

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
**Министерство здравоохранения Забайкальского края**

---

**Государственное учреждение здравоохранения**  
**КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

672038, г.Чита, ул. Куханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

---

От 07 мая 2024 г. № 394-о

Утверждаю

Главный врач \_\_\_\_\_

  
В.В.Коренев

**Информационное письмо**

**Комплексная терапия острых гнойных синуситов и профилактика  
гнойно-воспалительных осложнений**

*Заведующий отделением оториноларингологии,  
врач-оториноларинголог высшей категории  
Джумаев Кирилл Викторович*

## Комплексная терапия острых гнойных синуситов и профилактика гнойно-воспалительных осложнений

**Острый синусит (ОС)** – наиболее часто встречающееся заболевание в оториноларингологии. Острый синусит оказывает отрицательное влияние на качество жизни и профессиональную деятельность. Простое, на первый взгляд, заболевание нередко приводит к тяжелым осложнениям. Кроме того, лечение синусита сопровождается значительными финансовыми затратами. Поэтому проблема острого синусита является одной из самых актуальных в оториноларингологии.

Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют пациенты, страдающие синуситами. Значительный процент приходится на синуситы среди амбулаторных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП). Так, ежегодно в США данное заболевание диагностируется у 16% взрослого населения. В Европе частота случаев острого синусита (ОС) среди взрослых составляет 1–5% в год. В России, по имеющимся данным, ОС ежегодно страдают около 10 млн человек. ОС является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) (5–10%). Кроме того, ОС нередко является причиной тяжелых орбитальных и внутричерепных осложнений, частота которых не обнаруживает заметной тенденции к снижению и колеблется от 6,6 до 12,4%.

ОС – это острое воспалительное заболевание слизистой оболочки соответствующей околоносовой пазухи (ОНП) или пазух длительностью менее 12 нед. с полным последующим исчезновением симптомов заболевания после выздоровления. Согласно современным представлениям, основанным на рекомендациях Европейского соглашения по лечению риносинуситов (EPOS-2012), выделяют клинические формы вирусного и поствирусного синусита, предполагая ведущую роль респираторных вирусов в генезе поражений ОНП. Результаты многолетних исследований подтверждают, что ОС связан в основном с респираторными вирусами (риновирусами, респираторно-синцитиальными, аденовирусами, коронавирусами). Несомненно, именно вирусные патогены запускают механизмы, приводящие к цитопатическим изменениям слизистой оболочки, выражающимся уменьшением содержания факторов специфической и неспецифической резистентности (лизоцима, лактоферрина, секреторного IgA и др.), что способствует активации условно-патогенных микроорганизмов, колонизирующих слизистую оболочку полости носа и носоглотки. Развивается активное бактериальное воспаление. Основными возбудителями ОС являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*; анаэробы встречаются в 3–7%. Особенности клинического течения и исхода ОС связаны еще и с тем, что патогенные микроорганизмы на слизистой оболочке ОНП проходят стадию колонизации, образуя различные типы сообществ, объединенные общим понятием «биопленки». При этом необходимо помнить, что антибактериальные препараты в терапевтических концентрациях оказываются эффективными лишь по отношению к диффузно распределенным планктонным структурам, в то время как бактерии внутри биопленки способны

размножаться и после завершения курса лечения, приводя к формированию хронических процессов и рецидивов заболевания .

### Диагностика

Согласно документу ЕРЗОС 2012 , диагноз ОБРС может быть выставлен при наличии как минимум двух из перечисленных критериев:

- продолжительность болезни более 7–10 дней или усиление симптомов после видимого улучшения;
- интенсивность симптомов (в частности болей в проекции ОНП и в зубах верхней челюсти) >7 баллов по ВАШ;
- гнойные выделения в полости носа при передней риноскопии;
- повышенные уровни СОЭ и С-реактивного белка;
- температура тела >38°C.

Однако и здесь следует отметить низкий уровень надежности предложенных диагности-

ческих критериев, в частности таких как лихорадка и лицевая боль, которые во многих исследованиях никак не коррелировали с микробиологическими находками, т. е. не являлись специфическими симптомами бактериального ОРС.

Клиническая картина ОРС у детей отличается от таковой у взрослых: по данным азиатских авторов, ведущими симптомами в этом случае являются ринорея (71–80% случаев), затяжной кашель (до 80%) и лихорадка (50–60%), и только в 29–33% случаев присутствует болевой синдром. В одном из российских исследований показано, что в 93,6% случаев длительные выделения из носа у ребенка могут быть одним из признаков РС. Затруднение носового дыхания и кашель присутствуют в 87,2 и 82,1% случаев соответственно, головные боли наблюдаются не более чем в половине случаев (48,7%) .

