

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-7>  
УДК: 611.013/.018.46:57.086.12:546/547

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГАЙМОРИТАМИ



**Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

### Annotation

The research work was carried out about combined using of antibacterial therapy and Fenspirid drug in patients with chronic maxillary sinusitis. In control group patients were intake antibacterial therapy without Fenspirid.

In the results was confirmed positive synergistic effect of Fenspirid with antibiotics. This combination of pharmacological drugs may allow to optimization of standard therapy of diseases which is stated above.

Based on the results of study, Fenspirid has anti-inflammatory effect on the nasal mucosa of paranasal sinuses and stimulates mucociliary transport. This may allows to prescribe it for treatment various types of chronic rhinosinusitis.

### Хулоса

Сурункали гайморитли беморларда антибактериал даво ва Фенспирид дори воситасини биргаликда қўллаш бўйича текширув ўтказилди. Контрол группа сифатида Фенспиридсиз фақат антибактериал даво олган беморлар иштирок этишди.

Ўтказилган текширув натижаларига кўра Фенспирид дори воситаси билан антибактериал давонинг синергик қўлланилиши яхши натижа бериши тасдиқланди. Фармакологик дори воситаларининг биргаликда қўлланилиши ушбу касалликни медикаментоз даволаш стандартларини такомиллаштириш имконини беради.

Текширув натижаларидан келиб чиқиб, Фенспирид дори воситаси бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллик қаватида яллиғланишга қарши таъсир қилиб, мукоцилиар транспорт функциясини кучайтириши аниқланди. Бу эса ушбу препаратнинг сурункали риносинуситнинг турли формаларида тавсия қилинишига имкон беради.

**Цель:** оценка клинической эффективности препарата фенспирид (Эреспал) в комплексной терапии обострений хронического синусита у больных хроническими гайморитами. **Материал и методы:** под наблюдением были 42 пациента, из которых 22 (1-я гр.) в составе комплексной терапии получали препарат фенспирид. Контрольную группу составили 20 больных, получавших антибактериальную терапию, но без фенспирида. Фенспирид назначался по схеме: 1 таб. (80 мг) 3 раза в сутки, продолжительность лечения – в среднем 7-10 суток. **Результаты:** подтверждены данные о положительном синергичном эффекте фенспирида с антибиотиками. Такое сочетание фармакологических препаратов позволяет оптимизировать стандартные схемы медикаментозной терапии этих заболеваний. **Выводы:** фенспирид обладает противовоспалительным действием на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух, стимулирует мукоцилиарный транспорт, что позволяет рекомендовать его для лечения различных форм хронических риносинуситов.

**Ключевые слова:** хронические риносинуситы, мукоцилиарный клиренс, антибактериальная терапия, фенспирид.

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре патологии человека. Воспаление в дыхательных путях, как правило, протекает с нарушением проницаемости сосудов, что в свою очередь ведет к изменению характера секреции. Патологически измененный секрет является одной из ключевых проблем при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух [1].

В настоящее время механизмы формирования секрета недооцениваются врачами, а упрощенное представление об этом процессе значительно суживает круг адекватных мукорегулирующих препаратов.

Секретообразование, а также механизмы его регуляции в настоящее время до конца не изучены. Секрет дыхательных путей составляет неотъемлемую часть так называемой мукоцилиарной системы, которая является первой линией защиты человека от вредных воздействий внешней среды. Защитная функция мерцательного эпителия во многом зависит от количественных и качественных параметров слизи. При нормальных реологических характеристиках слизи время транспорта вдыхаемых частиц осевших на слизистой оболочке до носоглотки составляет в среднем 10-20 минут. Оптимальное соотношение характера слизи и функциональной способности мерцательного эпителия предотвращает колонизацию постоянно попадающей микрофлоры [4,5].

В норме секрет постоянно вырабатывается бокаловидными клетками, которые представляют из себя одноклеточные железы мезокринового типа. Нормальное соотношение бокаловидных и реснитчатых клеток – в среднем 1:10, причем бокаловидные клетки в основном концентрируются в области носовых раковин.

Секрет полости носа и околоносовых пазух образуется однотипно. Весь вырабатываемый бокаловидными клетками секрет толщиной около 8-10 мкм распределяется на

два слоя. Поверхностный слой – это плотная гелеобразную коллоидная пленка. В пристеночный жидкий прецилиарный зольевый слой погружены реснички.

Слизь в физико-химическом аспекте представляет собой сложную структуру полутвердого геля, высокомолекулярные нитевидные полимеры которого при помощи серных дисульфидных мостиков, водородных связей, а также так называемых Ван-дер-Ваальсовых сил или сил межмолекулярного взаимодействия образуют трехмерную сетку. В химическом отношении секрет, состоящий на 95% из воды, представляет собой щелочной протеид, который при pH 7,5-7,6 превращается из золя в гель. Такие физические характеристики придают назальному секрету свойства твердых (эластичность) и жидких (вязкость, текучесть) тел.

