

С.З. Пискунов, Ф.Н. Завьялов, А.В. Саликов

ПРИМЕНЕНИЕ СИНУПРЕТА В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Экссудативный средний отит (ЭСО) является одной из самых распространённых нозологий среди всех заболеваний уха, как среди детского, так и взрослого населения. По данным ЛОР-отделения Курской областной клинической больницы, заболеваемость ЭСО с 2002 г. по 2007 г. в среднем составила 25,3% среди всех заболеваний уха и среднего отдела.

Анализ литературных данных, связанных с вопросами этиологии и патогенеза ЭСО, подтверждает, что в возникновении заболевания, принимает участие комплекс причин.

Основной из них является дисфункция слуховой трубы, приводящая к нарушению аэрации среднего уха, развитию отрицательного давления в барабанной полости, транссудации, а затем — экссудации скопившейся жидкости (Н.А. Преображенский, И.И. Гольдман, 1987). Невозможности эвакуации секрета из барабанной полости способствуют его высокая вязкость и развивающееся при этом нарушение мукоциллиарного клиренса слизистой оболочки в системе среднего уха.

Особое место занимает нарушение путей транспорта секрета в носоглотке через устья слуховых труб. Этому способствуют индивидуальные анатомические особенности полости носа и носоглотки: гипертрофия глоточной миндалины, ограниченная гипертрофия трубной миндалины, гипертрофия задних концов нижних носовых раковин, деформация перегородки носа.

Высокому уровню заболеваемости ЭСО способствует ряд других факторов, таких как увеличение частоты острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), сопутствующие острые или хронические заболевания носа и околоносовых пазух, широкое применение антибиотиков общего и местного действия, рост иммунодефицитных состояний среди населения.

В настоящее время лечение больных ЭСО комплексное, основанное на трёх принципах: 1) устранении фактора, явившегося причиной возникновения заболевания или способствовавшего его развитию; 2) удалении выпота из среднего уха и создании условий для последующей эвакуации; 3) терапевтическом воздействии, направленном на нормализацию слизистой оболочки среднего уха (Д.И. Тарасов, О.К. Фёдорова, В.П. Быкова, 1988).

Общепризнано, что на первом этапе лечения больным ЭСО при наличии патологических изменений в носу, носоглотке, околоносовых пазух необходимо проводить санацию очагов воспаления с восстановлением нормальной функции носового дыхания.

Второй этап связан с улучшением проходимости слуховых труб (транстубарное введение лекарственных средств в барабанную полость, продувание слуховых труб по Политцеру, вибромассаж барабанных перепонки, использование лазерного излучения).

Третий этап: при отсутствии эффекта от консервативного применяют хирургическое лечение (парацентез барабанной перепонки, тимпанопункция, миринготомия, шунтирование барабанной полости).

Особую роль имеет назначение мукоактивных препаратов, способствующих размягчению и разжижению вязкого секрета (муколитики, мукогидратанты); улучшению процессов мукорегуляции с включением эффективного передвижения скопившегося в барабанной полости секрета за счёт активации моторики мерцательного эпителия слуховой трубы (мукорегуляторы, секретомо-

торные, секретолитики и т.д.) (Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомильский, 2002).

Одним из мукоактивных препаратов является препарат растительного происхождения Синупрет. Он регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи, ликвидирует мукостаз и усиливает эвакуацию секрета из околоносовых пазух, среднего уха и слуховой трубы, обладает прямым противоотёчным действием, нормализует защитные свойства эпителия верхних дыхательных путей и уха, обладает иммуностимулирующим и вирусостатическим эффектами.

Целью исследования явилось определение клинической эффективности растительного препарата Синупрет в комплексном лечении больных ЭСО.

Задачи исследования:

- 1) определить показания и длительность назначения препарата Синупрет в комплексном лечении различных стадий ЭСО;
- 2) сравнить эффективность традиционного курса лечения ЭСО с курсом терапии, включающей назначение препарата Синупрет.

Нами проведено клиническое исследование эффективности препарата Синупрет у 32 пациентов с ЭСО и сопутствующей патологией полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. Возраст пациентов от 3 до 70 лет.

