

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии и может быть использовано для лечения острых и хронических синуситов, аллергических риносинусопатий, отитов, аденоидных разрастаний и др.

В настоящее время имеется большое количество препаратов для лечения заболеваний носа, носоглотки и уха, отличающихся как составом, так и лекарственной формой.

Наиболее близким к заявляемому изобретению является препарат в виде порошка, представляющий собой смесь следующего состава, г:

норсульфазол	3,0
сульфодимезин	3,0
адреномиметик-эфедрин	
гидрохлорид	0,2
атропин сульфат	0,005
димедрол	0,1

Препарат-прототип назначается, например, для инсуффляций в полость носа 2 раза в сутки.

Лечебное действие известного порошкообразного препарата основано на том, что он удерживается на слизистой оболочке, однако это происходит за счет пассивного соединения со слизью, вследствие чего действие препарата носит кратковременный характер, что снижает эффективность его применения.

Кроме того, наличие в препарате сульфаниламидных составляющих может вызвать аллергию, что в отдельных случаях делает невозможным его применение.

Эфедрин, входящий в состав препарата-прототипа, взаимодействует с сульфаниламидной составляющей с образованием нерастворимого соединения, что также в свою очередь снижает эффективность лечения,

В силу отмеченных недостатков препарат-прототип не позволяет лечить широкий диапазон заболеваний носа, носоглотки и уха.

Задачей настоящего изобретения является создание такого препарата для лечения заболеваний носа, носоглотки и уха, в котором сочетание составляющих препарата, совокупность их направленного действия позволяет расширить диапазон заболеваний, на которые он направлен, и усилить его эффективность за счет пролонгированного действия.

Поставленная задача решается тем, что препарат для лечения заболеваний носа, носоглотки и уха, содержащий адреномиметик, согласно изобретению, содержит в качестве адреномиметика эфедрин и/или мезатон и дополнительно содержит крахмал, мезатон, анестезин, ментол, камфору висмут азотнокислый, оксид цинка при следующем соотношении компонентов, г:

крахмал	3,0-5,0
эфедрин и/или мезатон	0,2-0,5
анестезин	0,1-0,2
ментол	0,2-0,5
камфора	0,2-0,5
висмут азотнокислый	0,1-0,5
оксид цинка	0,1-0,3

Кроме того, для усиления противовоспалительного действия препарата, по мнению автора, целесообразно дополнительно вводить лизоцим в количестве 0,3-0,7 г, а в случае проявления аллергической реакции введение димедрола в количестве 0,1-0,5 г и преднизолона в количестве 0,02-0,18 г снижает это воздействие до минимума.

Компоненты порошкообразного препарата Медведева подобраны с учетом противоотечного, сосудосуживающего и противоаллергического действия. Смешение таких компонентов как ментол, камфора, анестезин приводит к образованию отсыревающей смеси. Для нейтрализации такого явления предложено вводить обволакивающие компоненты - крахмал, висмут азотнокислый и оксид цинка в количествах, позволяющих получить препарат в форме, удобной для применения путем инсуффляции.

Совокупность составляющих заявляемого препарата придает препарату адгезивные свойства, благодаря которым препарат-порошок хорошо удерживается на, например, аденоидах, в носоглотке, задних концах носовых раковин, слизистой оболочке носа и др. до 7 дней, что обеспечивает пролонгирующее действие препарата. В то же время, отмеченное свойство позволяет уменьшить разовые дозы заявляемого лекарственного препарата, практически снизив их до рекомендуемых для детей 1-2 лет, при этом терапевтический эффект остается на должном уровне.

В состав препарата входят фитокомпоненты, в частности ментол, камфора, крахмал. Преимущественное содержание в препарате фитокомпонентов оказывает положительное влияние на свойства заявляемого препарата.

Препарат Медведева готовят следующим образом: рассчитанные количества крахмала, висмута азотнокислого, оксида цинка, эфедрина и/или мезатона тщательно перемешивают, после чего при перемешивании последовательно добавляют анестезин, ментол, камфору. В случае приготовления препарата для лечения заболеваний с воспалительными и аллергическими осложнениями добавляют димедрол и/или преднизолон.

Полученный препарат представляет собой белый сухой порошок, пригодный для инсуффляций. Доза препарата определяется в каждом конкретном случае.

