

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

www.idpluton.ru

Выпуск №40

КЕМЕРОВО 2019

Оглавление

1. К ВОПРОСАМ О СОВРЕМЕННОМ ВЗГЛЯДЕ НА РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА	4
Акбарова А.В., Аксанов И.М., Арсланбаев Д.Д., Идиятуллина Э.Т.	
2. МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ	8
Эргашев У.М., Носиров Ф.Р.	
3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ...11	
Вохидов У.Н., Хамидов Б.Х.	
4. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.....14	
Вохидов У.Н., Уктамов И.Г.	
5. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	19
Алиева С.З., Максудова М.Х.	
6. ТРАВМЫ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА	25
Немирова С.В., Косоногов А.Я., Поздышев В.И., Никольский А.В., Косоногов К.А., Пенкнович А.А., Лобанова Н.Ю., Кочетова Н.А.	
7. НЕРВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....31	
Кретов И.В., Мурьяев В.Ю.	
8. СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ РАССЛОЕНИЯ ОБЩЕСТВА	33
Столбенухина Н.В., Комкова Г.В.	
9. РАДИОНУКЛИДНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ.....36	
Мухаммедова А.Б., Ходжибеков М.Х., Хошимова Н.Ш.	
10. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....42	
Гуломов П.Д., Ботиров Д.А., Шадчиева Н.А., Душкин Я.И., Душкин И.Ф.	
11. RULES OF RATIONAL NUTRITION AND SPORTS NUTRITION CONTROL FOR THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE.....47	
Shukurov I., Suvonov Z., Uralov S., Saydullayev A.	
12. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПУТЕМ ИНТРАТИМПАНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ СТЕРОИДОВ.....49	
Шайхова Х.Э., Эргашев У.М., Исмаев Ж.Л.	

Эргашев Улугбек Муродович

К.м.н, ассистент, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Носиров Фарход Рахматович

резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Ergashev Ulugbek Muradovich

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Nosirov Farxod Raxmatovich

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

E-mail: Dr.farhod1992@mail.ru

УДК616.232-007.61-002.2-07-08

МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ**THE METHOD OF CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC ADENOIDITIS IN CHILDREN**

Аннотация: Патология лимфоглоточного кольца занимает одно из первых мест в структуре ЛОР-заболеваний у детей. Особое место уделяется изучению патологии глоточной миндалины, анатомически располагающейся в «стратегической зоне», регулирующую антимикробную защиту макроорганизма, что представляет общемедицинскую проблему, поскольку нарушение ее функционирования может вызывать назофарингеальную обструкцию, быть источником хронической инфекции, стать триггерным фактором аутовоспалительной патологии, способствовать развитию патологии среднего уха, околоносовых пазух, вызывать нарушения голосообразования и речи.

Annotation: The pathology of the lymphatic and pharyngeal ring is one of the first places in the structure of ENT diseases in children. A special place is given to the study of the pathology of the pharyngeal tonsil, anatomically located in the “strategic zone” that regulates the antimicrobial protection of the macroorganism, which is a common medical problem, since the disruption of its functioning can cause nasopharyngeal obstruction, be a source of chronic infection, become a triggering factor of auto-inflammatory pathology, contribute to the development of an average pathology ear, paranasal sinuses, cause disturbances of voice and speech.

Ключевые слова: хронический аденоидит, глюкокортикостероид, глоточной миндалины, лимфаденоидной ткани носоглотки.

Key words: chronic adenoiditis, glucocorticosteroide, pharyngeal tonsil, lymphadenoid nasapharyngeal tissue.

Хронический аденоидит (ХА) занимает лидирующие позиции в структуре оториноларингологической заболеваемости у детей в возрасте до 10 лет.

На сегодняшний день более 50% оперативных вмешательств в детской оториноларингологии составляют операции на глоточной миндалине [2]. Однако до последнего времени отмечается недооценка методов консервативного лечения, при этом неоправданно расширены показания для хирургических вмешательств [2,3]. Далеко не во всех случаях аденотомия является адекватным методом лечения детей с хронической патологией глоточной миндалины, к тому же она не всегда приносит желаемый эффект. Частота рецидивов аденоидных вегетаций у детей после аденотомии колеблется от 4 до 75% [3]. Рецидивы аденоидов после аденотомии развиваются даже при самом тщательном удалении лимфаденоидной ткани носоглотки [4].

Решение проблемы консервативного лечения хронического аденоидита может положительно повлиять на снижение необходимости проведения аденотомии. Актуальной задачей является поиск и внедрение новых, органосохраняющих методов лечения данной патологии.

