

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СИНУПРЕТ» В ЛЕЧЕНИИ СЕКРЕТОРНОГО ОТИТА

Петрова Л.Г.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Беларусь

Резюме: В данной статье представлена эффективность препарата «Синупрет» в лечении секреторного отита.

EFFECTIVENESS OF THE DRUG IN THE TREATMENT OF «SINUPRET» SECRETORY OTITIS

Petrova L.G.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

Belarus

Resume: The paper presents the effectiveness of the drug «Sinupret» treatment of secretory otitis media.

Секреторный средний отит – наиболее распространенное заболевание среднего уха, особенно в детском возрасте, часто развивающееся на фоне острой респираторной вирусной инфекции и риносинуситов. Эффективное лечение секреторных отитов – профилактика развития тугоухости.

В основе этиологии и патогенеза секреторного отита лежит вялотекущее воспаление слизистой оболочки среднего уха, развивающееся на фоне недостаточной функции слуховой трубы. При этом в полостях среднего уха создается отрицательное давление и повышается содержание углекислого газа, что способствует увеличению количества слизеобразующих клеток [5].

Секреторный отит чаще всего встречается в дошкольном и младшем школьном возрасте, чему способствует возрастной иммунодефицит, начало посещения детского коллектива и инфицирование респираторными вирусными инфекциями [4]. Как правило, острые вирусные инфекции, сопровождающиеся ринитом или риносинуситом, являются пусковым механизмом для развития секреторного отита, поскольку развивающийся при этом отек слизистой носа ведет к нарушению проходимости слуховой трубы и к изменению давления в полости среднего уха. Кроме того, изменяются реологические свойства слизи, нарушаются нормальные пути оттока ее из носа и носоглотки, что приводит к патологическому рефлюксу слуховой трубы и развитию отита.

Таким образом, основную роль в развитии секреторного отита играет нарушение функции

слуховой трубы [1, 3]. Слуховой трубе присущи три основные функции: вентиляционная, дренажная и защитная [1]. Вентиляционная функция заключается в поддержании постоянного давления в барабанной полости, что осуществляется поступлением воздуха через слуховую трубу при каждом акте глотания, зевании. Дренажная функция обеспечивается работой мукоциллиарного эпителия и мышц трубы и заключается в эвакуации секрета барабанной полости в носоглотку. Защитная функция трубы заключается в выработке слизистой оболочкой неспецифических медиаторов клеточной и секреторной защиты от инфекций.

Выделяют несколько вариантов нарушения функции слуховой трубы: патологический рефлюкс в устье трубы, обструктивная дисфункция, «зияющая» слуховая труба». Наиболее частым вариантом является обструктивная дисфункция [3].

В острой стадии секреторного отита возникает отек слизистой оболочки слуховой трубы, вследствие чего просвет ее сужается, нарушается функция мерцательного эпителия вследствие обездвиживания или гибели его ресничек, стенки слуховой трубы плотно смыкаются и теряют способность отделяться одна от другой, просвет трубы не открывается. В барабанной полости развивается отрицательное давление и происходит выпотевание и накопление секрета.

Острый секреторный отит может перейти в хроническую форму, характеризующуюся определенными изменениями слизистой

оболочки уха: на первой стадии происходит пролиферация покровного эпителия, увеличивается количество бокаловидных клеток и слизистых желез; содержимое барабанной полости представлено транссудатом с примесью слизи (серозный отит);

на второй стадии вся поверхность слизистой продуцирует слизь, которая вместе с продуктами клеточного распада становится вязкой;

на третьей стадии количество слизи уменьшается, а скопившийся вязкий экссудат организуется, и возникают условия для образования спаечного процесса, которые в конечном итоге ведут к адгезивному отиту или рубцовой облитерации барабанной полости [5].

Диагностика секреторного отита не представляет особых трудностей.

Из отиатрических жалоб главной, а порой единственной, является снижение слуха, которое может развиваться как остро, так и постепенно. В начале заболевания может отмечаться флюктуация слуха при перемене положения головы, чихании, сморкании и т.д., а в последующем тугоухость приобретает стойкий характер. Может беспокоить чувство полноты, заложенности в ухе, пощелкивание при глотании, аутофония; шум в ухе низкочастотного характера. Боль в ухе не характерна. У детей с секреторным отитом также имеются нарушения слуховой функции, однако жалобы они обычно не предъявляют. Родители могут заметить, что ребёнок стал “невнимательным”, не всегда откликается, смотрит телевизор с большей, чем обычно, громкостью.

Характерные изменения отмечаются при отоскопии. Цвет барабанной перепонки может быть от тускло-серого, желтоватого до синюшного при гематотимпануме. При дисфункции слуховой трубы барабанная перепонка резко втянута, иногда обнаруживаются ретракционные карманы, участки атрофии; при длительно существующем процессе может наблюдаться коллапс барабанной перепонки, когда она плотно прилегает к медиальной стенке барабанной полости (сомнения об отсутствии или наличии барабанной перепонки разрешаются после продувания слуховой трубы и осмотра с применением оптики). Если экссудат заполняет не всю барабанную полость, то за барабанной перепонкой может быть виден уровень жидкости,

при сильном помутнении барабанной перепонки экссудат может не просматриваться. После продувания слуховой трубы за барабанной перепонкой часто появляются пузырьки вспененного экссудата.

Аудиологическое исследование имеет основное значение.

Тугоухость при секреторном отите, как правило, имеет кондуктивный характер. Однако, в ряде случаев (в частности при длительном течении заболевания) она может быть смешанной и перцептивной.

