



ГРИГОРИЙ ЛЕОНОВ, врач-оториноларинголог (ЛОР),
автор медицинского блога @leonovmd

БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА, НОСА

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД
НА ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ**

 **БОМБОРА**
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Москва 2023

УДК 616.2
ББК 56.8
Л47

Во внутреннем оформлении использованы
фотографии и иллюстрации:

Puwadol Jaturawutthichai, Natasha Zakharova, tada-
ki crew, SARASH SOOM-IM, Karan Bunjean, Fahrni,
NIWADEE LAOPHAIBULKUL, fotografos, Sinngern,
wk1003mike, Mikhail V. Komarov, AlexLMX, Sukan
Saythong, Peakstock, krolya25, WH_Pics, Mariyana M.
Alexandra Harashchenko, sbw18, Keena Design, Alex
Vainova / Shutterstock.com

Используется по лицензии от Shutterstock.com

Леонов, Григорий Константинович.

Л47

Болезни уха, горла, носа : современный взгляд на при-
чины и лечение / Григорий Леонов. — Москва : Эксмо,
2023. — 320 с.

ISBN 978-5-04-181453-3

О причинах, диагностике и методах лечения самых распро-
страненных заболеваний уха, горла и носа. Автор книги, Григо-
рий Леонов, врач-оториноларинголог (ЛОР) с опытом работы бо-
лее 10 лет. Он объясняет, как устроены ухо, горло и нос, какие
симптомы сопровождают то или иное заболевание, связанное
с ними, и какая терапия считается эффективной с точки зрения
доказательной медицины. Из-за чего возникают риносинуси-
ты и кровотечение из носа? О чем могут говорить частые анги-
ны? Правда ли, что лучше не пользоваться ватными палочками?
От травм носа до нарушений слуха, от симптоматики до препа-
ратов — доктор Леонов разбирает самые разные темы, которые
касаются здоровья уха, горла и носа.

УДК 616.2
ББК 56.8

ISBN 978-5-04-181453-3

© Леонов Г.К., текст, 2023

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ АВТОРА	8
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	10
ЧТО ТАКОЕ ИНФЕКЦИЯ?	15
Острая респираторная вирусная инфекция	16
Глава 1. НОС	21
АНАТОМИЯ	21
ДИАГНОСТИКА	28
ЗАБОЛЕВАНИЯ	40
Острый риносинусит	40
Хронический ринит	46
Аллергический ринит	50
Хронический риносинусит	54
Аденоиды	63
Атрезия хоан	73
Искривление носовой перегородки	75
Ринофима	79
Носовое кровотечение	80
Глава 2. ГОРЛО	85
ГЛОТКА	85
АНАТОМИЯ	85
ДИАГНОСТИКА	88
ЗАБОЛЕВАНИЯ	93
Острый тонзиллофарингит	93
Паратонзиллярный абсцесс	99
Энтеровирусный тонзиллофарингит (герпангина)	101
РФАРА-синдром, или синдром Маршалла	102
Хронический фарингит	103
Хронический тонзиллит	106
Пробки в небных миндалинах	117

ГОРТАНЬ	119
АНАТОМИЯ	119
ДИАГНОСТИКА.....	124
ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	128
Острый ларингит	128
Ложный круп	129
Хронический ларингит.....	130
Папилломатоз гортани.....	132
Острый эпиглоттит.....	133
Парез и паралич голосовых складок	134
Стеноз гортани.....	136
Глава 3. УХО	141
АНАТОМИЯ	141
ДИАГНОСТИКА.....	146
ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО УША.....	148
Наружный отит	148
Микротия.....	151
ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УША.....	152
Острый средний отит.....	152
Матоеидит	157
Тубоотит, экссудативный отит, адгезивный отит	159
Зияние слуховой трубы (зияющая дисфункция)...	164
Хронический гнойный средний отит.....	165
ВНУТРЕННЕЕ УХО.....	171
Строение внутреннего уха	171
Диагностика слуха.....	178
Слуховые беды.....	196
Нейросенсорная (сенсоневральная) тугоухость (НСТ)	196
Отосклероз	205
Диагностика вестибулярных нарушений.....	207
Вестибулярные беды.....	224

