

Т.А. Алимова, Г. Мұханқызы

Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент медицина институты, Шымкент қ.

**БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ РИНИТ**

*Жедел ринит жедел респираторлы инфекцияның көрінісі ретінде жүретін педиатрия тәжірибесінде ең жиі кездесетін патология. Жоғары дәрежелі аурушаңдық, баланың өмір сүру сапасына симптомдардың айтарлықтай әсері және жиі асқынулар әрі қарай балалардағы жедел риниттің рационалды терапиясын іздеу маңызды болып отыр.*

**Түйінді сөздер:** балалар, жедел вирусты ринит, назальды вазоконстрикциялық препараттар, оксиметазолин.

**Тақырыптың өзектілігі.**

Жедел респираторлы вирусты инфекция (ЖРВИ) – ең жиі таралған ауру. Мегаполистердегі экологиялық жағдайдың нашарлауы ЖРВИ-мен аурушаңдық көрсеткішінің жылдан-жылға жоғары дәрежеде тұрақтанып қалуына себеп болуда. Көбінесе мектеп жасына дейінгі балалар жиі шалдығады, бұл топтағы балалардың ЖРВИ-мен ауыру жиілігі жылына 10-15 жағдайды құрайды. ЖРВИ-дің негізгі қоздырғышы — риновирустар. Риновирусты инфекция ЖРВИ эпизодтарының 10–27%-ын құрайды [2, 3]. Барлық респираторлық вирустар кең таралғаны, әртүрлілігі және жоғары жұқпалы қасиетке ие. Мектептер мен бала бақшаларда, сонымен қатар қоғамдық көліктерде вируспен ең үлкен контакт ықтималдығы тууы мүмкін. Адамның қандай да бір вируспен ауруы оның басқа респираторлы вируспен тіпті оның серотипіне қарсы иммунитет қалыптасуын қамтамасыз ете алмайды. Керісінше, тіпті ЖРВИ-дің жеңіл түрінің өзі тыныс алу жолының шырышты қабатын аздап болса да зақымдайды, бұл ЖРВИ эпизодтарының қайталануын және екіншілік бактериялық инфекцияның даму қаупін жоғарылатады. Бұндай жағдай бала бақшаға баратын мектепке дейінгі жастағы балаларда жиі орын алады. ЖРВИ-дің балаларды бірден-бір таралған көрінісі ринит болып табылады. Мұрын қуысы шырышты қабатының зақымдануы ЖРВИ-дің 70,7%-да орын алады. Бұл вирусты ринит эпизодтарының ½ риновирусты инфекциямен байланысты [2]. Вирусты ринит, яғни риновирусты этиологиялы, қысқа продромальды кезеңмен жедел басталып, алғашқы 3 күнде максималды айқын симптомдармен көрініс береді және 5-7 тәулік ішінде өздігінен жазылатын ағыммен ерекшеленеді. Соңғы зерттеулерге сәйкес, вирус 90% жағдайда мұрын қуысы және мұрын маңы қойнауларының шырышты қабатын зақымдайды, осыған орай «жедел вирусты риносинусит» түсінігі қалыптасты. Педиатрлар мектепке дейінгі балалар мен төменгі сынып оқушыларында жедел ринит пен аденоидиттің қосарланып жүретінін түсінді. Бұл көбінесе мұрынның бітелуі және артқы ринорея симптомдарының бірнеше аптаға дейін сақталуына алып келеді. Қосарланған асқынулар, яғни ортаңғы құлақ қабынуы, іріңді бактериалды инфекцияның клиникалық көріністері болмаса және баланың өмір сүру сапасына аздаған ғана әсер тигізген жағдайда аденоидит патологиялық жағдай болып саналмайды, сондай-ақ тұрақты түрде мұрын қуысын изотоникалық немесе әлсіз гипертоникалық тұзды ерітіндімен шаюдан басқа емді талап етпейді [5]. Жедел вирусты ринит 1 жасқа дейінгі балаларда өте ауыр өтеді. Мұрын қуысы көлемінің тар, жұтқыншақтың тегіс болуы мұрын қуысының адекватты тазаруына мүмкіндік бермейді, тіпті шырышты қабаттың аздаған қабыну реакциясы және мұрын қуысында секреттің жиналып жұтқыншаққа берілуі айқын тыныстың қиындауы мен баланың өмір сүру сапасына белгілі бір дәрежеде әсер етеді. Жедел ринит ерте жастағы балаларда асқынумен жүру қаупі өте жоғары. Солтүстік Америкалық зерттеулер мәліметіне сәйкес, ЖРВИ-дің асқынуы ретінде жедел ортаңғы отит даму мүмкіндігі 1 жасқа дейінгі балаларда 37%-ды құрайды [6]. ЖРВИ және жедел вирусты риниттің диагностикасы әдетте қиындық тудырмайды. Вирусты және бактериалды суперинфекцияға дифференциалды диагностика жасау антибактериалды терапия тағайындау туралы сұрақтың шешімін табады. Бұл жағдайда емдеу тактикасын риноэндоскопиялық зерттеулер жиынтығы, аурудың ұзақтығы және ринологиялық симптомдардың науқастың өмір сүру сапасына әсер ету айқындығы анықтайды [4]. Ерте жастағы балаларда жедел риниттің дифференциалды диагностикасын тіс жару, тазаланбаған мұрын синдромымен және гастророзофагеальды рефлюкстің өңештен тыс көріністерімен жүргізеді [7]. Жедел вирусты риниттің емінде кең спектрлі дәрілік препараттар қолданылады, олар суықтау симптомдарына жеке әсер етуімен және әртүрлі дәлелді клиникалық эффективтілігімен ерекшеленеді.

