**Лечение ЛОР-заболеваний**

**Лазер-терапия хронических вазомоторных ринитов**

Хорошие результаты при обширной практике получены при лечении лазером вазомоторно-аллергических ринитов.

Лазер-терапия проводится эндонозально (экспозиция и количество сеансов индивидуально для каждого пациента).

Пациентка П., 1955 г.р., DS: вазомоторно-аллергический ринит. Больна 2 года. Лечилась у аллерголога. Риноскопически: носовая перегородка по средней линии, отек слизистой, раковины гипертрофированы и отечны, синюшность, нижние раковины "мраморные", слизь. Носовое дыхание полностью отсутствует. Проведено 2 курса лазер-терапии по 8 минут 10 и 12 сеансов на фоне гипосенсибилизирующей терапии: трексил, сульфален 0.2 по схеме, микстура Кватера, интал в каплях, бекотид. Масляные капли в нос. Водная гимнастика утром и вечером. В декабре 1999 года лечение закончено. Риноскопически: носовая перегородка по средней линии, слизистая розовая, носовые ходы свободны, незначительный отек задних концов нижних носовых раковин. Носовое дыхание свободно. Рекомендовано: Контроль через полгода.

19.05.2000. Жалоб нет. Риноскопически: картина та же.

16.12.2000. Практически здорова

В декабре 1999 года лечение закончено.

Риноскопически: носовая перегородка по средней линии, слизистая розовая, носовые ходы свободны, незначительный отек задних концов нижних носовых раковин. Носовое дыхание свободно.

Контроль через полгода. 19.05.2000. Жалоб нет. Риноскопически: картина та же.

16.12.2000. Практически здорова.

В 1999-2000 годах - 26 случаев практически полного выздоровления таких тяжелых форм вазомоторно-аллергических ринитов, при лечении с использованием методов лазер-терапии.

**Ультразвук и тонзиллит**

Фонофорез - метод сочетанного воздействия на организм ультразвука и наносимого на кожу или, в случае лечения тонзиллита, слизистую лекарственного вещества.

Ультразвук оказывает влияние на процессы, которые определяют проницаемость биологических структур и перенос вещества через мембраны. Под его влиянием повышается проницаемость кожи, сосудов, клеточных мембран вследствие механического разрыхления соединительной ткани и деполимеризации гиалуроновой кислоты (предполагается, что молекулярная масса гиалуроновой кислоты снижается с 10 в 7-ой степени до 10 в 5-ой степени дальтон - на 2 порядка). Кроме того, внутри клеток образуются микропотоки, приводящие к перемещению внутриклеточных образований и к обнажению ферментативных центров.

Эти изменения резко повышают функциональную активность клеток и их чувствительность к физическим и химическим (в частности, фармакологическим) воздействиям. Поэтому лечебный эффект от ультразвука и лекарственного препарата многократно усиливается вследствие сложения их действия.

Методика лечения хронических тонзиллитов с помощью низкочастотного ультразвукового фонофореза разработана кафедрой ЛОР-заболеваний ОГМИ. Cущность метода заключается в непосредственном воздействии энергии низкочастотных ультразвуковых колебаний на небные миндалины через различные контактные среды (растворы антисептиков и лекарственные средства).

Технические параметры лечения в большой степени зависят от имеющегося оборудования. Кафедрой ЛОР-заболеваний ОГМИ рекомендуются следующие:

Частота колебаний инструмента ~26,5 кГц - это резонансная частота аппарата УРСК-7.

Амплитуда колебаний этого аппарата 10-60 микрон, в зависимости от степени достижения резонанса. Для фонофореза амплитуда должна быть не менее 40 микрон. При этом выход-ная мощность аппарата составляет ~160 ватт.

Немаловажное значение имеет величина разрежения, создаваемого отсосом. Кафедрой рекомендуется разрежение 0,2-0,4 атм. Увеличение разрежения при одновременном уменьшении времени экспозиции сомнительно из-за возрастания вероятности травм миндалин. Например, при разрежении 2 атм. и стандартных размерах аппликатора сила, действующая на миндалину, составляет 4-5 кг.

