

С.М. Пухлик, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрой оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета

Затрудненное носовое дыхание

Дышать ртом – все равно, что кушать носом
(мнение тибетских йогов).

Нормальным для человека является дыхание через нос. Около 45% всего сопротивления дыхательных путей приходится на полости носа, что обусловлено как относительной узостью, изогнутостью носовых ходов, так и неровной поверхностью их стенок. Это сопротивление имеет физиологическое обоснование – давление струи воздуха на слизистую оболочку носа участвует в возбуждении дыхательного рефлекса.

Наиболее неприятное состояние, связанное с патологией полости носа, – это нарушение носового дыхания. «Свобода носовому дыханию» – девиз российских ринологов. Таким образом, специалисты называют носовую блокаду основным симптомом в ринологии.

Причины, приводящие к носовой обструкции, различны (рис.1). Возможна следующая их систематизация.

- По локализации: одностороннее или двустороннее нарушение носового дыхания.

- По сроку: острое или хроническое нарушение носового дыхания.

- По причине возникновения:

- Инфекции верхних дыхательных путей (бактериальные, вирусные).

- Ринит (аллергический, медикаментозный, вазомоторный, гипертрофический и др.).

- Синусит.

- Гранулематозные заболевания.

- Искривление носовой перегородки и деформация внутриносовых структур.

- Травма носа (гематома перегородки).

- Инородные тела.

- Опухоли носа (доброкачественные, злокачественные).

- Атрезия хоан.

- Обструкция носоглотки:

- аденоидная гипертрофия/аденоидит;

- инфекции (туберкулез, мононуклеоз, сифилис);

- опухоли носоглотки (доброкачественные, злокачественные);

- кисты (Торнвальдта, энцефалоцеле).

Эта классификация довольно приближительна. Так, в раздел «Искривление носовой перегородки и деформация внутриносовых структур» нужно внести:

- Преддверье носа

- Расхождение медиальных ножек нижнелатерального хряща

- Выпячивание дна полости носа

- Деформация проксимального отдела четырехугольного хряща

- Деформация передней носовой ости и межчелюстной кости

- Выпячивание каудального отдела верхнелатерального хряща

- Гипертрофия переднего отдела нижней носовой раковины

- Атрезия (полная или частичная) преддверия носа

- Патологическая подвижность (коллапс) крыла носа.

- Средний отдел полости носа

- Деформация четырехугольного хряща

- Деформация нижнего носового гребня

- Выпячивание турбинальной кости

- Гипертрофия нижней носовой раковины

- Гипертрофия средней носовой раковины

- Воздушная гипертрофия средней носовой раковины

- Воздушная гипертрофия решетчатого пузыря

- Спайки (синехии).

- Задний отдел полости носа

- Деформация сошника

- Атрезия (полная или частичная) хоан

- Гипертрофия заднего отдела нижней носовой раковины

- Гипертрофия заднего отдела средней носовой раковины.

Формат и направленность данной статьи не позволяют столь подробно останавливаться на причинах носовой обструкции и на методах ее лечения.

Рассмотрим общие проблемы, вызывающие нарушение носового дыхания.

! Носовое дыхание в отличие от дыхания ртом является физиологичным. Его нарушение отражается на различных функциях организма. Сложное анатомическое строение полости носа обеспечивает кондиционирование вдыхаемого воздуха, заключающееся в его согревании, очистке, обезвреживании, увлажнении.

Постоянно приоткрытый рот и связанное с этим напряжение мышц лица при ротовом дыхании может вызвать изменение конфигурации растущего черепа ребенка: скелет лица и головы удлинится, верхняя челюсть выдается вперед, а нижняя отвисает. По этой же причине голова вытянута вверх и вперед. Тургор лицевых мышц ослабевает, вследствие постоянного напряжения сглаживаются носогубные складки и теряется живая мимика.

Вдыхаемый воздух недостаточно очищается, согревается и увлажняется, постоянно охлаждаются полость рта, глотка и гортань. Вдыхаемые микробы и пылевые частицы оседают на слизистой оболочке гортани, трахеи и бронхов, способствуя развитию инфекции нижних дыхательных путей.

Нарушение носового дыхания влияет на дыхательную систему, при этом изменяется функция внешнего дыхания – ограничивается экскурсия грудной клетки, дыхание становится частым и поверхностным, в результате чего снижается легочная вентиляция, ухудшается газообмен, уменьшается парциальное давление кислорода в крови.

Затрудненное дыхание вызывает венозную застой в нижних отделах головного мозга и нарушение циркуляции цереброспинальной жидкости, что приводит к нарушению мозговой активности (плохая успеваемость в школе, плохая память, ночное недержание мочи), эпилептиформному синдрому (рис.).

