

Диаграмма 2

**Т Ы Ж Ы Р Ы М**  
**АУЫЗ СУЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ҚҰРАМЫНЫҢ**  
**МАҢЫЗЫ**

*М.Б. Ережепова*  
РГКП «ВКОЦСЭЭ» КГСЭН МЗ РК филиалы,  
Курчум ауданы  
Мақалада соңғы 3 жылда сумен қамтамасыз етудің

әр түрлі көздерінен алынған ауыз суының сапасын лабораториялық бақылаудың мәліметтері көрсетілген. Осыдан шығатын қорытынды: инфекциялық емес аурулардың тиімді профилактикасының шарты - ауыз суының химиялық құрамы бойынша қауіпсіздікті және қолайлы органоплетикалық қасиеттерін қамтамасыз ету үшін ауыз суының құрамын әр түрлі химиялық элементтерге сапалы тексеру.

**S U M M A R Y**  
**DRINKING WATER, THE VALUE OF ITS**  
**CHEMICAL COMPOSITION**

*М.В. Erezhepova*  
branch of the State Enterprise  
"VKOTSSEE"  
KGSSEN MH RK,  
Kurchum to the area

The paper presents the laboratory quality control of drinking water from different water sources over the past 3 years, which means that one of the conditions for effective prevention of noncommunicable diseases is a qualitative study of drinking water for the maintenance of many chemical elements, to ensure the safety of drinking water on the chemical composition and favorable organoleptic properties.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНУПРЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ**  
**ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

**Т.Н. БУРКУТБАЕВА, Е.А. АНДРЕЮШКИНА-АБДЕЛЬХАДИ,**  
**Н.М. ТУЛЕПБЕКОВА, Т.А. АХАНОВ**  
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,  
Городская клиническая больница №5, г. Алматы

**В** последние годы возросло количество больных с негнойными заболеваниями среднего уха, среди которых наибольшее внимание привлекает экссудативный средний отит. По данным лор-отделения №2 ГКБ №5 заболеваемость экссудативным средним отитом за период с 2005 по 2011 годы в среднем составила 24,5% среди всех заболеваний уха и сосцевидного отростка. Заболевание характеризуется скоплением в барабанной полости жидкого негнойного содержимого. Механизм появления в полости среднего уха жидкости такого характера остается недостаточно ясным, а клинические проявления этого заболевания разнообразны. ЭСО имеет множество синонимов. Это евстахеит, серозный средний отит, катар среднего уха, тимпанальный гидропс, трубно-барабанный катар, гидротуботимпанум, клейкое ухо, экссудативный катар, туботимпанит, аллергический средний отит, мукоидное ухо. В мировой литературе общеупотребителен термин "otitis media with effusion". ЭСО – полиэтиологическое воспалительное заболевание среднего уха, в этиопатогенезе которого ключевую роль играет дисфункция слуховой трубы. Патоморфологическим субстратом ЭСО является хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки преимущественно мезогипотимпа-

нума и слуховой трубы, а характерными клиническими признаками – наличие экссудата в барабанной полости, отсутствие признаков острого воспаления и дефекта барабанной перепонки. Наиболее частой причиной ЭСО являются респираторные вирусные инфекции, второй по частоте причиной – острый средний отит.

**Течение ЭСО** условно можно разделить на три стадии. На **первой (начальной) стадии** дисфункция слуховой трубы под действием различных факторов (инфекционных, физических, химических или биологических) и резорбция воздуха слизистой оболочкой среднего уха способствуют уменьшению интратимпанального давления. Этот процесс на ранних этапах компенсируется дополнительным ретротимпанальным резервуаром, относительной иммобилизацией барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, а также изменениями слизистой оболочки (вазодилатация, отек, инфильтрация). Клинически эта стадия проявляется тубарной дисфункцией. Перевес интратимпанального давления над онкотическим и изменениями слизистой оболочки среднего уха способствуют переходу ко **второй (секреторной) стадии** заболевания с формированием экссудата. В дальнейшем вследствие дифференцировки базальных клеток в бокаловидные,

