

Эффективная терапия хронического риносинусита: предупреждая рецидивы, улучшаем качество жизни пациентов

Хронический риносинусит (ХРС) считается одним из самых частых хронических заболеваний человека. ХРС существенно влияет на качество жизни пациента. Так, К. Macdonald и соавт. полагают, что у лиц с ХРС данный показатель не намного выше, чем у больных злокачественными опухолями, астмой, артритом. Затраты на лечение ХРС также впечатляют: только в США ежегодно около 9 млрд долларов расходуется на терапию данной патологии (Авербух В.М., Свистушкин В.М., 2014). В связи с этим разработка эффективных схем лечения ХРС остается актуальным вопросом.

По данным статистики, ХРС диагностируют у 10,9-15,5% населения стран Западной Европы и США. Это заболевание считают вторым по распространенности среди всех хронических патологических состояний (Beule A., 2016). Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения острых форм риносинусита, к сожалению, снижения уровня хронизации заболевания не отмечается, напротив, количество случаев ХРС продолжает расти. В некоторых государствах число больных ХРС достигает 27,1%. В Украине в 2014 г., по данным Центра медицинской статистики МЗ (2016), заболеваемость ХРС составила 427,3 случая на 100 тыс. населения (Федин А.В., Баранова Н.И., 2014; Кошель И.В., 2018). В структуре госпитализированных в оториноларингологические стационары доля пациентов с ХРС составляет 25-30%, причем каждый год этот показатель увеличивается в среднем на 1-2% (Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., 2017).

Согласно Европейскому руководству по риносинуситу и назальному полипозу (EPOS, 2012), диагноз риносинусита устанавливают при наличии ≥ 2 симптомов, одним из которых является затруднение носового дыхания / заложенность носа или выделения из носа (наружу либо в носоглотку). При этом могут наблюдаться боль/давление в области лица, снижение или потеря обоняния.

Эндоскопически определяют:

- слизисто-гнойные выделения, как правило, из среднего носового хода и/или
- отек/набухание слизистой оболочки преимущественно среднего носового хода и/или
- полипы носа.

На компьютерной томографии выявляются изменения слизистой оболочки остиомеатального комплекса и/или околоносовых пазух.

Диагноз ХРС может быть установлен при наличии вышеуказанных симптомов на протяжении ≥ 12 нед без полного исчезновения симптомов с повторными обострениями.

По мнению большинства экспертов, именно в течение 3 мес в слизистой оболочке и в более глубоких структурах околоносовых пазух формируются необратимые патоморфологические изменения, которых не наблюдается при остром риносинусите. Хроническое воспаление создает фон для формирования очаговой или диффузной метаплазии многоядерного цилиндрического эпителия в многослойный, лишенный ресничек. При этом наблюдается повреждение эпителиального слоя вплоть до его десквамации, утолщается базальная мембрана, развиваются отек подслизистого слоя, гиперплазия бокаловидных клеток. В результате этих изменений значительно снижается эффективность мукоцилиарного транспорта. Возможно распространение патологического процесса через гаверсовы каналы на надкостницу, что приводит к локальному остеоиту (Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., 2017). Единой классификации ХРС не разработано. Наиболее распространено

разделение ХРС на полипозный и без полипов, что отражено в руководстве EPOS (2012).

