

7. Soluție de apă de mare este mai efektivă, decât soluție de sare. Dr. NM Kushnir, Immunology and Allergy Clinics of North America, Volume 31, Issue 3, August 2011, pages 601-617. „...Medicii consideră, că sare iodată nu este rezonabilă pentru irigații nazale, și sarea de mare este mai preferabilă... Irigațiile nazale cu sare pot fi o metoda bună adițională”.

8. Irigații nazale sunt inofensive, efective, și ieftine în tratamentul diferitor rinopatologii. Rachelevsky GS, Slavin RG, Wald ER. Sinusite acute și cronice. 131:4, 1997. „În sinusitele acute și cronice particularitate strategică în tratament este irigarea cavității nazale cu soluții de sare în formă de aerosol. Metoda dată efectiv eliberează căile nazale, astfel încât în cazul procedurilor regulate la pacienți cu sinusite recidivante și cronice dispare necesitatea în terapie medicamentoasă.”

Concluzii

1. Baza terapiei descrise mai sus constă în eliminarea din cavitatea nazală a mucozității, particulelor de praf, polenului plantelor, virușilor, agenților bacterieni, miceliului, care nimeresc cu aerul inspirat. umectarea mucoasei nazale a cavității nazale, fluidificarea mucozității dense, micșorarea edemației, restabilirea funcției respirației nazale.

2. Aceasta permite restabilirea funcționării fiziologice a cavității nazale și evitarea complicațiilor (sinusita, otita, tubotita), deplasării procesului la căile respiratorii inferioare (traheita, bronșita).

3. Utilizarea profilactică a soluțiilor cu sare de mare contribuie la micșorarea morbidității cu rinite, micșorarea concentrației bacteriene în mucusul cavității nazale la nou-născuți.

4. Soluții de sare de apă se utilizează des în tratamentul și profilaxia bolilor inflamatorii și alergice a cavității nazale a copiilor și adulților datorită fluidificării mucozității și eliminării bacteriilor patogene, virusilor, alergenilor. Se consideră, că microelementele, care intră în componență preparatului ameliorează funcția epiteliului ciliat.

Bibliografie

1. Bartlet J.G. Management of Upper respiratory tract / J.G Bartlet // Antibiotics and Chemotherapy. – 1997.
2. Crossman M. Saline nasal irrigation: Its role as an adjunct treatment / M. Crossman// Can Fam Physician. – 2003. – No49. – P.168-173.
3. Ruce D.F. The sinus cure. Seven steps to relieve sinusitis and other ear, nose and throat conditions / D.F. Bruce, M.Grossan // M.D. – 2001 – P.272.
4. Bartlet J.G. Management of Upper respiratory tract / J.G. Barlet // Antibiotics and Chemotherapy. – 1997.
5. Пухлик С.М. Носовой душ – необходимая процедура. С.М.Пухлик Совр. Педиатрия. – 2010. – No5(33). – С/ 71-76/.

ASPECTELE INTERRELAȚIEI PATOLOGILOR CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE ȘI CELOR INFERIOARE

Alexandru Sandul, Lucia Șciurov, Vasile Luchian

Catedra Otorinolaringologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

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

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

Rezumat

S-au studiat unele aspecte ale interrelației patologiilor căilor respiratorii superioare și inferioare. Sanarea căilor respiratorii superioare în programul complex de măsuri curative are o influență benefică asupra evoluției astmului bronșic, deasemenea și asupra bronșitei acute cu evoluție trenantă și recidivantă, diminuând probabilitatea cronicizării bronșitei acute.

Actualitatea

Actualmente în otolaringologie rămâne destul de acută problema interrelației a patologiilor căilor respiratorii superioare și inferioare. În literatura găsim mai multe articole consacrate problemei de valoare a ORL-patologiei în apariția proceselor alergice bronho-pulmonare și influenței sanării căilor superioare respiratorii în evoluția acestora [1,3,6,9]. La momentul dat nu există o opinie unică despre patogenia bolilor alergice și mecanismul interrelației proceselor patologice căilor superioare și inferioare. Unii autori consideră că rolul declanșator în apariția și progresarea patologiilor căilor respiratoare inferioare îl joacă procesele inflamatoare cronice în căile respiratorii superioare (rinitele vasomotoare, rinosinusitele alergice, tonzilitile cronice), care au acțiune sensibilizantă și neuroreflectoare asupra aparatului bronho-pulmonar [2,4,9]. Există și opinia opusă, care afirmă despre posibilitatea dezvoltării a patologiei căilor respiratorii superioare în cazul afecțiunii sistemului bronho-pulmonar [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]. În așa mod unii autori consideră că sanarea organelor ORL în caz de astm bronșic este inutilă și chiar daunătoare, fiindcă deseori evoluția bolii de bază devine mai gravă [6], iar alții menționează că tratarea prealabilă a căilor respiratorii superioare are efect benefic în evoluția acesteia [5,8].

