

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Хронические и острые риниты

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Петрова М. А.

Выполнила: ординатор 2 года обучения Егорова А.А.



Красноярск, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

1 ХРОНИЧЕСКИЕ РИНИТЫ

1.1 Виды и лечение хронических ринитов

1.2 Озена

2 ОСТРЫЕ РИНИТЫ

2.1 Стадии течения острых ринитов и их лечение

2.2 Острый ринит у детей

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Ринит— синдром воспаления слизистой оболочки носа. Инфекционный ринит вызывается различными микробами и вирусами; развитию ринита способствует переохлаждение, сильная запылённость и загазованность воздуха. Ринит часто является одним из проявлений других заболеваний (например: гриппа, дифтерии, кори). Воспаление слизистой оболочки носа сопровождается: затруднение дыхания через нос, выделения из носа, зуд, жжение в полости носа совмещенное с чиханием. Длительность ринита составляет ≥ 1 ч в день в течение ≥ 2 недель на протяжении года.

Актуальность выбранной темы заключается в том, что заболевание риниты, опасное и он нём надо знать. Поэтому я поведаю вам о ринитах и их видах, а так же в чем проявляется это заболевания.

Объектом исследования являются острые и хронические риниты.

Целью работы является исследование острых и хронических ринитов.

1 ХРОНИЧЕСКИЕ РИНИТЫ

1.1 Виды и лечение хронических ринитов

Хронический ринит, острый и хронический синусит встречаются довольно часто и в структуре всей оториноларингологической заболеваемости занимают третье место (после тонзиллитов и отитов).

Хронический ринит принято делить следующим образом:

- Катаральный ринит.
- Гипертрофический ринит:

1) ограниченный;

2) диффузный.

- Атрофический ринит:
- 1) простой – ограниченный, диффузный; 2) зловонный насморк, или озена.
- Вазомоторный ринит:
- 1) аллергическая форма; 2) нейровегетативная форма.

Причины возникновения хронического ринита довольно многообразны. Это прежде всего инфекция, часто повторяющиеся острые риниты, заболевания околоносовых пазух, воздействие неблагоприятных метеорологических факторов, пыли, паров, газов, пыльцы различных растений, длительная застойная гиперемия слизистой оболочки полости носа при алкоголизме, хронических заболеваниях сердца, сосудов, почек.

В основе развития вазомоторного ринита лежат измененная реактивность организма, функциональные сдвиги в эндокринной, центральной и вегетативной нервной системе.

Патологоанатомические изменения при катаральном, гипертрофическом и даже вазомоторном ринитах имеют определенные общие признаки, существенным образом

отличающиеся от атрофического хронического ринита. При первых трех это – отек и инфильтрация слизистой оболочки, метаплазия эпителия на отдельных участках. Гипертрофическому риниту, кроме того, свойственны пролиферативный процесс в различных слоях слизистой оболочки, гиперплазия и фиброз в эпителиальном слое, гиперплазия кости. Для атрофического ринита характерно исчезновение бокаловидных клеток, отсутствие ресничек у эпителиальных клеток, метаплазия цилиндрического эпителия в плоский, уменьшения размера и числа слизистых желез и кровеносных сосудов. При озене число желез резко сокращается, в сосудах наблюдается процесс, близкий к облитерирующему эндартерииту, костная основа раковин рассасывается и замещается соединительной тканью.

Рассмотрим клинические проявления различных форм хронического ринита и их лечение.

При хроническом катаральном рините свойственны жалобы на постоянные выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера, попеременную заложенность то одной, то другой половины носа, появление затрудненного носового дыхания в горизонтальном положении тела, исчезающего с переменой положения или при физической нагрузке.

При риноскопии отмечаются гиперемия, обильная влажность слизистой оболочки полости носа; нижние и средние носовые раковины набухшие, они суживают просвет общего носового хода, но не закрывают его полностью. После анемизации (смазывание слизистой оболочки 3% раствором эфедрина, 0,1% раствором адреналина) носовые раковины полностью сокращаются, что и отличает катаральный ринит от гипертрофического. В носу, преимущественно на две полости носа, имеется слизистое или слизисто-гнойное отделяемое.

Лечение при хроническом катаральном рините заключается в применении антибактериальных и вяжущих препаратов в виде 2% салициловой или 5% стрептоцидовой мази, 2-3% раствора колларгола или протаргола. Назначаются физиотерапевтические процедуры: УФО эндоназально, УВЧ, электрофорез 0,25- 0,5% раствора сульфата цинка.

