6. Проблемы общего и местного консервативного лечения острого и хронического гайморита. / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов, И. В. Ельков и др. // Рос. ринология. – 1994. – № 1. – С. 5–15.
7. Clinical features and characteristics ofparanasal sinus effusion in allergic sinusitis. / A. Suzuki, T. Suko, N. Sakamoto et al. // Nippon Jibinkoka Gakkai Kaiho. – 1999. – Vol. 101. – № 6. – P. 821–828.
8. Durham S. R. A recent immunological concept of some nasal disease /S. R. Durham, A. Fatt-Hi, S. I Ashawi // J. Laryngol. and otol. – 1980. – Vol. 94. – V 3. – P. 291–299.
9. Immunobiology and immunopathology of the upper airway mucosa. / P. Brandtzaeg, F. L. Jahnsen, I. N. Farstad et al. // Folia Otorhinolaryng et Pathol Respiratoriae 1998; 4: 1–2: 74–83.
10. Infeknious rhinosinusitis in aduls: classifications, eniology and management. / V. Lung, J. Gwaltney, F. Baguero et al. // J. Ear, Nose and Thoat. – 1997. – Vol. 76,suppl. – P. 22.
11. Kaliner M. A. Human nasal host defense and sinusitis / M. A. Kaliner // J. Allergy Clin. Immunol. – 1992. – Vol. 90. – № 3, Pt 2. – P. 424–430.
12. Pipkorn U. The cellular response of the human allergic mucosa to allergen exposure. /U. Pipcorn,G. Karlsson, L. Enerback. // J Allergy Clin Immunol 1988; 81: 172–178.
13. Regional specialization in the mucosal immune system: primed cells do not always home along the same track. / P. Brandtzaeg, N. Inger Farstad et al. //Immunology Today 1999, 20:267–277.

УДК: 616. 211–002. 193–056. 3+616. 284–003. 02]–08

МУКОЦИЛИАРНЫЙ ТРАНСПОРТ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ И ЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

С. Д. Полякова, Е. А. Попова

Институт последипломного медицинского образования Воронежской государственной мединицнской академии им. Н. Н. Бурденко (Ректор – проф. И. Э. Есауленко)

Слизистая оболочка носа, носоглотки, слуховой трубы и мезотимпанума барабанной полости имеет единую структурно-функциональную систему и покрыта псевдомногослойным эпителием, основу которого составляют мерцательные клетки с многочисленными ресничками, и бокаловидные, выделяющие мукоидный секрет. Аллергическое поражение носа и околоносовых пазух, которое сопровождается отеком слизистой оболочки, в том числе и в области глоточного устья слуховой трубы, нередко протекает одновременно с изменениями и в барабанной полости [4]. Гиперпродукция мукоидного секрета при аллергическом рините может привести к развитию экссудативного среднего отита (ЭСО). Для уменьшения отека слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы и восстановления дренажной функции эффективно местное применения глюкокортикостероидов (ГКС), вводимых транстубарно с помощью катетера. Интраназально применяемые ГКС уменьшают секрецию желез слизистой оболочки, экстравазацию плазмы и тканевой отек, снижают чувствительность оболочки носа к гистамину и механическим раздражителям [1]. В то же время отмечено, что ряд антигистаминных и стероидных препаратов способны угнетать мукоцилиарную активность мерцательного эпителия полости носа и слуховой трубы, что само по себе может явиться косвенной причиной нарушения дренажной функции и развития ЭСО даже в тех случаях, когда проходимость трубы не нарушена [3,5].

Цель работы – из имеющегося арсенала глюкокортикостероидов, наиболее часто применяемых для катетеризации слуховой трубы при экссудативных средних отитах, развившихся на фоне аллергического ринита, выбрать наименее цитотоксичные. Для решения поставленной цели определялась выраженность цилиотоксического эффекта применяемых местно препаратов, путем определения воздействия на мукоцилиарный транспорт слизистой оболочки носа.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 67 больных с экссудативным средним отитом, страдающих круглогодичным аллергическим ринитом, в возрасте от 18 до 57 лет. Обследование больных включало клинические, эндоскопические, аудиометрические методы исследования, а также изучение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа с использованием полимерной растворимой пленки с метиленовым синим и сахарином [2]. Для контроля был взят показатель мукоцилиарного транспорта 20 здоровых лиц в возрасте 20–22 лет, который составил 17,9±2,26 мин.

Для уменьшения отека слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы и восстановления дренажной функции с помощью шприца через катетер транстубарно 17 больным вводили гидрокортизон ацетат 10 мг, 17 больным – дексаметазон фосфат 400 мкг; мометазон фуроат впрыскивали в просвет катетера 33 больным по 100 мкг, с помощью дозирующего устройства назального спрея**.** Катетеризацию проводили через день.