Глюкокортикостероидные препараты местного действия в виде интраназальных спреев нашли широкое применение в оториноларингологической практике. Для лечения хронического аденоидита нами был использован топический эндоназальный глюкокортикостероидный препарат – мометазона фураат. Воздействию на все звенья воспалительного процесса в слизистой оболочке носа и носоглотки на клеточном и субклеточном уровне, мометазона фураат оказывает выраженное противовоспалительное действие [5]. В этой связи представляется возможным его использование для лечения гипертрофии глоточной миндалины на фоне обострения хронического аденоидита.

Но по инструкции производителя противопоказанием к назначению мометазона фураата

является наличие нелеченного воспалительного процесса полости носа и носоглотки. Нами было проведено исследование чувствительности микрофлоры с поверхности глоточной миндалины у 30 детей к антибиотикам и было установлено, что выделенные микробные агенты были чувствительны к антибиотикам группы аминогликозидов в 74,5% случаев.

Цель исследования – оценить эффективность применения мометазона

фууроата, фурамицин и санация носа и носоглотки при хроническом воспалении глоточной миндалины у детей.

Материалы и методы исследования В исследование включены 3 группа больных что включало 34 детей (16 девочек и 18 мальчик в возрасте от 3 до 7 лет) с гипертрофией глоточной миндалины на фоне ее хронического воспаления. Из них 12 ребенка получали фрамицетин с санацией носа и носоглотки, ещё 11 ребенка получали мометазон фууроат с санацией носа и носоглотки, ещё 11 ребенка получали фрамицетин, мометазон фууроат с санацией носа и носоглотки. У всех обследованных детей по данным эндоскопического исследования носоглотки наблюдалась гипертрофия глоточной миндалины I–III степени и признаки ее хронического воспаления – наличие слизистого или слизисто-гнойного отделяемого на поверхности аденоидов или в носоглотке, гиперемия и сглаженность борозд на поверхности глоточной миндалины.

Детям, которые получали антибиотик эндоназально спрей, содержащий фрамицетин в течение 7 дней, а 2 группа детей эндоназальный курс мометазона фууроат в стандартной возрастной дозировке в течение 1 мес. 3 группа детей получали комбинированное лечение в 2 этапа эндоназально спрей, содержащий фрамицетин в течение 7 дней и мометазона фууроат в стандартной возрастной дозировке в течение 1 мес.

Результаты лечения оценивались по данным эндоскопического исследования носоглотки и по данным опроса родителей больных после каждого этапа лечения.

Результаты и их обсуждение На первой группе была изучена эффективность лечения хронического воспаления глоточной миндалины при местном применении фрамицетина с санацией носа и носоглотки у 12 детей. После применения фрамицетина в виде назального спрея в течение 7 дней, по данным опроса родителей, положительная динамика отмечена у 5 (41,67 %) из 12 детей.

На второй группе была изучена эффективность лечения хронического воспаления глоточной миндалины при местном применении мометазона фууроата в стандартной возрастной дозировке в течение 1 месяц с санацией носа и носоглотки у 11 детей. После курса лечения, по данным опроса родителей, положительная динамика отмечена у 8 (72,7 %) из 11 детей.

На третьей группе была изучена эффективность комбинированного лечения хронического воспаления глоточной миндалины при местном применении фрамицетина в виде назального спрея в течение 7 дней и мометазона фууроата в стандартной возрастной дозировке в течение 1 месяц с санацией носа и носоглотки у 11 детей. После курса лечения, по данным опроса родителей, положительная динамика отмечена у 10 (90,9 %) из 11 детей.

При анализе опроса родителей пациентов до лечения и после проведения первого этапа наблюдалось статистически значимое уменьшение жалоб, связанных с выделениями из полости носа и кашлем. Значимого уменьшения жалоб, связанных с назофарингеальной обструкцией днем и в ночное время не отмечено.

При эндоскопическом исследовании носоглотки после лечения положительные изменения выявлены у 23(67,6%) из 34 детей. Отсутствие отделяемого на поверхности аденоидов и в носоглотке отмечалось у 26 (76,4%) человек из 34, у которых оно имелось до лечения. Исчезновение гиперемии глоточной миндалины наблюдалось у 9 (34,6%) пациентов из 34, отсутствие сглаженности борозд на поверхности глоточной миндалины выявлено у 4 (11,7%) из 34 детей.

