.9.
Πόνος που εντοξί- ζεται στην πόνου με- ριοχή του προσώπου αίσθημα βάρους	Περιορισμός ή εξα- φάνιση του πόνου	Ίσχυση για κατάκλι- ση και ανδραση του σθενή χορήγηση αναλ- γητικού φαρμάκου	Εξοφάγηση ήυχου δωμάτιου, συστάσεις στους συνοδούς για ησυχία. χορήγηση 1 TABL. MEDAMOL 30 MG	Μείωση του πόνου στο ελάχιστο
Αύξηση θερμοκρασίας	Μείωση θερμοκρασίας	Παρακολούθηση ζωτικών Σ. χορήγηση αντιπυρετι- κού	Τρίψη αήψη ζωτικών Σ. Έγινε ενδοουτική ένεση 1 AMP APOTEL για τον πυρετό και για την ανακούφιση τοποθετήθηκαν κούδες κονιδόδες	Ο πυρετός υποχώρησε Ο ασθενής ανακουφίστηκε
Ρινόρροια και οίδημα του ρινικού βλεννογό- νου	Μείωση οίδηματος του ρινικού βλεννογόνου & της ρινόρροιας	χορήγηση αγγειοσυστατι- κών & εξοφάγηση της κα- τάληλης θέσης	χορήγηση αγγειοσυστα- τικού DIMETAR TABL 1x3 τοποθέτηση σθενο- ύς σε θέση FÜMLER	λόγω της δε σης του ε- ξοφάγιστη- κε προσέ- τηση του ρινικού εκ- κομ. & μεί- ωση του οι- δηματος του βλεννογόνου
Ανενευστοτική δύσπνοι- α	Διευκόλυνση αναπνοής	χορήγηση αεροσωροπνευ- κων & εξοφάγηση της κατάλη- ης	Το αεροσωροπνευκώ VIBROCIL DROPS χο-	Οι εκφοίσεις παροχετεύτη-

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοση-	Επίτευξη νοση-	Αξιολόγηση
		Λειτουργική εργασία	Λειτουργική φροντίδας	N.Φ.
Αναπνοή από το στόμα με κάκωση στήθων ξερή χείλη	Καθαρότητα στοματικής κλκής κοιλότητας και περιοχή της στα χείλη	Λειτουργική εργασία	Λειτουργική φροντίδας	Καν & οι κόλποι α- ερίζονται καλύτερα
Αγνία & ανησυχία για την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης	Περιορισμός του φόβου και της αγνίας	Καθημερινή κοινή με- ριτοποίηση στοματικής και λειτουργίας	Χαλαρές γυαράδες και ελάσεις με αντισηπτικό διάλυμα. Εφαρμογή με βι- ζελίνη στα ξερά χείλη υδροκρήματα στον σθην πρόσθια	Περιορισμός στο ελάχι- στο της κά- κοσης α- πρόσθιας
		Συζήτηση με τον ασθενή & εξήγηση για τη διαδι- κασία της επέμβασης, ό- πως και για τη νόσωση που θα υποβληθεί	Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και ηθι- κή συμπαράσταση	Ο ασθενής είναι ήρε- μος & έτοι- μος ν' αντι- μετωπίσει τη χειρουργ- ική επέμ- βαση

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΝΘΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΑΡΑΡΡΙΜΟΚΟΛΛΗΠΙΤΙΔΑ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Ν.Φ.	Εκτέλεση Ν.Φ.	Αξιολόγηση Ν.Φ.
Αίσθημα δίψας τόσο προς εμετό	Εξασθένιση του αισθημα- τος δίψας και πρόληψη ή αντιμετώπιση εμετού	Υγρυνση χειλιών κατά- λληλη θέση του ασθενή στο κρεβάτι	Υγρυνση χειλιών με ποστ- κοτόν τοποθέτηση του ασθενούς σε πλά- για θέση με το νεφροειδές δίπλα. μετά τον εμετό γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότη- τας	Ο βλεννογόνος του στόματος υ- γρόνηκε και το αίσθημα δίψας με- οιορίστηκε. Με την πλύση θέ- ση επιτυγχάνεται η αποφυγή ενυμο- νίας από τα εμέ- ματα.
Πόνος στη περιοχή της συσχέλισης & γενική υπερένταση	Εξασθένιση του πόνου & της υπερέντασης κατάκλισης	Εξασφάλιση ησυχίας και κατάκλισης	Ο ασθενής μένει κατακλιμένος & σπορεύει τις κινήσεις. Έγινε ενδομυϊκή ένεση AROTEL 1 AMP για τον πόνο	Ο ασθενής δεν διαβάζεται έντο- νο πόνο ούτε & ψυχική διέγερση
Κίνδυνος αιμορρα- γίας	Προσοχή στα 2 σημεία που δείχνουν την εν- θάνιση αιμορραγίας	Αφή Σ.Σ. και έλεγχος στις γάδες που καλύπτουν την μύτη	Σύχνη μέτρηση της Α.Π. & των ζυψών & αξιολό- γηση των οισχυμών- μετώπιση σθεν	Πρόβλημα τυχόν αιμορραγίας & έγκαιρη αντι- μετώπιση
Κίνδυνος μόλυνσης	Περιορισμός ή αποφυ- γή μόλυνσης	Πήρηση κανόνων ασηψίας & αντισηψίας-χορήγηση αντιβιοτικών	Χορήγηση τριπλού σχήματος αντιβιο- τικών (AMOXICILLINE μετά από την IGRX3 GARAMYCINE 80MRX3 FLAGYL 500MG x5)	Τέλειο αποφυ- γή μόλυνσης μετά από την επέμβαση στις ιγμόραιο ύν- δρο