В зависимости от способов санации риносинусогенных причин ЭСО (консервативные или хирургические) были проведены две серии исследований.

В первую основную группу (16 человек) вошли больные, которым Синупрет назначался в сочетании с курсом местной антибактериальной терапии, транстубарным введением дексаметазона и лидазы в барабанную полость, а также курсом физиотерапии. Курс физиотерапии включал: ингаляции антибиотика, электрофорез лидазы или коллализина эндоурально, магнитно-лазерную терапию на область носа и вибромассаж барабанных перепонки.

Во вторую основную группу (16 человек) входили больные, которым на фоне приёма Синупрета проводилось хирургическая санация полости носа и носоглотки при искривлении перегородки носа, гипертрофии нижних носовых раковин, гипертрофии глоточной и трубных миндалин. В послеоперационном периоде все больные получали местную антибактериальную терапию и курс физиотерапии.

Препарат Синупрет назначался в дозе 2 драже или 50 капель 3 раза в день для взрослых, детям до 5 лет — 15 капель 3 раза в день, детям школьного возраста — 25 капель или 1 драже 3 раза в день. Курс терапии длился 15 дней.

Для сравнительной оценки клинической эффективности препарата были отобраны две контрольные группы (15 и 18 человек) с аналогичной патологией, которым проводилась традиционная терапия ЭСО и хирургическая санация полости носа и носоглотки.

При оценке динамики функционального состояния слизистой оболочки полости носа учитывались субъективные критерии. Больные ежедневно оценивали выраженность следующих симптомов по 4-балльной шкале: заложенность носа, характер выделений из носа (4 балла — отсутствие дыхания, 3 — сильная заложенность, 2 — слабая заложенность, 1 — свободное дыхание).

В качестве объективных методов оценки консервативной терапии, а также у больных в до- и послеопераци-

онном периоде использовали данные эндоскопического исследования полости носа и носоглотки, отомироскопии (видео и фотодокументация); аудиометрии; тимпанометрии; риноманометрии (графическое подтверждение изменения носового сопротивления); исследование мукоциллиарного клиренса слизистой оболочки полости носа с использованием полимерных плёнок с метиленовым синим. Для оценки местного иммунитета проводили количественное определение секреторного IgA слизистой полости носа. Для оценки противовирусного действия Синупрета проводилось вирусологическое исследование до и после курса лечения.

Функция мукоциллиарного транспорта (МЦТ) оценивалась на основании результатов теста с метиленовым синим на полимерной основе. Для оценки использовали классификацию, предложенную в 1985 г. Б.В. Шеврыгиным, согласно которой:

- норма — до 15–20 мин.,
- 1 степень — 20–30 мин.,
- 2 степень — 31–60 мин.,
- 3 степень — более 60 мин.

Типы тимпанограмм определялись в соответствии с классификацией Jerger, (1970 г.): тип А — нормальная аэрация барабанной полости (давление в ней равно атмосферному); тип В — полость среднего уха заполнена экссудатом; тип С — нарушение вентиляции полости среднего уха и возникновение в нём отрицательного давления.

Для оценки степени тугоухости была использована Международная классификация тугоухости: норма — от 0 до 25 дБ; 1 степень — 26–40 дБ; 2 степень — 41–55 дБ; 3 степень — 56–70 дБ; 4 степень — 71–90 дБ; глухота — более 90 дБ.

Результаты первой серии исследований

В основной группе (назначение Синупрета) находилось 16 человек в возрасте от 6 до 70 лет (детей до 15 лет было 10, взрослых — 6). Среди детей 8 человек страдало хроническим аденоидитом, из них у 4 ранее была произведена аденотомия. У 6 больных был сопутствующий острый гнойный гайморит (взрослых — 4, детей — 2). У 2 пациентов экссудативный средний отит развился после перенесённого ОРЗ. У 4 пациентов (дети) был правосторонний ЭСО, они же ранее перенесли аденотомию. У остальных пациентов процесс был двусторонним.

