

Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра лор-болезней с курсом ПО,
НИИ медицинских проблем Севера.

Патология носоглотки у детей.



д.м.н., проф. Игнатова И.А.

□ «Не лечите только симптом или синдром, изыскивайте возможность лечить болезнь и больного, подбирая для него индивидуальную тактику».

Жан Жозефович Раппопорт.

□ Патология ЛОР-органов у детей Восточной Сибири продолжает оставаться ведущей проблемой педиатрии, поскольку наблюдается тенденция существенного роста хронических и рецидивирующих ЛОР-заболеваний у детей региона . Нарушение носового дыхания у детей в ряде случаев связано с наличием сочетанной органической патологии в полости носа, носоглотке и глотке. Наиболее частым из которых являются нарушения трофики слизистой ВДП, гипертрофия глоточной миндалины и искривление перегородки носа. (Пронина Ю.В., Вахрушев С.Г., Буренков Г.И., Зырянов М.М. Р– 2003)

По статистике не менее 50% всех обращений в детские поликлиники связано с заболеваниями ЛОР-органов. Именно в раннем возрасте эти заболевания проходят с наибольшими осложнениями, поэтому необходимо вовремя их диагностировать и лечить.

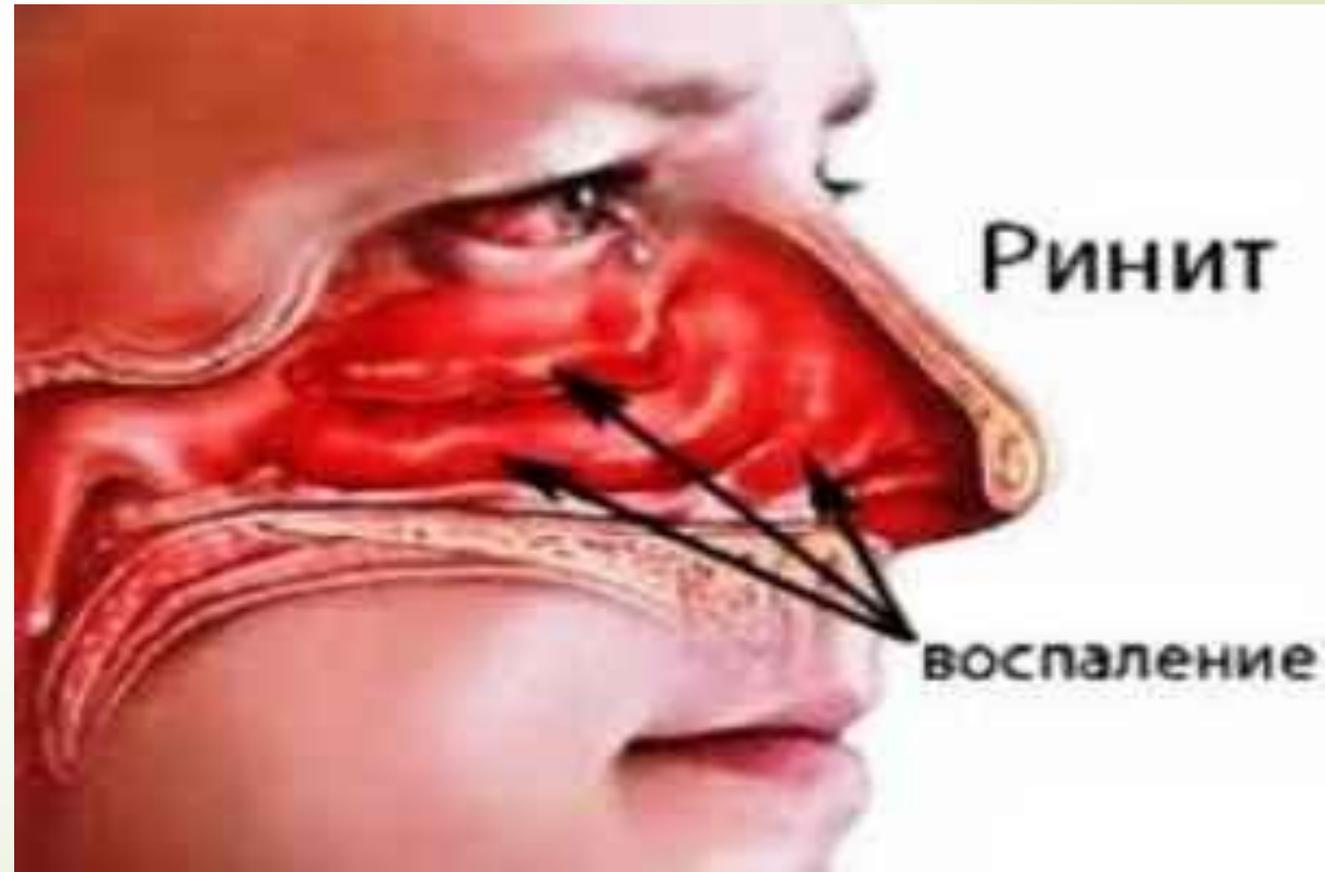
Классификация ринитов

- Ринит — одно из самых распространенных заболеваний среди всех возрастных групп населения. Эпидемиологические исследования в начале XXI века показали, что больные АР составляют 23–30% популяции в Западной Европе и 12–30% в США. Согласно результатам третьей фазы программы ISAAC (2009 г.), средняя встречаемость симптомов АР и аллергического риноконъюнктивита (АРК) у детей 6–13 и 13–14 лет составила 31,7% и 14,6% соответственно.
- Самая высокая распространенность АРК среди детей зафиксирована в Парагвае (45,1%), самая низкая — в Грузии и Латвии (4,5%). По результатам проведения ISAAC в России распространенность АР у детей составила 11,7%
- . Однако, несмотря на длительную историю изучения насморка, которая началась еще во времена Гиппократов, считавшего, что выделения из носа нельзя останавливать, т. к. они являются слизью, оттекающей из полости черепа, и вплоть до наших дней, многие вопросы этой проблемы остаются неразрешенными. Это относится не только к лечению, но и к классификации ринитов.
- До последнего времени мы широко использовали классическую классификацию, разработанную в начале нашего столетия основоположниками ринологии и выделявшую катаральную, гипертрофическую и атрофическую формы, а также острый и хронический ринит. Позже возникла необходимость выделять вазомоторную (аллергическую и нейрорефлекторную формы). С точки зрения врача-практика, такая классификация удобна и позволяет ориентироваться в выборе метода лечения.
- Ю.М. Овчинников, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова (Росс. Ринология, 2014)

Клинико-анатомическая классификация ринитов

- острый хронический
- Аллергический
- Вазомоторный
- Катаральный
- Атрофический
- Гипертрофический
- инфекционный
- неинфекционный
- специфический неспецифический

- **Острый ринит** (rhinitis acuta) — острое воспаление слизистой оболочки полости носа, вызывающее нарушение ее функций.



▣ **Острый ринит** – неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа, при котором наблюдаются характерные симптомы:

- заложенность носа,
- ринорея,
- чихание
- зуд в носу.

Ринит может протекать как самостоятельное заболевание — неспецифическое воспаление и как сопутствующий процесс при различных инфекционных заболеваниях — специфический ринит.



Три стадии острого ринита:

- I — сухая стадия раздражения;
 - II — стадия серозных выделений;
 - III — стадия слизисто-гнойных выделений.
-
- Основные симптомы — расстройство общего состояния, выделения из носа и затруднение носового дыхания. Эти симптомы могут быть выражены в различной степени в зависимости от стадии заболевания.



Клиника

- Для острого ринита характерно острое начало и поражение сразу обеих половин носа.
- Основные симптомы: выделения из носа, затруднение носового дыхания



Этиология

Нарушение местной и общей
иммунной защиты

Активация сапрофитирующей в
полости носа и носоглотке
микробиоты



Патогенез острого ринита



Диагностика

- Диагноз устанавливается на основании:
- жалоб больного
- анамнеза
- данных риноскопии.

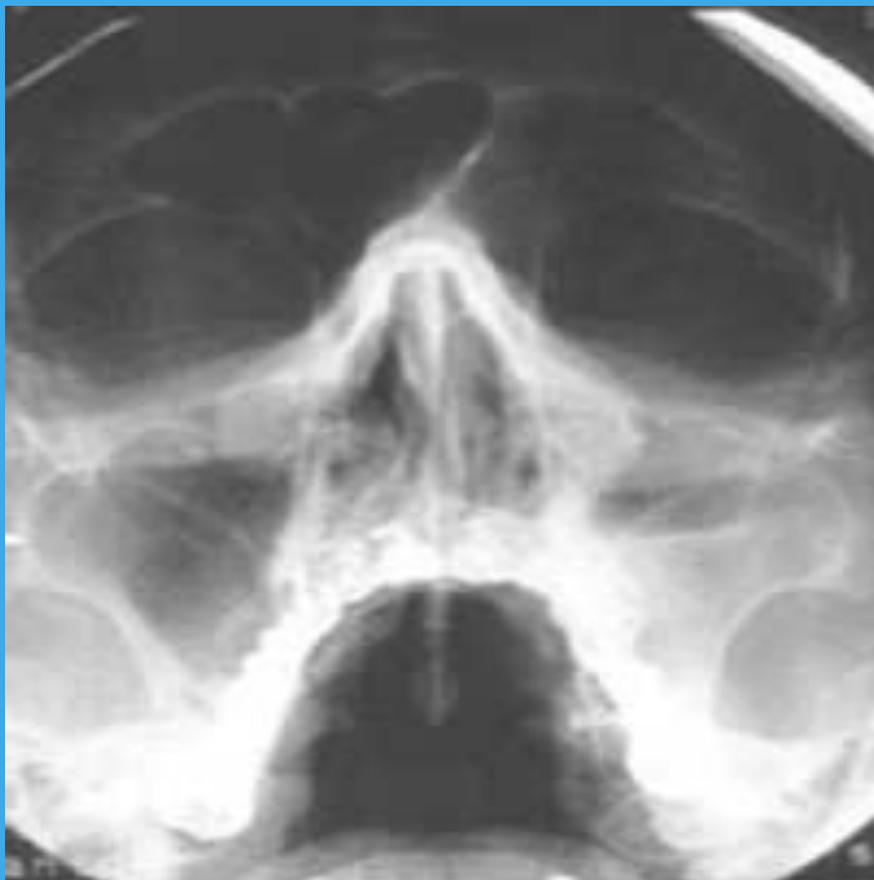
Необходимо помнить, что острым насморком могут начинаться острые респираторные заболевания, а воспалительный процесс в полости носа является одним из локализованных видов заболевания дыхательных путей.

Диагностика

- **Ринопневмометрия** (объективный метод диагностики) позволяет выявить объем воздуха, проходящего через полость носа за определенное время, и оценить функциональную состоятельность носа.
- Риноскопия



Компьютерная томография



КТ является наиболее информативным методом и становится "золотым стандартом" исследования ОНП.
На снимке левосторонний верхнечелюстной синусит.

Компьютерная томография



Правосторонний верхнечелюстной синусит, уровень жидкости в правой верхнечелюстной пазухе, искривление перегородки носа, буллезное увеличение средней носовой раковины (concha bullosa), парадоксальное искривление средней носовой раковины слева.