Степень тяжести ОРС принято определять по ВАШ. Для этого на 10-сантиметровой линейке сам пациент указывает точку, соответствующую, по его мнению, выраженности симптомов РС. Однако следует отметить, что нет ни одного исследования, подтвердившего корреляцию между субъективной оценкой выраженности симптомов и степенью патологических изменений в ОНП на компьютерных томограммах или эндоскопическими находками при ОРС.

Основным методом объективной диагностики ОРС является передняя риноскопия, при которой на фоне диффузной застойной гиперемии и отека слизистой оболочки полости носа может выявляться типичный признак гнойного/бактериального РС – патологическое (гнойное или слизисто-гнойное) отделяемое в области выводных отверстий пораженных ОНП. При воспалении верхнечелюстной и лобной пазух такое отделяемое можно увидеть в среднем, а при сфеноидите – в верхнем носовом ходе. Патологические изменения в среднем и верхнем носовых ходах лучше видны после анемизации слизистой оболочки, которая достигается аппликацией 0,1% раствора эпинефрина или распылением 0,1% раствора ксилометазолина или оксиметазолина. Патологический секрет может быть виден и в носоглотке или на задней стенке ротоглотки при задней риноскопии и фарингоскопии.

## Дополнительные методы объективной диагностики

*Рентгенографию* ОНП следует выполнять только при тяжелых формах ОБРС, в сложных диагностических ситуациях, но никак не при любом подозрении на воспалительный процесс в ОНП. Это исследование выполняют в носоподбородочной проекции. Для уточнения состояния лобной и клиновидной пазух дополнительно может быть проведено исследование в носолобной и боковой проекциях. В типичной ситуации признаками синусита считают утолщение слизистой оболочки, наличие горизонтального уровня жидкости или тотального снижения пневматизации пазухи.

*Диагностическая пункция и зондирование.* Пункции верхнечелюстной и лобной пазух, зондирование клиновидной пазухи – инвазивные, связанные с риском серьезных осложнений методы. При правильном использовании пункция дает возможность оценить объем пораженного синуса, характер содержимого и степень проходимости его соустья.

Содержимое пазухи получают методом аспирации в шприц или промывания; объем определяют, заполняя пазуху жидкостью. Пункцию ВЧП производят через нижний носовой ход иглой Куликовского, лобную пазуху чаще пунктируют тонкой иглой через глазничную стенку, реже производят трепано-пункцию через переднюю стенку бором или трепанами различных модификаций. Зондирование лобной пазухи можно выполнить через ее соустье специальной изогнутой канюлей, клиновидной пазухи – через естественное отверстие в верхнем носовом ходе, лучше под контролем ригидного эндоскопа. Необходимость в диагностической пункции или зондировании вовлеченных в воспалительный процесс ОНП при ОРС возникает редко.

*Микробиологическое исследование* отделяемого полости носа либо пунктата пораженной пазухи также имеет весьма ограниченные показания при ОРС. При затяжных формах ОРС, неэффективности эмпирических курсов антибиотикотерапии целесообразен забор отделяемого из конкретной области, например из среднего носового хода, и это лучше делать под контролем эндоскопа. Мазок следует брать, максимально отодвинув крыло носа и следя за тем, чтобы при введении и выведении тампона он не касался кожи и волосков преддверия носа. Чем тоньше зонд и чем меньше закрепленный на нем кусочек ваты, тем ниже вероятность попадания в материал для посева «путевой» микрофлоры.

Информативность подобного исследования резко снижается у детей в связи с практической невозможностью соблюдения указанных выше условий из-за негативной реакции ребенка на манипуляцию.

## Комплексная терапия острого гнойного синусита

Основными целями при лечении острого и рецидивирующего РС являются:

- сокращение длительности заболевания и скорейшее восстановление качества жизни пациента;
- предупреждение развития орбитальных и внутричерепных осложнений;
- восстановление функции соустьев ОНП;
- эрадикация возбудителя.

Последняя цель, хотя и остается актуальной, выглядит более теоретической, чем практической задачей в свете исследований микробиома ОНП по нескольким причинам.

*Во-первых*, теперь мы понимаем, что ОНП в норме не являются стерильными полостями, а, напротив, представляют собой резервуары, в которых обитает сбалансированный биоценоз самых разных микроорганизмов. Воспалительный процесс в ОНП более не выглядит результатом инфицирования стерильного органа патогенными бактериями, а скорее, становится следствием изменений в сложившемся микробиоценозе.

