

На правах рукописи

СТУДЕНЬ МИХАИЛ ЕВГЕНЬЕВИЧ

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РИНИТАМИ И
РИНОСИНУСИТАМИ**

14.00.04 - Болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2006

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего образования “Московский Государственный медико-стоматологический университет” на кафедре оториноларингологии

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ

Анютин Роман Григорьевич

Научный консультант:

доктор биологических наук, действительный член РАЕН

Мануйлов Борис Михайлович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, доцент **Вишняков Виктор Владимирович**

доктор медицинских наук, профессор **Полякова Татьяна Семеновна**

Ведущее учреждение: Государственное учреждение Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф.Владимирского.

защита состоится 22 марта 2006 года в 12 часов
на заседании диссертационного совета К.224.006.01 при Российском
научно-практическом центре аудиологии и слухопротезирования Федерального
агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации по
адресу: 117513 Москва, ул. Бакулева, д.18

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российском научно-практическом
центре аудиологии и слухопротезирования Федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации

Автореферат разослан < > _____ 2006 года

Ученый секретарь диссертационного совета

Колесова Л.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы:

Заболевания носа и околоносовых пазух - одна из наиболее распространенных патологий верхних дыхательных путей (Кривопапов А.А., 1997; Пальчун В.Т., Крюков А.И., 2001; Gates G., 1998; Woodson G., 2001)

Росту острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух способствует сложившаяся в настоящее время неблагоприятная экологическая обстановка, возросшее количество аллергических и респираторных вирусных заболеваний и снижение местного и общего иммунитета (Ельков И. В., 1996; King H.C., 1990; Ballenger J.J., Snow J.B., 1996).

Нос и околоносовые пазухи - это первый орган в системе дыхательных путей, реагирующий на воздействие различных факторов внешней среды развитием местных воспалительных и аллергических реакций, которые в дальнейшем могут привести к хроническим воспалительным и аллергическим заболеваниям бронхолегочной системы в целом. От нормального функционирования верхних дыхательных путей зависит нормальное состояние нижних дыхательных путей и легких (Чучалин А.Г., 1989; Mygind N. et al., 1995) .

Большое количество лекарственных препаратов, предлагаемых на фармацевтическом рынке, ставит перед оториноларингологами задачу выбора рациональных и безопасных методов лечения больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух (Пискунов Г.З., 1998) .

На примере верхнечелюстной пазухи Ельковым И.В. и Хабаровым А.А.(1991) показано, что в условиях воспаления поступление лекарственных препаратов из кровяного русла в слизистую оболочку околоносовых пазух резко снижается, а при местном применении их концентрация в очаге воспаления в 100 -120 раз выше. Учитывая это, местное применение препаратов для лечения заболеваний носа и околоносовых пазух должно быть основным.

Несмотря на разнообразие различных методов лечения риносинуситов, каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Нельзя отдать предпочтение

какому-то одному из них. Только рациональный и комплексный подход с учетом преимуществ каждого отдельного метода позволит получить максимальный клинический эффект. В комплексную терапию риносинуситов должно входить сочетание общего и местного лекарственного воздействия на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух.

Совершенствование диагностики и лечения больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух позволяет проводить эффективное патогенетическое лечение этих заболеваний и уменьшить количество рецидивов.

Недостаточно изучена эффективность клинического применения местного и общего лечения острых риносинуситов такими препаратами как “Эреспал”, «Синупрет» и “Тонзинал” в сочетании с синус-катетером ЯМИК-5.

Исходя из вышеизложенного, мы провели исследование влияния общего и местного лечения на слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух у больных с острыми и хроническими риносинуситами, применяя препараты “Синупрет”, “Эреспал” и “Тонзинал”. Кроме того, мы оценили эффективность ингаляционной терапии препаратом “Тонзинал” у больных хроническими ринитами в послеоперационном периоде.

Цель исследования:

Повышение эффективности лечения больных острыми и хроническими риносинуситами, а также больных хроническими ринитами в послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

1. Оценить клиническую эффективность лечения больных острыми и хроническими риносинуситами, а также больных хроническими ринитами и обосновать применение препаратов “Синупрет”, “Эреспал” и “Тонзинал” в комплексном лечении больных с острыми и хроническими риносинуситами.
2. Сравнить эффективность лечения у больных с риносинуситами препаратами “Синупрет”, “Эреспал” и “Тонзинал”.
3. Изучить антибактериальную активность препарата “Тонзинал”.