Диагностика

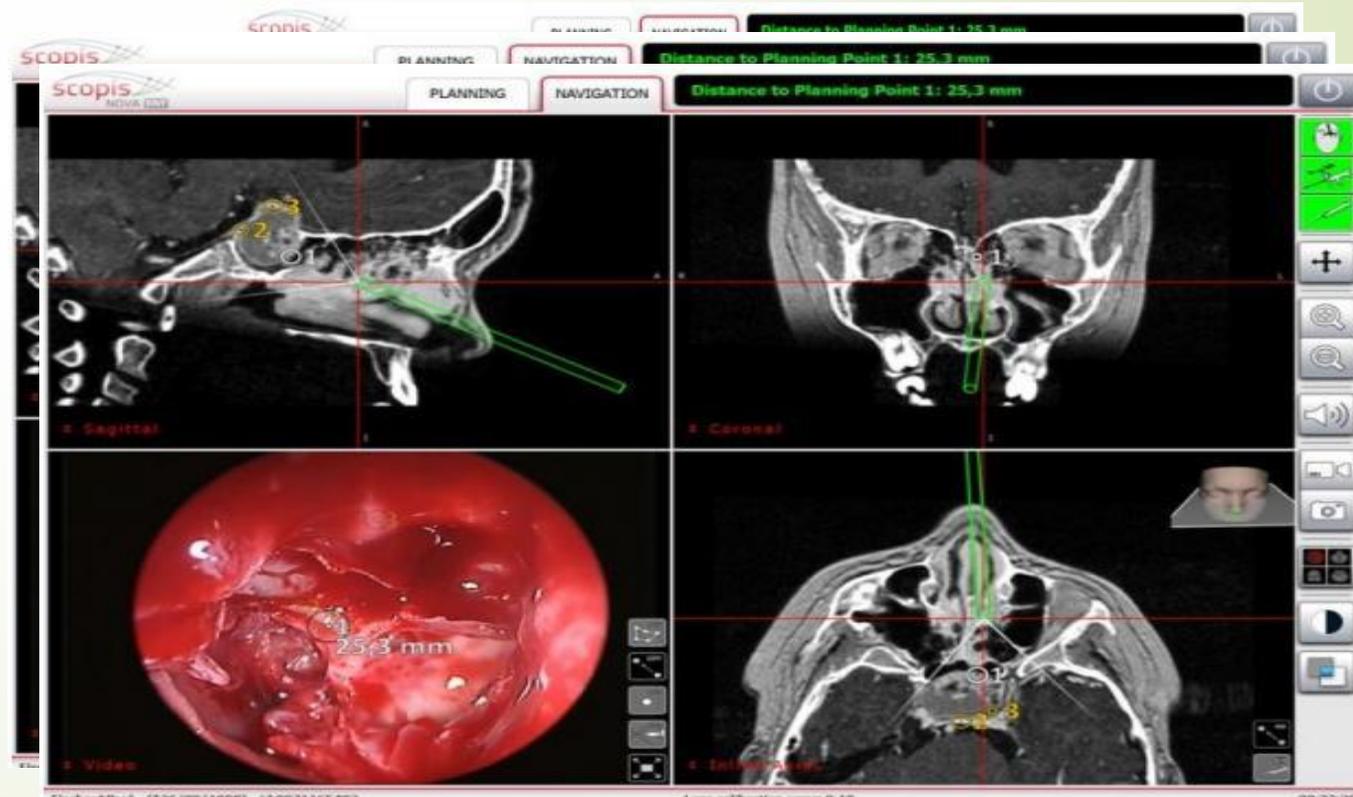
Для осмотра полости носа и околоносовых пазух, диагностики и хирургических вмешательств в этой области используют наборы жестких и гибких эндоскопов



Используются длиннофокусные операционные микроскопы

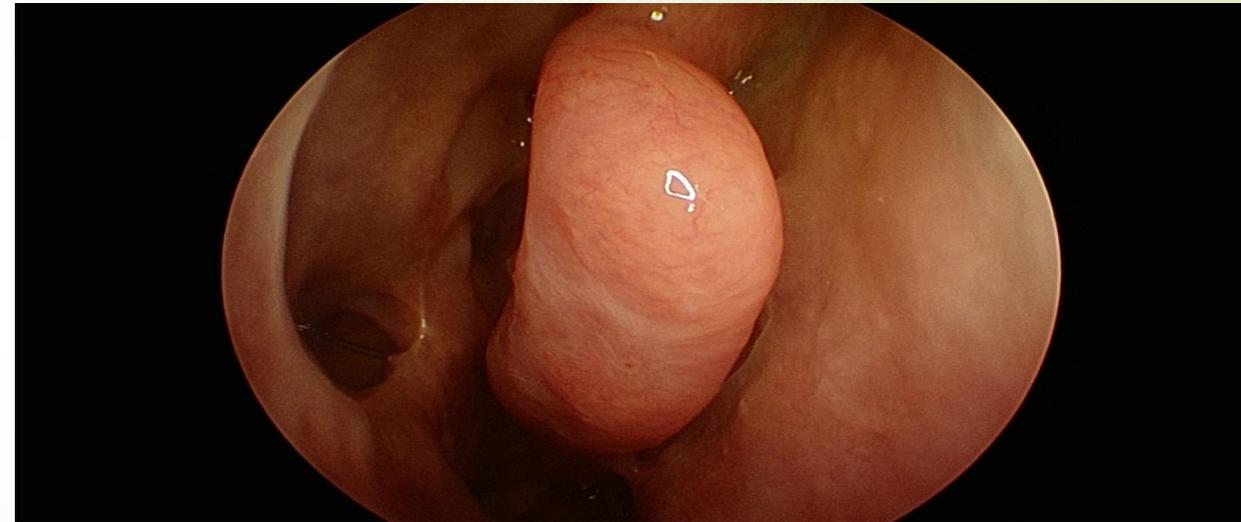
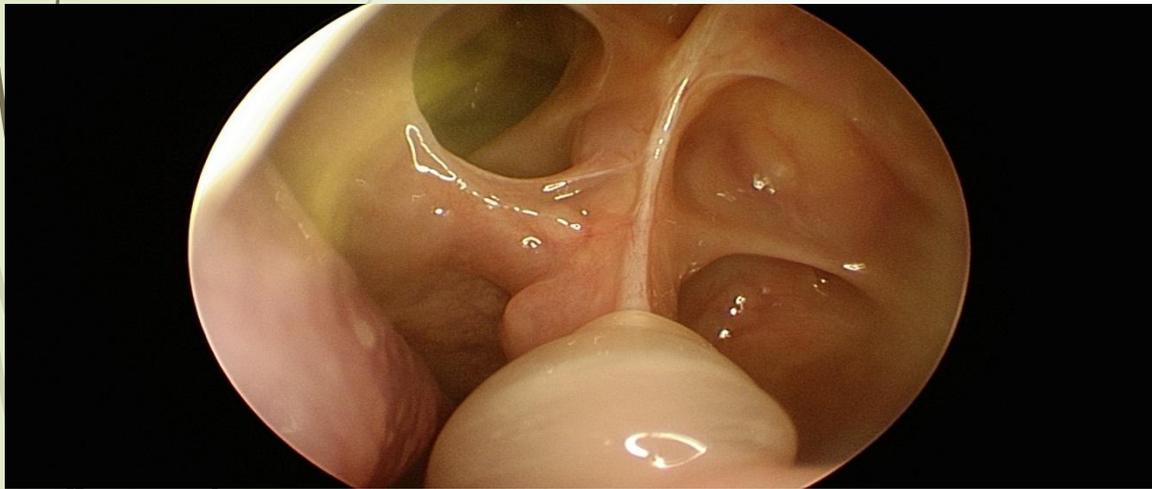


Недавнее усовершенствование эндоскопической техники
оперативных вмешательств при заболеваниях
околоносовых пазух - система компьютерной навигации

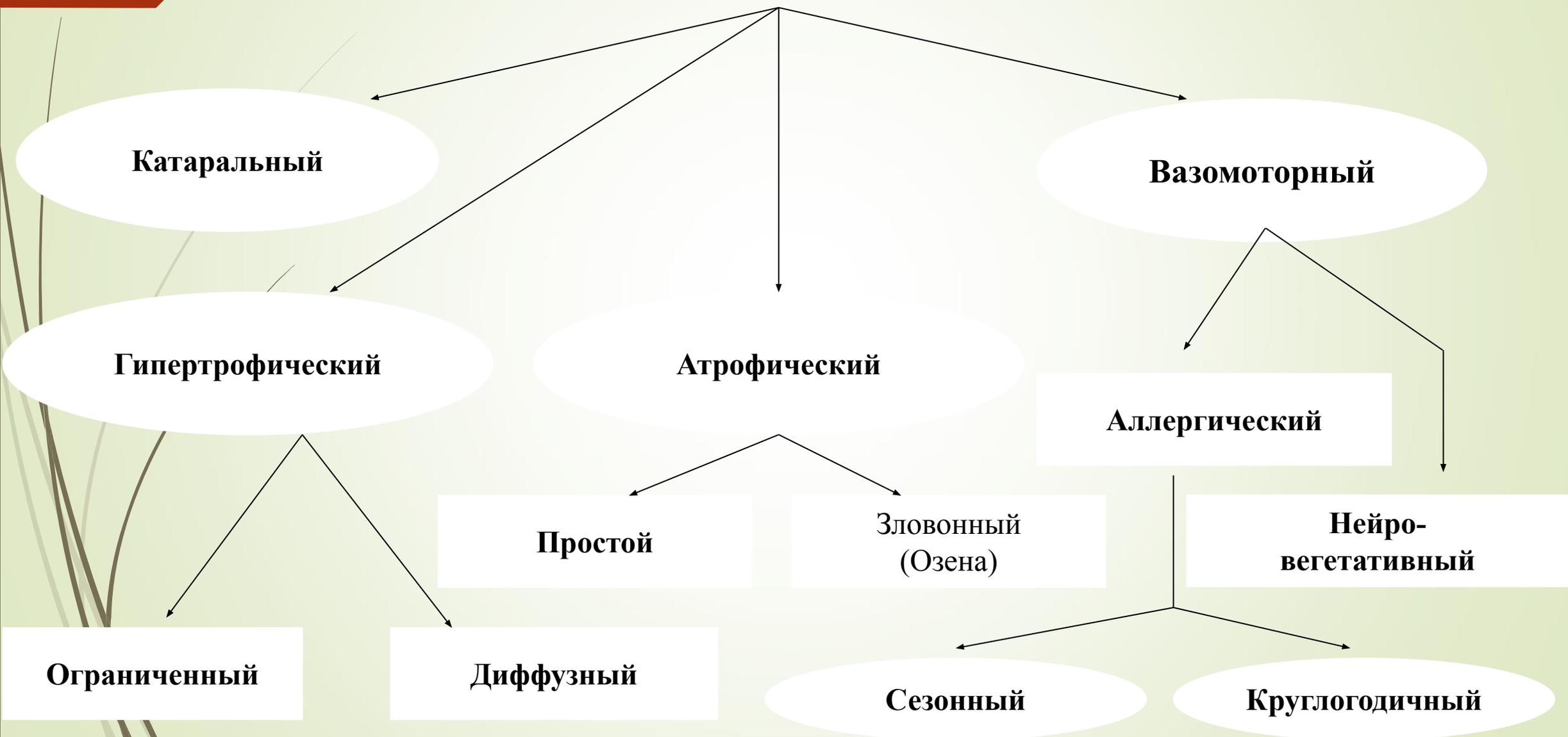




Эндоскопическая картина патологии носа

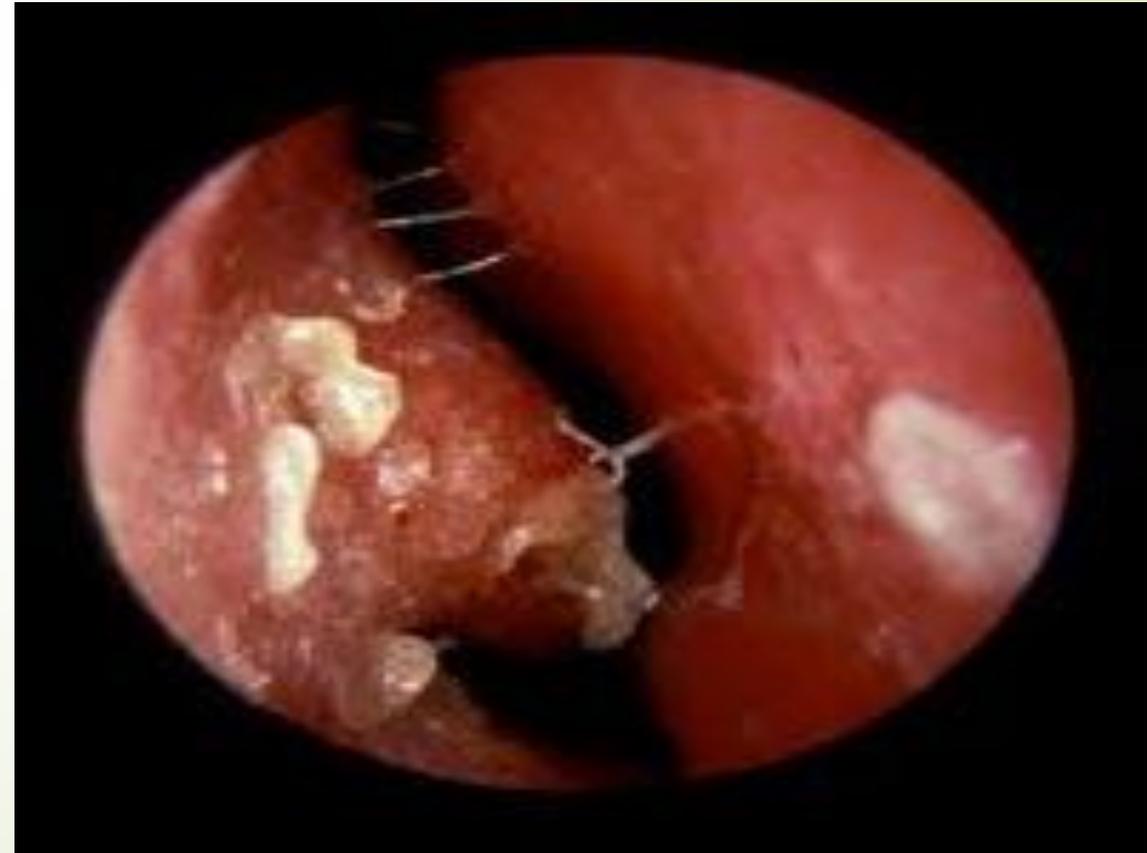


Хронический ринит



❑ Хронический катаральный ринит

- ❑ характеризуется разлитой застойной гиперемией слизистой оболочки носа, равномерной припухлостью носовых раковин





ЛЕЧЕНИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ и СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ

- ▣ Вяжущие вещества (3-5% протаргол по 5 кап 2-3 рвд, смазывание слизистой 3-5% раствором нитрата серебра (ляписом), 2% салициловой мазью)
- ▣ Тепловые процедуры



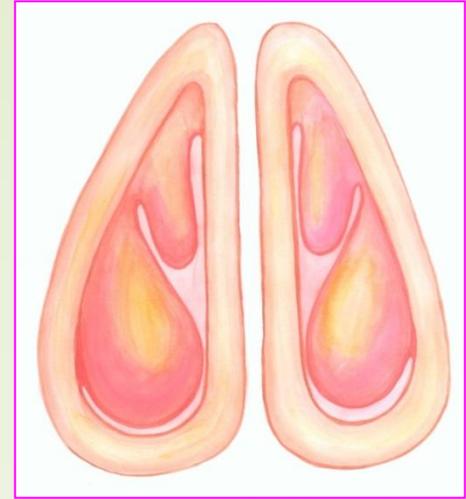
Хронический атрофический ринит

Клиника:

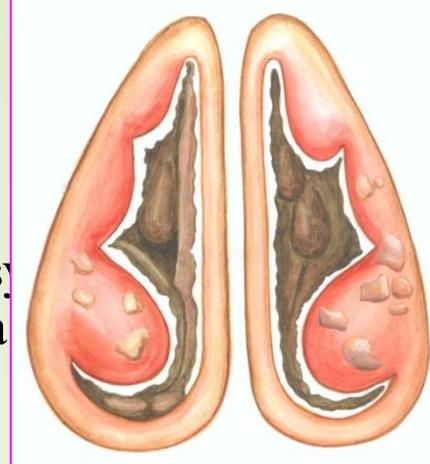
- сухость в носу, образование корок, затруднение носового дыхания, понижение обоняния;
- широкий просвет носовых ходов, атрофия главным образом нижних носовых раковин, скопление густого секрета, корок.

Лечение:

- орошение или промывание полости носа изотоническим раствором хлорида натрия (физиологический раствор) с добавлением йода;
- местная раздражающая терапия — смазывание слизистой оболочки носа йод-глицерином;
- масляный раствор витаминов А и Е (аевит) в виде капель в нос;
- гелий-неоновый лазер эндоназально 7–10 процедур по 5–10 мин.



Озена-зловонный насморк

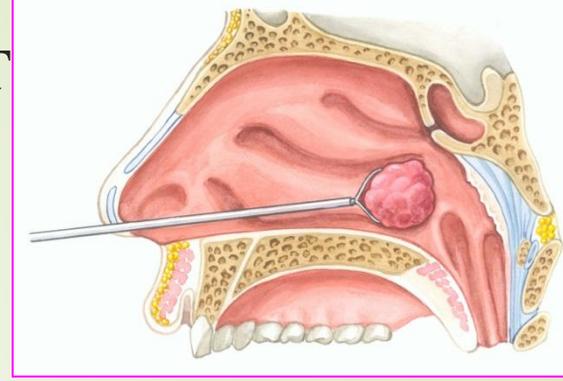


- Это тяжелая форма атрофического процесса в полости носа и околоносовых пазух, распространяющегося на слизистую оболочку и на костные стенки полости носа, носовых раковин с продуцированием быстрозасыхающего отделяемого со специфическим неприятным запахом.
- Относительно природы заболевания наиболее распространенными являются *инфекционная и нейродистрофическая* теории.

Клиника:

- выраженная сухость и образование большого количества корок в носу;
- наличие неприятного, зловонного запаха из носа, который больные обычно сами не ощущают;
- затруднение носового дыхания;
- отсутствие обоняния.

Хронический гипертрофический ринит

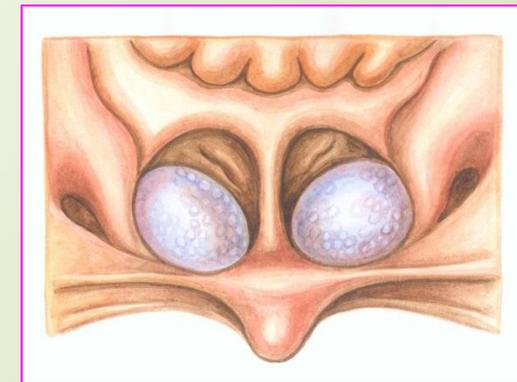
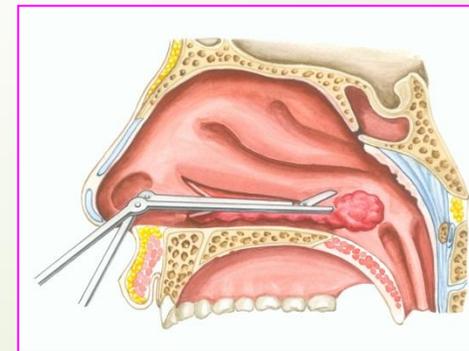


Клиника:

- Стойкое нарушение носового дыхания.
- Наличие гипертрофированных участков слизистой оболочки, чаще на поверхности нижней и средней носовых раковин.

Лечение — хирургическое:

- щадящие хирургические вмешательства: прижигание химическими веществами (30–50% раствор азотнокислого серебра, трихлоруксусная и хромовая кислота), гальванокаустика, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, лазеродеструкция, подслизистая вазотомия;
- частичное удаление гипертрофированных носовых раковин — щадящая нижняя конхотомия, подслизистое удаление костного края нижней носовой раковины (остеоконхотомия);
- одновременно-латероконхопексия.



❑ Хронический гипертрофический ринит

- ❑ (*rhinitis chronica hipertrophica*) характеризуется гиперплазией слизистой оболочки, часто с вовлечением надкостницы и костной ткани носовых раковин.



Ангиофиброза носоглотки

Ангиофиброза относится к тем доброкачественным опухолям, основу которых составляют соединительная ткань (фиброза) и сосудистая ткань различной зрелости (ангиома). Если такая опухоль располагается в области свода носоглотки, то она носит название ангиофиброза носоглотки.

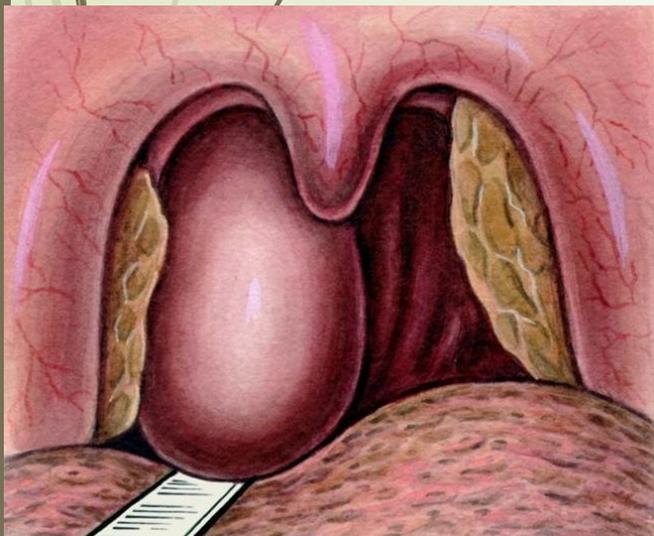
Ангиофиброза встречается чаще всего у юношей в возрасте 10-18 лет, поэтому она называется юношеской; после 20 лет она обычно претерпевает обратное развитие.

Считается, что фиброза носоглотки возникает из аномально отшнуровавшихся в эмбриональном периоде остатков мезенхимальной ткани в носоглотке.

Сфеноидальный тип;

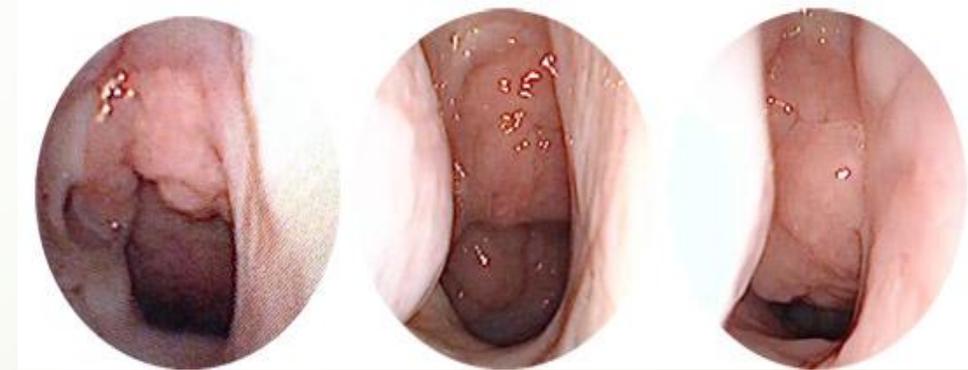
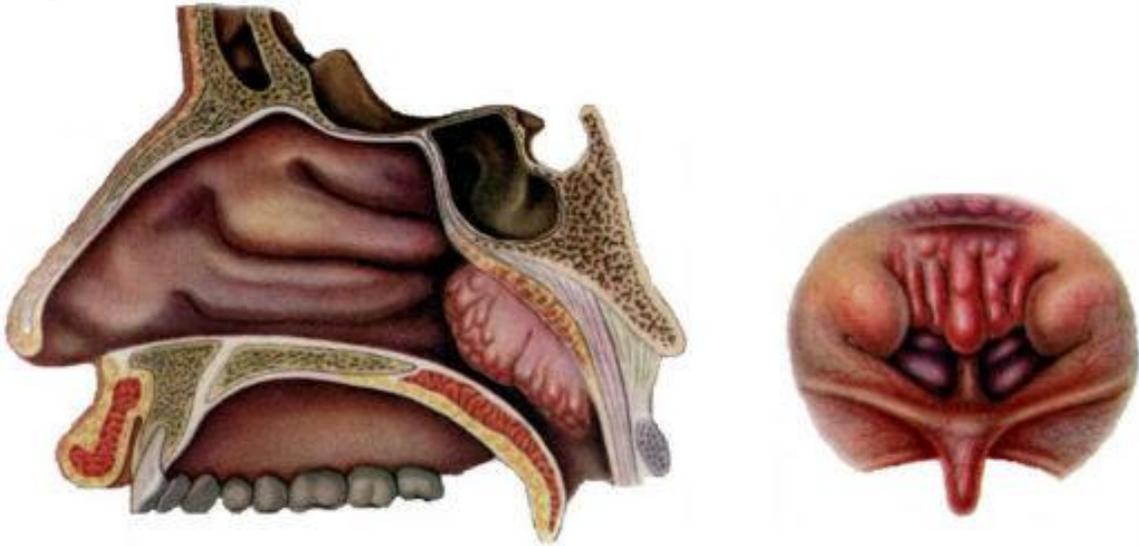
Базальный тип;

Птеригомаксиллярный



Аденоидные вегетации

- затруднение и невозможность носового дыхания;
- затруднение сосания у грудничков, как следствие гипотрофия и недокорм;
- анемия в результате снижения оксигенации;
- нарушение глотания и обоняния;
- ощущение кома в горле;
- назализованный, тихий голос;
- дыхание через рот, ночной храп, плохой сон;
- хроническая усталость, апатия.



Аллергический ринит – сезонная форма

- Сезонная форма заболевания связана с воздействием пыльцы растений и повторяется ежегодно в одно и то же время в период цветения растений.
- Аллергеном может быть пыльца различных трав (чаще в сельской местности) или деревьев (чаще в городе), может быть несколько аллергенов.
- *Патогенетической основой* аллергического ринита является гиперпродукция IgE. При взаимодействии IgE с тучными клетками и базофилами на мембране этих клеток происходит выброс медиаторов аллергической реакции: гистамина, серотонина и др.
- Медиаторы воздействуют на гистаминовые H_1 - и H_2 -рецепторы, в результате происходит сокращение гладких мышц эндотелия и клеток посткапиллярного отдела микроциркуляторного русла слизистой оболочки носа. Это в конечном счете приводит к повышению проницаемости сосудов, развитию отека и аллергического воспаления.



Аллергический ринит – круглогодичная форма

Развивается в результате постоянного контакта с аллергеном: домашняя и бумажная пыль, содержащиеся в них клещи, шерсть животных, корм аквариумных рыб, низшие грибы, пища и лекарственные препараты и др.

