

СОВЕТЫ ЛОР-ВРАЧА

В.А. ПЕТРЯКОВ



*Заболевания
уха, горла
и носа*

Владимир Петряков

**Советы лор-врача.
Заболевания уха, горла и носа**

«Высшая школа»

2011

УДК 616.21-084(076.3)
ББК 56.8

Петряков В. А.

Советы лор-врача. Заболевания уха, горла и носа /
В. А. Петряков — «Вышэйшая школа», 2011

Изложены анатомические и физиологические особенности уха, горла и носа. Приведены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы лор-врачу. Даны рекомендации, помогающие избежать распространенных заболеваний уха, горла и носа. Автор книги – кандидат медицинских наук, доцент кафедры болезней уха, горла, носа Белорусского государственного медицинского университета, председатель Минского научно-практического общества врачей оториноларингологов. Первое издание вышло в 2011 г. Для широкого круга читателей.

УДК 616.21-084(076.3)
ББК 56.8

© Петряков В. А., 2011
© Вышэйшая школа, 2011

Содержание

От автора	7
Заболевания носа	8
Анатомо-физиологические особенности строения носа и околоносовых пазух	8
Как устроена носовая полость?	8
Разве нос у людей может двигаться?	9
Что значит кривая перегородка носа? От чего она искривляется?	9
Как устроена носовая полость? Что такое носовые раковины?	10
Что такое околоносовые (придаточные) пазухи? Правда ли, что в носу есть целый ряд отверстий и ходов?	12
В чем заключаются физиологические функции носа?	15
Почему важно дышать носом? Почему при насморке изменяется голос?	
Болезни наружного носа	18
Что делать, если у новорожденного ребенка выявлен порок развития носа?	18
Что делать в случаях, когда ребенок часто засовывает в нос мелкие предметы?	18
Дети во время игр часто получают различные травмы, в том числе и носа. Как узнать, нет ли перелома? Как поступать в этих случаях?	19
Довольно часто на верхней губе и в носу появляется фурункул. Отчего это происходит? Что надо делать?	20
Заболевания носовой полости	22
С чем могут быть связаны частые носовые кровотечения?	22
Как избежать появления насморка? Правда ли, что насморк лечить бесполезно?	24
Есть ли особенности в лечении ринита у детей?	25
Говорят, бывают разные виды хронических ринитов. Чем они отличаются? Почему врачи ставят разные диагнозы?	26
Как лечат больных с аллергическим и вазомоторным ринитом?	28
Что является причиной возникновения вазомоторного ринита? Как лечат в настоящее время больных с вазомоторным ринитом?	30
Как объяснить и расценивать появление гипертрофии в носу? Как лечить хронический гипертрофический ринит?	31
Как предупредить развитие синусита?	31
Всегда ли при диагностике и лечении синуситов необходимо производить пункции? Можно ли ограничиться только консервативным лечением?	32
Приходилось слышать, в том числе и от врачей, что производство пункций носовых пазух является не таким	32

уж безобидным мероприятием. Не наносят ли они вред и не поддерживают ли дальнейшее развитие заболевания?	
Можно ли заменить ежедневные пункции верхнечелюстной пазухи установкой дренажной трубки для последующего промывания?	33
Какие из придаточных пазух носа поражаются чаще?	33
К чему может привести отказ от проведения предложенной врачом пункции?	34
Какие виды риногенных внутриглазничных и внутричерепных осложнений встречаются и что при этом надо делать?	34
Появились ли новые направления в лечении синуситов за последние годы?	35
Расскажите о необходимости применения сосудосуживающих средств в нос. Как их лучше использовать: в виде капель или спреев?	36
Конец ознакомительного фрагмента.	37

Владимир Анатольевич Петряков

Советы лор-врача.

Заболевания уха, горла и носа

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.

© Петряков В.А., 2011

© Петряков В.А., 2014, с изменениями

© Оформление. УП «Издательство “Вышэйшая школа”», 2014

От автора

С самого первого дня рождения ребенка и до глубокой старости человека все его родственники, друзья и знакомые желают ему крепкого здоровья, долгих лет жизни и благополучия. Однако как сохранить здоровье? К сожалению, это знают далеко не все.

Работая 45 лет врачом, я обратил внимание на то, что во время консультации больных мне большую часть времени приходится уделять объяснению причин и механизмов возникновения патологического процесса, методов его профилактики, а не вопросам лечения заболевания. В основном люди мало знают анатомию и физиологию человека, строение лор-органов. А ведь элементарные знания вопросов анатомо-физиологического развития организма, гигиены, здорового образа жизни, питания и физической культуры они должны получать в семье, детском саду, школе.

Вспоминается притча о мудреце, который в ответ на вопрос молодой матери о том, когда начинать сохранять здоровье ее новорожденного ребенка, ответил: «Вы опоздали ровно на 9 месяцев». И в этом кроется глубокий смысл. Ведь многие заболевания формируются у человека еще во внутриутробном периоде. Я бы даже сказал больше: об этом надо думать еще до зачатия ребенка. Ведь многие пороки развития человек получает генетически, по наследству. Да и свой облик, телосложение, лицо мы формируем не сами. Мы это получаем в наследство. Почему люди, мечтающие о здоровом и красивом потомстве, не задумываются о том, кого они выбирают в спутники своей жизни?

Однажды во время беседы с коллегой-педиатром я обратил внимание на произнесенную им фразу: «Этот ребенок, как и все дети, несколько раз болел отитом». Меня это удивило, и я переспросил доктора, действительно ли он считает, что дети обязательно должны в своей жизни переболеть отитами, на что получил положительный ответ. Я постарался переубедить врача педиатра в ошибочности его взглядов. Однако с тех пор мне неоднократно приходилось слышать подобные высказывания и от врачей, и от больных. Являясь на протяжении многих лет медицинским консультантом популярной газеты «Ваше здоровье», я на ее страницах часто отвечал на различные вопросы читателей, так или иначе связанные с заболеваниями уха, горла и носа.

В предлагаемой книге в виде вопросов и ответов рассматриваются основные проблемы, связанные с причинами возникновения и путями развития патологического процесса в лор-органах, профилактикой заболеваний уха, горла и носа. Хочется выразить надежду, что, прочитав ее, вы станете более компетентны в вопросах оториноларингологической патологии, а следовательно, лучше сможете сохранить свое здоровье. А быть здоровым – это не просто здорово, это сейчас модно. Буду благодарен читателям за возможные отзывы и предложения.

Автор

Заболевания носа

Анатомо-физиологические особенности строения носа и околоносовых пазух

Как устроена носовая полость?

Анатомически нос подразделяется на наружный нос, выступающий на лице человека, носовую полость, расположенную в полости черепа, и околоносовые или придаточные пазухи носа, окружающие нос.

Наружный нос (рис. 1) состоит из костно-хрящевого скелета и сверху покрыт кожей. Костный скелет формирует в основном переносицу, или корень носа, и наружные границы носового (грушевидного) отверстия на лицевой поверхности черепа человека.

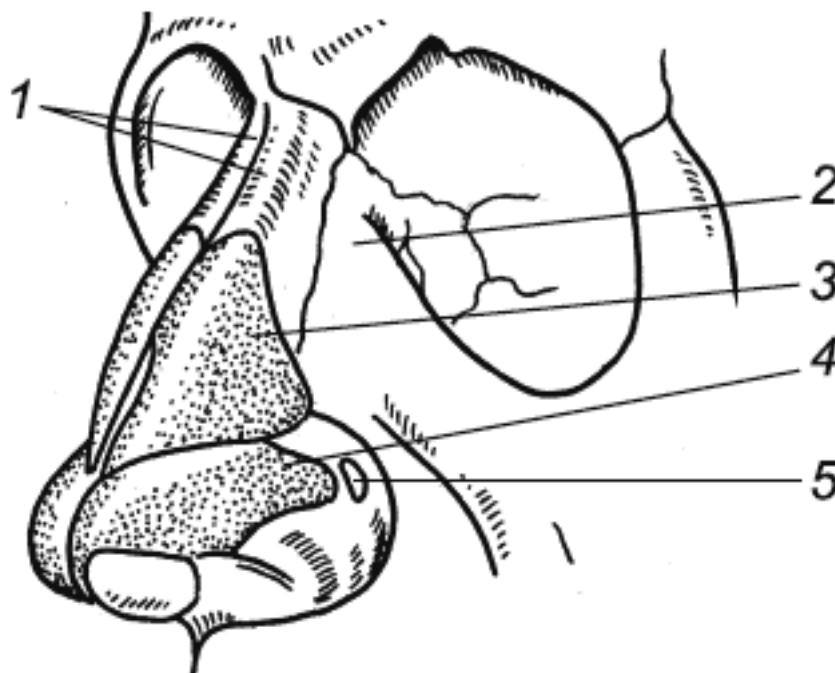


Рис. 1. Скелет наружного носа: 1 — ноздревые парные кости; 2 — лобный отросток верхней челюсти; 3 — треугольный хрящ; 4 — большой крыловидный хрящ; 5 — малый крыловидный хрящ

Хрящевое продолжение скелета наружного носа формирует подвижную часть носа в виде его спинки, передних отделов носовой перегородки боковых поверхностей, переходящих в своей передненижней поверхности в кончик и крылья носа. Снизу в передней части наружного носа имеется два входных округлых отверстия в носовую полость, называемые ноздрями. Эти отверстия разделяются кожно-хрящевой складкой-уздечкой, которая, переходя в фиброзную (соединительную) пластинку, дальше соединяется с перегородкой носа. Сзади полость носа сообщается с носоглоткой через два отверстия (хоаны).

Разве нос у людей может двигаться?

Действительно, многие люди, а также студенты медицинских вузов удивляются, когда врач предлагает им подвигать носом (вправо – влево), и начинают делать это с помощью руки. Нос у нас, конечно, отличается от хобота и не может совершать движения, как хобот у слона, но, тем не менее, наш нос – образование подвижное. Несмотря на то что он самостоятельных мышц не имеет, некоторые движения в стороны, расширение крыльев носа и приподнятие кончика носа мы себе можем позволить за счет мимической мускулатуры лица. В частности, в этом процессе участвует круговая мышца рта, обеспечивающая движения губ. Именно поэтому при движениях кончика носа у нас двигаются и губы.

Что значит кривая перегородка носа? От чего она искривляется?

Полость носа разделяется носовой перегородкой на две примерно равные половины. В большинстве случаев она не бывает идеально ровной и может иметь участки изгибов, впадин и выступов (гребней, шипов) (рис. 2, 3), что называют искривлением или деформацией. Врачи на это обращают внимание, так как такие искривления могут препятствовать нормальному носовому дыханию. Образуются искривления носовой перегородки по двум причинам: в результате перенесенных в прошлом травм и переломов (зачастую незамеченных или забытых); в результате неравномерного роста лицевого скелета, когда хрящевые отделы носа (растущие более бурно и быстро) не помещаются внутри костного остова черепа (растущего более медленно) и делают изгибы.

