

Таблица 3

Аудиометрические показатели основной и контрольной групп после лечения

Группы	Порог звукопроводения, дБ		
	0 – 10	10 – 15	15 – 20
Основная	9	6	-
Контрольная	3	4	8

В определялся у всех 15 больных (100%); в контрольной группе: тип В – у 9 больных (60%), (рис. 1), тип С – у 6 больных (40%).

Шунтирование барабанных полостей проводилось у больных с тимпанограммой тип В, которым ранее было произведено амбулаторное консервативное лечение без эффекта.

Шунтирование барабанных полостей было выполнено в основной группе – у 5 больных (33,3); в контрольной группе у 4 больных (26,6%). Шунты были удалены у больных основной группы через 3 месяца, у больных контрольной группы – через 5 месяцев.

При тимпанометрическом исследовании на 14 день приема препарата в основной группе тип А регистрировался у 11 пациентов (73,3%), (рис. 2).

В контрольной группе: тип А – у 8 больных (53,3%), тип С – у 3 больных 20% (табл. 4).

Таблица 4

Тимпанометрические показатели основной и контрольной групп в динамике

Группы	До лечения		После лечения		
	тип В	тип С	тип А	тип С	шунтирование
Основная	15	-	11	-	5
Контрольная	9	6	8	3	4

Таким образом, анализ тимпанограмм говорит о том, что динамика восстановления воздушности барабанной полости выше при применении препарата синупрет в основной группе, чем в контрольной.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арефьева Н.А., Стратиева О.В., Салахова Г.М. и др. Обоснование выбора тактики лечения экссудативного среднего отита // Вестн. оториноларингол, 1998. – №2. – С. 24–27; 2. Бурмистрова Т.В. Этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. – 22 с.; 3. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний уха и верхних дыхательных путей // Медицинская газета «Здоровье Украины», – №2,3. – 2002.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ОРТА ДЕҢГЕЙЛІ ҚҰЛАҚ ҚАБЫНУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ СИНУПРЕТТІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Т.Н. Буркутбаева, Е.А. Андреюшкина-Абдельхад, Н.М. Тулепбекова, Т.А. Аханов Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты, Қалалық №5 клиникалық аурухана, Алматы қ.

Малада орта деңгейлі құлақтың қабынуының кешенді емдеуде синупретті қолдануын тәжірибесі бойынша зерттеу нәтижелер баяндалған. Өткізілген зерттеулер нәтижеде Синупрет препараттың негізгі топта (15 адам) бақылауға қарағанда (15) қолдану кезінде жоғарының барабан қуысы ішінің қалпына келтіру қарқыны көрсетілген.

S U M M A R Y

CASE HISTORY OF SINUPRET USE IN COMPLEX TREAT OF EXUDATIVE OF OTTIS MEDIA.

T.N. Burkutbayeva, Ye.A. Andreushkina-Abdelkhadi, N.M. Tulepbekova, T.A. Akhanov Almaty state institute of improvement of doctors, City Clinical Hospital №5, Almaty c.

In Article it was represented the results of research concerning case history of sinupret in complex treatment of media otitis. As a result of passed results it was discovered that recovery dynamics of aeriability of tympanic cavity is high at Sinupret preparation use in basic group (15 people), than in control (15).

АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСОВ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ И РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Г.Б. ЖУНУСОВА

Акмолинская детская областная больница

Аллергические риниты и риносинуситы занимают второе место после бронхиальной астмы, встречаются часто у детей всех возрастов и редко протекают изолированно, чаще сочетаются с поражением придаточных пазух носа, среднего уха, евстахиевых труб, гортани. Средний носовой ход является астмаидной зоной. Риск развития бронхиальной астмы в 3 раза выше у больных АР, чем у атопиков без него [1].

Различают аллергический ринит сезонный и круглогодичный и инфекционно-аллергический ринит острый и хронический.

Аллергический ринит (АР) – это аллергическое воспаление слизистой оболочки полости носа с присущими ему симптомами: заложенность носового дыхания, ри-

нора, чихание, зуд в носу. Особенно остро протекает аллергический ринит при аллергии на пыльцу сорных трав: полынь, амброзия, конопля и другие, которые цветут с июля до ноября месяца [2].

Клинику аллергических ринитов могут имитировать: инородные тела полости носа, искривления носовой перегородки, злокачественные и доброкачественные опухоли, аденоиды, ОРВИ, туберкулез и сифилис полости носа.

Инфекционно-аллергические риниты и риносинуситы развиваются у людей, имеющих хронические очаги инфекции (гнояный гайморит, аденоидит, хронический тонзиллит и т.д.), на фоне которых и развивается сенсibilизация.

Для инфекционно-аллергического ринита характерны: чихание редкое; риноррея умеренная – слизистое отделяемое из носа; заложенность носа; семейная наследственная предрасположенность; эозинофилия и нейтрофилез в крови и слизи из носа; чаще развиваются в осенне-зимний период, в период обострения хронической инфекции носоглотки; начало заболевания постепенное; отмечаются постоянное недомогание, интоксикация; наступает ранняя гипертрофия носовых раковин и рано развиваются полипы в носу и гайморовых пазухах.

Лечение аллергических ринитов и риносинуситов проводит совместно педиатр с отоларингологом поликлиники после консультации больных у отоларинголога-аллерголога [2, 3].

Начинаем с элиминации виновного аллергена.

