

Оценка лечения хронического аденоидита методом перемещения жидкости по Проетцу и лазерофорезом.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: хронический аденоидит, лазерофорез

Введение

Хронический аденоидит является одной из важнейших проблем современной детской оториноларингологии. Аденоидиты чаще всего встречаются у детей дошкольного и младшего школьного возраста и составляют около 50% всех болезней ЛОР-органов у детей. Необходимо также отметить, что хронический аденоидит при длительном течении неизбежно приводит к формированию хронических синуситов. Практически каждый «часто болеющий ребенок» имеет клинические проявления хронического аденоидита.

К основным причинам хронического воспалительного процесса глоточной миндалины относится действие патогенной бактериальной флоры, аллергическое воспаление, воздействие вирусов, которые и приводят к патологическому разрастанию ее тканей.

Увеличение глоточной миндалины частично или полностью закрывает просвет хоан, что создает механическое препятствие для прохождения воздуха и проявляется затруднением носового дыхания, являющимся наиболее постоянным симптомом аденоидита.

Развитию хронических ринитов и синуситов у детей в этом случае способствует длительное нарушение носового дыхания, приводящее к угнетению защитной функции слизистой оболочки носа, ее венозному полнокровию и отеку, повышенной обсемененности бактериями. Возникает «порочный» круг: аденоиды вызывают затруднение носового дыхания, что препятствует излечению ринита, а последний обуславливает дальнейшее увеличение аденоидных разрастаний. Это утяжеляет течение заболевания и нередко приводит к возникновению и хронизации воспалительных процессов в околоносовых пазухах.

Наиболее часто у детей наблюдаются слизисто-гнойные выделения из носа, носящие периодический характер. Патологическое отделяемое, которое стекает из носоглотки вызывает у ребенка кашель. Следствием затрудненного носового дыхания как во время сна, так и во время бодрствования у детей является постоянная сонливость, повышенная утомляемость, раздражительность, снижение внимания и памяти.

Следует также отметить, что хронический аденоидит приводит к нарушению слуха, развитию гнусавости голоса, появлению у детей храпа и даже задержке дыхания во сне (синдромом обструктивного апноэ).

В настоящее время все большую значимость в лечении хронического аденоидита приобретает консервативная терапия, преимуществами которой являются сохранение важного органа и его функционирование в полном объеме, исключение всех осложнений, которые могут возникнуть при хирургическом лечении, а значит и отсутствие угрозы для жизни ребенка.

В рамках терапевтического лечения аденоидита применяют промывание полости носа, методы, помогающие эвакуации содержимого пазух, и физиотерапевтические методы лечения (УВЧ, микроволновая терапия ЛУЧ-2, магнитное поле, лазерофорез).

При промывании полости носа с поверхности слизистой оболочки удаляется патологический секрет вместе с микробами, аллергенами и пылью. Уменьшается отек и воспаление, повышается тонус капилляров, за счет очищения значительно улучшается работа клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки, и, как следствие, усиливается движение слизи, что повышает защитные свойства слизистой полости носа. Кроме того некоторые методики, создавая отрицательное давление в пазухах, способствуют эвакуации содержимого из них.

Одной из эффективных методик промывания полости носа является метод перемещения жидкости по Проетцу. Перед началом процедуры производят анемизацию слизистой оболочки полости носа. Пациенту, лежащему на спине, нагнетается антисептический раствор в одну половину носа, а из другой удаляется при помощи отсоса. Человек при этом постоянно говорит «ку-ку», мягкое небо поднимается вверх и герметизирует носоглотку и полость носа. За счет этого и за счет работы отсасывающего прибора создается отрицательное давление в полости носа. Вследствие этого в полость носа из околоносовых пазух начинает выходить гной, а после влитые в полость носа лекарственные растворы устремляются в открывшиеся пазухи.

Известно, что физиотерапевтические методы позволяют существенно повысить эффективность лечения. Основные принципы такой методологии были сформулированы в 80-е гг. прошлого века и базируются в основном на клиническом опыте, при этом теоретическое обоснование почти всегда отстает от практики.

Одной из наиболее известных и эффективных методик физиотерапии, сочетающее в себе применение различных лечебных факторов, является лазерофорез лекарственных препаратов и биологически активных веществ.

Лазерофорез представляет собой совокупный способ стимулирующей терапии, имеющий в своей основе сочетанное влияние 2-х основных факторов: влияние самого лекарственного вещества и влияние низкоинтенсивного лазерного излучения. Данный способ успешно применяется в разных разделах медицины, и в том числе, в оториноларингологии. Однако, несмотря на все свои положительные стороны, не получил столь широкого распространения, как он того заслуживает.