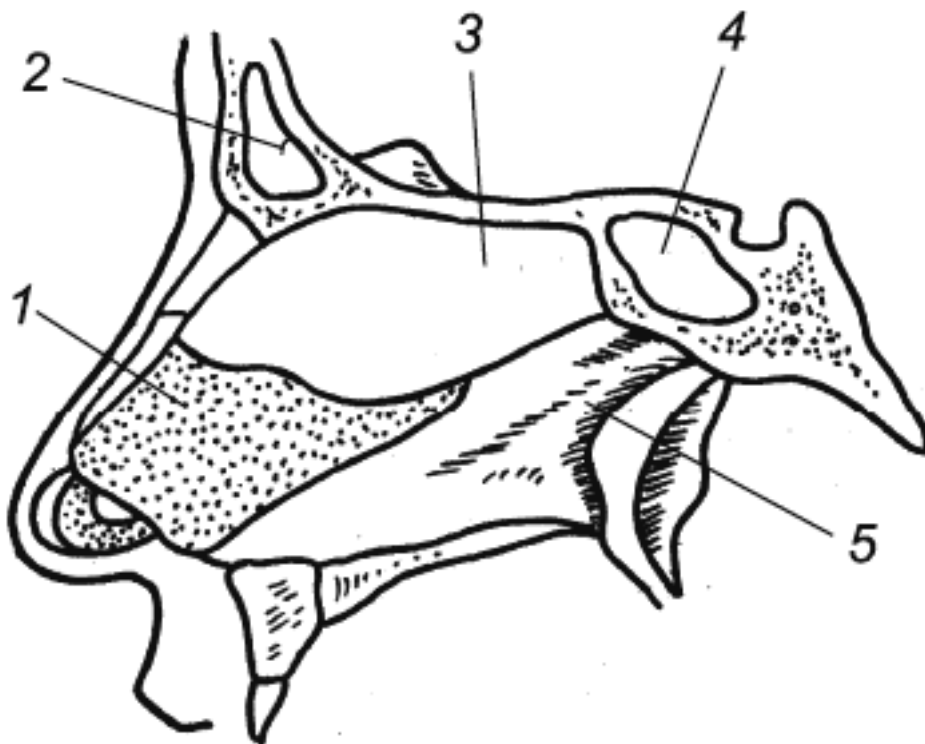


Рис. 2. Носовая перегородка: 1 — четырехугольный хрящ; 2 — лобная пазуха; 3 — перпендикулярная пластинка решетчатой кости; 4 — клиновидная пазуха; 5 — сошник



Рис. 3. Вид носовой полости при передней риноскопии

**Как устроена носовая полость?
Что такое носовые раковины?**

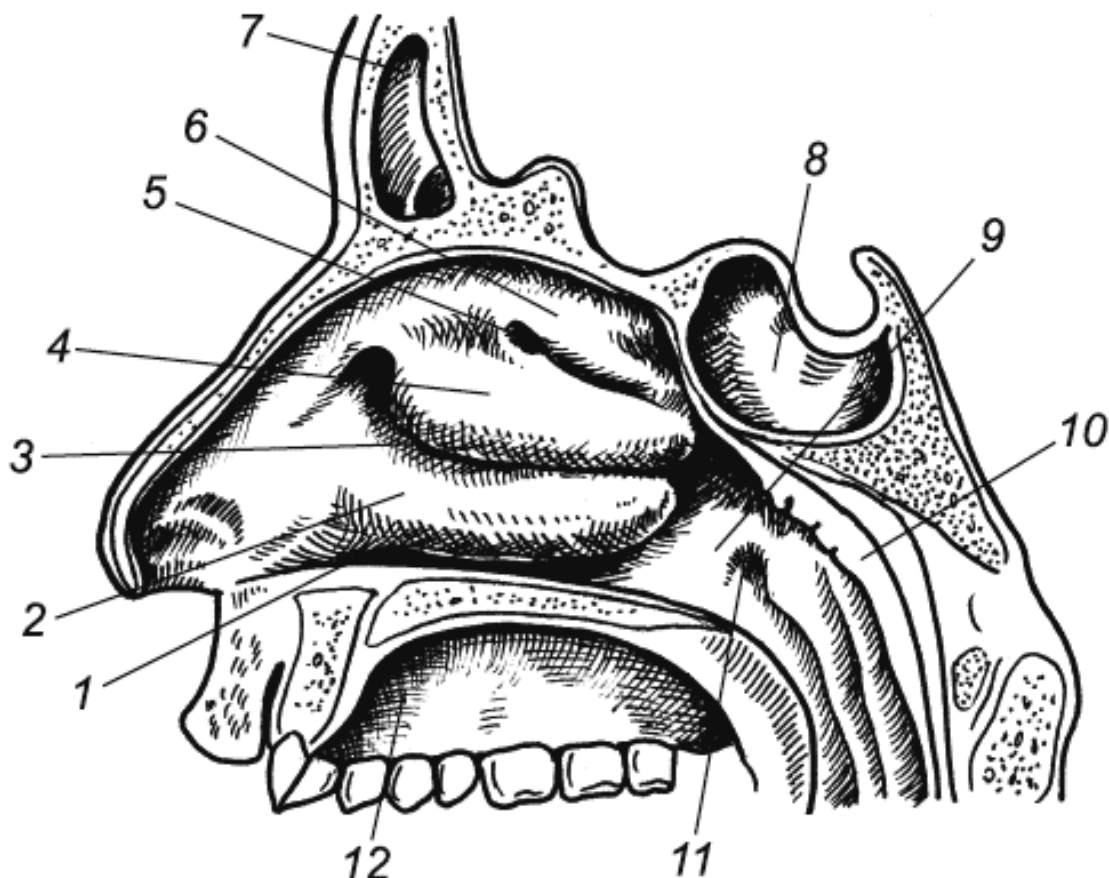


Рис. 4. Строение боковой стенки носовой полости: 1 — нижний носовой ход; 2 — нижняя носовая раковина; 3 — средний носовой ход; 4 — средняя носовая раковина; 5 — верхний носовой ход; 6 — верхняя носовая раковина; 7 — лобная пазуха; 8 — основная (клиновидная) пазуха; 9 — хоана; 10 — аденоидная ткань (глоточная миндалина); 11 — устье слуховой трубы; 12 — твердое нёбо

Строение стенок носовой полости показано на рис. 4. Внутренняя стенка носовой полости представлена носовой перегородкой, о строении которой сказано ранее. Более сложное строение имеет наружная или боковая стенка носовой полости. В ее состав входят так называемые носовые раковины, которые как полочки в купейном железнодорожном вагоне выступают с каждой из сторон полости носа и разделяют внутреннее пространство полости на носовые ходы. Существует три носовые раковины с каждой из сторон: нижняя (самая крупная и длинная), средняя и верхняя. Верхняя носовая раковина самая маленькая. Она расположена в верхнем отделе носовой полости, и врач ее может увидеть только при передней риноскопии с помощью специального носорасширителя (рис. 5).

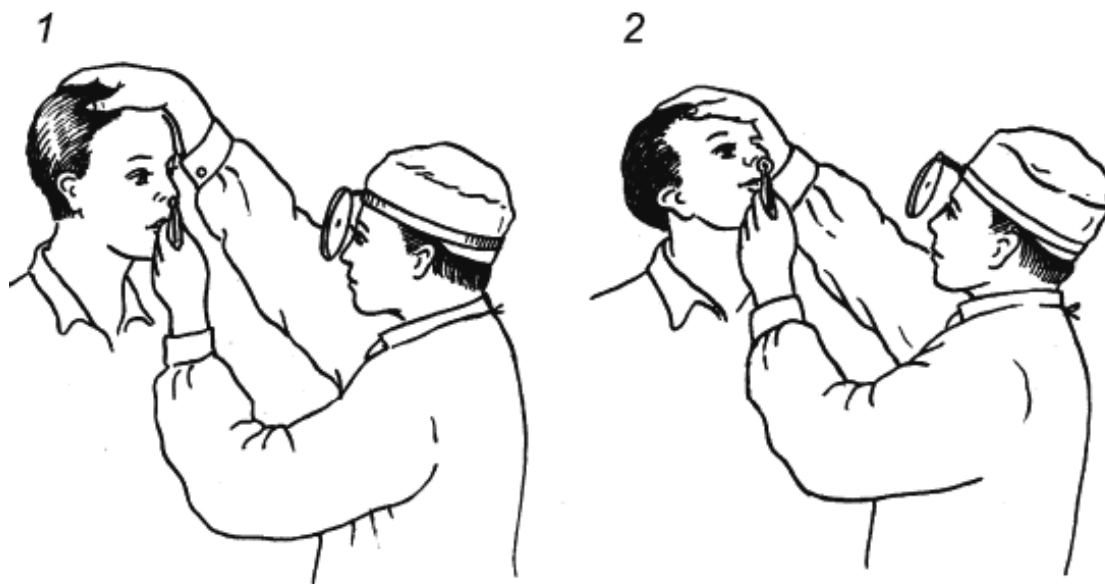


Рис. 5. Осмотр носа пациента (прямая риноскопия): 1 — первая позиция; 2 — вторая позиция

Под каждой из носовых раковин располагается соответствующий носовой ход: под нижней — нижний, под средней — средний и под верхней — верхний. Размеры раковин должны быть оптимальными, не перекрывать просветы носовых ходов и не препятствовать нормальному носовому дыханию. Свободные боковые края носовых раковин не должны доходить до носовой перегородки; между ними и перегородкой носа остается щелевидное свободное пространство, называемое общим носовым ходом.

При искривлениях носовой перегородки просветы носовых ходов могут перекрываться, суживаться, что создает препятствия для нормального носового дыхания. Кроме того, при чистке носа область переднехрящевого отдела носовой перегородки (особенно при ее искривлении) часто подвергается травматизации, способствующей возникновению носовых кровотечений. При воспалительных состояниях — насморках (ринитах) происходит воспалительное увеличение в объеме тканей носовых раковин, особенно нижней, и частично средней. Этот процесс, называемый инфильтрацией, а у аллергиков — отеком, также начинает суживать или перекрывать просветы носовых ходов и затруднять дыхание носом.

Что такое околоносовые (придаточные) пазухи? Правда ли, что в носу есть целый ряд отверстий и ходов?

К околоносовым, или, как их называли раньше, придаточным, пазухам носа относятся воздухоносные полости, окружающие носовую полость и соединенные с ней с помощью выводных отверстий или протоков (рис. 6, 7).

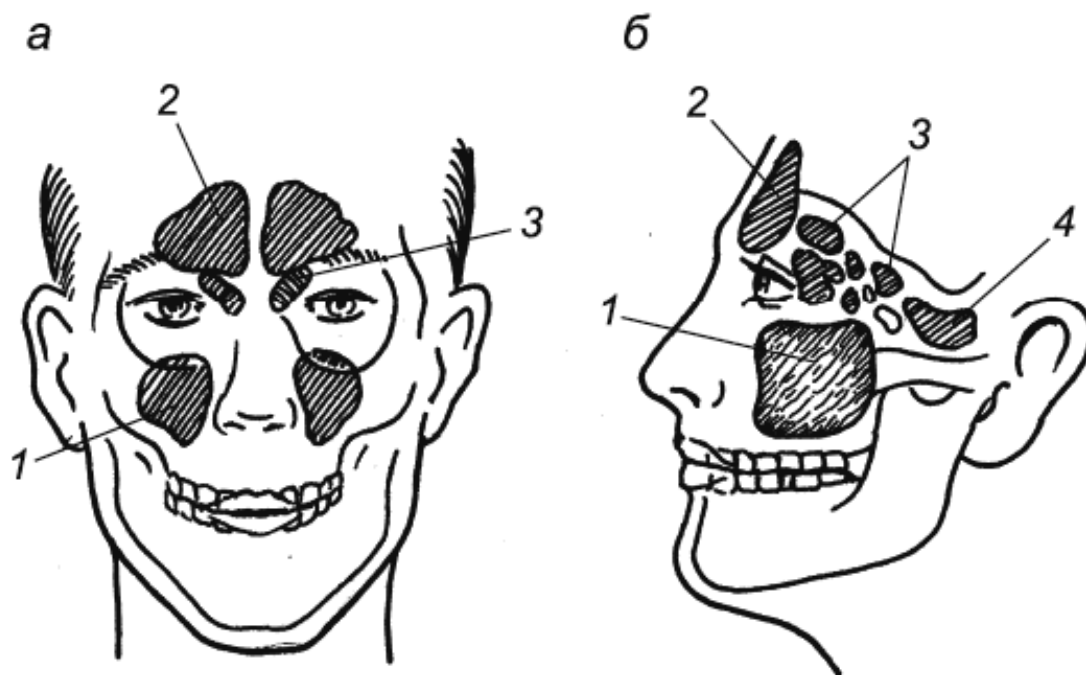


Рис. 6. Расположение околоносовых пазух в голове человека (схема): а — вид спереди; б — вид сбоку; 1 — верхнечелюстная (гайморова) пазуха; 2 — лобная пазуха; 3 — решетчатый лабиринт; 4 — основная (клиновидная) пазуха