При гипертрофическом хроническом рините характерным является постоянное и обычно резко выраженное затруднение носового дыхания. Иногда бывает больше нарушен вдох или выдох, что зависит от того, передние или задние концы нижних носовых раковин гипертрофированы. В связи с длительно нарушенным носовым дыханием могут появляться головная боль, снижения обоняния, слуха, закрытая гнусавость.

При риноскопии (изменения можно обнаружить как при передней, так и при задней риноскопии) выявляется застойная гиперемия слизистой оболочки носовых раковин, последние резко увеличены в размерах, соприкасаются с перегородкой носа. Раковины могут быть равномерно увеличены на всем протяжении (диффузная гипертрофия) или только в области передних (чаще) или задних концов – ограниченная гипертрофия. В последнем случае задние концы раковин напоминают собой либо тутовую ягоду (при сосочковидной гиперплазии слизистой оболочки), либо – при выраженной гипертрофии и отеке – полип.

Лечение при гипертрофическом хроническом рините хирургическое. При диффузной гипертрофии оно заключается в прижигании раковин электрическим током –

гальванокаустика, в воздействии на раковины сверхнизкими температурами (криовоздействие), в ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин. Хирургическое вмешательство, осуществляемое при ограниченной гипертрофии, называется конхотомией. Увеличенную часть раковины удаляют режущей носовой петлей с предварительным надрезом ее конхотомом или с помощью одной только петли без надреза.

При простом атрофическом рините характерны жалобы на сухость в носу, образование корок на слизистой оболочке, периодическое небольшое кровотечение из носа. Как правило, кровотечение останавливается без врачебных вмешательств, самопроизвольно или от применения таких простых мер, как введение в нос ватного шарика с вазелином, прижатие крыла носа к его перегородке.

Процесс атрофии может носить ограниченный характер и локализоваться преимущественно в передней части перегородки носа – *rhinitis sicca anterior*, либо быть распространенным на всю полость носа (тогда, кроме перечисленных ранее жалоб, больные нередко отмечают понижение обоняния).

При риноскопии видна бледно-розовая слизистая оболочка, сухая, матовая, покрытая нетолстыми корками желтовато-зеленого цвета. В передней части перегородки носа слизистая оболочка особенно истончена, иногда можно обнаружить здесь перфорацию. Исследование обоняния выявляет его снижение в той или иной степени – гипосмию.

Лечение при этой форме ринита консервативное, комплексное - местное и общее. Местно назначаются капли, мази с размягчающими, раздражающими, дезинфицирующими средствами. Хорошим стимулирующим и улучшающим трофику слизистой оболочки полости носа действием обладает излучение гелий-неонового лазера, которое стало в самое последнее время включаться в комплекс терапевтических мероприятий при дистрофических процессах в слизистой оболочке верхних дыхательных путей.

1.2 Озена

Особое место занимает форма хронического ринита, как зловонный атрофический насморк, или озена.

Озена как заболевание известна очень давно, немногие болезни могут сравниться с ней по древности возраста. Упоминания о зловонном насморке имеются у индусов и египтян еще в XXX в. до н.э. В медицинской литературе зловонный насморк описан Гиппократом (460 г. до н. э.), Цельсом (I век н.э.), Галеном (II век н.э.). В те далекие времена причиной зловонного насморка считали испорченные соки, вытекающие из головы; в средние века его связывали с сифилисом, который тогда был широко распространен в Европе, и относили озену к парасифилитическим заболеваниям.

Несмотря на то, что заболевание известно очень давно и его изучению посвящено большое число исследований, не все еще полностью ясно. Прежде всего это относится к этиологии и лечению. Что же касается клинической картины озены, то она четкая, конкретная, яркая и позволяет обоснованно проводить дифференциальный диагноз.

Для озены характерно:

- резкая атрофия не только слизистой оболочки, но и костного скелета полости носа;

- наличие в носу толстых корок со специфическим, крайне неприятным запахом;
- anosmia. (в первый период заболевания anosmia обычно обусловлена корками, покрывающими обонятельную выстилку; в дальнейшем она становится эссенциальной, что связано с атрофией обонятельной области).