образования суб- и интраэпителиальных желез, гипертрофии слизисто-белковых желез слизистой оболочки среднего уха формируется вязкий экссудат. Клинически данная стадия проявляется тугоухостью. На **третьей (заключительной) стадии ЭСО** в ряде случаев прекращение воздействия патологических факторов на слизистую оболочку среднего уха и восстановление функций слуховой трубы приводят к ферментативному расщеплению, фагоцитарной резорбции и эвакуации экссудата, нормализации клеточного цикла базальных клеток, сокращению числа бокаловидных клеток и слизистых желез, разрешению воспаления и купированию симптомов. Морфологическим исходом ЭСО при сохраняющейся тубарной дисфункции и отсутствии перфорации барабанной перепонки служит тимпанофиброз с зарастанием барабанной полости и, как правило, ретротимпанального пространства фиброзной тканью. Морфологическим исходом перфоративных форм ЭСО становится тимпаносклероз, представляющий собой сочетание дегенеративных, фибропластических и остеопластических изменений мукопериста. При лечении ЭСО используют консервативные и хирургические методы. Хирургическое лечение ЭСО рекомендуется при неэффективности консервативной терапии и при сроках заболевания 2–4 нед и более. Низкая эффективность консервативного лечения ЭСО, возможно, обусловлена высокой вязкостью экссудата, связанной с изменениями качественного и количественного состава муцинов и наличием протеогликанов.

В настоящее время лечение больных ЭСО комплексное, основанное на трех принципах: 1) устранение фактора, явившегося причиной возникновения заболевания; 2) удаление выпота из среднего уха и создание условий для последующей эвакуации; 3) терапевтическое воздействие, направленное на нормализацию слизистой оболочки среднего уха [1, 2].

Особую роль имеет назначение мукоактивных препаратов, способствующих размягчению. Разжижению, вязкого секрета (муколитики); улучшению процессов мукорегуляции с включением эффективного передвижения, скопившегося в барабанной полости секрета за счет активации моторики мерцательного эпителия слуховой трубы – мукорегуляторы, секретолитики [3].

Одним из мукоактивных препаратов является препарат растительного происхождения синупрет. Он регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи, ликвидирует мукостаз и усиливает эвакуацию секрета из околоносовых пазух, среднего уха и слуховой трубы, обладает иммуностимулирующим и вирусостатическим эффектами.

Цель исследования – предельно клиническую эффективность препарата синупрет в комплексном лечении больных ЭСО.

#### Материал и методы

Комплексное клинико-лабораторное исследование и лечение проведено у 40 больных в возрасте от 17 до 50 лет с ЭСО, из них 20 больных с ЭСО и сопутствующей патологией полости носа и околоносовых пазух, носоглотки. Возраст пациентов от 3 до 50 лет. Всем больным были проведены общие клинические, эндоскопические, аудиологические, тимпанометрические методы исследований.

#### Результаты и обсуждение

В первую основную группу (15) больных вошли больные, которым синупрет назначали в сочетании с курсом местной антибактериальной терапии, транстубарным введением дексаметазона в барабанную полость либо через шунт с курсом физиотерапии.

Препарат синупрет назначали в дозе 2 драже или по 50 капель 3 раза в день для взрослых, детям до 5 лет – 15 капель 3 раза в день, детям школьного возраста – 25 капель или 1 драже 3 раза в день. Курс терапии составил 15 дней.

Для сравнительной оценки клинической эффективности препарата была отобрана контрольная группа (15 человек с аналогичной патологией, которым проводилась традиционная терапия ЭСО без применения синупрета).

При оценке динамики функционального состояния слизистой оболочки полости носа учитывались субъективные критерии. Больные ежедневно оценивали выраженность следующих симптомов по 4-балльной шкале: заложенность носа, характер выделений из носа (4 балла – отсутствие дыхания, 3 – сильная заложенность, 2 – слабая заложенность, 1 – свободное дыхание). В качестве объективных методов консервативной терапии использовали данные эндоскопического исследования полости носа и носоглотки, отомикроскопии, аудиометрии, тимпанометрии.

Типы тимпанограмм определялись в соответствии с классификацией Jenger, (1970); тип А – нормальная аэрация барабанной полости (давление в ней равно атмосферному); тип В – полость среднего уха заполнена экссудатом; тип С – нарушение вентиляции полости среднего уха и возникновение в нем отрицательного давления.

Для оценки степени тугоухости была использована Международная классификация тугоухости: норма – от 0 до 25 дБ; 1 степень – 26-40 дБ; 2 степень – 41-55 дБ; 3 степень – 56-70 дБ, 4 степень – 71-90 дБ; глухота – более 90 дБ.