В контрольной группе (традиционное лечение) было 15 человек в возрасте от 7 до 68 лет (детей до 15 лет было 6, взрослых — 9). У 8 больных был сопутствующий острый гнойный гайморит (взрослых — 6, детей — 2). У 4 детей двусторонний ЭСО развился на фоне хронического аденоидита, у 3 взрослых пациентов — после перенесённого ОРЗ. У всех детей экссудативный средний отит был двусторонним. Среди взрослых пациентов двустороннее поражение было у 3 человек, одностороннее — у 6 (из них правосторонних — 2, левосторонних — 4) (табл. 1).

Таблица 1

Количество больных ЭСО и сопутствующая патология носа, околоносовых пазух и носоглотки

Диагноз	Основная группа	Контрольная группа
Острый гнойный гайморит	6	8
Хронический аденоидит	8	4
Острый ринофарингит (после ОРЗ)	2	3

При поступлении все больные предъявляли жалобы на заложенность ушей, снижение слуха, которые сопровождалась затруднением носового дыхания, слизистыми или слизисто-гнойными выделениями из носа.

В основной группе заметную регрессию субъективных назальных симптомов (до 2 баллов) отмечали 14 боль-

ных (87,5%) на 6 сутки после начала исследования. Значительная регрессия субъективных симптомов (до 1 балла) у всех больных наступала к 8 дню (диаграмма № 1).

Все больные основной группы, начиная со второго дня, отмечали изменение характера носового секрета. При высмаркивании отделяемое стало более обильным, серозно-слизистого характера.

В контрольной группе динамика регрессии субъективных назальных симптомов сложилась следующим образом: к 6 дню отмечалось заметное снижение симптомов заложенности носа до 2 баллов у 11 больных (74%), к 10 дню лечения интенсивность назальных симптомов не превышала 1 балла.

В основной группе больных (применение Синупрета) при эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки отмечалось значительное уменьшение отёка и гиперемии слизистой оболочки полости носа и лимфоидной ткани носоглотки на 4 сутки; слизисто-гнойное отделяемое при сопутствующих гайморитах и аденоидитах принимало характер слизистого и серозно-слизистого. Дренажные катетеры из верхнечелюстных пазух при сопутствующих гнойных гайморитах были удалены на 5 и 6 сутки лечения. На 8 сутки слизистая оболочка полости носа и носоглотки принимала свой обычный вид, патологического отделяемого в полости носа и очевидного скопления слизи в устьях слуховых труб не наблюдалось.

В контрольной группе при эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки отмечалось значительное уменьшение отёка и гиперемии слизистой оболочки полости носа и лимфоидной ткани носоглотки на 7–8 сутки. При сопутствующих гнойных гайморитах и аденоидитах отделяемое становилось слизистым и серозно-слизистым на 8–9 сутки. Катетеры для промывания и дренирования верхнечелюстных пазух удалялись на 8 сутки. Полость носа и носоглотки полностью очищались от патологического отделяемого на 10–11 сутки, и слизистая оболочка принимала свой обычный вид.

Для объективной оценки носового дыхания в обеих группах проводилась передняя активная риноманометрия в начале заболевания и на 10 сутки (табл. 2).

Таблица 2

Передняя активная риноманометрия у больных основной и контрольной групп в динамике

Группы	СОП, см ³ /сек		СС, Па/см ³ /сек	
	1 сутки	10 сутки	1 сутки	10 сутки
Основная	270,63 ±25,92	440,75 ±56,94	1,14 ±0,2	0,61 ±0,07
Контрольная	274 ±17,93	335 ±20,46	1,05 ±0,03	0,77 ±0,02
	p<0,05		p<0,05	

В основной группе (назначение Синупрета) отмечается достоверное повышение суммарного объёмного потока с 270,63±25,92 до 440,75±56,94 на 10 сутки; соответственно общее носовое сопротивление уменьшается с 1,14±0,2 до 0,61±0,07 на 10 сутки лечения.

В контрольной группе (традиционная терапия) отмечено повышение суммарного объёмного потока с 274±17,93 до 335±20,46 на 10 сутки; соответственно общее носовое сопротивление уменьшилось с 1,05±0,03 до 0,77±0,02 на 10 сутки лечения.

