

ГУ «МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского»,
клиника и кафедра
оториноларингологии,
Москва

Возможности мукоактивной терапии в лечении больных ОРЗ

Д. м. н., проф. В.М. Свистушкин, д. м. н. Г.Н. Никифорова

Профилактика и лечение воспалительных заболеваний верхних отделов дыхательных путей и их осложнений является одной из трудно решаемых проблем современного здравоохранения. Острые респираторные заболевания (ОРЗ), при которых в первую очередь поражается слизистая оболочка ЛОР-органов, значительно распространены. По официальным данным в России по поводу «простудных» заболеваний обращаются к врачу около 35 млн человек в год [6]. Общее же количество больных ОРЗ в нашей стране ежегодно достигает 65—70 млн человек [6] и, несмотря на значительные успехи клинической медицины, ежегодно отмечается увеличение данной патологии. Основные причины роста воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) — ухудшение экологической обстановки, нерациональное лечение (возможность персистирования воспаления), увеличение числа аэроаллергенов, снижение резервных возможностей ВДП, рост резистентности флоры, увеличение хронической патологии, оказывающее негативное влияние на многие аспекты проблемы заболеваний респираторного тракта.

Слизистая оболочка ЛОР-органов является форпостом организма, первым барьером на пути различных патогенных агентов внешней среды, так называемых триггеров. Ряд анатомо-физиологических особенностей ВДП (сложная конфигурация, комфортные значения рН среды, влажности, температуры и прочее) способствуют активной

жизнедеятельности, размножению и персистенции патогенной флоры. Триггерами для развития воспаления слизистой оболочки респираторного тракта являются инфекционные факторы (вирусы, бактерии и т.д.), различные загрязняющие частицы (поллютанты, аллергены). В норме слизистая оболочка ВДП благодаря существующим факторам защиты успешно справляется с агрессивным влиянием окружающей среды, вторжением инородных частиц. Одним из основных защитных механизмов является мукоцилиарный клиренс. Реснитчатый эпителий дыхательных путей здорового человека обеспечивает удаление избытка слизи, инородных частиц, микроорганизмов. Оптимальная работа реснитчатого эпителия возможна лишь при нормальной реологии слизистого секрета (вязкости, эластичности, адгезивности). В состав слизи, вырабатываемой клетками слизистой оболочки дыхательных путей, входят иммуноглобулины (А, М, G, Е), ферменты (лизоцим, лактоферрин), что обеспечивает уничтожение возбудителя. Слизистый секрет состоит из двух фаз: более поверхностного и густого геля и золя, в котором осуществляется движение ресничек [9].

Воздействие патогенных веществ на слизистую оболочку дыхательных путей приводит к ее повреждению. Повреждающее действие главным образом сказывается на реснитчатом эпителии: происходит разрушение клеток, уменьшение их количества, подавление активности и потеря ресничек. Вме-

сте с этим происходит гиперплазия бокаловидных клеток, увеличение их количества и площади распространения. Защитной реакцией слизистой оболочки на вторжение патогенных агентов также является увеличение продукции слизи бокаловидными клетками и железами подслизистого слоя. Однако гиперпродукция слизи из защитного процесса превращается в патогенетический, происходит изменение реологии слизи (увеличение вязкости и адгезивности). Нарушение реологических свойств слизи обусловлено увеличением синтеза нейтральных муцинов, формированием дисульфидных мостиков между молекулами муцинов в слое геля, уменьшением продукции кислых муцинов, уменьшением слоя золя за счет гидрофобности слизи [4, 5]. Возникает так называемый порочный круг — адгезия триггеров приводит к развитию воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки, увеличивается продукция и изменяется реология слизи, нарушается мукоцилиарный клиренс, что способствует контаминации микроорганизмов и персистированию патологического процесса. Большое значение в развитии ОРЗ имеют и внешние факторы, способствующие проникновению возбудителя в организм — неблагоприятные погодные условия. В частности, этим объясняется рост развития ОРЗ в межсезонье и холодное время года. Острые респираторные инфекции опасны не только сами по себе. Значительный ущерб здоровью причиняют их осложнения как со сторо-

ны верхних, так и нижних дыхательных путей (НДП) — синуситы, отиты, трахеиты, бронхиты, пневмонии, обострение бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких. Для сокращения сроков лечения воспалительных заболеваний ВДП, улучшения качества жизни во время болезни и для предотвращения развития осложнений необходимо адекватное комплексное лечение, одной из составляющих которого является мукоактивная терапия. Цель назначения мукоактивных препаратов — нормализация реологических свойств слизистого секрета и восстановление мукоцилиарного клиренса.