В основной группе (назначение синупрета) находилось 15 человек в возрасте от 17 до 50 лет. У 9 больных был сопутствующий острый гнойный гайморит, у 2 – хронический аденоидит, у 4 больных экссудативный средний отит развился после перенесенной ОРВИ, у 3 пациентов процесс был двусторонним.

В контрольной группе (традиционное лечение) было 15 человек в возрасте от 17 до 50 лет. У 7 больных был сопутствующий острый гнойный гайморит. У 3 больных двусторонний экссудативный средний отит отит развился на фоне хронического аденоидита. У 5 пациентов – после перенесенной ОРВИ, двустороннее поражение наблюдалось у 4, одностороннее – у 11 (из них правостороннее – 6, левостороннее – 5) (табл. 1).

Таблица 1

#### Количество больных ЭСО с сопутствующей патологией носа, околоносовых пазух и носоглотки

Диагноз	Основная группа	Контрольная группа
Острый гнойный гайморит	9	7
Хронический аденоидит	2	3
Острый ринофарингит (после ОРВИ)	4	5

При поступлении все больные предъявляли жалобы на заложенность уха, снижение слуха, затруднение носового дыхания, слизистые или слизисто-гнойные выделения из носа.

В основной группе регрессию субъективных назальных симптомов (до 2 баллов) отмечали 13 больных (86,6%) на 6-е сутки после начала исследования. Значительная регрессия субъективных симптомов (до 1 балла) у всех больных наблюдалась к 8 дню. Все больные основной группы, начиная со 2 дня, отмечали

изменение характера носового секрета. При высмаркивании отделяемое стало более обильным, серозно-слизистого характера.

В контрольной группе динамика регрессии субъективных назальных симптомов была следующей; к 6 дню отмечалось заметное снижение симптомов заложенности носа до 2 баллов у 10 больных (66,6%), к 10 дню лечения интенсивность назальных симптомов не превышала 1 балла.

В основной группе больных (применение синупрета) при эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки отмечалось значительное уменьшение отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа и лимфоидной ткани носоглотки на 4-е сутки; слизистогнойное отделяемое при сопутствующих гайморитах и аденоидитах принимало характер слизистого и серозно-слизистого. Дренажные характеры из верхнечелюстных пазух при сопутствующих гнойных гайморитах были удалены на 5 и 6 сутки лечения. На 8 сутки слизистая оболочка полости носа и носоглотки принимала свой обычный вид, патологического отделяемого в полости носа и скопления слизи в устьях евстахиевых труб не наблюдалось.

В контрольной группе при эндоскопическом исследовании полости носа и носоглотки отмечалось значительное уменьшение отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа и лимфоидной ткани носоглотки на 7-8 сутки. При сопутствующих гнойных гайморитах и аденоидитах отделяемое становилось слизистым и серозно-слизистым на 8-9 сутки. Катетеры для промывания и дренирования верхнечелюстных пазух удалялись на 8 сутки. Полость носа и носоглотки полностью очищалась от патологического отделяемого на 10-11 сутки, и слизистая оболочка принимала свой обычный вид.

Нами также проводилось изучение динамики изменений аудио- и тимпанометрических показателей. До начала лечения кондуктивную тугоухость II степени в основной группе имели 6 пациентов (40%), в контрольной группе – 4 больных (26,6%). Кондуктивная тугоухость I степени была диагностирована у 9 пациентов (60%) основной группы; у 11 пациентов (73,3%) контрольной группы (табл. 2).

Таблица 2

**Аудиометрические показатели основной и контрольной групп до лечения**

Группы	Порог звукопроводения, дБ		
	0 – 25 (норма)	26 – 40 (I степени)	41-55 (II степени)
Основная	-	9	6
Контрольная	-	11	4

При контрольном исследовании через 14 дней лечения было установлено: в основной группе нормальные пороги звукопроводения (до 10 дБ) были у 9 пациентов (60%); у 6 пациентов (40%) пороги звукопроводения составили до 15дБ на низких и средних частотах.

В контрольной группе нормальные пороги звукопроводения (до 10дБ) были у 3 пациентов (20%); у 4 пациентов (26,6%) порог звукопроводения составил до 15дБ на низких и средних частотах; у 8 пациентов (53,3%) порог звукопроводения составлял до 20дБ (табл. 3).

