



Голос. Слух. Обоняние

Рациональные методы профилактики, диагностики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей и уха, относящихся к одной из наиболее распространенной в амбулаторной практике патологии, требуют междисциплинарного подхода с применением современных технологий и препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью.



К.м.н. Е.В. Осипенко

Руководитель отдела фониатрии Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, к.м.н., доцент Екатерина Владимировна ОСИПЕНКО акцентировала внимание участников симпозиума на проблеме диагностики и лечения нарушений голосового аппарата. Она отметила, что к оториноларингологам часто обращаются пациенты с жалобами на охриплость голоса различного генеза. Заболевания голосового аппарата подразделяют на функциональные (гипотонусная и мутационная дисфония, афония) и органические (воспалительные заболевания, вазомоторный монохордит, борозда голосовой складки, травмы, нервно-мышечные заболевания и др.). Третье место в структуре воспалительных заболеваний голосового аппарата занимает острый ларингит – состояние, обычно развивающееся на фоне различных инфекционных заболеваний (грипп, скарлатина, дифтерия, пневмония, бронхит). Табачный

Дисфония в практике общего врача-оториноларинголога

дым, высокоактивные химические вещества, воздушные поллютанты способны инициировать воспаление, возбудителями которого являются сапрофитные бактерии, перешедшие под воздействием переносителей в разряд патогенных. Кроме того, среди экзогенных факторов развития воспалительных заболеваний гортани выделяют неадекватную голосовую нагрузку, резкие температурные колебания. Не последнюю роль играют и эндогенные факторы: наличие очагов хронической инфекции верхних и нижних дыхательных путей, аллергическая сенсibilизация организма, гастроэзофагеальный рефлюкс, сахарный диабет. Острый ларингит клинически проявляется дисфонией – от легкой охриплости до афонии, сухостью, першением, иногда болью в горле, особенно при глотании, кашлем (сначала сухим). Температура тела остается нормальной, но в ряде случаев может повышаться. Хронический ларингит часто возникает на фоне недолеченного острого заболевания. Среди причин, инициирующих развитие хронического воспалительного процесса в гортани, лидирующие позиции занимают экзогенные факторы. Немаловажную роль играет и профессиональный фактор. В группу риска входят лица, регулярно испытывающие неадекватную голосовую нагрузку. Хронический ларингит прежде всего проявляется дисфонией различной степени выраженности (охриплость го-

лоса 1–4-й степени, грубый, низкий голос). Пациенты жалуются на сухость, першение, щекотание, нередко боль в горле при глотании, голосообразовании, желание прокашляться. Кашель вначале сухой, впоследствии сопровождается отхождением мокроты. При хроническом ларингите мокрота вязкая, локализуется на поверхности голосовых складок в виде комочков. Различают катаральную, гиперпластическую, диффузную гипертрофическую и атрофическую формы хронического ларингита.

На сегодняшний день рутинными методами исследования больных хроническим ларингитом считаются видеоларингостробоскопия или ларингоскопия. При ларингоскопии определяется равномерное увеличение слизистой оболочки гортани, чаще выраженное в районе голосовых связок.

Полость гортани выстлана неодинаковой на различных участках слизистой оболочкой. Значительная часть гортани, за исключением голосовых складок, покрыта респираторным эпителием, типичным для дыхательного тракта. Вибрирующий край голосовой складки покрыт многослойным плоским эпителием, который лучше респираторного эпителия противостоит травматизации складок при контакте. Смазывание голосовых складок происходит благодаря железам, расположенным на задней поверхности надгортанника и мор-



Сателлитный симпозиум компании «Босналек»

ганиевых желудочков. Вместе с секретом поступают гликопротеины, лизоцим и другие вещества, поддерживающие голосовую функцию. Кроме того, слизистая оболочка гортани содержит иммуноактивные клетки Лангерганса. У большинства людей секреторные железы, выделяющие секрет, удалены от вибрирующего края. Важным фактором неспецифической защиты слизистой оболочки является мукоцилиарный клиренс – постоянный ток слизи, покрывающей поверхность клеток эпителия. Этот ток создается за счет функционирования ресничек клеток мерцательного эпителия, выстилающих верхние дыхательные пути. При нормальной реологии вместе со слизью с поверхности эпителия удаляются избытки слизи, инородные частицы, значительная часть микроорганизмов. Для лечения воспалительных заболеваний ротоглотки в клинической практике применяют препараты как специфического, так и неспецифического действия. При воспалительных заболеваниях гортани препаратами первого выбора традиционно считаются антибиотики, действие которых направлено на элиминацию возбудителя. В комплексном лечении применяют ферментативные препараты, оказывающие противовоспалительное, противоотечное и иммуномодулирующее действие, а также улучшающие микроциркуляцию. При ларингитах, ларинго-

трахеитах используют также десенсибилизирующие препараты, средства, блокирующие кашлевой центр (преноксидиазин, кодеин, бутамират), анальгетики из группы нестероидных противовоспалительных препаратов, муколитики, мукоурегуляторы.

