

ՀՏԴ 616.2+616-053.2

Երեխաների քթային շնչառության խախտում, դրա առաջացման պատճառները, ախտորոշման հիմնական մեթոդները և բուժման հիմնավորված միջոցառումները

**Ք.Գ. Հարությունյան, Գ.Ա. Այվազյան, Գ.Գ. Անանյան,
Ա.Կ. Շուքուրյան**

*Մ.Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի ԼՕՌ հիվանդությունների ամբիոն
0025, Երևան, Կորյունի փ., 2*

Բանալի բառեր. քթային դժվարաշնչություն, քթի օբստրուկցիա, ռինիտ, քրոնիկական, բուժում, քթի խոռոչ, քթային շնչառություն, քթի լորձաթաղանթ, քթի ֆունկցիա, արտաքին քիթ, ռինոսինուսիտ, ադենոիդիտ, ներքթային կառուցվածքներ

Ներածություն

Քթային դժվարաշնչությունը կամ «քթի օբստրուկցիան» ռինոլոգիայում առաջատար համախտանիշ է համարվում:

Չնայած պատճառների բազմազանությանը՝ կարծրատիպային մտածողությունը ոչ հաճախ է երեխաների՝ քթային դժվարաշնչությամբ ուղեկցվող հիվանդությունների պատճառների շարքում ադենոիդային վեգետացիաները դնում առաջին տեղում: Միևնույն ժամանակ քթային դժվարաշնչությամբ ուղեկցվող հիվանդությունների ցանկն անչափելիորեն ավելի լայն է [15].

Բնածին պաթոլոգիա	Քթի մուտքի բնածին խցանում (նեղացում) Բնածին խոանալ ատրեզիա Խոանների ստենոզ Դիմաձևոտային դիզոստոզ Տրիսոմիա-Քոլլինզի սինդրոմ Քրուզոնի համախտանիշ Քիմքի ճեղքվածք (փեղեքում) Քթի խոռոչի բնածին կիստաներ (դեր-
------------------	--

	մոիդ, օդոնտոգեն) Մենինգոենցաֆալոցելե Bursa pharynges (Tornvaldt) Համարտումա Քրանիոֆարինգեոմա Chondroma Խոնդրոմա Տերատոմա Քիթ-ըմպանի բնածին տափակբջջա- յին քաղցկեղ
Բորբոքային պաթոլոգիա (ռինիտ, ռինոսինուսիտ, ադենոիդիտ)	Մանրէներ Վիրուսներ Spirochetes Նախակենդանիներ (լեյշմանիոզ) Սունկ (ասպերգիլոզ, մուկրոմիցե- տոզ) Մակաբույծներ [10, 21]
Ալերգիկ պաթոլոգիա	Ալերգիկ ռինիտ (կայուն և ընդհատ- վող) Պոլիպոզ [6]
Թունավոր պաթոլոգիա	Ինհալացիոն տոքսիններ (CO, քիմիական ռեակտիվներ) Դեղամիջոցներ (յոդիդներ, բրոմիդներ, հորմոններ) Դեղորայքային ռինիտ (դեկոնգեստանտներ)
Քիթ-ըմպանի պաթոլոգիա	Ըմպանային նշիկի հիպերտրոֆիա
Վնասվածք	Արտաքին և ներքին դեֆորմացիա (ձեռք են բերվել ներարգանդային նախածննդյան և հետծննդյան) Հեմատոմա/քրի միջնապատի թարախակույտ
Օտար մարմիններ	Օտար մարմին-Ռինոլիտ
Նորագոյացություններ	Էկտոդերմալ գեներ Մեզոդերմալ գեներ Նեյրոգեն գեներ Օդոնտոգեն Իդիոպաթիկ (յուվինիլ (անչափա- հաս) անգիոֆիբրոմա)
Նյութափոխանակության խանգարումներ	Ցիստոֆիբրոզ Վահանագեղձի պաթոլոգիա (հիպեր- և հիպոթիրեոզ)