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	224
Вестибулярный нейронит	228
Лабиринтит	230
Болезнь Меньера	231
Глава 4. ПРОЧИЕ НАПАСТИ	235
Фурункулы и абсцессы	235
Рожистое воспаление (рожа)	237
Системные заболевания.....	238
Туберкулез	238
Сифилис	241
Гранулематоз Вегенера	244
ГЭРБ	245
Неврологические нарушения	246
Мигрень, кластерная головная боль, пароксизмальная гемикрания	247
Невралгия тройничного нерва, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, бруксизм	247
Кашель	249
Храп	254
Травмы	259
Глава 5. К ЧЕМУ ПРИВОДИТ НЕПОСЛУШАНИЕ ...	269
Глава 6. ОПУХОЛИ	277
Глава 7. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ	283
Глава 8. ВОТ ЭТОГО НЕ НАДО	289
Глава 9. ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ	307
ВМЕСТО ПОСЛЕСЛОВИЯ	310
БЛАГОДАРНОСТИ	314
УКАЗАТЕЛЬ	315

ОТ АВТОРА

Привет, любимые.

Как-то пару лет назад моя благоверная, по всей видимости, чтобы оградить себя от моего чувства юмора или хотя бы несколько снизить градус веселья на совместной жилплощади, настояла на переадресации моего косноязычия в эти ваши интернеты. Так появился мой бложик, где я потихоньку, со специфическими потугами на остроумие, стал рассказывать о всяческих недугах, преодолевающих область моей компетенции — уши, горлы, носы. И со временем он даже приобрел довольно широкую известность в узких кругах.

Думаю, тому есть простое объяснение: народ подустал от отечественной медицины с «простынями» сомнительных назначений и начал задаваться вопросом: «А какого?!» (*мысленно вставить картинку с Уиллом Фареллом*). Тут-то наиболее прогрессивные и въедливые открыли для себя секту ЕВМ, или доказательную медицину. Медицину, которая во главу угла ставит не схоластические умозаключения посеребрянных дядек и верования участковых терапевтов, а выводы, подтвержденные крупными исследованиями, где вероятность статистической ошибки сведена к минимуму.

И, ВНЕЗАПНО, как-то так сложилось, что две трети препаратов, назначаемых в Этой стране, не имеют

достаточной доказательной базы или вообще не существуют и не применяются (а нередко — запрещены) за пределами Необъятной. Да и методики, позаимствованные скорее из произведений де Сада, нежели из «Анатомии Грея»¹, оказываются, как минимум, бесполезными. То, что у нас называется доказательной медициной, на просторах «загнивающего Запада» считается просто медициной. Как они не вымерли — непонятно. Быть может, там все-таки делают что-то правильно?

В этом мы и стали разбираться с моими подписчиками. Тепло, лампово, уютненько, но и не без конфликтов, незамысловатых обидных конструкций из пальцев и прочих скабрёзностей. Однако события последних месяцев показали, что интернет — штука весьма ненадежная, а рукописи, как учил нас Михаил Афанасьевич, не горят. Вот и осенила меня прекрасная мысль увековечить свое словоблудие в невырубаемую форму. Чтобы для. Потому что.

Так что, как говорят у нас, в Кропоткине, велком. Заранее предупреждаю: некоторые сведения могут вызвать, литературно выражаясь, когнитивный диссонанс и некоторое раздражение. Особенно в отдельных, отличающихся особой нежностью частях тела. Не отчаивайтесь — это нормально. Погнали.

¹ «Анатомия Грея» — классический учебник анатомии человека, написанный английским хирургом и анатомом Генри Греем, изданный в 1858 году.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Так исторически сложилось, что на 1/6 части суши из-за склонности к тоталитаризму и империализму, да и, что греха таить, высокой популярности тюремной романтики, определяющую роль во многих областях науки играет мнение условного «авторитета». Думаю, вам неоднократно приходилось слышать или читать: «Профессор такой-то говорил» или «А вот я был у кандидата наук, он сказал...» Причем самое опасное, что очень часто за основу лечебной стратегии берется мнение местечковых «светил» — обычных врачей со стажем, тянущимся со времен до Рождества Христова, просто старших коллег, заведующих отделениями и прочих крайне условных корифеев. Основная проблема состоит в том, что многие из вышестоящих подвисают на определенном этапе карьеры и мумифицируются в янтаре информации времен очаковских и... далее по тексту. А младшие чины и неофиты идут по пути наименьшего сопротивления, не черпая информацию из актуальных источников, а впитывая громогласные рассуждения самопровозглашенных мэтров медицинской науки или с открытым ртом внимая приглашенным недозвездам на лекциях, организованных фармакологическими компаниями.

