

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ

Медицинская статистика последних лет убедительно свидетельствует о росте числа воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. Быстро прогрессирующим и весьма перспективным направлением современной терапии указанной патологии является применение изотонических растворов, действие которых направлено на очищение (ускорение элиминации патологического содержимого) и увлажнение слизистой полости носа, нормализацию защитной функции реснитчатого эпителия, образование жидкого секрета (слизи), предотвращение образования корок, снятие отека, облегчение носового дыхания и т. д. [2, 4].

Одним из таких средств является Аквалор®.

Спреи Аквалор® представляют собой натуральную стерильную изотоническую морскую воду для промывания носа. Препарат содержит все активные вещества и микроэлементы, необходимые для поддержания нормального физиологического состояния слизистой оболочки носа (*Mg, Zn, Se, Cu, Fe, I, Ca, Na* и др.) [1].

Аквалор® имеет несколько форм выпуска, которые отличаются объемом баллончика, степенью интенсивности струи и видом насадки, что дает возможность индивидуального подбора формы для каждого пациента в зависимости от возраста и показаний. Для настоящего исследования использовалась форма Аквалор® норм насадка которой дает прямую струю средней интенсивности.

Цель исследования

Оценка эффективности и безопасности средства для промывания полости носа Аквалор® норм в комплексном лечении детей с острыми воспалительными заболеваниями слизистой носа и околоносовых пазух.

Лечение больных острыми риносинуситами

Всего было пролечено 80 детей с диагнозом острый риносинусит. Возраст больных – от 5-ти до 12 лет; мальчиков – 47, девочек – 33. Включенные в исследование пациенты не имели

существенных сопутствующих хронических заболеваний внутренних органов.

До, в процессе и после лечения было проведено клиническое и инструментальное исследование ЛОР-органов, а также определение функциональных показателей носа (табл. 1, 2).

Для выяснения регенераторных способностей тканей и морфологической характеристики состояния слизистой оболочки полости носа у детей нами исследованы в динамике мазки-отпечатки (цитограммы) со слизистой оболочки, для чего использовали пленку из полиэтилентерефталата, обладающую способностью адгезии клеток со слизистой оболочки [3]. При изучении препарата учитывали количество и качество клеточных элементов эпителия, лейкоцитов, макрофагов, бактериальную обсемененность. Полученные отпечатки окрашивали по способу Романовского–Гимза и Грамму (+). При микроскопии мазков-отпечатков применяли общепринятые обозначения для подсчета клеток:

- (+ –) – одиночные эпителиальные клетки в некоторых полях зрения;
- (+) – единичные эпителиальные клетки, встречающиеся часто в полях зрения, редко – небольшие группы;
- (+ +) – многочисленные отдельные клетки и часто обнаруживаемые небольшие группы;
- (+ + +) – часто встречающиеся в полях зрения пласты клеток.

В контрольной группе (у здоровых лиц) в мазках-отпечатках обнаруживали цилиндрический эпителий в виде отдельных клеток, изредка небольшими группами в редких полях зрения (+ –, +). Количество клеточных элементов составило $10,0 \pm 1,2$ в поле зрения, из них лимфоцитов – $4,0 \pm 0,9$ (40%), нейтрофилов $6,0 \pm 0,7$ (60%), бактериальная обсемененность от (–) до (+).

Дыхательную функцию носа определяли методом передней активной риноманометрии аппаратом RHINOMANOMETER-200 (Фирма ATMOS, Германия). Результаты выдавались автоматически в виде графика в системе координат, причем форма полученной кривой определяет степень нарушения дыхания. Передняя активная риноманометрия оценивает вентиляционную

функцию носа. Измеряется носовое сопротивление на основе количественного измерения носового воздушного потока и давления. Носовое сопротивление автоматически рассчитывалось в Па (Паскаль). Результаты представляли в международной системе СИ (давление – Паскаль – Па, объемный поток – кубические сантиметры в секунду – см³/с, сопротивление – Паскаль на кубические сантиметры в секунду – Па/см³/с).

В контрольной группе величина суммарного объемного потока (СОП) составила 720 ± 15,0 ссм/с, а суммарное аэродинамическое сопротивление (СС) 0,17 ± 0,08 Па/ссм/с.

Мукоцилиарное транзитное время (МЦТ) оценивалось с помощью крахмального геля с добавлением сахара и угольного порошка. Это позволило определить время МЦТ не только субъективно по появлению сладкого вкуса во рту, но и оценить его объективно.

