

Риносинуситы купального сезона (марисинуситы)



С.М. Пухлик

Значительное увеличение числа острых риносинуситов отмечается в период эпидемии гриппа, ОРВИ, как правило, в зимний период года. Острый вирусный риносинусит является наиболее частым проявлением острой респираторной вирусной инфекции. Безусловная роль в первичном повреждении слизистой оболочки околоносовых пазух отводится респираторным вирусам, после их инактивации организмом диагностируют поствирусный риносинусит, который может закончиться выздоровлением или осложниться бактериальным риносинуситом. Тогда этот процесс имеет течение длительностью от 7 до 10 дней и более.

Особый интерес вызывает существенный рост (вспышка) острых риносинуситов, преимущественно гайморитов в летний период года в курортной местности, в частности в г. Одессе. При этом количество обратившихся за неотложной медицинской помощью увеличивается в десятки раз. Необходимо отметить, что особенно возрастает число заболевших в жаркое время года, в период купания. Врачи называют эти синуситы купальными, или марисинуситами. В частности, много заболевших среди приезжих отдыхающих. Эти пациенты проходят традиционное общепринятое обследование и лечение.

Вызывает научный и практический интерес причина такой вспышки заболеваний, возникает вопрос, какие лечебные и профилактические меры должны быть предприняты как со стороны медицинской службы, так и со стороны населения для предупреждения заболевания.

Для наглядности роста количества заболевших острым риносинуситом в летний период купального сезона приводим график, показывающий число обратившихся в консультативный кабинет ЛОР-отделения Городской клинической больницы № 11, г. Одесса (рис. 1).

На протяжении 5 летних сезонов нами проводилась бактериологическая оценка морской воды с целью выявления причины заболевания марисинуситами. Используя данные санитарной станции, изучавшей бактериальный состав морской воды и песка на побережье Одессы (образцы брали один раз в неделю), была исследована морская вода на глубине 5 и 50 метров по следующему показателю: *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, *Colifagus*. Оказалось, что практически весь курортный сезон бактериальный фон морской воды не выходил за рамки нормы. Очень важно это подчеркнуть, потому что некоторые пациенты приписывали свою болезнь грязному морю. Нужно отметить, что морская вода становится чище из года в год, это связано с сокращением многих загрязняющих отраслей промышленности, улучшением очистных сооружений и т. д. Несмотря на это, частота марисинуситов увеличивается.

Морская вода и морской песок никогда не были исследованы на наличие грибов. Четких параметров грибкового загрязнения морской воды и морского песка не существует. Мы были первыми, кто предложил изучить, присутствуют ли грибы, плесень и дрожжи в морской воде и песке. Согласно полученным данным, в морском песке есть грибы практически на всех пляжах, плесень в большем количестве и дрожжи в меньшем количестве.

Резко возрастает количество грибов в морском песке к концу сезона, что соответствует увеличению численности больных синуситом в августе и сентябре.

Активация локальных гуморальных иммунных ответов – секреторного IgA и лактоферрина, увеличение уровня провоспалительных цитокинов – наблюдалась среди пациентов с обычным острым риносинуситом. Однако у пациентов с марисинуситом происходит снижение регуляторных цитокинов и противовирусных факторов γ -интерферона, что может быть косвенным доказательством в пользу изменений дифференцировки Т-хелперов (Th) в направлении Th2-клеток (Дранник Н.Г., 2006), обеспечивая формирование иммунных реакций против грибковой флоры.

Появление у пациентов с марисинуситом высокой концентрации клеток реснитчатого эпителия может свидетельствовать в пользу гипотезы о том, что грибковая флора способствует разрушительным процессам в слизистой оболочке. Нам удалось выявить клинические отличия этого заболевания, которое развивается без предшествующей острой респираторной вирусной инфекции, протекает более бурно, чем обычный острый бактериальный риносинусит. Начало марисинуситов, как правило, без каких-либо продромальных симптомов; на фоне полного здоровья появляются резкая головная боль, повышение температуры, затруднение дыхания через нос, обильное гнойное отделяемое из носа. Быстрое

начало, гнойный характер заболевания с первого же дня позволяет предположить, что данная форма острых риносинуситов изначально является гнойной и требует безотлагательного назначения антибактериальной терапии.

