

РАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА АСПІРИНАСОЦІЙОВАНИЙ ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУСИТ

- І. В. Кошель, к. мед. н., асист. каф. оториноларингол., офтальмол. з курсом хірург. голови та шиї
- *Івано-Франківський національний медичний університет*

Вступ

В останні роки відмічається значний ріст захворюваності носа та приносних пазух як в абсолютних числах, так і в структурі загальної ЛОР захворюваності. В Україні у 2014 році діагноз хронічного запального захворювання верхніх дихальних шляхів вперше встановлений 183337 пацієнтам, а захворюваність складала 427,3 випадки на 100000 населення [1, 2]. Аналогічна тенденція відмічається і в інших країнах Європи [3]. Хронічний риносинусит (ХРС), як правило, включає наявність назального поліпозу.

Лікування хронічних поліпозних риносинуситів на сучасному етапі залишається складним завданням, тому потребує подальшого удосконалення та неодмінного врахування складного мультифакторного патогенезу хвороби [3]. Більшість дослідників даної проблеми одноставні у переконанні, що основним і визначальним є комплексний підхід, головними компонентами якого на сучасному етапі є адекватне хірургічне втручання у комбінації з терапією топічними кортикостероїдами [4, 5]. Оптимальною оперативною методикою лікування вважається функціональна ендоназальна ендоскопічна хірургія [6].

На відміну від лікування інших видів поліпозу, хірургічне лікування аспіриносцізованого назального поліпозу (АНП), відповідно до його етіо-патогенезу, має свої особливості. Принципова позиція патогенезу АНП полягає в тому, що це є метаболічна хвороба, спричинена генетично-детермінованим дефектом конститутивної циклооксигенази – ключового ферменту метаболізму арахідонової кислоти [7, 8]. Тому хірургічне лікування цієї патології обміну є по своїй суті симптоматичним методом, оскільки видалення поліпів усуває тільки прояви хвороби, але не її причину, і ключова роль відводиться ранньому призначенню протирецидивного лікування [9].

Навіть сучасні мініінвазивні ендоскопічні втручання супроводжуються реактивними явищами у післяопераційному періоді. Вони проявляються такими морфологічними та функціональними змінами слизової оболонки, як пошкодження миготливого епітелію, набряк і ексудація, зміна реологічних характеристик носового секрету, дегенерація і втрата війок миготливими клітинами, зниження циліарної активності миготливого епітелію [6]. На фоні цих змін у ранньому післяопераційному періоді

розладнується процес фізіологічної регенерації слизової оболонки. У слизовій оболонці починають домінувати проліферативні зміни, формується локальна зона персистоючої мононуклеарної інфільтрації з тенденцією до патологічної колагенізації. Утворений за таких умов інфільтрат втрачає здатність до фізіологічного лізису, оскільки набряк тканин, накопичення в ньому патологічного вмісту, концентрація медіаторів запалення і продуктів метаболізму на фоні перманентного еозинофільного запалення створюють ідеальні умови для його подальшого прогресування. Регенеративний процес набуває ознак патологічного [10, 11].

Виходячи з цього, основною вимогою до ведення раннього післяопераційного періоду є досягнення якнайшвидшої ліквідації вищезгаданих реактивних явищ і спрямування процесу регенерації слизової оболонки у фізіологічне русло. Ми вважаємо за необхідне активно впливати саме на ранній післяопераційний період, оскільки спрямування його у фізіологічне русло є запорукою сприятливого перебігу віддаленого післяопераційного періоду, вагомою передумовою попередження рецидивів хвороби у майбутньому [6, 10]. Особливого значення це набуває у зв'язку з відчутним прогресом ендоскопічної ринохірургії, ощадливістю і функціональною спрямованістю якої часто викликають необхідність активізувати відтік патологічного вмісту із зони оперативного втручання, забезпечити повноцінне функціонування природного дренажу приносних пазух в післяопераційному періоді.

