

ASPECTELE INTERRELAȚIEI PATOLOGILOR CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE ȘI CELOR INFERIOARE

Ilie BANARI, Vasile LUCHIAN,
Lucia ȘCIUROV, Elvira GARIUC,
IMSP Spitalul Republican
al Asociației Curativ-Sanatoriale
și de Recuperare a Cancelariei de Stat;
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The peculiarities of the interrelations between the high and lower airways diseases

It has been studied the peculiarities of the interrelations between the pathologies of superior and inferior respiratory pass-ways. Sanitation of the upper respiratory pass-ways in the complex program of treatment and rehabilitation has a benefic action on the clinic evolution of asthma and of acute bronchitis with protracted and recidivating evolution, that helps to reduce cases of the transition of acute bronchitis in the chronic form.

Key-words: high and lower airways, acute bronchitis, bronchial asthma.

Резюме

Особенности взаимосвязи заболеваний верхних и нижних дыхательных путей

Были исследованы некоторые особенности взаимосвязи заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Санация верхних дыхательных путей в комплексной программе лечения имеет положительное влияние на развитие бронхиальной астмы, а также на течение затяжного и рецидивирующего острого бронхита, что способствует уменьшению случаев перехода острого бронхита в хроническую форму.

Ключевые слова: верхние дыхательные пути, нижние дыхательные пути, острый бронхит, бронхиальная астма.

Actualitatea temei

Actualmente în otolaringologie rămâne destul de acută problema interrelației patologiilor căilor respiratorii superioare și celor inferioare. În literatura de specialitate găsim mai multe articole consacrate problemei rolului patologiei rinosinuzale în apariția proceselor alergice bronhopulmonare și rolul benefic al sanării căilor superioare respiratorii în evoluția acestora [1, 3, 6, 9]. La moment nu există o opinie unică despre patogenia bolilor alergice și mecanismul interrelației proceselor patologice ale căilor superioare și celor inferioare. Unii autori consideră că rolul declanșator în apariția și progresarea bolilor căilor respiratoare inferioare îl joacă procesele inflamatoare cronice din căile respiratorii superioare (rinitele vasomotoare, rinosinuzitele alergice, tonsilitile cronice), care au acțiune sensibilizantă și neuroreflectoare asupra aparatului bronhopulmonar [2, 4, 9]. Există și opinia opusă, care afirmă despre posibilitatea afectării căilor respiratorii superioare în cazul prezenței unei patologii în sistemul bronhopulmonar [6].

Conform altor autori, procesele inflamatoare în ambele compartimente ale sistemului respirator se dezvoltă paralel și între ele nu există relația cauză/efect, aceștia făcând trimitere la rinosinuzita alergică, bronșita alergică, astmul bronșic, care au aceeași origine alergică [3, 10].

În literatura de specialitate sunt prezente nu numai argumente diferite despre relația dintre patologia ORL și astmul bronșic, dar și opinii contrare privind măsurile de tratament al acestor patologii [4, 7]. Unii clinicieni consideră că sanarea organelor ORL în caz de astm bronșic este inutilă și chiar dăunătoare, fiindcă deseori boala de bază se agravează [6], iar alții menționează că tratarea prealabilă a căilor respiratorii superioare are efect benefic în evoluția acesteia [5, 8].

Studiile efectuate anterior au demonstrat existența legăturii dintre patologia mucoasei tractului respirator superior și apariția bronșitei, pneumosclerozei, pneumoconiozei. În baza acestor afirmații, este importantă profilaxia patologiilor acute și celor cronice ale căilor respiratorii inferioare prin sanarea tractului respirator superior, în particular, a cavității nazale care, fiind o barieră fiziologică, prima se supune acțiunii temperaturilor joase și altor factori extremi ai mediului ambiant. Insuficiența funcțională a tractului respirator superior, mai ales a mucoasei cavității nazale, limitează semnificativ capacitățile adaptive ale organismului, ducând la apariția și acutizarea patologiilor acute și cronice ale sistemului bronhopulmonar [1, 2, 4, 5, 7, 9].

Totodată, este semnificativ faptul că agravarea bolilor bronhopulmonare pe fundalul patologiei concomitente rinosinuzale este recunoscută de majoritatea clinicienilor. Aceasta se confirmă în comunicările despre tratamentul eficient și patogenetic argumentat al bolilor aparatului respirator prin sanarea prealabilă a focarelor de infecție rinosinuzală [1, 2, 5, 8].

