

УДК 616.211.232-616.76-08

Д.Н. Кокоркин

Ирригационная терапия у детей и подростков с вазомоторными ринитами

Запорожская академия последипломного образования, Украина

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2015.2(66):40-42

Цель: изучить эффективность ирригационной терапии в лечении детей и подростков, страдающих вазомоторными ринитами.

Пациенты и методы. Под наблюдением в до- и послеоперационном периоде находились 58 детей. Всем пациентам за семь дней до операции проводили носовой душ солевыми и физиологическими растворами, причем носовое дыхание улучшилось у 80% больных. Послеоперационное ведение больных со второго дня включало элементы ирригационной терапии с использованием изотонических солевых спреев (Аква Марис), назальных стероидов и плацебо (физиологический раствор).

Результаты. Более половины (64%) детей на догоспитальном этапе бесконтрольно использовали деконгестанты, которые не приносили заметного облегчения носового дыхания, 28% использовали топические назальные стероиды, а 17% детей пользовались назальными секретомуколитиками. Сезонность жалоб отмечали 48% больных.

Диагноз «Хронический риносинусит» был подтвержден в трети случаев. Через 12–14 дней после операции 89% пациентов отмечали носовое дыхание как «устойчиво хорошее», 11% — как «неустойчивое или умеренно затрудненное». Через 3–6 месяцев повторно осмотрены 42 (72%) больных, из которых только 12 пациентов отмечали сезонный характер жалоб.

Выводы. Изотонический спрей «Аква Марис» в сочетании с орошением оперированных пазух носа растворами антисептиков позволяет восстанавливать носовое дыхание и устранять сухость слизистой оболочки носа достоверно быстрее, чем плацебо, и так же эффективно, как назальные стероиды.

Ключевые слова: дети, вазомоторный ринит, операция, ирригационная терапия, Аква Марис.

Введение

Биологическая значимость слизистых оболочек респираторного тракта для растущего детского организма огромна. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей представляет собой первый барьер по защите организма против воздействия разнообразных патогенных факторов внешней среды. Наиболее значимым фактором защиты является мукозальная резистентность (С.П. Кривоустов, 2007). Это понятие включает комплекс специфических факторов местного иммунитета, к которым относят ингибиторы микробной адгезии, биоцидные и биостатические продукты секретов, нормальную микрофлору и, самое главное, непрерывную работу мерцательного эпителия (В.П. Быкова, 1993; С.В. Рязанцев и соавт., 2000). Важной составляющей нормальной работы мерцательного эпителия является тонус ресничек, частота их биения, гидрофильность слизистой оболочки. Последнее обстоятельство обеспечивается непрерывным орошением ресниччатого эпителия слизистым секретом, который позволяет аккумулировать патогены на поверхности слизистой оболочки и поддерживать тем самым мукоцилиарный транспорт. Даже минимальная травма слизистой оболочки приводит к замедлению мукоцилиарного транспорта. Хирургическая травма приводит к появлению на поверхности слизистой оболочки нитей фибрина, которые со временем образуют пленки, обогащенные форменными элементами крови. Присоединение микрофлоры приводит к быстрой колонизации возбудителей в субэпителиальном слое и способствует появлению мелких стромальных кист. Последнее обстоятельство указывает на торпидное заживление раны, что в конечном итоге может привести к хронизации воспалительного процесса (С.В. Рязанцев и соавт., 2000).

Метод ирригации, или орошения слизистой оболочки, полости носа и носоглотки известен еще со времен ведической медицины. Ежедневная процедура орошения полости носа соленой водой или отварами трав устраняла «носовое зловоние», излечивала головную боль и храп. Метод ирри-

гационной терапии востребован и сегодня. Появление лечебных препаратов на основе солевых — изо- или гипертонических — растворов позволило разнообразить способы лечения назальной патологии у детей и ввести термин «ирригационно-осмотическая терапия». Известно, что ирригация изотоническим солевым раствором улучшает мукоцилиарный клиренс у пациентов с аллергическим ринитом и острым синуситом (М. Bresciani и соавт., 2001). Сегодня отмечается тенденция к широкому использованию спреев на основе морской воды как самостоятельного средства в лечении и профилактике аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей. Методы ирригации рассматриваются как весомая составляющая т.н. элиминационной терапии (А.А. Баранов и соавт., 2002).

В последнее время спреи на основе морской воды стали чаще использоваться как метод сезонной профилактики при острых ринитах и респираторных инфекциях у детей раннего возраста (С.П. Кривоустов, 2007). По мнению М.Р. Богомилского (2009), ежедневное орошение полости носа и носоглотки солевыми растворами позволяет снижать кратность приема и дозу деконгестантов, антигистаминных препаратов и топических назальных стероидов. Солевые растворы также способны уменьшить побочное действие кортикостероидов на слизистую оболочку носа и носоглотки.

