

Международный научно-практический журнал

# ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Восточная Европа

[www.recipe.by](http://www.recipe.by)

2016, том 6, № 1

## Беларусь

### Учредители:

УП «Профессиональные издания»,  
ГУ «Республиканский научно-практиче-  
ский центр оториноларингологии»

### Журнал зарегистрирован

Министерством информации  
Республики Беларусь 19 октября 2010 г.  
Регистрационное свидетельство № 583

### Адрес редакции:

220012, Минск, ул. Чернышевского, 10а,  
оф. 805  
Тел.: (017) 280 01 12, (017) 280 88 09  
e-mail: lor@recipe.by

**Директор** Евтушенко Л.А.

**Заместитель главного редактора**  
Малышева Е.В.

**Руководитель службы рекламы  
и маркетинга** Коваль М.А.

**Технический редактор** Каулькин С.В.

## Украина

### Учредитель:

УП «Профессиональные издания»

### Журнал зарегистрирован

Государственной регистрационной службой  
Украины 5 октября 2011 г.  
Регистрационное свидетельство КВ  
№ 18187-6987Р

### Представительство в Украине:

ООО «Издательский дом  
«Профессиональные издания»

**Директор** Ильина В.А.

**Контакты:**  
Тел.: +38 (067) 363 65 05, (095) 091 24 50  
e-mail: profidom@ukr.net

## Россия

### Учредители:

ООО «Вилин»  
При содействии ФГБУ «Научно-клинический  
центр оториноларингологии Федерального  
медико-биологического агентства»

### Журнал зарегистрирован

Федеральной службой  
по надзору в сфере связи,  
информационных технологий  
и массовых коммуникаций  
Регистрационное свидетельство  
ПИ № ФС77-63514

## Подписка

в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь) индивидуальный индекс 00112; ведомственный индекс 001122

В Украине подписка оформляется через офис ООО «Издательский дом «Профессиональные издания».

В электронных каталогах «Газеты и журналы» на сайтах агентств: ООО «Информнаука» (Российская Федерация), ЗАО «МК-Периодика» (Российская Федерация), ГП «Пресса» (Украина), ГП «Пошта Молдовей» (Молдова), АО «Летуос паштас» (Литва), ООО «Подписное агентство PK5» (Латвия), Фирма «INDEX» (Болгария), Kubon&Sagner (Германия), индекс 00112

Электронная версия журнала доступна в Научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU,  
в базе данных East View, в электронной библиотечной системе IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию в г. Минске и представительство издательства в г. Киеве.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Цена свободная.

Подписано в печать: 08.04.2016

Тираж 600 экз. (Беларусь)

Тираж 1 500 экз. (Украина)

Тираж 3 500 экз. (Россия)

Заказ №

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная.

**Отпечатано** в типографии

ООО «ТМ АРГО-ГРАФИКС»

г. Минск, ул. Мележа, 1, оф. 221

Тел.: (017) 262 71 91. Лиц. № 02330/110 от 03.04.2009.

© «Оториноларингология. Восточная Европа»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов издания возможно только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2016

© Оформление и дизайн УП «Профессиональные издания», 2016

International scientific journal  
**OTORINOLARYNGOLOGY. EASTERN EUROPE**  
 OTORINOLARINGOLOGIJA. VOSTOCHNAJA EVROPA

**www.recipe.by**

**2016, volume 6, № 1**

**Belarus**

**Founder:**

UE «Professional Editions»  
 SE «National Centre of Otorhinolaryngology»

**The journal is registered**

in the Ministry of information  
 of the Republic of Belarus 19.10.2010  
 Registration certificate № 583

**Address of the editorial office:**

220012, Minsk, Chernyshevsky str., 10a/805  
 Phone: +375 (017) 280 01 12,  
 +375 (017) 280 88 09  
 e-mail: lor@recipe.by

**Director** L. Evtushenko

**Deputy editor-in-chief** E. Malysheva

**Head of advertising and marketing**

M. Koval

**Technical editor** S. Kaulkin

**Ukraine**

**Founder:**

UE «Professional Editions»

**The journal is registered**

at the State registry of Ukraine 05.10.2011  
 Registration certificate KV № 18187-5987R

**Representative Office in Ukraine:**

LLC «Publishing house «Professional Edition»

**Director** V. Ilyina

**Contacts:** phone: +38 (067) 363 65 05,  
 (095) 091 24 50

e-mail: profidom@ukr.net

**Russia**

**Founders:**

LLC "Vilin"  
 With assistance of FSBI "Scientific Clinical  
 Centre of Otorhinolaryngology Federal  
 Medico Biological Agency;  
 UE "Professional Editions"

**The journal is registered**

by the Federal Service for Supervision of  
 Communications, Information Technology,  
 and Mass Media  
 Registration certificate PE № FS77-63514