Для очистки и увлажнения слизистой оболочки носа необходимо в первую очередь применять растворы морской соли (мар плюс, синомарин, р-ры обычной соли).

В острый период рекомендуется применение лекарственных препаратов. Широко применяются антигистаминные препараты. На сегодняшний день известны три поколения антигистаминных препаратов.

Первое поколение антигистаминных препаратов широко известно: димедрол, супрастин, тавегил, пипольфен, диазолин, авил, фенкарол и др. Они действуют быстро (через 15-20 мин.). При острых аллергических состояниях применяются внутримышечно и перорально. Но первое поколение антигистаминных препаратов имеет серьезные недостатки: седативный эффект, дисфункция желудочно-кишечного тракта, сухость во рту, нарушение мочеиспускания, быстрое привыкание, кратковременность действия – 3-4 часа, их нельзя использовать более 5-7 дней, т.к. может развиваться лекарственный ринит.

Второе поколение антигистаминных препаратов стало применяться шире, т.к. они имеют ряд преимуществ: селективность в отношении H1 рецепторов, нет седативного эффекта, однократный прием в сутки. Ко второму поколению антигистаминных препаратов относятся: кларитин (лованил, лоратадин), кестин (эбостин), терфенадин (трексил), гисманал (астемизол), зиртек и др.

Третье поколение антигистаминных препаратов является наилучшим. К ним относятся: дислоратадин (неоکلаритин, эриус), левоцетиризин (метаболиз цетиризина), телфаст (фексофенадин). У них нет побочных действий, применяются один раз в сутки и их доза в 2-3 раза меньше, чем у антигистаминных препаратов II поколения. Эриус можно применять с 6-месячного возраста в виде сиропа.

При персистирующей среднетяжелой и тяжелой степени тяжести аллергических ринитов и риносинуситов у детей старше 2 лет мы применяли сочетание эриуса с топическим назальным кортикостероидом назонекс. Это сочетание эриуса и назонекса при среднетяжелой и тяжелой формах персистирующего аллергического ринита является наиболее эффективным у детей и надежной профилактикой бронхиальной астмы.

При инфекционно-аллергических ринитах и риносинуситах применяется антибактериальная терапия, санация хронических очагов инфекции, по показаниям проколы гайморовых пазух с промыванием и введением антибиотиков, физиолечение – УВЧ, УФО, фонофорез. Важно исправление анатомических дефектов – искривленной носовой перегородки, удаление аденоидов, конхотомия, лечение хронических тонзиллитов и аденоидитов.

Важным при лечении инфекционно-аллергических ринитов и риносинуситов является применение фитопрепаратов синупрет и имупрет, обладающих противовоспалительным, антиаллергическим, иммуномоделирующим, антибактериальным и противовирусным эффектом. Синупрет также обладает секретолитическим действием, способствует повышению эффективности антибиотиков на 35%.

Немедикаментозные методы лечения: ИРТ, Су-Джок, точечный массаж, закаливание. Необходимо соблюдать правильный гипоаллергенный режим питания, так как переизбыток белковой пищи вызывает сенсibilизацию и гипертрофию лимфоидной ткани. При пищевой аллергии назначается кетотифен на 45-60 дней, энтеросорбенты: смекта, активированный уголь.

Терапией отчаяния является хирургический метод – удаление полипов на фоне активной гипосенсибилизации.

В фазе ремиссии необходимо проведение специфических проб с аллергенами и специфической иммунотерапии (СИТ) после выявления причинно значимого аллергена и проведения провокационных проб в аллергоцентре.

Выводы

Нами на педиатрическом участке чаще выявляются сезонные риниты поллинозной этиологии, реже – на пищевые аллергены, домашнюю пыль и эпидермальные аллергены. Дети с 5 лет и старше, имеющие хронические тонзиллиты, аденоидиты, гнойные гаймориты с отягощенным аллергоанамнезом, чаще дают инфекционно-аллергические риниты и риносинуситы. Все дети консультируются отоларингологом, аллергологом, проводятся лечение и диспансерное наблюдение совместно с участковым педиатром.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день – 2007. Справочник по лекарственной терапии. Москва, 2007;
2. Аллергология и иммунология /Под общей редакцией А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. Москва. 2008 – 2009;
3. Детские болезни. Учебник для студентов медицинских вузов под редакцией Л.А. Исaeвой. Медицина, Москва, 2003.

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСЕТІН АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЖҰҚПАЛЫ – АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТТЕР ЖӘНЕ РИНОСИНУСИТТЕРДІҢ МӘСЕЛЕЛЕРДІҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Г.Б. Жунусова

Ақмола облыстық балалар ауруханасы

Аллергиялық риниттер және риносинуситтердің дер кезінде диагноз қою, асқынуларды кешенді емдеу және алдын алу терапиясы, себепті – мағыналы аллергендердің дер кезінде анықтау және себепті – мағыналы аллергендермен емдеу ауру ағымын бақылауға көмектеседі.

SUMMARY

THE URGENCY OF THE ISSUES OF CHILDREN'S ALLERGIC AND INFECTIOUS AND ALLERGIC RHINITIS AND RHINOSINUSITIS

G.B. Zhunusova

Akmolinsk children's district hospital

Timely diagnostics of allergic rhinitis and rhinosinusitis, complex therapy and prevention of exacerbations, timely detection of causative and significant allergens and conduction of specific immunotherapy by causative and significant allergens are the basis of exacerbations prevention and will help control the course of disease.