У ранньому післяопераційному періоді патогенетично обґрунтованим є використання препаратів, які проявляють антисептичні, протинабрякові, протизапальні, мукоактивні ефекти, які створюють можливості для фізіологічного очищення травмованої слизової оболонки і, таким чином, сприяють репаративній її регенерації [10]. Оскільки йдеться про локальні зміни у зоні оперативного втручання на фоні виразних системних метаболічних змін, фармакотерапія у цьому випадку, на наш погляд, поряд з місцевою, має бути системною, а вибір лікувальних середників визначатись з безумовним врахуванням впливу цих препаратів на функцію мукоциліарного апарату, і саме таке поєднання має зайняти чільне місце в післяопераційній тактиці лікування хворих на аспіриновий поліпоз. Цим вимогам відповідає сучасний комбінований стандартизований фітопрепарат з доведеною ефективністю і без-

пекою, який використовується для лікування гострих та хронічних риносинуситів і включає такі лікарські рослини як корінь генціани, квітки примули, траву щавлю, квітки бузини та траву вербени, що і обумовлює його багатогранний фармакологічний вплив [12, 13, 14].

Метою нашого дослідження було визначення ефективності комплексного фітонірингового препарату «BNO 101» у ранньому післяопераційному періоді у хворих на аспіриносційований поліпозний риносинусит.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 80 хворих віком від 24 до 57 років (середній $45,7 \pm 0,85$) з діагнозом «хронічний поліпозний риносинусит, асоційований із непереносимістю аспірину», які знаходились на стаціонарному лікуванні у ЛОР-відділенні обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська протягом 2012–2015 р.р. і мали показання до оперативного лікування. Жінок було 53 особи (66 %), чоловіків – 27 (34 %), що свідчить про тенденцію до більшого поширення вказаної патології серед жінок.

Лікування хворих на першому етапі включало в себе ендоскопічні оперативні втручання за методикою FESS. При наявності поєднаної патології порожнини носа (девіації носової перегородки, гіпертрофія носових раковин, синехії тощо) виконувались симультанні втручання. Метою симультанних операцій було створення умов для нормалізації основних функцій носової порожнини та забезпечення оптимального ендоскопічного доступу до елементів остіомеатального комплексу. Методом випадкового розподілу хворі були поділені на дві групи: досліджувану (основну) – 50 пацієнтів та контрольну – 30 пацієнтів.

Досліджувана (основна) група: 50 хворих, що отримували BNO 101 (Синупрет) з першого дня оперативного лікування згідно інструкції (2 драже або 50 крапель тричі на день) у комплексі з базовою терапією (туалет, анемізація носової порожнини, іригаційна терапія водними сольовими розчинами).

Контрольна група: 30 хворих, що отримували з першого дня оперативного лікування базову терапію (туалет, анемізація носової порожнини, іригаційна терапія водними сольовими розчинами).

Клінічна оцінка ефективності лікування проводилась за динамікою скарг хворих на головний біль, закладеність носа, виділення з носа в 1-й, 3-й та 7-й день післяопераційного періоду. Суб'єктивне покращання стану реєструвалось у випадку, коли виразність скарг не порушувала якість життя.

Інструментальна оцінка ефективності проводилась з використанням назальної пікфлуометрії – визначення пікової швидкості (ПОШ) видиху – на 1-й, 3-й, 7-й та 10-й день післяопераційного періоду. Вимірювання проводились триразово з допомогою модифікованого пікфлуориметра *Vitalograf* до та після анемізації слизової оболонки носової порожнини. Враховувався найкращий показник. Попередньо були визначені нормативні показники на здо-

рових волонтерах. Середні нормативні показники склали 185–205 л/хв. для однієї ніздрі. При аналізі даних вираховувався відсоток відхилення показників, отриманих у хворих, відносно нормативних. Показник не вираховувався, якщо його значення було нижче 60 л/хв., тобто граничної чутливості приладу.

Для оцінки відмінностей між групами був проведений однофакторний дисперсійний аналіз з наступним використанням критерію множинних порівнянь Тьюки при рівні значимості 0,05 [15].

Результати дослідження та їх обговорення

Під час розгляду скарг хворих нами в першу чергу бралось до уваги утруднення носового дихання, або закладеність носа. Скарги хворих оцінювались по кожній клінічній групі окремо, їх динаміка в процесі лікування проілюстрована на рис. 1.

