

# Алгоритмы диагностики и выбора лечебной тактики при синдроме нарушения носового дыхания у детей

И.А. Тихомирова

Научно-исследовательский Институт уха горла носа и речи, Санкт-Петербург

Наиболее часто предъявляемой жалобой у ЛОР пациентов является затруднение носового дыхания. Нужно отметить, что в большинстве случаев, жалоба имеет субъективную окраску и нередко, особенно у старших детей, жалобы родителей ребёнка и самого ребёнка расходятся. Количественная характеристика затруднения носового дыхания не менее важна для принятия решения о выборе тактики, объективизации клинической картины, что послужило поводом к принятию Европейским Обществом оториноларингологов декларации об обязательном проведении риноманометрии и введении её в стандарт обследования пациента с синдромом назальной обструкции.

Несмотря на широчайший круг нозологических единиц, ассоциированных с синдромом затруднения носового дыхания, стереотипность мышления нередко ставит на первое место в структуре причин назальной обструкции у детей аденоиды. Для детей старшего возраста и взрослых характерен поиск между искривлением носовой перегородки и вазомоторно-аллергическим ринитом. Кроме того, существует определённая разница в подходах к лечению хронического затруднения носового дыхания у взрослых и детей, не столько в выборе препаратов, сколько в выборе тактики и техники операций.

В то же время, в разные возрастные периоды значимость тех или иных причин назальной обструкции меняется. Так для новорождённых более логично думать о пороках развития полости носа (атрезия хоан/хоаны), у детей 2–3 лет не исключены инородные тела, у подростков – новообразования (ювенильная ангиофиброма). Однако, как показывает опыт, в любой возрастной группе можно столкнуться с причиной или причинами назальной обструкции, казалось бы, не вполне характерными. Так, автор имеет личный опыт первичной диагностики односторонней атрезии хоаны у ребёнка 18 лет, диагностики аплазии верхнечелюстной пазухи у ребёнка 10 лет, диагностики новообразования в возрасте 4 лет, диагностики внутриносовой локализации мозговой грыжи, имитировавшей рост полипа у ребёнка 6 лет.

В то же время, перечень заболеваний, сопровождающихся заложенностью носа, неизмеримо шире.

## Причины назальной обструкции у детей

### Врождённая патология:

- врождённая окклюзия входа в нос;
- врождённая хоанальная атрезия;
- стеноз хоан;

- челюстно-лицевой дизостоз:
  - синдром Третчер–Коллинз;
  - синдром Крузона.
- расщелина неба;
- врождённые кисты полости носа:
  - дермоидные;
  - одонтогенные.

- менингоэнцефалоцеле;
- bursa pharynges (Tornvaldt);
- гамартома;
- краниофарингеома;
- хорндома;
- тератома;
- врождённая плоскоклеточная карцинома носоглотки.

**Воспалительная патология** (ринит, риносинусит, аденоидит):

- бактериальная;
- вирусная;
- простейшие (лейшманиоз);
- грибы (аспергиллёз, мукромикетоз);
- паразиты.

### Аллергическая патология:

- аллергический ринит (персистирующий и интермиттирующий);
- полипоз.

### Токсическая патология:

- ингаляционно (СО, химические реактивы);
- медикаменты (йодиды, бромиды, гормоны);
- медикаментозный ринит.

### Патология носоглотки:

- увеличение глоточной миндалины.

### Травма:

- деформация наружная или внутренняя (в утробе матери, при рождении, в детстве);
- гематома/абсцесс носовой перегородки.

### Инородные тела:

- инородное тело;
- ринолит.

### Новообразования:

- эктодермального происхождения;
- мезодермального происхождения;
- нейrogenного (эстезионейробластома);
- одонтогенные:
  - идиопатические (ювенильная ангиофиброма).

### Метаболические нарушения:

- кистозный фиброз;
- патология щитовидной железы (гипер/гипотиреозидизм);
- диабет;
- нарушение метаболизма кальция.

### Идиопатическая:

- цилиарная дискинезия (синдром Картагенера);
- атрофический ринит;
- гранулёматозы и васкулиты (ревматоидный артрит, псориаз, склеродермия, саркоидоз, гранулёматоз Вегенера, срединная летальная гранулёма, Черджа-Стросса синдром, пемфигоид).

