

Оценка эффективности применения препарата Синупрет в комплексной терапии острого и хронического синусита

А.А. Блоцкий, М.Ю. Цепляев

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

По данным исследования заболеваемости ЛОР-органов, на долю патологии полости носа и околоносовых пазух приходится 34,2%. При этом той или иной формой острого синусита страдает 5–15% взрослого населения и около 5% детей [4]. По данным Т.И. Гарашенко, Е.Ю. Радциг, **60% всех госпитализированных обращений в детский оториноларингологический стационар составляют больные с синуситами** [1].

Этиопатогенез бактериальных синуситов обусловлен риногенным блоком соустьев пазух, нарушением дренажа, а также повреждением мерцательного эпителия синусов [4].

Основными целями при лечении бактериального риносинусита являются:

- сокращение длительности заболевания;
- предупреждение развития орбитальных и внутричерепных осложнений;
- эрадикация возбудителя;
- увеличение периодов ремиссии при хроническом синусите [5].

Комбинированное лечение бактериального синусита складывается из трех основных звеньев [4]:

- адекватная антибактериальная терапия;
- дренирование пазухи;
- симптоматическая терапия.

Результаты многочисленных российских и зарубежных исследований говорят об эффективности применения в качестве препаратов первого выбора ингибитор-защищенных β-лактамов антибиотиков [3–6], к которым наименее резистентны основные возбудители бактериальных синуситов.

Вопрос о необходимости выполнения лечебной пункции верхнечелюстной пазухи и в настоящее время остается открытым. Считается, что регулярное удаление экссудата при гнойном синусите стимулирует механизмы местной антибактериальной защиты, а также в ряде случаев позволяет ликвидировать блокаду естественного соустья. Однако данная, на первый взгляд, безопасная и широко применяемая в российской ЛОР практике процедура связана с риском развития достаточно серьезных осложнений [5].

С широким распространением медикаментозного лечения необходимость применения пункционного метода все более оспаривается. По данным Лопатина А.С., лечебные пункции верхнечелюстной пазухи при остром первичном неосложненном риносинусите не повышают эффективность стандартного десятидневного курса беспункционного лечения. Однако выполнение пункции абсолютно необходимо при тяжелом бактериальном, назокомиальном синусите, а также при угрозе развития осложнений [4,5].

Важное звено в патогенетической терапии синусита составляют мероприятия, восстанавливающие венти-

ляцию полости носа и околоносовых пазух. Они предусматривают удаление патологического содержимого и восстановление нормального функционирования соустьев [2]. Для этой цели могут применяться препараты растительного происхождения, которые обладают противовоспалительным, муколитическим и иммуномодулирующим действием [5].

Классическим и наиболее известным представителем данной группы является **Синупрет**. Он способен уменьшать выраженность отека слизистой оболочки полости носа и облегчать эвакуацию секрета из околоносовых пазух. Другим аспектом его лечебного эффекта является способность повышать активность ресниччатого эпителия, то есть оказывать не только муколитическое, но и мукокинетическое действие [5,8]. Кроме того, Синупрет характеризуется высокой эффективностью и обладает выраженным противовоспалительным, противовирусным и иммуномоделирующим действием, что выгодно отличает его от стандартных синтетических секретолитиков [7–9].

На кафедре оториноларингологии Амурской государственной медицинской академии проведено клиническое исследование эффективности применения препарата Синупрет у больных с различными формами синусита. Под наблюдением находилось 50 взрослых пациентов (основная группа) в возрасте от 18 до 52 лет. Из них 13 человек (26%) – больные с обострениями хронического экссудативного синусита, 19 человек (38%) – больные с острым гнойным синуситом и 18 человек (36%) – с острым катаральным синуситом. При этом у 19 пациентов (38%) процесс протекал по типу моносинусита, а у 31 (62%) отмечена заинтересованность нескольких синусов. Критерием исключения из исследования являлись пациенты с пролиферативными и смешанными формами синуситов, а также индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.

Комплекс терапевтических мероприятий включал антибактериальную терапию с применением β-лактамов антибиотиков (амоксциллин клавуланат), деконгестантов коротким курсом, десенсибилизирующую терапию и Синупрет (по 2 драже 3 раза/сут.).

