

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СИНУСИТА У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Рахимов Солижон Комилжонович

Косимов Кобилжон Косимович

Усмонова Нилуфар Абдуманноповна

Андижанский государственный медицинский институт

Среди патологий верхних дыхательных путей, заметно ухудшающих здоровье пациента и качество его жизни, воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест. Одним из лидеров здесь выступает риносинусит, прежде всего, из-за широкой распространенности этого заболевания и ее роста.

Данные о его реальной эпидемиологии чрезвычайно разнообразны: сказываются и несоответствия критериев постановки диагноза (клинические симптомы, результаты рентгенограммы или диагностической пункции околоносовых пазух (ОНП), и низкая обращаемость пациентов за профессиональной помощью при легких формах болезни, и то, что риносинусит часто развивается на фоне ОРВИ.

Ключевые слова: острый риносинусит, аллергический ринит, клинко-экспериментальная характеристика.

АЛЛЕРГИК РИНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК ВА ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ХУСУСИЯТЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА ЎТКИР СИНУСИТНИ ДАВОЛАШ

Беморнинг соғлиғи ва ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштирадиган юқори нафас йўлларининг патологиялари орасида бурун бўшлиғи ва паранасал синусларнинг яллиғланиш касалликлари етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Бу ерда етакчилардан бири риносинусит, биринчи навбатда, бу касалликнинг кенг тарқалиши ва унинг ўсиши туфайли юзага келади.

Унинг ҳақиқий эпидемиологияси ҳақидаги маълумотлар жуда хилма-хил: таъхис қўйиш мезонларида (клинк белгилар, паранасал синусларнинг (ОНП) рентген ёки диагностик пунксиеси натижалари ва касалликнинг енгил шакллари учун профессионал ёрдам учун кам беморга мурожаат қилиш ва риносинусит қўпинча АРВИ фониди ривожланади.

Калим сўзлар: ўткир риносинусит, алергик ринит, клиник ва экспериментал хусусиятлар.

IMPROVEMENT OF CLINICAL AND EXPERIMENTAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF ACUTE SINUSITIS IN PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS

Among the pathologies of the upper respiratory tract that significantly worsen the patient's health and quality of life, inflammatory diseases of the nasal cavity and paranasal

sinuses occupy one of the leading places. One of the leaders here is rhinosinusitis, primarily because of the widespread prevalence of this disease and its growth.

The data on its actual epidemiology are extremely diverse: There are also inconsistencies in the criteria for making a diagnosis (clinical symptoms, results of an X-ray or diagnostic puncture of the paranasal sinuses (ONP), and low patient referral for professional help for mild forms of the disease, and the fact that rhinosinusitis often develops against the background of ARVI.

Key words: acute rhinosinusitis, allergic rhinitis, clinical and experimental characteristics.

Актуальность. Так или иначе, специалисты оценивают ежегодную распространенность острого риносинусита (ОРС) в 6-15% общей популяции (хронического риносинусита – 5-12%)[3,6,9]. По некоторым данным, хотя бы один эпизод ОРС в год переносят 8,4% жителей Нидерландов; в США – порядка 31 млн человек. Важное медико-социальное значение этого заболевания обусловлено не только высокой распространенностью и негативным влиянием на качество жизни пациентов, но и высокими экономическими затратами[2,11]. Так в Соединенных Штатах расходы системы здравоохранения, ассоциированные с синуситом (по данным на 1996 г.), за год составили порядка 6 млрд долларов.

В мире, по ориентировочным оценкам, около 10 млн. человек ежегодно переносят острый риносинусит.¹ Изучавшие уровень распространенности отдельных нозологических форм ЛОР-заболеваний отечественные специалисты отмечают рост ОРС в нашей стране (за период с 2009 по 2013 г.): с 9,1 до 19,3 (на 1000 контингента).