При воспалительных заболеваниях респираторного тракта изменяются реологические свойства мокроты, наблюдается гиперпродукция вязкого секрета, снижается мукоцилиарный транспорт. Не случайно в клинической практике востребованы муколитические препараты. Карбоцистеин – отхаркивающее и муколитическое средство, регулирует состояние слизи во всех структурах, содержащих мукопротеины. Карбоцистеин активирует сialовую трансферазу (фермент бокаловидных клеток слизистой оболочки бронхов, формирующих состав бронхиального секрета), ингибирует нейраминидазу и ферменты, способствующие переносу углеводных остатков на белковую основу муцинов. На фоне применения препарата уменьшается продукция кислых муцинов бронхиального секрета, нормализуется количественное соотношение кислых и нейтральных муцинов. Как следствие, приходят в норму основные реологические показатели слизи. Карбоцистеин способствует регенерации слизистой оболочки, нормализует ее структуру, редуцирует число бокаловидных

клеток, особенно в терминальных бронхах, уменьшает выработку слизи, активирует деятельность реснитчатого эпителия, улучшает мукоцилиарный клиренс.

Бронхобос® (компания «Босналек», Босния и Герцеговина) относится к категории препаратов с выраженным муколитическим, мукоурегулирующим и отхаркивающим действием. В качестве активного компонента препарата используется карбоцистеин. Под воздействием лекарственного средства восстанавливаются вязкость и эластичность мокроты без нарушения слоистого строения слизи. Бронхобос® обладает противовоспалительной активностью, восстанавливает нормальную активность секреторных клеток, облегчает выведение мокроты за счет восстановления мукоцилиарного клиренса. Действие карбоцистеина распространяется на все вовлеченные в патологический процесс отделы дыхательных путей. Препарат Бронхобос®, выпускаемый в форме капсул (для детей с 12 лет) и сиропа, удобен в применении.

Подход к лечению дисфонии у пациентов с воспалительными заболеваниями гортани должен быть комплексным и включать как медикаментозные средства, направленные на элиминацию инфекционного агента, так и препараты, способствующие восстановлению неспецифической защиты организма, улучшающие микроциркуляцию и мукоцилиарный клиренс.

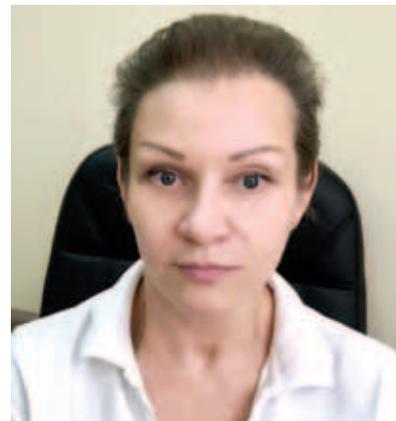
пульмонология

Дизосмия как мультидисциплинарная проблема

По мнению доцента кафедры оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, начальника научно-клинического отдела вестибулологии и отоневрологии Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, к.м.н. Ольги Владимировны ЗАЙЦЕВОЙ, нарушение обоня-

ния трудно поддается диагностике и лечению. Расстройства обонятельной функции проявляются рядом характерных признаков, объединенных термином «дизосмия».

Обоняние – способность ощущать и идентифицировать запахи, являющиеся специфическим раздражителем обонятельного анализатора. В обонятельном эпителии 11-недельного плода име-



К.м.н. О.В. Зайцева



ются дифференцированные клетки, способные выполнять обонятельную функцию. Ребенок воспринимает запахи сразу после рождения. На седьмом-восьмом месяце жизни формируются условные рефлексы на приятные и неприятные запахи. С возрастом острота обоняния притупляется. Происходит атрофия волокон обонятельного нерва. Лица старше 60 лет перестают четко распознавать запахи, например меркаптанов, что повышает уровень риска при использовании бытовых газовых приборов.

В мировой медицинской практике особое место в диагностике обонятельных нарушений занимает количественная и качественная ольфактометрия. Это эффективный современный метод, предоставляющий достоверную информацию о состоянии обонятельной функции, а также об эффективности медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий. К сожалению, в отечественной практике ольфактометры фактически не используются.

Чтобы оценить функции обонятельного анализатора, используют субъективный химический метод с наборами пахучих веществ. В клинической практике для исследования обоняния оториноларингологи применяют шкалу Бернштейна – набор веществ, расположенных в порядке убывания интенсивности вызываемого ими обонятельного ощущения. Они включают запахи хозяйственного мыла, розового масла, горького миндаля, дегтя, скипидара, нашатырного спирта, раствора уксусной кислоты и др.