	Շաքարային դիաբետ Կալցիումի նյութափոխանակության խանգարումներ
Այլ պաթոլոգիա	Ցիլիարային (թարթիչային) դիսկինեզիա (Կարտագների համախտանիշ) Ատրոֆիկ ռինիտ Գրանուլոմատոզ և վասկուլիտ (ռևմատոիդ արթրիտ, պսորիազ, սկլերոդերմա, սարկոիդոզ, Վեգների գրանուլոմատոզ, միջին մահացու գրանուլոմա, Չերչ-Ստրաուսի սինդրոմ, պեմֆիգոիդ)

Քթի քրոնիկական դժվարաշնչությունը տարատեսակ հիվանդությունների դրսևորում է, որը կարող է օրգանիզմում առաջացնել նմանատիպ փոփոխություններ՝ անկախ դրա պատճառներից: Քթային շնչառության դժվարությունը կարելի է դիտարկել խոնփոցի համախտանիշի, գիշերային ապնոեի, դեմքի կմախքի դեֆորմացիաների, էնուրեզի, ցերեկային հիպերսոմնիայի ախտորոշման համատեքստում: «Ադենոիդ դեմք» տերմինը կիրառվել է 1872 թվականին՝ C.V. Tomes քրոնիկական քթային դժվարաշնչության հետ կապված դիմաճնտային բնույթի փոփոխությունները նկարագրելու համար [14]: Մինչ այժմ բժիշկ օրթոդոնտները խորհուրդ են տալիս իրենց հիվանդներին հետազոտվել օտորինոլարինգոլոգի կողմից՝ ԼՕՌ պաթոլոգիան բացառելու համար: Շատ դեպքերում քթի շնչառության կարգավորման հետ վերականգնվում են դիմաճնտային շրջանում որոշ փոփոխություններ: Այլ հեղինակների կարծիքով կա որոշակի անհատական զգայունություն քթային դժվարաշնչության նկատմամբ, ավելի արտահայտված դոլիխոցեֆալով տառապողների շրջանում: Գուցե «ադենոիդ դեմք»-ից ավելի ճիշտ տերմին՝ քթի շնչառության անընդհատ դժվարությամբ տառապող երեխայի արտաքին փոփոխությունները նկարագրելու համար, «երկարացված դեմքի սինդրոմ» տերմինն է, որը անգլիական գրականության մեջ հանդիպում է որպես երկար դեմքի համախտանիշ long face syndrome [16]: Վերջինս ներառում է դեմքի ստորին երրորդի ուղղահայաց չափի բարձրացում, տիպիկ ապատիկ արտահայտություն, ժպիտ և գոթական քիմք: Քթի խոչընդոտմանն ուղեկցող համակարգային փոփոխությունները ներառում են թոքային սիրտ- cor pulmonale: 19-րդ դարի վերջերից ադենոիդների հետ կապ-

ված քթային դժվարաշնչությունը մեկնաբանվում էր որպես էնուրեզի, մտավոր զարգացման ուշացման պատճառ: Այս փաստերին կարելի է տալ ժամանակակից մեկնաբանություն. ադենոիդները հեռացնելուց և քթային շնչառությունը վերականգնելուց հետո երեխան սկսեց շնչել քթով, դադարեցրեց խոնփոցը, հազվադեպ հիվանդացավ, հավաքեց համապատասխան քաշ, և ախորժակը բարելավվեց:

Նորմալ քթային շնչառությունը և ապնոթի բացակայությունը կարգավորել են քնի ռեժիմը և մեզի վերահսկումը: Ադենոտոմիայից հետո երեխաների լսողության բարելավումը երեխային արագ զարգանալու հնարավորություն տվեց [15]:

Քթով դժվարացած շնչառության պատճառների բազմազանությունը և դրանով պայմանավորված փոփոխությունները պահանջում են ալգորիթմի ներդրում՝ նմանատիպ բողոքներով երեխային հետազոտելու համար: Հաճախ հետազոտության արդյունքում հայտնաբերվում են հիվանդություններ, որոնք օտորինոլարինգոլոգի իրավասության մեջ չեն մտնում: Դժվարացած քթային շնչառություն ունեցող երեխայի հետազոտությունը նպատակ ունի ոչ միայն պարզելու պատճառը («վնասվածքի մակարդակ»), այլ նաև պարզաբանելու խցանման աստիճանը և դրա հետ կապված հիվանդությունները և առաջացած խնդիրները: Վերին շնչուղիների տարբեր անոմալիաներ, ժամանակին չբացահայտված և չբուժված հիվանդություններ (ադենոիդներ, սինուսիտ, ռինիտ, քթի միջնապատի դեֆորմացիա և այլն), ինչպես նաև մի շարք այլ պատճառներ կարող են հանգեցնել քթի լորձաթաղանթի դժվար վերացվող կամ ընդհանրապես անուղղելի պաթոլոգիական փոփոխությունների զարգացման, քթի բնականոն շնչառության խանգարման, ինչը հետագայում նպաստում է մարմնի տարբեր համակարգերի հիվանդությունների առաջացմանը: Քթային դժվարաշնչության պատճառով առաջանում է «անցում» բերանով շնչելուն: Նման մարդիկ սովորաբար քնում են բաց բերանով, նրանց քունն անհանգիստ է, ընդհատվող և հաճախ ուղեկցվում է խոնփոցով: Անկախ նրանից, թե որքան երկար են նրանք քնում, քթի շնչառության խանգարում ունեցող հիվանդներն անընդհատ դժգոհում են, որ չեն քնում բավարար քանակությամբ, ուստի նրանք սովորաբար թույլ և ապատիկ են թվում: Այդ պատճառով դպրոցականների, ուսանողների շրջանում հաճախ նկատվում են ուսումնական պրոցեսում կատարողականի անկում, հիշողության և ուշադրության թուլացում, մեծահասակների շրջանում նկատվում է աշխատունակության անկում, նրանք դառնում են դյուրագրգիռ [1-3, 9]:

Քթի մեջ ներշնչված օդը մաքրվում է, խոնավանում և տաքանում: Բերանով շնչելիս չմաքրված, չոր և սառը օդը ներթափանցում է թոքեր,

ինչն անխուսափելիորեն բերում է թոքերի և բրոնխների հիվանդությունների առաջացման:

Նման հիվանդների շրջանում հաճախակի են գլխացավի զանգատները. դա ուղեղից արյան և ավիշի խանգարված արտահոսքի արդյունք է, որը բացատրվում է քթի խոռոչում կանգային երևույթներով [2, 3]: Ամենավտանգավորն աճող օրգանիզմի համար «սխալ շնչառությունն» է: Բերանով անընդհատ շնչելը բերում է դիմային կմախքի դեֆորմացման: Այս երեխաների մոտ հաճախ ձևավորվում է ոչ ճիշտ կծվածք: Երկարատև քթային դժվարաշնչության արդյունքում դեֆորմացվում է կրծքավանդակը, խանգարվում է թոքերի օդափոխությունը, նվազում են արյան մեջ թթվածնի հագեցվածությունը, էրիթրոցիտների քանակը և հեմոգլոբինի պարունակությունը: Բերանով շնչելիս օդի հոսքին ավելի քիչ դիմադրություն է նկատվում, որի արդյունքում խանգարվում է կրծքավանդակի խոռոչում դրական և բացասական ճնշման զարգացումը, որն անհրաժեշտ է սրտի բնականոն գործունեության համար: Այսպիսով, քթային շնչառության խախտումն արտացոլվում է ոչ միայն ուղղակիորեն շնչառական օրգանների վրա, այլև ամբողջ օրգանիզմում կարող է հանգեցնել զգալի պաթոլոգիական փոփոխությունների: Երբ մարդն անցնում է բերանով շնչելուն, խաթարվում է տարբեր օրգանների և համակարգերի գործունեության ամբողջ մեխանիզմը: Խանգարվում են շնչառական ռիթմը, արյան հոսքը, գլխուղեղի սնուցումը, և արդյունքում՝ հիշողության խանգարում, մտավոր ունակությունների նվազում, արյան կազմի խանգարում, սիրտ-անոթային համակարգում ֆունկցիոնալ փոփոխություններ:

Քթի շնչառության քրոնիկ խանգարման սինդրոմով երեխայի հետազոտության մեթոդները

1. Անամնեզ: Մանրամասն զրույցը և հստակ ձևակերպված հարցերը միշտ օգնում են նեղացնել քթային օբստրուկցիաների հնարավոր պատճառների լայն շրջանակը: Առաջին հերթին անհրաժեշտ է հստակեցնել՝ արդյոք բողոքներում գերակայում է քթային շնչառության մեկ կամ երկկողմանի խոչընդոտումը: Այսպիսով, օրինակ՝ ադենոիդների, քթի պոլիպոզի, խեցիների հիպերտրոֆիայի առկայության դեպքում երկու կողմից էլ քթով վատ են շնչում: Միակողմանի դժվարացած շնչառությունը կամ շնչառության անընդհատ անհամաչափությունը կարող են վկայել քթի միջնապատի դեֆորմացիայի, օտար մարմնի, նորագոյացության մասին: Հիվանդները շատ բնորոշ բնութագրում են վազմոտոր ռինիտի ժամանակ քթային շնչառության դժվարությունը՝ քթի աջ և ձախ կեսի փոփոխական փակվածությունը և շնչառության

պարբերական նորմալացումը: Ոչ պակաս կարևոր են այնպիսի մանրամասներ, ինչպիսիք են քթային շնչառության սեզոնային բարելավումը, քթով շնչառության վատթարացումը բույսերի ծաղկման շրջանում, սենյակը մաքրելիս, կենդանիների հետ շփվելիս: Կարևոր է պարզել ուղեկցող ախտանիշների առկայությունը, օրինակ՝ քթից արյունահոսություն, որը բնորոշ է այնպիսի նորագոյացությանը, ինչպիսին է քիթ-ըմպանային անչափահաս (ювенильная) անգիոֆիբրոման: Երեխայի ծնողների հետ զրուցելիս կարևոր է պարզել ընտանեկան պատմությունը և հարազատների շրջանում ալերգիկ հիվանդությունների առկայությունը: Պասիվ ծխելը, քլորացված ջրով լողաձվազան գնալն առաջացնում են քթի խոռոչի քրոնիկ այտուց և քթի խցանման ավելի շուտ «գործառական», քան անատոմիական պատճառ է: Հաճախ ծնողները և մանկաբույժը տեղյակ են երեխայի անհատական սոմատիկ հիվանդություններից, բայց նրանք դրանց հետ չեն կապում քթով վատ շնչառությունը և արագ բուժում են դրանք:

2. Արտաքին (զննում) քննություն: Քթի շնչառության դժվարությամբ տառապողի բնորոշ դեմքը խոսում է օբստրուկցիայի (խցանման) փաստի մասին, բայց չի նշում պատճառը, եթե, իհարկե, դա արտաքին քթի դեֆորմացիա (ձևախախտում) չէ:

3. Առջևի ռինոսկոպիան՝ որպես առավել մատչելի մեթոդ, միշտ չէ, որ բացահայտում է քթի խոռոչի հետին մասերի և քթի միջնապատի անատոմիական, քթի խոռոչի կողային պատի փոփոխություններ:

4. Հետին ռինոսկոպիան ոչ միշտ է տեխնիկապես իրագործելի, քանի որ երեխան կարող է չբուլլատրել զննումը քիթ-ըմպանային հայելիով բերանի խոռոչից, քթի խոռոչի հետին մասերի և քիթ-ըմպանի հետագոտման համար: Բացի այդ, դա կարող է բարձրացնել նույնիսկ ավելի մեծ տարիքի երեխաների կոկորդի ռեֆլեքսը, և հետագոտությունը ձախողվի:

5. Խորհուրդ չի տրվում իրականացնել քիթ-ըմպանի մատնային հետագոտություն, քանի որ տվյալ մեթոդով տրավմա առաջացնելու հավանականությունը բարձր է, իսկ տեղեկատվությունը՝ ցածր:

6. Քիթ-ըմպանի կողային ռենտգենոգրաֆիայի մեթոդը խորհուրդ է տրվում շնորհիվ նրա հարաբերական բարձր տեղեկատվության և բարձր հասանելիության (մատչելիության)՝ ամբուլատոր պայմաններում քիթ-ըմպանի հիվանդությունների-ադենոիդիտի դիֆերենցիալ դիագնոստիկա իրականացնելու համար:

7. Հարքթային սինուսների համակարգչային տոմոգրաֆիան թույլ է տալիս մանրամասն ուսումնասիրել ինչպես քթի խոռոչը, այնպես էլ քիթ-ըմպանը, ինչպես նաև սինուսների բոլոր պատերը և

հայտնաբերել պոլիպոզ, քրոնիկ սինուսիտ, նորագոյացություններ, քթի և սինուսների արատներ:

8. Էնդոսկոպիան անկասկած ուկե ստանդարտ է շնչառական տրակտի հիվանդությունների համար, կապված քթի շնչառության խանգարման համախտանիշի հետ: Երեխաների շրջանում դա հնարավոր է ծննդյան պահից՝ 2,7 մմ ֆիբրոսկոպով: Ավելի մեծ տարիքի երեխաների դեպքում կիրառվում է նաև կոշտ օպտիկա: Առավելությունները ներառում են տեսանյութերի փաստաթղթավորման հնարավորությունը:

9. Rhinoflowmetry Ռինոֆլոումետրիա - քթային շնչառության դժվարության քանակական գնահատում:

10. Պոլիսոմնոգրաֆիան քնի ընթացքում շնչառության խանգարումների գնահատման բարդ (կոմպլեքս) մեթոդ է: Այն հատկապես արդիական է քնի ապնոե ախտորոշման առումով:

11. Խորհրդատու բժիշկներ՝ դիմաճնոտային վիրաբույժ, օրթոդոնտ, մանկաբույժ, նյարդաբան, ալերգոլոգ:

12. Ալերգիայի թեստեր (RAST, ռինոցիտոգրամա, ընդհանուր մակարդակի և հատուկ IgE-ի ուսումնասիրություն): Պետք է մեկ անգամ ևս շեշտել երեխաների շրջանում քթային շնչառության խանգարման ախտորոշման և անհատական տարբերակված բուժման մարտավարության միասնական համակարգված մոտեցման անհրաժեշտությունը [13,15,16]:

Թերապիայի ընդհանուր սկզբունքները: Քանի որ քթային օբստրուկցիան հիվանդություն չէ և բազմաթիվ պատճառներ ունի, առաջին հերթին պետք է որոշել մարտավարությունը՝ պահպանողական բուժում, վիրաբուժական կամ համակցված բուժում (օրինակ՝ տեղային կորտիկոստերոիդներով բուժում, համակցված ներդիտակային պոլիպների հեռացում պոլիպոզ ռինոսինուսիտի ժամանակ): Նաև պետք է զգուշորեն կիրառենք քայքայիչ (դեկոնգեսանտներ) միջոցները կամ անոթասեղմիչ քթային կաթիլները՝ խուսափելով ավելորդ օգտագործումից, որոնք սիմպտոմատիկ են և չեն լուծում խնդիրը գլոբալ մասշտաբով: Բացի այդ, երբեմն լինում է հանման սինդրոմ՝ «ռիկոշետ» դեկոնգեսանտներ ընդունելու ավարտից հետո, դադարում է քթով շնչառությունը: Այլ կերպ ասած, հնարավոր է հաջողության հասնել երեխայի քթի շնչառությունը վերականգնելու հարցում, դրա խախտման պատճառները կամ պատճառը հասկանալու միջոցով, եթե երեխան համալիր հետազոտվի օտորինոլարինգոլոգի և մանկաբույժի կողմից [22]:

Բրիգադիոն թերապիան պատմականորեն ամենավաղ օգտագործվող միջոցն է քթի և սինուսների հիվանդությունների ժամանակ:

Ավանդաբար օգտագործվող աղի լուծույթն այժմ կարող է փոխարինվել ավելի հարմար կոմերցիոն լուծումներով: Անհրաժեշտ է պահպանել մի քանի կանոն՝ կապված քթի ֆիզիոլոգիայի և քթի խոռոչի թարթիչավոր էպիթելի հետ: Քթային խոռոչի ողողման լուծույթների ջերմաստիճանը պետք է համապատասխանի մարմնի ջերմաստիճանին՝ $36,6^{\circ}\text{C}$, քանի որ թարթիչների գործառնություն օպտիմալ է քթի լորձաթաղանթի $28-33^{\circ}\text{C}$ ջերմաստիճանում և դադարում է $7-10^{\circ}\text{C}$ ջերմաստիճանում: Քթի լորձի նորմալ pH-ը 5,5-ից 6,5 է: Եթե pH-ն ավելի քան 6,5 է, թարթիչների ակտիվությունը նվազում է: Քթի խոռոչի լվացման դրական ազդեցությունների շարքում անհրաժեշտ է նշել ոչ միայն փոշու, ալերգենների, հարուցիչների մեխանիկական հեռացումը, այլև հիդրոթերապիայի դրական ռեֆլեքսային ազդեցությունը: Հաճախ վազոմոտոր ռինիտի մեջ քթի լորձաթաղանթի պարզ ողողումն ու խոնավացումը հանգեցնում են քթի շնչառության բարելավման [7, 11]:

Ղեկոնգեստանտները (congestion խցանում, կանգ) մի խումբ դեղեր են, որոնք առաջացնում են լորձաթաղանթի անոթների վազոկոնստրուկցիա: Գործողության մեխանիզմը կապված է անոթային պատի հարթ մկանների α - ադրենոմիմետիկ ընկալիչների խթանման հետ՝ հետադարձելի սպազմի զարգացմամբ: Ժամանակակից ղեկոնգեստանտները պետք է համապատասխանեն հետևյալ պահանջներին. լինեն արդյունավետ, անվտանգ և կողմնակի բարդություններ չառաջացնեն: Հայտնի է, որ ղեկոնգեստանտների օգտագործումը կարող է ուղեկցվել քթի լորձաթաղանթի չորությամբ, ինչը նվազեցնում է դրա պաշտպանիչ հատկությունները: Հետևաբար՝ խոստումնալից է օգտագործել այն միջոցները, որոնք ակտիվ նյութի հետ մեկտեղ պարունակում են խոնավացնող բաղադրիչներ [6, 7, 12]:

Տեղային (տոպիկ) կորտիկոստերոիդները հզոր հակաբորբոքային և հակաալերգիկ միջոցներ են, առանց որոնց ժամանակակից ռինոլոգիան անհնար է պատկերացնել: Ալերգիկ ռինիտի, պոլիպոզ ռինոսինուսիտի բուժումը հիմնված է տեղային դեղամիջոցների՝ կորտիկոստերոիդների օգտագործման վրա:

Վիրահատական շտկում

Քթային դժվարաշնչության խնդիրը՝ կապված անատոմիական ձևախախտումների հետ, անոթասեղմիչ դեղամիջոցներով լուծելը հանգեցնում է խնդրի լուծման հետաձգման և խորացնում իրավիճակը՝ ղեկոնգեստանտների չարաշահման կողմնակի ազդեցությունների ի հայտ գալով: Այս դեպքում քթի խանգարված շնչառության վիրաբուժական վերականգնումն օպտիմալ է: Վիրաբուժական լուծում պա-

հանջող քթային օբստրուկցիայի սինդրոմի անատոմիական տարբերակները ներառում են ադենոիդներ, քթի միջնապատի դեֆորմացիա, խեցիների հիպերտրոֆիա, զարգացման արատներ (խոանալ ատրոզիա), նորագոյացություններ (խոանալ պոլիպ, քիթ-ըմպանի անգիոֆիբրոմա) և քթի օտար մարմիններ (ոինոլիտներ): Երեխաների ժամանակակից ոինոլոգիական վիրահատությունները կատարվում են ընդհանուր անզգայացմամբ՝ օգտագործելով էնդոսկոպիկ տեխնիկա: Ինչ վերաբերում է երեխայի տարիքին և ադենոտոմիայի վիրահատության հետ հարաբերակցությանը, կա՞ն օպտիմալ և տարիքային սահմանափակումներ: Ո՛չ: Քթային դժվարաշնչության ժամանակ տարիքը չի կարող լինել ցուցում կամ հակացուցում վիրահատության համար:

Քթի միջնապատի վիրահատությունը երկար ժամանակ համարվում էր մեծահասակների վիրաբուժական շտկման մեթոդ: Սակայն հաջողությամբ իրականացվում է նորածնային շրջանից, իհարկե, ըստ խիստ ցուցումների:

Վիրահատության հաջողությունը և քթային շնչառության որակը մեծապես կախված կլինեն քթի խոռոչի ճիշտ հետվիրահատական խնամքից: Էքսուդատի և կեղևների հեռացումը քթի խոռոչում, հետվիրահատական այտուցի նվազեցումը բուժական գործընթացի կարևոր բաղադրիչներն են: Ամփոփելով պետք է ևս մեկ անգամ ընդգծել երեխաների շրջանում քթային շնչառության խանգարման սինդրոմի և անհատական տարբերակված բուժման մարտավարության միասնական համակարգային մոտեցման կարևորությունը [4, 5, 8, 17-19, 22]:

Ընդունված է 05.02.21

Нарушения носового дыхания у детей: причины, основные методы диагностики и обоснованные меры лечения

К.Г. Арутюнян, Г.А. Айвазян, Г.Г. Ананян, А.К. Шукурян

Нарушение носового дыхания в детском и подростковом возрасте приводит к гипоксии головного мозга и гипоксии всего тела, что отрицательно сказывается на росте и развитии организма. В связи с этим важным представляется изучение распространенности и частоты нарушений носового дыхания, выявление причин этих изменений в детском и подростковом возрасте в случае врожденных и приобретенных нарушений носового дыхания. Проведение консервативной терапии, в том числе комбинированной, в ряде случаев бывает неадекватным, а иногда и неэффективным. В настоящее время возникла необходимость создания алгоритма восстановления функции носового дыхания в детском и подростковом возрасте путем комбинированных хирургических вмешательств, при кото-

ром показания к хирургической реабилитации будут строго определенными.

Children's Nasal Breathing Disorders, Causes, Methods of Diagnosis and Well-grounded Treatments

K.G. Harutunyan, G.A. Ayvazyan, G.G. Ananyan, A.K. Shukuryan

Violation of nasal breathing in childhood and adolescence leads to hypoxia of the brain and hypoxia of the whole body, which negatively affects the growth and development of the body. In this regard, it is important to study the prevalence and frequency of nasal breathing disorders to identify the cause of these changes in childhood and adolescence in the case of congenital and acquired nasal breathing disorders. Conservative therapy, including combination therapy, in some cases is inadequate and sometimes ineffective. Currently, there is a need to create an algorithm for restoring the function of nasal breathing in childhood and adolescence by combined surgical interventions, in which the indications for surgical rehabilitation will be strictly defined.

