



4. Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, for the treatment of persistent asthma in children aged 2 to 5 years. / B. Knorr, I. M. Franchi, H Bisgaard. et al. // Pediatrics. – 2001. – V. 108, №3. – E48.
5. Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, for the treatment of mild asthma and exercise-induced bronchoconstriction. / J. A. Leff, W. W. Busse, D. Pearlman et al. // N. Engl. J. Med. – 1998. – V. 393, №3. – R 147–152.
6. Montelukast, a once-daily leukotriene receptor antagonist, in the treatment of chronic asthma: a multicenter, randomized, double-blind trial. Montelukast clinical research study group. / T. F. Reiss, P. Chervinsky, R. J. Dockhorn et al. // Arch. Intern. Med. – 1998. – V. 158, №11. – R. 1213–1220.
7. Montelukast, a potent leukotriene receptor antagonist, causes dose-related improvements in chronic asthma. Montelukast: asthma study group. / M. J. Noonan, P. Chervinsky, M. Brandon et al. // Eur. Respir. J. – 1998. – V. 11, №6. – P. 1232–1239.
8. Montelukast in asthmatic patients 6–14-years-old with an FEV₁>75%. / A. Becker, A Swern, C. A. Tozzi et al. // Curr. Med. Res. Opin. – 2004. – V. 20, №10. – P. 1651–1659.
9. Montelukast for chronic asthma in 6- to 14-years-old children: a randomised, double-blind trial. Pediatric Montelukast Study Group. / B. Knorr, J. Matz, J. A. Bernstein et al. // JAMA. – 1998. – V. 279, №15. – P. 1181–1186

УДК: 616. 216. 1–002. 2–089. 168. 1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И ТОПИЧЕСКИХ МУКОЛИТИКОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ

А. И. Извин

*ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. А. И. Извин)*

Среди воспалительных заболеваний ЛОР-органов хронический риносинусит в настоящее время занимает лидирующее место. Так, по данным С. В. Рязанцева с соавт. (2005) частота заболеваемости составляет 146 случаев на 1000 населения. За последние 8 лет заболеваемость хроническим гнойным риносинуситом (ХРС) увеличилась в два раза [5, 6].

В то же время, проблема лечения деструктивных форм ХРС (гнойной и гнойно-полипозной) остается одной из нерешенных проблем в нашей клинической специальности. Чаще всего такие больные нуждаются в хирургическом вмешательстве. Достижения ринохирургии значительно расширили возможности выполнения щадящего и атравматичного вмешательства на внутриносовых структурах. Тем не менее, анализ отдаленных результатов хирургического вмешательства на околоносовых пазухах показал, что эффект даже от безукоризненно выполненной операции может быть сведен к нулю за счет дефектов в предоперационном и особенно в ведении послеоперационного периода [2, 3, 4].

Как известно, в прооперированных околоносовых пазухах (ОНП) и среднем носовом ходе развиваются воспалительные явления, которые можно охарактеризовать как острый посттравматический риносинусит. В свою очередь, локальная гиперемия и отек слизистой оболочки, снижение скорости мукоцилиарного транспорта (МЦТ) и изменение вязкости секрета способствует нарушению оттока секрета из ОНП и присоединению вторичной инфекции. Хроническое воспаление в слизистой оболочке и вышеперечисленные изменения благоприятствуют патологической регенерации основной мембраны слизистой оболочки с тенденцией к последующему образованию полипов. Поэтому ведущим требованием к ранней послеоперационной реабилитации больных является устранение эффектов острого послеоперационного синусита и обеспечение физиологической регенерации слизистой оболочки с быстрым восстановлением ее основных функций.

Цель работы – повысить эффективность послеоперационного лечения больных с хроническими риносинуситами путем применения оптимальных средств реабилитации.



Материал и методы

Всего в исследование было включено 78 пациентов, в том числе 14 (17,8%) с нагноившимися риногенными кистами, 26 (33,3%) с полипозным этмоидитом и 38 (48,9%) с полипозно-гнойным гайморэтомоидитом. Возраст больных колебался от 28 до 60 лет, среди них лиц мужского пола было 48, женского – 30. В исследовании не включались пациенты с индивидуальной непереносимостью препарата, бронхиальной астмой, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, гипертонической болезнью II–III степени.