Дисфункции в системе мукоцилиарного транспорта довольно сложно диагностировать, а еще сложнее установить, действительно ли они находятся в причинной связи с рецидивированием процесса. У некоторых лиц даже резкое замедление мукоцилиарного транспорта в полости носа, околоносовых пазухах и в трахеобронхиальном дереве никак не проявляет себя клинически. Тем не менее, по современным представлениям, у больных хроническим синуситом обычно выявляются и замедление мукоцилиарного транспорта и уменьшение частоты биения ресничек. Успешно проведенная операция обычно нормализует скорость мукоцилиарного транспорта, не влияя на частоту биения ресничек. Таким образом, исследование скорости мукоцилиарного транспорта в сложных диагностических ситуациях, особенно при наличии сопутствующей хронической бронхолегочной патологии, может прояснить одну из вероятных причин рецидивирования хронического синусита после операции.

С этой целью мы пользовались стандартным сахаринным тестом, методика которого заключается в следующем. На слизистую оболочку нижней носовой раковины, отступя примерно 1 см от ее переднего конца, клали кусочек сахара диаметром примерно 1 мм, и секундомером засекали время до того момента, когда обследуемый почувствует сладкий вкус во рту. Во время исследования пациент не должен чихать, кашлять, сморкаться и форсировать носовое дыхание и должен делать примерно одно глотательное движение в минуту. Перед исследованием нельзя анестезировать слизистую оболочку и вводить в полость носа какие-либо лекарственные препараты. Для сравнения полученных показателей нами были обследованы 10 человек, не страдающих патологией полости носа и околоносовых пазух. В результате у здоровых лиц время от момента нанесения сахара и до появления сладкого вкуса во рту составило от 5 до 19 (в среднем  $11,5 \pm 1,4$ ) минут.

Основная стратегия лечения хронических синуситов основана на улучшении вентиляции и дренажа околоносовых пазух. Таким образом, важное значение в лечении этих заболеваний имеет, с одной стороны, размягчение и разжижение вязкого густого секрета, а с другой, – улучшение процесса эффективного передвижения секрета за счет активации моторики мерцательного эпителия полости носа и околоносовых пазух [3].

Клинические проявления патофизиологических процессов большинства воспалительных заболеваний околоносовых пазух, особенно с тенденцией к хронизации, связаны в основном с проблемами в мукорегуляции.

В последнее время при лечении воспалительной патологии дыхательных путей применяют препарат фенспирид. Хотя по химической структуре и механизму действия фенспирид (Эреспал) нельзя отнести ни к стероидам, ни к нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП), он является препаратом с противовоспалительным действием, ингибирующим метаболизм арахидоновой кислоты. В настоящее время существуют несколько групп лекарственных средств, оказывающих противовоспалительное действие путем воздействия на разные уровни метаболизма арахидоновой кислоты: фенспирид уменьшает поступление в клетку ионов кальция, ответственного за активацию фосфолипазы A2; глюкокортикостероиды (ГКС) блокирует фосфолипазу A2, стимулируя синтез белка-ингибитора; НПВП ингибируют циклооксигеназный путь образования простагландинов и тромбоксана; блокаторы лейкотриенов ингибируют липооксигеназный путь образования лейкотриенов.

#### Цель исследования

Оценка клинической эффективности препарата фенспирид (Эреспал) в комплексной терапии обострений хронического синусита у больных хроническими гайморитами.

#### Материал и методы

Всего под нашим наблюдением находилось 42 пациента, из которых 22 (1-я гр.) в составе комплексной терапии получали препарат фенспирид. Контрольную группу составили 20 больных, получавших антибактериальную терапию, но без фенспирида. Фенспирид назначался по схеме: 1 таб. (80 мг) 3 раза в сутки, продолжительность лечения – в среднем 7-10 суток.

Всем больным проводилось стандартное клиническое обследование, дополненное исследованиями, позволяющими оценить эффективность лечения. Для оценки динамики объективных и субъективных проявлений заболевания использовали сенсорно-аналоговую шкалу. Для этого в 1-е, 3-и и 7-е сутки лечения больной по пятибалльной шкале отмечал динамику признаков заболевания, таких как затруднение носового дыхания, выделения из носа, головная боль. Одновременно проводился врачебный контроль. При осмотре в 1-е, 3-и и 7-е сутки лечения мы также по пятибалльной визуальной шкале оценивали выраженность таких основных объективных признаков заболевания как отек слизистой оболочки полости носа, гиперемия слизистой оболочки носовой полости и наличие патологического секрета.

#### Результаты

Как видно из полученных нами данных, у больных 1-й группы отмечался более значительный регресс основных симптомов (рис. 1, 2).

Кроме того, при анализе динамики основных риноскопических показателей у больных 1-й группы регистрировалось более быстрое уменьшение таких симптомов, как отек и гиперемия слизистой оболочки, а также уменьшалось количество патологического секрета.

