

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джумабаев Э.С. Касимов К., Экспериментальное обоснование подчелюстной лимфотропной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях головы и шеи. //Международный журнал "Limpha" М.2018.№1(5). Стр.35-37.
2. Касимов К., Касимов Х.К., Каримова З.Х. Экспериментальное изучение путей лимфотока из носа и околоносовых пазух у собак //Международный научно-практический журнал "Теория и практика современной науки" Саратов 2018. Стр 55-58.
3. Пискунов В.С., Мезенцева О.Ю. Функциональные и морфологические изменения слизистой оболочки при деформации перегородки носа. //Вестн. Оторинолар., 2011., № 1. Стр.13-15.
4. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захаров Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. /Метод. рекомендации Санкт-Петербург 2005; 39 стр.
5. Шахова Е. Г., Козловская С.Е. Непрямая лимфотропная терапия препаратом поликатан хронического тонзиллита у лиц с заболеваниями щитовидной железы. //Вестн. Оторинолар. 2009. № 5. Стр.4-6.
6. Шейхаметов Л.А. Регионарная лимфотропная терапия при острых и хронических тонзиллитах: /Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Ташкент. -2001.-С. 2-3.
7. Brook I. Bacteriology of chronic maxillary sinusitis in adults. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989; 6: 426-428.

Поступила 30.03. 2019

УДК: 616.839+616.211-002.193-056.3-053

ЛЕЧЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Касимов Х.К., Касимов К., Усмонова Н.А., Рахимов С.Х., Салиохунова Х.

Андижанского государственного медицинского института.

✓ Резюме,

Ринит является одной из наиболее частых причин обращения к врачу (педиатру, оториноларингологу, аллергологу). Затруднение носового дыхания может происходить у детей самых разных возрастов. Доставляя массу беспокойства родителям младенцев и самим малышам, оно препятствует процессу поступления пищи и нарушает сон, значительно снижает качество жизни детей разного возраста, особенно школьников.

Симптомы ринита могут сопровождать и редкие патологические состояния, и являться признаком банальной простуды. При этом жалобы на затруднение носового дыхания - нередко самые частые как для самих маленьких пациентов, так и для детских специалистов.

Ключевые слова: - Острый риносинусит, аллергический ринит, дети.

АЛЛЕРГИК РИНИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЎТКИР СИНУСИТНИ ДАВОЛАШ ВА КЛИНИК КЕЧИШИ

Касимов Х.К., Касимов К., Усмонова Н.А., Рахимов С.Х., Салиохунова Х.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ринит қўйидаги шифокорларга (педиатрлар, оториноларингологлар, аллергологлар) га қўплаб мурожаатлар қилишга сабаб бўладиган касалликлар қаторига киради. Нафас олишнинг қийинлашуви боланинг турли ёшларида учраши мумкин. Ота-оналарни болалар томонидан айниқса, кичик ёшдагиларда ушбу касалликни қўплаб учраши, қўп таҳликага соладиган, иштаҳасига таъсир қиладиган, уйқусини бузиб ҳаёт тарзига таъсир қиладиган касаллик саналади. Ринитнинг симптомлари бошқа турли патологик ҳолатлар билан қўшилиб келади. Қўпинча оддий яллиғланиш билан қўшилиб келади. Ушбу шикоятлар ичиди нафас олишнинг қийинлашуви, айниқса кичик ёшдаги болаларда тез ва кучли асоратлар билан кузатилиши болалар мутахассисининг ҳам оғир асоратларга олиб келувчи омил сифатида этиборини тортади.

Калит сўзлар: ўткир риносинусит, аллергик ринит, болалар.

TREATMENT AND CLINICAL FLOW OF ACUTE SINUSITIS IN CHILDREN WITH ALLERGIC RHINITIS

Kasimov H.K., Kasimov K., Usmonova N.A., Rakhimov S.Kh., Saliohunova X.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

Rhinitis is one of the most frequent reasons for going to a doctor (pediatrician, otorhinolaryngologist, allergist). Obstruction of nasal breathing can occur in children of all ages. Delivering a lot of anxiety to the parents of babies and the children themselves, it impedes the process of food intake and disrupts sleep, significantly reducing the quality of life of children of different ages, especially schoolchildren.