Следовательно, применение Синупрета в комплексном лечении достоверно улучшает носовое дыхание уже в первые 10 суток терапии.

Для оценки функционального состояния слизистой оболочки в динамике проводилось исследование транспортной функции мерцательного эпителия на 1 и 10 сутки терапии. В начале лечения ни у одного больного основной и контрольной групп не отмечалось нормального значения мукоциллиарного клиренса (табл. 3).

Таблица 3

Мукоциллиарный клиренс у больных основной и контрольной групп в динамике

Группы	Мукоциллиарный клиренс (мин.)	
	1 сутки	10 сутки
Основная	43,5±1,13	19±0,5
Контрольная	44,8±0,74	21±0,6
p<0,05		

Следует отметить что, несмотря на субъективное улучшение носового дыхания на 7 сутки восстановление мукоциллиарного транспорта до нормы не отмечалось ни в одной из групп. На 10 день лечения нормальные значения мукоциллиарного клиренса отмечены у 12 больных (75%) основной группы и у 6 больных (40%) контрольной группы.

Среднее значение мукоциллиарного клиренса составило: в основной группе до лечения — 43,5±1,13; в контрольной группе — 44,8±0,74; на 10 день приёма препарата: в основной группе — 19±0,5; в контрольной — 21±0,6.

Таким образом, динамика восстановления мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки полости носа достоверно выше в основной группе.

Динамика изменений аудио- и тимпанометрических показателей

До начала лечения кондуктивную тугоухость II степени в основной группе имели 6 пациентов (37,5%), из них двое детей; в контрольной группе — 3 взрослых больных (20%). Кондуктивная тугоухость I степени была диагностирована у 10 пациентов (62,5%) основной группы (8 детей и 2 взрослых); у 12 пациентов (80%) контрольной группы (6 детей и 6 взрослых) (табл. 4).

Таблица 4

Аудиометрические показатели основной и контрольной групп до лечения

Группы	Порог звукопроводения, дБ		
	0–25 (норма)	26–40 (I степени)	41–55 (II степени)
Основная	—	10	6
Контрольная	—	12	3

При контрольном исследовании через 14 дней лечения было установлено: в основной группе нормальные пороги звукопроводения (до 10 дБ) были у 10 пациентов (62,5%); у 6 пациентов (37,5%) пороги звукопроводения составили до 15 дБ на низких и средних частотах.

В контрольной группе нормальные пороги звукопроводения (до 10 дБ) были у 3 пациентов (20%); у 3 пациентов (20%) порог звукопроводения составил до 15 дБ на низких и средних частотах, у 9 пациентов (60%) порог звукопроводения составлял до 20 дБ (табл. 5).

Таблица 5

Аудиометрические показатели основной и контрольной групп после лечения

Группы	Порог звукопроводения, дБ		
	0–10	10–15	15–20
Основная	10	6	—
Контрольная	3	3	9

Из вышеизложенного следует, что динамика восстановления аудиометрических показателей достоверно выше у больных основной группы.

Изменение тимпанометрической картины выглядит следующим образом.

До лечения в основной группе тип В определялся у всех 16 больных (100%); в контрольной группе: тип В — у 9 больных (60%), 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 4 больных (25%); в контрольной группе — у 3 больных (20%). Шунты были удалены у больных основной группы через 3 месяца, у больных контрольной группы — через 5 месяцев.

При тимпанометрическом исследовании на 14 день приёма препарата в основной группе тип А регистрировался у 12 пациентов (75%), в контрольной группе: тип А — у 9 больных (60%), тип С — у 3 больных (25%) (табл. 6).