**ИРРИГАЦИОНДЫ-ЭЛИМИНАЦИОНДЫ ТЕРАПИЯ.**

Көптеген клиникалық зерттеулер нәтижесін талдау балаларда ЖРВИ-дің алдын алу мақсатында назальды спрейді, тұзды ерітінділер мен стерильді теңіз суы ерітіндісін қолдану өз эффективтілігін көрсетті [8]. Ирригационды-элиминационды терапия мұрын қуысы мен жұтқыншақ шырышты қабатында қабыну процесін тудыруға себеп болатын вирустар, бактериялар, аллергендер және басқа да микро ағзалардың басым көпшілігін жоюға мүмкіндік береді. Изотоникалық және әлсіз гипертоникалық теңіз суы микроэлементтерінің концентрациясы мукоцилиарлы транспортты вирустың зақымдаған шырышты эпителий қабатының репаративті процесін жылдамдату арқылы жақсартатыны дәлелденген [9].

**ТАМЫР ТАРЫЛТҚЫШ ПРЕПАРАТТАР (ДЕКОНГЕСТАНТТАР).**

Деконгестанттар тамшы және аэрозоль түрінде қолданылады, балалар мен ересектердің жедел және созылмалы ринит емінде кеңінен таралған дәрілік зат болып табылады. Мұрынның шырышты қабатына препаратты қолданғанда постсинаптикалық-адренорецепторларды стимулдайды, ол эндогенді норадреналиннің босап шығуына әсер етеді, мұрын қуысының шырышты қабатының қан толымын төмендету арқылы оның тыныс салу функциясын жақсартады [10]. Деконгестанттар тікелей емес тамыр тарылтқыш әсерінің айқындығы мен ұзақтығы бойынша және жағымсыз әсерлеріне бөлінеді.

Жеке вазоконстрикторларды артерия ішілік енгізу эксперименталды зерттеу бойынша, мұрынның шырышты қабаты қанайналымына зерттелген препараттың әсері келесі тізбекте көрсетілген: оксиметазолин = ксилометазолин > норадреналин > фенилэфрин = адреналин. Риноманометрия мәліметтері заманауи имидозолиндер (ксилометазолин и оксиметазолин) мұрын қуысындағы ауа толқынының қарсылығын 6-12 сағатқа төмендетеді, максималды төмендетуі 33%, ал фенилэфрин — тек қана 0,5–2 сағатқа максималды төмендетуі 17% [8]. Оксиметазолиннің ең ұзақ тіркелген әсері: шырышты қабатқа жанасқаннан кейін 25-30 сек ішінде әсер ете бастайды және әсері 12 сағатқа дейін жалғасады [6].