Человек способен воспринимать и различать более 10 000 запахов. Классификация пахучих веществ включает запахи ольфакторного (водный экстракт валерианы, ванилин, укропное масло, гвоздика, молотый кофе, корица, розовое масло, деготь), а также смешанного действия – ольфактотригеминального (ментол, ацетон, камфорное масло, этиловый спирт,

формальдегид, раствор йода, раствор аммиака) и ольфактоглюсофарингеального (иодоформ, хлороформ, раствор уксусной кислоты).

К наиболее распространенным расстройствам обоняния относятся anosmia и гипосмия. При anosmia отсутствует восприятие и распознавание запахов, а гипосмия характеризуется сниженной способностью воспринимать и адекватно распознавать пахучие вещества. Нарушения могут проявляться и по типу алиосмии, когда пахучие вещества воспринимаются как один из запахов окружающей среды, например какосмия (гнилостный, фекальный запах). Нарушения обоняния встречаются в виде торкосмии (химический, горький запах, запах гари, металла) или паросмии – специфической трансформации узнавания запахов. Фантосмия наблюдается у эмоционально нестабильных людей и выражается в обонятельных галлюцинациях.

Наиболее частые причины обонятельных нарушений: воспалительный процесс, черепно-мозговая травма, лекарственная и производственная интоксикация, аллергическая реакция, генетическая мутация, недостаточность витаминов групп А и В₁₂, эндокринные заболевания, интоксикация солями тяжелых металлов, вирусное поражение и др.

Нарушения обонятельного анализатора подразделяют на количественные (гиперосмия, гипосмия и anosmia) и качественные (какосмия, дизосмия и паросмия).

Причинами количественных нарушений обоняния являются врожденные нарушения, воспалительные процессы, травмы, опухоли, иные факторы (табачный дым, пары серы, лекарственные препараты). Качественные нарушения могут быть обусловлены синуситом, воспалением преддверия носа, опухолями параназальных синусов, инфекционным ринитом, действием лекарственных препаратов, патологией глубоких струк-

тур мозга, височной эпилепсией, сотрясением и ушибом головного мозга.

Одна из причин кондуктивной дизосмии – атрофический ринит. В основе его лечения лежат усиленное снабжение слизистой оболочки питательными веществами (апликация масляных растворов витаминов групп А и Е, экстракта алоэ), борьба с местной патологической микрофлорой, увлажнение слизистой оболочки носа и препятствование образованию корок (ирригационная терапия).

В ряде случаев нарушение обоняния отмечается на фоне риносинуситов. Типичным симптомом заболевания является снижение остроты обоняния. Происходит нарушение pH секрета боуменовых желез – растворителя пахучих веществ. Метаплазия эпителия приводит к поражению обонятельного рецепторного аппарата. При синуситах, протекающих с образованием гнойно-гнилостного содержимого, может наблюдаться объективная какосмия. При риносинуситах применяют деконгестанты для устранения обтурационного фактора, ирригационную терапию для восстановления pH секрета и устранения метаплазии эпителия. В терапии риносинуситов и других воспалительных заболеваний околоносовых пазух успешно используют муколитические средства, например карбоцистеин.

В российском исследовании оценивали клиническую эффективность карбоцистеина (Бронхобос®) у 70 пациентов с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух и среднего уха. В группе пациентов с острым синуситом, получавших в комплексной терапии препарат Бронхобос®, значительное улучшение состояния отмечалось на третьи сутки лечения. На фоне терапии этим препаратом регресс жалоб пациентов наблюдался уже на вторые-третьи сутки. По данным исследователей, включение препарата Бронхобос® в стандартную схему антианти-



Сателлитный симпозиум компании «Босналек»

котерапии увеличивает эффективность последней. Таким образом, добавление препарата Бронхобос® к схеме лечения заболеваний придаточных пазух носа и среднего уха позволяет быстрее добиваться улучшения всех клинических показателей и существенно сокращать продолжительность лечения¹.

Докладчик отметила, что при риносинусите часто возникает дисгевзия – изменение вкусового восприятия вследствие изменения рН слизистой оболочки. Метаплазия эпителия приводит к поражению вкусовых сосочков. Для восстановления их чувствительности и нормального уровня рН секрета можно использовать препарат Лизобакт® (компания «Босналек», Босния и Герцеговина). Действующими веществами препарата являются лизоцима гидрохлорид и пиридоксина гидрохлорид. Противовоспалительное действие основано на нейтрализации кислотных веществ, образующихся во время воспалительного процесса, стимуляции фагоцитоза, направленного на усиление репарации и регресса дегенеративных и некротических процессов, способности ограничивать миграцию нейтрофи-

лов в поврежденные ткани. На фоне терапии препаратом Лизобакт® отмечается положительная динамика анаэробного индекса, отражающего окислительно-восстановительный потенциал среды. Это свидетельствует о восстановлении функциональной активности и численности резидентной микрофлоры полости рта, нормализации ее качественного состава и протеолитической активности².