Для патологоанатомической картины в начале заболевания характерно наличие в подэпителиальном слое густого круглоклеточного инфильтрата. По мере нарастания атрофии инфильтрация сменяется развитием плотной фиброзной, волокнистой ткани и гиалиновых бесструктурных прослоек. При этом слизистая оболочка истончается и уплотняется. Эти плотные соединительнотканые новообразования сдавливают сосуды и железы, вызывают местный эндартериит и эндофлебит; кавернозная ткань запустевает, наступает жировое перерождение и атрофия большинства желез и железистых клеток. Цилиндрический эпителий перерождается в плоский ороговевающий на большей части слизистой оболочки носа. Костный поверхностный слой носовых раковин содержит множество остеокластов (клетки рассасывающие кость).

Начиная с последней четверти прошлого века, существуют две конкурирующие группы теорий этиологии озены: инфекционная и неинфекционная.

Сторонники первой, инфекционной теории считают первопричиной озены микробный фактор, а нарушения деятельности вегетативной нервной системы и эндокринной систем, конституциональные особенности организма, социальные и климатические условия рассматривают как сопутствующие моменты, способствующие развитию заболевания.

Сторонники же неинфекционной теории этиологии озены считают ее первично нейродистрофическим заболеванием, обусловленным снижением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Это приводит к атрофии слизистой оболочки и костного скелета носа, на фоне которой происходит бурное развитие различных видов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Результатом их деятельности является разрушение белков тканей с образованием индола, скатола, сероводорода. Продукты распада белка и определяют дурной запах из носа.

В настоящее время больше сторонников имеет инфекционная гипотеза этиологии озены, согласно которой главная роль отводится микроорганизму – клебсиелле озены (*Klebsiella ozaenae*). Она относится к капсулообразующим грамотрицательным бактериям, имеет форму палочки с закругленными концами, длиной 1-5 мкм, толщиной 0,5 мкм, жгутиков клебсиеллы не имеют, спор не образуют. Бактерии рода *Klebsiella* включают в семейство энтеробактерий и разделяют на 3 вида; 1) *Klebsiella rhinoscleromatis* является возбудителем склеромы; 2) *Klebsiella ozaenae* – возбудитель озены, 3) *Klebsiella pneumoniae*. Этот последний вид клебсиелл высокополиморфен; при определенных условиях его представители могут вызывать у человека сепсис, пневмонию (так называемая фридлендеровская пневмония), острые кишечные заболевания, пиелонефрит, перитонит, менингит и др. Кроме клебсиеллы, у больных озеной часто обнаруживают коринебактерии и протей, количество же кокковидных форм значительно уменьшено по сравнению с нормальной микрофлорой слизистой оболочки носа.

Озену необходимо дифференцировать главным образом со следующими двумя заболеваниями.

- Простой атрофический ринит – атрофия ограничивается только слизистой оболочкой и не захватывает костные стенки, нет дурного запаха из носа.
- Сифилис, при котором возможны неприятный запах из носа и образование корок, в отличие от озоны характеризуется образованием гуммы или перфорации в костном отделе перегородки носа, западением спинки носа, положительными специфическими серологическими реакциями – реакцией Вассермана, реакцией иммунофлюоресценции (РИФ), реакцией иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) и др.
- Удаление корок из полости носа путем ее промывания 2% раствором гидрокарбоната натрия, 1% раствором перекиси водорода, 0,1% раствором перманганата калия, 1% раствором диоксида.
- Введение в полость носа на 2-3 часа тампонов с йод-глицерином, с мазью А.В. Вишневского, с 5% эмульсией синтомицина, антибактериальной мазью, включающей сок каланхоэ.
- Осуществление физиотерапевтических процедур – аэроионотерапии, аэрозольных ингаляций; в смеси для ингаляций могут входить ферментные препараты – трипсин, рибонуклеаза, коллагеназа, а также стрептомицин или тетрациклин.
- Применение парентерально стрептомицина или антибиотиков тетрациклинового ряда, никотиновой кислоты.

В качестве симптоматического лечения озоны предложены и хирургические вмешательства, чтобы уменьшить просвет полости носа. Для этого под слизистую оболочку перегородки носа, дно носа и боковой стенки вводят кусочки сетчатого лавсана, тефлона, капрона, акриловой пластмассы. Трансплантаты нередко отторгаются и, видимо, поэтому операции широкого применения не нашли. За рубежом довольно большое распространение получила операция частичного или полного закрытия ноздрей.

