

Новое в оториноларингологии

По итогам ежегодной научно-практической конференции

16-17 мая в г. Одессе проводилась ежегодная традиционная весенняя конференция Украинского научного медицинского общества оториноларингологов «Диагностика и лечение хронических заболеваний ЛОР-органов», в которой приняли участие более тысячи ученых и практических врачей из различных областей Украины. В рамках мероприятия прозвучало множество докладов, проводились интересные мастер-классы и активные дискуссии.



Врач-оториноларинголог Сергей Петрович Шиян (г. Киев) представил результаты исследования патогенеза полипозного риносинусита.

— Полипозный риносинусит (ПР) является достаточно распространенным заболеванием, которое зачастую имеет тяжелое течение и может сопровождаться серьезными осложнениями; даже в случаях неосложненного течения оно значительно ухудшает качество жизни больных. ПР характеризуется доброкачественным ростом ткани преимущественно слизистой оболочки околоносовых пазух. Этиология и патогенез данного заболевания на сегодня окончательно не выяснены.

Наиболее характерными симптомами ПР являются ринорея, гипосмия, заложенность носа. Лечение этого заболевания, как и любого другого, должно основываться в первую очередь на устранении причинных факторов. К сожалению, в большинстве случаев этиология полипов носа остается не ясной, однако, поскольку в основе патогенеза лежит хроническое воспаление, лечение должно быть направлено на устранение воспалительного процесса.

полипозом были значительно ниже, а МДА и 4-HNE — выше по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, можно сделать вывод, что показатели оксидативного стресса и антиоксидантной защиты у больных с ПР ухудшены, что может быть важным звеном патогенеза заболевания.



Заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Пухлик рассказал об особенностях клинической картины и

лечении синуситов купального сезона, или марисинуситов.

— В период купального сезона (май — сентябрь) значительно увеличивается заболеваемость острым гнойным риносинуситом. Особенностью клинического течения марисинуситов является острое начало, как правило, без prodromальных симптомов: на фоне полного здоровья появляются головная боль, повышение температуры тела, затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое из носа. Врачи и пациенты связывают развитие остро-

го, тяжело протекающего воспаления пазух с предшествующим пребыванием на пляже и купанием в загрязненной морской воде.

С целью определить наиболее частых возбудителей этого заболевания нами было проведено исследование с участием 106 больных марисинуситами (основная группа) и 51 здорового добровольца (контрольная группа).

Всего от пациентов с гнойным риносинуситом было выделено 304 штамма микроорганизмов, а от здоровых лиц — 129 штаммов. Таксономический спектр исследованных бактериальных штаммов, изолированных от больных (n=106), был представлен 6 родами бактерий (Staphylococcus, Streptococcus, Escherichia, Klebsiella, Proteus и Providencia), а штаммов, изолированных от здоровых лиц (n=51), — 4 родами бактерий: Staphylococcus, Streptococcus, Escherichia и Providencia. В ходе исследования, помимо бактериальных штаммов, в основной группе от больных с гнойным риносинуситом были выделены и идентифицированы 137 штаммов микроскопических грибов и 5 штаммов истинных дрожжей, а в группе контроля — 42 штамма грибов. Как показали результаты исследования, загрязнение морской воды не играет ведущей роли в развитии этих заболеваний. Спектр возбудителей марисинуситов не совпадает с микрофлорой, высеваемой из морской воды. В то же время в пляжном песке обнаруживается преимущественно кокковая и грибковая флора, что соответствует этиологической структуре острых гнойных синуситов купального сезона.

Лечение марисинуситов должно быть комплексным и включать применение

антибактериальных препаратов, местных или системных деконгестантов, мукоактивных препаратов, физиотерапевтических методов, а в случае необходимости — промывание околоносовых пазух. В целях обеспечения адекватного носового дыхания наиболее часто пациентам назначаются деконгестанты. Однако при длительном применении эти препараты вызывают развитие синдрома «рикошета» и так называемого медикаментозного ринита, тахикардии, бессонницы, поэтому длительность применения таких препаратов должна быть ограничена. Сократить продолжительность их использования позволяет назначение комбинированных лекарственных средств, в частности растительных. Одним из таких препаратов является Синупрет. В нашем исследовании в дополнение к стандартной терапии пациентам с острым гнойным риносинуситом назначали индуктор интерферона на протяжении 7-10 дней. Об эффективности проводимой терапии свидетельствовала нормализация иммунологических показателей больных, в частности выраженное снижение общего IgE в сыворотке крови, а также специфических IgE к грибковым антигенам.

