

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНУСИТОВ

Нарбаев З.¹

Актуальность исследования.

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, ирританты окружающей среды, также он может иметь инфекционную, вирусную, бактериальную или грибковую этиологию. Одним из распространенными заболеваниями среди детского возраста является острый синусит, наибольшее число больных приходится на возраст от 4 до 15 лет и за последние 10 лет заболевания составила 35 – 37% среди всех болезней верхних дыхательных путей (1,2,4,5,7)

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 у 94%-97% детей с АР встречается воспаление околоносовых пазух (3,7).

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.

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 (1,3,6), 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 исследования. 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%) гайморо-этмоидит и у 3 (6,6%) гемисинусит. Комплекс обследования больных включал сбор анамнеза, эндоскопическое исследование ЛОР-органов, эндоскопия полости носа и

¹ Кафедра ЛОР болезней Андиганского Государственного медицинского института



рентгенография придаточных пазух носа. С целью уточнения АР проводили клинико-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 пазухи.

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 ОСАР 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 “Дельфин”. 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 форинекс. В отличии от других ИКС нежелательных проявлений при применении форинекса (головная боль, сухость в носу, носовые кровотечения) по ходу лечения мы не наблюдали. При лечении спрей форинекс впрыскивали в каждую ноздрю 1 раз в сутки в течении 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 "Синулор". Препарат относится к антибиотикам группы аминогликозидов и обладает бактерицидным действием в отношении бактерий, возбудителей воспаления верхних дыхательных путей.

После промывания полости носа, спрей синулор 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.

Амоклава - комбинированный антибактериальный препарат, состоящий из амоксициллина и клавулановой кислоты, обладает широким спектром антибактериального действия. Препарат хорошо абсорбируется из желудочно-кишечного тракта и рекомендован для применения детям любого возраста.

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 в динамике.

Результаты проводимой терапии. 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. 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. При риноскопии: слизистая полости носа розовая, носовые 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. Аллергические проявления в полости носа у детей существенное влияние оказывают для возникновения острого синусита и течение заболевания. 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 лечения острого синусита на фоне АР является устранение явления аллергии, достижение стойкой бактерицидной концентрации, в носу и околоносовых пазух, улучшения дренажной и вентиляционной функции околоносовых пазух.

3. Достижение хорошего и стойкого эффекта при тяжелом течении заболеваний можно достичь применением амоксициллина в виде суспензии. Препарат хорошо переносится даже детьми младшего возраста, что необходимо можно рекомендовать в качестве препарата выбора у детей с острым гнойным синуситом на фоне аллергии.

Литература:

1. Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н., Ахмедов С.Э., Матмуратов З.С. Риносинусит касалликларини белгилари, таъхислаш ва даволаш тадбирлари. Материалы конф. оториноларингологов Узбекистана. 2017. Бухара. Стр. 77-78.
2. Касимов К. Вопросы лечения острого синусита аллергического генеза. Экономика и социум. 2021, № 4 (83), стр. 30-33
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 • 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. Шамсиев Ж.Ф. Сурункали риносинуситда бурун шиллик қавати фуқционал хусусиялари. Материалы IY съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент 2015. стр.
6. 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.
7. 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 често встречаются у детей, лечения антибиотиком)