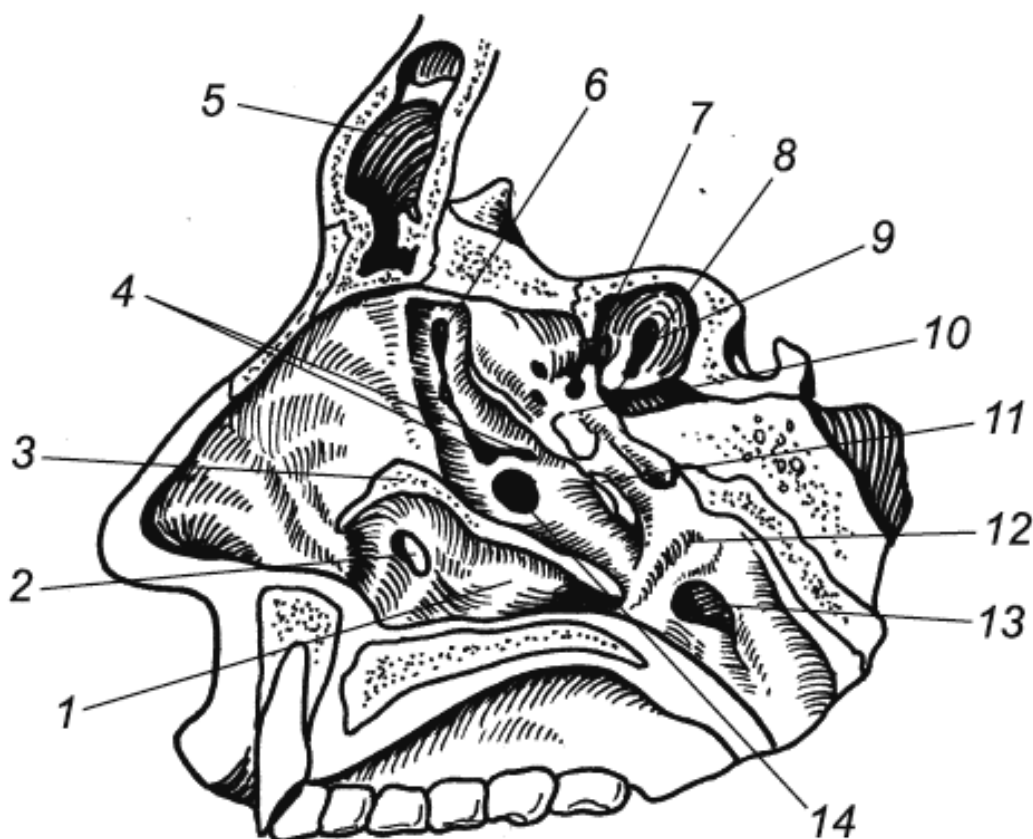


Рис. 7. Вид боковой стенки носовой полости в разрезе (носовые раковины срезаны): 1 — нижний носовой ход; 2 — выходное отверстие слезного протока; 3 — остов нижней носо-

вой раковины; 4 — отверстия передних и средних клеток решетчатого лабиринта; 5 — лобная пазуха; 6 — выходное отверстие лобной пазухи; 7 — отверстия задних клеток решетчатого лабиринта; 8 — выходное отверстие основной пазухи; 9 — основная пазуха; 10 — верхний носовой ход; 11 — остов средней носовой раковины; 12 — хоана; 13 — глоточное отверстие слуховой трубы (в носоглотке); 14 — выходное отверстие верхнечелюстной пазухи

Различают четыре пары околоносовых пазух: верхнечелюстные, лобные, решетчатые и клиновидные (основные).

Околоносовые пазухи облегчают массу головы, укрепляют строение костных структур черепа (как известно, арочные строительные конструкции значительно крепче на излом, чем монолитные) и служат системой воздушных резонаторов для окраски и укрепления силы нашего голоса. Каждая из пазух сообщается с носовой полостью. В нижнем носовом ходе на боковой наружной стенке имеется отверстие слезно-носового канала. Именно поэтому, когда человек плачет, появляется необходимость воспользоваться носовым платком. В среднем носовом ходе открываются отверстия выводного протока из лобной пазухи, передних и средних клеток решетчатого лабиринта и отверстие из верхнечелюстной (гайморовой) пазухи. Задние клетки решетчатого лабиринта и основная пазуха открываются своими отверстиями в верхний носовой ход.

Верхнечелюстная пазуха расположена в теле верхней челюсти. Ее объем может колебаться от 3 до 25 см³. Она имеется у человека с рождения. Однако у новорожденного она еще не воздушна, так как в ней расположены зачатки передних молочных зубов. После их выхода из пазухи (происходит это к концу первого года жизни), пазуха становится пневматизированной и в дальнейшем может только увеличиваться в размерах вместе с ростом человека до достижения полового созревания.

Крайне важно, что дном этой пазухи является альвеолярный отросток верхней челюсти с расположенными здесь зубами. Близость корней зубов, которые в ряде случаев даже выступают в просвет пазухи, и кариозный воспалительный процесс в них могут способствовать развитию вторичного воспалительного процесса слизистой оболочки пазухи. Такой патологический процесс, исходящий из зубов, называется одонтогенным.

Следует всегда помнить, что верхняя стенка верхнечелюстной пазухи одновременно является нижней стенкой орбиты глаза. Она достаточно тонкая, и гнойно-воспалительный процесс в пазухе легко способен проникнуть в глазницу, вызывая развитие внутриглазных осложнений.

Лобная пазуха располагается в толще лобной кости между ее наружной лобной стенкой и пластинкой внутренней мозговой поверхности. У новорожденных она отсутствует. Процесс ее развития (пневматизация) начинается с 2–3 лет и завершается к 25 годам. Средний ее объем составляет 3–5 см³. Иногда, чаще с одной стороны, лобная пазуха у человека вообще может не развиваться (отсутствует).

Клетки решетчатого лабиринта у новорожденного находятся в зачаточном состоянии и развиваются быстрее других околоносовых пазух, достигая окончательного развития к 14–16 годам. В зависимости от своего расположения они разделяются на передние, средние и задние группы клеток, каждая из которых (количество их может варьировать у человека от 3 до 15 с каждой из сторон) имеет свой собственный выход в носовую полость. Сверху они граничат с лобной пазухой и передней черепной ямкой (лобными долями мозга), по бокам — со стенками глазницы, своими выводными отверстиями — с полостью носа. Отсюда становится понятным путь проникновения воспалительного процесса и возможных внутриглазных и мозговых осложнений.

Основная (клиновидная) пазуха находится в теле клиновидной кости, являющейся частью основания мозга. Отсюда понятно ее название. Перегородкой она разделяется на две

(чаще неравные) половины, каждая из которых имеет свой самостоятельный вход в области верхнего носового хода. Своими стенками она граничит с передней и средней мозговыми ямками, глазодвигательными нервами, крупными сосудами, поэтому патологический процесс в ней представляет серьезную опасность для жизни человека. Развитие пазухи начинается вскоре после рождения и заканчивается к 15–20 годам. Патологический процесс в основной пазухе возникает значительно реже, чем в других околоносовых пазухах, из-за глубины расположения и достаточно хорошего оттока.

В чем заключаются физиологические функции носа? Почему важно дышать носом? Почему при насморке изменяется голос?

Нос как анатомический орган является начальной частью дыхательного пути и предназначен для осуществления дыхательной функции. Она обеспечивает поступление в наш организм кислорода, необходимого для нормальной жизнедеятельности всех клеток нашего тела, обеспечения газообмена крови и вывода из организма углекислого газа. Нормальное носовое дыхание нами практически не замечается, не создает для нас никаких проблем и физической нагрузки. При затруднении носового дыхания эта функция требует определенной физической нагрузки и затраты мышечной энергии. При этом происходит снижение обменных процессов в организме, что приводит к нарушениям функции сердечно-сосудистой и нервной систем, повышению внутричерепного давления, замедлению и нарушению работы клеток мозга, расстройствам функции бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта и практически всех внутренних органов. При дыхании человека через рот количество поступающего в наш организм кислорода снижается до 75–78 % от его необходимого объема, что вызывает развитие целого ряда заболеваний, задерживает физическое и умственное развитие человека. Это приводит к нарушениям развития лицевого скелета, прорезывания зубов, формированию патологического прикуса, снижению интеллекта, памяти и др.

Кроме того, дыхательная функция носа тесно связана с другой важнейшей его функцией – защитной, которая не может выполняться при дыхании человека через рот.

Защитная функция достаточно многообразна и состоит из ряда подфункций, которые будут описаны ниже. Вдыхаемый воздух всегда содержит определенный процент различных загрязнений (пыли, микроорганизмов, водяных паров и др.), по этому его необходимо очистить от пыли и вредных примесей. Следовательно, первой подфункцией защитной функции носа является очищение, или обеспыливание, вдыхаемого воздуха. Это обеспечивается волосами, растущими в преддверной (вестибулярной) части носовой полости. Они задерживают наиболее крупнодисперсные частички пыли, не допуская их проникновения в дыхательные пути. Однако более мелкие частички пыли все-таки проникают в носовые ходы полости носа. Для того чтобы узнать, что с ними происходит дальше, остановимся подробнее на нашем носовом дыхании. При обычном (нефорсированном) дыхании вдыхаемый воздух проходит не через всю носовую полость, а через нижний и средний носовой ход. Эти нижние отделы носа называются дыхательной зоной. В нижних отделах слизистая оболочка полости носа представлена специальным дыхательным эпителием, имеющим на своей поверхности большое количество микроскопических ворсинок (ресничек). Они и предназначены для улавливания и приклеивания к себе мелких пылевых частичек. Это осуществляется благодаря тому, что реснички обильно покрыты специальным секретом слизистых бокаловидных желез, которые в большом количестве присутствуют в толще этого дыхательного эпителия. Кроме того, эта слизь осуществляет выполнение второй защитной подфункции – увлажнения вдыхаемого воздуха, она выполняет и третью подфункцию – обеззараживание вдыхаемого воздуха. Дело в том, что слизь бокаловидных клеток содержит в своем

составе специальные ферменты (муцин, лизоцим), обладающие бактерицидным действием. Эта фагоцитирующая (убивающая микробы) способность слизистой оболочки дыхательной зоны полости носа позволяет в 10 раз уменьшить количество микроорганизмов во вдыхаемом воздухе.

Дальнейшей задачей защитной функции носа является необходимость эвакуации задержанного содержимого (четвертая подфункция защиты). Она осуществляется с помощью чихания, носового кашля и высмаркивания, которые проявляются при механическом, рефлекторном и химическом раздражении его слизистой оболочки. Появляющееся при этом повышенное слезоотделение также позволяет повысить бактерицидное воздействие на раздражающий агент в полости носа.

Пятой подфункцией защитной функции носа является терморегуляция, или согревание вдыхаемого воздуха.

Каждому из нас знакома ситуация – появление в носу как бы некоторого препятствия для вдыхания холодного воздуха в ясный морозный день. И наоборот, находясь в сауне на верхней полке парной, каждый мог физически ощутить значительное расширение и свободу носовых ходов полости носа. Это и есть тонкий физиологический механизм терморегулирования вдыхаемого воздуха, заложенный в нас природой. Он обеспечивается кавернозными (пещеристыми) сосудистыми телами, расположенными в толще слизистых оболочек нижних и частично средних носовых раковин. Эти образования при охлаждении, накапливая в себе кровь, резко увеличиваются в объеме и повышают теплоотдачу, а при вдыхании горячего воздуха – максимально сокращаются и уменьшаются в объеме. Кроме того, согревание воздуха в носу происходит и за счет большего кровоснабжения полости носа, удлинения воздушного пути из-за включения при необходимости в дыхание верхних отделов носа и поступательного турбулентного прохождения воздушной струи холодного воздуха, разделения воздуха на 8 потоков (наличие в носу 4 носовых ходов с каждой из сторон), что увеличивает площадь слизистой оболочки, контактирующей с воздухом.

Последней подфункцией защитной функции полости носа является обоняние. У человека по сравнению с животными оно постепенно утрачивает свое жизненно важное значение и является фактически рудиментарной подфункцией. Не случайно нос современного человека по степени стал более тонким и миниатюрным по сравнению, например, с неандертальцем, причем в большей степени в верхних отделах носа, которые называются обонятельной зоной. Чтобы это понять, попытайтесь понюхать что-либо. И вы убедитесь, что вы послали вдыхаемый воздух в верхние отделы носа.