Cu ajutorul studiilor efectuate s-a demonstrat existența conexiunii între patologia mucoasei tractului respirator superior și apariția bronșitei, pneumosclerozei, pneumoconiozei. În baza acestor afirmații, mare importanță are profilaxia patologiilor acute și 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, în primul rând, a mucoasei cavității nazale, limitează semnificativ capacitățile adaptive ale organismului, predispunând la apariția și acutizarea patologiilor acute și cronice ale sistemului bronho-pulmonar [1,2,4,5,7,9].

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.

Materiale 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 de bolnavi cu evoluție recidivantă), cu vârsta medie de $34,6 \pm 3,2$ de ani. La 44 de bolnavi a fost diagnosticat preastm, care presupune afecțiuni inflamatoare sau dereglările vasomotoare ale tractului respirator, cu elemente 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 ai dezvoltării patologiei bronhopulmonare la pacienții cu bronșită acută, forma trenantă și recidivantă, cel mai des a fost depistată patologia otolaringologică (31,0% și 55,0% corespunzător), printre care faringita cronică, tonzilita cronică, sinuzita cronică, rinosinusopatie vasomotorie.

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

Rezultate și discuții

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

Tabelul 1

Caracterul patologiei 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 patologiei bronhopulmonare			
	BAT	BAR	PA	AB
1. Rinosinusopatie vasomotorie:				
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 bolnavii au fost studiați factorii care îi predispun la dezvoltarea astmului bronșic și a preastmului. S-au obținut 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 vasomotorie), la 5 – alți factori, iar la 16 bolnavi factorul declanșator 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 – afectiunea bronșică. La 10 de pacienți nu s-a determinat o corelație cronologică a afectării căilor respiratorii superioare și inferioare.

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 deviant, remisă completă a rinosinuzitelor), atestăm o deprimare semnificativă a funcției de drenaj a epitelului ciliar nazal. Timpul mediu de deplasare a substanței indicatoare din compartimentele anterioare nazale în nazofaringe la pacienții cu astm bronșic era $51,2 \pm 0,4$ min, cu preastm – $43,4 \pm 0,8$ min.

Au fost efectuate 183 de intervenții chirurgicale în cavitatea nazală și sinusurile paranazale la 76 de pacienți cu patologia alergică bronhială și cu afecțiuni concomitente rinosinusale, precum și la 67 de bolnavi cu bronșită acută cu evoluții trenantă și recidivantă.

Intervenția chirurgicală în cavitatea nazală și la sinusurile paranazale în cazul pregătirii preoperatorii corespunzătoare este lipsită de riscul complicațiilor bronhospastice atât în timpul intervenției, cât și în perioada postoperatorie [2,8].

Tabelul 2

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

Intervenția chirurgicală	Forma clinică de patologie bronho-pulmonară			
	BAT	BAR	PA	AB
1. Electrocauterizarea a submucoasei conhelor nazale	2	4	18	17
2. Criodistrucția conhelor nazale	1	1	10	6
3. Conhotomia	1	1	3	4
4. Rezeția submucoasă a septului nazal	5	3	27	24
5. Polipotomia nasului	1	1	7	6
6. Haimorotomia după Coldwell-Luk	1	1	3	3
7. Haimorotomia endonazală	1	1	3	2
8. Etmoidotomie	-	-	4	3
9. Adenotomie	2	3	1	2
10. Tonzilectomie	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 adăugau preparatele antihistaminice (suprastin, taveghil, pipolfen). Importanță deosebită s-a acordat administrării preparatelor steroide, care sunt importante în cazul formelor hormondependente 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 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 grupa pacienților cu bronșită acută cu sau fără patologia organelor ORL, la examenul radiologic al sinusurilor paranazale la 53 de persoane am depistat o 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 paranazale 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 bronho-pulmonar. Există, deci, o legătura 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 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 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 procese 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 necesar 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, in Laryngoscope, 1979, v. 89, no. 10, p. 1655-1680.
3. Olivieri D., Structur und Function 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. канд. 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 Клини.Мед., 1981, №7, с.70-75.