Причины хронизации ХРС остаются до конца не выясненными. Определенную роль в хронизации воспаления могут играть аномалии строения остиомеатального комплекса — места расположения выводных отверстий верхнечелюстной, лобной пазух и передних клеток решетчатого лабиринта. Также нет однозначного мнения по поводу влияния искривления перегородки носа на морфогенез ХРС, поскольку нет и четкого определения самого искривления (Иванченко О.А., Лопатин А.С., 2012). Большое внимание исследователи уделяют изучению роли атопии, генетических факторов, заболеваний пищеварительного тракта и инфекции *Helicobacter pylori* в патогенезе ХРС. Некоторые авторы указывают на то, что неадекватная антибактериальная терапия воспалительного процесса на догоспитальном этапе может приводить к длительной персистенции микробного агента в полости пазухи и способствовать морфологической перестройке слизистой оболочки (в основном по продуктивному типу с метаплазией реснитчатого эпителия в многослойный плоский и развитием дисплазии) (Авербух В.М., Свистушкин В.М., 2014). Однако даже у адекватно пролеченных больных с острым бактериальным риносинуситом возможна хронизация процесса. Кроме того, наибольшее значение в развитии острого бактериального риносинусита имеет не столько внедрение экзогенного возбудителя, сколько патогенизация сапрофитной флоры. Вследствие нарушения функционирования неспецифических и специфических звеньев иммунитета слизистой оболочки пазухи с полностью заблокированным соустьем сапрофитная флора приобретает патогенные свойства (Попович В.И., 2015).

Взгляды на этиологическую роль микрофлоры при ХРС претерпели изменения. Гипотеза, предполагавшая, что ХРС является следствием и логическим продолжением затянувшегося острого риносинусита, с позиций доказательной медицины не нашла убедительных подтверждений. Например, в исследованиях у пациентов с односторонним ХРС из здоровой половины носа бы высеян тот же возбудитель, что и из пораженной пазухи (Kennedy D.W. et al., 1997). Существует мнение, что упорные, не поддающиеся антимикробному и хирургическому лечению ХРС обусловлены персистенцией внутри эпителиальных клеток *Staphylococcus aureus*. Однако проведенные впоследствии исследования мазков из среднего носового хода (Лайко А.А. и соавт., 2005) показали, что золотистый стафилококк у здоровых лиц выявляется даже чаще, чем у больных ХРС (Иванченко О.А., Лопатин А.С., 2012). Таким образом, в патогенезе ХРС, по-видимому, первоочередным является нарушение механизмов местной защиты, в том числе ухудшение работы мукоцилиарного транспорта, в то время как микробный пейзаж пазухи в периоды обострений и между ними является вторичным по отношению к морфофункциональному состоянию слизистой и иммунных механизмов.

Суммируя изложенные данные, можно заключить, что патогенетическое лечение ХРС должно быть направлено на:

- улучшение дренажной функции и поддержание работы мукоцилиарного транспорта;
- повышение местных механизмов иммунной защиты;
- уменьшение воспалительного процесса;
- восстановление аэрации пазухи и улучшение качества жизни пациента.

Согласно рекомендациям EPOS (2012), обострение ХРС следует лечить так же, как и острый процесс. Пролонгированные (до 4-12 нед) курсы антибиотиков указаны в руководствах для лечения обострений ХРС, однако дискуссии вокруг антибактериальной терапии при ХРС не утихают. Не вызывает сомнений необходимость использования данной группы препаратов в стадии обострения заболевания. При этом подход к выбору противомикробного средства носит эмпирический характер, аналогичный таковому при остром бактериальном риносинусите (аминозащищенные пенициллины, современные цефалоспорины, макролиды, респираторные фторхинолоны) (Авербух В.М., Свистушкин В.М., 2014). Вместе с тем как короткие, так и пролонгированные курсы антибиотикотерапии нарушают количественный и качественный состав микрофлоры околоносовых пазух и таким образом могут усиливать уже имеющийся на фоне хронического воспаления дисбиоз (Лопатин А.С., Иванченко О.А., 2017). Видимо, разорвать этот порочный круг позволит только эффективная межрецидивная терапия, направленная на предупреждение обострений.

В межрецидивный период доказанную эффективность в контроле над симптомами имеют топические кортикостероиды и промывание физраствором. Эффективность других методов лечения для ХРС не доказана. Интраназальные кортикостероидные препараты оказывают противовоспалительное, противоотечное действие, улучшают дренажную функцию соустьев и уменьшают выраженность основных клинических симптомов (Авербух В.М., Свистушкин В.М., 2014). Однако длительность рекомендованного курса лечения должна составлять не менее 3 мес. При этом повышается риск нежелательных побочных реакций. Решить эту проблему помогает адьювантная терапия, направленная на сокращение доз используемых кортикостероидов.