Тем не менее обонятельная подфункция носа остается для человека достаточно значимой. Доказана важность обоняния для рефлекторного выделения слюны и пищеварительных соков при питании. Чрезвычайно важна роль обоняния не только для животных, но и для человека в возможности продолжения рода. Как известно, существуют особые химические пахучие вещества – феромоны, которые выделяют живые существа для привлечения к себе особей противоположного пола. У каждого человека имеется свой специфический запах, иногда – приятный, привлекающий, а иногда достаточно неприятный, отталкивающий. Именно поэтому и были созданы парфюмерно-косметические изделия, способные придать человеку привлекающий запах. Это во многом способствует налаживанию личных контактов сближению людей, а в конечном итоге – демографическому росту. Важнейшее значение имеет обоняние и для защиты человека от различных отравляющих веществ, газов, пыли и т. д. Кроме того, обоняние позволяет различать доброкачественные пищевые продукты и испорченные, просроченные, которые могут явиться источником отравлений, заболеваний желудочно-кишечного тракта. Считается, что у женщин обоняние развито в большей степени. Правда, следует учесть, что могут отмечаться значительные индивидуальные

колебания, не всегда зависящие от половой принадлежности. Обоняние связано с состоянием здоровья носовой полости, профессией и степенью тренированности.

Нормальное состояние обоняния называется нормосмией, снижение обонятельной способности – гипосмией, а ее утрата – аносмией.

Резонаторная функция носа заключается в том, что носовая полость и околоносовые пазухи, сообщаясь между собой и с полостью глотки, являются воздушными резонаторами голоса, придающими ему необходимую звучность, тональность и индивидуальную окраску (тембр). Для того чтобы понять значимость этой функции, достаточно зажать нос рукой и произнести несколько слов. То, что у вас получилось, называется в медицине закрытой гнусавостью. Подобное наблюдается у больных с нарушенной проходимостью носовых ходов (насморк, инородные тела в полости носа, гипертрофия носовых раковин, полипы носа и др.). Голос при этом становится глухим, однообразным, гнусавым, теряет свою узнаваемость. Но есть вариант и открытой гнусавости, которая наблюдается при патологической открытости носовой полости. В качестве примера можно привести случаи паралича мягкого нёба, врожденного незаращения твердого нёба – «волчья пасть», «заячья губа», открытый перелом костей носа.

Немаловажное значение имеет и эстетическое (косметическое) значение носа. Зачастую, обеспечивая человеку нормальное носовое дыхание и обоняние, форма носа доставляет его обладателю не радость, а значительные переживания и душевные страдания, так как не соответствует его представлениям о красоте и привлекательности. В связи с этим больные нередко обращаются за помощью к пластическим хирургам для проведения коррекции наружного носа.

Болезни наружного носа

Что делать, если у новорожденного ребенка выявлен порок развития носа?

Врожденные пороки и аномалии развития носа обусловлены нарушениями эмбрионального (внутриутробного) развития плода. В последнее время в связи со злоупотреблением алкоголем, интоксикацией различными химическими препаратами, генетически модифицированными продуктами частота врожденных уродств несколько увеличилась. К ним относятся раздвоение кончика носа, «волчья пасть», «заячья губа» (расщелина носа) и т. д. Наиболее важным является раннее (своевременное) распознавание врожденной патологии. Дело в том, что некоторая патология, например атрезия (заращение) хоан, является жизненно важной для новорожденного. Ребенок с такой патологией не может брать грудь из-за отсутствия носового дыхания и нуждается в срочном хирургическом лечении в первые дни жизни. Дефекты врожденного характера в виде расщелин губы и твердого нёба требуют планового хирургического лечения в детском возрасте. Дефекты наружного носа (удлиненный, горбатый, крючковидный, седловидный и т. д.) могут быть исправлены в плановом порядке по согласованию с пластическими хирургами после завершения полового созревания, когда прекращается рост лицевого скелета.

Что делать в случаях, когда ребенок часто засовывает в нос мелкие предметы?

Стремление некоторых детей вводить в естественные отверстия тела, в том числе и в нос, мелкие разнообразные предметы (камешки, пуговицы, бусинки, шарики и др.) встречается достаточно часто. В таких случаях следует максимально исключить доступность мелких предметов и деталей для ребенка. Обычно инородные тела располагаются в нижнем или общем носовом ходе и их диагностика не представляет сложностей. Достаточно приподнять большим пальцем руки кончик носа ребенка и заглянуть в ноздри. Сложность заключается в том, что не все дети говорят о своих проделках. Как же догадаться о наличии инородного тела в носу? Прежде всего следует внимательно наблюдать за ребенком. При умывании необходимо обратить внимание на то, обе ли половины носа участвуют в дыхании. Во время сна также имеется хорошая возможность определить это. Если есть подозрения, что одна половина носа не дышит, то следует провести специальную пробу с ваткой или ниткой (рис. 8).

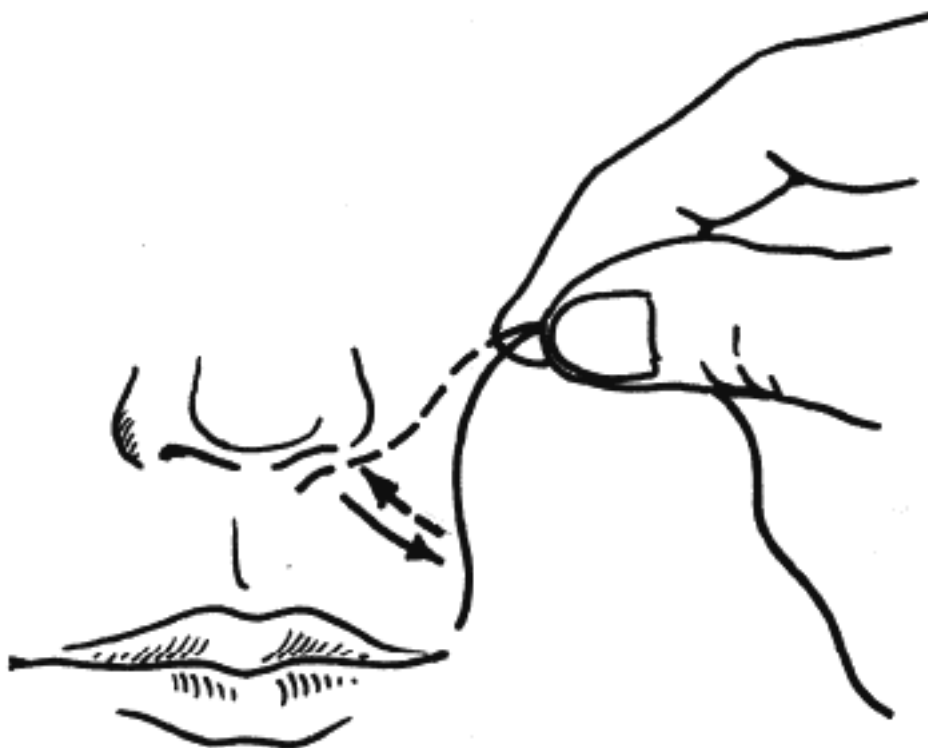


Рис. 8. Простейшая проверка состояния дыхательной функции носа

При своевременно невыявленном инородном теле носа бессимптомный период вскоре заканчивается. У больного появляются гнойные выделения из соответствующей половины носа. Ребенка начинает беспокоить отсутствие носового дыхания пораженной стороны, головная боль, может подняться температура тела. Вообще следует иметь в виду, что насморк, являющийся достаточно распространенным заболеванием у детей, всегда должен быть двусторонним. Односторонний процесс всегда наводит на мысль о возможности наличия инородного тела. Кроме того, при обычном рините высмаркивание носа позволяет очистить носовые ходы и дыхание восстанавливается. Этому же способствует и применение сосудосуживающих капель в нос. Если же эти мероприятия не привели к улучшению дыхания, ребенка надо обязательно показать лор-врачу.

Хочу предупредить родителей, чтобы они воздержались от желания самостоятельно извлечь инородное тело из носа, так как при этом можно протолкнуть инородное тело глубже, в том числе и в нижние дыхательные пути, что чревато удушьем. Кроме того, такие попытки могут нанести значительную травму и вызвать носовое кровотечение.

Дети во время игр часто получают различные травмы, в том числе и носа. Как узнать, нет ли перелома? Как поступать в этих случаях?

Носу как выступающей части лица действительно часто достается во время игр, спортивных соревнований и шалостей. Различают травмы в виде ушибов, ссадин, разрывов мягких тканей наружного носа и переломов (открытые и закрытые). Ушибы и кровоподтеки (синяки) мягких тканей лица и носа специального лечения не требуют. Достаточно непосредственно сразу после травмы приложить холодные примочки или завернутый в марлю кусочек льда. Это позволит уменьшить отечность мягких тканей лица и нарастание гема-

томы. Однако если после травмы прошло много времени и появились в области переносицы припухлость и отечность, то визуально трудно судить о наличии или отсутствии перелома. Часто бывает, что отечность мягких тканей лица проходит через несколько дней, и выявляется, что форма носа заметно изменилась. Чтобы этого избежать, рекомендуется во всех случаях видимых повреждений носа обращаться к врачу, который сможет сделать правильное заключение с помощью пальцевого и рентгенологического исследования носа в двух проекциях.

При закрытых переломах костей носа следует оценить состояние костных отломков и необходимость их вправления (устранения деформации). При наличии только трещины в костях носа последующего исправления формы носа не требуется. Достаточно остановить возможное носовое кровотечение, обеспечить носу покой и фиксировать положение костей с помощью передней тампонады носа на 2–3 дня. В случаях видимой деформации носа необходимо производить репозицию (восстановление костного скелета) костей носа. Чаще всего в первые часы или сутки после травмы производят так называемое пальцевое вправление.

В случаях необходимости более сложного инструментального вмешательства (например, при вдавленных переломах) или при застарелых травмах (более 5 суток) больного госпитализируют для последующего хирургического лечения под наркозом.

Если у больного имеется старая деформация наружного носа и есть желание исправить форму носа, производится редрессация костей носа. В этих случаях осуществляется инструментальный перелом неправильно сросшихся костей с целью последующего восстановления правильной формы носа и носового дыхания. В дальнейшем больной в течение недели должен носить фиксирующую гипсовую повязку и тампоны в носу.

Повреждения кожи и тканей носа, в том числе и в случаях открытых переломов костей носа, требуют срочной госпитализации больного с первичной хирургической обработкой и ревизией раны, ушиванием тканей. В последующем решается вопрос о необходимости репозиции отломков. Не следует забывать о возможности занесения в рану инфекции, что может явиться источником серьезных заболеваний, таких как столбняк, сепсис и др. Поэтому необходимо обратиться в свою районную поликлинику или амбулаторию для своевременного введения противостолбнячной сыворотки или анатоксина.

Довольно часто на верхней губе и в носу появляется фурункул. Отчего это происходит? Что надо делать?

Кожа лица в целом и в области носогубного треугольника в частности достаточно нежна, богата снабжена кровеносными сосудами и нервными окончаниями и содержит потовые и сальные железы. В качестве профилактики возникновения гнойничковых заболеваний кожи, к которым относятся фурункулы, следует соблюдать рациональный режим питания с достаточным количеством витаминов, правильно ухаживать за кожей лица (умываться с мылом, обрабатывать кожу лица лосьонами и т. д.). При этом необходимо руководствоваться правилами: сухую кожу лица смазывать питательными эмульсиями, гигиеническим молочком, жирную кожу – протирать лосьонами на спиртовой основе. Это позволит устранить основную причину возникновения фурункулов – микробную флору на коже лица.

Предрасполагают к заболеванию микротравмы кожи, ее загрязнение, сахарный диабет и другие обменные нарушения в организме, ослабление иммунитета. В таких случаях фурункулы могут носить рецидивирующий характер.