Утруднення носового дихання в перший день післяопераційного періоду виявилось найбільш розповсюдженою ознакою і зустрічалось практично у всіх хворих обох груп – 96,6 % контрольної та 96 % дослідної. Виражена регресія цього клінічного симптому відзначалась вже на третю добу післяопераційної реабілітації і його відсоток становив у контрольній групі 16,6 % (5 осіб із 30), а в дослідній – 6 % (3 пацієнти із 50). Різниця між групами достовірна. На 7-у добу терапії носове дихання значно покращилось у більшості – 29 із 30 (96,6 %) хворих контрольної групи та у всіх 50 (100 %) пацієнтів дослідної. Констатовано достовірну різницю в підсумках лікування хворих дослідної та контрольної груп у контексті відновлення носового дихання на 3-й і 7-й день післяопераційного періоду.

На початку лікування у переважній більшості хворих мали місце густі, з геморагічними домішками виділення з порожнини носа, які часто засихали у кірки (рис. 1). Виділення з носа відмічені у 86,6 % (26 із 30) пацієнтів контрольної та 88 % (44 із 50) дослідної. Слід відзначити, що вже на 3-ю добу лікування кількість виділень та їх в'язкість суттєво зменшилась в обох групах хворих: поширеність цього симптому склала 13,3 % в контрольній та 8 % у дослідній групі (різниця між групами достовірна). На сьому добу лікування у хворих дослідної групи спостереження виділення з носа відмічені у одного пацієнта із 50 (2 %), в контрольній групі хворих цей симптом реєструвався у двох пацієнтів із 30 – 6,6 % випадків (різниця між групами достовірна).

У перший день післяопераційного періоду головний біль турбував 83,3 % (25 із 30) пацієнтів контрольної групи та 90 % (45 із 50 осіб) дослідної (рис. 1). На третій день після оперативного втручання головний біль відмічали 20 % (6 із 30) пацієнтів контрольної та 2 % (1 із 50) дослідної (різниця між групами достовірна). На сьомий день скарги на головний біль відмічали 10 % (3 із 30) пацієнтів тільки контрольної групи. У дослідній групі пацієнти на сьомий день післяопераційного періоду на головний біль не скаржились. Відмічено достовірну

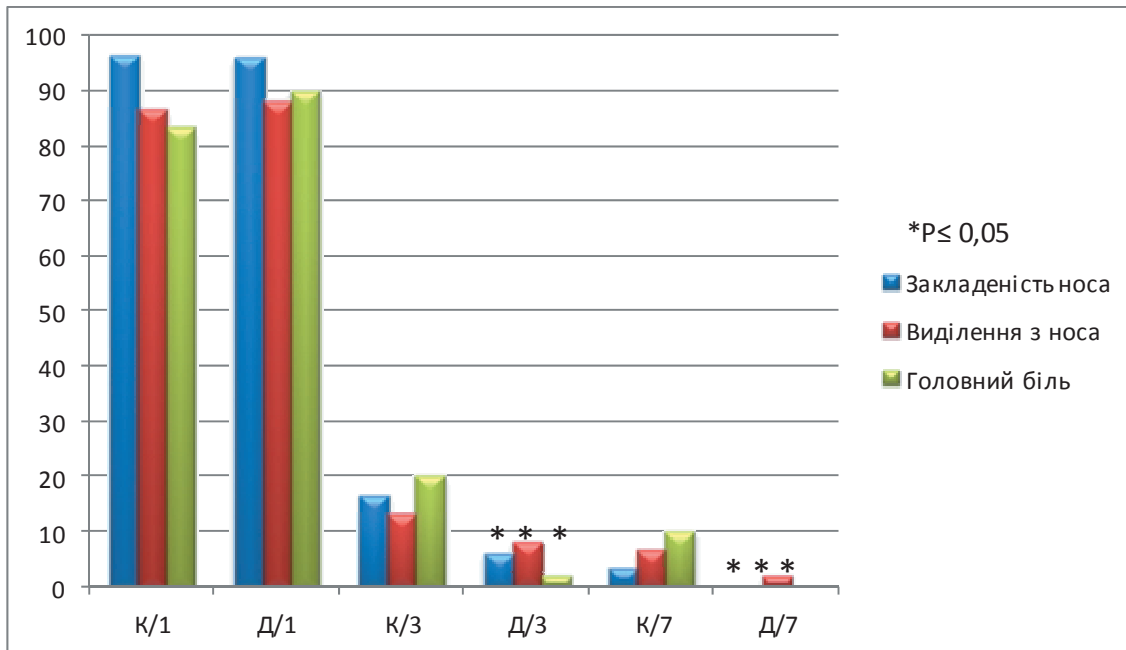


Рис. 1. Динаміка суб'єктивних скарг хворих

різницю у підсумках лікування хворих дослідної та контрольної груп по критерію наявності головного болю на 3-й і 7-й день післяопераційного періоду.

