

УДК 616.216-002: 618.2

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У
БЕРЕМЕННЫХ**

Фатьянова Татьяна Евгеньевна,
врач - оториноларинголог
МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар,
Россия

В статье дан обзор особенностей методов
диагностики и лечения воспалительных
заболеваний околоносовых пазух у
беременных женщин

Ключевые слова: ОКОЛОНОСОВЫЕ
ПАЗУХИ, БЕРЕМЕННОСТЬ,
АНТИМИКРОБНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ,
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНОСИНОУИТЫ

UDC 616.216-002:618.2

**INFLAMMATEDDISEASES OF
ACCESSORY NASAL SINUSES IN
PREGNANTS**

Fat'yanova Tatiana Evgen'evna,
otorhinolaringologist
City Hospital # 2 (KMMDA), Krasnodar,
Russia

The review of method peculiarities for
diagnostics and treatment of
Inflammateddiseases of accessory nasal
sinuses in pregnants is presented.

Key words: ACCESSORY NASAL
SINUSES, PREGNANCY, ANTI-MICROBE
CHEMOTHERAPY, ALLERGIC
RHINOSINUSITIS

Синусит (синонимы «синусит» или «риносинусит») – это воспаление одного или более околоносовых пазух, возникающее из-за нарушения их дренирования в результате различных этиологических факторов.

Заболевания носа и параназальных синусов являются наиболее распространенными в патологии ЛОР органов и составляют около 20% среди больных, находящихся на лечении в отоларингологических стационарах [5]. По данным Национального центра по статистике болезней США, в 1994 году синуситы стали в этой стране самым распространенным хроническим заболеванием. Почти каждый восьмой человек в США болен или когда-либо болел синуситом. В 1998 году в США синусит был зарегистрирован у 34,9 млн. человек, а расходы, связанные с диагностикой и лечением синуситов, составили 5,8 млрд. долларов. В Германии за последнее десятилетие ставится от 7 до 10 миллионов диагнозов острого и/или хронического синусита [3]. Также часто данная патология встречается у беременных женщин, осложняя протекание последней.

Этиология острых и хронических форм синуситов у беременных женщин не отличается в группе заболевания. Чаще всего это вирусная и кокковая флора при острых формах, грибковая, анаэробная – при хронических процессах [4].

Различают формы:

- острые (продолжительностью менее 3 недель);
- рецидивирующие острые (от 2 до 4 эпизодов в течение года);
- подострые (от 3 недель до 3 месяцев);
- хронические (более 3 месяцев).

Классическая клиническая картина характеризуется такими же симптомами, как и в общестатистической группе:

- общие реакции (повышенная температура тела, слабость, головные боли, лейкоцитоз, возможен сдвиг лейкоцитарной формулы влево);

- местные реакции (затруднение носового дыхания, патологические выделения из носа, гипоосмия, боли в области проекции синусов за счет раздражения тройничного нерва или скопления экссудата в пазухе) [3,4];

- из объективных симптомов наиболее характерными являются гиперемия слизистой оболочки носа, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе, где расположены соустья передних клеток решетчатого лабиринта, гайморовых пазух и лобных, болезненность при пальпации области проекции синусов.

Течение синуситов у беременных может быть подострым, вялотекущим из-за страха женщины своевременно применять адекватную терапию. Симптом заложенности носа нередко расценивается как гормональный ринит беременных. Лишь внимательный доктор при тщательной передней и задней риноскопии, анемизации слизистой оболочки может увидеть патологическое отделяемое. В сомнительных случаях, кроме диагностической пункции пазух, могут быть использованы дополнительные методы диагностики:

- ультразвуковое исследование параназальных синусов, которое возможно как вариант скрининг-диагностики в любом сроке беременности;

- рентгенологическое исследование, начиная с двадцатой недели беременности, проводится с письменного согласия женщины;

- магнитно-ядерный резонанс, применение которого разрешено со II-гои III-го триместров беременности.

Наиболее объективными и общепризнанными в мире ориентирами, определяющими возможность применения лекарственных средств при беременности, являются рекомендации, разработанные администрацией США по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (FDA – Food and Drug Administration). Согласно им, все лекарственные средства делятся на 5 категорий – А, В, С, D и Х.

А – Результаты контролируемых клинических исследований свидетельствуют об отсутствии риска неблагоприятного действия на плод в I триместре беременности.

В – Изучение репродукции на животных не выявило неблагоприятного действия, но контролируемых исследований у беременных не проводилось.

С – Изучение репродукции на животных выявило неблагоприятное действие на плод, однако потенциальная польза применения у беременных может оправдать использование, несмотря на риск.

D – Имеются доказательства риска неблагоприятного действия на плод человека, однако потенциальная польза применения может оправдать риск использования.

X – Испытания выявили риск для плода человека, который превалирует над потенциальной пользой.

При назначении любых препаратов, включая антимикробные, следует учитывать срок беременности и особенно тщательно решать вопросы необходимости антимикробной химиотерапии и выбора препаратов при сроках менее 20 недель. В процессе применения лекарственных средств необходимо строго контролировать состояние матери и плода [6].

Препаратами выбора являются полусинтетические пенициллины, защищенные клавулоновой кислотой (категория FDA - В), цефалоспорины третьего и четвертого поколения (категория В). Альтернативными препаратами являются макролиды (эритромицин - категория В), полусинтетические макролиды (азитромицин – категория В, спирамицин, джозамицин – применяются с осторожностью).

В тяжелых осложненных случаях используются карбопенемы (меропинем – категория В, имипенем – категория С), метронидазол со II триместра (категория В).

Из местных препаратов допустимы сосудосуживающие капли, Биопарокс, Гексаспрей. Физиотерапевтические процедуры назначаются при отсутствии общих противопоказаний, а также угрозы прерывания беременности.

В настоящее время около 50% населения нашей планеты страдает аллергическими заболеваниями. В России заболеваемость поллинозом в Северо-Кавказском регионе составляет до 80% от всех аллергических заболеваний [1]. В сезон цветения бывает много обращений к оториноларингологу беременных женщин с аллергическим риносинуситом. Диагностика таких состояний ограничена только исследованием эозинофилии крови и назального секрета, а также IgE. Для лечения используются назальный кортикостероид с минимальной биодоступностью (Тафен –будесонид, является единственным препаратом этой группы, который относится к категории В по классификации FDA) и общие методы элиминации аллергенов (минимальное пребывание на улице, использование душа для слизистых носа и зева физиологическим раствором).

Таким образом, ответственность врача за здоровье женщины и ее ребенка должна заставлять более тщательно относиться к диагностике и лечению воспалительных заболеваний ЛОР органов у беременных женщин.

Литература

1. *Завгородняя Е.Г., Прозоровская К. Н., Челидзе Н.Д.* Некоторые аспекты эпидемиологии, патогенеза и консервативного лечения аллергического ринита. Вестник оториноларингологии, 2000г., N5. Стр.73.
2. *Кулаков В. И., Серов В.Н.* и др. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Рук-во для врачей. ЗАО «Издат. «Литтерра», 2005 г.
3. *Рязанцев С.В., Науменко Н.И., Захарова Г.П.* Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. С-Пб, 2006 г., стр. 4
4. *Семенов Ф.В.* Воспалительные заболевания околоносовых пазух. Краснодар, 1998 г.
5. *Солдатов И.Б.* Руководство по оториноларингологии. Москва, 1994 г., стр.256.
6. *Страчунский Л.С., Козлов С.Н.* Современная антимикробная химиотерапия. Рук-во для врачей. Москва, 2002 г., стр. 297