Фурункул в зоне носогубного треугольника требует пристального внимания врача и больного. Эта зона имеет своеобразную систему кровоснабжения и кровоотока, которая напрямую связана с мозгом, что чревато серьезными осложнениями в виде тромбоза, сепсиса и внутричерепных гнойных процессов. Поэтому отношение к таким фурунку-

лам должно быть более серьезным, чем к фурункулам кожи других частей тела. Прежде всего рекомендуется госпитализация больного. Назначается комплексное антибактериальное и противовоспалительное лечение, прием антигистаминных препаратов, антикоагулянтов, витаминов и в случаях рецидивирующих процессов – биостимуляторов. Местно применяют сухое тепло, мазовые повязки, ультрафиолетовое облучение (УФО). Ни в коем случае нельзя выдавливать гнойное содержимое из области фурункула. Врач применяет хирургическое вмешательство только в случаях абсцедирования или для снятия капюшона кожи с поверхности созревшего гнойного стержня фурункула для его скорейшего разрешения.

Больным с рецидивирующими фурункулами требуется обязательное исследование крови на содержание глюкозы (для исключения сахарного диабета). В лечении таких больных важным является применение витаминных и иммунных препаратов, биостимуляторов, пивных дрожжей, аутогемотерапии, УФО крови.

Заболевания носовой полости

С чем могут быть связаны частые носовые кровотечения?

Прежде всего хочу сказать, что носовое кровотечение – это не болезнь, а симптом, часто сопровождающий заболевания различных органов и систем. При выяснении причин носового кровотечения следует иметь в виду, что они могут носить местный или общий характер.

К местным причинам относятся внешние травмы и повреждения носа, а также повреждения слизистой оболочки полости носа при проведении операций, опухолях и новообразованиях носа, инородных телах, атрофических корочных процессах в носу, чистке носа и чрезмерно сильном высмаркивании.

К общим причинам относятся различные заболевания сердечно-сосудистой системы (например, гипертоническая болезнь), заболевания печени и почек, заболевания системы крови, авитаминозы, ряд инфекционных заболеваний с повышенной температурой тела и др.

Самым частым местом незначительных носовых кровотечений является сосудистая зона в передней части носовой перегородки. Этому способствуют искривление носовой перегородки, привычка чистить нос пальцем, анатомическое поверхностное расположение зоны сосудистого капиллярного сплетения. В данной зоне нет крупных сосудов и кровотечение из этого места незначительное, продолжающееся в течение нескольких минут. Больному достаточно спокойно посидеть со слегка запрокинутой головой и глубоко подышать. К переносице можно приложить смоченный холодной водой платок, пузырь со льдом. В нос рекомендуется закапать сосудосуживающие капли, вложить комочек ваты, смоченный раствором водорода пероксида, прижать крыло носа пальцем на несколько минут.

В случаях рецидивирующих кровотечений сосудистой зоны носа следует обратиться к врачу, который должен произвести термическое или химическое прижигание кровоточащего участка.

Обильные носовые кровотечения чаще всего возникают из глубинно-верхних отделов носа из-за разрыва или эрозии достаточно крупного сосуда. При этом массивность кровотечения не позволяет врачу в деталях рассмотреть место повреждения. Задача врача в такой ситуации заключается в скорейшей остановке кровотечения с помощью передней тампонады носа. Начинают тампонаду носа узким марлевым тампоном со стороны поражения. Если односторонняя тампонада носа не приводит к желаемому результату, следует затампонировать и вторую половину носа. После произведенной тампонады носа на него накладывается специальная пращевидная повязка (рис. 9). Она необходима для фиксации переднего тампона и предотвращения его выпадения; сбора сукровицы из носа и возможных выделений серозного секрета; оценки и контроля качества тампонады.

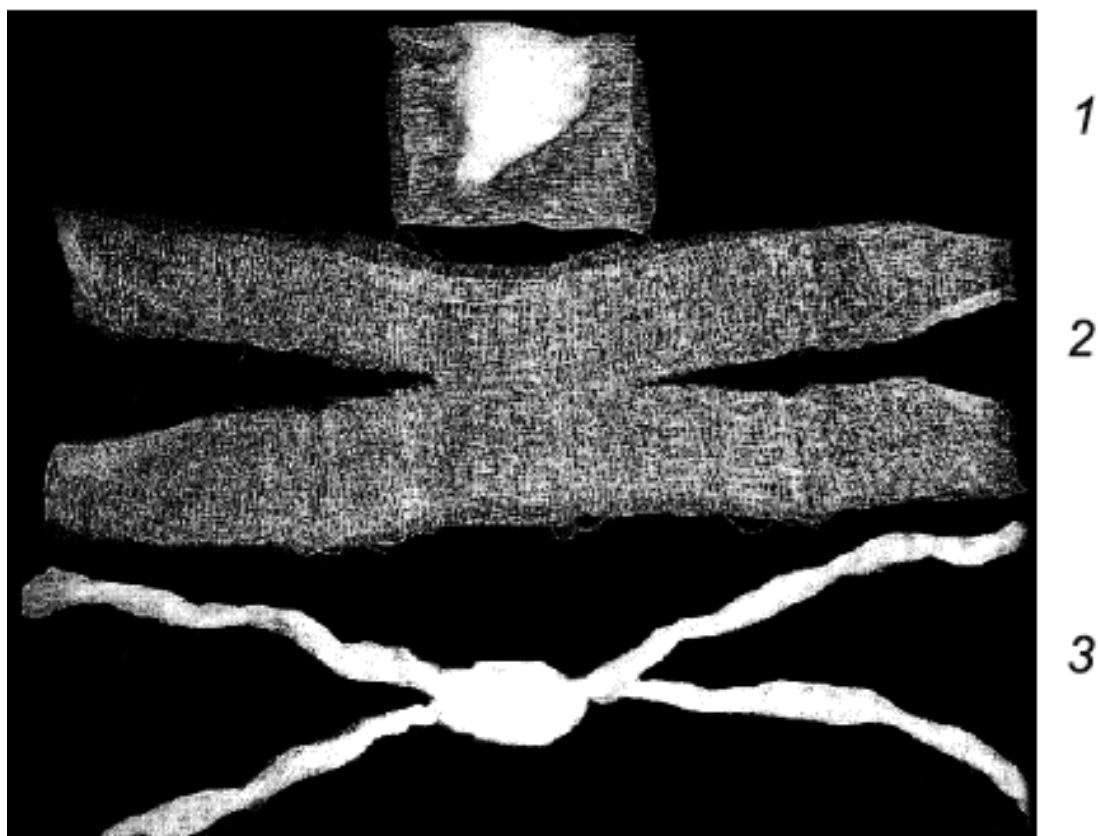


Рис. 9. Этапы изготовления пращевидной повязки

По завершении тампонады и прекращении кровотечения необходимо провести ряд диагностических мероприятий для установления его причин (собрать анамнез, измерить артериальное давление, произвести исследование общего анализа крови и общий осмотр больного). Исходя из установленного диагноза, следует начать адекватное лечение (ввести средства, снижающие артериальное давление, препараты, улучшающие систему свертывания крови, и т. д.).

Больного госпитализируют в случае неэффективности произведенной передней тампонады, о чем свидетельствует продолжающееся стекание крови по задней стенке глотки, а также при неустановленном диагнозе или необходимости продолжения лечения выявленного заболевания.

Очень важно успокоить больного. Он должен знать, что любое носовое кровотечение обязательно будет остановлено. Вопрос только в способе остановки и времени лечения. Во многом это определяет основной диагноз. Поэтому чем раньше врач сможет выявить заболевание и начать лечение, тем лучше будет дальнейший прогноз. Следует отметить, что появление носовых кровотечений может быть связано с определенными изменениями в организме женщин (менструальным циклом), а также явиться предвестником очень серьезных заболеваний системы крови, например таких, как лейкоз. Кроме того, рецидивирующие носовые кровотечения могут приводить к развитию вторичной анемии. Основная проблема, на которую следует обратить внимание, заключается в том, что многие заболевания носят хронический характер и требуют постоянного, а не единичного контроля за артериальным давлением крови с длительным, а иногда и постоянным приемом медикаментозных препаратов, назначенных врачом. Проще предупредить носовое кровотечение, чем его лечить.

Как избежать появление насморка? Правда ли, что насморк лечить бесполезно?

Острый ринит (насморк) представляет собой острое воспаление слизистой оболочки полости носа. По частоте он является самым распространенным заболеванием верхних дыхательных путей. Он может быть как самостоятельным заболеванием, так и сопутствующим процессом при других инфекционно-воспалительных заболеваниях. Есть два пути развития насморка. Первый, наиболее частый, – это активизация в полости носа своих микроорганизмов, постоянно живущих на слизистой оболочке носа, так называемых сапрофитов. Пусковым моментом их активизации является общее или местное переохлаждение, ослабление защитных сил организма. Второй, более редкий, путь – это внедрение в носовую полость чужеродных патогенных микроорганизмов или вирусов.

В процессе развития заболевания (патогенезе) различают несколько стадий. Насморк начинается со стадии сухого раздражения. Больной ощущает в носу сухость, щекотание. Появляется чихание. При вирусном заболевании сразу может отмечаться значительное повышение температуры тела. При осмотре в этой стадии врач отмечает сухость слизистых оболочек носа и их покраснение (гиперемию).

В этой стадии больные обычно не обращаются к врачу, так как носовое дыхание еще не нарушено и выделений из носа нет. А между тем, именно в катаральной стадии начального воспалительного процесса его можно остановить. Чаще всего врачи рекомендуют соблюдать щадящий охранительный режим, пить горячий чай с медом, малиной. Очень хорошо попариться в бане, сделать на ночь горячую ножную ванну. Для закапывания в нос рекомендуются растительные бактерицидные средства, называемые фитонцидами. Они содержатся в луке, чесноке. Для приготовления таких масляных капель необходимо натертую на терке массу лука или чеснока забросить на несколько часов в небольшое количество растительного масла. Подобные капли действуют положительно на причину заболевания – микроорганизмы, вирусы и на развивающуюся сухость слизистых оболочек. Эта стадия длится от нескольких часов до одних суток. Если не принимать никаких мер, то она, безусловно, перейдет в следующую – стадию серозных выделений.

Каждый, переболевший ринитом, помнит эту стадию, когда из носа начинает бежать «водичка» и носового платка не хватает. Продолжительность ее обычно также не превышает суток, после чего отделяемое из носа приобретает характер слизистого, затем слизисто-гнойного и, наконец, гнойного (стадия разрешения). Больные обычно прибегают к помощи врача лишь в стадии слизистых выделений, потому что нос практически не дышит из-за значительной инфильтрации (увеличения в объеме) носовых раковин, сужения носовых ходов, в которых к тому же имеется густая слизь. Больной испытывает общее недомогание, появляется головная боль, может повышаться температура тела. Особенно это проявляется при вирусных поражениях.

В народе, к сожалению, бытует мнение: «Если насморк не лечить, он длится неделю, а если лечить – семь дней». Из этого многие делают вывод: «Зачем его лечить? Пройдет сам». У кого-то, возможно, пройдет, как правило, у физически крепких, достаточно закаленных людей, не имеющих других предпосылок для развития осложнений. Но относитесь ли вы к ним? Врачи прекрасно знают, что насморк опасен своими возможными осложнениями. К ним относятся: отиты, синуситы, трахеобронхиты, пневмонии и т. д. Поэтому, несмотря на то что лечение ринита действительно не сокращает временные границы всех стадий развития заболевания, оно поможет вам сохранить здоровье, избежать развития серьезных осложнений, перехода острого процесса в хронический и, наконец, просто чувствовать себя в про-

цессе заболевания более комфортно. Не знаю, как другие люди, но я, если у меня не дышит нос ночью, не засну. Думаю, что многие люди тоже.

Поэтому, безусловно, лечить ринит необходимо. В зависимости от стадии развития заболевания врач применяет специфическое лечение. В стадии серозных выделений может назначить прием антигистаминных препаратов, которые уменьшают секрецию, инфильтрацию и снимают аллергический фон у больных-аллергиков. Эти же препараты усиливают действие обезболивающих средств и способствуют сну.