В последующих примерах показано действие заявляемого препарата.

Пример 1.

Ребенок Карп Алина, 9 лет, вес 28 кг. В анамнезе - частые ОРВИ, затрудненное носовое дыхание. Объективно - слизистая оболочка носа гиперемирована, отечна, носовые раковины набухшие, прилегают к носовой перегородке, частично перекрывая общие носовые ходы с обеих сторон. В носовых ходах обилие слизи с примесью гноя.

После анемизации - в носоглотке аденоидные разрастания 3-ей степени, покрытые слизью. После дикаин-адреналиновой пробы гноя в средних носовых ходах нет.

Небные миндалины 2-ой степени, набухшие, гиперемизированы, симптом Преображенского положителен с обеих сторон. В лакунах при ротации пат-секрет.

Обе барабанные перепонки втянутые, тусклые, серого цвета, световой конус укорочен. Слух - шр - до 5 м. На рентгенограмме придаточных пазух носа - нечетко выраженное затемнение гайморовых пазух с обеих сторон.

Анализ крови: количество эозинофилов - до 6, СОЭ - 18 мм/час. Анализ кала на яйца-глист - отрицателен.

Диагноз: острые явления ОРВИ в виде подострого ринофарингита, подострого катарального аденоидита (аденоиды 3-ей степени, хронический гипертрофический компенсаторный тонзиллит, хронический гипертрофический тубоотит.

После анемизации носовой полости и туалета носа проведено 3 сеанса инсuffля-ции порошком состава, г:

эфедрин и/или мезатон	0,3
анестезин	0,15
крахмал	3,0
ментол	0,3
камфора тертая	0,3
висмут азотнокислый	0,2
оксид цинка	0,2

Доза препарата Медвёдева составляла 120 мг на каждый лечебный сеанс.

В результате лечения слизистая оболочка носовой полости стала бледно-розовой, носовые раковины сократились в объеме, освободились общие и средние носовые хода. Аденоидные разрастания уменьшились до 2-3 степени, их поверхность бледно-розового цвета, чистая. Небные миндалины 2-ой степени, бледно-розового цвета, симптом Преображенского отрицателен с обеих сторон, в лакунах патсекрета нет. Рентгенограмма придаточных пазух носа без особенностей, слух в норме. Анализ крови без особенностей. Наблюдение в течение 3-х месяцев - ребенок здоров.

Пример 2.

Ребенок М., 6 лет. Диагноз: аденоиды 2-ой степени, частая простуживаемость, острый двусторонний катаральный отит, температура 38,8, явления острого гнойного ринофарингита и аденоидита. Направлен в ЛОР стационар по скорой помощи. Подлежит госпитализации. При отоскопии - выпячивание обеих барабанных перепонки, больше слева, требующее парацентеза.

После анемизации слизистой оболочки носа проведено две инсuffляции присыпкой состава, г:

эфедрин и/или мезатон	0,5
крахмал	4,0
анестезин	0,2
ментол	0,4
камфора тертая	0,4
висмут азотнокислый	0,3
оксид цинка	0,3
лизоцим	0,5

на аденоиды и слизистую оболочку носо-

глотки и носовых раковин, доза 110 мг. После первой инсuffляции по истечении двух часов температура понизилась до 37,2°С, обе барабанные перепонки нормализовались (парацентез не потребовался). В результате второй инсuffляции восстановился слух, к концу третьего дня появился световой конус на обеих барабанных перепонках. Аденоиды уменьшились до 1-ой степени, их поверхность очистилась от слизисто-гнойного налета, цвет нормализовался до бледно-розового. Необходимость в госпитализации и парацентеза отпала.

Лечение проводилось амбулаторно, отсутствовали антибиотики, выздоровление наступило через три дня, т.е. в два с половиной раза быстрее, чем при традиционном лечении, устраняется также осложнение в виде нарушения слуха.

Пример 3.

Ребенок Луин Николай, 14 лет, вес 40 кг. В анамнезе: почти постоянный насморк, в детстве - эксудативный диатез, стафилококковая бронхо-пневмония в 3-х месячном возрасте. Мама - аллергик.