**Subscription:**

in the Republican unitary enterprise «Belposhta» individual index – 00112; departmental index – 001122

In Ukraine the subscription is made out through office LLC «Publishing house» Professional Edition»

In the electronic catalogs «Newspapers and Magazines» on web-sites of agencies: LLC «Informnauka» (Russian Federation); JSC «MK-Periodika» (Russian Federation); SE «Press» (Ukraine); SE «Poshta Moldovey» (Moldova); JSC «Letuvos pashtas» (Lithuania); LLC «Subscription Agency PKS» (Latvia); «INDEX» Firm agency (Bulgaria); Kubon&Sagner (Germany) index 00112

The electronic version of the journal is available on the Scientific electronic library eLIBRARY.RU,  
 in the East View database, in the electronic library system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office in Minsk and publishing house representation in Kiev.

The frequency of journal is 1 time in 3 months.  
 The price is not fixed.

Sent for the press 08.04.2016  
 Circulation is 600 copies (Belarusian).  
 Circulation is 1 500 copies (Ukraine).  
 Circulation is 3 500 copies (Russian).  
 Order №

Format 70×100 1/16. Litho

**Printed** in printing house

LLC «TM ARGO-GRAFIKS»  
 Minsk, Melezh` St., 1, of. 221  
 phone: +375 (017) 262 71 91  
 License № 02330/110 from 03.04.2009

© **Otolaryngology, Eastern Europe**

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is possible only with written permission of edition with an obligatory reference to the source.

© «Professional Editions» Unitary Enterprise, 2016

© Design and decor of «Professional Editions» Unitary Enterprise, 2016

**Научные публикации.****Оригинальные исследования**

Хронический гнойный средний отит:  
реконструкция среднего отдела уха –  
возможности и перспективы  
*Меланьин В.Д., Хоров О.Г.,  
Мухамедов И.Т.* ..... 10

Зависимость уровня экспрессии  
конститутивной циклооксигеназы  
в тканях полости носа от типа  
назального полипоза  
*Кошель И.В.* ..... 20

Горизонтальный вестибулоокулярный  
рефлекс у пациентов  
с болезнью Паркинсона  
*Аленикова О.А., Лихачев С.А.* ..... 31

Механизм длительной остановки  
дыхания во сне у пациентов с синдромом  
обструктивного апноэ во сне  
*Зайкина Н.Л., Колядич Ж.В.,  
Семеник Т.А., Андрианова Т.Д.,  
Ряжечкин А.О., Кульчицкий В.А.* ..... 40

Оценка результатов  
интратимпанального введения  
глюкокортикостероидных гормонов  
при лечении острой нейросенсорной  
тугоухости  
*Казачонок Т.М.* ..... 47

Анализ аудиологического скрининга  
у новорожденных и детей первого года жизни  
*Тулбаев Р.К., Буркутбаева Т.Н.,  
Тулепбекова Н.М.* ..... 55

Устранение сквозных дефектов наружного  
носа пластикой из материала  
с использованием аллохряща  
*Иванов С.А., Шляга И.Д.* ..... 64

Сравнительный анализ симптомов  
острого риносинусита  
*Перминов А.Б., Сакович А.Р.* ..... 72

Нейротрофические факторы и их  
влияние на течение экспериментальной  
нейросенсорной тугоухости  
*Цымбалюк В.И., Тимен Г.Э.,  
Белоусова А.А., Винничук П.В.,  
Руденька Е.Л.* ..... 77

Комплексная противорецидивная терапия  
полипозного риносинусита  
*Лупырь А.В.* ..... 87

**Обзоры и лекции**

Десенситизация аспирином у пациентов  
с астматической триадой  
*Еременко Ю.Е., Котович А.Н.* ..... 99

Тонзиллэктомия при хроническом  
декомпенсированном тонзиллите  
*Макарина Кибак Л.Э., Саливончик Е.И.* ..... 106

**Применение лекарственных средств**

Лечение дизосмий при некоторых  
ринологических заболеваниях  
*Шушляпина Н.О., Журавлев А.С.,  
Носова Я.В.* ..... 120

Оценка применения препарата Фуразол  
при заболеваниях глотки  
*Пухлик С.М., Тагунова И.К.* ..... 129

Современное лечение гнойной  
инфекции в оториноларингологии  
*Садовский В.И., Сухарев А.А.,  
Черныш А.В.* ..... 140

Местная терапия в лечении  
гнойно-воспалительных заболеваний  
носоглотки у детей\*  
*Безшапочный С.Б., Куценко Б.А.,  
Гришина И.С.* ..... 144

**Информация**

Концепция рационального применения  
антибиотиков в амбулаторной практике  
в эпоху глобального распространения  
антибиотикорезистентных возбудителей ..... 149