Длительно существующее затруднённое носовое дыхание, являясь проявлением различных заболеваний, может вызывать в организме сходные изменения, вне зависимости от своей причины. Обструкция носового дыхания может рассматриваться

в контексте диагностики синдрома храпа, ночного апноэ, деформации прикуса и лицевого скелета, энуреза.

Термин «аденоидное лицо» был введен в 1872 году С.В. Томес для описания характерных челюстно-лицевых изменений, возникающих на фоне хронической назальной обструкции. До настоящего времени врачи-ортодонты рекомендуют своим пациентам пройти обследование у оториноларинголога для исключения ЛОР патологии. В большинстве случаев, с нормализацией носового дыхания отмечается восстановление некоторых изменений челюстно-лицевой области. Однако линейная связь не всегда характерна для медицины, что подчёркивал ещё Kingsley в 1889 году, описав нормальное формирование скелета лица у ребёнка с тяжёлым затруднением носового дыхания. По мнению других авторов, имеется некая индивидуальная восприимчивость к назальной обструкции, с большей чувствительностью у долихоцефалов. Возможно, более корректным термином чем «аденоидное лицо» для описания внешних изменений ребёнка с постоянным затруднением носового дыхания является термин «синдром удлинённого лица», встречающийся в англоязычной литературе как long face syndrome. Последний включает в себя увеличение вертикального размера нижней трети лица, типичное апатичное выражение и улыбку, готическое небо.

К системным изменениям, сопровождающим назальную обструкцию, можно отнести лёгочное сердце – cor pulmonale.

Примерами ассоциации патологии могут являться рино-кардиальный, ринобронхиальный рефлекс, поражение нижних дыхательных путей при наличии очага инфекции или затруднённого дыхания на уровне верхних дыхательных путей, энурез у детей при наличии синдрома обструкции верхних дыхательных путей.

С конца XIX века затруднение носового дыхания, связанное с аденоидами, трактовалось как причина энуреза, задержки развития. Этим фактам можно дать современную трактовку: после удаления аденоидов и восстановления носового дыхания ребёнок начинал дышать носом, переставал храпеть, редко болел, набирал массу тела. Улучшался аппетит. Нормальное носовое дыхание и отсутствие апноэ нормализовали структуру сна и контроль над мочеиспусканием. Улучшение слуха у детей после аденотомии давало возможность ребёнку быстро развиваться.

Достоверное увеличение роста и массы тела у детей 3–10 лет после восстановления носового дыхания (в связи с удалением аденоидов) на современном этапе объясняется влиянием инсулиноподобного фактора роста (IGF-1), уровень которого с исходно низкого до операции возвращался к норме в течение 6 месяцев после операции.

Многообразие причин нарушения носового дыхания и вызванных им изменений, требует введения алгоритма обследования ребёнка с подобными жалобами. Нередко при обследовании выявляются заболевания, не входящие в компетенцию оториноларинголога.

Обследование ребёнка с затруднённым носовым дыханием имеет целью не только установить причину («уровень поражения»), но и уточнить степень обструкции и вызываемые сопряжённые заболевания, и проблемы.

**Методы обследования ребёнка с синдромом хронического затруднения носового дыхания:**

1. **Анамнез.** Подробная беседа и чётко сформулированные вопросы всегда помогут сузить широкий перечень возможных причин назальной обструкции. Прежде всего, необходимо уточнить одно- или двустороннее затруднение носового дыхания преобладает в жалобах. Так, например, при наличии аденоидов, полипоза носа, гипертрофии носовых раковин – нос будет дышать плохо с двух сторон. Одностороннее затруднение дыхания или постоянная асимметрия дыхания позволит заподозрить искривление носовой перегородки, инородное тело, новообразование. Очень характерно описывают пациенты затруднение носового дыхания при вазомоторном рините – чередование заложенности правой и левой половины носа и периодическую нормализацию дыхания. Не менее важны такие подробности, как наличие сезонного улучшения носового дыхания, ухудшения в период цветения растений, уборки комнаты, контакте с животными. Важно выяснить наличие сопутствующих симптомов, например носовых кровотечений, характерных для такого новообразования как ювенильная ангиофиброма носоглотки.

