



МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ «АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ»



Е.Ю. Радциг, Е.Н. Котова, Н.В. Злобина, А.Н. Радциг

(под редакцией заведующего кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, член-корреспондента РАН, заслуженного деятеля науки РФ, профессора, д.м.н. М.Р. Богомильского)

ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

МОСКВА, 2021

Рецензенты

Зав. кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н.

Ольга Витальевна Зайцева

Зав. кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, профессор, д.м.н.

Андрей Юрьевич Овчинников

Составители:

Радциг Е.Ю., д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Котова Е.Н., к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Злобина Н.В., к.м.н., научный сотрудник отдела острой и хронической патологии уха, горла и носа ОСП НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Радциг А.Н., клинический ординатор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»

Радциг Е.Ю., Котова Е.Н., Злобина Н.В., Радциг А.Н.

Р 15 Заложенность носа у детей: причины и способы лечения: учебное пособие / под. ред. М.Р. Богомильского. – М.: МАИ, 2021. – 19 с.

ISBN 978-5-4316-0823-0

Учебное пособие содержит материалы по вопросам диагностики (в том числе дифференциальной) и лечения заболеваний, проявляющихся заложенностью носа у детей и подростков. Представлены различные клинические ситуации (задачи).

Пособие составлено в соответствии с действующим ФГОС по специальности «Оториноларингология», с рабочей программой по дисциплине «Оториноларингология» и предназначено для студентов 4-6 курсов медицинского вуза, обучающихся по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело», «Стоматология»; для ординаторов, а также врачей-педиатров, оториноларингологов, семейных врачей и врачей общей практики.

Заложенность носа у детей – симптом частый и непатогномоничный. Целый ряд заболеваний сопровождается жалобами на затруднение носового дыхания, поэтому речь о данной проблеме идет на страницах ряда согласительных документов и монографий различных профессиональных сообществ, учебников для врачей и студентов медицинских вузов. Причины назальной обструкции обширны (табл. 1).

Таблица 1. Причины назальной обструкции у детей и подростков

Врожденная	Приобретенная		
	Воспалительная	Невоспалительная	Травматическая
Стеноз грушевидного отверстия	Ринит различной этиологии	Гиперплазия глоточной/небных миндалин	
Стеноз полости носа	Ринофарингит	Новообразования	Перелом костей носа
Врожденная атрезия хоан	Аденоидит	Рестенозирование после операций в полости носа/носоглотки	Посттравматическая деформация наружного носа
Врожденные кисты полости носа и носоглотки	Синусит, в том числе полипозный	Инородные тела полости носа	Гематома/абсцесс носовой перегородки
Менинго-энцефалоцеле			
Искривление носовой перегородки (врожденное)			Искривление носовой перегородки (посттравматическое)

Носовое дыхание – важный физиологический процесс, необходимый для нормального роста и развития ребенка. Затруднение его (особенно длительное) может приводить к нарушению психомоторного развития, возникновению хронической воспалительной патологии ЛОР-органов и дыхательных путей, а также к формированию ротового дыхания и вторичной деформации лицевого скелета.

Рассмотрим некоторые заболевания, сопровождающиеся нарушением носового дыхания, с которыми может встретиться оториноларинголог, педиатр, врач общей практики, семейный врач на амбулаторном приеме, а также принципы их лечения.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ

Частота врожденных аномалий развития в целом в Российской Федерации относительно невелика (от 3 до 7%), хотя в структуре младенческой смертности они занимают второе место и являются одной из ведущих причин детской инвалидности.

Врожденная патология полости носа и носоглотки в ряде случаев протекает под маской воспалительной ЛОР-патологии, может длительное время оставаться нераспознанной (особенно при неполной или односторонней обструкции) и выявляться не в период новорожденности или на первом году жизни, а в более старшем возрасте. Степень нарушения носового дыхания бывает различной: от его полного отсутствия с развитием респираторного дистресс-синдрома новорожденных до незначительного одностороннего затруднения носового дыхания с постоянными или периодическими выделениями из одной или обеих половин носа.

Стандартные методики осмотра ЛОР-органов не всегда позволяют визуализировать изменения, локализованные в задних отделах полости носа и носоглотки. Трудности связаны с анатомо-топографическими особенностями верхних дыхательных путей у детей. Узость носовых ходов/носоглотки, более острый угол между мягким небом и сводом глотки затрудняют, а подчас делают невозможным осмотр задних отделов полости носа и носоглотки при помощи зеркала (при задней риноскопии) у детей, особенно младших возрастных групп.