Таким чином, нормалізація реології носового слизу, а також збалансована протизапальна та протинабрякова дія компонентів фітонірингового препарату зумовили швидшу (у порівнянні з контролем) елімінацію таких симптомів як закладеність, виділення з носа, головний біль у хворих дослідної групи.

Хірургічне лікування аспіринового поліпозу є по своїй суті симптоматичним методом. Безумовно, у контексті лікування поліпозу при гіперчутливості до аспірину, хірургічне видалення поліпів усуває тільки прояви хвороби, але не її причину, а основна мета втручання – полегшення симптомів назальної обструкції. Проте суб'єктивне відчуття покращання носового дихання не може бути повноцінним критерієм ефективності даного лікування, оскільки після повної назальної обструкції навіть незначне суб'єктивне

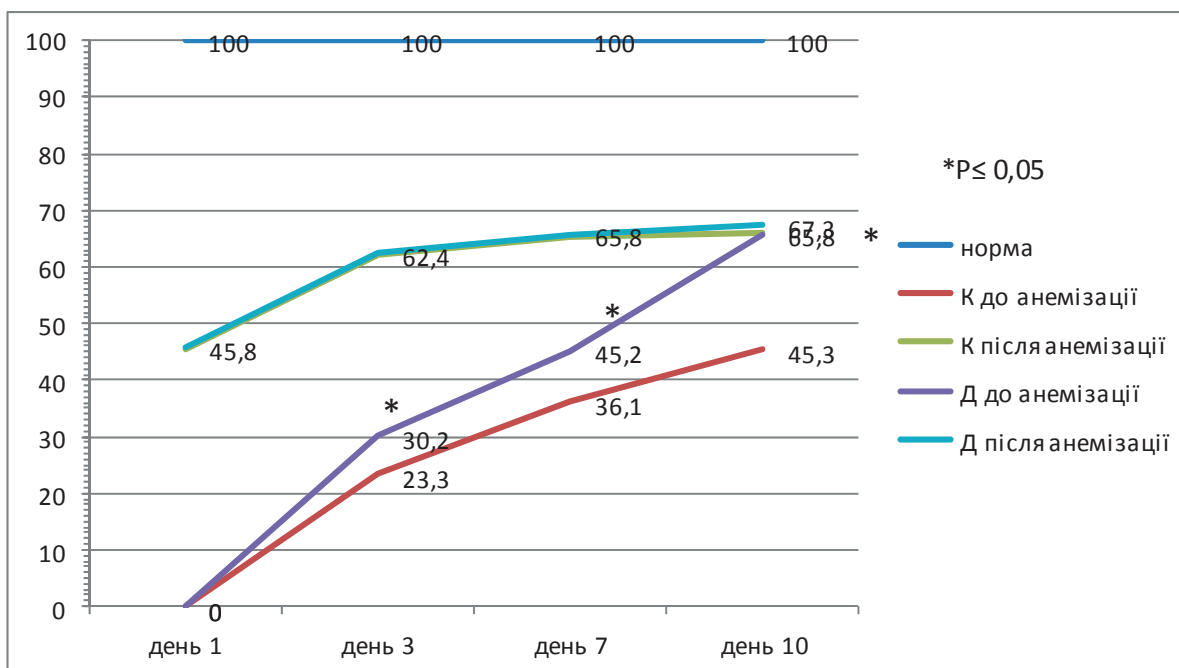


Рис. 2. Динаміка відновлення носового дихання за даними назальної пікфлуометрії

полегшення носового дихання досить позитивно сприймається пацієнтами. Тому динаміка перебігу післяопераційного періоду була об'єктивізована з використанням назальної пікфлуометрії. При аналізі даних вираховувався відсоток відхилення показників, отриманих у хворих, відносно нормативних, визначених у здорових осіб (рис. 2).

Як видно із даних, наведених у таблиці, у всіх хворих обох груп у перший день післяопераційного періоду відмічались явища повної назальної обструкції. Після анемізації слизової оболонки носової порожнини покращання назальної прохідності відмічали також всі без винятку хворі. Але за даними пікфлуометрії, показники назальної прохідності були майже вповнину гірші від нормативної: 45,8 % в дослідній і 45,6 % в контрольній групі.