4. Изучить влияние различных концентраций препарата “Тонзинал” на транспортную функцию мерцательного эпителия (ТФМЭ) слизистой оболочки полости носа.
5. Выяснить эффективность препарата “Тонзинал” у больных хроническими ринитами в послеоперационном периоде.

Научная новизна работы:

В работе впервые разработаны и обоснованы рекомендации включения в комплексную терапию больных с ринитами и риносинуситами препаратов “Синупрет”, “Эреспал” и “Тонзинал”.

Доказана эффективность сочетанного применения синус-катетера ЯМИК, пункций верхнечелюстных пазух и ингаляций у больных с острыми и хроническими риносинуситами.

Предложена оптимальная концентрация “Тонзинала” для промывания околоносовых пазух и ингаляций полости носа у больных с ринитами и риносинуситами.

Практическая значимость работы:

Предложена и внедрена в практику схема комплексного лечения больных с ринитами и риносинуситами в стационаре и в поликлинике, что позволяет повысить эффективность лечения и сократить сроки выздоровления.

Внедрение в практику:

Результаты исследования внедрены в практику работы кафедры оториноларингологии МГМСУ, ЛОР-отделений Московских городских клинических больниц №50 и №70.

Апробация работы:

Материалы диссертации были доложены и обсуждены на 20 международном конгрессе: “Инфекция и аллергия носа”- 4 Конгрессе Российского общества ринологов (Ярославль, июнь 2001 г.), на научно-практической конференции оториноларингологов: “Фармакологические и физические методы в оторино-ларингологии” (Москва, май 2003 г.), на Российской научно-практической

конференции оториноларингологов: “Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии” (Москва, ноябрь 2003 г.), на совместном заседании кафедр госпитальной хирургической стоматологии и кафедры оториноларингологии Московского Государственного Медико-стоматологического Университета (июнь 2005 года) , на научно-практической конференции: “Фитотерапия в педиатрии, оториноларингологии и стоматологии” 4 Российского конгресса “Современные технологии в педиатрии и детской хирургии” (Москва, сентябрь 2005 г.).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Применение препаратов “Синупрет”, “Эреспал” и “Тонзинал” в комплексном лечении больных с острыми и хроническими риносинуситами повышает эффективность лечения больных и улучшает ТФМЭ.
2. Клиническая эффективность общего применения препарата “Эреспал” и местного применения препарата “Тонзинал” у больных острыми риносинуситами одинакова.
3. Препарат “Синупрет” оказывает более выраженное муколитическое действие на слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух, в связи с чем его эффективность более высокая по сравнению с препаратами “Эреспал” и “Тонзинал”
4. 1,25% раствор “Тонзинала” оказывает наилучший антибактериальный эффект с минимальным воздействием на транспортную функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа, что позволяет его использовать при синус-эвакуациях, пункциях и ингаляциях.

Публикации:

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, из них- 4 в центральной печати.

Структура и объем работы:

Диссертация включает в себя следующие главы: введение, обзор литературы, материал и методы исследований, три главы собственных наблюдений, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, приложения.

Диссертация изложена на 137 страницах машинописного текста, иллюстрирована 25 таблицами, 35 рисунками. Библиографический указатель включает 252 источника, из них 219 работ отечественных авторов, 33 работы зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В течение 1998 -2004 гг. в ЛОР отделении ГКБ № 50 г. Москвы и в ЛОР отделении медицинского центра “Моситалмед” было проведено обследование и лечение 162 больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух в возрасте от 15 до 65 лет. Среди них: с острыми риносинуситами было 87 больных, с хроническими заболеваниями полости носа и околоносовых пазух - 75 больных, из которых у 32 был хронический ринит, а 43 - хронический риносинусит. Мужчин было 68, женщин - 95.

У 87 больных с острыми риносинуситами гнойная форма была у 63 больных (72,41 %), катаральная - у 24 больных (27,59 %). Одностороннее поражение пазух было у 32 больных (36,78 %), двухстороннее - у 55 (63,22 %).