Незаменимой диагностической процедурой является эндоскопия полости носа и носоглотки, помогающая уточнить причину назальной обструкции. Процедура малоинвазивна, технически легко выполнима в любом возрастном периоде и высокоинформативна для диагностики, в том числе и для проведения дифференциального диагноза, практически незаменима на разных этапах катamnестического наблюдения за пациентами, перенесшими оперативные вмешательства на структурах полости носа/носоглотки. Также полезными бывают лучевые методы исследования (КТ, МРТ).

Наиболее частой врожденной аномалией развития, приводящей к назальной обструкции, является атрезия хоан: одно- или двустороннее костное или перепончатое образование в виде перегородки в области хоан, на границе полости носа и носоглотки с полным закрытием или резким сужением одной или обеих половин носа, частота встречаемости – один случай на 5-8 тыс. новорожденных (*рис. 1*). Другими причинами врожденной назальной обструкции могут быть: стеноз полости носа с гипертрофией нижних носовых

раковин (рис. 2), базальное менингоэнцефалоцистоцеле, дермоидная киста носоглотки (рис. 3), волосатый полип носоглотки, врожденное искривление носовой перегородки, холодный абсцесс носовой перегородки, рестенозирование просвета хоаны (рис. 4).

Лечение в случае врожденных аномалий развития – оперативное.

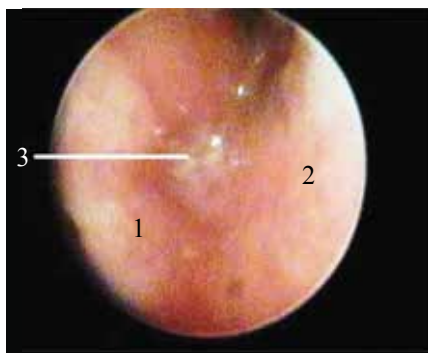


Рис. 1. Эндоскопическая картина при полной правосторонней атрезии хоаны: 1 – задний конец нижней носовой раковины; 2 – задний отдел перегородки носа (сошник); 3 – слепо заканчивающаяся полость носа в зоне хоаны



Рис. 2. Эндоскопическая картина полости носа у ребенка с врожденным стенозом полости носа: 1 – перегородка носа, 2 – нижняя носовая раковина



Рис. 3. Дермоидная киста носоглотки



Рис. 4. Рестенозирование при врожденной атрезии хоан (синехии полости носа и облитерация хоанального отверстия)

ГИПЕРТРОФИЯ/ВОСПАЛЕНИЕ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Воздух, поступающий в полость носа, испытывает сопротивление со стороны структур полости носа (перегородки, носовых раковин) и носоглотки (лимфоидная ткань глоточной миндалины). Гипертрофия и воспаление глоточной миндалины (аденоидных вегетаций, аденоидов) не только ухудшают прохождение воздушной струи, но и способствуют возникновению/поддержанию воспаления слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, еще более затрудняющих носовое дыхание.

Гипертрофия и воспаление глоточной миндалины – важные пункты в дифференциальном диагнозе причин заложенности носа у детей и подростков – часто встречаются в практике врача амбулаторного звена и стационара, имеют склонность к рецидивам и осложнениям со стороны среднего уха, особенно в педиатрической практике. К причинам этого можно отнести: особенности микробиома носоглотки, вирулентность и инвазивность микроорганизмов; анатомо-физиологические особенности строения и локализации глоточной миндалины в носоглотке, ее близкое расположение к глоточным устьям слуховых труб, обеспечивающих аэрацию барабанной полости, поддерживающей нормальное туботимпанальное давление, хорошо развитая система лимфоидной ткани, представленная кольцом Пирогова-Вальдейера, и особенности (становление) иммунной системы организма.

Глоточная миндалина (ГМ) при рождении практически не выражена, увеличивается по мере роста и социализации ребенка, достигая максимума в дошкольный – младший школьный периоды (*рис. 5*).

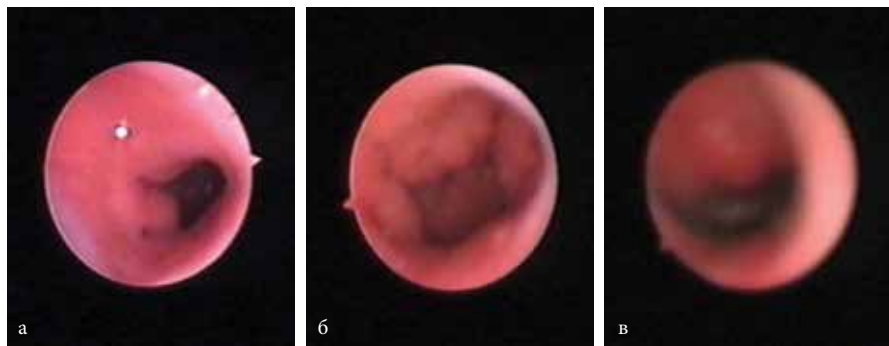


Рис. 5 (а,б,в). Глоточная миндалина в различные периоды детства: а – у ребенка 3 месяцев, б – у ребенка 8 месяцев, в – у ребенка 3 лет.

