

ВОЗМОЖНОСТИ СЕКРЕТОЛИТИЧЕСКОЙ И СЕКРЕТОСТИМУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЭКССУДАТИВНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Т. А. Машкова¹, А. В. Исаев^{1,2}, А. Б. Мальцев¹

¹ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

²ФГБОУ ВО Воронежский государственный университет

Поступила в редакцию 26.06.2018 г.

Аннотация. Высокий уровень заболеваемости риносинуситами у нас в стране и за рубежом, переход их в хроническую форму, рецидивирование определяют актуальность проблемы лечения данной патологии. В связи с этим и потребность в медикаментозном лечении этой категории больных все более возрастает.

Приведенные в статье возможные механизмы воспаления слизистой оболочки полости носа указывают на целесообразность использования местной противовоспалительной, секретолитической и секретостимулирующей терапии. К перспективным в этой области препаратам относится Синуфорте, экстрагируемый из *Cyclamen europaeum*.

В клинике оториноларингологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко проведен анализ эффективности эндоназального применения Синуфорте при лечении острых экссудативных риносинуситов у 40 больных в возрасте от 19 до 52 лет, из них 23 женщины и 17 мужчин. Пациенты получали препарат согласно рекомендациям изготовителя: по 1 дозе в каждую половину носа 1 раз в сутки в течение 8 дней.

У всех больных, получавших секретолитическую, секретостимулирующую терапию, были достигнуты положительные результаты. Клинический эффект от проводимого лечения у больных основной группы с катаральной формой синусита наступал в среднем через 4 дня. Исчезали болезненные ощущения, значительно улучшалось носовое дыхание, полностью исчезали воспалительные изменения в полости носа. В контрольной группе положительная динамика клинической картины заболевания отмечалась на 2-3 дня позже. В основной группе больных с гнойной формой синусита регресс заболевания наблюдался через 6 дней, в контрольной – на 3-4 дня позже.

Полученные в результате клинических, рентгенологических и морфологических исследований данные указывают на высокую эффективность Синуфорте при лечении острого риносинусита и позволяют рекомендовать его для более широкого использования в качестве монотерапии при катаральных процессах и в сочетании с системными антибиотиками при гнойном воспалении слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

Ключевые слова: экссудативные риносинуситы, секретолитическая терапия, секретостимулирующая терапия, Синуфорте

Высокий уровень заболеваемости риносинуситами у нас в стране и за рубежом, переход их в хроническую форму, рецидивирование определяют актуальность проблемы лечения данной патологии. В связи с этим и потребность в медикаментозном лечении этой категории больных еще более возрастает [1-10].

Известно, что воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа сопровождаются нарушением ее функций, в первую очередь, таких как

транспортная, всасывательная и защитная. Данные нарушения лежат в основе клинической картины острого риносинусита (интоксикация, носовая обструкция, ринорея, головная боль) [11].

Препятствием для фиксации возбудителя и его размножения на поверхности и в толще слизистой оболочки является мукоцилиарный барьер, состоящий из слизистого одеяла, покрывающего ворсинки мерцательного эпителия. [2, 3, 12]. Эта слизь в носовом секрете содержит лизоцим, лактоферрин, секреторный Ig A. У здоровых людей, благодаря строгой ритмичности движения ресничек, обеспечивается

транспорт секрета слизистой оболочки и различных чужеродных частиц из полости носа и околоносовых пазух по направлению к носоглотке [13].

При воспалении транспортная функция слизистой оболочки нарушается вплоть до ее прекращения, что связано как с угнетением двигательной активности реснитчатого эпителия, так и с некрозом и отторжением отдельных его участков [14, 15].

Очаговая десквамация эпителия при остром воспалении слизистой оболочки полости носа, увеличение наполнения за счет включения в кровообращение большого числа анастомозов усиливает всасывание продуктов распада слизистой оболочкой, что в свою очередь определяет степень эндогенной интоксикации [16, 17].

Прохождение возбудителя через мукоцилиарный барьер, закрепление его на поверхности эпителиальной клетки, размножение с формированием колоний вызывает иммунный ответ в виде неспецифических и специфических защитных иммунных реакций.