Поиски этиопатогенетических механизмов развития этой патологии позволили выявить высокие цифры плесневых грибов рода *Aspergillus* в мазках из носа, содержанием верхнечелюстной пазухи. Иммунологические исследования позволили выявить специфические нарушения местного и системного иммунитета и резкую сенсibilизацию организма заболевших к этим плесневым аллергенам. В ходе поисков источника плесневых грибов было установлено, что в августе-сентябре большое количество грибковых микроорганизмов находится во влажном морском песке. Максимальное количество содержания плесневых грибов в морском песке совпадало с максимальным числом заболевших этой формой риносинусита. Все вышеизложенное дало нам основание предположить следующую схему развития острого риносинусита купального сезона (ОРС КС): в определенной группе, преимущественно молодых людей, имеется сенсibilизация к плесневым грибам, преимущественно рода *Aspergillus*. Изменение образа жизни в связи с отдыхом на море, особенно у приезжих людей, длительное пребывание на солнце, изменение в питании и пр. приводят, согласно литературным данным, к изменениям в местном и системном иммунитете. Большое количество плесневых грибов, которые определяются на морском берегу (преимущественно в морском песке) приводит к контакту с грибами сенсibilизированных людей, после чего развивается острая аллергическая реакция в верхних дыхательных путях, сопровождающаяся десквамацией эпителия, с потерей ресничек и нарушением местного и системного иммунитета; присоединение вторичной грамположительной и грамотрицательной флоры к протекающему острому аллергическому воспалению придает заболеванию черты гнойного процесса с бурной клинической картиной ОРС.

Общепризнанно, что острый риносинусит развивается в результате протекания вирусных заболеваний, их осложнений из-за разрушающего действия вирусов на слизистые оболочки носа и придаточных пазух носа и дополнительной бактериальной флоры. Мы можем предположить, что в случае марисинусита грибы, их споры и токсины оказывают разрушающее действие, подобно вирусам, на слизистые оболочки носа и придаточных пазух.

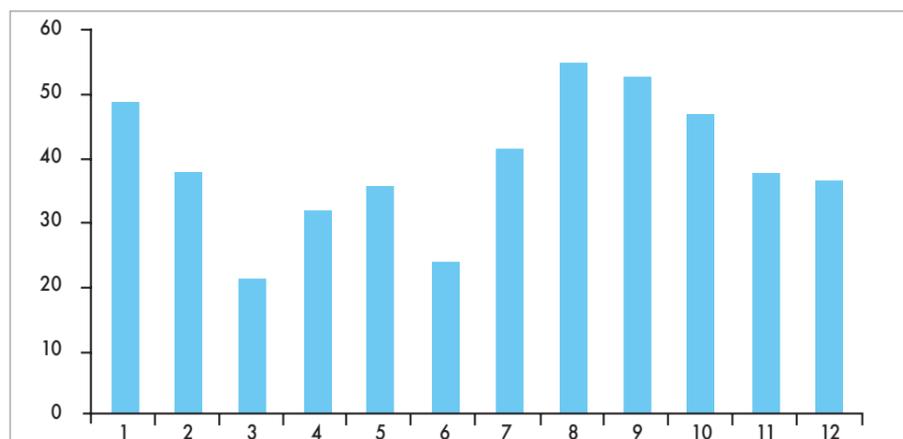


Рис. 1. Число больных острым риносинуситом, обратившихся в консультативный кабинет (помесячно)