Беседуя с родителями ребёнка, важно уточнить семейный анамнез и наличие аллергических заболеваний у родственников. Пассивное курение, посещение бассейна с хлорированной водой могут быть причинами хронического отёка слизистой носовых раковин и являться «функциональной», а не анатомической причиной назальной обструкции.

#### Информация о препарате

#### ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Комбинированный препарат для симптоматического местного лечения ринита. Фенилэфрин – альфа-адреномиметик, при местном применении оказывает селективное умеренное сосудосуживающее действие за счёт стимуляции альфа1-адренорецепторов, расположенных в сосудах. Быстро и надолго устраняет отёк слизистой оболочки полости носа и его придаточных пазух.

Диметинден является противоаллергическим ЛС – блокатором H1-гистаминовых рецепторов; не оказывает действия на активность мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.

#### ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Острый ринит (в т. ч. при «простудных» заболеваниях); аллергический ринит (в т. ч. при сенной лихорадке); вазомоторный ринит; хронический ринит; синусит; острый средний отит (в качестве вспомогательного метода лечения).

Подготовка к хирургическим вмешательствам в области носа и устранение отёка слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух после хирургических вмешательств в этой области.

#### ВИБРОЦИЛ® (Новartis Консьюмер Хелс С.А., Швейцария) Диметинден + Фенилэфрин

Гель назальный 12 г, капли назальные 15 мл, спрей назальный 10 мл

#### РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

Взрослым и детям старше 6 лет назначают по 3–4 капли в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки; раствор для интраназального применения – по 1–2 впрыскивания в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки; гель наносят в каждый носовой ход как можно глубже 3–4 раза в сутки (последнюю аппликацию проводят незадолго до сна). Детям (1–6 лет) назначают только в виде капель в нос (по 1–2 капли в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки), грудным детям (до 1 года) – по 1 капле в каждый носовой ход 3–4 раза в день. Перед применением рекомендуется очистить носовые ходы; закапывают в нос, запрокинув голову. Это положение головы сохраняют в течение нескольких минут. Грудным детям закапывают в нос перед кормлением. При использовании спрея распылитель следует держать вертикально, наконечником вверх. Держа голову прямо, вставляют наконечник в носовой ход, 1 раз коротким резким движением сжимают распылитель, а вынув наконечник из носа, разжимают. Во время впрыскивания рекомендуется слегка вдохнуть через нос.

**Разделы:** Фармакокинетика, Противопоказания, Побочные эффекты, Передозировка, Особые указания – см. в инструкции по применению.

# Виброцил®

## *Мягкое действие при:*

- Круглогодичных аллергических ринитах
- Острых и хронических ринитах
- Острых и хронических синуситах



- Спрей
- Гель
- Капли

Рег. ул. геля, назальный П №01519201 от 10.10.2008,  
капли назальные П №01519203 от 07.08.2008,  
спрей назальный П №01519202 от 31.07.2008

Нередко, родителям и врачу-педиатру известны соматические заболевания ребёнка, но они не связывают плохое носовое дыхание с ними и лечат их по отдельности.

2. **Наружный осмотр.** Типичное лицо ребёнка с затруднением носового дыхания говорит только о самом факте наличия обструкции, но никак не указывает на причину, если, конечно же, это не деформация наружного носа.

3. **Передняя риноскопия** является наиболее доступным методом для уточнения целого ряда причин затруднения носового дыхания, но не всегда позволяет выявить анатомические изменения задних отделов полости носа и перегородки носа, изменения латеральной стенки полости носа.

4. **Задняя риноскопия** не всегда выполнима технически, так как ребёнок может не позволить осматривать носоглоточным зеркалом, введённым через рот, задние отделы полости носа и носоглотку. Кроме того, даже у старших детей может быть повышен глоточный рефлекс, и осмотр не удастся.

5. **Не рекомендуется проводить пальцевое исследование** носоглотки из-за высокой травматичности метода и низкой информативности.

