

# Роль муколитических препаратов при лечении острых риносинуситов

Чекан В. Л.

БелМАПО,  
Минск

Воспалительные процессы в полости носа и околоносовых пазухах являются наиболее частой причиной обращения пациентов к оториноларингологу как в амбулаторной практике, так и в условиях стационара. Ежегодно около 35 млн человек в США и примерно 10 млн больных в России переносят воспалительные заболевания околоносовых пазух. По данным ВОЗ, 25 % детей может быть отнесено к категории часто болеющих (более 4 эпизодов простудных заболеваний за год). Учитывая, что инфекции верхних дыхательных путей занимают первое место в структуре заболеваемости (составляют 70–80 %), а одной из частых осложнений ОРЗ является синусит, данная проблема имеет как медицинский, так и социальный характер. В оториноларингологических стационарах от 15 до 35 % составляют пациенты с различными формами воспалительных заболеваний околоносовых пазух. В настоящее время наблюдается ежегодный прирост острых и хронических синуситов на 1–2 %. Проблема усугубляется тем, что заболевания носа и околоносовых пазух зачастую является пусковым моментом к развитию патологии нижних дыхательных путей, дисфункции многих внутренних органов и систем, развитию внутричерепных и орбитальных осложнений. Этиологический фактор возникновения риносинусита разнообразен и не всегда легко прогнозируем, в связи с чем, до настоящего времени сохраняется высокий процент рецидива и хронизации острых воспалительных процессов носа, околоно-

совых пазух. Изменение такого положения, прежде всего, зависит от своевременного и рационального воздействия на все звенья патогенеза заболевания. Наиболее важная функция слизистой оболочки верхних дыхательных путей – защитная, обеспечивающая своевременную элиминацию потенциально вредных агентов (патогенных микроорганизмов, аллергенов, пылевых инородных частиц, химически активных микрочастиц и т. д.). В основе данной функции лежит согласованное колебание мерцательного эпителия; физико-химические свойства секрета, покрывающего мерцательный эпителий (существует оптимальная концентрация молекул муцина в отделяемом респираторного тракта, необходимая для полноценного выполнения транспортной, увлажняющей, фильтрационной и антибактериальной функций). Длительное течение воспалительного процесса в полости носа приводит к трансформации структуры бокаловидных клеток слизистой оболочки, следовательно, к изменению количества и вязкости секрета, что в совокупности с отеком слизистой оболочки и нарушением вентиляции околоносовых пазух является наиболее частой причиной присоединения бактериальной инфекции [1, 2, 3, 4, 5].

При комплексном лечении синуситов необходимо учитывать не только микробиологический фактор, но и нарушение мукоцилиарного транспорта, обусловленного особенностями функционирования эпителия, свойствами секрета, нарушением вентиля-

ции и дренажа околоносовых пазух. Одно из звеньев патогенеза острого синусита – это ухудшение дренажной функции вследствие нарушения нормальной структуры слизи. Использование мукоактивных препаратов в комплексном лечении данной патологии является патогенетически обоснованным. Идеальный мукоактивный препарат должен обладать следующими свойствами: воздействовать на реологические свойства слизи, разжижать чрезмерно вязкий секрет; повышать мукоцилиарный клиренс, облегчающий удаление секрета; воздействовать на железистые клетки с целью уменьшения гиперсекреции слизи и/или нормализации его реологических свойств. Представленные в настоящее время мукоактивные препараты различаются по механизму действия (таблица 1).

Одним из эффективных комбинированных топических муколитиков является препарат Ринофлуимуцил®, в состав которого входит ацетилцистеин и симпатомиметик туаминогептан. Туаминогептан обладает мягким, не вызывающим излишнюю сухость слизи-

стой оболочки, сосудосуживающим эффектом. Ацетилцистеин оказывает разжижающее действие на слизистые и гнойно-слизистые выделения путем разрыва дисульфидных связей кислых мукополисахаридов слизи. Помимо прямого муколитического действия, этот препарат обладает свойствами антиоксиданта и способен обеспечить защиту органов дыхания от цитотоксического действия метаболитов воспаления. В результате действия препарата слизь и мокрота теряют способность быть тягучими и, впитывая в себя воду, легко удаляются самостоятельно, что значительно уменьшает венозный застой слизистой оболочки. Препарат при местном применении не оказывает системного действия, таким образом минимизируя возможные побочные эффекты, что позволяет широко использовать его в детской практике.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования было изучение эффективности применения препарата Ринофлуимуцил при острых риносинуситах.