Наиболее часто в практике для определения степени гипертрофии глоточной миндалины используют классификацию Лихачева А.Г. (1963): I степень – лимфоидная ткань занимает не более 1/3 размера сошника, II степень – более 1/3, но не более 2/3 сошника и III степень – более 2/3 сошника (в том числе полностью обтурирует просвет хоан).

Гипертрофированная ГМ сама по себе препятствует прохождению воздушной струи и вызывает затруднение носового дыхания, храп, головную боль, различные формы средних отитов, в том числе экссудативные, сопровождающиеся развитием тугоухости. Но лимфоидная ткань может воспалиться и воспаление ГМ (аденоидит) широко распространено именно в педиатрической практике. На сегодняшний день аденоидит рассматривают как полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит нарушение иммунных процессов в глоточной миндалине, зачастую сопровождающееся ее гиперплазией.

В международной классификации МКБ-10 нет выделения аденоидита в отдельную нозологическую группу. Для пациентов с данной патологией используют коды: назофарингит острый (J00.0) и хронический (J31.1), хронические болезни миндалин и аденоидов (J35.8), гиперплазия глоточной миндалины – гипертрофия аденоидов (J35.2), а также неуточненные хронические болезни аденоидов и миндалин (J35.9).

Из-за отсутствия единого кода для диагноза «аденоидит» точных статистических данных о встречаемости данной патологии предоставить нельзя. По данным ряда авторов, хронический аденоидит занимает одно из первых мест в структуре патологии ЛОР-органов и наблюдается у 20-50% детского населения, а в группе часто болеющих детей этот показатель достигает 70%. Собственные данные о частоте встречаемости аденоидита в зависимости от сезона представлены на *рисунке 6*.

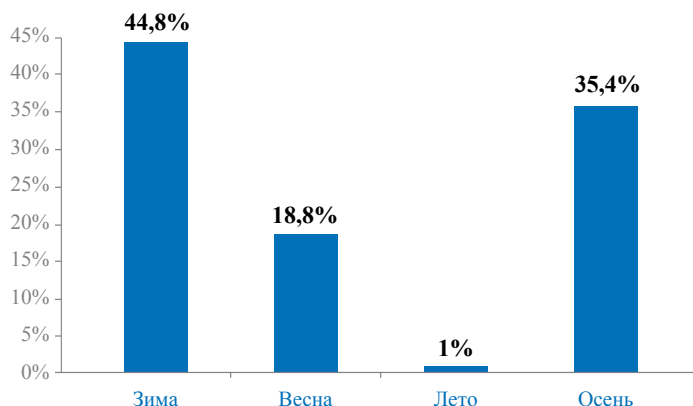


Рис. 6. Частота встречаемости аденоидита в зависимости от времени года

Этиология аденоидита – предмет многочисленных литературных споров и дискуссий. В возникновении и рецидивировании воспаления лимфоидной ткани носоглотки обсуждается роль бактериальной флоры (в том числе в форме биопленок), грибковой и вирусных агентов (как респираторных, так и герпесвирусов). Согласно данным работы, выполненной на нашей кафедре, наиболее часто (44,6%) у пациентов с воспалением глоточной миндалины отмечалась вирусно-бактериальная его этиология; только вирусные или бактериальные патогены определялись в 29,5 и 17% случаев соответственно и лишь в 8,9% возбудители не были выявлены.

Из бактериальных возбудителей наиболее часто выявлялись *Staphylococcus aureus* (33%), *Streptococcus pneumonia* (10,7%), *Haemophilus influenzae* (5,3%). Полученные данные демонстрируют высокую степень обсемененности глоточной миндалины различными микроорганизмами.

Клиническая картина аденоидита связана с выраженностью и длительностью воспаления слизистой оболочки глоточной миндалины, а также с распространенностью воспаления на слизистую оболочку слуховой трубы и барабанной полости.

Как правило, после перенесенной вирусной инфекции, дети и/или их родители жалуются на затруднение носового дыхания различной степени выраженности, слизистые/слизисто-гнойные выделения из носа или стекающие по задней стенке глотки, явления ночного/утреннего кашля, нарушения сна, синдром ночных апноэ, заложенность уха/ушей, снижение слуха и проблемы с речью (особенно у детей младшего возраста), энурез, возможно неправильное развитие лицевого черепа и зубочелюстной системы, а также деформации развития скелета грудной клетки (куриная грудь).