Полость носа устроена таким образом, что под слизистой оболочкой располагается сеть капилляров и кавернозных тел. Эта мощная кровеносная сеть обеспечивается из системы наружной и внутренней

сонной артерий. Ни один другой орган нашего организма так обильно не снабжается кровью. Это вызвано функциональной нагрузкой на полости носа.

К специфичным морфологическим особенностям строения сосудистой сети слизистой оболочки носа, не встречающейся больше ни в каких других участках слизистой оболочки дыхательных путей, относится система пещеристых венозных сплетений, расположенных между капиллярной сетью и венулами, и имеющих важное функциональное и клиническое значение. Пещеристая ткань встречается в подслизистом слое нижних носовых раковин, по свободному краю средних носовых раковин, у задних концов средних и верхних носовых раковин, на перегородке носа. Пещеристые венозные сплетения представляют собой клубок расширенных вен, стенки которых богаты гладкой мускулатурой и содержат эластические волокна. Эти кровеносные сосуды обычно находятся в спавшемся состоянии. Под влиянием различных физических, химических, инфекционных или психогенных факторов лабильная кавернозная ткань переполняется кровью, что мгновенно приводит к набуханию слизистой оболочки носа. Эта способность носовых раковин наполняться кровью и спадаться называется вазомоторной.

Кровь притекает от задних отделов полости носа вперед к преддверию, то есть в направлении, противоположном потоку вдыхаемого воздуха, что способствует более эффективному его согреванию. Носовое сосудистое русло приспособлено для быстрого прохождения плазмы из крови в ткань и наоборот. Стенки кровеносных сосудов слизистой оболочки характеризуются наличием повышенного количества пор в эндотелии сосудов, что способствует быстрому перемещению жидкой части крови из сосудов в окружающую соединительную ткань, а также создает благоприятные условия для поступления в просвет сосудов различных лекарственных препаратов, например симпатомиметиков, гистамина, кортикостероидов.

Спазм сосудов пещеристых венозных сплетений, освобождение от переполняющей их крови происходит под влиянием симпатической нервной регуляции.



С.М. Пухлик

Влияние импульсов от парасимпатической нервной системы приводит к дилатации кавернозных сосудов. При расширении пещеристых венозных сплетений и переполнении их кровью происходит резкое увеличение толщины слизистой оболочки, размеров носовых раковин, которые могут набухать настолько, что полностью закрывают носовые ходы и ведут к обструкции полости носа. Такое состояние называется вазомоторным (или идиопатическим) ринитом. В последующем под влиянием хронического катарального и продуктивного воспаления происходит гиперплазия всех тканей раковины, начиная с эпителия желез, соединительной ткани и заканчивая ее костной основой.

Нарушение тока воздуха в верхних дыхательных путях представляет собой серьезную клиническую проблему, поскольку у больных страдают как функция дыхания, так и кровообращения.

Серьезной патологией является врожденная атрезия хоан у новорожденных, приводящая к выраженному дыхательному расстройству, вплоть до смерти, так как новорожденный не способен дышать ртом. Исследование проходимости носовых ходов с помощью стерильного катетера сразу после рождения некоторые неонатологи считают важным элементом скрининга. При выявлении атрезии хоан показано оперативное удаление препятствия (обычно тонкой перепонки) с последующим введением в нос стентов на длительное время для предотвращения их повторного закрытия.

У детей с гипоплазией нижней челюсти встречается особая форма обструкции, наиболее выраженная при синдроме Пьера-Робина, но у многих детей первых месяцев жизни без явных признаков этого синдрома нижняя челюсть выглядит гипопластичной. При этом корень языка опускается (глоссоптоз) и в положении лежа обуславливает сужение над входом в гортань. Аналогичный генез имеет обструкция при ряде других черепно-лицевых дизостозов, которые встречаются намного реже, а также при макроглоссии у детей с трисомией по 21-й хромосоме. У детей первых месяцев жизни нередко наблюдается обструкция на уровне гортани, проявляющаяся стридорозным дыханием. Чаще стридор связан с мягкостью надгортанника, нарушением созревания структур гортани или иннервации ее мышц и проходит бесследно на 2-3-м году жизни. Стридорозное дыхание усиливается во время респираторной инфекции.

У детей грудного возраста основной причиной нарушения носового дыхания является острый ринит, который протекает тяжело с преобладанием общих симптомов и частыми осложнениями. Вследствие узости и малого вертикального размера носовой полости у новорожденных и детей раннего возраста даже небольшое набухание слизистой оболочки вызывает нарушение или прекращение носового дыхания. В связи с этим резко затрудняется и даже становится невозможным сосание, нарушается сон, ребенок становится беспокойным, теряет вес, у него развивается диспепсия (рвота,



Рис. 1. Основные причины назальной обструкции

жидкий стул), повышается температура. Ротовое дыхание приводит к аэрофагии с метеоризмом, еще большему затруднению дыхания и ухудшению общего состояния ребенка. При значительном сужении просвета носовых ходов ребенок откидывает голову назад, чтобы легче было дышать, это – так называемый ложный эпистотонус с напряжением переднего (большого) родничка, возможны судороги.