При хронических риносинуситах гнойная форма была у 24 больных (55,81%), катаральная - у 10 (23,26 %), полипозно-гнойная - у 7 (16,28 %) и полипозно-гнойно-кистозная форма - у 2 (4,65 %) Одностороннее поражение пазух было у 16 (37,21 %), двухстороннее - у 27 (62,79 %) больных с хроническими риносинуситами.

При острых риносинуситах гайморозтмоидиты были у 64 больных (45,07 %), фронтогайморозтмоидиты - у 24 (16,9 %), фронтозтмоидиты- у 15 (10,56 %), этмоидиты- у 13 (9,15 %), гаймориты – у 11 (7,75 %), гемисинуситы – у 6 (4,23%), сфенозтмоидиты – у 5 (3,52 %), фронтиты – у 2 (1,41 %) и пансинуситы- у 2 (1,41%) При хронических риносинуситах гайморозтмоидиты были у 26 больных (37,14 %), этмоидиты – у 12 (17,14 %), фронтогайморозтмоидиты – у 10 (14,28 %), далее

фронтотмоидиты – у 7 (10 %), гаймориты – у 6 (8,57 %), фронтиты- у 3 (4,29 %) и сфеноэтмоидиты- у 3 (4,29 %), гемисинуситы – у 2 (2,86 %) и пансинуситы – у 1 (1,43 %).

Диагноз острых и хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух устанавливали на основании жалоб больных, данных анамнеза, риноскопии и эндоскопических исследований, а также на основании рентгенологических, микробиологических и функциональных исследований.

При клиническом обследовании мы выясняли жалобы больных и собирали анамнез, обращая особое внимание на заболевания, предшествующие возникновению ринита или риносинусита. Как показывает проведенный анализ, основной причиной ринитов и риносинуситов были острые заболевания дыхательных путей (ОРВИ, грипп) или переохлаждение (67,9 %).

При клиническом обследовании больных учитывали степень затруднения носового дыхания, характер выделений из полости носа и (или) носоглотки, наличие боли в лицевой области, нарушение обоняния, повышение температуры тела, степень выраженности общей интоксикации организма (слабость, утомляемость, снижение работоспособности). Особое внимание обращали на местные изменения в полости носа и носоглотке при передней и задней риноскопии и эндоскопии (отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа и носовых раковин, сужение носовых ходов, характер и локализация внутриносового отделяемого).

Всем больным с риносинуситами мы проводили эндоскопическое обследование. Эндоскопию ЛОР- органов проводили с помощью фиброэндоскопа Olympus TR01, с диаметром рабочего конца 5 мм и внутренним аспирационно-манипуляционным каналом 2 мм, и жестких эндоскопов Richards фирмы Smith&Nephew с 0°, 30° и 70° оптикой, диаметром 4 мм, длиной 180 мм.

Всем больным до поступления в клинику проводили рентгенографическое исследование околоносовых пазух. У 128 больных (83 больным с риносинуситами и 14 больным с хроническими ринитами) проводилась рентгеновская компьютерная томография (РКТ) в 2^х проекциях - коронарной и аксиальной. Рентгеновскую

компьютерную томографию проводили в ГKB № 50 на компьютерном томографе General Electric Sytec 2000i по специальной программе для околоносовых пазух 5/5 - толщина среза 5 мм с шагом томографа 5 мм, в 2 проекциях - коронарной (фронтальной) и аксиальной. У 83 больных РКТ- контроль проводили после лечения в коронарной проекции. У 27 больных проводили РКТ-контроль в отдаленном периоде - в течение срока от 6 месяцев до 1,5 лет.

Взятие материала на бактериологическое исследование из околоносовых пазух осуществляли с помощью синус-катетера ЯМИК-5 по методике Шиленковой В.В. (1995), из верхнечелюстной пазухи материал для бактериологического исследования забирали при ее пункции.

Микробиологические исследования проводили в микробиологической лаборатории Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габрического и в микробиологической лаборатории ГKB №50.

Измерение транспортной функции мерцательного эпителия (ТФМЭ) проводили по методу Пискунова С.З. (1994).

Результаты исследований обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Исследования антибактериальной активности препарата “Тонзилал”.