**Scientific publications. Original researches**

Chronic purulent otitis media: reconstruction of the middle ear – possibilities and prospects  
*Melanyin V., Khorov O., Mukhamedov I.*..... 10

Dependence of constitutive cyclooxygenase expression level in tissues of nasal cavity from nasal polyposis type  
*Koshel I.*..... 20

Horizontal vestibulo-ocular reflex in patients with Parkinson's disease  
*Alenicova O., Likchachev S.*..... 31

Mechanism of long-term breathing arrest during sleep in patients with obstructive sleep apnea syndrome  
*Zaikina N., Kaliadzich Zh., Semenik T., Andrianova T., Riazzechkin A., Kulchitsky V.*..... 40

Evaluation of the results of intratympanic glucocorticosteroids administration in the treatment of acute sensorineural hearing loss  
*Kazachonok T.*..... 47

Analysis of hearing screening in newborns and infants  
*Tulebayev R., Burkutbayeva T., Tulepbekova N.*..... 55

Reconstruction of the full-thickness defects of the nose by plastic material using allogene cartilage  
*Ivanov S., Shlyaga I.*..... 64

Comparative analysis of symptoms of acute rhinosinusitis  
*Perminov A., Sakovich A.*..... 72

Neurotrophic factors and their influence on the course of the experimental aminoglycoside ototoxicity  
*Tsybaliuk V., Timen G., Belousova A., Vinnychuk P., Rudenka E.*..... 77

Comprehensive anti-relapse therapy of polypous rhinosinusitis  
*Lupyr A.*..... 87

**Reviews and lectures**

Desensitization of aspirin in aspirin-exacerbated respiratory disease  
*Eremenko Ju., Katovich A.*..... 99

Tonsillectomy in chronic decompensate tonsillitis  
*Makaryna Kibak L., Salivonchik E.*..... 106

**Drugs applying**

Dysosmia treatment in certain rhinology diseases  
*Shushliapina N., Zhuravlev A., Nosova Ya.*..... 120

Evaluation of the use of the drug Furasol for diseases throat  
*Pukhlik S., Tagunova I.*..... 129

Modern treatment of purulent infection in otorhinolaryngology  
*Sadovsky V., Sucharev A., Chernysh A.*..... 140

The local therapy in the treatment of inflammatory diseases of the nasofarynx of children  
*Bezshapochny S., Kutsenko B., Gryshyna I.*..... 144

**Information**

The concept of rational use antibiotics in ambulatory practice in the era of global distribution antibiotic-resistant pathogens ..... 149

---

Шушляпина Н.О., Журавлев А.С., Носова Я.В.  
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Shushliapina N., Zhuravlev A., Nosova Ya.  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

## Лечение дизосмий при некоторых ринологических заболеваниях

Dysosmia treatment in certain rhinology diseases

---

### Резюме

В работе рассматривается диагностика и лечение обонятельных нарушений, связанных с нарушениями носового дыхания. Предлагается доказательный подход при анализе результатов лечения респираторных дизосмий на основе данных форсированной задней активной риноманометрии и компьютерной ольфактометрии, что позволяет повысить объективизацию процесса диагностики. Установлено, что их консервативное лечение в сочетании с фитопрепаратом Синупрет способствует более быстрому регрессу субъективных и объективных показателей у пациентов с острым и хроническим ринитом.

**Ключевые слова:** ринология, дизосмия, ольфакторная область, носовое дыхание, риноманометрия.

---

### Abstract

Diagnostic and treatment of olfactory disorders, associated with impaired nasal breathing are described in the paper. Proposed evidence-based medicine approach in analyzing of the results for the treatment of respiratory disosmia, which based on forced back active rhinomanometry and computer olfactometry data, which improves the diagnostic objectification process. It has been established that their conservative treatment in combination with phytopreparation Sinupret promotes faster regression of subjective and objective parameters in patients with acute and chronic rhinitis.

**Keywords:** rhinology, dysosmia, olfactorical area, nasal breathing, rhinomanometry.

---

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Обонятельный анализатор в жизнедеятельности человека играет важную роль, оказывает влияние на мироощущение, воздействует на настроение, самочувствие, работоспособность человека, вызывает эмоции и воспоминания, предупреждает об опасности. Анализ обонятельной функции способствует изучению патогенеза большинства ринологических заболеваний, кроме того, нарушение работы обонятельного анализатора считается одним из биологических маркеров, связанных с различными заболеваниями: болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и опухоли головного мозга. Но, к сожалению, в практике врача-оториноларинголога функция обоняния исследу-

---

ется не так часто. Это в первую очередь связано с отсутствием общепринятых количественных показателей нормы и патологии обоняния, например, таких, какие существуют для исследования слуха и зрения. Это в ряде случаев может приводить к снижению достоверности диагностики и, как следствие, к несвоевременно назначаемой терапии, а в последующем – способствовать возникновению необратимых функциональных нарушений обонятельного эпителия с полной потерей одоривекторной чувствительности.