Գրականություն

1. Бедрина Е.А., Зарубин С.С., Калинин М.А. Распространенность патологии ЛОР-органов и пути совершенствования профилактической работы у детей школьного возраста г. Архангельска. Дис...канд.мед.наук, СПб., 2008.
2. Бузунов Р.В., Легейда И.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна. Учебное пособие для врачей. М., 2010.
3. Бузунов Р.В., Легейда И.В., Царева Е.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей. Практическое руководство для врачей. М., 2013.
4. Губеев Р.И., Юнусов А.С. Особенности реабилитации детей с нарушением носового дыхания после хейлоуранопластики (обзор литературы). Российская ринология, 2016, 3, с.43-46.
5. Зиборова Н.В., Маккаев Х.М. Опыт оперативного лечения искривленной носовой перегородки в детской оториноларингологии. Российская ринология, 1998, 2, с. 59.
6. Крук М.Б., Цимар А.В. Комплексна терапія гострих синуситів. Матеріали X з'їзду оториноларингологів України, 2005, с. 117-118.
7. Лайко А.А., Бредун О.Ю. Лікування гострого риніту у дітей раннього віку. Матеріали X з'їзду оториноларингологів України, 2005, с. 121-122.
8. Магомедов М.М., Ибрагимов М.М. Хирургическая коррекция обструкции передних отделов носового клапана. Российская ринология, 2011, 2, с.37-40.
9. Матвеев К.А. Особенности патологических состояний ЛОР-органов у больных после уранопластики. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.
10. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Острые респираторные вирусные инфекции. Инфекционные болезни у детей, М., 1985, с. 55-73.
11. Овчаренко Л.С., Вертегел А.А., Андриенко Т.Г. и др. Назальные деконгестанты и солевые растворы для лечения ринитов у детей: безопасность и перспективы. Здоровье Украины, 2008, 18/1, с. 42-43.

12. *Рязанцев С.В.* Современные деконгестанты в комплексной терапии острых и хронических заболеваний ЛОР-органов. Российская оториноларингология, 2005, 6, с. 19.
13. *Соболев В.П., Русецкий Ю.Ю., Варнянская А.В., Лопатин А.С.* Возможности объективной диагностики при патологии носового клапана. Российская ринология, 2011, 2, с.40.
14. *Тихомирова И.А.* Синдром затруднения носового дыхания у детей. Педиатрия, 2008, т. 87, 2, с. 108-111.
15. *Тихомирова И.А.* Алгоритмы диагностики и выбора лечебной тактики при синдроме нарушения носового дыхания у детей. Трудный пациент, 2009, 12, с. 21-24.
16. *Тихомирова И.А.* Синдром нарушения носового дыхания у детей: диагностика и выбор лечебной тактики. Врач: научно-практический и публицистический журнал, 2012, 4, с. 26-30.
17. *Юнусов А.С.* Хирургическая коррекция деформаций перегородки носа у детей и подростков. Автореф.дис... докт. мед. наук, М., 2000.
18. *Юнусов А.С., Богомилский М.Р.* Риносептопластика в детском и подростковом возрасте. М., 2001.
19. *Юнусов А.С., Дайхес Н.А., Рыбалкин С.В.* Переломы скелета носа в детском возрасте. М., 2007.
20. *Paccoi P., Di Peco V.* Septal cartilage graft for nasal valve incompetence associated with deviated septum. Am J Rhinol., 2007, 21(5):622-625.
21. Red Book: 2000. Report of the Committee on Infection Diseases. 25 ed.: American Academy of Pediatrics, 2000.
22. *Sutrisna B., Frerichs R.R., Reingold A.L.* Randomised, controlled trial of effectiveness of ampicillin in mild acute respiratory infections in Indonesian children. Lancet, 1991, 24 Aug., vol. 338, № 8765, p. 471.