Symptoms of rhinitis may be accompanied by rare pathological conditions, and may be a sign of a common cold. At the same time, complaints about the difficulty of nasal breathing are often the most frequent, both for the young patients themselves and for the children's specialists.

Key words: - Acute rhinosinusitis, allergic rhinitis, children.

Вопросы диагностики и лечения риносинуситов до сих пор остаются одной из нерешённых проблем в оториноларингологии. В настоящее время, уровень острых и хронических риносинуситов держится высоко, так как профилактика их и их осложнений не до конца разработана. На возникновение и течение острых синуситов существенное влияние оказывают различные эндогенные и экзогенные факторы, такие как аллергены, и реагенты окружающей среды, также он может иметь инфекционную, вирусную, бактериальную или грибковую этиологию.

Острый риносинусит в 2-10% случаев имеет вирусную этиологию, а в 10-12% аллергическую и в 80-88% случаев вызывается бактериями. Аллергический ринит (АР) является одним из первых предрасполагающих факторов развития острого синусита. По данным ряда авторов (Ильина Н.И.1999,Ткаченко В.И.2013) у 94%-97% детей с АР встречается воспаление околоносовых пазух.

В последние годы, АР как проблема приобретает большую значимость из-за его высокой распространенности среди населения (от 10% до 40%), особенно в детской популяции. Согласно данным официальной статистики, АР встречается у 9%-25% детей 5-8 лет (Абдукадыров К.Р. с соавт 2010).

Воспаление и отек слизистой оболочки носа у детей с аллергическим ринитом могут привести к обструкции дренажных путей пазух носа и последующему присоединению бактериальной флоры. На фоне аллергии инфекционные и гнойно-воспалительные процессы протекают бурно и часто дают тяжелые осложнения. В настоящее время для лечения детей с острым синуситом на фоне АР существуют различные эффективные методы терапии (Арифов С.С., Алиева В.Ш.2009,Кунельская Н.Л. с соавт. 2012,Кулиббе-тов А.С. с соавт.2015; Abbanat D., 2003; Hauptman G., 2004), однако несмотря на достигнутый успех, частота перехода в хроническую форму не уменьшается, часто возникают тяжёлые осложнения, которые в итоге приводят к инвалидности.

Таким образом, проблема изучения формирования, клинического течения, лечения острых синуситов у детей с АР является одной из значимых аспектов в оториноларингологии.

Цель исследования: Изучить особенности течения и разработать новые подходы комплексного лечения, прогнозирования острых синуситов у детей с аллергическим ринитом.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 46 больных острым синуситом на фоне АР в возрасте от 5 до 18 лет. При постановке диагноза АР и определении его формы придерживались МКБ -10 и классификации ВОЗ.

Среди обследованных больных у 29 (63%) диагностирован острый гайморит, у 14 (30,4%) гайморит-этмоидит и у 3 (6,6%) гемисинусит. Комплекс обследования больных включал сбор анамнеза, эндоскопическое исследование ЛОР-органов, эндоскопия полости носа и рентгенография придаточных пазух носа. С целью уточнения АР проводили клинко-аллергологическое обследование согласно медицинским

стандартам (протоколам) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы.

Острый риносинусит (ОРС) на фоне АР это острое воспаление слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух, для которого обязательными являются наличие двух или более симптомов, таких, как заложенность носа, наличие выделений из носа и по задней стенке глотки, а дополнительными признаками боль или давление в области лица и гипосмия или anosmia. Эндоскопически: слизистая полости носа отечная, слизисто-гнойное отделяемое в области среднего и общего носового хода. У детей, кроме затрудненного носового дыхания, о синусите может свидетельствовать кашель, который возникает при раздражении слизисто-гнойным отделяемым задней стенки глотки.