Очень часто главным проявлением ринологической патологии является связанный между собой респираторно-обонятельный симптомокомплекс. В первую очередь, у таких пациентов страдает слизистая оболочка с ее железистыми клетками, в которой отмечается рост самых различных микроорганизмов: бактерий, вирусов и грибов, поэтому, проникая в слизистую оболочку, микроорганизмы вызывают отек, а также повышение продукции секрета слизистых желез и десквамацию эпителия. Отек слизистой оболочки носа и, как следствие, сужение просвета носовых ходов приводят к затруднению носового дыхания, нарушению дренажа околоносовых пазух, что создает благоприятные условия для активизации условно-патогенной микрофлоры и обуславливает развитие бактериальных осложнений. Кроме того, при воспалении слизистой оболочки носа развиваются отек и обструкция обонятельной области, блокирование которой затрудняет прохождение одоривектора к обонятельным рецепторам и в последующем может приводить к функциональным нарушениям и/или гибели рецепторных нейронов. В силу анатомо-физиологических особенностей зачастую механизмы дыхания и обоняния неразрывно связаны друг с другом, поэтому очень важно устранить отек слизистой оболочки носа, в том числе для предотвращения развития дизосмий и других осложнений. Большое значение в способности ощущать запахи принадлежит секрету Боуменовых желез, который тонким слоем смачивает обонятельный эпителий полости носа. Молекулы одоривектора, прежде чем достичь обонятельного рецептора, растворяются в жидкости Боуменовых желез. В эту жидкость погружены и волоски обонятельных клеток. Установлено, что гипо- или гиперсекреция этих желез может нарушать двигательную активность волосков обонятельного эпителия, которые не способны улавливать молекулы одоривектора.

Среди пациентов с ЛОР-заболеваниями ринологическая патология является причиной 75% диагностируемых нарушений обоняния [1]. Потеря обоняния обнаруживается примерно у одной четверти пациентов с хроническими риносинуситами без полипов и более чем у 80% пациентов с хроническим полипозным риносинуситом [2, 3]. Около 15% пациентов с аллергическим ринитом страдает дизосмиями [4]. По мнению ряда авторов [5], типичным признаком острого ринита является временное нарушение обоняния, обусловленное отеком слизистой оболочки и гиперсекрецией слизи. Согласно исследованиям, проведенными авторами [6], установлено, что около 80% пациентов с хроническими риносинуситами (без полипов) имеют нарушение обоняния, обусловленное кондуктивными причинами, основным проявлением которых является отек, утолщение слизистой оболочки латеральной стенки полости носа, приводящие к затруднению или блокированию прохождения воздуха к

---

обонятельной зоне. При этом принципиально важным вопросом является длительность болезни и необратимый переход инфильтративного воспаления в стойкое фиброзное перерождение.

Ряд других авторов [7] у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом обнаружили, что нарушение обоняния имеет в большинстве случаев смешанный генез за счет комбинации кондуктивных факторов. К кондуктивным причинам относят как тотальную/субтотальную обструкцию носовых ходов полипами, так и изолированное сужение обонятельной щели отечной и/или полипозно измененной слизистой оболочки. В этих случаях в пользу воспалительного генеза дизосмий говорит связь, обнаруженная между концентрациями триптазы, эозинофильного катионного протеина, интерлейкинов -8 и -5 и снижением обоняния.

Многочисленные исследования, проведенные в последние годы, показали распространенность обонятельных расстройств у пациентов с аллергическим ринитом, которая по результатам исследователей варьирует от 21,4% до 60% [4]. По данным Богданова В.В. и соавт. (2013 г.) [8], более чем 40% пациентов с аллергическим ринитом (вне зависимости от пола и возраста) имеют нарушение обоняния. В проведенных исследованиях наиболее значительные изменения наблюдались в результате порогового теста Sniffin 'Sticks, которые были существенно снижены как у пациентов с круглогодичным, так и сезонным аллергическим ринитом. По мнению авторов, это свидетельствует о том, что основные нарушения происходят в периферическом отделе обонятельного анализатора.

В исследованиях последних лет появились данные, что нарушение обоняния при аллергическом рините связано не только с обструкцией носовых ходов отеком слизистой оболочки и с гиперсекрецией слизи, а и с такими маркерами аллергического воспаления, как концентрация эозинофилов, эозинофильного катионного белка и триптазы в носовой слизи [9]. При кондуктивном механизме нарушения обоняния большую роль играют не только обструкция носовых ходов непосредственно вблизи regio olfactoria, но и сужение носовых ходов сразу за клапаном носа, которое нарушает нормальное прохождение воздуха через всю полость носа к обонятельной щели [10]. Таким образом, в большинстве случаев работа обонятельного анализатора нарушается лишь вторично за счет отека и блокирования обонятельной области, поэтому для успешного лечения обонятельных расстройств респираторного характера необходима терапия основного заболевания, направленная на устранение обструкции и блока обонятельной зоны.