*Во-вторых*, невозможность во всех случаях идентифицировать конкретного возбудителя культуральными методами (вспомним, что рост бактерий в пунктате ВЧП получают в среднем в 61% случаев, в мазках из среднего носового хода – только в 33% случаев) делает неактуальной целенаправленную антимикробную терапию в рутинной клинической практике. Выбор антибиотика, направленного на конкретного возбудителя, идентифицированного при бактериологическом исследовании, отнюдь не гарантирует успех, в том числе и в связи с высокой вероятностью попадания в исследуемый материал «путевой» микрофлоры при заборе анализа. Кроме того, клиническая картина тяжелых форм ОРС диктует необходимость системного назначения антибиотиков, не дожидаясь результатов микробиологического исследования, которое занимает несколько дней.

*В-третьих*, по той же причине представляется нецелесообразным и стремление получить «стерильный» посев по окончании курса терапии. Следовательно, включение микробиологического исследования в стандарты диагностики ОРС и критерии эффективности его лечения выглядят необоснованными.

Основным методом лечения среднетяжелых и тяжелых форм ОРС является эмпирическая системная антибиотикотерапия, которая базируется на знании основных (типичных) бактериальных патогенов, вызывающих инфекции ВДП. Ряд метаанализов последних лет продемонстрировали, что на 7–15-й день от начала заболевания ОРС у взрослых разрешается самостоятельно без назначения антибиотиков примерно в 86% случаев.

Поскольку дополнительные методы исследования (РГ, КТ, УЗИ) не позволяют дифференцировать между вирусным и бактериальным поражением ОНП и не являются критериями степени тяжести заболевания, основными ориентирами при решении вопроса о назначении антибиотика становятся общее состояние и жалобы больного, анамнез и наличие гнойного отделяемого в носовых ходах. Назначение системной антибиотикотерапии рекомендуется при отсутствии улучшения к 7-му дню заболевания или в случае ухудшения состояния в любые сроки.

Пациенты с РОРС получают в среднем 4 курса системной антибиотикотерапии в год. Однако в отсутствие результатов контролируемых исследований невозможно сформулировать обоснованные показания и схемы антибиотикотерапии при РОРС, поэтому в лечении этого заболевания эмпирически используют те же показания и терапевтические протоколы, что и при ОРС.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

При выборе антибактериального препарата первостепенное значение имеет чувствительность к нему типичных возбудителей заболевания: *S. pneumoniae* и *H.*

influenzae. С учетом российских данных об антибиотикорезистентности типичных патогенов препаратом первого выбора при ОБРС является амоксициллин. Однако уже сейчас более 5% штаммов *H. influenzae* в России нечувствительны к незащищенным пенициллинам. Поэтому эффект эмпирической антибиотикотерапии должен мониторироваться, и критерием эффективности является, в первую очередь, динамика основных симптомов ОРС (головной боли, выделений, заложенности носа) и общего состояния больного.

При отсутствии заметного клинического эффекта, по прошествии трех дней, следует сменить амоксициллин на антибиотик, активный против пенициллин-резистентных пневмококков и продуцирующих  $\beta$ -лактамазы штаммов гемофильной палочки. В этом случае, если лечение проводится амбулаторно, перорально назначают амоксициллин/клавуланат.

Другим вариантом терапии являются пероральные цефалоспорины III поколения с высокой антипневмококковой активностью, например цефдиторен.

Амоксициллин внутрь по 0,5–1 г 3 р/сут. (взрослым); по 45 мг/кг/сут. в 2 или 3 приема (детям), 7–14 сут.

или

Амоксициллин/клавуланат внутрь по 0,625 г 3 р/сут. или по 1,0 г 2 р/сут. (взрослым); по 20–45 мг/кг/сут. (рассчитывают по амоксициллину) в 3 приема (детям), 7–14 сут.

или

Цефдиторен внутрь по 0,4 г 1 р/сут. или 0,2 г 2 р/сут. (взрослым и детям старше 12 лет) 7–14 сут.