Для вазомоторного ринита характерна триада симптомов: затрудненное носовое дыхание, обильные (иногда профузные) слизистые или серозные выделения из носа, приступы чихания.

Различают 2 формы вазомоторного ринита: аллергическую (в ней еще выделяют сезонный насморк, или поллиноз) и нейровегетативную.

При аллергической форме причиной заболевания могут быть: пыльца различных растений, пищевые продукты, любые лекарственные средства, домашняя пыль, волосы, перо птицы, дафнии, бактерии т.д. Все они являются аллергенами, если у человека имеется к ним повышенная чувствительность (сенсibilизация). В основе развития аллергической формы вазомоторного ринита лежит специфическая реакция между аллергеном тканевыми антителами, в результате которой выделяются химически активные вещества (гистамин, ацетилхолин, серотонин и др.), способствующие клиническим проявлениям заболевания.

В возникновении нейровегетативной формы вазомоторного ринита главная роль отводится функциональным изменениям центральной нервной системы, автономной

нервной системы, эндокринной системы. В результате этого слизистая оболочка носа дает неадекватные реакции в ответ даже на обычные физиологические раздражения ее.

Аллергическая и нейровегетативная формы вазомоторного ринита заметно отличаются и по риноскопической картине.

Для аллергической формы характерно наличие набухлости слизистой оболочки, возникающей не за счет переполнения кровью (венозная гиперемия), а в результате обильной протекания транссудата из капилляров. Слизистая оболочка полости носа бледная, иногда белая, восковидная, атоничная. Средние носовые раковины отечны, напоминают полипы. Смазывание слизистой оболочки сосудосуживающими средствами не дает такого сокращения, как при нейровегетативной форме. При последней, слизистая оболочка обычно синюшна, нередко на этом фоне определяются сизые или голубые участки – пятна Воячека.

Прежде чем назначить лечение больным вазомоторным ринитом, их следует проконсультировать у аллерголога. Выявление аллергена позволит провести специфическую гипосенсибилизацию, что облегчит дальнейшее лечение и сделает его положительный результат более вероятным.

Если аллерген не обнаружен или выявлена полиаллергия, то назначают неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию в виде средств общего и местного воздействия. Для этого используют антигистаминные препараты, (-аминокапроновую кислоту, 10-30% раствор тиосульфата натрия, препараты кальция, аскорбиновую кислоту, атропин, беллоид или белласпон, 5% раствор интала.

Местное лечение включает применение димедрол-гидрокортизоновой мази, 1% инталовой мази, аэрозоля бекотида, физиотерапевтические средства: электрофорез 1% раствора димедрола, 1% раствора интала, ультрафонофорез суспензии гидрокортизона, гидрокортизоновой мази, электрофорез 1% раствора хлорида кальция по воротниковой методике, аэроионотерапию, общее ультрафиолетовое облучение, воздействие на слизистую оболочку лазерным излучением.

При вазомоторном рините может быть вторичная гипертрофия носовых раковин. Тогда прибегают к хирургическому вмешательству: гальванокаустике носовых раковин, криовоздействию, ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин, конхотомии.

Следует сказать и о рефлексотерапии при вазомоторном рините. Она производится в виде акупунктуры, электропунктуры, электроакупунктуры, внутриносовых новокаиновых блокад.

Больные вазомоторным ринитом должны отказаться от длительного применения сосудосуживающих капель в нос, соблюдать правильный режим дня с чередованием работы и отдыха, следить за чистотой воздуха в жилых и рабочих помещениях.

- **ОСТРЫЕ РИНИТЫ**

2.1 Стадии течения острых ринитов и их лечение

Острый ринит (насморк). Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости носа называются ринитами. Они сопровождаются выделениями из носа различного количества

слизи и нарушением носового дыхания. Это ответная реакция слизистой оболочки полости носа на воздействие различных неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды организма, которые превосходят защитные способности слизистой оболочки и вызывают её воспалительное состояние.

Ринит может быть инфекционного и неинфекционного происхождения, причем инфекционная причина развития насморка доминирует среди других факторов. Насморк - постоянный симптом при гриппе и острых респираторных вирусных инфекциях. Для многих широко распространенных инфекционных заболеваний острое воспаление слизистой оболочки носа является одним из ведущих симптомов начала заболевания.