Из-за отека слизистой носа нарушается адекватный дренаж параназальных синусов, а отек слизистой в области глоточного устья слуховой трубы может привести к снижению аэрации среднего уха. Все это создает предпосылки для активации условно-патогенной бактериальной флоры и повышает риск развития осложненных (синусит, евстахиит, средний отит). Таким образом, у детей грудного возраста эффективная терапия ринита и своевременное купирование заложенности носа являются жизненно важными компонентами комплексной программы ведения.

У детей более старшего возраста основной причиной нарушенного носового дыхания является увеличение глоточной миндалины (аденоиды) вследствие воспаления (аденоидита), либо гиперплазия может быть истинной. Как правило, она встречается у детей с лимфатико-гипопластическим диатезом, нередко сочетается с гипертрофией небных миндалин. У таких детей в связи с постоянно нарушенным носовым дыханием отмечается характерный внешний вид – аденоидное лицо со сглаженностью носогубных складок, обратным прикусом, синеватыми кругами под глазами. У них отмечается

ночной энурез (вследствие гипоксии мозга), снижение слуха (вследствие присоединившегося секреторного отита), храп, иногда синдром сонного апноэ. Аденоидит может быть вызван аллергическим либо бактериальным воспалением. Для него характерен ночной кашель, вызванный стеканием слизи из носа и носоглотки вниз, в гортань. Днем, когда ребенок стоит, слизь, стекающая по задней стенке глотки, проглатывается, и кашля практически нет. Лечение аденоидита зависит от причины заболевания.

У подростков и взрослого населения причиной стойкого нарушенного носового дыхания являются различные формы хронических ринитов – аллергический (до 70%), вазомоторный (до 20%), инфекционный, медикаментозный (постоянное применение нафтизина), гормональный (ринит беременных и гипотиреоз), атрофический ринит.

Нарушение носового дыхания также может быть вызвано изменением присасывающей функции грудной клетки при воспалении плевры, легких. При одностороннем воспалении легких страдает гомолатеральная половина носа – отмечается отечность носовых раковин вследствие венозного стаза. Схожая картина отмечается и при легочной гипертензии. При эмфиземе легких, помимо нарушения венозного оттока из полости носа и вызванных этим вазомоторных расстройств, отмечается выход жидкой части крови из сосудистого русла в ткани, что проявляется наличием водянистого отделяемого из носа.

Структурные нарушения в полости носа (искривление носовой перегородки,

гипертрофия носовых раковин и др.) в той или иной степени выявляются практически у половины населения, однако далеко не у всех они вызывают расстройство носового дыхания. При развитии вазомоторного ринита происходит смыкание слизистой носовой перегородки со слизистой оболочкой латеральной стенки носа вследствие отека, что и нарушает носовое дыхание.

Важно учитывать и возраст пациента. Часто больные спрашивают: «Почему я перестал дышать носом в 40-50 лет, ведь искривление носовой перегородки у меня с детства?». Как правило, с возрастом снижается эластичность легочной ткани (особенно у курильщиков) и присасывающий эффект грудной клетки в такой ситуации снижается, что приводит к вышеописанным затруднениям венозного оттока из полости носа, особенно при наличии структурных изменений, развитию храпа и сонного апноэ (рис. 3). Так, в возрасте 30 лет храп наблюдается у 5-7% населения, более 60 лет – приблизительно у 30% мужчин и у 20% женщин, у лиц старше 65 лет – у 60%.

Тема храпа и сонного апноэ очень актуальна и интересна в связи с различными подходами к лечению и требует отдельного обсуждения, но однозначно могу сказать: невозможно лечить храп без восстановления носового дыхания.

Необходимо напомнить, что носовая обструкция может появиться при снижении влажности вдыхаемого воздуха. Зимой при включенных нагревательных приборах воздух становится пересушенным, это приводит к высушиванию слизистой оболочки полости носа, отеку и нарушению носового дыхания. Воздух в помещении должен быть свежим, влажным, желательно ионизированным отрицательно заряженными ионами.

! Нарушение носового дыхания значительно снижает качество жизни больных. По данным экспертов ВОЗ, качество жизни пациентов с полипозным риносинуситом с выраженной обструкцией носовой полости приравнивается к таковому при бронхиальной астме средней степени тяжести.

Дыхательная функция – важная составляющая эмоциональной сферы человека. Влияние эмоций на функцию дыхания хорошо известно. О внезапном прекращении дыхания при сильных переживаниях мы говорим: «перехватило дыхание» или «захватило дух». Вздох – общераспространенное выражение печали. Плач – еще один комплексный экспрессивный феномен, в котором участвует дыхание. Но самое главное, дыхание – это важнейший компонент речи.