В ряде случаев пациенты не отмечают развития дизосмий, особенно на ранних стадиях заболевания, что в последующем не позволяет начать вовремя адекватную терапию. Так, по данным Богданова В.В. и соавт. (2013 г.) [11] у ¼ пациентов с хроническим ринитом и искривлением носовой перегородки присутствует нарушение обоняния, причем почти половина таких пациентов не знали о том, что их обоняние снижено.

Но на сегодняшний день в клинической практике существует проблема диагностики обонятельной дисфункции на пути к формулированию показаний к лечению пациентов с дыхательно-обонятельными расстройствами. Большинство предлагаемых методов и устройств не отвечают современным стандартам доказательной медицины [12]: обладают

---

большой методической сложностью, затрудняющей их применение в повседневной клинической практике, высокой субъективностью и низкой повторяемостью результатов обследования. Отсутствие достоверных диагностических данных о степени дисфункции обонятельного анализатора с учетом аэродинамических характеристик воздушного потока в носовой полости не позволяет на доказательном уровне выбрать адекватную лечебную тактику.

## ■ ЦЕЛЬ

Повышение эффективности этиопатогенетической консервативной терапии при лечении пациентов с респираторными дизосмиями и оценка состояния обонятельной функции с учетом одоривекторной чувствительности в динамике.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 66 пациентов (40 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет, которые находились на стационарном лечении оториноларингологического отделения областной клинической больницы – Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф на базе Харьковского национального медицинского университета. Все они были разделены на 4 группы в зависимости от нозологии, каждая из которых, в свою очередь, разделена на 2 подгруппы с учетом получаемой терапии.

Первая группа – 15 пациентов с острым ринитом на фоне ОРЗ. Основная подгруппа состояла из 8 пациентов, которым проводилась традиционная терапия: сосудосуживающие средства (фармазолин – по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день), носовые души (квикс – по 1 орошению в каждый носовой ход 3 раза в день). Кроме того, в схеме лечения данных пациентов применялся фитопрепарат – Синупрет, внутрь по 2 драже 3 раза в сутки. Курс терапии составил 10 дней. Подгруппа сравнения – 7 пациентов, пролеченных по традиционной схеме.

Вторая группа – 24 пациента с хроническим серозным риносинуситом. Основная подгруппа состояла из 12 пациентов, которым также проводилась традиционная терапия: сосудосуживающие препараты (фармазолин – по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день), носовые души (квикс – по 1 орошению в каждый носовой ход 3 раза в день), с включением Синупрета – по 2 драже 3 раза в сутки. Курс терапии составил 10 дней. Контрольная подгруппа состояла из 12 пациентов, пролеченных с помощью той же схемы без фитопрепарата.

Третья группа – 14 пациентов с хроническим полипозным риносинуситом. Основная подгруппа – 7 пациентов, которым проводилась традиционная терапия: сосудосуживающие препараты (фармазолин – по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день), носовые души (квикс – по 1 орошению в каждый носовой ход 3 раза в день), кортикостероидные препараты для местного применения (авамис – по 1 орошению в каждый носовой ход 2 раза в день), с включением Синупрета – по 2 драже 3 раза в сутки, на курс лечения 10 дней. Контрольная подгруппа – 7 пациентов, пролеченных традиционной схемой.

Четвертая группа – 13 пациентов с хроническим круглогодичным ринитом. Основная подгруппа – 7 пациентов, которым проводилась



---

традиционная терапия: сосудосуживающие препараты (фармазолин – по 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день), носовые души (квикс – по 1 орошению в каждый носовой ход 3 раза в день), кортикостероидные препараты для местного применения (авамис – по 1 орошению в каждый носовой ход 2 раза в день), десенсибилизирующие средства (никсар – внутрь по 1 таблетке в день), с включением Синупрета – по 2 драже 3 раза в сутки. Курс терапии составил 10 дней. Контрольная подгруппа – 6 пациентов, пролеченных традиционной схемой.