Во втором докладе С.М. Пухлик рассказал о возможностях фитотерапии в лечении хронических аденоидитов.

— Хронический аденоидит — это трудно поддающееся лечению заболевание ЛОР-органов, сопровождающееся затруднением носового дыхания, снижением слуха и другими нарушениями. В последнее время в лечении многих ЛОР-заболеваний активно применяется комплексный фитопрепарат Синупрет («Бионорика», Германия), в состав которого входят экстракты корня генцианы, цветков примулы и бузины, травы шавеля и вербены. Препарат обладает многофакторным механизмом действия, что позволяет сократить общее количество назначаемых лекарственных средств при воспалительных заболеваниях ЛОР-органов; оказывает секретолитическое, противовоспалительное, противовирусное, антибактериальное и иммуномодулирующее действие, что подтверждено в экспериментальных и клинических исследованиях.

Целью нашей работы было изучение эффективности консервативной терапии обострения хронических аденоидитов у детей в возрасте 3-10 лет с применением комплексного растительного препарата Синупрет в виде капель. В основную группу лечения включили 30 пациентов, которые получали Синупрет в дополнение к местной терапии (носовой душ соевым раствором) в течение 14 дней. Контрольную группу составили 30 человек, получавших только местную терапию в течение 14 дней. Оценка самочувствия детей проводилась по динамике следующих параметров, выраженной в баллах (от 0 до 3), таких как:

- заложенность носа;
- выделения из носа (ринорея);
- храп;
- ночной кашель;
- снижение слуха (заложенность ушей).

Результаты изучения показали, что средняя длительность обострения в группе лечения Синупретом была на 1,9 дня меньше, чем в контрольной группе. Наблюдение за детьми в течение года показало, что количество обострений аденоидитов в основной группе сократилось по сравнению с контрольной группой (3,4 против 5,5 случая в год соответственно; p=0,05). За период наблюдения 4 детям

в контрольной группе и только 1 в группе лечения Синупретом потребовалось выполнение аденоидэктомии (рис. 1). В основной группе также отмечено более быстрое улучшение основной симптоматики по сравнению с контрольной.

Таким образом, применение препарата Синупрет в сочетании с носовым душем в течение 14 дней у детей с обострениями хронического аденоидита было значительно эффективнее по сравнению с только стандартной терапией.

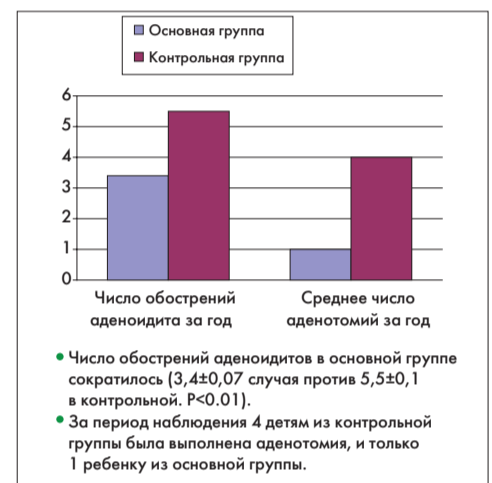


Рис. 1. Лечение хронических аденоидитов: результаты изучения

Лечение Синупретом способствует уменьшению количества обострений заболевания, снижает необходимость в оперативном вмешательстве, что позволяет сохранить один из важнейших органов иммунной системы — точную миндалина.

Проведенное исследование позволяет рекомендовать детям с хроническим аденоидитом без сопутствующих паразитарных и аллергических заболеваний терапию Синупретом в сочетании с носовым душем.



Об иммунологическом потенциале препарата Имупрет при воздействии антибактериальных препаратов рассказал заведующий лабораторией иммунологии Института отоларингологии им. А.И. Коллмишченка НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Феодосиевич Мельников.

— Антибактериальные препараты являются одним из наиболее важных классов лекарств в практике врачей многих специальностей, в частности оториноларингологов. В то же время антибиотикотерапия ассоциируется с частым развитием нежелательных реакций, в частности с ухудшением состояния биоценоза кишечника, снижением фагоцитарной активности, подавлением формирования иммунологической памяти, угнетением естественной цитотоксичности, гипоплазией лимфоидной ткани. И если для коррекции дисбиотических явлений в настоящее время широко используются препараты, содержащие лакто- и бифидобактерии, о необходимости иммунологической коррекции вспоминают лишь немногие специалисты.