До обнаружения аллергической природы астма считалась в основном нервным заболеванием и описывалась в старых медицинских учебниках как *asthma nervosa*. Ввиду столь тесной связи между

дыхательной и экспрессивно-эмоциональной функциями не удивительно, что в возникновении большинства заболеваний и расстройств дыхательных путей важную роль играют психологические факторы и наоборот – нарушение дыхания приводит к развитию целого симптомокомплекса психологических изменений, таких как депрессия, тревожность, агрессия и т.д.

Нарушение носового дыхания обуславливает развитие целого ряда проблем: отсутствие аппетита, нарушение сна (рис. 4), концентрации внимания и снижение трудоспособности. Это приводит к тому, что больной находится в постоянной стрессовой ситуации, отягощающей течение основного заболевания. Адекватная терапия, направленная на восстановление дыхания через нос, нормализует психоэмоциональное состояние таких пациентов.

Диагностика нарушений носового дыхания

Основную информацию можно получить при осмотре ЛОР-органов, позволяющем обнаружить анатомические дефекты в области носа и глотки (полипы, искривление носовой перегородки, небный язычок и небные дужки, гипертрофированные миндалины) и оценить их влияние на развитие обструкции дыхательных путей. Более детальное обследование проводится с помощью дополнительных методов: компьютерной томографии, эндоскопии и акустической ринометрии. Передняя риноманометрия и акустическая ринометрия позволяют объективно оценить носовое дыхание. Суть риноманометрии заключается в количественном измерении градиента давления и воздушного потока, создаваемых при физиологическом носовом дыхании. Результаты риноманометрии прибор выдает в виде графика в системе координат, причем вид полученной кривой характеризует степень нарушения носового дыхания. Прибор работает по принципу эхолота, зондируя полость носа с помощью акустического сигнала, частоту звука которого улавливает человеческое ухо (150-10000 Гц). Звук, продвигаясь в полости носа, отражается от ее стенок, отраженная звуковая волна регистрируется микрофоном, анализируется компьютером и изображается в виде кривых, характеризующих площадь поперечного сечения полости носа на разном расстоянии от его преддверия. Это позволяет выявить основные преграды на пути воздушного потока.

Для проверки носового дыхания, также можно использовать метод Воячека, необходимо поднести к ноздре нитку и оценить, с какой силой при дыхании она отклоняется.

К сожалению, современный метод оценки носового дыхания – риноманометрия – для нас практически недоступен из-за высокой стоимости оборудования, поэтому затрудненное носовое дыхание

Продолжение на стр. 56.

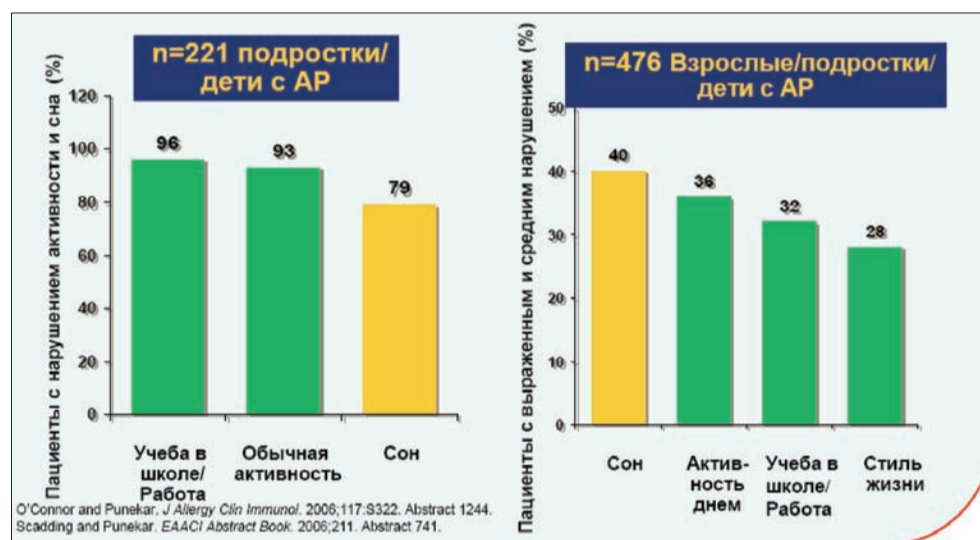


Рис. 2. Церебральные проявления назальной обструкции у больных аллергическим ринитом (АР)



Рис. 3. Механизм развития храпа и сонного апноэ при назальной обструкции



Рис. 4. Влияние назальной обструкции на качество сна

С.М. Пухлик, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета

Затрудненное носовое дыхание

Продолжение. Начало на стр. 54.

приходится лечить, опираясь лишь на субъективные ощущения пациента.

! Как же «открыть» нос? Несмотря на разницу патогенетических механизмов расстройств носового дыхания, общим для всех является симптоматическая терапия назальными деконгестантами.

