

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЭЛФУНАТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

©2016 С.Н. Эгамов, Н.Ж. Хушвакова, А.А. Хайитов

Кафедра Оториноларингологии Самаркандского Государственного медицинского института

Ключевые слова: хронический гипертрофический ринит, Элфунат, липопероксидационный статус крови, антиоксидантная терапия.

Таянч сўзлар: сурункали гипертрофик ринит, Элфунат, коннинг липопероксидацион ҳолати, антиоксидант терапия.

Keywords: chronic hypertrophic rhinitis, elfunat, lipoperoksid status of blood, antioxidant therapy.

Хронический гипертрофический ринит является достаточно распространённой патологией полости носа, которая нередко приводит к расстройству нормальной жизнедеятельности организма из-за нарушения функции внешнего дыхания, вызывающее циркуляторную и тканевую гипоксию, биохимические нарушения, в том числе липидного обмена и активности антиоксидантной системы, что сопровождается развитием воспалительной реакции слизистой оболочки полости носа; нарушение естественного иммунитета, а также органические поражения околоносовых пазух, глотки, гортани, нижних дыхательных путей. Проведено обследование и лечение больных с хроническим гипертрофическим ринитом, которым после оперативного вмешательства наряду с традиционным лечением включен препарат Элфунат (этилметилгидроксипиридин сукцинат). Использование препарата Элфунат способствовало уменьшению воспалительной реакции послеоперационной области и улучшению репаративной активности тканей носа, нормализации липопероксидационного статуса крови и восстановлению морфофункционального слоя слизистой оболочки полости носа.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРТРОФИК РИНИТЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЭЛФУНАТ ПРЕПАРАТИНИ ҚЎЛЛАШ

С.Н. Эгамов, Н.Ж. Хушвакова, А.А. Хайитов

Сурункали гипертрофик ринит бурун бўшлиғи патологиялари орасида кенг тарқалган бўлиб, ташки нафас функциясини бузилиши, циркулятор ва тўқима гипоксияси, биохимик бузилишлар, шу жумладан ёғлар алмашинуви ва антиоксидант система активлигини пасайиши, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг яллиғланиш реакцияларига қаршилигини пасайиши ҳисобига табиий иммунитетни пасайишига, қолаверса бурун ёндош бўшлиқлари, ҳалқум, ҳикилдоқ ва пастки нафас йўлларида органик зарарланишига олиб келади. Сурункали гипертрофик ринит билан касалланган беморларни текшириш ва даволаш ишлари олиб борилди. Уларга оператив муолажалардан кейин анъанавий даво муолажалари билан биргаликда Элфунат препарати буюрилди. Элфунат препаратини қўллаганимизда операцион соҳада яллиғланиш реакцияларини камайишига, бурун юмшоқ тўқималари репаратив ҳолатини яхшиланишига, коннинг липопероксидацион ҳолатини ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини морфофункционал қаватини тикланишини нормallasувиға олиб келди.

ELFUNAT USE OF THE DRUG IN THE TREATMENT OF CHRONIC HYPERTROPHIC RHINITIS

S.N. Egamov, N.J. Hushvakova, A.A. Hayitov

Chronic hypertrophic rhinitis lead to the breakdown of the normal functioning of the body because of a violation of respiratory function, leading to circulatory and tissue hypoxia, biochemical disturbances, including lipid metabolism and activity of the antioxidant system, which is accompanied by the development of the inflammatory reaction of the nasal mucosa; breach of natural immunity, as well as organic lesions of the paranasal sinuses, pharynx, larynx, lower respiratory tract. The examination and treatment of patients with chronic hypertrophic rhinitis who after surgical treatment along with conventional treatment included medication elfunat (ethylmethylhydroxypyridine succinate). Use of the drug has contributed elfunat: reduction of postoperative inflammatory reaction region and improve the activity of reparative tissue of the nose, the normalization of blood lipid peroxidation system and morfo-functional restoration layer of nasal mucosa.

Хронические гипертрофические риниты (ХГР) - одно из наиболее распространенных заболеваний среди ЛОР - заболеваний. Удельный вес хронических гипертрофических ринитов составляет около 60% от патологии носа [1,8]. Хронические гипертрофические риниты приводят к расстройству нормальной жизнедеятельности организма из-за нарушения функции внешнего дыхания, вызывающего циркуляторную и тканевую гипоксию, биохимические нарушения, в том числе липидного обмена и активности антиоксидантной системы, что сопровождается развитием воспалительной реакции слизистой оболочки полости носа, нарушением естественного иммунитета, а также органическим поражением околоносовых пазух, глотки, гортани, нижних дыхательных путей [2,3].