Нами проведено исследование антибактериальной активности фитопрепарата “Тонзилал”, обладающего бактерицидной и бактериостатической активностью. Он выпускается в виде сухого порошка, легко растворимого в воде. В “Тонзилал” входят водорастворимые экстракты травы зверобоя и тысячелистника, цветков календулы (ноготков), корней солодки и плодов шиповника, а также морская соль, лактоза, лимонная кислота и поливинилпирролидон. За счет компонентов, входящих в состав “Тонзилала”, обеспечивается антимикробное, противовоспалительное, сорбционное, кровоостанавливающее и репаративное действие при его местном применении. Особым достоинством “Тонзилала” на фоне выше перечисленных

свойств, является его способность сорбировать и удалять воспалительную слизь. Для лечения ринитов и риносинуситов данный препарат ранее не применялся.

Исследование бактериостатической и бактерицидной активности растворов “Тонзилала” в различных концентрациях мы проводили к наиболее часто высеваемым с поверхности верхних дыхательных путей микроорганизмам.

Исследование бактериостатического и бактерицидного действия терапевтических доз “Тонзилала” проводили диско-диффузионным методом.

Мы использовали разведение 2,5 г сухого концентрата “Тонзилала” в 100 мл и 200 мл стерильной дистиллированной воды (2,5% и 1,25% растворы).

На основании полученных результатов, нами был сделан вывод о целесообразности использования “Тонзилала” в концентрациях 2,5 % и 1,25% при лечении воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух.

Исследование влияния препарата “Тонзилал” на слизистую оболочку
полости носа.

При распылении на слизистую оболочку полости носа мы использовали 4 различные концентрации, полученные разведением раствора “Тонзилала”. Для этого 2,5 г сухого концентрата “Тонзилала” растворяли в 100, 150, 200 и 250 миллилитрах дистиллированной воды (2,5%, 1,67%, 1,25%, 1% растворы).

Использование 2,5 % и 1,67% растворов “Тонзилала” вызвало существенно более длительное угнетение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа: приблизительно в 2 раза (до $32,5 \pm 1,01$ мин. и $29,03 \pm 1,23$ мин соответственно). Раствор с концентрацией 1,25% вызывал временное незначительное угнетение ТФМЭ ($24,6 \pm 1,34$ мин), которая через 1 час восстанавливалась практически до исходных цифр ($20,08 \pm 1,12$ мин.). 1% концентрация “Тонзилала” не вызывала угнетения ТФМЭ - $19,83 \pm 0,78$ мин (до распыления контрольное время было $17,92 \pm 0,98$ мин) .

Полученные нами данные позволили выбрать для клинического применения у больных с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух 1,25% раствор “Тонзилала” как оптимальный по сочетанию

антибактериальной активности с минимальным воздействием на транспортную функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.

Для определения микрофлоры околоносовых пазух мы исследовали микробную флору околоносовых пазух у 108 больных. Было выявлено преобладание стафилококков (41,67 %) и стрептококков (10,19 %) в содержимом околоносовых пазух, что согласуется с данными литературы (Хрусталева Е.В, 1993; Пискунов С.З. и др., 1994; Манукян Д.Я., 1995; Ельков И.В., 1996; Криволапов А.А., 1997; Мартынова Л. А., 1998; Разиньков С.П., 1998).

У 29,63 % больных посевы были стерильными, что не является доказательством того, что в пораженной пазухе отсутствует возбудитель. Обычно это связано с наличием в околоносовых пазухах большого количества гноя и продуктов метаболизма бактерий, которые оказывают подавляющее влияние на микрофлору. Кроме того, нельзя исключать наличие в пазухах анаэробной инфекции или их вирусного поражения, которые не обнаруживаются общепринятыми методиками.

Под нашим наблюдением находилось 162 больных, которые были разделены на 6 клинических групп:

1 группа - больные острыми риносинуситами (23 человека) и хроническими риносинуситами (23 человека). В комплексном лечении этих больных мы использовали препарат "Синупрет".

2 группа - больные острыми риносинуситами (22 человека). В комплексном лечении больных этой группы мы применяли препарат "Эреспал".

3 группа - больные острыми риносинуситами (21 человек). В комплексном лечении мы использовали препарат "Тонзилал".

4 группа (41 человек) - контрольная группа - больные острыми и хроническими риносинуситами, которым проводилось общепринятое лечение.

5 группа - больные хроническими ринитами (18 человек), которым после хирургического лечения проводили ингаляции препарата "Тонзилал".

6 группа (14 человек) контрольная группа - больные хроническими ринитами, которым проводилось только хирургическое лечение.