Цель исследования: изучить эффективность ирригационной терапии в лечении детей и подростков, страдающих вазомоторными ринитами.

Материал и методы исследования

В работе представлены сведения о предоперационном наблюдении и послеоперационном сопровождении 58 детей и подростков с вазомоторными ринитами. Изучали эффективность различных схем послеоперационного ведения больных, которое включало элементы ирригационной терапии с использованием изотонических солевых спреев (Аква Марис) назальных стероидов и плацебо (физиологический раствор).

Результаты исследований и их обсуждение

По мнению ряда авторов, вазомоторный ринит является достоверным маркером вегетативного дисбаланса и может трактоваться как симптомокомплекс более широкого понятия — нейроциркуляторной дистонии. Дисбаланс вегетативной нервной системы поддерживается нейроэндокринными и иммунологическими факторами, что позволяет весьма условно делить вазомоторный ринит на «аллергический» и «нейровегетативный». Мы изучали обе формы ринита и пришли к выводу, что нередко под маской «вазомоторного ринита» скрывается латентно протекающий хронический риносинусит, чаще всего обусловленный аномалиями структур носового клапана.

В клинику обратились 58 детей и подростков с симптомами вазомоторного ринита. Более половины (64%) детей на догоспитальном этапе бесконтрольно использовали деконгестанты, которые не приносили заметного облегчения носового дыхания, 28% использовали топические назальные стероиды, а 17% детей пользовались назальными секретомуколитиками. Сезонность появления жалоб отмечали 48% больных.

При риноскопии наиболее часто отмечали девиацию перегородки носа (56%), истинную гиперплазию нижних носовых раковин (32%), буллезную деформацию переднего конца средней носовой раковины (12%). Перед операцией всем пациентам выполнена компьютерная томография носа и околоносовых пазух. Диагноз «Хронический риносинусит» подтвержден в трети случаев: кистозный моносинусит в сочетании с искривлением перегородки носа (21%), полипозно-кистозный гемисинусит (7%) и полипозно-гиперпластический полисинусит (2%) случаев.

Всем пациентам за семь дней до операции проводили носовую душ солевыми и физиологическими растворами. Носовое дыхание улучшилось у 80% больных, при этом 35% из них отмечали носовое дыхание как «устойчиво хорошее», а пять пациентов отказались от дальнейшего лечения, мотивируя свой отказ «полным излечением».

Хирургическое лечение проводилось под общей анестезией на фоне управляемой гипотонии. На этапе ринопластики использовали вариант экономной резекции перегородки носа с реимплантацией отмоделированного фрагмента четырехугольного хряща. При выраженной гиперплазии нижних носовых раковин использовали

методику ультразвуковой дезинтеграции или экономную резекцию задних концов нижних носовых раковин при их сосочковой гиперплазии. Ревизию и санацию пораженных пазух проводили эндоназальным доступом с формированием широкого сообщения между оперированной пазухой и полостью решетчатого лабиринта. Операцию заканчивали щадящей тампонадой полости носа. После удаления тампонов, со второго дня после операции, использовали назальный солевой спрей (Аква-Марис), спрей с флутиказоном или плацебо. Начиная с четвертого дня после операции, проводили орошение оперированных пазух с использованием раствора бетадина в разведении 1:50. Выписка из стационара осуществлялась на 5–8 сутки от момента операции. Эффективность лечения оценивали через 12–14 дней после операции: 89% оперированных пациентов отмечали носовое дыхание как «устойчиво хорошее», а 11% больных — как «неустойчивое или умеренно затрудненное». Через 3–6 месяцев повторно осмотрены 42 (72%) больных, из которых только 12 пациентов отмечали сезонный характер жалоб, хотя в период межсезонья носовое дыхание было достаточным и устойчивым.