6. **Метод боковой рентгенографии носоглотки** хорошо зарекомендовал себя, прежде всего, из-за высокой доступности на амбулаторном этапе и относительно высокой информативности при дифференциальной диагностике заболеваний носоглотки – аденоидов. Тень увеличенной глоточной миндалины на боковой рентгенограмме перекрывает воздушный столб, просвет носоглотки, что позволяет говорить о наличии аденоидов и определить их размер, степень с измерением аденоидно-носоглоточного соотношения. На основании рентгенологических данных не представляется возможным говорить о наличии или отсутствии воспаления, отёка аденоидов, наличии густой слизи и казеоза на их поверхности.

7. **Компьютерная томография придаточных пазух носа** позволяет детально рассмотреть как саму полость носа и носоглотки, так и все стенки пазух носа и выявить полипоз, хронический синусит, образования, пороки развития носа и пазух, грибовое тело (мицетому).

8. **Эндовидео-рино-фарингоскопия**, безусловно, является золотым стандартом в диагностике заболеваний верхних дыхательных путей, сопровождающихся синдромом обструкции носового дыхания. У ребёнка она выполнима с момента рождения фиброскопом 2,5 мм. У старших детей так же используется жёсткая оптика. К преимуществам относится возможность видеодокументации на цифровой носитель, консультации и обсуждения видеозаписей с коллегами при необходимости.

9. **Акустическая ринофлоуметрия** – количественная оценка затруднения носового дыхания.

10. **Полисомнография** – комплексный метод оценки нарушений дыхания во время сна при мониторингировании функций кардиореспираторной системы. Особенно актуален в части диагностики храпа и сонного апноэ.

11. Осмотр врачей-консультантов – челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, педиатра, невролога, аллерголога.

12. Аллерготесты (RAST, риноцитограмма, исследование уровня общего и специфических IgE).

### Общие принципы терапии

Поскольку назальная обструкция не является заболеванием и имеет множество причин, то, прежде всего, нужно определиться с тактикой – консервативное лечение, операция или сочетанное лечение (например, терапия топическими кортикостероидами в сочетании с эндоскопическим уда-

лением полипов – при полипозном риносинусите). Так же следует предостеречь от чрезмерного применения деконгестантов или сосудосуживающих капель в нос, которые являются симптоматическим средством и не решают проблему в глобальном масштабе. Кроме того, иногда наблюдается синдром отмены, «рикошета» после окончания приёма деконгестантов, и нос перестает дышать.

Иными словами, достигнуть успеха в решении вопроса нормализации носового дыхания у ребёнка можно исходя из понимания причины или причин его нарушения, комплексно обследуя ребёнка у оториноларинголога и педиатра.

Основная доля «неудач» при лечении затруднённого носового дыхания, по нашему мнению, приходится на случаи гипердиагностики «аденоидов» и приписывании им первопричины назальной обструкции у ребёнка. После операции аденотомии наступает разочарование родителей, так как жалобы на затруднение носового дыхания остались, и попытка объяснить проблему рецидивом разрастания «аденоидов». С этой точки зрения интересна работа B. Joshua и соавт. (2007), оценивших удовлетворенность родителей детей, перенесших аденотомию, через 3–5 лет после операции. Исследователи обнаружили таковую у 87 %. Интересным является то, что у 13 % детей, родители которых не были удовлетворены результатами, при выполнении эндоскопии носа и носоглотки не было обнаружено рецидива роста глоточной миндалины, т. е. рецидив составил 0 %. В то же время эндоскопическое обследование выявило сочетанные изменения анатомии полости носа, объясняющие сохранение назальной обструкции после аденотомии и тем самым неудовлетворенность родителей – у 13 %.

Таким образом, успех коррекции синдрома затруднённого носового дыхания зависит, прежде всего, от правильно установленного «уровня поражения» (нос и/или носоглотка), а так же от определения патогенеза (воспаление, аллергический процесс, вазомоторный нейро-вегетативный процесс, вторичные дистормональные изменения слизистой оболочки носа).

Нужно отметить, что в большинстве случаев у детей имеется несколько причин хронической назальной обструкции.

