
ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ АВТОРА	8
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	10
ЧТО ТАКОЕ ИНФЕКЦИЯ?	15
Острая респираторная вирусная инфекция	16
Глава 1. НОС	21
АНАТОМИЯ	21
ДИАГНОСТИКА	28
ЗАБОЛЕВАНИЯ	40
Острый риносинусит	40
Хронический ринит	46
Аллергический ринит	50
Хронический риносинусит	54
Аденоиды	63
Атрезия хоан	73
Искривление носовой перегородки	75
Ринофима	79
Носовое кровотечение	80
Глава 2. ГОРЛО	85
ГЛОТКА	85
АНАТОМИЯ	85
ДИАГНОСТИКА	88
ЗАБОЛЕВАНИЯ	93
Острый тонзиллофарингит	93
Паратонзиллярный абсцесс	99
Энтеровирусный тонзиллофарингит (герпангина)	101
РФАРА-синдром, или синдром Маршалла	102
Хронический фарингит	103
Хронический тонзиллит	106
Пробки в небных миндалинах	117

ГОРТАНЬ	119
АНАТОМИЯ	119
ДИАГНОСТИКА.....	124
ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	128
Острый ларингит	128
Ложный круп	129
Хронический ларингит.....	130
Папилломатоз гортани.....	132
Острый эпиглоттит.....	133
Парез и паралич голосовых складок	134
Стеноз гортани.....	136
Глава 3. УХО	141
АНАТОМИЯ	141
ДИАГНОСТИКА.....	146
ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО УША.....	148
Наружный отит	148
Микротия.....	151
ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УША.....	152
Острый средний отит.....	152
Матоеидит	157
Тубоотит, экссудативный отит, адгезивный отит	159
Зияние слуховой трубы (зияющая дисфункция)...	164
Хронический гнойный средний отит.....	165
ВНУТРЕННЕЕ УХО.....	171
Строение внутреннего уха	171
Диагностика слуха.....	178
Слуховые беды.....	196
Нейросенсорная (сенсоневральная) тугоухость (НСТ)	196
Отосклероз	205
Диагностика вестибулярных нарушений.....	207
Вестибулярные беды.....	224

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	224
Вестибулярный нейронит	228
Лабиринтит	230
Болезнь Меньера	231
Глава 4. ПРОЧИЕ НАПАСТИ	235
Фурункулы и абсцессы	235
Рожистое воспаление (рожа)	237
Системные заболевания.....	238
Туберкулез	238
Сифилис	241
Гранулематоз Вегенера	244
ГЭРБ	245
Неврологические нарушения	246
Мигрень, кластерная головная боль, пароксизмальная гемикрания	247
Невралгия тройничного нерва, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, бруксизм	247
Кашель	249
Храп	254
Травмы	259
Глава 5. К ЧЕМУ ПРИВОДИТ НЕПОСЛУШАНИЕ ...	269
Глава 6. ОПУХОЛИ	277
Глава 7. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ	283
Глава 8. ВОТ ЭТОГО НЕ НАДО	289
Глава 9. ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ	307
ВМЕСТО ПОСЛЕСЛОВИЯ	310
БЛАГОДАРНОСТИ	314
УКАЗАТЕЛЬ	315

ОТ АВТОРА

Привет, любимые.

Как-то пару лет назад моя благоверная, по всей видимости, чтобы оградить себя от моего чувства юмора или хотя бы несколько снизить градус веселья на совместной жилплощади, настояла на переадресации моего косноязычия в эти ваши интернеты. Так появился мой бложик, где я потихоньку, со специфическими потугами на остроумие, стал рассказывать о всяческих недугах, преодолевающих область моей компетенции — уши, горлы, носы. И со временем он даже приобрел довольно широкую известность в узких кругах.

Думаю, тому есть простое объяснение: народ подустал от отечественной медицины с «простынями» сомнительных назначений и начал задаваться вопросом: «А какого?!» (*мысленно вставить картинку с Уиллом Фареллом*). Тут-то наиболее прогрессивные и въедливые открыли для себя секту ЕВМ, или доказательную медицину. Медицину, которая во главу угла ставит не схоластические умозаключения посеребрянных дядек и верования участковых терапевтов, а выводы, подтвержденные крупными исследованиями, где вероятность статистической ошибки сведена к минимуму.

И, ВНЕЗАПНО, как-то так сложилось, что две трети препаратов, назначаемых в Этой стране, не имеют

достаточной доказательной базы или вообще не существуют и не применяются (а нередко — запрещены) за пределами Необъятной. Да и методики, позаимствованные скорее из произведений де Сада, нежели из «Анатомии Грея»¹, оказываются, как минимум, бесполезными. То, что у нас называется доказательной медициной, на просторах «загнивающего Запада» считается просто медициной. Как они не вымерли — непонятно. Быть может, там все-таки делают что-то правильно?

В этом мы и стали разбираться с моими подписчиками. Тепло, лампово, уютненько, но и не без конфликтов, незамысловатых обидных конструкций из пальцев и прочих скабрёзностей. Однако события последних месяцев показали, что интернет — штука весьма ненадежная, а рукописи, как учил нас Михаил Афанасьевич, не горят. Вот и осенила меня прекрасная мысль увековечить свое словоблудие в невырубаемую форму. Чтобы для. Потому что.

Так что, как говорят у нас, в Кропоткине, велком. Заранее предупреждаю: некоторые сведения могут вызвать, литературно выражаясь, когнитивный диссонанс и некоторое раздражение. Особенно в отдельных, отличающихся особой нежностью частях тела. Не отчаивайтесь — это нормально. Погнали.

¹ «Анатомия Грея» — классический учебник анатомии человека, написанный английским хирургом и анатомом Генри Греем, изданный в 1858 году.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Так исторически сложилось, что на 1/6 части суши из-за склонности к тоталитаризму и империализму, да и, что греха таить, высокой популярности тюремной романтики, определяющую роль во многих областях науки играет мнение условного «авторитета». Думаю, вам неоднократно приходилось слышать или читать: «Профессор такой-то говорил» или «А вот я был у кандидата наук, он сказал...» Причем самое опасное, что очень часто за основу лечебной стратегии берется мнение местечковых «светил» — обычных врачей со стажем, тянущимся со времен до Рождества Христова, просто старших коллег, заведующих отделениями и прочих крайне условных корифеев. Основная проблема состоит в том, что многие из вышестоящих подвисают на определенном этапе карьеры и мумифицируются в янтаре информации времен очаковских и... далее по тексту. А младшие чины и неофиты идут по пути наименьшего сопротивления, не черпая информацию из актуальных источников, а впитывая громогласные рассуждения самопровозглашенных мэтров медицинской науки или с открытым ртом внимая приглашенным недозвездам на лекциях, организованных фармакологическими компаниями.

Вторым важным аспектом в становлении отечественной механики оказания медицинской помощи явля-

ется повышенное влияние фармакологического лобби на государственную систему. Введение препарата или методики в обиход требует несравненно меньших усилий (мощности исследований, доказательной базы), чем в странах с расшатанными скрепами. Ну и, сами понимаете, общая система коррупции не обошла стороной и врачевание.