При муколитической терапии важно подобрать оптимальный препарат для лечения респираторных инфекций и профилактики осложнений, особенно для пациентов, находящихся в группе риска (курльщики, пожилые люди, пациенты с различными хроническими заболеваниями). Однако до сих пор мукоактивные препараты при лечении воспалительных заболеваний ВДП имеют ограниченное применение. На уровне поликлинической помощи системные муколитики (чаще растительного происхождения) назначаются только при заинтересованности процессом в НДП. Кроме того, практически отсутствуют конкретные рекомендации по их использованию именно при «банальной» простуде.

Мукоактивные препараты, применяемые в оториноларингологии, обладают муколитическим, мукокинетическим или мукорегуляторным действием. Действие препаратов на продукцию и реологические свойства слизи может быть прямым или косвенным. Препараты прямого действия разрушают полимеры слизи, т.е. обладают муколитическим и мукокинетическим эффектом. Косвенное действие мукоактивных препаратов может быть реализовано за счет изменения биохимического состава и продукции слизи (мукорегуляция), уменьшения адгезии секрета, неспецифического раздражения, гиперосмолярности, стимуляции гастропульмонально-рефлекса (отхаркивающее действие).

Среди мукорегуляторов, действие которых направлено непосредственно на нормализацию функции бокаловидных клеток [1, 5,

8], одними из наиболее современных, эффективных и безопасных являются препараты карбоцистеина. Карбоцистеин стимулирует в бокаловидных клетках продукцию слизи нормальной вязкости, восстанавливает соотношение кислотных и нейтральных муцинов в составе слизистого секрета и секрецию иммунологически активного IgA. Таким образом, происходит вытеснение слизи с измененными реологическими свойствами с уровня расположения ресничек мерцательного эпителия в просвет ЛОР-органов, и создаются благоприятные условия для нормализации мукоцилиарного клиренса, что в свою очередь обуславливает эвакуацию патологического секрета, восстановление защитных механизмов слизистой оболочки дыхательных путей и прекращение воспалительного процесса.

Представителем лекарственных средств, содержащих карбоцистеин, является препарат Флюдитек («Иннотек Интернациональ», Франция) [2, 7]. Препарат не только оказывает положительное действие на реологию слизи, нормализует ее продукцию и мукоцилиарный транспорт, т.е. обладает муколитическими, мукорегуляторными и мукокинетическими свойствами, но и обладает противовоспалительным эффектом [2; 4; 5]. Флюдитек можно использовать как взрослым, так и детям с 1 мес жизни. Препарат выпускается в виде сиропа, содержащего 5 или 2% карбоцистеина. Эффективность Флюдитека была показана в ряде клинических исследований [2, 3, 7].

В клинике оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Флюдитек был использован у 26 взрослых пациентов с неосложненными ОРЗ. Контрольную группу составили 20 больных с аналогичной патологией. У всех больных преобладали симптомы затруднения носового дыхания, обильные выделения из носа слизистого и слизисто-гнойного характера, продуктивный кашель. Ни у одного больного основной и контрольной групп не было оснований для назначения системной или местной антибактериальной терапии. Всем пациентам проводили лечение ОРЗ, включавшее использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) (при подъеме температуры до фебрильных цифр), симптоматиче-

ских средств. Пациенты основной группы дополнительно принимали Флюдитек (в течение 8 дней по 750 мг в виде 5% раствора 3 раза в день). Выраженный секреторный компонент в жалобах пациентов явился основанием для назначения препарата.

