

# ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ташкентский педиатрический медицинский институт;  
Клиники DMC (доктора Максудовой З.Р)

**Цель исследования.** Повысить качество диагностики ОРС у детей за счёт сравнения различных методов (двухмерное УЗИ, анализ микрофлоры из полости носа); проследить особенности клинической картины, улучшить эффективность консервативного лечения, сравнить эффективность традиционного и предложенного методов лечения ОРС у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ 86 больных с 1 года до 3 лет с диагнозом острый риносинусит, которые проходили лечение в с 2019-2022гг.

В исследовании использовали общеклинические, ЛОР - осмотр (рино-, ото-, фаринго- и ларингоскопия), лабораторные и инструментальные (двухмерная эхография, рентгенография и магнитно-резонансная томография) методы исследования и метод газовой хромато-масс-спектрометрии для определения микрофлоры в смывах носовой полости, статистические методы. В исследовании все пациенты были разделены на 4 рандомизированные группы.

**Результаты.** Своевременное и адекватное выявление и профилактика заболеваний носовой полости и околоносовых пазух способствуют предотвращению хронизации и возникновению рецидивов.

Острые риносинуситы составляют более 70% среди ежегодно регистрируемых заболеваний у детей раннего возраста.

Не смотря на постоянное совершенствование методов диагностики, наличие высокоэффективных методов консервативной терапии, поиск путей совершенствования диагностики и методов лечения ОРС является актуальной задачей для детских оториноларингологов. Инструментальные исследования (МСКТ, МРТ, КТ, УЗИ) позволяют с высокой точностью определить поражения околоносовых пазух.

Своевременное и адекватное выявление и профилактика заболеваний носовой полости и околоносовых пазух способствуют предотвращению хронизации и возникновению рецидивов.

**Цель работы** - повысить качество диагностики ОРС у детей за счёт сравнения различных методов (двухмерное УЗИ, анализ микрофлоры из полости носа); проследить особенности клинической картины, улучшить эффективность консервативного лечения, сравнить эффективность традиционного и предложенного методов лечения ОРС у детей раннего возраста.

## Материалы и методы

Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ 86 больных с 1 года до 3 лет с диагнозом острый риносинусит, которые проходили лечение в с 2019 - 2022гг.

В исследовании использовали общеклинические, ЛОР - осмотр (рино-, ото-, фаринго- и ларингоскопия), лабораторные и инструментальные (двухмерная эхография, рентгенография и магнитно-резонансная томография) методы исследования и метод газовой

хромато-масс-спектрометрии для определения микрофлоры в смывах носовой полости, статистические методы.

В исследовании все пациенты были разделены на 4 рандомизированные группы.

## Результаты и обсуждение

Острый риносинусит - это воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, обусловленное ростом и размножением условно-патогенной и/или патогенной бактериальной микрофлоры. Развитие диагностических методов, в том числе эндоскопической техники и компьютерной томографии, в последние годы позволило шире взглянуть на проблему воспаления слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

В частности, было установлено, что у 99% детей с острым воспалением верхних дыхательных путей отмечаются признаки воспаления верхнечелюстных пазух, у 91% в воспалительный процесс вовлекаются клетки решетчатого лабиринта. С учетом этих данных следует говорить о целесообразности использования термина «риносинусит», являющегося более точным, нежели определение «синусит». Следует также отметить, что в подавляющем большинстве случаев воспаление верхних дыхательных путей имеет вирусную природу, что классифицируется как «острая респираторная вирусная инфекция».

Развитию воспаления слизистой околоносовых пазух способствуют как явления местного (нарушение вентиляции пазух, дисфункция дренажных отверстий пазух, нарушение работы мукоцилиарной транспортной системы), так и общего (особенности иммунитета, неблагоприятные факторы внешней среды).

Ключевую роль в этиопатогенезе любой формы острого риносинусита у детей играет

Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae и Moraxella catarrhalis.

Постановка диагноза «Острый риносинусит» у детей - непростая задача. Это связано с наличием схожих назальных симптомов у пациентов с другими заболеваниями, например при аллергическом рините. Кроме того, всегда возникает сложность в проведении дополнительных диагностических исследований, таких как эндоскопия полости носа или рентгенография пазух носа, у детей младшего возраста.

Клиническая картина.

Симптом затрудненного носового дыхания и ринорея присутствовал практически у всех больных на момент поступления.

Исходя из данных таблицы, на примере

температуры тела и общая слабость. В 100% они присутствовали в 1 и во 2 группах исследования, тогда как в 3 группе наблюдались у 21 пациента (80.7%) и 4 группе -20 (86.9%).

