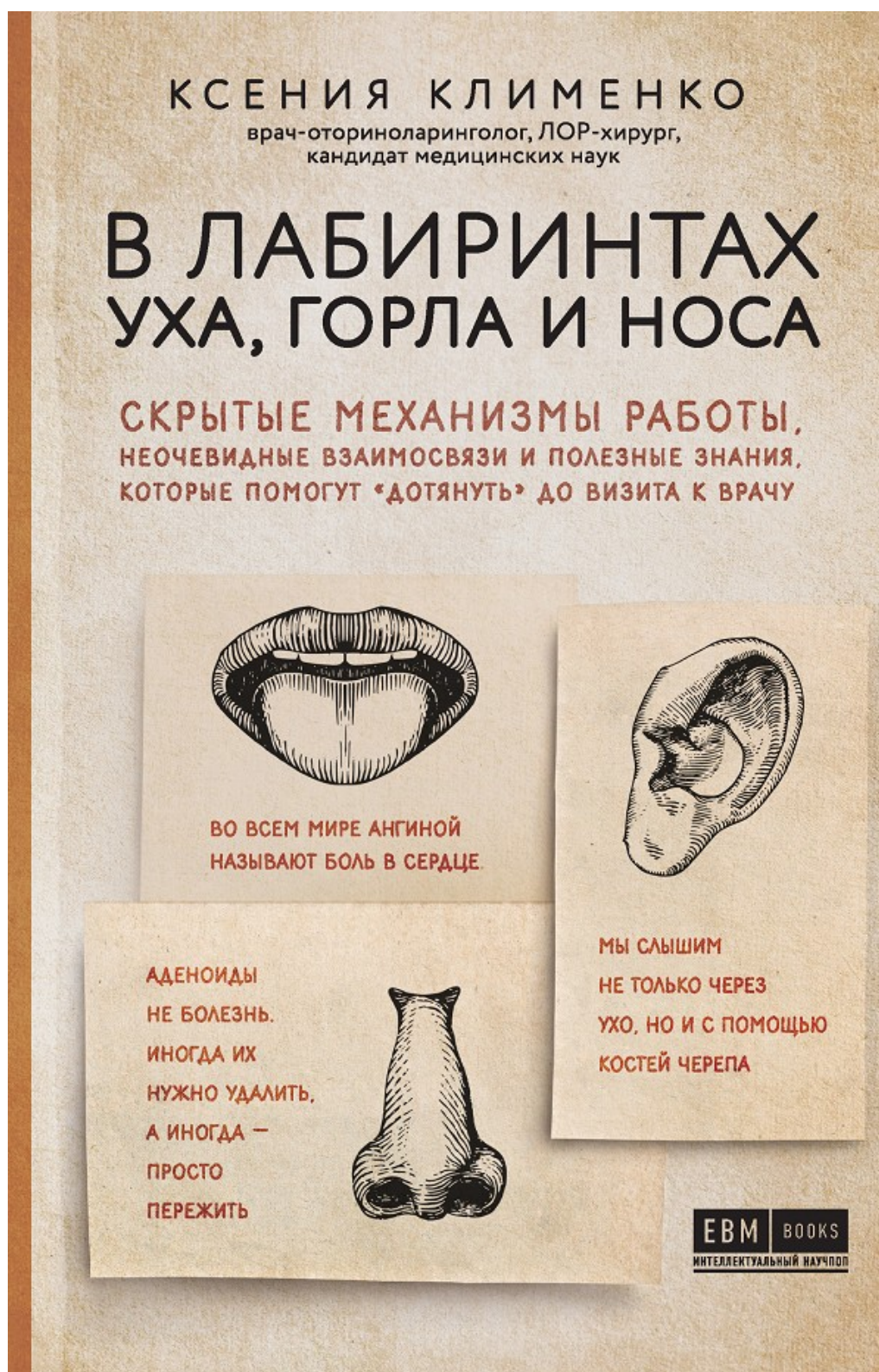


Ксения Эльдаровна Клименко

В лабиринтах уха, горла и носа. Скрытые механизмы работы, неочевидные взаимосвязи и полезные знания, которые помогут «дотянуть» до визита к врачу

Интеллектуальный научпоп. Медицина не для всех –



«В лабиринтах уха, горла и носа»: Эксмо; Москва; 2019
ISBN 978-5-04-099166-2

Аннотация

Как работает ухо, горло и нос? Какие тайны заключает в себе эта триада? Самый известный российский врач оториноларинголог-хирург Ксения Клименко легко и понятно объясняет функционирование ключевых органов, особенности нашего восприятия и секреты, которые таят эти вроде бы простые части нашего тела.

Ксения Клименко В лабиринтах уха, горла и носа

© Клименко К., текст, 2018

© ООО «Издательство «Эксмо», 2019

Предисловие к изданию

Я никогда не задумывалась о написании книги для пациентов. Вовсе не из-за того, что считала эту работу ненужной или неинтересной, просто такая мысль не приходила мне в голову. Для врачей – да, в моей голове то и дело рождались многочисленные идеи создания атласа, руководства или учебника для лор-врачей, где я бы могла поместить все накопленные знания. Тем более что делиться знаниями с коллегами: практикующими врачами – я начала чуть ли не с ординатуры – ведь не у каждого есть возможность отправиться на учебу или стажировку в передовые зарубежные клиники. Совершенно неожиданно мой друг и коллега, один из ведущих российских кардиологов Антон Родионов, предложил мне написать книгу для пациентов. И не просто научно-популярную, которых сейчас великое множество, а книгу, основанную на современной доказательной медицине. Если задуматься, самая многочисленная моя аудитория – не врачи, а пациенты! Именно они мои ежедневные слушатели, и каждый раз, обсуждая с пациентом его заболевание, развенчивая многочисленные мифы и заблуждения, я фактически прочитываю ему маленькую лекцию. Но у врачей стационаров времени катастрофически не хватает, и нередко меня обрывают на полуслове, вызывая в операционную. А книга – это прекрасная возможность в любое время получить ответы на волнующие вопросы по своему здоровью. Книгу я написала на одном дыхании: вооружившись последними международными рекомендациями и результатами мировых исследований, я лишь изложила то, о чем ежедневно говорю пациентам в лор-кабинете.

Книжка моментально оказалась в лидерах продаж, что меня очень удивило и обрадовало. Но самым неожиданным было то, что ее активно читали не только пациенты, но и врачи. Через некоторое время ко мне потянулись пациенты с книжкой в руках, и они понимали меня гораздо лучше: во многом мы стали единомышленниками. Другие наоборот: после очной консультации брались за книгу, расширяя свой кругозор.

Чтобы уложиться в стандарты серии «Академия доктора Родионова», первоначально написанный для книги текст пришлось сократить. Теперь же вы держите в руках полную версию, которую издательство выпустило по многочисленным просьбам пациентов и врачей.

В чем особенность этой книги? Здесь собрана наиболее актуальная и современная информация, основанная на последних зарубежных клинических рекомендациях и исследованиях высокого уровня, профильтрованная через мой личный практический опыт.

Но сразу хочу вас предостеречь: книга – это не панацея. Поскольку изменения в медицине происходят слишком быстро, некоторые моменты в книге со временем могут потерять актуальность. И не забывайте: нет и не может быть инструкций и рекомендаций на все случаи жизни. Некоторые болезни могут иметь нетипичные проявления, и только личное общение с врачом и осмотр дают достоверную

картину заболевания.

Приятного чтения!

О себе

Я совершенно не собиралась становиться лор-врачом, долгое время считала эту специальность скучной и неперспективной. Во всяком случае, бесконечные промывания миндалин, «кукушки», прижигания горла и прочие малоинтересные процедуры, которые я наблюдала на кафедре ЛОР медицинского института, меня совершенно не вдохновляли. Я мечтала о «большой» хирургии, хотела спасать людей, сражаться за их жизнь. Но судьба неумолимо привела меня на эту кафедру.

Будучи ординатором, я с азартом ринулась постигать профессию и очень быстро увидела, что оториноларингология далеко не ограничивается банальными насморками и аденоидами. Лор-органы расположены в самой тесной близости от структур мозга, и беззаботность пациентов довольно часто приводит к острым процессам, когда речь уже идет о жизни человека.

Не жалея себя, я быстро, как мне показалось, освоила большинство операций и стандартных схем лечения и уже ощущала себя вполне состоявшимся доктором.

И вдруг мне в руки попал диск с записью лор-операции в исполнении одного из величайших хирургов мира – австрийского профессора Штаммбергера. Он перевернул мой мир буквально с ног на голову, я была поражена его ювелирной хирургией. И с того момента моя профессиональная жизнь разделилась на «до» и «после».

За рубежом уже давно наступила эра малотравматичной эндоскопической хирургии и 3D-моделирования анатомии внутренних структур: эндоскопы с разным углом обзора давали возможность работать не вслепую, а с полной видимостью поля операции, 3D-мониторинговые системы показывали прохождение основных нервов и крупных сосудов и тем самым резко снижали риски, а возможности хирурга максимально удалить больные ткани были просто грандиозными. Если в «доисторические» времена лор-операции считались одними из самых «кровавых», а сами хирурги были зачастую похожи на мясников, то теперь я наблюдала практически чистое, бескровное поле операции, не говоря уже о халате врача. Я немедленно дала себе слово научиться оперировать так же, как Штаммбергер. Именно к нему я и отправилась на свое первое серьезное обучение.

С тех пор было множество тренингов и курсов у выдающихся мировых звезд, стажировок в лучших клиниках мира. Оториноларингология оказалась динамичной и одной из самых инновационных областей медицинских знаний. Именно сюда с невероятной скоростью внедряются высокотехнологичные малоинвазивные методы операций, которые все больше захватывают пограничные области: нос уже является «воротами» для нейрохирургических операций, а значит, можно обходиться без трепанации черепа.

Но главное, современные эндоскопические инструменты и микроскопические методы дают возможность полностью восстанавливать естественную функцию пазух, ювелирно обходиться с глубокими структурами уха – анатомически сложнейшим органом человеческого организма. Однако для этого нужно быть на «ты» с современными инструментами и методиками, иметь хорошее пространственное воображение и еще быть готовым никогда не останавливаться в развитии.

Именно в оториноларингологии устоявшийся стереотип, что оперирующий хирург становится профессионалом к 40–50 годам, уже не верен. Наоборот, сегодня это удел молодых и способных – быстро понимать и принимать инновации. Более того, если врач не осваивает новое, то опыт начинает работать против него: ошибки все больше и больше укореняются в его практике, и их все сложнее исправить.

Еще одним открытием для меня было то, что многие общепринятые у нас методы и препараты в мире давно признаны неэффективными. Признанные сегодня методы опираются на принципы так называемой доказательной медицины: каждое утверждение, метод или стандарт должен быть доказан достоверными исследованиями и статистикой. Голословные утверждения, которые так часто произносятся на отечественных конференциях, звучат в научных статьях или просто в кругу врачей, в мировом экспертном сообществе не котируются.

Более десяти лет я не пропускала ни одного стоящего курса, объездив лучшие клиники мира. Когда

меня рекомендовали стать членом Американской академии оториноларингологии, предложили стать экспертом одного из самых авторитетных специализированных изданий мира, я поняла, что грань ученичества осталась далеко позади. Все это время я активно оперировала, применяя новые знания и практики, благо мы получали самое современное оснащение и оборудование.

В какой-то момент я поняла, что обязана делиться новыми знаниями, методиками, которые я освоила и продолжаю осваивать. Я начала делать видеозаписи своих операций, записывать разъяснительные тексты и выкладывать в Сеть видеоуроки для коллег.

Однажды я с удивлением осознала, что их смотрят не только врачи, но и... пациенты. Приходя на консультации, многие из них не только владели медицинской терминологией, цитировали фразы из видеороликов, но и досконально знали ход операции, которая им предстоит. Увы, ими владело не праздное любопытство. Большинство из них стали жертвами далеко не одного неудачного, а то и просто бессмысленного хирургического вмешательства.

Сегодня я провожу уже собственные курсы для врачей, но все же это капля в море новых знаний, особенно если необходимо изменить свое мировоззрение, стать открытым новым подходам. А это процесс не из легких.

Хочу выразить благодарность всем, кто дал и продолжает давать мне возможность развиваться и расти: ведь это процесс, имеющий начало, но не имеющий конца. Это доктор Кеннеди (США), доктор Штаммбергер (Австрия), доктор Джанакирам (Индия), профессор Крюков, профессор Вишняков и доктор Шемякин. Отдельную благодарность хочу выразить главному врачу Центральной клинической больницы УДП РФ Николаю Константиновичу Витько и, безусловно, моей семье, без поддержки которой я не стала бы тем, кто я есть.

Введение

Редко встретишь человека, у которого никогда не болело ухо, горло или нос. Однако бытует мнение, что насморк, ангину, отит всегда можно вылечить домашними средствами. А бабушки – те вообще считают себя всесильными, имея в своем арсенале проверенный набор: синяя лампа, мешочки с солью, сок алоэ, банка с медом. Антибиотики? Никогда! Да и сама я помню, как моя заботливая бабушка немедленно уничтожала рецепт, едва только вызванный на дом доктор выписывал справку в школу.

Теперь, став лор-врачом, я вижу на практике, насколько такой подход может быть опасным. Упущенное время не вернуть, а последствия могут быть необратимы: банальный на первый взгляд насморк или «обычный» отит может привести к тяжелым осложнениям – от проблем со зрением до менингита.

Но есть и другая категория приверженцев самолечения: они сами немедленно начинают принимать антибиотики или симптоматические средства по поводу и без повода. Некоторое время такой подход может даже сходить с рук: выпил антибиотик – и вроде стало легче. Но рано или поздно «проверенная» схема перестает работать, и вот пациент «неожиданно» – на операционном столе.

Антибиотики – не панацея от инфекций. Против вирусов они вообще не работают. Прием антибиотиков раньше времени, «для профилактики», в неправильной дозировке или с неверным временем приема может не помочь, а навредить: сделать дальнейшее лечение неэффективным! Ведь бактерии умеют быстро приспосабливаться к различным условиям, даже к антибиотикам, и врач порой может оказаться бессильным. Иными словами, любой вид самолечения приводит к опасным последствиям.

Конечно, сепсис, менингит и другие серьезные осложнения болезней уха, горла и носа встречаются достаточно редко, зато широко распространен такой результат самолечения, когда инфекция становится хронической и сложно поддается лечению. Блуждая от одного врача к другому в надежде на счастливый рецепт, пациенты лишь слышат разные, нередко прямо противоположные рекомендации и окончательно теряют доверие к официальной медицине. Одни бросаются в объятия представителей нетрадиционной медицины, другие попадают в руки откровенных шарлатанов.

Что нужно знать пациенту, чтобы исключать крайности и выбирать наиболее эффективный метод лечения? Приобрести определенные знания, чтобы не принимать на веру рекомендации врача.

Что нужно знать врачу, чтобы добиться прогресса в лечении заболевания? Изменить свое

отношение к пациенту. Если раньше врач выступал в роли судьи, беспелляционно выносящего «приговор», то сейчас и врач, и пациент являются равноправными участниками команды, принимающей решение о диагнозе и лечении. Врач подробно рассказывает о существующих в мире представлениях о заболевании, методах диагностики и лечения. Окончательный выбор метода лечения – за пациентом.

В своей работе мне часто приходится быть «разрушителем легенд», циркулирующих не только среди пациентов, но, к моему большому удивлению, и среди врачей. Постоянно изучая последние тенденции мировой оториноларингологии, практикуясь в лучших клиниках Европы и США, работая с командами самых известных лор-хирургов мира, я хочу поделиться накопленными знаниями и опытом.

Эта книга должна стать настольной для каждого человека – ведь любой из нас рано или поздно сталкивается с болезнями лор-органов. Пациентам книга поможет правильно выбрать врача и лечение, позволит избежать приема ненужных препаратов, распознать первые признаки осложнений, уберечься от распространенных ошибок при выборе того или иного метода лечения. Коллегам книга пригодится в качестве как справочника по современным методам диагностики и лечения лор-болезней, так и руководства по общению с пациентами.

Часть I

Ухо



– Доктор, доброе утро! Извините, что беспокою так рано и в выходной день!

Редкая суббота или воскресенье проходят без такого звонка. Многие врачи отключают телефон во внерабочие часы. Я – нет. Мои пациенты знают: в любой момент дня и ночи они могут позвонить своему доктору.

Выбирая профессию врача, я не представляла, как мне, типичной «сове», удастся вставать рано. Но ответственность за человека – это высокое бремя и мощный стимул к дисциплине. Медицина – не профессия, это образ жизни.

Как правило, в выходные беспокоят пациенты с проблемами уха, которые оказались в этот злополучный момент вдали от дома, чаще на курорте, когда нет возможности быстро попасть к специалисту.

Ухо – самый коварный орган, но именно к нему люди зачастую относятся беспечно. А зря.

Ну что же, попробуем помочь пациенту дотянуть до визита к врачу.

Глава 1. Как устроено ухо

Казалось бы, все просто: ухо условно разделяют на наружное, среднее и внутреннее. Соответственно, и заболевание того или иного отдела будет иметь одноименное название. Например, отит может быть наружным или средним, правда, воспаление внутреннего уха не принято называть внутренним отитом, в этом случае используют термин «лабиринтит».



То, что мы видим со стороны, – это ушная раковина и вход в наружный слуховой проход. Их относят к наружному уху. Ушная раковина имеет множество выступов и углублений с округлыми очертаниями (см. рисунок). Она образована хрящом, но нижняя часть, мочка, – это всего лишь кожная складка.

Наружный слуховой проход представляет собой канал длиной около 4 см, который соединяет ушную раковину и барабанную перепонку, герметично закрывающую следующие отделы уха. Именно в наружном слуховом проходе образуется ушная сера – вязкое вещество, защищающее ухо от пыли, микробов и пересыхания.

Поскольку наружный слуховой проход имеет общую стенку с височно-нижнечелюстным суставом, ушная сера самостоятельно выводится из уха наружу при жевательных движениях, захватывая омертвевшие клетки кожи, пыль, волосы и другие посторонние предметы, попавшие в ухо. При отсутствии нарушений ухо очищается без посторонней помощи. Причем если попытаться избавиться от серы самостоятельно, это может привести к образованию серной пробки.

Это интересно: ушная сера не содержит серу как химический микроэлемент, а называется так только из-за своего цвета и консистенции. В английском языке ее называют ear wax, что в переводе означает «ушной воск», а в немецком – ohrenschmalz (дословно – «ушное сало»). В разных языковых культурах свои ассоциации.

Замысловатое асимметричное строение ушной раковины – это не прихоть природы. Такая конфигурация позволяет максимально полно улавливать звук и направлять его в сторону наружного слухового прохода. Слуховой проход, в свою очередь, передает звуковую волну на барабанную перепонку, заставляя ее вибрировать.

О барабанной перепонке все знают, но, как ни странно, ею же и ограничиваются познания о процессах слуха. Например, барабанную перепонку считают чуть ли не единственным элементом, отвечающим за слух. Поэтому и приходят в ужас при ее повреждении, считая, что это приведет к полной глухоте. Но это далеко не так. Разрыв или перфорация (образование отверстия) барабанной перепонки не всегда приводит даже к снижению слуха, не говоря уже о его потере. Для некоторых пациентов сообщение о том, что у них имеется отверстие в барабанной перепонке, становится полной неожиданностью.

Барабанная перепонка представляет собой полупрозрачную мембрану, состоящую из нескольких слоев ткани, и является границей между наружным и средним ухом. Но анатомически ее относят к среднему уху. Ее можно увидеть, если посветить фонариком в ухо, оттянув ушную раковину в сторону. В норме она имеет серый цвет и гладкую поверхность, отражающую свет фонарика в виде конуса (световой конус). Световой конус относят к так называемым опознавательным знакам барабанной перепонки – это различные выступы, углубления и просвечивающие сквозь нее структуры среднего уха.

Если опознавательные знаки не видны или перепонка становится непрозрачной, это означает, что возникли проблемы со средним ухом. Если барабанная перепонка выбухает, то на нее изнутри давит жидкость либо воспаленная слизистая оболочка. Так бывает при гнойном среднем отите. И наоборот, если она втягивается внутрь среднего уха, это может быть признаком нарушения вентиляции уха. Так бывает при экссудативном среднем отите либо туботите (нарушении функции слуховой трубы). Поэтому, когда врач заглядывает в ухо, он оценивает внешний вид барабанной перепонки: ее цвет, прозрачность, наличие опознавательных знаков и отверстий. Для того чтобы хорошо разглядеть перепонку, используют ушную воронку и микроскоп. При отсутствии микроскопа пользуются специальным портативным отоскопом со встроенной воронкой.

Вибрируя при воздействии звуковых волн, барабанная перепонка передает звуковую волну во внутреннее ухо посредством цепи специальных микроскопических слуховых косточек. В ухе человека их три, и называются они весьма колоритно: «молоточек», «наковальня» и «стремечко». Характерно, что названия косточек полностью отражают их форму. Косточки соединяются между собой миниатюрными суставчиками, имеющими все самые настоящие сухожилия. Значение такой сложной цепочки в том, что она усиливает звуковую волну при передаче ее во внутреннее ухо по направлению к слуховому нерву. И наоборот, при чрезмерно громком звуке слуховые косточки его гасят, тем самым оберегая внутреннее ухо от повреждений. В этом сложном механизме также участвуют миниатюрные мышцы, находящиеся в барабанной полости: стременная мышца и мышца, натягивающая барабанную перепонку. Даже мышцы среднего уха могут подвергаться нервному тиксу – это так называемый миоклонус. При этом человек ощущает ритмичные постукивания в ухе. Обычно это длится несколько минут, но бывают случаи, когда стук не прекращается. В этом случае проводится небольшая операция, когда ставшая причиной мышца рассекается – и все проходит.

Совет: если вы обратились к лор-врачу, особенно по поводу проблем с ухом, а у врача нет ни микроскопа, ни отоскопа, следует обратиться в другое учреждение.

Это интересно: мы слышим не только через воздух. Звуковая волна также попадает к слуховому нерву через кости черепа. Поэтому потеря барабанной перепонки и даже слуховых косточек никогда не приводит к полной глухоте.

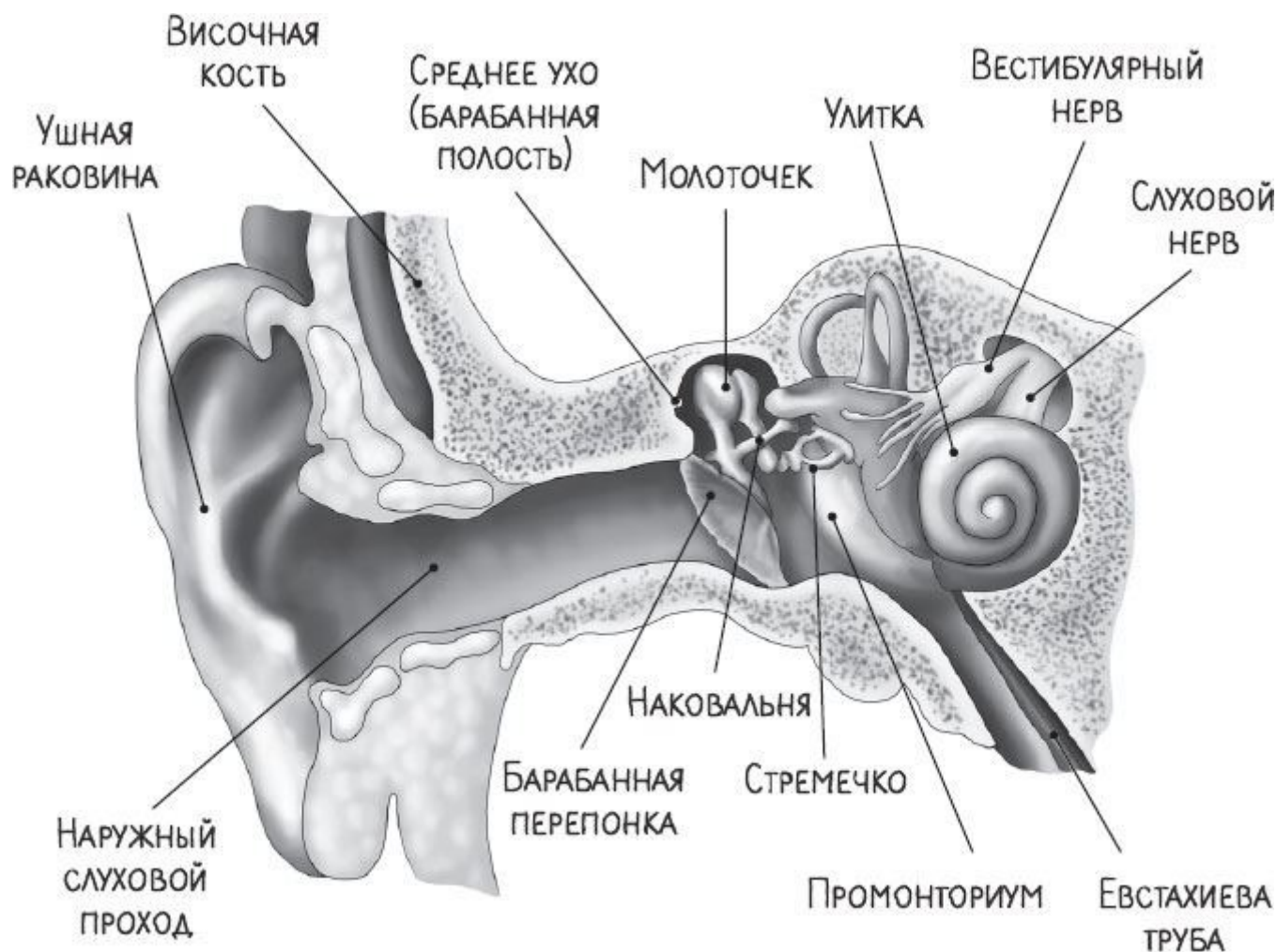
Барабанная перепонка и слуховые косточки находятся в так называемой барабанной полости, однако среднее ухо этим не ограничивается. Барабанная полость соединена через небольшой канал с сосцевидным отростком – костным выступом, который можно легко прощупать за ушной раковиной. Внутри он имеет пористую структуру, заполненную воздухом. Прямо сквозь ухо проходит лицевой нерв, отвечающий за мимику, и «барабанная струна» – нерв, отвечающий за вкусовую чувствительность языка. Вот почему серьезное воспаление или хирургическое вмешательство на ухе может привести к потере вкусовой чувствительности и нарушению движения мимических мышц (паралич лицевого нерва).

Как мы видим, ухо – достаточно сложный орган, который обеспечивает далеко не одну функцию организма человека. Еще больше нас в этом убедит путешествие в «святая святых» – внутреннее ухо.

Внутреннее ухо – самая сложная часть анатомии. Оно имеет столь запутанную структуру, что

далеко не все лор-врачи хорошо в ней разбираются. Но это не учебник анатомии для специалистов, поэтому не будем погружаться в детали, наша цель – понять лишь принцип работы уха.

Внутреннее ухо состоит из улитки, отвечающей непосредственно за слух, и вестибулярной системы – она отвечает за равновесие. Как человек понимает, что баланс нарушился, и дает сигналы мышцам выровнять его? Для этого служат полукружные каналы, микроскопические трубки, расположенные в трех взаимно перпендикулярных плоскостях (по три в каждом ухе) – они определяют положение головы в пространстве. Внутри каналов находятся миниатюрные кристаллы – отолиты. При их перемещении возбуждаются нервные клетки, передавая информацию в головной мозг. А он уже, в свою очередь, направляет сигналы к определенным группам мышц.



СТРОЕНИЕ УША ЧЕЛОВЕКА

Это интересно: при громких звуках нервные клетки улитки теряют волоски, что приводит к снижению слуха на определенных частотах. Наиболее чувствительными к повреждению являются волоски, воспринимающие высокие частоты. Именно поэтому снижение слуха чаще всего касается восприятия высоких частот, чего человек может даже не замечать в повседневной жизни.

Процесс распознавания звуков подобен тому, что описан выше: слуховые косточки вызывают колебания жидкости, заполняющей улитку, что вызывает возбуждение нервных клеток. Каждая нервная клетка имеет множество крошечных волосков, которые улавливают самые незначительные колебания жидкости на различных частотах. Таким образом механические колебания превращаются в электрические импульсы – именно их головной мозг и распознает как звуки.

Многие слышали, что нос и ухо взаимосвязаны. Так оно и есть: среднее ухо соединяется с носом через мышечную трубку – слуховую трубу. Через нее среднее ухо очищается и вентилируется. Обычно слуховая труба находится в спавшемся состоянии и открывается только при глотании или зевании. В

этот момент можно услышать щелчок либо хруст – это звук открывшейся слуховой трубы. Как только слуховая труба открывается, давление в среднем ухе выравнивается. Именно поэтому советуют зевать или глотать в самолете при наборе высоты и снижении, чтобы выровнять перепады давления. Но давление в среднем ухе поддерживается не только за счет работы слуховой трубы. В основном этот процесс обусловлен газообменом между барабанной полостью и покрывающей ее слизистой оболочкой. Последние исследования показывают, что давление в здоровом ухе все время постепенно снижается, а периодическое открытие слуховой трубы помогает его стабилизировать.

Это интересно: бывает, что при определенных движениях головы микрокристаллы (отолиты) одного из полукружных каналов заплывают в другую часть канала – именно это и вызывает приступы головокружения. Это состояние носит название «доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение» (ДППГ). Ничего страшного не происходит: нужно вернуть «убежавший» кристалл на место, запрокинув и повернув голову в определенном порядке. Но не пытайтесь делать это самостоятельно, иначе проблему можно только усугубить.

От слуховой трубы зависит и дренирование уха. Микроскопические реснички слизистой оболочки гонят слизь из среднего уха в носоглотку, и одновременно сокращение мышц при глотании помогает этому процессу, не давая микробам проникать в среднее ухо. Интересно, что слуховая труба выполняет еще и функцию защиты среднего уха от звуков, возникающих и отражающихся в носоглотке (звук глотания, движения воздуха при вдохе и выдохе). Вот почему при нарушении работы слуховой трубы, в частности зиянии, когда труба остается постоянно открытой, возникает аутофония – слышимость собственного голоса и дыхания как бы изнутри.

При возникновении насморка слуховая труба отекает и перестает выравнивать давление, результатом чего бывает воспаление среднего уха. Воспаление или нарушение работы слуховой трубы врачи называют дисфункцией, или туботитом. Этот диагноз ставится, если воспаление еще не возникло, но есть признаки нарушения выравнивания давления в среднем ухе. Если туботит присутствует долго, то в ухе могут возникать хронические изменения, рубцы и спайки, снижающие слух (адгезивный отит).

Существует три вида дисфункции слуховых труб:

1. Затянувшаяся дисфункция – это длительно сохраняющаяся заложенность ушей после насморка, ОРВИ или на фоне аллергического насморка.

2. Барозависимая дисфункция – резкая заложенность, боль, ощущение давления в ушах на фоне резкой смены атмосферного давления. Эта форма дисфункции чаще наблюдается у дайверов.

3. Зияющая дисфункция, более известная как зияние слуховой трубы. В этом случае труба (или обе) остается постоянно открытой. При этом возникает заложенность в ушах и аутофония (слышимость собственного голоса изнутри). Известна связь зияния слуховых труб с серьезными физическими нагрузками и резким похудением.

Теперь очевидно, что возникновение проблемы на любом участке органа слуха может стать причиной снижения слуха или тугоухости. Если с наружным и средним ухом все более-менее ясно, то работа внутреннего уха пока еще остается загадкой для ученых. Именно поэтому головокружение либо тугоухость, вызванная поражением внутреннего уха, с трудом поддается лечению.

Глава 2. С ушами шутки плохи

– Здравствуйте, доктор! У меня невыносимо болит ухо второй день. Я нахожусь за границей, обратился к местному лекарю – поставили диагноз: отит. Правильно ли назначено лечение? Я не очень-то доверяю местным докторам...

Как правило, по телефону я не консультирую, но чувствую, что ситуация чрезвычайная. Спрашиваю – и это первый вопрос, который задаю в этом случае: какой отит поставили – наружный или средний? Удивительное дело: большинство пациентов ответ на этот критически важный вопрос не знают, не помнят или не обращают внимания на «детали». А ведь лечение при этих заболеваниях отличается кардинально.

Почему пациенты путают острые отиты? Да потому, что их симптомы похожи: выраженная боль,

снижение слуха, выделения из уха могут возникать и при среднем, и при наружном отите. Различия кроются в так называемом анамнезе – истории развития болезни и предпосылок к заболеванию. Конечно, по этим симптомам лор-врач диагноз не поставит, это лишь косвенные признаки. Только осмотр в кресле лор-кабинета поможет расставить все точки над i.

Наружный отит

Наружный отит, как следует из самого названия, – это воспаление наружного уха, т. е. ушной раковины или наружного слухового прохода. При этом наблюдается покраснение кожи, она становится отечной, в ухе появляются выделения. Из-за сужения слухового прохода и скопления выделений снижается слух и даже может появиться шум в ухе. Оттяните ушную раковину – если появилась боль, то это достаточно характерный симптом наружного отита.

Именно наружный отит чаще всего поражает любителей поплавать и понырять в море или бассейне. Неудивительно, что это профессиональное заболевание тех, кто занимается спортивным плаванием. Объясняется такое «пристрастие» отита к водным процедурам тем, что попавшая в ухо вода создает благоприятные условия для размножения микробов, которые и вызывают воспаление. Наружный отит многолик и коварен.

К слову, фурункул наружного слухового прохода – это тоже отдельная форма наружного отита. Фурункул возникает в результате воспаления луковицы волоса, расположенной в коже. Поскольку слуховой проход покрыт кожей, то и здесь бывают фурункулы. И в этом случае любители погреть ухо синей лампой или горячей солью наносят себе непоправимый вред. Иногда у них возникает ощущение облегчения от процедуры, но оно обманчиво: в это время воспаление усиливается и переходит в гнойную форму.

Любопытно, что грибковое поражение слухового прохода отомикоз, – это все он же, наружный отит, только в хронической форме. Если заглянуть в ухо при отомикозе, можно увидеть характерную белесую паутинку с черными вкраплениями – это мицелий и споры гриба. Как и все грибковые инфекции, отомикоз с трудом поддается лечению. Поэтому крайне важно заботиться об ушах: тщательно сушить их после посещения бассейна, не чистить ватными палочками и не использовать «народные» методы лечения. Периодически мне приходится вытаскивать из ушей бабушек застрявший лист герани или алоэ.

В редких случаях встречается и вирусный наружный отит: слуховой проход может поражаться при ветряной оспе, кори и герпетической инфекции. В последнем случае это так называемый опоясывающий герпес уха (синдром Рамсея – Ханта), который включает сильную боль в ухе, герпетические высыпания в слуховом проходе и на ушной раковине, парез лицевого нерва, потерю вкусовой чувствительности языка и сухость глаза.

Шесть основных симптомов наружного отита:

- 1) боль в ухе, за ухом, при оттягивании ушной раковины, надавливании на козелок (небольшой хрящ перед ушной раковиной);
- 2) ощущение распирания в ухе;
- 3) выделения из уха;
- 4) снижение слуха, иногда шум в ухе;
- 5) зуд в ухе (чаще при отомикозе);
- 6) повышение температуры тела.

Чтобы установить диагноз, достаточно осмотра у лор-врача. Важно определить, воспален только наружный слуховой проход или также затронуто среднее ухо и нет ли перфорации (отверстия) в барабанной перепонке. Если диагноз наружного отита не вызывает сомнений, то лечение в большинстве случаев заключается в использовании местных препаратов – ушных капель. Антибиотики (в таблетках или инъекциях) не должны назначаться при неосложненных формах наружного отита.

Если диагноз вызывает сомнение – есть подозрение на воспаление среднего уха либо возникли признаки осложнений, врач может назначить компьютерную томографию (КТ) височных костей. КТ – это рентгенологическое исследование, когда исследуемый орган как бы нарезается на множество тонких слоев толщиной 1 мм, и формируется трехмерное изображение. Компьютерная томография имеет

высокую информативность при диагностике заболеваний уха и помогает поставить правильный диагноз в неясных случаях.

Важно: при неосложненных формах наружного отита следует избегать назначения системных антибиотиков (в таблетках или уколах). Достаточно местного лечения.

Дополнительную информацию при диагностике может дать мазок из наружного слухового прохода для бактериологического исследования. При этом исследовании определяют, какая бактерия или вид грибка стали причиной инфекции и какой препарат лучше всего подходит для лечения. Результаты посева обычно готовы через 5–7 дней, и они могут оказаться очень полезными, если предыдущее лечение не было эффективным.

Каковы же рекомендации по лечению наружного отита?

- Первое, с чего начинают лечение, – это купирование боли в ухе. И лучше всего с этим справляются банальные обезболивающие препараты. Ни антибиотики, ни капли в уши не подавляют боль так эффективно, как анальгетики. Названия препаратов и дозировку следует уточнить у врача.

- Основное лечение – это капли в ухо, назначенные лор-врачом (около четырех раз в день). Как правило, при наружном отите назначают капли, содержащие и антибиотик, и противогрибковое средство. Перед применением необходимо согреть флакончик в руке, лечь на противоположный бок и ввести 3–4 капли в слуховой проход. Затем нужно полежать 3–5 минут, чтобы дать возможность препарату протечь по слуховому проходу.

- Важно регулярно посещать лор-врача для проведения очищения – туалета уха и контроля за течением заболевания. Не стоит самостоятельно пытаться чистить ухо.

- Ни в коем случае не стоит прерывать лечение, даже при улучшении самочувствия. Это может вызвать устойчивость бактерий к лечению и ухудшить течение заболевания. Минимальный срок лечения – 7 дней.

- Важно беречь ухо от попадания воды до полного выздоровления. Вода, попавшая при мытье головы или купании, может способствовать воспалению, и лечение может оказаться неэффективным. При водных процедурах достаточно закрывать слуховой проход ватой, смазанной жирным кремом или мазью для гидрофобного эффекта. Постоянно ходить с ватой в ухе не нужно.

- В случае формирования фурункула может понадобиться небольшое хирургическое вмешательство.

Как правильно закапывать капли в ухо

Чтобы лечение было эффективным, важно правильно закапывать капли в ухо. Наилучший способ – попросить это сделать кого-нибудь из близких. Необходимо лечь на противоположный бок и закапать капли так, чтобы они заполнили слуховой проход (3–4 капли). Не менять положения тела в течение 3–5 минут – это критически важное время для того, чтобы капли попали в место назначения и впитались. Чтобы улучшить их впитывание, можно слегка понажимать на козелок (небольшой хрящевой выступ в передней части ушной раковины) либо подвигать ушную раковину вверх-вниз. После этого можно вставать, а излишки препарата промокнуть салфеткой.

Что должно насторожить при лечении наружного отита?

- Сильное жжение и усиление боли при закапывании капель в ухо. Так может проявляться индивидуальная непереносимость лекарства или тот факт, что препарат попал в среднее ухо. Это означает, что возникла перфорация барабанной перепонки. Большинство ушных капель обладает ототоксичным эффектом, и, попав в среднее ухо, они могут вызвать необратимое снижение слуха.

- Ощущение вкуса лекарства при закапывании. Этот симптом может свидетельствовать о наличии перфорации (отверстия) в барабанной перепонке.

- Усиление боли в ухе или покраснение вокруг ушной раковины, ухудшение общего состояния, головокружение.
- Отсутствие эффекта от лечения в течение 48–72 часов.

При появлении этих признаков следует немедленно прекратить закапывание капель и обратиться к врачу.

Миф 1: при появлении боли в ухе следует сделать согревающий компресс.

Согревающие процедуры при заболеваниях уха могут не только усилить воспаление, но и привести к серьезным осложнениям – от формирования абсцесса до развития сепсиса.

Миф 2: при боли в ухе необходимо вводить в слуховой проход турунды, смоченные 70 %-ным спиртом.

Спиртовые растворы могут вызвать раздражение или даже ожог в области воспаления. А самостоятельное введение инородных предметов, будь то турунды или ватные палочки, может травмировать и без того воспаленное ухо. Особенно это касается ушных свечей: эффекта от них доказано не было, а вред, включая закупорку слухового прохода воском и перфорацию барабанной перепонки, был не раз описан в литературе.

При наружном отите важно несколько раз посетить лор-врача для очищения слухового прохода от скопившихся выделений и остатков лекарств, которые могут тормозить выздоровление. В современных лор-кабинетах очищение слухового прохода производят с помощью отсоса, который как пылесос выкачивает содержимое из уха, не травмируя его воспаленные стенки.

Три главных правила, чтобы минимизировать риск возникновения наружного отита

1) Не используйте ватные палочки или иные предметы для очищения уха: во-первых, вам это не удастся – скорее, вы протолкнете серу глубже, во-вторых, есть риск травмы кожи слухового прохода и барабанной перепонки. В результате травмы в ухо может попасть инфекция и развиваться отит.

2) При попадании воды в ухо при купании или мытье головы сушите уши феном. А если вас время от времени терзают наружные отиты, развился хронический наружный отит или отомикоз, то вообще избегайте попадания воды в уши. Используйте беруши.

3) Не стремитесь во что бы то ни стало очистить слуховой проход от ушной серы! Помните, что сера защищает ухо от инфекций, поэтому ее отсутствие – один из факторов риска развития наружного отита.

Случай из практики

Несколько лет назад в субботний летний день, когда, казалось, ничто не может помешать отпраздновать свадьбу лучшей подруги, раздался телефонный звонок. В трубке звучал взволнованный мужской голос. Это оказался молодой человек 25 лет, который вот уже две недели лечил острый наружный отит в поликлинике. Он рассказал, что сначала лечение как будто помогало, но внезапно несколько дней назад боль усилилась. Звонить мне он бросился после того как возникло головокружение и повысилась температура тела. В этот момент он понял, что с ухом что-то не так. Больше мне ничего не нужно было объяснять. Осмотр только подтвердил мои худшие подозрения: это был никакой не наружный отит, а серьезное воспаление среднего уха – мастоидит, требовалась срочная операция. Дело в том, что при гнойном воспалении среднего уха отек распространяется в заушную область и под кожу слухового прохода. В таком случае при осмотре уха видно так называемое нависание кожи слухового прохода, что можно спутать с наружным отитом. Это достаточно грозный симптом, который требует срочной операции. Ведь он означает, что инфекция разрушила костные стенки уха и в скором времени может распространиться в головной мозг, приведя к менингиту. Но, к счастью, у той истории был счастливый конец: пациента я экстренно прооперировала, и в скором времени он поправился.

Этот случай показывает, что к симптомам наружного отита нужно подходить очень и очень внимательно, и даже опытный практикующий врач

Ухо болит не только при отитах. Боль в ухе – универсальный симптом сразу нескольких заболеваний: дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (сустава, участвующего в жевании), воспаления пазухи (гайморит), проблем с зубами и невралгии тройничного нерва. Даже боль в горле может распространяться в ухо. В таких случаях ухо при осмотре выглядит нормально, но успокаиваться рано: нужно определить причины болевого синдрома. Если причина боли в ухе все еще не ясна, следует исключить такие заболевания, как удлиненный шилососцевидный отросток (синдром Йгла), каротидиния (синдром, при котором возникает боль в зоне сонной артерии), ишемическая болезнь сердца, аневризмы сосудов грудной полости, невралгия языкоглоточного нерва.

Важно: боль в ухе может быть единственным симптомом злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта. Если врач не обнаружил причины боли в ухе при осмотре, следует провести более тщательное обследование.

В некоторых случаях, особенно у пациентов с заболеваниями, снижающими иммунитет (сахарный диабет, синдром приобретенного иммунодефицита), и у пациентов, проходящих химиотерапию или лучевую терапию, наружный отит может перейти в крайне агрессивную форму (некротический наружный отит) и перекинуться на кость, лицевой нерв, полукружные каналы и даже головной мозг. При таком отите инфекцию в большинстве случаев вызывает крайне устойчивая к антибиотикам бактерия – синегнойная палочка (в народе – «синегнойка»). В этом случае и лечение должно быть усиленным – с применением системных антибиотиков (в таблетках или инъекциях) и хирургическим удалением пораженных тканей. Кстати, промывание водой уха пациентов с указанными заболеваниями может потенциально привести к развитию этой формы наружного отита. Поэтому при удалении серной пробки у таких пациентов следует применять минимально травматичные методы без ирригации (удаление с помощью отсоса под контролем микроскопа).

Вопрос: можно ли самостоятельно вставлять в ухо ватные турундочки, смоченные в лекарстве?

Ответ: в некоторых случаях врач может установить марлевую или ватную турунду, чтобы улучшить доставку лекарства в глубокие отделы слухового прохода, однако при самостоятельном введении турунды есть риск повредить кожу слухового прохода и усугубить ситуацию. Поэтому не следует применять этот метод самостоятельно. Поскольку неизвестно, насколько турунды работают лучше, чем закапывание капель в ухо, этот метод применяется далеко не во всех случаях и только на усмотрение лор-врача.

Как долго может проводиться лечение острого наружного отита?

С момента начала лечения симптомы (боль, зуд, расправление в ухе и другие) обычно начинают стихать уже через 48–72 часа, однако полное выздоровление может занять до двух недель.

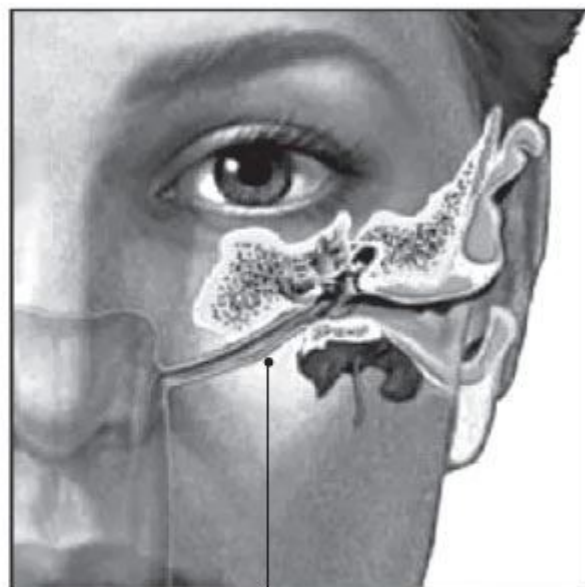
Средний отит

Если воспаление наружного уха возникает вследствие попадания инфекции извне, то причины среднего отита чаще всего кроются в слуховой трубе. У здорового человека среднее ухо обычно стерильно – постоянная вентиляция и отведение слизистых выделений через слуховую трубу в нос это поддерживают. Однако если слуховая труба перестает нормально работать, например из-за воспаления носа или горла (чаще при ОРВИ), микробы проникают в среднее ухо – тут недалеко и до среднего отита. Среднее ухо начинает усиленно продуцировать слизь, чтобы расправиться с вирусами или бактериями, и в скором времени эта слизь может превратиться в гнойное отделяемое. По мере образования гноя растет и его давление на перепонку, в ней может образоваться отверстие – перфорация.

РЕБЕНОК



Взрослый



СЛУХОВАЯ ТРУБА

РАСПОЛОЖЕНИЕ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Средний отит чаще всего встречается у детей до 7 лет. Это второе по частоте заболевание после ОРВИ, которое лор-врачи выявляют у детей. Многие переносят его по 5–7 раз в год, что мучительно и для детей, и для родителей. Этому способствуют некоторые анатомические и физиологические особенности ребенка. Во-первых, слуховая труба у ребенка короче и шире, чем у взрослого, и инфекция из носоглотки проникает сюда легче. Во-вторых, система иммунитета у детей еще незрелая. Сочетание этих факторов с частыми простудами и ОРВИ становится причиной среднего отита.