На третій день післяопераційної реабілітації пацієнти обох груп уже відмічали суб'єктивне покращання носового дихання. При об'єктивній оцінці в контрольній групі без анемізації показники ПОШ видошу були 23,3 % від нормативної. В групі, де в схему лікування був включений «Синупрет», показники швидкості видошу без анемізації були трохи кращі – 30,2 % від нормативної (достовірна різниця між групами). Після анемізації в обох групах ці показники значно покращились – до 62,4 % від нормативної в дослідній і до 62,2 % – в контрольній.

На сьомий день післяопераційного періоду паралельно із суб'єктивним покращанням носового дихання покращувались показники назальної пікфлуометрії без анемізації в обох групах хворих. Але в дослідній групі її результати були кращими від контрольної: 45,2 % проти 36,1 % відповідно (різниця між групами достовірна). Після анемізації показники обох груп практично не відрізнялись, як між собою, так і від результатів попередніх вимірювань: 65,8 % в дослідній і 65,4% – в контрольній.

На 10-й день післяопераційного періоду показники швидкості назального видошу в дослідній групі майже повністю відповідали тим, що були отримані після анемізації слизової оболонки носової порожнини: 65,8 % проти 67,3 %, проте до нормативних так і не наблизились. У контрольній групі показники пікової швидкості назального видошу без анемізації були гіршими від дослідної: 45,3 % проти 65,8 % (різниця між групами достовірна). Аналогічно, в контрольній групі показники без анемізації були гіршими від показників, отриманих після анемізації – 66,2 %.

Таким чином, динаміка відновлення носового дихання у пацієнтів, у схему лікування яких був включений «BNO 101», була швидшою, ніж у пацієнтів контрольної групи. На 10-й день післяопераційного періоду показники пікової об'ємної швидкості назального видошу відповідали необхідним, тобто тим, що отримувались після ретельної анемізації носової порожнини. У контрольній групі темпи відновлення носового дихання були гіршими, і на 10-й день вони так і не досягли необхідних.

Однак, необхідні показники ПОШ видошу в обох групах були значно нижчими за нормативні, що свід-

чить про необхідність подальшого лікування вказаних хворих.

Отже, результати досліджень продемонстрували, що у хворих дослідної групи, яким у післяопераційному періоді додатково до базової терапії призначався фітоніринговий препарат «BNO 101», динаміка елімінації основних суб'єктивних ознак і об'єктивних показників запального процесу виявилась найбільш інтенсивною. На нашу думку, поєднання дії лікарських засобів, що є складовими частинами препарату, дозволило ефективно вплинути на основні ланки патогенезу післяопераційного риносинуситу. Так, активізація природної секреції залоз слизової оболонки носа та синусів, яка відбувалась під впливом «BNO 101», призводила до швидкого звільнення порожнини носа та пазух від слизово-геморагічних згустків і запобігала їх подальшому утворенню. Це сприяло більш ранньому відновленню носового дихання, забезпечило налагодження фізіологічної вентиляції навколоносових пазух. Препарат за рахунок збалансованої системної та топічної дії своїх компонентів забезпечував антисептичний та протинабряковий ефект, попереджував вторинне інфікування слизової оболонки носа та пазух. Завдяки використаній методиці вже з перших днів післяопераційного періоду вдалося звести до мінімуму патоморфологічні передумови існування симптомокомплексу, який характерний для післяопераційних риносинуситів і особливо тяжко проявляється у пацієнтів з фоновим, метаболічно детермінованим запаленням. Ефективність такої методики перевищує ефективність лікування контрольної групи.

Важливими критеріями ефективності та безпечності будь-яких лікарських засобів є їх індивідуальна переносимість хворими, частота та ступінь вираженості побічних ефектів. Дані показники враховувалися нами у кожній клінічній групі. Оцінка пацієнтами суб'єктивних відчуттів, пов'язаних з прийомом препаратів, здійснювалась на 1-й, 3-й, та 7-й дні післяопераційного періоду.