Каким же требованиям должен отвечать иммунокорректор для применения



На базе отделения оториноларингологии Центральной городской клинической больницы г. Киева нами проведено наблюдательное исследование, целью которого было детальнее изучить патогенез ПР для дальнейшей разработки методов патогенетического лечения. В исследовании приняли участие 25 больных хроническим ПР (основная группа) и 25 пациентов, страдающих гипертрофическим ринитом и искривлением носовой перегородки (контрольная группа), в возрасте 25-65 лет. Пациенты не имели острых инфекционных или системных заболеваний, медикаментозный и аллергологический анамнез были неотягощены. При оперативном вмешательстве у больных был произведен забор исследуемых материалов (крови и полипозной ткани — в основной группе; крови и ткани гипертрофированной носовой раковины — в контрольной группе). В крови больных обеих групп определяли уровень антиоксидантов — глутатиона, супероксиддисмутазы (СОД), токоферола, показатели оксидативного стресса (малоновый диальдегид — МДА и 4-гидроксинафенал — 4-HNE). В полипозной ткани и ткани нижней носовой раковины определялись МДА, глутатион, 4-HNE и α-токоферол. При оценке результатов показано, что уровень антиоксидантов (глутатиона, СОД, токоферола) у пациентов с назальным

в амбулаторной практике? Такой препарат должен обладать достаточным иммуномодулирующим эффектом, не требующим постоянного иммунологического мониторинга, доказанной клинической эффективностью и безопасностью, при этом он должен иметь минимальный риск развития лекарственных взаимодействий при одновременном приеме с другими препаратами.

В последние годы активно изучаются возможности применения препарата Имупрет («Бионорика», Германия) с целью иммунологической коррекции. Это комбинированный фитопрепарат, содержащий цветы ромашки, корень алтея, траву хвоща, тысячелистника и одуванчика, листья ореха и кору дуба. Эти лекарственные растения обладают иммуномодулирующим, противовоспалительным, антибактериальным и противовирусным свойствами. Активные компоненты ромашки, алтея и хвоща, входящие в состав препарата, стимулируют защитные механизмы организма за счет повышения фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов, а также усиливают внутриклеточное разрушение поглощенных микробов вследствие повышенного образования бактерицидных кислородных метаболитов. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и одуванчика оказывают противовоспалительное действие и уменьшают отек слизистой оболочки дыхательных путей. Кора дуба, богатая танинами, обладает противовирусной активностью, в том числе против вируса гриппа А, респираторно-синцитиального вируса (рис. 2). В проведенных к настоящему времени исследованиях, в том числе собственных, был продемонстрирован широкий спектр иммуномодулирующих эффектов этого препарата (активация антителообразования, повышение активности натуральных киллеров и фагоцитов и др.).



клиники реабилитации для пациентов при потере слуховых и речевых навыков.

— Телереабилитация — это предоставление реабилитационных услуг в амбулаторных условиях с использованием телекоммуникационных средств и сети Интернет. Целью такой программы является максимальное использование знаний и опыта мультидисциплинарной команды специалистов для внедрения специальных программ реабилитации и социальной адаптации пациентов с нарушениями слуха и речи при уменьшении финансовых и временных затрат на транспортировку и госпитализацию, обеспечении комфорта пациенту и его семье. Введение программы телереабилитации на базе нашей клиники позволило быстро обеспечить помощь пациенту; поддерживать связь между врачом и пациентом в течение более длительного времени, что положительно влияло на результаты реабилитации; проводить практические занятия как индивидуально, так и с участием нескольких пациентов одновременно; обеспечить доступ к знанию и опыту более широкого круга специалистов.

Ассистент кафедры оториноларингологии Днепропетровской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук Андрей Валерьевич Зайцев поделился опытом лечения такого серьезного осложнения отита, как менингоэнцефалит.