Что нужно делать, если ваш ребенок заболел средним отитом, а тем более если эти эпизоды начали повторяться? Ни в коем случае не относиться к этому заболеванию беззаботно, так как недолеченные острые отиты переходят в хроническую форму и приводят к стойкому снижению слуха.

Что нужно знать о среднем отите? Существует несколько типов среднего отита, лечение которых кардинально отличается: острый средний отит, экссудативный средний отит и хронический гнойный средний отит.

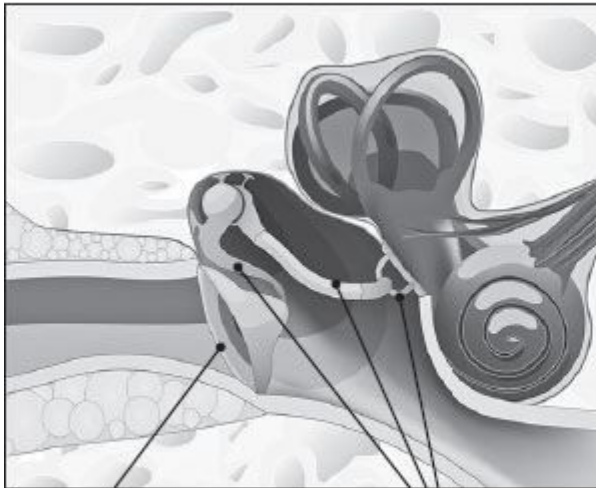
Острый средний отит

Если воспаление среднего уха развивается быстро и продолжается не больше месяца, то это, как правило, острый средний отит.

Шесть симптомов острого среднего отита:

- 1) боль в ухе или заушной области – стреляющая либо постоянная ноющая;
- 2) снижение слуха и, возможно, шум в ухе;

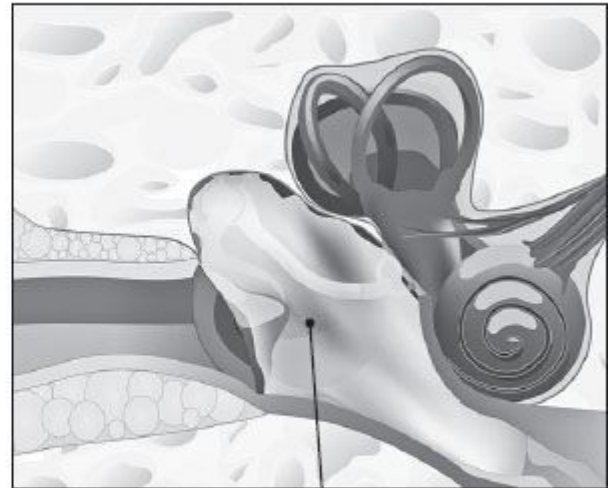
ЗДОРОВОЕ УХО



БАРАБАННАЯ ПЕРЕПОНКА
ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

СЛУХОВЫЕ КОСТОЧКИ

СРЕДНИЙ ОТИТ



Гной в среднем ухе

3) повышение температуры тела;

4) гнойные выделения из уха;

5) общая слабость, явления интоксикации, раздражительность, плаксивость (у детей) и другие симптомы при наличии ОРВИ;

6) иногда головокружение, тошнота и рвота.

Если у вас или вашего ребенка появился хоть один из перечисленных симптомов, это повод срочно обратиться к лор-врачу.

Острый средний отит выявляется при визуальном осмотре. Для диагностики врач использует отоскопию – осмотр уха через специальную воронку с помощью отоскопа или диагностического микроскопа. Хорошей информативностью обладает пневматическая отоскопия, при которой можно создавать положительное и отрицательное давление в слуховом проходе и наблюдать, как двигается барабанная перепонка. Отсутствие подвижности чаще всего говорит о воспалительном процессе. Другими признаками острого среднего отита, на которые ориентируется врач, являются покраснение, выбухание барабанной перепонки, наличие перфорации, гнойное отделяемое в слуховом проходе.

У новорожденных и у маленьких детей диагностика среднего отита может вызывать сложности. Во-первых, это связано с тем, что на симптомы отита часто накладываются симптомы ОРВИ, и отделить одни от других не всегда просто. Во-вторых, барабанную перепонку может быть не видно из-за серной пробки, а ее удаление у маленьких детей – процесс не из легких. В-третьих, дети часто сопротивляются осмотру, и зафиксировать голову ребенка в определенном положении для полноценного осмотра не всегда удается.

В некоторых случаях врач может назначить тимпанометрию – безболезненное исследование, при котором определяется подвижность барабанной перепонки, а также аудиометрию – исследование слуха, чтобы определить степень его снижения и исключить осложнение со стороны слухового нерва.

Важно: проследите, чтобы при остром среднем отите вам назначили аудиометрию – проверили слух на специальном аппарате. Это нужно, чтобы исключить реакцию со стороны слухового нерва. Нередко вирусная инфекция распространяется на слуховой нерв и вызывает острую сенсоневральную тугоухость. Если незамедлительно не начать лечение, слух может не восстановиться.

Иногда врач назначает компьютерную томографию височных костей. При воспалении среднего уха она покажет характерные изменения. Это происходит только в том случае, если диагноз вызывает

сомнения или есть подозрения на осложнения. Но, как правило, для диагностики в большинстве случаев осмотра бывает вполне достаточно.

Семь факторов, провоцирующих средний отит у детей дошкольного возраста:

- 1) пассивное курение (не курите в присутствии ребенка!);
- 2) посещение детского сада. Дома ребенок никогда не столкнется с таким разнообразием инфекций;
- 3) весенний или зимний период, увеличивающий вероятность ОРВИ;
- 4) кормление ребенка в горизонтальном положении. Именно в этом положении велика вероятность заброса пищи через слуховую трубу в среднее ухо;
- 5) искусственное вскармливание до 6 месяцев. Искусственные смеси не содержат иммунные факторы, которыми обладает материнское молоко, и поэтому ребенок, находящийся на искусственном вскармливании, больше подвержен инфекциям;
- 6) аллергический ринит, провоцирующий частые ОРВИ;
- 7) увеличение аденоидов у детей. Аденоиды, в норме располагающиеся в носоглотке (на границе носа и рта), при увеличении в размерах могут закрывать собой отверстия слуховых труб, тем самым вызывая отит.

Какое лечение назначит врач?

Первым делом доктор купирует боль. Для этого он назначит анальгетики в виде сиропа или таблеток, как и при наружном отите. Если барабанная перепонка состоятельна и перфорация отсутствует, то лечение может ограничиться ушными каплями с обезболивающими средствами. В большинстве случаев средний отит вызван вирусами, а не бактериями, как многие думают. Вирусы не поддаются лечению антибиотиками, поэтому при неосложненном остром среднем отите обычно нет необходимости в антибиотиках. Выздоровление наступает без дополнительного лечения.

Что касается детей до двух лет, рекомендации по назначению антибиотиков были всегда более строгими. Однако последние международные рекомендации по лечению острого одностороннего среднего отита у детей от шести месяцев до двух лет основываются на тактике ожидания: двое–трое суток от начала заболевания показывают, стоит ли назначать антибиотики. Если самочувствие ребенка улучшается, то продолжают тактику наблюдения, однако если ребенок не идет на поправку или его состояние ухудшается, прибегают к антибиотикам.

В случае высокой температуры (выше 39° С), общем тяжелом состоянии, выраженной боли в ухе или если в процесс вовлечены оба уха, врач не будет прибегать к тактике ожидания, а незамедлительно назначит прием антибиотиков.

Важно: первостепенная задача при нетяжелом течении наружного или среднего отита – купировать боль.

Очень часто я сталкиваюсь со злоупотреблением антибиотиками при лечении отитов и со стороны коллег, и со стороны пациентов, которые чуть ли не умоляют назначить им антибиотики. Это в корне неверно, ведь предупредить бактериальную инфекцию антибиотиками невозможно. В медицине существует такое понятие, как рациональная антибиотикотерапия. Суть ее в том, что при лечении антибиотиками крайне важен алгоритм приема – его последовательность, длительность, а также адекватная доза. Только в этом случае лечение будет эффективно и безопасно для организма. Если эти правила нарушить, бактерии могут стать устойчивыми к антибиотику, и эффект от препаратов будет нулевой. А это означает, что справиться с заболеванием можно будет только с помощью хирургического вмешательства.

Мне неоднократно приходилось оперировать пациентов, которым якобы не помогло консервативное лечение. А все дело было в неправильном назначении антибиотиков. Так что помните: антибиотики – это серьезно!

Приведу несколько принципов антибиотикотерапии. Существует определенная последовательность назначения антибиотиков по приоритету «силы» воздействия (чувствительности флоры, которая чаще всего вызывает отит) и риска развития ее резистентности (устойчивости) к тому

или иному антибиотику. Эти данные получают в результате множества исследований, после чего выпускают клинические рекомендации по назначению того или иного антибиотика. Также при выборе антибиотика учитываются его стоимость, удобство приема, безопасность, вкус. Сначала назначают антибиотики первой линии, при их неэффективности – второй, а если и они не работают, то третьей линии. Эффективность антибиотика можно оценить не раньше, чем через 48–72 часа после их назначения. И только если пациент не чувствует облегчения, антибиотик заменяют другим, из следующей линии.

Вопрос: ребенку 5 лет, поставили острый средний отит. Врач не назначил антибиотик. Стоит ли давать ребенку антибиотики на всякий случай, ведь хуже не будет?

Ответ: последние исследования показали, что заранее назначенные антибиотики при вирусной инфекции не предотвращают развитие бактериальных осложнений. Более того, они могут вызвать развитие устойчивости бактерий к антибиотикам. Если это произойдет, бороться с инфекцией будет гораздо сложнее.

Если сразу назначить антибиотики третьей линии, то арсенал средств значительно сокращается. Возвращаться к средствам второй либо первой очереди будет уже бессмысленно – они с большой долей вероятности будут неэффективными.

Какие правила для назначения антибиотиков при остром среднем отите?

Антибиотики первой линии (или, как говорят специалисты, антибиотики выбора) – так называемые незащищенные пенициллины (ампициллин, амоксициллин, флемоксин и другие) в высокой дозировке. Они «работают» у большинства пациентов с острым средним отитом, вместе с тем отличаются низкой ценой и относительно высокой безопасностью. Если пациент недавно применял пенициллины либо имеются признаки, что отит вызван устойчивыми формами бактерий, то назначают пенициллин-клавуланаты (амоксиклав, аугментин, флемоклав и другие). Если у пациента когда-либо возникала аллергия на антибиотик пенициллинового ряда, то рекомендуется начинать лечение с цефалоспоринов второго или третьего поколения (цефуроксим, цефдинир, цефподоксим), при этом макролиды (эритромицин, азитромицин и другие) показали низкую эффективность при отите из-за развития бактериальной устойчивости. Что касается возможной перекрестной аллергии между пенициллинами и цефалоспоридами, последние исследования показывают, что она возникает значительно реже, чем было принято считать, и это прежде всего относится к цефалоспоридам первого поколения. Поэтому ограничения по назначению цефалоспоринов при аллергии на пенициллины накладываются в двух случаях: недавняя аллергическая реакция на пенициллины или возникновение когда-либо в жизни тяжелой формы аллергической реакции на пенициллины. Антибиотики первой очереди назначают курсом от 5 до 10 дней в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

При отсутствии положительной динамики при лечении антибиотиками первой линии уточните диагноз и исключите осложнения. Не пренебрегайте посевом из среднего уха – он поможет прицельно подобрать препарат для продолжения лечения. Если по каким-то причинам нет возможности взять посев из среднего уха (а для этого делается парацентез – формируется отверстие в барабанной перепонке), дополнительным способом может служить взятие посева из носоглотки – ведь в большинстве случаев флора именно из носоглотки распространяется в среднее ухо. Однако этот метод не всегда достоверен.

Антибиотики второй линии, если пациент принимал пенициллины и они оказались неэффективны, – цефалоспорины второго либо третьего поколения. О них мы говорили выше. Если и они неэффективны, возможно назначение цефтриаксона внутримышечно курсом – три дня. К антибиотикам третьей линии относятся линкозамы (клиндамицин) или фторхинолоны (левофлоксацин), но последние разрешены только с 18 лет.

Если нет перфорации в барабанной перепонке, то необходимости в ушных каплях с антибиотиком нет – барабанная перепонка непроницаема для лекарств, и их назначение не имеет смысла.

Если же врач увидел перфорацию, назначаются специальные ушные капли с противомикробным составом, которые оказывают лечебный эффект, проникая в среднее ухо. Также дается рекомендация беречь ухо от попадания воды.

Важно: далеко не все ушные капли можно использовать при перфорации барабанной перепонки. Если врач назначил капли, которые противопоказаны при перфорации, могут внезапно появиться гнойные выделения из уха, в этом случае капли следует немедленно отменить и снова обратиться к лор-врачу.

Для улучшения функции слуховых труб врач может назначить специальные капли в нос. Распространена практика, когда при остром среднем отите лор-врачи рекомендуют сосудосуживающие капли в нос или антигистаминные препараты при наличии или отсутствии симптомов ОРВИ. Однако последние исследования показывают, что сосудосуживающие капли в нос не улучшают ни работу слуховых труб, ни вентиляцию пазух носа. Но при этом они часто вызывают физиологическую зависимость, как от наркотика. Поэтому насторожитесь, если врач выписывает такие препараты – они не так безобидны, как кажется.

Важно: если нет ярко выраженной заложенности носа при остром среднем отите или ОРВИ, не следует использовать сосудосуживающие капли в нос. Они не оказывают лечебного эффекта на слуховые трубы и могут вызывать зависимость. Не используйте антигистаминные препараты – при среднем остром отите они абсолютно бесполезны.

В мировых исследованиях антигистаминные препараты также не доказали эффективность при остром среднем отите. Основное их предназначение – борьба с аллергией.

Вопрос: лор-врач поликлиники выявил у меня острый средний отит и назначил антибиотики. Сегодня третий день лечения, и мне стало значительно лучше – ухо не болит. Можно прекратить прием антибиотиков, чтобы не травить организм?

Ответ: Вам стало лучше из-за того, что антибиотик подобран правильно. Это значит, что его необходимо продолжить принимать. Минимальный курс антибиотика при среднем отите – 7 дней. Не стоит прерывать курс, поскольку это может привести к развитию устойчивой к антибиотикам формы отита.

Для поддержания работы слизистой оболочки носа и уменьшения ее отека врач может порекомендовать зарызгивание в нос спреев, основанных на гормонах-кортикостероидах (таких как назонекс, авамис, назарел). Не нужно пугаться в данном случае слова «гормональные» – современные кортикостероиды в виде спреев в нос безопасны, поскольку они практически не проникают в кровь и не вызывают привыкания.

Если назначенное лечение не помогает

Если нет перфорации в перепонке, при остром среднем отите, особенно у маленьких детей, для дополнительной диагностики и лечебного эффекта часто применяют парацентез (тимпаноцентез) – прокол барабанной перепонки. Эта простая манипуляция обычно проводится без анестезии и занимает несколько секунд. При выраженной боли в ухе эта процедура сразу вызывает облегчение. Гнойное отделяемое среднего уха берется на посев, чтобы точнее подобрать антибиотик.

Тимпаноцентез достаточно безопасен – обычно отверстие в барабанной перепонке затягивается за несколько дней. Однако для свободного отделения гноя бывает нужно, чтобы отверстие не закрывалось подольше, и тогда в него вставляют специальную микротрубочку (шунт). Эту манипуляцию в России называют шунтированием барабанной полости, в других странах – тимпанотомией с установкой вентиляционной трубки. Шунт может стоять столько времени, сколько потребуется для полного заживления. Более подробно этот метод я опишу в разделе «Экссудативный средний отит».

Это интересно: в зарубежных рекомендациях по лечению среднего отита и синусита появилась информация о лечебном эффекте ксилита – заменителя сахара, который используется повсеместно. Исследования показали, что ксилит обладает естественным противомикробным эффектом. Причем положительный эффект наступает и при употреблении его в виде таблеток

для напитков, и в виде сиропа, и даже жевательной резинки с ксилитом. Уже появились спреи в нос с раствором ксилита. В России пока такие препараты не зарегистрированы.

Дополнительные рекомендации

Если у ребенка острый средний отит возникает слишком часто, один из способов сократить частоту эпизодов – это превентивно провести шунтирование барабанной полости и оставить вентиляционную трубку на 5–6 месяцев. Удаление аденоидов также может сократить количество отитов в год (более подробно – в разделе «Аденоиды»). Положительное действие может оказать и своевременная вакцинация пневмококковой вакциной и вакциной от гриппа.

Важная рекомендация: после острого отита зачастую у детей и взрослых в ухе сохраняется жидкость (экссудат). Обычно она исчезает самостоятельно в течение трех месяцев, однако, если это не происходит, существует риск развития тугоухости. В этом случае показано шунтирование барабанной полости. Взрослые ощущают дискомфорт из-за заложенности в ухе, а дети могут не обращать на это внимания. Для исключения тугоухости обязательно покажитесь лор-врачу в течение месяца после излечения острого среднего отита.

Чем опасен гнойный средний отит

Гнойный средний отит опасен тем, что инфекция может стать хронической и распространиться за пределы уха, вызвав серьезные осложнения, что чрезвычайно опасно из-за близости головного мозга. Покраснение и припухлость в заушной области, оттопыренное ухо, боль при прощупывании или простукивании заушной области, нависание задней стенки слухового прохода при осмотре – это грозные признаки мастоидита – гнойного воспаления сосцевидного отростка, который находится в заушной области. Развитие мастоидита – серьезный предвестник более опасных осложнений, он требует немедленного хирургического вмешательства. Для подтверждения диагноза проводится компьютерная томография височных костей: будет видно полное затемнение клеток сосцевидного отростка и нередко – разрушение костных перемычек и даже границ с головным мозгом. Если на фоне лечения отита у вас или вашего ребенка появились перечисленные выше признаки, необходимо незамедлительно обратиться к врачу. В большинстве случаев для лечения мастоидита проводится экстренная операция – антромастоидэктомия. При этой операции пораженные клетки сосцевидного отростка высверливаются примерно так же, как стоматолог высверливает больной зуб. Как правило, операция обеспечивает полное излечение, но медлить с ней нельзя никак.

Другим осложнением среднего отита может стать парез (или паралич) лицевого нерва. Поскольку лицевой нерв проходит через среднее ухо, гнойная инфекция может разрушить его стенку и вызвать паралич. Если на фоне лечения отита появляется слабость в мимических движениях, вы не можете надуть щеки или оскалить зубы, срочно вызывайте «Скорую». Такая реакция со стороны лицевого нерва говорит о том, что воспаление уха зашло слишком далеко. Это и есть признаки отогенного (то есть протекающего от уха) пареза лицевого нерва. Если вовремя сделать операцию и освободить лицевой нерв от сдавливающих его воспаленных тканей или гноя, то подвижность восстановится, в противном случае проблемы с мимикой могут сохраниться на всю жизнь.

Если воспалительный процесс распространяется дальше на улитку и полукружные каналы, возникает лабиринтит – воспаление внутреннего уха. Проявляется это выраженным головокружением, тошнотой и рвотой. Если вовремя не начать лечение, лабиринтит часто заканчивается глухотой. Лечение лабиринтита при гнойном среднем отите, как правило, хирургическое.

Менингит – самое частое внутричерепное осложнение у детей с острым или хроническим средним отитом. Если не провести экстренное хирургическое вмешательство, менингит может закончиться отеком головного мозга и смертью. Если вы заметили, что мышцы задней поверхности шеи стали твердыми и болезненными (ригидность затылочных мышц), пациент не может дотянуться подбородком до груди из-за боли на задней поверхности шеи, то знайте: это грозные симптомы менингита. Часто эти

симптомы дополняются головной болью, болезненной реакцией на свет, выраженной сонливостью, спутанным сознанием и бессвязной речью. Немедленно бейте тревогу и вызывайте «Скорую помощь»! Действия врача должны носить экстренный характер: он безотлагательно должен провести люмбальную пункцию – взять спинномозговую жидкость на исследование. Если подтвердится отогенный менингит, пациента без задержки отправят в операционную. Во время операции высверливаются и очищаются от гноя все пораженные структуры среднего уха.

Не хочу пугать, но, к сожалению, в своей практике я встречалась и с другими, еще более страшными внутричерепными осложнениями среднего отита – абсцессом головного мозга, тромбозом сигмовидного синуса. В этих случаях речь идет уже о спасении жизни пациента.

Обидно, что большинство пациентов, которых приходилось спасать от гнойного отогенного менингита, попросту игнорировали длительное гноетечение из уха и отказывались от приема антибиотиков. А некоторые и того хуже – предпочитали действовать бабушкиными способами и греть уши, тем самым подписывая себе приговор: ведь нагревание только подстегивает гнойный процесс. Но бывало и так, что пациент дисциплинированно выполнял все предписания врача, только предписания эти были в лучшем случае невежественными, в худшем – преступными... Например, далеко не во всех стационарах, особенно в глубинке, есть условия и специалисты, способные выполнить сложные операции на среднем ухе, но врачи, сознательно или нет, скрывали от пациента риски осложнений и не предпринимали никаких действий.

Шесть признаков, когда нужно срочно обратиться к врачу:

- 1) выраженная головная боль;
- 2) общая слабость, головокружение, тошнота и рвота;
- 3) спутанность сознания, дезориентация в пространстве и времени;
- 4) светобоязнь, дискомфорт при громких звуках;
- 5) асимметрия лица при мимических движениях;
- 6) боль в затылке или шее.

Случай из практики

Однажды издали позвонила молодая женщина. Она буквально молила о помощи: «Поймите, доктор, – кричала она в трубку, – я просто в безвыходном положении! Я чувствую, что не выживу!» Оказалось, что вот уже четыре недели она лечится от гнойного отита в местной больнице. Антибиотики не помогали, и врачи назначили ей согревающие (!) компрессы на ухо. За ухом появился абсцесс – гной. Но врачей это не только не насторожило, они уверяли пациентку, что налицо положительный эффект от лечения – гной выходит наружу! Других подробностей мне не требовалось. В тот же день пациентка оказалась у нас в больнице. Экстренно проведенная компьютерная томография показала полное гнойное разрушение среднего уха и границ с головным мозгом – промедление еще на несколько часов могло стоить женщине жизни. Столь запущенного уха, честно говоря, в своей практике мне видеть не приходилось: операция длилась почти 4 часа. Через некоторое время после полного заживления пациентка появилась у нас снова, но уже для второго этапа операции по восстановлению слуха. Сегодня она совершенно здорова, не ощущает никаких проблем ни с ухом, ни со слухом и вспоминает свою историю как страшный сон.

Экссудативный средний отит

Как ни странно, но при одних и тех же условиях в среднем ухе может развиваться отит и без воспалительных симптомов – это экссудативный средний отит. А называется он так потому, что в среднем ухе скапливается прозрачная жидкость или, как ее называют медики, экссудат. Проявляется такой отит только заложенностью уха: человек ощущает, будто в ухо попала вода, – и так оно и есть. Только вода эта проникает не извне, а изнутри уха. Эта болезнь типично детская: до 90 % детей дошкольного возраста рано или поздно переносят экссудативный средний отит.

Как мы помним из предыдущей главы, основная функция слуховой трубы, соединяющей нос и ухо, – выравнивать давление в среднем ухе, нивелируя разницу с атмосферным давлением. Каждому знакомо это ощущение заложенности в ушах при взлете или посадке, при крутом и быстром подъеме автомобиля. Стоит сделать глоток или зевнуть, как заложенность моментально проходит. Но если по какой-то причине слуховая труба перестает открываться, например из-за насморка, то давление в среднем ухе остается отрицательным (ниже атмосферного) и возникает «подсасывающий» эффект: барабанная перепонка втягивается внутрь, а из слизистой оболочки среднего уха начинает «пропотевать» жидкость. Если слуховая труба остается закрытой, эта жидкость – экссудат – поступает все больше и больше, заполняя все полости среднего уха: от барабанной перепонки до всех ячеек сосцевидного отростка. Сначала это прозрачная жидкость с желтоватым оттенком без гноя, содержащегося в ней. Затем экссудат постепенно густеет и становится вязким. Если боль в ухе при остром среднем отите сменяется стойкой заложенностью, нужно подозревать именно такой ход заболевания.

Это интересно: до недавнего времени считалось, что экссудат не содержит микробов и является стерильным. Однако последние исследования показывают, что в нем живут те же бактерии, что и при остром среднем отите.

Другой причиной экссудативного среднего отита может служить обратный заброс в ухо содержимого носоглотки. Проведено немало научных исследований содержимого среднего уха, которые обнаружили в нем пепсин – вещество, образующееся в желудке. Это говорит о важной роли гастроэзофагеального рефлюкса при экссудативном среднем отите, то есть забросе желудочного сока вверх через пищевод в носоглотку. Это является причиной частых экссудативных отитов у детей. При экссудативном среднем отите могут нарушаться все функции слуховой трубы – выведение из уха отделяемого, которое постоянно образуется слизистой оболочкой, а также защита уха от попадания в него чужеродных веществ из носоглотки.

Существует две типичных картины развития экссудативного среднего отита. В одном случае боль при остром среднем отите стихает и сменяется стойкой заложенностью. Возникает ощущение, что воспаление в ухе уменьшается, уходит покраснение барабанной перепонки, прекращаются выделения, зарастает перфорация. Но работа слуховой трубы еще не успела восстановиться, и в ухе начинает накапливаться экссудат. Это больше характерно для детей.

В другом случае экссудативный отит вызывается резким перепадом атмосферного давления, с которым слуховая труба не может справиться – например, если лайнер круто взмывает вверх, либо особенно крутые любители дайвинга резко всплывают. Если пациент жалуется на то, что после перелета его заложенное ухо так и «не отпустило», а прошла уже неделя, можно с высокой долей вероятности предполагать экссудативный средний отит.

У детей явной причины может и не быть, и только строение слуховой трубы и склонность к нарушению выравнивания давления в среднем ухе могут приводить к частым эпизодам экссудативного отита.

Для установления диагноза достаточно провести осмотр уха с помощью диагностического микроскопа, которым оснащен любой современный лор-кабинет. При осмотре видно, что барабанная перепонка нормального серого цвета, но она втянута в среднее ухо, а через нее просвечивается желтоватая жидкость – экссудат. Можно увидеть и уровень жидкости, если она заполняет не всю барабанную полость, и даже пузырьки воздуха, которые просачиваются через слуховую трубу. Для достоверного подтверждения диагноза обычно проводится исследование слуха – аудиометрия. При экссудативном отите снижение слуха происходит за счет нарушения проведения звуковой волны к слуховому нерву, хотя сам слуховой нерв «слышит» нормально – аудиометрия выявит так называемую кондуктивную тугоухость. Также важно провести и тимпанометрию или пневматическую отоскопию – определение подвижности барабанной перепонки. При экссудативном отите барабанная перепонка неподвижна – это видно при пневматической отоскопии, а также при тимпанометрии, которая показывает кривую типа «В».

В большинстве случаев экссудативный отит проходит сам собой – просто уху требуется время, чтобы восстановиться, обычно несколько дней. Как только слуховая труба восстановится, экссудат ликвидируется сам без каких-либо последствий.

Однако случается, что проходит неделя, вторая, третья, а заложенность остается. В этом случае необходимо лечение, и его тактика различна у детей и взрослых.

Если врач выявил у вашего ребенка экссудативный отит, не стоит паниковать. Как правило, он проходит без лечения, поэтому основная рекомендация при выявлении экссудата – это наблюдение в течение 2–3 месяцев. Обычно дети не склонны жаловаться на снижение слуха, поэтому спустя некоторое время после острого среднего отита покажите ребенка лор-врачу, чтобы исключить тугоухость.

Чрезмерная паника и избыточное лечение при экссудативном отите так же вредны, как игнорирование признаков синусита. Я не раз замечала, что склонны к избыточным мерам не столько родители, сколько сами лор-врачи, ошибочно полагая, что экссудативный отит нужно непременно лечить. В ход идут антибиотики, сосудосуживающие капли в нос, антигистаминные препараты, подключается физиотерапия, продувание слуховых труб специальной грушей или трубкой (катетеризация слуховых труб) в придачу с массажем барабанных перепонки. Родители, запуганные перспективой потери слуха, исправно выполняют все рекомендации, изнуряя ребенка ежедневными процедурами.

Важно: в подавляющем большинстве случаев экссудативный отит у детей проходит без лечения, поэтому не стоит бросаться за лекарствами: у вас в запасе есть 2–3 месяца.

Почему лечить экссудативный отит сразу не стоит?

Ни антибиотики, ни сосудосуживающие капли в нос, ни физиотерапия совершенно не эффективны при лечении экссудативного отита. Более того, антигистаминные препараты могут вызвать еще большее сгущение экссудата и тем самым только усугубить заложенность, затормозить процесс самоликвидации жидкости. Даже назальные кортикостероиды и те уже исключены из рекомендаций по лечению экссудативного отита. Основное лечение экссудативного среднего отита – это наблюдение. Попробуйте простые, но полезные средства – больше жевать жвачку, надувать шарики или самостоятельно продувать уши. Все это может помочь восстановлению функции слуховых труб.

«Популярные» методы с сомнительным эффектом из прошлого

Катетеризация слуховых труб. Врач подводит металлическую трубку через нос к устью слуховой трубы, с помощью резиновой груши нагнетает в нее воздух. Одновременно он вводит в ухо подобие стетоскопа и прослушивает, попадает воздух в среднее ухо или нет. Методу более ста лет, но в медицине «популярно» не синоним «эффективно». Хочу предостеречь вас от применения этой малоприятной и сомнительной по эффекту процедуры – прежде всего из-за большого риска механического повреждения слуховых труб.

Продувание слуховых труб по Политцеру. В одну из ноздрей вводится наконечник, присоединенный к резиновой груше. Пациента просят произнести слово «пароход» и в этот момент нагнетают воздух. Этот метод все еще часто используют лор-врачи, однако из-за риска, что воздух попадет в мягкие ткани (и вызовет эмфизему и распространение воспаления в мягкие ткани шеи), он не рекомендован к применению.

В каких случаях следует начинать лечение незамедлительно и не ждать три месяца:

- если у ребенка уже имеется снижение слуха, вызванное другими причинами;
- если у ребенка выраженное снижение слуха и задержка речевого развития;
- при наличии аутизма и генетических заболеваний, проявляющихся задержкой психомоторного развития;
- при наличии слепоты или значительного снижения зрения.

Вопрос: может ли шунт провалиться в барабанную полость?

Ответ: нет, при правильной установке шунт стоит прочно. Со временем он может выпасть, но только в наружный слуховой проход, откуда доктор его легко извлечет. Однако в

редких случаях бывает, что шунт проваливается в среднее ухо прямо во время его установки. Тогда, чтобы его достать, бывает необходимо провести операцию на среднем ухе.

Вопрос: можно ли делать МРТ при наличии шунта в ухе?

Ответ: да, большинство шунтов сделано из титана, золота или платины, что не препятствует проведению исследования. Но существуют и некоторые виды шунтов, которые не предназначены для проведения МРТ. Какой именно шунт установлен и совместим ли он с МРТ, необходимо уточнить у лечащего врача.

Для лечения взрослых применяются другие подходы. В большинстве случаев активные действия следует предпринимать, если экссудат не ликвидируется сам через 2–3 недели.

Современным методом лечения экссудативного среднего отита у детей и взрослых является шунтирование барабанной полости. Это несложная операция, при которой в барабанную перепонку устанавливается миниатюрная вентиляционная трубочка. Она выравнивает давление между средним ухом и окружающей средой и позволяет удалить экссудат.

Как проводится шунтирование барабанной полости?

У детей эта операция проходит под общей анестезией, взрослые обычно легко переносят ее под местным обезболиванием. Самый неприятный момент во всей процедуре – это укол местного анестетика в наружный слуховой проход. Но уже через несколько секунд ухо «замораживается», и боль не ощущается. Врач делает микроразрез барабанной перепонки, через который отсасывается жидкость. В разрез устанавливается миниатюрная трубочка – шунт, чтобы отверстие не закрывалось (см. рисунок). У опытного врача манипуляция занимает не более 5–10 минут.

Вопрос: моему ребенку 6 месяцев, и врач назначил шунтирование уха. Это не слишком маленький возраст для такой операции?

Ответ: возрастных ограничений для шунтирования барабанной полости нет. При наличии показаний эта операция проводится в любом возрасте.

Существует огромное разнообразие шунтов и по форме, и по размеру. Врач подбирает шунт исходя из индивидуальных особенностей человека. Шунт оставляется в ухе примерно на 1,5–2 месяца, но при частых отитах можно оставлять и дольше.

Опасно ли шунтирование барабанной полости?

Эта манипуляция для опытного врача является достаточно простой и безопасной. Однако каждый человеческий организм индивидуален, и нужно помнить, что любое вмешательство, даже банальный внутримышечный укол, несет в себе риск осложнений. И хотя при шунтировании опасность развития осложнений минимальна, врач обязан предупредить о ней. В медицинской литературе упоминаются такие осложнения шунтирования, как нагноение среднего уха, тимпаносклероз (формирование неподвижности слуховых косточек) и незаращение отверстия в перепонке после удаления шунта (это было связано с длительным ношением шунта – более 18 месяцев). К еще более редким осложнениям относят головокружение, парез лицевого нерва, травму слуховых косточек, потерю слуха, образование холестеатомы. К счастью, в своей практике я еще ни разу не сталкивалась с такими случаями.

При лечении экссудативного отита у детей многие лор-врачи стремятся в первую очередь удалять аденоиды, однако современные рекомендации отдают приоритет шунтированию барабанной полости, как более простому и эффективному методу, в первую очередь у детей до 4 лет. А удаление аденоидов (аденотомия) рекомендуется только при наличии проявлений со стороны носа (см. раздел «Аденоиды»).

Важно: частые экссудативные отиты у взрослых могут быть признаком опухоли носоглотки. Для исключения этого заболевания необходимо сделать эндоскопическое исследование носа.

Пять способов избежать экссудативного среднего отита:

- 1) не стоит дышать сигаретным дымом: даже при пассивном курении слизистая носа и слуховых труб перестает нормально работать;
- 2) сократить частоту обострений поможет отказ от посещения детского сада;
- 3) посетите аллерголога: аллергический насморк – одна из причин частых отитов;
- 4) не кормите грудного ребенка в горизонтальном положении;
- 5) отдавайте предпочтение грудному вскармливанию: материнское молоко богато множеством иммунных факторов, которые помогают новорожденному противостоять инфекциям.

Хронический гнойный средний отит

В большинстве случаев острый средний отит при правильном лечении проходит бесследно: воспаление в ухе стихает, а отверстие в барабанной перепонке зарастает. Однако если воспаление в среднем ухе продолжается длительное время, отит может стать хроническим.

Именно незарастающее отверстие в барабанной перепонке – характерный признак хронического среднего отита. И вызывать его могут несколько причин.

Чаще всего это следствие неудачного лечения острой инфекции. Пациент мог не принимать антибиотики, принимать их в неправильной дозе или недостаточное время. Но случается и настолько серьезная инфекция, что она просто не реагирует на препараты. Назначаются одни антибиотики, вторые, третьи, а воспаление как было, так и есть. Воспаленная слизистая оболочка разрастается, заполняет все полости среднего уха и фактически блокирует его. Возникает замкнутый круг – такая реакция слизистой на воспаление не дает уху выздороветь: гноетечение не прекращается и не дает закрыться перфорации барабанной перепонки.

Но заболевание может развиваться и по другому сценарию: вроде бы с воспалением и удастся справиться на какое-то время, но отверстие в барабанной перепонке не зарастает из-за его больших размеров либо вокруг перфорации уже образовался рубец.

Наконец, перфорацию барабанной перепонки может вызвать травма инородным предметом (ватной палочкой, скрепкой, зубочисткой) или баротравма.

Это интересно: типичная баротравма – это звонкий поцелуй в ухо. В наружном слуховом проходе резко меняется давление, и возникает разрыв барабанной перепонки. Удар ладонью по уху может привести к таким же последствиям.

При длительно существующей перфорации в барабанной перепонке кожа слухового прохода начинает врастать через нее в среднее ухо. При попадании в среднее ухо самая обычная кожа начинает вести себя как опухоль, поэтому ее так и называли – «холестеатома». Разрастаясь, она начинает «окутывать» слуховые косточки, постепенно разрушая их, распространяется в другие отделы уха и провоцирует воспаление. Холестеатома может разрушить канал лицевого нерва, внутреннее ухо и даже распространиться в головной мозг. Если ее не удалить, она может вызвать опасные осложнения.

Важно: если активное воспаление продолжается, нужно бить тревогу: инфекция начинает разрушать ухо изнутри, что приводит не только к значительному снижению слуха, но и к опасным для жизни осложнениям.

Четыре фактора, увеличивающие риск развития хронической инфекции в ухе:

- 1) частые случаи острого среднего отита в детстве;
- 2) посещение детского сада;
- 3) проживание в большой семье;
- 4) наличие аномалий развития черепа при генетических заболеваниях.

Судя по проведенным исследованиям, пассивное курение, бедность, кормление в горизонтальном положении, частые ОРВИ не влияют на риск развития хронического отита.

Как проявляется хронический средний отит?

Чаще всего пациенты с хроническим средним отитом жалуются на снижение слуха в больном ухе. При этом они достаточно редко испытывают в нем боль. Гноетечение возникает только при обострении, все остальное время ухо может оставаться сухим.

Важно: непрекращающееся гноетечение из уха, особенно с неприятным запахом, – это признак запущенного отита с вовлечением кости, что требует активного лечения. Если его игнорировать, могут возникнуть серьезные осложнения.

Однако бывает, что пациент не испытывает никаких проблем с ушами и диагноз «хронический отит» для него как гром среди ясного неба. Потом он вспоминает, что страдал от частых отитов в детстве. Оказывается, еще тогда у него образовалась «сухая» перфорация в верхних отделах барабанной перепонки, через которую все это время вращалась холестеатома. Такая форма отита называется «эптимпанит» и рано или поздно приводит к большим проблемам.

Холестеатому можно сравнить с бомбой замедленного действия. Помню случай, когда женщина средних лет оказалась в реанимации с отогенным менингитом, при этом о существовании холестеатомы ни она, ни члены ее семьи не знали. И такие случаи – не редкость, когда первым проявлением холестеатомы являются уже симптомы опасных для жизни осложнений: менингит, абсцесс головного мозга, тромбоз сигмовидного синуса. Поэтому, если у вас когда-либо были проблемы с ушами, посетите лор-врача, чтобы убедиться, что воспалительный процесс не развивается дальше.

Как диагностируется хронический средний отит?

В первую очередь подозрение на хронический отит возникает при осмотре уха – отоскопии. Как правило, опытный взгляд лор-врача сразу же обнаружит отверстие в барабанной перепонке. Однако случается, что специалисты пропускают перфорацию из-за отсутствия микроскопа, если она слишком маленькая или расположена в неудобном для обзора месте, или из-за невнимания к верхним отделам барабанной перепонки, где часто «прячется» бессимптомная перфорация.

Бывает, что перфорация достаточно большая, или, как говорят врачи, субтотальная (занимающая половину перепонки), или даже тотальная (перепонка фактически отсутствует). В этом случае через нее можно оценить состояние среднего уха, увидеть воспаление, полип или холестеатому.

Важную роль при выявлении хронического отита играет исследование слуха – аудиометрия. Она не только покажет степень снижения слуха, но и позволит исключить вовлеченность слухового нерва.

Самое точное состояние среднего уха показывает мультиспиральная компьютерная томография (КТ) височных костей высокого разрешения. При этом исследовании ухо рентгеновскими лучами «разрезается» на несколько сотен слоев, а компьютер формирует изображение. Именно КТ позволяет увидеть мельчайшие изменения в ухе – от воспаления до холестеатомы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) имеет невысокую информативность при хроническом отите, поскольку она «не видит» кость. Но совсем другое дело, если возникают осложнения, при которых процесс распространяется в мягкие ткани, – именно МРТ позволяет наиболее точно их диагностировать.

Осложнения хронического среднего отита

Не так страшен сам отит, как осложнения, которые могут возникнуть при длительном игнорировании его симптомов.

Пять грозных признаков осложнений хронического отита:

- 1) выраженное снижение слуха и шум в ухе – симптомы вовлеченности слухового нерва. Если срочно не начать лечение, слух может не восстановиться;
- 2) головокружение, тошнота, рвота могут свидетельствовать о поражении внутреннего уха;
- 3) нарушение движения половины лица, невозможность надуть щеки или наморщить лоб, слезотечение с одной стороны – признак поражения лицевого нерва;

4) выраженная головная боль, светобоязнь, боль в шее или затылке, спутанность сознания – признаки менингита либо абсцесса головного мозга;

5) высокая температура тела, боль в ухе или заушной области – признаки развития осложнения среднего отита.

Важно: при возникновении осложнений среднего отита проводится экстренная операция на ухе – любое промедление может стоить пациенту жизни.

Лечение хронического среднего отита

Какое бы лечение ни назначали пациенту, консервативное или хирургическое, всегда преследуют две цели: устранить воспаление в ухе и восстановить слух. Несмотря на то, что снижение слуха может быть единственным симптомом хронического отита, его восстановление всегда стоит на втором месте. Это связано с тем, что само воспаление представляет наибольшую опасность.

Иногда даже приходится жертвовать слухом, чтобы предотвратить опасные осложнения. К счастью, своевременное обращение и современные методы хирургического лечения позволяют избежать необратимых исходов.

Принципиальное значение в выборе метода лечения имеет наличие или отсутствие холестеатомы. Если у пациента ее нет, то остается шанс вылечить ухо консервативно, без хирургического вмешательства. При этом в большинстве случаев достаточно использовать лечебные капли в ухо. Ушные капли, которые наиболее эффективны при хроническом гнойном среднем отите, включают антибиотики из группы аминогликозидов и фторхинолонов, противовоспалительные препараты из группы кортикостероидов (дексаметазон) или комбинированные составы. Сегодня наибольшей популярностью пользуются именно комбинированные капли, сочетающие фторхинолоны и стероиды.

Следует отметить, что аминогликозиды могут быть токсичны для внутреннего уха, что ограничивает их применение. Однако современные исследования показывают, что риск оглохнуть из-за аминогликозидов крайне низок.

Большое значение при лечении среднего отита имеет регулярный туалет уха, когда врач с помощью ушного отсоса удаляет скопившиеся выделения.

Если воспаление не уходит при использовании капель, то врач может дополнительно назначить антибиотики в виде таблеток или инъекций. При наличии выделений посев микрофлоры из слухового прохода может помочь подобрать подходящий препарат.

Часто ушные капли просто не могут проникнуть к месту назначения из-за отека слизистой или скопившихся выделений, иногда развивается устойчивость бактерий к антибиотикам.

Сложнее всего поддается лечению отит, вызванный синегнойной палочкой, *pseudomonas aeruginosa*, которая очень быстро развивает устойчивость к лечению. В этом случае особенно важно подобрать антибиотик на основании результатов посева и проводить системную терапию.

При синегнойной инфекции лучше всего работают антибиотики из группы фторхинолонов (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин и другие). Правда, они запрещены для пациентов до 18 лет из-за риска нарушить рост хрящевой ткани. Впрочем, применение фторхинолонов у детей с тяжелыми заболеваниями – такими как муковисцидоз – показало, что риск повреждения суставов при их длительном применении остается крайне низким.

Если консервативное лечение не помогает, перфорация не закрывается либо есть подозрение на наличие холестеатомы, требуется операция.

Раньше операции при гнойном среднем отите были травматичными и не оставляли возможности сохранения слуха. Сегодня все кардинально изменилось. Современные мини-инвазивные технологии позволяют не только устранить воспаление, но и сохранить анатомию уха и вернуть пациенту слух. Все это можно сделать или за одно вмешательство, или разбить лечение на несколько этапов. Все зависит от формы отита, активности воспаления, наличия или отсутствия холестеатомы и осложнений.

Наиболее распространенные современные операции при хроническом отите

Тимпанопластика – операция по восстановлению целостности барабанной перепонки и, при необходимости, цепи слуховых косточек. Для закрытия перфорации перепонки врач использует «заплатку» из собственных тканей организма (хрящ, надхрящница – ткань, покрывающая хрящ, височная фасция и другие). Наилучшими свойствами для закрытия отверстия в барабанной перепонке обладает височная фасция – ткань, покрывающая височную мышцу: она тонкая и эластичная, как и барабанная перепонка. Но в некоторых случаях используют хрящ или надхрящницу козелка ушной раковины. Выбор «заплатки» зависит от особенностей расположения перфорации, используемого метода операции и предпочтений хирурга. Если доктор видит, что, помимо отверстия в перепонке, разрушены одна или несколько слуховых косточек или между ними отсутствует связь, то их заменяют специальными микропротезами. Последних существует множество – от таких, которые хирург формирует самостоятельно из тканей пациента, до готовых искусственных протезов, которые изготавливаются из титана, тефлона и других нейтральных материалов. На сегодняшний день наиболее современным способом восстановления цепи слуховых косточек является применение готовых протезов. Тимпанопластика может выполняться как единственное вмешательство либо как второй этап после операции, направленной на ликвидацию воспаления в ухе.

Вопрос: у меня в барабанной перепонке дырочка, звон в ухе, потеря слуха. Можно ли оперативным путем восстановить слух?

Ответ: да, восстановить слух возможно, если нет повреждения слухового нерва. Однако в первую очередь цель операции – устранить воспаление в ухе, закрыть перфорацию в барабанной перепонке, чтобы исключить риск осложнений хронического отита, которые могут привести к фатальному исходу. Для диагностики необходимы осмотр, аудиометрия и компьютерная томография височных костей.

Антромастоидотомия – ликвидация воспаления сосцевидного отростка. При этом вмешательстве хирург высверливает воспаленные ячейки сосцевидного отростка и восстанавливает вентиляцию среднего уха. Эта операция выполняется, если есть воспаление в среднем ухе, особенно если это воспаление очень выражено. Основная задача хирурга – полностью удалить воспаленную ткань и пораженные костные ячейки. Если ткани удалены не полностью, то воспаление продолжится. К сожалению, время от времени приходится проводить повторную операцию пациентам, которым не дочистили ухо при первом вмешательстве. При выраженном гнойном воспалении эта операция выполняется в первую очередь. Но также может сочетаться с тимпанопластикой.

Радикальная (в медицинской терминологии – санирующая) операция на ухе с сохранением задней стенки слухового прохода – это современная операция, которая позволяет ликвидировать воспаление, удалить холестеатому и, при необходимости, слуховые косточки, но сохранить при этом нормальную анатомию уха. Это дает возможность сразу либо на втором этапе провести тимпанопластику и сохранить пациенту слух.

Но иногда ситуация складывается настолько угрожающе, что не обойтись без радикальной операции на ухе уже без сохранения задней стенки слухового прохода. Это крайне травматичная операция, которая включает полное высверливание полостей среднего уха, удаление слуховых косточек и объединение среднего уха с наружным слуховым проходом. Эта операция лишает пациента слуха и нормальной работы уха, обрекает его на регулярные походы в лор-кабинет для туалета уха. Раньше лор-врачи применяли такую операцию по поводу и без повода, сейчас она применяется редко, только в самых тяжелых случаях среднего отита, при наличии запущенной холестеатомы и возникновении серьезных осложнений. Но и этой операции на смену пришла так называемая модифицированная радикальная операция на ухе, при которой сохраняется возможность восстановления слуха.

Все операции на ухе в современных клиниках выполняются под общим обезболиванием с применением мониторинга лицевого нерва (чтобы минимизировать риск его повреждения), высокоскоростной ушной дрели и микроинструментов.

Важно: выясните у врача, какой метод операции он будет использовать, не допускайте выполнения радикальных операций без показаний. Современные хирургические технологии позволяют использовать максимально возможные щадящие методы. Не становитесь жертвой излишнего радикализма – его последствия могут быть необратимы.

