

## **ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СИНУИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ**

**Х.К. Касимов, К. Касимов, Н.А. Усманова, Б. Улмасов**

Андижанский Государственный медицинский институт

(Ректор - д.м.н., проф. Мадазимов М.М.).

г. Андижан, Республика Узбекистан

*E-mail: qosimov1949@mail.ru*

Аллергический ринит (АР) является одним из первых предрасполагающих факторов развития острого синусита. Обследовали и проводили лечение 46 больных острым синуситом на фоне АР, в возрасте от 5 до 18 лет.

Проводилось ступенчатое лечение в соответствии с тяжестью течения заболевания. Первоначальное орошение полости носа солевыми растворами с последующим введением топического интраназального кортикостероида (ИКС) и на конечном этапе применением назального топического антибактериального спрея. К концу курса лечения отмечена положительная динамика, как объективных данных, так и субъективных ощущений больных.

**Ключевые слова:** Синусит, аллергический ринит, интраназальный кортикостероид.

## **ISSUES OF PATHOGENETIC THERAPY OF ACUTE SINUSITIS, OCCURRING ON THE BACKGROUND OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN**

**Kh.K. Kasimov, K. Kasimov, N.A. Usmanova, B. Ulmasov**

Andijan State Medical Institute (The rector - doctor of medical sciences, prof. Madazimov M.M).

Andijan, Republic of Uzbekistan

Allergic rhinitis (AR) is one of the first predisposing factors for the development of acute sinusitis. 46 patients with acute sinusitis on the background of AR, aged from 5 to 18 years, were examined and treated.

Conducted stepwise treatment in accordance with the severity of the disease. Initial irrigation of the nasal cavity with saline solutions followed by the introduction of a topical intranasal corticosteroid (VIC) and, at the final stage, the use of a nasal topical antibacterial spray. By the end of the course of treatment, positive dynamics of both objective data and subjective sensations of patients have been noted.

**Key words:** Sinusitis, allergic rhinitis, intranasal corticosteroid.

**Введение.** Одним из распространенных заболеваний детского возраста является острый синусит. Наибольшее число больных приходится на возраст от 4 до 15 лет и за последние 10 лет частота заболевания составила 35 – 37% среди всех болезней верхних дыхательных путей. Ежегодно количество таких больных увеличивается на 1,5–2%. В ЛОР стационарах количество детей госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух за два года увеличилось с 27,6%, до 29,5% [1,2,3,4,5].

На возникновение и течение острых синуситов существенное влияние оказывают различные эндогенные и экзогенные факторы, такие как аллергены, раздражители окружающей среды. Аллергический ринит (АР) является

одним из первых предрасполагающих факторов развития острого синусита и в 10%-12% случаев имеет аллергическую этиологию [1,2].

По данным ряда авторов [3, 5, 6, 7, 8], у 12%-15% детей встречается аллергический ринит и часто сочетается с синуситом. Горбатов В.А. с соавт. (2014) при обследовании больных детей с поллинозом в возрасте от 5 до 15 лет, в 30% случаев установил острый синусит аллергического генеза

На фоне аллергии инфекционные и гнойно-воспалительные процессы протекают бурно и часто дают тяжелые осложнения.

В настоящее время для лечения острого синусита на фоне АР у детей существуют различные эффективные методы терапии [1,4,7, 9, 10]. Однако, несмотря на достигнутый успех,

частота перехода острого синусита в хроническую форму не уменьшается, и часто возникают тяжёлые осложнения, которые в итоге приводят к инвалидности.

Естественно перед оториноларингологами стоит проблема необходимости более углублённого изучения особенностей течения острых синуситов у детей с АР и разработки наиболее эффективны методов лечения.

**Цель исследования:** Разработать новые подходы комплексного лечения острых синуситов у детей с аллергическим ринитом.

#### **Материал и методы исследования**

Обследовали и проводили лечение 66 больных острым синуситом на фоне АР, в возрасте от 5 до 18 лет. При диагностике придерживались МКБ -10 и классификации ВОЗ.

Из 66 больных у 26 (39,3%) диагностирован острый этмоидит, у 22 (33,3%) гайморит, 15 (22,7%) гайморо-этмоидит и у 3 (4,5%) гемисинусит. Комплекс обследования больных включал сбор анамнеза, эндоскопия полости носа и рентгенография придаточных пазух носа.