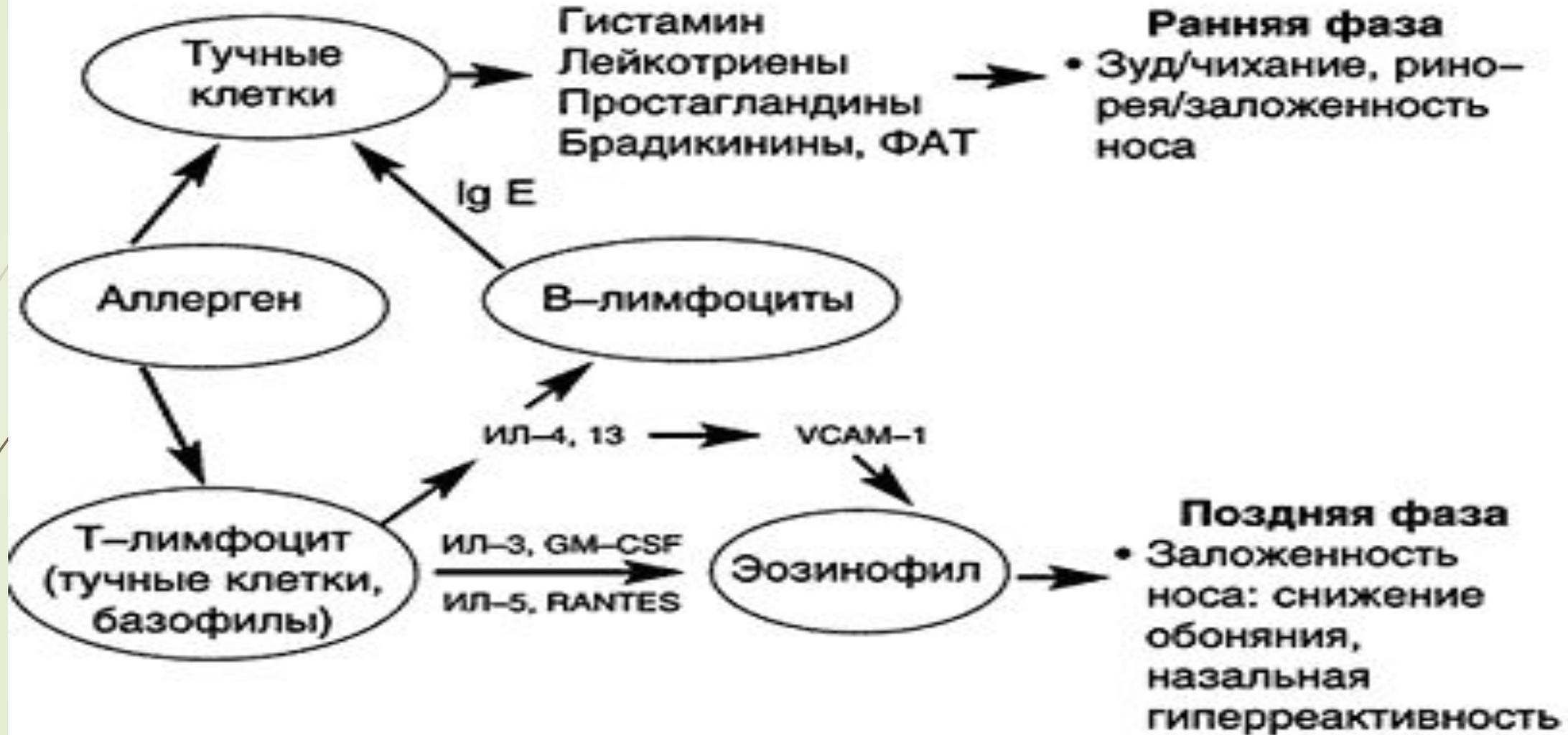
- Ведущим симптомом является постоянная заложенность носа. Приступы чихания бывают значительно реже, зуд в носу чаще отсутствует, выделения из носа не водянистые, а густые, слизистые.
- Наряду с ринологическими симптомами у больных часто отмечаются кожный зуд, гиперемия конъюнктивы, слезотечение, головные боли, утомляемость, снижение обоняния, нарушение сна.



Определение аллергического ринита

- заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости.
- АР нередко протекает с синуситом, аденоидитом, другими заболеваниями верхних дыхательных путей и другими аллергическими заболеваниями, такими как конъюнктивит, атопический дерматит, бронхиальная астма.

Механизм развития АР



Условные обозначения: ИЛ – интерлейкин, GM-CSF – гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор

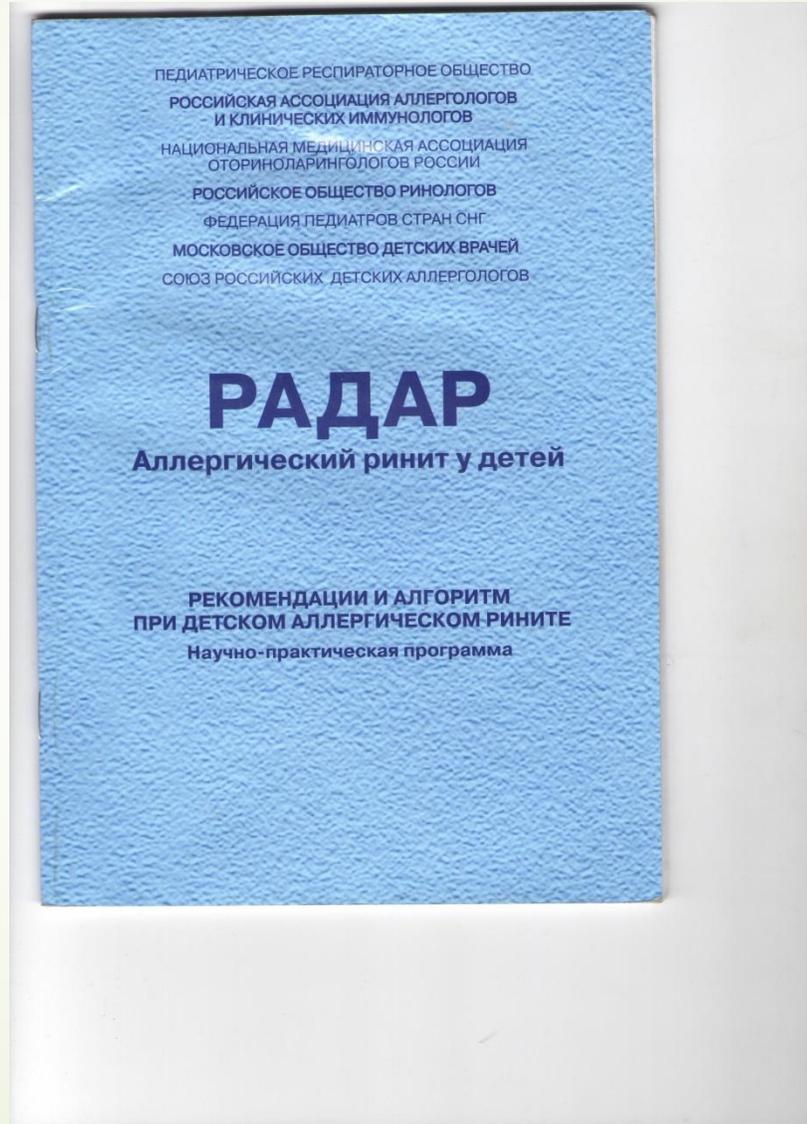
АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных эндоскопических и аллергологических методов обследования, проблема дифференциальной диагностики аллергической и инфекционной этиологии заболеваний верхних дыхательных путей остается до конца не решенной. До сих пор сохраняется запоздалая диагностика АР, неадекватное консервативное лечение, что нарушает качество жизни детей, может вести к не всегда обоснованному хирургическому вмешательству, является фактором риска развития осложнений со стороны ЛОР органов и формирования бронхиальной астмы (БА). В последние годы отмечается рост ошибок в диагностике и терапии ринитов у детей. Нередко у детей обострения АР необоснованно рассматриваются как острые респираторные вирусные инфекции, и они попадают в группу так называемых «часто болеющих детей» и / или наблюдаются у ЛОР-врачей с диагнозом «аденоидные вегетации» или хронический аденоидит. Вне ОРВИ у этих детей сохраняется затрудненное носовое дыхание, периодически возникает «сопящее или храпящее» дыхание по ночам, эпизоды ночного и утреннего кашля. В большинстве случаев диагноз АР остается нераспознанным и дети получают широкий круг разнообразных медикаментов, усугубляющих аллергическую сенсibilизацию и формирующих лекарственную непереносимость. У ряда пациентов проводится аденотомия, которая у детей с АР приводит к рецидивам затрудненного носового дыхания и раннему дебюту бронхиальной астмы.



□ Все вышеизложенное диктует необходимость создания и внедрения в клиническую практику документа, который будет способствовать повышению уровня знаний и улучшению координации действий между всеми специалистами, участвующими в диагностике и лечении АР у детей. В настоящей научно-практической программе определена роль педиатра, аллерголога и ЛОР-врача в диспансерном наблюдении детей с АР, представлены оптимальные алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики АР у детей, приведены схемы лечения и профилактики этого распространенного аллергического заболевания.

Рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините. Москва 2015г.



Атопический марш

- Атопический марш — атопический дерматит, затем АР и / или бронхиальная астма. В рамках исследования MAS было показано, что АР в раннем возрасте, в отличие от неаллергического, является фактором риска развития бронхиальной астмы в более позднем возрасте или у взрослых. АР может манифестировать одновременно с БА или существовать как самостоятельное аллергическое заболевание.
- Генетические факторы Вероятность развития АР у ребенка высока при наличии аллергических заболеваний у членов семьи (бронхиальная астма, атопический дерматит, АР / конъюнктивит, крапивница, ангионевротический отек и др.). Так, при заболевании одного из родителей вероятность развития аллергического заболевания составляет 20–40%, при наличии аллергии у обоих родителей — 40–80%, если больны только братья или сестры — 20–35%.
- По наследству передается предрасположенность к гиперпродукции IgE-антител. Они синтезируются в ответ на воздействие различных экзогенных аллергенов:



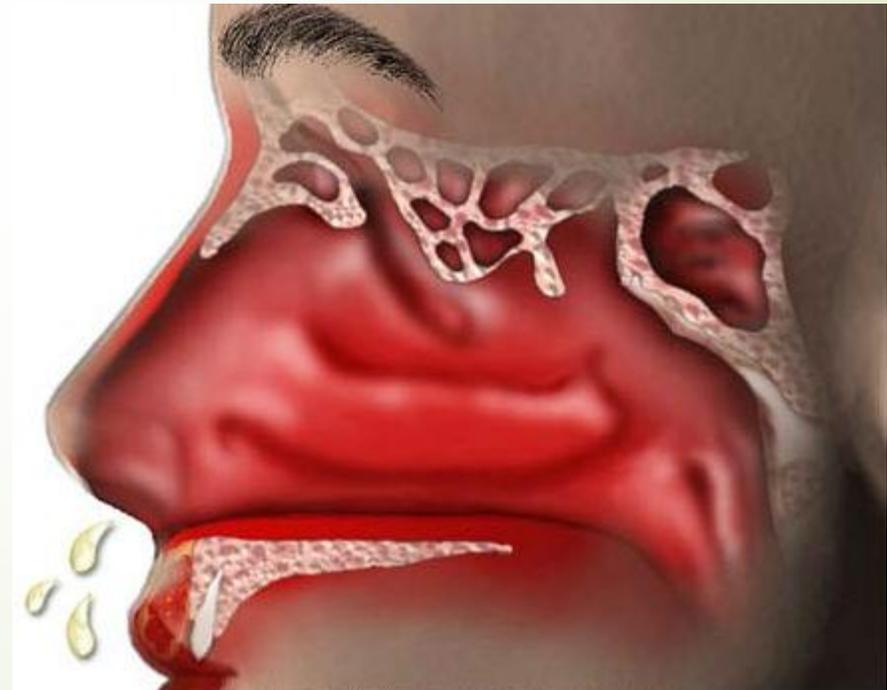
ых, лекарственных, пылевых, грибковых, эпидермальных, аллергенов клещей домашней и др. При нормальном состоянии слизистых оболочек дыхательной системы и ринотельного тракта поступление аллергенов во внутреннюю среду ограничено, что снижает развития клинических проявлений заболевания.