Мы провели консервативное лечение 130 больных риносинуситами, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении.

Все 130 больных с острыми и хроническими риносинуситами получали комплексное общее и местное медикаментозное лечение, которое включало: сосудосуживающие капли в нос (нафтизин, галазолин, ксимилин, ксилен, називин, отривин или назол), при субфебрильной температуре 43 больных острыми риносинуситами получали per os антибиотики широкого спектра (Амоксиклав, Аугментин, Зиннат),. больные с хроническими риносинуситами получали per os антибиотики широкого спектра (Амоксиклав, Аугментин, Зиннат) даже при отсутствии температурной реакции;. в случае аллергии к β -лактамам 5 больным назначались макролиды - рокситромицин, спирамицин, азитромицин или кларитромицин - курсом не менее 7 суток, при температуре выше 38⁰С 15 больным назначались антибиотики-цефалоспорины внутримышечно (цефазолин, кефзол, клафоран, зиннат, фортум, цефтриаксон и др.).

Диагноз острых и хронических риносинуситов ставили на основании жалоб больных, анамнеза, риноскопии, а также на основании рентгенологических и (или) данных КТ.

В комплексную консервативную терапию больных 1 клинической группы был включен препарат “Синупрет”, во 2 группе - препарат “Эреспал”.

Для лечения больных 3 группы кроме промывания околоносовых пазух препаратом “Тонзилал”, мы использовали и ингаляции этим раствором .

В контрольной группе проводили стандартное консервативное лечение: антибактериальная терапия, промывание пазух методом перемещения по Проетцу и пункции верхнечелюстных пазух (при наличии их затемнения на рентгенограммах или КТ.), но без включения “Синупрета”, “Эреспала”, “Тонзилала”.

Для проведения пункции верхнечелюстных пазух проводилась инфильтрационная анестезия Ультракаином DS (4 % артикаином), так как применяемые в ЛОР практике методы аппликационной анестезии (лидокаин, дикаин) не всегда обеспечивают эффективное обезболивание во время пункции.

Всем больным 1,2 и 3 группы проводили эвакуацию патологического содержимого из околоносовых пазух с помощью синус-катетера ЯМИК –5, после чего проводили ингаляции через нос. Для ингаляции мы использовали антибиотик, аналогичный используемому при промывании околоносовых пазух. При гнойных гайморитах после ЯМИК-процедуры мы проводили пункцию верхнечелюстной пазухи по общепринятой методике. Мы видоизменили методику проведения ЯМИК-процедуры с помощью синус-катетера ЯМИК-5 и проводили процедуру синус-эвакуации в 2 этапа. Применение двухэтапной методики позволило нам отказаться от специального вакуумного аппарата, предлагаемого авторами (Козлов В.С., 1997; Шиленкова В.В., Козлов В.С., 2002). Предлагаемый нами метод позволяет использовать стандартный электроотсос.

У больных с риносинуситами 1,2 и 3 группы, получавших в комплексном лечении препараты “Синупрет”, “Эреспал” или “Тонзилал” выздоровление наступало на 2-3 суток раньше, чем у больных контрольной групп, что позволяет улучшить эффективность лечения на 27,7 % ($p < 0,001$).

Нормализация температуры тела, исчезновение боли, восстановление носового дыхания и обоняния, прекращение выделений из носа и носоглотки у больных 1, 2 и 3 группы были на 2-3 суток раньше, чем у больных контрольной группы (см. табл.1 и рис.1).

Таблица 1 Сроки купирования жалоб у больных с риносинуситами 1,2,3 и 4 (контрольной) групп (в сутках)

Жалобы	1 группа n=23	2 группа n=22	3 группа n=21	4 группа n=21	досто- верность
Боль	2,56±0,17	3,67±0,27	3,18±0,20	4,23±0,25	$p < 0,05$
Выделения	3,93±0,32	4,43±0,32	4,69±0,18	5,57±0,17	$p < 0,01$
восстанов-е нос.дых-я	3,58±0,43	4,33±0,27	4,55±0,46	5,73±0,28	$p < 0,01$
Обоняние	4,43±0,36	4,57±0,25	4,47±0,39	6,29±0,57	$p < 0,01$
Температура	2,27±0,19	2,86±0,21	3,14±0,21	3,8±0,21	$p < 0,01$