Scopul studiului a fost de a explica unele aspecte ale patogeniei și ale tacticii de tratament al alergiei respiratorii, care afectează și căile respiratorii superioare, și cele inferioare.

Material și metode

Au fost examinați 76 de bolnavi (35 de bărbați și 41 de femei) cu astm bronșic și preastm cu vârsta de la 18 până la 72 de ani; 67 de bolnavi cu bronșită acută (36 cu evoluție trenantă și 31 cu evoluție recidivantă), cu vârsta medie de $34,6 \pm 3,2$ ani.

La 44 de bolnavi a fost diagnosticat preastm, care presupune afecțiuni inflamatoare sau dereglări vasomotoare ale tractului respirator, cu semne de bronhospasm și alergii, dar fără accese de sufocare veridice. La 32 de pacienți am diagnosticat astm bronșic, dintre care la 17 – forma atopică, la 15 – forma alergico-infecțioasă.

Printre factorii de risc de dezvoltare a patologiei bronhopulmonare la pacienții cu bronșită acută, formele trenantă și recidivantă, cel mai des a fost depistată patologia otolaringologică (31,0% și 55,0% corespunzător), printre care faringita cronică, tonsilita cronică, sinuzita cronică, rinosinusopatia vasomotoare.

Toți pacienții au fost examinați complex: examenele clinic și otolaringologic, rinofibroscopia, bronhofibroscopia, bioloația ultrasonoră, examenul radiologic al sinusurilor nazale, determinarea funcției de drenaj a epiteliului ciliar, pH-metria secreției nazale, evaluarea respirației funcționale, a echilibrului acido-bazic.

Rezultate și discuții

La majoritatea bolnavilor (96,0%) cu astm bronșic și preastm am depistat patologia nasului și a sinusurilor paranasale, iar la pacienții cu bronșită acută cu evoluții trenantă și recidivantă, corespunzător 31,0% și 55,0% (tabelul 1).

Tabelul 1
Caracterul patologiilor căilor respiratorii superioare la pacienții cu bronșită acută, cu evoluții trenantă și recidivantă (BAT și BAR), preastm (PA) și astm bronșic (AB)

Patologia căilor respiratorii superioare	Forma clinică a patologiei bronhopulmonare (cazuri)			
	BAT	BAR	PA	AB
1. Rinosinusopatia vasomotoare:				
a. forma alergică	4	6	13	16
b. forma neurovegetativă	7	3	18	11
2. Sept nazal deviant	5	3	27	24
3. Adenoizi	2	3	1	2
4. Sinuzite cronice:				
a. fără polipi	3	2	8	6
b. cu polipi nazali	1	1	9	8
5. Tonsilită cronică	11	11	2	4
6. Faringită cronică	5	6	2	3
Total	38	35	80	74

Trebuie de menționat că la o parte din pacienți am observat o îmbinare a două sau trei forme patologice ale tractului respirator superior. Suntem convinși că în cazul pacienților cu astm bronșic este necesar examenul otolaringologic, fiindcă deseori patologia se depistează și în absența acuzelor corespunzătoare.

Discutabilă teoretic, dar importantă practic rămâne problema despre rolul patologiei ORL în dezvoltarea astmului bronșic. Pentru determinarea acestei interrelații, la toți 76 de bolnavi au fost studiați factorii care îi predispun la dezvoltarea astmului bronșic și a preastmului. Au fost obținute următoarele date: la 41 de pacienți primul acces de bronhospasm s-a declanșat după o infecție respiratorie acută, la 7 pacienți – ca reacție la un agent chimic, la 5 – în rezultatul intoleranței medicamentoase, la 2 accesul a apărut pe fundalul patologiei tractului respirator superior (tonsilită, rinită vasomotoare), la 5 – alți factori, iar la 16 bolnavi factorul predispozant nu a fost determinat.

Investigarea cronologică a maladiilor organelor ORL și ale sistemului bronhopulmonar a arătat că există o relație directă între apariția accesului primar de astm bronșic și patologia ORL doar în 2 cazuri. Patologia arborelui bronșic și a căilor respiratorii superioare concomitent s-a dezvoltat la 7 bolnavi, iar în 34 de cazuri primar a evoluat patologia organelor ORL și la 23 bolnavi – afecțiunea bronșică. Nu am determinat o corelație cronologică a afectării căilor respiratorii superioare și celor inferioare la 10 pacienți examinați în studiu.