Отorea по сравнению с другими симптомами встречалась гораздо реже (от 17.4% до 33.3% в разных группах пациентов).

Диагностика с помощью УЗ метода.

УЗ метод, как способ диагностики ОРС, использовался во всех группах больных, параллельно с МРТ и рентгенологическим методом. Сравнительные данные, на примере этмоидальнойпазухи, приведены в таблице 3.

«Аниса», 4-ая группа - ТТ с ингаляцией эфирным маслом «Аниса» и интраназальный спрей «Изофры 1.25%».

Т аблица.3

| Частота встречаемости лучевых признаков этмоидальной пазухи |              |        |               |             |                        |           |
|-------------------------------------------------------------|--------------|--------|---------------|-------------|------------------------|-----------|
| Лучевые признаки                                            |              | УЗИ    | R°            | МРТ         | P                      |           |
| Этмоидальная пазуха                                         |              |        |               |             | K^+УЗИ- R°+MP<br>МРТ т |           |
| Характер пневматизации                                      | Гомогенное   | Справа | 18 (20,69%)   | 25 (28,74%) |                        |           |
|                                                             |              | Слева  | 25 (28,74%)   | 31 (35,63%) |                        |           |
| Распространение процесса в пазухе                           | Негомогенное | Справа | 54 (62,07%)   | 42 (48,28%) | 0,02                   |           |
|                                                             |              | Слева  | 47 (54,02%)   | 42 (48,28%) |                        |           |
|                                                             | Пристеночное | Справа | 12(13,79%)    | 13(14,94%)  |                        | 6(6,9%)   |
|                                                             |              | Слева  | 18 (20,69%/.) | 11(12,64%)  |                        | 7(8,05%)  |
|                                                             | Тотальное    | Справа | 58 (66,67%)   | 53 (60,92%) |                        |           |
|                                                             |              | Слева  | 56 (64,37%)   | 48 (55,17%) |                        |           |
| Наличие горизонтального уровня                              |              | Справа | 3(3,45%)      | 1(14 5%)    |                        |           |
|                                                             |              | Слева  | 1 (1,15%)     | 1 (1Д 5%)   |                        | 1 (1Д 5%) |

изменений в решётчатом лабиринте, отмечается два вида затемнений - гомогенное и негомогенное. При УЗИ справа гомогенное затемнение обнаружено в количестве 18 (20,69%) случаев, а при рентгенографии - в 25 (28,74%). В то время как слева показатели на УЗИ обнаружено в 25 случаях (28,74%), а при рентгенографии - в 31 (35,63%).  
Случаев обнаружения затемнения негомогенного характера было больше: справа, при УЗИ - 54 (62,07%), а на рентгенографии - 42 (42,28%); слева на УЗИ - 47 (54,02%) и на рентгенографии - 42 (48,28%).

На основе полученных результатов исследования была установлена информативность двухмерного ультразвукового исследования. Точность методов составила 95,6%, чувствительность - 92,1%, а специфичность - 91,5%.

В данном исследовании 1-ая группа получала традиционную терапию (ТТ), во 2-ой группе на фоне ТТ больные получали интраназальный спрей «Изофры 1.25%», 3-ая группа - ТТ с ингаляцией эфирным маслом

Общеинтоксикационные симптомы включали в себя такие симптомы, как повышение

Интраназальный бактерицидный спрей “Изофра 1.25%” и эфирное масло “Аниса” рекомендовано использовать на фоне традиционной терапии при острым риносинусите у детей раннего возраста.

Острый риносинусит у детей начинается с интоксикационного синдрома, у всех больных присутствует такой симптом, как ринорея и заложенность носа.

Двухмерное ультразвуковое исследование может стать одним из основных методов диагностики ОРС у детей раннего возраста, так как оно малоинвазивно, информативно, может проводиться многократно, потому что не имеет лучевой нагрузки. Кроме того, этот метод можно использовать в динамике наблюдения.

Традиционный метод лечения в сочетании с интраназальным спреем «Изофра» и ингаляцией эфирными маслами «Аниса» показали свою эффективность в терапии ОРС.