Диагностика воспаления и гипертрофии глоточной миндалины при наличии анамнеза, жалоб и рино/фаринго/отоскопической картине, как правило, не представляет затруднений.

До сих пор нередко используется рентгенологическое исследование носоглотки (рис. 7).

По его результатам можно лишь судить о степени перекрытия лимфоидной тканью сошника и воздушного столба носоглотки, нет четкого представления о росте аденоидной ткани, ее прилегании к глоточным устьям слуховых труб и/или пролабировании в полость носа, о наличии и характере отделяемого на ее поверхности. Поэтому желательно проведение эндоскопического исследования полости носа и носоглотки с использованием различных оптических систем (гибких и ригидных). С помощью эндоскопии можно оценить состояние всех лимфоидных структур носоглотки: размер глоточной миндалины,



Рис. 7. Рентгенограмма носоглотки

направление роста лимфоидной ткани, наличие гиперемии и патологического отделяемого глоточной миндалины, а также состояние глоточных устьев слуховых труб и трубных миндалин (рис. 8).



Рис. 8. Эндоскопическая картина носоглотки

Учитывая частоту осложнений со стороны среднего уха, у таких пациентов целесообразно включать в план обследования акустическую импедансометрию, позволяющую определить давление в барабанной полости, функциональное состояние слуховой трубы и цепи слуховых косточек, порог акустического рефлекса, а также оценивать слуховую функцию (детям раннего возраста с помощью регистрации слуховых вызванных потенциалов, у более старших проводят игровую тональную и пороговую аудиометрию). По показаниям могут потребоваться консультации аллерголога, гастроэнтеролога.

Для ответа на вопрос, можно ли по данным клинко-инструментального исследования определить этиологию аденоидита, было проведено ретроспек-

тивное сопоставление данных анамнеза и результатов комплексного микробиологического и клинко-инструментального обследования (табл. 2) и было показано, что маркерами этиологии воспаления ГМ могут быть данные клинко-инструментального обследования.

Таблица 2. Признаки аденоидита в зависимости от этиологии заболевания

Признаки аденоидита различной этиологии (эндоскопическое обследование)		
Вирусная	Вирусно-бактериальная	Бактериальная
Выраженная гиперемия глоточной миндалины	Умеренно выраженная или незначительная гиперемия глоточной миндалины	Отсутствие гиперемии глоточной миндалины
Выраженный отек глоточной миндалины	Умеренный отек глоточной миндалины	Отек глоточной миндалины не выражен
Слизистое отделяемое на поверхности глоточной миндалины и стекание его по задней стенке глотки	Слизисто-гнойное, реже слизистое отделяемое на поверхности глоточной миндалины	Слизисто-гнойное, чаще гнойное отделяемое на поверхности глоточной миндалины

Использование данных критериев позволило назначить адекватную этиотропную терапию пациентам с аденоидитом в 96,25% случаев.

ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозная терапия направлена в основном на купирование признаков воспаления глоточной миндалины. Отсутствие кода по МКБ-10 означает отсутствие клинических рекомендаций для данной нозологии. Поэтому остановимся на актуальности применения топических (интраназальных) препаратов у таких пациентов. Традиционно широко используются растворы морской воды (как изо-, так и гипертонические) для удаления патологического секрета с поверхности глоточной миндалины.

Учитывая большую роль бактериальных патогенов в развитии/поддержании воспаления глоточной миндалины, целесообразно назначение топических антибактериальных препаратов. В данном контексте важна юридически разрешенная возможность интраназального введения лекарственного средства (ЛС). К сожалению, не редки случаи интраназального

использования средств, в инструкции по применению которых не содержится описания такого способа введения (например, глазные капли или антисептики для наружного применения), что может нарушить нормальное функционирование мерцательного эпителия дыхательных путей. Подобное off-label использование встречается повсеместно и особенно часто в педиатрической практике. Анализ литературы свидетельствует, что частота назначений антимикробных средств способом, не упомянутым в инструкции по применению, достигает 38%. Важный шаг для исправления данной ситуации – информирование врачей не только о показаниях к применению и возрастных ограничениях, но и о способе введения топических ЛС.

