

Ю.В. МИТИН, Л.Р. КРИНИЧКО, О.А. ОСТРОВСКАЯ

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РИНОСИНУИТАХ

Каф. оториноларингологии (зав. – засл. деятель науки и техники Украины, проф. Ю.В. Митин) НМУ им. А.А. Богомольца

С наступлением холодного времени года наблюдается сезонный рост заболеваемости респираторными инфекциями. В большинстве случаев подобные состояния сопровождаются нарушением функции слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух, слуховой трубы, что, в свою очередь, может привести к серьезным осложнениям как со стороны верхних, так и нижних дыхательных путей.

Установлено, что около 15% населения болеет острыми и хроническими синуситами, а в 30% случаях эти заболевания вовремя не диагностируются. По данным американских исследователей, взрослый человек переносит 2-3 раза в год ОРВИ, которые в 0,5-2% наблюдений осложняются бактериальной инфекцией (Jurkiewicz, 2005). Из отчета по заболеваемости населения Украины известно, что каждый год в Украине около 3 млн. людей переносят острый синусит (Э. Сабадаш, 2003). По данным журнала "Consillium medicum" (2002), известно, что удельный вес числа лиц, госпитализированных по поводу заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, увеличивается ежегодно на 1,5-2%, а синуситы стоят на 5 месте среди наиболее частых диагнозов, при которых для лечения используются антибиотики.

Учитывая вышеизложенное, каждый врач должен помнить о пусковых моментах заболеваний верхних дыхательных путей и адекватном подборе лекарственных препаратов для пациента в начале развития патологического процесса.

Какие же причины увеличения распространенности воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей? Это, ко-

нечно же, ухудшение экологической обстановки, ослабление местного и общего иммунитета макроорганизма, возникновение антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, увеличение количества аллергических реакций. А реализация воспалительной реакции верхних дыхательных путей происходит на фоне переохлаждения, переутомления, нерационального питания, что и ведет к появлению лиц, часто болеющих ОРВИ.

Острая респираторно-вирусная инфекция, как правило, начинается с острого ринита. **Острый насморк** (rhinitis acuta) – острое неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа, которое имеет 3 стадии: 1-я – сухая, длящаяся несколько часов; 2-я – экссудативная продолжается 3-4 дня и 3-я стадия – слизисто-гнойного отделяемого, длительностью – 3-4 дня. Известна народная мудрость – «леченный насморк длится 7 дней, нелеченный – неделю». Из этого следует, что насморк, продолжающийся больше 1-й недели, должен настораживать как пациента, так и врача ввиду возможности развития осложнений, из которых наиболее частыми являются синуситы.

Острый синусит – воспалительный процесс, который поражает слизистую оболочку, подслизистый слой, а иногда – надкостницу и костные стенки околоносовых пазух. По происхождению они бывают риногенные, одонтогенные, травматические, гематогенные, аллергические. По характеру воспалительного процесса различают катаральный, гнойный и некротический синусит. Наиболее распространен острый катаральный риногенный синусит, при котором про-

цесс проникновения инфекции в околоносовые пазухи происходит из полости носа. В подтверждение этому – концепция Мессерклингера, которая гласит, что большинство синуситов имеют риногенное происхождение. Это суждение базируется на механической теории развития синуситов вследствие нарушения аэродинамики полости носа из-за изменения ее архитектоники (искривление носовой перегородки, деформация носовых раковин). Наши исследования подтверждают данную концепцию. Пациенты, страдающие синуситами, в 55% случаев имеют искривленную носовую перегородку, в 41% – искривленную носовую перегородку и гипертрофированную слизистую оболочку носовых раковин (рис. 1) (Ю.В. Мітін і співавт., 2004).



Рис. 1.