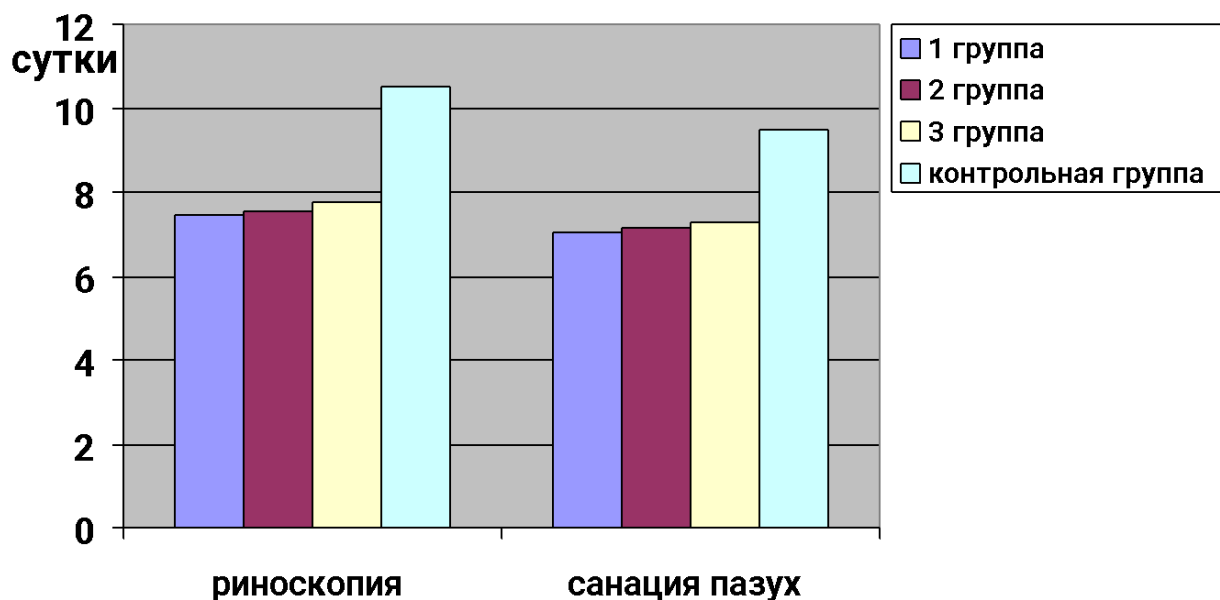


Рисунок 1. Сроки наступления нормализации риноскопической картины и санации околоносовых пазух у больных риносинуситами.

До начала лечения у всех больных с острыми и хроническими риносинуситами мы выявили угнетение мукоцилиарного клиренса: в 1 группе - $28,9 \pm 0,53$ мин., во 2 группе - $27,4 \pm 0,43$, в 3 группе - $29,05 \pm 0,64$ мин., в контрольной группе - $29,14 \pm 0,53$. Нами было установлено, что время ТФМЭ у здоровых лиц составляло $17,92 \pm 0,98$ мин. На фоне проводимого лечения у всех больных 1, 2, 3 и контрольной групп было улучшение ТФМЭ. Причем у больных 1, 2, и 3 группы были достоверно лучшие показатели, чем у больных контрольной (4) группы, у которых восстановление ТФМЭ происходило более медленными темпами (на 7 сутки от начала лечения ТФМЭ было: в 1 группе $19,6 \pm 0,42$ мин., во 2 группе - $21,64 \pm 0,53$, в 3 группе - $21,24 \pm 0,36$ мин., в контрольной группе $24,86 \pm 0,49$) см.табл.2.

Таблица 2. Изменение ТФМЭ (в минутах) у больных риносинуситами на 1, 3, 5, 7 сутки от начала лечения.

Сутки	1 группа n=23	2 группа n=22	3 группа n=21	4 группа n=21
1 сутки	$28,9 \pm 0,53$	$27,4 \pm 0,43$	$29,05 \pm 0,64$	$29,14 \pm 0,53$
3 сутки	$26,17 \pm 0,54$	$25,86 \pm 0,45$	$27,48 \pm 0,49$	$27,9 \pm 0,56$

5 сутки	23,17 ± 0,61	23,73 ± 0,48	24,719 ± 0,4	26,52 ± 0,51
7 сутки	19,6 ± 0,42	21,64 ± 0,53	21,24 ± 0,36	24,86 ± 0,49

У больных, получавших Синупрет, ТФМЭ была лучше, чем у больных 2 и 3 группы. Это связано с муколитическим эффектом “Синупрета”.