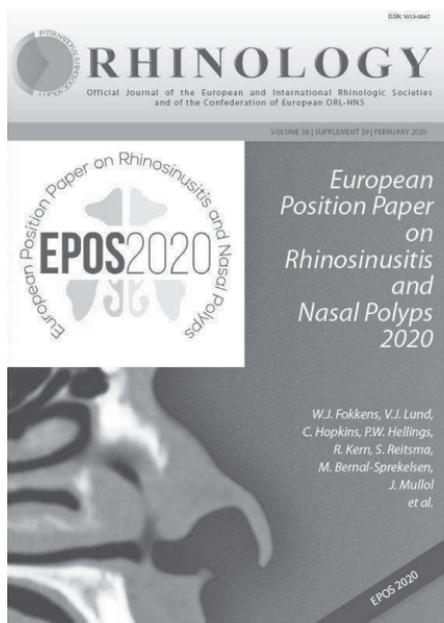
Как вы увидите ниже, в аптечном обороте находится такое количество фармакологического хлама, что можно без ложной скромности отнести две трети наименований лекарств в аптеках, применяемых в оториноларингологии, к фуфломицинам.

Доказательную медицину такой подход не устраивает. Здесь методы, схемы лечения и препараты не могут применяться без проведения огромного количества крупных исследований. Здесь не имеют серьезного значения мнения отдельных врачей. Потому что доказательная медицина понимает: времена Великих географических открытий прошли, роль личности в современной науке практически нивелирована. Все важные исследования, внедрения проводятся крупными командами и научными организациями на основе множества побочных изысканий. Это слаженный труд десятков, а то и сотен людей. Иначе никак.

Основной метод научного поиска, признаваемый доказательной медициной, — двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Суть его в том, что испытуемых случайным образом распределяют на две группы. Одной группе пациентов дается лечение (препарат, методика), другой — плацебо (таблетка- или методика-пустышка).

При этом ни исследователь, ни испытуемый не знают, кому достается лекарство, а кому — конфетка. Это позволяет снизить вероятность статистической, когнитивной и других ошибок, ибо все завязано на чистой математике, с минимизацией того самого человеческого фактора. Подобные исследования чертовски сложны и дороги, их точность напрямую зависит от количества испытуемых.

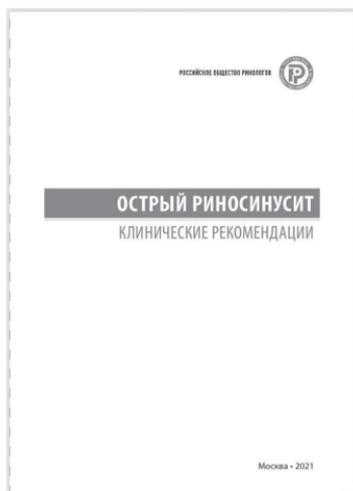
Поэтому второй важный источник для доказательной медицины — систематические обзоры. Это очень объемные документы, перелопачивающие максимальное количество исследований со всех концов синего шарика по какой-то конкретной теме, отбирающие наиболее репрезентативные и делающие вывод о том, как и что лечить.



Например, если брать носовые болезни, то таким документом является *European position paper on rhinosinusitis and Nasal polyps* (сокращенно, EPOS) – основополагающий талмуд по острым и хроническим риносинуситам.

Все это есть в интернете в свободном доступе — читай не хочу. Так в чем же дело? Почему мумие еще в ходу? Ответ банален: источники в большинстве случаев написаны на английском языке. А уровень владения им в среднем по больнице, думаю, вам известен.

Конечно, многие из документов переводятся, адаптируются к отечественным реалиям (взять хотя бы «Клинические рекомендации Российского общества ринологов»), но они тонут в страшном болоте, именуемом стандартами оказания медицинской помощи. Да и, чего фарисействовать, в косномыслии и славянофильстве на местах.



Ваш покорный попал в лапы ЕВМ после слов своего наставника: «Григорий, вы не читаете книги, вы читаете Пальчун».

В. Т. Пальчун – автор самого популярного у нас в стране учебника по оториноларингологии. Определенные его аспекты (анатомия, физиология) неплохи, но в отдельных он устарел до уровня шумерских табличек, а в некоторых равносителен трудам средневековых алхимиков. Но понял я это, лишь погрузившись в пучину гайдлайнов – кратких, емких и понятных схем лечения отдельных патологий, составленных с позиций доказательной медицины.

С такого ракурса и будет вестись дальнейшее повествование. Но прежде чем мы перейдем к конкретным болезням, нужно разобрать одно основополагающее медицинское понятие. Как ни странно, именно непонимание его механизмов и приводит часто к бесконечному назначению бесполезных лекарств в самых замысловатых сочетаниях.

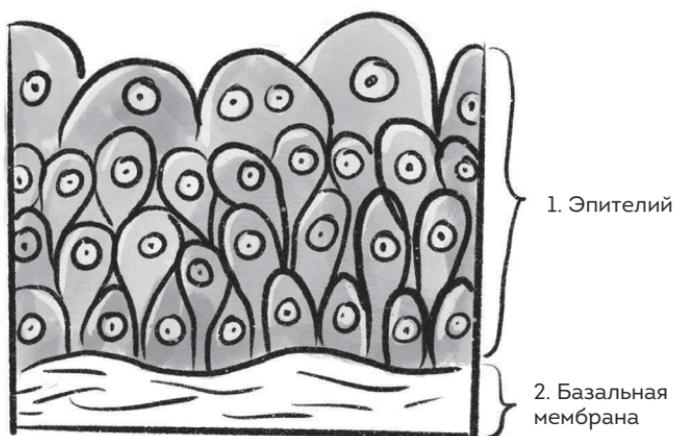
Имя зверя — инфекция.

ЧТО ТАКОЕ ИНФЕКЦИЯ?

Вроде бы самая что ни на есть обыденная вещь. Проник в организм микроб — началась болезнь. Что тут выдумывать? Вот многие врачи и придерживаются этого мнения. Но, как всегда, когда дело касается медицины, дьявол в деталях.

Стоит разобраться в главном: что значит «проникнуть в организм»? Залезть в нос? Пробраться в желудок? Прилипнуть к горлу? Покровы нашего организма (кожа, слизистые оболочки) — это внешняя среда. Даже полость носа, глотки, пищевода — все, что соприкасается с воздухом, населено микрофлорой. Вирусами, грибами, бактериями и прочей мелкотравчатой шушерой. Но это не значит, что человек инфицирован. Инфекция подразумевает проникновение возбудителя в стерильные (лишенные микрофлоры) до сего момента ткани. К таковым относится все, что находится под эпителием — верхним плотным слоем клеток, выстилающим поверхность всех тканей. Подобное происходит постоянно, и чаще всего организм без проблем справляется с интервентами. Однако если интервентов слишком много или «силовые структуры» организма в момент проникновения истощены — получаем заболевание.