Лечение кондуктивной дизосмии, развившейся вследствие аллергического ринита, направлено прежде всего на устранение контакта с аллергеном, отека и предусматривает применение антигистаминных препаратов.

Особое место среди нарушений обоняния занимают центральные обонятельные нарушения. К причинам их развития относят опухоли головного мозга, черепно-мозговые травмы, нарушение мозгового кровообращения, демиелинизирующие процессы, обменные нарушения, генетические и инфекционные нарушения, саркоидоз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, сифилис, туберкулез, базальный и оптохиазмальный арахноидит. Проявления

центральных нарушений обоняния зависят не только от локализации, но также от характера и уровня поражения. Поражения центральных обонятельных образований в передней и средней черепных ямках дают различную симптоматику. Поражения первичных обонятельных образований в медиобазальных отделах передней черепной ямки проявляются гипо- и anosмией на стороне патологического процесса. В свою очередь поражение вторичных обонятельных образований в височно-базальных отделах средней черепной ямки ведет к преимущественному нарушению распознавания запахов, гиперосмии или обонятельным галлюцинациям. В заключение О.В. Зайцева подчеркнула, что в настоящее время наиболее обоснованным считается комплексное лечение больных дизосмией с применением препаратов различных классов в зависимости от патогенеза нарушения обоняния. Кроме того, необходим междисциплинарный подход к терапии таких пациентов с участием разных специалистов – оториноларингологов, невропатологов, аллергологов, хирургов, психиатров.

Место муколитиков и мукорегуляторов в лечении ЛОР-осложнений острых респираторных инфекций

Заместитель директора по научной работе Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, д.м.н., доцент Ольга Витальевна КАРНЕЕВА рассказала об эпидемиологии, методах терапии острых респираторных заболеваний различной этиологии и их осложнений. Удельный вес циркуляции вирусов гриппа составляет 13–25%, других респираторных вирусов –

75–85%. Высокая заболеваемость населения вирусами «негриппозной» этиологии отмечается в течение всего эпидемического цикла. Респираторные вирусы (риновирус, коронавирус, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, вирус гриппа, парагриппа) циркулируют в популяции круглогодично. Причем многие респираторные вирусы обладают энтеропатогенностью³.



Д.м.н. О.В. Карнеева

¹ Павлова Т.Г. Бронхобос (карбоцистеин): возможности клинического применения при заболеваниях околоносовых пазух и среднего уха // Фарматека. 2009. № 5. С. 59–62.

² Свириной В.В., Богданова В.О., Ардатская М.Д. Состояние микробиоценоза полости рта при воспалительных заболеваниях пародонта и возможность его коррекции // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2010. № 1. С. 11–17.

³ Дондурей Е.А., Осидак Л.В., Головачева Е.Г., Суховецкая В.Ф. Грипп с желудочно-кишечными симптомами: причины развития, принципы терапии // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2013. № 2. С. 61–67.



Проблема воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и среднего уха обусловлена не только высокой распространенностью данной патологии, но и риском осложнений. В связи с этим актуальна разработка новых комплексных подходов к профилактике и лечению острых респираторных инфекций (ОРИ), направленных на предотвращение развития осложнений. Респираторные инфекции, особенно в детском возрасте, чреваты развитием таких опасных состояний, как синдром крупа, менингоэнцефалит, обострения бронхиальной астмы, повышение астматического статуса, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, обострение хронической патологии почек, гемолитический криз, нейтропения, внутричерепные осложнения (абсцесс головного мозга, синустромбоз).

Чаще осложнения ОРИ у детей и взрослых затрагивают ЛОР-органы. Так, в 20–70% случаев ОРИ сопровождаются развитием риносинусита. Однократно переносит экссудативный средний отит 90% детей в возрасте младше трех лет. У 50% из них наблюдается несколько эпизодов воспаления среднего уха⁴.

Как известно, в структуре инфекционных болезней у детей 90% занимают ОРИ. Среди множества факторов, способствующих частым воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей в детском возрасте, наиболее значимы анатомо-физиологические особенности, незрелость иммунитета, отсутствие иммунологической памяти, аллергический статус. Аллергическая настроенность организма сопровождается функциональной недостаточностью иммунной системы, характеризующейся тенденцией к снижению уровней иммуноглобулинов (Ig) классов А и G, секреторного IgA, синтеза интерферонов, выявлением дисбаланса Th₁/Th₂-

клеток на фоне преобладания Th₂-цитокинового профиля, значительной персистенцией вирусов парагриппа, гриппа, аденовирусов.

Анатомо-физиологические особенности структур верхних отделов респираторного тракта у детей раннего возраста определяют их легкую ранимость при воздействии внешних инфекционных факторов. Характерные особенности физиологии слизистой оболочки верхних дыхательных путей у детей раннего возраста предрасполагают к назальной обструкции. Так, физиологический дефицит секреторного IgA и избыток IgE позволяют любой процесс на слизистой оболочке носа рассматривать как инфекционно-аллергический.