Назальные деконгестанты быстро и эффективно ликвидируют симптомы заложенности носа и ринореи, чем обусловлена их огромная популярность у населения. Большинство этих препаратов можно приобрести в аптеках без рецепта, поэтому многие больные применяют их самостоятельно, без предварительной консультации с врачом. Именно с этим связано большое количество осложнений и неоднозначное отношение специалистов к этой группе препаратов.

Попытаемся разобраться с возникающими вопросами:

- Какие назальные деконгестанты сегодня доступны взрослым и детям?
- Насколько эффективно и длительно действие назальных деконгестантов?
- Какие осложнения могут наблюдаться при применении назальных деконгестантов?

Назальными деконгестантами (congestion – закупорка, застой) называют группу препаратов, вызывающих вазоконстрикцию сосудов слизистой оболочки полости носа. Являясь α -адреномиметиками, назальные деконгестанты вызывают стимуляцию адренергических рецепторов гладкой мускулатуры сосудистой стенки с развитием обратимого спазма. В зависимости от способа применения различают системные и местные (топические) деконгестанты (табл.).

По продолжительности действия назальные деконгестанты группы α_2 -адреномиметиков делятся на препараты:

- короткого действия (до 4-6 ч) – нафазолин, тетризолин, инданазолин;
- средней продолжительности (8-10 ч) – ксилометазолин;
- длительного действия (до 12 ч) – оксиметазолин.

Системные деконгестанты на фармацевтическом рынке представлены только в сочетании с антигистаминными или жаропонижающими средствами.

При применении местных сосудосуживающих средств могут развиваться как местные, так и общие осложнения.

К местным негативным проявлениям сосудосуживающих препаратов относятся:

- преходящее ощущение жжения, сухости в полости носа и носоглотки;
- синдром «рикошета» (rebound-syndrome), отек полости носа после прекращения действия капель;
- нарушение вегетативной регуляции сосудов и желез полости носа с развитием назальной гиперреактивности, медикаментозного ринита;
- угнетение секреторной функции и микроциркуляции, развитие атрофического ринита;

Негативным фактором применения местных сосудосуживающих средств является пересыхание слизистой оболочки носа. Вследствие анемизации сокращается выработка секрета бокаловидными клетками и слизистыми железами. Также снижается мукоцилиарный клиренс, затрудняется самоочищение пазух носа. Этот побочный эффект часто приводит к развитию инфекционного процесса в околоносовых пазухах.

Наиболее серьезной проблемой является развитие медикаментозной зависимости, механизм которой связан с возникновением рефрактерности сосудов слизистой оболочки носа к адреномиметикам, что приводит к возникновению вторичной назальной вазодилатации. Клинически медикаментозный ринит характеризуется повторным появлением гиперемии, отека слизистой носа с нарушением носового дыхания и чувством заложенности носа, несмотря на проводимую терапию, сосуды вторично расширяются и становятся нечувствительны к терапии деконгестантами. Как правило, это осложнение развивается при использовании препаратов короткого действия.

Следует отметить, что медикаментозный ринит очень редко встречается у детей до 10 лет. Это связано с особенностями вегетативной нервной системы – дети в этом возрасте симпатотоники (такой тип нервной регуляции характеризуется повышенной физической активностью, тахикардией, ранним подъемом после сна и пр.), поэтому привыкание к каплям у маленьких детей практически не развивается. Симптом «рикошета» при отказе от капель проходит быстро, особенно при высокой физической активности, но общетоксическое и стимулирующее воздействие вероятно. Поскольку практически все вещества, попавшие на слизистую оболочку носа, мгновенно всасываются и через несколько минут попадают в кровь, они также способны оказывать системное неблагоприятное действие, которое часто приписывают действию деконгестантов.

Анализ историй болезней детей, попавших в токсикологические отделения, показал, что причинами отравления были передозировка деконгестантов, их бесконтрольное применение и использование «взрослых» дозировок в педиатрической практике. Относительная площадь слизистой оболочки полости носа у детей значительно меньше, чем у взрослых. При попадании на слизистую оболочку полости носа грудного ребенка стандартного количества сосудосуживающего средства он получает дозу в 30 раз выше, чем взрослый, в пересчете на 1 кг массы тела. Бесконтрольное использование сосудосуживающих капель происходит вследствие незнания родителей о побочном действии этих медикаментов и их широкой доступности. При анализе клинических проявлений установлена двухфазность течения отравления деконгестантами. В первой фазе действия α -адреномиметиков отмечались общая слабость, тошнота, рвота, головокружение,

головная боль, беспокойство и чувство страха. У детей наблюдалась умеренная бледность кожных покровов (спазм периферических сосудов), тахикардия (усиление сократительной способности миокарда и повышение артериального давления). С увеличением концентрации деконгестантов в крови развивалась вторая фаза, для которой характерны симптомы типичного отравления: мышечная гипотония, усиление бледности кожных покровов, снижение температуры тела, брадикардия и др. Поэтому у детей первых лет жизни желательно ограничивать использование деконгестантов.

