

МЕСТО ФИТОТЕРАПИИ

В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Г.И. Дрынов, О.К. Иванюшина, Н.Ф. Ульянова, А.М. Пискун

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Аллергологический центр, кафедра акушерства и гинекологии, 1 лечебный факультет

(Ректор – акад. РАН и РАМН, проф. М.А. Пальев)

Респираторные инфекции встречаются у беременных по разным данным с частотой от 55 до 82%. Иногда заболевание развивается в период беременности, но чаще врачам приходится иметь дело с пациентками, страдающими частыми респираторными инфекциями в течение ряда лет. Зачастую легко протекавшие до беременности инфекции верхних и нижних дыхательных путей становятся более тяжелыми, что вызывается физиологическими изменениями, происходящими в женском организме во время беременности. Наиболее серьезными для состояния беременной и развития плода являются респираторные вирусные инфекции с последующим развитием бронхита и пневмонии.

В период беременности потребность в кислороде матери за счет плода увеличивается на треть. В ответ на эту возрастающую потребность происходит увеличение дыхательных объемов. При неизменной частоте дыхания это увеличивает вентиляцию легких до 50%. Это вызвано повышением содержания прогестерона и приводит к развитию компенсированного респираторного алкалоза с РН в пределах 7,40–7,47, pCO_2 – 25–32 мм.рт.ст. и pO_2 – 91–106 мм.рт.ст. Общая емкость легких снижается, прежде всего за счет уплощения диафрагмы вследствие увеличения матки в размерах.

Уменьшение общего сосудистого сопротивления сопровождается повышением частоты сердечных сокращений на 10–20 ударов в минуту. Это приводит к увеличению сердечного выброса на 30–60%. Кровоснабжение матки возрастает с 50 до 500 мл/мин – в 10 раз. В связи с увеличением объема циркулирующей крови растет чувствительность беременных к введению жидкости. При необходимости внутривенной инфузии форсированное введение жидкости может привести к развитию отека легких даже при нормальном функционировании сердца.

Под воздействием прогестерона происходит понижение сопротивления сосудов матки, что требует увеличения маточного кровотока для нормального кровоснабжения плода. Плод развивается при ограниченных запасах кислорода и может подвергнуться риску гипоксемии при уменьшении доставки обогащенной кислородом крови. При развитии респираторной инфекции происходит резкое снижение маточного кровотока и оксигенации плода. Неадекватная терапия этих состояний приводит к хронической гипоксии плода, внутриутробной задержке развития, а также в тяжелых случаях – к угрозе прерывания беременности и гибели плода.

Ведение пациентки с респираторной инфекцией в период беременности включает в себя следующие основные направления:

- исключение приема препаратов оказывающих неблагоприятное влияние на организм беременной и развитие плода,
- базисная терапия имеющихся или возникших заболеваний дыхательной системы безопасными препаратами под контролем состояния, как беременной, так и плода,
- сведение к минимуму приема антибактериальных препаратов,
- подготовка к успешному и безопасному родоразрешению.

В настоящее время после талидомидовой трагедии безопасности приема беременными лекарственных препаратов уделяется большое внимание. Некоторые лекарственные средства могут быть причиной уродств или врожденных пороков, наблюдаемых в среднем в 2–6% беременностей. 25% пороков развития обусловлены генетическими аномалиями. На долю факторов окружающей среды, куда наряду с воздействием радиации и инфекций матери входят и лекарственные средства, приходится 5% мальформаций. Выделена целая группа лекарственных препаратов, применение которых в период беременности должно быть исключено. В связи с тем, что у большинства препаратов нет четких данных о безопасности или в аннотации имеется запись «нет данных о приеме беременными» медикаментозная терапия должна быть сведена к необходимому безопасному минимуму.

Необходимость терапии респираторных инфекций у беременных ввиду ее неблагоприятного воздействия на организм плода и матери не вызывает сомнений. Вместе с тем эта терапия должна быть адекватной по ряду принципов лечения этих заболеваний, таких как – восстановления вентиляции и оттока из придаточных пазух, секретолитического действия, противовоспалительного и противомикробного действия, а также иммуномодулирующего эффекта. Методики лечения, отвечающие этим принципам, требуют применения одновременно нескольких