Luând în considerație unitatea ontogenetică, identitatea structurii anatomice și a funcțiilor celulelor epiteliului ciliar al tractului respirator superior și al celui inferior, am considerat rațională investigarea funcției de drenaj a epiteliului ciliar la bolnavii cu astm bronșic. Am constatat că, chiar în lipsa schimbărilor semnificative în mucoasa nazală (pacienții cu tonsilită cronică, sept nazal deviat, remisia completă a rinosinuzitelor), atestăm o deprimare semnificativă a funcției de drenaj a epiteliului ciliar nazal. Timpul mediu de deplasare a substanței indicatoare din compartimentele anterioare nazale în nazofaringe la pacienții cu astm bronșic constituie $51,2 \pm 0,4$ min., la cei cu preastm – $43,4 \pm 0,8$ min.

Au fost efectuate 183 de intervenții chirurgicale în cavitatea nazală și sinusurile paranasale la 76 de pacienți cu patologie alergică bronhială și cu afecțiune concomitentă rinosinusală, precum și la 67 de bolnavi cu bronșită acută cu evoluții trenantă și recidivantă.

Intervenția chirurgicală în cavitatea nazală și la sinusurile paranasale în cazul pregătirii preoperatorii

corespunzătoare este lipsită de riscul complicațiilor bronhospastice în timpul intervenției și în perioada postoperatorie [2, 8].

Tabelul 2

Tipuri de intervenții chirurgicale în cavitatea nazală și sinusurile paranasale la pacienții cu BAT, BAR, PA și AB

Nr. d/o	Intervenția chirurgicală	Forma clinică de patologie bronhopulmonară (cazuri)			
		BAT	BAR	PA	AB
1.	Electrocaustica submucoasă a concilor nazale	2	4	18	17
2.	Criodestrucția concilor nazale	1	1	10	6
3.	Concotomia	1	1	3	4
4.	Rezecția submucoasă a septului nazal	5	3	27	24
5.	Polipotomia nasului	1	1	7	6
6.	Sinusotomia după Coldwell-Luk	1	1	3	3
7.	Sinusotomia endonazală	1	1	3	2
8.	Etmoidotomia	-	-	4	3
9.	Adenotomia	2	3	1	2
10.	Tonsilectomia	4	6	1	-
Total:		18	21	77	67

Pregătirea preoperatorie include 2 etape. La prima etapă, bolnavii timp de 7-10 zile erau tratați conservativ: bronholitice, expectorante, mucolitice, oxigenoterapie, gimnastică respiratorie. La etapa următoare, cu 3-4 zile înainte de intervenție, în complexul măsurilor curative se includeau preparatele antihistaminice (suprastin, taveghil, pipolfen). Se administrau preparate steroidice, care sunt importante în cazul formelor hormonodependente de astm bronșic.

Intervenția chirurgicală, de regulă, avea loc sub anestezie locală; aceasta se efectua temeinic, pentru a exclude momentul algic, care ar putea provoca declanșarea bronhospasmului.

Dacă se respectă principiile de pregătire și de conduită operatorie, nu se înregistrează accese de sufocare, atât pe parcursul intervenției chirurgicale, cât și în perioada postoperatorie timpurie.

Evaluând rezultatele obținute, am constatat că peste 7 zile și după o lună de la intervenția chirurgicală maladia de bază nu s-a agravat în nici unul din cazuri. La majoritatea bolnavilor (71,0%) am observat ameliorare, iar în 39% cazuri – nu au fost modificări în evoluția bolii. Peste 6 luni de la intervenția chirurgicală, din cei 47 de pacienți examinați, la 32 am determinat o ameliorare, la 3 persoane – agravarea și la 12 bolnavi – lipsa unor modificări în evoluția maladiei.

În grupul pacienților cu bronșită acută cu sau fără patologia organelor ORL, la examenul radiologic al sinusurilor paranasale la 53 de persoane am depistat opacitate uni- sau bilaterală, sau micșorarea transparenței și restabilirea transparenței peste o lună după intervenția chirurgicală aproape la toți pacienții. Acest fapt ne permite să considerăm schimbările indicate un edem al mucoasei sinusurilor paranasale din cauza procesului infecțios acut, ceea ce confirmă opinia conform căreia procesele inflamatoare în căile respiratorii superioare și inferioare evoluează paralel și nu-s legate prin relații cauză-efect.