Во всех случаях диагноз был верифицирован на основании жалоб больных, результатов общих клинических исследований, эндоскопии полости носа и ОНП, данных рентгенографии или КТ ОНП.

Все больные в зависимости от метода лечения были объединены в 2 группы, сходные по полу, возрасту, давности, выраженности и характеру процесса в пазухах.

Больным 1-й группы, основной (40 человек), проводилась монотерапия препаратом синуфорте на 2-ой день после хирургического вмешательства путем однократного интраназального распыления данного препарата в каждый носовой ход 1 раз в день. Длительность курсового лечения составляла 6–8 дней.

Выбор данного препарата обусловлен тем, что препарат синуфорте это растительное лекарственное средство, содержащее сапонины – сложные органические безазотистые соединения из группы растительных гликозидов, обладающие многофакторным действием. Данный препарат не только мощный назопараназальный секретостимулятор и секретолит, но и обладает противоотечным действием, стимулирует работу желез слизистой оболочки, вызывая их экстренное опорожнение, что приводит к уменьшению отека и облегчению носового дыхания. Такой вариант уменьшения отека представляется более действенным по сравнению с противоотечным действием вазоконстрикторов, которые, как известно, уменьшают лишь приток крови и препятствуют секреторной активности железистых элементов слизистой оболочки полости носа.

Во 2-й группе, контрольной (38 человек), больным проводилась традиционное лечение, включающее в себя орошение слизистой оболочки полости носа физиологическим раствором, применения сосудосуживающих и антисептических средств, удаления с помощью аспиратора избытка слизи, корок, фибрина, местную антибактериальную терапию.

Обеим группам больных на 4-й день после операции проводилось промывание верхнечелюстных пазух через соустье в среднем носовом ходе физиологическим раствором или раствором октенисепта в разведении 1:6. Как правило, из пазух вымывался кровянистый сгусток без заметного гнойного отделяемого.

Эффективность применяемых методов послеоперационного лечения определяли на основании жалоб пациентов, динамики клинических симптомов, которую оценивали по 6-ти балльной системы (6 – отсутствие эффекта, 4 – умеренная степень выраженности клинических симптомов, 2 – слабая степень выраженности и 0 – нет выраженности клинических симптомов), данных оптической эндоскопии и исследование мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа (МЦТ). Изучение ВМТ проводили методом полимерных растворимых пленок с сахарином до лечения, на 2 день и после завершения курса лечения. За нормативное время МЦТ принимали $13,39 \pm 1,55$ мин [1].

Результаты и обсуждение. В процессе послеоперационного лечения все пациенты обеих групп субъективно ощущали улучшение носового дыхания, снижение интенсивности головной боли и уменьшение патологических выделений. Однако, к 6–7 дню после операции в основной группе вышеуказанные симптомы практически исчезали с восстановлением нормальной риноскопической картины, тогда как в контрольной группе к исходному дню (7 сутки) исчезали только головные боли, но сохранялся отек слизистой оболочки полости носа, носовых раковин и вышеуказанные симптомы полностью проходили лишь к 10–12 дню, что потребовало дополнительного их пребывания в стационаре (табл. 1).



Таблица 1

**Сравнительный анализ выраженности основных клинических симптомов
на 3-й и 7-й день послеоперационного лечения**

Группы пациентов	Головная боль		Отек СО ПН		Затруднение носового дыхания	
	3-й день	7-й день	3-й день	7-й день	3-й день	7-й день
основная	4,5±0,62	0,6±0,21	4,2±1,29	0,2±0,15	4,8± 1,12	0,2±0,13
контрольная	5,3±0,84	0,8±0,26	4,8±1,58	2,1±0,68	5,3±0,62	2,4±0, 24

Примечание: разница по группам достоверна ($P < 0,05$)

В то же время следует отметить, что в основной группе пациентов впервые 20–40 минут после интраназального нанесения препарата отмечалось увеличение ринореи и слабое жжение в носу. После прекращения ринореи пациенты отмечали улучшение носового дыхания и ощущение некоторой сухости в носу. В этой связи у всех пациентов данной группы оценивалась безопасность и переносимость препарата на основании анализа симптомов и субъективных ощущений, полученных в процессе лечения, в баллах (табл. 2).

