

© Н.Л. Ягода, В.И. Агранович, 2008
УДК 616.284–002.1:616–053.2/.5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУКОЛИТИКА СИНУПРЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Н.Л. Ягода, В.И. Агранович
Ставропольская государственная медицинская академия

В последние годы, по данным различных авторов, отмечается увеличение числа больных детей с экссудативным средним отитом. Заболевание известно под различными терминами: хронический катар среднего уха, секреторный средний отит, негнойный средний отит, клейкое ухо и др. [5,7,8].

Патогенез данного заболевания связан с функциональной или механической обструкцией слуховой трубы. Нарушение её вентиляционной и дренажной функций приводит к снижению давления в барабанной полости и скоплению вязкого экссудата, заполняющего полости среднего уха. При этом наступает снижение слуха по звукопроводящему типу. Определенную роль играет состояние реактивности организма, аллергия и, что особенно важно, наличие хронических очагов инфекции в носоглотке. Заболевание протекает без признаков острого воспаления. Принято различать четыре стадии (катаральная, секреторная, мукозная, фиброзная) [5,8].

Проблема лечения экссудативных средних отитов тесно связана с проблемой профилактики кондуктивной тугоухости у детей и поэтому актуальна.

Общепризнанным фактом является то, что начинать лечение у детей следует с аденотомии, нормализации носового дыхания, улучшения функции слуховой трубы, ликвидации мукозита, восстановления аэрации барабанной полости. При безуспешности проводимой терапии проводится парацентез, шунтирование барабанной полости, а на четвертой стадии – хирургическое лечение, рассасывающая терапия [2,3,4,5,6,9].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния муколитика синупрета на динамику отоскопической и риноскопической картины, на устранение мукозита, изменение времени мукоцилиарного транспорта, восстановление дренажной и вентиляционной функций слуховой трубы, на показатели тимпанометрии и аудиометрии.

Материал и методы. Клиническое исследование эффективности препарата синупрет проведено у 30 детей, страдающих экссудативным средним отитом и хроническим аденоидитом с различной степенью аденоидных вегетаций.

Возраст детей находился в диапазоне 2-7 лет. Мальчиков было 18 (60%), девочек – 12 (40%). У всех пациентов были выявлены аденоидные вегетации 2-3

степени. После обследования пациентам выполнена поднаркозная аденотомия на фоне антибактериальной, деконгестантной, гипосенсибилизирующей терапии и применения синупрета в качестве муколитика в возрастных дозировках. Дети контрольной группы (30 человек) с экссудативными средними отитами и аденоидными вегетациями 2-3 степени, подвергнувшиеся поднаркозной аденотомии, не получали синупрет. Лечение всеми препаратами, включая синупрет, в основной группе продолжалось в течение двух недель со дня поступления (7 дней – до аденотомии и 7 дней – после оперативного вмешательства).

В план обследования включали: риноскопию, эпифарингоскопию, отоскопию с использованием видеоаппаратуры, определение времени мукоцилиарного транспорта, тональную аудиометрию, импедансометрию.

При передней риноскопии и эпифарингоскопии у больных обеих исследуемых групп определялась гиперемия, отек слизистой оболочки полости носа, отделяемое слизисто-гнойного характера в носовых ходах, наличие аденоидных вегетаций различной степени и гнойного отделяемого в носоглотке. При отоскопии: застойная гиперемия, тускло-серый цвет и нарушение подвижности барабанной перепонки, втяжение верхних отделов, сглаженность опознавательных контуров, уровень экссудата в барабанной полости.

Функция мукоцилиарного транспорта оценивалась по результатам теста с угольным порошком. Для оценки нарушений использовали классификацию Б.В. Шеврыгина [10], согласно которой норма – до 15-20 минут, 1 степень – 20-30 минут, 2 степень – 31-60 минут, 3 степень – более 60 минут.

Типы тимпаногамм определялись в соответствии с классификацией J. Jeger [10]:

- тип А – нормальная аэрация барабанной полости (давление в ней равно атмосферному);
- тип В – полость среднего уха заполнена экссудатом;
- тип С – нарушение вентиляции барабанной полости, возникновение отрицательного давления (подтип С1 – пик кривой от 0 до 200 мм водного столба; подтип С2 – от 200 до 400 мм водного столба).

Для оценки степени тугоухости была использована международная классификация [1]: 1 степень – 26-40 дБ, 2 степень – 41-55 дБ, 3 степень – 56-70 дБ, 4 сте-

пень – 71-90 дБ, глухота – более 90 дБ.

В работе использовалась аппаратура: аудиометр МА-31 (Германия), тимпанометр МТ-10 датской фирмы «Interacoustics».