Таблица 6

Тимпанометрические показатели основной и контрольной групп в динамике

Группы	до лечения		после лечения		
	Тип В	Тип С	Тип А	Тип С	шунтировано
Основная	16	—	12	—	4
Контрольная	9	6	9	3	3

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

Результаты второй серии исследований

В основной группе (назначение Синупрета) находилось 16 человек в возрасте от 6 до 24 лет (детей до 15 лет было 12, взрослых — 4). Среди детей 2 человек страдало гипертрофией глоточной миндалины II и III степени. У 6 детей причиной ЭСО были различные сочетания гипертрофии трубных и глоточной миндалин. У 2-х детей и одного взрослого экссудативному среднему отиту сопутствовали искривление носовой перегородки (ИПН) и хронический вазомоторный ринит. У 5 больных ЭСО сопровождало искривление перегородки носа, гипертрофия глоточной и трубных миндалин (из них: дети — 3, взрослые — 2).

Односторонний ЭСО наблюдался у 5 пациентов (детей — 4 взрослых — 1). У остальных 11 пациентов был двусторонний ЭСО (детей — 8; взрослых — 3) (табл. 7).

Аденотомии в анамнезе были у 6 детей, и ЭСО носил рецидивирующий характер.

В контрольной группе (традиционное ведение послеоперационного периода) было 18 человек в возрасте от 8 до 50 лет (детей было 8, взрослых — 10). Гипертрофия глоточной миндалины была причиной ЭСО у 2 детей; сочетание гипертрофии глоточной миндалины и трубных миндалин были у 6 человек (детей — 4; взрослых — 2); сочетание ИПН и патологии носоглотки в виде гипертрофии глоточной и трубных миндалин было у 8 человек. У 2 человек причина ЭСО были ИПН, вазомоторный ринит и двусторонний гнойный гайморит.

Односторонний ЭСО наблюдали у 4 детей, из них 2 пациента с гипертрофией глоточной миндалины и 2 ребенка с ИПН, гипертрофией глоточной и трубных миндалин.

Двухсторонний ЭСО был у 14 пациентов. Причиной патологического состояния в среднем ухе были: аденоид и гипертрофия трубных миндалин (6 человек); ИПН, аденоид и гипертрофия трубных миндалин (6 человек); ИПН, вазомоторный ринит и двухсторонний гайморит (2 человек).

Лечение заключалось в хирургической санации причин ЭСО в полости носа и носоглотки. Проводимые операции: аденотомия, ревизия устьев слуховых труб с удалением гипертрофированных трубных миндалин или иссечением рубцов после предшествующей аденотомии; проводились септотомия или септопластика, которые сочетались с вазотомией или удалением задних гипертрофированных концов нижних носовых раковин. Больным с тимпанограммами тип В проводилось шунтирование барабанных полостей.

phytoneering

Раскрывая силу растений

Синупрет®



№1
в Германии
при простудном
насморке и
риносинусите!

Комплексное действие:

- противовоспалительное
- иммуномодулирующее
- секретолитическое
- противовирусное

Может
применяться
с двухлетнего
возраста



Растительный лекарственный препарат
Reg. уд. П № 014247/01, 014247/02 or 28.03.07



BIONORICA®

The phytoneering company

Представительство БИОНОРИКА АГ, Россия
Тел.: (495) 502-90-19, факс: (495) 734-12-00
<http://www.bionorica.ru> e-mail: bionorica@co.ru

Количество больных ЭСО и сопутствующая патология носа, околоносовых пазух и носоглотки

Сопутствующий диагноз	ЭСО	Основная группа	Контрольная группа	Лечение
Аденоид	Право-сторонний	2	2	Аденотомия, шунтирование
Аденоид, гипертрофия трубной миндалины	Двухсторонний	6	6	Аденотомия, ревизия устьев слуховых труб, шунтирование
ИПН, вазомоторный ринит	Двухсторонний	2	—	Септотомия, вазотомия (конхотомия), шунтирование
	Левосторонний	1	—	
ИПН, аденоид, гипертрофия трубных миндалин	Двухсторонний	3	6	Септотомия, аденотомия, ревизия устьев слуховых труб, шунтирование
	Левосторонний	2	2	
ИПН, вазомоторный ринит, двухсторонний гайморит	Двухсторонний	—	2	Септотомия, вазотомия, шунтирование, катетеризация в/челюстных пазух

В основной группе (применение Синупрета) динамика регрессии субъективных назальных симптомов сложилась следующим образом: к 6-му дню отмечалось заметное снижение (до 1,5 баллов) симптомов заложенности носа и уменьшения слизистого отделяемого из носа у 14 больных (88%). К 9-му дню послеоперационного периода субъективные симптомы не превышали 1 балла (диаграмма № 2).