В настоящее время оториноларингологи располагают обширным арсеналом различных методов хирургического лечения хронических гипертрофических ринитов, которые иногда бывают недостаточно эффективны, так как не позволяют восстановить носовое дыхание. При проведении хирургического лечения зачастую не учитывается функциональное состояние слизистой оболочки полости носа и верхних отделов дыхательных путей, играющих важную роль в поддержании защитных способностей организма. В связи с этим поиск но-

вых, более оптимальных методов комплексного лечения хронических гипертрофических ринитов представляет особую актуальность [3,8].

Материал и методы исследования. В нашем исследовании приняли участие 61 больной в возрасте от 18 до 60 лет (37 больных - мужчины, 24 больных - женщины) с диагнозом хронический гипертрофический ринит. Основными жалобами больных были постоянное или периодическое затруднение носового дыхания, выделения из носа, головная боль, нервные расстройства, гипосмия, снижение вкуса, гнусавость и понижение слуха. Всем пациентам проведены общепринятые клинические, параклинические и специальные методы исследования: осмотр, термометрия, пальпация и перкуссия в проекции околоносовых пазух, оценка чувствительности в зонах иннервации ветвей тройничного нерва, передняя и задняя риноскопия, мезо- фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, забор мазков из полости носа для микробиологического исследования, эндоскопическая риноскопия, исследование мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа, рентгенография и компьютерная томография (по показаниям) носа и околоносовых пазух, клинические анализы крови и мочи, исследования липопероксидационного статуса крови электро-биохимическим биосенсором, осмотр терапевта. На основании клинических обследований наших пациентов выявлены следующие формы ХГР: кавернозная (у 19 больных), фиброзная (у 12 больных), сосочковая (у 7 больных), полипозная (у 9 больных), костная (у 5 больных), костная (у 5 больных) и смешанная (у 9 больных) (Рис.1).



Рисунок 1.

В зависимости от клинической формы проведены следующие виды хирургических вмешательств: вазотомия, подслизистая ультразвуковая дезинтеграция нижних раковин, щадящая шейверная конхотомия, остеоконхотомия под эндоскопическим наблюдением, латеро-конхопексия. Операции проведены под местной и общей анестезией в ЛОР отделении клиники Самаркандского медицинского института в период 2014-2016 годы. Все больные были разделены на 2 группы: основную (33 пациента) и контрольную (28 пациентов). Больным основной группы после оперативного лечения вместе с традиционным лечением был применён препарат Элфунат 2 мл- 5% раствора в/м и путем вставления в нижний носовой ход марлевых турунд, смоченных в смеси 2-мл 5% раствора Элфуната, 1-мл 2% новокаина и 1 мл 5% аскорбиновой кислоты на 1 час, два раза в день на протяжении 10 дней. Больным контрольной группы после оперативного лечения было проведено традиционное лечение, которое включило в себя промывание носовой полости теплым физиологическим раствором, смазывание слизистой оболочки полости носа масляными растворами и сосудосуживающими средствами, удаление корок.

Результаты и обсуждение: Анализ клинической эффективности препарата Элфунат оценивался на основании клинических (жалобы больного, состояние носового дыхания, состояние слизистой оболочки полости носа при передней, задней и эндоскопической риноскопии) и общеклинических методов исследования (исследование состояния липопероксидационного статуса крови, путем определения уровня каталазы и супероксидазы в крови электро-биохимическим биосенсором, оценка мукоцилиарного клиренса). У больных основной группы в результате применения препарата Элфунат (в/м введение и местное использование путем смазывания слизистой оболочки полости носа смесью 2 мл 5% раствор Элфуната, 1 мл 2% новокаина и 1 мл 5% аскорбиновой кислоты) в послеоперационном периоде отмечалось улучшение носового дыхания на 2-3 день, уменьшились гиперемия и отек слизистой оболочки носа на 4 день, на 5-7 дней отсутствовали сухие корки и фибриновый налет в области операционной раны; головная боль в области лба и ощущение тяжести в голове, нервные расстройства, в виде усталости, утомляемости, нарушения сна, снижение памяти - уменьшились на 7-8 сутки у большинства больных и отсутствовали через месяц при повторном осмотре. Понижение обоняния и вкуса восстановились, а гнусавость исчезла у большинства больных (90%) на 9-10 день от начала лечения и при повторном осмотре через 1 месяц больные таких жалоб не предъявляли. У больных контрольной группы получивших только традиционное лечение улучшение носового дыхания отмечалось только на 3-4- день, гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа уменьшились только на 5 день, сухие корки и фибриновый налет в области операционной раны сохранялся даже на 7-8 сутки после оперативного вмешательства. Головная боль и тяжесть в голове, нервные расстройства, снижение обоняния и вкуса у некоторых больных контрольной группы были сохранены даже при повторном осмотре через 1 месяц (Таблица 1).