Для оценки клинической эффективности препарата была изучена контрольная группа пациентов (50 человек) с аналогичной патологией, той же возрастной группы, получавших аналогичное лечение, но без использования препарата Синупрет.

Терапия пациентов в обеих группах проводилась без выполнения лечебных пункций. Однако при отсутствии клинического эффекта (регресса головных болей и признаков интоксикации) или положительной рентгенологической динамики (восстановление воздушности пазухи) на 5–7–е сутки исследования пункция пазухи выполнялась, но пациент из исследования исключался.

Оценка эффективности терапии проводилась с учетом регресса клинических симптомов, таких, как головная боль, заложенность носа, выделения из носа, а также степень нарушения обоняния. Результаты оценивались самим пациентом по 10-балльной шкале в течение 2-недельного периода наблюдения. Также проводился мониторинг динамики трудоспособности по шкале от 0 до 100 баллов, где 0 – невозможность выполнения повседневной работы, 100 – полная трудоспособность.

С целью объективного контроля эффективности лечения выполнялось динамическое эндоскопическое исследование полости носа, при котором оценивалась степень гиперемии и отека слизистой оболочки носовых раковин (3 степени): выраженный отек и гиперемия (III степень), умеренно выраженный (II степень), незначительный (I степень), отсутствие отека и гиперемии (0), а также количество и качество отделяемого в носовых ходах (3 степени): большое количество густого отделяемого (III степень), умеренное количество густого, или жидкого отделяемого (II степень), незначительное количество жидкого отделяемого (I степень), отсутствие отделяемого (0). Кроме того, на 7-е и 14-е сутки наблюдения произведено динамическое рентгенологическое исследование с целью определения скорости регресса рентгенологических симптомов. Результаты оценивались по балльной шкале, где 0 – пневматизация пазухи не нарушена, 1 – пристеночное снижение пневматизации, 2 – субтотальное снижение пневматизации, или уровень жидкости, 3 – тотальное снижение пневматизации.

Оценивая динамику головных болей (рис. 1), видно, что в основной группе регресс симптомов происходит

быстрее, достигая максимальной разницы с показателями контрольной группы на 4–5-е сутки исследования (84,6±0,6%). При этом полное исчезновение головных болей в основной группе больных происходит на 1,5–2 суток раньше.

Заложенность носа у больных основной группы полностью купируется на 8–9-е сутки исследования (рис. 2), в то время как в контрольной группе на 2–2,5 суток позже. Максимальная разница между показателями в двух группах определяется на 6–7-е сутки (82,8±0,4%).

Уменьшение количества выделений из полости носа также быстрее происходит у больных в основной группе (рис. 3). Полностью симптом ринореи исчезает на 2–3 суток раньше, чем в контрольной группе. Максимальная разница между показателями в двух группах составляет 73,3±0,3% (на 6-е сутки исследования).

Однако быстрее всего, у пациентов основной группы восстанавливается обоняние (рис. 4) – на 3–4 суток раньше, чем в контрольной группе, сохраняя максимальную разницу в двух группах в течении 3–4 суток (с 3-х по 7-е сутки), которая составляет 79,7±0,8%.

При анализе динамики восстановления трудоспособности (рис. 5) видно, что к концу исследования пациенты обеих групп оценивали свою трудоспособность на уровне 100 баллов, однако у пациентов основной группы восстановление повседневной активности происходило быстрее, достигая указанной отметки, уже на 9–10-е сутки, в то время как пациенты контрольной группы полное восстановление трудоспособности отмечали только на 12–13-й день исследования. При этом разница в двух группах практически в течении всего периода исследования составляет 22,4±3,2%. Исключением являются только первые и последние