Клиническое течение острого синусита имеет ряд особенности: у старших детей заболевание протекает как у взрослых, а у младших детей часто протекает малосимптомно, их беспокоит периодическое затруднение носового дыхания без приступов чихания и обильных выделений из носа.

Для оценки клинических проявлений заболевания пользовались Европейскими рекомендациями по риносинуситу (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps) EPOS. При этом предлагается использовать визуально-налоговую 10-бальную шкалу. Легкой степени заболевания соответствует значение шкалы от 0 до 3 баллов, средней степени тяжести - от 4-7 баллов, тяжелое течение более 7 баллов.

В первой группе 29 (63%) больных, легкого течения (до 3 баллов по шкале), отмечались жалобы на легкую головную боль, слабость, гипосмию, заложенность носа, слизисто-гнойные выделения из носа и носоглотки, температура тела в пределах 37 С. На рентгенограммах пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи.

Среднетяжелое течение у 14 (30,4%) больных (в среднем 5 баллов), головные боли были более интенсивными, при пальпации в проекции пораженной пазухи отмечалась болезненность. Постоянная заложенность носа, гнойные выделения из носа, слабость, гипосмия и температура тела в пределах 37-38 С. На рентгенограммах полное затемнение пазухи, а у некоторых из них даже отмечался уровень жидкости в проекции пораженной

При тяжелом течении у 3 (6,5%) больных (10 баллов по шкале), постоянная головная боль и боли в проекции пораженной пазухи, гнойные выделения из носа и носоглотки были постоянными, температура тела 38 С и выше, общая слабость, anosmia. На рентгенограммах тотальное затемнение более двух пазух. В тоже время у этих больных наблюдались орбитальные осложнения в виде реактивного отека орбиты. В анализах крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Лечение острого риносинусита (ОРС) у детей с АР проводилось соответственно тяжести заболевания. В настоящее время, одним из эффективных методов терапии острых синуситов является промывание полости носа солевым раствором, и оно вошло в стандарты лечения европейских и американских сообществ оториноларингологов. Исходя из этого, с целью элиминации вирусов и бактерий из полости носа и околоносовых пазух при лечении больных, проводили орошение полости носа солевым раствором "Дель-

фин". Для этого в одну половину носа вводили солевой раствор "Дельфин", а с другой половины его отсасовали с помощью электроотсоса. Манипуляция проводилась 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур.

По рекомендации EPOS-2012 (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps) основным направлением в лечении синуситов остается топическая эндоназальная кортикостероидная терапия, особенно у больных с аллергическим ринитом в анамнезе. Выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие этих препаратов, приводит к уменьшению отека слизистой оболочки носа, восстанавливает проходимость просвета соустьев околоносовых пазух. В связи с высокой эффективностью, с целью уменьшения выраженного воспаления и болевого синдрома при тяжелых случаях синусита, руководство EPOS (2012 г.) рекомендует использование кортикостероидов перорально коротким курсом. В качестве топического интраназального кортикостероида (ИКС) рекомендованы ряд лекарственных препаратов. Одним из них, является назальный спрей форинокс. В отличие от других ИКС нежелательных проявлений при применении форинокса (головная боль, сухость в носу, носовые кровотечения) по ходу лечения мы не наблюдали. При лечении спрей форинокс впрыскивали в каждую ноздрию 1 раз в сутки в течение 4-6 дней.

В последнее время, в литературе многократно обсуждаются вопросы системного и особенно местного, применения антибиотиков при остром синусите. Категорически не рекомендуется введение в околоносовые пазухи, после их пункции, растворов антибиотиков, так как они предназначены для внутримышечного или внутривенного введения.

Для местного применения рекомендованы специальные формы антибиотиков, эндоназального введения в виде спрея. Интраназальное введение препарата способствует его прониканию в труднодоступные области пазухи и, антибиотик непосредственно контактирует с микрофлорой в очаге воспаления. В нашей практике с целью воздействия на патогенную микрофлору, мы применяли назальный антибактериальный топический спрей. Препарат относится к антибиотикам группы аминогликозидов и обладает бактерицидным действием в отношении бактерий, возбудителей воспаления верхних дыхательных путей.