Острый ринит начинается внезапно. В течении острого ринита различают три стадии, отличающиеся по своим клиническим проявлениям:

- 1) Первая стадия острого ринита – сухая стадия раздражения слизистой оболочки. В этой стадии больной отмечает ощущение щекотания, царапания, жжения, усиливающееся на вдохе. Поток вдыхаемого воздуха, проходя через полость носа вызывает раздражение слизистой оболочки. Выделений из носа на этой стадии нет. Состояние раздражения слизистой оболочки продолжается несколько часов и сопровождается нарастающим ухудшением общего состояния, ощущением тяжести в голове, переходящей в головную боль в области лба и висков, щекотанием, повышением температуры тела до субфебрильных цифр.
- 2) Вторая стадия острого ринита – стадия серозных выделений – характеризуется появлением обильных серозных выделений. Отделяемое из полости носа совершенно прозрачное, напоминает водянистую жидкость, содержащую в высоких концентрациях поваренную соль, аммиак, биологически активные вещества. В связи с этим выделяемый секрет оказывает раздражающее действие, вызывая образование болезненных трещин у входа в нос. Одновременно нарастают гиперемия слизистой оболочки, отек, ведущие к затруднению носового дыхания. В этой стадии резко набухают носовые раковины, которые суживают просвет общего носового хода, а иногда полностью его блокируют. Соприкосновение носовых раковин с перегородкой носа вызывает раздражение слизистой оболочки носа, проявляющееся щекотанием, чиханием, обильным слезотечением. Также отмечают изменения со стороны всего организма, которые проявляются отсутствием аппетита, снижением работоспособности, вялостью, невнимательностью, шумом в ушах, головной болью, снижением памяти, что отмечается и в тех случаях, когда нет температурной реакции.
- 3) Третья стадия острого ринита – стадия слизисто-гнойных выделений – характеризуется, в первую очередь изменением характера отделяемого из полости носа. Вследствие добавления в носовой секрет муцина, слущившихся эпителиальных клеток, лейкоцитов оно становится мутным, затем желтоватым и наконец приобретает слизисто-гнойный характер. С появлением слизисто-гнойных выделений общее состояние больных улучшается. Уменьшаются головная боль, количество выделяемого секрета, заложенность носа. Постепенно улучшается носовое дыхание, исчезают неприятные ощущения в носу, которые сопровождались чиханием и слезотечением.

При риноскопии отмечается снижение интенсивности гиперемии слизистой оболочки, носовые раковины уменьшаются в размерах. В общих носовых ходах определяется вязкое

слизисто- гнойное отделяемое, которое отходит с большим трудом. Пациент отмечает попеременное закладывание той или иной половины носа, особенно беспокоящее в ночное время, когда обструкция просвета отмечается в той половине носа, которая в горизонтальном положении находится снизу.

Постепенно носовое дыхание становится с каждым днем свободнее, уменьшается количество слизисто-гнойного отделяемого и наконец исчезает полностью. Общая продолжительность острого насморка равняется 8-12 дням. Однако она может меняться в ту или другую сторону по различным причинам. В случае нормального состояния местного и общего иммунитета воспалительный процесс не проходит все стадии развития, а может протекать ускоренно, насморк прекращается через 2-3 дня. Затяжной характер ринита (2-3 недели и более) может наблюдаться у ослабленных лиц, при наличии хронических очагов инфекции в верхних дыхательных путях, врожденных и приобретенных аномалиях перегородки носа и носовых раковин, с недостаточностью иммунной системы. У таких больных обычно ведущей является жалоба на затрудненное носовое дыхание, скудное отделяемое слизистого характера или с небольшой примесью гноя. При риноскопии отмечается незначительная гиперемия слизистой оболочки носа, отечность носовых раковин, вызывающая обструкцию просвета носа.

Лечение острого ринита.

Из местных средств прежде всего необходимо назначить сосудосуживающие капли (спрей) в нос. Выбор конкретного препарата не имеет принципиального значения. Курс лечения не рекомендуется продолжать более 7-10 дней, так как может развиваться медикаментозный ринит. Длительное, неумеренное применение сосудосуживающих препаратов может привести к побочным реакциям, таким как беспокойство, возбуждение, нарушение сна, тахикардия, стенокардия, артериальная гипертензия, головная боль, поэтому препараты этой группы не следует назначать при ишемической болезни сердца, глаукоме, сахарном диабете.