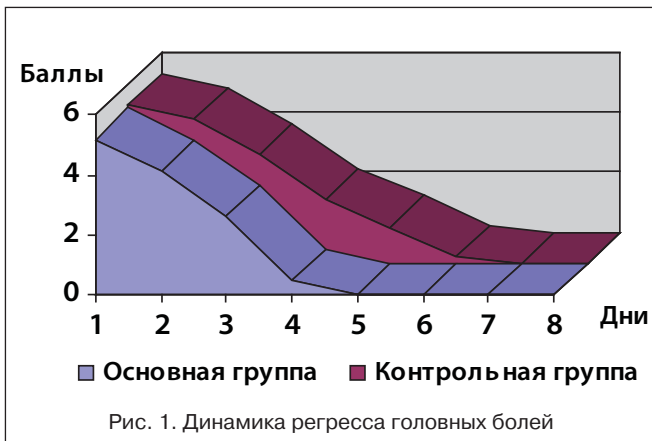


Рис. 1. Динамика регресса головных болей

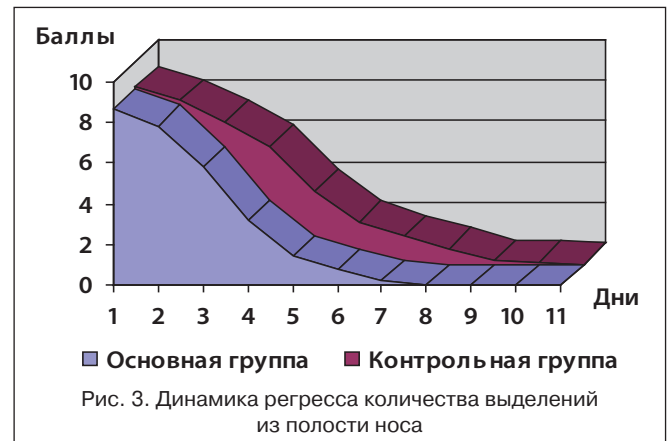


Рис. 3. Динамика регресса количества выделений из полости носа

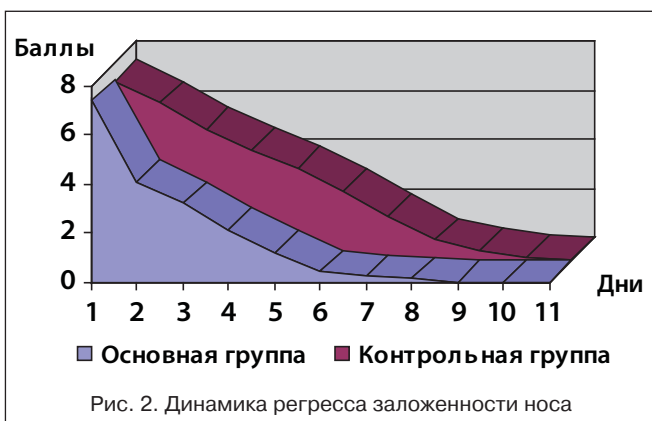


Рис. 2. Динамика регресса заложенности носа

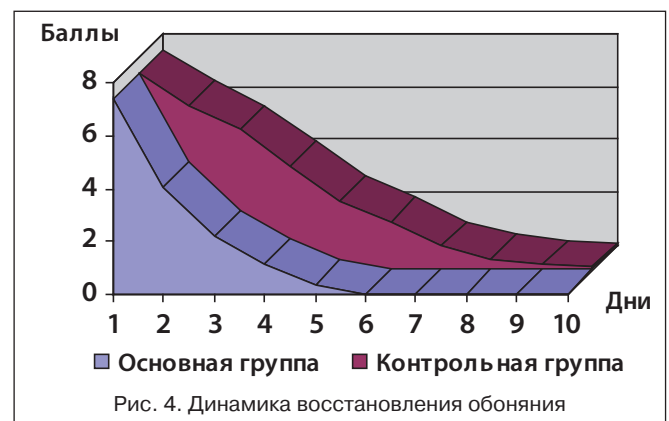


Рис. 4. Динамика восстановления обоняния

3 дня, где разница показателей незначительна.

