

## **ПРИМЕНЕНИЕ МУКОЛИТИЧЕСКИХ И АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ**

*Каф. оториноларингології (зав. – засл. діяч науки і техніки України, проф. Ю.В. Мімін) НМУ ім. О.О. Богомольця*

Лечение воспалительных заболеваний ЛОР-органов, а особенно острых средних отитов и гайморитов, в настоящее время не только не утратило своей актуальности, но, и наоборот, на современном этапе приобретает особое значение [1-5]. Учитывая большую распространенность этой патологии, повышение количества антибиотикорезистентных штаммов, вопрос эффективного лечения больных с этой патологией является чрезвычайно актуальным [2, 5-7].

Комбинация антибактериальной, муколитической и антигистаминной терапии в лечении больных острым отитом и синуситом является патогенетически обусловленной и оправданной, а появление новых препаратов такого действия расширяет возможности практических врачей – отоларингологов в оказании помощи этим контингентам пациентов [8-10].

Препарат «Пульмолор», выпускаемый фирмой Movi Health (Швейцария), является комплексным и в своем составе сочетает синтетический секретолитический препарат – амброксола гидрохлорид и антигистаминный препарат – лоратадин. Амброксол нормализует реологические свойства секретов, уменьшая вязкость, что позволяет улучшить их эвакуацию. Кроме того он оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действие, повышает местный иммунитет слизистой оболочки. Второй входящий в состав препарата компонент – лоратадин является селективным блокатором периферических H<sub>1</sub>-гистаминных рецепторов, при этом не обладая центральным действием. Лората-

дин дает противоаллергический эффект, снимает спазм гладкой мускулатуры, уменьшает отек слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Кроме того благодаря наличию в составе «Пульмолора» амброксола повышается концентрация антибиотиков в слизистой оболочке.

Препарат хорошо переносится и редко вызывает побочные явления. Противопоказаниями к его назначению является повышенная чувствительность к любому компоненту «Пульмолора», тяжелые поражения печени, период беременности и кормления грудью, дети до 12 лет.

При проведении исследования «Пульмолор» применялся по 1 таблетке 2 раза в день. 1 таблетка препарата содержит 60 мг амброксола и 5 мг лоратадина.

Целью настоящей работы стало изучение эффективности включения препарата «Пульмолор» в курс комплексной терапии пациентов с острыми воспалительными заболеваниями уха и околоносовых пазух.

В клиническое исследование были включены 95 человек с острыми воспалительными заболеваниями ЛОР-органов, из них, 49 – с острым средним отитом (25 из основной группы с использованием в схеме лечения «Пульмолор» и 24 – из группы сравнения), 46 – с острым синуситом (24 – из основной, 22 – из группы сравнения). Острый отит и острый синусит были выбраны, поскольку являются наиболее частыми осложнениями респираторной вирусной инфекции, и такие больные составляют примерно 50% от всех пациентов ЛОР-стационара. У всех больных проводилось комплексное обследование, которое включало: сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов, обще-

клинические анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи), при необходимости выполнялись дополнительные исследования (рентгенография околоносовых пазух при синуситах; аудиометрия, тимпанометрия – при отитах).

Пациентам основной группы назначалась комплексная терапия, которая включала антибиотики – цефтриаксон по 1 г х 2 раза в день в/м в течение 7 дней, а также препарат «Пульмолор» в дозе при отите – 1 таблетка х 2 раза в день (кроме того, назальные деконгестанты и капли в ухо, а при наличии показаний осуществлялась тимпанопункция или патрацентез), при синусите – 1 таблетка х 2 раза в день, использовались сосудосуживающие препараты и при необходимости – пункция пораженной пазухи. В группе сравнения в качестве противовоспалительной терапии применялся цефтриаксон – по 1 г внутримышечно 2 раза в день и аналогичное

местное лечение без применения системных муколитических препаратов. Длительность терапии составляла 7 дней.

Для оценки эффективности лечения больных использовались клинические критерии динамики заболевания.

### **Результаты исследований**

При первичном обследовании пациенты группы с острым средним отитом предъявляли жалобы на повышение температуры тела до 37,5-38,5°C, недомогание, боль и шум в ухе, снижение слуха, ощущение тяжести и переливания в ухе.

Для оценки клинической эффективности лечения учитывались субъективные ощущения обследуемых лиц (уменьшение болевых ощущений и шума в ухе, улучшение слуха, отсутствие ощущения переливания в ухе, нормализация температуры тела), а также уменьшение гиперемии, инфильтрации барабанной перепонки (табл. 1).

Таблица 1

Эффективность терапии больных острым средним отитом

Критерий оценки эффективности	Основная группа (цефтриаксон+пульмолор)	Группа сравнения «цефтриаксон»
	время проявления эффекта терапии	
Улучшение общего состояния	со 2-го дня	с 3-го дня
Угасание боли	1-2-е сутки	2-е сутки
Уменьшение интенсивности шума	3-4-е сутки	4-5-е сутки
Улучшение слуха	2-3-й день	2-3-й день
Нормализация температуры тела	3-4-й день	3-4-й день
Улучшение отоскопических данных	2-3-й день	3-4-й день
Прекращение гноетечения	2-3-й день	4-5-й день
число больных		
Наличие рецидива заболевания	не было	у 2 (8%)

Как видно из представленных данных, динамика изменения симптомов заболевания у пациентов, основной группы, в схеме лечения которых использовалась комбина-

ция антибиотика с препаратом «Пульмолор», и в контрольной группе была похожей. Однако у обследуемых основной группы (комбинация антибиотика и пульмолора)

местно отмечена более быстрая нормализация отоскопических данных, уменьшение болевых ощущений, реже определялись такие симптомы, как ощущение тяжести и переливания жидкости в ухе. С нашей точки зрения, это обусловлено уменьшением воспалительных изменений и отека, связанным с антигистаминными свойствами «Пульмолора», разжижением и более быстрой эвакуацией секрета, находящегося в барабанной полости, благодаря входящему в препарат амброксолу. Важно отметить, что ни у одного больного основной группы не было выявлено осложнений рецидивирования заболевания в ближайшем периоде (1 мес), в то время как в группе сравнения у 2 наступил рецидив заболевания спустя 5 и 7 дней, что потребовало проведения второго курса антибактериальной, местной терапии, еще у 2 возникла необходимость выполнения парацентеза. При этом переносимость лечения в основной группе была значительно лучшей, чем в группе сравнения за счет противоотечного и антиаллергического системного воздействия препарата. Длительность пребывания пациентов в стационаре

как основной, так и группы сравнения была сравнимой.