Так как этиологическим фактором воспаления слизистой оболочки полости носа является инфекционное начало – ОРВИ, то реакция микроциркуляторного русла будет обязательной, вследствие чего нарушится сосудистая и тканевая проницаемость, увеличится секреторная функция респираторного и железистого эпителия, что приведет к изменению мукоцилиарного клиренса. Результат этого – острый ринит.

Патогенез острого риногенного синусита заключается в отеке слизистой оболочки полости носа, что приводит к обструкции соустьев пазух, нарушению их дренирования и вентиляции. Это, в свою очередь, вызывает снижение парциального

давления кислорода в пазухе, повышение концентрации углекислого газа, угнетение мукоцилиарной активности и снижение барьерной функции слизистой оболочки. Так развивается острый синусит.

Как видно из механизма развития 2 разных патологических состояний, одно заболевание вытекает из другого, то есть риногенный синусит не может быть без острого ринита. Проведя многочисленные рентгенологические исследования у пациентов с острым ринитом, удалось определить, что в 90% случаев наблюдался выраженный отек слизистой оболочки околоносовых пазух (Pratter, 2006). Это острое воспаление (катарального характера) слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух мы расцениваем как острый риносинусит. Продолжающийся воспалительный процесс в околоносовых пазухах ведет за собой развитие острого гнойного или некротического синусита.

Таким образом, мы имеем дело со следующими тремя понятиями:

- 1) острый ринит;
- 2) острый риносинусит, т.е. острый ринит + острый катаральный синусит;
- 3) острый гнойный или некротический синусит.

Острый ринит при неблагоприятных условиях переходит в острый риносинусит, а тот может перейти в острый гнойный или некротический синусит. Каждое из этих патологических состояний требует своего терапевтического подхода. Цель нашей работы – уточнить лечебную тактику при остром риносинусите, которая уменьшит возможность его перехода в гнойный или некротический.

Важным элементом функционального состояния полости носа и околоносовых пазух является слизистая оболочка. Это очень мощный барьер защиты верхних дыхательных путей, который обеспечивается мукоцилиарной системой и местным иммунитетом.

Мукоцилиарная транспортная система полости носа – первая линия защиты, которую встречают микробные агенты на своем пути при «завоевании» дыхательных путей. Следующий барьер для микроорганизмов, который нужно преодолеть – мукоцилиар-

ная транспортная система слизистой оболочки околоносовых пазух (Bozzo et al., 2005).

Что же происходит со слизистой оболочкой полости носа и околоносовых пазух во время воспаления? Нарушается мукоцилиарный транспорт за счет изменения количества и вязкости секрета. Значительно увеличивается количество бокаловидных кле-

ток в ущерб реснитчатому, нарушается внутриклеточное образование секрета, что в итоге приводит к нарушению системы «гель-золь» (рис. 2). Реснитчатый эпителий просто не работает и не выполняет своих функций – транспортной и защитной (А.С. Лопатин, 2000; С.Б. Безшапочный и соавт., 2003).