Таблица 2

Критерии оценки переносимости препарата

Количество баллов	Переносимость	Критерии оценки
3	Хорошая	Побочные реакции не отмечались (32 чел.)
2	Удовлетворительная	Наблюдались незначительные побочные реакции, не вызывающие серьезных проблем у пациентов и не требующие отмены препарата (5 чел.)
1	Неудовлетворительная	Имела место нежелательная побочная реакция, оказывающая значительное отрицательное влияние на состояние пациента, требующая отмены препарата и применения дополнительных мероприятий (3 чел.)

Данные таблицы 2 показывают, что только у трех пациентов отмечены побочные реакции, которые потребовали отмены препарата. У остальных 37 человек наблюдалась хорошая и удовлетворительная переносимость используемого препарата.

Изучение времени мукоцилиарного транспорта в раннем послеоперационном периоде (на 4-е и 7-е сутки) показало, что на четвертый день в основной группе ВМТ достигало $19,38 \pm 1,15$ мин. и $22,62 \pm 1,36$ мин – в контрольной группе оперированных больных; к 7 дню в основной группе отмечено ускорение ВМТ до $16,34 \pm 0,65$, в контрольной группе до $21,68 \pm 1,21$ ($P < 0,05$).

Таким образом, можно констатировать, что под воздействием препарата синусфорте в течение 7 дней в основной группе оперированных пациентов происходит более заметное улучшение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа, тогда как в контрольной группе лиц данный показатель имеет лишь тенденцию к восстановлению. Естественно трудно ожидать, что в течение такого короткого временного интервала транспортная функция восстановится полностью, однако результаты исследования показывают, что ВМТ в основной группе оперированных пациентов, по сравнению с группой контроля, приближается к физиологическим значениям.



Выводы:

1. При применении препарата синуфорте на 7 день его использования в послеоперационном периоде отмечается достоверный регресс большинства клинических симптомов острого посттравматического риносинусита и данных объективного осмотра.
2. Препарат синуфорте, в отличие от традиционной терапии, активно улучшает мукоцилиарный клиренс полости носа и околоносовых пазух и способствует значительной оптимизации сроков послеоперационной реабилитации, качественному дренированию околоносовых пазух, уменьшению размеров и количества раневых корок в зоне хирургического вмешательства.
3. Препарат синуфорте является высокоэффективным топическим мукоактивным и безопасным средством и может быть рекомендован в режиме монотерапии в послеоперационном периоде у больных, перенесших хирургические вмешательства на околоносовых пазухах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крамной А. И. Влияние топических кортикостероидов на двигательную активность цилиарного аппарата и время мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа /А. И. Крамной, Л. Л. Державина, В. С. Козлов //Рос. ринология. – 2006. – №2. – С. 23.
2. Лопатин А. С. Влияние препарата синуфорте на микроциркуляцию крови в слизистой оболочке полости носа /А. С. Лопатин, О. А. Шемпелев // Там же. – 2007. – №4. – С. 1–4.
3. Международный медицинский саммит оториноларингологов « Новые перспективы неинвазивного лечения синуситов. – Барселона, Испания. – 2007. – 15 с.
4. Новые возможности неинвазивного лечения синусита /А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. Б. Туровский и др. // Вестн. оторинолар. – 2007. – №2. – С. 33–37.
5. 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.
6. Рязанцев С. В. Принципы этиопатогенетической терапии синуситов:Метод. рекомендации /С. В. Рязанцев, Н. Н. Науменко, Г. П. Захарова. – СПб. – 2005. – 40 с.