Помимо амоксициллина и цефалоспоринов в лечении ОБРС могут использоваться макролидные антибиотики, которые становятся препаратами выбора при непереносимости ЛС пенициллинового ряда, когда в силу возможной перекрестной аллергии нельзя назначать и цефалоспорины, или при предшествующем приеме  $\beta$ -лактамов. Макролиды следует назначить в случае наличия в анамнезе анафилактических реакций на бета-лактамы препараты или подтвержденной аллергии на цефалоспорины II–III поколений. Вероятность перекрестных аллергических реакций на цефалоспорины составляет 1,9 и 0,6% для II и III поколений соответственно. По клинической эффективности и бактериологическому показателю эрадикации возбудителя макролиды при ОРС не уступают бета-лактамам.

К достоинствам макролидов можно отнести их способность создавать очень высокие тканевые концентрации в ОНП, превышающие уровень препаратов в сыворотке крови. Способность макролидных антибиотиков действовать на внутриклеточно расположенные бактерии может сыграть важную роль при персистенции гемофильной палочки внутри клеток дыхательного эпителия и макрофагов. Среди макролидных антибиотиков только кларитромицин и азитромицин действуют на *H. Influenza* [51].

Азитромицин внутрь по 500 мг 1 р/сут. (взрослым), 10 мг/кг 1 р/сут. (детям), 3–6 сут.

или

Кларитромицин внутрь по 0,25–0,5 г 2 р/сут. или таблетки с пролонгированным высвобождением по 0,5 г 1 р/сут. (взрослым и детям с 12 лет); по 15 мг/кг/сут. в 2 приема (детям), 10–14 сут.

или

При тяжелом и осложненном течении предпочтительным является парентеральный путь введения противомикробных ЛС.

Амоксициллин/клавуланат в/в по 1,2 г 3 р/сут. (взрослым); 90 мг/кг/сут. в 3 введения (детям), 7–10 сут.

или

Ампициллин/сульбактам в/м по 1,5–3,0 г/сут. в 3–4 введения (взрослым); по 200–400 мг/кг/сут. в 4 введения (детям, преимущественно в/в), 7–10 сут.

или

Цефотаксим в/м или в/в по 1,0–2,0 г 3 р/сут. (взрослым); по 100–200 мг/кг/сут. в 4 введения (детям до 2,5 лет в/м введение цефотаксима запрещено), 7–10 сут.

или

Цефтриаксон в/м или в/в по 1,0–2,0 г 1 р/сут. (взрослым); по 50–100 мг/кг 1 р/сут. (детям), 7–10 сут.

Кларитромицин в/в капельно по 0,5 г 2 р/сут. (взрослым) до 5 дней, с дальнейшим переходом на таблетированную форму.

При неэффективности первого курса антибиотикотерапии одним из вариантов является назначение фторхинолонов III–IV поколений. Спектр антимикробного действия этой группы препаратов адаптирован к возбудителям инфекций ВДП, и их калькулируемая бактериологическая эффективность приближается к 100%, что подтверждается и исследованиями, проведенными в России. Следует помнить, что эти препараты нельзя использовать у лиц младше 18 лет.

Левифлоксацин внутрь 0,5–0,75 г 1 р/сут. 5–10 сут. (взрослым)

или

Моксифлоксацин внутрь 0,4 г 1 р/сут., 5–10 сут. (взрослым)

или

Гемифлоксацин внутрь 320 мг 1 р/сут. 5–10 дней (взрослым).

При выборе антибиотика для конкретного пациента нужно учитывать связанные с ним побочные эффекты: дисбактериоз, диарея, гепатотоксичность и др. Обзор литературы, посвященной этому вопросу, показал, что число пациентов, отметивших побочные эффекты лечения, составило 31% в группе, получавшей амоксициллин по сравнению с 22% в группе плацебо. Необходимость в отмене препарата возникла у 3,4% больных, получавших амоксициллин/клавуланат, против 1% в группе плацебо. Серьезные опасения вызывает кардиотоксический эффект, способный вызывать тяжелые, иногда летальные аритмии, особенно у пожилых людей и у лиц, уже имеющих нарушения сердечного ритма. Эти побочные явления наиболее часто отмечают при приеме азитромицина и левофлоксацина. При терапии кларитромицином частота сердечно-сосудистых осложнений не выше, чем при лечении другими антибиотиками.

В 2016 г. FDA выпустило предупреждение о том, неблагоприятные побочные явления, связанные с приемом фторхинолонов (тендинит, разрыв сухожилий, периферическая нейропатия, удлинение интервала QT, пируэтная тахикардия, myasthenia gravis, гиперчувствительность, отслойка сетчатки), в целом нивелируют их преимущества у пациентов с респираторными инфекциями, включая ОБРС. В связи с этим лечение фторхинолонами возможно только в тех клинических ситуациях, когда не остается других альтернатив антибактериальной терапии.

**ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ (ИнГКС)** уменьшают секрецию желез слизистой оболочки, экстравазацию плазмы и тканевой отек, улучшают за счет этого носовое дыхание и восстанавливают отток экссудата из ОНП.

Целый ряд контролируемых исследований и систематический обзор убедительно продемонстрировали, что ИнГКС могут с успехом применяться в качестве монотерапии при легких и среднетяжелых формах ОРС и как адъювантное средство при системном лечении антибиотиками (при среднетяжелой и тяжелой формах).

Рандомизированное мультицентровое исследование, включившее 981 пациента, продемонстрировало более высокую эффективность 15-дневного курса терапии интраназальным аэрозолем мометазона фууроата по сравнению со стандартным 10-дневным курсом лечения амоксициллином и плацебо. При этом суточная доза 400 мкг оказалась достоверно эффективнее, чем доза 200 мкг/сут. Добавление мометазона фууроата к стандартному курсу системной антибиотикотерапии значительно быстрее по сравнению с плацебо облегчает симптомы ОБРС и ускоряет выздоровление.

Как и в ситуации с антибиотикотерапией, доказательная база по применению ИнГКС в терапии РОРС недостаточна, поскольку базируется только на нескольких РКИ, где критерии включения не соответствовали современному определению (4 эпизода ОРС в год). Терапия ИнГКС рекомендуется в лечении РОРС по той же схеме, что и при ОРС. Мометазона фууроат спрей по 100 мкг в каждую половину носа 2 р/сут. (взрослым и детям старше 12 лет). При необходимости доза может быть увеличена до 800 мкг/сут. Курс лечения 15 дней.

Учитывая значительную роль отека слизистой оболочки полости носа и обструкции естественных отверстий ОНП в патогенезе ОРС, определенное значение в его лечении имеют топические сосудосуживающие препараты (деконгестанты): ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин, тетризолин и фенилэфрин. Применяемые в виде капель и аэрозолей деконгестанты действуют на регуляцию тонуса кровеносных сосудов полости носа. Активируя адренергические рецепторы, они вызывают сокращение кавернозной ткани носовых раковин и, как следствие, расширение носовых ходов и улучшение носового дыхания. Эффективность этих препаратов выглядит с практической точки зрения очевидной, но пока не имеет серьезной доказательной базы.

Ксилометазолин, 0,1% дозированный аэрозоль, по 1–2 дозе в каждую половину носа 2–3 р/сут. не более 7–10 сут. (взрослым); 0,05% спрей, по 1–2 дозе в каждую половину носа 2 р/сут. не более 5–7 сут. (детям)

или

Оксиметазолин, 0,05% капли или дозированный аэрозоль, по 1–2 капли или по 1–2 дозы в каждую половину носа 2–4 р/сут. не более 5–7 сут. (взрослым); 0,025% капли, по 1–2 капли в каждую половину носа 2–4 р/сут. (детям от 1 до 6 лет); 0,01% капли, по 1–2 капли в каждую половину носа 2–3 р/сут. (детям до 1 года)

или

Фенилэфрин, 0,25% капли или спрей, по 3–4 капли или по 1–2 впрыскивания 3–4 р/сут. Детям от 1 до 6 лет по 1–2 капли в каждую половину носа 3–4 р/сут. Грудным детям капли 0,125% по 1 капле в каждую половину носа 3–4 р/сут.

**ПРОМЫВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА** изотоническим раствором широко используются как симптоматическая мера в терапии ОРС и РОРС. Посвященный этой проблеме мета анализ включает в себя небольшое количество исследований, в основном касающихся лечения острых респираторных инфекций у детей. Данный



обзор продемонстрировал преимущества ирригационной терапии, таким образом, его результаты могут быть в какой-то степени экстраполированы на лечение ОРС вирусной этиологии. Эффективность ирригационной терапии при ОБРС была изучена в российском исследовании. Оно подтвердило целесообразность регулярных промываний полости носа изотоническим раствором температуры тела 2 раза в сутки в дополнение к стандартному курсу эмпирической системной антибиотикотерапии. Важно отметить, что все контролируемые исследования эффективности ирригационной терапии при ОРС касались промывания полости носа большим объемом изотонического, реже – слабого гипертонического раствора (200–250 мл на одну процедуру)

Промывания малым объемом жидкости, аэрозолями разведенной морской воды при помощи баллончиков, содержащих 30–150 мл раствора, не имеют доказательной базы.