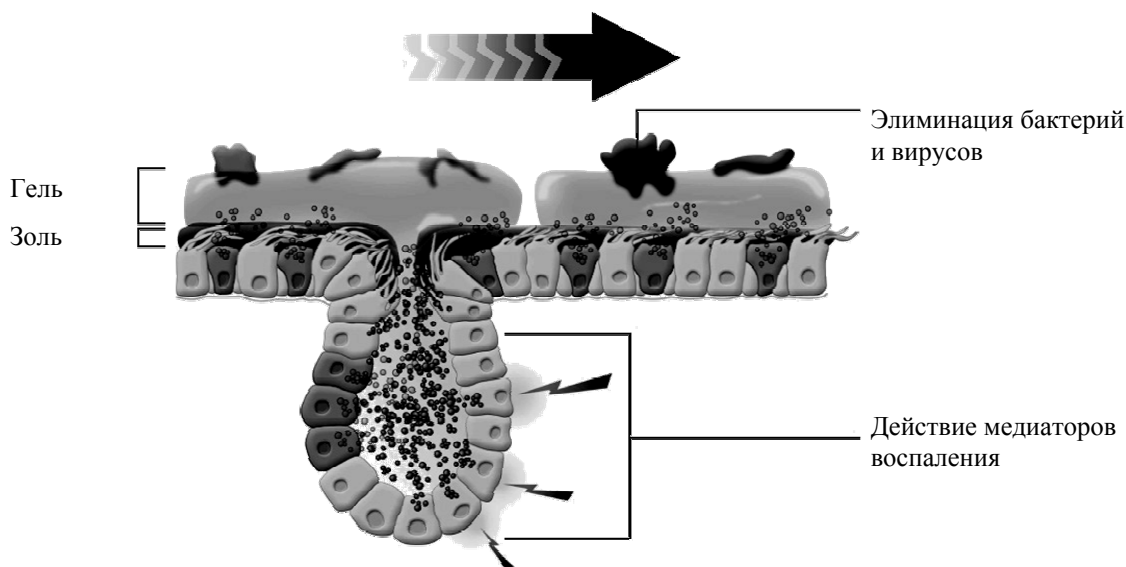


Рис. 2.

Чтобы облегчить состояние слизистой оболочки, «разгрузить» полость носа и околоносовых пазух, необходимо вовремя использовать мукорегулирующие препараты. Несомненно, современный подход к консервативному лечению больных риносинуситом должен включать в себя также противовоспалительные средства и иммуномодулирующие препараты. На данное время в арсенале врача есть большое количество препаратов, разжижающих секрет. Это протеолитические ферменты: ДНКаза, РНКаза, трипсин, химотрипсин, а также синтетические муколитики – ацетилцистеин, карбоцистеин и стимулирующие образование сурфактанта мукорегуляторы – бромгексин, амброксол (А.В. Караулов, 1999; Gwaltney, 1996).

В последнее время свою эффективность в лечении целого ряда заболеваний верхних дыхательных путей доказали фитопрепараты, которые имеют противовоспалительное, муколитическое и иммуномодулирующее действие (В.С. Смирнов и соавт., 2000; А.Н. Слепушкин и соавт., 2001; Т.И. Гаращенко и соавт., 2002).

Классическим и наиболее известным представителем данной группы является синупрет. Он снижает вязкость секрета за счет стимуляции секреторных клеток слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Общими фармакологическими свойствами экстрактов растений, входящих в состав препарата, есть способность блокировать фазу экссудации и уменьшать проницаемость сосудистой стенки. За счет этого синупрет уменьшает отек слизистой оболочки полости носа и облегчает эвакуацию секрета из околоносовых пазух. Другим аспектом его лечебного эффекта является способность повышать активность реснитчатого эпителия и ускорять эвакуацию секрета из верхних дыхательных путей. То есть он имеет не только муколитическое, но и мукокинетическое действие. Отдельные компоненты синупрета обладают иммуностимулирующей и противовирусной активностью, а также потенцируют действие антибиотиков. Цветы первоцвета и трава вербены, которые входят в состав препарата, предупреждают репликацию вирусов гриппа А, парагриппа, а также рес-

пираторно-синцитиального вируса (А.С. Лопатин, 2000; Marz et al., 1999; Ismail, 2005).

На базе ЛОР-клиники НМУ им. А.А. Богомольца (2000-2005 гг.) мы исследовали терапевтическую эффективность муколитика «Синупрет» у больных риносинуситами как в комплексе с антибактериальными препаратами, так и в виде монотерапии у пациентов с ОРВИ.

В первую группу обследуемых мы включили 186 лиц, которые страдали ОРВИ с проявлениями острого риносинусита и получали синупрет.

Во вторую группу вошли 226 пациентов с острыми гнойными синуситами. Им проводилось традиционное лечение (антибиотикотерапия, деконгенстанты, пункции ОНП) и назначался синупрет.