Литература

1. Карабаев Х.Э. Маматова Ш.Р., "Клинический случай орбитального осложнения при риносинуситах у детей раннего возраста", "Евразийский вестник". 2020;3:78-82.
2. Karabaev H.E.Mukhamadiev N.K.Naimova B.K. «The determinations of microorganisms markets by the method GC-MS and efficacy evolution of rhinosinusitis» Central Asian Journal of medical and Natural Science Page. 384-393.
3. Богомильский М. Р. Детская оториноларингология: учебник. М. Р. Богомильский, В. Р. Чистякова. 2е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-медиа. 2012:576.
4. Бойко Н. В. Острый риносинусит у детей как междисциплинарная проблема. Н. В. Бойко, Г. М. Летифов, И. В. Стагниева. Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. Махачкала. 2020;(4)37:51-56.
5. Бойкова Н. Э. Рациональность использования эфирных масел в терапии вирусных риносинуситов у детей. Н. Э. Бойкова, Т. И. Гарашенко. Лечащий врач. Москва. 2018;9:36-40.
6. Болевой синдром при заболеваниях носа и околоносовых пазух. А. И. Крюков, Г. Ю. Царапкин, С. А. Панасов, А. Е. Кишиневский. Российская ринология. Москва. 2018;(26)2:15-21.
7. Боровикова О. В. Оценка эффективности стероидной терапии в комплексном лечении острого гнойного риносинусита у детей. ActaBiomedicaScientifica (East SiberianBiomedical Journal). Иркутск. 2017;(2)113:24-27.
8. Варианты патологических изменений полости носа и носоглотки у недоношенных детей в первом полугодии жизни по данным современной эндоскопии. Р. В. Котов, И. В. Рахманова, В. Н. Шеламова и др. Российский вестник перинатологии и педиатрии. Москва. 2018;(63)6:51-54.
9. Вейронг Джошуа С. Г. Эффективность и побочные эффекты применения антибиотиков при лечении острых риносинуситов: систематический обзор. Де-Юн Ван. Российская ринология. Москва. 2015;(23)2:72.
10. Влияние неспецифических факторов защиты на течение острого риносинусита у детей. Г. В. Бекетова, О. В. Солдатова, И. П. Горячева, В. Н. Вовк, Е. Б. Савинова. Педиатрия. Восточная Европа. Минск. 2021;(9)4:622-633.
11. Возможности мукопротекции при лечении острого ринита и риносинусита у детей. Л. С. Намазова-Баранова, Ю. Ю. Русецкий, В. А. Ганковский, И. В. Зеленкова, Е. Н. Латышева, У. С. Малявина, С. Г. Губанова, А. М. Бабаханян, А. Р. Бабаян, Я. А. Буковская, А. А. Васина, Н. Л. Круговская. Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. Москва. 2017;(96)5:119-125.
12. Возможные причины отсутствия инволюции глоточной миндалины у подростков. М. В. Дроздова, А. В. Карелин, С. Н. Ларионова, А. В. Быкова, М. М. Гарифуллин. Российская оториноларингология. Москва. 2019;(18)4:39-43.
13. Infection rates of MRSA in complicated pediatric rhinosinusitis: An up to date review. C. S. Hamill, K. J. Sykes, C. J. Harrison, R. A. Weatherly. Int J PediatrOtorhinolaryngol. 2018;104:79-83.
14. Intoxication aigue par la badiane chez le nourrisson (Star anise poisoning in infants). P. Minodier, P. Pommier, E. Moulene, K. Retornaz, N. Prost, L. Deharo. Arch. Pediatr. 2003;(10)7:619-621.
15. In vivo Antibacterial Activity of Star Anise (Illicium verum Hook.) Extract Using Murine MRSA Skin Infection Model in Relation to Its Metabolite Profile. M. A. Salem, R. A. El-Shiekh, R. A. Hashem, M. Hassan. Infect. DrugResist. 2021;14:33-48.
16. Kalogjera L. Evolution of guidelines for pediatric rhinosinusitis. L.Kalogjera. Int J PediatrOtorhinolaryngol. 2013;(77)9:1383-1384.
17. Koriem K. M. The Protective Role of Anise Oil in Oxidative Stress and Genotoxicity Produced in Favism. M. S. Arbid, N. F. El-Gendy. J. Diet Suppl. 2016;(13)5:505-521.
18. Икрамов, А. И., and Д. И. Ахмедова. "Баркамол авлодни шакллантиришда жисмоний тарбия ва спортнинг тиббий асослари." Тошкент, Узбекистан (2011): 147.
19. Ahmedova, D. I., and Sh A. Rahimjanov. "Growth and development of children. Methodical recommendation." (2006).
20. Хакимов, Г. А., et al. "Симбиоз химиотерапии с агрессивной онкохирургией в улучшении результатов лечения местно-распространенного рака шейки матки." Опухоли женской репродуктивной системы 1 (2016): 94-97.

Посвящается к 100-летию со дня рождения профессора Карима Сулеймановича Сулейманова