Из вышеизложенного следует, что динамика восстановления аудиометрических показателей достоверно выше у больных основной группы.

Изменение тимпанометрической картины выглядит следующим образом. До лечения в основной группе тип

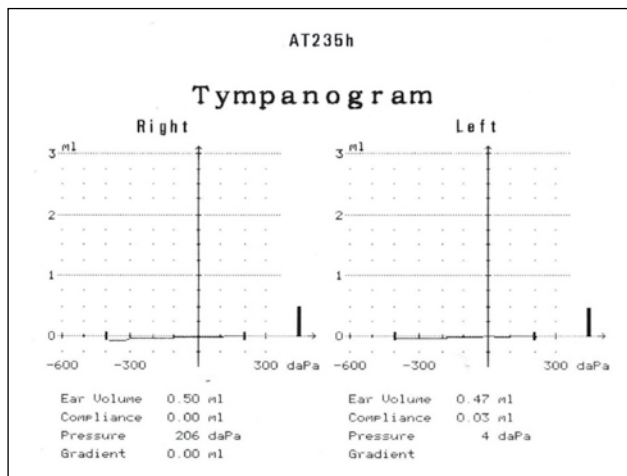


Рисунок 1. Пациент Б., 2006 г.р., тимпанограмма тип «В». Заключение: Двусторонний экссудативный средний отит (до лечения)

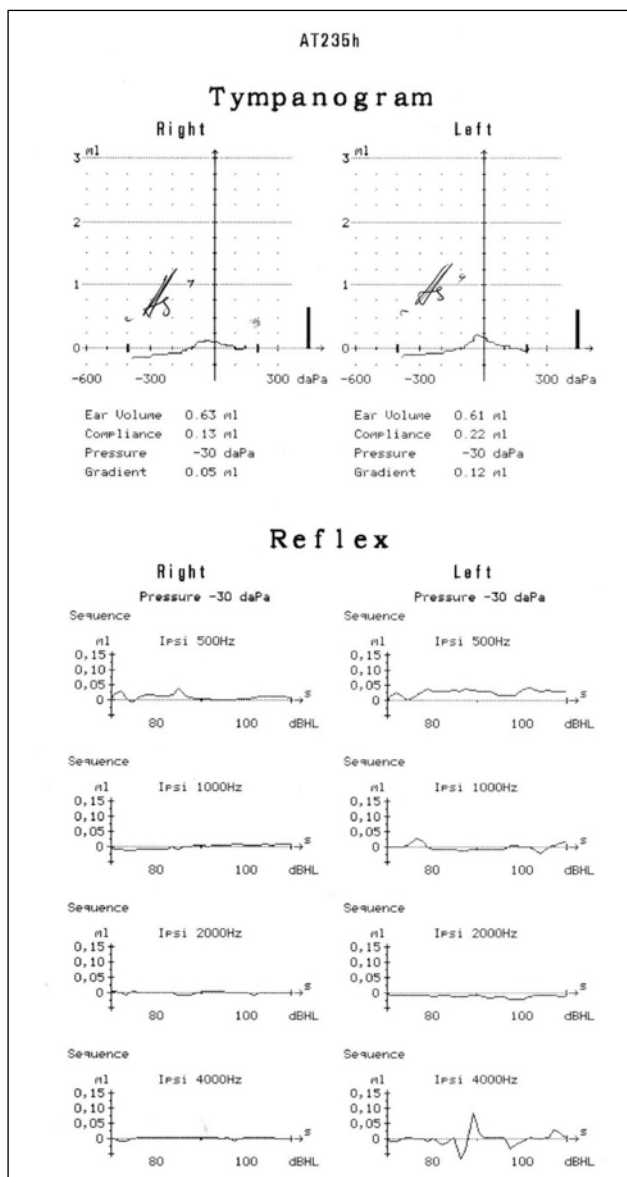


Рисунок 2. Пациент Б., 2006 г.р., тимпанограмма тип «Ас» (после лечения)

Таблица 3

**Аудиометрические показатели основной и контрольной групп после лечения**

Группы	Порог звукопроводения, дБ		
	0 – 10	10 – 15	15 – 20
Основная	9	6	-
Контрольная	3	4	8

В определялся у всех 15 больных (100%); в контрольной группе: тип В – у 9 больных (60%), (рис. 1), тип С – у 6 больных (40%).