Як зазначалося вище, пацієнтам обох груп у ранньому післяопераційному періоді призначався назальний спрей, діючою речовиною якого є сольовий розчин. Окремі хворі контрольної групи під впливом застосування даного препарату відзначили сухість та відчуття подразнення в носі. Ці явища спостерігались, як правило, ближче до завершення лікування і були зафіксовані на 7-10-й день післяопераційного періоду у 3 пацієнтів, що склало 10 % від загального числа хворих у групі. У пацієнтів дослідної групи, які додатково призначали препарат «BNO 101», таких явищ не було.

Висновки

1. Методика післяопераційної терапії з включенням препарату «BNO 101» у хворих на аспіриновий поліпоз, є простою, зручною у використанні, не супроводжується небажаними побічними ефектами. Вона забезпечує ефективне очищення і зменшення набряку носової порожнини, що

- сприяє швидкому покращанню суб'єктивних скарг хворих у післяопераційному періоді.
2. Незважаючи на значне суб'єктивне покращання носового дихання, на момент закінчення післяопераційної реабілітації показники ПОШ видиху нижчі від нормативних на 34,2 % в дослідній і на 54,7 % в контрольній групі.
 3. Наявність стійкої залишкової назальної обструкції зумовлена персистуючим метаболічно-детермінованим запаленням, що відображає спе-

- цифіку етіопатогенезу аспіриноасоційованого поліпозу і обґрунтовує призначення таким хворим подальшого відповідного лікування.
4. Розроблена схема ранньої післяопераційної реабілітації забезпечує раннє відновлення слизової оболонки носової порожнини, значно пришвидшує терміни призначення протирецидивної патогенетичної терапії у хворих на поліпозний риносинусит, асоційований із непереносимістю аспірину і покращує умови її проведення.

Література

1. Журавльов А. С. Клініко-епідеміологічні особливості обстеження хворих на поліпозний риносинусит [Текст] / А. С. Журавльов, А. В. Лупир, О. М. Міценко, Л. П. Коцюра // ЖВНГХ. – 2014. – № 3. – С. 65-66.
2. Державний заклад “Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
3. Fokkens W. EPOS 2012 European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 [Text] / W. Fokkens, V. Lund, J. Mullol // *Rhinol.* – 2012. – Vol. 50, Issue 1. – P. 1-12. doi: 10.4193/Rhino50E2.
4. Sharma R. Surgical interventions for chronic rhinosinusitis with nasal polyps // Sharma R., Lakhani R., Rimmer J., Hopkins C. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 20;(11):CD006990. doi: 10.1002/14651858.CD006990.pub2.
5. Rimmer J. Surgical versus medical interventions for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. Rimmer J., Fokkens W., Chong L. Y., Hopkins C. // *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(12):CD006991. doi:10.1002/14651858.CD006991. pub2. Epub 2014 Dec.
6. Безшапочный С. Б. Клинико-морфологические аспекты риносинуситов [Текст] / С. Б. Безшапочный, Ю. А. Гасюк, В. В. Лобурец; под общ. ред. С. Б. Безшапочного – К., 2013. – 150 с.
7. Попович В. І. Аспіринова триада, як метаболічне захворювання [Текст] / В. І. Попович, Л. С. Ковальчук, Г. М. Ерстенюк, В. М. Рижик, І. В. Кошель // ЖВНГХ. – 2009. – № 2. – С. 76-86.
8. Кошель І. В. Аспіринова триада: нові погляди на етіопатогенез і діагностику [Текст] / І. В. Кошель, П. Ф. Дудій, В. М. Рижик та ін. // *Ультразвукова перинатальна діагностика.* – 2010. – № 30. – С. 153-154.
9. Науменко О. М. Метод протирецидивного лікування поліпозного риносинуситу [Текст] / Науменко О. М., Терещенко В. П., Юценко В. М. // ЖВНГХ – 2012. – № 3. – С. 155-156.
10. Савчук О. І. Рання післяопераційна реабілітація хворих на хронічний риносинусит [Текст]: Дис... канд. наук: О. І. Савчук. – 2009. – 136 с.
11. Yan Y. Nasal epithelial repair and remodeling in physical injury, infection, and inflammatory diseases. Yan Y., Gordon W. M., Wang D. Y. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Jun;21(3):263-70. doi: 10.1097/MOO.0b013e32835f80a0.
12. Melzer J. Systematic review of clinical data with BNO-101 (Sinupret) in the treatment of sinusitis. Melzer J., Saller R., Schapowal A., Brignoli R. *Forsch Komplementmed.* 2006 Apr;13(2):78-87. Epub 2006 Apr 19.
13. Rossi A. The novel Sinupret® dry extract exhibits anti-inflammatory effectiveness in vivo. Rossi A., Dehm F., Kiesselbach C., Haunschild J., Sautebin L., Werz O. *Fitoterapia.* 2012 Jun;83(4):715-20. doi: 10.1016/j.fitote.2012.02.008. Epub 2012 Mar 2.
14. Yaremchuk S. Sinupret oral drops protect against respiratory epithelium atrophy in experimental acute rhinitis. // Yaremchuk S., Zabolotny D., Varenjuk I. et al. *Clinical Phytoscience International Journal of Phytomedicine and Phytotherapy* 2015;1:8 DOI: 10.1186/s40816-015-0009-9.
15. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