Я часто задаю пациенту, который приходит с запущенным хроническим отитом, вопрос: «Почему не сделали операцию раньше? Ведь теперь случай крайне запущенный!»

Самые распространенные ответы меня до сих пор удивляют: «сниженный слух мне жить не мешает», «ужасно боюсь операции», «не думал(-а), что это опасно». При детальном расспросе выясняется, что причина не только в недостаточном внимании пациентов к своему здоровью, но и в том, что лор-врачи, к которым эти пациенты обращались, не били тревогу, не разъясняли необходимость операции.

Теперь, надеюсь, я вас убедила, что нельзя игнорировать снижение слуха или не насторожиться при длительном гноетечении из уха. Кстати, о страхах: современная хирургия уха является не только высокоэффективной, но и безопасной. Поэтому бояться следует осложнений хронического отита, а не операции.

Итак, мы достаточно подробно рассмотрели различные формы воспалительных заболеваний уха. И теперь вы знаете, что проявления у разных форм отита могут быть очень схожи, а лечение при этом отличается кардинально.

Полезные советы на случай, если у вас или вашего ребенка заболело ухо, но нет возможности попасть к врачу:

- 1) не допускайте попадания воды в уши;
- 2) выпейте обезболивающее средство, которое обычно помогает вам от головной боли;
- 3) не грейте ухо и не используйте никакие ушные капли.

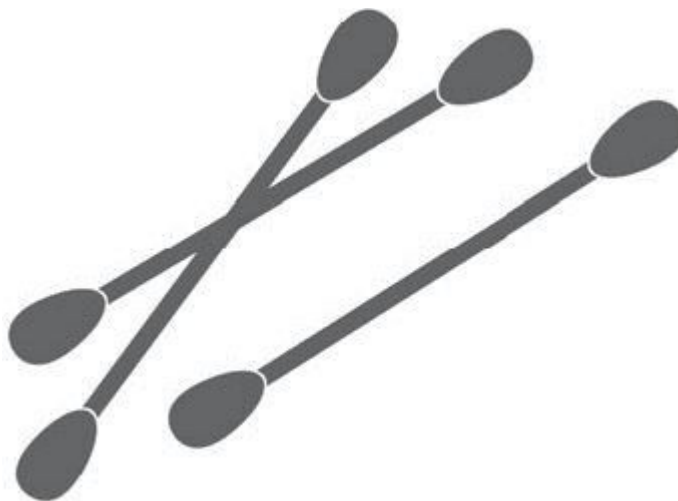
Это универсальные рекомендации, которые позволят облегчить боль в ухе и избежать последствий неправильного лечения. Если проблемы не проходят в течение двух суток, постарайтесь как можно быстрее попасть к врачу – с ушами шутки плохи.

Глава 3. Серная пробка

– Доктор, простите, я сегодня не почистил уши – не думал, что вы будете их осматривать...

Часто приходится слышать эту фразу от пациентов в кабинете лор-врача. А объяснение, что чистить уши не нужно и даже вредно, у многих вызывает удивление. Ведь для большинства чистка ушей ватными палочками становится такой же повседневной необходимостью, как мытье рук перед едой или чистка зубов перед сном. А из-за страха иметь «грязные» уши многие переусердствуют с их «гигиеной», порождая довольно серьезные проблемы.

Это интересно: многие используют ватные палочки или другие предметы для почесывания слухового прохода. Парадоксально, но чем чаще их используют, тем сильнее чешется ухо. Чесание уха поначалу доставляет удовольствие, а потом перерастает в привычку. В Японии в XVIII веке даже существовали специальные люди, оказывавшие услуги по чесанию слуховых проходов, и для этого были созданы ухочистки, прототипом которых были женские заколки кандзаси.



Почему нельзя очищать ухо ватными палочками, и как это связано с серной пробкой?

Случай из практики

Пациент, мужчина средних лет, у которого я обнаружила перфорацию барабанной перепонки, ни за что не соглашался на операцию – тимпанопластику. Никакие мои разъяснения, что важно закрыть отверстие, что операция практически безопасна и малотравматична, не помогли. При этом пациент не приводил никаких вразумительных доводов, почему он отказывается от лечения. Мой опыт натолкнул меня на мысль, что он что-то скрывает, а поскольку речь шла об ухе, нужно было докопаться до истины. Но я не могла и предположить, что за таинственная причина кроется за его нежеланием закрывать отверстие! Оказалось, он обожал чесать ухо, да не просто наружный проход – он причудливо изогнул обычную канцелярскую скрепку, которую вводил в слуховой проход и через отверстие в барабанной перепонке умудрялся чесать слуховую трубу! А между тем в непосредственной близости от места его «почесоток» проходит сонная артерия, расположены улитка и лицевой нерв! И только после того, как я провела ему лекцию по анатомии уха и показала выразительную схему его устройства, удалось преодолеть эту тяжкую зависимость.

На самом деле ухо устроено так, что в здоровом состоянии оно очищается от серы самостоятельно. Сама же «сера» – очень полезная субстанция. Она образуется специальными железами слухового прохода и при помощи верхне-нижнечелюстного сустава, отвечающего за жевание, постепенно продвигается наружу, очищая слуховой проход от физических загрязнений – пыли, отшелушившейся кожи, микробов, а также смягчая и увлажняя кожу слухового прохода. Но если вмешаться в этот процесс, например с помощью ватной палочки, то движение тормозится. А наиболее усердные любители «чистить уши» могут протолкнуть серу еще глубже, постепенно утрамбовывая прямо к барабанной перепонке и тем самым полностью забивая слуховой проход. Так и образуется серная пробка.

Однако у некоторых людей имеется предрасположенность к серным пробкам. Это может быть связано с чрезмерным образованием серы или с сухостью слухового прохода. Только в этом случае оправдана чистка ушей, но, конечно, не с помощью ватных палочек или других домашних приспособлений – появляется необходимость регулярно посещать лор-врача для чистки ушей.

Каковы признаки серной пробки?

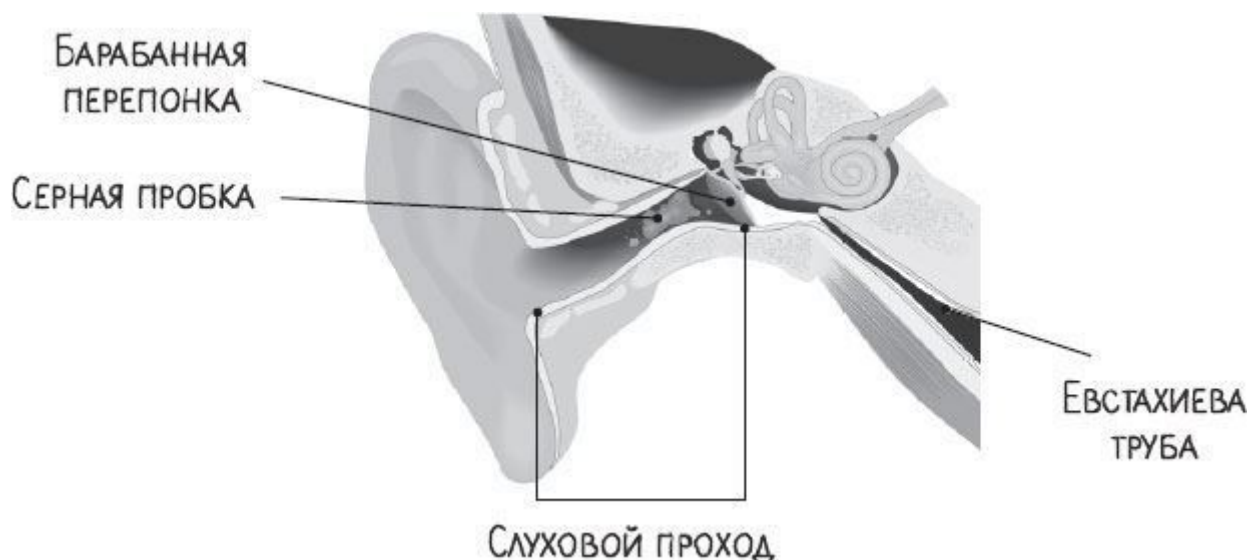
Чаще всего именно снижение слуха или заложенность в ухе наталкивает на мысль о серной пробке. Бывает, что заложенность усиливается при мытье головы или купании: намокнув, пробка разбухает и создает еще больший дискомфорт. В лучшем случае это проявляется как неприятные ощущения, зуд и даже шум в ухе. В худшем серная пробка может стать причиной наружного отита, если находится в ухе достаточно долго и вызывает воспаление. Самостоятельно определить, что в ухе серная пробка, довольно проблематично. Если у вас появились один или несколько из перечисленных симптомов,

обратитесь к лор-врачу. Для выявления серной пробки не нужны никакие сложные исследования и анализы – доктор выявит ее во время обычного осмотра через ушную воронку (отоскопии).

Случай из практики

Однажды ко мне на консультацию пришел мужчина около 60 лет, которого мучил кашель неизвестного происхождения. Он уже прошел все мыслимые и немыслимые обследования, сдал все возможные анализы – никаких причин для кашля врачи не обнаружили. Лор-врач оставался последним в ряду специалистов. Изучив кучу медицинских заключений и осмотрев пациента, я заподозрила, что причина кашля – серная пробка. Дело в том, что в наружном слуховом проходе имеются нервные окончания, при раздражении которых возникает кашлевой рефлекс. Именно поэтому кашель может возникнуть при чистке слухового прохода ватной палочкой или при удалении серы лор-врачом, что я не раз наблюдала. Я начала расспрашивать пациента о его «гигиенических пристрастиях». Выяснилось, что он каждое утро очень усердно очищал уши ватной палочкой, стремясь проникнуть в ухо как можно глубже. Осмотр уха подтвердил мое предположение: серная пробка была уже достаточно старой и плотной – пациенту повезло, что он не стал откладывать визит к лор-врачу. Я провела простейшую процедуру по очистке уха, и кашель прошел.

Важно: если ваши уши склонны к появлению серных пробок или повышенному образованию серы, посещайте лор-врача дважды в год для удаления ее излишков.



СЕРНАЯ ПРОБКА

Как правильно чистить уши и избегать образования серной пробки?

Для того чтобы ухо со стороны выглядело чистым и ухоженным, достаточно во время мытья головы промыть ушную раковину и вход в слуховой проход шампунем или мылом, используя для этого только собственные пальцы. Никогда не заливайте в слуховой проход воду специально (я и с такими любителями тоже сталкивалась)! А если все-таки вода попала в ухо, тщательно высушите его с помощью полотенца или фена.

Хочу предостеречь от слишком частой гигиены ушей. Помните: сера защищает ухо от микробов, а кожу – от микротрещин, поэтому должна присутствовать в ухе в достаточном количестве.

Это интересно: ватные палочки часто называют ушными палочками, однако вы никогда не встретите это название на упаковке. Ватные палочки предназначены для косметических целей, но никак не для чистки слухового прохода, о чем на упаковках имеются даже предупреждающие надписи. Однако исследования маркетологов показывают, что ватные палочки массово покупаются именно для чистки ушей, и отучить людей от этого «удовольствия» практически невозможно.

Помимо того, что ватные палочки провоцируют образование серной пробки, при их использовании имеется риск повредить не только кожу слухового прохода, но и саму барабанную перепонку. В моей практике немало случаев, когда во время чистки уха ватной палочкой пациент споткнулся или кто-то его случайно толкнул, что привело к разрыву барабанной перепонки и даже повреждению слуховых косточек. Нередко мне приходилось удалять из уха вату, которая слетела с палочки и не один месяц пролежала в слуховом проходе.

Образование серных пробок также может провоцировать частое использование беруш и слуховых аппаратов. В этих случаях тоже нужно регулярно посещать лор-врача.

Страшно ли удалять серную пробку?



УДАЛЕНИЕ СЕРНОЙ ПРОБКИ

Существует множество способов удалить серную пробку из уха – от промывания до манипуляции специальным крючком. Но имеется и противопоказание – это перфорация барабанной перепонки. Лор-врач об этом может не знать – во время осмотра при наличии серной пробки барабанная перепонка не видна. Предупредите врача, если перфорация когда-либо выявлялась, поскольку в этом случае следует не промывать ухо, а применить другие безопасные способы. Самый современный и щадящий из них – отсасывание серной пробки с помощью специального электроотсоса после ее предварительного размягчения перекисью водорода или специальными ушными каплями.

Важно: в продаже появились специальные свечи для удаления серных пробок в домашних условиях. Никогда не используйте их для самостоятельного удаления серных пробок, поскольку это не только бесполезно, но даже опасно из-за риска повредить слуховой проход. После появления в продаже таких свечей у лор-врачей резко увеличился поток пациентов, у которых из ушей приходится вытаскивать не только серную пробку, но и воск.

Глава 4. Снижение слуха

Многим кажется, что совершенно несложно распознать снижение слуха – разве можно не заметить, что не слышишь? Но это далеко не так. Постепенное снижение слуха часто протекает совершенно незаметно как для самого пациента, так и для окружающих. А когда проблема становится явной, бежать к врачу бывает уже поздно. Еще сложнее с детьми: они настолько быстро приспосабливаются к снижению слуха, что даже специалисту не всегда удастся это определить. Поэтому очень важно знать косвенные признаки снижения слуха у детей и взрослых, чтобы не запустить проблему. Ведь чем раньше начать лечение, тем больше шансов вернуть слух.

Снижение слуха в медицинской терминологии называют тугоухостью. В зависимости от причины тугоухость разделяют на две большие группы: кондуктивную и сенсоневральную. При первой восприятие слуха нарушается на уровне внутреннего уха или головного мозга. При второй снижение слуха вызвано нарушениями при проведении звуковой волны по наружному или среднему уху.

Поиски причин тугоухости процесс весьма непростой, так как причины эти многолики. Если вам поставили диагноз «кондуктивная тугоухость», не расстраивайтесь. Именно этот вид тугоухости лучше всего поддается лечению: необходимо устранить причину заболевания – и слух восстановится. Самая простая причина кондуктивной тугоухости – это серная пробка. При ее удалении на вас немедленно обрушится фонтан громких звуков – приятно, когда исцеление происходит в лор-кабинете у тебя на глазах.

Более сложные причины этого вида тугоухости – воспаление в наружном или среднем ухе, а также нарушение движения слуховых косточек. Есть такое заболевание – отосклероз, его название звучит угрожающе, однако это одно из заболеваний уха, которые успешно поддаются лечению. При отосклерозе перестает двигаться одна из слуховых микрокосточек – стремечко, которое как будто врастает в пластинку, соединяющую его со структурами внутреннего уха. Почему это происходит, до конца не изучено, но несложная операция, при которой стремечко меняется на специальный микропротез, приводит к полному восстановлению слуха. Операция при отосклерозе называется «стапедопластика».

Важно: если у вас диагностировали отосклероз, необходимо рассмотреть вопрос проведения хирургического лечения – стапедопластики. Операция, выполненная современным способом с установкой микропротеза, имеет эффективность более 95 %. А риск осложнений, связанных с такой операцией, чрезвычайно мал.

Мне неоднократно приходилось объяснять пациентам с отосклерозом, что можно избавиться от слухового аппарата навсегда, сделав стапедопластику. И мне не совсем понятны причины, почему врачи, правильно поставившие диагноз, вместо операции рекомендовали слуховой аппарат.

Как лечить наружный и средний отиты, которые тоже могут быть причиной снижения слуха, мы уже поговорили в соответствующей главе.

Худшая причина стойкой тугоухости – это сенсоневральная тугоухость, которая гораздо сложнее поддается лечению. Она возникает вследствие повреждения волосковых нервных клеток улитки внутреннего уха либо повреждения слухового нерва в головном мозге. Избитая фраза «нервные клетки не восстанавливаются», к большому сожалению, не миф. Если пострадал слуховой нерв, шанс его восстановить крайне мал, и то лишь в первые несколько суток. Даже самое небольшое промедление в этом случае грозит невозвратимой потерей слуха. Обидно, когда это происходит из-за откровенной безалаберности.

Когда может возникнуть сенсоневральная тугоухость?

Сенсоневральная тугоухость может быть острой, когда слух внезапно снижается либо пропадает полностью, или хронической, когда это происходит постепенно.

Случай из практики

Ко мне обратился пациент с острой потерей слуха и звоном в правом ухе. Он с товарищами решил развлечься – пострелять в лесу из огнестрельного оружия. На мой вопрос, почему не надел наушники, ответил: не подумал, что пара выстрелов может сказаться на слухе. На самом деле любой громкий звук может незамедлительно повредить слуховой нерв. Мгновенная и полная потеря слуха испугала пациента, и он на следующий же день примчался ко мне. То, что он не замедлил обратиться к специалисту, спасло ему слух. Я срочно назначила ему крайне необходимые в этом случае гормоны – кортикостероиды – и другие препараты, быстро снимающие воспаление, и слух вернулся полностью.

Сенсоневральная тугоухость может возникнуть как осложнение простуды и гриппа, нередко случаи потери слуха при менингите. Если ребенок перенес менингит, обязательно нужно проверить слух. Снижается слух и на фоне воспаления в среднем ухе. В этом случае тугоухость имеет смешанный характер – кондуктивный и сенсоневральный. Именно поэтому очень важно провести исследование слуха – аудиометрию, даже если причина снижения слуха кажется очевидной.

Слуховой нерв может также пострадать при развитии опухоли головного мозга (невринома слухового нерва). Снижение слуха на одно ухо или постоянный звон в одном ухе – это часто единственный признак роста опухоли, поэтому игнорировать этот симптом нельзя ни в коем случае.

Это интересно: предполагается, что частой причиной «неясной» сенсоневральной тугоухости является опоясывающий герпес, который поражает непосредственно сам слуховой нерв. Однако эффективного лечения этого состояния не существует. Слух либо восстанавливается сам по себе, либо пропадает безвозвратно. Даже противогерпетические препараты дают в этом случае минимальный эффект.

Однако, как правило, определить причину сенсоневральной тугоухости не удастся. Поскольку улитка не имеет дополнительных кровеносных сосудов, она чрезвычайно чувствительна даже к небольшим изменениям в кровоснабжении. Предполагается, что при нарушении кровоснабжения внутреннего уха погибают волосковые клетки, в результате этого ухо перестает слышать.

Постепенное снижение слуха чаще происходит с возрастом – это называется хронической сенсоневральной тугоухостью пожилого возраста. До конца причины возрастной тугоухости не установлены, но предполагается, что они связаны с общим стажем шумового воздействия на уши.



СНИЖЕНИЕ СЛУХА, ВЫЗВАННОЕ ШУМОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

Признаки снижения слуха у новорожденных

Каждый новорожденный ребенок еще в роддоме проходит скрининговый тест на слух. Однако положительный результат этого теста вовсе не гарантирует, что слух не снизится в будущем, поэтому с самого рождения важно обращать внимание на поведение ребенка, которое говорит о возможном снижении слуха.

Важно: снижение или потеря слуха может возникнуть в любом возрасте.

Пятьстораживающих признаков снижения слуха у новорожденных:

1) не вздрагивает на громкий звук;

- 2) не поворачивается в сторону источника звука, как должно быть, начиная с 6-месячного возраста;
- 3) в годовалом возрасте не говорит ни одного слова (даже «мама» и «папа»);
- 4) поворачивает голову, только когда видит вас, но не реагирует, если вы зовете его из другой комнаты;
- 5) реагирует не на все, а только на определенные звуки.

Важно: если у вас возникли хотя бы малейшие подозрения на снижение слуха у ребенка, срочно обратитесь к врачу. Если ребенок родился глухим, важно это определить до трех месяцев. Именно в этот период есть шанс восстановить слух хирургическим путем.

Признаки снижения слуха у детей старше одного года:

- 1) задержка речевого и (или) психомоторного развития;
- 2) невнятная речь, проблемы с артикуляцией;
- 3) нет реакции на просьбы или наставления. Это часто путают с невнимательностью или непослушанием, однако проблема может быть в том, что ребенок не слышит;
- 4) часто переспрашивает;
- 5) неправильно отвечает на вопросы;
- 6) включает большую громкость телевизора.

Как предотвратить снижение слуха у детей?

- Обеспечить благоприятную беременность, исключить в этот период инфекции (особенно токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловирусную инфекцию);
- не применять ототоксичные препараты;
- регулярно прививать ребенка согласно календарю прививок;
- избегать воздействия громких звуков, не использовать игрушки, издающие их.

Следует избегать препаратов, которые обладают токсичным эффектом на внутреннее ухо и могут вызвать сенсоневральную тугоухость или головокружение. К ним относятся:

- антибиотики из группы аминогликозидов (гентамицин, стрептомицин, неомицин и другие);
- ушные капли для наружного отита: их использование при наличии перфорации в барабанной перепонке может вызвать осложнения на внутреннее ухо;
- петлевые диуретики (мочегонные препараты), типичный представитель которых, фуросемид, в высоких дозах может вызвать стойкую тугоухость или шум в ушах;
- салицилаты (аспирин) – чем выше доза, тем выше вероятность развития ототоксичности;
- противоопухолевые препараты (для химиотерапии) часто вызывают снижение слуха и головокружение;
- хинин – препарат, который ранее применялся в составе обезболивающих средств, а в настоящее время используется для лечения малярии. Риск развития ототоксичности при применении хинина достигает 20 %;
- масло чайного дерева – средство, часто применяемое в народной медицине, при закапывании может оказать токсичный эффект на внутреннее ухо. Кстати, эффективность масла чайного дерева не доказана.

Важно: если вам или вашему ребенку назначили что-то из перечисленных препаратов, обсудите с врачом целесообразность их применения, учитывая риск ототоксичности.

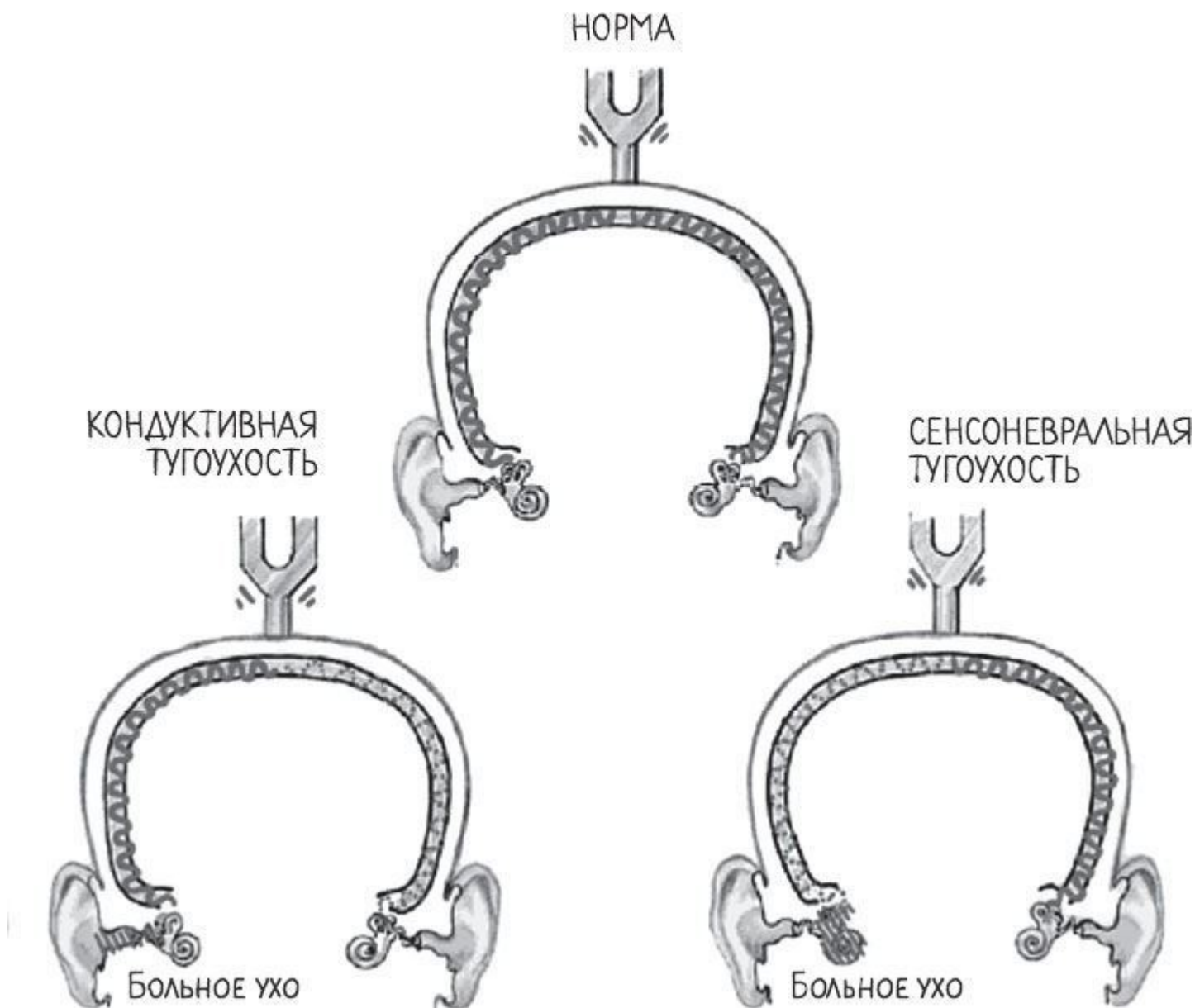
Шесть важных признаков снижения слуха у взрослых:

- 1) ощущение, что окружающие говорят слишком быстро или неразборчиво;
- 2) трудности восприятия речи в шумной обстановке или если одновременно говорят 2–3 человека;
- 3) кажется, что некоторые звуки слишком громкие;
- 4) шум, звон в ушах;
- 5) необходимость увеличить громкость телевизора, радио;
- 6) стремление к одинокому образу жизни, закрытости, нежелание общаться.

Как врач определит, что снижен слух?

Основная задача врача – не только выявить сам факт снижения слуха, но и определить, какая форма тугоухости развилась у пациента – кондуктивная, сенсоневральная или смешанная. Бывает, что лор-врач ставит «диагноз», проведя обычный визуальный осмотр и прошептав цифры в ухо. Помните, что этого совершенно недостаточно: без определения причины невозможно избрать эффективную тактику лечения.

Самый простой и недорогой способ определения вида снижения слуха – пробы с помощью самого обычного камертона, который есть в каждом лор-кабинете. Если камертон поднести к ушной раковине, то определяется воздушная проводимость звука. А если его ножку прислонить к кости, например к костному выступу за ушной раковиной, то можно определить костную проводимость звука. Тем самым можно выяснить, насколько хорошо воспринимает слуховой нерв. Если пробы показывают, что он поврежден, необходимо детальное обследование на специальном аппарате – аудиометре.



ВИДЫ ТУГОУХОСТИ

У новорожденных до месячного возраста проводится специальный скрининг-тест – отоакустическая эмиссия. Это исследование показывает, есть ли снижение слуха, но не позволяет выявить его механизм. При выявлении снижения слуха у новорожденных или маленьких детей проводят детальное исследование – так называемую «регистрацию вызванных потенциалов». Она проводится в состоянии сна, для чего детям часто приходится давать седативный препарат.

Важно: если вы обратились к лор-врачу по поводу болезни уха и вам не провели тест на снижение слуха, есть смысл обратиться в другую клинику.

У детей старше пяти лет и взрослых основным методом диагностики тугоухости является аудиометрия. Исследование заключается в том, что в наушники подаются звуки различной громкости и частоты, а пациент нажимает на кнопку, когда их слышит. Во время исследования звуки подаются как через обычные наушники, чем определяется воздушная проводимость уха, так и через костный наушник для определения костной проводимости. В результате строятся две кривые слышимости: воздушная, которая показывает, как человек слышит, и костная, которая указывает, как «слышит» непосредственно слуховой нерв. Если эти две кривые совпадают, это значит, что препятствий для прохождения звуковой волны к

внутреннему уху нет. Но если между двумя кривыми есть промежуток – костно-воздушный разрыв, то это означает, что нерв «слышит» лучше, чем ухо в целом, и что-то мешает звуковой волне попасть во внутреннее ухо (например, воспаление, серная пробка, перфорация в барабанной перепонке, нарушение движения слуховых косточек и другое). Соответственно, при кондуктивной тугоухости будет костно-воздушный разрыв, а при сенсоневральной его не будет.

Важно: если выявлено сенсоневральное снижение слуха на одноухо или в нем наблюдается шум (звон), но при этом отсутствует воспаление, необходимо исключить опухоль головного мозга. Для этого проводят МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием.

Как восстановить слух?

При кондуктивной тугоухости после лечения в большинстве случаев слух восстанавливается полностью. Если слух снизился в результате воспаления или нарушения работы слуховых косточек, проводят консервативное или хирургическое лечение. Современные методы хирургии позволяют не только восстановить поврежденную барабанную перепонку, но и вернуть утраченные или поврежденные слуховые косточки, вместо которых устанавливаются микроскопические протезы.

Однако если пострадал слуховой нерв и возникла сенсоневральная тугоухость, лечение далеко не всегда эффективно. Да и лечению поддается лишь острая сенсоневральная тугоухость в первые трое суток заболевания. Врач ограничен выбором: это системные кортикостероиды, или, как их чаще называют, «гормоны».

Важно: на многих слово «гормон» наводит ужас, в результате чего они отказываются от лечения. Но этот страх надуман. Гормоны-кортикостероиды – это сильные противовоспалительные средства, которые лучше всего снимают воспаление и убирают отек. При сенсоневральной тугоухости лишь гормонам под силу вернуть слуховой нерв к жизни. В этих случаях гормоны назначают коротким курсом, и риск развития побочных эффектов минимальный.

А вот часто назначаемые при сенсоневральной тугоухости препараты для улучшения кровотока, так называемые сосудистые препараты и нейропротекторы, обладают весьма сомнительной эффективностью (во многих странах они и вовсе не применяются). Не так страшно, если они были назначены в комплексе с гормональной терапией, гораздо хуже, если их назначили как единственное лечение. В этом случае восстановление слуха можно считать большой удачей.

Случай из практики

Однажды ко мне на консультацию привезли девочку-подростка, которая полностью оглохла во время рок-концерта. Аудиометрия показала неутешительный результат – снижение слуха последней степени на оба уха. Единственный звук, который звучал в ее ушах, был изнуряющий шум. В ход, безусловно, пошли гормоны и препараты, которые давали хотя бы небольшую надежду на улучшение. Конечно, я поддерживала расстроенных родителей и саму девочку, но в глубине души надеялась лишь на чудо. И вдруг на третий день интенсивного лечения девочка проснулась с нормальным слухом. Аудиометрия показала восстановление слуха до нормы. Это было впечатляюще: да, врач делает все возможное, но и сам человеческий организм настолько устойчивая система, что способен восстанавливать свои функции в самых, казалось бы, безнадежных ситуациях.

При хронической сенсоневральной тугоухости, когда восстановление слуха невозможно, используют слуховой аппарат. Это можно сравнить с тем, что при снижении зрения прописывают очки. Слуховые аппараты усиливают звуки на различных частотах и позволяют хорошо слышать. Однако многие пациенты испытывают ложный стыд и не хотят их носить. Особенно это свойственно подросткам и является большой проблемой. Ведь ношение слухового аппарата чрезвычайно важно, особенно в детском возрасте, чтобы предотвратить задержку развития.

Если раньше двусторонняя сенсоневральная потеря слуха считалась необратимой, то теперь глухота перестала быть приговором. Это произошло благодаря появлению уникальной операции, при которой в

улитку вживляется электрод – «кохлеарная имплантация». Она позволяет полностью восстановить слух даже у детей с врожденной глухотой. В этом случае важно успеть сделать операцию до того, как разовьется зона головного мозга, отвечающая за слух. Обычно это возраст до трех месяцев. У взрослых эта операция проводится при возникновении выраженной сенсоневральной тугоухости на оба уха. Операция дорогостоящая, однако она входит в перечень высокотехнологичных операций, которые выполняются бесплатно.

Важно: не существует эффективных медикаментозных методов лечения хронической сенсоневральной тугоухости.

Глава 5. Шум в ушах

Несколько лет назад я стажировалась в отделении хирургии уха больницы Университета Мичигана. Это лор-отделение было вполне типичным для больниц США, где я уже побывала, – как и в любом подобном отделении, здесь была устроена просторная комната для пациентов, ожидающих своей очереди на прием к врачу. Поскольку операции иногда назначались экстренно и врачи были заняты в операционных, ожидание могло длиться не час и не два. Поэтому комната ожидания была оборудована рядами удобных кресел, телевизорами, автоматами с водой и закусками, здесь же располагалась и рецепция, где встречали прибывших пациентов. На стенах красовались фотографии врачей отделения и других медицинских работников – своеобразная Доска почета. Типичная картина. Но как только я вошла в приемную комнату этого отделения, я буквально застыла на месте: огромный портрет улыбающегося человека среднего возраста в белом халате и с отоскопом в руке. Надпись сообщала, что доктор трагически погиб во время приема пациента. Оказалось, прямо во время консультации его застрелил пациент, страдавший от изнуряющего шума в ушах и взбешенный тем, что лечение не помогало. Вот тебе и безобидная медицинская профессия!

Однако эта история наглядно демонстрирует, что шум в ушах может сделать жизнь невыносимой и довести пациента до тяжелой депрессии. Известны даже случаи самоубийств среди тех, кто не мог справиться с шумом в ушах – он не давал ни работать, ни отдыхать, ни спать.

Важно: врачи и родственники пациентов должны знать о том, что следствием хронического шума в одном или обоих ушах часто является депрессия, которая может привести даже к суициду. Задача врача любой специальности – распознать это состояние и направить пациента к психотерапевту.

Шум в ушах, или, говоря медицинским языком, тиннитус – это звон, жужжание, щелчки, гул и другие звуки, которые звучат в одном или обоих ушах. Звук этот абсолютно субъективен – его слышит лишь сам пациент. Исключение составляет редкая форма тиннитуса – пульсирующая, когда шум совпадает с ударами сердца. В этом случае врач может услышать шум с помощью стетоскопа.

Важно: шум в ухе (тиннитус) – это не заболевание. Это признак того, что с ухом что-то не так. Если у вас возник шум в одном или обоих ушах – обратитесь к врачу.

Почему звенит в ухе?

Вспоминается веселая забава детства: если зазвенело в ухе, нужно загадать желание. А сбудется оно в том случае, если окружающие угадали, в каком именно ухе звенит.

Каждый из нас время от времени слышит звон, который обычно длится несколько мгновений. Например, звенит в ушах сразу после выстрела, после дискотеки в ночном клубе, но звон быстро проходит. Однако представьте себе, что он не прекратится, а будет звучать неотступно – и днем, и ночью. Теперь вы можете ощутить себя в шкуре больного, понять, что испытывают люди, страдающие от шума в ушах.

Мы уже помним из предыдущих глав, что шум в ухе может возникать при наружном, среднем отите, при серной пробке, перфорации барабанной перепонки и других заболеваниях наружного и среднего уха. При устранении воспаления шум пропадает. Однако если шум возникает при отсутствии изменений в

наружном или среднем ухе, то он чаще всего связан с сенсоневральной тугоухостью, а также заболеваниями внутреннего уха (лабиринтит, синдром Меньера, фистула полукружного канала) и, наконец, опухолью головного мозга. Кроме того, шум в ушах может быть не связан с заболеваниями ушей: ученые обнаружили связь шума в ушах с заболеваниями сердца и сосудов, гормональными изменениями у женщин, беременностью, снижением гемоглобина в крови (анемией), заболеваниями щитовидной железы, приемом ряда лекарств.

Важно: если вы принимаете какие-либо лекарства и у вас возник шум в ухе, уточните у врача, может ли шум быть побочным эффектом. Около 200 видов лекарств могут вызывать шум в ушах.

Пульсирующий тиннитус может быть связан с нарушением кровотока в области головы и шеи, например с сужением или аневризмой сонной артерии либо периодическим подергиванием мышц барабанной полости (стапедальной и мышцы, натягивающей барабанную перепонку) по типу нервного тика.

Важно: если у вас появился шум в ушах, обратитесь к лор-врачу для исключения причин со стороны наружного и среднего уха. Если эти проблемы исключены, учитывая большое разнообразие причин этого состояния, необходимо обратиться к врачу общего профиля, который после комплексного обследования направит вас к специалисту.

Если все причины исключены, то тиннитус называют идиопатическим – возникшим по неизвестной причине. Именно идиопатический шум либо шум, сопровождающий сенсоневральную тугоухость, практически не поддается полному излечению, поскольку его причины все еще неизвестны.

Для особо дотошных пациентов, которые хотят понять природу шума, я придумала доступное объяснение: это «звенит» слуховой нерв. И в действительности шум образуется в головном мозге в ответ на заболевание любого из сегментов уха за счет увеличения электрической активности клеток мозга, отвечающих за слух. Но как эту активность подавить при отсутствии очевидной причины заболевания, пока неясно. Это все еще белое пятно медицины, человеческий организм до сих пор не хочет делиться своими тайнами.

Именно поэтому очень важно предотвратить появление шума, тем более что факторы риска достаточно хорошо известны.

Семь советов, как защититься от появления шума в ушах:

- 1) не стоит тянуть с обращением к врачу при хроническом отите. Любые воспалительные заболевания уха могут стать причиной шума;
- 2) следует избегать приема аспирина в больших количествах – он обладает токсичным воздействием на внутреннее ухо и чаще всего вызывает шум;
- 3) надевайте защитные наушники или используйте беруши, чтобы защитить уши от шума. Избегайте прослушивания громкой музыки или работы в шумной обстановке. Даже «безобидные» привычные шумы, возникающие при сушке феном или работе газонокосилки, могут повредить внутреннее ухо;
- 4) не позволяйте подросткам долго слушать громкую музыку в наушниках;
- 5) избегайте стрессов и жесткой диеты. Исследования показали, что при наличии шума в ушах эти факторы значительно его усугубляют;
- 6) не курите. Курение не только вызывает рак, но также способствует развитию шума в ушах;
- 7) высыпайтесь. Сон должен составлять не менее 6 часов, поскольку это минимальное время, за которое головной мозг проходит циклы сна. В противном случае снижаются память и внимание, состояние

человека при этом идентично алкогольному опьянению. Помимо снижения памяти и внимания, недостаточный ночной сон может вызывать шум в ушах.

Можно ли измерить шум в ушах?

Объективно это сделать невозможно, используются только субъективные методы. Наиболее успешный метод определения громкости и тембра ушного шума – это когда сам пациент сопоставляет свой шум со звуками, которые подаются в наушники при аудиометрии. Это нужно для того, чтобы определить эффект лечения.



НАУШНИКИ ДЛЯ АУДИОМЕТРИИ

Каких действий ждать от доктора?

Если очевидные причины шума в ушах исключены (например, серная пробка, отит), то задача врача – тщательно обследовать пациента для поиска возможных причин. Обследование начинается с общения, когда врач задает множество вопросов и собирает анамнез (информацию о пациенте). Именно тщательно собранный анамнез позволит найти причину тиннитуса.

Главное для врача – не пропустить угрожающие жизни заболевания, которые могут проявляться шумом в ухе. К ним относятся опухоли головного мозга, опухоли уха, аномалии сонной артерии. Для исключения этого назначают МРТ головного мозга и КТ височных костей.

Повторюсь, врач также не должен пропустить депрессивное состояние у пациента. Необходимо сделать все возможное, чтобы убедить его обратиться к психотерапевту. Для этого используются специальные шкалы-опросники, которые предлагают заполнить пациенту, – они достаточно точно позволяют заподозрить депрессию или тревожное расстройство.

Обязательным исследованием при шуме в ушах является аудиометрия. Ведь часто это единственный симптом снижения слуха.

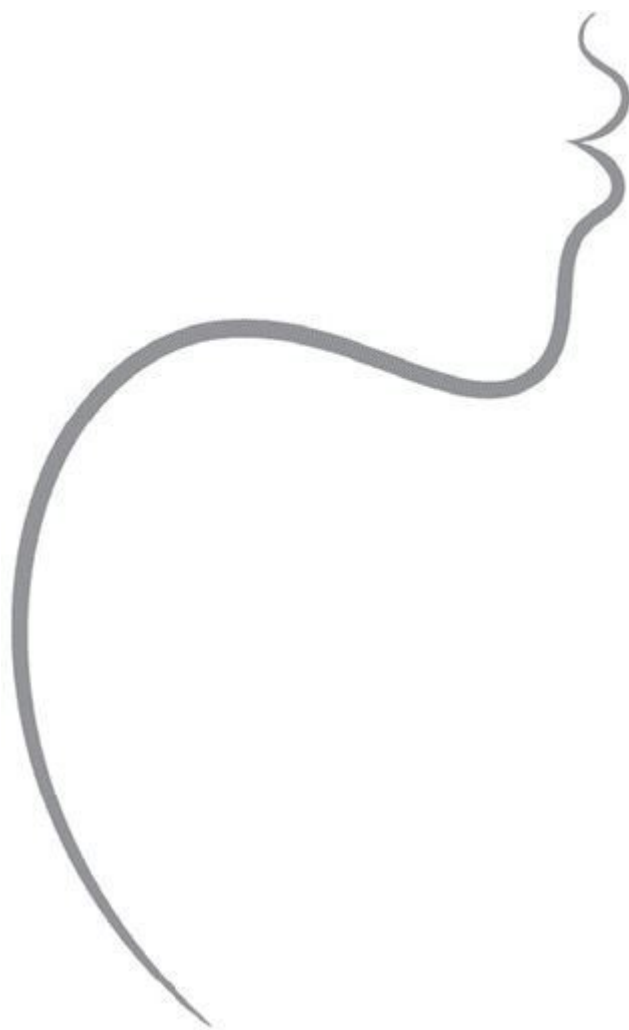
Как лечится шум в ушах?

Если причину шума в ушах удалось определить, то необходимо лечить основную причину заболевания. Однако если причина шума вызвана заболеванием внутреннего уха (например, сенсоневральной тугоухостью) либо остается неизвестной, избавиться от шума очень сложно. Задача лечения в этом случае сводится к адаптации пациента к шуму или снижению интенсивности шума. Для этого применяют следующие ключевые методы (но список этим не ограничивается).

1. Электрическая стимуляция внутреннего уха – метод, когда подаются электрические импульсы в ухо через кожу, кость и непосредственно через электрод, который вживляется в улитку (кохлеарная имплантация). Относительно новым методом считается электромагнитная стимуляция коры головного мозга, отвечающей за слух. Предварительные результаты выглядят впечатляющими, однако требуются дополнительные исследования метода.
2. Метод биологической обратной связи (БОС). С помощью этого метода можно научиться управлять некоторыми функциями организма, например кровяным давлением, частотой сердечных сокращений, слюноотделением и другими. Для этого пациент играет в импровизированную компьютерную игру, но выполняет задания не клавишами, а фактически силой мысли (методом изменения собственных физиологических функций). Известно, что головной мозг настроен по умолчанию на определенную работу, но его можно «перепрограммировать». С помощью этого метода успешно лечатся хроническая боль, расстройства движений, тревожные состояния. А теперь его стали применять и при шуме в ушах.
3. Метод маскировки шума. Прослушивание музыки или использование специальных аппаратов, издающих шум, позволяет отвлечься от ушного шума и не слышать его. Если пациент не может заснуть из-за шума в ушах, ему предлагают засыпать под музыкальное сопровождение.
4. Использование слухового аппарата. Многие пациенты уверены, что они плохо слышат именно из-за шума и отказываются от слухового аппарата, умоляя убрать шум. Однако все происходит с точностью до наоборот: именно снижение слуха проявляется шумом в ушах, а если надеть слуховой аппарат, шум пропадет.

Поскольку эффект от перечисленных методов лечения сильно варьируется и многим пациентам так и не удастся избавиться от шума в ушах, они легко становятся жертвами приверженцев нетрадиционной медицины. Однако хочу предостеречь вас от применения этих методов лечения, поскольку их эффект не доказан, а их действие часто основано на эффекте плацебо (самовнушении).

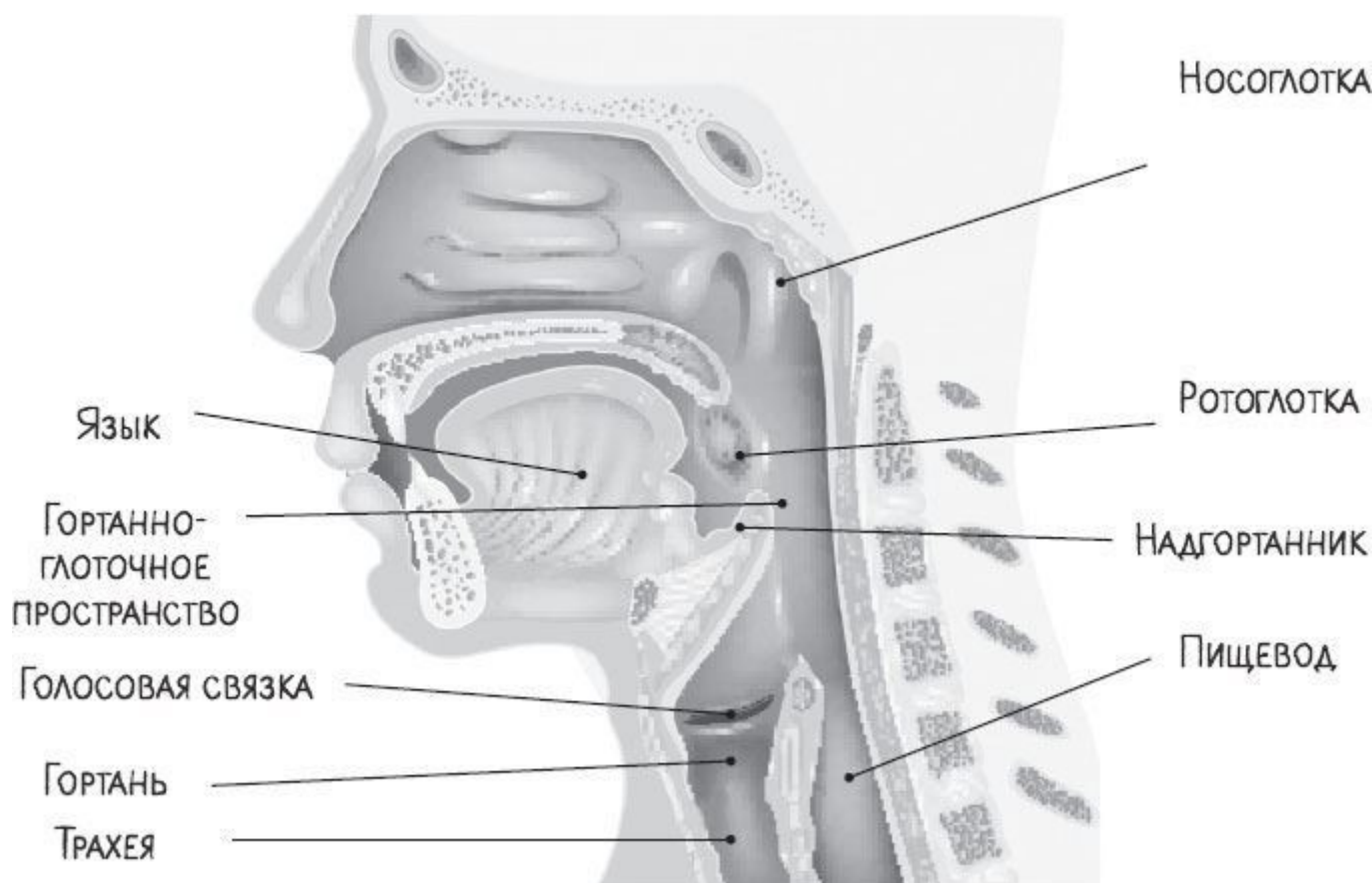
Часть II Горло



Как ни странно, но горло – это не медицинский термин, и мы, лор-врачи, редко его используем, даже при общении с пациентом. То, что обычно называют горлом, объединяет сразу несколько отдельных органов человеческого организма, которые, хотя и располагаются в тесной близости друг от друга, устроены по-разному и предназначены для разных целей. Соответственно, и заболевания у каждой части «горла» свои. Легко запутаться и даже утонуть в обилии специальных терминов, поэтому включим воображение.

