

---

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА “МУКОМИЛТ” В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.

*Насыров В.А., Исламов И.М., Беднякова Н.Н., Исмаилова А.А.  
Кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева, Мед. центр КГМА  
Бишкек, Кыргызстан.*

**Резюме:** цель данного исследования оценка клинической эффективности препарата “Мукомилт” при лечении риносинусита.

### ВВЕДЕНИЕ

Следует отметить, что за последние годы отмечается значительное увеличение частоты воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазухах. В качестве причин развития такой тенденции выступают анатомо-физиологические особенности, полиэтиологичность, сложность патогенеза, возросшее количество аллергических и респираторных вирусных заболеваний, неблагоприятная экологическая обстановка, а также снижение местного и общего иммунитета [4, 5, 7].

Проблема лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух остается до сих пор актуальной из-за значительной их распространенности и недостаточности удовлетворительных результатов лечения. Данное заболевание остается частым и по данным некоторых авторов составляет 25-30% от всех оториноларингологических заболеваний среди стационарных больных [3, 6, 8]. Однако реальное количество больных в несколько раз выше указанных цифр, т.к. многие пациенты не обращаются к врачу при относительно легких катаральных формах заболевания.

В патогенезе синуситов одну из ведущих ролей отводят изменению качества, количества и транспортабельности слизи в узких и сложных анатомических структурах, особенно в так называемом остеомастальном комплексе передних и задних околоносовых пазух. Основная стратегия лечения риносинуситов основана на улучшении вентиляции и дренажа околоносовых синусов, налаживании адекватного дренажа в общие пути миграции слизи по верхним дыхательным путям. Таким образом, важное значение в лечении данного состояния (помимо антибиотикотерапии) имеет размягчение и разжижение вязкого густого секрета, а также активация моторики мерцательного эпителия полости носа, околоносовых пазух.

Среди препаратов, влияющих на мукоцилиарную активность, выделяют несколько групп [1, 2, 6]. **Муколитики** – препараты, разжижающие ринобронхиальный секрет путем изменения его физико-химических свойств. В этой группе препаратов ранее всего стали применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин), которые в на-

стоящее время в связи с рядом серьезных побочных эффектов не применяются. Муколитическим эффектом обладают также детергенты (тилоксалон), снижающие поверхностное натяжение. К наиболее известным препаратам этой группы относятся также рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза и производные L-цистеина, в частности ацетилцистеин (АЦЦ, Флуимуцил, Муколикт и др.), вызывающие разрыв дисульфидных связей кислых мукополисахаридов. Муколитическим свойством обладает и группа бензиламина (бромгексин и его производные), муколитически действующие ферменты, ведущие к деструкции кислых мукополисахаридов.

Бензиламинам (Бромгексин, Бисульфон, Мукосольвин) присущ также и секретомоторный эффект, поэтому они также входят и в другую группу **секретомоторных препаратов**, стимулирующих выведение слизи. Лекарственные препараты этой группы имеют различные механизмы активации мерцательного эпителия, повышающие эффективность мукоцилиарного очищения слизистой верхних дыхательных путей и уха. Этим свойством обладают также стимуляторы адренорецепторов (тербуталин-бриканил, эфирные масла - анисовое, эвкалиптовое, мятное, пихтовое, сосновое, тимьяновое, шалфейное и др.). Третья группа препаратов - средства, изменяющие характер секреции за счет изменения ее внутриклеточного образования, так называемые **секретолитические препараты**. Этими свойствами обладают эфирные масла растительного происхождения, синтетические бензиламина - бромгексин и амброксол, экстракты различных растений (корень алтея, примулы, трава щавеля, вербены, тимьяна, цветы бузины и др.), которые входят в различных композициях в состав грудных сборов. Значительное место в этой группе занимают производное цистеина - карбоцистеин (Мукомилт, Мукопронт, Флуифорт, Бронкатар, Мукодин и др.), способный стимулировать в бокаловидных клетках продукцию менее вязкого муцина, оптимизировать соотношение кислых и нейтральных сиаломукоидов. Препарат стимулирует регенерацию слизистой, восстанавливает ее структуру и уменьшает избыточное количество бокаловидных клеток в самой слизистой. Карбоцистеины восстанавливают также секрецию активного IgA, потенцируют деятельность реснитчатых клеток,

являясь тем самым и муколитиком и мукоурегулятором.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Мы провели комплексное консервативное лечение 38 пациентов с диагнозом острый и хронический риносинусит, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в медицинском центре КГМА в период с октября 2013 г. по март 2014 г. Возраст пациентов варьировал от 14 до 67 лет, из них 17 мужчин и 21 женщина. Все больные в соответствии с применяемым способом лечения были разделены на две группы (таб.1).

Все пациенты получали стандартное комплексное лечение: сосудосуживающие капли в нос и антибиотики широкого спектра действия (амоксциллин или цефуроксима аксетил). В случае аллергии к  $\beta$ -лактамам 5-ти больным назначали макролиды: рокситромицин, спирамицин курсом не менее 7 сут. При температуре выше 38°C 9-ти больным назначали антибиотики - цефалоспорины парентерально: цефуроксима аксетил, цефтриаксон.

