

А.А. Блоцкий, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии, М.Ю. Цепляев, к.м.н., Амурская государственная медицинская академия, Россия

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

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

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

Основная цель терапии бактериального риносинусита заключается в:

- сокращении длительности заболевания;
- предупреждении развития орбитальных и внутричерепных осложнений;
- эрадикации возбудителя;
- увеличении периодов ремиссии при хроническом синусите [5].

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

- адекватной антибактериальной терапии;
- дренирования пазух;
- симптоматической терапии.

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

Вопрос о необходимости лечебной пункции верхнечелюстной пазухи 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 эта на первый взгляд безопасная и широко применяемая в ЛОР-практике процедура связана с риском развития достаточно серьезных осложнений [5].

С появлением новых средств для медикаментозной терапии необходимость в применении пункционного метода все более оспаривается. По данным А.С. Лопатина, лечебные пункции верхнечелюстной пазухи при остром первичном неосложненном риносинусите не повышают эффективность стандартного десятидневного курса беспункционной терапии. Однако выполнение пункции абсолютно необходимо при тяжелом бактериальном, назокомиальном синусите, а также при угрозе развития осложнений [4, 5].

Важное место в патогенетической терапии синусита занимают мероприятия, направленные на восстановление вентиляции полости носа и околоносовых пазух, предусматривающие 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. Препарат способен уменьшать выраженность отека слизистой оболочки полости носа и облегчать эвакуацию секрета из околоносовых пазух. Другим аспектом его лечебного эффекта является способность повышать активность реснитчатого эпителия, то есть оказывать не только муколитическое, но и мукокинетическое действие [5, 8]. Кроме того, Синупрет обладает высокой эффективностью и выраженным противовоспалительным, антивирусным и иммуномодулирующим действием, что выгодно отличает его от стандартных синтетических секретолитиков [7-9].

На кафедре оториноларингологии Амурской государственной медицинской академии (г. Благовещенск, РФ) проведено клиническое исследование эффективности применения препарата Синупрет у больных с различными формами синусита. Под наблюдением находились 50 больных (основная группа) в возрасте 18-52 лет. Из них 13 пациентов (26%) с обострениями хронического экссудативного синусита, 19 (38%) – с острым гнойным синуситом и 18 (36%) – с острым катаральным синуситом. При этом у 19 пациентов (38%) заболевание протекало по типу моносинусита, а у 31 (62%) в патологический процесс были вовлечены несколько синусов. Критерием исключения из исследования являлись наличие пролиферативных и смешанных форм синуситов, а также индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.

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

Оценку клинической эффективности препарата проводили на основе результатов наблюдения 50 пациентов контрольной группы с аналогичной патологией и той же возрастной категории, получавших аналогичное лечение, но без использования Синупрета.

Терапия пациентов в обеих группах проводилась без выполнения лечебных пункций. Однако при отсутствии клинического эффекта (регресса головной боли и признаков интоксикации) или положительной рентгенологической динамики (восстановление воздушности пазухи) на 5-7-е сутки исследования выполняли пункцию пазухи, но пациента из исследования исключали.

Оценка эффективности терапии проводилась с учетом снижения выраженности клинических симптомов, таких как головная боль, заложенность носа, выделения из носа, а также степень нарушения обоняния. Результаты оценивались пациентом по 10-балльной шкале в течение 2 недель наблюдения. Также проводился мониторинг динамики

трудоспособности по шкале от 0 до 100 баллов, где 0 – невозможность выполнения повседневной работы, 100 – полная трудоспособность.

Для объективного контроля эффективности терапии проводили динамическое эндоскопическое исследование полости носа с оценкой степени гиперемии и отека слизистой оболочки носовых раковин (три степени): выраженный отек и гиперемия (III степень), умеренно выраженный отек (II), незначительный отек (I), отсутствие отека и гиперемии (0), а также количества и качества отделяемого в носовых ходах (три степени): большое количество густого отделяемого (III), умеренное количество густого или жидкого отделяемого (II), незначительное количество жидкого отделяемого (I), отсутствие отделяемого (0). Кроме того, на 7-е и 14-е сутки наблюдения проводили 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 уровня жидкости, 3 – тотальное снижение пневматизации.