Существуют принципы терапии, применимые практически у всех групп пациентов с синдромом назальной обструкции. К одним из таких относится ирригационная или при наличии аллергии – ирригационно-элиминационная терапия.

Ирригационная терапия является исторически наиболее ранней в применении при заболеваниях носа и пазух. Традиционно применяемый физиологический раствор на современном этапе может быть заменён более удобными в использовании коммерческими растворами. Необходимо соблюдать несколько правил, обусловленных физиологией носа и мерцательного реснитчатого эпителия полости носа. Температура растворов для промывания полости носа должна соответствовать температуре тела – 36,6° С, так как функция ресничек оптимальна при температуре слизистой оболочки носа 28–33° С и прекращается при температуре 7–10° С. Нормальный pH слизи носа составляет 5,5–6,5. Если pH больше 6,5 – активность ресничек снижается.

Среди положительных эффектов промывания полости носа необходимо отметить не только механическое удаление пыли, аллергенов, патогенов, но и положительное рефлекторное воздействие гидротерапии. Зачастую, простое промывание и увлажнение слизистой оболочки полости носа при вазомоторном рините приводит к улучшению носового дыхания.

Таблица 1. Классификация деконгестантов по L. Malm, F. Anggard, 1993

| Механизм действия                        | Генерическое название                                             |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| $\alpha_1$ -адреномиметики               | Фенилэфрин                                                        |
| $\alpha_2$ -адреномиметики               | Инданазолин ксилонметазолин<br>нафазолин оксиметазолин тетризолин |
| $\alpha$ -, $\beta$ -адреномиметики      | Адреналина гидрохлорид                                            |
| Способствующие выделению норадреналина   | Эфедрин                                                           |
| Предотвращающие утилизацию норадреналина | Кокаин                                                            |

Исторически, ирригационная терапия с успехом применялась для лечения синуситов, о чем мы можем судить по переписке И.П. Пирогова: «Болезнь вашей жены, любезнейший Александр Леонтьевич, мне хорошо известна, я имел несколько подобных случаев и долго бился, пока не решился на вскрытие Гигморовой пазухи через зубную ячею... Гной ...застаивается в отделениях пазухи; после того как ему дан будет свободный выход вниз через ячею помогают и впрыскивания из йодистой настойки и карболовой кислоты... Купания в Лимане и Крейцнахе несколько улучшали состояние, хороши и души Крейцнахскою водою или лучше промывание посредством ирригатора... такие сквозные промывания пазухи должно употреблять несколько раз в день... Пирогов, 1872 г.».

Однако при несоблюдении правил проведения ирригационной терапии, промывании и сморкании при заблокированной полости носа возможно возникновение осложнений в виде отита. Об одном из таких осложнений живописно сообщает обзор зарубежных статей, опубликованный в 1 номере за 1913 год журнала Ежемесячник ушных, горловых и носовых болезней, издававшихся в Санкт-Петербурге. Название реферата статьи: «Периферический паралич лицевого нерва, вызванный промыванием носа носовым душем». «Пациент 39 лет страдал хроническим катарром носа и ежедневно промывал его при помощи душа, после одного такого промывания появилась сильная боль в левом ухе ... Через 5 дней больной просыпается с параличом *n. facialis*... промывание носа не следует прописывать больному... таковое должно быть произведено самим врачом, причём струю следует направлять из более узкой ноздри в более широкую ... чтобы больной не глотал во время промывания ... он должен высунуть язык, так как при высунутом языке акт глотания невозможен».

Группа сосудосуживающих препаратов относится к наиболее востребованным средствам в терапии и хирургии патологии носа и носоглотки также вне зависимости от причин и патогенеза синдрома назальной обструкции. В большинстве случаев, эти препараты оказывают симптоматическое действие.

**Деконгестанты** (congestion – закупорка, застой) – группа препаратов, вызывающих вазоконстрикцию сосудов слизистой оболочки. Механизм действия связан со стимуляцией альфа-адреномиметических рецепторов гладкой мускулатуры сосудистой стенки с развитием обратимого спазма (табл. 1).