Надійшла до редакції 15.08.2016

УДК: 616-08-031.84+616.211-006.5-089.87

І. В. Кошель

РАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА АСПІРИНАСОЦІЙОВАНИЙ ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУСИТ

Ключові слова: поліпозний риносинусит, непереносимість аспірину, післяопераційна реабілітація.

Мета дослідження – вивчити ефективність комплексного фітонірингового препарату «BNO 101» в ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів, хворих на поліпозний риносинусит асоційований з непереносимістю ацетилсаліцилової кислоти.

Матеріал і методи. В дослідження включено 80 хворих на хронічний поліпозний риносинусит, асоційований з непереносимістю аспірину у віці від 24 до 57 років (середній 45,7±0,85), що мали покази до оперативного лікування. Хворі розділені на 2 групи: контрольна – 30 та дослідна – 50 хворих. Хворі контрольної групи з першого дня післяопераційного періоду отримували: туалет, анемізацію носової порожнини, іригаційну терапію водними сольовими розчинами. В дослідній групі хворі додатково отримували комплексний фітоніринговий препарат «BNO 101» згідно інструкції по використанню. Ефективність оцінювалась на 3, 7 і 10 день лікування.

Результати: методика післяопераційної реабілітації з включенням комплексного фітонірингового препарату «BNO 101» забезпечує достовірне покращення суб'єктивних симптомів (закладеність носа, виділення з носа, головний біль) і показників назальної пікфлуометрії вже з третього дня лікування. Незважаючи на суб'єктивне покращення носового дихання, об'єктивні показники пікової об'ємної швидкості видиху були нижчими від нормальних на 34,2 % в дослідній і на 54,7 % в контрольній групі, що обґрунтовує призначення в подальшому відповідного лікування. Розроблена схема ранньої післяопераційної реабілітації значно пришвидшує терміни призначення протирецидивної патогенетичної терапії.

І. В. Кошель

РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АСПИРИНАССОЦИИРОВАННЫМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Ключевые слова: полипозный риносинусит, непереносимость аспирина, послеоперационная реабилитация.

Цель исследования – изучить эффективность комплексного фитонирингового препарата «BNO 101» в раннем послеоперационном периоде у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, ассоциированным с непереносимостью ацетилсалициловой кислоты.

Матеріали і методи. В дослідження включено 80 хворих з хронічним поліпозним риносинуситом, асоційованим з непереносимістю аспірину в віці від 24 до 57 років (середній $45,7 \pm 0,85$), які мали показання до оперативного лікування. Хворі розділені на 2 групи: контрольна – 30 і основна – 50 хворих. Хворі контрольної групи з першого дня післяопераційного періоду отримували: туалет, анемізацію порожнини носа, іригаційну терапію водними солевими розчинами. В досліджуваній групі хворі додатково отримували комплексний фітоніринговий препарат «BNO 101» згідно інструкції по використанню. Ефективність оцінювали на 3, 7 і 10 дні лікування.

Результати: методика післяопераційної реабілітації з включенням комплексного фітонірингового препарату «BNO 101» забезпечує достовірне покращення суб'єктивних симптомів (затриманість носового дихання, відділення з носа, головний біль) і показників назальної пікфлоуметрії вже з третього дня лікування. Незважаючи на суб'єктивне покращення носового дихання, об'єктивні показники пікової об'ємної швидкості видиху були нижче нормальних на 34,2 % в досліджуваній і на 54,7 % в контрольній групі, що обґрунтовує призначення в подальшому відповідного лікування. Розроблена схема ранньої післяопераційної реабілітації значно прискорює терміни призначення протирецидивної патогенетичної терапії.