Выводы

Использование изотонического спрея на основе морской воды «Аква Марис» у детей и подростков с «вазомоторными ринитами» показало достоверно лучший результат лечения, чем плацебо, а по эффективности использования оказалось сопоставимым с назальными топическими стероидами. В ходе амбулаторного лечения детей ирригационная терапия полости носа и носоглотки солевыми растворами «Аква Марис» позволила достичь спонтанного излечения больных в 9% случаев. После проведения септопластики с ультразвуковой дезинтеграцией носовых раковин использование назального спрея «Аква Марис» позволяет достоверно восстанавливать носовое дыхание и эффективнее бороться с симптомами сухости слизистой оболочки, чем при использовании плацебо. Использование изотонического спрея «Аква Марис» в сочетании с орошением оперированных пазух носа растворами антисептиков позволяет восстанавливать носовое дыхание и устранять сухость слизистой оболочки носа достоверно быстрее, чем плацебо, и так же эффективно, как назальные стероиды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергический ринит у детей. Пособие для врачей / под ред. А. А. Баранова, М. Р. Богомилского, В. А. Ревякиной. — М., 2002. — 80 с.
2. Богомилский М. Р. Применение элиминационного препарата Аква Марис (Ядран, Хорватия) в комплексном лечении аллергического ринита у детей / М. Р. Богомилский, Т. И. Гарашенко, Л. А. Бабакина // Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. — 2009. — № 3 (22). — С. 52–56.
3. Быкова В. П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей / В. П. Быкова // Рос. ринолог. — 1993. — № 1. — С. 40–46.
4. Кривоустов С. П. Humer 150: оптимизация ухода за слизистой оболочкой полости носа у детей / С. П. Кривоустов // Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. — 2007. — № 1 (06). — С. 44–46.
5. Рязанцев С. В., Хмельницкая Н. М., Тырнова Е. В. Роль слизистой оболочки в защите ЛОР-органов от потенциально патогенных для организма антигенных факторов / С. В. Рязанцев, Н. М. Хмельницкая, Е. В. Тырнова // Вестн. оториноларингол. — 2000. — № 3. — С. 60–64.
6. Rhino sinusitis in severe asthma / Bresciani M., Pardis L., Des Rochers A. [et al.] // Allergy Clin. Immunology. — 2007. — Vol. 107 (1). — P. 73–80.

Иригационная терапия у детей та підлітків з вазомоторними ринитами

Д.Н. Кокоркін

Запорізька академія післядипломної освіти, Україна

Мета: вивчити ефективність іригационної терапії у лікуванні дітей та підлітків, що страждають на вазомоторні риніти.

Пацієнти і методи. Під спостереженням у до- і післяопераційному періоді знаходились 58 дітей. Усім пацієнтам за сім днів до операції проводили носовий душ сольовими і фізіологічними розчинами, причому носове дихання покращилось у 80% хворих. Післяопераційне ведення хворих з другого дня включало елементи іригационної терапії із застосуванням ізотонічних сольових спреїв (Аква Марис) назальних стероїдів та плацебо (фізіологічний розчин).

Результати. Понад половина (64%) дітей на догоспітальному етапі неконтрольовано застосовували деконгестанти, які не давали помітного полегшення носового дихання, 28% використовували топічні назальні стероїди, а 17% дітей користувалися назальними секретомуколітиками. Сезонність скарг відмічали 48% хворих. Діагноз «Хронічний риносинусит» було підтверджено у третині випадків. Через 12–14 днів після операції 89% пацієнтів відмічали носове дихання як «стабільно хороше», 11% — як «нестабільне або помірно утруднене». Через 3–6 місяців вдруге оглянуто 42 (72%) хворих, з яких тільки 12 пацієнтів відмічали сезонний характер скарг.

Висновки. Ізотонічний спрей «Аква Марис» у поєднанні зі зрощенням оперованих пазух носа розчинами антисептиків дозволяє відновлювати носове дихання та усувати сухість слизової оболонки носа достовірно швидше, ніж плацебо, и так само ефективно, як назальні стероїди.

Ключові слова: діти, вазомоторний риніт, операція, іригационна терапія, Аква Марис.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2015.2(66):40-42

Irrigation therapy in children and adolescents with vasomotor rhinitis

D.N. Kokorkin

Zaporizhzhya Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Objective: To study the effectiveness of irrigation therapy in the treatment of children and adolescents with vasomotor rhinitis.

Patients and methods. A total of 58 children were under observation during the pre- and postoperative period. Nasal douche by saline and normal saline have been done for all patients a week before the operation, moreover nasal breathing was improved in 80% of patients. Postoperative management of patients from the second day included elements of irrigation therapy with isotonic saline sprays (Aqua Maris), nasal steroids and placebo (saline).

Results. More than half (64%) of children during the prehospital period uncontrollably used decongestants, which did not bring significant relief of nasal breathing, 28% used topical nasal steroids, and 17% of children used the nasal secretolytics. Seasonality complaints were noted in 48% of patients.

The diagnosis of «chronic rhinosinusitis» has been confirmed in a third of cases. The 89% of patients marked nasal breathing as «stable good» and 11% — as «moderately unstable or difficulty» at 12–14 day after operation. After 3–6 months had been re-examined 42 patients (72%) and only 12 patients from all marked seasonal nature of complaints.

Conclusions. Isotonic spray «Aqua Maris» in combination with irrigation by antiseptic solution of operated sinuses allowed restoring nasal breathing and eliminating dryness of the nasal mucosa significantly faster than placebo and as effective as nasal steroids.

Key words: children, vasomotor rhinitis, operation, irrigation therapy, Aqua Maris.

Сведения об авторах:

Кокоркин Дмитрий Николаевич — к.м.н., ассистент каф. отоларингологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования». Адрес: г. Запорожье, Ореховское шоссе, 10; тел. (061) 769-81-81.

Статья поступила в редакцию 2.02.2015 г.