Топические антимикробные препараты выгодно отличаются от системных не только способностью действовать непосредственно в локусе воспаления, но и чрезвычайно редкой вероятностью развития бактериологической резистентности, так как у них практически отсутствует системная абсорбция. Даже в случае резистентных к системным препаратам микроорганизмов описаны их реакции на местную терапию из-за достижения более высоких концентраций препарата. Применительно к топическим (интраназальным) антимикробным препаратам, применяемым в педиатрической практике, важны широкий диапазон активности к основным бактериальным возбудителям, низкая токсичность, отсутствие повреждения мукоцилиарного клиренса. Этим требованиям отвечает оригинальный антибактериальный назальный спрей **ИЗОФРА** (фрамицетин), который оказывает бактерицидное действие, не обладает системной абсорбцией, применяется у детей с рождения (не имеет возрастных ограничений к применению). Фрамицетин используется местно, так как практически не абсорбируется и не всасывается с поверхности слизистой оболочки полости носа/носоглотки, а значит, не попадает в системный кровоток и не оказывает системного действия. Антибактериальная активность препарата **ИЗОФРА** распространяется на основные группы возбудителей воспалительных заболеваний носа и носоглотки:

- грамположительные микроорганизмы: *Staphylococcus spp.*, некоторые штаммы *Streptococcus spp.*
- грамотрицательные микроорганизмы: *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Proteus spp.*

Кроме того, свое бактерицидное действие препарат оказывает и на резистентные к пенициллинам и другим антибиотикам штаммы стафилококка.

Эффективность препарата **ИЗОФРА** в лечении пациентов с аденоидитом была оценена в рамках исследования, проведенного в клиниках нашей кафедры (рис. 9).

Динамика симптомов аденоидита на фоне терапии препаратом ИЗОФРА

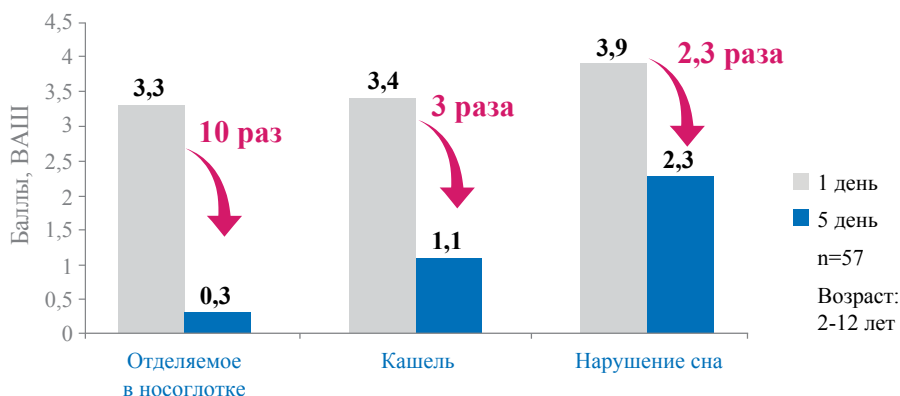


Рис. 9. Эффективность препарата ИЗОФРА в лечении пациентов с воспалением глоточной миндалины

Уже к 5 дню терапии значительно уменьшается количество отделяемого в носоглотке и связанный с этим кашель, нормализуется сон.

Эффективность **ИЗОФРЫ** в лечении пациентов с воспалением глоточной миндалины подтверждена многолетним опытом клинического применения и другими исследованиями: недельный курс приёма препарата более эффективен, чем применение препаратов элиминационно-ирригационной терапии по выраженности субъективных и объективных данных.

ИЗОФРА эффективна и в лечении назофарингита у часто болеющих детей (инфекционный индекс выше 0,5): назначение препарата позволило предотвратить развитие осложнений и назначения системных антибиотиков у 99% пациентов по сравнению с группой контроля, в которой бактериальные осложнения были зафиксированы у 30,4% больных.

Также пациентам с аденоидитом могут быть назначены препараты с противовирусным действием, особенно актуальны те, прием которых может быть продолжен с целью профилактики ОРИ. Топические стероиды (в том числе на основе мометазона) не имеют в показаниях к применению ни воспаления, ни гипертрофии глоточной миндалины и могут применяться лишь у пациентов с различными формами аллергического ринита с соблюдением возрастного аспекта применения конкретного препарата.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии, а также при отсутствии носового дыхания или его стойком нарушении, наличии частых инфекций ВДП, рецидивирующих средних отитов, стойкой или флюктуирующей тугоухости, обструктивного апноэ сна пациентам показано проведение аденотомии.

СИНУСИТ (РИНОСИНУСИТ)

Синусит – довольно частая патология как в стационарах, так и на уровне амбулаторного звена у пациентов в любом возрасте. С 90-х гг. XX века термин «риносинусит» прочно вошел в медицинскую лексику, закрепившись в европейских согласительных документах, хотя по МКБ-10 воспаление различных околоносовых пазух кодировалось и кодируется как «синусит» (верхнечелюстной, этмоидальный, фронтальный, сфеноидальный). Лечение пациента с синуситом должно проводиться в соответствии с клиническими рекомендациями Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (НМАО), выполненными по заказу и утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

Один из основных вопросов, касающихся тактики ведения пациента с синуситом, – целесообразность назначения антибактериального препарата: данная патология входит в пятерку заболеваний, лидирующих по назначению антибактериальной терапии. В соответствии с клиническими рекомендациями НМАО системная антибактериальная терапия показана при средне-тяжелой или тяжелой форме острого синусита, исходя из предполагаемого возбудителя или их комбинации, а при легкой – только в случае рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматике более 5-7 дней, а также при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии и у иммунокомпрометированных пациентов (табл. 3).

