

# Осенний блюз заболеваний ЛОР-органов

По итогам научно-практической конференции Украинского научного медицинского общества оториноларингологов, 24-25 сентября, г. Тернополь

**О**сень – пора традиционного оживления научной деятельности медицинского сообщества: именно в этот период проводится наибольшее количество научно-практических конференций, симпозиумов, форумов. В то же время это сезон увеличения заболеваемости патологией верхних дыхательных путей. Наверное, поэтому традиционная ежегодная научно-практическая конференция Украинского научного медицинского общества оториноларингологов была столь многолюдной: в течение двух дней в ее работе приняли участие более тысячи участников.

Большой интерес участников и гостей конференции вызвали доклады ученых из Российской Федерации. Так, академик Российской академии медицинских наук, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Андрей Юрьевич Овчинников подробно рассказал о проблеме биопленок в оториноларингологии.

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), до 65% всех заболеваний, вызванных бактериальными инфекциями, протекает с образованием бактериальных биопленок (D.P. Morriss, 2005). За последние десятилетия данная проблема все активнее обсуждается учеными и клиницистами во всем мире. Феномен так называемого социального поведения бактерий был впервые открыт 25 лет назад, при этом оказалось, что 99% всех бактерий существуют в природных экосистемах не как свободно плавающие клетки, а в виде специфически организованных, прикрепленных к субстрату бактериальных биопленок, представляющих собой конгломерат колоний микроорганизмов, которые погружены во внеклеточный матрикс и прикреплены к поверхности. Собственно бактерии составляют около 5-35% общей массы биопленки, остальная ее часть является межклеточным матриксом, состоящим из экзополисахарида, который продуцируется микробами и обеспечивает важные функции ее жизнедеятельности. Стадии формирования биопленки включают прикрепление, рост (созревание) и распространение. Персистенция инфекционного агента в виде биопленки повышает адгезию бактерий к эпителию и значительно снижает эффективность антибиотикотерапии, при этом резистентность микроорганизмов в составе биопленки может возрастать в 1000 раз. Безусловно, бактериальные инфекции ЛОР-органов также в большинстве случаев протекают с формированием биопленок. Так, Kania и соавт. обнаружили таковые на поверхности 70,8% удаленных небных миндалин, а по данным Zuliani и соавт. (2006), биопленки покрывают в среднем 95% поверхности аденоидных вегетаций.

Hall-Stoodley и соавт. методом конфокальной лазерной сканирующей микроскопии выявили наличие биопленок на слизистой оболочке среднего уха у 92% детей с симптомами среднего отита. Так как эрадикация возбудителей, персистирующих в составе биопленок, сопряжена с повышенным риском терапевтических неудач, при выборе антибактериального препарата следует учитывать не только данные чувствительности к нему того или иного штамма, но и активность препарата в отношении биопленок. Макролиды, широко используемые в лечении пациентов с инфекциями верхних дыхательных путей, обладают способностью разрушать матрикс биопленки, поэтому использование их в ЛОР-практике в качестве препаратов первого выбора является оправданным и целесообразным.

Антибиотикотерапии инфекционных заболеваний ЛОР-органов был посвящен доклад заведующего кафедрой пульмонологии Государственного института усовершенствования врачей Министерства обороны РФ, доктора медицинских наук, профессора Александра Игоревича Синопальникова, который рассказал о небактериальных свойствах макролидов. Докладчик отметил, что макролиды используются в клинической практике уже несколько десятилетий и за это время успели зарекомендовать себя не только как высокоэффективные антибактериальные препараты, имеющие высокую активность в отношении наиболее частых возбудителей респираторных заболеваний, но и как средства, обладающие дополнительными свойствами. Так, в исследовании, проведенном японскими учеными S. Kudoh и соавт. (1984), было показано наличие независимого противовоспалительного эффекта эритромицина у пациентов с панбронхитом. В работе S. Kanoh и соавт. (2010) было показано, что макролиды способствовали снижению продукции провоспалительных цитокинов и высвобождению медиаторов воспаления, уменьшению