Тамыр тарылтқыш препараттарды қолдану айқын ринореяны төмендеті алмайды, тіпті мұрыннан секреция бөлінуін жоғарылатады. Топикалық деконгестанттар резорбтивті әсерге ие, ол балаларда айқын бродиаритмия шақырады, ал парадоксальді реакция жасөспірімдерде вегетоқантамырлық дистония – тахикардиямен жүреді. Бұл педиатриялық тәжірибедегі дәрігерлер үшін маңызды жағдай болып табылады. Әртүрлі селективті а-адреномиметиктердің резорбтивті қасиеттеріне байланысты бөлінеді. Нафазолин (жүйелі биожетімділік —50% жоғары) максималды, ал ксилометазолин минималды — (1% жуық) резорбтивті қасиетке ие.

Осыған орай балаларға арналған заманауи тамыр тарылтқыш препараттардың жоғары қорғанысын зерттейтін профиль бар. Мысалыға, Bergner и Tschaikin зерттеуінде ринит клиникасымен 638 сәби (орташа жасы 6 айлық) симптоматикалық терапияда инструкцияға сай оксиметазолиннің жаңа формасы – Називин Сенситив препараты тағайындалды, 90% жағдайда оң клиникалық әсермен ешқандай жағымсыз әсерсіз өтті. Біздің мәліметтерге сай риниттің симптоматикалық терапиясына ирригационды-элиминационды препараттар қосындысы және заманауи назальды деконгестанттар жақсы әсер береді. Мысалы, мұрын қуысын Маример изотониялық теңіз суы ерітіндісімен қоша Називин оксиметазолин препаратын қолданғанда айқын риниттің симптомдарын басып қана емес, аурудың ұзақтығын 35%-ға төмендетті. Бұл оксиметазолиннің «вазоконстрикторлық емес»

қасиетіне байланысты. Лабораториялық зерттеу мәліметтері бойынша оксиметазолин кейбір РНҚ вирустарына (риновирус жәнетұмау вирусы) қарсы әсер көрсетеді. Көрсетілген нәтиже негізіне ICAM-1 молекулаларының экспрессивті ингибируленуі, респираторлы эпителий клеткаларына вирус бөліктерінің адгезиясын қамтамасыз етеді. Соңғы зерттеу нәтижелері оксиметазолин антиоксидантты және вирусқа қарсы әсер көрсететіні анықталды.

**ИНТРАНАЗАЛЬДЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДТАР.**

Интраназальды глюкокортикоидтар күшті қабынуға қарсы әсер көрсетеді. Ересектер мен 12 жастан жоғары балаларда аллергиялық емес қабынулы ринологиялық патологияны емдеуде назальды спрей мометазон фураоатав қолдану жоғары эффективті. Осыған байланысты соңғы ұсыныстарға сәйкес интраназальды глюкокортикоидтарды ересектер мен 12 жастан асқан балаларда жедел вирусты риносинусит емінде қолдануға болады. Алайда ешқандай жеке бір препараттың анатациясында 12 жасқа дейінгі балаларда аллергиялық емес қабынуда қолдану көрсеткіші тіркелмеген.

**РЕКОМБИНАНТТЫ ИНТЕРФЕРОНА-2 ПРЕПАРАТТАРЫ.**

Қазақстанда иммуномодуляциялайтын препараттар кең таралған дәрілік топ болып табылады. Балаларда жедел вирусты ринит кезінде интерферонның назальды формасын береді: тамшы және гель. Ауқымды метааналитикалық зерттеулер нәтижесі бойынша рекомбинантты интерферона 2 назальды формасын қолдану эффективтілігі 30%-дан аспады.

**АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ПРЕПАРАТТАР.**

Антибиотиктер вирусқа қарсы әсер етпейді, сол себепті олар жедел вирусты ринит кезінде тағайындалмайды. Дегенмен бір жасқа дейінгі балаларда жедел риниттің әр эпизодында топикалық антибиотикалды препараттарды екіншілік бактериялық инфекцияның алдын алу мақсатында тағайындаған жөн.

**АНТИСЕПТИКАЛЫҚ ПРЕПАРАТТАР.**

Антисептикалық ерітінділер, коллоидты күміс препараттары ерекшелігі (протаргол) ринологиялық патологияны емдеуде дәрігерлер арасында кең қолданысқа ие болып табылады, сондай-ақ дәрігерге дейінгі көмекте қолданылады. Антисептикалық препараттар айқын цилиоингибирулеуші әсерге ие, назальды секреттің тұтқырлығын жоғарылатады, және олардың клиникалық эффективтілігі дәлелденбеген.