В схему лечения могут быть включены препараты с противовирусным действием. Рекомендуется также назначение топических деконгестантов и топических стероидов (в педиатрической практике у пациентов старше 12 лет!), местной (топической) антибактериальной терапии как в комплексе с системным применением антибиотиков, так и в качестве альтернативного метода лечения острых синуситов (при любой степени тяжести течения острого синусита). Важным аспектом в выборе препарата для топической терапии является возможность его введения в околоносовые пазухи (при пункции) или использования в полости носа (интраназально, особенно важно в амбулаторном звене).

Мы уже упоминали про возможности топического антимикробного препарата **ИЗОФРА**, основу которого составляет антибиотик аминогликозидного ряда бактерицидного действия – фрамицетин сульфат (800 000 Ед в 100 мл препарата). **Многочисленные исследования, проведенные с использованием назального спрея ИЗОФРА при инфекционно-воспалительной патологии верхних дыхательных путей, доказали высокую эффективность препарата и сохраняющуюся чувствительность патогенных микроорганизмов.**

Таблица 3. Степени тяжести течения острого синусита

Степень тяжести	Симптомы
Легкая	Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух Отсутствие осложнений Отсутствие лихорадочной реакции
Среднетяжелая	Температура не выше 38 °С Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Ощущение тяжести в области проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головы или наклоне головы Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений
Тяжелая	Температура выше 38 °С Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Периодическая или постоянная болезненность в области проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении головы или наклоне головы Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений

Назальный спрей **ИЗОФРА** не имеет возрастных ограничений, у пациентов с синуситом часто применяется в сочетании с сосудосуживающими препаратами (при наличии выраженного отека слизистой оболочки полости носа).

Актуальным является и применение комплексных интраназальных препаратов, одним из которых является препарат **ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛ-ЭФРИНОМ** – комплексный назальный спрей с широким спектром антибактериальной активности, противовоспалительным и сосудосуживающим действием.

В состав препарата **ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ** (на 100 мл раствора) входят неомицина сульфат 650 000 Ед, полимиксина В сульфат 1 000 000 Ед, дексаметазон 0,025 г и фенилэфрина гидрохлорид 0,250 г. Компоненты препарата оптимально подобраны и оказывают взаимоусиливающее, аддитивное действие.

Неомицин представляет собой антибиотик группы аминогликозидов широкого спектра действия, обладает бактерицидным действием в отношении многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в т.ч. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Shigella spp.*, *Proteus spp.* и др. Полимиксин В действует преимущественно на грамотрицательные микроорганизмы, активен в отношении *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella spp.*, *Salmonella*, *Shigella*, *E. coli* и др. Комбинация антибактериальной активности двух указанных антибиотиков расширяет спектр чувствительных бактерий по сравнению со спектром каждого из них, в том числе против синегнойной палочки и протей. Фенилэфрин – α 1-адреномиметик – оказывает явное сосудосуживающее действие и не вызывает значительного уменьшения кровотока в слизистой оболочке и нарушения функции мерцательного эпителия. Фенилэфрин в составе назального спрея **ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ** способствует улучшению не только дыхания через нос, но и доставки активных компонентов к очагу воспаления. В состав препарата входит глюкокортикостероид – дексаметазона метасульфобензоат натрия – дегидрированная, практически не растворимая в воде форма дексаметазона, которая обеспечивает безопасное топическое действие в месте введения и исключает системное воздействие и передозировку. Дексаметазон обладает выраженным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием, устраняет отек и воспаление слизистой оболочки дыхательных путей как инфекционного, так и аллергического генеза.

В ряде исследований была доказана выраженная эффективность назального спрея **ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ** в лечении различной инфекционно-воспалительной патологии верхних дыхательных путей у детей и взрослых. Одно из последних наблюдений продемонстрировало эффективность препарата для лечения острого поствирусного риносинусита легкой и средней степени тяжести у детей старше 2,5 лет, показав снижение общей медикаментозной нагрузки и предотвращение развития осложнений, а также нормализацию микрофлоры и снижение числа патогенов. **Полученные данные демонстрируют отсутствие резистентности и устойчивости циркулирующих в настоящее время штаммов возбудителей к назальному спрею ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ.**

ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ применяется у детей в возрасте от 2,5 лет по одному впрыскиванию в каждый носовой ход 3 раза в сутки, у взрослых – 3-5 раз в сутки, длительность лечения – от 5 до 10 дней.