Витаминные комплексы укрепляют стенки сосудов и тканевые мембраны и также уменьшают секрецию. Сосудосуживающие капли в нос уменьшают инфильтрацию, сужают набухшие сосуды и тем самым улучшают носовое дыхание и способствуют высмаркиванию. Применение антибактериальных или противовирусных препаратов помогает справиться с бактериальной флорой. Применение физиотерапии (ультрафиолетового облучения слизистых оболочек полости носа (УФО), УВЧ, фонофореза и электрофореза) помогает уменьшить выделение слизи, подавить бактериальную флору, скорее справиться с воспалительным процессом.

Есть ли особенности в лечении ринита у детей?

Безусловно, лечение ринита у детей, особенно в раннем возрасте, требует индивидуального подхода. К примеру, у грудных детей из-за анатомической узости носовых ходов нос бывает заложен настолько, что они не могут сосать грудь. У них нарушается нормальный сон, крайне необходимый им для развития. Ребенок быстро утомляется, раздражен, беспокоен, недоедает, теряет массу тела. В связи с определенным возрастным недоразвитием слуховой трубы у детей рано и значительно чаще развиваются осложнения в виде отитов, а также трахеобронхита, ларингита, пневмонии. Важным моментом является отсутствие у ребенка возможности выразить свои жалобы и ощущения матери. Поэтому требуется систематическое и внимательное отношение к ребенку. Необходимо заботиться о постоянной проходимости носовых ходов. Перед кормлением следует тщательно прочистить носик от корочек, слизи ватным жгутиком или ватничком, смоченным вазелиновым маслом. Ватник вводится в каждую ноздрю поочередно вращательными движениями по нижнему носовому ходу под визуальным контролем. Если корочки сухие, можно их предварительно размягчить, закапывая в нос 2–3 капли 2 % раствора пищевой соды или физиологический (солевой) раствор. При отсутствии носового дыхания перед кормлением (после туалета носовой полости) следует закапать в обе половины носа специальные детские носовые капли, такие как 0,025–0,05 % растворы називина, нафазолина, галазолина, по 1–2 капли 2–3 раза в день. Обратите внимание на возрастные ограничения медицинских препаратов и кратность их введения. Передозировка недопустима!

Ослабленным детям в 1-й стадии ринита рекомендуется закапывать в нос *лейкоцитарный интерферон*, *вазелиновое масло*; во 2-й стадии – 20 % раствор альбумида (*сульфацила натрия*); 0,02 % раствор фурацилина, 2 % раствор борной кислоты; в 3-й стадии разрешения, когда могут образовываться гнойные корочки, – сосудосуживающие капли на масляной основе – *пиносол*. Хочу предупредить, что детям до трех лет нельзя закапывать в нос препараты ментола (ментолового масла), так как они могут вызвать у детей ларингоспазм и даже судороги.

Помещение, где находится больной ребенок, следует предварительно хорошо проветрить. В теплую сухую погоду ребенка можно выносить на прогулку. В холодную погоду таких детей выносить на улицу нельзя, так как при затруднении носового дыхания холодный воздух, попадая непосредственно в нижние дыхательные пути, может вызвать трахеобронхит или даже пневмонию.

Для того чтобы капли, затекая в глотку, не вызывали у ребенка неприятных ощущений, можно использовать на 20–30 с марлевые или ватные жгутики, ватку на кончике спички, смоченные в лекарственном средстве. При этом необходимо помнить, что одновременно закладывать жгутики с обеих сторон носа нельзя. Вытекающие из носа выделения осторожно осушают комочком ваты или марли, которые после употребления выбрасывают. При частом вытирании носа нередко происходит покраснение и раздражение нежной кожи ребенка. Поэтому места раздражения смазывают детским кремом или вазелином. Нельзя допускать, чтобы ребенок вытирал себе нос руками или наносил себе ссадины или царапины. Ребенка необходимо пеленать с руками либо надевать ему специальные защитные варежки.

Говорят, бывают разные виды хронических ринитов. Чем они отличаются? Почему врачи ставят разные диагнозы?

Действительно, хронические риниты бывают достаточно разнообразными. Они различаются причинами, их вызывающими, своим клиническим течением и последствиями. Ученые многих стран мира уже не один десяток лет активно дискутируют по этим вопросам. Неудивительно, что врачи могут по-разному формулировать диагноз исходя из своих предпочтений и понимания.

Определенное единообразие по этому вопросу возникло в 1997 г. в г. Уфа во время конференции Российского общества ринологов. Была создана классификация ринитов (1997). Белорусские ученые наряду с представителями ряда стран постсоветского пространства являются сторонниками одной школы, поэтому данная классификация может быть принята и белорусскими врачами.

Однако в целом эта классификация является достаточно громоздкой. Для практической работы достаточно использовать ее фрагментарную часть, относящуюся к хроническим ринитам.

Исходя из предложенной классификации, хронические риниты по своему причинному фактору и клиническим проявлениям делятся на три основные группы: катаральные; аллергические и вазомоторные (гипертрофические); атрофические.

● **Хронический катаральный ринит** отличается от острого более длительным течением и неярко выраженными жалобами и симптомами. Общее состояние больного страдает незначительно. Днем больного беспокоит попеременное закладывание одной или другой половины носа, умеренное или скудное (чаще) серозно-слизистое отделяемое. Затруднение носового дыхания обычно отмечается только по ночам, больше на той стороне, на которой больной спит. В связи с отсутствием выраженной симптоматики в дневное время больной не торопится с визитом к врачу. Чаще пытается проводить самолечение в виде длительного применения сосудосуживающих капель в нос, что приводит к переходу процесса в другие клинические формы, вызывает привыкание к медикаменту и появление вторичных осложнений. Обычно больные не обращают внимания на указание в инструкции к препаратам, где указано, что их применение допускается только при остром рините и ограничено 7–10 днями.

Длительное течение хронического катарального процесса приводит к атрофии слизистой оболочки полости носа, снижению обоняния, поражению околоносовых пазух, развитию воспалительных процессов в среднем ухе и снижению слуха. Поэтому наряду с адекватным лечением, назначаемым лечащим врачом, необходимо обратить серьезное внимание на весь комплекс причин, вызывающих хронизацию заболевания. К ним относятся: своевременное устранение искривлений носовой перегородки, аденоидов; укрепление иммунитета; рациональный режим поведения и питания; устранение вредных производственных и профессиональных факторов и др.

• Вторую группу представляют хронические риниты, приводящие к появлению гипертрофии (разрастанию и утолщению) слизистой оболочки носовых раковин. В эту группу входят аллергические и вазомоторные риниты.

Об **аллергических ринитах** говорят в ситуации, когда в анамнезе или в результате проведения специальных исследований врачом аллергологом у больного выявлен определенный аллерген или сочетание нескольких аллергенов. В качестве аллергенов выступают определенные пищевые продукты (цитрусовые, шоколад, сладости и др.), лекарственные препараты, определенные химические вещества, запахи, пыльца некоторых растений и т. д. В зависимости от характера аллергена заболевание может носить сезонный (временный) характер или протекает круглогодично.

Так, к сезонному острому проявлению аллергического ринита относится поллиноз (сенной насморк). Однако острые проявления аллергического ринита могут возникать и от действия большого числа других аллергенов.

Круглогодичный аллергический ринит целесообразно называть хроническим, так как в этих случаях аллерген воздействует на больного на протяжении достаточно длительного времени (например, домашняя или книжная пыль, какие-то вещества производственного процесса и др.).

Острая аллергическая реакция (поллиноз) протекает в виде приступа. Больного начинает беспокоить беспрестанное чихание, щекотание в носу, обильные серозные выделения из носа, слезотечение, резкое затруднение носового дыхания. Чаще такие проявления наступают при ингаляционном воздействии (при вдыхании) на слизистую оболочку полости носа конкретного аллергена. При попадании в организм лекарственных веществ, непереносимых больным, у пациента проявляется аллергическая реакция более общего типа в виде крапивницы, отека Квинке, общего ухудшения состояния, обморока, удушья, зуда и т. д. Поэтому, прежде чем назначать, а тем более вводить тот или иной лекарственный препарат, врач обязан тщательно собрать аллергологический анамнез о возможных негативных последствиях приема подобных медикаментов в прошлом, возможных реакциях на прививки, обратить внимание на записи в амбулаторной карте, лейкоцитарную формулу в анализах крови. При возникновении малейших подозрений на возможность аллергических проявлений у больного его следует направить на обследование в аллергологический кабинет или центр. При подтверждении аллергии на амбулаторной карте больного должна быть сделана специальная отметка или маркировка с указанием природы выявленного аллергена. Больной должен быть об этом уведомлен, и при необходимости он обязан сказать лечащему врачу о своей предрасположенности к аллергии.

У таких пациентов аллергические проявления носят более общий, разлитой характер. Поэтому заболевание у них сопровождается вовлечением в аллергический процесс и других участков дыхательного тракта (слизистых околоносовых пазух, в частности). Такие процессы у больных часто называют *аллергической риносинусопатией* (подозрением на вовлечение в патологический аллергический процесс и слизистых оболочек околоносовых пазух). В этих случаях врач оториноларинголог обязан произвести рентгенологическое исследование придаточных пазух носа для исключения или подтверждения соответствующего диагноза (гайморит, фронтит, этмоидит и др.). Аналогичным образом должен поступать и врач терапевт, так как аллергические проявления могут привести к развитию бронхиальной астмы и других осложнений.

Одной из наиболее частых врачебных ошибок является отнесение к аллергическим ринитам так называемой аллергии на холод. Аллергии на холод не может быть в принципе, так как изменения температуры окружающей среды и воздуха не могут быть аллергеном из-за того, что не имеют белковой природы. В данном случае речь идет о реакции поверхностных кровеносных сосудов кожи и слизистых оболочек носовой полости на температурные

перепады, т. е. о реакции вазомоторов – нервных чувствительных элементов кожи и слизистых оболочек на величину просвета сосудов. Речь идет о вторичной, следственной (патогенетической) реакции на переохлаждение. И это имеет совершенно четкое определение – «вазомоторная реакция» или «вазомоторный ринит». Это совершенно разные диагнозы и они требуют совершенно разного лечения. Если аллергические процессы требуют противоаллергического (гипоаллергенного) лечения, о чем пойдет речь в соответствующем разделе, то о лечении вазомоторного ринита описано ниже.

В группу **вазомоторных (неаллергических) ринитов** входят различные формы, зависящие от причинного фактора, вызывающего соответствующую нейрососудистую реакцию кавернозных (пещеристых) тел, расположенных в нижних и частично средних носовых раковинах. Поэтому вазомоторные риниты иногда называют нейровегетативными. Это не совсем верно, так как за основу такого определения берется не причинный фактор, а его следствие, которое наблюдается и у больных аллергией. Причинами сосудистой реакции при вазомоторном рините могут быть переохлаждение, психогенный (стрессовый) фактор, прием определенных медикаментов, вызывающих расширение сосудов (например, препараты раувольфии), гормональный всплеск и другие факторы, в основе которых лежит временный дисбаланс в вегетативной нервной системе человека с последующей нейрососудистой реакцией. В случаях, когда врач затрудняется с выявлением причины подобных нарушений, употребляется термин «идиопатический ринит» (ринит невыясненной природы).

Как аллергический, так и вазомоторный ринит в силу своего хронического затяжного течения вызывает у больных желание постоянного (длительного) применения сосудосуживающих капель, которые при привыкании к ним и в результате блокады действия нервных вазомоторных рецепторов приводят к постоянной набухлости слизистых оболочек носовых раковин и последующему развитию гипертрофии. Такое разрастание соединительнотканых элементов носовых раковин не способно сокращаться под воздействием сосудосуживающих капель, а требует хирургического лечения. Исходя из этого, врач ставит диагноз «хронический гипертрофический ринит».

Как лечат больных с аллергическим и вазомоторным ринитом?

Врачу прежде всего следует определить, является ли больной аллергиком. Все дело в том, что лечение аллергического и вазомоторного ринита совершенно разное.