Механизм проникновения лекарственных веществ под воздействием лазерофореза исключительно труден и еще до конца не изучен. Однако, на сегодняшний день установлено, что непосредственное влияние лазерофореза на ткани происходит только до 0,8 см, а все процессы, протекающие на большей глубине, вызываются опосредованно за счет механизмов в подлежащих тканях, находящихся в возбужденном состоянии под действием низкоинтенсивного лазерного излучения. Механизм лазерофореза рассматривается на клеточном и тканевом уровнях. Так же было установлено, что основными механизмами, стимулирующими проникновение лекарственных препаратов под воздействием лазерофореза, являются: возрастание проницаемости слизистой оболочки полости рта; совершенствование реологических свойств крови; возрастание тканевого метаболизма; совершенствование микроциркуляции; стимуляция кислородного обмена; активация мембранных рецепторов клеток-мишеней.

Цель: изучение и повышение эффективности лечения хронического аденоидита консервативными методами.

Материал и методы

В исследование включено 2 группы пациентов (по 30 человек в каждой) в возрасте от 3 до 14 лет (средний возраст 8,5 лет). Все пациенты находились под наблюдением одного высококвалифицированного специалиста. Всем пациентам осуществляли стандартный оториноларингологический осмотра, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки. В группе пациентов №1 проводилось лечение только с помощью метода перемещения жидкости по Проетцу, а в группе №2 использовались метод перемещения жидкости по Проетцу и лазерофорез. Кроме того, в работе использовался обзор литературы по данной проблеме.

Результаты

Перед началом лечения ухудшение носового дыхания наблюдалось у 60% больных в каждой группе, а у 40% в каждой группе отмечалось отсутствие носового дыхания. После проведения первого курса лечения в группе №1 улучшение носового дыхания и общесоматического статуса отмечалось у 42,5 % больных, дыхание на прежнем уровне отмечалось у 57,5% пациентов. В группе №2 после первого курса лечения улучшение отмечалось у 68,5% пациентов, а дыхание на прежнем уровне отмечалось у 31,5 пациента.

После проведения повторного курса лечения (через 6 месяцев) в группе №1 улучшение носового дыхания отмечалось уже у 60,5% пациентов, а у 39,5% пациентов носовое дыхание по-прежнему было снижено. В группе №2 улучшение носового дыхания наблюдалось уже у 83% больных и лишь у 17% больных носовое дыхание оставалось на прежнем уровне.

Дальнейшее наблюдение данных групп пациентов показало, что в группе №2 рецидивы заболевания наблюдались на 54,3% реже, чем в группе пациентов №1.

Заключение

Применение лазерофореза не только сохраняет функционирование органа в полном объеме и повышает эффективность консервативного лечения ХА, но и улучшает отдаленные результаты лечения, и, крайне важно, способствует полному отказу от хирургического вмешательства, что является несомненным преимуществом данного метода лечения, поскольку исключаются все возможные осложнения оперативного лечения и отсутствует угроза для жизни ребёнка.

Литература

1. Борзов Е.В. Распространенность патологии лор-органов у детей// Новости оториноларингологии и логопатологии, 2002.- №1 (29).- С.3-8.
2. Марков Г.И., Козлов В.С., Мазетов Г.С., Коваленко В.В., Кондратьев В.А. Диагностика и лечение сочетанных форм параназальных синуситов /В кн.: Современные методы диагностики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей: Тезисы докладов научно-практ. Конференции// Курск,1987.- С.83-84.
3. Пронина Ю.В., Вахрушев С.Г., Буренков Г.И., Зырянов М.М. Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей// Российская ринология, 2003.- №3.- С.56.
4. Батчаев А.С.-у. Сравнительный анализ клинической эффективности различных методов лечения хронических аденоидитов// Новости оториноларингологии и логопатологии, 2002.- №1 (29).- С.43-45.
5. Сенченко Л.С., Флигинских Н.А. Лечебная тактика при экссудативных изолированных и сочетанных этмоидитах у детей// Вестник оторинол., 1991.- №5.- С.8-11.
6. Bernstein J.M. The role of the adenoid in otitis media: Abstracts of 7-th Intern. Congress of pediatric otorhinolaryngology, Finland, 1998.- P.33.
7. Плужников М.С., Лопотко А.И. Низкоэнергетическое лазерное излучение в ринологии // Российская ринология. - 1995. - № 3-4. - с. 42-47.
8. Мишенькин Н.В., Тихомиров В.В., Кротов Ю.А. Действие энергии гелий-неонового лазера на ткани среднего уха в присутствии биологических жидкостей и медицинских растворов // Вестник оториноларингологии. - 1990. - № 5. - с.18-21.
9. Улащик В.С. Очерки общей физиотерапии. Минск: Навука і тэхніка, 1994. 200 с.
10. А.с. 1012923 SU, МКИ А61N5/00. Способ введения лекарственных препаратов в живой организм / И.Н. Данилова, А.А. Миненков, Т.М. Каменецкая и др. № 3354461; Заявлено 31.07.81. Оpubл. 23.04.1983.
11. Миненков А.А. Низкоэнергетическое лазерное излучение красного, инфракрасного диапазона и его использование в сочетанных методах физиотерапии: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М.,1989. 44 с.