Таблица 1

**Распределение больных на клинические группы в зависимости от характера получаемого лечения**

Клинические группы	Количество больных	Характер получаемого лечения
Первая группа	n=18	Стандартное консервативное лечение.
Вторая группа	n=20	Стандартное консервативное лечение и применения секретолитиков с мукоурегулирующим эффектом.

Во второй группе помимо стандартного лечения назначали карбоцистенин (Мукомилт) и секретолитики. Карбоцистенин (Мукомилт) назначали перорально по 1 таб. (750 мг.) 3 раза/сут. не более 10 дней. Механизм действия Мукомилта связан с активацией сиаловой трансферазы – фермента бокаловидных клеток слизистой оболочки. Он способствует разряжению чрезмерно густого секрета околоносовых пазух, облегчает отхождение мокроты, улучшает мукоцилиарный клиренс, повышает секрецию IgA, а также способствует проникновению антибиотиков в ринобронхиальный секрет, что приводит к снижению воспаления в слизистой оболочке.

Динамику основных симптомов заболевания регистрировали в процессе терапии, и после ее окончания.

Критериями эффективности лечения служили: нормализация общего состояния, восстановление носового дыхания и прекращение патологического отделяемого из носа, купирование боли, давления

в проекции пазух, восстановление риноскопической картины, также проводилась оценка лечения самими пациентами.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На фоне применения секретолитиков с мукоурегулирующим эффектом у большинства пациентов была отмечена быстрая положительная динамика основных симптомов хронического синусита. Боль, тяжесть, давление в области пазух купировались к 3 дню (в среднем через 3,2±0,5 дня) приема препаратов. Особые различия у больных обеих групп проявились в количестве, длительности и характере отделяемого из носа. У большинства больных второй группы на 2-3 день от начала терапии увеличилось количество отделяемого, а с 3-го дня стал меняться его видимый характер, выделения быстро приобретали слизистый характер и лучше удалялись при отсмаркивании и при промывании. Купирование жалоб у больных второй группы в среднем было на 2–3 сут. раньше, чем у больных первой группы.

По оценке самих пациентов с воспалительным поражением околоносовых пазух к 7 дню заболевания окончательный результат признан как выздоровление у 18-ти (90%) больных 2 группы и у 15-ти (83,3%) первой группы, отсутствие эффекта отмечено только у 2-х пациентов первой группы (11,1%) и невозможно было оценить результат лечения у 2-х человек (10%) второй группы и соответственно у 1-го (5,6%) в первой группе (рис. 1).

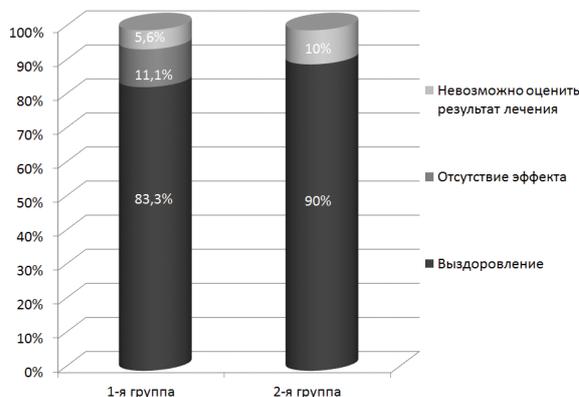


Рис. 1. Клиническая эффективность лечения риносинусита в сравниваемых группах

Результаты исследования свидетельствуют о хорошем терапевтическом эффекте применения секретолитиков с мукоурегулирующим эффектом в комплексной терапии воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, а также очень низкой частоте нежелательных явлений в процессе терапии. Препараты хорошо переносятся пациентами, удобны в применении и могут быть рекомендованы для широкого применения в условиях стационара и в амбулаторной практике.

---

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мукоактивные препараты должны занять прочное место в терапии воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, связанных с мукоцилиарной дисфункцией. Выбор того или иного препарата определяется во многом фазой заболевания, характером изменения секрета, представлениями как о патогенезе заболевания, так и о механизмах действия самих

препаратов. При использовании мукоактивных средств в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух следует также учитывать совместимость препаратов. Достоинством карбоцистеина является то, что при сочетании применении антимикробными средствами он способствует проникновению последних в ринобронхиальный секрет и слизистую оболочку.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амелина Е.Л. Мукоактивные препараты.- М.- 2006.- 120 с.
2. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Якушenkova А.П. и др. Секретолитические препараты и антибиотики в лечении острых и хронических заболеваний носа, околоносовых пазух и заболеваний среднего уха у детей //Антибиотики и химиотерапия.- 2000.- N11.- С. 33-35.
3. Исламов И.М., Кадыров М.М., Арзыкулова Г.С. Рациональная антибиотикотерапия синуситов.- Бишкек.- 2004.- 16 с.
4. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитофармакология. Руководство для врачей. М., 2000.- 976 с.
5. Страчунский П.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. и др. Антибактериальная терапия синусита. Антибиотики и химиотерапия.- 1999.- 44(9).- С.23-24.
6. Студеный М.Е. Комплексное лечение больных с ринитами и риносинуситами: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006.- 121 с
7. Сэнфорд Дж., Гильберт Д., Гербердинг Дж. и др. Антимикробная терапия.- М.- 1996.- 219 с.
8. Kennedy D.W., Hwang P.H. Rhinology: Diseases of the Nose? Sinuses and Skull Base.- NY.- 2012.- С. 24-29.