Шунтирование барабанных полостей проводилось у больных с тимпанограммой тип В, которым ранее было произведено амбулаторное консервативное лечение без эффекта.

Шунтирование барабанных полостей было выполнено в основной группе – у 5 больных (33,3); в контрольной группе у 4 больных (26,6%). Шунты были удалены у больных основной группы через 3 месяца, у больных контрольной группы – через 5 месяцев.

При тимпанометрическом исследовании на 14 день приема препарата в основной группе тип А регистрировался у 11 пациентов (73,3%), (рис. 2).

В контрольной группе: тип А – у 8 больных (53,3%), тип С – у 3 больных 20% (табл. 4).

Таблица 4

**Тимпанометрические показатели основной и контрольной групп в динамике**

Группы	До лечения		После лечения		
	тип В	тип С	тип А	тип С	шунтирование
Основная	15	-	11	-	5
Контрольная	9	6	8	3	4

Таким образом, анализ тимпанограмм говорит о том, что динамика восстановления воздушности барабанной полости выше при применении препарата синупрет в основной группе, чем в контрольной.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Арефьева Н.А., Стратиева О.В., Салахова Г.М. и др. Обоснование выбора тактики лечения экссудативного среднего отита // Вестн. оториноларингол, 1998. – №2. – С. 24–27; 2. Бурмистрова Т.В. Этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. – 22 с.; 3. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний уха и верхних дыхательных путей // Медицинская газета «Здоровье Украины», – №2,3. – 2002.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**ОРТА ДЕҢГЕЙЛІ ҚҰЛАҚ ҚАБЫНУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ СИНУПРЕТТІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ**

*Т.Н. Буркутбаева, Е.А. Андреюшкина-Абдельхади, Н.М. Тулепбекова, Т.А. Аханов Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты, Қалалық №5 клиникалық аурухана, Алматы қ.*

Малада орта деңгейлі құлақтың қабынуының кешенді емдеуде синупретті қолдануын тәжірибесі бойынша зерттеу нәтижелер баяндалған. Өткізілген зерттеулер нәтижеде Синупрет препараттың негізгі топта (15 адам) бақылауға қарағанда (15) қолдану кезінде жоғарының барабан қуысы ішінің қалпына келтіру қарқыны көрсетілген.

**S U M M A R Y**

**CASE HISTORY OF SINUPRET USE IN COMPLEX TREAT OF EXUDATIVE OF OTTIS MEDIA.**

*T.N. Burkutbayeva, Ye.A. Andreushkina-Abdelkhadi, N.M. Tulepbekova, T.A. Akhanov Almaty state institute of improvement of doctors, City Clinical Hospital №5, Almaty c.*

In Article it was represented the results of research concerning case history of sinupret in complex treatment of media otitis. As a result of passed results it was discovered that recovery dynamics of aeriability of tympanic cavity is high at Sinupret preparation use in basic group (15 people), than in control (15).

**АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСОВ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ И РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Г.Б. ЖУНУСОВА**

*Акмолинская детская областная больница*

**А**ллергические риниты и риносинуситы занимают второе место после бронхиальной астмы, встречаются часто у детей всех возрастов и редко протекают изолированно, чаще сочетаются с поражением придаточных пазух носа, среднего уха, евстахиевых труб, гортани. Средний носовой ход является астмаидной зоной. Риск развития бронхиальной астмы в 3 раза выше у больных АР, чем у атопиков без него [1].

Различают аллергический ринит сезонный и круглогодичный и инфекционно-аллергический ринит острый и хронический.

**Аллергический ринит (АР)** – это аллергическое воспаление слизистой оболочки полости носа с присущими ему симптомами: заложенность носового дыхания, ри-

нора, чихание, зуд в носу. Особенно остро протекает аллергический ринит при аллергии на пыльцу сорных трав: полынь, амброзия, конопля и другие, которые цветут с июля до ноября месяца [2].

Клинику аллергических ринитов могут имитировать: инородные тела полости носа, искривления носовой перегородки, злокачественные и доброкачественные опухоли, аденоиды, ОРВИ, туберкулез и сифилис полости носа.

**Инфекционно-аллергические** риниты и риносинуситы развиваются у людей, имеющих хронические очаги инфекции (гнойный гайморит, аденоидит, хронический тонзиллит и т.д.), на фоне которых и развивается сенсibilизация.