Вазомоторный ринит (формы)

Аллергическая



Нейровегетативная



Клиника

Основными симптомами обеих форм вазомоторного ринита является триада признаков:

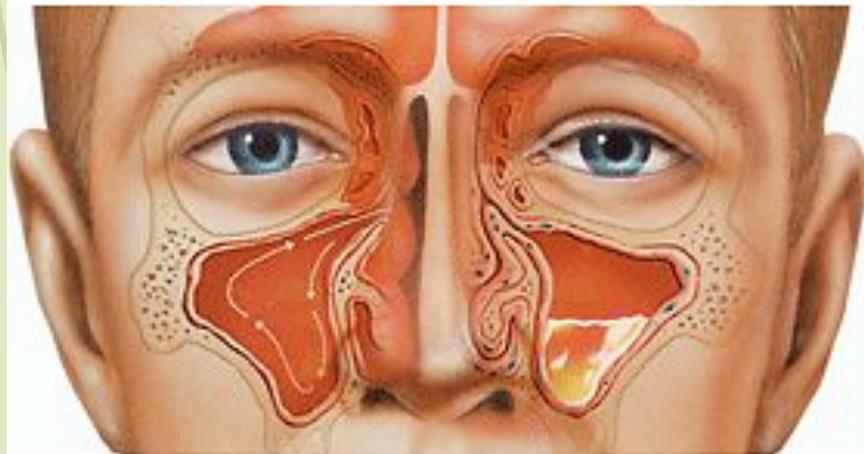
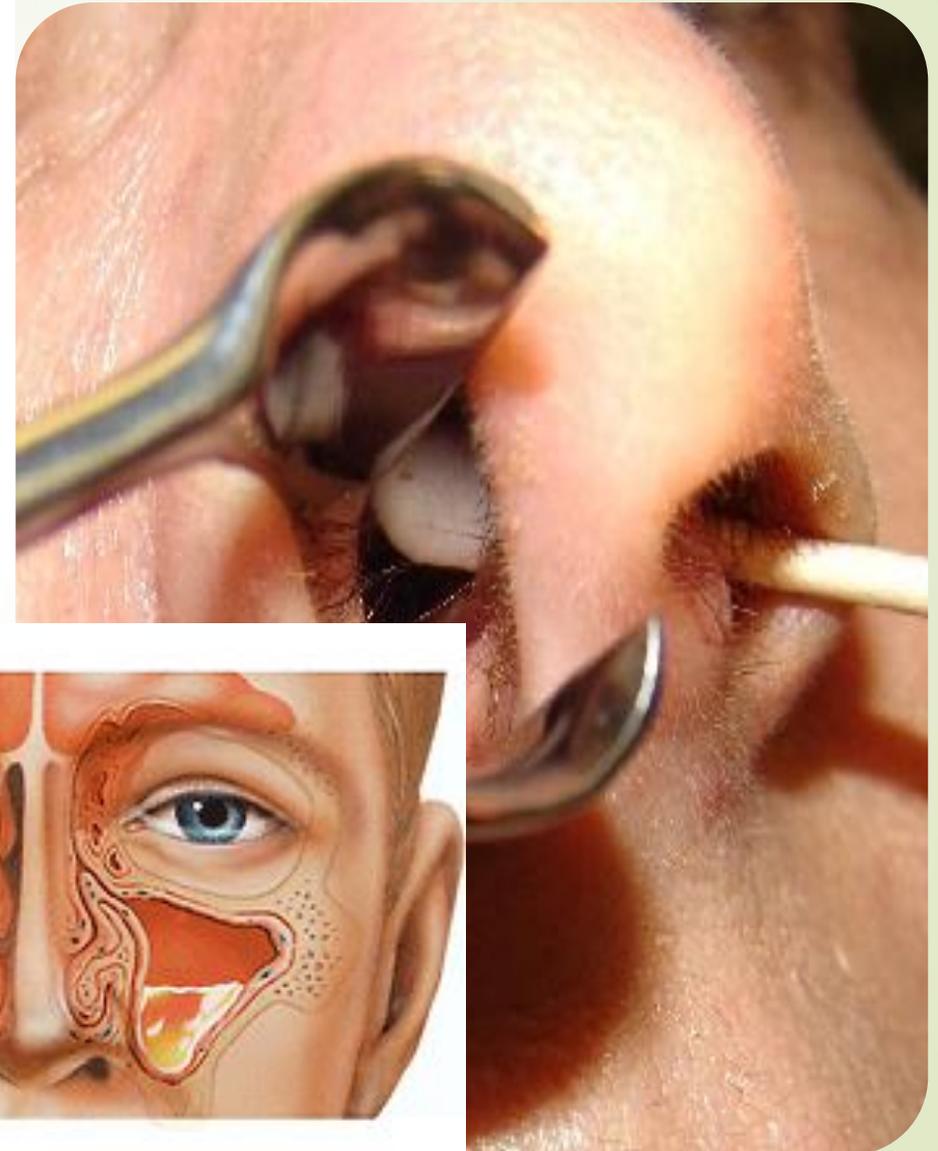
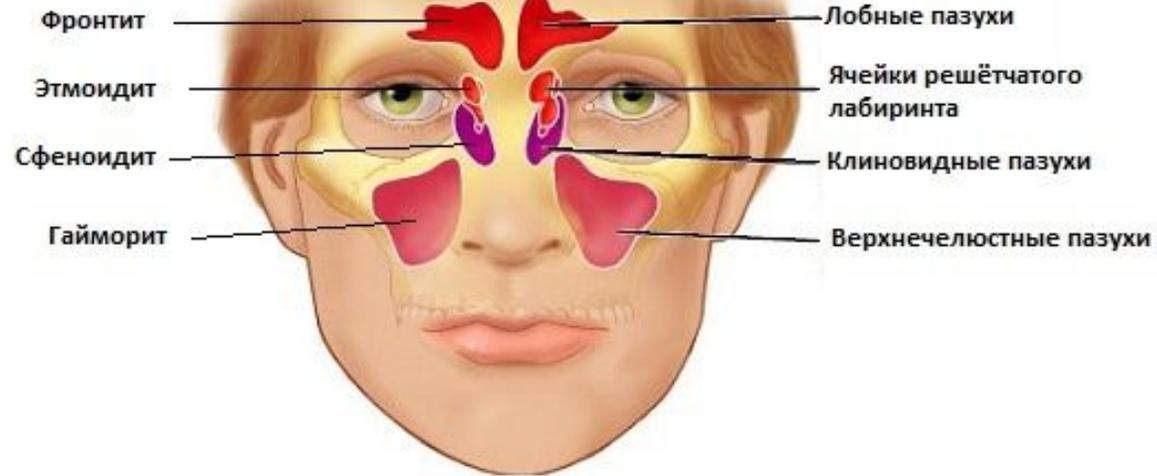
- пароксизмальное чиханье
- обильная носовая гидрорея
- затруднение носового дыхания, зуд и шекотание в носу.



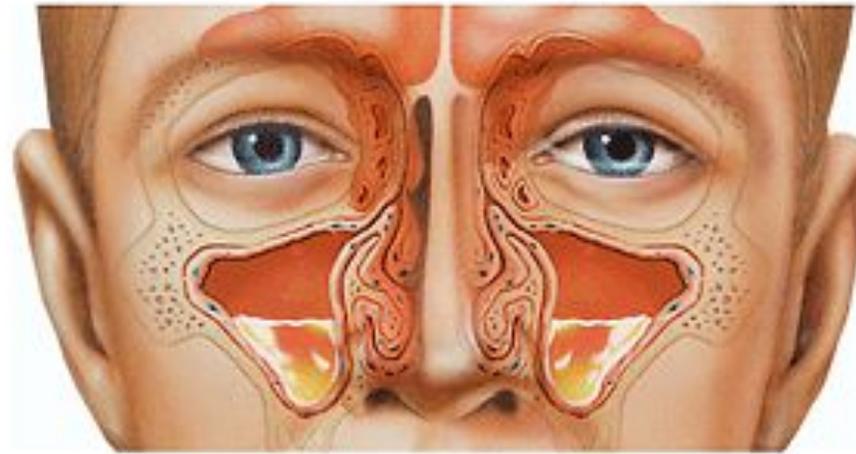
Виды синусита

Вид синусита

Название пазухи, слизистая которой воспаляется:



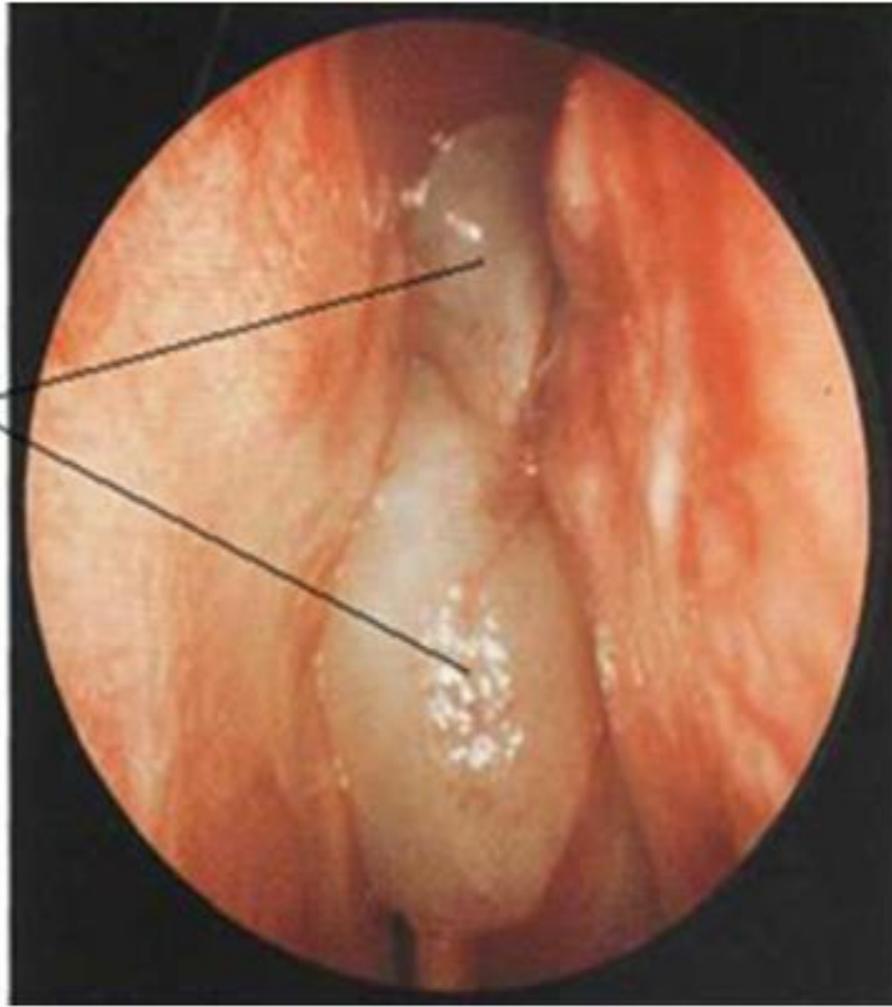
Односторонний гайморит



Двусторонний гайморит

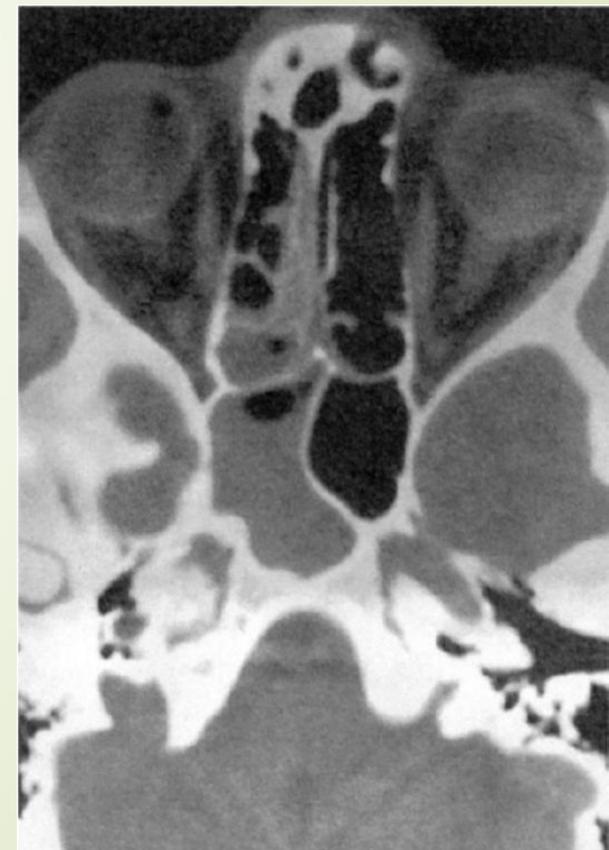
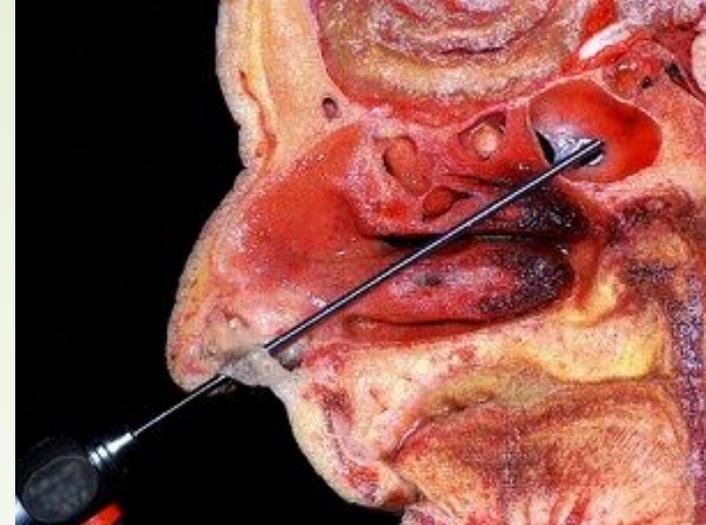
Полипозный этмоидит

Полипы
носа



Диагностика сфеноидита

- *воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи*
- **«забытый синус, немая пазуха»;**
- КТ или МРТ-исследования,
- Пункция клиновидной пазухи.