Возрастные особенности лицевого скелета у детей обусловлены рядом морфологических особенностей носовой полости: она ниже, короче и уже, чем у взрослых. У детей наблюдается активное развитие лимфоидной ткани в носоглотке с пролабированием в сфеноэтмоидальный карман. Околоносовые пазухи при рождении представлены передними, средними и задними клетками решетчатого лабиринта и щелевидной верхнечелюстной пазухой, часто заполненной миксоидной тканью. Прогностическими факторами развития острого воспаления среднего уха в младших возрастных группах являются, с одной стороны, высокая частота ОРИ, с другой – склонность к развитию дисфункции слуховой трубы в силу анатомических особенностей (широкая зияющая слуховая труба, низкое расположение носоглоточного устья слуховой трубы, физиологический отек слизистой оболочки задних отделов полости носа у новорожденных, усиление отека слизистой оболочки полости носа при прорезывании и смене зубов).

Указанные особенности строения и функционирования верхних дыхательных путей у детей особенно ярко проявляются на фоне патологии.

Респираторно-вирусная инфекция – одна из главных причин нарушения функции мерцательного эпителия, который играет важную роль в физиологии и патофизиологии верхних дыхательных путей. В основе развития патологических процессов в полости носа, околоносовых пазухах и среднем ухе лежат изменения слизистой оболочки (воспаление). Докладчик подчеркнула, что лечение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и среднего уха должно быть направлено не только на устранение этиологического фактора, но также на ослабление симптомов воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию соустьев, и обеспечение адекватного дренажа.

Ведущая роль в лечении и профилактике острого воспаления верхних дыхательных путей и среднего уха принадлежит интраназальной терапии. Речь идет об элиминационных мероприятиях, применении противоотечной, противовоспалительной и муколитической терапии. При острых ринитах широко используются назальные деконгестанты, антибактериальные и противовоспалительные препараты.

О.В. Карнеева отметила, что ротовая полость служит входными воротами для возбудителей-патогенов. В свою очередь слизистая оболочка полости рта – один из внешних барьеров поступления патогенных агентов в организм. Важнейшее свойство этого барьера – сбалансированное содержание лизоцимов и иммуноглобулинов. У 100% детей, переносящих ОРИ более четырех раз в год, имеет место дисбаланс между лизоцимом и иммуноглобулинами в секрете ротоглотки. Как

⁴ Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: Медицина, 2005.



Сателлитный симпозиум компании «Босналек»

Бронхобос® нормализует состав слизи, уменьшает вязкость секрета, регулирует эластичность, регенерирует слизистую оболочку, приводит в норму количество бокаловидных клеток, объем вырабатываемой слизи и активирует деятельность реснитчатого эпителия. Препарат улучшает неспецифическую иммунную защиту, действует во всех отделах респираторного тракта, полости среднего уха, придаточных пазух носа и евстахиевой трубы

пасность терапии препаратом Лизобакт® у часто болеющих детей с респираторными инфекциями. В исследовании участвовали 60 детей в возрасте от пяти до 14 лет (39 пациентов из категории часто болеющих, 21 больной с сопутствующей ЛОР-патологией)^{6,7}. Исследователи оценивали клиническую эффективность проводимой терапии и профилактики рецидивов, влияние на состояние мукозального иммунитета, коррекцию микробиологических нарушений ротоглотки. На фоне проводимого лечения у детей с первых дней терапии сокращались сроки купирования большинства клинических симптомов заболевания, а также отмечалась динамика метаболической активности микрофлоры ротоглотки. При изучении уровня секреторного IgA – ключевого фактора мукозального иммунитета были подтверждены иммуномодулирующий и противовоспалительный эффекты препарата Лизобакт®. Препарат продемонстрировал противовоспалительный эффект, обеспечив снижение и нормализацию уровня секреторного IgA. Таким образом, применение препарата Лизобакт® способствует нормализации состояния иммунного гомеостаза ротовой полости и опосредованно коррекции состава микрофлоры данного эпитопа. Важной составляющей терапии ОРИ считается применение муколитических лекарственных средств в дебюте заболевания. Целью муколитической терапии является не только нормализация реологических показателей слизи (вязкость, эластичность), но и активация ресничек мерцательного эпителия, стимуляция мукоцилиарного транспорта. Однако необходимо помнить, что

следствие – повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям⁵.

Лизоцим, являющийся физиологическим компонентом неспецифического иммунитета и естественным защитным барьером, содержится во всех биологических жидкостях организма – слюне, слезной жидкости, носовом секрете, сыворотке крови, слизистой оболочке кишечника. Негативные внешние факторы, такие как загрязнение окружающей среды, курение, стресс, инфекционные, хронические заболевания, могут привести к снижению уровня эндогенного лизоцима.