Глава 1. Как устроено горло?

Представим себе горло как своеобразный многоэтажный дом, каждый этаж которого – отдельный орган. Например, забравшись на чердак, мы попадем в просторное помещение – **носоглотку**, название которой говорит само за себя. Это та часть горла, которая связывает нос и глотку. Если проникнуть в нос через одну из ноздрей и прогуляться по нему, то мы попадем прямиком в носоглотку. Только следует быть осмотрительнее: у носоглотки имеются стены и крыша – **купол носоглотки**, но нет пола, и, глядя по сторонам, можно запросто провалиться этажом ниже. В носоглотку открываются две **слуховых трубы**, с которыми мы уже успели познакомиться, изучая ухо. Как вы помните, многие заболевания носоглотки могут сказаться на среднем ухе, и теперь понятно почему.



КАК УСТРОЕНО ГОРЛО

При глотательном движении слуховые трубы открываются, давая возможность выравнивать давление между средним ухом и окружающей средой. Если раньше врач не имел возможности увидеть работу слуховых труб, то теперь, с появлением эндоскопа – тоненькой трубочки, соединенной с видеокамерой, – мы, врачи, можем не только наблюдать, как открываются устья (вход) слуховых труб, но и, заглянув глубже, увидеть их просвет.

Сразу за слуховыми трубами располагаются так называемые **тубарные валики** – подушкообразные возвышения, формирующие устья слуховых труб. Следом за валиками находятся **тубарные миндалины**.

Раз уж мы подошли к миндалинам, сделаем важное отступление. В народе их называют гландами, но при этом имеют в виду только те, которые расположены с двух сторон от языка, – нёбные миндалины. Однако многие даже не догадываются, что «гланд»-миндалин на самом деле не две, а целых шесть! Помимо тубарных и нёбных, есть еще глоточная (аденоиды) и язычная миндалины. Но и это еще не все: по всей глотке «разбросаны» лимфоидные фолликулы – небольшие фрагменты тканей, похожие на миндалины и выполняющие такую же функцию – защиты от проникновения инфекции с вдыхаемым воздухом или пищей. Таким образом, миндалины – это прежде всего органы иммунитета, которые, словно стражники у ворот замка, защищают нас от незваных гостей, пытающихся проникнуть в наш «дом» – организм. Конечно, наша иммунная система гораздо сложнее и далеко не ограничивается одними миндалинами, которые лишь первый рубеж защиты – местный иммунитет.

Миндалины имеют рыхлую структуру, похожую на губку, очень привлекательную для микробов, которые с удовольствием в ней селятся и размножаются. Но это ловушка, ведь большинству из них так и не удастся проникнуть дальше. Миндалины немедленно передают информацию о попавших в ловушку врагах своим коллегам – клеткам, которые изготавливают смертельное оружие – антитела. Последние мгновенно мобилизуются, чтобы нейтрализовать врага.

Но миндалины не всесильны. Если микроб очень активен, или не успели выработаться антитела, или же иммунная система ослаблена, враг может прорваться сквозь первый рубеж в организм. В этом случае возникает общий иммунный ответ и проявляются все признаки инфекции – высокая температура, слабость, возможно, боль в горле, кашель.

Если миндалины усиленно работают или сами подвергаются воспалению, они начинают увеличиваться в размерах – как лимфатические узлы. Когда инфекция затихает, в большинстве случаев они возвращаются в прежнее состояние, однако так происходит далеко не всегда.

При частых насморках, обычно у детей, именно увеличение тубарных миндалин и аденоидов может привести к дисфункции слуховых труб.

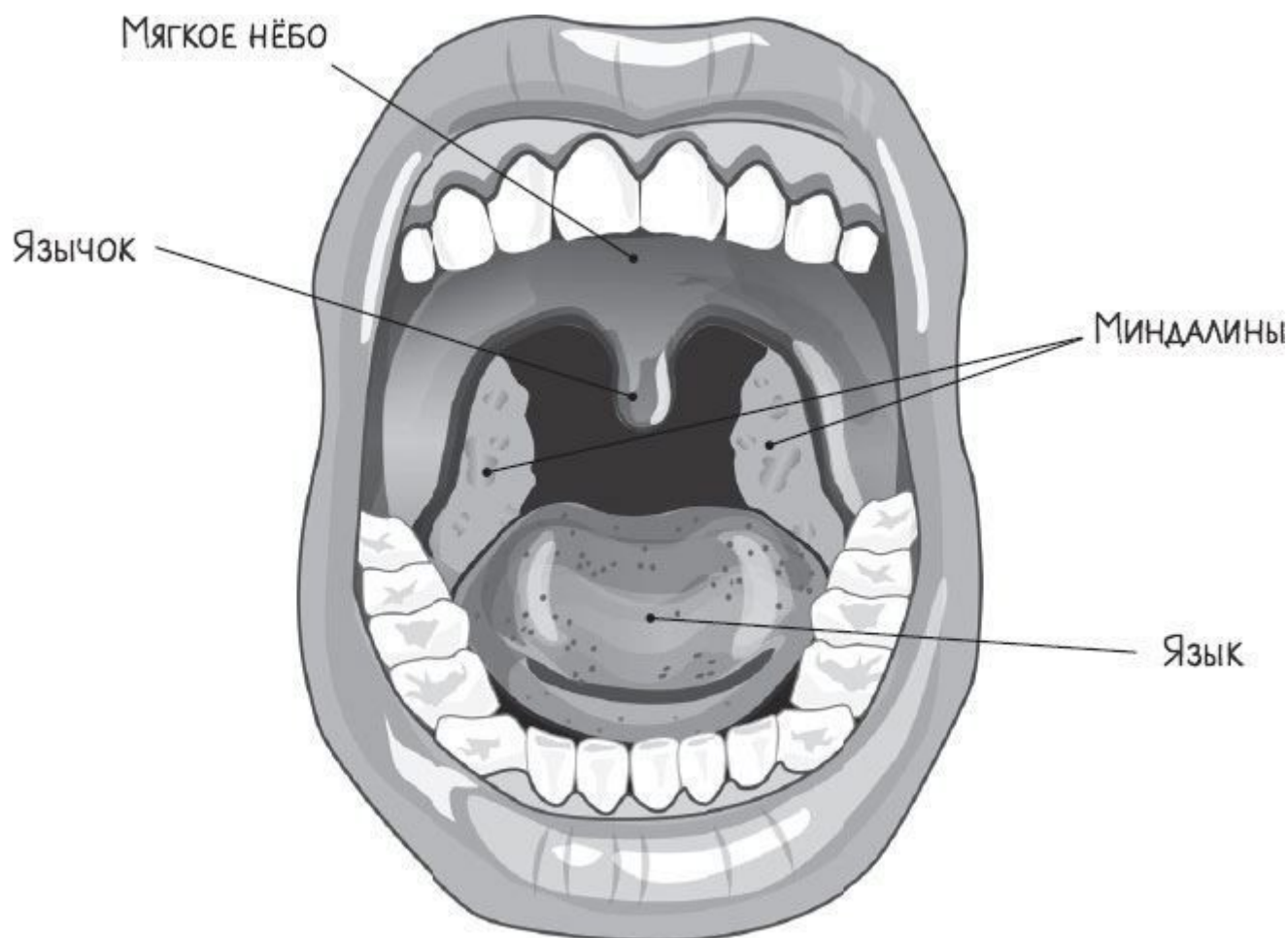
Но продолжим наше путешествие по «многоэтажному дому». Если посмотреть вверх – на купол носоглотки, то увидим **глоточную миндалину**, более известную как **аденоиды**. Аденоиды в основном можно увидеть у детей, у взрослых они большая редкость. Дело в том, что, выполнив свою функцию иммунитета в детском возрасте, они полностью исчезают к 12–18 годам.

Аденоиды могут быть совсем маленькими, представляя собой небольшое скопление рыхлой ткани в куполе носоглотки, но могут и разрастаться так, что полостью перекрывают дыхательные пути и даже слуховые трубы. Дыхательные отверстия, через которые нос сообщается с носоглоткой, называются **хоаны**. Именно по степени того, насколько аденоиды перекрывают хоаны, врачи и оценивают их размер.

В носоглотке можно обнаружить не только аденоиды. Нередки случаи, когда здесь разрастаются и опухоли, доброкачественные и злокачественные. Вот почему врач должен тщательно осматривать носоглотку эндоскопом, особенно при определенных симптомах. Невооруженным глазом носоглотка практически не видна.

Важно: если у вас или вашего ребенка появилась и не проходит гнусавость, длительная заложенность носа (в том числе с одной стороны), случаются носовые кровотечения, обратитесь к лор-врачу для проведения эндоскопического исследования носа и носоглотки.

Спустимся на этаж ниже – в **ротоглотку**. Как вы уже догадались, ротоглотка – это та часть горла (или правильнее сказать – глотки), которая находится на уровне полости рта и соединена с ней. Условной границей, разграничивающей носоглотку и ротоглотку, является **мягкое нёбо** – своеобразное перекрытие между этажами, разделяющими полость носа и рта. Спереди оно имеет костную основу – твердое нёбо, а сзади, в области глотки, представлено мягкими тканями – мышцами, слизистой оболочкой, что и формирует мягкое нёбо. Мягкое нёбо еще называют нёбной занавеской, по центру которой свисает маленький язычок, или, если говорить медицинским языком, – **увула** (лат. *uvula*). Мягкое нёбо вместе с увулой участвуют в глотании и препятствуют попаданию пищи в нос. К слову, именно вибрирующее мягкое нёбо и маленький язычок чаще всего являются источником храпа.



СТРОЕНИЕ ГОРЛА

Если попросить пациента открыть рот и при этом прижать корень языка шпателем, можно хорошо разглядеть все структуры ротоглотки: **нёбные миндалины (гланды)**, **заднюю стенку глотки** и **корень языка** – заднюю часть языка, на которой располагается шестая миндалина – **язычная**. Именно по цвету задней стенки глотки мамы и бабушки ставят свой «диагноз» – горло красное! И действительно, зачастую первым признаком простуды является покраснение, или, как говорят врачи, гиперемия задней стенки глотки.

Важно: ангина, или острый тонзиллит, – это острое воспаление миндалин, и при этом мы обычно подразумеваем именно нёбные миндалины (гланды). Однако воспалению также могут подвергаться и все остальные миндалины, включая фолликулы задней стенки глотки. При этом симптомы заболевания могут быть одинаковыми.

Но спустимся в цокольный этаж – в **гортаноглотку** (по международной медицинской терминологии – гипоглотку). Она занимает пространство между корнем языка и входом в дыхательное горло – **гортань**. Именно при глотании **надгортанник** перекрывает дыхательное горло для того, чтобы туда не попала пища. **Гортань** – самое удивительное и загадочное место нашего «дома». Словно в подвале, в гортани прячется таинственное чудовище – именно такие ассоциации возникают у пациентов, когда им показываешь в увеличенном масштабе видео эндоскопии гортани. Причудливо двигая своими лопастями – голосовыми складками, – оно рождает звуки. К слову, голосовые складки совершенно неправильно называть связками – это вовсе не связки, а именно складки слизистой оболочки, словно струны, натянутые между хрящами гортани. А в гортани только хрящей девять и более двадцати мышц, обеспечивающих все разнообразные функции гортани. Впрочем, гладкая перламутровая поверхность голосовых складок, напоминающая некие «связки», может сбить с толку. При дыхании голосовые

складки расходятся в стороны, обеспечивая свободный проход воздуха, однако стоит лишь произнести звук, кашлянуть или сделать глоток, как они тотчас же смыкаются, препятствуя попаданию чужеродных веществ в трахею и бронхи. Произвести вдох в этот момент тоже невозможно. Наверняка каждый из нас хотя бы раз в жизни испытывал малоприятное ощущение нехватки воздуха, когда голосовые складки захлопывались при попадании воды или пищи «не в то горло».

Удивительно, но среди огромного разнообразия мышц, которые отвечают за работу гортани, всего лишь одна выполняет разведение голосовых складок в стороны. Все силы организма брошены на то, чтобы не допустить аспирацию – попадание чужеродных веществ в дыхательные пути. Достаточно вывести из строя лишь один нерв, и голосовая складка станет неподвижной и начнет препятствовать дыханию. Именно поэтому при параличе голосовых складок возникает угрожающее жизни состояние – сужение (стеноз) гортани. Если человек не может дышать из-за паралича, опухоли либо попавшего в гортань инородного предмета, проводится экстренная операция – трахеотомия. При этом хирург делает отверстие в трахее на передней поверхности шеи, чтобы обеспечить дыхание.

Телевизионные советы взять любой острый предмет (включая пишущую ручку) и проделать дырку в шее, когда человек задыхается, вызывают у меня просто нервный смех. А некоторые советчики даже умудряются продемонстрировать эту «простую» манипуляцию на манекене или на картинках. Ни в коем случае не делайте этого самостоятельно – это может закончиться плачевно! Экстренная трахеотомия требует не только ювелирной работы врача, это еще и весьма стрессовый момент даже для тех, кто провел не одну сотню таких вмешательств. Ведь у хирурга есть всего лишь несколько минут, чтобы спасти человека. Это только кажется, что трахея располагается сразу под кожей. На самом деле она скрыта под несколькими слоями тканей (жира, мышц, щитовидной железы) и далеко не всегда имеет прямой ход. В лучшем случае можно попасть в эти ткани и застрять в них, в худшем – промахнуться и повредить сонную артерию или яремную вену, которые проходят в опасной близости. К тому же хрящ трахеи может быть настолько плотным, что даже скальпель его сразу не возьмет.

Хорошо, когда трахеотомия плановая и у врача есть время на подготовку: больной заинтубирован (то есть в трахее уже стоит трубка, через которую осуществляется дыхание) и находится в наркозе – можно спокойно искать трахею. Совсем другое дело, когда аспирация случается неожиданно и трахеотомия экстренная.

Помню, еще в начале ординатуры меня отправили на дежурство по городу, когда бригада лор-врачей (как правило, состоящая из одного врача и неопытного, а потому испуганного ординатора) курсирует на машине «Скорой помощи» по московским больницам, в которых нет лор-отделений, и оказывает экстренную помощь. Как правило, такие выезды связаны в большей степени именно с трахеотомиями. Понимая, что каждый врач сталкивается с такими случаями в своей практике, я хотела как можно быстрее освоить эту спасительную операцию. Однажды, отправляясь под звук сирены в очередную больницу на трахеотомию, я буквально засыпала вопросами лор-врача, пытаюсь узнать у него секрет успешной операции. Его ответ врезался в мою память на всю жизнь: «Я сделал больше тысячи трахеотомий, но ни одна не похожа на другую. До сих пор эта операция вызывает у меня сильное душевное волнение».

Теперь, после множества проведенных операций, я полностью подтверждаю его слова. Я помню каждую свою экстренную трахеотомию. А одну я не забуду до конца жизни.

Случай из практики

Однажды, как это часто бывает, глубокой ночью меня срочно подняли с постели в больницу: «Скорая» везла молодую женщину на последнем месяце беременности со стенозом гортани. В тот день дежурил молодой врач, он боялся взять на себя такую ответственность. Пока я молнией неслась по московским проспектам, по телефону давала ему указания. Когда я влетела в хирургический корпус, пациентку везли на каталке в экстренную операционную. Не нужно быть специалистом, чтобы узнать этот страшный, характерный для стеноза гортани звук, который раздавался гулким эхом в коридорах больницы. У женщины оказалась доброкачественная, но очень опасная опухоль в гортани – папиллома,

которая стремительно развилась во время беременности. Я сразу обратила внимание на шею пациентки. Особенности шеи многое определяют в ходе трахеотомии. Если шея толстая и короткая – жди приключений. Но здесь, увидев хрупкую женщину с изящной шеей, я немного расслабилась – сложности возникнуть не должны. Теперь-то я знаю, насколько обманчивым может быть первое впечатление.

В экстренных случаях, когда человек задыхается, операция выполняется без наркоза, обычно пациент может дышать лишь в положении сидя, и само погружение в наркоз в горизонтальном положении может вызвать полную остановку дыхания. Кроме того, анестезиолог может просто не найти вход в трахею из-за опухоли. Именно поэтому, пока человек хоть с большими усилиями, но дышит, операцию проводят в полном сознании. Главное – успеть сделать отверстие в трахее.

Я отчетливо помню каждое мгновение той операции. Вот я беру скальпель и делаю разрез на шее, затем откладываю его в сторону – теперь он мне понадобится лишь в конце операции, когда я буду разрезать трахею. Беру специальные ножницы и зажим, шаг за шагом разрезаю и развожу в стороны мягкие ткани. Чувствую, как бешено колотится мое сердце. Словно со стороны слышу свой абсолютно спокойный голос, дающий команды ассистенту – молодому лор-врачу и операционной медсестре. В глубине сознания даю команду сама себе: не волновать пациентку, ни в коем случае не показывать, что она находится на грани жизни и смерти. В операционной стоит гробовая тишина, нарушаемая лишь ритмичным свистом, с которым воздух жадно втягивается в суженные дыхательные пути.

Мысленно благодарю анестезиолога – он делает все, чтобы максимально облегчить состояние будущей мамы: дает ей подышать кислородом, вводит успокоительные. Все с нетерпением ждут лишь одного – звука, когда воздух с силой врывается в трахею. Бегут секунды, но его нет. Я продолжаю действовать максимально быстро, рассекаю и развожу ткани, но трахеи все нет – она располагается неожиданно глубоко для такой тонкой шеи. Вот-вот трахея должна показаться, кажется, что еще одно движение инструмента – и я ее увижу. В обычное время, когда пациент «на трубе» – интубирован и в наркозе, – я смело ее прощупываю, но здесь даже малейшее нажатие на трахею могло вызвать полную остановку дыхания. А звук из сипения тем временем переходит в громкий хрип, что служит мне сигналом: пациентка держится из последних сил, у меня остается очень мало времени. И вдруг, в этот драматический момент, когда я, кажется, уже близка к цели, возникает сильное кровотечение. «Зажим!» – мой голос выходит из-под контроля. Наугад захватив зажимом кровоточащие ткани и просушив рану, с облегчением выдыхаю – кровотечение остановлено. И тут происходит то, чего больше всего боится каждый врач, – остановка дыхания.

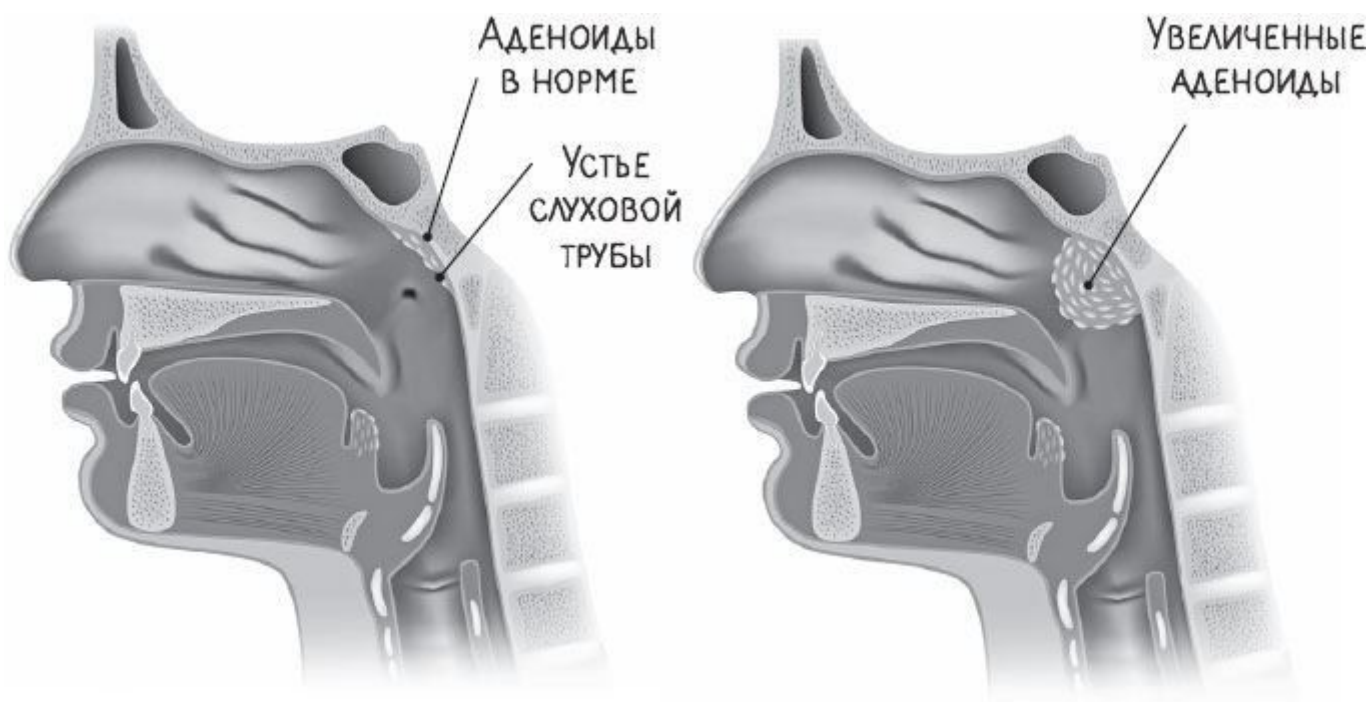
Дальше все как в замедленном кино: гнетущая тишина в операционной, бросок анестезиолога к операционному столу с выражением отчаяния на лице (как будто он мне может чем-нибудь помочь).

– Скальпель! – требую я, и в этот уже, кажется, невозможный миг я вижу трахею. Зажимаю ее второй рукой и делаю спасительный разрез...

Время словно останавливается, все в страшном напряжении – и вот он, этот долгожданный звук – звук воздуха, который буквально засасывается через отверстие в трахее. Мы опустошены и физически, и психологически и вместе с тем счастливы!

Глава 2. Аденоиды

– Доктор, помогите! У нас аденоиды! Третьей степени! Теперь только операция! – Дверь распахивается настежь, и молодая женщина бросается ко мне, не обращая внимания на то, что в кабинете находится другой пациент. Мне приходится мягко вернуть ее в коридор, надеясь, что ожидание своей очереди остудит ее пыл. И действительно, второй раз она заходит в кабинет в более спокойном состоянии, но глаза выдают ужас перед поставленным ее ребенку диагнозом. И подобный сценарий разворачивается в моем кабинете с завидной регулярностью.



КАК ВЫГЛЯДЯТ АДЕНОИДЫ

Как ни странно, но информации о размере аденоидов абсолютно недостаточно, чтобы отправлять ребенка «под нож», более того, размер аденоидов никакого значения не имеет! Как правило, эта магическая фраза мгновенно остужает пыл родителей.

А теперь попробуем разобраться, что такое аденоиды, почему их размер не имеет значения и когда с ними нужно расстаться.

Аденоиды – это не болезнь

Внимательный читатель уже знает, что аденоиды – это не что иное, как одна из шести присутствующих при рождении миндалин – глоточная миндалина. В отличие от других миндалин, даже большие аденоиды значительно уменьшаются в размерах к подростковому возрасту, а у взрослых и вовсе исчезают. Но бывают и исключения: аденоиды в редких случаях обнаруживаются и у взрослых.

Как только ребенок появляется на свет и делает первый вдох, в его дыхательные пути попадает множество микробов, которые, не вызывая воспаления, поселяются на слизистых носа и рта, особенно в миндалинах. Уже к возрасту 6 месяцев аденоиды и другие миндалины ребенка населены множеством микробов. Это так называемая условно-патогенная флора – микроорганизмы, не вызывающие воспаления, живущие на коже и слизистых.

Это интересно: ученые всего мира до сих пор бьются над вопросом: влияют ли микробы, населяющие аденоиды, на развитие отита, синусита и других осложнений аденоидов. Одни исследования утверждают: чем больше размер аденоидов и более выражены симптомы, тем больше на них живет микробов. Другие же показывают противоположный результат: вид и количество микробов, населяющих аденоиды, не отличаются у разных групп детей с увеличенными и нормальными аденоидами.

Следует отметить, что аденоиды имеют такое же строение, как и другие миндалины, но их расположение в задней части носа – носоглотке – делает их особенными из-за значительного влияния на жизнь ребенка.

Маленький ребенок имеет плохо сформированный, или, как говорят, «слабый» иммунитет. А формируется и укрепляется он лишь тогда, когда ребенок переболеет новыми для его организма инфекциями. Если раньше, когда ребенок слишком часто болел простудой (или ОРВИ), его начинали непременно обследовать и искать «тайную» причину «сниженного» иммунитета, то сегодня уже доказано, что для детей болеть даже раз в месяц – это нормально.

В ответ на каждую инфекцию аденоиды, как орган иммунитета, временно увеличиваются в размерах. Как только инфекция угасает, аденоиды возвращаются в норму и никак себя не проявляют. Но бывает, что они увеличиваются в размерах, перекрывая носовое дыхание, либо продолжают находиться в состоянии воспаления и сами превращаются в источник инфекций. Возникает замкнутый круг. В этом случае врачи, описывая воспаленные и увеличенные аденоиды, могут их характеризовать различными терминами: гипертрофия аденоидов, аденоидные вегетации, аденоидит. Речь идет примерно об одном и том же.

Четыре признака того, что аденоиды стали проблемными:

- 1) частые средние отиты. Мы уже помним, что причиной развития средних отитов у детей являются дисфункция слуховых труб и несостоятельность детского иммунитета. Аденоиды во многих случаях усугубляют работу слуховых труб – и за счет механического воздействия, и из-за бактерий, которые их населяют. Мало того, что у маленьких детей слуховые трубы сами по себе имеют форму, предрасполагающую к отитам, так тут еще и аденоиды со своими бактериями!
- 2) частые синуситы – воспаление носа и околоносовых пазух. Если у ребенка простуда или ОРВИ протекает длительно и заканчивается синуситом (гайморит, фронтит, этмоидит), скорее всего, в этом «виноваты» аденоиды. Это связано с тем, что аденоиды препятствуют оттоку отделяемого из носа, в результате чего оно застаивается, а также со множеством бактерий на их поверхности;
- 3) постоянный насморк и заложенность носа. Увеличиваясь в размерах, аденоиды могут физически заблокировать нос, в результате чего ребенок начинает постоянно дышать через рот. Если на это не обращать внимания, хроническое дыхание через рот вызовет нарушение прикуса и формирование так называемого «аденоидного» лица. Классически это удлиненное лицо с приоткрытым ртом, узкой верхней губой, скученными зубами, уменьшенной верхней челюстью и сглаженными носогубными складками;
- 4) храп и остановки дыхания во сне (синдром обструктивного апноэ сна – СОАС). В сочетании с увеличенными гландами (нёбными миндалинами) увеличенные аденоиды могут полностью перекрывать дыхательные пути, когда ребенок спит. В результате этого возникает опасное для жизни состояние – ребенок перестает дышать на несколько секунд.

К другим проявлениям могут относиться хронический кашель, выделения из носа, частые ОРВИ, повышение температуры тела и даже головная боль. Но эти симптомы свойственны многим заболеваниям и не являются характерными лишь для аденоидов.

Важно знать, что увеличенные в размерах аденоиды далеко не всегда вызывают проблемы. Вот почему только лишь на их размер ориентироваться не стоит.

Как обнаруживаются аденоиды?

Разглядеть аденоиды у ребенка – непростая задача, особенно если ребенок маленький: их попросту не видно невооруженным глазом, да и заставить ребенка сидеть спокойно во время исследования – задача не из легких. Педиатр обычно не обладает навыками и специальными приборами для осмотра. Лишь лор-врач может определить состояние аденоидов. Он начинает обследование с риноскопии – осмотра носа с помощью специального расширителя (носового зеркала) и налобного осветителя – фонарика. Доктор с зеркалом на лбу – уже атавизм.

Если приглядеться, можно увидеть отражение света от ткани аденоидов, а по амплитуде движения мягкого нёба можно догадаться об их размере. Но лишь догадаться, ибо никакие визуальные методы без специальных приборов не дадут точной картины.

Какими только методами не пользуются врачи, чтобы определить размер аденоидов: и прощупыванием носоглотки указательным пальцем, и осмотром миниатюрным зеркальцем, но все это, к счастью, уходит в прошлое из-за своей бесполезности.

Два наиболее информативных метода диагностики аденоидов:

1) рентгенография (в народе – рентген, или снимок) носоглотки в боковой проекции. На снимке можно достаточно четко увидеть очертания аденоидов, а самое главное – просвет дыхательных путей. Исследование занимает пару секунд, поэтому даже самые маленькие дети его хорошо переносят. Но, к сожалению, качество снимка часто оставляет желать лучшего – очень важно, чтобы специалист рентген-кабинета правильно расположил ребенка во время исследования, а это происходит далеко не всегда;

2) эндоскопическое исследование (или эндоскопия) полости носа и носоглотки. Помните наше путешествие в носоглотку? Так вот это оно и есть: с помощью тоненькой трубочки – эндоскопа, соединенного с видеокамерой, – можно пройти по закоулкам носа и пробраться в носоглотку. Изображение выводится на монитор, поэтому в «путешествии» участвует не только врач, но и родители маленького пациента. Подводя эндоскоп к носоглотке, можно отлично рассмотреть ее купол, ткани аденоидов, устья слуховых труб, оценить цвет слизистой, увидеть гнойные выделения, покрывающие аденоиды, проверить степень подвижности мягкого нёба. При глотании или если сказать «ку-ку», мягкое нёбо поднимается и отгораживает нос от ротоглотки. Из-за больших аденоидов движение мягкого нёба сильно ограничено.

Основная проблема этого исследования в том, чтобы уговорить маленького пациента сидеть неподвижно. Многие дети категорически отказываются от этой процедуры, несмотря на ее безболезненность, – кто же хочет, чтобы в нос засовывали инородный предмет?

Важно: при определении состояния аденоидов важен не столько непосредственно их размер, сколько степень влияния на дыхательный просвет. Даже при значительном увеличении аденоидов просвет дыхательных путей может оставаться достаточным для дыхания.

Сложности с инструментальной диагностикой, а главное – отсутствие прямой связи размера аденоидов и проявлений привели к тому, что именно жалобы и характер протекания болезни (анамнез) стали иметь первостепенное значение в диагностике гипертрофии аденоидов.

Попутной, но чрезвычайно важной задачей при диагностике аденоидов ставится исключение опухоли носоглотки. Одной из самых опасных является ювенильная ангиофиброма носоглотки (ЮАН), которую можно случайно принять за аденоиды. ЮАН – это сосудистая доброкачественная опухоль, которая возникает исключительно у мальчиков и обнаруживается чаще в детском возрасте. Она состоит из кровеносных сосудов, и даже малейшее ее повреждение может вызвать несовместимое с жизнью носовое кровотечение.

Важно: для решения вопроса о методе лечения аденоидов имеет значение не их размер, а проявления, которые они вызывают.

Важно: если аденоиды выглядят нетипично, имеется заложенность носа только с одной стороны, возникла выраженная гнусавость или периодические носовые кровотечения, необходимо исключить опухоль носоглотки. Для этого проводят компьютерную томографию (КТ) пазух и МРТ головы с внутривенным контрастированием. Если по результатам исследований велико подозрение на ангиофибром, биопсия абсолютно противопоказана из-за риска сильного кровотечения! Для подтверждения диагноза проводится ангиография.

Можно ли вылечить аденоиды без операции?

К сожалению, не существует эффективного консервативного лечения гипертрофии аденоидов: ни один метод не показал стойкого положительного результата при проведении исследований.

Единственным лечением, которое оказывало временный положительный эффект, оказалось использование местных гормонов-кортикостероидов в виде спреев в нос. Современные назальные гормоны безопасны при соблюдении дозировки и в ряде случаев позволяют сдерживать воспаление аденоидов, особенно при наличии аллергии. Для поддержания работы носа и профилактики инфекций хороший эффект оказывает регулярное орошение носа спреями на основе морской воды.

Важно: эффективного консервативного лечения увеличенных аденоидов не существует! Повсеместно предлагаемые препараты «от аденоидов», такие как местные антибиотики или антисептики, отвар коры дуба, различные масла в нос, гомеопатические средства, протаргол, колларгол, физиотерапия (лазер, магнит) и многие другие средства являются не только неэффективными, но и в ряде случаев вредными.

Когда наступает время расстаться с аденоидами?

Существует четыре причины, по которым с аденоидами необходимо расстаться, чтобы не получить осложнения на всю жизнь:

- 1) заложенность носа и постоянное дыхание через рот – помимо кислородного голодания, нарушается форма прикуса и лицевого скелета;
- 2) синдром обструктивного апноэ сна (остановки дыхания во сне, сопровождающиеся громким храпом) в сочетании с увеличением аденоидов в размерах. Это состояние представляет угрозу для жизни;
- 3) рецидивирующие средние отиты. Если их не лечить, то высока вероятность развития хронического отита и стойкого снижения слуха;
- 4) рецидивирующие риносинуситы (воспаления носа и пазух). Гнойный синусит может привести к серьезным осложнениям.

Если у вашего ребенка аденоиды третьей степени, но отсутствуют перечисленные выше проблемы, это **не** показание к аденотомии (удалению аденоидов).

Если ваш ребенок болеет простудой или ОРВИ раз в месяц – это **не** показание к аденотомии.

Если ваш ребенок храпит во сне или спит с открытым ртом – это **не** показание к аденотомии.

Важно: показана операция или нет, решает лор-врач во время очной консультации.

Итак, подход при аденоидах прост: если есть показания к операции, необходимо аденоиды удалить. Если показаний к операции нет, нужно использовать профилактические методы, поддерживающие работу носа. Длительно и упорно лечить проблемные аденоиды консервативными препаратами бессмысленно.

Какой метод операции является самым современным?

Современная операция по удалению аденоидов (аденотомия) включает три важных фактора:

- 1) операция должна выполняться под общей анестезией – когда пациент спит и в трахею устанавливается трубочка, препятствующая попаданию крови или других жидкостей в дыхательные пути (аспирация);
- 2) операция ни в коем случае не должна выполняться вслепую: либо под контролем эндоскопа, либо посредством гортанного зеркала и операционного микроскопа. Операция может выполняться через нос или через рот, в зависимости от предпочтений хирурга и особенностей анатомии. К сожалению, все еще распространена практика, когда хирург оперирует вслепую, то есть заводит инструмент в носоглотку и

срезает аденоиды на ощупь. Такой подход может быть опасен рядом осложнений – от носового кровотечения до вывиха шейного позвонка;

3) во время операции должны использоваться современные инструменты, например шейвер, микроскоп или эндоскоп, коагулятор для остановки кровотечения.

Вопрос: нам предлагают удалить аденоиды лазером. Это современный метод?

Ответ: хирургический лазер имеет высокую температуру и крайне агрессивное воздействие на ткань аденоидов. Вследствие этого после лазерной аденотомии повышен риск развития кровотечения и рубцов в носоглотке, поэтому он не рекомендован к применению для аденотомии.

Случай из практики

Несколько лет назад, общаясь с любимой лошадью в конюшне, я не первый раз болтала о том о сем со своей знакомой, такой же страстной наездницей. Не скажу, что мы дружили, но общались достаточно часто и в основном говорили о лошадях. Как-то раз речь случайно зашла о ее младшей дочери (на тот момент ей было пять), которая вот уже без малого три года плохо слышит. Причем упомянула она об этом вскользь, как о чем-то естественном, рассказывая совсем другую историю.

– Подожди, – прервала я ее, – а что за проблема со слухом у дочери?

И только теперь она вспомнила, что за пределами мира лошадей я – лор-врач, и принялась рассказывать ужасающую, но, к сожалению, типичную для российских пациентов историю.

Три года назад у дочери возник отит. Она обратилась в дорожную частную клинику, где у ребенка выявили аденоиды, экссудативный отит на оба уха и «приговорили» к операции. Недолго думая, она согласилась, и уже через несколько дней под наркозом и с эндоскопом девочке удалили аденоиды и провели шунтирование барабанных полостей (поставили вентиляционные трубочки в барабанные перепонки). Операция и заживление прошли успешно. Но как только через два месяца вентиляционные трубки удалили, история с отитами повторилась.

«Да с кем не бывает, – скажете вы. – Человеческий организм непредсказуем и может сопротивляться лечению».

Я бы с вами согласилась, если бы эта история не повторилась три раза! За три года ребенку три раза удаляли аденоиды, три раза шунтировали уши. Врачи внушали родителям, что проблема их дочери неустранима. В конце концов мама сдалась.

Как вы уже, наверное, догадались, в скором времени девочка оказалась у меня в кабинете. Увидев ее уши, я ужаснулась: барабанные перепонки, больше напоминавшие безжизненные тряпочки, настолько втянулись внутрь, что просто лежали на внутренней стенке среднего уха. Проведенная эндоскопия носоглотки подтвердила мои подозрения – проблема в аденоидах. Только в куполе носоглотки, где они обычно располагаются, аденоиды отсутствовали (их удалили), но по бокам они словно покрывалом закрывали устья слуховых труб. Проблема была в том, что обычные инструменты, которые используются для удаления аденоидов, захватывают только их центральную часть. Но чтобы качественно удалить их из области слуховых труб, необходимо использовать шейвер – современный инструмент, напоминающий миниатюрную электробритву: он мягко «сбривает» аденоиды, не повреждая соседние ткани. А эндоскоп при этом – лишь метод визуализации (осмотра).

Девочке пришлось перенести четвертую, но, к счастью, последнюю операцию на аденоидах и барабанных перепонках. На заключительном этапе операции я поставила в барабанные перепонки вентиляционные трубки и отпустила маленькую, но очень храбрую пациентку домой. Вскоре трубочки удалили, и сейчас, спустя несколько лет, уже и не догадаешься, что с ушами были проблемы. У детей все заживает бесследно.

Важно: если вам говорят, что операцию будут проводить с эндоскопом, это еще не значит, что она является современной. Эндоскоп – это не инструмент, им не оперируют. Эндоскоп – это трубка с камерой, то есть лишь средство визуализации.

Глава 3. Боль в горле

Помню, как в детстве, едва наступала весна, моим подругам родители разрешали ходить без шапки, но моя бабушка была тверда. Никакие уговоры и доводы на нее не действовали. «Заболеть хочешь?» – негодовала она, натягивая мне на голову ненавистную шерстяную шапку. А желание съесть мороженое на улице в прохладную погоду сразу каралось фразой, которую слышал каждый ребенок: «Горло заболит!»

И когда мне наконец разрешали выходить на улицу без шапки, моему счастью не было предела.

Знали ли бы родители тогда, что зря лишали меня маленького детского счастья. Ведь вопреки расхожему мнению, общее переохлаждение, прогулка в холодную погоду или употребление холодных напитков совершенно не влияют на риск подхватить простуду. Так что, уважаемые родители, не паникуйте, если ребенок не надел шапку или съел мороженое зимой на улице – это не так страшно.

Мне еще не встретился ни один человек, у которого ни разу в жизни не болело горло. Встречались такие, кто никогда не знал головной боли, боли в мышцах, даже зубной боли, но боль в горле рано или поздно испытывали все.

Как мы помним из нашего «анатомического путешествия», горло – это общее название целого ряда органов, поэтому, когда оно болит, нужно разобраться, какая именно часть поражена и чем. Ведь именно от этой информации зависит тактика лечения.

Самая частая причина боли в горле – это воспаление глотки, или **фарингит**. Но здесь начинается несоответствие российских и общемировых представлений о нем, что часто вызывает путаницу. Дело в том, что в России врачи четко разграничивают области воспалений глотки. Например, если воспалена задняя стенка – это фарингит, воспалены миндалины – это **тонзиллит**. А что, если воспалено и то и другое? Правильно, это **тонзиллофарингит**. Но у нас еще есть и язычная миндалина, она же тоже может воспалиться? Да, конечно. В этом случае – это **воспаление язычной миндалины**, или язычная ангина.

Однако в зарубежной литературе эти заболевания объединили и под фарингитом подразумевают воспаление любого участка глотки: и задней стенки, и миндалин, и мягкого нёба, и язычка. И действительно, в этом есть свое рациональное зерно: во-первых, слово «фарингит» (происходит от лат. *pharynx* – глотка, а окончание «ит» означает воспаление) дословно переводится как «воспаление глотки» (а не только ее задней стенки). Во-вторых, воспаление задней стенки глотки и миндалин часто возникает одновременно, имеет общую причину и лечится одинаково. Так есть ли смысл разграничивать эти понятия? Вряд ли.

Важно: если воспаляются нёбные миндалины (гланды), то возникает острый тонзиллит, хотя в России принято говорить «ангина». Но имейте в виду, что во всем мире ангиной называют боль в сердце, поэтому, если вы находитесь за границей, не попадитесь в эту ловушку слов.

Острый фарингит

Если у вас внезапно «заскребло», защекотало или возникла боль в горле, можете практически не сомневаться – начинается вирусная инфекция, или, как сейчас говорят специалисты, ОРВИ (вместо устаревших ОРЗ и «простуды»).

Действительно, боль в горле, или острый фарингит, в подавляющем большинстве случаев вызван пресловутыми вирусами, а не переохлаждением, как многие думают. Описано более 200 видов вирусов, которые могут вызвать ОРВИ. Среди них и всем известный вирус простого герпеса, и вирус Эпштейна

– Барр. Острому фарингиту при ОРВИ часто сопутствуют насморк, кашель, головная боль, осиплость голоса и температура. При наличии насморка диагноз будет звучать как «острый ринофарингит», при осиплости голоса – «острый фаринголарингит» (где ларингит – воспаление гортани). Все логично. Все эти диагнозы на самом деле являются синонимами ОРВИ.

Каковы основные факторы риска ОРВИ или чего нужно избегать, чтобы не подхватить простуду:

- контакты с заболевшими людьми, особенно с детьми, посещающими детский сад. Как правило, вирусы передаются через грязные руки, с игрушками, предметами гигиены. Поэтому не прикасайтесь ко рту, используйте индивидуальные средства гигиены и часто мойте руки;
- аллергия и астма значительно увеличивают риск ОРВИ. Если у вас или вашего ребенка есть признаки аллергии либо бронхиальной астмы, обратитесь к специалисту;
- путешествия. Избегайте находиться в общественном транспорте, в аэропортах, на вокзалах. Именно здесь вирусы распространяются особенно быстро;
- курение значительно ослабляет сопротивляемость слизистых носа и рта. И не стойте рядом с курящими – пассивное курение действует точно так же, как и активное;
- факторы, ослабляющие иммунитет: определенные лекарства, перенесенная недавно операция, психологический стресс. Кстати, именно хронический стресс на работе может быть причиной частых ОРВИ;
- хронические заболевания носа и пазух. Не откладывайте посещение лор-врача, займитесь лечением хронического насморка.

Как лечить острый фарингит, или ОРВИ?

Организм борется с ОРВИ самостоятельно: инфекция обычно проходит за 5–10 дней без специального лечения.

Предлагаемые в аптеках и активно рекламируемые препараты против простуды и гриппа дают лишь временное облегчение (симптоматический эффект). Единственно эффективными противовирусными препаратами являются так называемые блокаторы нейраминидазы (озельтамивир, занамивир), которые назначают в редких случаях и определенной группе пациентов. Но и они не являются панацеей, сокращая время болезни лишь на сутки.

Важно: не существует эффективных лекарственных препаратов против ОРВИ.

Часто врачи перестраховываются, назначая при остром нетяжелом фарингите антибиотики. Однако такой подход ошибочен: во-первых, антибиотики при вирусной инфекции неэффективны; во-вторых, они могут вызвать устойчивость флоры, населяющей глотку, и не будут работать в будущем.

Важно: при боли в горле и ОРВИ антибиотики бесполезны. Они не действуют на вирусы и не предотвращают развитие бактериальных осложнений.

Реже причиной острого фарингита могут быть и бактерии, однако определить это на глаз очень сложно – проявления практически не различаются. Поэтому врач при выборе метода лечения в первую очередь обращает внимание на общее состояние пациента, наличие сопутствующих заболеваний и исключает другие причины боли в горле.

Таким образом, основное лечение острого нетяжелого фарингита симптоматическое: при боли в горле назначают обезболивающее в таблетках или сиропе (ибупрофен, нурофен), при повышении температуры тела – жаропонижающие, теплое обильное питье (для восполнения жидкости), но все же самое главное в лечении – это отдых. Просто не мешайте организму выздоравливать!

Важно: при ОРВИ, или остром фарингите ни в коем случае не давайте детям аспирин! Он может вызвать угрожающее для жизни состояние – синдром Рея (отек головного мозга и жировую инфильтрацию печени).

Что касается множества предлагаемых в аптеках спреев и «полоскалок» для горла, спешу вас разочаровать: они малоэффективны при фарингите. Более того, они вызывают сухость и могут усилить дискомфорт в горле, так что не увлекайтесь ими. К тому же спреи с антибиотиком местного действия уничтожают не все бактерии, из-за чего может развиться бактериальная устойчивость. И когда антибиотики действительно понадобятся, они уже будут неэффективны. Чтобы облегчить боль в горле, используйте полоскания слабосолевыми растворами, приготовленными дома, и не употребляйте слишком горячие или раздражающие слизистую еду и напитки. Этого вполне достаточно для лечения ОРВИ.

Народные методы лечения

Бабушки и мамы, которые прошли огонь и воду в борьбе за здоровье своих кровиночек, считают себя лучшими специалистами по лечению простуды и ОРВИ. Они, как никто другой, знают все рецепты быстрого выздоровления без «вредных» антибиотиков. А уж что касается профилактики, тут они чувствуют себя как рыба в воде. Все эти методы, как тайные знания, обладают исключительной живучестью, передаваясь из поколения в поколение. При малейших признаках недомогания в ход идут горячее молоко с медом и сливочным маслом, растирание спиртом, намазывание тела горячим медом, банки, горчичники, вареная картошка и многое другое. Для профилактики засовывают в нос зубчики чеснока, закапывают сок алоэ, прополис и смазывают горло соком репчатого лука, «выбивают» микробов дубовым веником в бане.

Народная медицина воинственно настроена против традиционной. Кажется, что у нее одна праведная цель – долой антибиотики! Представляю удивление бабушек и мам, если они узнают, что и официальная медицина борется ровно с тем же самым – необоснованным назначением антибиотиков! Что касается народных методов, то официальная медицина относится к ним нейтрально – до тех пор, пока они не несут вреда.

Важно: эхинацея, витамин С в больших дозах, прополис, чеснок и мед никак не влияют на скорость выздоровления от ОРВИ, но и вреда от них тоже не замечено. Но все же в нос не следует закладывать, засовывать или заливать якобы полезные субстанции, действие которых не изучено. Нос – очень чувствительный орган, и в следующей части книги вы поймете, что может произойти.

Бактериальный фарингит

Однако не все бактерии безобидны при остром фарингите. Примерно в 20–30 % случаев острый фарингит (который, напоминаю, включает ангину) связан с размножением в горле особо опасной бактерии – бета-гемолитического стрептококка группы А (общепринятая аббревиатура БГСА). Этот стрептококк может вызвать серьезное осложнение – острую ревматическую лихорадку (или, как говорили раньше, ревматизм) и воспаление почек (постстрептококковый гломерулонефрит). Оказывается, антитела, которые вырабатываются против БГСА, словно пазлы подходят к собственным клеткам сердца, суставов и почек и во время острой инфекции начинают атаковать не только стрептококки, но и собственные ткани! В результате может развиваться воспаление крупных суставов (артрит), сердца (кардит), почек (гломерулонефрит), повысится температура тела и в редких случаях возникнут неосознанные подергивания конечностей и лицевых мышц (хорея Сиденгама). Вот почему стрептококк так опасен.