Уже в первые дни после начала применения Флюдитека у больных ОРЗ отмечалось более быстрое уменьшение клинических проявлений по сравнению с пациентами, не использовавшими мукоактивную терапию. В основной группе пациентов уже через сутки после начала лечения значительно изменился характер слизистого секрета (он становился более жидким и прозрачным), облегчалась эвакуация отделяемого, улучшалось носовое дыхание. В группе контроля аналогичная положительная динамика отмечалась в среднем на 3-4 дня позже. На 7-8-й день лечения отмечалась нормализация времени мукоцилиарного транспорта у 26 пациентов основной группы против 6 в контрольной.

В результате лечения, в группе пациентов, получавших препарат Флюдитек, не было отмечено ни одного осложнения. В группе контроля — 2 осложнения: в одном случае на 6-й день лечения был диагностирован острый гнойный синусит, в другом — на 7-й день острый экссудативный средний отит. Выздоровление в основной группе наступало на 3-4 дня раньше по сравнению с контрольной.

Препарат Флюдитек хорошо переносился всеми больными, неблагоприятных побочных эффектов отмечено не было. Данный препарат может назначаться в комплексе со многими другими лекарственными формами (синергичное действие с антибиотиками, глюкокортикостероидами, теофиллином).

Таким образом, в лечении пациентов с ОРЗ немаловажным и патогенетически обоснованным является включение в схему лечения мукоактивных препаратов, что позволяет уменьшить патологические проявления, сократить сроки лечения и повысить качество жизни больных. К таким препаратам относится Флюдитек, безопасность, хорошая переносимость и эффективность которого была достаточно высоко оценена врачами и пациентами в ходе проведенного исследования.

Литература
→ 77 с.

Литература

В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова

Возможности мукоактивной терапии в лечении больных ОРЗ

1. Делягин В.М., Быстрова Н.Ю. Антибактериальные и мукоактивные препараты. М: Алтус, 1999.
2. Ермакова И.Н. Педиатрия 2007; 1: 93—100.
3. Ермакова И.Н., Мизерницкий Ю.Л. Педиатрия 2008; 2: 123—125.
4. Зайцева О.В. Педиатрия 2007; 1: 33—37.
5. Мизерницкий Ю.Л. Отхаркивающие и муколитические средства в терапии бронхолегочных заболеваний у детей. В кн.: Фармакотерапия в педиатрической пульмонологии. Под ред. С.Ю.Каганова. М: Медпрактика-М, 2002; 123—140.

В.В. Вишняков, В. Н. Костюк

Современные методы консервативного лечения больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом

1. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Современные подходы к оптимизации лечения больных хроническим тонзиллитом // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: материалы Всероссийск. симпозиум. СПб, 1994. С. 5—7.
2. Иванова А.С. Экспериментальное изучение специфической (иммуномодулирующей) и общей фармакологической активности «полиоксидония» и его лекарственной формы: отчет института иммунологии МЗ и МП РФ. М., 1994.
3. Клячко Л.Л., Анхимова Е.С. Показатели иммунитета в прогнозировании течения хронического тонзиллита // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: материалы Всерос. симпозиум. СПб., 1994. С. 12—13.
4. Константинова Н.П., Морозова С.В. Практикующий врач. 1999. №12. С. 4—6.

Ю.Л. Солдатский, Е.К. Онуфриева, Т.Г. Завикторина, И.Е. Погосова, С.Ф. Гаспарян, С.Н. Попова

Взаимосвязь между хронической патологией верхних отделов дыхательных путей и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

1. Алексеева О.П., Пиккулев Д.В., Долбин И.В. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Нижний Новгород: НГМА, 2006. 76 с
2. Баранов А.А., Щербаков П.Л. Вопросы современной педиатрии 2002; 1: 1: 12—16.
3. Белоусов С.С., Муратов С.В., Ахмад А.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс. Нижний Новгород: НГМА, 2005. 120 с.
4. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. и др. Кислотозависимые состояния у детей. М., 1999. 112 с.
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пособие для врачей. М., 2005. 30 с.
6. Осадчук М.А., Усик С.Ф., Чиж А.Г. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клинициста. Саратов: СГМУ, 2004. 196 с.
7. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (клиника, диагностика, лечение): Метод. рек. СПб, 2000. 32 с.
8. Щербаков П.Л. Русский медицинский журнал 2007; 9: 2: 42—47.