Камертональное исследование позволяет получить ориентировочное представление о состоянии слуха. Для кондуктивной тугоухости характерна латерализация звука в сторону поражения в опыте Вебера, отрицательные опыты Ринне и Федеричи. При небольшой кондуктивной тугоухости опыты Ринне и Федеричи с камертонами С265, С512 могут ее не выявлять, поэтому обязательно использование камертона С128.

Тональная аудиометрия позволяет более точно определить степень и характер тугоухости. Наиболее типично повышение порогов восприятия воздушно-проведенных звуков в пределах 30-40 дБ (кондуктивная тугоухость); при повышении порогов восприятия воздушно- и костно-проведенных звуков костно-воздушный разрыв уменьшается (смешанная тугоухость), либо отсутствует (10-20 дБ) (перцептивная тугоухость).

Импедансометрия является одним из наиболее информативных методов в случаях затруднительной диагностики. Для секреторного отита характерна тимпаногамма типа В, акустический рефлекс не регистрируется. Однако, тимпаногамма типа С и отсутствие акустического рефлекса также могут быть признаками наличия экссудата в барабанной полости.

Лечение секреторного отита основано на трех основных принципах:

1. устранение фактора, явившегося причиной заболевания или способствовавшего его развитию;
2. удаление экссудата из среднего уха и создание условий для последующей эвакуации;
3. терапевтическое воздействие, направленное на нормализацию слизистой оболочки среднего уха.

Пусковым моментом для развития секреторного отита очень часто является риносинусит, сопровождающийся воспалением и отеком слизистой носа, что ведет к нарушению функции слуховой трубы и к изменению давления в полости среднего уха с последующим выпотеванием жидкости [2]. Одним из эффективных препаратов в лечении риносинуситов является Синупрет. Вместе с этим, Синупрет эффективен в лечении секреторного отита благодаря противовоспалительному и мукоактивному действиям, приводящим к уменьшению отека слизистой оболочки носа и слуховой трубы, улучшению мукоциллиарного клиренса среднего уха.

Материал и методы.

Проведено лечение 52 пациентов с секреторным отитом. Возраст пациентов от 4 до 50 лет.

- Основная группа: 32 пациента (19 - острый секреторный отит, 13 - хронический секреторный отит)
- Контрольная группа: 20 пациентов (10 - острый секреторный отит, 10 - хронический секреторный отит)

При остром секреторном отите лечение в основной группе заключалось в продувании слуховых труб, пневмомассаже барабанных перепонок, и приеме препарата Синупрет в возрастных дозировках. В контрольной группе вместо препарата Синупрет назначались сосудосуживающие капли в нос.

При лечении больных с хроническим секреторным отитом вначале выполняли миригнотомию, в некоторых случаях шунтирование барабанной полости. Проводили эвакуацию секрета и вводили в барабанную полость раствор дексаметазона. В основной группе дополнительно применяли Синупрет.

Клинический эффект оценивали по следующим признакам:

- субъективные - жалобы больных (заложенность в ухе, снижение слуха);
- объективные - данные клинического осмотра (отоскопическая и риноскопическая картина);
- данные аудиологического исследования;
- данные тимпанометрии.

Результаты.

Применение Синупрета при остром

секреторном отите способствовало более быстрому улучшению слуха и нормализации тимпаногаммы. Ни в одном случае не потребовалось проведения тимпанопункции.

В основной группе к пятому дню с момента лечения слуховая функция восстановилась у 68% пациентов, в контрольной группе у 41%. К 14 дню лечения в основной группе слуховая функция восстановилась у всех пациентов, в контрольной группе у 85% пациентов.

Нормализация тимпаногаммы в основной группе к 5 дню лечения наблюдалась у 52% пациентов, в контрольной у 31% пациентов. К 14 дню лечения в основной группе нормальная форма тимпанометрической кривой отмечена у 88% пациентов, в контрольной группе у 62% пациентов.

Применение Синупрет при хроническом секреторном отите способствовало более быстрой эвакуации секрета из барабанной полости и улучшению функции слуховой трубы.

В основной группе к 5 дню лечения экссудат в барабанной полости отсутствовал у 48% пациентов, в контрольной у 31% пациентов. К 14 дню лечения отсутствие экссудата отмечено у 92% пациентов основной группы и у 78% пациентов контрольной группы.

Выводы:

- Назначение препарата Синупрет для лечения секреторного отита патогенетически обосновано и повышает эффективность лечения.

Литература:

1. Бобошко М.Ю., Слуховая труба./М.Ю. Бобошко, А.И. Лопотко. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2003.-355с
2. 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 -2000. - №4. - С.38-42
3. Давыдов А.В., Староха А.В. Клиническая эффективность метода самопродувания слуховой трубы при лечении экссудативного среднего отита и тубарной дисфункции у детей// Тез. докл. XVII съезда оторин. Росси. С-Пб, 2006 С. 436.
4. Лихолап О.Б., Меркулова Е.П. Селективный скрининг метод ранней диагностики ЭСО у детей // Тез. докл. XVII съезда оторин. России. С-Пб, 2006 С. 454.
5. Сватко Л.Г. Морфологические особенности слизистой оболочки среднего уха и глоточной миндалины при экссудативном среднем отите./Л.Г. Сватко., Д.Э. Циплаков, В.В. Рафаилов //Материалы VII съезда оториноларингологов РФ. - . 2001. - С.141-143.