— В течение многих десятилетий проблема отогенных внутричерепных осложнений была одной из ведущих в оториноларингологии. Прогноз заболеваний в значительной мере зависит от характера осложнения и своевременно начатого лечения. Наиболее частым осложнением отита является отогенный менингоэнцефалит.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 48 пациентов с отогенным менингоэнцефалитом, проходивших лечение в ЛОР-клинике и отделении реанимации гнойно-септического профиля Днепропетровской областной клинической больницы им. И. Мечникова за период с 2006 по 2010 год. Острый отит предшествовал менингоэнцефалиту у 70,7% больных, а хронический отит — у 29,2%. В случае, когда менингоэнцефалит возник на фоне острого среднего отита, мы придерживались консервативно-выжидательной тактики, которая предусматривала проведение массивной антибиотикотерапии с использованием 2-3 антибактериальных препаратов широкого спектра действия, дезинтоксикационной терапии, коррекции гомеостаза и метаболизма. Объем хирургического вмешательства у таких больных ограничивался парацентезом барабанной перепонки, который не только имел диагностическую ценность, но и обеспечивал санирующее действие. При отсутствии положительной динамики в течение 2-3 сут выполнялось оперативное вмешательство в объеме расширенной антромастидотомии с обязательным вскрытием и ревизией средней и задней черепных ямок. Сочетание менингоэнцефалита с хроническим эпителимпано-антральным гнойным средним отитом являлось безусловным показанием для оперативного вмешательства, объем которого определялся характером воспалительного процесса в ухе и корректировался в ходе операции с учетом операционных находок.

Два дня в Одессе пролетели очень быстро, несмотря на насыщенность программы конференции, а весеннее море и прекрасная архитектура города за время пребывания позволили насладиться интересной культурной программой. В следующих публикациях мы продолжим знакомить читателей с наиболее интересными докладами, прозвучавшими в рамках конференции.

Подготовила Татьяна Канцидайло-Спринсян
Фото автора

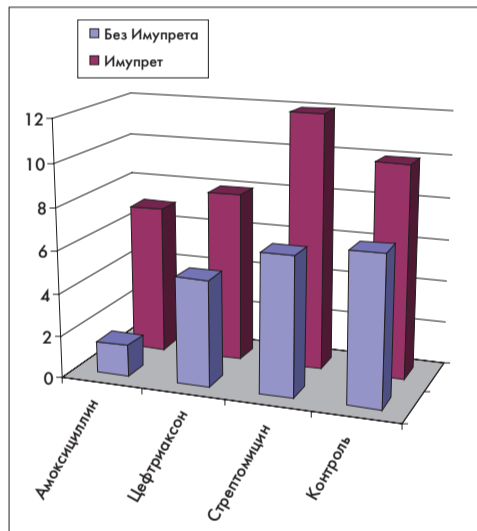


Рис. 2. Влияние препарата Имупрет на восстановление антителообразования в условиях приема различных антибиотиков

Так, нами было выполнено проспективное рандомизированное экспериментальное исследование с целью изучить влияние препарата на состояние иммунитета in vivo на фоне приема антибиотиков, по результатам которого мы пришли к следующим выводам.

Применение препарата Имупрет в условиях антигенной стимуляции и воздействия антибиотиков

- восстанавливает образование антител в условиях антигенной стимуляции и воздействия антибиотиков;
- частично стимулирует активность НК крови при действии антибиотиков;
- стимулирует восстановительные процессы в вилочковой железе после приема антибиотиков;
- одним из механизмов иммунореабилитации является экспрессия лимфоцитов из костного мозга.

Полученные результаты обосновывают необходимость использования препарата Имупрет для предупреждения иммуносупрессии у больных, проходящих курс терапии антибиотиками.

Доктор А. Панловска из Института физиологии и патологии слуха (г. Варшава, Польша) рассказала об опыте организации домашней



Синупрет®

В лікуванні нежитю та синуситу

- Знімає запалення слизової оболонки носа
- Розріджує густий слиз та сприяє його виведенню
- Прискорює одужання та захищає від ускладнень

Синупрет® Драже, Синупрет® Краплі, Синупрет® Форте, Синупрет® Сироп містять екстракти: трави шавлію (Herba Rumicis), трави вербени (Herba Verbenaе), коренів горечавки (Radix Gentianaе), квіток бузини (Flores Sambuci), квіток з чашечкою (Flores Primulae cum Calycibus). Рослинні компоненти, що входять до складу препарату, чинять комплексний вплив, що виявляється у секретолітичній дії, протизапальному та протинабряковому ефектах. Препарат регулює секрецію та зменшує набряк тканин. Відновлює дренаж та вентиляцію навколоносових пазух, усуває закладеність носа, нормалізує захисну функцію епітелію дихальних шляхів. Показання. Гострі та хронічні запальні захворювання придаткових пазух носа.

Синупрет сироп: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/03/01 від 01.09.10 року. Синупрет Форте: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/04/01 від 01.09.10 року. Синупрет краплі для перорального застосування: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/02/01 від 13.04.06 року. Синупрет драже: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/01/01 від 13.04.06 року. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика (Німеччина).

ТОВ "БІОНОРИКА" м. Київ, вул. Мініна, 9
тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01
e-mail: office@bionorica.com.ua