Таблица 1.

Клиническая характеристика основной и контрольной группы

Клинические параметры	Основная группа		Контрольная группа	
	В первые 10 дней после операции	Через 1 месяц после операции	В первые 10 дней после операции	Через 1 месяц после операции
Состояние носового дыхания	Улучшилось у 25 больных (75,7%)	Улучшилось у 33 больных (100%)	Улучшилось у 19 больных (67,8%)	Улучшилось у 22 больных (78,5%)
Состояние слизистой оболочки носа	Гиперемированная	Розовая	Гиперемированная	Бледно-розовая
Наличие корок и выделений	Незначительные	Отсутствуют	Имеются	Незначительные
Головная боль	У 27 больных (81,8%)	Отсутствуют	У 23 больных (82%)	У 5 больных (17,8%)
Нервные расстройства	У 17 больных (51,5%)	У 1 больного (3%)	У 18 больных (64%)	У 7 больных (25%)
Снижение обоняния и вкуса	У 3 больных (9%)	Отсутствуют	У 5 больных (17,8%)	У 2 больного (7%)
Гнусавость	У 25 больных (75,7%)	Отсутствуют	У 21 больных (75%)	Отсутствуют

Путем исследования сыворотки крови электрохимическим биосенсором у всех больных выявлено понижение уровня каталазы до $22,18 \pm 0,67$ ед/мл. эр, и уровня СОД до $31,35 \pm 1,92$ ед/мл. эр (при норме $36,55 \pm 1,4$ ед/мл. эр., $45,41 \pm 1,7$ мкг/мл. эр). В результате проведенного лечения выявлена способность препарата «Элфунат» к нормализации показателей

интенсивности перекисного окисления липидов и состояния антиоксидантной системы организма. У больных основной группы после лечения показатели каталазы и СОД были такими: $34,82 \pm 0,67$ ед/мл. эр и $44,38 \pm 1,26$ мкг/мл.эр. (хороший результат), в контрольной же группе показатели каталазы и СОД были относительно удовлетворительными ($27,09 \pm 0,58$ ед/мл. эр и $38,47 \pm 1,28$ мкг/мл.эр) (рис.2).