История открытия лизоцима началась в конце XIX – начале XX века. В 1909 г. профессор Томского университета П.Н. Лащенко опубликовал результаты исследования бактериолитического действия яичного белка и высказал предположение о наличии в нем особого энзима, избирательно повреждающего клеточные стенки бактерий, содержащие пептидогликаны. Позже, в 1922 г., А. Флеминг выделил из носовой слизи пациента с простудным заболеванием вещество, которое назвал лизоцимом.

В настоящее время для восполнения эндогенного лизоцима и ле-

чения респираторных инфекций и воспалительных заболеваний ЛОР-органов успешно применяют лизоцимсодержащие препараты. Одним из широко известных препаратов лизоцима, прошедших клиническую апробацию в нашей стране и за рубежом, является препарат Лизобакт® (компания «Босналек», Босния и Герцеговина), представляющий собой уникальную комбинацию естественных для организма веществ. Активные компоненты препарата – пиридоксин (витамин В₆) и лизоцим. Пиридоксин защищает слизистую оболочку полости рта и ротоглотки, препятствуя образованию афт, а также поддерживает целостность эндотелия, не накапливаясь в организме. Лизоцим характеризуется широким спектром действия в отношении патогенной микрофлоры (бактерии, вирусы, грибы), предотвращает развитие воспалительных заболеваний в глотке, полости носа, носоглотке, оптимизируя процессы фагоцитоза и регулируя местный иммунитет.

У часто болеющих детей на фоне респираторных инфекций нередко регистрируется сопутствующая патология ЛОР-органов. В одном из исследований оценивали эффективность и безо-

⁵ Гончарова О.В. Применение Лизобакта у часто и длительно болеющих детей // Фарматека. 2007. № 17. С. 63–66.

⁶ Усенко Д.В., Погорелова О.О., Горелов А.В. и др. Новые подходы к терапии острых респираторных инфекций у детей с хронической ЛОР-патологией // Фарматека. 2010. № 4. С. 72–76.

⁷ Погорелова О.О., Усенко Д.В., Ардатская М.Д. и др. Эффективность Лизобакта в лечении острых респираторных заболеваний у детей // Инфекционные болезни. 2009. Т. 7. № 1. С. 169–172.

отформированная



не все муколитические препараты можно применять для лечения пациентов с заболеваниями ЛОР-органов и совмещать с антибиотиками.

Карбоцистеин активизирует фермент сиаловую трансферазу и изменяет химический состав слизи, стимулирует цилиарную активность. Препараты карбоцистеина можно использовать с антибиотиками.

Бронхобос® (карбоцистеин) применяют в терапии ЛОР-заболеваний, в том числе у детей. Он оказывает

двойное действие: как муколитик нормализует состав слизи, уменьшает вязкость секрета, регулирует эластичность, как мукорегулятор регенерирует слизистую оболочку, нормализуя количество бокаловидных клеток, объем вырабатываемой слизи и активирует деятельность реснитчатого эпителия. Кроме того, препарат улучшает неспецифическую иммунную защиту, действует во всех отделах респираторного тракта, полости среднего уха, придаточных пазух носа и евстахиевой трубы. Бронхобос®

потенцирует действие антибактериальных препаратов.

Подводя итог, О.В. Карнеева отметила, что Лизобакт® и Бронхобос® признаны эффективными и безопасными препаратами и рекомендованы к применению в оториноларингологической практике в составе комплексной терапии. При воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей важно назначать муколитическую и мукорегуляторную терапию на ранних сроках заболевания для предотвращения развития ЛОР-осложнений.



Профессор, д.м.н.
Г.Н. Никифорова

Как отметила профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Галина Николаевна НИКИФОРОВА, адекватное лечение пациентов с воспалительными заболеваниями среднего уха – актуальная проблема оториноларингологии. Количество таких больных не уменьшается, несмотря на наличие широкого спектра методов лечения, в том числе медикаментозных средств, иммунокорректирующих препаратов, физиотерапевтических процедур. В настоящее время наблюдается тенденция к недостаточному использованию патогенетической терапии, а также бурному росту резистентности микробной флоры к большинству широко применяемых антибиотиков.

Острый средний отит в практике общего врача-оториноларинголога

Нормальную функцию среднего уха обеспечивает множество механизмов. Среди них мукоцилиарный транспорт, абсорбция, осмотический градиент, барофункция среднего уха, защитная и дренажная функции слуховой трубы. Известны три классические функции слуховой трубы – вентиляционная, дренажная и защитная. Некоторые авторы выделяют четвертую – акустическую. Барофункция среднего уха имеет сложный механизм, даже незначительные изменения в слизистой оболочке влияют на баланс давления в полости среднего уха. Несмотря на то что объем газа, поступающего в полость среднего уха 500 раз в день, всего 1 мкЛ, даже небольшая обструкция слуховой трубы приводит к тяжелым последствиям. Реснитчатый эпителий, выстилающий просвет слуховой трубы, и продуцируемую им слизь рассматривают как механическую систему. Ее называют мукоцилиарной. От состояния системы в значительной степени зависит дренажная функция слуховой трубы. Жидкость, выстилающая поверхность дыхательных путей, имеет два слоя. Менее вязкий слой – золь покрывает эпителиальную выстилку, более вязкий – гель лежит на поверхности золь. Муциновый слой со-

стоит из гликопротеидов. Их химическая структура определяет вязкость секрета. При любом воспалительном респираторном заболевании образуется порочный круг: нарушение мукоцилиарного транспорта, контаминация микроорганизмов, развитие воспалительного процесса, образование вязкого секрета.