**Таблица 1**  
**Мукоактивные препараты**

Прямое действие		
Препараты, разрывающие полимеры секрета	Тиолитики производные цистеина	Ацетилцистеин, цистеин, месна, метилцистеин, этилцистеин, мистаброн, L-цистеин, гуайфенезин, имозимаза, террилитин
	Производные алколоида визина (бензиламин)	Бромгексин, амброксол, лазолван
	Протеолитические ферменты	Трипсин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза
Препараты, способствующие гидратации секрета		Неорганический йод, соли натрия и калия, гипертонические солевые растворы, гипохлорид аммония
Непрямое действие		
Препараты, стимулирующие гастропульмональный рефлекс	Синтетические соединения	Терпингидрат, ликорин
	Фитопрепараты	Препараты термопсиса, алтея, солодки, истода, эфирные масла
Препараты, регулирующие выработку секрета	Производные карбоцистеина	Карбоцистеина лизиновая соль, карбоцистеин

## ■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением на стационарном и амбулаторном лечении находилось 67 больных с острым этмоидальным, верхнечелюстным синуситом в возрасте от 7 до 53 лет, которым назначался Ринофлуимуцил. Контрольную группу составили 40 пациентов с аналогичными диагнозом в возрасте от 6 до 52 лет. Всем больным проводилось лечение по общепринятой методике, включающей антибактериальную терапию, применение сосудосуживающих средств, санацию полости носа и околоносовых пазух методами перемещения, ЯМИК-процедуры, при необходимости выполнялись пункции верхнечелюстных пазух и т. д. Ринофлуимуцил назначался нами в дозировках по одному (у детей) либо 2 (у взрослых) впрыскивания в каждую половину носа 3–4 раза в день, длительностью 6–7 дней. Оценка эффективности препарата включала субъективные ощущения пациентов (уменьшение боли, чувства тяжести в области поражения, улучшение носового дыхания, уменьшение количества секрета) и данные осмотра (уменьшение количества

слизи, изменение ее свойств, уменьшение гиперемии, застойных явлений в слизистой оболочке).

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больные, которым назначался Ринофлуимуцил, субъективно отмечали уменьшение симптомов заболевания на 3–4-й день от начала лечения ( $(3,7 \pm 0,2)$  дня), а данные осмотра выявили стойкую положительную динамику локальных проявлений на 5–6-й день ( $(5,6 \pm 0,3)$  дня) терапии. Аналогичные показатели субъективных ощущений и данных осмотра у пациентов контрольной группы составили  $(4,3 \pm 0,2)$  дня и  $(6,4 \pm 0,4)$  дня соответственно. Побочных реакций в случае применения препарата в исследуемой группе не наблюдалось.

## ■ ВЫВОДЫ

Применение препарата Ринофлуимуцил является патофизиологически обоснованным и рекомендуется для лечения острых риносинуситов в условиях стационара, поликлиники.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Балясинская Г. Л., Горбунов С. Г. [и др.] / Клинические формы острых респираторных заболеваний. Острые респираторные заболевания у детей (Лечение, профилактика). – Москва, 2002. – С. 25–36.
2. Пискунов Г. З., Пискунов С. З., Козлов В. С., Лопатин А. С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М., 2003. – 280 с.
3. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 560 с.
4. Материалы XVII съезда оториноларингологов России. Тезисы. – Н.Новгород, 2006. – С. 241–360.
5. Крюков А. И., Сединкин А. А. Исследование эффективности и безопасности амоксициллин/клавуланата в терапии острого бактериального верхнечелюстного синусита. – *Consilium medicum*. – 2006; 8 (10).