При анализе динамики эндоскопических изменений после лечения выявлено, что наблюдалось статистически значимое уменьшение числа детей с наличием отделяемого в носоглотке. Статистически значимого уменьшения числа детей с гиперемией аденоидов и отеком глоточной миндалины, выражающегося в сглаженности борозд на поверхности аденоидов не отмечено. Уменьшение размеров аденоидных вегетаций после лечения не отмечалось. До лечения нарушение проходимости слуховых труб наблюдалось у 16 (47,1%) из 34 детей. Из них тимпанограмма тип С зафиксирована у 11 (68,8%), а тимпанограмма тип В – у 5 (31,2%) человек. После лечения положительная динамика наблюдалась у 3 (18,6%) пациентов. У них выявлено улучшение проходимости слуховых труб – изменение тимпанографической кривой из типа С в тип А. Учитывая, что сокращения размеров глоточной миндалины у этих детей не отмечено, восстановление вентиляционной функции слуховых труб, по нашему мнению, связано с уменьшением воспалительных явлений и уменьшением отека в области глоточных устьев слуховых

труб и, как следствие, улучшение их проходимости.

У 11 пациентов с наличием явлений хронического аденоидита после лечения гипертрофия глоточной миндалины I степени наблюдалась у 2 человек, II степени – у 6, III степени – у 3 детей. Детям с гипертрофией I степени проводился курс промываний по Проетцу и курс общей антибиотикотерапии группой макролидов, пациентам с гипертрофией II и III степени производилась аденотомия.

Учитывая, что в используемой нами классификации степени гипертрофии глоточной миндалины имеются только три степени ее увеличения, уменьшение размеров аденоидов при I степени гипертрофии не учитывалось. Из 23 детей, у 5 (21,7%) детей после лечения фрамицетином наблюдалась II и III степень гипертрофии аденоидов по данным эндоскопического исследования носоглотки, у 8 (34,8%) выявлено сокращение размеров аденоидных вегетаций после курса лечения мометазоном фууроатом, при комбинированном лечении сокращение аденоидных вегетаций у 10 больных детей. Однако только у 10 человек уменьшение размеров глоточной миндалины обеспечивало нормальное носовое дыхание, таким образом, избежать аденотомии удалось у 10 детей из 34 (43,5%).

Таким образом, проведение лечения – курса местной эндоназальной антибиотикотерапии в течение 7 дней и эндоназальной глюкокортикостероидной терапии в течение 1 мес. с санацией носа и носоглотки – оказывает значимое влияние на все клинические проявления хронического аденоидита и позволяет уменьшить размер аденоидных вегетаций за счет ликвидации воспалительного отека.

Выводы:

1. Использование предложенного комбинированного метода лечения дает возможность в добиться исчезновения симптомов хронического аденоидита (назофарингеальная обструкция, выделения из полости носа, кашель) и в позволяет купировать воспалительные явления глоточной миндалины (отек, гиперемия, сглаженность борозд).

2. Уменьшение размера аденоидных вегетаций после проведенного курса лечения достигнуто у 67,6% пациентов, что позволило отказаться от аденотомии у этих детей.

Библиографический список:

1. Цветков, Э.А. Местная антибактериальная и противовоспалительная терапия аденоидитов / Э.А. Цветков, С.В. Рязанцев // Рос. оториноларингология. – 2004. – № 1 (8). – С. 68–70.

2. Карпова, Е.П. Лечебная тактика при обострении хронического аденоидита у детей / Е.П. Карпова, М.П. Божатова // Педиатрия. – 2007. – № 3. – С. 23–26.

3. Гаращенко, Т.И. Бактериальные лизаты для местного применения в профилактике и лечении хронических аденоидитов у детей / Т.И. Гаращенко // Вопр. совр. педиатрии. – 2007. – № 1. – С. 28–33.

4. Козлов, В.С. Аденоиды: консервативное и хирургическое лечение / В.С. Козлов, В.В. Шиленкова, В.А. Карпов. – М., 2009. – 172 с.

5. The role of mometasone furoate aqueous nasal spray in the treatment of adenoidal hypertrophy in the pediatric age group: preliminary results of a prospective, randomized study / M. Berlucchi [et al.] // Pediatrics. – 2007. – Vol. 119, N 6. – P. 1392–1397.

6. Фаянс, А.А. Количественные критерии риноцитогаммы здорового человека. / А.А. Фаянс, В.П. Ершова, Т.В. Акимова // Клин. лабораторная диагностика. – 1996. – № 2. – С. 13–14.

7. Арефьева, Н.А. Иммунные реакции слизистой оболочки носа: цитологическая диагностика, методы лечения / Н.А. Арефьева, Л.Ф. Азнабаева // Consilium Medicum. – 2009. – № 11. – С. 28–31.