Результаты и обсуждение. До начала лечения нарушение функции мукоцилиарного транспорта 1 степени отмечалось у 5 (17%) детей основной и 6 (20%) контрольной группы, 2 степени – у 24 детей (80%) основной и 21 ребенка (70%) контрольной группы. Третья степень нарушения не зарегистрирована ни у одного больного.

Через 5 дней после начала лечения нарушение функции мукоцилиарного транспорта 1-й степени отмечалось у 10 больных (33,3%) основной и 11 больных (36,7%) контрольной групп, 2-й степени – у 16 детей (53,3%) основной группы и у 14 больных (46,7%) – контрольной.

Исследование, проведенное через 10 дней, показало нормальные значения скорости мукоцилиарного транспорта у 28 (93,3%) больных основной и у 13 (43,3%) – контрольной группы.

Нарушение функции мукоцилиарного транспорта 1-й степени имел 1 пациент (3,3%) в основной группе и 14 пациентов (46,7%) в контрольной. Третья степень нарушения не была выявлена ни у одного пациента.

Среднее время мукоцилиарного транспорта составило: до лечения – 50 минут в основной и 49 минут в контрольной группе, на 5 день приема синупрета – 27 минут и 38 минут соответственно, на 10 день приема – 15 минут в основной и 21 минуту в контрольной группе. Таким образом, нормализация времени мукоцилиарного транспорта отмечалась в большей степени у больных основной группы.

Аудиометрическое исследование детей с экссудативным средним отитом показало, что до лечения у 18 пациентов (60%) основной и контрольной групп отмечалась кондуктивная тугоухость 1-й степени, у 12 детей (40%) обеих групп – кондуктивная тугоухость 2-й степени.

На 5 день приема препарата снижение слуха 1-й степени определялось у 27 детей (90%) основной и у 24 (80%) детей контрольной группы. Тугоухость 2-й степени в это же время определялась всего лишь у 6 (20%) больных контрольной группы. Слух восстановился полностью у 3 детей (10%) основной группы.

На 10 сутки приема синупрета нормальные пороги слуха отмечались у 28 детей (93,3%) основной и у 18 детей (60%) контрольной группы, кондуктивная тугоухость 1-й степени отмечалась у 2 детей (7%) и 9 детей (30%) соответственно, кондуктивная тугоухость 2-й степени в основной группе не была выявлена ни у одного пациента, а в контрольной – у 3 больных (10%).

Динамика показателей тимпанометрии была аналогична аудиометрии: до лечения тип В определялся у 12 больных (40%) основной и 7 детей (23,3%) контрольной группы, тип С1 у 10 больных (33,3%) основной и 12 больных (40%) контрольной группы, тип С2 – у 8 детей (26,7%) основной группы и у 11 детей (36,7%) контрольной группы. Тип А отсутствовал у больных обеих групп.

На 5 день приема препарата тип В отмечен у 3 больных (10%) в основной и в контрольной группах, Тип С1 – у 15 детей (50%) основной и у 13 (43,3%) контрольной группы, тип С2 – у 6 больных (20%) основной и у 10 детей (33,3%) контрольной группы.

На 10 день приема препарата тимпанограмма типа В отсутствовала у детей обеих групп. Тип С2 сохранялся у 9 больных (30%) в контрольной группе, тип С1 – у 18 больных (60%) основной и у 15 больных (50%) контрольной группы. Тип А зарегистрирован у 12 детей

(40%) основной и у 6 детей (20%) контрольной группы.

В процессе лечения синупретом отмечалась более выраженная положительная динамика риноскопической и отоскопической картины: ликвидация отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа, уменьшение количества слизисто-гнояного отделяемого, восстановление функции носового дыхания, восстановление цвета и подвижности барабанной перепонки, исчезновение втянутости и уровня жидкости, появление опознавательных знаков.

Заключение. Таким образом, использование препарата синупрет при лечении детей с экссудативными средними отитами после проведения аденотомии способствует более выраженной положительной динамике симптомов по сравнению с контрольной группой детей, не получавших синупрет. Прием препарата синупрет устраняет мукостаз, нормализует время мукоцилиарного транспорта, что одновременно с проведением аденотомии способствует более быстрому восстановлению дренажной и вентиляционной функции слуховой трубы, улучшает показатели аудиометрии и тимпанометрии, предотвращая развитие стойкой кондуктивной тугоухости. Учитывая полученные данные, рекомендуется включение препарата синупрет в перечень обязательных средств для лечения больных с экссудативными средними отитами.

Выводы

1. При использовании препарата синупрет определена более выраженная положительная динамика риноскопической картины (уменьшение застойной гиперемии и отека слизистой оболочки, уменьшение и нормализация характера отделяемого из носовых ходов), более быстрое по сравнению с контрольной группой восстановление носового дыхания.