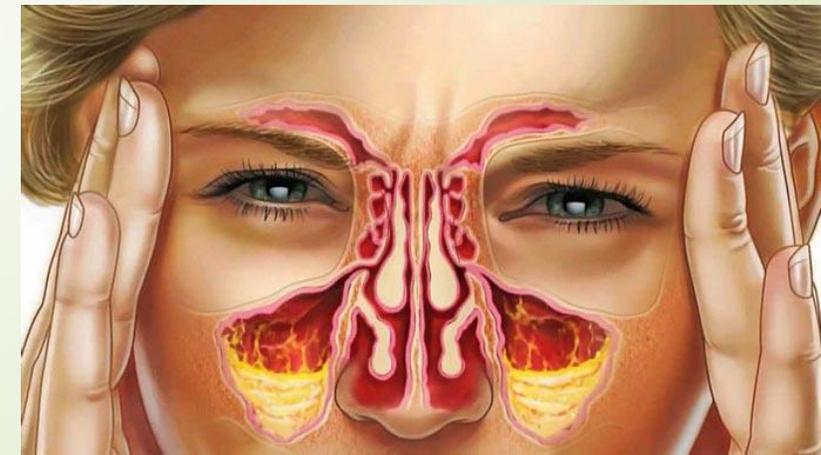
Лечение риносинуситов этиопатогенетическое и симптоматическое

I стадия –

- ▣ Местные симптоматические (ИРС-19, вяжущие и обволакивающие – раствор 3-5% протаргола)
- ▣ При головных болях (панадол, солпадеин, цитрамон)
- ▣ Антигистаминные (диазолин, димедрол)

II стадия-

- Смеси сульфаниламидных препаратов, антибиотиков (Биопарокс, каметон)
- Сосудосуживающие (санорин, тизин, отривин)
- Физиопроцедуры



Лечение (соответственно стадиям)

1 стадия

- Препараты местного действия: интерферон, лизоцим, лизаты антигенов бактерий
- При головной боли: солпадеин, цитрамон
- Назначают антигистаминные средства (диазолин, кларитин, тавегил и др.)
- Витаминотерапия



□ 2 стадия

- инсуффляции смеси антисептиков и антибиотиков (биопарокс, каметон, гексорал)
- сосудосуживающие препараты (санорин, галазолин, тизин, отривин)
- физиотерапевтические процедуры — УВЧ на область носа, УФО в полость носа, микроволновое воздействие



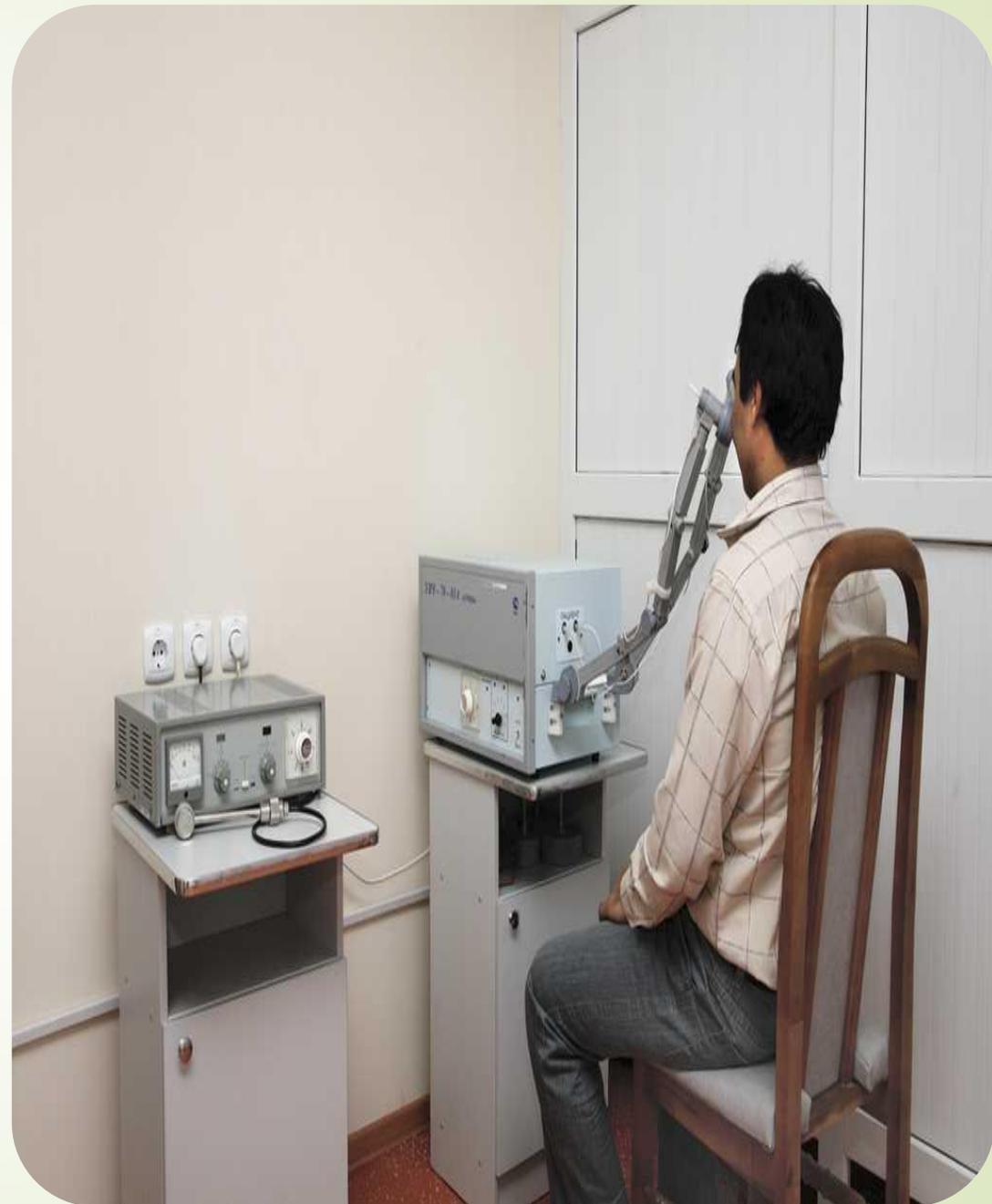


3 стадия

- препараты вяжущего и противомикробного действия (3-5% р-р колларгола или протаргола, 20% р-р альбуцида)
- Продолжают физиотерапевтические процедуры и поливитамины.



Вливание любых капель в нос, вдвухание порошков, ингаляций и др. должно быть ограничено 8-10 днями



Виды консервативной терапии

- Местное: сосудосуживающие
- Промывание носа по Проэтцу.
- Пункция верхнечелюстной пазухи.
- Синус-катетер «ЯМИК».
- Десенсибилизирующая терапия.
- Антибиотикотерапия.



Сиалор®



RENEWAL



sialor.ru

Сиалор® аква - эффективный уход



Сиалор® аква

МОРСКАЯ ВОДА



Санитрующее
средство



Сбалансированный
солевой состав морской воды



Анатомические
тюбик-капельницы

Сиалор® аква

МОРСКАЯ ВОДА

Создан для самых маленьких



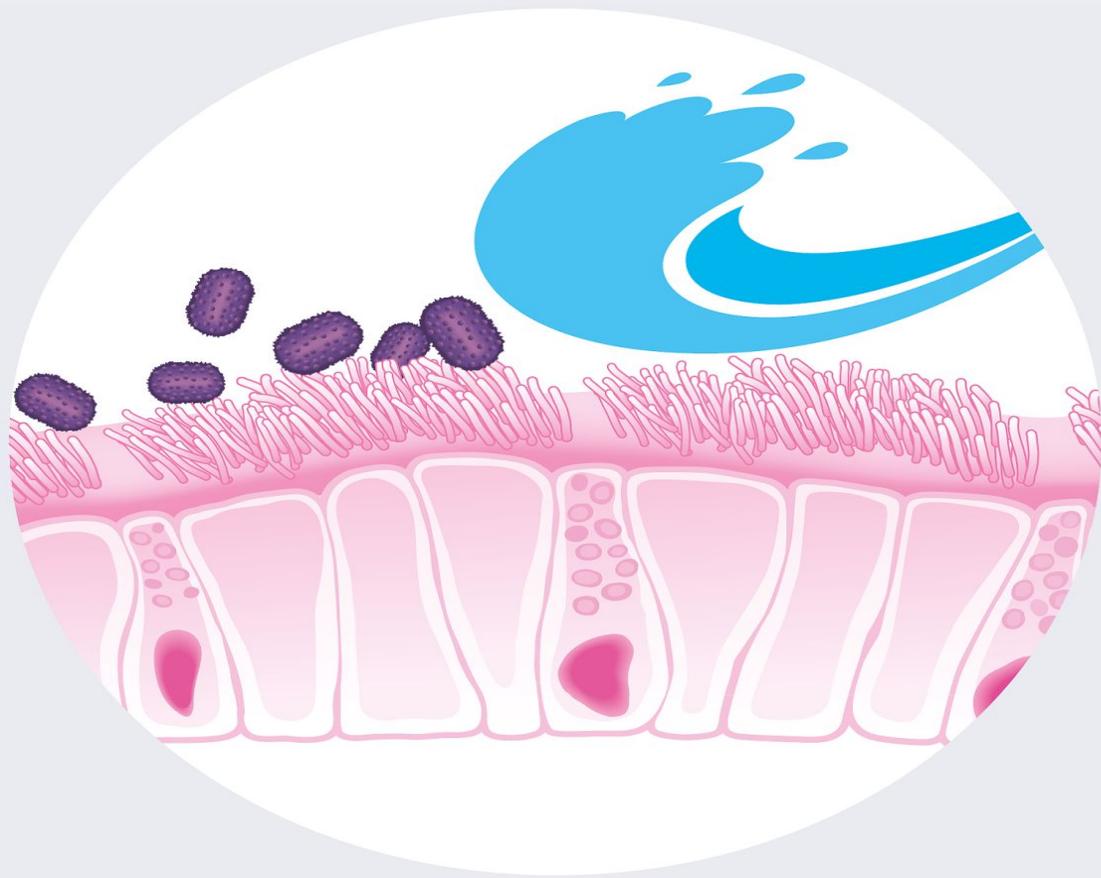
Воспроизведенный состав морских солей не содержит опасных для здоровья ребенка примесей

Анатомические тубик-капельницы сводят к минимуму риск травматизации детских носиков

Сиалор® аква

МОРСКАЯ ВОДА

Промывание носовой полости

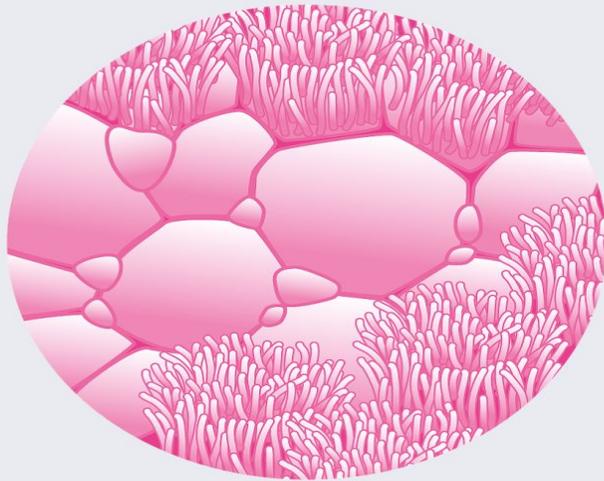


Промывание носа раствором морской воды приводит к механическому удалению бактерий и вирусов со слизистой.

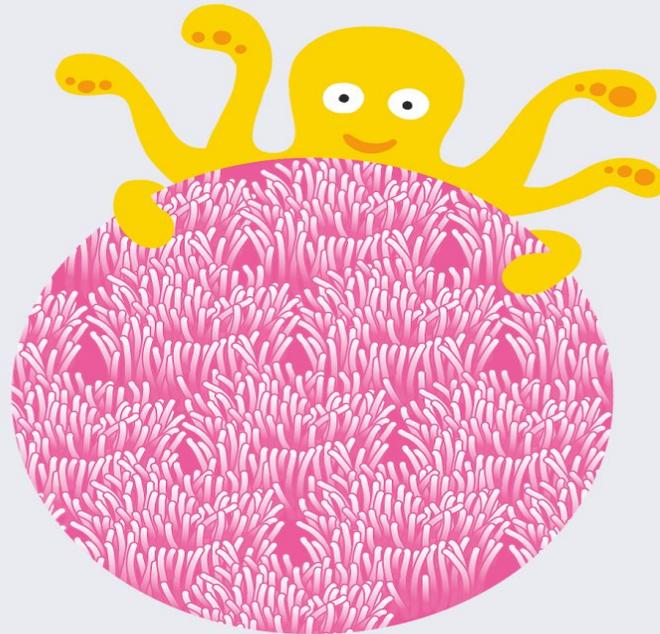
Сиалор® аква

МОРСКАЯ ВОДА

Восстановление слизистой носа



поврежденная
слизистая



здоровая
слизистая

Микроэлементы, входящие в состав морской воды, стимулируют местный иммунитет и способствуют эффективной работе ресничек слизистого эпителия.