Объективно: слизистая оболочка носа серого цвета, носовая перегородка искривлена, гиперплазия средних и верхних носовых раковин, задние концы нижних носовых раковин утолщены, передние - "сизые", пятна Воячека.

Дикаин-адреналиновая проба - отрицательная в области задних концов нижних носовых раковин. После анемизации просматриваются аденоиды II степени бледно-серого цвета с цианотическим оттенком, их поверхность покрыта вязкой слизью.

Небные миндалины гипертрофированы, 3-ей степени, набухшие, при ротации в лакунах пат-секрет.

Обе барабанные перепонки серого цвета, световые конусы отсутствуют, втянуты. Слух ш.р. - до 4 м. Затылочные лимфоузлы в виде нескольких горошин, переднешейные и подчелюстные - цепочка размером с фасолину, чувствительны при пальпации, плотные, подвижные. На рентгенограмме придаточных пазух носа - нечеткие контуры гайморовых лобных пазух и клеток решетчатого лабиринта с пристеночным утолщением слизистой оболочки.

Анализ крови - эозинофилы до 10, анализ на яйца-глист - отрицательный.

Диагноз: хроническая аллергическая риносинусопатия, хронический гипертрофический аденоидит

(небные миндалины III степени, аденоиды III степени, состояние аллергического отека), двусторонний хронический катаральный tubo-отит, регионарный лимфаденит.

После анемии проведены 4 сеанса инсуффляции порошком Медведева состава, г:

эфедрин и/или мезатон	0,4
крахмал	4,0
анестезин	0,2
ментол	0,3
камфора тертая	0,3
висмут азотнокислый	0,4
оксид цинка	0,2
димедрол	0,3

Каждый лечебный сеанс предполагает дозу порошка Медведева 120 мг (т.е. 3мг/кг - в средней дозировке лечебных веществ).

Отмечена нормализация цвета слизистой оболочки носа и носовых раковин, уменьшение носовых раковин в объеме, улучшение носового дыхания, очистились аденоиды от слизи, уменьшились аденоиды и миндалины до III степени. Пат-секрета в лакунах нет, региональные лимфоузлы уменьшились, стали мягче, нечувствительны при пальпации. Барабанные перепонки нормализовались, слух восстановился до нормы.

Клиническое наблюдение в течение 6 месяцев свидетельствует об отсутствии насморка, однократно наблюдалось ОРЗ с легким течением заболевания.

Пример 4.

- . Больная Ирина Музыченко, 33 года. Диагноз: обострение хронического гнойно-аллергического синусита, осложненного ограниченным остеомиелитом правой верхней челюсти; обострение хронического гнойно-аллергического аденоидита (аденоиды 2-й степени).

Перед лечением аденоидита и синусита наблюдалось обилие зловонного гноя из правой половины носа. При осмотре установлен дефект в медиальной стенке правой гайморовой пазухи 3х7 мм в результате вяло текущего остеомиелита и надавливания дренажной трубкой. После туалета носовой полости и первой инсуффляции предлагаемой присыпкой на слизистую оболочку носа и носовых раковин состава, г:

эфедрин и/или мезатон	0,2
крахмал	4,0
анестезин	0,1
ментол	0,3
камфора тертая	0,4
висмут азотнокислый	0,3
оксид цинка	0,2
преднизолон	0,1
димедрол	0,2

исчез гнилостный запах из носоглотки, количество гнойных выделений уменьшилось в три раза. Полное излечение наступило после трех инсуффляций. Дальнейшая эпителизация костного дефекта проходила без осложнений под контрольными промываниями настоями трав в течение двух недель. Рецидивов уже не наблюдалось более 5 месяцев. Срок выздоровления, по сравнению с применением дренажной трубки и антибиотиков, сократился в 7 раз.

Пролонгированное действие присыпки до 7 дней увеличивает положительный эффект при лечении острого ринита, гайморита, этмоидита, фронтита, отита, катарального, гнойного и гнойно-аллергического аденоидита, назофарингита, евстахиита, сальпингоотита и осложнений этих заболеваний. Данный способ лечения консервативен и предельно прост. Удобен для применения в домашних условиях.

Предложенная присыпка эффективна также при профилактике аэрозольного радиоактивного заражения, а также может использоваться специалистами, занимающимися работами под водой.