небактериальных эффектов при использовании макролидов у пациентов с ЛОР-патологией, в частности с хроническим риносинуситом. B. Wallwork и соавт. (2006) показали, что лечение больных риносинуситом макролидами в низких дозах сопровождалось быстрым регрессом симптомов заболевания, улучшением показателей назального клиренса, снижением концентрации ИЛ-8 в лаважной жидкости; при этом указанные изменения коррелировали с низким уровнем общего IgE у больных. Учитывая, что наилучший ответ на терапию отмечался у пациентов с исходно низким значением IgE и небольшим количеством эозинофилов в крови, назальных смывах или биоптатах слизистой носа, есть основания говорить о наличии также иммуномодулирующего эффекта макролидов, что может иметь значение в клинической практике.

Вопрос целесообразности проведения рутинной тонзилэктомии детям с перитонзиллярным абсцессом поднял профессор кафедры нейрохирургии, отоневрологии и ЛОР-болезней ФИПО Донецкого национального медицинского университета, доктор медицинских наук Константин Георгиевич Селезнев.

Хронический тонзиллит является одной из наиболее часто обсуждаемых патологий в современной оториноларингологии. С одной стороны, это связано с тем, что хронический тонзиллит ассоциируется с повышенным риском общесоматической патологии, что требует радикального вмешательства. С другой – в настоящее время нет сомнений в важной роли небных миндалин в реализации как специфического, так и неспецифического иммунного ответа, что предполагает щадящее отношение к этому органу.

Одним из частых осложнений хронического тонзиллита является перитонзиллярный абсцесс. По мнению многих оториноларингологов, развитие этого осложнения предполагает необходимость тонзилэктомии, хотя в последние годы появились данные о возможности и даже преимуществах проведения консервативной терапии и сохранения этого органа. Учитывая тот факт, что после проведения тонзилэктомии наблюдается закономерное снижение иммунологической защиты верхних дыхательных путей, нам представляется необходимым пересмотреть существующие радикальные подходы к лечению данной патологии.

Был проведен ретроспективный анализ 2915 случаев перитонзиллярных абсцессов, зарегистрированных с 1999 по 2011 год в г. Донецке, куда больным не проводилась тонзилэктомия. Одной из основных целей нашего исследования являлась оценка риска развития рецидива абсцесса при условии сохранения органа. Оказалось, что рецидив указанного осложнения наблюдался у 137 больных (4,7%), при этом в большинстве случаев (85,4%) рецидивы были односторонними. У пациентов

с развившимся рецидивом в 48,9% случаев также отмечались эпизоды обострения хронического тонзиллита без вовлечения в процесс перитонзиллярной клетчатки в межрецидивный период. Анализ времени возникновения рецидивов перитонзиллярных абсцессов показал, что большинство из них (73,3% случаев, у 96 пациентов) возникли в первый год после впервые выявленного осложнения, а в 29% случаев абсцесс выявлялся в течение первого месяца, что может быть связано с недостаточной элиминацией возбудителя. Также целью испытания была оценка возможной взаимосвязи хронического тонзиллита, осложненного развитием абсцесса, со снижением показателей местного иммунитета и изменениями со стороны соединительной ткани. Состояние функциональной активности органа определяли по приросту уровня секреторного IgA в слюне (методика была предложена Д.И. Заболотным и О.Ф. Мельниковым). Оказалось, что у 5 пациентов уровень секреторного IgA увеличился более чем в 1,5 раза, а у 2 больных – возрос на 25-30%, что свидетельствовало о функциональной активности органа даже у пациентов с рецидивами перитонзиллярного абсцесса. При оценке соединительнотканых изменений в миндалинах в динамике в большинстве случаев выраженных структурных изменений в пораженных органах выявлено не было, что свидетельствует о потенциальной возможности полного восстановления функции органа. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что в большинстве случаев перитонзиллярный абсцесс не ассоциируется с необратимыми нарушениями структуры и функций миндалин; при надлежащем лечении орган способен реализовать иммунную функцию.