**ЦИНК ПРЕПАРАТТАРЫ.**

Соңғы жылдары цинк препаратының таблетка және назальды гель түрлері жедел вирусты ринит емінде жоғары клиникалық эффективтілігі мен олардың қауіпсіздігі расталды. Алайда қазіргі таңда бұл топтың препараттары Қазақстандық фармацевтикалық саудада шығарылмайды.

**ҚОРЫТЫНДЫ.**

Балалардағы жедел ринитті емдеу мәселесі өте актуальды және әлі соңына дейін шешілмеген. Заманауи назальды тамыр тарылтқыш препараттардың клиникалық эффективтілігі симптоматикалық терапия ретінде назальды обструкция кезінде, сондай-ақ кез-келген ринологиялық патологияның, ЖРВИ-дің емі мен алдын алуда ирригационды-элиминационды терапия күмән тудырмайды. Интраназальды глюкокортикоидтардың 2-12 жас аралығындағы балаларға қолданылуын ресми түрде тіркеу мақсатында олардың эффективтілігі туралы 2-12 жас аралығындағы балалардың аллергиялық емес ринологиялық патологиясы емін ары қарай экспериментальды түрде растау талап етілуде. ЖРВИ-дің этиотропты терапиясы ретінде назальды формалы рекомбинантты интерферонды ары қарай зерттеу актуальды болып қала береді. ЖРВИ емінде антисептикалық ерітінділер мен антибиотикалды препараттар қолдану туралы патогенетикалық негіздеулер мен клиникалық зерттеулер жоқ.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия: педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. – Алматы: БАУР, 2008. - Т.2. – 259 с.
- 2 Шабалов Н. П. Детские болезни. В 2 т. Т. 1.: учебник. -6-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Питер, 2007. – 175 с.
- 3 Аскамбаева К. А. Педиатрияда жедел жәрдемді талап ететін қауіпті жағдайлар : анықтама // ОҚММА. – Шымкент: 2003. – С. 190-198
- 4 В. Н. Тимошенко. Неотложные состояния у детей. Гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология: учеб. Пособие. - Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 327 с.
- 5 В. А. Михельсона. Интенсивная терапия в педиатрии: практическое р/к. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 176 с.
- 6 Учайкин В. Ф. Неотложные состояния в педиатрии: практическое рук. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005. – 274 с.
- 7 Зайцева О.В. Синдром крупа при ОРВИ: современные аспекты терапии // Медицина неотложных состояний. - 2006. - №5(6). – С. 88-97.
- 8 Суховецкая В.Ф. и др. Клиника и диагностика острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей при ОРВИ различной этиологии // Детские инфекции. - 2004. - №1. - С. 10-15.
- 9 Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопато- генеза и тактики ведения детей с острым стенози- рующим ларингитом // Педиатрия. - 2008. - Т.87, №1. - С. 133-138.
- 10 Геппе, Н.А. Острый обструктивный ларингит (круп) у детей: диагностика и лечение (по материа- лам клинических рекомендаций) / Н.А. Геппе, Н.Г. Колосова, А.Б. Малахов, И.К. Волков // Русский ме- дицинский журнал. - 2014. - №14. - С. 305-308.

**Т.А. Алимова, Г. Мұханқызы**

*Международный Казахско-Турецкий университет им. Ходжа Ахмеда Яссави,  
Шымкентский медицинский институт, г. Шымкент*

#### ОСТРЫЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ

**Резюме:** Острый ринит у детей относится к числу самых распространенных заболеваний в педиатрии. Данный термин является медицинским названием обычного насморка. Причиной распространенности ринита в педиатрии является недостаточно сформированная иммунная система детского организма и его уязвимость перед вирусами или бактериями разных типов.

**Ключевые слова:** дети, острый вирусный ринит, назальные вазоконстрикционные препараты, оксиметазолин.

**T.A. Alimova, G. Muhankyzy**  
*Kh.A.Yassavi International Kazakh-Turkish University,  
Shymkent Medical Institute*

#### **ACUTE RHINITIS IN CHILDREN**

**Resume:** Acute rhinitis as a manifestation of acute respiratory infection is one of the most common complaints in pediatric practice. High prevalence of this condition, significant impact of the symptoms on the life quality of a child and frequent complications cause the necessity of the further search for the appropriate treatment of acute viral rhinitis in children.

**Keywords:** children, acute viral rhinitis, nasal vasoconstrictors, oxymetazoline.