История применения данного класса препаратов уходит в далёкое прошлое. Ещё 5 000 лет назад китайцы использовали травы, содержащие эфедрин для лечения насморка. В 1887 году был выделен алкалоид эфедрин из травы ма-хуанг, в 1902 – получен фенилэфрин и в 1941 – дериват – нафазолин. Таким образом, менее чем за 100 лет победное шествие капель, облегчающих носовое дыхание, привело к необходимости предупреждать врачей о том, что «ни один класс лекарств не используется

так широко и не представлен так обширно как сосудосуживающие» – писал Кали в 1945 году.

#### Препараты комбинированного действия:

- Сосудосуживающий и противоаллергический эффект: Виброцил®, санорин-аналергин.
- Сосудосуживающий и противомикробный:
  - полидекса с фенилэфрином;
  - сосудосуживающий и муколитический эффект: ринофлуимуцил.

К современным требованиям к деконгестантам относятся эффективность, безопасность и минимум побочных эффектов.

Одним из наиболее популярных как в детской, так и во взрослой практике является комбинированный деконгестант Виброцил®. Благодаря комбинации в нем двух компонентов –  $\alpha_1$ -адреноблокатора и блокатора H1 рецепторов, при использовании Виброцила® обеспечивается противоотечное, сосудосуживающее и противоаллергическое действие.

Фенилэфрин, входящий в состав Виброцила®, является симпатомиметическим средством и при местном применении оказывает умеренное сосудосуживающее действие (за счёт стимуляции  $\alpha_1$ -адренорецепторов, расположенных в венозных сосудах слизистой оболочки носа), устраняет отёк слизистой оболочки носа и его придаточных пазух на продолжительное время.

Второй компонент Виброцила® – диметиндена малеат является антагонистом гистаминовых H1 рецепторов, оказывая патогенетическое воздействие на процессы аллергического воспаления в полости носа.

Важно отметить, что фенилэфрин, входящий в состав Виброцила®, не вызывает уменьшения кровотока в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух, и следовательно, в меньшей степени нарушает её функции. Благодаря естественному уровню pH, сопоставимому с pH слизистой оболочки носа и изотоничности (300 mOsm), Виброцил® не влияет на функцию реснитчатого эпителия слизистой оболочки и не вызывает реактивную гиперемия, удовлетворяя основным требованиям физиологического лечения слизистой оболочки носа.

Принципиально важным является то, что в отличие от других сосудосуживающих препаратов, Виброцил®, благодаря своей безопасности, может применяться курсом до 10–14 дней.

Виброцил® применяется 3–4 раза в день. Чтобы препарат оказал максимальное действие, необходимо перед его применением очистить нос.

Три формы выпуска (капли, спрей, гель) помогают удобно дозировать Виброцил® в разных возрастных группах.

Раствор-капли назальные подходит для детей в возрасте до 1 года: разовая доза в каждый носовой ход – 1 капля. Кроме того, раствор-капли используются у детей в возрасте от 1 года до 6 лет, разовая доза составляет 1–2 капли. Закапывают их в нос, запрокинув голову. Это положение головы сохраняют в течение нескольких минут.

Детям старше 6 лет и взрослым назначают спрей назальный по 1–2 впрыскивания в каждую ноздрю 3–4 раза/сут. Распылитель следует держать вертикально, наконечником кверху. Держа голову прямо, вставляют наконечник в ноздрю, 1 раз коротким резким движением сжимают распылитель.

Гель назальный детям в возрасте старше 6 лет и взрослым вводят в каждую ноздрю как можно глубже 3–4 раза/сут. Применение геля назального непосредственно перед сном обеспечивает отсутствие заложенности носа в течение всей ночи. Гель является наиболее удобной формой применения деконгестанта перед сном и наиболее востребован

у ЛОР-хирургов при ведении послеоперационного периода (септум-операция, различные варианты конхопластик, полипотомия, функциональные эндоскопические вмешательства на пазухах FESS).