Характеристика изучаемой группы

Деление по тяжести	Легкое течение	Среднетяжелое течение
Средний возраст	27,4 года	31,3 года
Общее количество	48 чел.	28 чел.
Хр. гнойно-обструктивный бронхит (в анамнезе)	12 чел.	9 чел.
Пневмония (в анамнезе)	16 чел.	23 чел.
Средняя продолжительность хронического обструктивного бронхита	7,4 года	11,8 года
Наличие аллергических реакций на антибиотики в анамнезе	15 чел.	11 чел.
Средняя частота ОРВИ за год	3,4	4,1
Среднее число курсов антибактериальной терапии за год	не менее 1	не менее 2
Наиболее часто применяемые ранее антибиотики	пенициллиновый ряд, макролиды	пенициллиновый ряд, тетрациклины

лекарственных препаратов, включая антибиотики, что для такой группы пациентов как беременные чрезвычайно нежелательно. Помимо эффективности, проводимое лечение респираторной инфекции должно обеспечивать отсутствие потенциального риска тератогенности и мутагенности. Таким образом, необходим препарат, объединяющий в себе все эти качества. Этим препаратом является *синупрет*, растительный препарат, для которого подобрана уникальная комбинация растений, сочетание которых позволяет применять его для лечения воспалительных заболеваний дыхательных путей различной этиологии. Обладая выраженным секретолитическим и противовоспалительным действием, он также имеет противоинфекционные и иммуномодулирующие свойства, что соответствует вышеперечисленным задачам при лечении воспалительных заболеваний дыхательных путей. Риск применения *синупрета* оценивался на всех стадиях беременности в ретроспективном исследовании с участием более 800 пациенток. Никаких признаков отрицательного действия на организм беременной или плода зарегистрировано не было.

Принимая во внимание вышеизложенное эффективный и безопасный препарат *синупрет* отвечает всем требованиям, предъявляемым к медикаментам, применения которых возможно во время беременности.

Под нашим наблюдением в период с 1998 по 2001 годы находилось 76 беременных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом легкой и средней тяжести течения. Данные изучаемой группы представлены в таблице 1.

Лечение препаратом *синупрет* проводилось всего 116 беременным, больным хроническим обструктивным бронхитом и частыми ОРВИ на фоне хронического ринита и синусита, в возрасте от 23 до 45 лет. Диагноз хронического обструктивного бронхита у всех пациентов был поставлен на основании данных анамнеза, клинических проявлений заболевания, результатов специфического ЛОР и

общеклинического обследования. Лечение проводилось препаратом *синупрет* в течение 3 мес.

Из полученных нами 116 индивидуальных регистрационных карт значительное количество – 40 оказались неприемлемыми для статистического анализа по следующим причинам:

- нарушение критериев отбора пациенток для исследования,
- отсутствие симптомов респираторной инфекции к началу приема *синупрета*,
- недобросовестное заполнение карт (карты заполнялись не полностью, отсутствовали ежедневные отчеты пациенток, данные доктора и пациентки в карте не согласовывались, карты доктора и нескольких его пациенток заполнялись одной рукой, карты ежедневного отчета заполнялись 1 раз в неделю и т.п.).

Кроме того, у 4 беременных лечение было прервано по разным причинам (Табл. 2).

Таблица 2.

Причины прерывания лечения препаратом *синупрет*

Номер карты	причина
31	карта не возвращена, данные не получены
51	негативное отношение к применению препарата
76	непереносимость «синупрет» – тошнота
82	отказ от продолжения исследования, т.к. «не помогает»
88	в связи с отъездом

Таким образом, для анализа были отобраны карты 76 беременных.

Пациентки были обследованы по общеклинической программе, которая включала в себя: общий и биохимический анализ крови, бактериологическое исследование мазка с поверхности небных дужек и задней стенки глотки, анализ мокроты, рентгенологическое исследование, оценка функции внешнего дыхания. Дополнительно оценивался иммунный статус. Данные бактериологического исследования,

полученные при анализе посева мокроты и мазка с поверхности небных дужек, представлены в таблицах 3–4.

Таблица 3.

Спектр возбудителей у пациенток по данным бактериологического исследования мокроты

Возбудитель	Количество пациентов с выявленным данным возбудителем
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	31
<i>Haemophilus influenzae</i>	28
<i>Neisseria sp.</i>	27
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	15
Ассоциация микроорганизмов	28

Таблица 4.

Спектр возбудителей у пациенток по данным бактериологического исследования мазка с поверхности небных дужек и задней стенки глотки

Возбудитель	Количество пациентов с выявленным данным возбудителем
<i>Haemophilus influenzae</i>	37
<i>Streptococcus pyogenes</i>	28
<i>Staphylococcus aureus</i>	14
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	16
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	15
<i>Candida albicans</i>	26
Ассоциация микроорганизмов	24

Пациенты получали препарат в каплевой форме по 50 капель 3 раза в день в течение 3 месяцев.