Воздействие патогенных веществ (микроорганизмы, сигаретный дым, поллютанты и др.) на слизистую оболочку дыхательных путей занимает одно из центральных мест в развитии заболеваний. При этом повреждающее действие в основном сказывается на реснитчатых клетках слизистой оболочки. Отмечаются цитопатический эффект инфекционных агентов с потерей ресничек и подавление активности, разрушение клеток, уменьшение их количества, самоустранение поврежденных реснитчатых клеток с потерей цилиндрического строения и дезорганизация расположения базальных и реснитчатых клеток.

Инфекционные и неинфекционные нейромедиаторы воспаления стимулируют парасимпатическую нервную систему. Активируются железы (ринорея, бронхорея, первая фаза экссудативного отита), и возникает трансудация с низким содержанием муцинов, уве-



Сателлитный симпозиум компании «Босналек»

личением жидкой фракции секрета. Развивается отек слизистой оболочки и подслизистых отделов в узких местах респираторного тракта, что приводит к блокаде синусов, среднего уха, подскладочного пространства. С мукоцилиарной дисфункцией протекают острый средний отит, хронический секреторный средний отит, острый и хронический риносинусит, назофарингит, ларинготрахеит.

Изменение реологических характеристик секрета, воспалительные явления в носоглотке вызывают нарушения оттока секрета, что приводит к возникновению различных форм острого среднего отита.

В настоящее время острый средний отит относится к числу самых распространенных заболеваний детского возраста и является наиболее частой бактериальной инфекцией у детей. Средний отит – одна из ведущих причин назначения антибактериальных препаратов, нередко необоснованного. В норме полость среднего уха стерильна, инфицирование при остром воспалении практически всегда происходит через слуховую трубу, что определяет характер микрофлоры. Микроорганизмы в барабанной полости аналогичны персистирующим в верхних отделах дыхательных путей.

Экссудативный средний отит (секреторный отит, серозный отит) – негнойное заболевание, при котором в полостях среднего уха формируется выпот. Одним из наиболее вероятных механизмов развития экссудативного среднего отита считается нарушение вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы. Описаны случаи возникновения данного заболевания при хорошей проходимости слуховой трубы. Экссудативный средний отит диагностируется при наличии жидкости в среднем ухе без признаков острой инфекции, ха-

рактеризуется воспалительным клеточным инфильтратом в подслизистом слое, гиперсекрецией слизи и нарушением мукоцилиарного транспорта. Возможным этиологическим фактором развития экссудативного среднего отита является воздействие на слизистую оболочку среднего уха бактериального или вирусного агента. Существует мнение, что носительство основных возбудителей острого среднего отита (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*) в полости носа и носоглотке может способствовать персистенции латентного воспаления и сенсibilизации организма, обуславливать нарушение функционального состояния слуховой трубы и развитие экссудативного процесса в полости среднего уха. Доказательством инфекционной этиологии экссудативного отита также служит выявление в содержимом барабанной полости на фоне этого процесса нейтрофильных лейкоцитов и простагландинов. Доказано, что экссудативный средний отит может возникать из-за гиперфункции слизистых желез. Не последнюю роль в его патогенезе играют аллергические заболевания. Обычно экссудативный средний отит встречается у детей в возрасте от четырех месяцев до шести лет. Большинство эпизодов у детей разрешается самостоятельно, однако в 30–40% случаев патологический процесс возобновляется. К десяти годам 90% детей имеют в анамнезе хотя бы один эпизод экссудативного среднего отита. Более чем у 42% детей, обращающихся в сурдологические кабинеты, выявляется экссудат в барабанной полости. У взрослых экссудативный средний отит встречается в среднем в четыре раза реже и обычно является односторонним⁸.

Рациональное лечение среднего отита предполагает проведение

комплекса лечебных мероприятий, включающего, в частности, этиотропное лечение, патогенетическое (противовоспалительные, противоотечные, вяжущие средства, муколитики), симптоматическое (обезболивающие средства), иммунокоррекцию, восстановление функции слуховой трубы. Восстановление функции слуховой трубы – обязательная составляющая лечения пациентов с заболеваниями среднего уха. Это обусловлено глобальным влиянием патологии полости носа, пазух и носоглотки на состояние слуховой трубы и среднего уха. Как известно, состояние слуховой трубы имеет определяющее значение для нормального функционирования структур среднего уха. Развитие воспалительных заболеваний среднего уха связано с нарушением функции слуховой трубы.