Таким образом, можно сделать вывод о нецелесообразности удаления небных миндалин пациентам с неосложненными перитонзиллярными абсцессами. Тонзилэктомия должна выполняться лишь после оценки иммунной активности органов и признаков разрушения соединительной ткани в течение месяца после купирования симптомов заболевания; при этом предпочтительнее проводить одностороннюю операцию.

Руководитель лаборатории патофизиологии и иммунологии Института отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Феодосиевич Мельников представил результаты исследования, в котором изучал противовирусную активность препарата Синупрет при лечении детей с хроническими риносинуситами.

Синупрет является одним из наиболее часто назначаемых препаратов в педиатрической ЛОР-практике. В ряде исследований



Выступление О.Ф. Мельникова традиционно сопровождалось большим интересом



Гости из РФ А.И. Синопальников и А.Ю. Овчинников

экспрессии молекул адгезии и образованию свободных радикалов, а также угнетению процесса апоптоза. Антибактериальные препараты этой группы продемонстрировали наличие выраженного антисекреторного эффекта благодаря снижению транспорта ионов и секреции муцина. В дополнение к указанным свойствам макролиды способствовали повышению свойств эпителиального барьера путем улучшения мукоцилиарного клиренса и увеличения плотности соединений. Ученые сделали вывод, что длительный прием макролидов также может способствовать изменению взаимоотношений патогена и организма. Указанные свойства макролидов находят применение в клинической практике при лечении инфекций верхних и нижних дыхательных путей (в ряде экспериментальных исследований осуществлялись попытки влиять на течение хронического обструктивного заболевания легких и бронхиальной астмы путем дополнительного назначения препаратов указанной группы). Обширная доказательная база существует в отношении наличия


**Тернопіль зустрічав теплою осенньою погодою**

підтверджена ефективність його застосування в складі комплексної терапії інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів. Авторами було проведено дослідження, метою якого було вивчення механізмів дії препарату в відношенні противовирусного імунітету в дитячій популяції з хронічним риносинуситом, в частині природної цитолітичної активності кліток крові дітей, продукції  $\alpha$ - і  $\gamma$ -інтерферона *in vitro*, а також вмісту  $\alpha$ -інтерферона в крові пацієнтів. В ході роботи було проведено імунологічне дослідження 42 осіб в віці від 5 до 14 років з хронічним риносинуситом. В групу


**Зал засідань**

активного лікування (з використанням Синупрету в доповнення до основної терапії) вошли 22 дитини, контрольну групу (приймання тільки стандартної терапії) склали 20 дітей. Естественну цитолітичну активність кліток визначали імуноферментним, спектрофотометричним і імуноцитохімічними методами. Виявлено, що додатковий прийом Синупрету супроводжувався підвищенням виробки  $\alpha$ - і  $\gamma$ -інтерферона в 1,5-2 рази в культурах кліток крові хронічним тонзилітом *in vitro*, а також клінічно значимим збільшенням виробки  $\alpha$ -інтерферона в периферичній крові. Крім того, Синупрет надавав виражений стимулюючий ефект в відношенні естественної цитолітичної активності кліток. Отримані дані дозволяють зробити висновок про наявність у препарату Синупрет виражених противовирусних властивостей.

Ураховуючи те обставина, що в генезі хронічних захворювань ЛОР-органів лежить угнетення імунологічної реактивності, а ОРВИ є пусковим фактором в розвитку наступного обострення хронічної патології, застосування даного лікарського засобу в складі комплексної терапії є виправданим у дітей з бактеріальною і вірусною інфекцією верхніх дихальних шляхів.

**Заведуючий кафедрою отоларингології і дитячої отоларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор Григорій Іванович Гарюк** зосередився на проблемі лікування гострих тубоотитів як ускладнення гострих риносинуситів.

— Актуальність проблеми гострих тубоотитів обумовлена тим, що вказане ускладнення, подібно риносинуситу,

може бути як гнійним, так і катаральним, що обумовлює різну тактику його лікування. Функціональні дослідження показують, що у всіх пацієнтів з гострим тубоотитом відзначаються погіршення або повне відсуття проходимості слухової труби, обумовлені катаральним процесом, а також порушення мукоциліарного транспорту слизової оболонки носа. Таким чином, існує необхідність оптимізації тактики лікування цієї патології з урахуванням вираженого катарального запалення.