– А как же другие бактерии? Золотистый стафилококк, синегнойка, кишечная палочка или, не дай бог, грибы? Вдруг мазок обнаружит в горле эти страшные микробы, разве их лечить не нужно?

В том то и дело, что лечат не результаты мазка, а заболевание (например, гайморит, фарингит, отит), а еще точнее – пациента. На самом деле все перечисленные бактерии не такие уж и страшные, поскольку

они могут жить в глотке постоянно и при этом не вызывать никаких инфекций. Поэтому не следует бросаться лечить бактерии, которые указаны на бланке анализа. Скорее всего, они являются частью нормальной микрофлоры глотки.

Как не пропустить БГСА?

Важно: своевременно назначенные антибиотики при остром стрептококковом фарингите (тонзиллите) могут предотвратить ревматические осложнения на сердце, почки и суставы.

Как я уже отмечала, коварство заболевания в том, что бактериальный и вирусный фарингиты протекают одинаково, и лишь мазок из горла позволяет их различить. Проблема в том, что посев (или, как говорят медики, бактериологическое исследование) готовится не менее трех дней, а быстрый тест на стрептококк (стреп-тест) не всегда имеется в арсенале врачей, поэтому можно упустить время. Вот почему врачи в мире договорились ориентироваться на четыре признака того, что инфекция вызвана именно БГСА:

- 1) наличие налета на миндалинах;
- 2) температура тела выше 38,3 °C;
- 3) увеличение и болезненность лимфатических узлов шеи;
- 4) отсутствие кашля.

Если присутствует только один признак, вероятность БГСА составляет около 23 %, а если налицо все четыре, то возрастает до 86 %. Когда вероятность присутствия БГСА высокая или он подтвержден результатом мазка, рекомендовано проводить лечение системными антибиотиками (в таблетках или инъекциях). Обычно лечение проводят амбулаторно, но при тяжелом общем состоянии и развитии осложнений необходима экстренная госпитализация.

Важно: во рту и глотке в норме проживает всевозможная флора, поэтому брать мазок из горла на исследование в большинстве случаев лишено смысла. Мазок берется для исключения БГСА и в редких случаях – атипичных бактерий при наличии показаний.

Это интересно: острый фарингит может быть первым проявлением гонореи. Если у вас возникла боль в горле после незащищенного орального секса, это может быть не что иное, как гонорейный фарингит. Так что большое заблуждение, что оральный секс защищает от инфекций, передающихся половым путем.

Вопрос: у меня два дня назад заболело горло, но чувствую себя нормально. Можно ли мне продолжить посещать фитнес-клуб?

Ответ: острая боль в горле часто вызвана простудой (ОРВИ). Это заболевание при легком течении не требует специального лечения. Если общее самочувствие не страдает и вы нормально переносите занятия фитнесом, то можете их продолжить. Однако постарайтесь уменьшить нагрузку и помните, что вы можете заразить окружающих.

Когда нет времени ждать и необходимо немедленно обратиться к лор-врачу?

Не игнорируйте длительную или нарастающую боль в горле. Горло – это орган дыхания, поэтому банальный на первый взгляд фарингит может внезапно осложниться отеком или абсцессом и вызвать опасные для жизни осложнения:

- если боль в горле присутствует только с одной стороны, трудно открыть рот, а жевательные мышцы не слушаются, срочно обратитесь в больницу – скорее всего, это паратонзиллярный абсцесс (у детей бывают ретрофарингеальный и боковой фарингеальный абсцессы). В случае паратонзиллярного

абсцесса воспаление распространяется за пределы нёбной миндалины, а при ретрофарингеальном – через глубокие лимфатические узлы, в результате в мягких тканях глотки образуется полость с гноем. Если срочно не вскрыть абсцесс, гной может распространиться ниже и попасть в грудную клетку и сердце;

- если на фоне боли в горле вы ощущаете проблемы с глотанием, а голос стал звучать, как будто у вас горячий картофель во рту, или, еще хуже, стало трудно дышать – незамедлительно вызывайте «Скорую»! Эти симптомы могут говорить о развитии абсцесса надгортанника. Вы рискуете задохнуться в любой момент;
- если боль в горле сопровождается ощущением инородного предмета в горле – так может ощущаться нарастающий отек мягких тканей глотки или гортани. Не теряйте время, немедленно вызывайте «Скорую»! Отек в горле очень опасен: за считанные секунды он может полностью перекрыть дыхательные пути.

Важно: своевременно назначенные антибиотики при остром стрептококковом фарингите (тонзиллите) могут предотвратить ревматические осложнения на сердце, почки и суставы.

У маленьких детей симптомы абсцесса глотки могут быть разнообразными и не всегда очевидными: от лихорадки, озноба и плаксивости до вынужденного положения из-за боли и ригидности мышц шеи. Но самыми частыми симптомами абсцесса глотки у детей, по данным исследований, являются лихорадка и боль в шее. Поэтому, если у вашего ребенка имеются эти признаки, срочно обратитесь к врачу.

Чтобы диагностировать глубокий абсцесс глотки (ретрофарингеальный или боковой абсцесс глотки) врач может назначить либо рентген носоглотки в боковой проекции, либо компьютерную томографию. Но именно компьютерная томография лучше всего «видит» ткани глотки и шеи и является основным методом диагностики при таких заболеваниях.

Это интересно: врачи большое внимание уделяют выявлению стрептококковой инфекции, которая может вызвать опасные ревматические осложнения на почки, суставы и сердце. Однако не все знают, что есть не менее опасный микроб, который вызывает инфекцию в горле, – фузобактерия (*fusobacterium necroforum*), приводящая к образованию паратонзиллярного абсцесса. Он может быстро прогрессировать и вызывать воспаление – тромбофлебит внутренней яремной вены (синдром Лемьера). А если это осложнение возникло, буквально в течение нескольких часов оно может вызвать сепсис (заражение крови) и менингит.

Хроническая боль в горле

Время от времени ко мне приходят пациенты, страдающие от хронической боли в горле. Многие уже посетили не один десяток врачей, прошли не один курс лечения и возлагают на меня последние надежды.

Приглашая пациента в кабинет, я настраиваюсь на долгое общение: определить причину хронической боли в горле, особенно при длительном течении, очень непросто, не говоря о том, что таких причин может быть несколько.

В самом деле, любая хроническая боль, будь то в спине, зубе или горле, причина которой сразу не очевидна, сначала вызывает лишь беспокойство. Однако с каждым посещением врача и очередным безуспешным лечением оно переходит в серьезную тревогу, выводит человека из равновесия, постепенно проникая во все сферы его жизни и чуть ли не разрушая ее.

Бешеный ритм работы врачей, особенно в стационаре, вовсе не способствует вдумчивому поиску неизвестной причины больного горла, так что им приходится отмахиваться первым попавшимся диагнозом, чтобы отделаться от трудного случая.

В таких ситуациях нужны время и терпение, поэтому воспользуемся тем, что в книге нас никто не будет торопить, и попробуем все же найти причину хронической боли в горле.

Хронический фарингит, или постоянное воспаление задней стенки глотки (с миндалинами или без), далеко не всегда имеет очевидную причину. Это связано с тем, что сама по себе задняя стенка просто так не воспаляется (это происходит лишь при острой инфекции – ОРВИ или стрептококковом фарингите). При хроническом течении заболевания причина кроется, как правило, совсем в другом. Горло лишь реагирует, находясь на перекрестке между дыхательными путями и пищеварительной системой. Соответственно, и причину необходимо искать в двух направлениях.

Самые частые проявления при хроническом фарингите следующие:

- боль, дискомфорт, жжение, першение в горле при глотании;
- стекание отделяемого по задней стенке глотки;
- сухость в горле;
- необходимость постоянно откашливать слизь и очищать горло (особенно по утрам);
- постоянный кашель;
- ощущение дискомфорта в шейных лимфоузлах;
- неприятный запах изо рта (научным языком – галитоз).

Начнем с главного, чего как огня боятся практически все, – онкологии. Часто дискомфорт, щекотание или ощущение инородного тела в горле пациент принимает за первые признаки онкологии. Боязнь роста злокачественной опухоли встречается у многих, особенно при наличии неясных проявлений, а у некоторых переходит даже в навязчивое состояние – канцерофобию (патологическую боязнь заболеть раком). Конечно, не стоит впадать в крайности, но думать об онкологии, как о возможной причине постоянных жалоб, действительно стоит: первыми признаками рака глотки или гортани могут быть именно дискомфорт, боль и ощущение инородного тела при глотании.

Важно: одной из причин хронической боли или дискомфорта в горле является новообразование (опухоль). Основная задача врача – в первую очередь исключить онкологию.

Чтобы исключить опухоль, врач проводит внимательный осмотр лор-органов, особенно полости рта, глотки и гортани, обращая внимание на цвет и консистенцию слизистых, симметричность миндалин, подвижность мягкого нёба, языка, голосовых складок. Для тщательного осмотра одного лишь фонарика, шпателя и зеркала недостаточно. Необходимо использовать современные методы: эндоскопию с применением гибкого и жесткого эндоскопов, с помощью которых можно хорошо рассмотреть носоглотку, гортань, вход в пищевод и трахею. Хорошая новость заключается в том, что в большинстве случаев опухоли полости рта, глотки и гортани сразу видны либо имеются косвенные признаки их роста. Если у врача возникли подозрения на опухоль, он может назначить дополнительные исследования: УЗИ шеи, МРТ головы и шеи с внутривенным контрастом или КТ гортани.

Важно: одним из частых признаков опухоли глотки или гортани является увеличение лимфатического узла на шее с одной стороны. Поэтому, если у вас или ваших близких возникла припухлость (опухоль) на шее с одной или двух сторон, первым делом необходимо исключить онкологию.

Замечено, что как только пациент услышит, что онкология исключена, у него моментально проходят неприятные ощущения в горле без всякого лечения.

Это интересно: если при осмотре полости рта врач выявляет опухоль в области корня языка, не спешите ее удалять. Это может быть щитовидная железа! Оказывается, в редких случаях щитовидная

железа, или, как говорят в народе, щитовидка, располагается не в привычном месте на передней поверхности шеи, а в совершенно неожиданных местах. Это так называемая эктопированная щитовидная железа. Помимо корня языка, она может располагаться под подбородком, в трахее, грудной полости, брюшной полости и даже в сердце! Чтобы определить, опухоль это или щитовидная железа, проводят сцинтиграфию. И, безусловно, отсутствие щитовидной железы в типичном месте также будет подтверждать, что выявленная «опухоль» – это она и есть.

Для многих врачей, не говоря уже о пациентах, будет откровением, что наиболее частой причиной постоянного дискомфорта в глотке является болезнь желудка с труднопроизносимым названием – «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь», или ГЭРБ. Оказывается, у многих людей желудочный сок периодически забрасывается из желудка обратно в пищевод. И хотя в организме человека предусмотрены предотвращающие это специальные клапаны – сфинктеры, они не всегда справляются со своей задачей. Иногда этот заброс может быть настолько мощным, что желудочный сок достигает даже носа!

Когда заброс, или, как говорят врачи, рефлюкс, происходит регулярно, слизистая оболочка горла, не приспособленная к воздействию кислот, становится сухой и воспаленной. Ученые даже выделили отдельную форму рефлюкса, при которой страдают лор-органы, и назвали ее «ларингофарингеальный рефлюкс» (ЛФР). Но по сути, ГЭРБ и ЛФР – это одно и то же.

Коварство ГЭРБ в том, что человек не ощущает реального заброса (это происходит в совсем запущенных случаях) и единственным его проявлением могут служить совершенно безобидные симптомы: першение в горле, стекание слизи из носоглотки, частый кашель и т. п.

– Доктор, у меня точно нет рефлюкса – у меня действительно слизь стекает из носа, я это ясно ощущаю, а заброс ведь происходит снизу вверх, – недоумевают пациенты.

В этом-то и парадокс; заброс вверх ощущается именно как стекание слизи сверху вниз, и это ощущение ложное.

Понять, откуда берется «стекающая» слизь, можно, проведя эндоскопию носа и носоглотки. Если слизь действительно берется из носа – это ясно видно, так как тяжи слизи тянутся из носа назад и спускаются в глотку. Пройдя эндоскопом глубже в глотку и гортань, можно увидеть характерные для рефлюкса изменения: отек слизистой, скопление пенистой слизи в грушевидных карманах, отек голосовых складок, увеличение слизистой в объеме между черпаловидными хрящами (пахидермия) и другие. Интересно, что именно эндоскопическое исследование гортани дает больше всего информации, позволяющей заподозрить рефлюкс.

Важно: гастроскопия не является достоверным методом диагностики ГЭРБ. А наиболее информативный метод – суточная РН-метрия пищевода – трудоемкий и дорогостоящий, к тому же имеется риск неверного результата. Именно поэтому эндоскопия гортани признана самым оптимальным методом определения ЛФР (ГЭРБ).

При подозрении на рефлюкс больного не изнуряют сложными диагностическими процедурами, а сразу назначают пробное лечение. Если боль в горле была вызвана рефлюксом, то она постепенно пройдет. Правда, лечение может занять не один месяц.

Важно: не все гастроэнтерологи знакомы с лор-проявлениями рефлюкса – ЛФР. Поэтому если у вас есть признаки этого заболевания, убедитесь, что вы обратились к гастроэнтерологу, который специализируется и на этой проблеме.

Еще одной причиной, вызывающей дискомфорт или боль в горле, может быть действительно стекание отделяемого из носа в глотку. Такое случается при различных проблемах носа и пазух: аллергическом рините, аденоидите, хроническом синусите и других.

В норме в носу образуется большое количество слизи (около 200 мл в сутки – целый стакан!), которая незаметно двигается в сторону носоглотки, стекает в глотку и проглатывается. Однако если в носу возникает воспаление или слизи образуется намного больше, она начинает раздражать слизистую оболочку задней стенки глотки, вызывая неприятные ощущения или боль.

Чтобы исключить причину со стороны патологии носа, проводят эндоскопию полости носа и компьютерную томографию (КТ) околоносовых пазух.

Поскольку горло участвует в пищеварении и через него проходят пища и жидкости, оно может повреждаться от слишком горячих или холодных, острых или кислых продуктов. Есть любители насладиться обжигающим чаем, почти кипятком. А потом удивляются, почему у них першит в горле.

Также следует знать, что сухость в горле физически ощущается как боль, поэтому, если сухость присутствует, нужно найти ее причину. Это может быть и постоянное дыхание через рот, особенно во время сна, и сухой воздух, и курение, и воздух, загрязненный автомобильными выхлопами. Даже аллергия на пыль либо химикаты может проявиться сухостью, а соответственно, и болью в горле.

– Доктор, у меня ужасно слабое горло! – почти набрасывается на меня пациент. – Стоит мне сделать глоток холодной воды, как буквально через минуту оно начинает нестерпимо болеть!

– И как долго оно болит после этого? – спрашиваю я, стараясь усадить его в кресло.

– Несколько часов, не меньше! – обиженно заявляет он, как будто я ему не верю.

– А почему бы вам просто не отказаться от холодных напитков, почему бы не провоцировать боль? – пытаюсь я направить его в русло здравого смысла.

– Я, конечно, могу отказаться от холодных напитков, но это же неправильно! Мое горло никуда не годится! Я требую его укрепить! – теряет он остатки терпения.

При более подробном расспросе выясняется, что других признаков «слабости» горло не проявляет: ангины не было, простуда – раз в год, а то и реже, даже голос после футбольного матча не пропадает. Так что же это за хитрая реакция на холод?

Ответ прост: у некоторых людей есть индивидуальная реакция отдельных частей тела (в том числе и горла) на холод. При попадании холодной воды в горло сосуды резко сужаются (спазмируются), и проявляется это резкой болью. Как только циркуляция крови восстанавливается, проблема уходит. Такой своеобразный рефлекс – индивидуальная реакция организма.

Поскольку горло в основном состоит из мышц, при чрезмерной нагрузке мышечная боль может возникать и в горле, особенно если перенервничать и как следует покричать. А если это происходит регулярно, например у учителей, то и болеть горло будет регулярно.

И, наконец, есть заболевание, при котором постоянная боль в горле – лишь часть его проявлений. Это – синдром хронической усталости. Причина этого синдрома до сих пор неясна, поэтому и с лечением есть некоторые проблемы. Такие пациенты жалуются на постоянную боль или дискомфорт в горле, ощущение увеличенных и болезненных шейных лимфатических узлов, сниженные память и внимание, постоянную усталость, отсутствие жизненной энергии. И чаще всего они винят в своем состоянии именно боль в горле, считая, что причина – в некой вяло протекающей инфекции. Но они ошибаются, инфекция здесь ни при чем. А чтобы этот диагноз подтвердить, нужно исключить все остальные причины жалоб.

Еще реже причиной боли в горле могут служить анемия и нехватка железа в сыворотке крови и гормональные нарушения.

Хронический тонзиллит существует?

– Что вас беспокоит?

– Ничего не беспокоит. Меня направил к вам кардиолог для удаления миндалин. Как можно записаться на операцию?

Такой диалог время от времени происходит в кабинете каждого лор-врача. И здесь начинается самое интересное: большинство лор-врачей стационара, чуть ли не ежедневно практикующих тонзиллэктомию, согласятся с выводами кардиолога и, не особо задумываясь, запишут пациента на операцию. А поликлинические лоры, скорее всего, начнут отговаривать – миндалины «важны для организма, иначе зачем их создал Господь», – примутся за промывания, отсасывания и прогревания. Крайне редки случаи, когда врач начнет разбираться в проблеме, чтобы определить, стоит ли удалять миндалины и нужно ли их вообще лечить. Измотанный прямо противоположными рекомендациями, пациент попадает ко мне за «истиной в последней инстанции». Не скрою, мне приятно, что мое мнение многие пациенты считают объективным, но предлагаю не верить врачу на слово. Давайте попробуем разобраться, зачем же нужны миндалины, с какой целью их «создал Господь», когда стоит их лечить, а когда с ними пора расстаться, и вообще, при чем здесь кардиолог.

Несмотря на то, что диагноз «хронический тонзиллит» ставят чуть ли не каждому второму российскому пациенту, которого судьба занесла в лор-кабинет, этот диагноз возглавляет рейтинг самых загадочных в мире. Дело в том, что начиная с 50-х годов в России хроническому тонзиллиту всегда уделялось непропорционально большое внимание. Возможно, благодаря фундаментальному труду профессора Преображенского, в котором тот подробнейшим образом охарактеризовал этот недуг, разработав подробную классификацию его проявлений, описав точные клинические признаки и критерии постановки диагноза, и, главное, придал этому заболеванию какие-то вселенские масштабы, связав его и с псориазом, и с бесплодием, и с гормональными нарушениями, и еще бог знает с чем. Однако собранный профессором материал был основан на его личном опыте и доступной в те годы информации.

Но наука не стоит на месте. Сегодня проведено множество исследований, которые разрушили большинство общепринятых представлений о миндалинах, да и многие популярные методы лечения оказались ошибочными и ушли в небытие. Тем не менее в современной мировой литературе до сих пор не существует общепринятого определения хронического тонзиллита, и все еще продолжают научные споры. Одни авторы хроническим тонзиллитом называют состояние, при котором часто возникают острые тонзиллиты (фарингиты), и, соответственно, в период, когда инфекция стихает, диагноз будет звучать как «хронический тонзиллит». Для других определяющее значение имеют пробки в миндалинах и связанный с этим неприятный запах изо рта (галитоз). Для третьих хронический тонзиллит – присутствие БГСА, а четвертые уверены, что объективные признаки воспаления миндалин кроются в болезненных шейных лимфоузлах, если они воспалены больше трех месяцев. Так что ответ на вопрос, какие именно внешние признаки свидетельствуют о хроническом воспалении миндалин, все еще остается неясным. У здоровых людей внешний вид миндалин может значительно различаться и по размеру, и по цвету, и по консистенции: у кого-то они более рыхлые, у других более плотные, большие и маленькие, розовые и красные, но все это является вариантами нормы.

Однако если не получается четко определить критерии хронического тонзиллита по объективным признакам, зайдем с другой стороны и попробуем определить правомерность такого диагноза, исходя из существующих методов лечения. И здесь начинается самое интересное, поскольку эффективного консервативного лечения хронического тонзиллита не существует! Антибиотики? Возможно, но только при остром тонзиллите. Антибиотики, назначенные в период ремиссии, не предотвращают новые эпизоды острой инфекции и не снижают риск осложнений. Остальные методы лечения хронического тонзиллита, включающие промывание миндалин, отсасывание вакуумом, смазывание антисептиками, физиотерапию и тому подобное, в мире признаны неэффективными.

Важно: эффективных методов консервативного лечения хронического тонзиллита не существует.

Именно с миндалинами связано самое большое количество мифов. Рассмотрим наиболее распространенные.

Миф 1: пробки в миндалинах очень вредны, они вызывают хроническое воспаление и отравляют организм.

Ответ: это не так. Нёбные миндалины в норме покрыты отверстиями и углублениями – это так называемые крипты. В них постоянно скапливаются пища, бактерии, слущенные клетки, и при глотании миндалины как губки сжимаются и дренируются. Но если этот процесс нарушен, пробки увеличиваются в размерах, начинают неприятно пахнуть, и возникает галитоз. Однако никаким токсическим эффектом пробки не обладают – они лишь могут вызывать неприятные ощущения в горле и проблемы при общении.

Миф 2: увеличение в крови АСЛ-О (антистрептолизин-О) говорит о хроническом тонзиллите и высоком риске ревматических осложнений.

Ответ: это не так. Высокий титр АСЛ-О говорит лишь о том, что пациент когда-то перенес стрептококковую инфекцию и теперь у него в крови циркулируют антитела. А стрептококковая инфекция может протекать не только в миндалинах. Поэтому результаты АСЛ-О сами по себе никак не влияют на тактику лечения тонзиллита.

Миф 3: хронический тонзиллит вызывает бесплодие, снижение потенции у мужчин, проблемы со щитовидной железой, псориаз, гастрит, колит, аллергию, бронхиальную астму, сахарный диабет, снижение зрения, может быть причиной постоянно повышенной температуры.

Ответ: все эти сведения не имеют под собой никакой доказательной базы и, скорее всего, основаны на субъективном опыте некоторых врачей.

Миф 4: хронический тонзиллит опасен осложнениями на сердце, почки и суставы.

Ответ: это не так. Только острый фарингит (тонзиллит), вызванный БГСА, несет риск ревматических осложнений.

Отсюда вывод: основное лечение хронического тонзиллита – только хирургическое. Проводится частичное удаление миндалин – тонзиллотомия или полное – тонзиллэктомия. Частичное удаление практикуется исключительно у детей при выраженном увеличении миндалин в размерах, когда они мешают дышать. В остальных случаях и у взрослых миндалины удаляются полностью вместе с капсулой.

Важно: при хроническом тонзиллите следует руководствоваться законом «все или ничего» – миндалины либо удаляют, либо не трогают.

Пять показаний к удалению миндалин:

- 1) рецидивирующие стрептококковые фарингиты (тонзиллиты) более семи раз за последний год, более пяти раз в год за последние два года, три и более раз в год за последние три года;
- 2) паратонзиллярный абсцесс;
- 3) выраженная гипертрофия миндалин, что вызывает остановки дыхания во сне (СОАС – синдром обструктивного апноэ сна);

4) асимметрия миндалин, что может свидетельствовать об онкологии;

5) возникновение пробок в миндалинах и связанный с ними галитоз.

Таким образом, диагноз «хронический тонзиллит» существует лишь в контексте хирургического лечения.

Теперь понятно, почему «проблемы с сердцем» или боли в суставах сами по себе не являются показанием к удалению миндалин.

И еще несколько страшилок об операции по удалению миндалин.

Всеобщее заблуждение, что тонзиллэктомия – простая и безопасная операция. Если двадцать лет назад миндалины удаляли всем подряд, на операцию ложились семьями, то сейчас это происходит строго по показаниям. И не потому, что миндалины якобы важны для организма как органы иммунитета. Иммунитет, к слову, не страдает после тонзиллэктомии, да и организм тоже, хотя исследования все еще проводятся в этом направлении. Строгие ограничения ввели, чтобы сократить риск опасного осложнения после операции, о котором многие не подозревают. Во время операции, но главное – через 10–14 дней после нее, может возникнуть опасное кровотечение. Каждый год в мире люди гибнут от осложнений тонзиллэктомии, и до сих пор, несмотря на огромное количество инструментов, материалов и технологий, этот риск полностью исключить не научились. Объясняется это тем, что небные миндалины очень хорошо снабжаются кровью, а в редких случаях прямо к миндалине подходит и сонная артерия. Риск несовместимого с жизнью послеоперационного кровотечения, к счастью, чрезвычайно мал, но примерно 10 % пациентов возвращаются в больницу именно из-за кровотечения.

Поэтому всегда взвешивайте риск осложнений после операции и пользу, которую вы ожидаете.

И напоследок развенчаю еще один миф: вопреки всеобщему мнению, тонзиллэктомия не приводит к учащению фарингита, бронхита, пневмонии и астмы.

Кстати, кардиологу – привет! Миндалины оставляем на месте!

Глава 4. О чем храпит сосед?

С детства я не выношу звук храпа – этот ненавистный звук возглавляет мой собственный топ-10 списка раздражителей. Что-то мне кажется в нем противоестественным, болезненным, диким. Поначалу я думала, что нетерпимость к храпу – это пунктик характера, такое проявление эгоизма, которое нужно подавлять, или дурная привычка, которую требуется искоренять.

Храп упорно преследовал меня и настиг даже в медицинском исследовании. По иронии судьбы, именно храп стал темой моей кандидатской диссертации. И теперь, досконально изучив эту тему, я понимаю: интуиция меня не подвела – в храпе ничего хорошего нет!

Откуда берется «ночной оркестр»?

Я всегда считала, что каждый должен заниматься своим делом. Совмещение функций – это всегда компромисс. Даже стиральная и сушильная машины должны существовать отдельно друг от друга, иначе ни стирка, ни сушка не будут идеальными. Так и глотка: она устроена как «два в одном»: отвечает и за дыхание, и за пищеварение. А ведь это две чуть ли не взаимоисключающие друг друга функции: чтобы дышать, глотка должна быть полой, как трубка, а чтобы глотать – полностью смыкаться, чтобы проталкивать пищу в пищевод, не давая ей вернуться обратно и попасть в нос. Замысел хороший, но с возрастом или при возникновении ряда заболеваний компромисс проявляет себя все больше.

Как мы помним, глотка состоит преимущественно из мышц, но как только мозг засыпает, мышцы расслабляются и начинают ритмично вибрировать, издавая диковинные звуки, в чем-то похожие на тромбон. К ним присоединяются мелодичные звуки аденоидов, увеличенных носовых раковин и

ослабленной нёбной занавески с язычком, вслед за ними вступает корень языка, наконец, партию подхватывают надгортанник и голосовые складки – «оркестр» уже звучит по нарастающей. И вот крещендо, кульминация и... тишина! Звук храпа прерывается.

Это может означать, что человек либо проснулся – мышцы пришли в тонус и вибрация прекратилась, либо человек просто-напросто не дышит – что звучит далеко уже не так оптимистично. И чем дольше длится тишина, тем опаснее: в момент остановки дыхания развивается кислородное голодание, подскакивает артериальное давление, возникает аритмия – все может закончиться инфарктом, инсультом и даже смертью!



АПНОЭ

Так существует ли такое заболевание как храп? Увы, но официально диагноза «храп» или «ронхопатия» не существует. Храп – это лишь симптом.

Храп – это не страшно?

Если храп возникает время от времени и лишь в положении на спине, при заложенном носе и не сопровождается остановками дыхания, то он действительно не опасен. Другое дело, когда храп – симптом или предвестник опасного заболевания, синдрома обструктивного апноэ сна (или, как сокращают медики, СОАС). Иными словами, во сне возникают остановки дыхания.

Важно: храп – это не болезнь, а возможный симптом опасного заболевания – синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС).

Какие факторы влияют на возникновение храпа и СОАС?

- Употребление спиртных напитков, особенно на ночь «для хорошего сна». Алкоголь способствует расслаблению всех мышц, в том числе мышц глотки.
- Прием снотворных препаратов, которые действуют на мышцы глотки примерно так же, как и алкоголь, что усиливает их вибрацию во время сна.
- Повышение массы тела, ожирение: жир откладывается даже в глотке и на шее, сужая дыхательный просвет и ослабляя тонус мышц.
- Курение оказывает значительное влияние на состояние слизистых оболочек, делая их дряблыми.

- Любые проблемы носа, глотки и гортани могут усиливать храп и быть причиной СОАС (начиная с затруднения носового дыхания, заканчивая увеличением в размере аденоидов и миндалин).
- Врожденные аномалии челюстно-лицевой области, при которых уменьшен просвет глотки: нарушение прикуса, микрогнатия (маленькая челюсть), увеличенный язык (макроглоссия).

Важно: при СОАС храп присутствует всегда, но наличие храпа еще не говорит о том, что есть СОАС.

При СОАС за ночь может возникать до 500 остановок дыхания длительностью не менее 10 секунд каждая. Представьте себе последствия такого кислородного голодания!

Однако сам храпящий может даже не подозревать, что его заболевание зашло слишком далеко. И обычно тревогу начинают бить именно близкие – вынужденные слушатели «ночных концертов». А одинокие люди могут об этом ничего не знать.

Как заподозрить СОАС?

Первое, на что нужно обратить внимание, – на слишком громкий храп, который периодически сменяется эпизодами полной тишины – остановками дыхания. Другим симптомом апноэ могут служить частые ночные пробуждения для того, чтобы сходить в туалет. При этом многие убеждены, что их будит именно частое мочеиспускание, а не СОАС, хотя на самом деле все происходит с точностью до наоборот.

Важно: если вы узнали среди своих знакомых или коллег по работе такого персонажа, посоветуйте ему обратиться к сомнологу – специалисту по нарушениям сна.

Основное дневное проявление синдрома апноэ – это повышенная дневная сонливость. Это связано с тем, что при СОАС постоянно происходят микропробуждения: сон не успевает пройти все необходимые циклы и становится неполноценным.

Это интересно: одна из самых жестоких пыток – это принудительное лишение сна. Этот тип пыток успешно использовался для допросов и используется по сей день в некоторых иностранных тюрьмах.

Типичный «храпун», страдающий СОАС, – это мужчина средних лет с короткой шеей и внушительным животиком, который регулярно просыпается невыспавшимся, с головной болью, в течение дня чувствует разбитость, рассеянность, у него плохое настроение, снижены память и внимание, что особенно опасно за рулем. Проявления идентичны алкогольному опьянению. Если СОАС сильно запущен и имеет тяжелую степень, такие пациенты могут фактически засыпать на ходу: прямо во время вождения автомобиля, во время приема пищи, а перед телевизором и подавно.

Важно: если вы не высыпаетесь и ощущаете выраженную сонливость в течение дня, ни в коем случае не садитесь за руль. Недостаточность сна равносильна алкогольному опьянению.

Храпят и страдают СОАС не только мужчины, но и женщины и даже дети, только в 2–3 раза реже.

Важно: если ваш ребенок вялый, не проявляет инициативу в школе, плохо учится, засыпает во время уроков, возможно, он страдает СОАС. Обратите внимание на его сон – есть ли храп и остановки дыхания во сне.

Почему храп и СОАС нужно лечить?

Если страдающий СОАС пациент вовремя не обратился за медицинской помощью, у него начинают развиваться опасные заболевания: ишемическая болезнь сердца, гипертония, аритмия, сахарный диабет, нарастает ожирение и возникает риск инфаркта, инсульта и внезапной смерти.

К какому врачу нужно обращаться, и как определяют СОАС?

При подозрениях на храп и СОАС первый специалист, к которому необходимо обратиться, – это не лор-врач, как многие думают, а сомнолог – специалист по проблемам сна.

Почему не стоит сразу обращаться к лор-врачу? Дело в том, что многие из них с проблемой СОАС знакомы лишь поверхностно и, вместо того чтобы отправить пациента к сомнологу, сразу предлагают операцию. Но здесь нужно проявлять крайнюю осторожность: даже простая вроде бы лор-операция против храпа при СОАС тяжелой степени может грозить необратимыми последствиями – от ухудшения степени СОАС до возникновения выраженного рубцевания в области операции.

Важно: в большинстве случаев операции «против храпа» противопоказаны при наличии выраженного синдрома апноэ, поскольку могут закончиться плачевно. Поэтому если вам предлагают «простую» операцию без разрешения сомнолога, это вас должно насторожить.

Для диагностики СОАС проводится специальное анкетирование для выявления характерных симптомов, а также КТ, МРТ шеи, эндоскопия дыхательных путей и, наконец, специальное исследование сна – полисомнография. При этом исследовании на пациента устанавливается множество датчиков, включая даже микрофон и видеокамеру, которые замеряют всевозможные параметры и функции тела во время сна. Правда, заснуть в паутине проводов и датчиков бывает нелегко.

Важно: при полисомнографии определяют присутствие апноэ, его степень и механизм развития. В крайне редких случаях апноэ возникает из-за того, что мозг засыпает полностью и перестает подавать сигналы дыхательным мышцам. Это тяжелое неврологическое заболевание – центральное апноэ.

Как лечить храп и СОАС?

Поскольку СОАС может иметь множество проявлений и последствий, для успешного лечения может привлекаться целая команда специалистов: сомнолог, невролог, кардиолог, эндокринолог, стоматолог и, наконец, лор. Правда, скоординировать их действия бывает не всегда просто.

Лечение СОАС – задача непростая и требует всестороннего подхода. Лучше всего к лечению подходить последовательно: начать со снижения массы тела и улучшения физической активности. Снижение веса всего на 10 % сокращает число остановок дыхания сразу на 26 %! Безусловно, это самый непростой и длительный этап лечения, требующий воли и терпения, здесь могут понадобиться диетолог и личный тренер, но результаты того стоят!

На время лечения необходимо исключить снотворные препараты, алкоголь, кофеин и наладить так называемую гигиену сна: ложиться в одно и то же время, ввести определенные расслабляющие ритуалы перед сном (например, принимать ванну), использовать кровать исключительно для сна (не смотреть лежа на ней телевизор, не принимать пищу, не лежать с ноутбуком и т. п.).

Следующий шаг – отвыкаем спать на спине. Есть доступный и простой способ: вшить в ночную сорочку теннисный мячик – с ним на спине не поспишь. Можно использовать и специальные внутриротовые приспособления, напоминающие детскую соску, которые удерживают нижнюю челюсть в определенном положении и препятствуют западанию языка. Эти приспособления могут быть универсальными и индивидуальными. Для изготовления индивидуальной капы необходимо обратиться к стоматологу, который специализируется на лечении храпа. Только одни лишь эти меры могут привести пациента к полному исцелению!

И тем не менее при СОАС тяжелой степени вышеуказанные меры могут не сработать, и тогда требуется более серьезное лечение – СИПАП-терапия (CPAP).

СИПАП-терапия – приоритетный метод лечения храпа и СОАС. Одно неудобство – спать придется в маске. Но для человека, который изнурен отсутствием сна, маска – настоящее спасение. Каждую ночь пациент надевает маску, соединенную с аппаратом, который создает положительное давление в дыхательных путях и препятствует их спаданию, или, как говорят врачи, коллапсу. В результате сон налаживается, пациент полностью высыпается и чувствует бодрость в течение дня. СИПАП-терапия помогает восстановить работу организма, улучшить метаболизм (обмен веществ) и облегчает процесс снижения веса. Некоторым пациентам, особенно с сопутствующими хроническими проблемами легких, может помочь оксигенотерапия – вдыхание кислорода.

Когда нужен лор-врач?

Если у пациента существуют проблемы с носом, глоткой и гортанью, которые приводят к появлению храпа и СОАС и могут быть хирургически устранены, пациента отправляют на консультацию к лор-хирургу. Однако еще раз хочу подчеркнуть: храп и СОАС – заболевания многофакторные, и одной лишь операцией проблема зачастую не решается.

А самое главное, при решении вопроса, делать операцию или нет, врач всегда должен руководствоваться принципом «не навреди» – ведь при наличии выраженного синдрома апноэ операция может не только не помочь, но даже усугубить заболевание. При выборе метода лечения необходимо стремиться в первую очередь к полному устранению СОАС или хотя бы облегчению его степени. Поэтому решение об операции должно приниматься вместе с сомнологом.

Если у пациента затруднено носовое дыхание, то операция начинается именно с его восстановления. Для этого могут проводиться такие операции, как септопластика, подслизистая вазотомия нижних раковин, эндоскопическая операция на пазухах, удаление аденоидов и другие. Одновременно или на втором этапе устраняются препятствия в глотке, если таковые имеются. Способствовать храпу и СОАС могут и увеличенные небные миндалины, язычная миндалина, увеличенный язычок мягкого неба, дряблое и провисшее мягкое небо. Тогда проводят операцию, которая включает удаление миндалин, подрезание мягкого неба и язычка мягкого неба, а также резекцию основания языка. Если подрезается лишь язычок мягкого неба, то операция называется «увулотомия», если подрезается еще и мягкое небо – «увулопалатопластика» (УПП), а если вдобавок ко всему удаляют и миндалины – «увулопалатофарингопластика» (УПФП).

В редких случаях препятствия возникают в гортани, и здесь проводят соответствующее хирургическое вмешательство. В тяжелых случаях делают более сложные операции по расширению дыхательных путей за счет изменения положения верхней и нижней челюстей, смещения подъязычной кости. В самых запущенных случаях может помочь лишь трахеотомия – операция, при которой формируется стойкое отверстие в трахее на передней поверхности шеи для дыхания. Только, в отличие от экстренной трахеотомии, эта операция выполняется в плановом порядке. К счастью, такие случаи крайне редки.

Важно: если у вас простой храп и нет синдрома апноэ, постарайтесь обойтись общими консервативными методами. И только в том случае, если они не помогают, подумайте об операции. Храп обычно имеет множество причин, и если их все не устранить, операция даст лишь временный эффект.

Глава 5. Расстройства голоса

Понедельник, 7:30 утра, пустой коридор лор-отделения: один дежурный врач в ординаторской коротает последние минуты до окончания дежурства. По его счастливому выражению лица можно сразу понять: дежурство прошло спокойно.

А уже через несколько минут отделение не узнать. Один за другим в ординаторскую приходят врачи. В 8:10 все в сборе – и врачи, и медсестры. В ординаторской витает аромат свежеприготовленного кофе – очень люблю этот запах! Традиционная утренняя пятиминутка: заведующий отделением словно командир роты настраивает солдат перед боем. Впереди – привычная длинная неделя череды консультаций, операций, звонков от пациентов и коллег, просмотра снимков и анализов и... катастрофической нехватки времени.

Пациенты, прибывшие для консультации, уже сидят рядком в коридоре отделения.

– Следующий! – выглядываю я и по числу в ожидании устремленных на меня глаз пытаюсь прикинуть количество моих пациентов.

«Многовато...» – вздыхаю я и провожу в перевязочную пожилого пациента, вдыхая шлейф дорогого парфюма.

— Здравствуйте! Что вас беспокоит? — задаю ему привычный вопрос, ожидая услышать голос под стать его дорогому костюму.

Однако вместо густого баритона раздается звук, скорее похожий на скрип ржавого колеса, — он импульсами пробивается сквозь голосовые складки.

— Завтра у меня важная встреча, — с невероятным усилием произносит мужчина, — и я должен быть во всеоружии!

Оказалось, что накануне он поспорил с женой и потерпел фиаско, пытаясь ее перекричать. Вот уж правду говорят, что лучший аргумент в споре с женщиной — молчание.

При всем желании завершить эту историю хеппи-эндом с мгновенным исцелением прямо во время консультации я, увы, не могу. Ведь это именно тот случай, когда лечит лишь время и ускорить возвращение голоса практически невозможно.

Как образуется голос?

Когда-то в далекие времена медики называли голосовые складки голосовыми струнами, полагая, что они работают как струны музыкального инструмента, а голос — это лишь результат вибрации «голосовых струн». Однако сегодня доказано, что процесс образования голоса значительно сложнее, а вибрация голосовых складок — лишь его часть. На самом деле ни один музыкальный инструмент не сравнится с голосовым аппаратом человека ни по сложности его строения, ни по функции, ни по звучанию. Голос — это результат трех процессов: давления воздуха на голосовую щель, при котором воздушный поток направляется в гортань на выдохе за счет мышц диафрагмы и брюшного пресса; работы самих мышц гортани, которые отвечают не только за смыкание голосовых складок между собой, но и за их длину и напряжение; и, наконец, вибрации голосовых складок, слизистая оболочка которых образует так называемую волну.

Фактически голос «выдувается» через щель, образующуюся между голосовыми складками, которые определенным образом вибрируют, изменяют свою длину и напряжение, а далее вступают в резонанс с различными структурами дыхательных путей — носа, пазух, полости рта, приобретая индивидуальный оттенок и звучание. Именно поэтому сбой на любом участке голосового аппарата может стать причиной нарушения звучания голоса.

Это интересно: человеческий голос так же индивидуален, как отпечаток пальца, что используют криминалисты при поиске преступника. Но проблема в том, что голос еще и чрезвычайно изменчив в зависимости от времени суток, настроения, состояния здоровья, возраста и многих других факторов. Именно поэтому аутентификация человека по голосу для удостоверения личности (например, в качестве пароля для доступа в помещение) все еще не нашла широкого применения на практике.



ГОЛОСОВЫЕ СКЛАДКИ

На профессиональном языке любое нарушение голоса – громкости, звучания, силы, высоты, тембра – называется «дисфония». Но в обиходе чаще используют «охриплость» или «осиплость», хотя это лишь симптомы дисфонии. Полную потерю голоса врачи называют «афония».

Чаще всего осиплостью страдают люди, которые используют свой голос в профессии. И в первой тройке лидеров потери голоса – учителя, фитнес-инструкторы групповых программ и телеведущие. Это связано с тем, что при чрезмерной нагрузке на голосовой аппарат голосовые складки, соприкасаясь, подвергаются травме, в результате чего возникает их воспаление.

Воспаление гортани

Самая частая причина внезапной осиплости – это острое воспаление гортани (острый ларингит). По аналогии с воспалением глотки, чаще всего причиной острого воспаления гортани служит вирусная инфекция (ОРВИ). Если у вас внезапно осип или вовсе пропал голос, появились боль в горле или насморк и общее недомогание, скорее всего, это ОРВИ.

На втором месте вокальная травма – чрезмерная нагрузка на голосовые складки в результате крика, громкого пения или разговора. Как правило, с осиплостью обращаются после просмотра футбольных матчей или посещения караоке-клубов. Однако большая часть страдающих редко обращается за помощью к врачу, справляясь с проблемой самостоятельно. Обычно голос восстанавливается за 7–10 дней.

Основное лечение острого ларингита – молчание. Это значит, что не следует разговаривать даже шепотом. Чем дольше вы молчите, тем быстрее восстановится голос. Дополнительно можно использовать ингаляции с минеральной водой или физиологическим раствором для увлажнения. Именно сухость слизистой гортани может препятствовать быстрому восстановлению голоса.

Важно: избегайте масляных ингаляций. Как только капелька масла попадает на слизистую оболочку гортани, трахеи или бронхов, слизистая оболочка, которая имеет множество ресничек, мгновенно перестает работать. Реснички, которые в норме находятся в непрерывном движении и гонят слизь в

сторону пищевода, в масле фактически вязнут и перестают двигаться. Это может не только усугубить воспаление, но и способствовать его распространению в трахею и легкие.

А вот всеми любимые полоскания горла отварами трав, рассасывание леденцов, запихивание антисептиков, употребление сырых яиц, молока с медом и другие подобные народные методы при осиплости голоса никак не ускоряют его восстановление – хотя бы из-за того, что до гортани они попросту не достают. Отхаркивающие средства тоже вряд ли принесут пользу и даже могут усилить повреждение голосовых складок из-за усиления кашля и, соответственно, затянуть выздоровление. И, наконец, точно не стоит приниматься за антибиотики и заниматься самолечением.

Если осиплость длится более трех недель, то это уже хроническое воспаление. Частой причиной хронического ларингита может служить гастроэзофагеальный рефлюкс (о нем мы уже вели беседу ранее), когда возникает заброс желудочного сока в гортань. В этом случае такое состояние еще называют «рефлюкс-ларингит».

Реже хроническое воспаление в гортани вызывают факторы, загрязняющие окружающую среду, табачный дым, употребление алкоголя, различные химические вещества, использование ингаляторов при бронхиальной астме.

При отсутствии объективных изменений на голосовых складках и других отделах гортани причина нарушения голоса может скрываться в нарушении синхронизации механизмов образования голоса. Это так называемая функциональная дисфония. Она может возникать и как следствие острого воспаления, и нередко как проявление депрессии, тревожного расстройства и психологической травмы.

Интересно, что у некоторых пациентов может длительно сохраняться осиплость после острого ларингита, даже если воспаление полностью прошло и гортань восстановилась. Этот феномен связан с «привыканием» к осиплости. Но обычно специальные голосовые упражнения достаточно быстро помогают вернуть голос в норму.

Это интересно: внезапная осиплость, или дисфония, которая длится менее трех недель, – одно из немногих заболеваний, при котором возможна дистанционная консультация у врача (по телефону или в интернете), поскольку это заболевание легко определяется по жалобам пациента и характерной истории возникновения (анамнеза) и проходит без специального лечения.

Однако в медицине, как известно, бывают и нетипичные случаи, когда воспаление гортани возникает вследствие туберкулеза и аутоиммунных (или системных) заболеваний. Эти заболевания, как правило, отличаются устойчивостью к обычному лечению и нелегко поддаются диагностике.

7 способов избежать потери голоса:

- 1) употребляйте много жидкости, особенно если вы используете голос в профессии;
- 2) откажитесь от курения (особенно в сочетании с употреблением алкоголя) и вдыхания токсичных веществ;
- 3) не перенапрягайте голос, используйте короткие фразы, избегайте громкого пения и крика;
- 4) чаще давайте голосовым складкам отдых;
- 5) старайтесь меньше кашлять, чтобы очистить горло;
- 6) избегайте лекарств, способствующих потере голоса (антигистаминные, диуретики, блокаторы АПФ и другие). Если вы постоянно принимаете лекарства, проконсультируйтесь с врачом, могут ли они вызывать осиплость голоса;
- 7) избегайте употребления продуктов, усиливающих гастроэзофагеальный рефлюкс, то есть обратный заброс желудочного сока в пищевод и гортань. А если рефлюкс у вас бывает часто, направьте

все усилия на его лечение.

Новообразования, или опухоли гортани

Важно знать, что проблемы с голосом могут быть причиной не только банального воспаления, но и также онкологии гортани.

Существует множество доброкачественных образований гортани, включающих кисты, папилломы, полипы, певческие узелки и другие, которые могут иметь очень разные проявления – от полного отсутствия симптомов до значительного изменения голоса и проблем с дыханием. Это зависит от типа опухоли, ее размера и расположения. Диагноз устанавливается при осмотре гортани зеркалом, эндоскопом (непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия) либо при прямом осмотре гортани с микроскопом под наркозом. Окончательный диагноз подтверждается биопсией (удалением фрагмента опухоли) и ее гистологическим исследованием (когда ткань изучается под микроскопом). К счастью, современные технологии позволяют полностью вылечивать такие опухоли.

Важно: гортань – это не только источник голоса, но и орган, отвечающий за дыхание. Поэтому воспаление может проявиться сильным отеком гортани и, как следствие, проблемами с дыханием. Если на фоне боли в горле или осиплости появились признаки затруднения дыхания, незамедлительно обратитесь к врачу!