Е.Ю. Радциг

Лечение и профилактика ЛОР-осложнений ОРВИ у детей

1. Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. Педиатрия. 2006; 1: 24—27.
2. Селькова Е.П., Учайкин В.Ф., Шумилов В.И. и др. Организационно-методические подходы к совершенствованию профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ. Русский мед журн 2002. Репринт: 3—7.
3. Гончарова О.В. Приложение «Педиатрия» к журналу Consilium medicum, №1, 2010. С. 12—16.
4. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика острых респираторных заболеваний (Пособие для врачей). М 2001: 14 с.
5. Богомильский М.Р., Самсыгина Г.А., Минасян В.С. острый средний отит у новорожденных и грудных детей. Монография. М 2007; 190 с.

6. Карпунин Г.И., Карпунина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. СПб: Гиппократ, 2000: 180.
7. Митин Ю.В., Гомза Я.Ю. Исследования эффективности мукоактивного препарата Флюдитек у больных с острым гнойным средним отитом и синуситом. ЖУНГБ, 2005.
8. Федосеев Г.Б., Жихарев С.С. Основные механизмы защиты бронхолегочной системы. В кн.: Болезни органов дыхания. Под ред. Н.В. Путова. Т.1. М: Медицина, 1989; 112—143.
9. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. Рязань, 2000.

5. Пономарев Л.Е. Лечение детей с хроническим тонзиллитом с использованием немедикаментозных физических факторов: автореф. дисс... док. мед. наук. Краснодар, 2000.
6. Преображенский Б.С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. М., 1970. С. 384
7. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Практикующий врач. №9, 1997. С. 5—13.
8. Хмельницкая Н.М., Клячко Л.Л., Анхимова Е.С. и др. Новости оториноларингологии и логопатологии. 1997. С. 73.
9. Черныш А.В., Гофман В.Р. Хронический тонзиллит как вторичный признак иммунодефицитного состояния организма // Материалы 15 Всероссийского съезда оториноларингологов. 1995. Т. 2. СПб. С. 163—166.
10. Черныш А.В. Клинико-иммунологические аспекты хронического тонзиллита: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб, 1996. 36 с.

9. Barbero G.J. Gastroesophageal reflux and upper airway disease. Otolaryngol Clin North Am 1996; 29: 1: 27—38.
10. Book D.T., Rhee J.S., Toohill R.G., Smith T.L. Laryngoscope 2002; 112: 8: 1399—1406.
11. Chang A.B., Lasserson T.J., Kiljander T.O. BMJ 2006; 332: 1: 11—17.
12. DeMeester T.R., Wang C.I., Wernly J.A. J Thoracic Cardiovascular Surg 1980; 79: 5: 656—670.
13. DeMeester T.R., Chandrasoma P. Ann Rev Med 1999; 50: 469—506.
14. Ford C.N. JAMA 2005; 294: 12: 1534—1540.
15. Johnston N., Ross P.E., Bulmer D. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003; 112: 1606—1609.
16. Koufman J.A. Laryngoscope 1991; 101: 4 (Suppl. 53): 78.
17. Postma G.N. Ann Otol Rhinol Laryngol 2000; 109: 10 (Suppl.184): 10—14.
18. Rosbe K.W., Kenna M.A., Auerbach A.D. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 2003; 129: 1213—1220.
19. Rozmanic V, Velepich M., Ahel V. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34: 3: 278—280.
20. Sontag S.J. Am J Med 1997; 103: 5A: 84—90.
21. Stavroulaki P. Int J Pediatr Otolaryngol 2006; 70: 579—590.
22. Tauber S., Gross M., Issing W.J. Laryngoscope 2002; 112: 5: 879—886.

6. Карпова Е.П., Тулунов Д.А. Хронический аденоидит у детей. Методическое пособие. М 2009; 38 с.
7. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Богомильский М.Р. Ирригационная терапия в профилактике сезонной заболеваемости у детей в дошкольных организованных детских коллективах. Педиатрия им Сперанского 2009; 1.
8. Гаращенко Т.И., Шишмарева Е.В. Cons. medicum 2004; 2: 46—48.
9. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Гаращенко М.В. Cons. medicum 2005; 3: 61—65.
10. Кюлев А.И. Ирригационная терапия верхних дыхательных путей. М: Медицина, 1987.