Вторым важным аспектом в становлении отечественной механики оказания медицинской помощи явля-

ется повышенное влияние фармакологического лобби на государственную систему. Введение препарата или методики в обиход требует несравненно меньших усилий (мощности исследований, доказательной базы), чем в странах с расшатанными скрепами. Ну и, сами понимаете, общая система коррупции не обошла стороной и врачевание.

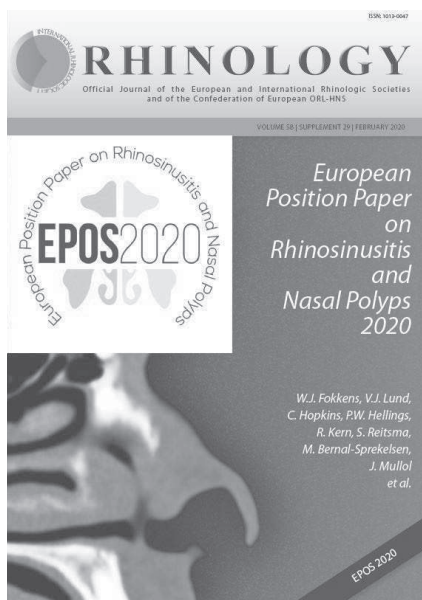
Как вы увидите ниже, в аптечном обороте находится такое количество фармакологического хлама, что можно без ложной скромности отнести две трети наименований лекарств в аптеках, применяемых в оториноларингологии, к фуфломицинам.

Доказательную медицину такой подход не устраивает. Здесь методы, схемы лечения и препараты не могут применяться без проведения огромного количества крупных исследований. Здесь не имеют серьезного значения мнения отдельных врачей. Потому что доказательная медицина понимает: времена Великих географических открытий прошли, роль личности в современной науке практически нивелирована. Все важные исследования, внедрения проводятся крупными командами и научными организациями на основе множества побочных изысканий. Это слаженный труд десятков, а то и сотен людей. Иначе никак.

Основной метод научного поиска, признаваемый доказательной медициной, — двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Суть его в том, что испытуемых случайным образом распределяют на две группы. Одной группе пациентов дается лечение (препарат, методика), другой — плацебо (таблетка- или методика-пустышка).

При этом ни исследователь, ни испытуемый не знают, кому достается лекарство, а кому — конфетка. Это позволяет снизить вероятность статистической, когнитивной и других ошибок, ибо все завязано на чистой математике, с минимизацией того самого человеческого фактора. Подобные исследования чертовски сложны и дороги, их точность напрямую зависит от количества испытуемых.

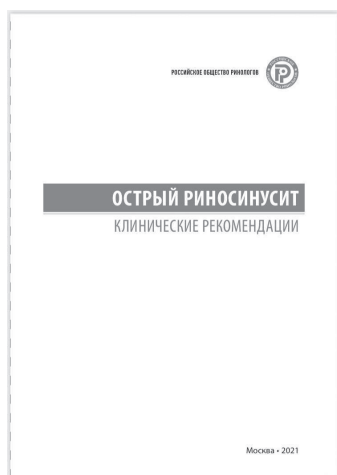
Поэтому второй важный источник для доказательной медицины — систематические обзоры. Это очень объемные документы, перелопачивающие максимальное количество исследований со всех концов синего шарика по какой-то конкретной теме, отбирающие наиболее репрезентативные и делающие вывод о том, как и что лечить.



Например, если брать носовые болезни, то таким документом является European position paper on rhinosinusitis and Nasal polyps (сокращенно, EPOS) – основополагающий талмуд по острым и хроническим риносинуситам.

Все это есть в интернете в свободном доступе — читай не хочу. Так в чем же дело? Почему мумие еще в ходу? Ответ банален: источники в большинстве случаев написаны на английском языке. А уровень владения им в среднем по больнице, думаю, вам известен.