Другое дело, если речь идет о злокачественном новообразовании гортани, которое на первых этапах развития может быть абсолютно бессимптомным либо проявляться незначительными изменениями голоса. Однако вскоре появляются уже серьезные симптомы, которые должны насторожить. Чаще всего пациенты с раком гортани называют такие симптомы, как длительная осиплость, нарушение глотания, боль в горле, боль в ухе, увеличение лимфатического узла на шее (или отек шеи с одной стороны). Рак гортани успешно лечится при своевременном обращении, однако многие пациенты настолько оттягивают свой визит к врачу, что заболевание заходит слишком далеко.

Можете себе представить, что более половины пациентов с раком гортани не обращаются к врачу, несмотря на длительно присутствующую осиплость голоса, считая, что это им жить не мешает. Но есть и другая проблема: случается, что и сами врачи не обращают внимания на голос пациента и не настаивают на проведении исследования гортани, особенно если сам пациент не жалуется на проблемы с голосом.

Для многих не секрет, что курение и употребление алкоголя значительно увеличивают вероятность рака гортани. И действительно, по моей практике, большинство пациентов с раком гортани – курильщики.

Важно: злоупотребление алкоголем и курение являются независимыми факторами риска рака гортани, однако риск возрастает многократно при сочетании этих двух факторов. Поэтому, пока не поздно, бросайте курить и употреблять алкоголь!

Безусловно, медицина не стоит на месте, и теперь даже запущенные опухоли гортани удастся удалять с помощью современных технологий через рот без наружного доступа. Но ключевую роль играет именно ранний срок обращения. Если же время упущено и опухоль разрослась, пациенту грозит частичное или полное удаление гортани.

Не могу забыть одну молодую пациентку, которая без промедления обратилась к лор-врачу, как только почувствовала неладное с горлом: у нее возник небольшой дискомфорт при глотании, не более того. И интуиция ее не подвела: при осмотре обнаружилась уже довольно крупная опухоль в гортани, которая только начала прорастать в соседние ткани. Но располагалась она таким образом, что совершенно не влияла на голос. Только из-за того, что пациентка обратилась вовремя, удалось полностью удалить опухоль через глотку без единого разреза на шее. Опухоль оказалась злокачественной: еще бы немного,

и без удаления гортани обойтись не удалось. Прошло уже два года, в течение которых она постоянно повторяет исследования, но в гортани нет даже следов перенесенной операции.

Важно: если у вас возникла осиплость голоса, проблемы с глотанием, длительная боль в горле, незамедлительно обращайтесь к врачу.

Семь признаков опасной осиплости или когда нужно незамедлительно обратиться к лор-врачу для осмотра гортани (ларингоскопии):

- 1) осиплость не проходит сама более месяца;
- 2) вы часто сочетаете курение и употребление алкоголя (это сочетание многократно повышает риск рака гортани);
- 3) на фоне осиплости у вас появились отек или опухоль на шее;
- 4) недавно вы перенесли травму или операцию;
- 5) появились проблемы с глотанием, стало трудно дышать, возникла боль в горле или боль в ухе;
- 6) вы стали быстро терять в весе без очевидной причины;
- 7) осиплость возникла у маленького ребенка в возрасте до года.

Часть III Нос



Свободное носовое дыхание – это счастье. Раньше я не задумывалась над тем, как дышу, воспринимала свое свободное дыхание через нос как должное. Но теперь я ежедневно общаюсь с пациентами и вижу, как они страдают от заложенного носа, а ведь многие перенесли несколько операций! Сегодня я, как никто другой, понимаю, насколько важно иметь здоровый нос. И теперь, бывает, делая очередной вдох, я наслаждаюсь ощущением, как поток свежего воздуха втягивается в мои ноздри и, окутывая структуры носа, наполняет легкие. Именно такие ощущения с восторгом описывают мои пациенты, которые после длительных мучений наконец начинают дышать полноценно.

– Доктор, у меня ощущение, что воздух поступает сразу в мозг! У меня теперь другое качество жизни, хотя раньше я и не думал, что нос должен работать по-другому, – делится обретенным счастьем очередной пациент.

По данным нашей больницы, около 70 % пациентов, которые обращаются к лор-врачу, – это пациенты с болезнями носа. Насморк, гайморит, полипы, аллергия, носовое кровотечение, опухоли – чего только не бывает в носу. А учитывая, что нос располагается по соседству с глазами (на врачебном языке – орбитами), головным мозгом, зубами и слезными путями, многие заболевания возникают на границе этих областей, и тогда в лечении участвует не только лор-врач, но и нейрохирург, офтальмолог, стоматолог.

Тот нос, который мы видим у каждого человека, – лишь его небольшая видимая часть, наружный нос. Внутри же скрыт огромный лабиринт, состоящий из множества полостей (пазух), углублений, каналов и выступов. Нарушение работы каждого из них грозит вывести нос из строя. Чтобы представить подлинные размеры носа, мысленно проведите границы от уровня бровей до твердого нёба, которое разделяет нос и полость рта, и от ноздрей до глотки – получается очень солидный орган!

Глава 1. Как устроен нос

Нос имеет настолько сложное строение, что далеко не все врачи могут похвастать доскональным знанием его анатомии. Для лор-врачей, которые специализируются на хирургии носа, даже проводят специальные курсы, где обучают нюансам анатомии носа, а среди ученых мира все еще идут споры по классификации тех или иных носовых структур. Дело осложняется еще и тем, что внутренняя структура носа, в частности решетчатые пазухи, у каждого человека уникальна: не бывает двух идентичных носов.

На первый взгляд строение носа не кажется слишком сложным. Он состоит из носовой полости, через которую циркулирует вдыхаемый и выдыхаемый воздух, и околоносовых пазух (или, как раньше говорили, придаточных пазух носа) – полостей в костях, окружающих нос.

Полость носа разделена перегородкой на две части: правую и левую. Многие знают, что это и есть та самая перегородка, которая у большинства людей искривлена и может мешать дыханию. Но о ней мы поговорим в соответствующей главе. Поступая через ноздри, воздух встречает препятствия в виде так называемых носовых раковин – по три с каждой стороны. Носовые раковины – это что-то вроде мягких валиков, которые идут вдоль дна носа, располагаясь один над другим.

Внизу находится самая большая нижняя носовая раковина, над ней – средняя, а еще выше – верхняя. Бывает еще и наивысшая раковина, но она присутствует не у всех. Все раковины отвечают за направление и регулирование скорости воздушных потоков, или, как говорят специалисты, аэродинамику носа. Самая важная раковина, которая напрямую влияет на то, как мы дышим, – нижняя. Именно она первая видна при осмотре носа, и по ее цвету, форме и размеру в большинстве случаев можно сразу оценить, здоров нос или нет. В отличие от нижней, средняя и верхняя раковины напрямую не воздействуют на наше дыхание, однако проводят другую не менее важную и сложную работу, регулируя поступление воздуха в околоносовые пазухи за счет разницы давления (градиента).

Вокруг носовой полости находятся пазухи, или, как стали в последнее время выражаться медики, синусы. Большинство пациентов знает о гайморовой пазухе, но это лишь одна из четырех парных пазух, расположенных в носу. Гайморова пазуха, или, на профессиональном языке, верхнечелюстная, – это самая крупная пазуха человека. Помимо нее, у каждого или почти каждого из нас имеются еще лобная пазуха, которая находится на уровне бровей, решетчатые пазухи – множество воздушных полостей между орбитами (глазами) на уровне переносицы и, наконец, клиновидная пазуха (ее еще называют основной пазухой), расположенная в самой дальней части носа над носоглоткой. Все эти пазухи парные и расположены справа и слева, всего их восемь.

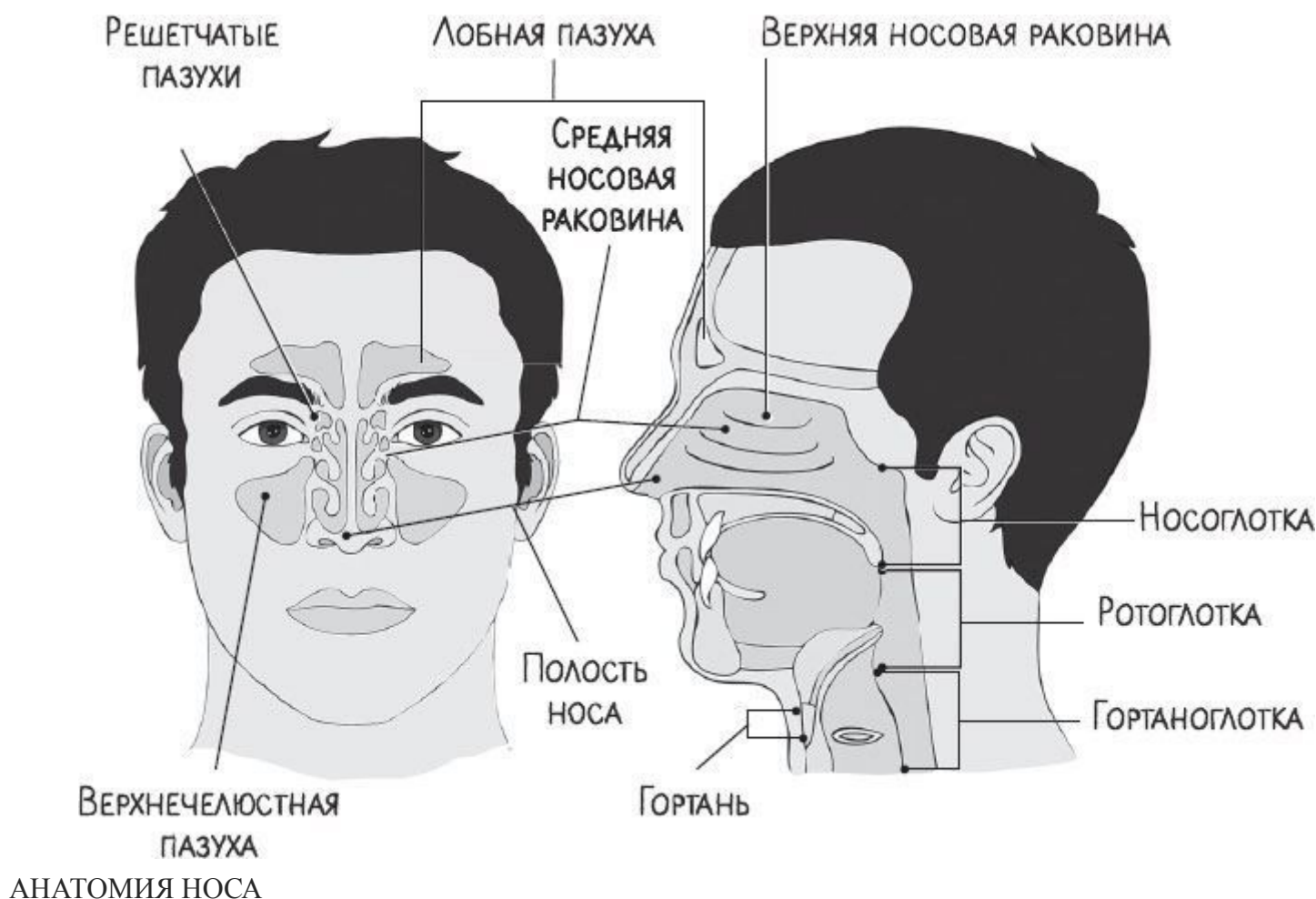
Если в пазухах возникает воспаление, то говорят, что возник синусит – общее название воспаления пазух. Но если хотят уточнить, в какой именно пазухе возникло воспаление, то добавляют это уточнение: фронтальный синусит (или фронтит), верхнечелюстной синусит (или гайморит), воспаление клиновидной пазухи – сфеноидит, воспаление в решетчатых пазухах – этмоидит.

Околоносовые пазухи наполнены воздухом и сообщаются с полостью носа посредством специальных отверстий, или каналов – соустьев. Именно через них происходит обмен воздухом между полостью носа и пазухой (мы говорим – вентиляция) и отток (или дренирование) слизистого отделяемого, которое непрерывно образуется слизистой оболочкой, выстилающей пазухи словно покрывало.

Это интересно: в носу и околоносовых пазухах за сутки образуется около 200 мл слизи. Но она незаметно для человека выводится через соустья в полость носа, направляется в носоглотку и, захватив частицы пыли и микробов, проглатывается. В желудке все беспощадно уничтожается. И этот процесс происходит постоянно.

Слизистая оболочка работает благодаря микроскопическим ресничкам, которые, колеблясь со скоростью 20 колебаний в минуту, гонят слизь в нужном направлении. Реснички не обманешь – их невозможно заставить гнать слизь в другом направлении, их движения всегда направлены в сторону соустья пазухи. Этот процесс врачи называют «мукоцилиарный клиренс».

Но если соустье по каким-то причинам закрылось (например, из-за отека или полипа), пазуха быстро наполняется слизью, там селятся бактерии и развивается воспаление – синусит. Вот почему при лечении синусита важно восстановить функцию естественного соустья консервативным или хирургическим путем. Формирование искусственного отверстия в пазухе, как это делали когда-то, никак не повлияет на ее выздоровление. Бывает, что сами реснички перестают работать или вовсе теряются (а именно их чаще всего поражают вирусы), и тогда события развиваются по похожему сценарию.



Но столь сложное строение носа – вовсе не шутка природы, чтобы запутать лор-врачей. Этот сложный механизм под названием «нос» создан для выполнения множества разноплановых задач, благодаря которым поддерживается здоровье нашего организма.

Существует гипотеза, что околоносовые пазухи облегчают вес черепа, обеспечивая человеку возможность прямохождения.

Нос согревает, очищает поступающий в легкие воздух, придает нашему голосу индивидуальный оттенок, борется с микробами или возникшей инфекцией, обеспечивает обоняние, вкус и даже правильную работу легких. Не зря нос, как и горло, называют входными воротами для инфекций: через него за сутки проходит около 20 тысяч литров воздуха, который содержит множество микробов, аллергенов, частиц пыли и других чужеродных веществ. Именно через нос наш организм атакуют многие микробы, но его защитные механизмы весьма успешно отражают эти атаки.

Рассмотрим главные функции носа.

Самая важная его задача – создать сопротивление воздушной струе. Если сравнить дыхание через рот и через нос, то через нос воздух проходит словно с усилием. Но именно так и должно быть. Сопротивление замедляет воздушный поток, чтобы согреть его и очистить, создает условия для правильной работы диафрагмы и обеспечивает правильную скорость газообмена в легких. Это сопротивление создают в первую очередь нижние раковины, которые увеличиваются или уменьшаются в размерах при определенных условиях.

Здоровый нос способен увлажнить и мгновенно нагреть воздух с 5 до 34 °С, и происходит это в основном благодаря нижним раковинам. Вот почему современный подход при хирургии носа требует сохранения нижних раковин во что бы то ни стало. Ведь их частичное или полное удаление (нижняя конхотомия), что раньше было в порядке вещей при лечении хронического насморка, приводит, помимо других проблем, еще и к нарушению согревающей функции носа (на этой теме мы остановимся в соответствующей главе).

Это интересно: в горизонтальном положении способность носа увлажнять и согревать воздух значительно уменьшается. Согревание ступней ног в горячей воде улучшает этот процесс.

Хотя правая и левая половины носа разделены перегородкой, их работа является согласованной. В медицине такое отношение между структурами называют реципрокным. Многие этого не замечают, но правая и левая половины носа обычно пропускают воздух неравномерно – одна лучше, другая хуже, и примерно раз в 2–4 часа они меняются ролями. Этот процесс называется «носовой цикл». Предполагают, что это происходит для того, чтобы одна половина носа «отдохнула». И действительно, в той половине, которая хуже дышит, даже биение ресничек слизистой замедляется или вовсе прекращается. И это тоже благодаря нижним раковинам. Для большинства людей этот процесс протекает незаметно, поскольку общее количество воздуха, которое пропускает через себя нос, остается более-менее постоянным. Вот почему не стоит специально сравнивать, как дышат правая и левая половины носа, и тем более беспокоиться, если периодически то одна, то другая половина носа дышит заметно хуже.

Но этим функции носа не ограничиваются. Нос плотно усеян нервными окончаниями, которые напрямую связаны с жизненно важными органами. И при раздражении этих нервных окончаний могут возникать так называемые назальные рефлексy.

Самый частый из них, который возникает у каждого человека, – чихание. Это защитный рефлекс, который помогает носу избавиться от незваных гостей. Раздражение нервных окончаний носа воздухом обеспечивает расправление легких. Это носо-легочный рефлекс: чем лучше дышит нос, тем больше расправляются легкие. При этом правая и левая половины носа функционируют отдельно. Если же нос

совсем не дышит, у человека может полностью остановиться дыхание и возникнуть апноэ, особенно это свойственно пожилым людям. Вот почему постоянное дыхание через рот вредно не только для формирования прикуса, но еще и для легких.

Назо-гастральный рефлекс – заложенность носа при употреблении вкусной пищи, генито-назальный рефлекс – заложенность носа при половом возбуждении или оргазме, назо-кардиальный и назо-вазальный рефлекс – при раздражении носа холодной водой или при механическом воздействии может снижаться пульс, артериальное давление, сужаться периферические сосуды тела. Кстати, при аллергическом насморке часто возникает слезотечение – это проявление назо-окулярного рефлекса. Но это лишь часть рефлексов, их существует значительно больше.

Защитная функция носа не ограничивается механическим очищением от микробов и других чужеродных веществ за счет движения ресничек и слизистого отделяемого. Сама слизистая оболочка носа обеспечивает активную защиту организма от проникновения микробов, обеспечивая, как и миндалины, местный иммунитет. Если в нос попал «злой» микроб или аллерген, слизистая оболочка носа мгновенно включает дополнительные механизмы защиты: раковины набухают, сокращая поток поступающего в нос воздуха, слизистая оболочка носа и пазух отекает и начинает усиленно продуцировать слизистое отделяемое, подключается чихательный рефлекс – возникает насморк.

Одна из важнейших функций носа – обоняние, или восприятие запахов. Во-первых, хорошее обоняние позволяет нам наслаждаться ароматами, воспринимать вкус пищи и одновременно помогает избегать испорченных продуктов, позволяет почувствовать опасные запахи – дыма, газа и тому подобные. Именно снижение (гипосмия) или потеря обоняния (аносмия) сильнее всего сказывается на качестве жизни у большинства пациентов с болезнями носа.

Сравнительно недавно ученые выявили еще одну функцию околоносовых пазух – синтез оксида азота – газа, который регулирует, помимо других функций, местные защитные механизмы носа. Известно, что концентрация оксида азота в выдыхаемом воздухе меняется при различных заболеваниях верхних дыхательных путей, что может использоваться в диагностических целях. Однако эта тема требует дальнейшего изучения.

Три составляющие здоровья носа и пазух:

- 1) здоровая слизистая оболочка, которая благодаря ресничкам непрерывно освобождает пазухи и полость носа от вырабатываемой слизи и за счет наличия защитных клеток и веществ обеспечивает местный иммунитет;
- 2) открытые соустья пазух – естественные отверстия, через которые пазухи вентилируются и очищаются;
- 3) правильная циркуляция воздуха в носу или аэродинамика благодаря наличию множества структур (одна из самых важных – носовые раковины).

Повреждение или сбой работы любого компонента может привести к существенному нарушению работы носа.

Глава 2. Насморк и синусит

Пожалуй, каждый знает не понаслышке, что такое насморк. Для одних это – льет из носа, для других – просто заложенность, а для третьих – и то и другое. Так или иначе, это малоприятное явление, которое снижает качество жизни. Однако насморк – это не диагноз, а проявление самых разнообразных болезней носа – от аллергии до запущенных форм воспаления пазух.

Чаще всего насморк возникает внезапно: в этом случае он вызывается вирусной инфекцией (или ОРВИ). Еще совсем недавно считалось, что при вирусной инфекции возникает лишь воспаление носа, поэтому любой насморк называли острым ринитом. Но теперь известно, что при вирусной инфекции

воспалительный процесс охватывает не только полость носа, но и околоносовые пазухи. Поэтому более правильным названием будет «вирусный риносинусит». Если же воспаление протекает в виде острого фарингита или риносинусита, то мы говорим, что возник острый ринофарингит. Все это синонимы ОРВИ – вирусной инфекции, которая, как мы помним, обычно проходит за 7–10 дней сама, без специального лечения.

При вирусном насморке нужно лишь облегчить состояние: принимать обезболивающие и жаропонижающие препараты, употреблять много жидкости, а в нос забрызгивать средства на основе морской воды несколько раз в день, чтобы помочь носу выводить из себя вирусы и выделения. Использование морской воды позволяет не только механически очищать нос от отделяемого и микробов, но и заставляет реснички слизистой оболочки двигаться. Под действием изотонических и гипертонических солевых растворов биение ресничек слизистой оболочки носа значительно усиливается. Поэтому применение морской воды в виде спреев действует не менее эффективно, чем промывание носа с помощью специальных устройств.

Вопрос: можно ли для промывания носа готовить солевой раствор в домашних условиях?

Ответ: эффективность солевого раствора, приготовленного в домашних условиях, не хуже аптечного, однако важно использовать кипяченую воду из-за риска заразиться лямблиями при использовании водопроводной, даже фильтрованной воды.

В ряде случаев помогают спреи на основе гормонов-кортикостероидов (назонекс, фликсоназе, авамис, назарел и другие), которые мягко снижают отек в носу и пазухах, не вызывая при этом привыкания. В случае выраженной заложенности носа допускается прием сосудосуживающих препаратов, таких как тизин, галазолин, нафтизин и других, однако следует помнить, что они дают лишь симптоматическое облегчение, не оказывая лечебного воздействия ни на пазухи, ни на слуховые трубы. Но самое главное – они вызывают достаточно быстрое привыкание: уже через 7–10 дней нос может перестать дышать без капель. Поэтому при отсутствии крайней необходимости не применяйте «обычные» капли или спреи от насморка.

Важно: сосудосуживающие капли, которые повсеместно предлагают в аптеках как средство от насморка, применяйте только в случае крайней необходимости, поскольку они не оказывают лечебного эффекта и быстро вызывают привыкание.

Миф 1: для того чтобы предотвратить насморк или вылечиться от него, необходимо вставлять в нос зубчики чеснока либо закапывать оливковое масло.

Ответ: чеснок лучше употреблять в пищу и избегать введения его в нос. Это связано с тем, что соприкосновение чеснока со слизистой носа может вызвать аллергическую реакцию и даже ожог и повредить слизистую. А масло и другие вещества на масляной основе (в том числе имеющиеся в продаже капли в нос) при попадании на слизистые мгновенно останавливают движение ресничек. Закапывая масло в нос, вы лишь ослабляете его защитные функции.

В случае бактериальной инфекции предполагается применение антибиотиков, поэтому задача врача – определить, какой характер носит острый риносинусит: вирусный или бактериальный. Это крайне важно, чтобы избежать необоснованного назначения антибиотиков. Но определить это бывает не так просто, ведь признаки бактериальной и вирусной инфекции очень похожи:

- заложенность носа (затруднение носового дыхания);
- выделения из носа – прозрачные либо желтые, зеленые;
- головная боль, боль в области проекции пазух с двух сторон – чаще в области щек, переносицы;
- снижение обоняния;

- возможно повышение температуры тела;
- общее недомогание;
- стекание выделений по задней стенке глотки и кашель.

Вот и возникает «благоприятная» почва для применения антибиотиков – их назначают на всякий случай, ими часто страхуются врачи на случай ошибочного диагноза, да и среди пациентов немало страстных любителей таблеток. Но я не устаю повторять: необоснованный прием антибиотиков крайне опасен из-за развития бактериальной устойчивости. Причем не только у конкретного пациента – адаптирующиеся к антибиотикам бактерии становятся проблемой и для других. Поэтому не бросайтесь принимать антибиотики только потому, что насморк не проходит за пять дней.

Как правило, первый признак того, что инфекция вирусная, – это острое возникновение симптомов, которые продолжаются не более 7–10 дней. Но если симптомы не проходят, следует насторожиться: возможно, у вас идет гнойный риносинусит.

Как определить, что присоединилась бактериальная инфекция, вызвав гнойное воспаление одной или нескольких пазух:

- в первую очередь должно насторожить длительное течение насморка, который не проходит за 10 дней, состояние не улучшается или постепенно ухудшается;
- признак «двойной волны» – если через несколько дней от начала ОРВИ, когда, казалось, близится выздоровление, наступает резкое ухудшение – второй эпизод (или вторая волна) болезни.

При этом возникают дополнительные признаки, характерные для бактериального синусита:

- односторонняя выраженная боль, распирающее давление или тяжесть в области нахождения пазухи – в области щеки и верхних зубов, в области лба, переносицы или затылка. Если процесс двусторонний, то боль может распространяться на обе стороны. Боль может усиливаться при простукивании (пальпации) или простукивании (перкуссии) пазух либо при наклоне головы;
- гнойные выделения из носа, преимущественно из одной половины (если процесс односторонний) в сочетании с заложенностью. Если соустье заблокировано, отделяемое может оставаться в пазухе, вызывая ощущение распирания, и не попадать в полость носа. Поэтому отсутствие гнойных выделений из носа еще не говорит о том, что синусита нет.

Также могут присутствовать такие симптомы, как снижение обоняния, кашель, повышение температуры тела, стекание гноя по задней стенке глотки, заложенность в ушах и другие.

Принято считать, что если бактериальный синусит длится менее четырех недель, то это острый процесс. Если он длится дольше, то это свидетельствует о том, что вскоре болезнь перейдет в хроническую форму.

«А как же рентгеновские снимки, которые первым делом назначают лор-врачи? – спросите вы. – Разве они не дадут исчерпывающую информацию, не помогут определить гайморит?»

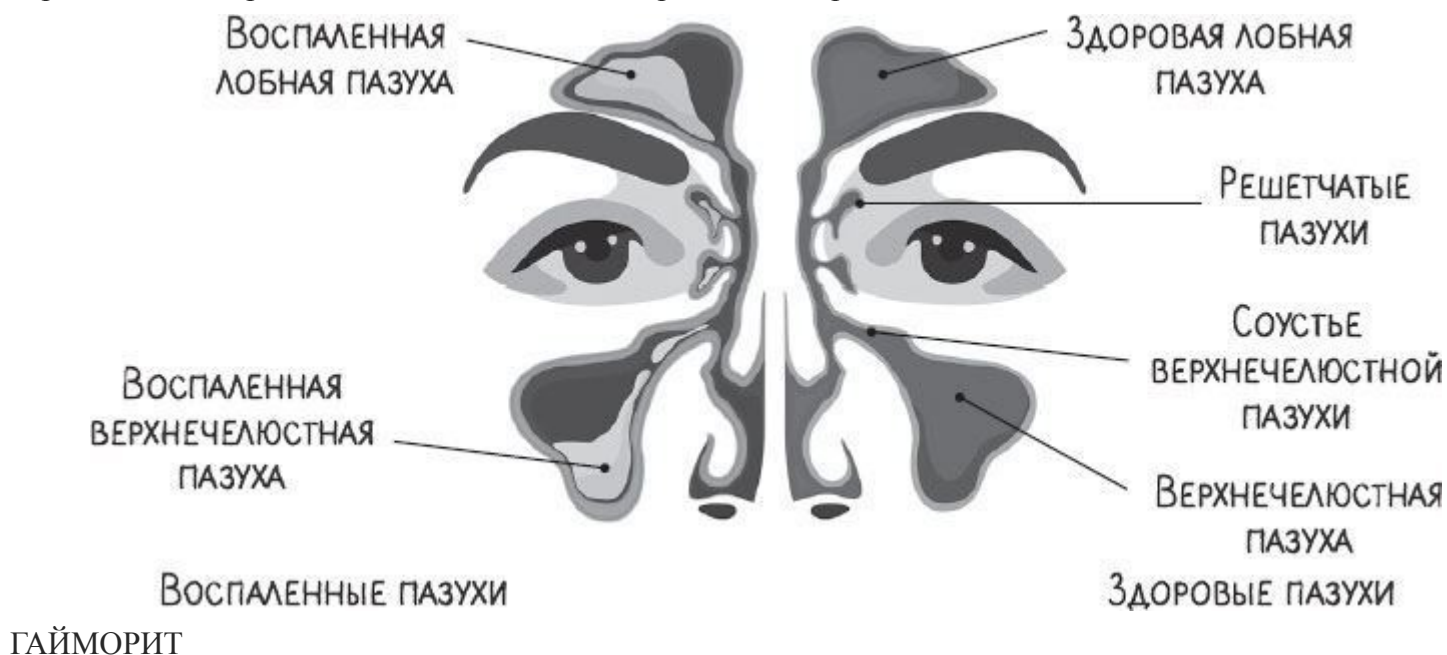
А вы уже сами можете ответить на этот вопрос. Раз при вирусной инфекции воспаляется не только полость носа, но и пазухи, на рентгене также могут присутствовать характерные для синусита изменения. Это может сбивать с толку врача, который поставит ошибочный диагноз. Да и сама рентгенография пазух носа по информативности не превышает результаты обычного осмотра у лор-врача, поэтому постепенно отходит в прошлое.

Важно: некоторые врачи ставят диагноз «гнойный риносинусит», основываясь лишь на цвете выделений из носа. Однако, как показали исследования, цвет носовых выделений не играет существенной роли при определении источника инфекции. Желтые или зеленые выделения из носа могут присутствовать и при ОРВИ.

Совсем другое дело, когда присоединяется бактериальная инфекция и возникает острый гнойный риносинусит (к счастью, это происходит нечасто – лишь в 2 % случаев). Диагноз зависит от того, какая именно пазуха воспаляется. Если гайморова, то это гайморит (или верхнечелюстной синусит), лобная – фронтит, все пазухи с одной стороны – гемисинусит, а если все пазухи сразу – это пансинусит. Поскольку лечение при остром бактериальном воспалении одинаково при любом типе воспаления пазух, то тонкости диагноза не так важны и можно ограничиться общим понятием «острый гнойный риносинусит» или «острый гнойный синусит».

Это интересно: острый синусит может начинаться с боли в верхнем зубе, поэтому нередко именно стоматологи – первые, к кому обращаются пациенты с гайморитом. При этом зуб может быть совершенно ни при чем. Дело в том, что тройничный нерв, проходя по стенкам пазухи, дает веточки к верхним зубам – отсюда и болевое ощущение. Для диагностики стоматолог сделает компьютерную томографию верхней челюсти и, увидев признаки гайморита при отсутствии проблем с зубами, отправит пациента к лор-врачу.

Важно: «присоединение бактериальной инфекции» – это не диагноз, а возможная причина гнойного воспаления. Врачи говорят о присоединении бактериальной инфекции, когда возникло гнойное воспаление в той или иной области – например, гнойный гайморит, гнойный отит, паратонзиллярный абсцесс и так далее. Если врач сказал, что у вас присоединилась бактериальная инфекция, и предложил пропить антибиотик, не подкрепив свою рекомендацию соответствующим диагнозом, следует обратиться за вторым мнением. Антибиотики при ОРВИ не работают!



Миф 2: чтобы быстрее вылечить насморк и предотвратить гайморит, необходимо прогревать области пазух с помощью горячих яиц либо мешочков с нагретой солью.

Ответ: это не так. Прогревание пазух при инфекции лишь усиливает воспаление за счет притока крови, что только увеличивает риск развития синусита. А если синусит уже развился, прогревание может вызвать опасные осложнения.

Многие пациенты чуть ли не в обморок готовы упасть, если им сообщают «страшный» диагноз – «фронтит» (воспаление лобной пазухи) или «сфеноидит» (воспаление клиновидной пазухи), хотя вполне спокойно относятся к диагнозу «гайморит». Однако следует знать, что острый гнойный гайморит не менее опасен, чем фронтит, сфеноидит или этмоидит (воспаление решетчатых пазух).

Почему возникает гнойный синусит?

Как мы уже знаем, вирусы первым делом атакуют слизистую оболочку носа, в результате чего она теряет свои реснички, обеспечивающие движение слизи (мукоцилиарный клиренс). Чаще всего это является первым признаком ОРВИ – сухостью в носу. В ответ на вторжение слизистая оболочка носа и пазух отекает и начинает вырабатывать в несколько раз больше слизистого отделяемого, и тогда сухость сменяется обильными, чаще всего прозрачными выделениями – говорят, что нос «течет». Отек возникает не только в носу и пазухах, но и в области их соустьев – отверстий, соединяющих пазухи с полостью носа, что нарушает вентиляцию пазух. Тем не менее в большинстве случаев организму удастся победить вирус за несколько дней, и все изменения в носу и пазухах проходят бесследно. Однако иногда соустье одной или нескольких пазух отекает настолько сильно, что просвет полностью закрывается, в результате чего пазуха теряет возможность выводить из себя слизь. Пользуясь тем, что пазуха ослаблена, бактерии начинают атаковать с удвоенной силой – возникает гнойное воспаление. Человеческий организм настолько крепок, что даже гнойное воспаление он способен победить самостоятельно, без специального лечения. Поэтому при неосложненном бактериальном риносинусите в редких случаях допускается тактика наблюдения без назначения антибиотиков. Однако лучше не испытывать возможности организма и из-за высокой вероятности развития опасных осложнений при гнойном синусите начать принимать антибиотики.

Важно: если вы недавно посещали стоматолога, вам лечили верхний зуб или проводили другие манипуляции (синус-лифтинг, имплантацию и другие) на верхней челюсти и вслед за этим у вас возникли проблемы с носом, как можно скорее обратитесь к своему стоматологу и лор-врачу для исключения одонтогенного синусита.

Бактерии могут проникать в пазуху не только из носа, вызывая синусит. Возможно, для вас это окажется неприятным сюрпризом, но инфекция в пазуху может попасть и из зубов. Корни зубов в норме имеют общую границу с гайморовой пазухой и даже проступают внутрь пазухи, поэтому из больного зуба (с четвертого по восьмой) воспаление может распространиться в гайморову пазуху и вызвать гайморит. По этой же причине и различные стоматологические манипуляции на верхних зубах могут приводить к воспалению гайморовых пазух. Нередки случаи, когда при лечении каналов зубов пломбировочный материал попадает прямо в пазуху.

Воспаление пазухи может возникнуть и при установке имплантата или подсадке кости (синус-лифтинг), что приводит к отторжению имплантата. Даже банальное удаление верхнего зуба может осложниться образованием отверстия между полостью рта и пазухой, и тогда флора из полости рта начинает проникать в пазуху и вызывать серьезное воспаление. В этих случаях говорят, что возник одонтогенный (то есть от зуба) синусит. Если инфекцию не лечить, она распространяется дальше, постепенно вовлекая в процесс остальные пазухи, что может привести к серьезным осложнениям. Если причина синусита кроется в зубах, то и лечение проводится совместно со стоматологом.

Важно: если ваш насморк (заложенность носа, выделения из носа, головная или лицевая боль, снижение обоняния) продолжается больше месяца, воспалительный процесс может стать хроническим. Обратитесь к лор-врачу или, если вы уже лечитесь, получите второе мнение.

Что следует ждать от врача?

Итак, опрос пациента (сбор жалоб и анамнеза) и осмотр лор-органов без применения специальной аппаратуры позволяет в большинстве случаев поставить верный диагноз и определить, какой именно

риносинусит возник – вирусный или бактериальный. Для этого даже не нужен лор-врач. С этой задачей успешно справляются терапевты. Однако если диагноз вызывает сомнение, состояние пациента слишком тяжелое либо имеются признаки осложнений, врач может назначить дополнительные исследования: компьютерную томографию околоносовых пазух, эндоскопию полости носа, при гайморите – диагностическую пункцию (или, как говорят, «прокол»). А вот посев из носа, как ни странно, не поможет врачу с определением тактики лечения. Оказывается, бактерии, проживающие в полости носа, отличаются от бактерий, вызывающих синусит. Если бы была возможность взять посев непосредственно из воспаленной пазухи, то это бы значительно облегчило врачу подбор антибиотика. Но это можно сделать, либо проведя пункцию гайморовой пазухи при гайморите, либо во время хирургического вмешательства на пазухах. Однако есть еще один способ определить вид бактерии, вызвавшей гайморит, – это взятие мазка из среднего носового хода (в максимальной близости к соустью пазухи) под контролем эндоскопа. Все больше исследований подтверждают достоверность такого мазка. Но необходимо помнить, что посев на флору готовится не менее 5–7 дней, а лечение необходимо начинать незамедлительно. Результаты посева могут пригодиться в том случае, если первый вариант лечения не принес результатов.

Важно: пункция верхнечелюстной пазухи («прокол») как метод лечения гайморита в России постепенно отходит в прошлое, а в мире вообще не применяется, поскольку лечение гнойного синусита антибиотиками достаточно успешно, а пункция совершенно не ускоряет процесс выздоровления. Но и бояться пункции гайморовой пазухи не стоит, вопреки множеству мифов, она не приводит к развитию хронического синусита.

Так что часто используемый в медицинской рекламе слоган «Лечим гайморит без прокола» рассчитан на панический страх пациента перед проколом и незнанием того, что гайморит давно уже лечат иначе.

Важно: рентгенография и КТ околоносовых пазух не должны применяться для диагностики острого гнойного синусита в каждом случае. Для постановки диагноза достаточно очной консультации и осмотра.

«Золотым стандартом» диагностики острого или хронического синусита является компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух, хотя, повторяюсь, при остром синусите для диагностики в большинстве случаев достаточно осмотра. КТ необходима лишь при неясном диагнозе, наличии тяжелых сопутствующих заболеваний или появлении признаков осложнений синусита.

Я нередко сталкиваюсь с тем, что пациентам назначают МРТ пазух, говоря, что это исследование лучше, так как не дает лучевую нагрузку. Однако на МРТ не видны костные структуры, которыми являются пазухи, поэтому при синусите МРТ обладает низкой информативностью. МРТ околоносовых пазух предназначена исключительно для диагностики опухолей либо назначается при развитии осложнений гнойного синусита (абсцесса головного мозга, абсцесса орбиты и других).

К малоинформативным методам диагностики риносинусита также относят УЗИ околоносовых пазух. Не следует проводить необоснованных и малоинформативных исследований, чтобы избежать гипердиагностики – когда врач придает неоправданно большое значение результатам исследования и назначает ненужное лечение.

Как лечится острый гнойный синусит?

Лечение неосложненного гнойного синусита начинают с так называемого эмпирического подбора антибиотика и придерживаются установленных в мире рекомендаций. По аналогии с лечением острого среднего отита антибиотики назначают с определенной последовательностью. За последние 10 лет рекомендации по лечению острого синусита изменились из-за того, что бактерии развили устойчивость к ряду антибиотиков, в результате чего рекомендуют ограничить их применение. К таким антибиотикам относят макролиды (кларитромицин, популярный сумамед) и триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол). Из-за роста устойчивости бактерий к широко используемым цефалоспорином (цефиксим, цефтриаксон,

цефотаксим) их рекомендуют применять в качестве последней, третьей, линии терапии, когда антибиотики первой и второй линий неэффективны.

Однако пенициллины – амоксициллин либо амоксициллин/клавуланат (амоксиклав, аугментин, флемоклав), как и в предыдущие годы, все еще рекомендуются в качестве начального лечения, антибиотиков первой линии. Если у пациента имеется аллергия на пенициллины либо они неэффективны, то в качестве альтернативного антибиотика у взрослых назначают тетрациклины (доксциклин) либо фторхинолоны (таваник, авелокс), которые ранее относили к антибиотикам третьей линии. При этом детям они противопоказаны, поэтому им рекомендовано назначать комбинированную терапию и использовать клиндамицин и цефиксим. Эти же препараты могут назначаться в качестве второй линии у взрослых. Антибиотики назначают на 7–14 дней, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Помните: развитие устойчивости бактерий к антибиотикам – нарастающая и очень опасная проблема во всем мире, это приводит к росту смертности от бактериальных инфекций. Если принимать антибиотики бесконтрольно, не соблюдая правил и режима приема, это усугубит проблему.

Часто врачи идут на поводу у пациентов и назначают им антибиотики для перестраховки. Не настаивайте на антибиотиках, а поговорите с врачом о возможности в вашем случае тактики наблюдения и симптоматического лечения.

Если в течение недели пациент не идет на поправку или его состояние ухудшается, необходимо уточнить диагноз, исключить другие заболевания либо развитие осложнений. В случае, если у пациента, которому проводили симптоматическое лечение, острый бактериальный синусит не проходит, следует назначить антибиотик, а тому, кто уже принимал антибиотик, необходимо поменять его на другой (из второй линии).

Если же консервативное лечение вовсе не помогает либо развиваются осложнения синусита, проводят дополнительную диагностику: КТ ОНП, эндоскопию полости носа, пункцию верхнечелюстной пазухи при гайморите, иногда МРТ головы. По результатам дополнительного обследования пациенту может быть назначена операция.

Чем опасен гнойный синусит и что должно насторожить?

Нередко врачи поликлиник отправляют пациентов лечиться в стационар со словами: «У вас гной в голове! Вы что, хотите осложнений?» После этих слов испуганный пациент со всех ног мчится в больницу. Хотя врачи поликлиник склонны к перестраховке и переусердствуют, пытаясь уговорить пациента лечь в больницу, мы, врачи стационаров, хотя и редко, но сталкиваемся с осложнениями гнойного синусита.

К ним относятся:

- орбитальные осложнения – от реактивного отека глаза до формирования абсцесса орбиты;
- внутричерепные осложнения: менингит, абсцесс головного мозга, тромбоз кавернозного синуса;
- остеомиелит – воспаление костной стенки пазухи, которое сложно поддается лечению.

Если на фоне гнойного синусита у вас или ваших близких возникло покраснение кожи вокруг глаза, снизилось зрение, появилось двоение в глазах, нестерпимая головная боль или спутанность сознания, срочно вызывайте «Скорую» – это типичные признаки осложнений синусита.

В большинстве случаев осложнения возникают у тех, кто упорно отказывался принимать антибиотики, несмотря на длительное гноетечение из носа и головную боль, или лечился народными методами типа прогревания пазух.

Случай из практики

Помню, как к нам в больницу попала женщина 40 лет с тяжелым риногенным (от носа) менингитом – ее без промедления отправили в реанимацию. Удивительное дело, но она оказалась врачом-хирургом и продолжала работать, несмотря на классические симптомы гнойного гайморита. Сознание она потеряла прямо на работе. К счастью, мы смогли ее вытащить, вовремя проведя операцию и назначив убойные антибиотики. Однако так везет далеко не всем: гнойный менингит очень опасен и не всегда поддается лечению.

При возникновении осложнений в большинстве случаев проводится экстренная операция на пазухах и может потребоваться помощь офтальмолога или нейрохирурга.

Почему синусит может стать хроническим?

В большинстве случаев хронический синусит развивается в результате острого синусита, когда пациент отказывается от назначенного врачом лечения, прерывает прием антибиотиков раньше времени или занимается самолечением. Переходу острой формы инфекции в хроническую может способствовать и ряд других факторов:

- аллергия (об этом подробнее в соответствующем разделе);
- анатомические особенности носа, способствующие нарушению вентиляции пазух (искривление перегородки носа, наличие клеток решетчатого лабиринта, суживающих соустья, раздутые воздухом средние раковины – конхобуллез и другие);
- формирование устойчивых форм бактерий – так называемых биопленок;
- сбой местного иммунитета и движения ресничек слизистой оболочки;
- бронхиальная астма и непереносимость аспирина – часто сопутствуют полипозной форме синусита;
- наличие новообразований (опухолей), препятствующих оттоку из пазух;
- наличие системных заболеваний, при которых воспаляется слизистая оболочка верхних дыхательных путей (гранулематоз Вегенера, муковисцидоз, саркоидоз и другие). Обычно подозрение на системное заболевание вызывает отсутствие эффекта от консервативного лечения синусита, а подтверждают диагноз результаты биопсии слизистой оболочки носа;
- курение значительно ослабляет работу слизистой оболочки носа – еще одна причина бросить курить;
- гормональные нарушения (при беременности) и нарушения работы иммунитета;
- заболевания зубов верхней челюсти и стоматологические процедуры.

Важно: если у вашего ребенка хронический насморк (в том числе аллергический), необходимо исключить достаточно редкое, но опасное заболевание – муковисцидоз. Для этого необходимо провести потовую пробу в специальной лаборатории.

Для подтверждения хронической формы синусита проводят компьютерную томографию пазух (устойчивая аббревиатура КТ ОНП) и эндоскопию полости носа. По результатам компьютерной томографии можно определить степень воспаления пазух, увидеть полипы, кисты, инородное тело, грибковые массы в пазухах, оценить, работают соустья или нет, установить состояние зубов и многое другое, что вместе с данными осмотра, сбором жалоб и анамнеза определит наиболее верную тактику лечения.

Очень важно при этом выяснить, есть ли у пациента в пазухах полипы. Если нет, то можно сказать, что пациент – счастливчик. Хронический риносинусит полностью вылечивается в большинстве случаев, если не антибиотиками, то с помощью современной малоинвазивной операции – эндоскопической хирургии носа и пазух (функциональная эндоскопическая риносинусохирургия). Однако наличие

полипов говорит о том, что у пациента имеется особая, более выраженная форма хронического синусита, лечение которой не всегда бывает успешным и имеет свои особенности. О полипах носа подробнее поговорим в следующей главе.

Раньше врачи считали, что при хроническом воспалении источник инфекции скрывается в необратимо измененной слизистой оболочке, и совершенно не брали в расчет естественные соустья пазух. При хроническом гайморите они проводили радикальную операцию наружным доступом, полностью удаляли слизистую оболочку пазухи, оставляя почти обнаженную кость, и делали дополнительно отверстие между полостью носа и пазухой для улучшения вентиляции. Однако это не только не улучшало вентиляцию пазухи, а зачастую полностью выводило ее из строя. Более того, при наружном разрезе зачастую повреждались веточки тройничного нерва, что приводило к развитию хронического болевого синдрома в области вмешательства. А если дело касалось лобной пазухи, то зачастую сама операция приводила к еще большему рубцеванию (закупориванию) соустья и развитию еще более выраженного воспаления.

Сегодня такой крайне травматичный подход признан несовременным. На смену радикальным пришла эра щадящих эндоскопических операций, когда с помощью микрокамеры (эндоскопа) и специальных инструментов врач оперирует нос и пазухи не через наружный доступ, а через естественные отверстия: он расширяет соустья пораженных пазух, через которые удаляет патологическое (болезненное) содержимое и при этом оставляет даже сильно воспаленную слизистую оболочку нетронутой. Иными словами, просто восстанавливает нормальные условия для вентиляции и дренирования пазух. В результате их функционирование полностью нормализуется, а слизистая оболочка, казалось, измененная необратимо, полностью приходит в нормальный вид! То же самое происходит и с носовыми раковинами: при устранении причины заболевания они самостоятельно приходят в норму!

Конечно, эндоскопические операции на пазухах технически намного сложнее, чем радикальные, и требуют от врача долгого обучения, досконального знания анатомии и виртуозного владения эндоскопами и эндоскопическими инструментами. Ведь грубо выполненная эндоскопическая операция может привести как минимум к образованию спаек, а в худшем случае – к развитию осложнений из-за повреждения органов, которые находятся в тесной близости с носом и пазухами.

Глава 3. Полипы в носу

В школьные годы я увлекалась орнитологией и проводила не одну неделю в лесах, на болотах, в горах или на равнинах, изучая обитающих там птиц в составе биологической экспедиции «Всемирного общества охраны природы». С собой у меня всегда был внушительных размеров бинокль, но, проводя учет птиц, я пользовалась им редко – мое тренированное музыкальным образованием ухо определяло вид той или иной птицы по ее голосу. Так и сегодня: я часто угадываю диагноз по голосу пациента еще до того, как приступаю к осмотру. Впрочем, не нужно иметь абсолютный слух, чтобы определить пациента с полипами в носу – его гнусавый голос ни с чем не спутаешь.