После промывания полости носа, спрей впрыскивали в каждый носовой ход 3 раза в день, в течение 4-6 дней.

В группе больных детей с тяжелым течением (3 больных) заболевания, помимо вышеуказанного лечения, дополнительно применяли перорально суспензию амоклава по 10 мл. 2 раза в день в течение 5 дней.

Комбинированные антибактериальные препараты, состоящий из амоксициллина и клавулановой кислоты, обладает широким спектром антибактериального действия. Препараты хорошо абсорбируются из желудочно-кишечного тракта и рекомендован для применения детям любого возраста.

Для оценки эффективности проводимой терапии мы использовали шкалу субъективных ощущений: в первую очередь динамику основных симптомов синусита (головная боль и боль в проекции пораженной пазухи, выделения из носа, затруднение носового

дыхания, температура тела), общее состояние больного и динамика

Результат и обсуждения

На 4 й день проводимой терапии заложенности и выделения из носа исчезли у всех больных легкой и средней тяжести течения. Лишь у 2 больных детей с тяжелым течением, еще отмечались периодические заложенности носа и слизистое выделения. Концу курса лечения (6 й день лечения) была отмечена отчетливая положительная динамика, объективных данных, уменьшились гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, характер отделяемого носовой полости. Только у 3 больных средней тяжести течения и у 3 больных с тяжелым течением еще наблюдались не большое отек слизистой периодические слизистое отделяемое из носа, хотя у них до лечения было гнойное отделяемое. Улучшилась динамика после лечения у 44 больных, общее состояние значительно улучшилось и полностью исчезли головные боли, слабость и гипосмия, дыхание через нос восстановилось, прекратились выделения из носа и носоглотки, нормализовалась температура тела. При риноскопии: слизистая полости носа розовая, характер носовых ходы чистые. Улучшение состояния достигнуто у 2 больных, у них также исчезли выше указанные симптомы, но периодически наблюдались слизистые выделения из носа, временами беспокоила заложенность носа.

Выводы:

1. Основопологающим фактором возникновения тяжело протекающего острого синусита у детей является аллергические проявления в полости носа.

На фоне аллергии происходит отек слизистой оболочки полости носа, при этом нарушается вентиляция и мукоцилиарной функции слизистой оболочки, что приводит к скоплению секрета в пазухах, который способствует вторичному инфицированию.

2. Основное направление в лечении острого синусита на фоне АР должно быть направлено на устранение аллергии, достижение стойкой бактерицидной эффекта антибактериальных препаратов, в носу и околоносовых пазух, улучшения дренажной и вентиляционной функции околоносовых пазух.

3. Достижение хороший и стойкий эффект при тяжелом течение заболеваний можно достичь применением не инъекционных а суспензии в виде спрея. Данный вид применение лечебных средств хорошо переноситься даже детям младшего возраста, что необходимо можно рекомендовать. в качестве средств выбора у детей с острым гнойным синуситом на фоне аллергии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арифов С.С., Далиев А.Г., Хакимжонов К.Ш. Распространенность, факторы риска развития, ключевые аспекты патогенеза аллергического ринита у детей. //Материалы IY съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент 2015.стр. 62-63.
2. Ильина Н.И. Клиническая и морфологическая характеристика полипозных риносинуситов. //Рос. Ринол 1999 № 1. С.5-23.
3. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гуров А.А., Юшкина А.В., Изотовва Г.Н., Соколов С.С. Проблемы терапии острого гнойного риносинусита //Медицинский совет о 2015. №17. стр.20-23