Подавляющее большинство инфекций — вирусные. Эти гаденыши имеют настолько простую структуру и так малы, что побеждать их — занятие не для



Инфекция развивается, когда возбудитель попадает внутрь эпителия или под него

средних умов. Они проникают внутрь клетки, клетка начинает работать на вирус и после погибает. Подобным путем рождается, например, ОРВИ.

Острая респираторная вирусная инфекция

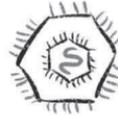
Альфа и омега острых заболеваний верхних дыхательных путей. Тонна описанных ниже заболеваний начинается именно с нее. Это общее название вирусных поражений, так как выявить зачинщика — задача нетривиальная. Да и бессмысленная (спойлер: от подавляющего большинства вирусов лечения не существует). Специфических проявлений практически нет. Сопли, боль в горле, температура, кашель, боли в мышцах — факультативны. Да и длиться повышение температуры тела может неделями (все еще помнят ковид?), а может не подняться ни разу. Иными слова-



Парамиксовирус



Полиомавирус



Герпес-вирус



Реовирус



Буньявирусы



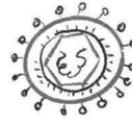
Ортомиксовирус



Аденовирус



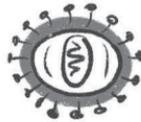
Ареновирус



Гепаднавирус



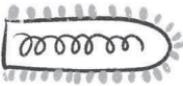
Коронавирус



Ретровирус



Тогавирус



Рабдовирус



Парвовирус



Флавивирус

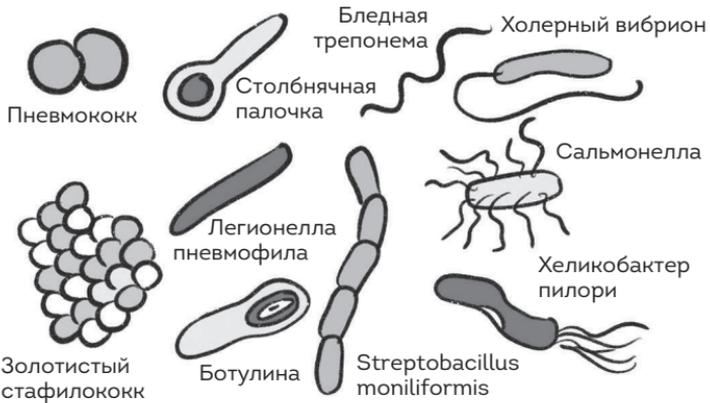


Калицивирус



Филовирус

Такими бывают вирусы



А такими – бактерии

ми, нет однозначного симптомокомплекса, позволяющего уверенно вычислить конкретного возбудителя.

Однако в некоторых случаях вирус нарушает защитные свойства пораженной ткани, бактерии, обитающие на ее поверхности, просачиваются внутрь, и начинается **бактериальная инфекция**. Микроорганизмы могут проникнуть и первично, но для этого должна быть соблюдена куча условий: особая бактерия, особое состояние организма.

Определиться, что именно кушает организм больного, достаточно сложно. Но есть ряд признаков. Во-первых, для бактериальной инфекции характерно наличие очага, то есть ограниченного участка тела, где произошло проникновение микробов и где они благополучно размножились (гнойная ангина, пневмония, гнойный синусит). Системная бактериальная инфекция — это сепсис, то есть — кирдык. Во-вторых, если говорить о хрестоматийном течении

болезни, мы имеем достаточно стабильное состояние пациента (температура сильно не скачет, общее состояние гаденькое, но пойдет), которое внезапно ухудшается. Ну и в-третьих, смотрим на анализ крови. К сожалению, в общем анализе крови, как бы того ни хотелось участковым терапевтам и педиатрам, нет унифицированного признака бактериальной инфекции. Даже уровень С-реактивного белка (показатель выраженности острого воспаления в организме) не дает однозначного ответа. Помним, медицина требует внимания к мелочам. Только комплексная оценка состояния больного позволяет идентифицировать возбудителя.

Отдельно стоит сказать о грибах. От них наш организм защищен весьма хорошо: для проникновения нужен очень серьезный удар по иммунной системе. Да, грибы могут поражать локальные зоны (половые органы, кожу), но это требует травмы и сопутствующих проблем. Если речь идет о серьезных грибковых поражениях (распространенная атака на глотку, полость носа, легкие), тут подозрение непременно падает на иммунодефицит – патологию, при которой организм не способен держать даже базовую оборону.

Казалось бы, ничего сложного, но стоит прийти к такому пониманию проблемы, как перед тобой тут же встает ряд вопросов. Зачем нам антисептики (фура-

цилин, хлоргексидин) для горла, если они не проникают ни в клетку, ни под слизистую? В чем смысл применения антибиотиков местного действия (фрамицетина, например), если инфекция развивается под слизистой оболочкой, в то время как препарат наносится непосредственно на нее? И если такие вопросы берегут ваше сознание — вы пришли по адресу. Начинаем разбираться.

НОС

АНАТОМИЯ

Есть у нас на лице такая штукавина. Кому-то нравится, кому-то нет. В принципе, можно и без носа, но смотрится неэстетично. Казалось бы, что может быть проще? Два отверстия, через которые туда-сюда ходит воздух. Ну и для распознавания запахов пригодится, конечно. Но как осознаешь, сколько с носом может быть проблем — ужаснешься. А начинаешь вникать, носовые проходы заведут тебя в такие дебри, что черт ногу сломит. Не говоря уже о студенте-медике.

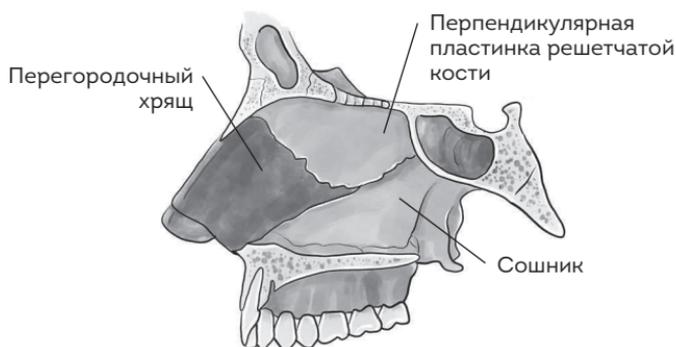
Нос у человека делится на две части: наружный (та красивая пимпочка на вашем обворожительном лице, столь выразительно подчеркивающая его достоинства) и полость носа (мрачная пещера, полная сталактитов и сталагмитов разной степени отвратительности).

Наружный нос состоит из кости и хряща, покрытых кожей. Можете потрогать свой: там, где твердо, начинается костная часть. Два мягких кусочка кожи по бокам — это крылья носа. Между ноздрями начинается носовая перегородка, передний отдел которой носит красивое имя «колумелла» (нежная подвижная перемычка из хрящевой ткани и кожи).