Эффективность терапии оценивалась по 4-х балльной шкале:

0 – неэффективное лечение,

1 – умеренно эффективное,

2 – эффективное,

3 – высоко эффективное.

Все пациентки вели ежедневные дневники наблюдения во вводный период (2 недели), период лечения 3 месяца, и в течение 2 недель по завершению курса лечения.

Результат лечения оценивался как «высоко эффективный» в случае полного купирования симптомов, связанных с инфекцией на фоне применения синупрета, как «эффективный» при сохранении у больного слабых и редких респираторных проявлений, как «умеренно эффективный» – в случае уменьшения симптомов заболевания, как «неэффективный» при отсутствии динамики симптомов (Табл. 5).

Было выявлено, что у всех беременных на фоне терапии синупретом был достигнут положительный клинический результат. При этом у 58,3% пациенток с легким течением заболевания результат лечения был охарактеризован как высоко эффективный. У всех пациенток со среднетяжелым течением заболевания терапия также была эффективной в той или иной степени. Однако лечение было оценено на 3 балла у меньшего количества больных (42,9%) по сравнению с пациентками с более легким течением заболевания. При общей оценке результата лечения высокая эффективность препарата была выявлена у 52,6% больных, а «средняя оценка» составила $2,36 \pm 0,08$ балла.

Была исследована корреляционная зависимость между различными симптомами по данным пациента во вводный период и в период приема синупрета. Определение коэффициентов корреляции средних значений симптомов заболевания за эти два

Таблица 5.

Оценка эффективности препарата синупрет у беременных с легким течением заболевания

	оценка	Врач = пациент	%
По пациенткам с легким течением	0 – неэффективный	0	0
	1 – умеренно эффективный	6	12,5
	2 – эффективный	14	29,2
	3 – высоко эффективный	28	58,3
	средняя оценка*	$2,46 \pm 0,19$	
По пациенткам со среднетяжелым течением	0 – неэффективный	0	0
	1 – умеренно эффективный	6	21,4
	2 – эффективный	10	35,7
	3 – высоко эффективный	12	42,9
	средняя оценка*	$2,21 \pm 0,11$	
Суммарная оценка эффективности	0 – неэффективный	0	0
	1 – умеренно эффективный	12	15,8
	2 – эффективный	24	31,6
	3 – высоко эффективный	40	52,6
	средняя оценка*	$2,36 \pm 0,08$	

* приведены 95% доверительные границы для среднего

периода позволило выявить следующие закономерности: высокая корреляция соответствующих симптомов свидетельствует об объективности указанных пациентами данных. Выявлено, что корреляция первых двух симптомов (блокада носового дыхания и кашель) ниже, чем у трех других симптомов (выделения из носа, чихание, отделение мокроты). Это может указывать на то, что именно данные симптомы доставляют основные неприятности пациенту, и поэтому он оценивает свое общее состояние, ориентируясь на них.

Были рассчитаны коэффициенты корреляции показателей выраженности симптомов респираторной инфекции по данным врача и пациента во вводный период и в период приема *синупрета*. Были выявлены следующие закономерности: достаточно высокая корреляция соответствующих симптомов из второй группы (выделения из носа, чихание, отделение мокроты) по карте доктора и (выделения из носа, чихание, отделение мокроты) по карте пациента. Эти данные служат подтверждением объективности (достоверности) заполнения карт.

Из рисунков 1–4 видно, что прием *синупрета* приводит к постоянному снижению уровня выраженности симптомов респираторной инфекции.

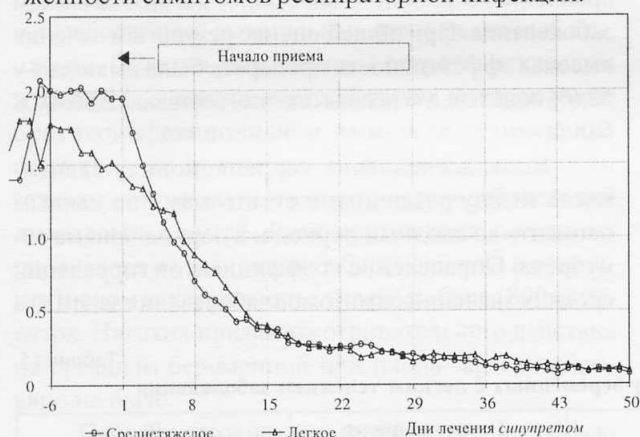


Рис. 1. Динамика среднего значения симптомов по дням (легкое/среднетяжелое течение).