У больных, получавших “Тонзилал” и “Эреспал” была равная клиническая эффективность восстановления ТФМЭ. Это говорит о клиническом соответствии общего и местного противовоспалительного лечения больных с острыми риносинуситами.

Мы установили, что у больных 1, 2 и 3 группы преобладает “отличная” и “хорошая эффективность” лечения (65,22 %), тогда как у больных контрольной группы отмечена “удовлетворительная и низкая эффективность”(65,1 %). Это доказывает высокую клиническую эффективность предложенного комплексного метода лечения с применением препаратов “Синупрет”, “Эреспал” и “Тонзилал” у больных острыми и хроническими риносинуситами по сравнению с лечением, проводимым больным контрольной группы.

Под нашим наблюдением находилось 12 больных с рецидивом риносинусита в течение 6 месяцев–1,5 лет, а также 7 больных, которым было проведено хирургическое лечение в связи с неэффективностью консервативной терапии. Этим больным мы проводилось эндоскопическое исследование области остиомеатального комплекса (ОМК). Были обнаружены анатомические изменения, приведшие к сужению остиомеатального комплекса (у 5 больных обнаружены мелкие полипы в средних носовых ходах, у 7 больных -искривление носовой перегородки, было обнаружено 4 случая буллезной гипертрофии средней носовой раковины, 3 случая гипертрофии крючковидного отростка, по 2 случая дополнительного соустья верхнечелюстной пазухи и гипертрофии решетчатого пузырька и 1 случай парадоксально изогнутой средней носовой раковины). Обнаруженные нами данные подтверждают, что изменения в остиомеатальном комплексе могут способствовать развитию рецидивирующих или хронических воспалительных заболеваний в околоносовых пазухах, что требует хирургического вмешательства на его структурах.

Поэтому у больных с хроническими и рецидивирующими риносинуситами, необходимо проводить эндоскопическое исследование области остиомеатального комплекса.

Кроме того, нами проведена оценка эффективности ингаляций с 1,25% раствором “Тонзилала” в послеоперационном периоде у 18 больных с хроническими ринитами. Контролем были 14 больных, которым в послеоперационном периоде ингаляции не проводились.

Подслизистые операции на носовых раковинах (подслизистая вазотомия, ультразвуковая дезинтеграция или подслизистая коагуляция нижних носовых раковин) вызывают существенное угнетение ТФМЭ (Виницкий М.Э., 1978; Пискунов С.З., 1986; Рябова С.В., 2000).

По скорости восстановления ТФМЭ после подслизистых операций на носовых раковинах можно оценить местное противовоспалительное и репаративное действие “Тонзилала”.

У больных получавших после операции ингаляционную терапию “Тонзилалом” были отмечены достоверно лучшие показатели восстановления ТФМЭ, по сравнению с больными, не получавшими эти ингаляции.

Оценивая сроки выздоровления больных с хроническими ринитами (5) и контрольной (6) групп в послеоперационном периоде, мы установили, что проводимая больным 5 группы ингаляционная терапия препаратом “Тонзилал” в среднем сокращает на 3 суток время ликвидации реактивных явлений в полости носа после операции на носовых раковинах. У больных 5 группы выздоровление наступало в среднем на $8,61 \pm 0,96$ сутки, а у больных 6 (контрольной) группы – на $11,57 \pm 1,29$ сутки, эффективность составила 25,58 %. Разница в сроках выздоровления у больных 5 и 6 (контрольной) групп была статистически достоверна ($p < 0,001$).

У больных, которым проводили ингаляции 1,25% раствором “Тонзилала” “отличная” и “хорошая эффективность” лечения была в 83,3 % случаев , а у больных контрольной группы “удовлетворительная эффективность” лечения преобладала и была в 71,43% случаев .