При этом следует отметить и еще один актуальный аспект проблемы: ОРС – одна из наиболее частых причин назначения антибактериальных препаратов (АБП): в США 9% рецептов на антибиотики у взрослых и 21% – у детей выписывают по поводу ОРС. Подобная ситуация отмечается и в ряде других стран: в Канаде в 84% случаев при первичном обращении больных с признаками этого заболевания назначаются системные антибактериальные препараты[1,4,8]. И если учесть, что нередко такие назначения не дают статистически достоверного преимущества, а в этиологии ОРС эксперты признают ведущую роль вирусов в инициации воспаления (острый риносинусит имеет бактериальную этиологию в 2-10% случаев), а бактериальные осложнения со стороны околоносовых пазух развиваются редко (у 0,5%-2,0% взрослых больных и 5% детей), применение антибиотиков в большинстве случаев не обосновано[6,13].

Тем более на фоне развития глобальной резистентности патогенных микроорганизмов к АБП. Эксперты также обращают внимание врачей-клиницистов на возможные осложнения антибиотикотерапии, такие как дисбиоз и гепатотоксичность. Таким образом, применение антибактериальных препаратов при неотягощенных формах ОРС не рекомендуется.

Как известно, этиопатогенез ОРС обычно определен риногенным инфицированием ОНП (основные возбудители – риновирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, аденовирусы, коронавирусы) через естественные соустья, с чьей помощью осуществляются аэрация и дренирование пазух. Вирусы попадают на слизистую оболочку и соединяются с молекулами внутриклеточной адгезии (рецептором, который постоянно экспрессирован на эпителиальных клетках полости носа и носоглотки), за счет чего способны повреждать реснички мерцательного

эпителия и разрушать сами реснитчатые клетки[5,7,12]. Вызванное вирусом воспаление вызывает отек, транссудацию плазмы и гиперсекрецию желез. Отечная слизистая оболочка остиомеатального комплекса блокирует естественные соустья ОНП. При этом нарушается механизм самоочищения пазухи, а также всасывание кислорода из полости заблокированного синуса в кровеносные сосуды слизистой оболочки, что приводит к развитию гипоксии. Таким образом, наиболее важными факторами развития риносинусита являются воспаление и отек слизистой полости носа и синусов, нарушение их аэрации и дренирования[4,11].

Первоначально концепция использования интраназальных глюкокортикостероидов (ИнГКС) для лечения потенциально инфекционного состояния казалась противоречащей большинству медицинских школ из-за опасений, связанных с возможным негативным воздействием этих лекарственных средств (ЛС) на иммунитет пациента. Однако последующие исследования подтвердили возможность применения ИнГКС при ОРС. В дополнение к оказанию противовоспалительного действия интраназальные глюкокортикостероиды могут сохранять или усиливать местные врожденные защитные реакции больного (в том числе барьерную функцию эпителия, фагоцитоз в альвеолярных макрофагах и выделение клетками эпителия веществ, непосредственно взаимодействующих с микроорганизмами и пр.).

Цель исследования. Улучшить клинические и экспериментальные характеристики у пациентов с аллергическим ринитом и улучшить лечение острого синусита.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 84 пациента, обратившихся в отделение оториноларингологии клиники agm1 с острым аллергическим риносинитом в 2020-2021 годах для выполнения поставленной перед нами задачи.

Результаты исследования. Основным методом лечения острого бактериального синусита является антибактериальная терапия, которая должна проводиться с учетом основных возбудителей данного заболевания, поскольку основным фактором в патогенезе острого риносинусита признается бактериальная флора. В последние годы отмечается нарастание устойчивости большинства бактерий к антимикробным препаратам, что затрудняет их лечение. Наблюдаемый рост бактериальной устойчивости к антибиотикам напрямую связан с частотой их использования.

В последние годы в системе антибиотико-резистентности особое внимание стало уделяться роли биопленок. Под понятием биопленка понимают некий матрикс, вырабатываемый бактериями. Биопленки могут образовывать бактерии одного или нескольких видов. В клинической оториноларингологии наибольшее значение уделяется биопленкам образуемым *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pneumoniae*. Высокая антибиотикорезистентность объясняется быстрым обменом плазмидными ДНК между бактериями, находящимися в биопленке, и непроницаемостью матрикса для молекул химиопрепарата.