Контрольными группами были 1-я А и 2-я А. 1-ю А группу составили 120 обследуемых, которые страдали ОРВИ с проявлениями острого риносинусита и получали традиционное лечение без приема синупрета. 180 больных острым гнойным синуситом, получавших традиционную терапию и не принимавших синупрет, мы отнесли во 2-ю А группу.

Синупрет назначался внутрь три раза на день по два драже курсом на 8-10 дней при всех нозологиях. У всех пациентов проводились клиничко-лабораторные исследования. Критериями эффективности препарата были субъективные и объективные показатели динамики клинической симптоматики.

Терапевтическая эффективность муколитика определялась по таким показателям: количество отделяемого из полости носа, степень нарушения носового дыхания, степень отека слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (риноскопия, рентгенография, МРТ, КТ околоносовых пазух), состояние мерцательного эпителия слизистой оболочки (сахариновый тест), наличие симптомов интоксикации, наличие воспалительных изменений в показателях периферической крови.

Полученные результаты в основных и обеих контрольных группах существенно отличались.

В результате исследования установлено, что у лиц с ОРВИ намного легче проте-

кали симптомы заболевания, секрет носовой полости нормализовался на 3-й день, функция мерцательного эпителия восстанавливалась на 5-6-й день, носовое дыхание по данным риноманометрии восстанавливалось на 4-5-й день (рис. 3; 4), а самое главное – осложнений заболевания в виде острого гнойного синусита не наблюдалось ни в одном случае. В контрольной группе выздоровление больных наблюдалось на 3-4 дня позже и у 2 из них был диагностирован острый гнойный синусит.

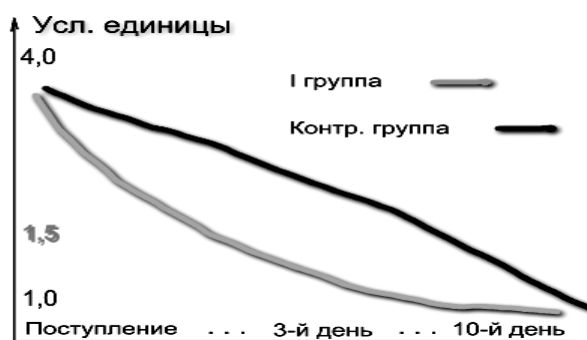


Рис. 3. Динамика восстановления носового дыхания в основной и контрольной группах по данным ринопневмометрии

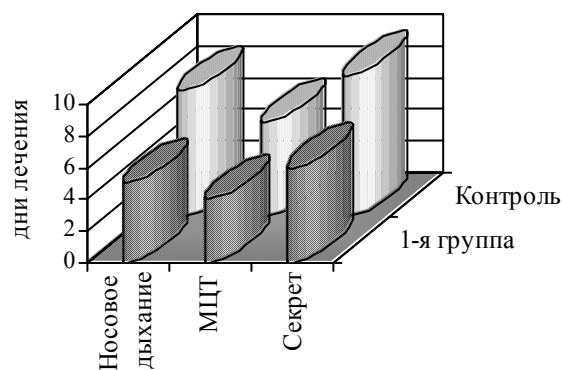


Рис. 4. Сроки элиминации симптомов ОРВИ в основной и контрольной группах

При острых гнойных синуситах пазухи санировались на 4-6-й день, отделяемое из носа исчезало на 3-4-й день, улучшение функции мерцательного эпителия наблюдалось на 6-8-й день, восстановление носового дыхания – на 4-6-й день. В контрольной группе полное выздоровление пациентов отмечалось в среднем на 1 неделю позже, поскольку достаточно медленно восстанавли-

ливалась функция мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа (рис. 5).