В международных рекомендациях по лечению отитов муколитическая терапия не предусмотрена, предположительно из-за отсутствия надежного метода экспериментального подтверждения их эффективности непосредственно в ЛОР-практике. Однако применение муколитиков в комплексной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и среднего уха подтверждено результатами многолетних наблюдений, свидетельствующими о благоприятном влиянии муколитических препаратов на течение воспалительного процесса.

Наиболее востребованным муколитическим препаратом в терапии риносинусита и средних отитов различной степени тяжести считается карбоцистеин.

Карбоцистеин (Бронхобос®) влияет на образование, транспорт и свойства секрета, действует на всем протяжении дыхательных путей и в ЛОР-органах, не увеличивает объем секреции, восстанавливает секрецию IgA. Помимо муколитического

отомитическая

⁸ Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Шевчик Е.А., Золотова А.В. Экссудативный средний отит – современные возможности консервативного лечения // Российская оториноларингология. 2014. № 2. С. 153–161.



действия карбоцистеин обладает мукорегулирующим и мукокинетическим эффектами. Препарат усиливает эффективность антибиотиков, может использоваться совместно с бронхолитиками, парацетамолом. Препарат Бронхобос® отличает от других групп мукоактивных препаратов возможность более длительного применения. Продолжительность лечения препаратом Бронхобос® зависит от характера заболевания: при остром процессе – 4–6 дней, при хроническом – 10–30 дней.

В ряде случаев лечение острого среднего отита предполагает хирургическое вмешательство с целью санации патологического очага и реконструкции замкнутой барабанной полости. Эффективным методом хи-

Карбоцистеин (Бронхобос®) влияет на образование, транспорт и свойства секрета, не увеличивает объем секрета, восстанавливает секрецию IgA. Помимо прямого муколитического действия карбоцистеин обладает мукорегулирующим и мукокинетическим эффектами. Препарат усиливает эффективность антибиотиков. Его можно использовать совместно с бронхолитиками, парацетамолом

рургического лечения признана мириготомия лучом волоконного лазера. Следует отметить, что терапия карбоцистеином (Бронхобос®) снижает необходимость хирургического вмешательства.

Таким образом, применение в оториноларингологической практике современных методов медикаментозного лечения обеспечивает быстрый терапевтический эффект и снижение риска развития осложнений.

Заключение

Препарат Бронхобос® (компания «Босналек», Босния и Герцеговина), содержащий активный карбоцистеин, характеризуется муколитическим и мукорегулирующим действием. Он является эффективным и безопасным лекарственным средством и рекомендован для лечения острых и хронических бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся образованием вязкой, трудноотделяемой мокроты (трахеит, бронхит, трахеобронхит, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь), воспалительных заболеваний среднего уха (средний отит) и воспалительных заболеваний носа и его придаточных пазух (ринит, синусит). Препарат способствует восстановлению мукоцилиарного клиренса и специфической защите респираторного тракта, снижает вязкость бронхиального секрета и отделяемого из придаточных пазух носа, облегчает отхождение мокро-

ты и слизи, уменьшает кашель. Детям в возрасте от трех лет Бронхобос® назначают в виде сиропа, детям с 15 лет и старше – в капсулах.

Препарат Лизобакт® (компания «Босналек», Босния и Герцеговина) является антисептиком местного действия, который применяется в стоматологии и ЛОР-практике. Антисептическое действие Лизобакта обусловлено входящими в его состав компонентами. Лизоцим применяется как антисептик, он регулирует местный иммунитет, обладает противовоспалительным действием, потенцирует деятельность антибактериальных препаратов. Пиридоксин (витамин В₆) оказывает антиафтозный эффект на слизистую оболочку полости рта, не влияя на лечебные свойства лизоцима. Лизобакт® характеризуется антибактериальным, противовирусным, противовоспалительным и защитным эффектами. Лизобакт®, применяемый

в комплексе лечебных мероприятий при болезнях глотки, оказывает не только антисептическое и противовоспалительное, но и биоценозсберегающее действие. На фоне применения препарата возрастает неспецифичный иммунологический ответ организма. Лизобакт® применяется в оториноларингологической и стоматологической практике в составе комплексного лечения и в виде монотерапии. Препарат рекомендован для лечения герпетических поражений слизистой оболочки полости рта (комплексная терапия), стоматита, афтозных изъязвлений, гингивита, катаральных явлений верхних отделов дыхательных путей, эрозии слизистой оболочки рта различной этиологии, ангины, ларингита, хронического и острого тонзиллита, фарингита и в послеоперационном периоде (после криодеструкции небных миндалин, тонзиллэктомии). Включение препарата в алгоритм терапии ОРВИ предупреждает развитие местных бактериальных осложнений. ☼