

ИРРИГАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Касимов Х.К., Касимов К., Нарбаев З.К., Нарбаев К.П.,

Андижанский Государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

В статье представлены вопросы ирригационно-элеминационная терапия при аллергической природы острого синусита у детей. Лекарство оказывает противовирусный и антибактериальный действия. Введение топических интраназальных кортикостероидов (ИКС) после орошения полости носа солевыми растворами, приводит к более стойкому эффекту.

Ключевые слова: острый синусит, аллергический ринит, назальный спрей.

BOLALARGA ALLERGIK GENESISNING AKUTE RINOSINUSITISNING IRRIGATSIYA TERAPIYASI

Qosimov X.K., Kasimova K., Narbaev Z.K., Ulmasov B.B.,

Andizon davlat tibbiyot instituti.

✓ **Rezyume,**

Maqolada bolalarda o'tkir sinusitning allergik xususiyatini sug'orish-elementatsiya terapiyasi masalalari keltirilgan. Burun bo'shlig'ini sho'r eritmalar bilan sug'orishdan keyin topikal Intranazal kortikosteroidlarni (IKS) kiritish yanada qat'iy ta'sirga olib keladi.

Kalit so'zlar: o'tkir sinusit, allergic rinit, nazal sprey.

IRRIGATION THERAPY OF PINWORM RHINOSINUSITIS OF ALLERGIC ORIGIN IN CHILDHOOD TO ARTICLE

Kasimov X.K., Kasimov K., Narbaev Z.K., O'lmasov B.B.,

Andijan State Medical Institute.

✓ **Resume,**

The article irrigation-elementation therapy for the allergical nature of acute sinusitis in children. Topical intranasal corticosteroids were introduced after irrigation of the nasal cavity with saline solutions, which leads to a more persistent effect.

Keywords: irrigation therapy of pinworm rhinosinusitis, allergic origin in childhood to article.

Актуальность

В настоящее время уровень острых риносинуситов в детском возрасте остается высоким. В ЛОР-стационарах количество детей госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух за два года увеличилось, с 27,6%, до 29,5% (Маматова Т.Ш. с соавт. 2010; Лопатина А.С., Варьянская А.В. 2013; Нарзуллаев Н.У., 2017; Ражапов А.Х. с соавт. 2017; Chmielik L.P., et al. 2015, J. Ocampo C.J., Peters A.T. 2013; Orlandi R.R., et al. 2016. Hellings P.W., et al. 2017. Leo G., et al. 2018).

На возникновение и течение острых синуситов существенное влияние оказывают различные эндогенные и экзогенные факторы, такие как аллергены и irritants окружающей среды. Горбатов В.А. с соавт. (2014), обследовав больных детей с поллинозом в возрасте от 5 до 15 лет, в 30% случаев наблюдали острый синусит аллергического генеза. При изучении историй болезни больных перенесших эндоскопические операции на околоносовых пазухах Ahmadiyafshar A. с соавторами (2014) установил, что у 24% имел место предшествующий диагноз аллергический ринит (АР).

Несмотря на большое число исследований посвященных острым синуситам у детей протекающим на фоне АР, имеются ряд нерешенных аспектов данной проблемы. В частности, не достаточно освещены

клинические особенности течения и лечения острого синусита на фоне АР у детей.

В последнее время арсенал лечения острых аллергических риносинуситов (ОАРС) в детском возрасте пополнился новыми высокоэффективными консервативными и хирургическими методами. (М. И. Говорун, с соавт., 2008, М.Г. Хатыпова 2011, А.С. Лопатин, А.В. Варьянская, 2013, А.А. Сединкин с соавт., 2014, А.Б. Расулов 2017, Н.Н. Шоазизов., С.А. Хасанов 2017.). Не смотря на все это, наблюдается неуклонный рост числа детей с острыми и хроническими риносинуситами аллергического генеза. В настоящее время нет единого мнения о применении антибиотикотерапии при лечении острых синуситов на фоне АР. Нередко у детей с острым синуситом наблюдаются случаи выздоровления от симптоматической терапии без применения антибиотиков.

В настоящее время многие авторы (Е.П. Карпова, Д.А. Тулупова 2013, Лабарко Е.А., 2014, Мальцева Г.С., Будковская М.А. 2016, Чернишова О.Е 2016, Jarvey R., 2007 et al., Chonmaitree et al. 2008. Suzaki H. 2013, Hellings P.W., et al., 2017) рекомендуют лечить детей с острым синуситом орошением полости носа соляными растворами.

Метод орошения полости носа солевыми растворами во многих европейских, американских и российских клиниках входит в стандарты лечения риносинусита.