Лечение заболеваний носа и ОНП должно проводиться с соблюдением принципов малоинвазивности и быть направлено на эффективную ликвидацию патологического процесса, сохранение и восстановление функций слизистой оболочки. Во время лечения воспалительных заболеваний носа и ОНП нужно рационально сочетать общие меры воздействия на организм с местным лечением. Целью местного лечения является создание оптимальных условий для дренирования очага воспаления, подавление местной инфекции и стимуляция репаративных процессов.

Терапия острого синусита проводится в зависимости от степени распространения воспаления на ОНП, количества пазух, вовлеченных в процесс, от реакции организма и формы воспаления. Основной задачей при лечении острого синусита является эрадикация возбудителя из пазухи, профилактика хронизации процесса и осложнений. При лечении необходимо добиться восстановления проходимости естественных соустьев, функций мукоцилиарного аппарата слизистой оболочки носа и пазух, уменьшения обсемененности слизистой оболочки патогенной микрофлорой.

Основным методом лечения острого гнойного синусита, по мнению российских оториноларингологов и по рекомендациям международного документа EPOS, является **системная антибиотикотерапия**, которая базируется на знании основных (типичных) возбудителей, выделенных из полости пораженной пазухи. Согласно данным статистики, синусит стоит на пятом месте среди наиболее частых диагнозов, при лечении которых используются антибиотики.

Практическому врачу в случае эмпирической антибактериальной терапии необходимо ориентироваться на международные и отечественные данные по чувствительности наиболее вероятных возбудителей к современным антибактериальным препаратам.

Особо важное место при лечении синуситов занимают антибактериальные препараты местного действия, которые назначаются в комплексе с системными.

В комплексе с местными антибактериальными препаратами многие отечественные авторы и международные рекомендации EPOS предлагают использование топических глюкокортикостероидов, поскольку интраназальные кортикостероиды не угнетают мукоцилиарную активность эпителия носа и ОНП, не вызывают атрофических изменений в слизистой оболочке и имеют низкую системную биодоступность.

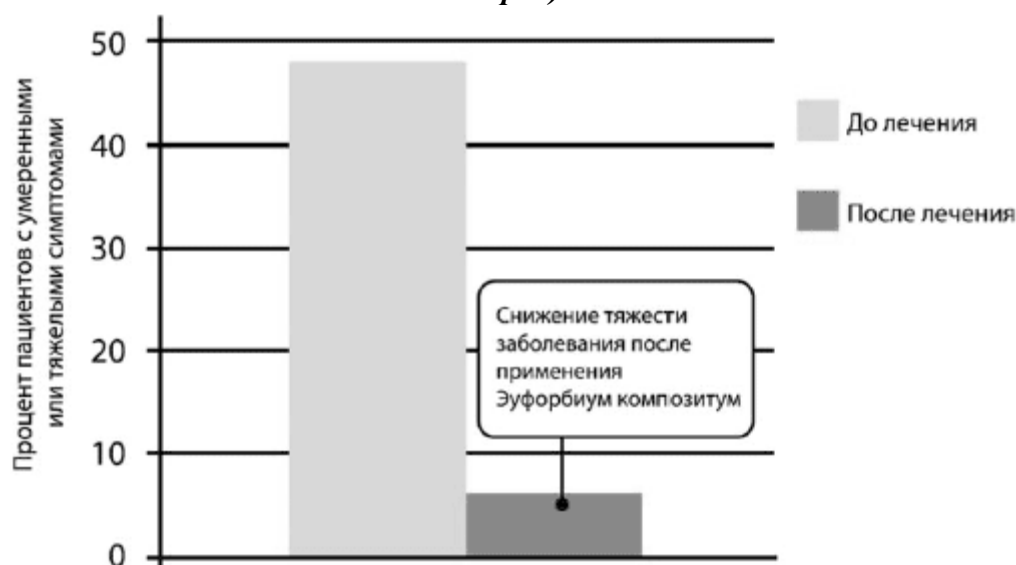
Местные деконгенстанты (ксилометазолин, левокабастин, нафазолин, оксиметазолин, тетризолин и т.д.) уменьшают отек слизистой оболочки полости носа и тем самым улучшают носовое дыхание, при этом также улучшается дренирование ОНП.