Результаты исследования мукоцилиарного транспорта больных с обострением хронического гайморита в динамике лечения представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Показатель мукоцилиарного клиренса носовой полости у обследованных больных**

Мукоцилиарный клиренс	1-я группа, n=22	2-я группа, n=20
При поступлении, мин	28,7±0,65	29,1±0,71
На 3-й день лечения	26,3±0,55	27,4±0,58
На 7-й день лечения	22,6±0,49	24,7±0,53

Из 22 больных, которые дополнительно получали фенспирид, отличные результаты получены у 17 (77,2%), хорошие – у 4 (18,2%), неудовлетворительный – у 1 (4,6%). В контрольной группе из 20 человек отличные результаты имели место у 10 (50%), хорошие – у 8 (40%), неудовлетворительные – у 2 (10%) (табл. 2).

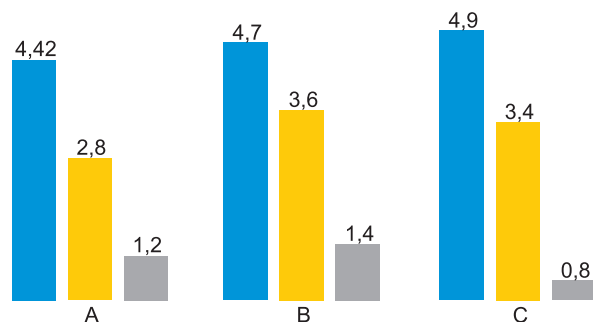
**Таблица 2. Результаты лечения у больных двух групп, абс. (%)**

Результат лечения	Основная группа	Контрольная группа
Отличный	17 (77,2)	10 (50)
Хороший	4 (18,2)	8 (40)
Неудовлетворительный	1 (4,6)	2 (10)
Всего	22	20

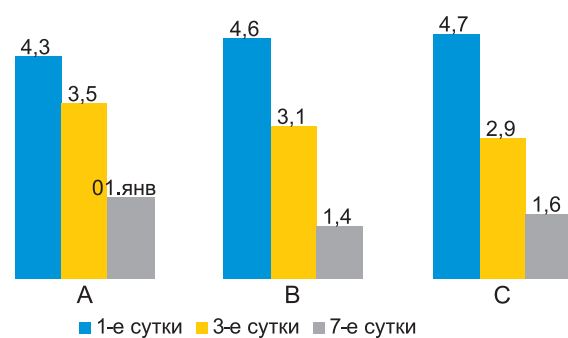
Таким образом, мы получили доказательства положительного синергичного эффекта фенспирида с антибиотиками. Такое сочетание фармакологических препаратов позволяет оптимизировать стандартные схемы медикаментозной терапии хронических гайморитов.

Таким образом, не являясь ни стероидным, ни нестероидным противовоспалительным средством, фенспирид оказывает оригинальное воздействие на воспалительные процессы в слизистой оболочке дыхательных путей, так как влияет на все медиаторы воспаления, а не только на метаболизм арахидоновой кислоты. За счет этого препарат способен уменьшать выраженность отека слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, что значительно облегчает эвакуацию секрета. Клиническая эффективность эреспала была подтверждена у больных с хроническими заболеваниями верхнечелюстных пазух положительной динамикой клинических симптомов. Препарат продемонстрировал хорошую переносимость пациентами даже при длительном применении.

Фенспирид оказывает противовоспалительное действие на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух, стимулирует мукоцилиарный транспорт. Это позволяет рекомендовать его для лечения различных форм хронических риносинуситов. Противовоспалительное и десенсибилизирующее действие препарата позволяет назначать его больным с сочетанием хронического воспалительного процесса верхних и нижних дыхательных путей.



**Рис. 1. Оценка основных симптомов у больных 1-й группы по пятибалльной шкале: А – затруднение носового дыхания; В – выделения из носа; С – головная боль.**



**Рис. 2. Оценка основных симптомов у больных 2-й группы по пятибалльной шкале (обозначения те же).**

С учетом полученных нами результатов системные противовоспалительные препараты можно рекомендовать для более широкого использования в комплексной терапии воспалительной патологии носа и околоносовых пазух. Выбор того или иного препарата, действующего на цилиарную активность, определяется во многом фазой заболевания, характером изменения самого секрета и механизмом действия самого препарата.

**Список литературы**

1. Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей // *Рос. ринол.* – 1993. – №1. – С. 40-46.
2. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух // *Рус. мед. журн.* – 2000. – №5. – С. 24-28.
3. Пискунов С.З., Завьялов Ф.Н., Ерофеева Л.Н. Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц // *Рос. ринол.* – 1993. – №3-4. – С. 60-62.
4. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии. – М., 1991. – 48 с.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – С. 225-223.
6. Рязанцев С.В. Секретолитическая и секретомоторная терапия острых и хронических синуситов // *Новости оториноларингол. и логопатол.* – 1998. – №4. – С. 2-9.