Двухкомпонентный состав определяет широкие возможности для рекомендации Виброцила® пациентам с круглогодичными и сезонными аллергическими ринитами в период обострения, в составе комплексной терапии у больных с острыми и хроническими заболеваниями придаточных пазух носа, с острыми отитами. Применение Виброцила® при острых ринитах особенно показано у пациентов с отягощённым аллергологическим анамнезом, больных, склонных к затяжному, продолжительному течению ринитов, а также у детей грудного и раннего возраста, для которых крайне важно, чтобы используемые препараты были одинаково эффективными и безопасными.

Топические кортикостероиды являются препаратами без которых немыслима современная ринология. Лечение аллергического ринита, полипозного синусита базируется на применении местных препаратов – кортикостероидов.

Можно сказать, что за последние 2–3 года большинство врачей и большая часть пациентов преодолели «стероидофобию» и пришли к осознанию эффективности, безопасности применения этих мощных противовоспалительных и противоаллергических средств.

Несмотря на то, что интраназальные кортикостероиды не зарегистрированы как лечебное средство при аденоидитах и аденоидах у детей, огромный поток научной литературы, обосновывающий их применение у детей с респираторными формами аллергии и гиперплазией глоточной миндалины (аденоидов).

### Хирургическая коррекция

Попытка решить проблему затруднения носового дыхания при наличии анатомической формы обструкции с помощью консервативной терапии и сосудосуживающих средств приводит к затягиванию сроков решения проблемы и усугубляет ситуацию появлением побочных эффектов от злоупотребления деконгестантами.

Таким образом, при наличии анатомических причин для возникновения синдрома обструкции носового дыхания хирургический метод восстановления носового дыхания является оптимальным.

К анатомическим вариантам синдрома назальной обструкции, требующим хирургического решения, относятся аденоиды, искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, пороки развития (атрезия хоан), новообразования (хоанальный полип, ангиофиброма носоглотки), инородные тела носа (ринолиты).

Современные ринологические операции у детей выполняются под наркозом при помощи эндоскопической техники.

В заключение, ремарка по поводу возраста ребёнка и его соотношения с операцией аденотомии. Есть ли оптимум и возрастные ограничения? – Нет. Возраст не может быть показанием или противопоказанием к операциям при затруднении носового дыхания. Согласно сообщению коллег, были успешно прооперированы 24 ребёнка до 1 года с верифицированной гипертрофией глоточной миндалины, обструктивным апноэ, после выполнения эндоскопии носоглотки, полисомнографии, эхокардиографии и Ph-метрии. Выздоровление сопровождалось исчезновением всех симптомов обструкции (A. Shatz, 2004).

Длительное время считалось, что искривление носовой перегородки подлежит хирургической коррекции только у взрослых. На настоящий момент возрастные ограничения для данной операции сняты при соблюдении строгих показаний к хирургической коррекции и щадящей техники – септопластику, выполненную у ребёнка 5 лет. В литературе приведены данные успешной коррекции начиная с периода новорождённости, безусловно, по строгим показаниям (A.J. Emami et al., 1996).

Во многом успех операции и качество носового дыхания будет зависеть от правильного послеоперационного ухода за полостью носа. Удаление экссудата, корок, снятие послеоперационного отёка в полости носа – все это важные составляющие лечебного процесса. Одним из наиболее популярных деконгестантов для использования в послеоперационном периоде является Виброцил – гель.

В заключение, хотелось ещё раз подчеркнуть важность применения унифицированного системного подхода в диагностике синдрома нарушения носового дыхания у детей и индивидуальной дифференцированной лечебной тактики.

Диагностика синдрома нарушения носового дыхания, на современном этапе, базируется, как правило, не только на полном представлении клинической картины, но и на «доказательных» методах, таких как эндовидео-рино-фарингоскопия, акустическая риноманометрия, компьютерная томография, аллерготесты.

В терапию синдрома нарушения носового дыхания в зависимости от этиопатогенеза могут быть включены препараты различных групп – противоаллергические, антибактериальные, антисептические, однако неизменно востребованными являются, как правило, ирригационная терапия и современные деконгестанты, выбор которых базируется на принципе эффективности и безопасности. В ряду таковых может быть рекомендован препарат Виброцил®, как современный, качественный и эффективный препарат, выпускаемый в удобных различных формах для пациентов всех возрастов.