Неспецифическая защита обеспечивается фагоцитирующими макрофагами и нейтрофильными гранулоцитами, мигрирующими в патологический очаг.

Специфический иммунитет проявляется образованием антител, преимущественно класса Ig A, при участии иммунокомпетентных клеток собственной пластинки слизистой оболочки полости носа. Ig A определяется только в секретах слизистых оболочек. Он угнетает многие виды бактерий, инфицирующих эпителий слизистой оболочки, и обладает способностью потенцировать антибактериальные эффекты факторов врожденного иммунитета, таких как лактоферрин и лактопероксидаза [18].

При несостоятельности мукоцилиарного барьера концентрация S IgA в носовом секрете падает, прекращается его бактерицидное действие [14].

Приведенные выше механизмы воспаления слизистой оболочки полости носа указывают на целесообразность использования местной противовоспалительной, секретолитической и секретостимулирующей терапии. К таким препаратам относится Синуфорте, экстрагируемый из *Cyclamen europaeum* [4, 19, 20].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике оториноларингологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко проведен анализ эффективности эндоназального применения Синуфорте при лечении

острых экссудативных риносинуситов у 40 больных в возрасте от 19 до 52 лет, из них 23 женщины и 17 мужчин. Пациенты получали препарат согласно рекомендациям изготовителя: по 1 дозе в каждую половину носа 1 раз в сутки в течение 8 дней.

По локализации патологического процесса больные распределились следующим образом: острый катаральный этмоидофронтит – 3, острый катаральный этмоидогайморит – 5, острый гнойный этмоидофронтит – 7, острый гнойный этмоидогайморит – 12, острый гнойный гемипансинусит – 13. Длительность заболевания колебалась от 5 до 14 дней.

Контрольную группу составили 20 больных с аналогичными заболеваниями, получавшие традиционное лечение по общепринятой методике, включающей анемизацию слизистой оболочки полости носа, антибактериальные препараты, инструментальную эвакуацию содержимого из пораженных синусов, гипосенсибилизацию.

Для постановки диагноза и оценки результатов лечения взятых для исследования больных проводилось клиничко-эндоскопическое обследование, рентгенография и компьютерная томография околоносовых пазух, анализ содержимого пораженных пазух, исследование транспортной функции респираторного эпителия слизистой оболочки полости носа посредством пробы с метиленовым синим и сахаринном. Всасывательная функция слизистой оболочки у больных с острым риносинуситом изучалась по модифицированной методике Боржика (проба с атропином). Течение воспалительного процесса оценивали с помощью гистоморфологического исследования биопсийного материала слизистой оболочки остиомеатального комплекса.

Монотерапия Синуфорте проводилась больным с катаральной формой риносинусита. При гнойных риносинуситах Синуфорте использовался в сочетании с системной антибактериальной терапией и удалением экссудата путем пункций и зондирования синусов [20].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех больных, получавших секретолитическую, секретостимулирующую терапию, достигнуты положительные результаты.

Нами не зафиксировано ни одного случая острой аллергической реакции, потребовавшей отмены препарата. Все реакции, такие как слезотечение, жжение в носу, чихание – были умеренными и не продолжались более 20 минут.

Клинический эффект от проводимого лечения у больных основной группы с катаральной

формой синусита наступал в среднем через 4 дня. Исчезали болезненные ощущения, значительно улучшалось носовое дыхание, полностью исчезали воспалительные изменения в полости носа.

В контрольной группе положительная динамика клинической картины заболевания отмечалась на 2-3 дня позже. В среднем курс лечения в основной группе составил 5 дней, в контрольной – 8 дней.

О прекращении экссудации и восстановлении вентиляции околоносовых пазух судили на основании анализа характера промывной жидкости и данных рентгенографии.

В основной группе больных с гнойной формой синусита регресс заболевания наблюдался через 6 дней, в контрольной – на 3-4 дня позже и курс лечения составил в среднем соответственно 7 и 11 дней. Количество промываний пораженных пазух в основной группе не превышало 2, тогда как в контрольной составило 6-8.

