

УДК: 616.216.1-002.2-036.2

## **ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

*У.И.Нуров, М.Б.Шодиева*

*Бухарский Государственный медицинский институт*

**Актуальность.** В зависимости от этиологических факторов ХРС может быть бактериальным, грибковым или вызванным бактериально-грибковыми ассоциациями. По характеру течения выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы заболевания. По морфологическим особенностям ХРС может быть катаральным, гнойным, полипозно-гнойным и полипозным. Этиология и патогенез назальных полипов, несмотря на интенсивные исследования, проводимые как в нашей стране, так и за рубежом, остаются недостаточно изученными [Карпова Е.П. 2011]. Согласно последним данным, основное значение придается аллергической природе заболевания, нарушению метаболизма арахидо-новой кислоты, персистенции на слизистой оболочке полости носа бактериальных и грибковых суперантигенов, у детей - наследственным патологиям, в частности муковисцидозу (кистозный фиброз). Согласно данным зарубежной литературы, около 37% взрослых пациентов с муковисцидозом имеют назальные полипы [Larsen PL, Tos M. 1991]. Имеются единичные публикации по педиатрической популяции пациентов с муковисцидозом, согласно которым частота встречаемости назальных полипов составляет 39,1%. При этом отечественные исследования дают значительно большие цифры - 84,6% детей со смешанной или респираторной формой заболевания имеют назальные полипы. Среди всех детей с полипозным РС пациенты с муковисцидозом составляют 15-20% [Мартынова И.В. и соавт 2011].

**Цель.** Оптимизировать диагностику, лечение и профилактику хронического риносинусита у детей школьного возраста

**Материалы и методы.** Данная статья основана на результатах лечения 150 детей с ХРС, проходивших лечение в отделении ЛОР Бухарской областной многопрофильной больницы в 2022-2023 годах. Детям было от 6 лет до 18 лет. Распределение пациентов с ХРС в зависимости от возраста и пола показано в таблице 1.

**Таблица 1.**

**Распределение больных в зависимости от возраста и пола (n=78)**

ст	Возраст	Пол		Всего
		Мальчики	девочки	
лет	До 7	15 (19,2%)	19 (24,4%)	34 (43,6%)
лет	6-9	10 (12,8%)	15 (19,2%)	25 (32,1%)
лет	10-14	3 (3,8%)	13 (16,7%)	16 (20,5%)
лет	15-18	2 (2,6%)	1 (1,3%)	3 (3,8%)
	Всего	30 (38,5%)	48 (61,5%)	78 (100%)

Таблица 1 показывает, что ХРС, как правило, чаще встречается у девочек – 48 (61,5%), чем у мальчиков – 30 (38,5%). 34 (43,6%) Дети были в возрастной категории до 47 лет, 25 (32,1%) детей - 6-9 лет, 16 (20,5%) детей - 10-14 лет и 3 (3,8%) детям было 15-18 лет. Все пациенты были всесторонне обследованы в больнице. Жалобы и анамнез были подробно изучены, особое внимание было уделено сбору семейного анамнеза. Комплексное обследование включало общеклинические и клиничко-лабораторные методы исследования. В случае

рецидивирующей инфекции воздухоносных путей были проведены бактериологические исследования. Обязательными были методы визуализирующего обследования: компьютерная томография придаточных пазух носа; эндоскопическое исследование полости носа.

По результатам проведенных исследований была установлена тяжесть ХРС (согласно международной классификации), определено функциональное состояние носа и придаточных пазух носа.

**Таблица 2.**

**Распределение больных в зависимости от степени и локализации хронического риносинусита**

Степень ХРС	Сторона поражения		Всего
	Одностороннее	Двустороннее	

I	спра	слев	спра	слев	
	ва	а	ва	а	
II	7 (9,0%)	4 (5,1%)	4 (5,1%)	6 (7,7%)	21 (20,2%)
III	16 (20,5%)	21 (26,9%)	16(2 0,5%)	14(1 7,9%)	67 (64,4%)
IV	2 (2,6%)	2 (2,6%)	6 (7,7%)	6 (7,7%)	16 (15,4%)
Всего	25 (32,1%	27 (34,6%)	26 (33,3%)	26 (33,3%)	104 (100%)

В таблице 2 приведены данные, свидетельствующие о степени хронического риносинусита у обследованных пациентов и количестве случаев одностороннего и двустороннего поражения носа и придаточных пазух носа в основной группе. Общее число случаев ХРС составило 104 (100%) случая. В то же время односторонний риносинусит был выявлен у 52 (66,7%) пациентов, а двустороннее поражение - у 26 (33,3%) пациентов. При II степени одностороннее поражение было обнаружено в 11 (14,1%) случаях, справа - у 7 (9,0%) пациентов и слева - у 4 (5,1%) пациентов. Для III степени

односторонний порок развития характеризовался травмой у 37 (47,4%) пациентов, справа – в 16 (20,5%) случаях, а слева – у 21 (26,9%) пациента. При одностороннем поражении носа и придаточных пазух носа при ХРС IV степени был диагностирован справа и слева в 2 (2,6%) наблюдениях.