Анализ динамики уменьшения головной боли (рис. 1) демонстрирует, что в основной группе снижение выраженности симптомов происходит быстрее, достигая максимальной разницы с показателями контрольной группы на 4-5-е сутки исследования (84,6±0,6%). При этом полное исчезновение головной боли в основной группе больных происходит на 1,5-2 суток раньше.

Заложенность носа у пациентов основной группы полностью купируется

на 8-9-е сутки исследования (рис. 2), в то время как в контрольной – 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 основной группы (рис. 3) – ринорея полностью исчезает на 2-3 дня раньше, чем в контрольной группе.

Максимальная разница между показателями в двух группах составляет 73,3±0,3% (на 6-е сутки эксперимента).

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



Рис. 4. Динамика восстановления обоняния

Анализ динамики восстановления трудоспособности (рис. 5) показал, что к концу эксперимента пациенты обеих групп оценили свою трудоспособность в 100 баллов. При этом у пациентов основной группы восстановление повседневной активности происходило быстрее и достигло указанной отметки на 9-10-е сутки, в то время как у больных контрольной группы полное восстановление отмечалось только на 12-13-й день исследования. При этом разница в обеих группах в течение практически всего периода наблюдения составила 22,4±3,2%. Исключением являются только первые и последние три дня, где разница показателей незначительна.

При оценке динамики эндоскопической картины мы получили следующие результаты. Степень регресса отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа в течение первых 4 суток

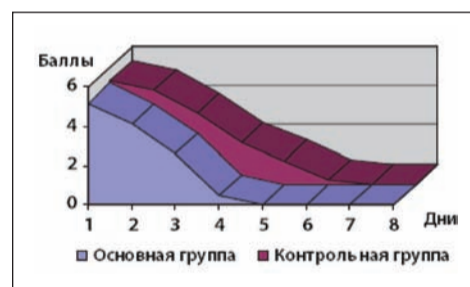


Рис. 1. Динамика регресса головных болей



Рис. 2. Динамика регресса заложенности носа

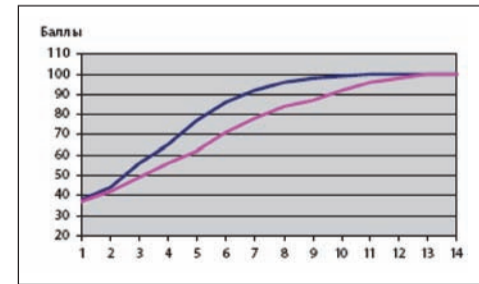


Рис. 5. Динамика восстановления трудоспособности

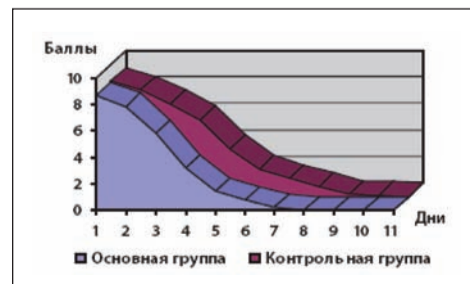


Рис. 3. Динамика регресса количества выделений из полости носа

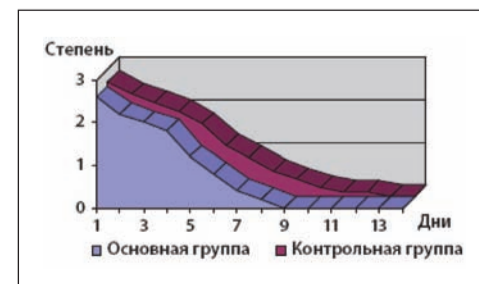


Рис. 6. Динамика выраженности отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа

исследования была примерно одинакова в обеих группах (разница менее 6,5%) (рис. 6). После этого восстановление слизистой оболочки быстрее происходило у пациентов основной группы, симптомы заболевания полностью исчезали на 8-9-е сутки (на 3-4 дня раньше, чем у больных контрольной группы). Наибольшая разница показателей отмечена в течение 4-5 дней (с 4-х по 9-е сутки) и составила $52,8 \pm 0,8\%$.