Конечно, многие из документов переводятся, адаптируются к отечественным реалиям (взять хотя бы «Клинические рекомендации Российского общества ринологов»), но они тонут в страшном болоте, именуемом стандартами оказания медицинской помощи. Да и, чего фарисействовать, в косномыслии и славянофильстве на местах.



Ваш покорный попал в лапы ЕВМ после слов своего наставника: «Григорий, вы не читаете книги, вы читаете Пальчун».

В. Т. Пальчун – автор самого популярного у нас в стране учебника по оториноларингологии. Определенные его аспекты (анатомия, физиология) неплохи, но в отдельных он устарел до уровня шумерских табличек, а в некоторых равносителен трудам средневековых алхимиков. Но понял я это, лишь погрузившись в пучину гайдлайнов – кратких, емких и понятных схем лечения отдельных патологий, составленных с позиций доказательной медицины.

С такого ракурса и будет вестись дальнейшее повествование. Но прежде чем мы перейдем к конкретным болезням, нужно разобрать одно основополагающее медицинское понятие. Как ни странно, именно непонимание его механизмов и приводит часто к бесконечному назначению бесполезных лекарств в самых замысловатых сочетаниях.

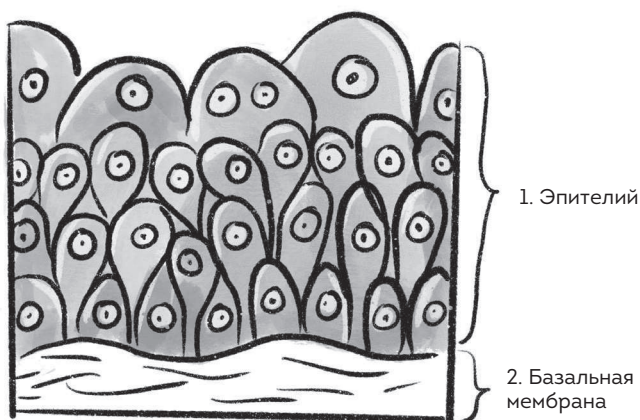
Имя зверя — инфекция.

ЧТО ТАКОЕ ИНФЕКЦИЯ?

Вроде бы самая что ни на есть обыденная вещь. Проник в организм микроб — началась болезнь. Что тут выдумывать? Вот многие врачи и придерживаются этого мнения. Но, как всегда, когда дело касается медицины, дьявол в деталях.

Стоит разобраться в главном: что значит «проникнуть в организм»? Залезть в нос? Пробраться в желудок? Прилипнуть к горлу? Покровы нашего организма (кожа, слизистые оболочки) — это внешняя среда. Даже полость носа, глотки, пищевода — все, что соприкасается с воздухом, населено микрофлорой. Вирусами, грибами, бактериями и прочей мелкотравчатой шушерой. Но это не значит, что человек инфицирован. Инфекция подразумевает проникновение возбудителя в стерильные (лишенные микрофлоры) до сего момента ткани. К таковым относится все, что находится под эпителием — верхним плотным слоем клеток, выстилающим поверхность всех тканей. Подобное происходит постоянно, и чаще всего организм без проблем справляется с интервентами. Однако если интервентов слишком много или «силовые структуры» организма в момент проникновения истощены — получаем заболевание.

Подавляющее большинство инфекций — вирусные. Эти гаденыши имеют настолько простую структуру и так малы, что побеждать их — занятие не для



Инфекция развивается, когда возбудитель попадает внутрь эпителия или под него

средних умов. Они проникают внутрь клетки, клетка начинает работать на вирус и после погибает. Подобным путем рождается, например, ОРВИ.

Острая респираторная вирусная инфекция

Альфа и омега острых заболеваний верхних дыхательных путей. Тонна описанных ниже заболеваний начинается именно с нее. Это общее название вирусных поражений, так как выявить зачинщика — задача нетривиальная. Да и бессмысленная (спойлер: от подавляющего большинства вирусов лечения не существует). Специфических проявлений практически нет. Сопли, боль в горле, температура, кашель, боли в мышцах — факультативны. Да и длиться повышение температуры тела может неделями (все еще помнят ковид?), а может не подняться ни разу. Иными слова-