Секретолитическая (муколитическая) терапия, влияющая на мукоцилиарную активность, по мнению ряда авторов обязательно должна включаться в комплексное лечение синуситов с целью разжижения слизи и стимуляции ее выведения, снижения ее внутриклеточного образования, изменения характера секрета. Наиболее часто для системного воздействия назначаются такие препараты как ацетилцистеин и т. д.

Пункционный метод лечения имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Преимуществами метода является возможность быстрой и целенаправленной эвакуации гнойного отделяемого из пазухи, что соответствует основополагающим принципам гнойной хирургии, однако ввиду травматичности и высокого риска осложнений этот метод сегодня применяется в детской практике все реже.

Рисунок 1

Тяжесть симптомов (лечение острого ринита) у 84 больных до начала терапии и через 6 дней лечения препаратом Эуфорбиум композитум (назальный спрей)



- Число пациентов с умеренными или тяжелыми симптомами снизилось в ходе исследования со 137 (48%) в начале исследования до 18 (6%) после 6-ти дней терапии (рисунок 1).

- Ни у одного из пациентов не наблюдалось тяжелых симптомов во время повторного осмотра (в сравнении с 5-ти пациентами в начале исследования).
- Через 6 дней лечения улучшение состояния наблюдалось у 95% пациентов, у 82% пациентов все симптомы исчезли.
- Время до первого улучшения симптоматики составило $2,1 \pm 1,3$ дня от начала терапии.

При этом известны местные и общие осложнения пункции верхнечелюстной пазухи такие, как кровотечение, проникновение иглы в глазницу или в клетчатку щеки с последующим формированием флегмоны. Могут также возникать эмболия сосудов, анафилактические и коллаптоидные реакции.

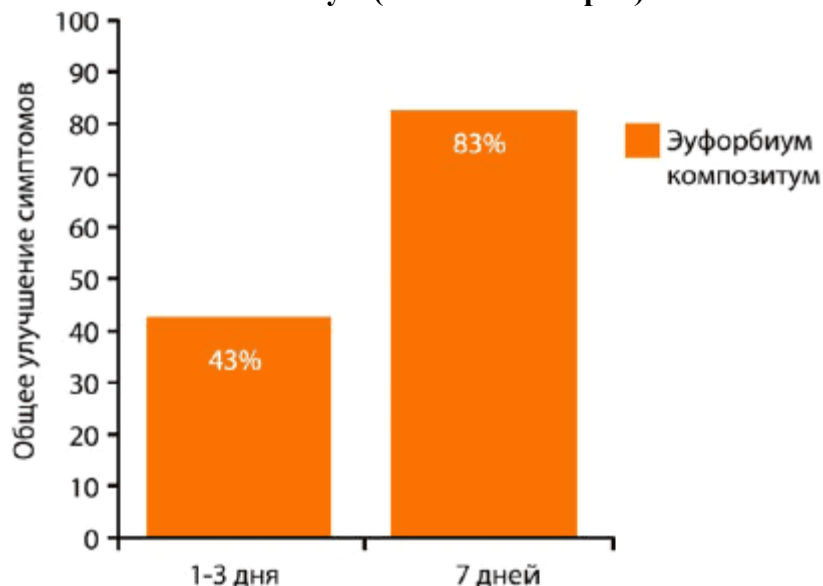
В последнее десятилетие в некоторых клиниках пункция пазух уступила место методу ЯМИК-катетеризации. В основе данного метода лежит предложенный А. Proetz метод перемещения [17, 23, 39, 41]. Преимуществами данного метода являются его неинвазивность, а также возможность лечебного воздействия на все ОНП одновременно, недостатки - отсутствие специальных синус-катетеров во многих стационарах, необходимость специального обучения персонала, а также возможность инфицирования здоровых пазух.