При оценке клинических проявлений заболевания пользовались Европейскими рекомендациями ринологов по риносинуситу EPOS (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps) с использованием визуально-налоговой 10-балльной шкалы.

#### **Результаты и их обсуждение**

В первой группе 31 (46,9%) 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 наблюдали у 32 (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 пазухи.

При тяжелом течении у 3 (6,5%) больных (10 баллов по шкале), отмечалась 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, аносмия. На рентген-ограммах 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 больных соответствовало тяжести их заболевания. Проводили ступенчатый метод терапии. В последнее время во многих европейских, американских и российских стандартах лечения риносинуситов принято промывание полости носа солевыми растворами. При орошении происходит очищение полости носа от патологического содержимого. Для этой цели мы применяли солевой раствор “Дельфин”<sup>†</sup>. В начале в одну половину носа вводили солевой раствор, а с другой половины его откачали с помощью электроотсоса. Манипуляция проводилась 2 раза в день, на курс лечения потребовалось 6-8 процедур.

В последнее время для устранения отека слизистой оболочки полости носа и улучшения эвакуации содержимого пазухи у больных с риносинуситом широко применяются топические интраназальные кортикостероиды (ИКС). Исходя из этого, следующим этапом нашего лечения после орошения мы применяли назальный спрей форинекс<sup>‡</sup>. Препарат оказывает выраженное противовоспалительное и антиаллергическое действие. В результате быстро уменьшается отек слизистой оболочки носа, восстанавливается проходимость просвета соустьей околоносовых пазух. В отличие от других ИКС нежелательных проявлений при применении форинекса (головная боль, сухость в носу, носовые кровотечения) по ходу лечения мы не наблюдали. Спрей форинекс впрыскивали в каждую ноздрю 1 раз в сутки в течении 4-6 дней.

В настоящее время в литературе многократно обсуждаются вопросы системного и особенно местного применения антибиотиков

<sup>†</sup> Средство для промывания полости носа Дельфин.

В Узбекистане с 2018 года.

Производитель “Malikai Sulton”. В основе раствора, морская соль.

<sup>‡</sup> Назальный спрей «Форинекс» 140 доз.

Регис. удос.№ 03030/06/ 17 от 6 июня 2017. Сертификат № 2255025.

МНН. Mometasone

Производитель ПАО “Фармак”. Украина, Киев.

Интраназальный кортикостероид. Лечение аллергического ринита у взрослых и детей старше 2 лет.

при остром синусите. Категорически не рекомендуется введение в околоносовые пазухи, после их пункции, растворов антибиотиков, так как побочные явления данного способа их применения резко снижают положительный эффект такого лечения.

Сегодня в мировой практике наблюдается тенденция применения антибактериальных препаратов местно-эндонозально в виде спрея. При таком способе введения лекарственные препараты проникают в труднодоступные области носа и пазухи, при этом антибиотик непосредственно контактирует с микрофлорой в очаге воспаления.

Следующей ступенькой нашего метода лечения с целью воздействия на патогенную микрофлору, явилось применение назального антибактериального топического спрея "Неладекс Н.С."<sup>§</sup>, который оказывает противовоспалительный, антибактериальный и сосудосуживающий эффект. Спрей "Неладекс Н.С." впрыскивали в каждый носовой ход 3 раза в день, в течение 4-6 дней.

В группе больных детей с тяжелым течением заболевания, помимо вышеуказанного лечения, дополнительно применяли перорально суспензию амоклава по 10 мл 2 раза в день в течение 5 дней. Амоклава - комбинированный антибактериальный препарат, состоящий из амоксициллина и клавулановой кислоты, обладает широким спектром антибактериального действия.

Для оценки эффективности проводимой терапии мы использовали показатели шкалы 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), объективные данные (отек и гиперемия слизистой оболочки носа, наличие гнойного отделяемого из носа) и общее состояние больного.

По ходу лечения уже на 4-й день проводимой терапии заложенность и

выделения из носа исчезли у всех больных легкой и средней тяжести течения. Лишь у 2 больных детей с тяжелым течением еще отмечались периодически заложенность носа и слизистые выделения. К концу курса лечения (6-й день лечения) была отмечена отчетливая положительная динамика объективных данных, уменьшились гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, изменился характер отделяемого носовой полости. Только у 3 больных средней тяжести течения и у 3 больных с тяжелым течением еще наблюдались небольшой отек слизистой оболочки носа, периодически слизистое отделяемое из носа, хотя у них до лечения было гнойное отделяемое. После лечения у 44 больных общее состояние значительно улучшилось: полностью исчезли головные боли, слабость и гипосмия, дыхание через нос восстановилось, прекратились выделения из носа и носоглотки, нормализовалась температура тела (табл. 1). При риноскопии: слизистая полости носа розовая, носовые ходы чистые.