Анализ динамики количества и качества отделяемого (по данным эндоскопической картины) существенной разницы между показателями в обеих группах в первые пять дней не продемонстрировал (рис. 7). Однако в последующие 3 дня более значительное снижение показателей наблюдалось у пациентов основной группы: полное исчезновение отделяемого на 7-8-е сутки (на 3-4 дня раньше, чем у пациентов контрольной группы). Максимальная разница данных обеих групп составляет $75,2 \pm 1,3\%$ (на 7-8-е сутки исследования).



Рис. 7. Динамика количества и качества отделяемого в носовых ходах

Изначально (до начала лечения) примерно сопоставимые показатели рентгенологического исследования претерпели некоторые изменения (рис. 8): регресс рентгенологических симптомов происходил быстрее в основной группе (на 7-е сутки разница в обеих группах составила $35,7 \pm 1,8\%$). На 14-й день пневматизация пазух у пациентов основной группы практически полностью восстановилась, в то время как в контрольной группе изменения воздушности пазухи различной степени сохранились (разница – $67,3 \pm 2,1\%$).

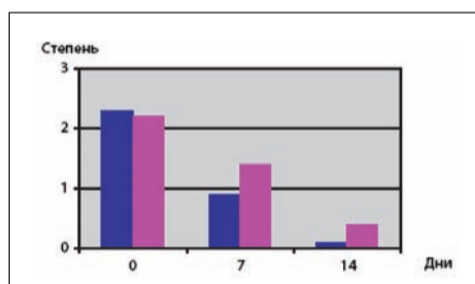


Рис. 8. Динамика регресса рентгенологических признаков

Мы также проанализировали количество пациентов, исключенных из исследования из-за необходимости выполнения лечебной пункции пазухи. В основной группе таких пациентов оказалось двое (3,8%), в контрольной – 11 человек (18%) (рис. 9, 10). При этом пациенты, вышедшие из эксперимента в основной группе, находились под наблюдением с диагнозом «обострение хронического гнойного синусита». Из 11 пациентов контрольной группы, исключенных из исследования, семеро получали лечение по поводу обострения хронического экссудативного синусита, четверо – острого и рецидивирующего острого синусита.

Применение препарата Синупрет в комплексной терапии острых экссудативных синуситов позволило избежать выполнения пункции и добиться санации пазухи посредством только консервативной терапии. В большинстве



Рис. 9. Отношение количества пациентов, принявших участие в исследовании, к количеству исключенных из исследования в основной группе

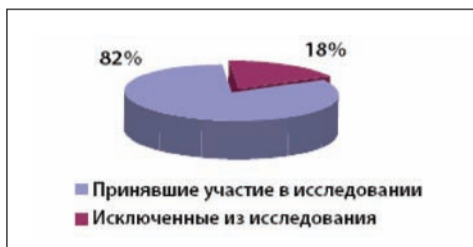


Рис. 10. Отношение количества пациентов, принявших участие в исследовании, к количеству исключенных из исследования в контрольной группе

случаев (86%) положительного результата беспункционного лечения удалось добиться и у пациентов с обострениями хронического экссудативного синусита. Однако в этом случае возможности терапии оказались ограниченными, поэтому некоторым пациентам пришлось выполнить лечебную пункцию пазухи. Использование препарата Синупрет позволило сократить количество таких пациентов в 4,7 раза.