При сравнительном анализе функциональных параметров слизистой оболочки полости носа у больных острым риносинуситом установлено, что двигательная функция мерцательного эпителия до лечения была значительно ослаблена. Время транспорта индикатора при катаральном риносинусите составило 25-30 минут, при гнойном – 30-36 минут. После лечения у больных основной группы катаральным риносинуситом транспортная функция мерцательного эпителия нормализовалась на 7 сутки, после перенесенного гнойного риносинусита – на 10 сутки (время транспорта слизи у здоровых людей 17-29 минут) [14].

У больных контрольной группы после лечения по поводу катарального риносинусита транспортная функция мерцательного эпителия восстанавливалась на 9-10 сутки, при гнойном риносинусите на 10 сутки время транспорта индикатора составляло 25-30 минут, т.е. имела место I степень нарушения двигательной активности.

Время всасывания атропина слизистой оболочкой полости носа по реакции зрачка у здоровых людей равно 65-70 минут [17]. После лечения у больных основной группы независимо от формы заболевания всасывательная функция слизистой оболочки на 7 сутки полностью восстановилась (при наблюдении в течение 65 минут расширение зрачка не наступало).

У больных контрольной группы после лечения время всасывания атропина на 7 сутки составляло 60-65 минут.

При гистологическом исследовании биопсийного материала слизистой оболочки ОМК в

ходе наблюдения за пациентами получены следующие результаты: до лечения слизистая оболочка полости носа была значительно утолщена с участками метаплазии мерцательного эпителия и изъязвления, поля зрения покрыты элементами воспаления с преобладанием нейтрофильных гранулоцитов. К 8 дню лечения основной группы слизистая оболочка начинала восстанавливаться. В материале слизистой оболочки ОМК на фоне единичных элементов воспаления определялись участки молодого мерцательного эпителия, что является критерием выздоровления данной категории больных.

При исследовании биопсийного материала больных контрольной группы к указанному сроку элементов молодого мерцательного эпителия не отмечалось, сохранялась воспалительная инфильтрация. Восстановление мерцательного эпителия отмечалось к 15-16 дню от начала лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в результате клинических, рентгенологических и морфологических исследований данные указывают на высокую эффективность синуфорте при лечении острого риносинусита и позволяют рекомендовать его для более широкого использования в качестве монотерапии при катаральных процессах и в сочетании с системными антибиотиками при гнойном воспалении слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Зубков М.Н. // РМЖ. 2009. Т. 17 (2). С.123-131.
- 2.Руководство по ринологии / Под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М., 2011, 960 с.
- 3.Лопатин А.С., Гамов В.П. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения. М., 2011, 72 с.
- 4.Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. А.С. Лопатина. М., 2011, 39 с.
5. Fokkens W. J., Lund V.J., Mullol J. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // Rhinology. 2012. Vol. 50 (1). P. 1-12.
- 6.Дайхес Н.А. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. М.–СПб., 2014, 39 с.
- 7.Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: методические рекомендации / Х.Т. Абдулкеримов, Т.И. Гаращенко, В.И. Кошель, С.В. Рязанцев, В.М. Свистушкин. СПб., 2015, 40 с.

8. Этиопатогенетическая терапия заболеваний верхних путей и уха: методические рекомендации / Под ред. С.В. Рязанцева. СПб., 2015, 44 с.

9. Овчиников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Шаграманян Г.Б., Рябинин В.А. // РМЖ. 2016. № 21. С. 1407- 410.

10. Острый синусит: методические рекомендации / Под ред. С.В. Рязанцева. СПб., 2017, 32 с.

11. Оториноларингология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Пальчуна. М., 2008, 60 с.

12. Гаращенко Т.И. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух // РМЖ. 2003. Т.9, № 19. С. 806–808.

13. Машкова Т.А., Матвеева В.Н. // Российская оториноларингология. 2007. № 5. С. 109-112.