Рис. 2. 1-й день лечения

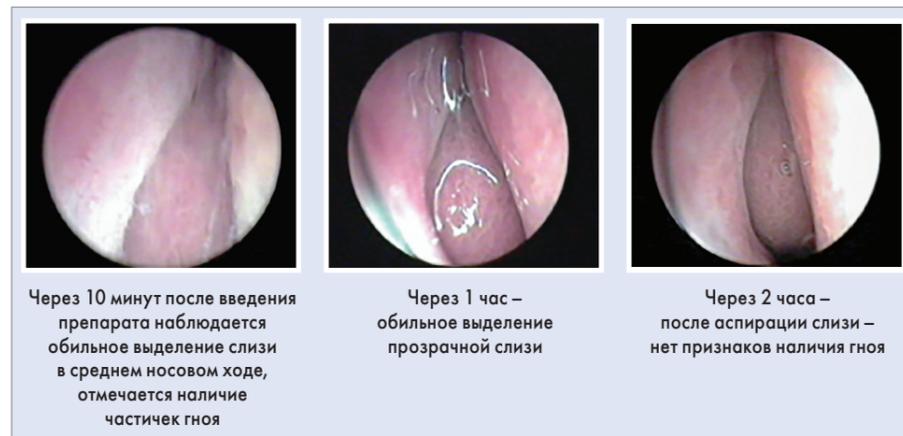


Рис. 3. 5-й день лечения

Их воздействие на слизистые оболочки представляется более агрессивным (клетки грибковых микроорганизмов крупнее вирусов и бактерий, они способны быстро размножаться, выделяют большое количество спор и токсинов), что делает развитие марисинуситов очень быстрым. Это происходит на фоне снижения иммунитета, обусловленного повышением инсоляции организма, изменением питания и климатических условий, воздействием холодной воды и т. д.

Следует отметить, что лечение ОРС КС было эффективным и до нашего исследования (без понимания причин заболевания): стандартное лечение ОРС, включающее системную антибиотикотерапию, применение топических стероидов, мукоактивных и секретолитических препаратов, а при необходимости – пункции верхнечелюстных пазух с промыванием растворами антисептиков, дает хороший клинический результат при всех формах ОРС.

Возможно, для эффективной терапии важное значение имеет прекращение пребывания на море, поскольку устраняет контакт с причинным аллергеном. Быстрое начало марисинусита из-за большого повреждающего действия грибов на слизистые оболочки носовой полости и околоносовых пазух, быстрое присоединение бактериальной флоры требует немедленного назначения антибактериальной терапии.

Наряду с базисной терапией, которая применяется при распространенном остром бактериальном риносинусите (антибиотики, топические стероиды), мы использовали местный препарат Синуфорте с целью освобождения околоносовых пазух от патологического секрета. Напомню, что активное вещество препарата Синуфорте, представляющее собой лиофилизат сока и водного экстракта свежих клубней цикламена европейского, вводится эндоназально с целью вызвать рефлекторную секрецию слизистой оболочки носа и придаточных пазух. После введения препарата Синуфорте у пациентов сразу развивается стимулированная рефлекторная реакция и продолжается до 30–60 минут в виде обильных водянистых выделений. Во время гиперсекреции наблюдается повышение объема носовой слизи с измененными реологическими свойствами.

В Украине проведено большое количество работ, которые доказали клиническую эффективность и безопасность Sinuforte® в лечении острых и хронических риносинуситов, экссудативных отитов и послеоперационной реабилитации.

Механизм действия Синуфорте сводится к способности сапонинов вызывать усиленную секрецию в слизистой оболочке носовой полости. В результате уже через 2–3 минуты после введения лекарственного средства в полость носа начинается обильное выделение слизи, что может длиться до 2 часов. Изначально слизистые выделения могут быть гнойными – это тот гной, который накопился в пазухах и был выведен с помощью Синуфорте. Гнойные выделения затем постепенно уменьшаются, становится прозрачным (рис. 2). Это значит, что практически весь гнойный экссудат вышел из околоносовых пазух, примерно через 2–3 дня проходит головная боль и боль в области лица, которая была вызвана накоплением гноя в пазухах.

Количество гноя, густой слизи после применения Синуфорте при марисинуситах становится значительно меньше

уже к пятому дню применения препарата (рис. 3). Следует отметить, что при марисинуситах механизм развития воспаления отличается от такового при острых бактериальных синуситах, где в патогенезе переход воспаления от вирусного к бактериальному сопровождается закрытием соустьев в области остиомеатального комплекса. При марисинуситах соустья с придаточными пазухами практически всегда открыты, что позволяет широко использовать препарат Синуфорте в лечебном процессе.

Одновременное опорожнение железистых элементов приводит к дегидратации слизистой оболочки и к существенному уменьшению ее отека, что способствует большему раскрытию соустьев в остиомеатальном комплексе. Стимулированная секреция способствует эффективному дренажу околоносовых пазух, чем и обусловлено выраженное лечебное действие экстракта. Сапониновая пленка смывается с поверхности слизистой оболочки обильным носовым отделяемым.