В контрольной группе регрессия субъективных назальных симптомов на 6 сутки достигла 2 баллов у 13 больных (72%); к 9 дню послеоперационного периода у 15 больных (82%) субъективные симптомы не превышали 1 балла (диаграмма № 2).

В основной группе больных (применение Синупрета) после септотомии и вазотомии (конхотомии) при эндоскопическом исследовании отмечалось значительное уменьшение отёка слизистой оболочки и ринореи на 4 сутки. На 7 сутки слизистая оболочка полости носа очищалась от фибриновых налётов, слизистого отделяемого, восстанавливалось дыхание через обе половины носа. Послеоперационные реактивные явления в носоглотке после аденотомии, ревизии устьев слуховых труб с удалением гипертрофированных трубных миндалин или иссечением рубцов стихали на 8–9 сутки. Полностью носоглотка очищалась от фибриновых налётов и значительно уменьшался отек слизистой оболочки на 10–12 сутки.

В контрольной группе явления реактивного отёка слизистой оболочки и количество слизистого отделяемого после операции в полости носа уменьшались на 5–6 сутки. На 8–10 сутки слизистая оболочка очищалась от фибриновых налётов, и восстанавливалось носовое дыхание. Значительная регрессия реактивного отёка слизистой носоглотки и очищение от фибриновых налётов наступала на 14–15 сутки после операции.

Для объективной оценки функции носового дыхания в динамике в обеих группах проводилась передняя активная риноманометрия в дооперационном периоде и на 10 сутки (табл. 8).

Таблица 8

Передняя активная риноманометрия у больных основной и контрольной групп в динамике

Группы	СОП, см ³ /сек		СС, Па/см ³ /сек	
	1 сутки	10 сутки	1 сутки	10 сутки
Основная	308,13 ±36,83	431 ±35,41	0,575 ±0,08	0,358 ±0,05
Контрольная	274,89 ±19,23	388,77 ±28,69	0,576 ±0,06	0,361 ±0,04
	p<0,05		p<0,05	

В основной группе (назначение Синупрета) отмечается достоверное повышение суммарного объёмного потока с 308,13±36,83 до 431±35,41 на 10 сутки; соответственно общее носовое сопротивление уменьшается с 0,575±0,08 до 0,358±0,05 на 10 сутки лечения.

В контрольной группе (традиционная терапия) отмечено повышение суммарного объёмного потока с 274,89±19,23 до 388,77±28,69 на 10 сутки; соответственно общее носовое сопротивление уменьшилось с 0,576±0,06 до 0,361±0,04 на 10 сутки лечения.

Следовательно, комплексное действие Синупрета достоверно улучшает носовое дыхание в раннем послеоперационном периоде.

Для оценки функционального состояния слизистой оболочки в до- и послеоперационном периоде в динамике проводилось исследование транспортной функции мерцательного эпителия. При поступлении ни у одного больного, как основной, так и контрольной групп, не отмечалось нормального значения мукоциллиарного клиренса (табл. 9).

Таблица 9

Мукоциллиарный клиренс у больных основной и контрольной групп в динамике

Группы	Мукоциллиарный клиренс (мин)	
	1 сутки	10 сутки
Основная	45,63±1,42	21,625±0,28
Контрольная	45,11±1,04	24,5±0,39
	p<0,05	

На 10 день послеоперационного периода нормальное значение мукоциллиарного клиренса отмечалось у 3 больных (18,7%) основной группы.

Среднее значение мукоциллиарного клиренса составляло: в основной группе до лечения — 45,63±1,42; в контрольной группе — 45,11±1,04; на 10 день приёма препарата: в основной группе — 21,625±0,28; в контрольной — 24,5±0,39.

Таким образом, противовоспалительное и секретолитическое действие Синупрета способствуют более быстрому восстановлению функции мукоциллиарного транспорта слизистой оболочки полости носа в послеоперационном периоде.