После проведенного лечения больных наблюдали в течении года. Рецидивы заболевания в группе больных с легким течением в течении года не наблюдались. В группе с среднетяжелым течением через 3 месяца рецидив заболевания отмечался у одного больного. В группе с тяжелым течением рецидив заболевания через месяц наблюдался у одного больного, и у одного больного рецидив отмечался через год. Всем этим больным проведен повторный аналогичный первому курс лечения. Необходимо отметить, что хотя и наблюдался рецидив заболевания клинические проявления болезни были менее выражены.

<sup>§</sup> Неладекс-НС. Регис. удос. № 03988/ 02/ 18 от 01.02. 2018.

**МНН:** Неомисин + Полимиксин В + Дексаметазон + Фенилэфрин

Neomycin + Polymyxin B + Dexamethasone + Phenylephrine

**Производитель:** «Уорлд медицина офтальмикс илачлары лтд. шти.», Турция ("World medicine ophthalmics ilaçları ltd. Şti.", Turkey)

Спрей назальный.

**Неладекс-НС** представляет собой комбинированный препарат для местного применения в отоларингологии. Спрей предназначен только для интраназального применения.

Таблица 1 - Непосредственные и отдалённые результаты лечения детей с острым синуситом аллергического генеза

Клиническое течение заболевания	Эффективность лечения			Отдалённые результаты лечения (рецидив заболевания)		
	Выздоровление	Улучшение	Без эффекта	Через 1 месяц.	Через 3 месяц	Через год
Легкое течение (n-31)	32	-	-	-	-	-
Среднетяжелое течение (n-32)	29	3	-	-	1	-
Тяжелое течение (n-3)	-	3	-	1	-	1

#### Выводы:

1. Аллергические проявления в полости носа у детей оказывают существенное влияние на возникновение и течение острого синусита.

2. Основным направлением лечения острого синусита на фоне АР является устранение явлений аллергии, достижение стойкой бактерицидной концентрации антибиотиков в носу и околоносовых пазухах, улучшение дренажной и вентиляционной функции околоносовых пазух.

3. При тяжелом течении заболевания с осложнениями, хороший и стойкий эффект можно достичь дополнительным применением амоксициллина в виде суспензии.

#### Литература

1. Ильина, Н.И. Клиническая и морфологическая характеристика полипозных риносинуситов / Н.И. Ильина // Рос. Ринол.- 1999.-№1.- С.5-23.

2. Курбанов, Ф.Ф. Комплексный способ консервативного лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом / Ф.Ф. Курбанов // Автореф. канд. мед.наук.- М., 2011. – 101 с.

3. Проблемы терапии острого гнойного риносинусита / [А.И. Крюков и др.] // Медицинский совет - 2015.-№17. - С. 20-23.

4. Распространенность, факторы риска развития, ключевые аспекты патогенеза аллергического ринита у детей / [С.С. Арифов и др.]// Материалы IV съезда оторино-ларингологов Узбекистана. Ташкент, 2015. - С. 62-63.

5. Рязанцев, С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов / С.В. Рязанцев // Медицинский совет.- 2014.- №15.- С.13-17.

6. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов // - М., 2017- 750 с. 3

7. Риносинусит касалликларини белгилари, таъхислаш ва даволаш тадбирлари / [Ш.Х. Бакиева и др.] // Материалы конф.оториноларингологов Узбекистана- Бухара, 2017. - С. 77-78.

8.Ткаченко, В.И. Особенности течения и лечения сезонных аллергических реакций у пациентов с сопутствующей патологией дыхательных путей / В.И Ткаченко // Укр. мед. Часопис.- 2013.- 3 (95)-М. VI.- С.68-71.

9. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps / [W.J. Fokkens et al.]// Rhinol. Suppl.- 2012. - 23 (3). – P. 1–298/

10. Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults / [A.W. Chow et al.]// Clin Infect Dis.- 2012.- 54(8).-e72-e112/