Они, безусловно, оказывают увлажняющий эффект, улучшают функционирование мерцательного эпителия, но не обеспечивают промывания глубоких отделов полости носа, структур остиомеатального комплекса и самих ОНП.

**МУКОЛИТИКИ (СЕКРЕТОЛИТИКИ)** не входят в арсенал лечения ОРС и не рекомендуются ни в одних из цитируемых КР, за исключением российских. Более значительную доказательную базу в лечении ОРС имеют ЛС растительного происхождения, которые обладают противовоспалительным и муколитическим действием. Классическим и наиболее известным представителем данной группы является комбинированное ЛС, в состав которого входят компоненты нескольких лекарственных растений: корня горечавки, травы вербены и щавеля, цветов первоцвета и бузины. Это ЛС способно уменьшать выраженность отека слизистой оболочки полости носа и облегчать эвакуацию секрета из ОНП. Кроме того, оно повышает активность реснитчатого эпителия и ускоряет эвакуацию секрета из ОНП, оказывает иммуностимулирующее и противовирусное действие. Эффективность препарата при остром вирусном РС подтверждена в ряде контролируемых исследований.

Экстракт корня горечавки + цветков первоцвета + травы щавеля + цветков бузины + травы вербены (Синупрет) внутрь по 2 драже или 50 капель 3 р/сут., детям от 2 до 6 лет – по 15 капель 3 р/сут., детям школьного возраста – по 25 капель или 1 драже 3 р/сут. Продолжительность лечения – 7–14 дней.

Еще одно ЛС растительного происхождения – экстракт клубней цикламена европейского – в виде дозированного назального аэрозоля обладает противоотечным действием, способствует опорожнению патологического секрета из ОНП и эвакуации его в носоглотку, усиливает микроциркуляцию крови в слизистой оболочке носа, а также стимулирует мукоцилиарный транспорт, оказывая таким образом отчетливый клинический эффект, отчасти подтвержденный в контролируемых исследованиях.

Экстракт клубней цикламена европейского (Синуфорте) интраназально по 1 дозе в каждую половину носа 1 р/сут. Курс лечения 8 дней.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Такой метод показан при осложнениях или запущенной форме гайморита, когда консервативные методы неэффективны. Вмешательство проводят через нос или через

полость рта, под общим наркозом. Цель операции – расширить естественное отверстие пазухи, через которое будет оттекать гной и скопления слизи, удалить выделения и промыть полость

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Для предотвращения острого гайморита или развития хронического есть простые меры профилактики. Прежде всего, нужно полностью долечивать любые простуды, сопровождающиеся насморком и заложенностью носа. При затяжном насморке обязательно нужно обращаться к врачу. Также полезны следующие рекомендации:

Регулярное посещение стоматолога, своевременное лечение кариозных поражений, болезни десен.

- Отказ от пребывания в пыльных, загазованных помещениях с сухим воздухом, наличием дыма.
- При наличии аллергии – обязательное посещение аллерголога и лора для подбора адекватных препаратов для профилактики гайморита у взрослых на фоне поллиноза или круглогодичного ринита.
- Употребление большого количества свежих плодов (сезонные овощи, различные фрукты, ягоды) для стимуляции, поддержки иммунитета.
- Разобщение с людьми, имеющими признаки различных инфекций, использование в общественных местах одноразовой защитной маски с ее регулярной сменой.
- Использование капель от насморка строго по инструкции, без злоупотреблений. Хотя капли в нос применяются для профилактики гайморита, чтобы не создавать застоя слизи, их длительный прием только ухудшает отечность.
- Употребление как можно большего количества обычной питьевой воды для увлажнения слизистых.
- Промывание полости носа растворами с содержанием морской или обычной соли или использование специальных солевых спреев.

Людям, имеющим склонность к гаймориту или риск перехода в хроническое течение, могут быть рекомендованы таблетки или капли для профилактики гайморита (на растительной основе или с синтетическими компонентами). Им нужно избегать бассейнов с хлором, увлажнять воздух в помещениях, реже бывать на холодном воздухе.

После перенесенного гайморита профилактика строится на тех же принципах. Но при развитии насморка нужно сразу активно его лечить. Промывание носа солевыми спреями, отварами лекарственных трав, прием витаминов и минеральных добавок не позволит инфекции распространяться.

Кроме того, важно немедленное обращение к врачу при наличии первых же признаков обострения воспаления или острого гайморита. Профилактика болезни всегда гораздо лучше, чем ее длительное лечение.