Оскільки у всіх пацієнтів з тубоотитами (як катаральними, так і гнійними) відзначаються погіршення мукоциліарного транспорту і, відповідно, порушення механічного очищення слизової оболонки носа, дослідження було оптимізувати лікування таким чином, щоб покращити рухливість ресничок, нормалізувати в'язкість секрету слизової оболонки (ELF), а також відновити вільний рух секрету. Крім того, необхідно забезпечити підвищення секреції IgA і протимікробних субстанцій слизової оболонки (лізоцима, лактоферрину, бета-дефензину).

Комплексний рослинний препарат Синупрет ефективно впливає на всі перераховані механізми: сприяє покращенню мукоциліарного кліренсу і секретолітичних властивостей за рахунок підвищення трансепітеліального транспорту хлоридів (збільшує лінійну швидкість руху секрету, ніж перешкоджає бактеріальній адгезії), а також надає безпосереднє протимікробне дію за рахунок флавоноїдів, стимулюючи секрецію факторів антибактеріальної захисти (формування антибактеріальних пептидів). На основі викладеного була висунута версія, що використання цього препарату в схемі лікування хворих гострим тубоотитом може підвищити ефективність терапії.

На базі ГКБ № 30 м. Харків проводилося клінічне дослідження, метою якого стало оцінювання можливості покращення ефективності лікування гострого тубоотита, розвинутого як ускладнення гострого риносинуситу, з додатковим призначенням препарату Синупрет форте. Було досліджено 35 хворих гострим гнійним риносинуситом, ускладненим тубоотитом (18 чоловіків і 17 жінок; вік — від 21 до 64 років). В 8 випадках мав місце двосторонній тубоотит. Групу основної терапії склали 20 пацієнтів, які в якості додатку до стандартної терапії антибіотиками отримували Синупрет форте по 1 таблетці 3 рази на день. В контрольну групу вошли 15 пацієнтів, які отримували тільки традиційне лікування.

В ході порівняльної оцінки ефективності терапії хворих гострим гнійним риносинуситом, ускладненим тубоотитом, було встановлено, що нормалізація носового дихання в основній групі відбулася в середньому на 3 дні раніше, ніж в контрольній групі; покращення мукоциліарного транспорту, функції слухової труби і слуху в основній групі пацієнтів спостерігалося в середньому на 2 дні раніше, ніж в контрольній.




Отримані результати дозволяють зробити висновок про те, що застосування препарату Синупрет форте в поєднанні з антибактеріальною терапією сприяє більш ранньому одужанню хворих гострим гнійним риносинуситом, ускладненим тубоотитом. Використання даного підходу рекомендується в широкому застосуванні в практиці отоларингологів.

Підготувала **Татьяна Спринсян**  
 Фото автора



# Синупрет®

**В лікуванні нежитю та синуситу**

-  **Знімає запалення слизової оболонки носа**
-  **Розріджує густий слиз та сприяє його виведенню**
-  **Прискорює одужання та захищає від ускладнень**

Синупрет® форте, Синупрет® сироп містять екстракти: трави щавлю (*Herba Rumicis*), трави вербени (*Herba Verbenae*), коренів горечавки (*Radix Gentianae*), квіток бузини (*Flores Sambuci*), квіток з чашечкою (*Flores Primulae cum Calycibus*). Рослинні компоненти, що входять до складу препарату, чинять комплексний вплив, що виявляється у секретолітичній дії, протизапальному та протинабряковому ефектах. Препарат регулює секрецію та зменшує набряк тканин. Відновлює дренаж та вентиляцію навколосових пазух, усуває закладеність носа, нормалізує захисну функцію епітелію дихальних шляхів. Показання. Гострі та хронічні запальні захворювання придаткових пазух носа.

Синупрет сироп: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/03/01 від 01.09.10 року. Синупрет форте: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/04/01 від 01.09.10 року. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика (Німеччина).

ТОВ "БІОНОРИКА" м. Київ, вул. Мініна, 9  
 тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01  
 e-mail: office@bionorica.com.ua