Побочные действия системных деконгестантов следующие. Сужение кровеносных сосудов и стимулирование центральной нервной системы (ЦНС) – может появиться нервозность, раздражительность, беспокойство и бессонница. Возможные побочные эффекты в результате системной вазоконстрикции включают повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, нарушение сердечного ритма, сердцебиение. К заболеваниям, которые могут усугубиться при приеме симпатомиметиков, относятся артериальная гипертензия, сердечная патология, сахарный диабет и гипертиреозидизм.

Стимуляция деконгестантами α -адренергических рецепторов иногда приводит к сокращению мочевого сфинктера, препятствуя оттоку мочи у мужчин.

Стимуляция α -адренергических рецепторов глаза вызывает слабое расширение зрачка и повышение внутриглазного давления из-за сужения угла передней камеры глазного яблока, однако побочный эффект при закрытоугольной глаукоме минимален.

Как же помочь пациенту с затрудненным носовым дыханием, особенно ребенку при остром насморке?

В настоящее время ВОЗ проводит кампанию «Создать лекарства для детей» (Make medicines child size), цель которой состоит в стимулировании разработок препаратов в детских дозировках и расширении их доступности в развивающихся странах. Дети – это не просто «маленькие взрослые», у них другому осуществляется метаболизм лекарств в организме, поэтому, назначая ребенку часть взрослой дозировки, врач каждый раз оказывается в сложной ситуации. Необходимо использовать препараты, разрешенные для применения в детском возрасте. Разведение родителями более концентрированных растворов, предназначенных для взрослых, строго запрещается, так как возникает опасность передозировки лекарственного средства с риском развития тяжелых осложнений.

В отечественных протоколах по лечению гриппа и других острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) при заложенности носа у детей до 6 месяцев рекомендовано увлажнять слизистую оболочку носа физиологическим раствором натрия хлорида, а сосудосуживающие назальные капли можно назначать только детям старше 6 месяцев, но применять их не дольше 3 дней. Кратковременный курс терапии топическими деконгестантами не приводит к функциональным и морфологическим изменениям в слизистой оболочке носа. Длительное же (>10 дней) использование местных вазоконстрикторов может повлечь тахифилаксию, выраженный отек слизистой оболочки носа. У детей младше года деконгестанты следует применять с осторожностью, потому что терапевтический интервал этих препаратов узок.

Нужно отметить, что применение сосудосуживающих капель во второй стадии острого насморка (обильных серозных выделений) неэффективно, они начинают «помогать» только в конце ринита.

«Лучшее, что родители могут сделать для ребенка, это обеспечить его достаточным количеством питья, множеством поцелуев и временем, поскольку большинство инфекций имеет вирусную природу и проходит в течение нескольких дней. Лекарства потенциально более опасны, чем инфекции, которые вы пытаетесь лечить», – заключил директор Нью-Йоркского детского госпиталя Маймониды Michael Marcus. Здесь трудно еще что-то добавить. Подобное мнение высказывал еще Вольтер: «Искусство врачевания существует с целью развлечь и позабавить пациента, пока его организм излечивается от болезни».

Если деконгестантами не следует злоупотреблять, то как снять носовую obstruction, особенно если этот процесс не является острым?

Давайте последовательно разберемся. При аллергическом рините необходима специальная терапия – антигистаминные препараты (преимущественно второго поколения), топические стероидные средства и т.д. При вазомоторном процессе необходимо стимулировать симпатический отдел вегетативной нервной системы (ВНС), с чем неплохо справляются невропатологи при вегетативной дисфункции по парасимпатическому типу. Симпатический отдел ВНС активизируется при гиперкапнии или гипоксии, при снижении температуры тела или при переохлаждении, а также при психоэмоциональных встрясах, поэтому условия для гиперкапнии можно создать, используя методики дыхания по Бутейко, Стрельниковой, а также аппарат Фролова и т.п. Сегодня даже барокамеры стали приспособлять под гипобарооксигенацию. Применяя задержку дыхания по Бутейко, носовое дыхание можно восстановить за несколько минут. Использование этого метода особенно эффективно у ваготоников.

Активное закаливание, занятия физкультурой на свежем воздухе, купание в проруби, контрастный душ позволят пациенту забыть о заложенности носа, так как при выполнении этих процедур происходит дополнительный выброс адреналина из надпочечников, повышается тонус сосудов, в том числе и в полости носа. Похожее состояние наблюдается при увеличении уровня адреналина в результате психоэмоционального напряжения. Пациентам, склонным к бурному выражению эмоций можно рекомендовать пить крепкий чай, кофе, кушать острые, соленые блюда.