Проведенная терапия приводит к тому, что уровни общего IgE в сыворотке пациентов возвращаются к физиологической норме. В изменении уровней специфического IgE к грибковым антигенам у пациентов с марисинуситами также была показана положительная тенденция, хотя они не достигли контрольного уровня. Было зарегистрировано частичное восстановление альфа-интерферона и появление иммунного гамма-интерферона в крови, что в соответствии с современным представлением является прогностически позитивным признаком.

Таким образом, мы можем предположить, что применение комплексного лечения больных марисинуситом является патогенетически обоснованным и может приводить к нормализации иммунологических показателей после лечения, которое коррелирует с улучшением здоровья пациентов, что позволяет рассматривать эти показатели как объективные критерии оценивания эффективности лечения.

Пациенты, которые в прошлом переносили марисинусит, не болеют хроническим или рецидивирующим синуситом и чувствуют себя хорошо в осенне-зимний период, однако сенсibilизация к аллергенам плесневых грибов сохраняется. Повторный контакт со значительным количеством микроорганизмов данной формы может снова стать причиной развития марисинусита.

Выводы

Среди лиц, сенсibilизированных к аллергенам плесневых грибов, особенно грибковых микроорганизмов рода *Aspergillus*, во время пребывания на морских курортах, где в прибрежном песке выявляется большое количество плесневых грибов, возможно развитие острой аллергической реакции с быстрым присоединением бактериальной флоры. Клинически это проявляется острым бактериальным риносинуситом (марисинуситом).

В комплексную терапию этого особого вида воспалительного процесса следует включать антибиотики, ангистаминные средства, топические стероиды, мукоактивные и секретолитические препараты. Препарат Синуфорте способствует быстрому очищению околоносовых пазух от патологического содержимого и может быть рекомендован в комплексной терапии марисинуситов.

Синуфорте®

СИЛА ПРИРОДИ, ЩО ЛІКУЄ СИНУСИТ

Зареєстрований
як лікарський засіб



- Природньо очищує навколоносові пазухи
- Застосовується 1 раз на добу
- Має високу лікувальну ефективність*

Показання. Гострі або хронічні рецидивуючі синусити: катаральні або гнійні гайморити, фронтити, етмоїдити, сфеноїдити або комбіновані синусити. У комбінації з антибіотиками: гострі гнійні синусити (з явищами генералізованої інфекції або орбітальних ускладнень). Гострий екссудативний та хронічний екссудативний отити. Гострі та хронічні риніти у стадії загострення. Постопераційна реабілітація після ендоскопічних оперативних втручань.

Спосіб застосування та дози. При кожному натиску розпилювач-дозатор розпилює 0,13 мл (2–3 краплі) препарату, що становить разову дозу. Вища добова доза препарату становить 0,26 мл. Дорослим та дітям віком від 5 років 1 раз на добу, по 1 розпиленню у кожен носовий хід. Рекомендується застосовувати через день, залежно від перебігу захворювання, допускається щоденне застосування. Тривалість одного курсу лікування 6–8 днів при щоденному застосуванні або 12–16 днів при застосуванні через день.

Склад. 1 флакон містить порошок ліофілізованого соку та водного екстракту зі свіжих бульб цикламену європейського (*Cyclamen europaeum*), гемолітичний індекс 1:6000 – 1:12000, розчинник – вода для ін'єкцій. Для інтраназального застосування. Код АТХ: R01AH. Побічні реакції. Короткочасне відчуття слабкого або помірного печіння у носолотці, чхання, рефлекторні явища у вигляді слинотечі, слюзотечі та почервоніння обличчя, нейтральний головний біль; у результаті капілярного діapedузу – виділення з носа білого-рожевого кольору. У жодному із зазначених випадків немає потреби у припиненні лікування. **Протипоказання.** Кістозно-поліпозні параназальні синусити; підвищена чутливість до компонентів препарату. **Умови зберігання.** Свіжориготовлений розчин зберігати у холодильнику не більше 15 днів (при температурі 2 °С – 8 °С). **Умови відпуску.** Без рецепта. **Виробник.** АТ Лабораторіо Рейг Жюфре / Іспанія. Заявник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГК, Угорщина. Р.П. UA/6478/01/01. *Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату Синуфорте. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Представництво в Україні: Київ, вул. Дегтярська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