Строение наружного носа

Продвигаясь пальцем в глубь носового прохода и встречая на пути волосы и корочки, мы попадаем в полость носа. Посередине можно нащупать носовую перегородку (на треть длины состоящую из хрящевой, а на две трети — из костной ткани), которая чем дальше забирается наш палец, тем становится все менее приятной и склизкой на ощупь. На этом этапе лучше остановится — вы добрались до слизистой оболочки, которая покрывает воздухоносные пути и вырабатывает (невероятно!) слизь.



Строение носовой перегородки

На незримом, микроскопическом уровне слизистая покрыта клетками со специальными отростками — ресничками, согласованное и стройное биение («мерцание») которых — залог нормального функционирования всей системы полости носа. Реснички гонят слизь, как бы это странно ни звучало, НАЗАД, в горло, откуда она после долгих мытарств и приключений попадает в желудок и там бесславно заканчивает свой путь в соляной кислоте.



Строение мерцательного эпителия

Ежели ваш пальчик отклонится от средней линии вбок, он нащупает мягкий податливый мешочек, обнаружение коего повергает в ужас матерей, имевших смелость заглянуть в нос своим цветочкам жизни. Бояться не нужно: это **НИЖНЯЯ НОСОВАЯ РАКОВИНА**. Если говорить совсем просто, нечто вроде губки, поры которой — кровеносные сосуды, реагирующие на разные параметры вдыхаемого воздуха (температура, влажность). Идет холодный воздух — сосуды расширяются, раковины набухают, воздух согревается.

А вот дальше начинается самое интересное. Туда может добраться только самый тонкий и любознательный пальчик (правда, скорее всего, экспедиция

закончится болью или кровотечением, но процесс познания неостановим). В носу имеются еще две пары раковин: **СРЕДНИЕ** и **ВЕРХНИЕ**. Последние нас мало интересуют, а вот средние — штука очень важная. Своей формой они создают оптимальное направление воздушной струи в полости носа плюс участвуют в формировании комплекса, куда открываются отверстия (соустья) **ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**. Комплекс этот носит название остеомеатального, а функционирование этих отверстий — главный фактор, оберегающий от гайморитов, фронтитов и прочих страшных слов, которых я разучу бояться в следующей главах.

Теперь пазухи. Хитрые пещерки в полости черепа, сообщающиеся с носовой полостью. Помимо общеизвестных гайморовых (верхнечелюстных) и эпизодически упоминаемых лобных (фронтальных), есть еще полумифические клиновидные (сфеноидальные) и решетчатый лабиринт (этмоидальный синус). И поверьте, демонизируемый гайморит — наименьшее из зол, что может приключиться с этими пещерками.

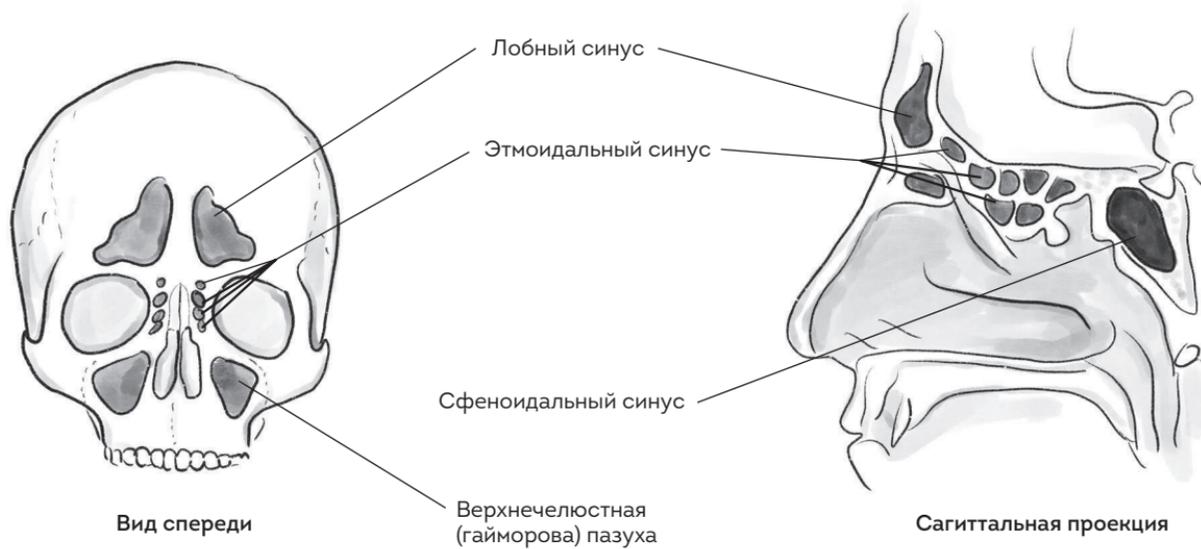
Еще одной значимой структурой в носовой анатомии является **ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ЩЕЛЬ**. Это участок в верхнем отделе полости носа, которым мы, собственно, нюхаем. Там находятся обонятельные рецепторы — отростки клеток, активно реагирующих на любые пахучие вещества (для любителей кроссвордов — одоранты) и предающие информацию о них в головной мозг.

Заканчивается хитросплетение каналов и полостей **ХОАНАМИ**, что представляют собой два овальных

отверстия, через которые полость носа сообщается с носоглоткой. Данная зона нам интересна по двум причинам. Первая: у детей там расположена носоглоточная миндалина (набившие оскомину аденоиды — виновники панических атак многих родителей. Не переживайте, и с ними справимся.) Вторая: в ниже-боковой части этой области находятся отверстия слуховых труб. Подробнее мы поговорим о них в разделе, посвященном анатомии уха, сейчас лишь подчеркну, что такое соседство — предрасполагающий фактор для перехода воспалительных заболеваний из носа в ухо, особенно у детей.

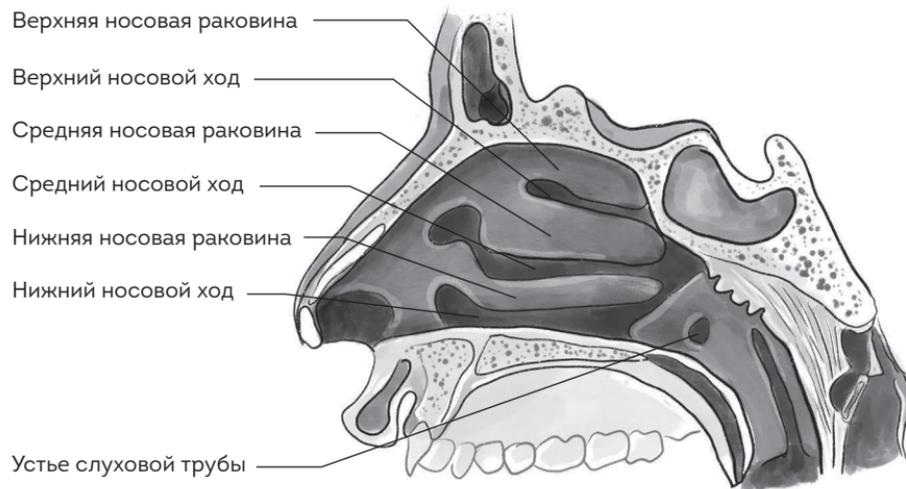
У цветов жизни вообще куча особенностей строения носовой полости. Во-первых, она миниатюрная, особенно у новорожденных. (Какой я полезный, на такие неочевидные вещи глаза открываю.) Размеры полости носа обуславливают более выраженную симптоматику при всяческих инфекционных процессах и их длительное течение. Во-вторых, слизистая оболочка полости носа у этой категории граждан намного активнее реагирует на воспаление, что тоже усугубляет клинические проявления. И третья, ключевая, особенность детского носика — пазухи. У новорожденных чаще всего развит только решетчатый лабиринт. Позже, годам к 4–6, формируются гайморовы (верхнечелюстные) пазухи, затем лобные (от 5 до 11 лет) и в последнюю очередь — клиновидные (нередки случаи, когда они полностью начинают функционировать к 18 годам).