**Нафтизин. Не все так просто...**

Очень часто ко мне приходят пациенты, которые применяют нафтизин (галазолин, санорин) постоянно, в течение многих месяцев и даже лет. Много я получаю и писем от таких пациентов. Люди не могут без него обходиться. Или им кажется, что не могут. Предвижу их возмущение: "Кажется? Да я без него спать не могу! Без нафтизина я задыхаюсь, начинает болеть голова, даже голос садится. Думаете, мне нравится эта зависимость от нафтизина? Я просто хочу дышать носом!".

Понимаю. Но нужно понимать и другое:

Первое. Нафтизин не лечит риниты. Это - всего-навсего сосудосуживающий препарат. При рините слизистая полости носа отекает, носовые ходы сужаюся, и становится трудно дышать. Нафтизин сокращает сосуды слизистой, ее отек спадает, и носовые ходы расширяются. Это - средсто, чтобы вы легче пережили острый период ринита. Но причины ринита, и в частности отека слизистой, нафтизином никак не устраняются. Нужно лечить причину болезни, а не пытаться безуспешно бороться с ее признаками. Это все равно что, вместо лечения пневмонии месяцами применять препараты для снижения температуры. Или даже так: зачем лечить радикулит или остеохондроз, если есть сильные обезболивающие средства?

Второе. При длительном применении нафтизина происходит постепенное привыкание. Время действия дозы постоянно уменьшается, а сама доза, необходимая для облегчения, постоянно растет. Похоже на наркотическую зависимость, правда? Один пациент показал мне свою месячную дозу - полный полиэтиленовый пакет пузырьков нафтизина - около литра! Вы ведь понимаете, что это - тупиковый путь.

Третье. Постоянное медикаментозное (насильственное!) воздействие на слизистую не может не иметь последствий. Теряется обоняние, угнетаются функции слизистой, в т.ч. защитные и очищающие фукции. Появляется сухость в полости носа, появляются корки. Вместе с угнетением кровообращения слизистой носа начинает угнетаться кровообращение головного мозга, появляются головные боли, у детей снижается успеваемость, появляется вялость, раздражительность, могут появится судорожные проявления. Нередко ухудшается зрение. Причем, механизмы негативного воздействия альфа-адреномиметиков, в частности нафтизина, санорина, галазолина еще недостаточно изучены.

Поэтому, уважаемые пациенты, давайте примем одно простое непреложное правило: нафтизин, галазоли, санорин применять для облегчения дыхания только при остром рините в течение не больше трех-четырех дней.

Как бороться с зависимостью от нафтизина? Теперь мне все чаще формулируют вопрос именно так. Не ждите чудес. Никто вам не даст чудесной, исцеляющей от зависимости, таблетки. Просто нужно собрать весь нафтизин (санорин, галозолин, назол) и вылить. Именно так. Первые три дня будет тяжело. Потом слизистая начнет восстанавливаться, и будет легче.

А хронический ринит нужно лечить.

**Нужно ли удалять миндалины?**

В свое время считалось, что есть органы, в организме лишние. Такие, как аппендикс или миндалины. И лучше их удалить, пока они не воспалились.

Ну, во-первых лишних органов у человека нет. Природа, извините - не дура. Считать себя умнее ее - неблагодарное занятие.

Во-вторых, что касается конкретно миндалин. Глоточные миндалины - это лимфоидная ткань. Это - барьер для патогенных микроорганизмов. Если их не будет - одним барьером для бактерий меньше. Значит, инфекция будет сразу проникать глубже - дальше по дыхательным путям.

Кроме того, воспалительные процессы в миндалинах, особенно в детстве, ведут к выработке стойкого иммунитета. Это - своеобразная школа, или полигон, на котором организм отрабатывает средства борьбы с инфекцией.

Другое дело, что больные, гнойные миндалины уже не защищают организм, а наоборот, сами являются источником инфекции (это, собственно, и есть хронический тонзиллит). Здесь все зависит от того, можно ли восстановить функцию миндалин. Если такая возможность есть, нужно лечить. Если нет - ну что ж, придется удалять. Но это может решать только врач - оториноларинголог!

Помните, удаление - необратимое действие. Обратно не пришьешь.

Кстати, если рука ранена, ее нужно ампутировать?

**Список литературы**

Копченкова Наталья Андреевна. Лечение ЛОР-заболеваний.