I. V. Koshel

EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ASPIRIN-ASSOCIATED POLYPOUS RHINOSINUSITIS

Keywords: polypous rhinosinusitis, aspirin intolerance, postoperative rehabilitation.

The aim of research – to study the effectiveness of the phytonering drug complex “BNO 101” in the early postoperative period in patients with chronic polypous rhinosinusitis associated with aspirin intolerance.

Materials and methods. The study involved 80 patients with chronic polypous rhinosinusitis associated with aspirin intolerance aged 24 to 57 years (average $45,7 \pm 0,85$), with the indications for surgical treatment. The patients were divided into 2 groups: control group – 30 and study group – 50 patients. Patients in the control group, from the first day of the postoperative period, received: toilet, nasal cavity anemisation and irrigation therapy with aqueous saline solutions. In the group under study patients additionally received phytonering drug complex “BNO 101” in compliance with the application instructions. The effectiveness was evaluated on 3rd, 7th and 10th days of treatment.

Results: methodology of postoperative rehabilitation with the inclusion of phytonering drug complex “BNO 101” provides a significant improvement of subjective symptoms (nasal congestion, nasal discharge, headache) and nasal peakflowmetry indicators from the third day of treatment. Despite subjective improvement in nasal breathing, objective indicators of peak expiratory flow rate were below normal at 34.2 % in the study group and 54.7 % in the control group, that justifies the order of further appropriate treatment. The developed scheme of early postoperative rehabilitation significantly accelerates the timeline of antirecurrent pathogenic therapy order.



УДК 615.23:616.233-015+616.322-011

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ІМУНОКОРЕКЦІЯ ЧОЛОВІКІВ З МАЛОСИМПТОМНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ, УСКЛАДНЕНОГО БЕЗПЛІДДЯМ

■ С. Ю. Ціпоренко, к. мед. н., асист. каф. терап. фак. післядипл. осв. та клін. фармакол.

■ ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

У теперішній час відмічається значне зростання хронічної патології органів уrogenітальної системи, яка обумовлена поєднаною бактеріально-вірусною інфекцією, причому така патологія реєструється частіше у чоловіків, ніж у жінок. Дана проблема стосується всіх чоловіків молодого віку, що пов'язано з впливом екологічно шкідливих чинників довкілля, чисельністю статевих контактів з жінками, які інфіковані хламідіями, мікоплазмами, уреоплазмами та вірусами герпетичної групи, а також з погіршенням соціальних та побутових умов проживання населення. Запалення уrogenітального тракту, викликане інфекційними агентами, що передаються статевим шляхом, може зменшувати якість життя, працездатність. Клінічний досвід показує, що зараз переважають латентні та персистуючі форми перебігу уrogenітальних інфекцій, що дуже ускладнює їх своєчасну діагностику. Водночас статеві бактеріально-вірусні інфекції часто залишаються нерозпізнаними, оскільки

мають мізерну клінічну симптоматику, або взагалі її не мають, й тому уражені чоловіки не звертаються за медичною допомогою, тоді як патологія прогресує і часто ускладнюється розвитком інфертильності.

Чоловіча сперма містить не лише сперматозоїди, але й популяції несперматозоїдних клітин, переважно це лейкоцити [16]. Активація білих кров'яних клітин у сім'яній плазмі під час запалення генітального тракту та клітинні реакції протимікробних агентів можуть провокувати вивільнення ряду продуктів, таких як, цитокіни (ЦК) та реактивні кисневі сполуки (РКС) [10]. У чоловіків з наявністю хронічної уrogenітальної інфекції було зареєстровано суттєве зростання концентрації низки ЦК-інтерлейкіну (ІЛ)-1 β , ІЛ-5, ІЛ-6, ІЛ-13, ІЛ-15, ІЛ-17, ІЛ-23, інтерферону (ІФН)- α , моноцитарного хемотаксичного фактора (МСР) та меншою мірою – ІЛ-2, ІЛ-10, ІЛ-12, ІЛ-18, фактора некрозу пухлин (ФНП)- α , ІФН- γ [11]. Підвищені рівні цих медіаторів запалення вказують на залучення імунних