При оценке динамики эндоскопической картины мы получили следующие результаты. Степень регресса отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа в течении первых 4 суток исследования была примерно одинаковая в обеих группах (отличается менее чем на 6,5%) (рис. 6). После чего наиболее быстро, изменения слизистой оболочки претерпевали обратное развитие у пациентов основной группы, полностью исчезая на 8–9–е сутки (на 3–4 дня раньше, чем у пациентов контрольной группы). Наибольшая разница показателей определяется в течении 4–5 суток (с 4–х по 9–е сутки) и составляет $52,8 \pm 0,8\%$.

Оценивая динамику количества и качества отделяемого (по данным эндоскопической картины), существенной разницы между показателями обеих групп в первые пять дней исследования мы не обнаружили (рис. 7). Однако в последующие 3 суток более значительный регресс показателей определялся у пациентов основной группы: полное исчезновение отделяемого на 7–8–е сутки (на 3–4 дня раньше, чем у пациентов контрольной группы). Максимальная разница показателей в двух группах составляет $75,2 \pm 1,3\%$ (на 7–8–е сутки исследования).

Изначально (до начала лечения) примерно равнозначные данные рентгенологического исследования претерпевают следующие изменения (рис. 8): регресс рентгенологических симптомов происходит быстрее в основной группе (на 7–е сутки разница в двух группах

составляет $35,7 \pm 1,8\%$). К 14–му дню исследования пневматизация пазух у пациентов основной группы практически полностью восстанавливается, в то время как в контрольной группе сохраняются в различной степени изменения воздушности пазухи (разница в двух группах – $67,3 \pm 2,1\%$).

Нами также проведена оценка количества пациентов в двух группах, исключенных из исследования, в связи с возникновением необходимости выполнения лечебной пункции пазухи. В основной группе таких пациентов было двое (3,8%), в контрольной группе – 11 человек (18%) (рис. 9 и 10). При этом, пациенты, исключенные из исследования в основной группе, находились под наблюдением с диагнозом «обострение хронического гнойного синусита». Из 11 человек, исключенных из исследования, в контрольной группе семеро получили лечение по поводу обострения хронического экссудативного синусита, четыре пациента – по поводу острого и рецидивирующего острого синусита.

Применение препарата Синупрет в комплексной терапии острых экссудативных синуситов позволило избежать необходимости выполнения пункции и добиться санации пазухи посредством только консервативной терапии. В большинстве случаев (в 86%), положительных результатов беспункционного лечения удалось добиться и при терапии пациентов с обострениями хронического экссудативного синусита. Однако в этом случае возможности терапии ограничены и у ряда пациентов возникает необходимость выполнения

Синупрет®



Целебная сила растений против насморка и синусита

Комплексное действие:

- противовоспалительное
- иммуномодулирующее
- секретолитическое
- противовирусное



Растительный лекарственный препарат
Per. уд. П № 014247/01 от 28.03.07
П № 014247/02 от 28.03.07