При обследовании применялись следующие методы:

1. Опрос пациента с использованием 5-балльной субъективной шкалы оценки дизосмии. Она была разработана и внедрена на кафедре оториноларингологии ХНМУ. В соответствии с ней: 5 баллов – нормальное обоняние (не нарушено), 4 и 3 балла – обоняние нарушено в незначительной степени; 2 и 1 балл – обоняние нарушено в значительной степени; 0 – полное отсутствие обоняния.
2. Стандартное оториноларингологическое обследование, а также использование эндоскопического исследования полости носа и носоглотки.
3. Носовое дыхание определялось путем изучения показателя аэродинамического носового сопротивления методом задней активной риноманометрии. Для этого применялся компьютерный риноманометр для тестирования носового дыхания (КРМ типа ТНДА, Патент Украины на изобретение № 94853).
4. Исследование обонятельной функции проводилось с помощью компьютерного ольфактометра, использующего оригинальный метод обработки сигналов дыхательных тестов при действии различных типов одоривекторов.

Для определения эффективности лечения обследуемых пациентов субъективные и объективные признаки регистрировали до и после лечения. Эффективность назначаемой консервативной терапии с использованием Синупрета проводили, учитывая динамику субъективных ринологических симптомов: уменьшение заложенности носа, восстановление дыхательной функции, уменьшение секреции, восстановление обоняния, а также объективных признаков – уменьшение отека и сокращение полипозной ткани, уменьшение секрета и т.д.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В субъективном статусе первостепенными жалобами у всех обследуемых пациентов были нарушение дыхания и заложенность носа.

Только в ходе детального сбора анамнеза, а также с использованием разработанной нами 5-балльной шкалы выраженности субъективных симптомов нарушения обоняния было выявлено, что в 1-й группе наблюдения снижение обоняния отмечали 10 пациентов (66,7%), что соответствует 3,2 баллам, во 2-й группе – 11 пациентов (45,9%), что соответствует 2,5 баллам, в 3-й группе – 12 пациентов (85,7%) – 2,1 балла и в 4-й группе – 5 пациентов (38,4%) – 3,4 балла. На отсутствие обоняния жаловались 2 пациента из 1-й группы наблюдения.

По результатам оториноларингологического осмотра с использованием эндоскопической визуализации было установлено видимое блокирование обонятельной области в 1-й группе наблюдения у 2 па-

---

циентов (13,3%), во 2-й группе – у 7 пациентов (29,1%), в 3-й группе – у 12 пациентов (85,7%) и в 4-й группе – у 5 пациентов (38,4%).

По результатам задней активной риноманометрии увеличение аэродинамического носового сопротивления было выявлено в 1-й группе наблюдения у 6 пациентов (40%), во 2-й группе – у 11 пациентов (45,8%), в 3-й группе – у 12 пациентов (85,7%) и в 4-й группе – у 8 пациентов (61,5%). Следовательно, можно сделать вывод, что у 56% пациентов нарушена дыхательная функция носа.

По результатам ольфактометрии отсутствие нарушений обоняния в 1-й группе наблюдения было выявлено у 3 пациентов (20%), anosmia у 2 пациентов, что соответствует 13,3%. Гипосмия наблюдалась у 10 пациентов (66,6%). Из них у 5 (50 %) была выявлена гипосмия по кондуктивному типу и 5 (50%) – по смешанному типу. Среднее значение энергии носового дыхания при определении порога ощущения составило  $3,6 \pm 0,2$  кал. по кондуктивному и  $4,1 \pm 0,1$  кал. – по смешанному типу. При anosmia мощность дыхания и энергию одоривектора определить не представилось возможным.

Во 2-й группе наблюдения с учетом ольфактометрии у 11 пациентов (45,8%) была выявлена гипосмия. Из них у 10 (91%) была выявлена гипосмия по кондуктивному типу и 1 (9%) – по смешанному типу. Среднее значение энергии носового дыхания при определении порога ощущения (водный раствор валерианы, 0,05%) составило  $3,9 \pm 0,08$  кал. по кондуктивному типу и  $4,3 \pm 0,1$  кал. – по смешанному.

В 3-й группе наблюдения по данным ольфактометрии отсутствие нарушений обоняния зарегистрировано у 2 пациентов (14,3%). У 12 пациентов (85,7%) была выявлена гипосмия по кондуктивному типу. Среднее значение энергии носового дыхания при определении порога ощущения одоривектора (водный раствор валерианы, 0,05%) соответствовало  $4,9 \pm 0,2$  кал.

В 4-й группе наблюдения выявлено, что у 6 пациентов (85,1%) была обнаружена гипосмия. Среди них у 5 (91 %) отмечена гипосмия по кондуктивному типу и 1 (9%) – по смешанному типу. При этом среднее значение энергии носового дыхания при определении порога ощущения составило  $3,6 \pm 0,8$  кал. в соответствии с кондукторным типом дыхания и  $3,8 \pm 0,2$  кал. со смешанным типом дыхания.

Среди общего числа наблюдений у 32 (48,5%) была выявлена гипосмия по кондуктивному типу и 7 (10,6%) – по смешанному типу.