Такая же ситуация наблюдалась и в группе обследуемых с синуситами. Больные острым синуситом при поступлении жаловались на нарушение общего состояния, затруднение носового дыхания, наличие гнойного отделяемого из носа, головную боль, боли в области проекции пораженной пазухи. При проведении передней риноскопии определялись гиперемия, отек, инфильтрация слизистой оболочки полости носа, у большинства пациентов имелось гнойное отделяемое в среднем носовом ходе. После окончания лечения у всех обследуемых достигнуто клиническое выздоровление. При оценке динамики нормализации состояния больных основной группы и группы сравнения (табл. 2) было отмечено, что сроки их выздоровления практически не различаются. Нормализация состояния пациентов и угасание симптомов заболевания при применении комплексной терапии с использованием пульмолора происходили быстрее, чем при монотерапии цефтриаксоном.

Таблица 2

#### Эффективность лечения больных острым синуситом

Критерий эффективности терапии	Основная группа (цефтриаксон+пульмолор)	Группа сравнения (цефтриаксон)
	время проявления эффекта терапии	
Улучшение общего состояния	со 2-го дня	с 3-го дня
Уменьшение боли в области проекции пазух	на 2-е сутки	на 2-е сутки
Восстановление носового дыхания	на 3-4-е сутки	на 4-5-е сутки
Исчезновение головной боли	на 2-3-й день	на 2-3-й день
Нормализация температуры тела	на 2-3-й день	на 3-4-й день
Прекращение появления гнойного отделяемого	на 5-6-й день	на 7-8-й день
число больных		
Наличие рецидивов	1 (4,5%)	3 (15%)

Результаты клинической оценки проведенного лечения свидетельствуют о том, что схема комплексной терапии с включением в неё препарата «Пульмолор» была

более эффективной у больных острым синуситом. Малое количество рецидивов у этих пациентов существенно улучшило их общее состояние, позволило уменьшить

число проводимых пункций, избежать необходимости назначения повторных курсов антибактериального лечения и препятствовало переходу острого процесса в околоносовых пазухах в хронический.

**Выводы:**

Проведенное изучение эффективности и переносимости комбинации цефтриаксона и препарата «Пульмолор» по сравнению с монотерапией цефтриаксоном у больных острым средним отитом и острым синуситом показало, что:

1. Комплексная терапия препаратами «Цефтриаксон» и «Пульмолор» даёт луч-

ший клинический эффект по сравнению с монотерапией цефтриаксоном, выздоровление пациентов основной группы наступало в более короткие сроки, чем в группе сравнения; комплексная терапия хорошо переносилась больными, не было отмечено осложнений при ее применении ни у одного из обследованных пациентов.

2. Включение пульмолора в схему лечения пациентов с воспалительными заболеваниями ЛОР-органов позволяет предупредить развитие затянувшихся и рецидивирующих форм заболевания, а также препятствует переходу заболевания в хроническую форму.

1. Завалий М.А. Экспериментальное исследование поверхностной активности мукоцилиарной системы околоносовых пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №6. – С. 18-22.
2. Кравченко Д.В. Результаты обследования и лечения больных острым гнойным средним отитом // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – № 1. – С. 77-78.
3. Луценко В.І. Можливі механізми розвитку хронічних синуситів за даними електропунктурної діагностики // Ринологія. – 2004. – № 1. – С. 47-65.
4. Любінець Ю.В., Любінець О.Б. Комплексне лікування гострого синуситу в поліклінічних умовах // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – № 3-с. – С. 60.
5. Мітін Ю.В., Джурко Л.Р., Кур'янов С.В. Сучасний підхід до лікування пацієнтів із захворюваннями носа та приносних пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 3. – С. 38-43.
6. Николаев М.П. Современные подходы к местной терапии при отитах / М.П. Николаев, Н.Э. Байкова, Н.М. Зайцев и др. // Рос. оториноларингология. – 2005. – № 3 (16). – С. 82-84.
7. Туровский А.Б. Острое воспаление наружного и среднего уха./ А.Б. Туровский, А.И.Крюков // Consilium Medicum. – 2000 – Vol.8. – С. 323-325.
8. Janssen TJ, Guelen PJ, Vree TB, et al. Bioavailability of ambroxol sustained release preparations Part II: Single and multiple oral dose studies in man. *Arzneimittelforschung*. 1988. – Vol. 38. – P. 95-97.
9. Kunicki PK. Determination of loratadine in human plasma by high-performance liquid chromatographic method with ultraviolet detection. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl*. – 2001. – Vol. 755. – P. 331-335.
10. Salmun ML, Herron JM, Banfield C, et al. The pharmacokinetics, electrocardiographic effects, and tolerability of loratadine syrup in children aged 2 to 5 years. *Clin Ther*. – 2000. – Vol 22. – P. 613-621.

Поступила в редакцию 15.06.12.

© В.М. Васильев, Ю.В. Деева, 2012