ситов детского возраста. В результате орошения происходит очищение полости носа от микробов, вирусов и пыли, а также от патологического содержимого, уменьшается резорбция токсинов и аллергенов. После орошения восстанавливается свободное носовое дыхание и создаются условия для более глубокого внедрения лекарственных препаратов. Анготоева И.Б. с соавт. (2018) у детей с острым риносинуситом проводили орошение полости носа солевыми растворами и клинический эффект отмечали у 58% больных. Аналогичный эффект отмечают Бережнова В.В., Гляделова Н.П. (2015) при лечении аллергического риносинусита при орошении полости носа гипертоническим раствором морской воды и на 3 день орошения значительное улучшение состояния наблюдали у 78% больных.

Выше приведенные литературные данные несут фрагментарный характер и до настоящего времени фундаментальные работы посвященные изучению особенностям течения и лечения ОАРС в детском возрасте в доступной нам литературе не найдены. В целом полученные нами литературные данные дают основание, считать, что острый синусит на фоне аллергического ринита занимает особое место в структуре ЛОР патологии..

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность применения ирригационно-элиминационной терапии в лечении острых риносинуситов в детском возрасте.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 34 детей с ОАРС. Больные были в возрасте от 3 до 18 лет, мальчики - 20, девочки -14. Была изучена клиническая эффективность орошения полости носа солевыми растворами у детей острым аллергическим риносинуситом.

Результат и обсуждения

Орошение полости носа проводилось в следующем образом. В начале с целью очищения полости носа от микробов, вирусов, аллергенов и пыли, а также от патологического содержимого проводили орошение (ирригационно-элиминационная терапия) солевыми растворами, после чего вводили топические интраназальные кортикостероиды (ИКС). Для ирригационно-элиминационной терапии полости носа у детей мы применяли солевой раствор с противовирусным и антибактериальными средством. Механизм действия заключается в установке барьера на распространение и развитие патогенной микрофлоры из носа и околоносовых пазух в нижние дыхательные пути. В составе орошаемого средства входит специальная емкость в объеме 240 мл и пакетик с соевым порошком. Основными действующими компонентами являются натрия гидрокарбонат, сухая вытяжка из шиповника, солодка и морская соль.

Перед промыванием в емкость засыпается содержимое одного пакетика с морской солью и до отметки наполняется кипяченой водой температуры 34 С - 36 С. Во избежание попадания жидкости в среднее ухо и устранения неприятных ощущений с помощью устройства "Дельфин" регулировались давление, объем жидкости и скорость подачи раствора в полость носа.

При попадании жидкости в полость носа рефлекторно мягкое небо поднимается вверх и перекрывает носоглотку, в результате полностью исключается опасность попадания жидкости в нижние дыхательные пути и ребенок не захлебывается. Промывная жидкость заполняет нижний и средний носовые ходы выливается обратно, из противоположной половины носа. Процедура орошения полости носа проводилась только при свободном прохождении жидкости по носовым ходам. Перед промыванием определяли проходимость носовых ходов и у 7 (20,5%) детей полости носа были заполнены большим количеством слизистого-гнойного отделяемого. Перед орошением им удаляли содержимое с помощью электроотсоса.

При гипертрофии носоглоточной и небных миндалин, искривлении носовой перегородки до орошения проводилось оперативное вмешательство. Гипертрофия носоглоточной миндалины III степени была у 5 (14,7%) детей и у 4 (11,7%) гипертрофия небных миндалин III степени и им за два дня до промывания произведена аденотомия и тонзиллотомия. У одного (2,9%) больного из - за искривления невозможно было произвести орошение, по этому за 4 дня до промывания произведена подслизистая резекция носовой перегородки.

После восстановления проходимости носовых ходов и отсутствии противопоказаний к орошению приступали к промыванию. Промывание у 5 (14,7%) детей в возрасте 3-7 лет растворами "Дельфин" производили по методу Проетца. Остальным 29 (84,3%) промывание осуществляли с помощью устройства "Дельфин". При орошении ребенок не должен поворачивать голову в сторону, поэтому голова ребенка фиксировалась в положении наклона на 60 градусов вперед и вниз.

Вначале в одну половину носа вводили крышку емкости в виде оливы. Плавно и медленно сжимая емкость, полость носа заполняли жидкостью "Дельфин" до появления ее из другой половины носа. Для ускорения орошения с другой его половины жидкость откачивали с помощью электроотсоса. Не меняя положения тела и головы, аналогичным способом промывали другой носовой ход. Манипуляция проводилась поочередно через левый и правый носовые ходы пока не заканчивался раствор в устройстве. Промывание проводилось 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур. Только у 7 (25,8%) детей (4-гемисинусит и 3-пансинусит) значительное очищение полости носа было достигнуто на 10-день промывания. Для одноразового промывания необходимо не менее 3-х минут. Орошения полости носа дети воспринимали положительно, побочные явления от этой процедуры мы не наблюдали.