Полипы в носу – это не что иное, как особая форма хронического синусита, при котором в носу и пазухах на фоне воспаления начинают расти полипы – доброкачественные выросты слизистой оболочки, напоминающие медузу. Это полипозный риносинусит или, как еще говорят лор-врачи, назальный полипоз. Ученые всего мира до сих пор ищут причину, по которой вдруг ни с того ни сего у человека в носу начинают расти полипы, препятствуя обонянию, дыханию, вызывая постоянные выделения из носа и невероятно снижая качество жизни. У одних пациентов проблемы с носом были всю их сознательную жизнь, и они даже не помнят, когда дышали свободно. Другие могут назвать точную дату, когда на фоне полного здоровья вдруг начались проблемы с носом. Да и протекает полипозный риносинусит по-разному. У одних – очень активно, и, несмотря на множество операций, полипы вырастают вновь и вновь. У других, напротив, одно лишь консервативное лечение практически полностью избавляет от проблемы.

Существует множество теорий развития полипозного риносинусита, однако ни одна из них не объясняет точный механизм его развития. Отвечая пациентам, почему у них возникли полипы, я опираюсь на принятые в мире представления и даю простое объяснение этому заболеванию: оно вызвано сбоем местного иммунитета, когда нос начинает абсолютно безобидные компоненты вдыхаемого воздуха воспринимать как чужеродные. В результате возникает выраженное воспаление, которое сопровождается ростом полипов как защитной преграды от чужеродных агентов. То же самое примерно происходит и при аллергии, что и послужило основой для развития аллергической теории полипоза. Однако у пациентов, страдающих аллергическим ринитом, полипы обнаруживаются лишь в 1,5 % случаев, и наоборот, лишь у трех человек из десяти с полипами в носу выявляется аллергия.

Вопрос: могут ли полипы переродиться в рак?

Ответ: полипы – доброкачественные образования и в рак не перерождаются. Однако вместе с полипами в носу могут расти и доброкачественные, и злокачественные опухоли, которые из-за полипов можно сразу не разглядеть. Например, инвертированная папиллома носа – доброкачественная опухоль – может быть окружена полипами и скрываться за ними, и если ее полностью не удалить, может перерасти в рак. Но большинство опухолей можно заподозрить по КТ ОНП, несмотря на полипы.

Намного чаще полипозный синусит встречается у тех, кто страдает бронхиальной астмой и непереносимостью аспирина – так называемая аспириновая триада: сочетание полипов в носу, астмы и непереносимости аспирина. У таких пациентов полипоз быстрее рецидивирует и хуже всего поддается лечению. Вырастая, полипы начинают препятствовать вентиляции пазух, что еще больше усугубляет проблему, в результате чего воспаление усиливается.

Важно: при длительно непроходящем насморке и подозрении на хронический риносинусит необходимо исключить полипозный синусит. Для этого врач проводит осмотр (передняя риноскопия), эндоскопическое исследование полости носа и КТ ОНП.

Четыре основных проявления полипозного синусита (когда симптомы длятся более 12 недель):

- 1) затруднение носового дыхания;
- 2) снижение или полное отсутствие обоняния;
- 3) выделения из носа либо стекание отделяемого по задней стенке горла;
- 4) головная боль и ощущение давления или распирающего в пазухах.

Это симптомы обычного насморка, поэтому одних лишь жалоб недостаточно для определения диагноза. Если симптомы продолжаются более 12 недель, скорее всего, это и есть хронический синусит. Характерным признаком полипозного синусита является наличие полипов в носу, что видно при осмотре либо эндоскопии носа. Однако если в носу полипов не видно, это еще не значит, что их нет. В ряде случаев полипы растут в пазухах, и их можно «увидеть» лишь на компьютерной томографии.

Не менее важной задачей при хроническом насморке является исключение опухоли в носу – доброкачественной или злокачественной, поскольку проявления при опухоли могут быть такими же, как и при хроническом насморке, а подход к лечению совсем иной.

Нередко коллеги других специальностей направляют пациентов на проведение эндоскопического исследования носа с целью «осмотреть пазухи». Однако они не знают, что осмотреть пазухи пациента, у которого не было на них операций, в большинстве случаев невозможно. Лишь в редких случаях при наличии в пазухах дополнительных отверстий (называемых фонтанеллами) можно заглянуть в верхнечелюстную пазуху. Даже соустья пазух при эндоскопии увидеть невозможно, поскольку они скрыты за костными структурами. При эндоскопии можно увидеть лишь косвенные признаки хронического синусита.

Если полипы подтверждены и болезнь плохо поддается лечению, необходимо определить, есть ли заболевания, ухудшающие течение полипоза: бронхиальная астма, муковисцидоз, иммунодефицит, мукоцилиарная дискинезия (нарушение биения ресничек слизистой оболочки), ГЭРБ (гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь) и анатомические особенности строения пазух.

Нужно ли проводить исследования на аллергию?

Учитывая возможную аллергическую природу полипозного синусита, обследование у аллерголога может помочь с лечением. Однако в большинстве случаев у пациентов с полипозом аллергологические тесты не выявляют аллергии.

Можно ли вылечить полипозный синусит?

Поскольку причины полипозного синусита неизвестны, с лечением не все так просто: к сожалению, вылечить назальный полипоз раз и навсегда невозможно. Достижимая цель лечения – длительная ремиссия, когда пациент ощущает себя здоровым. Но наука не стоит на месте, и есть хорошая новость: благодаря современным технологиям ремиссия длится значительно дольше, чем это было еще 10 лет назад, – и эффект от лечения может быть даже пожизненным.

Основная сложность при лечении – это склонность полипов вырастать вновь, иными словами, рецидивировать. Поэтому при лечении важно не просто от них избавиться, но и сделать так, чтобы они не выросли снова.

Бытует мнение, что полипы нужно немедленно удалять. Однако все же не спешите ложиться на операционный стол. Если случай не слишком запущенный, от полипов удастся избавиться с помощью консервативных методов.

Важно: полипы могут уменьшиться в размерах и даже полностью исчезнуть при консервативном лечении.

Начинать лечение полипозного синусита следует с местных препаратов: промывания или орошения носа слабосолевыми растворами (морская вода) и использования гормонов-кортикостероидов в виде спреев в нос. Морская вода не только физически очищает нос от бактерий и отделяемого, но и усиливает работу ресничек слизистой оболочки. При хроническом риносинусите промывание носа с помощью специальных устройств считается более эффективным, чем использование одних спреев, поскольку они лучше удаляют устойчивые формы бактерий (биопленки) с поверхности слизистой оболочки. Поскольку хронический полипозный синусит связан с воспалением в носу и пазухах, лучше всего с ним борются гормоны-кортикостероиды в виде спреев в нос – это назальные кортикостероиды (НКС). Они уменьшают воспаление, а вместе с ним уходят и полипы. Однако при полипозе такие препараты следует применять длительно, в ряде случаев и пожизненно. Длительность и кратность приема определяет лор-врач, исходя из индивидуальных особенностей пациента.

Многих пугает слово «гормон», но спешу вас успокоить: современные гормоны в виде спреев в нос намного безопаснее «обычных» капель, поскольку они практически не всасываются в кровь и их применение связано с минимальным риском побочных эффектов. Если местные кортикостероиды не помогают, врач может назначить короткий курс системных кортикостероидов в виде таблеток или инъекций. Считается, что применение 3–4 курсов системных кортикостероидов в год является безопасным при полипозном синусите (при условии их эффективности). Однако из-за высокого риска развития побочных эффектов системные кортикостероиды должны применяться под наблюдением врача и с соблюдением строгих правил приема.

Антибиотики в виде таблеток или инъекций назначают при обострении хронического синусита, если развивается гнойный процесс. В этом случае курс антибиотика должен составлять не менее 14 дней, поскольку при хроническом синусите бактерии более устойчивы к лечению, чем при остром.

Важно: препараты, которые имеют сомнительную эффективность при остром и хроническом синуситах: антигистаминные (от аллергии), муколитики (которые призваны разжижать слизь), противогрибковые, антибиотики в виде спреев в нос, антисептики в виде раствора для промывания носа (мирамистин, хлоргексидин, фурацилин и другие), гомеопатические средства.

Зачастую при полипозном синусите мы наблюдаем образование в пазухах так называемого грибкового муцина. Он представляет собой густую, напоминающую резину слизь, содержащую споры грибов. Грибковый муцин накапливает кальций, поэтому на КТ он виден как более светлые включения на фоне серой массы полипов. Этот признак, как правило, говорит о более тяжелой форме полипоза – аллергическом грибковом полипозном синусите. Однако противогрибковое лечение, к сожалению, никак не влияет на выздоровление. Важно во время операции полностью очистить пазухи от грибкового муцина и в дальнейшем не допускать его образования.

Когда нужна операция?

Если консервативное лечение не помогает и носовое дыхание не улучшается, а обоняние не возвращается, часто возникают гнойные обострения синусита, имеются особенности строения носа и пазух, затрудняющих их вентиляцию (искривление перегородки носа, конхобуллез и другие), либо возникли осложнения синусита, тогда показана операция.

Важно: если у вас нос дышит свободно, обоняние не нарушено, но при осмотре носа или на КТ врач выявил полипы, то операция вам не требуется. Операция по поводу полипозного синусита направлена на улучшение качества жизни пациента, а не на достижение идеальной КТ. И если качество жизни не страдает, то и операция не нужна.

При полипозном синусите раньше практиковали полипотомию носа – с помощью специальной петли или шейвера удаляли лишь видимую часть полипа, свисающую в нос. При этом не важно, использовали эндоскоп или нет. Сегодня такой подход в мире считают устаревшим. Современные методы подразумевают полное удаление полипов из полости носа и пазух под контролем эндоскопа с расширением соустьев для восстановления их вентиляции и дренирования. Доказана и роль воспаления не только слизистой оболочки, но и костных перемычек решетчатого лабиринта при полипозном синусите, поэтому при операции их полностью удаляют. Такое вмешательство является малотравматичным, а функция носа полностью восстанавливается. Это и есть современная эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух.

Поскольку при полипозном синусите в процесс часто вовлечены все пазухи, то и оперировать необходимо их все. Однако это – задача не из легких даже для опытного практикующего хирурга. Пазухи расположены в непосредственной близости от орбит, головного мозга, крупных нервов и артерий, имеют непостоянную анатомию, поэтому из-за недостатка опыта или отсутствия специальных инструментов и оборудования можно случайно повредить эти структуры. С другой стороны, если убрать полипы не из всех пазух, это может вызвать образование рубцов в области вмешательства и даже усугубить проблему. Именно поэтому во всем мире при проведении операции – эндоскопической полисинусотомии – используют особую навигационную систему. Эта система позволяет в режиме реального времени отслеживать положение хирургического инструмента на предварительно загруженной в нее компьютерной томографии пациента, что сводит хирургические риски фактически к нулю. Таким образом, эндоскопические операции являются щадящими благодаря использованию естественных отверстий для доступа (ноздрей, соустьев пазух), сохранению носовых раковин и слизистой оболочки, выстилающей пазухи. Но вместе с тем они являются полноценными, что подразумевает полное удаление полипов и опухолей из носа и пазух.

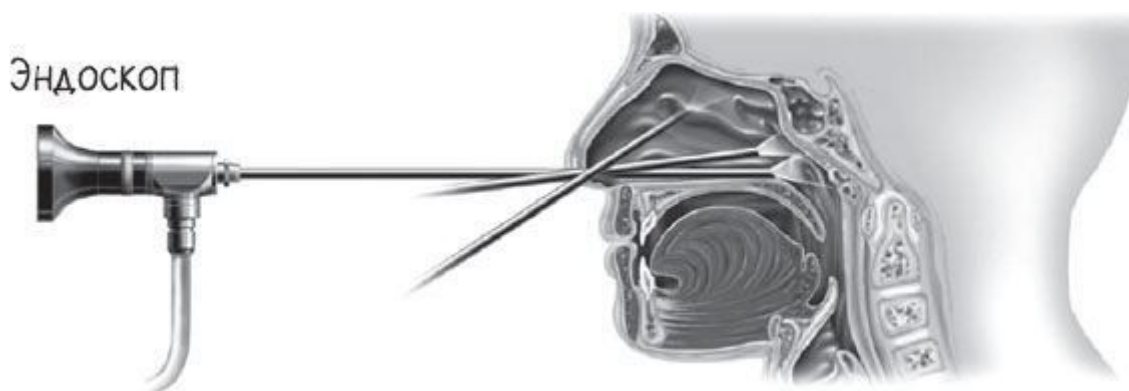
Важно: использование эндоскопа во время операции на пазухах еще не говорит о том, что операция является современной. Если эндоскоп использовать только как фонарик, то это никак не делает операцию современной. Современная эндоскопическая операция на пазухах – это целая философия и особый подход, где эндоскоп – лишь средство визуализации (осмотра).

Читая лекции на курсах по эндоскопической хирургии, я обращаю внимание врачей на то, что, проводя эндоскопическую операцию по поводу хронического синусита, важно достичь все четыре цели:

- 1) качественно (в полном объеме) удалить патологическое содержимое из носа и пазух, используя естественные отверстия, сохранив по возможности носовые раковины и слизистую оболочку;
- 2) обеспечить достаточную вентиляцию пазух и возможность их осмотра в любое время после операции с помощью эндоскопа;
- 3) предотвратить образования спаек в области вмешательства за счет правильной техники операции и соблюдения правил ухода за носом после операции;
- 4) обеспечить безопасность операции, сведя к минимуму риск осложнений.

Три составляющие успешного лечения полипозного синусита:

- 1) качественно выполненная операция;
- 2) постоянное использование назальных кортикостероидов, рекомендованных врачом;
- 3) наблюдение у лор-врача с проведением эндоскопического исследования полости носа не реже одного раза в 6 месяцев. Даже при отсутствии проявлений с помощью эндоскопа можно уловить первые признаки рецидива полипов и обойтись консервативными методами.



УДАЛЕНИЕ ПОЛИПОВ

Случай из практики

– Доктор, здравствуйте! Я оперировал у вас полипы два года назад. Все было прекрасно, поэтому через год я перестал брызгать в нос рекомендованные вами капли и решил не беспокоить вас визитами. Но вот пошел уже третий месяц, как я не чувствую запахи и нос плохо дышит. Когда можно приехать на осмотр? – Такие звонки меня всегда расстраивают, ведь ухудшение наверняка связано с рецидивом полипоза. Теперь вы знаете, почему так происходит.

Важно: несмотря на ощущение полного здоровья, не прерывайте назначенное лечение и найдите время для визита к врачу. Отмена препарата может ускорить рецидив полипозного синусита, а регулярное проведение эндоскопии носа позволит вовремя среагировать на самые минимальные признаки начинающегося рецидива.

Таким образом, выполнение качественной операции, постоянное применение назальных кортикостероидов под наблюдением лор-врача с проведением эндоскопического исследования полости носа хотя бы раз в полгода позволяет добиться длительной ремиссии, когда пациент ощущает себя здоровым, и предотвратить необходимость повторной операции.

Глава 4. Аллергический и неаллергический насморк

Зуд в носу, бесконечные приступы чихания, льет из носа, и слезы текут рекой – в представлении многих именно так должна проявляться аллергия. Вы удивитесь, но описанные «классические» симптомы аллергии возникают далеко не у всех. Скорее наоборот, нередко единственным симптомом аллергии может быть лишь заложенность носа! А бывает и так, что аллергия и вовсе никак не проявляется, а ее признаки выявляются случайно на стоматологической КТ или МРТ головного мозга, куда попутно попадают околоносовые пазухи. Самое интересное, что при этом пациент может не испытывать абсолютно никаких проблем с носом, и сообщение о том, что причина изменений на КТ или МРТ – самая настоящая аллергия, застает его врасплох. Именно потому, что аллергия может иметь такие разные проявления, нельзя сразу отметить ее как причину насморка. Кстати, у детей чаще всего причиной длительного насморка наряду с аденоидами является аллергия, и в мире отмечается постоянный рост случаев аллергии среди детей.

Почему проявления аллергического ринита могут быть такими разными?

Все зависит от формы аллергии и степени ее тяжести. Если симптомы возникают только весной или осенью (при цветении растений), то это сезонная аллергия, если проявления не прекращаются весь год – это круглогодичная аллергия. В случае, когда симптомы появляются регулярно, но менее четырех раз в неделю или менее четырех недель в году, это интермиттирующий (или рецидивирующий) аллергический ринит, а если симптомы возникают регулярно, но чаще четырех дней в неделю или четырех недель в году, то это персистирующий аллергический ринит. И, наконец, если симптомы возникают время от времени, но только при контакте с конкретным аллергеном (например, при контакте с животным или употреблении определенного продукта), то это эпизодическая аллергия. И по тяжести протекания аллергия может быть легкого течения, когда она не сказывается на повседневной деятельности, или тяжелого течения, когда симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента. Кстати, именно для сезонной или эпизодической аллергии характерны «классические» проявления аллергического насморка.

Почему возникает аллергия?

По неясным причинам нос начинает воспринимать некоторые безобидные вещества окружающей среды как опасные и при их попадании на слизистую оболочку реагирует мгновенным воспалением.

Аллергия может возникать на что угодно, но наиболее часто аллергенами становятся пыльца растений, споры грибов, плесень, бытовая пыль и перхоть животных.

Как узнать, что у вас аллергия?

Я могу заподозрить аллергию даже при беглом взгляде на пациента: обычно они гримасничают, шмыгают носом, имеют темные круги под глазами, а если постоянно дышат ртом, у них проявляются черты «аденоидного» лица, что чаще встречается у детей.

Вообще любой лор-врач может поставить аллергический ринит, даже не прибегая к специальным исследованиям, а лишь на основании тщательного опроса пациента и результатов осмотра носа (передней риноскопии либо эндоскопии).

При аллергии присутствует один или несколько из перечисленных симптомов:

- заложенность носа;
- прозрачные либо слегка окрашенные (мутные) выделения из носа;
- зуд в носу, чихание;
- слезотечение и покраснение глаз;
- при осмотре наблюдается бледный или синюшный оттенок слизистой оболочки носа.

У детей с аллергией далеко не все так очевидно: единственными проявлениями аллергического ринита могут быть общее недомогание, утомляемость и кашель. К более редким симптомам аллергии относят частые носовые кровотечения, стекание отделяемого по задней стенке глотки, подкашливание из-за желания постоянно очищать горло, одностороннюю заложенность носа, головную боль, потерю обоняния. Частые риносинуситы и ОРВИ могут также свидетельствовать об аллергии.

Сложность диагностики может быть связана с тем, что наряду с аллергией у пациента могут присутствовать и другие заболевания носа: например, искривление перегородки, новообразование (полип или папиллома), что может усиливать симптоматику. Но и другие заболевания носа могут иметь идентичные проявления с аллергическим ринитом, и важно отличить один диагноз от другого – провести дифференциальную диагностику.

Клинический пример

Помню, ко мне на осмотр примчался мой коллега – стоматолог. Вот уже два дня у него совершенно не дышал нос, как будто его забетонировали. При этом не помогали ни сосудосуживающие капли для носа, которые обычно «пробивают» даже самый заложенный нос, ни антигистаминные препараты. Вооружившись носовым зеркалом, я заглянула в нос и увидела раздутые синюшные нижние носовые раковины, которые полностью перекрыли дыхание. «Это аллергия!» – вынесла я вердикт. «Но у меня никогда не было аллергии...» – удивился коллега. «Все когда-то может случиться в первый раз, и аллергия – не исключение», – произнесла я фразу, входящую в топ-10 самых часто произносимых врачами изречений. Осталось только найти загадочную причину такой бурной реакции носа. Мы долго вспоминали подробности возникновения заложенности, пытаясь воссоздать детали происшедшего вокруг, но ничего не вызвало подозрений. А ответ лежал на поверхности. Оказалось, что коллеге подарили редкую туалетную воду, привезенную с другого конца света, которую он начал использовать два дня назад. Как только он перестал ею пользоваться, нос восстановился сам собой.

Важно: если у вас постоянно или периодически течет или капает из одной ноздри что-то прозрачное, похожее на воду, можно заподозрить редкое и опасное заболевание – назальную ликворею. Это когда в результате травмы, а иногда и без видимых причин образуется отверстие между полостью черепа и носом, и спинномозговая жидкость (ликвор) начинает вытекать через нос. Чаще всего – только из одной ноздри. В этом случае отверстие закрывают хирургическим путем. Наиболее современный метод операции – щадящая эндоскопическая пластика отверстия через нос.

Но если это и другие заболевания исключены, то в большинстве случаев уже на этапе осмотра и при наличии соответствующих признаков можно поставить диагноз «аллергический ринит» и приступить к лечению. Только если пробное лечение неэффективно либо имеются сомнения в диагнозе, следует обратиться к аллергологу для проведения аллергологических тестов. Но здесь не все так просто. Существует два вида тестов на аллергию: когда сдается кровь и берутся кожные пробы.

Самыми информативными исследованиями при аллергическом рините являются:

- 1) кожные пробы, проводимые методом «укола» (прик-тесты) и внутрикожной инъекции;
- 2) анализ крови на определение уровня специфических иммуноглобулинов класса E (IgE) к различным аллергенам.

Что такое кожная проба?

Это не что иное, как биологический тест реакции организма на введенный в кожу человека аллерген. Этот аллерген мгновенно активизирует защитные клетки, что приводит к выбросу химических веществ (таких как гистамин), которые, в свою очередь, вызывают видимые изменения на коже уже через 15–20 минут. Современные кожные пробы могут применяться в любом возрасте, хотя у новорожденных реакция может быть слабой. Ранее широко использовали кожные пробы методом скарификации

(«царапина»), которые в настоящее время считаются менее точными и более травматичными по сравнению с прик-тестами и уже не рекомендуются к проведению.

Что такое анализ крови на аллергию?

В сыворотке крови определяют специфические (то есть вырабатываемые при определенном типе аллергена) иммуноглобулины Е. Проводится так называемый иммунологический анализ. Но зачастую пациенту назначают анализ крови на уровень общего иммуноглобулина Е и при отрицательном результате делают вывод, что аллергии нет. Однако этот вывод может быть преждевременным – ведь это исследование далеко не всегда достоверно. Даже при аллергическом рините этот анализ может быть отрицательным. И при отрицательном общем иммуноглобулине Е специфические иммуноглобулины могут быть положительными. Поэтому для диагностики аллергии очень важно определять именно специфические IgE.

Если сравнивать кожные пробы и анализ крови на специфические иммуноглобулины, то именно кожные пробы обладают наибольшей информативностью. Однако они связаны с небольшим, но риском развития выраженной аллергической реакции, их результат зависит от приема антигистаминных препаратов, и их проведение затруднительно при кожных заболеваниях. В то же время их стоимость сравнительно невелика, и результат виден сразу.

Важно: если вам был предложен анализ крови на общий иммуноглобулин Е (IgE общий) как единственный метод исключения аллергии, следует обратиться за альтернативным мнением.

При отрицательных результатах аллергологического тестирования важно выяснить, какие методы применяли для диагностики и насколько они информативны для оценки наличия аллергии у конкретного пациента (например, есть ли вероятность ложноотрицательных результатов, особенно если пациент принимает антигистаминные препараты), правильно ли проводились кожные пробы, правильно ли интерпретированы результаты. Вот сколько факторов могут повлиять на результат аллергологического тестирования. К слову, мазок из носа на цитологию имеет низкую информативность.

Важно: отрицательный тест на аллергию еще не говорит о том, что аллергии нет. Это может быть связано с тем, что тест показывает ложноотрицательный результат.

Хотя компьютерная томография ОНП является «золотым стандартом» диагностики болезней носа, она не должна назначаться при каждом случае с явными признаками аллергии. Это исследование следует проводить в неясных случаях, когда необходимо исключить другие причины хронического насморка (синусит, опухоль).

Важно: если врач подозревает аллергическую природу насморка и диагноз не вызывает сомнений, то компьютерная томография околоносовых пазух не показана.

Вот некоторые из показаний к КТ околоносовых пазух при аллергическом рините:

- частое возникновение гнойных риносинуситов. Известно, что аллергия является предрасполагающим фактором к острым синуситам, однако в таких случаях необходимо исключать сопутствующие причины, которые могут быть видны на КТ;
- имеются полипы в носу, видимые глазом либо эндоскопом, – это может свидетельствовать о наличии полипозного синусита;
- имеются признаки хронического синусита, симптомы которого не объясняются лишь аллергией.

Какое лечение назначит врач?

Три составляющие успешного лечения аллергии:

1) избегать контакта с аллергеном: нет аллергена – нет аллергии. Однако если аллерген неизвестен, это пыль или споры гриба, полностью убрать их из среды невозможно;

2) контроль окружающей среды (общие мероприятия, снижающие количество аллергенов): частая влажная уборка и проветривание помещения, обработка мебели противоклещевыми составами, установка фильтров воздуха, мытье излюбленных для плесневых грибов поверхностей (пространство под раковиной, ванной, поддон под холодильником, комнатные цветы), исключение контактов с домашними животными и другие;

3) медикаментозное лечение, которое включает назальные кортикостероиды (НКС), антигистаминные препараты и иммунотерапию.

Важно: лечение аллергического ринита назначают только в том случае, когда его симптомы влияют на качество жизни пациента.

В большинстве случаев для контроля аллергии достаточно одних лишь НКС в виде спреев в нос (назонекс, фликсоназе, назарел, авамис и другие), которые воздействуют не только на симптомы со стороны носа, но и успешно борются с покраснением глаз и слезотечением (за счет снижения назо-окулярного рефлекса). Они начинают действовать не сразу, а, как правило, через трое суток (хотя некоторые исследования показывают – от 3–5 часов), поэтому их применение следует начинать заранее, особенно в случаях сезонной аллергии, когда пациент знает примерную дату ее начала.

Важно: если через 1–2 недели от начала применения НКС эффекта не наступает, лечение признают неэффективным.

Знаю много случаев, когда пациенты при аллергии сразу же хватаются за антигистаминные препараты в таблетках, но при этом даже не слышали о НКС. Однако при аллергическом рините антигистаминные препараты значительно уступают по эффективности назальным спреям-кортикостероидам, особенно если на первый план выходит заложенность носа. Поэтому не стоит начинать лечение аллергии с антигистаминных препаратов, лучше использовать их в качестве дополнительного лечения, если первые работают не в полном объеме либо пациента беспокоят зуд в носу, чихание и глазные симптомы (слезотечение, зуд в глазах). Дополнительно могут быть назначены антигистаминные препараты в виде спреев в нос (азеластин, олопатадин), достоинством которых, как и НКС, является прямое воздействие на слизистую носа без вреда для организма.

При аллергии не стоит в каждом случае применять сосудосуживающие спреи в нос (тизин, галазолин, нафтизин и другие) из-за риска привыкания к ним, а также антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст, зафирлукаст). Их иногда добавляют в схемы так называемой комбинированной терапии, когда при сильных проявлениях аллергии одновременно используют несколько препаратов. Если есть необходимость добавить к лечению сосудосуживающие препараты, то их не следует применять более 3–5 дней из-за риска привыкания (когда нос не дышит без капель).

Если лечение медикаментами не помогает, то аллерголог может предложить проведение аллергено-специфической иммунотерапии (АСИТ). Ее концепция заключается в том, что в организм пациента постепенно добавляются аллергены, чтобы повысить устойчивость организма к ним. Это единственной метод, который оказывает настоящее лечебное воздействие на аллергию, а не только подавляет ее симптомы. Но решение об этом лечении принимает сам пациент, поскольку АСИТ связана с рисками осложнений, требует дополнительных финансовых и временных затрат (лечение может потребовать несколько лет).

В некоторых случаях при аллергии может помочь иглорефлексотерапия (акупунктура), однако эти рекомендации основаны на менее достоверных исследованиях. Но терапия народными методами, основанными на применении настоев и отваров трав, не рекомендована к применению при аллергическом рините, поскольку научные исследования, которые когда-либо проводились по этому поводу, очень низкого качества и не позволяют определить ни эффекты, ни риски, связанные с лечением.

Если все возможные средства испробованы, но эффекта нет – еще не все потеряно. Современная хирургия носа позволяет значительно уменьшить или даже полностью устранить симптомы аллергии. Операции включают уменьшение в размерах нижних носовых раковин (подслизистая вазотомия, конхопластика), расширение соустьев пазух при наличии признаков их несостоятельности, устранение анатомических препятствий для дыхания – септопластика.

Неаллергические формы ринита

Если аллергическая причина острого или хронического насморка полностью исключена, то можно сделать вывод о том, что у пациента не аллергический ринит. Ведь симптомы аллергического и обычного ринитов практически не различаются.

Вазомоторный ринит – такой диагноз ставится чуть ли не каждому второму пациенту с хроническим насморком. Однако природа вазомоторного ринита кроется не в обычном воспалении носа, это нарушение нервной регуляции работы нижних раковин. Иными словами, вместо того чтобы правильно регулировать потоки воздуха, раковины неадекватно реагируют на различные факторы (холодный воздух, стресс, тревога, резкие запахи), начинают увеличиваться в размерах и образовывать обильное количество отделяемой слизи. Причины этого явления неизвестны, поэтому лечение лишь симптоматическое.

Профессиональный ринит – возникновение симптомов насморка лишь во время пребывания на работе вследствие вдыхания пыли, паров химикатов, парфюма, сигаретного дыма и тому подобного. В данном случае совет поменять место работы не всегда уместен, поэтому остается применять специальные спреи в нос для снижения проявлений ринита.

Гормональный ринит чаще всего возникает при беременности, менструации, в период полового созревания и при использовании гормонозаместительной терапии. Обычно и проходит такой ринит сам по себе.

Медикаментозный ринит – хронический насморк, возникающий из-за лекарственных препаратов: нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен, нурофен), аспирина, оральных контрацептивов, препаратов, снижающих артериальное давление, седативных препаратов и других. Но чаще всего возникает зависимость от сосудосуживающих капель в нос, которые повсеместно предлагаются в аптеках в качестве средств от насморка. Действительно, эти препараты на некоторое время делают носовое дыхание свободным, однако уже через 5–7 дней с момента их применения нос вообще перестает дышать, пока их снова не закапаешь, – развивается привыкание. Я знала пациентов, которые сидели на каплях 30 лет! Капли у них были повсюду: дома, на работе, на даче, в машине, в туалете. И если, не дай бог, их не оказывалось под рукой, развивалась настоящая паника. Одним словом, эти капли – что-то сродни наркотику. К тому же сосудосуживающие капли полностью всасываются в кровь, повышая давление, поэтому лучше вообще отказаться от их применения без крайней необходимости.

Если вы «сидите» на каплях, вот несколько простых советов, как от них избавиться:

- 1) перейти на детскую дозировку капель – вместо 0,1 % раствора применять 0,05 %;
- 2) закапывать капли только в одну половину носа, которая хуже дышит, и дышать носом в целом;
- 3) при желании забрызгать в нос сосудосуживающие капли вместо них использовать морскую воду в виде спрея, обманывая нос. Морскую воду можно использовать неограниченное количество раз;
- 4) и, наконец, взять волю в кулак и постараться не закапывать капли, дотерпеть, пока нос не задышит самостоятельно.

Если эти меры не приносят результата и проблема лишь в привыкании, врач подберет медикаментозное лечение – местные либо системные гормоны-кортикостероиды. Однако постоянное использование сосудосуживающих капель может быть и следствием хронических заболеваний носа – от искривления перегородки до опухоли, поэтому необходимо исключить их наличие.

Вкусовой ринит – это появление насморка при употреблении слишком горячей или острой пищи, а также алкоголя. В этом случае остается лишь избегать подобных продуктов.

В зависимости от тех или иных симптомов и индивидуальных особенностей человека лечение может включать применение спреев на основе морской воды, местных гормонов-кортикостероидов в нос, реже – антигистаминных препаратов в виде спреев в нос и, наконец, антихолинергических препаратов (ипратропия бромид), снижающих выделения из носа. В России зарегистрированы лишь комбинированные препараты, сочетающие ипратропия бромид и сосудосуживающие спреи, что ограничивает их применение из-за риска привыкания.

Как вы могли заметить, набор лекарственных средств при различных видах ринита не отличается большим разнообразием, да и подход в целом тоже. Это связано с тем, что аллергический и другие формы ринита не всегда поддаются лечению. Но если вам не помогло назначенное врачом консервативное лечение, не огорчайтесь. В таких случаях прибегают к операции, которая подразумевает уменьшение нижних раковин в размерах, что позволяет восстановить носовое дыхание. Однако уменьшить выделения с помощью операции удастся не всегда, и после операции они могут продолжиться. Если раньше проводили полное удаление нижних раковин, что часто приводило к сухости в носу и развитию необратимого состояния – синдрома «сухого» носа, то сейчас раковины сохраняют во что бы то ни стало, чтобы не нарушить их функции. Во время операции стремятся минимально повреждать слизистую оболочку раковины, поскольку именно она выполняет множество важных для организма функций. Поэтому наиболее современным и щадящим методом уменьшения раковин в размере является подслизистая (то есть без повреждения слизистой) вазотомия (разрушение разбухших сосудов внутри нижних носовых раковин). Эту операцию еще называют «турбинопластика», «подслизистая шейверная вазотомия», «подслизистая редукция носовых раковин, или конхопластика», что, по сути, одно и то же.

В зависимости от того, за счет чего увеличена раковина – слизистой или кости, – операция может выполняться и только воздействием на мягкие ткани, и методом удаления костной основы раковины, но с сохранением слизистой оболочки. В зависимости от предпочтений хирурга вазотомия может выполняться невооруженным глазом или под контролем эндоскопа, под местной или общей анестезией. Не следует прибегать к «прижиганию» раковин. Температурные методы наносят слизистой оболочке дополнительное повреждение, что приводит к рубцеванию. Лазер, коагулятор, радиоволновой аппарат и другие подобные устройства также лучше всего использовать подслизисто, когда воздействие на раковину осуществляют изнутри. Но зачастую для достижения стойкого эффекта эту процедуру требуется повторить.

Важно: операция «нижняя конхотомия», подразумевающая полное удаление нижних раковин, является травматичной, что может привести к развитию необратимого состояния – синдрома «пустого» носа. Перед операцией поинтересуйтесь у врача, какая операция будет проводиться именно вам.

Как вы уже знаете, раковины призваны оказывать сопротивление воздушной струе, поэтому не следует ждать от операции идеального носового дыхания. Если раковины уменьшить слишком сильно либо полностью их удалить, может возникнуть так называемая парадоксальная заложенность носа, когда объем проходящего через нос воздуха настолько обильный, что нос не успевает прочувствовать его движение, и это ощущается как заложенность. Такую ситуацию исправить практически невозможно.

Глава 5. Искривление носовой перегородки

В наше отделение пациенты часто приходят за вторым мнением: им рекомендовали операцию в других медицинских учреждениях, но они хотят, чтобы мы приняли окончательное решение. Я оцениваю, правильно ли поставлен диагноз, действительно ли пациенту поможет операция, рассказываю ему о том, какую цель преследует вмешательство, и предупреждаю о возможных хирургических рисках и негативных последствиях. Но окончательное решение об операции принимает не врач, а сам пациент. Чаще всего почему-то беспокоятся те, кому рекомендовали операцию по исправлению перегородки носа. Так или иначе, но искривленная перегородка носа, наряду с хроническим тонзиллитом, входит в топ-10 медицинских тем, полных мифов и заблуждений. По моему опыту, пациенты, которые раздумывают, оперировать ли им перегородку, делятся на два типа: одни во что бы то ни стало хотят ее выпрямить, другие буквально умоляют ее не трогать.

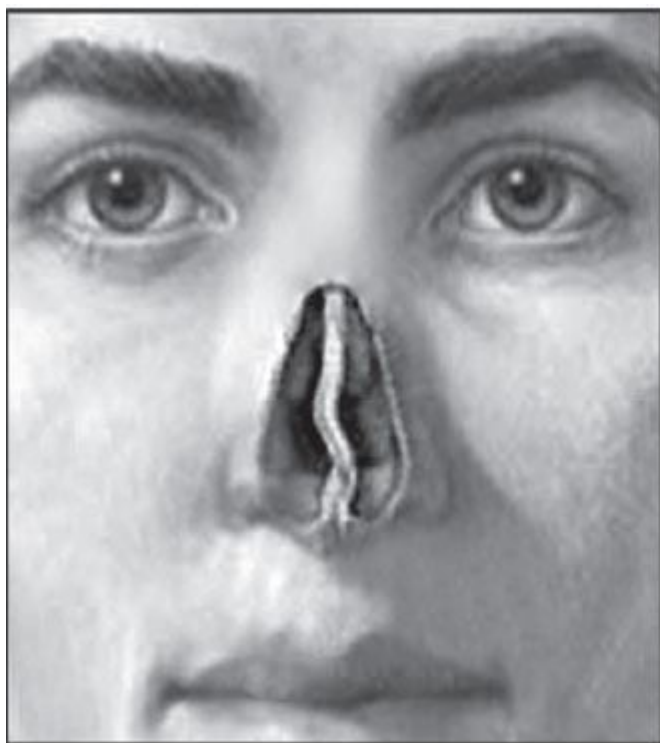
Типичный случай: пациенту необходима непростая эндоскопическая операция на лобных пазухах, требующая напряженной и кропотливой работы врача как минимум в течение полутора часов. Рассказываю о цели операции, какие инструменты буду использовать, как буду расширять соустья, с какими сложностями могу столкнуться, и попутно упоминаю о необходимости выпрямить перегородку, чтобы она не мешала доступу. Стоит мне только произнести «перегородка», как пациент мгновенно забывает о лобных пазухах и переключается на нее – как будто речь идет о сложнейшем хирургическом вмешательстве.

Я никак не могу привыкнуть к такой реакции пациентов – ведь ничего сложного в выпрямлении перегородки нет! Могу объяснить это разве что тем, что у меня есть сильный «конкурент» – «доктор Интернет», который то и дело дезинформирует читателей. В итоге мои долгие и подробные увещевания о том, что такое перегородка, почему она искривлена, зачем ее нужно выпрямлять и как это скажется на ощущениях после операции, делают свое дело. Надеюсь, что эта глава сделает эту работу за меня.

Почему носовая перегородка подвергается искривлению?

Из главы об устройстве носа вы уже помните, что носовая перегородка разделяет правую и левую половины. Передняя часть перегородки, видимая снаружи, так называемая колумелла, – это кожная складка, разделяющая ноздри. Она мягкая – если за нее взяться большим и указательным пальцами, можно ее оттянуть вперед и подвигать в разные стороны. Но чуть глубже начинается остов перегородки, состоящий из хряща в передних отделах и кости в нижних и задних отделах, которые на всем протяжении покрыты слизистой оболочкой с обеих сторон.

Перегородка не только разделяет воздушные потоки, но и поддерживает форму спинки и кончик носа. В процессе роста отдельные части перегородки, как и кости черепа, развиваются неравномерно, в результате чего перегородка может искривляться. Поэтому идеально ровная перегородка от природы – большая редкость. У 90 % людей перегородка искривлена в той или иной степени. Травма носа тоже может вызывать деформацию перегородки, но, вопреки всеобщему заблуждению, перегородка чаще всего искривляется именно в процессе роста, а не в результате травмы. Варианты искривлений перегородки бывают самыми разнообразными: она может быть искривлена лишь в переднем, хрящевом отделе, а задние отделы при этом могут быть достаточно ровными, и наоборот, искривлению могут подвергаться лишь задние, костные отделы, при этом хрящ может оставаться ровным. Но в большинстве случаев искривлению в той или иной степени подвергаются сразу все отделы перегородки: возникает смещение хряща относительно кости.



ПЕРЕГОРОДКА НОСА ИСКРИВЛЕНА



ПЕРЕГОРОДКА НОСА РОВНАЯ

Когда носовая перегородка становится проблемой?

Большинство людей живет с кривой перегородкой, и это им совершенно не мешает. Поэтому, если врач сообщил вам об искривленной перегородке, не стоит беспокоиться – вы лишь попали в те 90 % счастливых обладателей типичной перегородки носа. Если вы не испытываете проблем с носом, то и обращать большого внимания на эту информацию не стоит. Другое дело, когда возникают проблемы с носом и пазухами. Бывает настолько искривленная перегородка, что она начинает практически перекрывать дыхание. В таких случаях возникает заложенность носа, особенно во время простуд или ОРВИ. Если эта проблема существенно сказывается на вашей повседневной деятельности или мешает сну, стоит задуматься об операции.

Меня часто спрашивают: «Если перегородка искривлена вправо, то почему тогда нос заложен с двух сторон?» Для меня ответ очевиден: нос приспосабливается к деформированной перегородке, и, чтобы компенсировать этот недостаток, свободное пространство заполняется увеличенной нижней или средней раковиной. Таким образом, справа нос плохо дышит из-за искривленной перегородки, а слева – из-за увеличенной нижней и иногда средней раковины.

Другой частый вопрос такой: «Еще несколько лет назад у меня совершенно не было проблем с носовым дыханием. Почему же раньше моя кривая перегородка не давала о себе знать? Она что, искривилась внезапно? Травмы у меня не было!»

В действительности нос довольно продолжительное время умеет справляться со своей функцией, несмотря даже на сильно искривленную перегородку, но постепенно из-за нарушения движения воздуха носовые раковины начинают увеличиваться в размерах, в результате чего появляется заложенность носа. А бывает, что воздух в недостаточном количестве попадает в пазухи, и в них развивается воспаление. Нередко присутствуют сразу несколько причин хронического насморка: аллергия, хронический синусит, зависимость от капель. В этом случае искривленная перегородка только добавляет проблемы. Поэтому, если она сама является причиной постоянной заложенности носа либо это происходит в сочетании с другими причинами, необходимо ее выпрямить.

Чтобы определить, искривлена ли перегородка, достаточно обычного осмотра (передняя риноскопия). Но чтобы исключить другие причины заложенности носа, перед операцией обязательно нужно сделать

КТ пазух.

Важно: если вам рекомендовали операцию на перегородке, но при этом не сделали КТ околоносовых пазух, следует обратиться за альтернативным мнением.

Между тем необходимость в операции на перегородке может возникнуть и при отсутствии ее прямого влияния на носовое дыхание, а только потому, что она препятствует доступу через нос при выполнении эндоскопической операции на пазухах. Для того чтобы добраться до пазух, необходим свободный к ним подход через достаточно узкие носовые ходы. Если перегородка искривлена и физически мешает доступу, операция на пазухах может быть неосуществима либо проведена некачественно из-за плохой видимости. Поэтому, если перегородка не мешает дышать, но является помехой для доступа в пазухи через нос, ее необходимо выпрямить. Именно с выпрямления зачастую и начинают операцию на пазухах.

Важно: отказ от выпрямления перегородки носа, в случае если она мешает доступу, является большой ошибкой и может стать причиной неудачного вмешательства на пазухах и потребовать проведения повторной операции.

Как проходит операция на перегородке?

Операция по выпрямлению носовой перегородки называется «септопластика». Это современное название, которое соответствует международной номенклатуре. Еще эту операцию называют «подслизистая резекция перегородки носа» или «коррекция перегородки носа». Не нужно путать септопластику с ринопластикой – операцией по изменению формы носа. Ринопластику выполняют пластические хирурги, и она преследует лишь эстетическую цель. При септопластике форма носа не меняется, за исключением случаев, когда деформации подвергается видимая снаружи часть перегородки – колумелла. В современных клиниках септопластика проводится под общим обезболиванием – эндотрахеальным наркозом. Это комфортно и для пациента, и для хирурга. Но самое главное – безопасно: операции на дыхательных путях более безопасно проводить с интубацией, когда в трахею пациенту вводится трубка, препятствующая аспирации во время вмешательства (попадание в дыхательные пути жидкости или инородного предмета). Современный наркоз довольно безопасен и комфортно переносится пациентами.

Септопластика может проводиться отдельно или в сочетании с операцией на других структурах носа. Она является самой частой операцией для лор-стационара и занимает в среднем 20–30 минут. Хирург делает разрез внутри носа с одной стороны, отделяет (отсепаровывает) слизистую оболочку от хряща и кости с двух сторон, удаляет искривленные фрагменты хряща и кости, а недеформированные участки оставляет на месте. Некоторые хирурги возвращают предварительно выпрямленный хрящ на место, но это не обязательно. Затем слизистая оболочка возвращается на место и фиксируется швами. Важно сохранить так называемую опору для спинки и кончика носа – Г-образный фрагмент хряща перегородки шириной не менее одного сантиметра, остальные же участки не несут опорной функции и могут быть безопасно удалены. Это золотое правило операции на перегородке носа, чтобы избежать деформации кончика и спинки. Сама операция выполняется под контролем налобного осветителя (фонарика на лбу), эндоскопа или микроскопа – все зависит от предпочтений хирурга. Но метод визуализации в данном случае не влияет на качество операции. Если перегородка искривлена лишь в заднем отделе и образует шип или гребень (выступ), мешающий вентиляции или доступу в пазухи, операция может быть выполнена в ограниченном объеме: под контролем эндоскопа хирург удаляет лишь этот выступ.

Почему операция на перегородке может не помочь?

Я часто сталкиваюсь с мнением, что эффективность септопластики похожа на игру в рулетку – 50 на 50.

– У меня есть несколько знакомых, которым «ломали» перегородку, и им операция не помогла, – рассказывает пациент. – Есть ли гарантии, что мне операция поможет?

К счастью, моя личная статистика и статистика моих коллег по работе говорит об обратном. Отсутствие эффекта от операции может быть связано с несколькими причинами: с некачественно выполненной операцией (нередко приходится переделывать операцию после других специалистов), неполной диагностикой, когда причина заболевания крылась не только в искривленной перегородке, но и в других проблемах, которые сразу не устранили, отсутствием показаний к операции – например, пациенту лечили головную боль, которая была связана совсем с другими причинами. Поэтому важно устранить сразу все причины затруднения носового дыхания, а их, как правило, несколько. Да и вопреки всеобщему заблуждению, во время септопластики перегородка не ломается, а выпрямляется методом удаления искривленных фрагментов либо смещением и фиксацией хряща. Долото и молоток уже не применяются на каждой операции (лишь в редких случаях при выраженных костных деформациях). Да и в таких случаях долото сменили специальные насадки для дрели с низким количеством оборотов в минуту и специальной защитой для слизистой. Но что касается гарантий, то нужно понимать: в медицине гарантий не может быть в принципе. Каждый человеческий организм – сложная система со своей реакцией на любое вмешательство. Мы, врачи, должны лишь обеспечить максимальное качество операции, стремиться исключить все возможные риски. Если вам хирург дает 100 %-ные гарантии и не рассказывает о возможных негативных последствиях – это повод задуматься.

Важно: успешная операция при хроническом насморке включает устранение всех возможных причин хронических проблем носа – от искривленной перегородки до хронического синусита. Отказ от выполнения одного из этапов операции (например, от исправления перегородки) – самая частая причина того, что операция становится неэффективной.

Сразу после операции

Многие пациенты как огня боятся огромных тампонов, которые ставят в нос минимум на трое суток. Хочу вас обрадовать – такие тампоны уже не применяются, по крайней мере в нашем отделении. На смену самодельным марлевым тампонам пришли готовые современные миниатюрные тампоны и саморассасывающиеся кровоостанавливающие губки. Тампоны устанавливают всего на несколько часов и абсолютно безболезненно удаляют. После операции пациент уже не испытывает боли, синяков на лице тоже почти не возникает (это бывает крайне редко). Уже через один-два дня пациента отпускают домой с рекомендациями раз в неделю посещать лор-врача. Однако сразу после операции нос не задышит в полную силу из-за отека, связанного с вмешательством. Первую неделю нос будет дышать плоховато, но затем его работа постепенно наладится. Важно не высмаркиваться в течение недели, чихать только через рот, забрызгивать в нос рекомендованные врачом препараты (на основе морской воды) и избегать повышенных физических нагрузок до полного заживления (1,5 месяца).