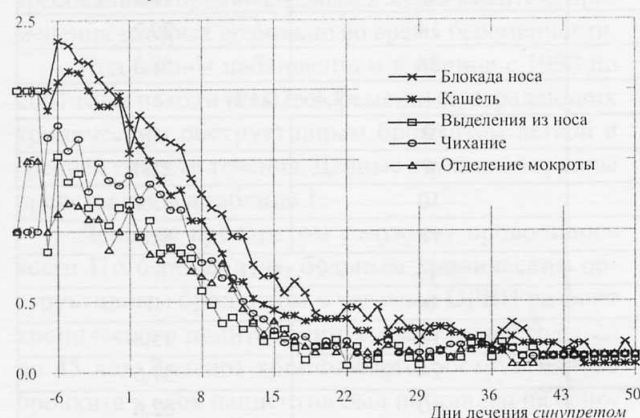


Рис. 3. Динамика симптомов по дням (легкое течение).

Для исследования статистической значимости этого вывода использовался регрессионный анализ. Для анализа мы использовали как данные по всем пациенткам, так и усредненные данные.

Результаты анализа указывают, что в начальный период ($T=1-10$ дней) средний суммарный показатель симптомов убывает с темпом 12–10% в день – легкое и 16–13% в день – среднетяжелое течение, т.е. темп уменьшения симптомов в начальный период статистически достоверно выше при среднетяжелом течении, что наглядно видно на рисунке 1. После двух недель от начала приема препарата динамика примерно одинакова для детей и взрослых (при $T=20$ около 10% в день). За две недели приема *синупрет* средний суммарный симптом снижается до уровня выраженности $< 0,4$.

Анализ проведенного лечения препаратом *синупрет* позволил сделать следующие выводы.

Синупрет является высокоэффективным средством для лечения респираторных инфекций у беременных. Курсовое лечение приводит к обратному развитию симптомов респираторной инфекции – блокады носового дыхания, чихания, кашля, выделения из носа, отделения мокроты. Эффект проявляется с первых дней лечения и продолжает нарастать в

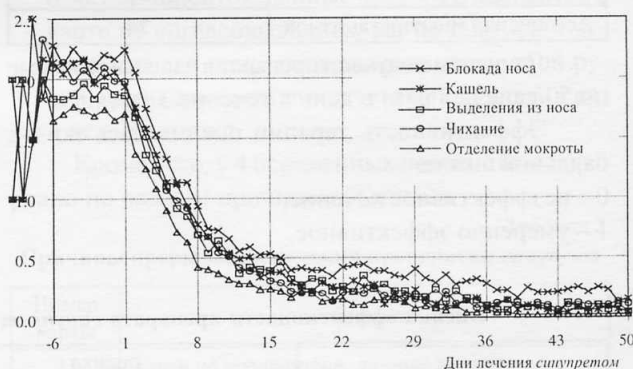


Рис. 2. Динамика симптомов по дням (средняя тяжесть).

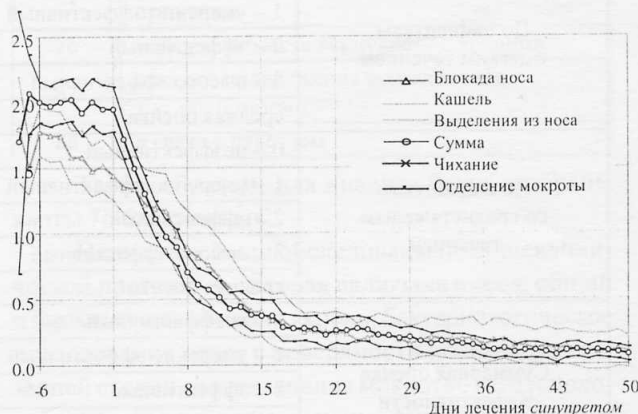


Рис. 4. Динамика выраженности суммарного симптома – легкого/среднетяжелого (приведены 95% доверительные границы среднего значения).

последующие недели, что свидетельствует о целесообразности длительного применения препарата в течение всего периода беременности. Побочные явления при применении *синупрет* наблюдались у одной пациентки, носили местный характер, купировались самостоятельно и не требовали отмены терапии, что дает основание говорить о хорошей переносимости препарата. Применение *синупрет* длительное время показало отсутствие привыкания, присущее многим

препаратам, и сохранение эффективности весь лечебный период на высоком уровне.