При интерпретации результатов таблицы 2 необходимо учитывать, что при двустороннем ХРС степень повреждения с разных сторон может быть разной, поэтому у 26 (33,3%) пациентов с двусторонним ХРС было диагностировано 52 случая нарушений различной степени тяжести. Процентное соотношение для двустороннего ХРС, а также для односторонних поражений было взято из расчета на 78 пациентов. При этом общее число случаев ХРС рассчитывается в зависимости от односторонних и двусторонних поражений с учетом 104 случаев нарушений у 78 пациентов. При двустороннем ХРС воспалительные заболевания воздухоносных путей II степени был диагностирован у 4 (5,1%) пациентов справа, у 6 (7,7%) слева. Для III степени было характерно следующее распределение: в 16 (20,5%) случаях - правосторонний порок развития и в 14 (17,9%) - левосторонний порок развития. При двустороннем поражении воздухоносных путей при ХРС IV степени был диагностирован справа и слева в 6 (7,7%) наблюдениях.

Широко распространено мнение о бактериальной природе ХРС. В США риносинусит стоит на пятом месте по частоте назначения антибиотикотерапии — антибиотики получают 9% детей и 21% взрослых. Наиболее часто для лечения ХРС используют амоксициллин или пенициллин в течение 10—14 дней. По данным некоторых авторов, эффективность такой антибиотикотерапии по сравнению с плацебо составляет 82 и 69% соответственно, при этом всегда присутствует риск развития антибиотикорезистентности [Leggett J и соавторы 2004 г]

**Результаты и их обсуждение.** Низкочастотное ультразвуковое очищение полости носа выполнялось с помощью ультразвукового аппарата Фотек АК 101 с резонансной частотой 25 кГц. В качестве раствора для кавитации ультразвуком низкой частоты использовали раствор хлорида натрия 0,9 %. Он способствует отделению гноя, слизи, фибриновых пленок. Данная методика используется в амбулаторном ЛОР-кабинете детского отделения. I группа (основная) пациентов, получавших санацию полости носа низкочастотным ультразвуком; II группа — пациентов без санации низкочастотным ультразвуком. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, посещению бассейна, соматическим и заболеваниям уха, горло, носа. Все пациенты получали комплексную терапию острых риносинуситов: сосудосуживающие препараты, муколитики, топические препараты (противомикробные, противовоспалительные).

Пациентам основной группы дополнительно производили орошение слизистой полости носа с использованием низкочастотного ультразвука и стерильного раствора хлорида натрия 0,9 %. Процедура выполнялась с первого дня лечения пациента после комплексной диагностики ежедневно один раз в день, среднее количество процедур составило 3,4.

К шестому дню от начала лечения субъективные признаки хронического риносинусита прошли у 54 (96,3 %) из 78 пациентов 41 пациентов ( $p < 0,05$ ). Применение низкочастотного ультразвука к указанному времени было прекращено в связи с достижением критериев излеченности.

**Вывод.** 1. Преимуществом метода ультразвукового воздействия перед простой обработкой очага воспаления является дополнительное механическое воздействие на ткани, способствующее разбиванию бактериальных пленок, созданных из патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, препятствующих поступлению лекарственных средств к биотканям.

2. Предложенная методика является высокоэффективной и перспективной, так как при ее использовании происходит очищение полости носа и

околоносовых пазух и вместе с тем она неинвазивна, безболезненна, легко выполнима и экономически малозатратна.

#### **Литература:**

1. Жуховицкий В. Г. Бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии // Вестн. оториноларингологии 2004. № 1. С. 5-15.

2. Лопатин А. С. Острый и хронический риносинусит / А. С. Лопатин, В. П. Гамов. М.: МИА, 2011. С. 46.

3. Оториноларингология: Нац. рук. / Под ред. В. Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 936 с.

4. Пискунов Г. З. Клиническая ринология/ Г. З. Пискунов, З. С. Пискунов. М.: Миклош, 2002. С. 258-271.

5. Свистушкин В. М. Возможности противовоспалительной терапии при заболеваниях околоносовых пазух / В. М. Свистушкин, А. С. Лопатин// Вестн. оториноларингологии 2006. № 6. С. 69-71.

6. Характер поражения лор-органов у больных с первичными дефектами гуморального звена иммунитета / А. С. Лопатин [и др.] // Вестн. оториноларингологии 2002. № 4. С. 15-17.

7. Черныш А. В. Полипозный риносинусит: пособие для врачей / А. В. Черныш, В. И. Садовский. Минск: ДокторДизайн, 2010. 47 с.