Вся эта система работает хитро и взаимосвязано, и потому повреждение какой-то одной структуры



Строение полости носа (боковая стенка в профиль)

Строение носовой полости



Боковая (латеральная) стенка полости носа

во многих случаях ведет к неприятным последствиям для всего органа. Главное, что следует помнить: слизистая оболочка носа — это одно целое, единая ткань, у которой не бывает нарушений на строго локализованном участке. Если проблема началась, она распространится в той или иной мере на всю поверхность слизистой.

ДИАГНОСТИКА

Неумолимая тяга человеческого разума к познанию породила тучу способов выискивания проблем в носу. Многие из них отмерли за ненадобностью, но между тем продолжают активно применяться в условиях отечественного косномыслия, зачастую давая результаты, не имеющие к реальности никакого отношения. И результаты эти, разумеется, столь же активно лечат. Приведу примеры.

РЕНТГЕН ПАЗУХ (РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЧЕРЕПА В НОСОЛОБНОЙ И НОСОПОДБОРОДОЧНОЙ ПРОЕКЦИИ)

Практически полностью утратил актуальность. Для диагностики острого воспаления (гайморитов, фронтитов) не применяется (см. рекомендации ААО-ННС, EPOS-2020, ICAR: rhinosinusitis 2018, рекомендации Российского общества ринологов 2019). Данный диагноз ставится *клинически*: по симптомам, анамнезу и картине при осмотре. Для диагностики хронических проблем в пазухах совершенно бесполезен.

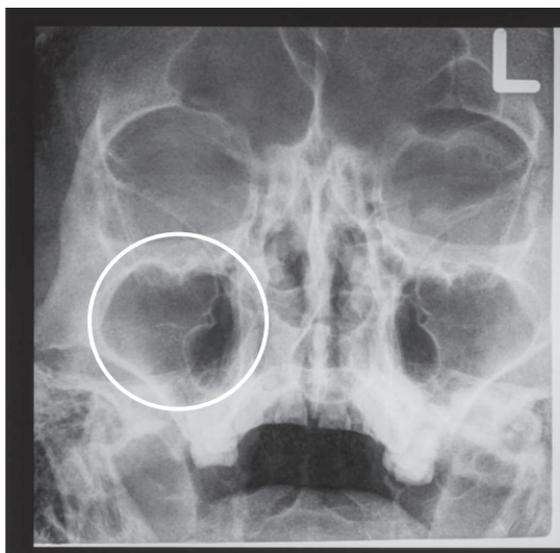
В чем суть? На рентгенограмме (снимке) можно было увидеть отек слизистой оболочки или наличие жидкостного содержимого в пазухе. Проблема в том, что изображение получается двухмерное, и, например, если отек затрагивает переднюю стенку пазухи — ту, что расположена вертикально под глазом, — и он достаточно плотный, на рентгенограмме может показаться, что вся пазуха заполнена, допустим, гноем. И это приводило к довольно суровым последствиям, учитывая карательный дух отечественной медицины.

Кроме того, рентгенография не визуализирует в достаточной мере решетчатый лабиринт, а клиновидную пазуху не захватывает вовсе.

Накидываем дальше. При любом насморке рентгенограмма может демонстрировать затемнение в пазухах, и это тоже благополучно интерпретируется как призыв к агрессивной терапии, когда в действительности в том нет никакой необходимости.

Нокдаун — при каком-либо хроническом процессе на рентгеновском снимке нельзя увидеть важных структур, позволяющих принять решение о хирургическом вмешательстве.

И К.О.: рентген пазух абсолютно бесполезен при заболеваниях полости носа у детей из-за упомянутых выше особенностей анатомии. У части здоровых детей на рентгенограмме в норме визуализируется затемнение пазух. Если обследуют ребенка с насморком, затемнение может определяться везде в силу того, что слизистая носа, как мы говорили, очень чув-



Рентгенограмма черепа в носоподбородочной (сверху) и носолобной (снизу) проекции. Имеется затемнение правой гайморовой пазухи (она светлее, чем левая – да, в рентгенологии все наоборот)

ствительна к воспалению. Нерадивые рентгенологи даже отсутствие пазухи (а это ситуация нередкая, ведь они развиваются довольно рандомно) могут расценить как тотальное затемнение, то есть посчитать, что пазуха заполнена гноем.

Ваш покорный слуга неоднократно имел дело с детьми, стоически переносящими второй-третий курс антибиотиков (нередко уже внутримышечных), в целях лечения мифического фронтита (воспаления в лобных пазухах). Правда, был один нюанс: лобных пазух у этих ребят не было в принципе. Родители, обнаружив сей факт, испытали значительный когнитивный диссонанс.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЧЕРЕПА В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ

В последнее время стало модным оценивать таким способом гипертрофию аденоидов у детей. Да, она покажет условный размер носоглоточной миндалины (в виде расплывчатого пятна), но при этом никакой информации о расположении аденоидной ткани относительно других структур полости носа и носоглотки мы не получаем. А это основополагающая информация для оценки вреда, причиняемого дитятке.



Аденоиды в кру-
жочке. Как мы
видим, кроме ус-
ловного размера
(который часто
ни на что не влия-
ет) ничегошеньки
понять нельзя

УЗИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

УЗИ пазух — это марзматическая попытка прила-
дить эффективный метод исследования к изучению
совершенно не пригодной для него области. Есть два
варианта: синус-скан и классическое ультразвуковое
исследование. синус-скан выводит на экран график,
по которому якобы можно определить наличие жид-
кости в полости пазухи. Вероятность ошибки стре-
мится к плюс бесконечности. Обычная ультразвуко-
вая диагностика мало чем лучше, но может сквозь
кость что-то там визуализировать. Как говорится,
а оно нам надо?

Оба метода годятся только для выманивания денег
у доверчивых пациентов, особенно — по причине
своей безвредности — у пышущих счастьем бере-
менных. Но информативность и необходимость еще
ниже потенциального вреда.

ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НОСОГЛОТКИ

Метод диагностики прямиком со средневековых годов. Ребенку засовывают палец в рот по самое «не могу» и пытаются что-то нащупать в носоглотке, игнорируя слабеющие трепыхания ни в чем не повинного тельца. Говоря сухим академическим языком, метод слишком субъективный и неинформативный. Говоря по-человечески, это сущее надругательство над ребенком, бессмысленное и беспощадное. Это именно тот случай, когда хочется сказать: «Себе палец в глотку засунь!»



Пальцевое исследование носоглотки
(просьба беременным перевернуть страницу)

Посевы из носа (а также из полости рта и глотки)

Пережиток аграрного прошлого. Желание сеять и жать передается на генетическом уровне. В подавляющем большинстве случаев взятие посевов в отоларингологии — совершенно пустое мероприятие, результатом которого становится неверная оценка этиологии (причин) заболевания, бездумное назна-

чение антибиотиков и расшатывание финансового благополучия пациента (отсылаю любопытствующих к ААО-HNS, EPOS-2020, ICAR: rhinosinusitis 2018, рекомендациям Российского общества ринологов за 2019 год).

Напоминаю, полость носа и ротоглотка нестерильны. На слизистой оболочке обитает овер дофига всякой микроскопической живности, *никакого* вреда здоровью человека не причиняющей. Поверхность слизистой, по сути, это вообще не наш организм, а внешняя среда, которая живет по своим законам, никак не затрагивая бытие отдельно взятой человеческой особи. Да, там есть условно-патогенные микроорганизмы, способные при определенных обстоятельствах чинить нам беду. Но пока они остаются на поверхности, они безобидны. Пытаться избавиться от этих иждивенцев бессмысленно: системные антибиотики на них не действуют. Антимикробные препараты работают *внутри* организма, через кровь, поэтому то, что находится *снаружи* слизистой, никакого эффекта на себе не испытывает. Местные же антибиотики или антисептики могут нарушить состав доминирующей колонии (того зверья, что выросло в питательной среде в чашке Петри) от силы на пару десятков минут, после чего бактерии восстановят свое поголовье без какого-либо траура по погибшим — ну нет у них эмпатии, что поделать.

Посев имеет смысл, если мы берем его непосредственно из гнойного очага, который не поддается длительной эмпирической (статистически вычис-

ленной) терапии. Случаи такие довольно редки и свойственны больше для стационарного лечения.

ОЛЬФАКТОМЕТРИЯ (оценка чувствительности к запахам), **РИНОМАНОМЕТРИЯ** (оценка мощности вдоха-выдоха через нос), **ПЕРКУССИЯ** (постукивание) и **ПАЛЬПАЦИЯ** (ощупывание) стенок пазух.

Первые два хоть и красиво звучат, но имеют какой-то резон, пожалуй, только в диссертационных работах средней паршивости. Собственно, клинической значимости не несут. Оставшиеся два — шут его знает, что дают, но должны быть описаны в истории болезни. Нерушимые скрепы оториноларингологии, так сказать.

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ

При заболеваниях полости носа в большинстве случаев такой метод диагностики не имеет сакрального смысла. Уже давно стало ясно, что общий анализ крови обычно не дает однозначного ответа на то, бактерией или вирусом вызвано конкретное заболевание. Более того, нередко мы и вовсе не видим в образце каких-либо значимых сдвигов. Про биохимический анализ крови и говорить нечего: он нужен только в больнице, если проблемы с носом (или их лечение) привели больного в состояние, близкое к границе бытия.

И тут у вас может возникнуть резонный вопрос: «Коновал, а не поехал ли ты кукухой? Сотни лет все это сдаем, деньгу несем, излечиваемся, а ты говоришь — не норм? Лодку раскачиваешь, негодяй? Как тогда обследоваться нам?» На этот случай у меня имеются:

СБОР АНАМНЕЗА (ЖАЛОБЫ, ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ, СИМПТОМЫ) И ОСМОТР

Основа основ постановки диагноза при большинстве заболеваний полости носа. Подкрепить нашу уверенность в диагнозе могут...



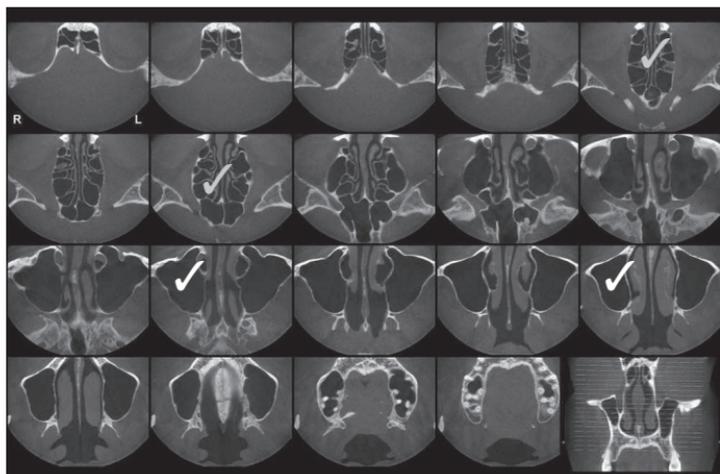
Осмотр полости носа
(передняя риноскопия)

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КТ)

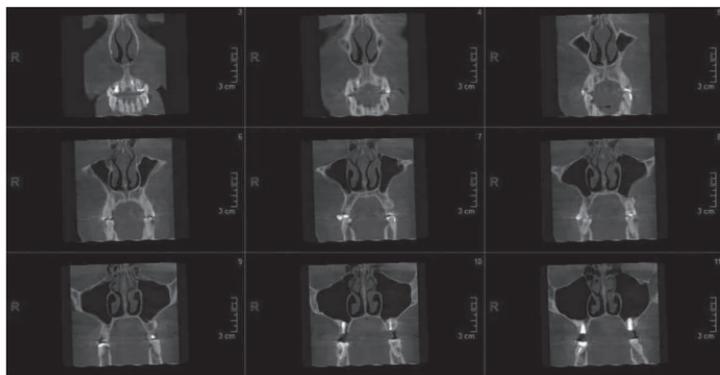
Это рентген 80 lvl. При помощи радиации безболезненно нарезает ваш череп на тоненькие слои (господин Пирогов говорит «Ма-ла-ца!» из мавзолея), по которым можно детально оценить состояние всех структур полости носа, их плотность, характер, взаиморасположение. Незаменимая процедура при хронических риносинуситах: позволяет решить вопрос о необходимости и объеме хирургического лечения. При острых осложненных проблемах дает понять, насколько все плохо.

Единственное, чего не может КТ, — помочь в диагностике аденоидов. Да, покажет размер. Но не даст

объективной картины. Помимо того, у детей ее применение сомнительно по тем же причинам, что и обычной рентгенографии (в случае острой патологии полости носа).