Вывод

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 проведения лечебной пункции пазухи.

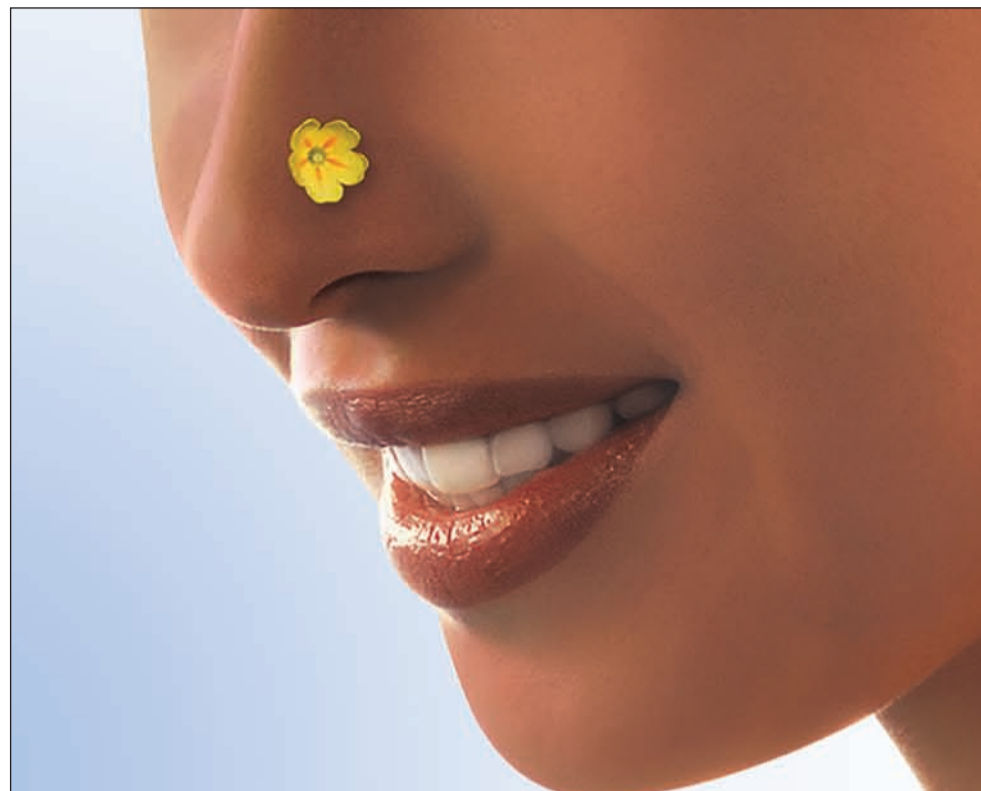
Эффективность Синупрета подтверждена объективными данными (эндоскопические признаки, а также рентгенологическое исследование) в сравнении с терапией без применения этого препарата.

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. Дубишев, 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 phenethyl ester (CAPE). Mol Carcinog 4. 1991. 231-242.

Статья напечатана в сокращении.

«Русский медицинский журнал», т. 17, №23, 2009 г.



Синупрет®

Лікує нежить та синусит

- Знімає запалення слизової оболонки носа
- Розріджує густий слиз і сприяє його виведенню
- Прискорює одужання та захищає від ускладнень



Синупрет® - і нежитью немає!

Крапли для перорального застосування: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/02/01 від 13.04.06 року. Драже: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/01/01 від 13.04.06 року. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика АГ (Німеччина). Реклама лікарського засобу. * VIP (Verkaufindex in der Pharmaindustrie), 2004, Бізнес-кредит 2008.

ТОВ "БІОНОРИКА"
02094, м. Київ, вул. Мініна, 9. Офісний поверх, окремі приміщення
тел.: 8 (044) 296-22-03 (04:05) факс: +38 (044) 451-83-09
e-mail: office@bionorica.com.ua

BIONORICA
The phytonceering company