

С.Б. БЕЗШАПОЧНЫЙ, В.В. ЛОБУРЕЦ, Н.Б. СОННИК

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИБИОТИКА «ЛОПРАКС»

Укр. мед. стоматол. академия, г. Полтава

По данным литературы, около 25% взрослого населения страдает различного вида риносинуситами (Ф.О. Тишко і співавт., 2004). Это обусловлено ростом числа вирусных заболеваний и патологии, вызванной атипичной флорой (микоплазмы, хламидии, грибы, антибиотикорезистентные штаммы). В структуре ЛОР – заболеваемости по числу обращений за медицинской помощью одно из лидирующих мест занимает бактериальный риносинусит (Blumer, 1998). Риносинусит принято подразделять на острый и хронический. Первый протекает определенное время (до 1 мес). Хронический синусит является последствием острого, длится более 2 мес и сопровождается перестройкой слизистой оболочки околоносовых пазух с ее отеком, гипертрофией, повышенной секрецией слизи. При остром риносинусите этиологическое значение в основном имеют *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*. При хроническом синусите чаще встречаются стрептококки (51%), золотистый стафилококк (2%), *S. pneumoniae* (4%), анаэробы (3%). Также выявляются грамотрицательные бактерии и грибы. Эти данные накладывают значительный отпечаток на характер проводимого антибактериального лечения (Л.С. Страчунский, Е.И. Каманин, 1998; Д.А. Зинченко, Д.Д. Заболотная, 2005; В.Н. Гинькут, А.А. Янушкевич, 2004).

Целью антибактериальной терапии при остром риносинусите является подавление симптомов и сокращение продолжительности заболевания, эрадикация возбудителей, что уменьшает повреждение слизистой оболочки, ведущее к переходу заболевания в хроническое. Адекватная антибиотикотерапия предупреждает также развитие внутри-

черепных и орбитальных осложнений. Предпочтение отдается антибиотикам с минимальной кратностью введения, принимаемых per os, что позволяет расширить возможности амбулаторного лечения и отказаться от дренажно-пункционного метода (А.Ю. Овчинников и соавт., 2004; А. Зинченко, Д.Д. Заболотная, 2005; Pichichero et al., 2000).

При хроническом риносинусите антибиотики играют меньшую роль, чем при остром, т. к. основной задачей является восстановление нормальной вентиляции околоносовых пазух. Антибиотики применяются при обострении хронического риносинусита с учетом частого выделения неспорообразующих анаэробов (Л.С. Страчунский, Е.И. Каманин, 1998; А.С. Журавлев, А.В. Каменко, 2004; Pichichero et al., 2000).

Планируя эмпирическую антибиотикотерапию, врач должен задать себе четыре вопроса:

- Какой наиболее вероятный возбудитель заболевания?

- Эффективность каких антибиотиков доказана в рандомизированных клинических исследованиях?

- Какова наиболее вероятная чувствительность предполагаемого возбудителя к антибиотикам?

- Какие имеются локальные данные о его чувствительности?

Это и определило актуальность проведенного нами исследования, целью которого было оценить в динамике терапевтическую эффективность антибиотика «Лопракс» по сравнению с антибиотиком «Мидекамицин» в комплексной терапии пациентов с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух.

Лопракс (цефиксим) является пероральным цефалоспорином третьего поколения. Этот препарат был выбран нами благодаря широкому спектру действия (в том числе и на наиболее частых возбудителей острых и хронических риносинуситов). Он обладает бактерицидным свойством, обусловленным угнетением синтеза клеточной мембраны широкого спектра возбудителей; устойчивостью к действию β -лактамазам; хорошей биодоступностью (60%), независимо от приема пищи; быстрым достижением терапевтической концентрации в ЛОР-органах и сохранением её в течение 24 ч. Наличие винильной группы в структуре лопракса обеспечивает хорошую всасываемость препарата.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1) сформировать сравнимую и основную (исследуемую) группы больных риносинуситом, различающиеся применяемыми для проведения антибиотикотерапии препаратами (лопракс (цефиксим) – в основной группе, мидекамицин – в сравнимой);

2) провести сравнительную оценку эффективности этих препаратов по степени выраженности симптомов риносинусита, состоянию мукоцилиарного транспорта и показателям ринопневмометрии;

3) оценить возможность применения антибиотика «Лопракс» в комплексной терапии пациентов с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух.