Сиалор® аква

МОРСКАЯ ВОДА

Сиалор® рино устраняет заложенность носа

0-1
года

1-6
лет



Сиалор® рино

ОКСИМЕТАЗОЛИН



Сосудосуживающее
средство



Продолжительность
действия до 12 часов



5 курсов лечения

Сиалор® рино

ОКСИМЕТАЗОЛИН

Свободное дыхание на 24 часа

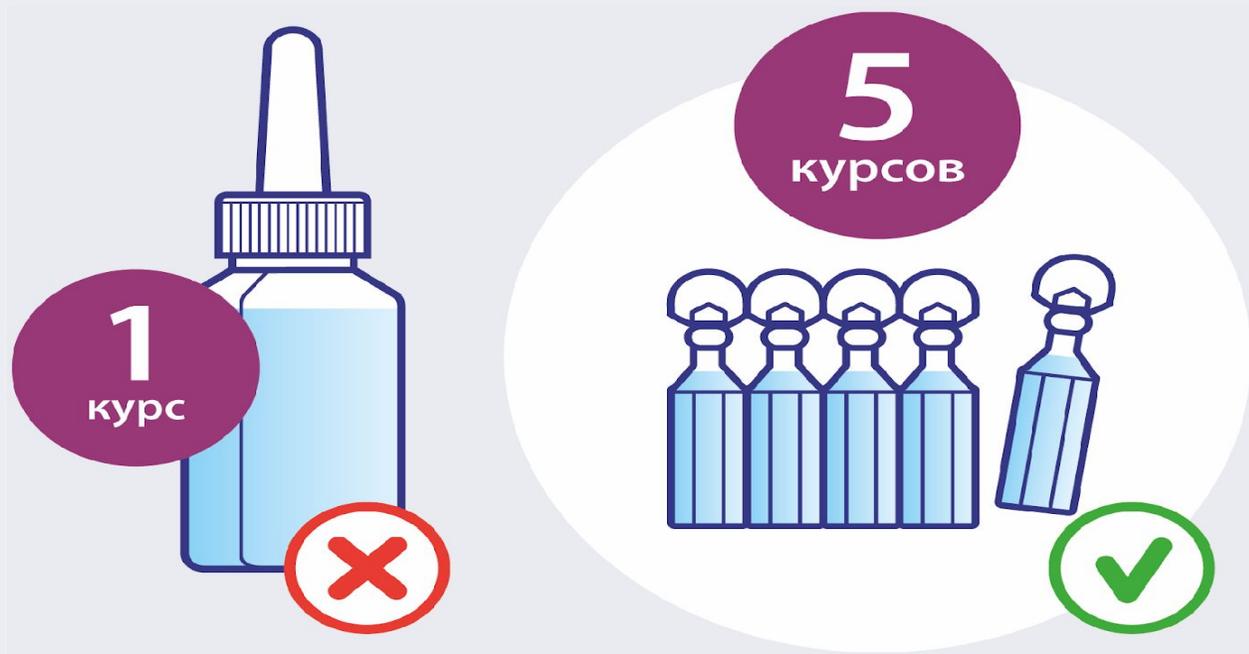
Быстро и надолго (до 12 часов)
устраняет отёк слизистой носа,
облегчая носовое дыхание.



Сиалор[®] рино

ОКСИМЕТАЗОЛИН

Экономичная эффективность



Буфусная форма гарантирует экономичный расход препарата (5x2 мл) – 5 курсов лечения в одной упаковке.

Сиалор[®]рино

ОКСИМЕТАЗОЛИН

Сиалор® – доступный протаргол



Сиалор®

ПРОТАРГОЛ



Антибактериальное средство



Срок хранения 2 года



Удобная форма

Сиалор®
ПРОТАРГОЛ

Самостоятельность в приготовлении, простота в применении

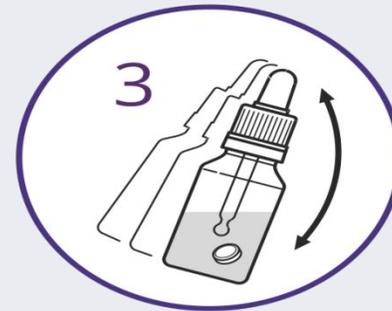
Способ приготовления 2% раствора:



Влить во флакон
растворитель



Добавить во флакон
таблетку Сиалор



Закрутить флакон и взболтать
до полного растворения
таблетки (8-10 минут)



Сиалор
готов к применению

Готовый раствор сохраняет активность в течение 30 дней.

Способ применения

💧 По 1-3 капли 3 раза в сутки в каждый носовой ход в течение 5-7 дней.

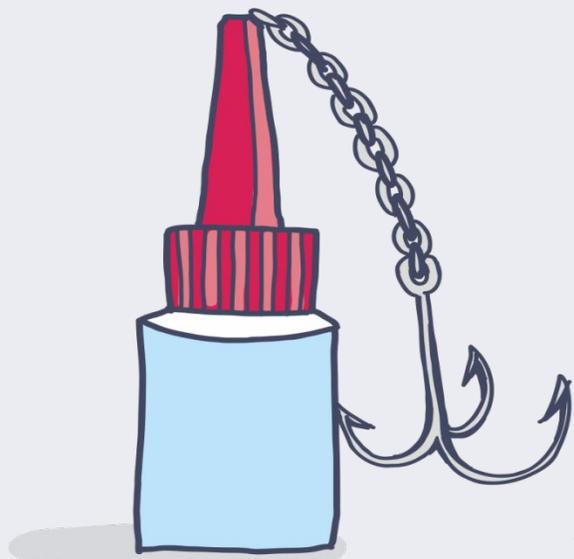


По 1-2 орошению 3 раза в сутки в каждый носовой ход в течение 5-7 дней

Срок годности и режим хранения

- Срок годности средства – 2 года
- Условия хранения средства – в сухом месте при температуре не более +25С
- Срок хранения готового раствора – 30 дней

Не вызывает привыкания



Устраняет причину
заболевания,
а не симптом

Сиалор®
ПРОТАРГОЛ

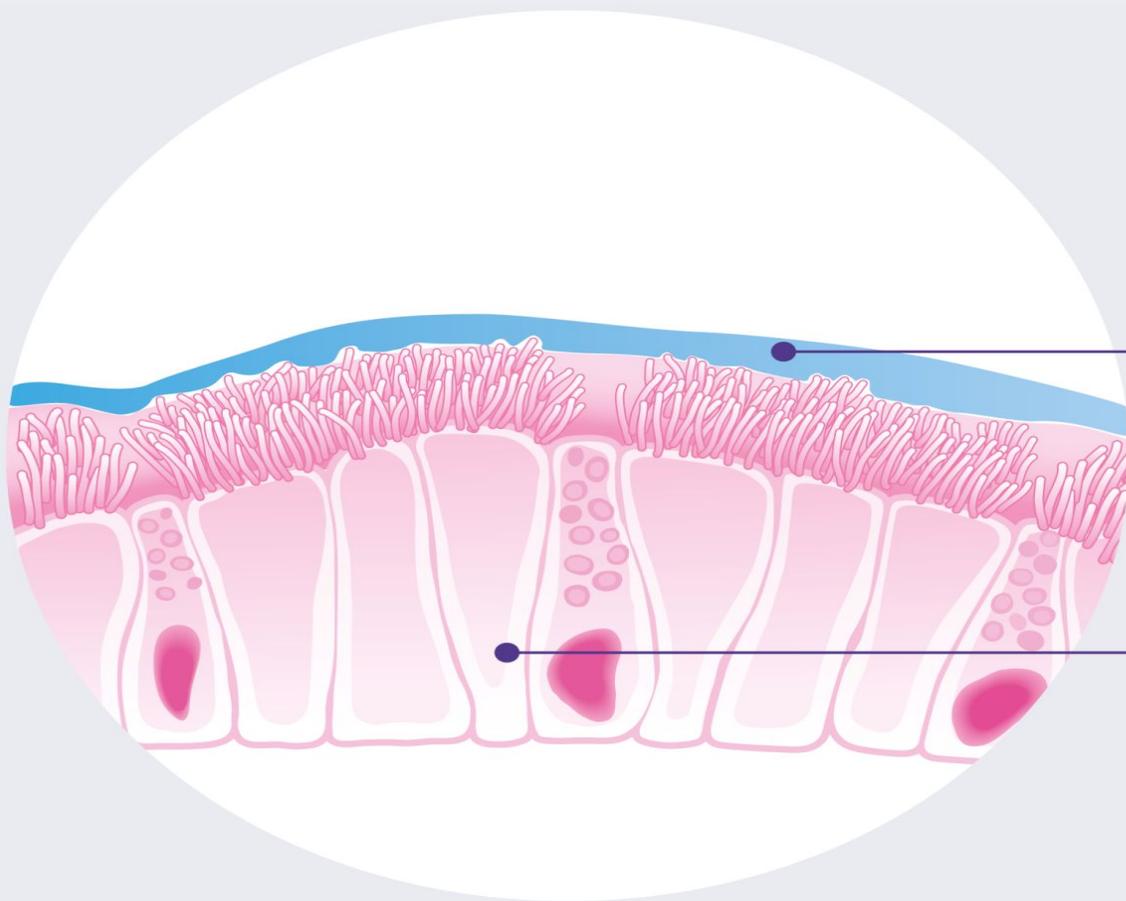
Действует избирательно



Не вызывает нарушение
баланса нормальной
микрофлоры слизистой носа

Сиалор®
ПРОТАРГОЛ

Способствует регенерации



Обволакивающая
защитная пленка
из альбуминатов
серебра

Мерцательный
эпителий
слизистой носа

Показания к хирургическому вмешательству

- при нарушении внутриносовой анатомии (искривления, гребни, шипы перегородки носа), что вызывает нарушение носового дыхания;
- при полипозно-гнойных процессах в полости носа и околоносовых пазух
- при гиперплазии носовых раковин.

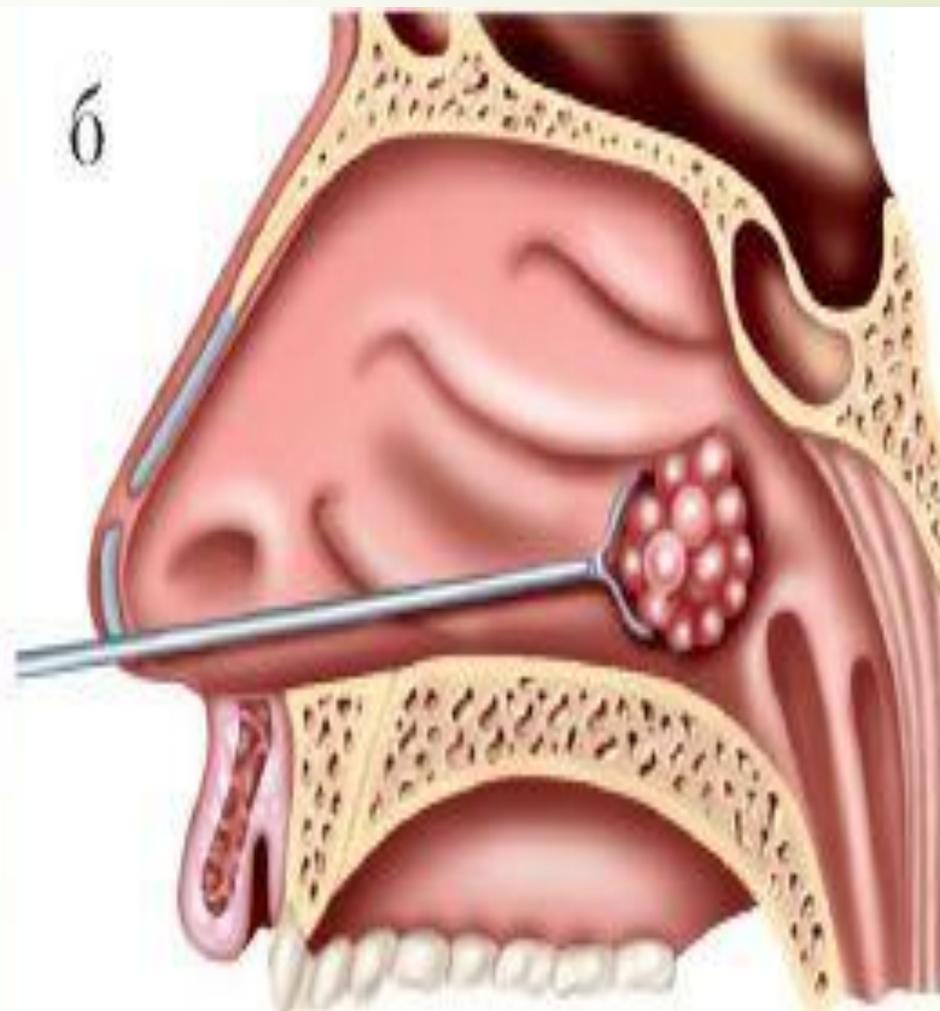
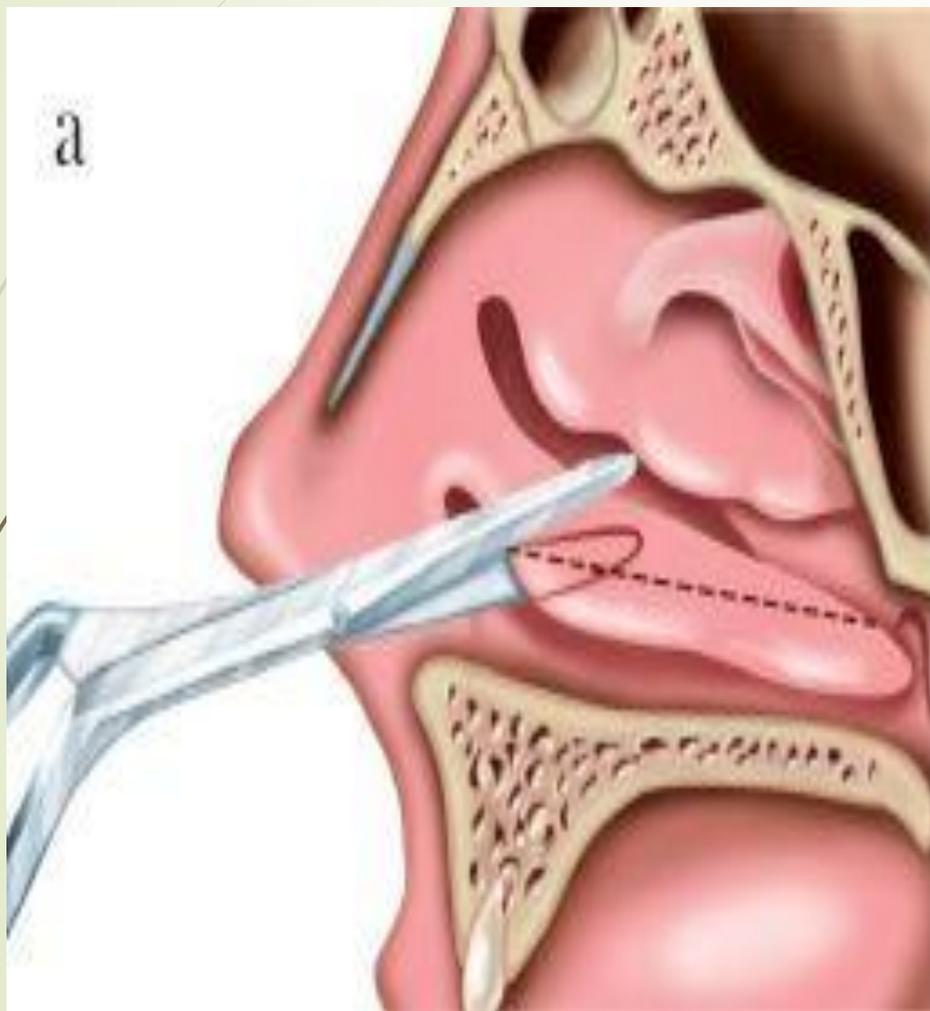