В контрольной группе время МЦТ составило 12,8 мин.

Концентрацию водородных ионов отделяемого полости носа pH – определяли с помощью универсальной индикаторной бумаги Multiplan производства Югославии. В норме слизь полости носа имела слабощелочную реакцию и находилась в пределах pH 6,9–7,2.

Больные острым риносинуситом были разделены на 2 группы:

I группа – основная – 50 детей. Основное лечение дополнялось промыванием полости носа препаратом «АКВАЛОР норм».

II группа – группа сравнения – 30 детей. Лечение проводилось традиционно.

Применение Аквалор® норм заключалось в активном, в течение 2–3 секунд, промывании (под давлением, с последующим высмаркиванием) обеих половин носа по 3–4 раза в день в течение 14 суток.

В обеих группах для лечения острых риносинуситов назначалась десенсибилизирующая (антигистаминные препараты), противовоспалительная, антибактериальная, противовирусная физиотерапия (электрофорез с хлористым кальцием на область носа и околоносовых пазух).

Наши наблюдения показали следующее:

При первичном осмотре больные (или их представители) предъявляли жалобы на чувство жжения и сухости в носу, першение в горле в начале заболевания, затем – на заложенность носа и обильные слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа, снижение обоняния и слезотечение.

При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа резко гиперемирована и отечна, носовые раковины увеличены в размерах. При обращении больных в первой стадии острого ринита слизистая оболочка была сухой и гиперемированной, фарингоскопически отмечалась также сухость, отечность и гиперемия слизистой глотки. При обращении больных во второй стадии острого ринита в носовых ходах определялось значительное количество слизистого секрета, фарингоскопически гиперемия и отек

Таблица 1. Динамика функциональных показателей при лечении острых риносинуситов у детей с использованием «АКВАЛОР норм»

	До лечения	3 день	5 день	10 день	14 день
Цитологическое исследование	Кл. 16,0 ± 2,3	15,6 ± 1,6	14,0 ± 1,0	10,3 ± 0,5	10,0 ± 0,3
	Л. 4,1 ± 1,1	4,6 ± 0,2	4,4 ± 0,6	4,1 ± 0,4	4,0 ± 0,8
	Н. 11,9 ± 2,5	11,8 ± 0,8	9,1 ± 0,5	6,2 ± 0,5	6,1 ± 0,7
	Бакт. (+) до (+++)	(+) до (++)	(-) до (+)	(-) до (+-)	(-)
	Эп. (+) до (++)	(+) до (++)	(+-) до (+)	(+-) до (+)	(+-)
pH-метрия	7,46 ± 0,05	7,21 ± 0,09	7,20 ± 0,08	7,10 ± 0,05	7,05 ± 0,06
СОП (см ³ /с)	486,9 ± 17,4	574,7 ± 18,3	685,5 ± 14,1	718,9 ± 15,2	719,0 ± 15,8
СС (Па/см ³ /с)	0,49 ± 0,04	0,31 ± 0,07	0,25 ± 0,04	0,18 ± 0,05	0,17 ± 0,06
МЦТ	16,8 ± 0,22	14,0 ± 0,20	13,2 ± 0,20	12,8 ± 0,18	12,8 ± 0,15

Таблица 2. Динамика функциональных показателей при лечении острых риносинуситов без применения «АКВАЛОР норм»

	До лечения	3 день	5 день	10 день	14 день
Цитологическое исследование	Кл. 16,0 ± 2,3	17,1 ± 1,4	15,8 ± 0,2	12,2 ± 0,5	10,2 ± 0,3
	Л. 4,1 ± 1,1	4,3 ± 0,1	4,4 ± 0,4	4,0 ± 0,9	4,0 ± 0,7
	Н. 11,9 ± 2,5	12,8 ± 1,3	11,4 ± 1,0	8,2 ± 0,6	6,2 ± 0,8
	Бакт. (+) до (+++)	(+) до (++)	(-) до (++)	(-) до (++)	(+-)
	Эп. (+) до (++)	(++) до (++)	(+) до (++)	(+) до (++)	(+) до (++)
pH-метрия	7,46 ± 0,05	7,37 ± 0,08	7,29 ± 0,08	7,180 ± 0,05	7,05 ± 0,07
СОП (см ³ /с)	486,9 ± 17,4	523,7 ± 19,9	594,5 ± 20,1	630,5 ± 18,4	696,4 ± 16,7
СС (Па/см ³ /с)	0,49 ± 0,04	0,38 ± 0,08	0,26 ± 0,07	0,23 ± 0,06	0,21 ± 0,06
МЦТ	16,8 ± 0,22	14,35 ± 0,21	13,84 ± 0,22	13,5 ± 0,20	12,9 ± 0,18

стенок глотки, слизистое отделяемое по задней стенке.