Для решения этих задач в клинике болезней уха, горла и носа Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава) проведено обследование 62 больных в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст – 40 лет), среди которых было 27 женщин и 35 мужчин.

Распределение всех обследуемых по группам и формам заболевания было следующим.

Острый гайморит обнаружен у 29 (46,7%) лиц, острый гемисинусит – у 11 (17,8%), острый фронтит – у 12 (19,3%), обострение хронического синусита – у 8 (12,9%), одонтогенный гайморит – у 2 (3,3%).

Из исследования исключались такие больные:

- беременные;
- лица с кистозными и полипозными формами риносинуситов;
- пациенты с тяжелыми формами заболевания, требующие интенсивной терапии.

1-я – контрольная группа (n=10) – практически здоровые люди из числа студентов Украинской медицинской стоматологической академии, у которых были определены показатели мукоцилиарного транспорта и ринопневмометрии;

2-я – основная группа (n=42; 67,7%); этим пациентам назначалась комплексная терапия: лопракс (400 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней), противовоспалительные и десенсибилизирующие препараты, деконгестанты, муколитики и мукокинетики; при необходимости выполнялась пункция верхнечелюстной пазухи, трепанопункция лобной пазухи, эндоназальная функциональная полисинусотомия;

3-я – сравнимая группа (n=20; 32,3%), в которой антибактериальная терапия осуществлялась мидекамицином (по 400 мг через 8 ч в течение 7 дней).

Эффективность лечения оценивалась по степени выраженности субъективных и объективных признаков до лечения, на 3-и, 5-е и 7-е сутки (табл. 1).

Субъективные признаки: болевой синдром, отделяемое в полости носа, заложенность носа.

Объективные признаки: эндоскопическая риноскопия, изучение показателей мукоцилиарного транспорта и ринопневмометрии, температурная реакция, лейкоцитоз и повышение СОЭ.

Оценка степени выраженности субъективных признаков и данных эндомикро-риноскопии осуществлялась в степени 0-4 со следующими значениями:

- 0 – отсутствие симптомов;
- 1 – симптом легко выражен;
- 2 – симптом умеренно выражен;
- 3 – симптом выражен;
- 4 – симптом резко выражен.

Дополнительные методы исследования, которые использовались при постановке диагноза: рентгенография околоносовых пазух, компьютерная томография (рис. 1, 2).

Полученные данные свидетельствуют о том, что во 2-й – основной группе пациентов, которым назначалась антибиотикотерапия препаратом «Лопракс», уже на 3-и сутки отмечалась нормализация общего их состояния, уменьшение выраженности болевого синдрома. К окончанию курса лечения больные достигали клинического выздоровления, резкого уменьшения выра-

женности и исчезновения основных симптомов заболевания. В 3-й – сравниваемой группе полученные показатели достоверно отличались на 5-е сутки лечения от 2-й группы, и даже к концу курса терапии пациенты могли отмечать дискомфорт из-за умеренного болевого синдрома и заложенности носа.



Рис.1. На КТ в коронарной проекции имеется тотальное снижение пневматизации левой верхнечелюстной пазухи