Синусит может быть не только острым, но и хроническим, в том числе полипозным, и такие пациенты могут нуждаться в хирургическом лечении.

К другим причинам нарушения носового дыхания у детей и подростков относят:

- искривление носовой перегородки (чаще посттравматическое) – частая причина заложенности носа у детей и подростков, а у последних – и злоупотребления топическими деконгестантами. Диагноз ставится после проведения рутинного ЛОР-осмотра (риноскопия) или эндоскопического обследования. Лечение – плановое оперативное вмешательство
- аллергический ринит (АР) – диагноз подтверждается проведением аллергопроб, подтверждающих наличие чувствительности к причинно-значимым аллергенам. Следует помнить, что у детей раннего и младшего возраста могут быть ложноположительные и ложноотрицательные результаты проб, а также возможно наличие локального АР. Лечение проводится по принципам ступенчатой терапии АР.

В заключение еще раз напомним, что причины заложенности носа чрезвычайно разнообразны и в ряде случаев требуют немедикаментозного лечения, что диктует необходимость и целесообразность осмотра пациента оториноларингологом и проведения эндоскопического осмотра ЛОР-органов.

Список литературы

1. Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: нац. рук-во: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 544 с.
2. Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: нац. рук-во / под ред. М.Р. Богомильского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 1040 с.
3. Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю., Селькова Е.П. Болезни уха, горла и носа при ОРЗ у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 128 с.
4. Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю., Котова Е.Н. Диагностика врожденных аномалий полости носа и носоглотки у детей. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2020; 99 (5): 102-106.
5. Радциг Е.Ю., Злобина Н.В., Лапицкая А.С., Селькова Е.П. Этиология аденоидита при острой респираторной вирусной инфекции. Вестник РГМУ. 2015; 3: 38-40.
6. Злобина Н.В. Диагностика и лечение аденоидита у детей. Автореф. дисс. ...к.м.н. М., 2019. 27 с.
7. Габай П.Г., Радциг Е.Ю., Духанин А.С. Помогая пациенту, защити себя! Что нужно знать каждому педиатру (пострелиз). РМЖ. 2021; 29 (4): 26-30.
8. Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2015; 94 (5): 96-100.
9. Карпова Е.П., Харина Д.В. Возможности рациональной фармакотерапии аденоидита у детей. Вестник оториноларингологии. 2016; 5: 73-76.
10. Кокорина В.Э. Анализ результатов возможности местной терапии острых риносинуситов как осложнений гриппа H1N1 у часто болеющих детей. Материалы VII Петербургского форума оториноларингологов России. 2018.
11. База данных NCI Thesaurus, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/source/NCIt>
12. Кунельская Н.Л., Туровский А.Б. и др. Роль топических антибиотиков в лечении заболеваний, сопровождающихся ринофарингеальной симптоматикой. Лечебное дело. 2018; 1: 60-65.
13. Гарашенко Т.И., Тарасова Г.Д. и др. Современные возможности терапии поствирусного риносинусита в детском возрасте. Медицинский совет. Педиатрия. 2018; 2: 98-104.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

■ ЗАДАЧА №1

Мама ребенка 4 месяцев обратилась на прием к врачу-педиатру с жалобами на заложенность носа в течение 8 дней. Промывала нос ребенка раствором морской воды, эффект кратковременный; вчера выделения из носа стали гуще и зеленее. Подъема температуры все это время не отмечалось. Педиатр отправил ребенка на консультацию к оториноларингологу.

При осмотре:

- слизистая оболочка полости носа слегка гиперемирована
- в общих носовых ходах слизисто-гнойное отделяемое, стекающее по задней стенке глотки
- отоскопическая картина без признаков воспаления.

Диагноз:

острый ринофарингит.

Рекомендовано:

- туалет полости носа перед каждым кормлением (аспирировать отделяемое отсосом)
- назальный раствор фрамицетина (**ИЗОФРА**) по 1 впр. 3 раза в день в обе половины носа до 7 дней.

■ ЗАДАЧА №2

Ребенок 1,5 года. Жалобы на заложенность носа в течение 4 дней, вчера температура повысилась до 37,2 °С. Ничем не лечились.

При осмотре:

- нос – гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, слизисто-гнойные выделения в общем носовом ходе
- ротоглотка – разрыхленность слизистой оболочки глотки. Миндалины 1-2 степени, налетов-наложений нет
- уши – AD, AS – наружные слуховые проходы широкие, свободные. МТ бледные, контурируются.

Диагноз:

острый назофарингит (ОРИ).