В мазках-отпечатках обнаружены в значительном количестве клетки слущенного эпителия, выраженная миграция лейкоцитов, повышенное количество кокковой флоры.

В процессе проведения курса лечения у 32,3% больных первой (основной) группы отмечалось исчезновение клинических симптомов заболевания уже на третий день. На 5-й день от начала применения Аквалор® норм субъективное выздоровление отмечалось у 74,6% больных, положительная динамика с сохранением периодической заложенности и незначительными выделениями из носа у 13,1%. На 10-й день у 97,4% пациентов первой группы наблюдалось полное исчезновение клинических симптомов заболевания. При риноскопии у пациентов первой группы на 5–7-й день лечения слизистая оболочка полости носа влажная, носовые раковины физиологической окраски и размеров, патологического отделяемого не выявлялось.

Нормализация изучаемых функциональных показателей носа отмечается в обеих группах, но с очевидным опережением в первой (см. табл. 1, 2). В 13 мазках-отпечатках пациентов первой группы встречались только единичные эпителиальные клетки.

Аллергических реакций и неприятных ощущений в носу при проведении комплексного лечения с применением Аквалор® норм у больных детей острым риносинуситом не наблюдалось.

Использование средства для промывания полости носа Аквалор® норм у больных детей с острыми риносинуситами показало, что препарат, промывая все отделы полости носа и носоглотки, активно очищает и увлажняет их, разбавляет слизистое отделяемое в полости носа и уменьшает его вязкость, что способствует более легкому самостоятельному и активному удале-

нию отделяемого, а также сокращению частоты и длительности туалета полости носа. Облегчая носовое дыхание, **Аквалор® норм способствует более быстрому восстановлению субъективного самочувствия больных.**

В ходе клинических испытаний препарата выявлен его **выраженный опосредованный противовоспалительный и противоотечный клинический эффект.**

Аквалор® норм **способствует более быстрой, чем в группе сравнения, нормализации объективных показателей и регенерации слизистой оболочки полости носа**, что доказательно и достоверно объективизировано восстановлением МЦТ, рН и показателей риноманометрии. Аквалор® норм поддерживает нормальное физиологическое состояние слизистой оболочки полости носа:

- ионы йода и морская соль обладают антисептическими свойствами;
- ионы цинка и селена способствуют выработке лизоцима, интерферона и иммуноглобулинов, т. е. повышают локальный иммунитет и усиливают резистентность слизистой оболочки к внедрению болезнетворных бактерий и вирусов;
- ионы магния и кальция необходимы для нормального движения ресничек мерцательного эпителия.

Препарат повышает терапевтическую эффективность местно применяемых лекарственных средств, снижает лекарственную нагрузку на организм, сокращает сроки и стоимость лечения.

Таким образом, результаты исследования позволяют **рекомендовать Аквалор® норм к широкому применению в комплексной терапии острых риносинуситов у пациентов детского возраста, а также для профилактики ОРВИ и ежедневной гигиены полости носа.**

Список литературы

1. Карпова Е.П. Ирригационная терапия аллергического ринита у детей / Е.П. Карпова, М.В. Соколова // Рос. оторинолар. 2007. № 5 (30). С. 163–167.
2. Киселев А.Б. Элиминационная терапия заболевания носа и околоносовых пазух / А.Б. Киселев, В.А. Чаукина // Вест. оторинолар. 2007. № 6. С. 56–57.
3. Рязанцев С.В. Новый метод забора клеточного материала со слизистой оболочки носа / С.В. Рязанцев, А.В. Журавлев // Журн. ушн., нос и горл. бол. – 1979. № 6. С. 66–67.
4. Тарасова Г.Д. Использование ирригационной терапии при рините у детей / Г.Д. Тарасова // Новости оторинолар. и логопатол. 1998. № 3 (15). С. 82.