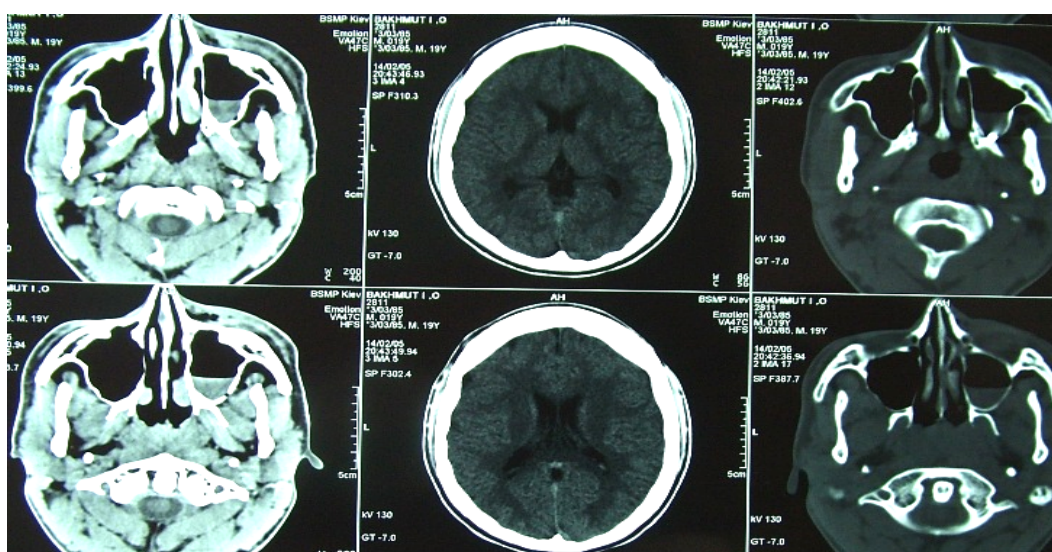


Рис.2. На КТ в аксиальной проекции имеется уровень жидкости в правой верхнечелюстной пазухи.

Таблица 1

Динамика основных симптомов риносинусита в процессе лечения у наблюдаемых больных

Симптомы	Выраженность симптомов (баллы) у обследованных							
	начало лечения		3-и сутки лечения		5-е сутки лечения		7-е сутки лечения	
	группы							
	2-я	3-я	2-я	3-я	2-я	3-я	2-я	3-я
Болевой синдром	3,6	3,4	0,6	1,4	0	0,6	0	0,1
Заложенность носа	2,9	2,8	1,1	1,6	0,3	0,9	0,1	0,3
Отделяемое из носа	2,9	3,1	1,5	1,9	0,2	0,9	0,1	0,4
Повышение температуры тела	1,9	1,7	0,7	0,8	0	0	0	0
Лейкоцитоз	1,7	1,6	0,6	0,9	0,1	0,2	0	0
Данные оптической риноскопии	3,1	3,2	1,6	2,1	0,1	0,9	0	0,2

Пункционно-дренажный метод во 2-й группе с острым гайморитом применен у 5 лиц, что составляет 12% от всей основной группы, а в 3-й – у 3, что составляет 15% от всей сравниваемой группы.

Функция носовой полости оценивалась при помощи определения мукоцилиарного клиренса её слизистой оболочки (сахариновая проба) и ринопневмометрии (в мм водного столба).

В основной группе показатели достоверно отличались от таковых в сравниваемой группе уже на 3-и сутки лечения. К концу курса терапии, т.е. на 5-е сутки, показатели дыхательной функции достигали их уровня в контрольной группе, а в группе пациентов, которые получали мидекамицин, только на 7-е сутки они приближались к контролю. Прием антибиотика «Лопракс»

сокращает сроки восстановления показателей дыхательной функции полости носа.

Показатели двигательной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа до лечения в основной и сравниваемой группах существенно не отличались. Однако уже на 3-и сутки терапии во 2-й группе они достоверно отличались от 3-й группы и уже на 5-е сутки приближались к уровню контроля, чего не наблюдалось у пациентов сравниваемой группы (3-й).

У всех больных достигнут положительный терапевтический эффект. У пациентов, которые получали антибиотик «Лопракс», сроки лечения сокращались, на 5-е сутки наступало выздоровление у 98% из них. Только у 2 человек с обострением хронического риносинусита прием лопракса продлен до 7 дней.

Таблица 2

Динамика функции полости носа в процессе лечения у наблюдаемых больных

Вид исследования	Обследуемая группа	Исследуемые показатели в динамике			
		до лечения	3-и сутки	5-е сутки	7-е сутки
Дыхательная функция носа (мм вод. ст.)	1-я	10,1			
	2-я	34,8	24,6	10,7	10,3
	3-я	32,6	30,2	17,7	10,9
Двигательная активность мерцательного эпителия (мин)	1-я	18,3			
	2-я	44,3	27,2	19,72	18,7
	3-я	43,5	34,1	27,7	19,4

