

О сочетанном поражении верхних и нижних дыхательных путей

В области клинической и теоретической оториноларингологии, особенно на стыке с другими разделами медицины, всегда было множество спорных и нерешенных вопросов, имеющих первостепенное прикладное значение.

➔ Любая болезнь с преимущественной локализацией патологического процесса в том или ином органе сопровождается нарушением многих функций организма. Вопрос об определенном влиянии какой-либо болезни на проявление разных функций здорового организма не представляет значительных трудностей. Более сложная ситуация возникает, когда организм является носителем нескольких болезней.

Сочетанное поражение органов или систем организма обуславливает значительную выраженность и своеобразие клинических проявлений. При сочетанной патологии происходит синтез патологических реакций с появлением новых функциональных нарушений, которые не укладываются в рамки классических признаков той или иной болезни. Сложная взаимосвязь между различными патологическими состояниями целостного организма приводит к манифестации разных вариантов течения и клинического проявления заболевания.

Обсуждение вопроса об обратных связях имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение, так как может способствовать более полному раскрытию механизмов взаимосвязи между заболеваниями верхних дыхательных путей (ВДП) и внутренних органов.

Изучая на протяжении более 20 лет взаимосвязь заболеваний ВДП с бронхолегочной патологией, мы могли убедиться в том, что в этой области существует еще много недостаточно изученных, противоречивых вопросов. Остановимся на некоторых из них.

В чем заключается гипотеза «единства дыхательных путей»?

В трактате «Полезность частей человеческого тела» (II ст. н. э.) Гален писал: «Отверстия носа, как изумительно они начинаются сразу же после губчатообразной кости, и как связь создана в полость рта через небо для того, чтобы дыхание не начиналось непосредственно от трахеи, а чтобы входящий воздух сначала закрутился и изогнулся, для речи... Поэтому, я думаю, имеются двойные преимущества: части легких никогда не будут охлаждены, когда часто окружающий нас воздух слишком холоден, а также частички пыли не проникнут дальше трахеи».

После Галена появились новые данные о наличии связи между полостью носа и нижними дыхательными путями (НДП):

- В течение нескольких столетий врачи верили, что промывания носа положительно влияют на симптомы заболеваний легких, и проводили их для лечения астмы и хронического кашля.



С.М. Пухлик

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета

- В 1900-е гг. оториноларингологи заметили улучшение состояния больных с астмой после хирургических операций в носу и пазухах.

Наличие связи между носом и легкими подтверждается также в известном афоризме: «Нос — это часть легкого, которую можно потрогать пальцем».

В современный период возобновился интерес к этому вопросу: в конце 1990-х гг. был подготовлен документ ARIA, содержащий постулат о единстве дыхательных путей — «об объединенных дыхательных путях». В этот период также были проведены существенные научные исследования, позволившие установить:

- естественное течение аллергического ринита (АР) как возможного предшественника бронхиальной астмы;
- механизмы, с помощью которых состояние носа может влиять на функционирование легких (ринопульмональный рефлекс);
- влияние лечения ринита на НДП.

Эпидемиология АР и астмы

■ АР:

- наблюдается почти в 20% общей популяции;
- отмечается у более чем 85% лиц с астмой.

■ Астма:

- наблюдается приблизительно в 5% общей популяции;
- отмечается почти у 50% пациентов с АР.

Схожие признаки АР и астмы

- Эпидемиология: четкая ассоциация заболеваний носа и бронхов.
- Анатомия: респираторный эпителий (многорядный цилиндрический мерцательный) большей частью такой же, от полости носа и до бронхиол.
- Физиология: нос и бронхи имеют одинаковую адренергическую и вагусную иннервацию.
- Иммунопатология: мастоциты, Т-лимфоциты и эозинофилы могут инфильтровать и ВДП, и НДП.
- Патофизиология: ограничение воздушного потока является главным функциональным следствием и АР, и астмы.