Врачу следует тщательно проанализировать семейный и личный анамнез больного, выяснить, не наблюдались ли у него какие-либо патологические или побочные реакции на прививки, прием лекарственных препаратов или некоторых продуктов (цитрусовых, шоколада, клубники и др.). Эти проявления могут выражаться покраснением кожи, зудом, слезоточивостью, отеком тканей лица, появлением затрудненного дыхания. Важно проанализировать перенесенные ранее заболевания, так как некоторые из них, такие как дерматиты, бронхиальная астма, полипозные синуситы, могут явиться указанием на аллергический характер процесса. Косвенным подтверждением на склонность к аллергии является увеличение количества эозинофилов в анализе крови. И наконец, при затруднениях в постановке диагноза врач должен направить больного в специализированный аллергологический кабинет или центр, которые в настоящее время организованы практически во всех центральных районных поликлиниках и в ряде больниц, для последующего там осмотра больного врачом-аллергологом с целью уточнения и выяснения природы аллергена.

После того как у больного установлена аллергическая природа выявленного риносинусита и с помощью врача аллерголога установлена природа аллергена, следует провести целый ряд лечебных мероприятий.

Прежде всего необходимо взять больного на диспансерный учет сразу трем специалистам – участковому терапевту, врачу аллергологу и оториноларингологу. Ведущим во всей диспансерной работе, безусловно, является участковый терапевт. Он организует всю диспансерную работу, ведет документацию, следит за полнотой обследования больного, появлением возможных осложнений, организует устранение причинно-значимого аллергена и создание больному гипоаллергенного быта и условий работы, в том числе питания.

Врач аллерголог помимо проведенной диагностической работы по выявлению природы аллергена должен осуществлять специфическую гипосенсибилизацию (аллерговакцинацию), чтобы по возможности уменьшить патогенное влияние аллергена на организм больного.

Оба этих специалиста должны объяснить больному, что означает создание гипоаллергенного быта. Это прежде всего уменьшение содержания окиси азота, угарного газа, дымов, средств бытовой химии, парфюмерных средств внутри жилых и рабочих помещений. Следует избавить дом от домашних животных, аквариумных рыбок, тараканов, чаще проводить проветривание помещения, влажную уборку. Аллергенами являются также перо и пух домашних птиц. Существенная мера в организации гипоаллергенного быта – исключение активного и пассивного курения. Что касается пищевой аллергии, то она редко бывает единственной причиной *аллергического риносинусита* (АРС). Поэтому нет необходимости исключать из рациона питания продукты, имеющие важную значимость для физического и умственного развития человека, если их причинная связь с АРС не доказана. Тем не менее в рационе больных АРС безусловно показано ограничение продуктов, потенциально опасных для развития АРС (цитрусовые, мед, яйца, орехи, шоколад, земляника, клубника и др.).

Базисная противоаллергическая неспецифическая терапия, проводимая врачами терапевтами и оториноларингологами, включает применение трех групп препаратов:

- глюкокортикостероидов (ГКС);
- нестероидных противовоспалительных средств (кромонов);
- антигистаминных средств.

В настоящее время стероидные топические препараты (ГКС) применяются чаще всего в виде небулайзерной (ингаляционной) терапии в нос (например, *назонекс (мометазона фуроат)*). Однако такие ГКС препараты обычно применяются у взрослых и детей старше 2 лет.

У детей до 2 лет лечение АРС обычно начинают с нестероидных противовоспалительных средств, которые часто называют кромонами. Они также применяются в виде спреев, аэрозолей. При применении в течение 2–4 недель и отсутствии эффекта, а также при выраженных проявлениях АРС переходят к применению ГКС.

Топические интраназальные ГКС ликвидируют аллергическое воспаление в полости носа, восстанавливают проходимость носовых ходов, позволяют достигнуть длительного лечебного эффекта. Они характеризуются относительно медленным началом своего терапевтического действия (6–10 ч), но затем отмечается достаточно длительный максимальный эффект в течение 1–2 недель. Продолжительность лечения устанавливается индивидуально.

Антигистаминные препараты при аллергических заболеваниях являются стандартной терапией. Эти средства применяются не только в период обострения аллергической болезни, но и после ликвидации обострения, что помогает ускорить процесс выздоровления. В настоящее время в терапии аллергических заболеваний широко применяются антигистаминные препараты 2-го поколения, лишенные снотворного и седативного эффекта.

Эти препараты могут использоваться и в качестве единственного лекарственного средства в начале проявления аллергического процесса. Они обладают выраженным антигистаминным, противовоспалительным и противоаллергическим действием. Важно, что некоторые препараты (*лоратадин*) могут применяться у детей начиная с 1-го года жизни, а *дезлоратадин* — даже с 6 месяцев. Они изготавливаются и в виде сиропа.

Антигистаминные препараты также могут назначаться в сочетании с кромоном и топическими ГКС.

Дополнительное симптоматическое применение в нос сосудосуживающих средств (деконгестантов) вполне допустимо в начальной стадии заболевания. Следует избегать их длительного (более недели) и частого использования, так как это приводит к развитию привыкания к препарату и последующему развитию осложнений.

Что является причиной возникновения вазомоторного ринита? Как лечат в настоящее время больных с вазомоторным ринитом?

Лечение вазомоторных (нейровегетативных) ринитов совершенно другое. Вазомоторный ринит (ВР) обычно наблюдается у ослабленных, незакаленных людей с повышенной чувствительностью к переохлаждениям (особенно ног, рук и лица). Обычно пациенты отмечают, что ухудшение состояния носа у них бывает сезонным, в холодное время года. Летом они чувствуют себя достаточно хорошо, в отличие от аллергиков. У них появляется так называемый порочный круг, когда, стараясь уберечь себя или детей от переохлаждения, они начинают теплее одеваться, избегать сквозняков и пребывания на свежем воздухе, что в свою очередь приводит к повышенной потливости, снижению сопротивляемости организма и скорейшему заболеванию. Поэтому лечение ВР должно быть направлено в первую очередь на устранение причины заболевания, повышение резистентности организма. Это достигается осторожным и постепенным закаливанием организма, климатотерапией, ношением рациональной одежды и физическими упражнениями. Однако хочу предупредить больных от чрезмерного рвения и желания сразу приступить к обливаниям холодной водой. Это только приведет к скорейшей пневмонии и ни в коей мере не будет способствовать закаливанию. Прежде всего закаливание надо начинать весной с теплых ножных ванн по вечерам перед сном. В течение всего весенне-летнего периода надо постепенно снижать температуру воды и постепенно довести ее к зиме до холодной.

Затем кожные ванны дополняются контрастным душем с тщательным последующим обтиранием всего тела до приятного ощущения тепла. В идеале таким пациентам желательно стать «моржами». Но понятно, что не все могут этого достичь в силу различных причин. Одно могу сказать точно: «моржи» вазомоторным ринитом не страдают.

Следующим направлением в лечении ВР является устранение развившихся нейрорефлекторных нарушений в работе кавернозных тел носовых раковин. Это может достигаться как воздействием непосредственно на нервные окончания — иглопунктурой или иглорефлексотерапией, так и путем применения медикаментозных средств: антигистаминных препаратов и витаминов. Они укрепляют сосудистые стенки и тканевые мембраны для уменьшения их пропотевания и появления выпота, способствующего инфильтрации и воспалению. Назначают биостимуляторы и иммунные препараты, местно воздействуют на слизистую оболочку полости носа вяжущими средствами, уменьшающими секрецию и инфильтрацию тканей, — 10 % раствор альбумида, 2 % раствор протаргола или колларгола, назначают физиолечение и светолечение (УФО в нос, УВЧ, электрофорез 10 % раствора кальция хлорида или 1 % раствора димедрола на область верхнечелюстных пазух).

Как объяснить и расценивать появление гипертрофии в носу? Как лечить хронический гипертрофический ринит?

В случае появления в носу чрезмерных разрастаний носовых раковин, т. е. гипертрофии, что распознается врачом с помощью анемизации (отрицательного результата от применения сосудосуживающих средств), требуется хирургическое лечение. При начальной стадии гипертрофии, что выявляется при неполном сокращении размеров нижних носовых раковин при анемизации (т. е. они несколько уменьшаются в объеме, но не до нормальных размеров), используют электрокаустик (прижигание), криовоздействие, удаление заднего конца нижней носовой раковины проволоочной петлей или ультразвуковую дезинтеграцию носовых раковин (воздействие на ткань кавернозных тел носовых раковин ультразвуком). В случаях разлитой гипертрофии (гиперплазии) носовых раковин, когда они не могут позволить больному нормально дышать носом даже при применении лекарственных сосудосуживающих капель, рекомендуется произвести в носу операцию под названием *конхотомия* (частичное удаление разросшихся боковых свободных краев нижних или иногда средних носовых раковин) с целью восстановления функции носового дыхания и избавления больного от постоянного применения сосудосуживающих капель.

Эти операции производятся в условиях оториноларингологического стационара чаще под местным обезболиванием. Несмотря на незначительный объем и время хирургического вмешательства (операция называется щадящей), больной должен несколько дней находиться под наблюдением врачей до полного удаления из носа кровоостанавливающих марлевых тампонов. После этого у больного постепенно нос очищается от корочек и восстанавливается свободное дыхание, не требующее применения сосудосуживающих капель. Следует только отметить, что проведенная операция не отменяет необходимости дальнейшего врачебного диспансерного наблюдения и периодических курсов лечения имеющегося хронического ринита. Ведь операция не устраняет причину ринита, а только убирает осложняющий момент – гипертрофию в носу. Последующее лечение должно устранить причины имеющегося заболевания.

Как предупредить развитие синусита?

Проблема синуситов, как острых, так и хронических, в последние два десятилетия действительно медленно, но верно выходит на первое место в оториноларингологии. Если в 60–70-х гг. прошлого столетия больные с синуситами составляли не более 10 % от общего числа больных в специализированных стационарах, то сейчас они уверенно занимают 1-е место и составляют от 40 до 60 % от числа всех стационарных больных оториноларингологического профиля. Следует отметить, что такое явление наблюдается не только у нас. Так, по данным литературы, в США в 2004 г. количество больных с синуситами составило более 1,4 миллиона человек.

Острые воспаления придаточных пазух носа возникают чаще всего как осложнения острого насморка (ринита) при банальных катарах верхних дыхательных путей, особенно при недостаточном лечении и ряде инфекционных заболеваний в основном вирусной природы (ОРВИ, грипп и др.). Этому способствуют: 1) анатомическое расположение придаточных пазух вокруг носовой полости; 2) не всегда благоприятные условия для оттока воспалительного секрета, особенно из верхнечелюстных (гайморовых) пазух; 3) близость корней зубов и возможность инфицирования ими пазух при кариозном процессе; 4) пониженная сопротивляемость организма при недостаточности иммунитета; 5) наличие гипертрофии носовых раковин, искривление носовой перегородки и гипертрофия глоточной миндалины

(аденоиды); 6) возможность час того травмирования поверхностно расположенных пазух – лобной, решетчатых и верхнечелюстной; 7) отсутствие полноценного лечения ринита; 8) рост числа устойчивых к наиболее ходовым антибиотикам возбудителей заболеваний.

Все вышеперечисленное объясняет необходимость свое временного обращения к врачу при возникновении, казалось бы, неопасного заболевания – насморка, особенно когда он начинает затягиваться более недели, и своевременного применения сосудосуживающих капель в нос. Закрытие выводных протоков из пазух является основным условием для задержки в них воспалительного содержимого и развития синусита.

Всегда ли при диагностике и лечении синуситов необходимо производить пункции? Можно ли ограничиться только консервативным лечением?

Мне постоянно приходится говорить врачам, студентам и больным о необходимости и полной безопасности производства лечебно-диагностических пункций. Уже в самом названии отражена их важная цель. Посудите сами, как можно лечить больного, если мы не знаем, какой процесс происходит в пораженной пазухе? Ведь наличие затемнения на рентгенологических снимках может быть обусловлено самыми разнообразными процессами, и лечить их надо по-разному. Это может быть катаральный процесс, аллергический отек слизистой оболочки стенок пазухи, полипозное перерождение слизистой, образование кисты, новообразование, банальный острый гнойный процесс или хронический процесс с утолщением стенок и образованием гноеродной мембраны, специфический воспалительный процесс (клебсиеллез или грибковое поражение) и т. д.