Альтернативным решением для патогенетического лечения ХРС может служить фитониринговый препарат Синупрет® (компания «Бионорика SE», Германия) — растительный секретолитик, секретокинетик, обладающий противовоспалительным, противоотечным, противомикробным, иммуномодулирующим действием. Благодаря этим свойствам Синупрет® может использоваться как в лечении обострений ХРС для купирования симптомов, так и в межрецидивный период с целью профилактики обострений и улучшения самочувствия пациентов.

В работе Р. Юнда и соавт. (2015) была показана эффективность растительного препарата BNO 1016 (Синупрет® экстракт) в лечении острого риносинусита у взрослых. В исследование включали пациентов в возрасте 18-75 лет с подтвержденным острым риносинуситом; исключались из исследования лица, принимавшие кортикостероиды или антибиотики в течение последних 4 нед до начала исследования. Пациенты были рандомизированы

на две группы: получения препарата BNO 1016 (Синупрет® экстракт) по 160 мг трижды в день (n=294) или плацебо (n=295) в течение 15 дней. Для оценки эффективности проводимого лечения использовали шкалу выраженности основного симптома (ВОС). Шкала ВОС объединяет 5 наиболее важных симптомов риносинусита, основанных на экспертных клинических рекомендациях (насморк / выделения из передних отделов носа, стекание слизи по задней стенке глотки, заложенность носа, головная боль, лицевая боль / ощущение тяжести). Эту шкалу рассчитывали как сумму 5 оценок каждого из симптомов.

В результате проводимого лечения значение ВОС постепенно улучшалось в обеих группах. При этом достоверные различия между темпами улучшения появились уже на 5-й день: в группе, участники которой получали BNO 1016 (Синупрет® экстракт), симптомы регрессировали быстрее, чем в группе плацебо. Очевидная разница в выраженности симптомов между группами отмечалась на 10-й и 14-й день лечения. Разница между группами лечения в конце терапии составила 1,70±3,13 балла (p<0,0001). Нормализация состояния пациентов, получавших BNO 1016, наступала на 4 дня раньше в конце терапии (день 10 против день 14 в группе плацебо). Эти результаты позволяют врачу рассчитывать на быстрое облегчение симптомов у пациента с риносинуситом (будь то острый процесс или обострение хронического) под действием препарата Синупрет® экстракт.

Что касается межрецидивного лечения ХРС, то нельзя обойти вниманием чрезвычайно интересную работу А.С. Журавлева и соавт. (2015), в которой авторы изучили эффективность препарата Синупрет® в отношении предупреждения возобновления симптоматики ХРС. В исследование были включены 50 человек с ХРС в фазе ремиссии. Патоморфологически процесс верифицировался как катаральный. Пациенты с полипозными и гнойными риносинуситами, опухолями околоносовых пазух различной природы, а также лица, получавшие на догоспитальном этапе иммуностимулирующие средства, имеющие тяжелую соматическую патологию или анатомические дефекты остиомеатального комплекса, были исключены из испытания. Участников разделили на 2 клинические группы (n=25 в каждой), идентичные по полу и возрасту. Основную группу составили лица, которые получали стандартную терапию ХРС (противовоспалительные, антигистаминные средства, ирригационную терапию) и дополнительно Синупрет® форте по 1 таблетке 3 р/день. В группе сравнения пациенты получали только стандартную терапию. Полный курс лечения составил 28 дней.