Результаты проведенного исследования позволяют сделать заключение, что терапия больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух должна быть комплексной с включением в нее препаратов “Синупрет” или “Эреспал”, которые обладают выраженным противовоспалительным и муколитическим эффектом, улучшают ТФМЭ, являются клинически эффективными и безопасными. Препарат “Тонзилал” обладает антибактериальным, противовоспалительным и муколитическим действием и может быть использован в качестве местной терапии (орошение, промывание или ингаляции) у больных с острыми и хроническими риносинуситами, а также в послеоперационном периоде у больных с хроническими ринитами.

Выводы

1. Клиническая эффективность препаратов “Эреспал” и “Тонзилал” в комплексном лечении больных острыми риносинуситами одинакова.
Не выявлено также статистически достоверной разницы воздействия на транспортную функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух между системным общим противовоспалительным действием “Эреспала” и местным противовоспалительным действием “Тонзилала”.
2. Препарат “Синупрет”, применяемый в комплексном лечении больных острыми и хроническими риносинуситами, по сравнению с препаратами “Эреспал” и “Тонзилал” обладает более выраженным муколитическим эффектом, что приводит к более быстрому восстановлению транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.
3. Комплексное лечение больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух (сочетание ЯМИК-метода, пункций верхнечелюстных пазух и ингаляций)

позволяет улучшить эффективность лечения на 27,7 % ($p < 0,001$) и сократить сроки выздоровления в среднем на 2 - 3 суток.

4. Наилучшая терапевтическая концентрация раствора препарата “Тонзинал”, применяемая для местного лечения больных с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух составляет 1,25% . Эта концентрация является оптимальной по сочетанию антибактериальной активности с минимальным воздействием на транспортную функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.
5. Развитию рецидивов острых риносинуситов или хронизации процесса в околоносовых пазухах способствуют анатомические факторы, приводящие к сужению остиомеатального комплекса.
6. Применение ингаляционной терапии 1,25% раствором “Тонзинала” после операции подслизистой вазотомии нижних носовых раковин у больных с хроническими ринитами сокращает послеоперационные реактивные явления в полости носа, в среднем, на 3 суток, эффективность составила 25,58 % ($p < 0,001$).

Практические рекомендации

1. В комплексное лечение больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух следует включать вакуум-аспирации содержимого пазух при помощи синус-катетера ЯМИК-5, пункции пазух и ингаляции через нос раствором “Тонзинала” с одновременным приемом внутрь препаратов “Синупрет” или “Эреспал”.
2. При проведении пункции верхнечелюстных пазух показано применение инфильтрационной анестезии ультракаином ДС (4 % артикаином), что обеспечивает эффективное и адекватное обезболивание.
3. В обследование больных с хроническими и рецидивирующими риносинуситами необходимо включать эндоскопическое исследование остиомеатального комплекса, что позволяет выбрать правильную лечебную тактику и выяснить причину рецидивов заболевания.

4. После операции подслизистой вазотомии нижних носовых раковин у больных с хроническим ринитом следует проводить ингаляции через нос 1,25% раствором “Тонзилала”.

**Список научных работ Студеного М.Е.,
опубликованных по теме диссертации:**

1. Комплексное лечение больных гайморозтмоидитом. // Тезисы докладов научно-практической конференции: “Современные вопросы аудиологии и ринологии”.- Курск, 2000.- С.338-339.
2. Complex treatment of maxillary and ethmoid sinusitis. // Материалы 20 международного конгресса: “Инфекция и аллергия носа”-4 Конгресса Российского обществе ринологов // Российская ринология.- Москва, 2001 .- №2.- С.97.
3. Ингаляционная терапия в оториноларингологии. // Тезисы докладов научно-практической конференции: “Фармакологические и физические методы в оториноларингологии” // Московский медицинский журнал.- Москва, 2003.- №5.- С.6-7. // соавт. Талалаев В.Н.

4. Комплексное лечение больных риносинуситами. // Материалы Российской научно-практической конференции: “Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии” // Вестник оториноларингологии,-Москва., 2003.- С. 136-137.
5. Ингаляционная терапия заболеваний верхних дыхательных путей. // Материалы 4 Российской конференции оториноларингологов: “Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии” // Вестник оториноларингологии.- Приложение №5 ,-Москва., 2005.- С. 76-78. // соавт. Талалаев В.Н., Костюк В.Н.
6. Эреспал в комплексном лечении больных с острым риносинуситом. // Вестник оториноларингологии,-Москва., 2006.- №2. - С. 49-50. // соавт. Аняутин Р.Г.