Нельзя забывать о медикаментозных препаратах и физиотерапии. Из лекарственных средств можно рекомендовать применение препаратов, содержащих белладонну, атропин. Физиотерапия должна носить отвлекающий характер, ни в коем случае не следует греть – любое тепло (в том числе и лазерное излучение, УВЧ и т.д.) усиливает прилив крови к носу, повышая носовое сопротивление. Можно парить ноги, принимать ванны (расширяются периферические сосуды), показана иглорефлексотерапия.

Отоларингологи могут использовать метод безлекарственной блокады носа по В.Д. Драгомйрецкому, когда врач стерильной иглой раздражает (слегка касается) слизистую оболочку нижней носовой раковины, в ответ на что возникает длительный сосудистый спазм, повышается тонус сосудов, распространяющийся не только на сосуды полости носа, но и полости черепа. Курс лечения включает 7-10 процедур, и его можно повторять несколько раз в год. Особенно этот метод показан людям старшего возраста.

К сожалению, очень сложно убедить врачей меньше использовать сосудосуживающие средства, так как они не излечивают пациента, а только снимают симптомы, нанося организму иногда еще больший вред, вызывая новые заболевания или осложнения.

Таблица. Классификация топических сосудосуживающих препаратов по механизму действия (L. Malm, A. Anggard, 1993)

| Механизм действия | Международное непатентованное наименование |
|--|---|
| α_1 -адреномиметики | Фенилэфрина гидрохлорид |
| α_2 -адреномиметики | Инданазолин, ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин, тетризолин |
| α, β -адреномиметики | Адреналина гидрохлорид |
| Способствующие выделению норадреналина | Эфедрина гидрохлорид |

Хирургическое лечение

Не следует забывать о том, что, механические препятствия потоку воздуха в полости черепа должны быть устранены.

Детям первых лет жизни, как правило, выполняют аденотомию, иногда аденотонзиллотомию при сочетанной гипертрофии глоточной и небных миндалин. Сегодня все более широко используют консервативное лечение воспаленных миндалин, учитывая их роль в местном и системном иммунитете.

В ЛОР-стационарах наиболее распространены операции в полости носа. Эти хирургические вмешательства базируются на концепции шадящей эндоназальной хирургии и отвечают современным тенденциям, принятым в ЛОР-практике. Цель многочисленных операций – создание нормальной архитектоники внутриносовых структур, то есть проводится хирургическое восстановление правильной анатомии носа, что приводит к восстановлению утраченных функций. Часто приходится проводить 2-3 операции, что зависит от степени анатомических нарушений в полости носа.

Одним из наиболее частых заболеваний полости носа является искривление носовой перегородки, при котором проводится септопластика, заключающаяся в частичном удалении деформированного хряща, а зачастую и костной части перегородки. Особенность операции состоит в том, что удаленный хрящ подвергается моделированию – выравнивается и истончается. Модифицированный хрящ становится гибким и податливым, что позволяет хирургу установить его обратно и достичь необходимого выравнивания перегородки носа.

Другой распространенной патологией являются вазомоторный ринит и гипертрофия носовых раковин, основным проявлением которых является стойкое или преходящее затруднение носового дыхания. При данной патологии во многих клиниках до сих пор используют конхотомию, которая в последствии приводит к грубым анатомическим и функциональным нарушениям. Альтернативой этой операции является пластика нижней носовой раковины. Наиболее распространена вазотомия, при которой проводят отслойку слизистой оболочки с разрушением сосудистых сплетений, являющихся причиной заложенности носа. Иногда операция включает латеро-конхопексию носовой раковины, при которой раковина слегка надламывается у основания и отодвигается в сторону, что позволяет значительно расширить носовые ходы и восстановить нарушенную аэродинамику в полости носа. Часто прибегают к резекции (частичному удалению) задних отделов нижних носовых раковин. Выбор конкретного метода вмешательства индивидуален и осуществляется непосредственно оперирующим хирургом.

Эндоскопическая ринопластика является одним из приоритетных направлений и применяется при ряде хронических заболеваний околоносовых пазух, таких как полипозные, полипозно-гнойные синуситы, кисты и т.д. Анатомическое строение полости носа и околоносовых пазух крайне сложно, и только применение современного эндоскопического оборудования позволяет полностью выявить и устранить большинство дефектов. Оперативное пособие при данных видах патологии называется эндоскопической полисинусотомией. Объем операции зависит от количества пораженных пазух и степени вовлечения их в патологический процесс. В целом, операция направлена на удаление всех патологических тканей (полипов, кист, папиллом, гипертрофированных участков слизистой оболочки и аномально увеличенных костных структур); патологического

экссудата (гноя, слизи, грибковых тел) и создание архитектоники носовой полости, максимально приближенной к нормальной. Следует напомнить, что все эндоскопические вмешательства проводятся через естественные носовые пути и не требуют наружных разрезов.