Examinând 38 de pacienți peste 2 ani după operație, am înregistrat ameliorare clinică la 23 persoane, înrăutățire – la 2, la 13 persoane – fără schimbări.

Patologia organelor ORL s-a manifestat, deci, ca o cauză nemijlocită a dezvoltării primului acces de astm bronșic numai în 2 cazuri clinice. Consecutivitatea dezvoltării proceselor patologice în căile respiratorii superioare și inferioare indică existența câtorva variante: dezvoltarea concomitentă, afectarea primară a tractului respirator superior, afectarea primară a sistemului bronhopulmonar. Există, deci, o legătură strânsă între căile respiratorii superioare și cele inferioare. La afectarea primară a căilor superioare în rezultatul iritației zonelor astmogene ale mucoasei nazale, apar așa-numitele reflexe rinobronhiale și olfactobronhiale [3, 9].

Reacția aparatului bronșic la acțiunea reflectorie din cavitatea nazală se manifestă prin bronhoconstricție sau prin bronhodilatație, mult mai des întâlnindu-se bronhospasmul. În afară de aceasta, este posibilă infectarea canaliculară sau limfohematogenă a sistemului bronhopulmonar. Totodată, după cum a fost menționat mai sus, la afectarea primară a căilor respiratorii inferioare se observă o reacție din partea nasului și a sinusurilor paranasale. Presupunem că la baza fenomenului dat stă reacția sistemică a aparatului respirator, care filogenetic reprezintă o structură unică. Cu atât mai mult, când vorbim despre patologia la baza căreia stau procesele patogenetice identice, avem în vedere afecțiuni alergice ale sistemului respirator. Așadar, este necesară înlăturarea oportună a schimbărilor patologice din cavitatea nazală și din sinusurile paranasale.

Concluzii

1. Este necesară o pregătire preoperatorie rațională și echilibrată a intervenției chirurgicale în cavitatea nazală și în sinusurile paranasale la pacienții cu astm bronșic, pentru a nu provoca bronhospasmul.

2. Sanarea căilor respiratorii superioare în programul complex de măsuri curative are o influență benefică asupra evoluției astmului bronșic și asupra bronșitei acute cu evoluții trenantă și recidivantă, reducând probabilitatea cronicizării bronșitei acute.

Bibliografie

1. Handrock H., *Sinusitis bei Lungenerkrankungen*, in *Atemwegs-Lungenkr*, 1986, v. 12, no. 9, p. 428-431.
2. Kosoy J., *Nasal surgery and airway resistance resistance*, in *Laryngoscope*, 1979, v. 89, no. 10, p. 1655-1680.
3. Olivieri D., *Structur und Functiön der normal respiratorischen Schleimhaut*, in *Allergologie*, 1986, v. 9, no. 5, p. 182-190.
4. Александров А. Н., *Оценка состояния верхних дыхательных путей на ранних стадиях развития хронических неспецифических заболеваний легких*. Автореф. дисс. анд. мед. Наук, Ленинград, 1990, 18 с.
5. Ковалева Л. М., Мальцева Г. С., *Современные принципы лечебно-профилактической оториноларингологической помощи детям и подросткам при респираторной патологии*, в *Сб. научн. Трудов*, Ленинград, 1991, с. 17-23.
6. Муминов А. И., Плужников М. С., Рязанов С. В., *Патология носа и околоносовых пазух при заболеваниях легких*, Ташкент, 1987, 118 с.
7. Овчинников Ю. М., Миргани Ф. А., *Верхние дыхательные пути и бронхиальная астма*, в *Вестник оториноларинг.*, 1984, № 1, с. 77-81.
8. Пискунов Г. З., *Проблемы и принципы лечения заболеваний носа и околоносовых пазух*, в *Пульмонология*, 1991, № 4, с. 34-35.
9. Плужников М. С., Рязанов С. В., *Роль верхних дыхательных путей в патологии бронхолегочной системы*, в *Болезни органов дыхания*, т. 1, Москва, Медицина, 1989, с. 101-112.
10. Рабухина Н. А., Голубева Г. И., Афанасьев А. Е. и др., *Состояние придаточных пазух носа у больных с заболеваниями дыхательной системы*, в *Клин. Мед.*, 1981, № 7, с. 70-75.

Ilie Banari, dr. hab. în med., prof. univ., șef secție ORL, IMSP Spitalul Republican al Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat
tel. serv. 72-90-50; mob. 069246927;
e-mail: lucia_50@hotmail.com

Prezentat la 23.03.2011