Динамика клинических симптомов оценивалась по следующим критериям: степень отечности слизистой оболочки глоточного устья слуховой трубы, выделения из носа, затруднение носового дыхания, наличие выпота в барабанной полости, снижение слуха, и обозначалась, в зависимости от степени выраженности симптома, от 3 до 1 балла. Клиническая эффективность по сумме баллов и состояние двигательной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа оценивались на 5, 10, 14 сутки после начала лечения.

При клиническом обследовании больных до лечения затруднение носового дыхания имело место у всех наблюдаемых. При эндоскопии носоглотки определялся выраженный отек в области трубных валиков, имелось водянисто-слизистое отделяемое в носу, носоглотке. На чувство заложенности в одном ухе жаловались 32 % и с обеих сторон – 68 % пациентов. При отомикроскопии барабанная перепонка была втянутой, мутной. Чаще отмечалось ограничение подвижности барабанной перепонки в переднее-нижнем квадранте (67 % случаев), задневерхнем квадранте – у 23 % и у остальных тимпанальная мембрана была полностью неподвижной. Наличие экссудата в барабанной полости с увеличением х12,5 выявлялось только у 32 %, в то время как тимпанограмма типа В регистрировалась в 62 % случаев (в остальных определялся тип С). При анализе аудиограмм отмечено, что повышение порогов звукопроведения разной степени имело место у всех обследованных:

- в 36 случаях кривая воздушной проводимости имела нисходящий характер с костно-воздушным интервалом от 15 дб на низкие частоты и до 45 дб на высокие,
- в 14 случаях повышение порогов выявлялось только в диапазоне высоких частот (с 4000 Гц),
- у 17 пациентов – кривая воздушной проводимости имела горизонтальный тип. Незначительное повышение порогов звуковосприятия только на высокие тоны было зарегистрировано у 29 больных, у остальных – звуковосприятие было не нарушено.

У всех больных до начала лечения транспортная функция мерцательного эпителия была замедлена (29,8±2,8 мин.), что подтверждает факт угнетения цилиарной активности при воспалении.

На 5 сутки после трехкратного транстубарного введения глюкокортикоидов отмечалось улучшение носового дыхания, снижалась экссудация, субъективно больные отмечали улучшение слуха, чувство заложенности беспокоило меньше. Выраженность клинических симптомов по сумме баллов после применения мометазона фуроата и дексаметазона достоверно не отличалась и составила соответственно 7,9 и 8,2, и была несколько ниже после назначения гидрокортизона – 7,3. В то же время транспортная функция мерцательного эпителия, как представлено на рисунке, незначительно улучшилась после применения гидрокортизона и составила 27,8±2,3 мин, и достоверно активизировалась после назначения дексаметазона и мометазона фуроата (соответственно – 24,6±2,1 мин. и 23,8±1,8 мин.).

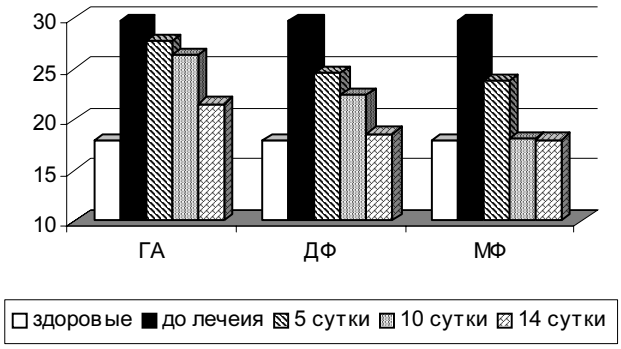

Рис. *Динамика показателей транспортной функции мукоцилиарного эпителия больных с аллергическим ринитом и экссудативным отитом в зависимости от различных видов лечения в динамике. Примечание:* ***ГА – гидрокортизон ацетат;*** *ДФ – дексаметазон фосфат; МФ – мометазон фуроат*

На 10 сутки после применения мометазона фуроата слух восстановился полностью, на тональной аудиограмме – костно-воздушный интервал был ликвидирован, при тимпанометрии определялся тип А. При отомикроскопии – барабанная перепонка была прозрачной, выпот не определялся, при эдоскопии носоглотки – отечность трубных валиков была незначительной. Сумма баллов 0,06. У получавших транстубарно гидрокортизон ацетат и дексаметазон фосфат регресс клинических симптомов был менее выражен: барабанная перепонка оставалась мало прозрачной у 3 пациентов, леченных дексаметазоном и у 8 – гидрокортизоном, сохранялась отечность слизистой оболочки трубных валиков, слух полностью восстановился только у 7 больных получавших дексаметазон и у 4 – гидрокортизон. При оценке клинической эффективности сумма баллов составила соответственно 1,3 и 2,86. Как видно на рисунке транспортная функция мерцательного эпителия практически восстановилась после применения мометазона фуроата (18,1±1,9 мин.), значительно улучшилась при назначении дексаметазона (22,5±1,4 мин) и, в меньшей степени, при введении гидрокортизона (26,4±2,6 мин.).