Таким образом, синупрет является эффективным и безопасным средством для решения проблем терапии респираторных инфекций у беременных, как в качестве компонента комплексного лечения, так и для монотерапии, а также профилактики этих заболеваний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМУДОНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

А.Г. Волков, А.П. Давыдова

Ростовский государственный медицинский университет
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А.Г. Волков)

Актуальность поисков новых методов лечения хронического тонзиллита (ХТ) и заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) с местным иммунодефицитом обусловлена с одной стороны высокой частотой и стабильностью заболеваемости, с другой – необходимостью сохранения иммунокомпетентного органа – небных миндалин (НМ). Заболеваемость острыми респираторными инфекциями ВДП и ангиной составляет около 65% всей ежегодно регистрируемой заболеваемости детей до 14 лет, частота хронического тонзиллита в старшей возрастной группе детей – от 7,9 до 14,4% [1, 2].

Согласно данным И.А. Гудима, основными возбудителями ХТ у детей из представителей симбиотной микрофлоры являются гемолитические стрептококки, коагулазоотрицательные стафилококки, пептострептококки, золотистый стафилококк и кандиды, которые характеризуются высокой способностью колонизировать не только слизистую оболочку, но и паренхиму небных миндалин. Кроме того, из облигатно-патогенных микроорганизмов возбудителями ХТ являются хламидии и патогенные виды микоплазм, обладающие выраженным тропизмом к паренхиме небных миндалин [3].

Современная этиологическая характеристика ХТ, предполагающая в подавляющем большинстве случаев микст-инфекцию, возбудителями которой могут быть от двух до четырех микроорганизмов бактериальной и грибковой природы и вирусно-бактериальные ассоциации, бесспорно, затрудняет тактику лечения этой патологии.

Изменения, наблюдаемые у детей после тонзилэктомии, указывают на то, что миндалины являются одним из самых важных органов, контролирующих мукозальный иммунитет ВДП [1].

Классификация ХТ, предложенная И.Б. Солдатовым в 1954 году и развитая им в последующие годы, выделяет компенсированную и декомпенсированную формы хронического тонзиллита. С учетом органосохраняющих принципов в терапии ХТ клиницистами используются различные курсы «противорецидивного» лечения. Как правило, они включают saniрующее воздействие на НМ, средства, повышающие общую и местную реактивность и вызывающие гипосенсибилизирующий эффект, физиотерапевтические процедуры [5, 6].

Целью нашего исследования было определение возможности использования топических иммуномодуляторов в лечении ХТ. Обследовано и пролечено 114 детей в возрасте от 5 до 14 лет, имеющих местные признаки хронического тонзиллита (компенсированная форма). После бактериологического исследования все дети были разделены на 2 группы: 36 больных, со слизистой оболочки миндалин которых выделялся гемолитический стрептококк и 78 детей, у которых микробный пейзаж миндалин был представлен бактериально-бактериальными и бактериально-грибковыми ассоциациями. В качестве терапевтического курса всем больным была назначена промывание лакун НМ методом гидровакуумной эвакуации с учетом чувствительности микрофлоры в течение 10 дней, с 4 дня – фонофорез мази «Гидоксизон» на углочелюстные лимфоузлы и последовательно лазер на миндалины. Во 2 группе дети дополнительно получали препарат лизатов бактерий *имудон* по 1 таб. 8 раз в день в течение 2 недель. Основанием для назначения *имудона* явилась характеристика антигенных компонентов бактерий, входящих в его состав (4 типа лактобацилл, 3 типа

РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ RUSSIAN OTORHINOLARYNGOLOGY

Медицинский научно-практический журнал

Основан в 2002 году

(Выходит один раз в три месяца)

*Решением Президиума ВАК издание включено в перечень
рецензируемых журналов, входящих в бюллетень ВАК*

Индекс 15404 в каталоге Роспечати

Совместное издание

Государственное учреждение «Научно-клинический центр оториноларингологии
Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Государственное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
уха, горла, носа и речи Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Российское общество оториноларингологов



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю.К. Янов — *главный редактор*
В.Ф. Антонив — *зам. главного редактора*
С.В. Рязанцев — *зам. главного редактора*
В.Н. Тулкин — *ответственный секретарь*

Х.Ш. Давудов (Москва)
Н.А. Дайхес (Москва)
Е.М. Зеленкин (Москва)
Г.Ф. Иванченко (Москва)
А.С. Киселев (Санкт-Петербург)
В.С. Козлов (Ярославль)
С.М. Куян (Москва)
М.П. Николаев (Москва)
О.С. Орлова (Москва)
Г.З. Пискунов (Москва)
И.В. Плешков (Москва)
М.С. Плужников (Санкт-Петербург)
В.П. Ситников (Санкт-Петербург)
Г.Д. Тарасова (Москва)
Э.А. Цветков (Санкт-Петербург)
А.С. Юнусов (Москва)

РОССИЙСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

RUSSIAN
OTORHINOLARYNGOLOGY



№2(5) 2003