Хирургическое лечение

- Кроме этиопатогенетической и симптоматической консервативного лечения заболеваний носа применяются и различные хирургические методы коррекции по показаниям:
- Синусотомия
- Аденоотомия
- Криовоздействие
- Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин
- Гальванокаустика
- Лазеродеструкция
- Подслизистая вазотомия
- Холодноплазменная эндоскопическая ринопластика.



□ щадящая нижняя конхотомия



Живая хирургия. Новое решение старой проблемы

12 мая 2016 в клинике Новых технологий д.м.н., проф. заведующий кафедрой ЛОР-болезней с курсом ПОГБОУ ВПО «КрасГМУ», главный внештатный оториноларинголог Министерства здравоохранения Красноярского края **Вахрушев С.Г.**

провел показательные операции:

- **аденотомия** сделана впервые в мире с применением электрода Procise Мах. (Холодноплазменная эндоскопическая ринохирургия) Операция длилась 6 минут.
- *– абляция задних концов нижних носовых раковин + расширение соустья верхнечелюстной пазухи и абляционное удаление кист и полипов* с применением электрода Procise EZ View Wand. Все это транслировалось в режиме реального времени в зале Ученого совета медицинского университета, где собрались оториноларингологи всего края на очередное ЛОР-общество.







СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ



ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ КРАСНОЯРСКА С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

- В последние годы все чаще в литературе стали появляться публикации о роли хламидийной инфекции при ЛОР-патологии, достаточно активно изучается патогенез и клиническая симптоматика хламидийных поражений глотки, носа и околоносовых пазух. На сегодня доказано, что наличие хламидийной инфекции в слизистых носа и глотки также предопределяет склонность и к более частому возникновению хронической ЛОР-патологии по сравнению с неинфицированными лицами
- Объектами изучения являлись городское организованное население (846 детей) и ЛОР-больные с заболеваниями верхнего отдела респираторного тракта (246 детей) в возрасте от 3 до 16 лет включительно. Формирование отдельных выборок организованного населения осуществлялось по списочным составам детских и взрослых коллективов учреждений (отклик – от 84,1 до 89,5 %). Репрезентативный объем групп определялся по методике В.И. Паниотто (1982). По полу и возрасту выборочные совокупности, сформированные по признаку наличия или отсутствия респираторного хламидиоза, были сопоставимыми.
- Лабораторные методы исследования включали идентификацию двух видов хламидий: *Chlamydia trachomatis* (ХТ) и *Chlamydia pneumoniae* (ХП). Верификации хламидийной инфекции у больных осуществлялась одновременным использованием 3 тестов: прямого иммунофлуоресцентного анализа (для выявления антигенов хламидий), полимеразной цепной реакции (для выявления ДНК хламидий) и иммуноферментного анализа (для выявления противохламидийных антител).
- Наличие хламидий у детей определяет большую вероятность возникновения ЛОР-патологии (табл. 1). На это указывает тот факт, что у детей с идентифицированными хламидиями диагностировалось значительно больше заболеваний по сравнению с детьми, у которых присутствие этой инфекции подтверждено не было ($p < 0,001$): у 72,5 % (95 % ДИ 67,8–83,0) против 38,6 % (95 % ДИ 35,1–42,1). При этом имел место более высокий уровень как острых заболеваний (в 37,5 против 12,3 %, $p < 0,001$), так и хронической патологии (35,0 против 26,3 %, $p = 0,05$) Более высокая частота острых заболеваний в фазах различной активности воспалительного процесса у детей с хламидийной инфекцией базировалась на превалировании ринофарингита (в 31,0 против 9,6 %, $p < 0,001$) и ринита (в 6,7 против 2,6 %, $p = 0,04$). Различия в распространенности хронической ЛОР-патологии были обусловлены заболеваниями глотки (в 30,0 против 18,9 %, $p = 0,01$), такими как аденоидит (в 11,7 % против 4,8 %, $p = 0,01$) и гипертрофия небных миндалин (в 8,3 против 2,2 %, $p = 0,004$).

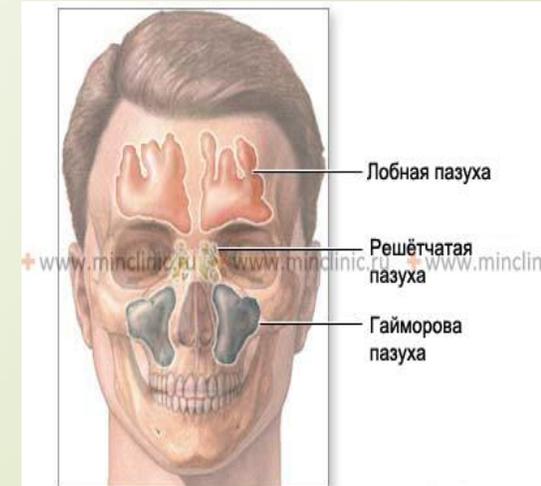
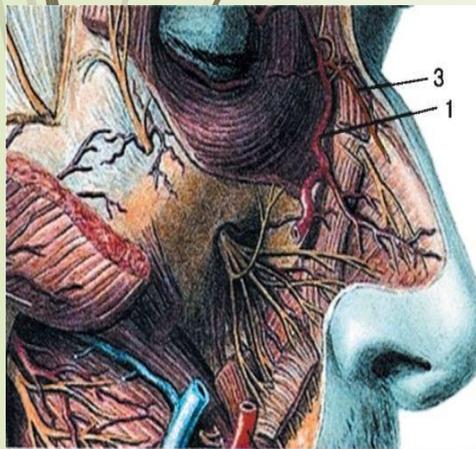
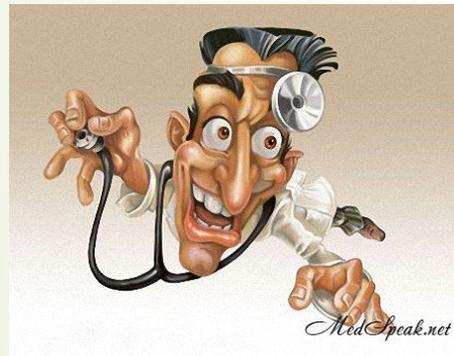
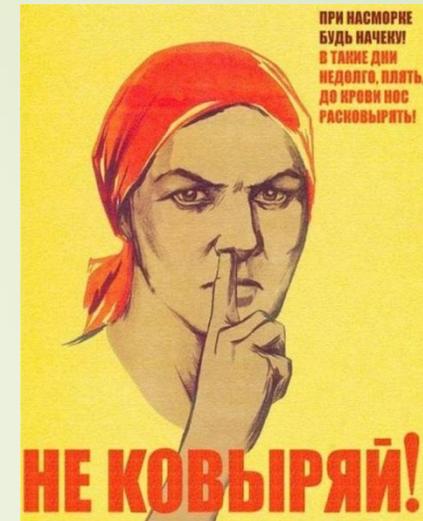
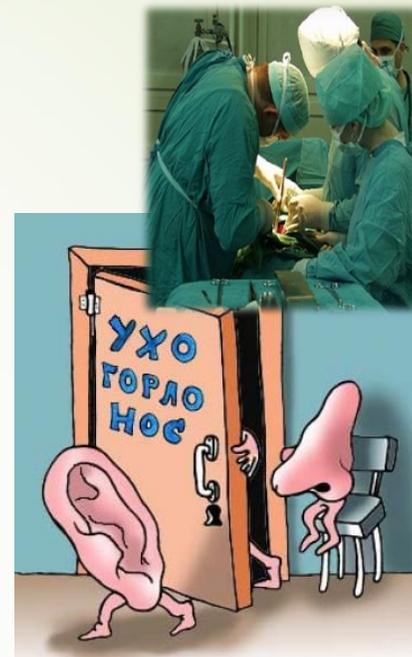
- Более высокий уровень общей ЛОР-патологии у инфицированных хламидиями детей также имел место и во всех возрастных категориях за счет более высокого уровня острых заболеваний: ринофарингита у дошкольников и младших школьников (16,7–36,1 % против 2,2–11,9 %) и ринита у старших школьников (в 11,1 против 1,4 %). Кроме того у последних чаще диагностировалась и хроническая патология глотки (в 27,3 против 11,1 %).
- Результаты проведенного исследования показали высокий уровень распространенности респираторного хламидиоза слизистой оболочки верхнего отдела респираторного тракта у организованного населения (у 14,2 детей с учетом возрастного распределения городского населения Российской Федерации стандартизированный показатель был ниже и составил 12,9 %) и у больных с различной патологией носа, околоносовых пазух и носоглотки (в 48,5–53,9 % у детей).
- У детского населения частота верификации хламидий уменьшалась с увеличением возраста ребенка (от 24,8 % у дошкольников и до 7,7 % у детей старшего школьного возраста). В отличие от старших школьников, у которых ХП и ХТ выявлялись одинаково часто. Хламидийное инфицирование верхнего отдела респираторного тракта у детского населения г. Красноярска определяет склонность к более частому возникновению ЛОР-патологии по сравнению с неинфицированными лицами за счет превалирования острых заболеваний.
- Маркина А.Н., Капустина Т.А., Белова Е.В., Парилова О.В., Кин Т.И. ЛОР-ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ЖИТЕЛЕЙ Г. КРАСНОЯРСКА С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 7-2. – С. 238-242;

Лечение

При аллергическом рините терапия должна быть комплексной:

- индивидуальные методы защиты больного от попадания в организм аллергена
- специфическая иммунотерапия (СИТ)
- неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия
- хирургические методы, направленные на элиминацию гнойного очага и уменьшения объема стойко увеличенных нижних носовых раковин
- местная кортикостероидная терапия, рефлексотерапия.





Лечение

При аллергическом рините терапия должна быть комплексной:

- индивидуальные методы защиты больного от попадания в организм аллергена
- специфическая иммунотерапия (СИТ)
- неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия
- хирургические методы, направленные на элиминацию гнойного очага и уменьшения объема стойко увеличенных нижних носовых раковин
- местная кортикостероидная терапия, рефлексотерапия.