Почему воспалительные процессы в полости носа могут приводить к поражению нижних отделов дыхательного тракта?

Причинные факторы:

- Вагусный рефлекс/ринобронхиальный рефлекс;
- распространение по ходу (retrocontinuum) воспаления от полости носа к бронхам;

- механизмы раздражения гортани, гортаноглотки поддерживаются стеканием слизи из носа (синдром постназального затекания – post nasal drip syndrom);
- ротовое дыхание, вызванное заложенностью носа, способствует гиперчувствительности бронхов по мере проникновения в них сухого и холодного воздуха;
- системное высвобождение медиаторов и цитокинов.

Известно, что при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) практически во всех случаях наблюдается патологическая реакция со стороны ВДП, проявляющаяся в форме риносинусита, аденоидита и др. Сегодня согласно международным рекомендациям по лечению синуситов (EPOS) при острых воспалительных процессах у детей и взрослых назначение антибиотиков возможно только через 5 дней от начала заболевания в случае присоединения вторичной гнойной инфекции. Такое состояние, по данным различных авторов, наблюдается только у 2-5% заболевших ОРВИ. Данные рекомендации основаны на том, что при ОРВИ острый риносинусит носит вирусный характер, и поэтому назначение антибактериальной терапии необоснованно.

Аналогичные рекомендации существуют у терапевтов при лечении острого бронхита. На мой взгляд, сегодня в период переосмысления рационального использования антибиотиков следует прислушаться к этим рекомендациям, ведь количество осложнений от антибиотикотерапии увеличивается и уже превышает таковое послеоперационных вмешательств.

Что же можно рекомендовать пациентам с поражением дыхательных путей, когда назначение антибактериальной терапии нецелесообразно?

К сожалению, сегодня в арсенале врачей нет ни одного

противовирусного препарата с доказанной эффективностью. Видимо, фармацевтические компании делают акцент на «выявление» новых болезней (куриный, «свиной» и другие формы гриппа) для реализации залежавшихся препаратов с сомнительными положительными свойствами. Однако это в большей степени вопросы экономические или даже политические, что мне глубоко претит...

В подобных ситуациях стоит вспомнить мудрые слова Вольтера, сказанные свыше двух веков назад: «Искусство врачевания существует с целью развлечь и позабавить пациента, пока его организм излечивается от болезни». На это изречение философа можно было бы возразить, что, мол, медицина тогда была несовершенна, врачи – «темные», лекарств хороших не было... Американский педиатр, директор Нью-Йоркского детского госпиталя Маймонида Michael Marcus считает: «Лучшее, что родители могут сделать для ребенка в случае ОРВИ, – это обеспечить его достаточным количеством питья, множеством поцелуев и временем, поскольку большинство инфекций имеют вирусную природу и проходят в течение нескольких дней. Лекарства потенциально более опасны, чем инфекции, которые вы пытаетесь лечить». Такие рекомендации обусловлены не только неэффективностью некоторых лекарственных средств, но и случаями смерти детей от приема препаратов, содержащих псевдоэфедрин, парацетамол и др.

Что же современная медицина может предложить пациентам с риносинуситами и бронхитами вирусной природы?

В первую очередь нужно вспомнить о препаратах, которые восстанавливают, активизируют защитные свойства слизистой оболочки

дыхательных путей, прежде всего мукоцилиарный клиренс.

Здоровая слизистая оболочка активно противостоит внедрению вирусов и бактерий – этому способствует мукоцилиарный аппарат дыхательных путей, на поверхности которых течет постоянный поток слизи, состоящий из слоев золя и геля. Микроорганизмы и вирусы смываются со слизистой оболочки, не успев внедриться; они погибают под действием интерферона, лизоцима и других факторов местной защиты.