Говоря об эстетической ринопластике, следует отметить, что оториноларингологи имеют значительные преимущества перед челюстно-лицевыми и пластическими хирургами. Корректируя наружную форму носа, они не забывают о внутренней архитектонике, зачастую проводя как внешнюю, так и внутреннюю коррекцию анатомических структур. Разрезы проводят с внутренней поверхности крыльев носа, не оставляя никаких косметических дефектов.

В завершение хочется акцентировать внимание на следующем. На сегодняшний день существует множество исследований, посвященных изучению физиологической роли носовой перегородки. Нос – это одиночный орган, но большая часть его функций совершается в стереорежиме. Однако мало кто знает, что в течение определенного времени происходит попеременное увеличение или уменьшение ширины просвета одной из половин полости носа, и это является защитным механизмом системы носового рефлекса в частности и всей дыхательной системы в целом. Располагая для дыхания двумя ноздрями, мы позволяем каждой из них немного отдохнуть. Если одна ноздря работает в одиночку более 3 часов, она «устает», поэтому с двумя ноздрями мы спим более спокойно. Если одна из них временно не функционирует, процесс дыхания не нарушается, потому что у нас есть другая. При достаточном общем просвете полости носа и нормальном носовом сопротивлении здоровый человек этого не замечает. Подобный феномен (периодическая блокада одной половины носовой полости) – это физиологический механизм (носовой, или вазомоторный, цикл).

Литература

1. Гарашенко Т.И. Аллергические риниты: проблемы медикаментозного лечения – Consilium medicum, 2000, Экстра выпуск – С. 12-13.
2. Джуан Стивен. Странности нашего тела. Занимательная анатомия.- М., РИПОЛ Классик-2009. – 560 с.
3. Заплатников А.Л. Топические деконгестанты в педиатрической практике: безопасность и клиническая эффективность. – Педиатрия. – 2006. – №6. – С. 69-75.
4. Ершов Ф. Рациональная фармакотерапия гриппа и ОРВИ // Фармацевтический вестник. – 2003. – № 39. – С. 39-43.
5. Лопатин А.С. Аллергический ринит// Рус. мед. журнал.- 2003. – Т. 11. №8. – С. 446-448.
6. Овчинников А.Ю., Никифорова Г.Н., Свиштушкин В.Н. Возможности местной терапии при воспалительных заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, носоглотки и слуховой трубы// Рос. оторинолар. – 2004. – № 3(10). – С. 144-148.
7. Нурмухаметов Р.А. Сосудосуживающие средства (деконгестанты) – Cons. Med. – 2001. – №1(1). – С. 21-23.
8. Овчаренко Л.С., Вертегел А.А., Андриенко Т.Г., Медведев В.П., Редько И.И., Жихарева Н.В., Самохин И.В., Кряжев А.В. Назальные деконгестанты и солевые растворы для лечения ринитов у детей: безопасность и перспективы// Здоровье Украины.- 2008 г. – №18/1; С. 42-43.
9. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М. – Миклош. – 2002. – С. 75-78.
10. Пухлик С.М. К вопросу об идиопатическом рините// Рос. ринология.- 1997. – №2.
11. Пухлик С.М., Гапонюк А.В. Изменения состояния слизистой оболочки носа под воздействием назальных деконгестантов// Вестник Винницкого государственного медицинского университета.- 1999.- №2.
12. Рязанцев С.В. Современные деконгестанты в комплексной терапии острых и хронических заболеваний ЛОР-органов// Российская оториноларингология №6 (19), 2005.
13. Тарасова Г.Д. Топические деконгестанты в комплексной терапии заболеваний верхних дыхательных путей. – Педиатр. фармакол. – 2006. – Т. 3. – №3. – С. 54-58.
14. Hochban W., Althoff H., Ziegler A. Nasal decongestion with imidazoline derivatives: acoustic rhinometry measurements. Eur J Clin Pharmacol, 1999 Mar; 55(1):7-12.
15. Deitmer T., Scheffler R. The effect of different preparations of nasal decongestants in ciliary beat frequency in vitro. Rhinology, 1993; 31: 151-3



РИНАЗОЛІН®

Це ладна допомога закладеному носу:

- **РИНАЗОЛІН®** допоможе вилікувати нежить без ушкодження слизової оболонки носа.
- Завдяки своїй тривалій дії (10-12 годин) краплі **РИНАЗОЛІН®** забезпечують дихання носом протягом всього дня і спокійний сон дитині до самого ранку.



*Краплі легкі,
як хмаринки!*

Реклама лікарського засобу. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Перед застосуванням ознайомтесь з інструкцією або проконсультуйтеся з лікарем. Реєстраційні свідоцтва № UA/7191/01/01, № UA/7191/01/02, № UA/7191/01/03, видані МОЗ України. Виробник: БАТ «Фармак», Україна.