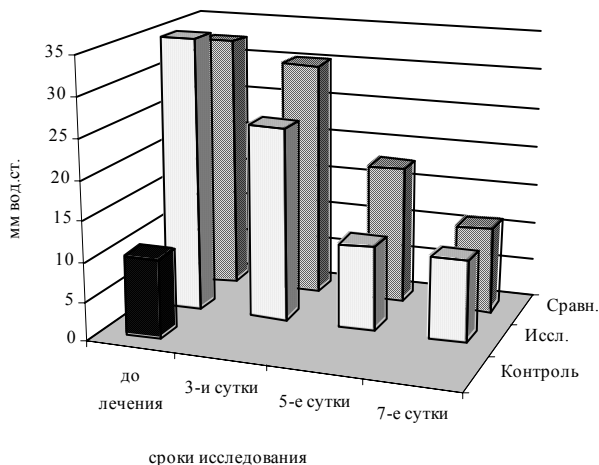


Рис. 3. Дыхательная функция носа

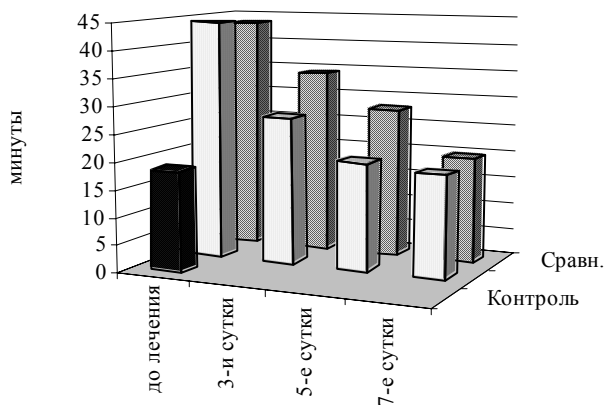


Рис. 4. Двигательная активность мерцательного эпителия

Применение данного антибиотика позволило сократить необходимость пункций верхнечелюстной пазухи у больных острым гайморитом.

Побочные эффекты не наблюдались, препарат хорошо переносился, явлений дисбиоза не отмечено.

Таким образом:

1. Лечение при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух должно проводиться комплексно, с назначением антибиотиков, обладающих широким спектром действия, минимальной кратностью приема и проникающих через гематоэнцефалический барьер.

2. Проведенное нами исследование показало эффективность применения в комплексной терапии при риносинуситах таблетированного антибиотика «Лопракс», что позволило купировать основные клинические проявления заболевания, нормализовать функцию полости носа, сократить сроки лечения, уменьшить необходимость использования пункционно-дренажного метода.

3. Антибиотик «Лопракс» отвечает требованиям рациональной антибиотикотерапии, высоко эффективен при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, удобен в кратности приема и может быть препаратом выбора при острых и обострении хронических риносинуситов.

1. Страчунский Л.С., Каманин Е.И. Антибактериальная терапия инфекций в оториноларингологии. – 1998. – Т. 6, №11. – С. 684-693.
2. Овчинников А.Ю., Овчаренко С.И., Паникина М.А. Особенности лечения острого гнойного синусита на фоне аллергических заболеваний дыхательной системы // Журн. доказательной медицины для практических врачей. – 2004. – Т. 6, №4. – С. 247-249.
3. Зинченко Д.А., Заболотная Д.Д. Применение антибактериальных препаратов группы фторхинолонов в терапии пациентов с обострением хронических синуситов // Материалы 10-го съезда оториноларингологов Украины. – 2005. – С. 106-108.

4. Гинькут В.Н., Янушкевич А.А. Бактериология острых синуситов // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – №3-с. – С. 29-30.
5. Журавлев А.С., Каменко А.В. Сравнительная оценка различных методов лечения гнойных гайморитов // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – №3-с. – С. 36.
6. Тишко Ф.О., Дядченко О.П., Дідковський В.Л., Воробйов О.В. Сучасні підходи до тактики лікування гострих та хронічних синуситів // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – №3-с. – С. 91-92.
7. Blumer J.K. // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 1998. – 17:1070-5.
8. Pichichero M.E., Reiner S.A., Jenkins S.G. et al. // *Ann. Otol. Laryngol.* – 2000. – 109: 2-12.

Поступила в редакцию 27.03.06.