В последнее время, для устранения отека слизистой оболочки полости носа и улучшения эвакуации содержимого пазухи у больных с аллергическим риносинуситом рекомендуют применять топические интраназальные кортикостероиды (ИКС). Для применения в педиатрической практике самым эффективным из современных ИКС является Форинокс. Состав спрея Форинокса: мометазон фураат, бензалкония хлорид, полисорбит, глицерин, натрий карбоксиметилцеллюлоза и вода очищенная. Мометазона фураат это синтетический кортикостероид для местного применения оказывающий противовоспалительное и противоаллер-

гическое действие. Действие ИКС сохраняется до нескольких месяцев даже после лечения.

После орошения, когда полости носа полностью очищались от патологического содержимого, через 30 мин. в каждую ноздрю один раз в сутки впрыскивали спрей Форинекс, в течении 4-6 дней.

После проведенного лечения клиническое выздоровление было достигнуто у 34 (94,1%), улучшение состояние у 2 (5,9%). Отдаленные результаты лечения прослежены в течении года. Из 34 детей у 32 (94,1%), у которых достигнуто клиническое выздоровление рецидив заболевания был у 1 (2,9%) через 6 месяцев; у 2 (5,9%) детей, у которых отмечено улучшение состояния, у одного рецидив заболевания наблюдался через 1 месяц и через 3 месяца у другого. Таким образом, метод орошения полости носа солевыми растворами "Дельфин", с применением интраназального кортикостероида "Форинекс" у детей с ОАРС приводит к быстрой ликвидации воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах.

Выводы

1. Острый аллергический риносинусит в детском возрасте характеризуется длительным течением и трудно поддается лечению.

2. Метод орошения полости носа с применением солевого раствора является высоко эффективным, легко переносится больными и побочные явления практически не встречаются.

3. Введение топических интраназальных кортикостероидов (ИКС) после орошения полости носа солевыми растворами, приводит к более стойкому эффекту. Положительный эффект (клиническое выздоровление) наблюдается у 95,5% детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анготоева И.Б., Старунова Я.Г., Поляков Д.П., Винников А.К. Сравнительное исследование разных способов ирригационной терапии у взрослых и детей. Медицинский совет 2018; 20: 70-75.
2. 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; 62-63.
3. Бережнова В.В., Гляделова Н.П. Эффективность ирригационной терапии солевыми растворами при риносинуситах у детей. Современная педиатрия 2016; 8(80): 38-43.
4. Горбатов В.А. Герасимова Н.Г. Чашина Т.Е. Клинико-аллергологическая характеристика поллинозов у детей. Сборник статей. Международной научно-практической конференции "Эволюция медицины". Уфа. 2014; 7-10.
5. Лопатин А.С., Варьянская Н.В., Острый и хронический риносинусит: Принципы терапии. Медицинский совет 2013; 3: 24-26.
6. Мальцева Г.С., Будковая М.А. Обоснования патогенетических аспектов и клинического применения топических деконгестантов. Журнал Consilium medicum. 2016; 18(11): 49-54.
7. Нарзуллаев Н.У., Нуоров У.И., Жалолова Н.М., Икрамова Ф.С. Ўткир йирингли этмоидит касаллиги билан касалланган болаларда хужайравий-гуморал иммунитет ҳолати. Материалы конф. оториноларингологов Узбекистана. Бухара.2017; 102-103.
8. Хасанов С.А. Саидов Н.А. Состояние лобных пазух в подростковом возрасте. Журнал Стоматология 2010; 3-4: 138-139.
9. Чернишева О.Е. Метод ирригационно-элиминационной терапии гипертоническими солевыми растворами при лечении риносинуситов у детей. Здоровье ребенка. 2016; 2(70): 120-124.
10. Ahmadiyafshar A, Farjd H.R., Moezzi F., Mousavinasab N. Nasal polyposis in patients with asthma and allergic rhinitis. J Laryngol Otol, 2012; 126: 780-783.
11. Chmielik L.P., Raczowska-Labuda K., ZawadzkaGlos L. Macroscopic findings during endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis in children// Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2015; 79(9): 1561-1565. doi: 10.1016/j.ijporl.
12. Leo G., Incorvaia C., Cazzavillan A., Consonni D., Zuccotti G.V. Could seasonal allergy be a riskfactor for acute rhinosinusitis in children? J Laryngol Otol. 2018; 132(2):150-153. Doi:10.1017/S0022215118000038.

Поступила 09.02. 2020