Компьютерная томограмма придаточных пазух носа, горизонтальная проекция. Белый – верхнечелюстные пазухи, серый – решетчатый лабиринт



Компьютерная томограмма придаточных пазух носа, фронтальная проекция

Был у Скотиныча случай, когда мама юного пациента с обычным насморком осталась крайне недовольна консультацией, ибо считала, что у ребенка большая беда (последний в тот момент наворачивал круги по кабинету и хохотал, аки герой мультфильмов Текса Эйвери¹). На прием чадо привел отец, что тоже стало отягчающим обстоятельством. Отправились они к другому доктору, и тот, потирая потные ладошки, назначил КТ, на которой оказалось, что по всем пазухам у пациента небольшие отеки (такая томограмма будет у любого ребенка с насморком). Доктор поцокал языком, вынес вердикт, что бедолаге осталось недолго, и принялся активно его лечить списком из восьми препаратов и, само собой, платными процедурами. Естественно, Скотинычу выставили счет за все это дело, однако независимые эксперты с нашей благословенной кафедры на досудебном этапе поддержали тактику Скотиныча. Мама, безусловно, осталась злой и недовольной, но это уже другая история.

¹ Текс Эйвери (1908–1980) — американский режиссер-мультипликатор и актер озвучивания, создатель таких знаменитых персонажей, как Даффи Дак, Багз Банни, Друзи, Чокнутый Бельчонок, Джордж и Малыш; принимал участие в разработке персонажей Порки Пиг и Чилли Вилли (последний для студии Уолтера Ланца).

А вот **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ОСМОТР ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ** может сослужить хорошую службу. Есть два вида эндоскопов: жесткие и гибкие. Это такая трубка из оптоволоконна, позволяющая проникнуть, так сказать, в самые сокровенные тайны носовой спелеологии. При достаточном навыке и минимальной толщине агрегата даже жестким эндоскопом вполне можно осмотреть скрытые уголки носовой полости, оценить размер и функцию соустьев околоносовых пазух, определить объем и, главное, расположение аденоидной ткани относительно других структур (в основном — слуховой трубы).



Гибкий эндоскоп



Жесткий эндоскоп

Гибкий же эндоскоп с минимальным для пациента дискомфортом дает лору возможность осмотреть не только полость носа, но и глубже лежащие структуры (вплоть до трахеи). На самом деле один эндо-

скоп может заменить собой весь металлический скарб, которым завалены кабинеты лор-врачей. В современных условиях — штука, которая должна быть в любой мало-мальски уважающей себя (и пациентов!) клинике.

ЗАБОЛЕВАНИЯ

Итак, мы определились, как и с помощью чего можно напасть на след болячки. Теперь составим фотороботы тех гадостей, что мы ищем. Начнем с наиболее распространенного.

Острый риносинусит

Давайте сразу забудем такие термины, как гайморит, фронтит и прочие. Это рудимент той эпохи, когда в диагностике заболеваний околоносовых пазух царствовал его высокопреосвященство Рентген. На нем действительно было видно только четыре пазухи, где-то процесс определялся лучше, где-то хуже — так и работали. Но с появлением КТ врачи (не все, безусловно, но те, кто читает книги) поняли, что при воспалении в носу отек слизистой оболочки распространяется чуть ли не по всем пазухам и может наблюдаться где угодно. Ведь слизистая оболочка, мы говорили ранее, — это единый пласт, функционирующий как слаженная система, поэтому выделять обособленные фрагменты при диагностике нет никакого смысла. Принципы лечения остаются неизменными. Вот и решили все воспалительные проблемы в носу называть риносинуситом.

Если смотреть глобально и академично, то, исходя из всего вышесказанного, риносинусит развивается при любом, даже самом простеньком насморке. А вот лечение конкретного состояния уже зависит от клинических проявлений.

Начнем с того, что большинство риносинуситов имеет **ВИРУСНУЮ** природу. Подлая бесклеточная миазма, вероломный кусок белка попадает нам в нос и начинает там наводить свои порядки, подтачивать стабильность, раскачивать лодку.

В первую очередь страдают реснички мерцательного эпителия. На фоне воспаления они теряются, паникуют, начинают биться медленно и асинхронно. В носовой полости в это время увеличивается количество вырабатываемой слизи: так нос борется с инфекцией — пытается вытолкнуть возбудителя, смыть его, загнать в желудочную геенну. Слизь заполняет нос, плохо эвакуируется, начинает течь наружу. Привет, сопли. Далее нарастает отек. Возможны два сценария. Первый — насморк проходит, как обычная ОРВИ. Второй — отек в полости носа неумолимо нарастает, приводя к полному или частичному перекрытию одного или нескольких соустьев околоносовых пазух. В этом случае в черепе образуется закрытая полость, из которой нет нормального оттока слизи и в которую практически не поступает воздух. Границы закрываются, выезжать микрофлора из пазухи не может, давление в пазухе падает, среда закисляется, возникают условия для роста оппозиционно настроенных микроорганизмов. Слизистая не справляется с напором вражеской агрессии: пато-

генная микрофлора проникает внутрь. Бастилия взята. Мы получили гнойный процесс.

На первых этапах подобная аннексия сопровождается выраженными болями в лице. Боли появляются не из-за того, что пазуха переполнена гноем, а по причине падения давления, которое ведет к резкому натягиванию надкостницы — самой чувствительной части кости (именно из-за ее разрыва, например, мы чувствуем адскую боль при переломах).

Обычно такие события развиваются с пятого по седьмой день болезни. Если они сопровождаются значительным ухудшением общего состояния, повышением температуры выше 38 градусов, то перед нами классический вариант развития **БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА**. Но на разных этапах этого пути врач или сам организм может мобилизовать определенные механизмы, дабы вернуть стабильность и процветание отдельно взятому носу. В таком случае мы имеем дело с **ПОСТВИРУСНЫМ РИНОСИНУСИТОМ**.

Как же заподозрить неладное? По критериям EPOS-2020, диагноз острого риносинусита можете смело поставить себе, если ощущаете следующие симптомы, длительностью до восьми недель:

- затруднение носового дыхания;
- выделения из носа;
- лицевую боль;
- снижение обоняния.

Три из четырех? Бинго! Вы выиграли путевку к ближайшему лору.

Ежели вы господин (или дама, мы тут не сексисты) в возрасте, что не дает право на честные выборы, службу на благо родины или хотя бы поступление в заведения начального и среднего образования, то следует обратить внимание на такие симптомы:

- затруднение носового дыхания;
- выделения из носа;
- кашель.

В этом случае берем законного представителя за руку, всеми доступными ему способами коммуникации доносим, что дело пахнет керосином, и, стиснув зубы (те, что в наличии) вокруг пустышки, выдвигаемся к доктору.

Заметьте, *нигде* в тексте не указан цвет соплей. А все почему? Цвет выделений из носа *не имеет никакого значения*. Желтые, зеленые, серые, синие — без разницы. Он зависит от разных факторов: возбудителя, длительности нахождения слизи в носу и множества других параметров, не влияющих на постановку диагноза и лечение. Поэтому забываем бабулины сказки о зеленых соплях и перестаем их бояться.

А как же рентген и прочие удовольствия? Не нужны. Диагноз острого риносинусита ставится *клинически*, то есть по симптомам и анамнезу. Никаких дополнительных методов исследования, как правило, не требуется.