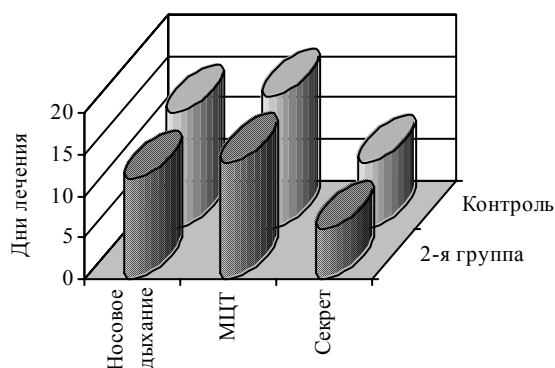


Рис. 5. Сроки элиминации симптомов в основной и контрольной группах у больных острым гнойным синуситом

За период лечения больных синупретом негативных реакций мы не наблюдали.

Аллергических реакций, индивидуальной непереносимости у них не было.

Учитывая результат проведенного исследования, можно сделать заключение, что терапия препаратом синупрет в качестве эффективного секретолитика, который имеет противовирусное и противовоспалительное действие, полностью оправдала себя.

У всех 412 обследованных отмечен положительный результат лечения. Эффективность терапии в 1 и 2-й группах выше, чем в контрольных. Побочных действий не наблюдалось. Прием синупрета у пациентов, страдающих ОРВИ, предупреждает развитие синусита.

Синупрет может быть рекомендован:

- в комплексном лечении при острых риносинуситах,
- для профилактики развития бактериальной инфекции у лиц, страдающих ОРВИ.

1. Безшапочний С.Б., Лобурець В.В. Клінічний досвід застосування препарату цинабсин у лікуванні синуситів // Здоров'я України. – №11 (72). – 2003. – С. 25.
2. Гаращенко Т.И., Митин Ю.В., Иськив Б.Г., Науменко А.Н. Проблемы секретологической и иммунокорректирующей терапии в оториноларингологии // Здоров'я України. – №12 (61). – 2002. – С. 16-17.
3. Караулов А.В. Клиническая иммунология. – М.: Медицинское информационное агентство, 1999. – 606 с.
4. Лопатин А. С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Русский мед. журн. – 2000. – Т. 8, №5. – С. 25-26.
5. Мітін Ю.В., Криничко Л.Р., Островська О.О. Особливості архітекτονіки порожнини носа у раніше оперованих хворих з приводу хронічного поліпозного етмоїдиту, хронічного гіпертрофічного риніту та викривлення перегородки носа // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – №5. – С. 18-23.
6. Слепушкин А. Н., Власова Л. Н. Профилактика гриппа и ОРВИ // РМЖ. – 2001. – Т. 9. – С. 16-17.
7. Сабадаш Э. Бионорика АГ – от истоков к будущим достижениям // Здоров'я України. – 2003. – С. 16-18.
8. Смирнов В.С., Малинин В.В., Кетлинский С.А. // Иммунодефицитные состояния / Под ред. В.С. Смирнова. – СПб: Фолиант, 2000. – С. 477-533.
9. Bozzo C., Fenu G., Stomeo F. et al. Cytomorphologic and ultrastructural study of nasal mucosa by means of brushing: a comparison between asymptomatic and rhinitic subjects // Rhinology. – 2005. – №43. – P. 261-265.
10. Gwaltney J.M. // Acute community-acquired sinusitis // Clin. Infect. Dis. – 1996. – №23. – P. 1209-1223.
11. Ismail C., Pharmacology of Sinupret. Recent results on the rationale for the Sinupret compound // HNO. – 2005. – №53. – P. 38-42.
12. Jurkiewicz D. Acute sinusitis // Pol. Merkuriusz Lek. – 2005. – №19. – P. 461-463.
13. Marz R.W., Ismail C., Popp M.A. Action profile and efficacy of a herbal combination preparation for the treatment of sinusitis // Wien. Med. Wochenschrift. – 1999. – №149. – P. 202-208.
14. Pratter M.R. Chronic Upper Airway Cough Syndrome Secondary to Rhinosinus Diseases // Chest. – 2006. – №129. – P. 63-71.

Поступила в редакцию 09.02.06.