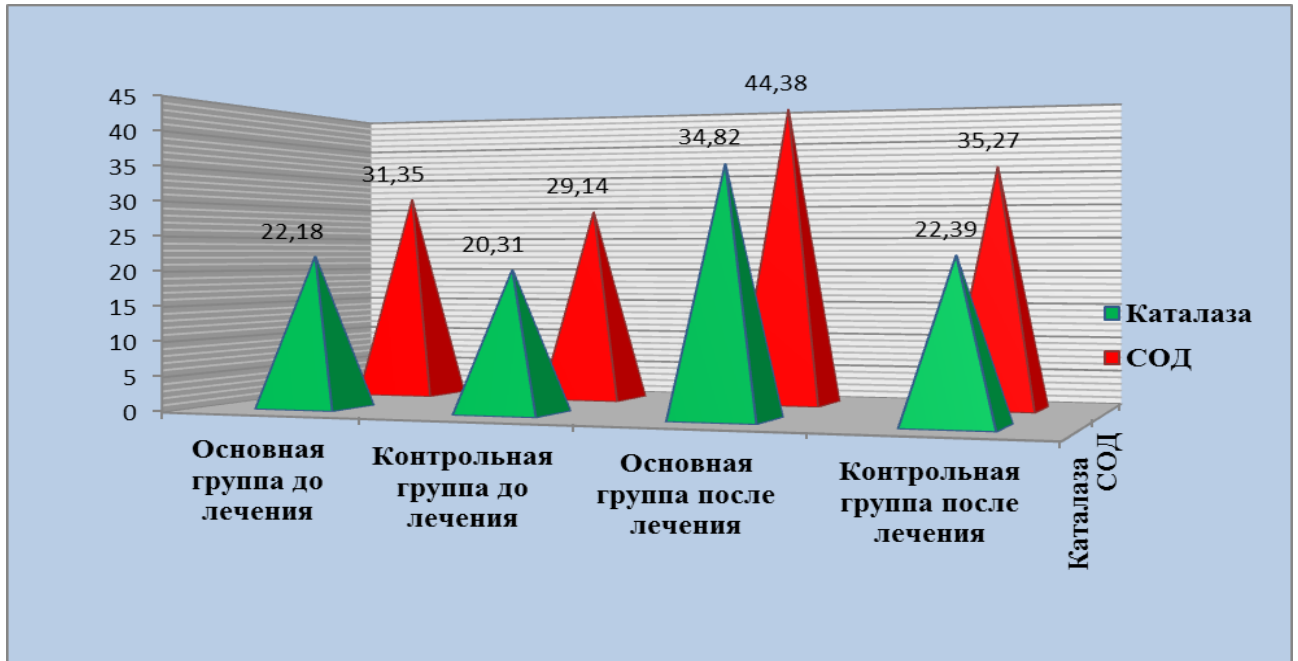


Рис.2. Динамика уровней каталазы ($36,55 \pm 1,4$ ед/мл. эр) и СОД ($45,41 \pm 1,7$ мкг/мл. эр) в течение периода наблюдения (на 10 день и через 1 месяц)

Для оценки транспортной функции мерцательного эпителия использован тест перемещения по методике С.З. Пискунова, Ф.Н. Завьялова, Л.Н. Ерофеевой (1996) (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2002). При передней риноскопии кусочки полимеразной растворимой пленки из оксипропилметил-целлюлозы, содержащей в качестве индикатора метиленовый синий и сахарин, размерами 10x5мм и 10x10мм мы укладывали на поверхность слизистой оболочки перегородки носа и средней носовой раковины. Через 15 минут производилось исследование полости носа с помощью эндоскопа с оптикой 0°. При этом оценивали активность мерцательного эпителия, измеряя расстояние, на которое индикатор распространился за это время. У 18 больных (82%) основной группы наблюдалось перемещение индикатора в область носоглотки через 15 минут и у 4 больных (18%) через 20-25-минут, что подтверждалось эндоскопическим обзором и вкусовыми ощущениями больного. У больных контрольной группы лишь у 15 больных (71%) отмечалась нормализация мукоцилиарного клиренса на 15 минуте и у 6 (29%) больных на 20-25 минуте. Через 1 месяц у больных в основной группе мукоцилиарный транспорт полностью нормализовался, тогда как у некоторых больных контрольной группы отмечено отклонение от нормального показателя.

Выводы. При комплексной терапии больных основной группы, включающее местное и общее применение 5% раствора Элфунат, отмечена выраженная положительная динамика всех клинических показателей и собственной антиоксидантной системы, по сравнению с группой получавшей стандартное лечение. Это указывает на положительное влияние местной антиоксидантной терапии на состояние системы антиоксидантной защиты.

При применении местной антиоксидантной терапии Элфунатом в комплексе лечения ХГР достоверно ускоряется регресс воспалительных проявлений слизистой оболочки (отёк, гиперемия, патологическое отделяемое, затруднение носового дыхания), происходит функциональное восстановление (мукоцилиарный транспорт) слизистой оболочки полости

носа.

Состояние липопероксидационного статуса крови и функции слизистой оболочки полости носа являются необходимым критерием выздоровления у данных больных. При этом уменьшаются сроки и стоимость лечения.

Проведенное нами исследование показало высокую клиническую эффективность препарата Элфунат и поэтому может быть рекомендован в комплексном лечении больных ХГР.

Использованная литература:

1. Воронина Т.А. Антиоксидант мексидол. Основные нейropsychотропные эффекты и механизм действия // Психофармакология и биологическая наркология. 2001. №1. С.2-12.
2. Воронина Т.А., Смирнов Л.Д., Дюмаев К.М. Актуальные направления применения антиоксиданта мексидола // Свободные радикалы, антиоксиданты и болезни человека: Сборник трудов национальной научно-практической конференции с международным участием. Смоленск, 2001. С.191-193.
3. Гаврилов В.Б., Мешкорудная М.И. Метод исследования прооксидантной активности плазмы крови // Лабораторное дело. 1983. №3. С.33.
4. Лукьянова Л.Д. Современные проблемы гипоксии // Вестник РАМН. 2000. №9. С.3-12.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. 2-е изд. М. 2006. С.164-216.
6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С. и др. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия // М., Коллекция «Совершенно секретно», 2003. 208 с.
7. Смирнов Л.Д. Антиоксиданты гетероароматического ряда. Структура; активность, медицинское применение // 2 съезд Российского научного общества фармакологов: Тезисы докладов. М., 2003. С.171.
8. Шахова Е.Г. Эффективность хирургических методов лечения хронических ринитов // Российская ринология. 2005. №2. С.61.