Положительные изменения в симптомах на фоне проводимого лечения были отмечены в обеих группах. Однако периодическая заложенность носа у больных в основной группе прогрессирующе уменьшалась со 100 до 42%. После проведенного лечения отмечено также значительное уменьшение количества пациентов, имеющих гиперемии и отечность слизистой носа (всего у 36% через 12 мес). Наличие отделяемого различного характера в полости носа было зафиксировано у 85% обследуемых до начала лечения. По окончании терапии на протяжении года эта цифра снизилась до 20%. В группе сравнения динамика была менее выраженной. У этих пациентов периодическая заложенность носа хоть и уменьшалась на протяжении 12 мес обследования, но различия с первичным обследованием были незначительными (симптом сохранялся у 70% больных). Наличие гиперемии и отечности слизистой оболочки в полости носа определялось у половины осмотренных через 1 год. Количество пациентов, у которых фиксировали наличие отделяемого из полости носа, также снизилось незначительно: этот симптом был отмечен у 82% участников данной группы до лечения и у 74% после.

До начала лечения в среднем количество рецидивов в год у пациентов, включенных в исследование, составляло 3-3,1. У больных, получавших Синупрет® форте в дополнение к основной терапии, количество рецидивов в течение года после лечения составило 1,44 (статистически достоверное уменьшение на 52%).

В группе сравнения через год катamnестического наблюдения после завершения лечения зафиксировано в среднем 2,84 рецидива за 12 мес. Число рецидивов в этой группе также снизилось, но лишь на 8,3%, причем разница между показателями была статистически недостоверной. Результаты этой работы наглядно демонстрируют возможности Синупрета форте в профилактике рецидивов ХРС, улучшении самочувствия и повышении качества жизни пациентов.

Сегодня в портфеле компании «Бионорика SE» представлена линейка препаратов Синупрет:

- Синупрет® капли и Синупрет® сироп для детей от 2 лет;
- Синупрет® таблетки для взрослых и детей от 6 лет;
- Синупрет® экстракт, содержащий 4-кратную дозу компонентов, для быстрого купирования симптомов острого риносинусита;

• Синупрет® форте – оптимальная доза компонентов для лечения ХРС.

Синупрет® форте отличается высоким профилем безопасности, сопоставимым с таковым плацебо, что делает его препаратом выбора для длительной межрецидивной терапии ХРС.

Таким образом, проблема ХРС ввиду его высокой распространенности представляется чрезвычайно актуальной. В патогенезе ХРС на первый план выходят морфофункциональная перестройка слизистой оболочки околоносовых пазух, нарушение аэрации пазухи, поломка местных факторов иммунной защиты. Лечение обострений ХРС, а также купирование симптомов в межрецидивный период остаются предметом дискуссий. В качестве патогенетического лечения может быть рекомендован Синупрет® форте – растительный секретолитик, секретокинетик с противовоспалительным, антибактериальным, действием и оптимальным профилем безопасности. Синупрет® форте остается оптимальным терапевтическим решением в случае ХРС как в аспекте купирования симптомов в период обострения, так и в рамках профилактики рецидивов в межрецидивный период.

Подготовила Мария Марчук



Нежить? Синусит? Синупрет®



- усуває нежить¹
- полегшує носове дихання²
- запобігає ускладненням³



Розкриваючи силу рослин



Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). **Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день або Синупрет® форте 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день або Синупрет® сироп 3,5 мл 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день або Синупрет® сироп 2,1 мл 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Побічні ефекти: інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії. 1-2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006. 3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр 24-26. * За результатами рейтингового дослідження 2016 року в межах конкурсу торгових марок «ФАВОРИТИ УСПІХУ» в Україні ТМ «Синупрет» посіла перше місце у рейтингу з переможним статусом «Фаворит експертів» у категорії «Препарат від нежитю» і нагороджена медаллю «Фаворит Успіху - 2016». ** За даними аналітичних досліджень компанії «Бізнес-Кредит» та «SMD» за період III та IV квартал 2016 р. та I та II квартал 2017 р. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 24.07.15. ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



корінь генціани



квітки бузини



квіти первоцвіту з чашечкою



трава вербени



трава шавлію