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Προγραμματισμός Ν.Φ. Αξιολόγηση Ν.Φ.

<p>Δυσκολία αναπνοής</p>	<p>Εξασφάλιση καλής αναπνοής</p>	<p>Στάση του αρρώστου να αναπνέει από το στόμα σταθερά, υγιεινή του στόματος, φροντίδα του ρινικού βλεννογόνου</p>	<p>Συχνές χλιαρές πλύσεις υδαρούς για την υγιεινή του στόματος. Εισπνοές κούρου ατμού</p>	<p>Ο ασθενής αναπνέει ήρεμα και ο ρινικός βλεννογόνος με τις εισπνοές δεν ξεραθήκε</p>
<p>Δίαιτα</p>	<p>Αφή τροφής με εύκολο τσίρο</p>	<p>Φροντίδα για την εξασφάλιση της κατάλληλης τροφής</p>	<p>Στην πρώτη μετεχειρητική μέρα η δίαιτα ήταν υδατική και τις επόμενες μέρες ήταν ελαφριά εύκολη στην κατάποση</p>	<p>Με την ομαλή δίαιτα ο ασθενής δεν είχε πόνους στο άνω άκρο του ήτον πλήρως</p>

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

ΡΙΝΟΣ

Στις 10 - 6 - 90 και ώρα 1 μμ έγινε εισαγωγή στην Ω.Ρ.Α. κλινική του Ευαγγελισμού σε ασθενή για την χειρ/κή αφαίρεση πολύποδων ρινός.

Ο ασθενής ήταν αγρότης 57 ετών που είχε νοσηλευτεί παλιότερα στην κλινική, με χρόνια ιγμορίτιδα. Ποτόσο τώρα παρουσίασε πολύποδες ρινός που έφθαναν μέχρι τις ηθμοειδείς κυψέλες. Η R⁰ των παραρρινίων κόλπων έδειξε την ύπαρξη υγρού στο αριστερό ιγμόρειο άνδρο. Έγινε λοιπόν χειρουργική επέμβαση και έγινε αφαίρεση πολυπόδων με ενδορινική ηθμοειδεκτομή άμφω και παρακέντηση του αριστερού ιγμορείου. Επίσης έγινε τοποθέτηση σωλήνα πλύσεων με τοπική αναισθησία.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν:

Αιματοκρίτης	52%
Ερυθρά αιμοσφαίρια	500.000/ΜΜ ³
Λευκά " "	12.500/ΜΜ ³
Αιμοπετάλια	350.000/ΜΜ ³
Πέσος όγκος ερυθρών	87,6 Μ
Πολυμορφοκυττάρηνα	67
Λεμφοκύτταρα	26
Μεγ. Μονοκύτταρα	4

Ο ασθενής μετά την αποκατάστασή του αποχώρησε από το τμήμα.

ΠΡΟΓΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΙΘΕΡΗ ΜΕ ΠΟΛΥΠΛΑΕΙΣ ΡΙΝΟΙΣ - ΧΡΟΝΙΑ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΙΑ

Προβλήματα ασθενών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Ν.Δ.	Εκτέλεση Ν.Φ.	Αξιολόγηση Ν.Φ.
Ανταναυστική όσφ- λειτουργία	Αποκλιτότητα οσφνωσης	Χορήγηση αποσυμφορητι- κού φαρμάκου. Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι του ασθενούς	Χορήγηση ρινι- κών σταγόνων VIBROCIL 1x4 τοποθέτηση του κεφαλιού σε χα- μηλότερη θέση από το σώμα & γυρισμένο στην πρόσκρουση πεδίο- χή.	Διευκλυνση παροχέ- τευση εκκρίσεων & καλός ορισμός των πνευμόνων
Καθαριότητα έντε- ρικού σωλήνα & ού- ρατος	Αποφυγή εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι Καθαριότητα σώματος για την αποφυγή μόλυν- σεως από το ακάθαρτο σώμα	Εκτέλεση καθαριστικού υποκαίσιμου & λουτρού καθαριότητας	Γίνονται ούς υποκαί- σιμοί & ένας το από- γευμα της παραμονής & άλλος ξέλι ύστερ από την εκχείρηση. το λουτρό γίνεται την παραμονή της εκχείρησης	Επιτυγχάνεται ευχερέστερη οίε- νέργεια της επέμ- μασης & αποφυγή μολύνσεων
Αγωνία και ανηου- χία για την εκχεί- ρηση και γενικότερα για την υγεία του	Μείωση της ψυχικής έντασης ή εξάλειψη της	Ευζήτηση με τον άρ- ρωστο	Εξήγηση για το τι θα συμβεί & διαβεβαίωση ότι δεν διατρέχει θο- ρακό κίνδυνο	Μείωση του φόβου & της αγωνίας & καλή ψυχική πορεία
Αγωνία και κόπωση	Εξοφάγιοση καλού ύ- πνου	Χορήγηση ηρεμιστικών	Χορήγηση STEDON 5mg	Ο ύπνος επιτυγχά- νεται & έτσι ο άρ- ρωστικός ανακουφίζεται

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΟΙΝΑΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΙΘΕΜΗ ΜΕ ΠΟΛΥΠΛΑΔΕΙ ΡΙΝΟΣ - ΧΡΟΝΙΑ ΙΓΜΟΡΙΪΔΙΑ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοφοί	Προγ. Νοσ. Διεσ.	Εκτ. Νοσ. ρ	Αξιολ. Νοσηλ. φροντ.
Πόνος στην περιοχή της εγχείλησης	Εξοφάνιση ή μείωση του πόνου	Χορήγηση αναλγητικών	Ενδορρινική ένεση AROTEL 1 AMP	Υποχώρηση πόνου
Αισθημα όψως	Εξάλειψη όψως & αποφυγή ενιγμονής	Υγρανονο χειλιών & κατάλληλη θέση στο κρεβάτι	Υγρανονο χειλιών με πορτ-κοτόν. Ο ασθενής διοχετεί σε τέτοια θέση (στο πλάτι) & οίκα του οκράκει νεφροειδές για τον εμετό	Ο ασθενής έτοι όεν οίψδει & η θέση του προλαμάνει το πρόβλημα του εμετού
Δυσκολία αναπνοής	Εξοφάνιση αναπνοής	Συμβολή στον ασθενή για τον τρόπο που κρέκει ν' αναπνεύει	Η αναπνοή ροστέθηκε να γίνεται σταθερά από το στόμα. Έγιναν χλιαρές γαργάρες για την υγιεινή του στόματος	Ο ασθενής ροσροφώστηκε & αναπνεύει χωρίς δυσκολία
Παροχέτευση υγρού	Καθαρισμός του υγρού βείου άνόρου	Καθαρισμός όια πλύσεων δύο φορές τη μέρα, από το σωλήνα που τέθηκε στο υγρόειο	Οι πλύσεις έγιναν με φυσιολογικό ορό 2 φορές ημερησίως	Έγινε καθαρισμός του υγρού άνόρου & παροχέτευση του υγρού
Κίνδυνος αιμορραγίας	Περιορισμός του κίνδυνου αιμορραγίας & σύντομη αντιμετώπιση	Παρακολούθηση ζωτικών σημείων	Τρίωση λήψη ζωτικών σημείων & παρακολούθηση για ένδειξη αίματος στις γάδες που καλύπτουν τη μύτη	Πρόκληση αιμορραγίας & αντιμετώπιση της

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΕΚΤ. ΝΟΣ. Φ.

ΑΝΤΙΠΕΡΙΜΕΜΑΔΟΙ ΟΜΟΤΟΙ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΘΕΝΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΘΕΝΩΝ	ΑΝΤΙΠΕΡΙΜΕΜΑΔΟΙ ΟΜΟΤΟΙ	ΠΡΟΓ. ΝΟΣ. ΔΙΕΡ.	ΕΚΤ. ΝΟΣ. Φ.	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
Κίνδυνος μολύνσεως	Αποφυγή μολύνσεως	Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων	Το αντιβιοτικό σχήμα είναι: AMOXIL 1x3 GARAMYSINE 1x3 FLAGYL 1x3	Αποφυγή επιμόλυνσης του τραύματος
Δίαιτα	Εύκολη λήψη τροφής	Χορήγηση υδατικής δίαιτας για εύκολη κατανάλωση	Μετά την πρόοδο ούο ημερών ο ασθενής επιδιόχε να φάει	Κανένα πρόβλημα στην λήψη τροφής. Επαρκής θρέψη ασθενούς

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Αντικείμενο της εργασίας όπως είπαμε και παραπάνω ήταν η εξέταση των φλεγμονωδών παθήσεων της μύτης και των παραρρινικών κόλπων, καλύπτοντας το θέμα τόσο από την Ιατρική όσο και από την νοσηλευτική πλευρά.