Важно правильно закапывать капли. Необходимо стремиться, чтобы вливаемый раствор попадал в средний носовой ход, сокращал его слизистую оболочку, обеспечивая свободное носовое дыхание и дренирование околоносовых пазух. Обеспечение свободного носового дыхания при выраженной картине острого ринита намного облегчает страдания больного. При отсутствии сосудосуживающих средств можно провести промывание полости носа изотоническим раствором NaCl. Это даст возможность очистить полость носа и несколько улучшить носовое дыхание. Полость носа промывается из резиновой груши или шприца. Подобные промывания очень полезны при появлении гнойного отделяемого. При появлении гнойного отделяемого, сохранении явлений интоксикации и высокой температуры тела показано назначение антибиотиков широкого спектра действия. Также назначаются антигистаминные препараты, которые уменьшают отечность слизистой оболочки полости носа.

2.2 Острый ринит у детей

Острый ринит у детей протекает тяжелее и возникает чаще, чем у взрослых. В раннем возрасте имеется ряд особенностей, которые могут отягощать течение заболевания. К ним относятся узость носовых ходов, незрелость иммунных механизмов, наличие аденоидных вегетаций, отсутствие навыков высмаркиваться и др., что в условиях

воспаления способствует увеличению заложенности носа. Поскольку у грудных детей процесс захватывает одновременно слизистую оболочку носа и носоглотки, любой ринит в этом возрасте следует рассматривать как ринофарингит. Для детского возраста характерна выраженная реакция организма, сопровождающаяся высокой температурой тела до 39–40 °С, могут быть судороги, реже менингеальные явления. Грудные дети не могут сосать, если у них заложен нос. После нескольких глотков молока ребенок бросает грудь, чтобы вдохнуть воздух, поэтому быстро утомляется и перестает сосать, недоедает, худеет, плохо спит. В этой связи могут появляться признаки нарушения функции желудочно-кишечного тракта (рвота, метеоризм, понос и др.). В детском возрасте слуховая труба короткая и широкая, что также способствует распространению воспалительного процесса из глотки в среднее ухо.

Лечение ринита у детей всегда комплексное и может включать в себя:

Воздействие непосредственно на возбудителя – назначение антибактериальных и противовирусных средств.

Противоаллергическая терапия - применяется, если ринит имеет аллергическую природу или в случае инфекционно-аллергического воспаления.

Лечение симптомов: жаропонижающие, противовоспалительные, противокашлевые препараты, ингаляции, сосудосуживающие спреи или капли. Нельзя применять местные сосудосуживающие препараты дольше недели, иначе они вызывают привыкание и способствуют развитию медикаментозного ринита. Сосудосуживающие препараты временно улучшают носовое дыхание, но не лечат саму болезнь. Если ребенок еще не умеет сам пользоваться назальными спреями, то врач научит родителей правильно применять их.

Физиотерапия: УВЧ, ультрафонофорез, магнитотерапия, парафинолечение, УФО (тубус-кварц), лечение лазером, эндоназальный электрофорез.

Оперативные процедуры: резекция искривленной перегородки, удаление аденоидов, полипов, криодеструкция слизистой и т.д.

Гомеопатические средства.

Массаж биоактивных точек головы.

Обычно лечение ринита у детей проводят амбулаторно. Госпитализация проводится:

- при высокой температуре;
- при геморрагическом синдроме;
- при начале осложнений;
- при серьезной дыхательной недостаточности;
- при заболевании новорожденного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, что «насморк, если его лечить, проходит через семь дней, а если не лечить, то за неделю». Возможно, что в этом утверждении и есть доля истины, но

оставленный без лечения ринит влечет за собой более опасные последствия. Мы забываем о том, что при этом заболевании к вирусной инфекции присоединяется в последствии и бактериальная. Поэтому и лечение насморка должно быть обязательным компонентом лечения простуды в целом. В противном случае, велик риск возникновения хронической формы заболевания, а также более опасных осложнений -- гайморита и отита. Наиболее эффективно лечение насморка при появлении первых его признаков -- дискомфорта в носовой полости. На этой ранней стадии лечение поможет не только избежать осложнений, но и быстрее вылечить простуду.