4. Курбанов Ф. Ф. Комплексный способ консервативного лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом. / Автореф. Канд. мед.наук. М.2011. (101 стр дис).
5. Ткаченко В.И. Особенности течения и лечения сезонных аллергических реакций у пациентов с сопутствующей патологией дыхательных путей. Академия дистанционное обучение. Укр. мед. Часопис 3 (95)-М/VI/ 2013.стр.68-71.
6. Шамсиев Ж.Ф. Сурункали риносинуситда бурун шиллиқ қава-ти фукционал хусусиялари. //Материалы IY съезда оторино-ларингологов Узбекистана Ташкент 2015.стр.
7. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, Pankey GA, Seleznick M, Volturo G, Wald ER, File TM Jr; Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. //Clin Infect Dis. 2012;54(8):e72-e112. doi:10.1093.cid.cir1043.
8. Fokkens W. J., Lund V. J., Mullol J., Bachert C. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. //Rhinol. Suppl. 2012;23 (3): 1-298.(риносинусити часто встречаются у детей,-лечения антибиотиком).

Поступила 30.03. 2109

УДК: 616.155.294

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Мирбабаева Ф.А., Янгиева Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

✓ Резюме,

Цель: оценить эффективность метода адресной доставки препарата к сетчатке при лечении препролиферативной диабетической ретинопатии в комплексном лечении.

Материалы и методы. Оценка эффективности лечения ретиналамином проведена у 73 пациентов с диабетической ретинопатией. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе препарат в верхне-наружный квадрант под конъюнктиву (0,5 мл раствора) в течение 10 дней. В комплексном лечении в течение 3х месяцев.

Результаты. После лечения в основной группе острота зрения улучшилась на 0,35 по сравнению с 0,12 в контрольной группе. Также было улучшение реографических показателей и состояния глазного дна в обеих группах. Стабилизация зрительной функции была достигнута у 71% пациентов в результате комплексного метода лечения.

Вывод: комплексный метод может быть рекомендован для применения у пациентов с препролиферативной диабетической ретинопатией для достижения стабилизации зрительных функций.

Ключевые слова: препролиферативная диабетическая ретинопатия, ретинальные геморрагии, комплексная лечения.

ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Мирбабаева, Ф.А., Янгиева, Н.Р.

Тошкент давлат стоматология институти.

✓ Резюме,

Мақсади: Препролифератив диабетик ретинопатияни комплекс дори воситаларини биргаликда қўллашда даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Препролифератив диабетик ретинопатияли 73 нафар беморда ретиналамин билан даволаш самарадорлигини баҳолаш амалга оширилди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳда дори воситаси конъюнктивга остига, юқори ташқи квадрантда (0,5 мл эритма) 10 кун давомида комплекс даво мажмуасида юборилди.

Натижа. Даволанишдан сўнг асосий гуруҳдаги беморларнинг кўриш ўтқирлиги 0,35 га контроль гуруҳда эса 0,12 га сезиларли даражада яхшиланди. Иккала гуруҳнинг кўз туби реологик кўрсаткичлари ҳам яхшиланди. Асосий гуруҳда даволанганларнинг кўрув фаолиятининг стабиллашиши 71% беморларда кузатилган.

Хулоса: препролифератив диабетик ретинопатияни даволаш самарадорлигини ошириш ва кўрув фаолиятини стабиллаштириш учун мазкур комплекс даволаш усули тавсия қилиш мумкин.

Калит сўзлар: препролифератив диабетик ретинопатия, ретинал геморрагиялар.

IMPROVING THE COMPLEX METHOD FOR THE TREATMENT OF DIABETIC RETINOPATHY

Mirbabaeva, F.A., Yangiyeva, N.R.

Tashkent State Dental Institute.

✓ Resume,

Objective: to evaluate the effectiveness of the method of targeted delivery of the drug to the retina in the treatment of preproliferative diabetic retinopathy.

Materials and methods. The effectiveness of treatment with retinalamin was evaluated in 73 patients with diabetic retinopathy. The patients were divided into 2 groups. In the main group, the drug is in the upper - outer quadrant under the conjunctiva (0.5 ml of solution) for 10 days. Also used internally Wobenzym 3-6 tablets 3 times a day for 3 months.