Рекомендовано:

- домашний режим
- обильное питье
- туалет полости носа
- 0,025% раствор оксиметазолина по 1-2 впр. 2 раза в день в обе половины носа 3-5 дней
- после отсмаркивания – назальный раствор фрамицетина (**ИЗОФРА**) по 1 впр. 3 раза в день в обе половины носа до 7 дней
- осмотр в динамике.

■ ЗАДАЧА №3

Ребенок 4 лет. После перенесенного ОРИ сохраняется заложенность носа, температура тела не повышалась. Со слов мамы, покашливает по утрам и после дневного сна.

При осмотре:

- нос – слизистая оболочка полости носа слегка гиперемирована, не отечна. В задних отделах полости носа вязкое отделяемое
- носоглотка – в просвете носоглотки лимфоидная ткань, более 2/3 перекрывающая сошник, отечна, гиперемирована, покрыта слизисто-гнойным отделяемым. Глоточные устья слуховых труб не обозримы
- ротоглотка – стекание отделяемого по задней стенке глотки
- уши – AD, AS – наружные слуховые проходы широкие, свободные. МТ бледные, контурируются.

Диагноз:

аденоидит.

Рекомендовано:

- изотонический раствор морской воды для промывания полости носа и носоглотки
- после отсмаркивания – назальный раствор фрамицетина (**ИЗОФРА**) по 1 впр. 2-3 раза в день в обе половины носа 7 дней
- контрольный осмотр через 7 дней.

■ ЗАДАЧА №4

Ребенок 5 лет. Переболел ОРИ, вышел в детский садик и через 2 дня опять насморк, температура 37,1 °С. Обратились к педиатру, направлены на РГ околоносовых пазух: субтотальное гомогенное затемнение обеих верхне-челюстных пазух. Направлен к оториноларингологу.

При осмотре:

- нос – гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, слизисто-гнойные выделения в среднем носовом ходе
- ротоглотка – разрыхленность слизистой оболочки глотки, полоска слизисто-гнойного отделяемого, стекающего по задней стенке
- уши – AD, AS – наружные слуховые проходы широкие, свободные. МТ бледные, контурируются.

Диагноз:

двусторонний острый гайморит.

Рекомендовано:

- домашний режим
- гипертонический раствор морской воды для промывания полости носа и носоглотки
- после отсмаркивания:

Вариант А	Вариант Б
0,025% раствор оксиметазолина по 1-2 впр. 2 раза в день в обе половины носа 3-5 дней после отсмаркивания назальный раствор фрамицетина (ИЗОФРА) по 1 впр. 3 раза в день в обе половины носа до 7 дней	ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ по 1 впр. 3 раза в день в обе половины носа от 5 до 10 дней

- комплексный препарат с мукоактивным и противовоспалительным действием
- контрольный осмотр через 5-7 дней.

■ ЗАДАЧА №5

На приеме у оториноларинголога ребенок 8 лет. В течение 8 дней заложенность носа и скудные выделения из обеих половин носа. Вчера вечером появилась головная боль в области лба и при опускании головы вниз, заложенность ушей. Температура 37,5 °С.

При осмотре:

- нос – болезненность при пальпации области проекции околоносовых пазух.
Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, отечна.
Скудное гнойное отделяемое в средних носовых ходах
- ротоглотка – слизистая оболочка розовая, разрыхлена
- уши – AD, AS – наружные слуховые проходы широкие, свободные.
MT гиперемированы, не выбухают
- РГ пазух: субтотальное гомогенное затемнение обеих верхне-челюстных и лобных пазух, клеток решетчатого лабиринта.

Диагноз:

двусторонний пансинусит, двусторонний острый средний отит.

Рекомендовано:

- амоксициллина клавуланат из расчета 45 мг/кг в 2 приема внутрь, курс – 7 дней
- после отсмаркивания:

Вариант А	Вариант Б
0,05% раствор оксиметазолина по 1-2 впр. 2 раза в день в обе половины носа 3-5 дней или 0,05% раствор ксилометазолина после отсмаркивания назальный раствор фрамицетина (ИЗОФРА) по 1 впр. 3 раза в день в обе половины носа до 7 дней	ПОЛИДЕКСА С ФЕНИЛЭФРИНОМ по 1 впр. 3 раза в день в обе половины носа от 5 до 10 дней

- комплексный препарат с мукоактивным и противовоспалительным действием
- контрольный осмотр в динамике.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Учебное пособие

**Радциг Елена Юрьевна,
Котова Елена Николаевна,
Злобина Наталья Викторовна,
Радциг Антон Николаевич**

ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Подписано в печать 05.08.21. Формат 62×94 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 1,16. .

Тираж 10 000. Изд. № 955.

Издательство МАИ
(МАИ), Волоколамское ш., д. 4, Москва, А-80, ГСП-3, 125993

ISBN 978-5-4316-0823-0