На 14 сутки время мукоцилиарного транспорта приблизилось к норме у получавших дексаметазон (18,6±2,1 мин.) и оставалось завышенным после применения гидрокортизона (21,6±1,8 мин.). Симптомы заболевания отсутствовали у 94 % больных, получавших дексаметазон, и остаточные явления экссудативного среднего отита имели место при назначении гидрокортизона (сумма баллов – 1,2).

Выводы:

1. *Топическая кортикостероидная терапия эффективна при лечении экссудативных средних отитов, развившихся на фоне аллергического ринита, при этом наиболее выраженный клинический результат достигнут при назначении мометазона фуроата, затем дексаметазона и, наименьший, – суспензии гидрокортизона.*
2. *Восстановление транспортной функции мерцательного эпителия наиболее быстро отмечалось также при назначении мометазона фуроата, несколько медленнее после применения дексаметазона, и значительно хуже – после введения гидрокортизона.*
3. *При выборе препарата следует учитывать биодоступность назначаемых глюкокортикоидов. Учитывая, что дексаметазон и гидрокортизон характеризуются высокой биодоступностью (>80 %), и не рекомендуются для интраназального применения, так как они могут вызывать характерные для системной глюкокортикоидной терапии побочные явления [1], предпочтение следует отдавать препаратам с наименьшей биодоступностью.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Назальные глюкокортикоиды/Под общ. ред. А. Г. Чучалина. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Глава 6. Глюкортикоиды. – М.: Литтерра, 2004. – 874 с.
2. Пискунов С. З. Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц/С. З. Пискунов, Ф. Н. Завьялов, Л. Н. Ерофеева. //Рос. ринология. – 1995. – № 3–4. – С. 60–62.

3. Lampert P. R. Steroid therapy for chronic middle ear perfusion: A double blind crossover. /P. R. Lampert//Otolaring. Head Neck Surg. – 1986. – Vol. 95, N2. – P. 193–199.
4. Rapp D. Allergy and secretory otitis media/D. Rapp, D. Rahey//Pediatr. Clin. North. Am. – 1975. – Vol. 22. – P. 259–264.
5. Schwartz R. H. Otitis media with effusion: Results of treatment with short course of oral prednisone or intranasal beclomethasone aerosol/R. H. Schwartz //Otolaring. Head Neck Surg. – 1986. – Vol. 95,N3. – P. 386–391.

УДК: 616. 322–002. 2–085

КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Н. В. Султанова

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава (Зав. кафедрой оториноларингологии ФППС – Засл. врач РФ, проф. Р. А. Забиров)

В настоящее время в практическом здравоохранении широко применяются различные виды консервативной терапии хронического тонзиллита [5, 6, 8, 13]. Простота, доступность, эффективность и неинвазивность данного метода лечения привлекают внимание врачей и больных. Однако, как показывает клиническая практика, традиционная консервативная терапия хронического тонзиллита не всегда успешна: часто возникают рецидивы заболевания и затягиваются сроки лечения [3, 4].

Поэтому разработка и использование в клинике новых эффективных способов консервативной терапии хронического тонзиллита является актуальной задачей современных научных исследований.

В связи с данными обстоятельствами в комплексной терапии больных хроническим тонзиллитом мы стали использовать споробактерин, который находит все большее применение при лечении воспалительных заболеваний различных органов, и в частности ЛОРорганов [1, 7, 9–12].

Цель исследования. Повысить эффективность лечения больных хроническим тонзиллитом применением споробактерина

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 60 больных хроническим тонзиллитом, которые были разделены на 2 сопоставимые группы(по 30 человек) в зависимости от проведенного лечения. В каждой группе было по 15 человек с компенсированной и декомпенсированной формами хронического тонзиллита. Больные обеих групп получали идентичное традиционное лечение: промывание лакун небных миндалин раствором фурацилина, смазывание небных миндалин раствором Люголя, гипосенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, физиотерапию.

Больные 1-ой группы, наряду с традиционным консервативным лечением, получали per os споробактерин по одной дозе (5 млн. микр./тел) 2 раза в день.

Больные 2-ой (контрольной) группы получали только традиционное консервативное лечение.

Курс лечения всех пациентов составлял 10 дней.

Оценка эффективности лечения больных хроническим тонзиллитом осуществлялась в ближайший (непосредственно после окончания курса лечения) и в отдаленный (через 1 год после окончания курса лечения) периоды наблюдения.

Критериями эффективности лечения являлись данные общеклинического обследования, результаты фарингоскопии, микробиологических и цитологических исследований.

Комплексное лечение с использованием споробактерина пациенты первой группы переносили хорошо, осложнений и побочных реакций не наблюдалось.

Что касается больных второй (контрольной) группы, необходимо отметить, что и они переносили традиционную терапию хорошо, без осложнений и побочных реакций.