Динамика изменений аудио- и тимпанометрических показателей

До начала лечения в основной группе кондуктивную тугоухость I ст. имели 6 пациентов (37,5%), II ст. тугоухости имели два пациента (12,5%).

В контрольной кондуктивная тугоухость I ст. была у 9 больных (50%), II ст. тугоухости была у 4 больных (22%) (табл. 10).

При контрольном аудиометрическом исследовании через 14 дней лечения было установлено: в контрольной группе нормальные пороги звукопроводения (до 10 дБ) были у 12 пациентов (66,6%), у 6 пациентов пороги звукопроводения составили 20 дБ на низких и средних частотах.

В основной группе у всех пациентов на 14 сутки пороги звукопроводения не превышали 10 дБ (табл. 11).

Таблица 10

Аудиометрические показатели основной и контрольной групп до лечения

Группы	Порог звукопроводения, дБ		
	0–25 (норма)	26–40 (I степени)	41–55 (II степени)
Основная	8	6	2
Контрольная	5	9	4

Таблица 11

Аудиометрические показатели основной и контрольной групп после лечения

Группы	Порог звукопроводения, дБ		
	0–10	10–20	Более 20
Основная	16	—	—
Контрольная	12	6	—

Изменения тимпанометрических показателей выглядели следующим образом.

Шунтирование барабанных полостей проводилось больным обеих групп с тимпанограммой тип В одновременно с хирургической санацией носа и носоглотки. В основной группе только у 4 больных с тимпанограммой тип С не проводилось шунтирование.

До лечения тип В в основной группе определялся у 12 больных, все были шунтированы. Шунт удерживался в среднем 3,4 месяца, у 4 больных тимпанограмма тип С после курса терапии на 14 сутки стала тип А.

В контрольной группе до лечения у 10 больных была диагностирована тимпанограмма тип В; 8 проведено шунтирование; у 2-х пациентов, которые отказались от шунтирования, при контрольном исследовании диагностирована тимпанограмма тип С. В контрольной группе шунты удалены через 4,8 месяца.

У 8 больных с тимпанограммой тип С до лечения после курса терапии на 14 сутки была диагностирована тимпанограмма тип А (табл. 12).

Таблица 12

Тимпанометрические показатели основной и контрольной групп в динамике

Группы	до лечения		после лечения		
	Тип В	Тип С	Тип А	Тип С	шунтировано
Основная	12	4	4	—	12
Контрольная	10	8	8	2	8

Анализ аудиологического обследования показывает, что динамика восстановления аудиометрических и тимпанометрических показателей достоверно выше у больных основной группы.

Противовирусный терапевтический эффект на фоне лечения препаратом Синупрет

Всем больным основной и контрольной групп в двух сериях исследований было проведено вирусологическое исследование на 1 и 14 день терапии. Антигены респи-

раторных вирусов в слизистой оболочке носа определялись методом прямой иммунофлуоресценции, используя меченые антисыворотки против антигенов вируса парагриппа I и II типа, РС-вирусов, аденовирусов.

В основных группах у 21 больного (65%) в начале заболевания выявлены вирусы; в конце лечения вирусы не обнаружены.

В контрольных группах из 28 случаев (84,9%) обнаружения вирусов до лечения, после проведения курса те же вирусы определены у 23 больных (69,6%) (табл. 13).

В основной группе в 5 случаях (15,6%) при повторном анализе были обнаружены антигены других вирусов: в 3 случаях после аденовируса выделен РС-вирус, в одном случае после парагриппа I типа выделен аденовирус и в одном случае после РС-вируса — аденовирус.

Данный факт можно рассматривать, как повторное инфицирование пациента в процессе лечения. Смена вируса свидетельствует о том, что в отношении первого вируса препарат Синупрет оказал противовирусное действие.

В контрольной группе факт реинфицирования выявлен всего в 2 случаях (после парагриппа I типа выделен РС-вирус).

На основании данных результатов можно говорить о выраженном противовирусном терапевтическом эффекте препарата Синупрет.