14. Плужников М.С., Шантуров А.Г., Лавренова Г.В., Носуля Е.В. Слизистая оболочка носа. Механизмы гомеостаза и гомеокинеза. С-Петербург, 1995, 104 р.

15. Семенов Ф.В. // Вестник оториноларингологии. 1987. №6. С. 55-58.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Машкова Т. А., доктор медицинских наук, профессор, Зав. кафедрой оториноларингологии

Тел.: +7 903 651-56-56

E-mail: mashkova-ta@mail.ru

Исаев А. В., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии

Мальцев А. Б., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии

Тел.: +7(905)6503636

E-mail: maltsev_ab@mail.ru

Воронежский государственный университет

Исаев А. В., кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической фармакологии

16. Воронович В.П., Ситников В.П. Взаимосвязь функциональных показателей полости носа и выраженность эндогенной интоксикации в процессе лечения больных острым гнойным риносинуситом. Современные вопросы аудиологии и ринологии. М., 2000, pp. 80-81.

17. Ельков И.В., Ерофеева Л.Н., Баранов В.П., Ховрина М.П. Исследование всасываемости слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи. Материалы региональной научно-практической конференции оториноларингологов и расширенного пленума РНОЛО. Иркутск, 1990, pp. 28-29.

18. Mancini Gr., Carbonara A.O., Heremans J.F./ Immunochemistry. 1965. Vol. 2, N 3. P. 235-254.

19. Лопатин А.С., Авдеев С.Н. Топические средства для лечения заболеваний верхних дыхательных путей. М., 2004, С. 158-165.

20. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: методические рекомендации. СПб., 2006, 42 с.

Voronezh State Medical University. N.N. Burdenko of the Ministry of Health of Russia

Mashkova T. A., MD, DSci. Head. Department of Otorhinolaryngology,

Ph.: +7 903 651-56-56

E-mail: mashkova-ta@mail.ru

Isaev A. V., MD., Assistant Professor, Department of Otorhinolaryngology

Maltsev A. B., MD., Assistant Professor, Department of Otorhinolaryngology

Ph.: +7 905 650-36-36

E-mail: maltsev_ab@mail.ru

Voronezh State University

Isaev A. V., MD., Associate Professor of the Department of Clinical Pharmacology

POSSIBILITIES OF THE SECTRETOLITHIC AND SECRETOSTIMULATING THERAPY OF EXODUSIVE RINOSINUSITIS

T. A. Mashkov¹, A. V. Isaev^{1,2}, A. B. Maltsev¹

¹Voronezh State Medical University. N.N. Burdenko of the Ministry of Health of Russia

² Voronezh State University

Abstract. High incidence of rhinosinusitis in our country and abroad, their transition to a chronic form, recurrence determine the urgency of the problem of treatment of this pathology. In this regard, and the need for drug treatment of this category of patients is increasingly rising.

The possible mechanisms of inflammation of the nasal mucosa indicate the advisability of using local anti-inflammatory, secretolytic and secreting stimulating therapy. The promising drugs in this area include Sinuforte, extracted from *Cyclamen europaeum*.

In the clinic of otorhinolaryngology Voronezh State Medical University analyzed the effectiveness of the endonal application of Sinuforte in the treatment of acute exudative rhinosinusitis in 40 patients aged 19 to 52 years: 23 women and 17 men. Patients received the drug according to the manufacturer's recommendations: 1 dose in each half of the nose 1 time per day for 8 days.

In all patients receiving secretionolytic, secreting-stimulating therapy, positive results were achieved. The clinical effect of the treatment in the patients of the main group with the catarrhal sinusitis occurred on average in 4 days. Disappeared pain, significantly improved nasal breathing, completely disappeared inflammatory changes in the nasal cavity. In the control group, the positive dynamics of the clinical picture of the disease was noted 2-3 days later. In the main group of patients with a purulent form of sinusitis, the regression of the disease was observed after 6 days, in the control group – 3-4 days later.

The data obtained from clinical, radiologic and morphological studies indicate the high effectiveness of Sinuforte in the treatment of acute rhinosinusitis and allow it to be recommended for wider use as monotherapy in catarrhal processes and in combination with systemic antibiotics for purulent inflammation of the nasal mucosa and paranasal sinuses.