Наиболее распространенным осложнением ринита является синусит -- воспаление слизистой оболочки одной или нескольких пазух носа. Гайморит (воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной или гайморовой пазухи), фронтит (воспаление лобной пазухи), сфеноидит (воспаление клиновидной пазухи) и этмоидит (воспаление пазух решетчатого лабиринта) - все это виды синусита и последствия оставленного без лечения ринита. Лечение синусита - уже не такой простой процесс, как лечение насморка. При остром синусите обычно назначают терапию, включающую средства, укрепляющие иммунитет, и противовоспалительные препараты. В большинстве случаев, для лечения синусита назначают антибиотики, иногда необходимо и хирургическое вмешательство. Будьте внимательны, оставленный без лечения синусит, может вызвать осложнения со стороны глаз (воспаление оболочек глаз, воспаление зрительного нерва, внутриглазные осложнения) и мозга (менингиты и др.).

Чтобы избежать опасных последствий, к которым может привести безобидное, на первый взгляд, заболевание, нужно ответственно подойти к его лечению, а не пускать все «на самотек».

Очень важно не ошибиться с выбором средства от насморка. Сегодня на прилавках аптек огромное количество препаратов. Приобретая их, мы не читаем инструкцию, полагая, что все препараты одинаковые. Мы забываем о том, что некоторые из них действительно лечат, а другие лишь избавляют от симптомов на короткое время. Однако лечение предполагает не только временное избавление от симптомов, а полное устранение причины заболевания. Далеко не любое средство от насморка предназначено для решения этой задачи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Аллергология и иммунология: национальное руководство/Под ред. Хаитова РМ, Ильиной НИ. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 656.
- 2) Богомольский М.Р., Чистяков В.Р. Детская оториноларингология. Москва -2007-576с.
- 3) Баранова Л.С., Смирнов И.В. и др. Методы и средства комплексного интеллектуального анализа медицинских данных // Труды Института системного анализа РАН. — 2015. — Т. 65. — № 2. — С. 81–93.
- 4) Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А. и др. Современные принципы терапии аллергического ринита у детей // Педиатрическая фармакология. — 2014. — Т. 11. — № 1. — С. 6–14.
- 5) Жукова Л. Дифференциальный диагноз, лечение и профилактика острых респираторных вирусных инфекций. Врач, 2010, 10: 2-6.
- 6) Ильина Н.И., Курбачева О.М., Павлова К.С., Польнер С.А. Федеральные клинические рекомендации: Аллергический ринит. РАЖ. 2017; (2): 47 - 54.
- 7) Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник для медицинских ВУЗов.- М., Медицина, 2008-656с.
- 8) Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Руководство по ринологии, ООО изд. «Литерра», Вильнус , 2011, 959с
- 9) Петряков, В. А., Озена : учеб.-метод. пособие / В. А. Петряков. — Мн.: БГМУ, 2005. — 26
- 10) Радциг Е.Ю. Комплексные гомеопатические препараты в терапии острых респираторных вирусных инфекций. Фарматека, 2007, 4: 44-47.
- 11) Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Власова Н.П. Возможности лечения больных с острыми респираторными вирусными инфекциями в настоящее время. Лечащий врач, 2013, 1: 52.
- 12) Туровский А.Б. Аллергический ринит: новое решение старой проблемы. Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г.Москвы. Медицинский совет. 2016; 6: 44-50.
- 13) Тюфилин Д.С., Деев И.А., Кобякова О.С., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Винокурова Д.А., Кириллова Н.А. Контроль аллергического ринита: современные инструменты оценки. Бюллетень сибирской медицины. 2019; 18(2): 262 - 273. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-2-262-273>.
- 14) Коркмазов, М.Ю., Острый и хронический ринит. Современные методы терапии: учебное пособие/ М.Ю. Коркмазов, Н.В. Челябинск: Издательство ЮУГМУ. 2013.-121, [1] с.
- 15) Кунельская Н.Л., Лучшева Ю.В. Аллергический и вазомоторный ринит – универсальное решение. ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы. Астма и аллергия. 2016; 1:17-26.с.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра

ЛОР-болезни с курсом ЛО
(наименование кафедры)

Рецензия

к.м.н. д.м.н. Петрова М.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора

Е. года обучения по специальности

оториноларингология

Петрова А.А.
(ФИО ординатора)

Тема реферата

Критические и авторские решения

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	+

Дата: «10» 10 2022 год

Подпись рецензента

(подпись)

Петрова М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

(подпись)
(ФИО ординатора)