Больные зачастую считают, что современные методы обследования (в частности, компьютерного) позволяют с большей долей вероятности говорить о сути патологического процесса и без пункции. Но это утверждение, к сожалению, не всегда верно. Кроме того, далеко не все пациенты могут пройти это дорогостоящее и не всегда доступное исследование. Обычные рентгенограммы придаточных пазух носа в прямой и боковой проекциях являются для врача более информативными, чем данные компьютерной томографии и ядерно-магниторезонанского исследования, которые указывают только на наличие патологического содержимого в просвете пазухи. Следует отметить, что подозрение на какой-то процесс и полная уверенность в полученном конкретном содержимом – совсем не одно и то же. И наконец, при проведении пункции мы удаляем из пазухи патологическое содержимое, можем его исследовать на предмет наличия определенной микрофлоры и ее чувствительности к лекарственным препаратам и ввести в пазуху необходимые лекарственные препараты.

Приходилось слышать, в том числе и от врачей, что производство пункций носовых пазух является не таким уж безобидным мероприятием. Не наносят ли они вред и не поддерживают ли дальнейшее развитие заболевания?

Это тоже довольно распространенное заблуждение малосведущих людей не только в области медицины, но и философии. Имеется две философских категории: причина и следствие. Скажите, может ли пункция, являющаяся следствием патологического процесса, становиться его причиной. Конечно, нет. Пункция является практически безболезненной (так как производится под хорошей местной анестезией), необходимой и безопасной манипуляцией в умелых руках врача-специалиста. Она позволяет поставить правильный диагноз и за 2–3 раза полностью излечить больного с острым синуситом, даже если он гнойный. При

хроническом процессе (а ведь хронизация наступает именно при несвоевременно произведенной первой диагностической пункции) возможно придется делать пункций несколько больше. Однако при целом ряде некоторых других процессов (например, при аллергическом рините) пункция производится всего один раз – для подтверждения диагноза. Бытующее же среди населения убеждение, что якобы после произведенной манипуляции остается дырка от прокола и что это вредно – совершенно необоснованно. Скажу даже больше: было бы хорошо, если бы образующееся при пункции отверстие в медиальной стенке пазухи сохранялось для последующего оттока патологического содержимого. Но, к сожалению, образующееся при пункции незначительное входное отверстие иглы закрывается уже через несколько минут. Кроме того, люди, вероятно, не знают о том, что природой в норме предусмотрено в боковой костной стенке естественное отверстие. Но в том и беда, что при воспалительных заболеваниях носовой полости это отверстие по различным причинам закрывается, что и приводит к развитию синусита.

Можно ли заменить ежедневные пункции верхнечелюстной пазухи установкой дренажной трубки для последующего промывания?

Врачи иногда используют мягкие пластиковые или металлические проводники для дренирования содержимого пазух и введения туда лекарственных веществ. Но большинство специалистов, в том числе и я, убеждены, что негативных моментов в таком лечении больше, чем позитивных. Прежде всего в связи с тем, что катетер есть не что иное, как инородное тело. Он травмирует слизистую оболочку и продуцирует больше секрета, раздражает самого больного, особенно если это ребенок, мешает очищению пазухи и полости носа от патологического содержимого. Кроме того, просвет трубки достаточно узок и быстро забивается густым гнойным содержимым. При этом нарушается нормальное давление воздуха в пазухе и естественный отток из нее посредством движения микроскопических ресничек мерцательного эпителия (мукоцилиарный клиренс).

Какие из придаточных пазух носа поражаются чаще?

Чаще всего у больных возникают острые воспалительные процессы решетчатого лабиринта (этмоидиты). У больных появляются жалобы на тяжесть, «ватную заложенность» в области переносицы, гнусавость голоса, головную боль, общее недомогание, повышение температуры тела. К сожалению, врачи не всегда диагностируют этмоидиты, объясняя жалобы больного просто насморком, гриппом и т. д. При этом они зачастую просто не делают необходимого в этих случаях рентгенологического исследования придаточных пазух носа, без которого диагноз поставить не удастся.

Вторыми по частоте, но имеющими более выраженную симптоматику, являются поражения верхнечелюстных пазух (гаймориты). Больные указывают на упорную головную боль и тяжесть в голове на стороне поражения. Боль часто иррадирует в висок, лоб, зубы и нередко захватывает всю половину лица. Отмечается односторонняя заложенность носа, гнойные выделения с этой стороны, высокая температура тела. Может появляться припухлость щеки и нижнего века. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием.

Несколько реже поражаются лобная и основная (клиновидная) пазухи. Их вовлечение в патологический процесс говорит о плохой проходимости естественных выводных протоков и является серьезным предупреждением о необходимости срочной госпитализации и проведении необходимого дообследования и лечения, прежде всего хирургического. Под этим врачи понимают трепанопункцию пазухи, эндоскопическое исследование. При

его несостоятельности показано проведение санирующих операций на соответствующей пазухе. Отказ от предлагаемого врачами лечения может привести к появлению внутриглазных или внутричерепных осложнений.

К чему может привести отказ от проведения предложенной врачом пункции?

Врач должен убедительно и доходчиво объяснить больному цель и необходимость такой хирургической манипуляции. Больной должен понять, что такой отказ чреват негативными последствиями. Во-первых, отказ от пункции не дает возможности врачу иметь точный и правильный диагноз заболевания и, следовательно, лечения. Во-вторых, при проколе мы удаляем из полости пазухи весь патологический продукт, который затем исследуем на наличие микробной флоры и ее чувствительности. В-третьих, исходя из полученного содержимого, в пазуху вводится нужный лекарственный препарат, а ведь в зависимости от результатов прокола это могут быть разные лекарственные средства – антибиотики, противогрибковые препараты, ферменты и др. В-четвертых, сохранение в полости патологического секрета не позволяет в полной мере применить возможности физиотерапевтического лечения, так как его назначение недопустимо при наличии гнойного процесса или при наличии новообразования (опухоли), когда нельзя применять даже обычные тепловые процедуры. И наконец, сохранение в пазухе гнойного процесса чревато появлением и развитием в окружающих околоносовые пазухи тканях внутриглазных и внутричерепных осложнений. Кроме того, что нос и околоносовые пазухи вплотную контактируют с глазницами и средней черепной ямкой, они имеют и прекрасные сосудистые связи, когда возможен занос инфекции с током крови и лимфы. Таким образом, больной рискует не только своим зрением, здоровьем, но и жизнью.

Какие виды риногенных внутриглазных и внутричерепных осложнений встречаются и что при этом надо делать?

При поздней диагностике и, главное, при отсутствии адекватного своевременного лечения ринитов и синуситов нарушается нормальное крово- и лимфообращение в тканях, прилегающих к носовой полости и околоносовым пазухам, закрываются существующие протоки и соустья из пазух и нарушается нормальный воздухообмен и отток секрета. Это приводит к инфильтрации и отеку тканей, развитию патогенной микрофлоры и повышению давления в закрытых полостях, что и является причиной возникновения и развития внутриглазных и внутричерепных осложнений.

У детей они развиваются в основном при острых синуситах, а у взрослых – при хронических процессах. Глазные осложнения чаще возникают при сочетанном поражении двух или более околоносовых пазух. У детей – при поражении клеток решетчатого лабиринта и верхнечелюстных синуситах. У взрослых пациентов причиной чаще являются обострения хронических фронтитов (воспалительных процессов лобных пазух), которые у детей еще не развиты в полной мере.

Прежде всего в качестве глазных осложнений рассматривают вовлечение в воспалительный процесс окологлазничной клетчатки с развитием отека век и рыхлых тканей вокруг глазного яблока. В последующем развивается абсцесс век, вовлекаются также поверхностные слои костных стенок (периостит) и образуется субпериостальный абсцесс.

При дальнейшем прогрессировании процесса может развиваться флегмона глазницы и ретро-бульбарный неврит, что может привести к потере глаза и даже смерти.

Внутриглазные осложнения проявляются в виде отека век и тканей лица, покраснения тканей глаза (конъюнктивит), сужению и закрытию глазной щели, выпячиванию глаза (экзофтальм), нарушению подвижности глазного яблока, резкому снижению зрения, слезотечению и др. Отмечается значительное ухудшение общего самочувствия, повышается температура тела, появляется головная боль с последующей утратой зрения.

Все эти признаки указывают на необходимость срочной госпитализации больного и проведения неотложного хирургического лечения в лор-отделении с обязательным участием врача-офтальмолога. В дальнейшем больного наблюдают оба специалиста с проведением активного антибактериального, дезинтоксикационного, дегидратирующего и гипосенсибилизирующего лечения.

Внутричерепные риногенные осложнения, к счастью, встречаются реже и составляют не более 10 % от всех подобных осложнений в оториноларингологии. Однако смертность при них достаточно высока и достигает 30 %. К внутричерепным осложнениям относят менингиты, арахноидиты, абсцессы мозга, тромбозы крупных сосудов мозговых оболочек и мозга и риногенный сепсис. Они могут возникнуть при заболеваниях решетчатых и лобных пазух, а также клиновидной (основной) пазухи. Особенно часто они наблюдаются при обострениях хронических процессов. Пути проникновения инфекции – контактные и гематогенные. Первыми признаками появления таких осложнений являются: резкое ухудшение общего самочувствия больного, появление ознобов, головной боли (не связанной с повышением артериального давления, не снимающейся применением анальгетиков, чаще по ночам), рвотой (не связанной с приемом пищи и не приносящей облегчения). Могут наблюдаться помутнения сознания и даже его потеря. У больного отмечаются перепады температуры тела, появление внезапной потливости, могут выявляться менингеальные симптомы. Все это является показанием для экстренной госпитализации больного, осмотра высококвалифицированными специалистами: неврологом, оториноларингологом, окулистом и последующим хирургическим и медикаментозным лечением.

Появились ли новые направления в лечении синуситов за последние годы?

Безусловно, медицина и фармакотерапия не стоят на месте. Постоянно разрабатываются новые лекарственные средства, в том числе и новые виды антибиотиков, противовоспалительных средств, капель в нос и т. д.

Разработка новых антибиотиков является чрезвычайно необходимым условием хорошего современного лечения. Мало того, число выявленных вероятных возбудителей заболевания постоянно растет и требует назначения специфического антибактериального препарата, обладающего наибольшей терапевтической активностью в отношении выявленного конкретного возбудителя. Имеет также значение индивидуальная переносимость данного препарата, отсутствие возможных побочных эффектов. В качестве препаратов из ряда антибиотиков для лечения синуситов лучше использовать синтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны. Появились антибиотики и в виде спреев для местного орошения носовой полости. А вот использование линкомицина, ко-тримаксозола, оксациллина, гентамицина является нежелательным, так как они не действуют на ряд микроорганизмов, которые достаточно часто вызывают развитие синуситов, таких как *St. Pneumoniae*, *H. influenzae*.

Тем не менее мы рекомендуем применять антибиотики далеко не всегда. В основном они показаны при хронических формах синуситов. В острой фазе заболевания чаще преобладает вирусная инфекция и применение антибиотиков в этом случае совершенно не эффек-

тивно. Поэтому, когда больной не обращается к врачу и сам себе назначает лечение, это почти всегда приводит к нежелательным результатам.

Расскажите о необходимости применения сосудосуживающих средств в нос. Как их лучше использовать: в виде капель или спреев?

Прежде всего хочу подчеркнуть, что применение сосудосуживающих средств при ринитах, синуситах является обязательным. Дело в том, что больному просто необходимо обеспечить носовое дыхание, особенно маленькому ребенку, который при насморке не может сосать грудь матери. Применение капель снижает угрозу развития отитов, перехода воспалительного процесса в нижние дыхательные пути, на мозговые оболочки, область орбиты глаза (т. е. развития грозных внутричерепных и внутриглазных осложнений) и позволяет обеспечить необходимый отток патологического содержимого из придаточных пазух носа. Это предотвращает развитие синуситов или при их наличии обеспечивает скорейшее их разрешение. Следует напомнить о том, что синусит развивается именно из-за того, что образующийся в пазухах секрет не имеет выхода из них, во-первых, из-за закрытия естественных выходных отверстий воспалительным процессом, а во-вторых, из-за блокирования работы микроскопических ресничек дыхательного эпителия, которые у здоровых людей обеспечивают необходимую эвакуацию содержимого.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.