Таким образом, операция на перегородке не так страшна, как описывают в Интернете. Если ваш нос плохо дышит из-за искривленной перегородки, то операция поможет. Но если она мешает доступу в пазухи, септопластика – лишь первый этап вмешательства, который никак не скажется на ощущениях после операции.

Глава 6. Лор и стоматолог

– Доктор, здравствуйте! Мне вас посоветовали как хорошего лор-стоматолога...

Такого о себе мне слышать еще не приходилось, хотя пациент почти не ошибся: с определенного момента моей профессиональной жизни я стала ежедневно общаться со стоматологами и их пациентами и фактически стала «стоматологическим» лором.

При чем здесь стоматология?

Рано или поздно каждый лор-врач в своей практике сталкивается со «стоматологическим» пациентом и заодно – со сложностями в его лечении. Корни верхних зубов граничат с верхнечелюстной пазухой, а зачастую прорастают в нее, и их может разделять только тонкая слизистая оболочка. В этом нет ничего страшного – это лишь вариант нормы. Но такое тесное расположение может привести к тому, что

воспаление в области верхних зубов распространится в пазуху и вызовет синусит. Такое воспаление в пазухе называют одонтогенным синуситом.

Это интересно: часто в описании КТ можно прочесть, что корни верхних зубов находятся в гайморовой пазухе. Но не стоит паниковать: такое расположение – вариант нормы. Корни верхних зубов (с 4-го по 8-й) расположены на границе с гайморовой пазухой и могут проникать в ее полость.



АНАТОМИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Случается и обратная ситуация, когда воспаление пазухи препятствует успешному лечению у стоматолога. И в том, и в другом случае лечение не будет эффективным, если в нем не будут участвовать оба специалиста – лор и стоматолог.

«Разве это проблема? – скажете вы. – Почему бы просто не направить пациента к стоматологу?»

На самом деле еще несколько лет назад я и мои коллеги не могли найти со стоматологами общий язык: направленный к ним пациент часто возвращался обратно ни с чем. Позднее, когда я вошла в общество стоматологов и стала с ними тесно сотрудничать, выяснилось, что точно с той же проблемой регулярно сталкиваются и они: направить пациента к лору равносильно игре в рулетку. В лучшем случае лор назначит антибиотик и отправит пациента обратно, в худшем – обвинит стоматолога во всех грехах и приговорит пациента к операции (которой на самом деле можно избежать). А без лора стоматологу, особенно тому, кто специализируется на имплантации, почти не обойтись. Ведь имплантация верхней челюсти зачастую связана с вмешательством в верхнечелюстную пазуху.

Решив глубоко вникнуть в эту тему, я нашла объяснение феномену недопонимания между оториноларингологом и стоматологом: это очень поверхностные, а зачастую и неверные представления о том, что происходит за границей своей области. Чтобы разобраться в том, как лечить «стоматологического» пациента, я решила изучить вопросы стоматологии: методы диагностики, консервативного и хирургического лечения зубов, что такое дентальная имплантация, синус-лифтинг и многое другое. Я настолько детально углубилась в стоматологию, что теперь могу говорить со стоматологами на одном языке и одонтогенный синусит для меня и моих коллег уже не проблема.

Ежедневно общаясь со стоматологами, которые направляют ко мне своих пациентов, я много времени посвящаю обучению их базовым принципам лечения в оториноларингологии. Ведь именно знания за пределами своей области дают возможность правильно выбирать метод лечения и находить общий язык с лор-врачом. Для меня было открытием, что стоматологи – это невероятно активная и любознательная аудитория, готовая изучать новые методы, даже не касающиеся стоматологии напрямую.

Теперь мы более подробно остановимся на различных стоматологических причинах воспаления пазух и методах их лечения.

Одонтогенный синусит

Что такое синусит, мы уже подробно рассмотрели в предыдущей главе. Это не что иное, как воспаление одной или нескольких околоносовых пазух. Но если в большинстве случаев синусит развивается как осложнение ОРВИ из-за того, что соустье пазухи закрывается и вентиляция и отток прекращаются, то при одонтогенном синусите воспаление начинается со стороны дна верхнечелюстной пазухи, когда микрофлора распространяется из полости рта в полость носа. Воспалительный процесс при отсутствии лечения постепенно охватывает все отделы верхнечелюстной пазухи, может распространиться на соустье, заблокировав его, затем на решетчатые, лобную и клиновидные пазухи. Если воспаление продолжается, оно может распространиться и на противоположную сторону носа.

Одонтогенный синусит – воспаление одной или нескольких пазух в результате попадания патогенной (болезнетворной) флоры из полости рта в полость носа в результате воспаления зубов или стоматологических манипуляций.

Особенность одонтогенного синусита

В отличие от обычного (риногенного – от носа) синусита, при одонтогенном присутствуют **ДВА** источника воспаления: первый – это источник со стороны полости рта (например, больной зуб), а второй – неработающее в результате воспаления соустье верхнечелюстной пазухи. Таким образом формируется замкнутый круг: в пазуху постоянно поступает патогенная флора со стороны зубов, при этом соустье не функционирует, не давая пазухе очищаться. Если устранить только один источник, например, удалить воспаленный зуб, то инфекция все равно останется из-за неработающего соустья. Или наоборот: если восстановить работу соустья хирургическим путем, то источник со стороны зуба все равно будет поддерживать воспаление в пазухе.

Поэтому для успешного лечения необходимо убрать оба источника воспаления: лор устраняет воспаление в области соустья пазухи, стоматолог – со стороны полости рта. Принципиальное значение имеет и последовательность лечения.

Симптомы одонтогенного синусита

Проявления одонтогенного синусита могут быть очень разнообразными: от выраженной боли в области щеки и обильных гнойных выделений из носа до мало беспокоящего стекания отделяемого по задней стенке глотки и полного отсутствия симптомов. С трудом поддается объяснению, почему при выраженном гнойном одонтогенном синусите с полным заполнением верхнечелюстной (гайморовой) пазухи у некоторых пациентов нет никаких проявлений. Но, несмотря на их отсутствие, это воспаление крайне опасное. Отсутствие симптомов создает ощущение ложного благополучия у самого пациента, а зачастую и у лечащего врача, что может привести к несвоевременному лечению и серьезным

осложнениям. Известны случаи менингита, абсцесса орбиты и других опасных осложнений, развившихся в результате воспаления зубов.

Важно: отсутствие или слабо выраженная симптоматика при наличии признаков одонтогенного синусита на компьютерной томографии не говорит о том, что лечение не требуется или его можно отложить.

Признаки, которые позволят заподозрить одонтогенный процесс:

- односторонний синусит – воспаление только правой или только левой пазухи (или нескольких пазух с одной стороны);
- зловонное отделяемое из носа. Некоторые пациенты внезапно начинали ощущать тухлый запах и тщетно пытались найти испортившийся продукт или дохлую мышь. И только когда они понимали, что запах преследует их постоянно, начинали осознавать, что источник на самом деле находится в носу;
- недавнее стоматологическое лечение – во многих случаях одонтогенному синуситу предшествовало удаление верхнего зуба;
- отсутствие эффекта от лечения синусита. Пациент внезапно заболевает синуситом, обращается к лор-врачу и исправно выполняет все рекомендации. Ему назначают один антибиотик, второй, третий, однако они не помогают. В этом случае необходимо исключить одонтогенный синусит;
- часто повторяющийся синусит, несмотря на правильное и полноценное лечение. На некоторое время симптомы синусита стихают, но потом вновь появляются.

В таких случаях компьютерная томография околоносовых пазух и верхних зубов позволит поставить окончательный диагноз.

Почему лечение одонтогенного синусита может быть неэффективным?

1. Поздняя диагностика: в отличие от обычного, проявления одонтогенного синусита могут быть крайне скудными. Нередки случаи полного отсутствия симптомов при выраженном гнойном синусите.
2. Неполная диагностика, когда причина не была определена как одонтогенная. В результате пациенту назначают несколько курсов антибиотиков, даже проводят операцию на пазухе, но воспаление продолжается, так как не был устранен источник инфекции.
3. Лечение одонтогенного синусита только у одного специалиста – лор-врача или стоматолога, а успех лечения напрямую зависит от правильного взаимодействия этих специалистов.

Пять наиболее частых причин одонтогенного синусита:

1. Одонтогенные кисты, образующиеся в результате воспаления вокруг корней зубов или нарушения процесса формирования зубов.
2. Осложнение при удалении верхнего зуба – попадание флоры из полости рта в пазуху или случайное попадание в пазуху фрагмента корня зуба при удалении.
3. Попадание пломбировочного материала в пазуху при лечении каналов зубов.
4. Образование сквозного отверстия между пазухой и ротовой полостью – так называемого ороантрального свища (от лат. *ore* – полость рта, *antrum* – полость пазухи).
5. Синусит как осложнение дентальной имплантации и синус-лифтинга.

Рассмотрим причины одонтогенного синусита более подробно.

Синусит, связанный с одонтогенной кистой

Существуют воспалительные и невоспалительные одонтогенные кисты. И в первом, и во втором случаях они всегда связаны с причинным зубом, так как формируются из его тканей. В первом случае киста образуется в результате хронического воспаления вокруг корня зуба, так называемого апикального периодонтита, который при отсутствии лечения превращается в кисту, а затем – в абсцесс. Постепенно разрастаясь, киста может достигать внушительных размеров, приподнимая нижнюю стенку верхнечелюстной пазухи и разрушая костные ткани вокруг. На КТ может сложиться впечатление, что киста находится в гайморовой пазухе, но на самом деле это не так – она лишь приподнимает ее стенку. Синусит может возникнуть на любой стадии воспаления вокруг корня зуба.

Невоспалительные кисты формируются в результате нарушения развития зачатков зубов и с воспалением никак не связаны, однако, постепенно увеличиваясь в размере, могут привести к синуситу.

Миф: *гнойный процесс в гайморовой пазухе может перекинуться на корень зуба и вызвать в нем воспаление.*

Ответ: *вопреки ошибочному мнению, воспаление из пазухи не может распространиться на корень зуба, процесс всегда идет от зуба к пазухе.*

Определить воспаление вокруг корня зуба поможет компьютерная томография – это самый чувствительный метод диагностики. Как вы уже знаете из предыдущей главы, лор-врачи применяют компьютерную томографию для диагностики синусита в неясных случаях или если процесс стал хроническим. Но на КТ околоносовых пазух видны не только нос и пазухи, но и верхние зубы. Если лор-врач знаком с базовыми принципами диагностики воспаления зубов, то для него не составит сложности заподозрить одонтогенный источник и направить пациента к стоматологу для точной диагностики. К слову, ежедневно рассматривая десятки компьютерных томограмм, я всегда обращаю внимание на состояние зубов, даже если на тот момент это не имеет отношения к пазухам. Если проблемы есть, я всегда сообщаю пациенту, что ему следует обратиться к стоматологу. Это уже стало у меня привычкой.

В гайморовых пазухах чаще всего встречаются обычные (так называемые ретенционные) кисты, которые на КТ имеют округлую форму с четкими границами. Я не раз сталкивалась с тем, что коллеги ошибочно принимали такую кисту за одонтогенную. Но у последней имеются два принципиальных отличия.

Отличия одонтогенной кисты на компьютерной томографии:

- «костная» оболочка – стенка верхнечелюстной пазухи;
- связь с причинным зубом.

Важно: как и в оториноларингологии, в стоматологии КТ по сравнению с обычным рентгеном имеет бо́льшую информативность при диагностике заболеваний зубов.

Бывает, что при одонтогенном синусите пациента беспокоит только зубная боль, и он прямиком идет к стоматологу. При обследовании зубов, в частности на компьютерной томографии, в область исследования попадают нижние отделы верхнечелюстных пазух, что позволяет сразу определить: воспалительный процесс уже не ограничивается зубом, а распространился в пазуху. В этом случае перед началом лечения важно направить пациента к лор-врачу и обсудить общую тактику.

Если в пазухе воспаление минимальное, то лор-врач ограничится консервативными методами и отправит пациента к стоматологу. Но если процесс зашел далеко и распространился на соустье или даже на другие пазухи, то начинать с лечения зубов не всегда правильно. Все зависит от того, какой метод выберет стоматолог: удаление зуба, пломбирование каналов (эндодонтическое лечение) или удаление только воспаленной верхушки корня зуба (апикальная хирургия). Если стоматолог решит, что зуб нужно

удалить, то при удалении на фоне гнойного воспаления пазухи есть риск образования отверстия между лункой зуба и пазухой с формированием свища. Поэтому, чтобы минимизировать этот риск, лечение следует начинать с очищения пазухи у лор-врача (проводится эндоскопическая операция на пазухе с восстановлением вентиляции и дренирования), а только потом удалять зуб и ушивать отверстие между лункой зуба и пазухой. Если в одной клинике работают и лор-хирург, и ЧЛХ, то лучше все сделать за одно вмешательство.

Если стоматолог примет решение зуб перелечить, то лечение он может начинать незамедлительно. Поскольку процесс перелечивания зуба занимает достаточно много времени, а эффект можно оценить не ранее чем через шесть месяцев, лор-врач также принимается за лечение сразу. Назначаются антибиотики, а при их неэффективности проводится эндоскопическая операция на пазухе. Не стоит ждать результата стоматологического лечения при выраженном одонтогенном синусите, так как без лечения гнойный синусит опасен осложнениями.

Важно: не торопитесь удалять воспаленный зуб. Современные методы эндодонтического лечения под микроскопом позволяют лечить и сохранять зубы даже в запущенных случаях. Обратитесь за вторым мнением к стоматологу-терапевту (эндодонтисту).

Случай из практики

Одним из первых проявлений одонтогенной кисты может быть безболезненное выбухание в области десны или твердого нёба (область верхней челюсти с внутренней стороны зубов). Это возникает в том случае, когда киста достигла больших размеров и разрушила окружающую кость. Недавно к нам обратился молодой человек, студент медицинского вуза. Он настолько погрузился в учебу, что не придавал значения выбуханию твердого нёба, которое то увеличивалось, то уменьшалось в размере в течение последних трех лет. К нам же он обратился с выраженным отеком щеки, головной болью и обильными гнойными выделениями из носа. На КТ были классические признаки большой одонтогенной кисты верхней челюсти, которая разрушила кость и вызвала воспаление в пазухах. Воспаление было настолько сильным, что охватило не только верхнечелюстную пазуху, но и распространилось на решетчатые и даже лобную пазухи. Не дожидаясь еще больших осложнений, пациента повезли в операционную. Операция проводилась командой в составе оториноларинголога и стоматолога и включала эндоскопическую операцию на верхнечелюстной, решетчатых и лобной пазухах через нос, удаление кисты вместе с причинным зубом и пластику ороантрального сообщения со стороны десны. Если бы пациент обратился раньше, можно было бы обойтись только удалением зуба и оболочки кисты в кресле у стоматолога. Уже прошло больше полугода, и теперь пациенту предстоит дентальная имплантация. О ней мы поговорим позже.

Одонтогенный синусит, возникший в результате лечения или удаления верхних зубов

Поскольку верхние зубы граничат с верхнечелюстной пазухой, лечение или удаление зубов также может сказаться на работе пазухи. Зубы могут иметь длинные, тонкие изогнутые корни, хрупкую структуру из-за воспаления или предыдущего лечения, нетипичное расположение, что при удалении может способствовать отрыву корня или его части и попаданию их в гайморову пазуху. При пломбировании каналов зубов часть пломбировочного материала также может оказаться в пазухе. Если попавший в пазуху фрагмент небольшой, то есть шанс, что пазуха самостоятельно избавится от него за счет движения микроскопических ресничек слизистой (мукоцилиарного клиренса). Однако, если этого не происходит или попавший предмет имеет размер больше 2–3 мм, такое инородное тело может вызвать гайморит. Даже если удаление зуба прошло без осложнений, все равно может развиваться гайморит из-за проникновения флоры полости рта в пазуху через микроразрывы слизистой оболочки. К счастью, такие осложнения возникают редко, но от них никто не застрахован. Если стоматолог прогнозирует, что удаление зуба связано с риском инфицирования пазухи, он назначит антибиотик для профилактики.

Важно: если после удаления или лечения зуба у вас появились заложенность носа, боль в области щеки, выделения из носа или неприятный запах в носу, обязательно сообщите об этом своему стоматологу. Вовремя начатое лечение в большинстве случаев позволяет победить воспаление в пазухе без операции.

Формирование ороантрального свища

Ороантральный свищ (или ороантральная фистула) – это стойкое сообщение (отверстие) между полостью рта и гайморовой пазухой, внутренняя часть которого покрывается слизистой оболочкой, формируя свищевой ход. В большинстве случаев свищ возникает в результате удаления верхнего зуба, корни которого находятся в пазухе, либо когда воспалительный процесс разъел косточку между зубом и пазухой. В этом случае при удалении зуба с большой долей вероятности возникнет сквозное отверстие. Поскольку зарастать оно будет несколько дней, есть вероятность, что через него в пазуху попадет инфекция и возникнет гайморит. В этом случае гнойный процесс в пазухе будет препятствовать зарастанию отверстия, что может привести к формированию свища. Важно при возникновении отверстия во время удаления зуба сразу ушить слизистую, обеспечив герметичность пазухи. В этом случае вероятность появления свища минимальная.

Первые признаки того, что возникло отверстие между лункой зуба и пазухой:

- свист, бульканье или ощущение движения воздуха в области удаленного зуба при дыхании, высмаркивании, глотании;
- попадание жидкости в нос при употреблении напитков.

Самым простым методом диагностики, которым пользуются стоматологи для выявления этого дефекта, является проба Валсальвы: необходимо зажать нос и одновременно попытаться сделать через него выдох, не давая воздуху выходить. Если отверстие есть, то будет слышно, как воздух выходит через лунку зуба.

В более поздние сроки, примерно через 3–4 недели, эти симптомы могут смениться ощущением неприятного запаха в носу, стеканием отделяемого по задней стенке глотки, ощущением неприятного привкуса в области лунки удаленного зуба и другими признаками синусита.

Движение воздуха через лунку и попадание жидкости в нос могут прекратиться, но вовсе не из-за того, что отверстие заросло, а из-за возникшего воспалительного отека слизистой гайморовой пазухи, которая прикрыла отверстие, создав ощущение благополучия. По этой же причине не будет работать и проба Валсальвы.

Важно: если после удаления верхнего зуба (с 4-го по 8-й) возникли признаки перфорации пазухи, необходимо сразу обратиться к стоматологу и оставаться у него под наблюдением до полного заживления.

Если все же свищ сформировался, то в подавляющем большинстве случаев он сопровождается воспалением верхнечелюстной пазухи, и снова возникает замкнутый круг: воспаление в пазухе не дает зажить свищу, а свищ не дает излечить синусит даже с помощью антибиотиков. В лучшем случае воспаление стихнет на короткое время, но вскоре снова разыграется на всю катушку. В этом случае наиболее эффективный способ лечения – операция, когда лор-врач эндоскопически расширяет соустье, удаляет из пазухи гнойное содержимое и создает условия для вентиляции, а стоматолог сразу производит пластику отверстия, закрывая его «заплаткой» из слизистой оболочки, взятой либо с внутренней поверхности щеки, либо со стороны твердого нёба.

Наиболее современный и эффективный способ лечения ороантрального свища – это операция, которая проводится командой в составе лор-хирурга и ЧЛХ.

Случай из практики

В нашем отделении пластика ороантральных свищей производится достаточно часто, и во многих случаях пациенты к нам обращаются уже после ранее неудачного ушивания свища. Но больше всего мне запомнилась женщина среднего возраста, у которой возник ороантральный свищ после удаления 8-го зуба (зуба мудрости). Запомнился случай тем, что к нам она обратилась после четырех (!) неудачных операций, три из которых выполнялись стоматологами, а одна – вместе с лор-хирургом.

Более того, пациентке ранее пришлось удалить соседний зуб – седьмой, а затем и шестой, корень которого оказался в зоне свища. Но несмотря ни на что, свищ снова открывался. Каждое новое вмешательство приводило к удалению зубов и увеличению дефекта в кости челюсти. Когда пациентка попала к нам, дефект был гигантским: практически полностью отсутствовала нижняя и наружная (латеральная) костная стенка верхнечелюстной пазухи. Сама пазуха была полностью заполнена гнойным отделяемым, а ее соустье зарубцевалось и не функционировало. Но даже в таких запущенных случаях тактика лечения не отличается: лор-врач эндоскопически расширяет соустье и очищает пазуху от содержимого, а стоматолог (или ЧЛХ) «освежает» (удаляет) стенки свища, выкраивает «заплатку» из слизистой оболочки и закрывает отверстие. К счастью, эта попытка оказалась успешной, и пациентка наконец избавилась от многолетней проблемы.

Синусит как осложнение имплантации зубов

Дентальная имплантация – невероятно популярная на сегодняшний день операция, поскольку это действительно самый современный способ подарить пациенту голливудскую улыбку вместо утраченных зубов. Пожалуй, нет ни одной стоматологической клиники, где не проводят эту операцию. Если выразиться проще, то дентальная имплантация представляет собой вживление искусственного зуба в челюсть. Имплантат (а не «имплантант» или «имплант», как многие ошибочно говорят) представляет собой титановый винт, который вкручивается в челюсть, имитируя корень зуба, а на него впоследствии надевается коронка – видимая часть зуба. В результате пациент обретает новый, хотя и искусственный зуб.

При потере зубов толщина кости в челюсти уменьшается, кость, как говорят медики, атрофируется, и ее становится недостаточно, чтобы вкрутить имплантат – он просто не будет держаться. В этом случае кость наращивают. Но если с нижней челюстью больших проблем не возникает, то с верхней дело обстоит иначе из-за гайморовой пазухи. Чем больше пациент теряет зубов и чем он старше, тем тоньше становится кость верхней челюсти, а бывает, она и вовсе исчезает. Дело осложняется еще и тем, что дно гайморовой пазухи постепенно опускается и ее размер увеличивается. В этих случаях остается только одно: нарастить кость со стороны пазухи.

Эта операция получила название «синус-лифтинг» (от англ. sinus – пазуха, lifting – поднятие), или «антральная аугментация». Синус-лифтинг проводится перед установкой имплантатов в область 4-го – 7-го зубов – тех, которые граничат с пазухой. Для имплантации передних зубов синус-лифтинг не нужен, поскольку кости в этой области достаточно. Операция проводится стоматологом-хирургом либо в качестве самостоятельного этапа с отсроченной имплантацией, либо с одномоментной установкой имплантата. В некоторых случаях проводится операция «три в одном», включающая удаление проблемного зуба, синус-лифтинг и установку имплантата. Какой метод лучше подходит в том или ином случае, определяет стоматолог в зависимости от множества факторов.

Это интересно: синус-лифтинг, или наращивание кости дна верхнечелюстной пазухи, – одно из самых безопасных вмешательств в мире. Риск серьезных осложнений при этой операции чрезвычайно мал. Однако примерно у четырех пациентов из ста развивается острый синусит.

Как мы помним, любое инородное тело, попадающее в пазуху, чаще всего приводит к воспалению, но если оно не вышло в просвет пазухи и осталось под слизистой оболочкой, то опасаться нечего. Вот и при синус-лифтинге костный материал подкладывается под слизистую оболочку пазухи и через некоторое время полностью приживается. Хотя сразу после операции в большинстве случаев верхнечелюстная пазуха так или иначе реагирует на вмешательство: возникает отек слизистой, в пазухе может скапливаться кровь, за счет временного нарушения работы ресничек может быть затруднен отток из пазухи. Здоровая верхнечелюстная пазуха обычно справляется с этими проблемами уже через месяц, восстанавливая свою функцию. Но бывает, что пациент после синус-лифтинга заболевает простудой или у него возникает аллергия, в результате на пазуху ложится слишком большая нагрузка, что может привести к серьезному воспалению. В этом случае если вовремя не начать лечение, костный материал может отторгнуться. Если после синус-лифтинга возникает синусит, пациента направляют к лор-врачу.

И здесь очень важно, чтобы лор-врач был знаком с тем, как пазуха после синус-лифтинга выглядит на КТ и какую тактику выбрать, чтобы сохранить результаты работы стоматолога.

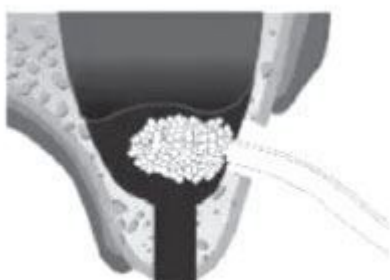
В норме на КТ зона синус-лифтинга выглядит как однородный светлый участок (как говорят медики, костной плотности) в области дна верхнечелюстной пазухи с ровным округлым куполом. Если одновременно устанавливался имплантат, то на КТ его верхний край находится в зоне синус-лифтинга, сверху прикрыт костным материалом и слизистой оболочкой пазухи. В течение первого месяца после вмешательства в пазухе можно увидеть утолщение слизистой оболочки, небольшое количество жидкости, что является нормальной реакцией пазухи на синус-лифтинг. Если после синус-лифтинга возникли жалобы, указывающие на синусит, следует убедиться, что заживление протекает без осложнений. В этом случае необходимо сделать КТ околоносовых пазух.



ЛАТЕРАЛЬНОЕ ОКНО



ОСЛОЕНИЕ МЕМБРАНЫ



ПОДСАДКА КОСТНОЙ ТКАНИ



УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА

ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТЫЙ СИНУС-ЛИФТИНГ УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА

Признаки на КТ, которые должны насторожить:

- 1) полное затемнение пазухи, когда в ней отсутствует воздух;
- 2) утолщение слизистой оболочки, наличие жидкости и других изменений в пазухе наряду с отсутствием проходимости соустья;
- 3) неоднородность в зоне синус-лифтинга, наличие в ней полостей низкой плотности;
- 4) нахождение свободных фрагментов костного материала в пазухе.

Если после синус-лифтинга развился синусит, лечение может быть консервативным либо хирургическим. Если костный материал не попал в просвет пазухи, то, как и при любом другом синусите, назначаются антибиотики и спреи для носа, улучшающие отток из пазух (см. главу «Нос»). Если консервативное лечение неэффективно либо костный материал попал в просвет пазухи и самостоятельно ее не покинул, проводится эндоскопическая операция на пазухе, цель которой – восстановить отток и удалить свободно лежащие фрагменты костного материала. Но если костный

материал инфицировался, послеоперационная рана в полости рта не заживает (возникла дегисценция раны), в этом случае одновременно удаляется весь подсаженный костный материал. Эта операция проводится вместе со стоматологом. Только после полного заживления и по истечении минимум 6 месяцев можно планировать повторный синус-лифтинг. К счастью, такой ход событий развивается крайне редко, однако все же случается.

Но чаще всего пациента присылают к лор-врачу на этапе планирования синус-лифтинга для оценки способности пазухи справиться с этой операцией. Ведь если изначально пазуха нездорова, то возрастает и шанс приобрести гнойный гайморит вместо ослепительной улыбки.

– Доктор, меня совершенно ничего не беспокоит, и, если бы не стоматолог, я бы не думал посещать лор-врача, – заявляет большинство пациентов, которые решили вплотную заняться зубами. И действительно, количество пациентов с заболеваниями пазух значительно возросло, но совершенно не из-за того, что они стали чаще болеть, а из-за того, что им стали чаще делать КТ.

Заболевания верхнечелюстных пазух, которые чаще всего выявляют на этапе подготовки к синус-лифтингу:

- 1) утолщение слизистой оболочки пазух;
- 2) хронический синусит (гайморит), инородное тело в пазухе;
- 3) обычные (ретенционные) кисты пазух;
- 4) доброкачественные опухоли.

Эти изменения на КТ первым выявляет стоматолог и направляет пациента к оториноларингологу, чтобы определить, требуют ли они лечения. Действительно, таких пациентов становится у лор-врачей все больше, и теперь у них задача не только вылечить лор-заболевание, но и подготовить к синус-лифтингу. Что интересно, эти цели не всегда совпадают. Дело в том, что если речь не идет о гнойном воспалении либо опухоли, то лечение некоторых заболеваний пазух носа не всегда обязательно, поскольку направлено оно не на спасение жизни, а на улучшение качества жизни пациента. Соответственно, если качество жизни не страдает, то смысл в операции пропадает. Именно по такому принципу принимается решение об операции при искривлении перегородки носа, при аллергическом риносинусите, при небольших полипах в пазухах, кистах. Если это не мешает дыханию, не вызывает жалоб и не провоцирует синуситы, то и лечить не нужно.

Но когда речь идет о синус-лифтинге, некоторые на первый взгляд безобидные изменения в пазухах могут увеличить шанс развития синусита. В этом случае необходимо сделать все, чтобы свести риск к минимуму. Например, при выраженном утолщении слизистой оболочки с признаками недостаточной проходимости соустьев пазух наряду с дополнительными анатомическими изменениями целесообразно провести эндоскопическую операцию на пазухах с расширением соустьев и устранением других препятствий для их нормальной работы. Бывает, случайно выявляется в пазухе инородное тело, которое не вызывает воспаления и никак себя не проявляет. Но перед синус-лифтингом его, как потенциальный источник инфекции, лучше удалить.

Важно: основная цель подготовки пазух к синус-лифтингу и имплантации – снижение риска послеоперационного синусита и неудачного результата операции.

Это был краткий экскурс за пределы области лор-органов, когда возникает проблема на стыке специальностей, и стоматология – одна из них.

Вместо послесловия

Когда книга только задумывалась, предполагался более лаконичный вариант с пошаговыми рекомендациями, как действовать при том или ином заболевании, не навредив себе, – некий карманный атлас по лор-болезням на все случаи жизни. Но когда я начала писать, мне захотелось поделиться с вами всем, что знаю, заставить удивляться или немного восхищаться такой, казалось бы, скучной темой, как болезни уха, горла и носа, дать возможность ощутить частичку моей жизни – жизни врача. И все же я остановилась на самых популярных темах, хотя о своей специальности могу говорить бесконечно.

Поставив перед собой цель – обучать врачей современным подходам, а самое главное – современному мышлению, я стала замечать, что обучиться стремятся не только врачи, но и сами пациенты. Все больше людей, которые побывали у меня на приеме, вникают в тонкости болезней, пытаются докопаться до сути своего заболевания, и я с радостью делюсь знаниями.

Пациент стал умным и любознательным, хотя причины этого не так оптимистичны, как может показаться. Получая разные, порой противоположные рекомендации, он вынужден разбираться в своей болезни самостоятельно. Поэтому обучение пациентов я считаю такой же важной задачей, как и обучение врачей, – ведь процесс улучшения общей медицинской грамотности ускорится в несколько раз. Это не значит, что нужно брать эту книгу с собой на прием и спорить с врачом или, наоборот, лечиться только по книге – ничто не заменит очной консультации. Но теперь, я надеюсь, вы сможете задать грамотные вопросы врачу, отличать мифы от фактов и вовремя среагировать, если со здоровьем или с лечением что-то пошло не так.

Пока создавалась эта книга, у меня на консультации побывала женщина среднего возраста с хроническим двусторонним гайморитом. Изучив ее историю, КТ, проведя осмотр и сделав эндоскопию, я рекомендовала ей эндоскопическую операцию на гайморовых пазухах. Не успела я это произнести, как пациентка принялась со мной спорить:

– Доктор! Не скрою, вы не первый лор, которого я посещаю. Вчера я была на консультации у другого лор-хирурга, который меня уверял, что эндоскопически мою операцию провести невозможно – только радикальная операция наружным доступом! Он не объяснил причины своих выводов, но говорил это безапелляционно.

В такой ситуации можно было ограничиться рекомендацией выбрать того доктора, который у нее больше вызывает доверие. Но это, по моему глубокому убеждению, равносильно оставить пациента с его проблемой один на один. Понимая, что моя лекция о современной хирургии пазух займет не менее получаса, мы договорились созвониться с ней вечером и подробно все обсудить – меня уже вызывали в операционную.

Вечером в спокойной обстановке я подробно объяснила, чем отличается радикальная операция на пазухе от современной, почему радикальные операции ушли в прошлое и не применяются в мире уже 30 лет, рассказала о роли соустьев пазух и почему так важно их расширить, и многое другое. Последний аргумент поставил точку в нашей беседе:

– Представьте заявление от «специалиста»: вашу рубашку невозможно погладить высокотехнологичным парогенератором, только чугунный утюг! Как вы отреагируете? Больше объяснений не потребовалось – я услышала заветное: «Спасибо, доктор! Вот теперь мне все ясно!»

Ради этих мгновений я и работаю...

Вопросы и ответы

Вопрос: Меня интересует удаление миндалин. В различных клиниках предлагают удаление холодной плазмой, радиочастотным методом, лазером. Какой метод выбрать?

Ответ: Самый современный способ удаления миндалин (тонзиллэктомии) подразумевает три составляющие: 1. Проведение операции под наркозом (общей анестезией). 2. Под контролем зрения, а не вслепую. 3. В сухом операционном поле, когда нет кровотечения. Каким конкретно методом

удаляются миндалины – коагулятором, коблатором или радиоволной, – существенного значения не имеет. Это лишь методы контроля кровотечения. Правда, лазер не следует применять при тонзиллэктомии из-за высокого температурного воздействия. Чем меньше оказывается температурного воздействия на ткани, тем меньше возникает ожог и тем быстрее происходит заживление.

Вопрос: при осмотре у лор-врача поликлиники у меня выявили перфорацию перегородки носа. Меня ничего не беспокоит, но очень волнует причина ее образования. Что мне необходимо предпринять?

Ответ: САМА ПО СЕБЕ ПЕРФОРАЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ – ЯВЛЕНИЕ БЕЗОБИДНОЕ И В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ТРЕБУЕТ. ОДНАКО ЕСЛИ ТРАВМЫ ИЛИ ОПЕРАЦИИ НА НОСУ У ВАС РАНЕЕ НЕ БЫЛО, НЕОБХОДИМО КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕДКИХ, НО СЕРЬЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ ОБРАЗОВАНИЕ ОТВЕРСТИЯ В ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА, ТАКИЕ КАК ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА, САРКОИДОЗ, РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОПУХОЛИ И ДРУГИЕ. ДЛЯ ЭТОГО НЕОБХОДИМА ОЧНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ У ЛОР-ВРАЧА И РЕВМАТОЛОГА.

Вопрос: ИЗ-ЗА ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА ПОСТОЯННО ПОЛЬЗУЮСЬ СОСУДОСУЖИВАЮЩИМИ КАПЛЯМИ. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ЛОР-ВРАЧА СДЕЛАЛА КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ, НА КОТОРОЙ БЫЛИ ОБНАРУЖЕНЫ КИСТЫ В ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХАХ. ПОДСКАЖИТЕ ПОЖАЛУЙСТА, НЕОБХОДИМА ЛИ В МОЕМ СЛУЧАЕ ОПЕРАЦИЯ?

Ответ: ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОБЫЧНЫХ КАПЕЛЬ ОТ НАСМОРКА (СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ КАПЕЛЬ) БОЛЕЕ 7-10 ДНЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ЗАВИСИМОСТЬ. ЭТО ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ РИНИТ. НОС ПЕРЕСТАЕТ ДЫШАТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО БЕЗ ОЧЕРЕДНОЙ ДОЗЫ КАПЕЛЬ В НОС. ОДНАКО НАРЯДУ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ РИНИТОМ МОГУТ СУЩЕСТВОВАТЬ И ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ ПЛОХОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ: ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА, ХРОНИЧЕСКИЙ ГАЙМОРИТ, АЛЛЕРГИЯ И ДРУГИЕ. ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ КАПЕЛЬ, ПРОВОДИТСЯ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. НО ТОЛЬКО ПРИ ЕГО НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИБЕГАЮТ К ОПЕРАЦИИ, ВО ВРЕМЯ КОТОРОЙ УСТРАНЯЮТ ВСЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО НАСМОРКА. В СВОЮ ОЧЕРЕДЬ, КИСТЫ ПАЗУХ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛУЧАЙНОЙ НАХОДКОЙ И НЕ ТРЕБУЮТ ВНИМАНИЯ.

Вопрос: Я МНОГО ЛЕТ СТРАДАЮ ПОЛИПОЗНЫМ СИНУСИТОМ, И УЖЕ 4 РАЗА МНЕ УДАЛЯЛИ ПОЛИПЫ ИЗ НОСА ПЕТЛЕЙ ПОД МЕСТНЫМ НАРКОЗОМ. ЕСТЬ ЛИ КАКИЕ-ТО СПОСОБЫ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ЭТОГО НЕДУГА РАЗ И НАВСЕГДА? У МЕНЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА.

Ответ: ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛИПОВ В НОСУ ИЛИ, ГОВОРЯ НАУЧНЫМ ЯЗЫКОМ, ПОЛИПОЗНЫЙ СИНУСИТ – ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИЧИНЫ КОТОРОГО ОСТАЮТСЯ НЕИЗУЧЕННЫМИ. ИМЕННО ПОЭТОМУ НЕ СУЩЕСТВУЕТ МЕТОДА, КОТОРЫЙ ИЗБАВЛЯЕТ ОТ ПОЛИПОВ В НОСУ РАЗ И НАВСЕГДА. ОДНАКО СОЧЕТАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ПАЗУХАХ И ДАЛЬНЕЙШЕГО ПОДДЕРЖАНИЯ «ЧИСТОГО» НОСА С ПОМОЩЬЮ КОНСЕРВАТИВНЫХ СРЕДСТВ ПОЗВОЛЯЕТ ДОБИТЬСЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПОЛИПОТОМИЯ НОСА ПЕТЛЕЙ – УСТАРЕВШИЙ И ТРАВМАТИЧНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ.

Вопрос: РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ, ПОСТАВИЛИ «ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ». ВРАЧ НЕ НАЗНАЧИЛ АНТИБИОТИК. СТОИТ ЛИ ДАВАТЬ РЕБЕНКУ АНТИБИОТИКИ НА ВСЯКИЙ СЛУЧАЙ, ВЕДЬ ХУЖЕ НЕ БУДЕТ?

Ответ: ПОСЛЕДНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАЛИ, ЧТО ЗАРАНЕЕ НАЗНАЧЕННЫЕ АНТИБИОТИКИ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ПРЕДОТВРАЩАЮТ РАЗВИТИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. БОЛЕЕ ТОГО, ОНИ МОГУТ ВЫЗВАТЬ РАЗВИТИЕ

УСТОЙЧИВОСТИ БАКТЕРИЙ К АНТИБИОТИКАМ. ЕСЛИ ТАКОЕ ПРОИЗОЙДЕТ, БОРОТЬСЯ С ИНФЕКЦИЕЙ БУДЕТ ГОРАЗДО СЛОЖНЕЕ.

Вопрос: ЛОР-ВРАЧ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫЯВИЛ У МЕНЯ ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ И НАЗНАЧИЛ АНТИБИОТИКИ. СЕГОДНЯ ТРЕТИЙ ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ, И МНЕ СТАЛО ЗНАЧИТЕЛЬНО ЛУЧШЕ – УХО НЕ БОЛИТ. МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ПРИЕМ АНТИБИОТИКОВ, ЧТОБЫ НЕ «ТРАВИТЬ» ОРГАНИЗМ?

Ответ: ВАМ СТАЛО ЛУЧШЕ ИЗ-ЗА ТОГО, ЧТО АНТИБИОТИК ПОДОБРАН ПРАВИЛЬНО. ЭТО ЗНАЧИТ, ЧТО ЕГО НЕОБХОДИМО ПРОДОЛЖИТЬ ПРИНИМАТЬ. МИНИМАЛЬНЫЙ КУРС АНТИБИОТИКА ПРИ СРЕДНЕМ ОТИТЕ – 7 ДНЕЙ. НЕ СТОИТ ПРЕРЫВАТЬ КУРС, ПОСКОЛЬКУ ЭТО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ УСТОЙЧИВОЙ К АНТИБИОТИКУ ФОРМЫ ОТИТА.

Вопрос: У МЕНЯ В БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКЕ ДЫРОЧКА, ЗВОН В УХЕ, ПОТЕРЯ СЛУХА. МОЖНО ЛИ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ ВОССТАНОВИТЬ СЛУХ?

Ответ: ДА, ВОССТАНОВИТЬ СЛУХ ВОЗМОЖНО, ЕСЛИ НЕТ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛУХОВОГО НЕРВА. ОДНАКО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЦЕЛЬ ОПЕРАЦИИ – УСТРАНИТЬ ВОСПАЛЕНИЕ В УХЕ, ЗАКРЫТЬ ПЕРФОРАЦИЮ В БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКЕ, ЧТОБЫ ИСКЛЮЧИТЬ РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ОТИТА, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ФАТАЛЬНОМУ ИСХОДУ. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМ ОСМОТР, АУДИОМЕТРИЯ И КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ.

Вопрос: У МЕНЯ 2 ДНЯ НАЗАД ЗАБОЛЕЛО ГОРЛО, НО ЧУВСТВУЮ СЕБЯ НОРМАЛЬНО. МОЖНО ЛИ МНЕ ПРОДОЛЖИТЬ ПОСЕЩАТЬ ФИТНЕС-КЛУБ?

Ответ: ОСТРАЯ БОЛЬ В ГОРЛЕ ЧАСТО ВЫЗВАНА ПРОСТУДОЙ (ОРВИ). ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ НЕ ТРЕБУЕТ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ. ЕСЛИ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НЕ СТРАДАЕТ, И ВЫ НОРМАЛЬНО ПЕРЕНОСИТЕ ЗАНЯТИЯ ФИТНЕСОМ, ТО МОЖЕТЕ ИХ ПРОДОЛЖИТЬ. ОДНАКО ПОСТАРАЙТЕСЬ УМЕНЬШИТЬ НАГРУЗКУ И ПОМНИТЕ, ЧТО ВЫ МОЖЕТЕ ЗАРАЗИТЬ ОКРУЖАЮЩИХ.

Вопрос: МОЖНО ЛИ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ НОСА ГОТОВИТЬ СОЛЕВОЙ РАСТВОР В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ?

Ответ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЛЕВОГО РАСТВОРА, ПРИГОТОВЛЕННОГО В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ, НЕ ХУЖЕ АПТЕЧНОГО, ОДНАКО ВАЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КИПЯЧЕНУЮ ВОДУ ИЗ-ЗА РИСКА ЗАРАЗИТЬСЯ ЛЯМБЛИЯМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВОДОПРОВОДНОЙ, ДАЖЕ ФИЛЬТРОВАННОЙ ВОДЫ.

Вопрос: МОГУТ ЛИ ПОЛИПЫ ПЕРЕРОДИТЬСЯ В РАК?

Ответ: ПОЛИПЫ – ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И В РАК НЕ ПЕРЕРОЖДАЮТСЯ. ОДНАКО ВМЕСТЕ С ПОЛИПАМИ В НОСУ МОГУТ РАСТИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ, И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ, КОТОРЫЕ ИЗ-ЗА ПОЛИПОВ МОЖНО СРАЗУ И НЕ РАЗГЛЯДЕТЬ. НАПРИМЕР, ИНВЕРТИРОВАННАЯ ПАПИЛЛОМА НОСА – ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ – МОЖЕТ БЫТЬ ОКРУЖЕНА ПОЛИПАМИ И СКРЫВАТЬСЯ ЗА НИМИ, И ЕСЛИ ЕЕ ПОЛНОСТЬЮ НЕ УДАЛИТЬ, МОЖЕТ ПЕРЕРАСТИ В РАК. НО БОЛЬШИНСТВО ОПУХОЛЕЙ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПО КТ ОНП, НЕСМОТРИ НА ПОЛИПЫ.

Вопрос: НЕДАВНО У СЕБЯ НА ШЕЕ НАЩУПАЛА ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ШАРИК, КОТОРЫЕ НЕ ПРОХОДИТ УЖЕ БОЛЬШЕ МЕСЯЦА. ЧТО ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ?

Ответ: ЧАЩЕ ВСЕГО НА ШЕЕ ПРОЩУПЫВАЮТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ УВЕЛИЧИВАТЬСЯ ВРЕМЕННО В ОТВЕТ НА ВОСПАЛЕНИЕ (ЛИМФАДЕНИТ), НО ТАКЖЕ В ОБЛАСТИ ШЕИ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ

ОПУХОЛИ. ЕСЛИ ШАРИК НЕ ИСЧЕЗАЕТ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ИЛИ ИМЕЕТ ВНУШИТЕЛЬНЫЙ РАЗМЕР, ВИДИМЫЙ ВИЗУАЛЬНО, ТО ЭТО ПОВОД ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ ОЧНО. ЗОЛОТОЕ ПРАВИЛО – ЛЮБОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ШЕИ НЕОБХОДИМО СЧИТАТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ, ПОКА НЕ ДОКАЗАНО ОБРАТНОЕ.

Вопрос: У МЕНЯ ПРОФЕССИЯ СВЯЗАНА С ГОЛОСОВЫМИ НАГРУЗКАМИ, И ЧАСТО, ОСОБЕННО К ВЕЧЕРУ, САДИТСЯ ГОЛОС. КАК МОЖНО УКРЕПИТЬ ГОЛОСОВЫЕ СВЯЗКИ?

Ответ: К СОЖАЛЕНИЮ, УКРЕПИТЬ ГОЛОСОВЫЕ СКЛАДКИ НЕ ПОЛУЧИТСЯ, ТАКИХ МЕТОДОВ НЕ СУЩЕСТВУЕТ. ЧТОБЫ ГОЛОСОВЫЕ СКЛАДКИ НЕ СТРАДАЛИ, А ОНИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ ГОЛОСОВЫХ НАГРУЗКАХ, ВАЖНО ИХ БЕРЕЧЬ: ЧАЩЕ ДАВАТЬ ИМ ОТДЫХАТЬ, СТАРАТЬСЯ ГОВОРИТЬ СПОКОЙНЫМ РОВНЫМ ГОЛОСОМ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОРОТКИЕ ФРАЗЫ В РЕЧИ, НЕ ЗАБЫВАТЬ ДЕЛАТЬ ВДОХ МЕЖДУ ФРАЗАМИ, НЕ КРИЧАТЬ, ГРОМКО НЕ ПЕТЬ, ЧАЩЕ ПИТЬ, ЧТОБЫ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА БЫЛА ВЛАЖНОЙ. А ЕСЛИ ГОЛОС ОСИП И НЕ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА, НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ К ФОНИАТРУ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ.

Вопрос: МНЕ ПЛАНИРУЕТСЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ С ПОДСАДКОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ, НО СТОМАТОЛОГ НЕ БЕРЕТСЯ ОПЕРИРОВАТЬ БЕЗ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЛОР-ВРАЧА, ПОСКОЛЬКУ НА СНИМКАХ ОБНАРУЖИЛСЯ ГАЙМОРИТ. МЕНЯ ПРИ ЭТОМ НИЧЕГО НЕ БЕСПОКОИТ. НУЖНО ЛИ МНЕ ЛЕЧИТЬ ГАЙМОРИТ?

Ответ: ПОСКОЛЬКУ СИНУС-ЛИФТИНГ (ПОДСАДКА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ) – ЭТО ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ГАЙМОРОВУ ПАЗУХУ, ВАЖНО, ЧТОБЫ В ПАЗУХЕ НЕ БЫЛО ВОСПАЛЕНИЯ. ДАЖЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СИНУСЛИФТИНГА И ИМПЛАНТАЦИИ НЕОБХОДИМО ВЫЛЕЧИТЬ ГАЙМОРИТ. ДЛЯ ЭТОГО МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ КОНСЕРВАТИВНОЕ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ЛОР-ВРАЧА.