BIONORICA®
The phytoneering company

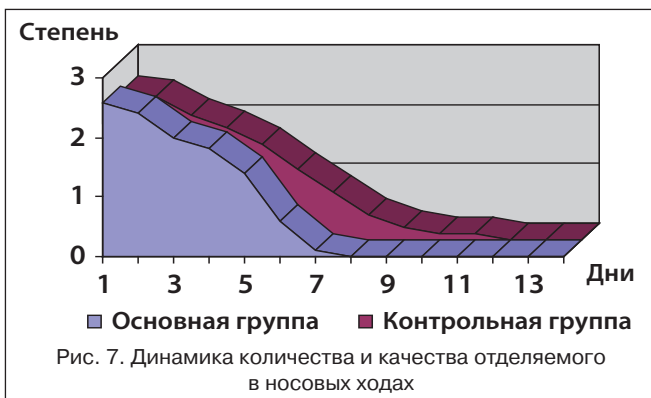
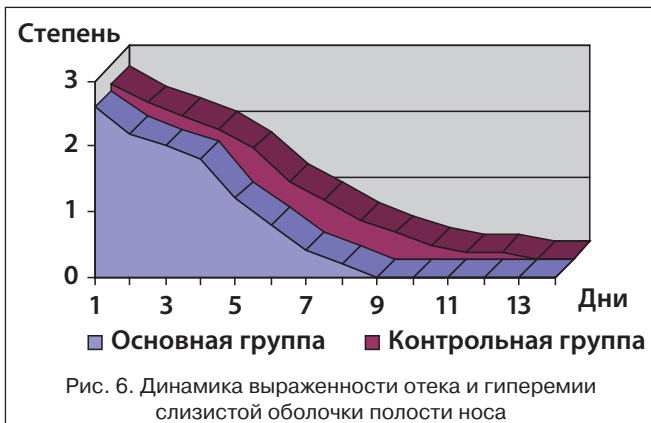
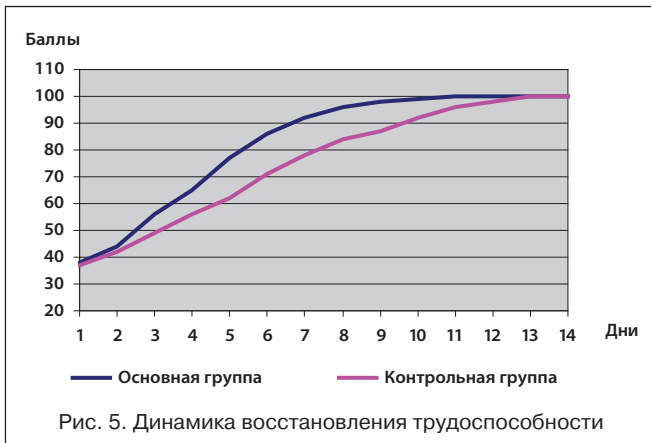
БИОНОРИКА АГ, Германия
Тел./факс: (495) 502-90-19
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru

лечебной пункции пазухи. Применение препарата Синупрет позволило сократить количество таких пациентов в 4,7 раза.

Выводы

Применение препарата Синупрет в комплексной терапии острого и хронического синусита позволило:

- быстрее добиться регресса клинических симптомов и облегчить течение заболевания;
- улучшить качество жизни пациентов, социальную и физическую активность, а также повысить их трудоспособность;
- добиться положительных результатов терапии в большинстве случаев без применения лечебной пункции пазухи;
- эффективность применения препарата подтверждена объективными данными (эндоскопические признаки, а также рентгенологическое исследование) в сравнении с терапией без применения препарата.



Литература

1. Гаращенко Т.И. Особенности ведения больных с риносинуситами в амбулаторных условиях / Т.И. Гаращенко, Е.Ю. Радциг. Материалы XVII съезда оториноларингологов России: Тезисы. – СПб., 2006. – С. 432.
2. Еремина Н.В. Рациональная терапия воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей / Н.В. Еремина, А.В. Дубищев, Н.А. Додонова, С.А. Еремин // Российская оториноларингология. Приложение. – 2007. – С.131, 133.
3. Зубков М.Н. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей / М.Н. Зубков // Русский Медицинский журнал. 2009. Том 17, №2(341). С. 124.
4. Крюков А.И. Комбинированная терапия острого бактериального синусита / А.И. Крюков, А.А. Сединкин, Г.Н. Изотова // Российская оториноларингология. Приложение. – 2007. – С. 308.
5. Лопатин А.С. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения / А.С. Лопатин, В.М. Свистушкин // Клинические рекомендации. – С. 12, 23.
6. Савенко И.В. Лечение острых и рецидивирующих бактериальных риносинуситов у детей с признаками вторичной иммунологической недостаточности / И.В. Савенко // Российская оториноларингология. Приложение. – 2007. – С. 190.
7. Graf P. et al. Sustained use of xylometazoline nasal spray shortens the decongestive response and induces rebound swelling. Rhinology Mar 33(1). 1995. 14–7.
8. Liu C. Microbiology, diagnosis and clinical management of upper respiratory infections. In: English GM. Diseases of the Nose and Sinuses. Otolaryngology Vol. 2. 1987. Harper & Row Philadelphia.
9. Su Z. et al. Suppression of Adenovirus Type 5 E1A-mediated transformation and expression of the transformed phenotype by caffeic acid phenetyl ester (CAPE). Mol Carcinog 4. 1991. 231–242.