Αντικειμενικός στόχος ήταν η ισομερής κάλυψη του θέματος από ιατρικής και νοσηλευτικής πλευράς, για να αποφευχθούν τυχόν παραλείψεις.

Η επιτυχία άλλωστε τόσο για τον έλεγχο της κάθε αρρώστιας όσο και για την θεραπεία της βρίσκεται πάντα στην ομοιή συνεργασία της Ιατρικής με την νοσηλευτική επιστήμη.

Είναι εμφανές ότι το νοσηλευτικό μέρος δεν καλύφτηκε όσο το Ιατρικό, αυτό όμως οφείλεται καθαρά στην έλλειψη βιβλιογραφίας που αφορά την Ω.Ρ.Α. νοσηλευτική.

Ποσό όμως η αξία και συμβολή της νοσηλευτικής στην καλή έκβαση της υγείας του αρρώστου είναι τόσο μεγάλη που ξεπερνά κάθε μεγάλη αναφορά σε έκταση.

Ετσι λοιπόν, φτάνοντας στο τέλος της πτυχιακής εργασίας και εκτιμώντας τις προσπάθειες και τους κόπους μιας φοίτησης 3,6 ετών, νοιώθει κανείς ικανοποίηση, τολμώντας να πει ότι δεν πήγαν χαμένοι οι κόποι του και ότι θα έχει την δυνατότητα να προσφέρει υ'ολόκληρη τη ζωή του, παίρνοντας σαν ανταμοιβή την ηθική ικανοποίηση με την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου.

Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

Κλείνοντας το θέμα κρίνεται σκόπιμο να τεθούν ορισμένες προτάσεις που θα συμβάλλουν στην πρόληψη των ασθενειών που εξετάστηκαν &

στην διαφώτιση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την νοσηλευτική αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών.

Ετσι λοιπόν, προτείνεται να διεξάγονται συνεχείς έρευνες από τους αρμόδιους φορείς, που θα αφορούν τις παθήσεις της παιδικής και της σχολικής ηλικίας, με σκοπό την αναζήτηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχοσωματική ανάπτυξη των παιδιών.

Ετσι με βάση τα πορίσματα θα ορίζεται το υγειονομικό επίπεδο των παιδιών και παράλληλα των μαθητών και θα παρέχονται στοιχεία για την κατάρτιση προγραμμάτων της Δημοσίας και Σχολικής Υγιεινής.

Ετσι λοιπόν, η διερεύνηση της συχνότητας των παθήσεων της ρινός που απαντούν κατ'έξοχήν στα παιδιά της σχολικής ηλικίας θα συμβάλλει στην πρόληψη και στη θεραπεία αυτών, με αποτέλεσμα να προκύψουν ανυπολόγιστα ωφέλη κοινωνικά, οικονομικά κ.α.

Επίσης προτείνουμε την δημιουργία πληρέστερων και περισσότερων ουγγραμμάτων που θα αναφέρονται στην εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από τις παθήσεις που αναφέρθηκαν στην εργασία.

Ετσι θα έρθει σαν αποτέλεσμα η καλύτερη πληροφόρηση του νοσηλευτικού προσωπικού και επίσης η επιμελημένη φροντίδα του πάσχοντα.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Μαγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις " Η Ταβιθά ", Αθήνα 1986
- Μανωλίδης Α.: Επιτομή Ωτορινολαρυγγολογίας, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις " UNIVERSITY STUDIO PRESS ", Θεσσαλονίκη 1986
- Νικολαΐδης Κ.: Σημειώσεις Ωτορινολαρυγγολογίας, Τόμος 1ος, Έκδοση 4η, Εκδόσεις " Παρτσιάνος Γ. ", Αθήνα 1978
- Πανταζόπουλος Π.: Ωτορινολαρυγγολογία Τόμος 1ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις " Παρτσιάνος Γ. ", Αθήνα 1973
- Σαχίνη - Καρόδη Α. - Πάνου Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις " Βήτα ", Αθήνα 1985
- Σαχίνη - Καρόδη Α. - Πάνου Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις " Βήτα ", Αθήνα 1985
- Χελιδόνης Ε.: Εγχειρίδιο Ωτορινολαρυγγολογίας, Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις " Πασχαλίδης Π. " Αθήνα 1985