Keywords: exudative rhinosinusitis, secretolytic therapy, secretion-stimulating therapy, Sinuforte

REFERENCES

1. Zubkov M.N., RMZH, 2009, T. 17(2), P. 123-131.
2. Rukovodstvo po rinologii / Pod red. G.Z. Piskunova, S.Z. Piskunova. M., 2011, 960 p.
3. Lopatin A.S., Gamov V.P. Ostryj i hronicheskij rinosinit: ehtiologiya, patogenez, klinika, diagnostika i principy lecheniya. M., 2011, 72 p.
4. Racional'naya farmakoterapiya zabolevanij uha, gorla i nosa: Rukovodstvo dlya praktikuyushchih vrachej / Pod obshch. red. A.S. Lopatina. M., 2011, 39 p.
5. Fokkens W. J., Lund V.J., Mullol J. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012, Rhinology, 2012, Vol. 50 (1), P. 1-12.
6. Dajhes N.A. Principy ehtiopatogeneticheskoy terapii ostryh sinusitov. M.–SPb., 2014, 39 p.
7. Principy ehtiopatogeneticheskoy terapii ostryh sinusitov: metodicheskie rekomendacii / H.T. Abdulkerimov, T.I. Garashchenko, V.I. Koshel', S.V. Ryazancev, V.M. Svistushkin. SPb., 2015, 40 p.
8. Ehtiopatogeneticheskaya terapiya zabolevanij verhnih putej i uha: metodicheskie rekomendacii / Pod red. S.V. Ryazanceva. SPb., 2015, 44 p.
9. Ovchinikov A.YU., Miroschnichenko N.A., SHagramanyan G.B., Ryabinin V.A., RMZH, 2016, № 21, P. 1407- 410.
10. Ostryj sinusit: metodicheskie rekomendacii / Pod red. S.V. Ryazanceva. SPb., 2017, 32 p.
11. Otorinolaringologiya: nacional'noe rukovodstvo / Pod red. V.T. Pal'chuna. M., 2008, 60 p.
12. Garashchenko T.I. Mukoaktivnye preparaty v lechenii zabolevanij nosa i okolonosovyh pazuh, RMZH, 2003, T.9, № 19, P. 806–808.
13. Mashkova T.A., Matveeva V.N., Rossijskaya otorinolaringologiya, 2007, № 5, P. 109-112.
14. Pluzhnikov M.S., SHanturov A.G., Lavrenova G.V., Nosulya E.V. Slizistaya obolochka nosa. Mekhanizmy gomeostaza i gomeokineza. S-Peterburg, 1995, 104 p.
15. Semenov F.V., Vestnik otorinolaringologii, 1987, №6, P. 55-58.
16. Voronovich V.P., Sitnikov V.P. Vzaimosvyaz' funktsional'nyh pokazatelej polosti nosa i vyrazhennost' ehndogennoj intoksikacii v processe lecheniya bol'nyh ostrym gnojnym rinosinusitom. Sovremennye voprosy audiologii i rinologii. M., 2000, pp. 80-81.
17. El'kov I.V., Erofeeva L.N., Baranov V.P., Hovrina M.P. Issledovanie vsasyvaemosti slizistoj obolochkoj verhnechelyustnoj pazuhi. Materialy regional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii otorinolarnigologov i rasshirennogo plenuma RNOLO. Irkutsk, 1990, pp. 28-29.
18. Mancini Gr., Carbonara A.O., Heremans J.F., Immunochemistry, 1965, Vol. 2, N 3, P. 235-254.
19. Lopatin A.S., Avdeev S.N. Topicheskie sredstva dlya lecheniya zabolevanij verhnih dyhatel'nyh putej. M., 2004, P. 158-165.
20. Ryazancev S.V., Naumenko N.N., Zaharova G.P. Principy ehtiopatogeneticheskoy terapii ostryh sinusitov: metodicheskie rekomendacii. SPb., 2006, 42 p.