2. Применение синупрета приводило к нормализации времени мукоцилиарного транспорта или сохранению нарушений в более легкой степени, чем без его использования.

3. При приеме синупрета у детей с экссудативным средним отитом более часто регистрировались тимпаногаммы типа А и типа С1, рассматриваемые как переходные к нормальным.

4. В ходе лечения синупретом установлены по сравнению с контролем более ранняя положительная аудиологическая картина, уменьшение тяжести кондуктивной тугоухости и более высокий процент нормальных аудиограмм.

Литература

1. Альтман, Я.А. Руководство по аудиологии / Я.А. Альтман, Г.А. Таварткиладзе // - М.: ДМК Пресс, 2003. – 360 с.
2. Гаращенко, Т.И. Эндоскопическая хирургия носоглотки при экссудативных отитах у детей / Т.И. Гаращенко // Материалы 2-й научно-практической конференции оториноларингологов Южного Федерального округа. – Майкоп, 2006. – 234 с.
3. Гаращенко, Т.И. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха / Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомилский, Е.Ю. Радциг // «Российская ринология». – 2002. – №3. – С. 38-42.
4. Енин, И.В. Фармакотерапия острого среднего отита / И.В. Енин, В.П. Карпов, И.П.Енин // Материалы 2 научно-практической конференции оториноларингологов Южного Федерального округа. – Майкоп, 2006. – С. 49-51.
5. Енин, И.П. Реабилитация детей с заболеваниями уха / И.П. Енин, В.М. Моренко, В.П. Карпов [и др.] // Ставрополь. – 2004. – 198 с.
6. Лопотко, А.И. Фармакотерапевтический справочник сурдолога-оториноларинголога / А.И. Лопотко, М.Ю. Бобошко, С.Г. Журавский, Г.В. Лавренова // Санкт-Петербург, 2004. – С. 303-318.
7. Рязанцев, С.В. Применение секретолитического препарата синупрет в оториноларингологии / С.В. Рязанцев, Г.П. Захарова, М.В. Дроздова // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №5. – С. 102-105.
8. Тарасов, Д.И. Заболевания среднего уха / Д.И. Тарасов, О.К. Федорова, В.П. Быкова. – М.: Медицина, 1988. – 286 с.
9. Тарасова, Г.Д. Тактика мукоактивной терапии при воспалительных заболеваниях в оториноларингологии / Г.Д. Тарасова. – Материалы 2 научно-практической конференции оториноларингологов Южного Федерального округа. – Майкоп, 2006. – С. 184-186.
10. Шеврыгин, Б.В. Руководство по детской оториноларингологии / Б.В. Шеврыгин. – М.: Медицина, 1996. – 431с.
11. Jeger, J. Clinical experience with impedance audiometry / J. Jeger // Arch. OtoLaryngol. – 1970. – Vol. 92. – P. 311-316.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУКОЛИТИКА СИНУПРЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Н.А. ЯГОДА, В.И. АГРАНОВИЧ

У 30 детей, страдающих экссудативным средним отитом и хроническим аденоидитом с различной степенью аденоидных вегетаций, применяли муколитик синупрет до и после удаления аденоидов. Группу сравнения составили 30 детей, не получавших синупрет. Обследование детей включало: эндоскопию полости носа, носоглотки, видеоотоскопию, определение времени мукоцилиарного транспорта, тональную аудиометрию, тимпанометрию. Полученные данные свидетельствуют о более выраженной положительной динамике риноскопической, отоскопической картины, уменьшении времени мукоцилиарного транспорта, улучшении показателей тональной аудиометрии и нормализации тимпанометрии после аденотомии у пациентов, получавших синупрет.

Ключевые слова: синупрет, экссудативный отит, аденоидные вегетации, кондуктивная тугоухость, мукоцилиарный транспорт, тональная аудиометрия, тимпанометрия

MUCOLYTIC AGENT – SINUPRET – IN COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN'S EXUDATIVE OTITIS MEDIA

YAGODA N.I., AGRANOVITCH V.I.

Mucolytic agent – Sinupret – was used in 30 children with exudative otitis media and chronic adenoiditis with different degree of adenoid vegetations before and after adenoidectomy. Control group included 30 children treated without the above medicine. Children were examined by endoscopy of oral cavity and nasopharynx, videootoscopy, estimation of mucociliary clearance, pure tone audiometry and tympanometry. The data obtained indicate more expressed positive dynamics of rhinoscopy and otoscopy signs, acceleration of mucociliary clearance, improvement of pure tone audiometry characteristics and normalization of tympanometry after adenoidectomy in patients treated by Sinupret.

Key words: Sinupret, exudative otitis media, adenoid vegetations, conductive deafness, mucociliary clearance, pure tone audiometry, tympanometry