Таким образом, выявлено, что у 48,5% из общего числа пациентов расстройство обоняния было связано только с периферическим фактором (механическое затруднение попадания одоривектора в обонятельную зону), у 10,6% связано с дисфункцией центральных структур обонятельного анализатора.

При сравнении эффективности лечения в группе пациентов, получавших Синупрет в комбинации с традиционной терапией, оценка эффективности в 1-й и 4-й группах расценена как высокая и составила 62,5% и 71,4%. Во 2-й группе оценка эффективности соответствовала средней степени и составила 50%. В 3-й группе оценка эффективности расценивалась как низкая и соответствовала 42,9% (табл.).

Критериями клинической эффективности служили жалобы пациентов, данные инструментальных и респираторных методов исследования.

**Оценка эффективности лечения пациентов при некоторых заболеваниях полости носа и параназальных синусов в соответствии с проводимой терапией**

Оценка эффективности проведенного лечения	1-я клиническая группа		2-я клиническая группа		3-я клиническая группа		4-я клиническая группа	
	Основная подгруппа (n=8)	Контрольная подгруппа (n=7)	Основная подгруппа (n=12)	Контрольная подгруппа (n=12)	Основная подгруппа (n=7)	Контрольная подгруппа (n=7)	Основная подгруппа (n=7)	Контрольная подгруппа (n=6)
Высокая эффективность	5 (62,5%)	3 (42,9%)	1 (8,3%)	5 (41,7%)	2 (28,55%)	2 (28,55%)	5 (71,4%)	3 (50,0%)
Умеренная эффективность	2 (25,0%)	3 (42,9%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	2 (28,55%)	2 (28,55%)	1 (14,3%)	2 (33,3%)
Низкая эффективность	1 (12,5%)	1 (14,2%)	6 (50,0%)	6 (50,0%)	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	1 (16,7%)

Высокая клиническая эффективность определялась комплексом субъективных и объективных показателей: исчезновением заложенности носа, восстановлением дыхательной функции, исчезновением секреции, восстановлением обоняния, исчезновением отека. При этом отмечалось уменьшение носового сопротивления более чем в 1,3 раза, а энергия носового дыхания при определении порогов ощущения уменьшалась более чем в 5 раз.

Средняя клиническая эффективность определялась по субъективным показателям и объективным изменениям: неполное исчезновение заложенности носа, уменьшение секреции, отека, сокращение полипозной ткани. Носовое сопротивление уменьшалось в 1,1–1,3 раза, энергия носового дыхания при определении порогов ощущения уменьшалась в 3–5 раз.

Показатели низкой клинической эффективности характеризовались слабовыраженной динамикой субъективной и объективной картины. При этом носовое сопротивление уменьшалось не более чем в 1,1 раза, а энергия носового дыхания при определении порогов ощущения уменьшалась не более чем в 2 раза, т.е. фактически показатели объективных методов исследований не изменялись.

Таким образом, при оценке клинических результатов лечения отмечалась более высокая эффективность терапии, которая расценивалась как положительный результат в 1-й и 4-й группах пациентов, получавших Синупрет в комбинации с традиционной терапией, и соответствовала 62,5% и 71,4%, тогда как в контрольных подгруппах эффективность терапии была ниже и соответствовала 42,9% и 50,0%. Во 2-й и 3-й группе наблюдений эффективность терапии характеризовалась как средняя и низкая, что обусловлено наличием хронической патологии и, очевидно, необходимостью большего времени для оценки динамики.

После проведенного лечения констатировалось в целом уменьшение носового сопротивления до величины  $2,6 \pm 0,04$  кПа с/л в основной подгруппе наблюдения у пациентов с острым ринитом и  $2,9 \pm 0,36$  кПа с/л

---

в контрольной подгруппе; во 2-й группе –  $2,8 \pm 0,38$  кПа с/л в основной подгруппе и  $2,9 \pm 0,4$  кПа-с/л в контрольной подгруппе пациентов с хроническим серозным риносинуситом; в 3-й группе –  $3,3 \pm 0,43$  кПа с/л в основной подгруппе и  $3,2 \pm 0,45$  кПа-с/л в контрольной подгруппе; в 4-й группе –  $2,3 \pm 0,025$  кПа с/л в основной подгруппе и  $2,8 \pm 0,27$  кПа с/л в контрольной подгруппе.

После проведенной консервативной терапии зафиксировано незначительное снижение порогов ощущения при дизосмии в среднем по основной подгруппе по кондуктивному типу до  $2,8 \pm 1,6$  кал., и по смешанному типу –  $4,2 \pm 1,9$  кал. соответственно. В 3-й группе (с хроническим полипозным риносинуситом) улучшения обоняния не наблюдалось как в основной, так и контрольной подгруппах (пороги ощущения составили более 3,5 кал. при ошибках среднего 1,7 для обеих групп).