Итак, что же должен предпринять достойный внимания хилер, выявивший у вас подобную хворь?

Терапия первой линии — **ТОПИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ** (интраназальные кортикостероиды), а чаще всего

мометазон и его производные. Они активно снимают отек с естественных соустьей околоносовых пазух, что дает возможность восстановить исконный порядок дел в синусах, исторгнуть из них тлетворное влияние обрюзгшего бактериального меньшинства и привести пазуху к процветанию.

Вторая линия обороны — **АНТИБИОТИКИ**. Их применение оправдано в случае, если у нас имеются признаки выраженной интоксикации, лихорадка (температура тела выше 38 градусов), общее ухудшение состояния, признаки развития осложнений.

Антибиотики применяются только *системно*: перорально, внутримышечно или внутривенно. Потому что антибиотики, как вы помните, *не работают местно* на слизистых оболочках.

Порядок назначения антибиотиков должен быть таков:

- пенициллины (амоксциллин);
- защищенные пенициллины (амоксциллин + клавулановая кислота);
- фторхинолоны (левофлоксацин);
- макролиды (klarитромицин, азитромицин).

Цефалоспорины (цефиксим, цефуроксим, цефтриаксон и т. д.) — это группа *резерва*. Они назначаются лишь в крайнем случае (см. принципы антибиотикотерапии AWaRE от ВОЗ). Все остальные варианты — исключительно в стационаре.

Не забудем вспомогательные средства: **НПВС¹, парацетамол** и назальные деконгестанты (сосудосуживаю-

¹ Нестероидные противовоспалительные средства.

щие препараты). Первые (ибупрофен, например) снимают боль, а парацетамол еще и несколько улучшает носовое дыхание.

Кстати, с парацетамолом любопытная история. Он применяется уже больше сотни лет, но никто так до конца и не знает, почему он работает.

ДЕКОНГЕСТАНТЫ (ксилометазолин, оксиметазолин, реже — фенилэфрин) призваны облегчать носовое дыхание и, нужно отдать им должное, делают это отменно. Но в очень разумных пределах, ибо есть иллюзорный шанс поймать передоз, и тогда вы станете друзьями на долгие-долгие годы (подробнее поговорим об этом чуть ниже).

Заметьте, в списке я не указываю нафазолин. Как можно было забыть вещество, спасавшее от насморка столько поколений советских граждан? Легко – данная фармакологическая субстанция невероятно токсична. В цивилизованных странах нафазолин не просто выведен из оборота – он запрещен к производству. Особенно опасен для детей. В бытность работы на скорой помощи Скотиныч не раз сталкивался с отравлениями нафазолином. А это чрезвычайно неприятные и тяжелые состояния в детском возрасте.

И последнее — **СОЛЕВЫЕ РАСТВОРЫ**. При острых синуситах имеет смысл *орошение* (не промывание) по-

лости носа солевыми растворами. Таким образом мы поддерживаем хоть какую-то видимость нормальных условий для работы ресничек эпителия, тем самым снижая риск развития осложнений или усугубления воспалительного процесса.

Хронический ринит

Хронический ринит — не отдельное заболевание. Это целая группа состояний, обусловленных изменениями в регуляции деятельности и структуре непосредственно полости носа, не затрагивающими околоносовые пазухи. Классификаций хронических ринитов уйма, имеется даже посткоитальный ринит (когда нос закладывает после всяких приятных, но неприличных делишек), но суть одна — в процесс не вовлекаются околоносовые пазухи. Поэтому для простоты назовем эти неудобства термином «неаллергическая ринопатия», исключив отсюда атрофический ринит (о нем будет особый разговор).

Основной виновник хронического ринита — нижние носовые раковины (мешочки с кровью, о которых мы говорили в начале книги, описывая анатомию носа). Под воздействием каких-либо факторов — гормонов, нервной регуляции, неба, Аллаха — эти штуки начинают расширяться, во-первых, слишком сильно, а во-вторых, когда им захочется, мешая воздуху полноценно проникать в наши легкие.

Отдельно упомянем **СОСУДОСУЖИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ**. Это самый коварный триггер для формирования хронического ринита. Казалось бы, все начинается

вполне безобидно. Одна маленькая доза — и жизнь налаживается. Мир обретает краски, полноту, трехмерность. Реальность входит в тебя нескончаемым потоком. Но через 8–12 часов сжимается в плотный комок злобы, непонимания, безвкусного вакуума. И тебе требуется новое вливание. А дальше — в среднем через 10–14 дней — промежуток между применениями деконгестанта сужается. И теперь новые 90 микрограммов, а то и больше требуются тебе для того, чтобы хоть как-то задержаться на краешке бытия, ощутить хотя бы малый приток сиюминутных свежих ощущений. Так формируется **МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ РИНИТ** — зависимость от сосудосуживающих препаратов.

Нередко эта зараза накладывается на другие патологии (о них скажем ниже): неаллергическую ринопатию, аллергический ринит, искривление носовой перегородки, etc. Все это — верный путь подсадки на канюлю, так что, если вам вдруг стали позарез нужны сосудосуживающие, бегом к врачу, чтобы потом не расхлебывать эту кашу.

Еще одна разновидность заболевания — **ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ**. При нем структуры полости носа в едином приступе гигантомании начинают наращивать свои костные основы, закрывая накачанными торсами нормальный доступ воздуха. Диагноз ставится при осмотре. Мы видим здоровенные нижние носовые раковины. Можно их помазать, скажем, адреналином¹. «Подсушились» — значит, ринопатия. Остались на массе — гипертрофический ринит.

¹ Носовые раковины сокращаются при смазывании их 0,1%-ным раствором адреналина.

КАК ЛЕЧИТЬ ВСЮ ЭТУ ПАКОСТЬ?

Если мы имеем дело с зависимостью, методов тьма. Самый простой и одновременно самый сложный — перетерпеть. Многим помогает, но сила воли — дама непостоянная, особенно когда такой вкусный и родной кислород всячески отказывается поступать в скачущие легкие. Можно пробовать уменьшать дозу препарата, закапывать или прыскать только в одну ноздрю. Зачастую работает.

Ежели нам без алхимии все-таки не обойтись, единственное средство — назальные кортикостероиды: мометазон, флутиказон, будесонид. При достаточно длительном приеме они уменьшают размер нижних носовых раковин, давая больше пространства для дыхания. В случае гипертрофического ринита — пустое.

А дальше — «резать к чертовой матери, не дожидаясь перитонитов». Уменьшаем нижние носовые раковины лазером, УЗ¹-деструкцией или скальпелем.

Первые два варианта более щадящие, но нередко заканчиваются бесславно. Суть в том, что в нижнюю носовую раковину вводится горячая палочка (лазер или наконечник УЗ-ножа). Под таким бесцеремонным напором раковина спадается изнутри и рубцует, тем самым уменьшая свой объем. Крови мало, боли нет, но и результат не всегда достойный.

Другое дело — истинная операция. В случае гипертрофического ринита — это единственное, что может возыметь желанный эффект. Хирург разрезает передний

¹ Ультразвук.