Показатели местного иммунитета слизистой оболочки полости носа

Для оценки состояния местного иммунитета определяли количество IgA в носовом секрете, на слизистой оболочке полости носа и носоглотки по методу Mancini et al. (1965).

Функция этого иммуноглобулина — предохранить слизистые поверхности от проникновения микроорганизмов в ткани. Он обладает способностью связывать токсины и проявляет бактерицидную и противовирусную активность.

Таблица 14

Показатели содержания sIgA в назальном секрете у больных основной и контрольной групп в динамике

Группы	sIgA, мг/л	
	до лечения	после лечения
Основная	177,7±14,95	354,4±22,87
Контрольная	172,4±7,66	219,1±11,05
p<0,05		

В основной группе при лечении на фоне приёма препарата Синупрет отмечается повышение sIgA с 177,4 мг/л в начале лечения до 354,4 мг/л в конце курса.

В контрольной группе при традиционном курсе терапии отмечено повышение уровня sIgA с 172,4 мг/л до 219,1 мг/л к 14 дню лечения (табл. № 14).

Следовательно, применение Синупрета в основной группе существенно увеличивает уровень секреторного IgA, что сопровождается усилением местного иммунитета слизистых оболочек верхних дыхательных путей и уха.

Выводы:

1. Результаты исследования подтвердили более быстрое наступление клинического эффекта при назначении препарата Синупрет в курс терапии.
2. При применении Синупрета выраженность субъективных назальных симптомов снижалась быстрее на 1–2 дня, чем в контрольной группе.
3. При контрольном эндоскопическом осмотре, как при консервативной терапии, так и в послеоперационном

Таблица 13

Вирусологические показатели основной и контрольной групп в динамике

Группы	вирусы								Всего	
	РС — вирус		Парагриппа I		Парагриппа II		Аденовирус			
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Основная	6	нет	5	нет	2	нет	8	нет	21	Нет
Контрольная	11	9	2	2	7	7	8	5	28	23

периоде, в основной группе уменьшение выраженности отека и воспаления слизистой оболочки наступали на 4 сутки, в контрольной группе — на 7 сутки.

4. Передняя активная риноманометрия достоверно показала более быстрое восстановление функции носового дыхания при применении Синупрета, как у больных при консервативном лечении, так и у больных, перенесших эндоназальные эндоскопические операции.

5. Исследование функционального состояния слизистой оболочки в ходе консервативной терапии, а также в послеоперационном периоде показало, что динамика восстановления мукоциллиарного клиренса при применении Синупрета в основной группе происходит достоверно быстрее, чем в контрольной.

6. Применение Синупрета приводит к существенному повышению секреторного IgA, что отражает усиление местного иммунитета слизистых оболочек и оказывает выраженный терапевтический противовирусный эффект.

Рекомендации.

Проведённое нами исследование показало, что растительный препарат Синупрет уже на 10–14 сутки оказывает выраженное противовоспалительное, противоотёчное, мукоактивное действие, улучшает носовое дыхание, восстанавливает мукоциллиарный транспорт слизистой оболочки верхних дыхательных путей, оказывает выраженное иммуномодулирующее и противовирусное действие.

Мы рекомендуем применять Синупрет с лечебной целью не менее 14 дней согласно возрастной дозировке.

Список литературы

7. Преображенский Н.А., Гольдман И.Н. Экссудативный средний отит / Н.А. Преображенский, И.Н. Гольдман. — М.: Медицина, 1987. — С. 19.
8. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха / Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.
9. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний уха и верхних дыхательных путей // Медицинская газета «Здоровье Украины». — № 2, 3, 2002.

Resume

S. Z. Piskunov, F. N. Zavyalov,
A. V. Salikov

SINUPRET IN THE MANAGEMENT OF THE OTITIS MEDIA WITH EFFUSION.

A clinical trial was executed to evaluate Sinupret efficacy in patients with otitis media with effusion and concomitant paranasal and nasopharyngeal pathology. The data obtained verified a patent clinical efficacy already at the 10-14 day of Sinupret application, therefore, it can be strongly recommended for the complex therapy of otitis media with effusion.