## ■ ВЫВОДЫ

1. Расстройство обоняния, подтвержденное данными ольфактометрии, встречается в 48,5% случаев среди пациентов, страдающих различными заболеваниями носа и околоносовых пазух. Оно встречается значительно чаще, чем об этом свидетельствует субъективный статус обследуемых. Это указывает на необходимость более детального анализа жалоб и анамнеза, а также расширения ольфактометрической диагностики всем пациентам с верификацией каждого анализатора в отдельности.
2. Консервативное лечение в сочетании с фитопрепаратом Синупрет способствует более быстрому регрессу субъективных и объективных симптомов у пациентов с острым и хроническим ринитом, чем при схеме лечения без применения фитопрепарата. Следовательно, результаты можно оценить как высокие. А у пациентов с хроническим риносинуситом, в том числе полипозном, в равной степени, как в основной, так и в контрольной подгруппах отмечалось незначительное улучшение субъективных и объективных признаков по отношению к традиционной схеме, что, скорее всего, обуславливает необходимость применения методов, направленных на хирургическую коррекцию внутриносовых структур.
3. У 10,6% пациентов имело место расстройство обоняния по смешанному типу, в связи с чем нельзя ожидать полного восстановления обонятельной функции после устранения факторов, механически препятствующих доступу одоривектора в обонятельную область, поэтому целесообразно в будущем таким пациентам применять терапию, направленную на восстановление рецепторных механизмов обоняния.
4. Результаты задней активной риноманометрии показали, что у пациентов с острым и хроническим круглогодичным ринитом эффективность восстановления носового дыхания в основных группах примерно на 20% выше, чем в группах сравнения.
5. Определение порогов ощущения по энергетическим характеристикам носового дыхания показало, что снижение мощности дыхания при появлении чувствительности на определенный запах наблюдается до 15% у пациентов с острым и хроническим круглогодичным ринитом.

---

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Damm M., Quante G., Jurk T., Sauer J.A. (2004) Nasal colonization with *Staphylococcus aureus* is not associated with the severity of symptoms or the extent of the disease in chronic rhinosinusitis. *Otolaryngol. Head. Neck Surg.*, vol. 131, no 3, pp. 200–206.
2. Delank K.W., Stoll W. (1998) Olfactory function after functional endoscopic sinus surgery for chronic sinusitis. *Rhinology*, vol. 36, no 1, pp. 15–19.
3. Lund V.J., Scadding G.K. (1994) Objective assessment of endoscopic sinus surgery in the management of chronic rhinosinusitis: an update. *J. Laryngol. Otol.*, vol. 108, pp. 749–753.
4. Cowart B.J., Flynn- Rodden K., McGeady S.J., Lowry L.D. (1993) Hyposmia in allergic rhinitis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, vol. 91, pp. 747–751.
5. Hummel T., Rothbauer C., Barz S. (1998) Olfactory function in acute rhinitis. *Ann. N.Y.Acad. Sci.*, vol. 30 no 855, pp. 616–624.
6. Kern R.C. (2000) Chronic sinusitis and anosmia: pathologic changes in the olfactory mucosa. *Laryngoscope*, vol. 110, no 7, pp. 1071–1077.
7. Landis B.N., Giger R., Ricchetti A. (2003) Retronasal olfactory function in nasal polyposis. *Laryngoscope*, vol. 113, no 11, pp. 1193–1197.
8. Bogdanov V., Zavadskij A., Bogdanov V.VI. (2013) Obonyatel'naya funkciya u bol'nyh sezonnyh i kruglogodichnyh allergicheskimi rinitom [Olfactory function in patients with seasonal and perennial allergic rhinitis]. *Zhurnal vushnih, nosovih i gorlovihih hvorob*, no 3, pp. 31–32.
9. Becker S., Pflugbeil C., Groger M. (2012) Olfactory dysfunction in seasonal and perennial allergic rhinitis. *Acta Otolaryngol.*, vol. 132, no 7, pp. 763–768.
10. Damm M., Vent J., Schmidt M. (2002) Intranasal volume and olfactory function. *Chem. Senses*, vol. 27, no 9, pp. 831–839.
11. Bogdanov V., Zavadskij A., Bogdanov V.VI. (2013) Sostoyanie obonyaniya pri iskrivlenii nosovoi peregorodki i dinamika ego izmenenij v posleoperacionnom periode [Status of smell with a deviated septum and dynamics of its changes in the postoperative period]. *Rossijskaya rinologiya*, no 2, pp. 45–46.
12. Piskunov G. (2011) *Rukovodstvo po rinologii*. M. : Litterra, 960 p. (in Russian).

---

Поступила / Received: 02.03.2016

Контакты / Contacts: [www.recipe.by](http://www.recipe.by)