Напомню, что назначение сосудосуживающих капель в нос, антибиотиков, гормональных средств ухудшает мукоцилиарный клиренс, что отнюдь не способствует профилактике заболеваний или борьбе с уже начавшимся процессом. Не лучшим образом действуют антигистаминные препараты первого поколения (например, димедрол), которые высушивают слизистую оболочку дыхательных путей, приводят к сгущению слизи, мокроты. Но почему-то именно антигистаминные препараты первого поколения чаще всего назначаются практическими врачами первичного звена, зачастую просто необоснованно.

Иммунологическая защита слизистой оболочки ВДП определяется в первую очередь секреторными антителами. Местнопродуцируемые иммуноглобулины представлены, главным образом, секреторным IgA, который блокирует адгезию широкого спектра микроорганизмов к поверхности эпителиальных клеток слизистой оболочки. Клеточное звено специфической защиты слизистой оболочки полости носа и пазух составляют Т-лимфоциты, которые играют важную роль в стабилизации и регуляции реакций местного иммунитета.

Вязкий густой слизистый секрет нарушает отток и вентиляцию

в околоносовых синусах; также он является прекрасной средой для роста бактерий. В воспалительном экссудате при синусите определяются цитотоксические вещества и медиаторы воспаления, поддерживающие воспалительный процесс, поэтому прием секретолитических препаратов для улучшения эвакуации секрета является необходимым для успешного лечения синусита.

При выборе секретолитика следует учитывать различие между химически синтезированными медикаментами, такими как ацетилцистеин, амброксол, карбоцистеин, и фитотерапевтическими препаратами, наиболее известным представителем которых является Синупрет.

Клиническая эффективность этого препарата, в том числе и по сравнению со стандартными химическими секретолитиками, подтверждена достоверными результатами большого количества научных исследований. Полученный положительный эффект применения Синупрета при острых гнойных обострениях хронического синусита исследователи объясняют механизмом действия данного препарата, который регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи – ликвидирует мукостаз в околоносовых пазухах, что способствует восстановлению дренажа и вентиляции. При катаральных синуситах возможна монотерапия этим препаратом.

Синупрет является комбинированным средством растительного происхождения. Изготовленный из экологически чистого сырья, препарат содержит широкий спектр биологически активных веществ: корень генцианы (горечавки); цветы первоцвета (сапонины и флавоноиды); траву щавеля (эмодин, щавелевую кислоту, флавоноиды); цветы бузины (стеролы, терпены, флавоноиды); траву вербены

(биофенолы, вербеналин). Эти растительные компоненты оказывают муколитическое, отхаркивающее и противовоспалительное действие, что способствует разжижению экссудата и уменьшению отека слизистой оболочки.

Общими фармакологическими свойствами растений, входящих в состав Синупрета, являются способность блокировать фазу экссудации, уменьшать явления сенсибилизации и снижать проницаемость сосудистой стенки. Кроме того, цветы первоцвета повышают активность мерцательного эпителия и ускоряют эвакуацию секрета из дыхательных путей, обладая также и некоторым спазмолитическим действием.

Таким образом, Синупрет действует на слизистую оболочку ВДП и НДП противоотечно и противовоспалительно. Синупрет нормализует защитные свойства эпителия дыхательных путей за счет улучшения реологических свойств экссудата, а также обладает иммуностимулирующей активностью. Кроме того, препарат оказывает вирусостатический эффект на вирусы гриппа, парагриппа и риносинцитиальный вирус, а также потенцирует действие антибиотиков.

К сожалению, в настоящее время профилактические и лечебные мероприятия, осуществляемые в процессе наблюдения больных с сочетанной респираторной патологией, направлены преимущественно на восстановление нарушенных функций бронхолегочного аппарата, а состоянию ВДП участковые педиатры и семейные врачи уделяют недостаточно внимания. В условиях отсутствия подхода к больным с ринобронхопульмональным синдромом с позиций функционального и клинического единства всей респираторной системы трудно достичь оптимального результата лечения. ■