Физиотерапевтические процедуры широко используются и в лечении синуситов. Однако при наличии в ОНП экссудата до назначения физиотерапии необходимо освободить их от содержимого. Цель физиотерапии при синуситах - купирование воспаления, улучшение микроциркуляции и метаболизма в тканях. Физические методы назначают для уменьшения проявлений интоксикации (эндонозальный электрофарез различных препаратов, КУФ-облучение слизистой оболочки носа, дарсонвализация, диадинамическая терапия), уменьшение проявлений воспаления (ультравысокочастотная терапия, сантиметроволновая терапия,

лазеротерапия, ультразвуковая терапия) и иммунной дисфункции (лазерное облучение крови, магнитотерапия тимуса, ультрафиолетовое облучение, воздушные ванны, талассотерапия).

Рисунок 2

Общее улучшение симптомов при применении препарата Эуфорбиум композитум (назальный спрей)



Через 1-3 дня лечения у 43% больных наблюдалось улучшение симптомов в целом.

Через 4-7 дня лечения у большинства остальных детей наблюдалось улучшение симптомов в целом.

В целом, через 7 дней лечения симптоматика заболевания улучшилась у 83% больных.

Вывод. Тема, поднятая в этом обзоре, далеко не исчерпана – вопросы лечения пациентов с острым аллергическим риносинуситом и выбора продуктивной и рациональной этиопатогенетической медикаментозной терапии остаются актуальными.

Знания, обширные клинические данные и большой практический опыт зарубежных и отечественных экспертов в этой области, лежащие в основе согласительных и рекомендательных документов, облегчают практикующему врачу поиск ответов на эти вопросы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеевская О. А., Назаров И. И., Пискунов Г. З., Косяков С. Я. Особенности цилиарной активности слизистой оболочки носа // Российская ринология. - 2007. - №2. - С. 14.
2. Балясинская Г.Л. И снова эта простуда... // Фармацевтический вестник. - 2007. - №36. - С. 16-17.
3. Визель А.А. Рациональная антибактериальная терапия инфекций верхних дыхательных путей: применение местных антибиотиков // Consilium Medicum. Пульмонология. - 2008. - Том 10. - №1. - С. 12-14.
4. Демиденко А.Н. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: вопросы этиопатогенеза, совершенствования диагностики, хирургического и консервативного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04. - Курск, 2009. - 24 с.

5. Носуля Е.В. Перспективы совершенствования антибактериальной терапии острого риносинусита // Фарматека. - 2010. - №10. - С. 28-30.
6. Цыплаков Д.Э., Мосихин С.Б., Лопатин А. С. Морфологическое и электронномикроскопическое исследование клеток слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при экспериментальном синусите и динамике лечения ксимедоном // Российская ринология. - 2007. - №1. - С. 8-11.
7. Шиленкова В.В. Острые и рецидивирующие синуситы у детей (диагностика и лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.04. - М., 2008. -42 с.
8. Элькун Г.Б., Бойкова Н.Э. Острая гнойная патология ЛОР -органов: подходы к лечению. // РМЖ. -2009. - №2. - С. 78-81.
9. Alkan A, Celebi N, Baş B. Clinical Acute maxillary sinusitis associated with internal sinus lifting: report of a case. // Eur J Dent.- 2008.- Vol. 2(1).- P. 69-72.
10. Bayonne E., Kania R., et al. Intracranial complications of rhinosinusitis. A review, typical imaging data and algorithm of management. // Rhinology. 2009 Mar;47(1):59-65.
11. Felisati G., Borloni R., Maccari A. et al. Maxillary sinusitis today: a consequence of dental and nasal disease. A case presenting with a difficult differential diagnosis // Minerva Stomatol. 2008.-Vol. 57(7-8) .-P. 377-388.
12. Urlea-Sch MI. Effectiveness and tolerability of Euphorbium comp SN for the symptomatic treatment of rhinitis in children aged 2-6 years. Eur JIntMed 2009; 1:236.
13. Weiser M and Gottwald R. Homoopathische Nasentropfen lassen bei Kindern Rhinitis und Sinusitis schneller abklingen. Therapeutische Mitteilungen. Gesundes Leben 1999; 6: 63.