

**Медичні журнали для лікаря-практика**

**ДОКАЗОВО: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД**

**Рациональная фармакотерапия 96488**

**Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія 94977**

**Дитячий лікар 37812**

**Медицинские аспекты здоровья женщины 95404**

**Министерство здравоохранения Украины  
Академия медицинских наук Украины**

**Внимание! Даты проведения Конгресса изменились**

**II национальный конгресс "ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО - УКРАИНА"**

**Киев, 25-27 марта 2009 г.**  
Дом кино (ул. Саксаганского, 6)

**ЛЕКЦИИ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ  
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Генеральный спонсор **KRKA**

Научные спонсоры **SANDOZ TEVA SERVIER astellas МЕГАКОМ D-falk**

Организатор: Компания (Ad) Vivo  
Тел.: 8-044-499-70-11, e-mail: o.lubchenko@advivo.net

Ю.В. Митин, д.м.н., профессор, Л.Р. Криничко, к.м.н., кафедра оториноларингологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

## Особенности лечения острых синуситов



Ю.В. Митин

**Синусит – воспаление слизистой оболочки околоносовой пазухи. Как правило, заболевание развивается у пациентов, перенесших острый ринит.**

При инфекциях верхних дыхательных путей отечная слизистая оболочка полости носа закрывает соустье с околоносовыми пазухами, в результате чего кислород из находящегося там воздуха постепенно поглощается клетками слизистой оболочки синуса. Из-за снижения пневматизации в полости пазух создается отрицательное давление. Этот феномен способствует выделению в околоносовую пазуху трансудата, который полностью ее заполняет и является благоприятной средой для развития микроорганизмов (в основном стрептококков, стафилококков, довольно часто грамотрицательных палочек, анаэробных бактерий, а также вирусов), проникающих через устье околоносовой пазухи из носоглотки, гортани, лакун миндалин (особенно у больных с хроническим тонзиллитом) и т. д. Определенную роль в развитии синусита играет тромбоз венных сосудов в слизистой оболочке околоносовой пазухи. В заблокированной полости развивается воспалительный процесс, сопровождающийся гиперемией и отеком слизистой оболочки, а также миграцией лимфоцитов в очаг воспаления. Важную роль в патогенезе воспаления придаточных пазух носа играет накопление вязкого секрета, что приводит к повышению давления в околоносовой пазухе и является причиной болевых ощущений.

Терапия острых синуситов основана на применении антибактериальных, антигистаминных препаратов, топическом воздействии на слизистую оболочку полости носа; по показаниям выполняют пункцию пазух. Следует отметить, что в последнее время высказываются сомнения относительно необходимости проведения антибактериальной терапии всем пациентам с воспалением околоносовых пазух носа, так как во многих случаях катаральный синусит, особенно если он развивается на фоне ОРВИ, может быть вызван вирусами. Использование секретолитических препаратов сегодня входит в обязательную схему лечения синуситов, целесообразность их назначения подтверждается практикой.

Классическим представителем данной группы препаратов является Синупрет. Он снижает вязкость секрета за счет стимуляции секреторных клеток слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Общими фармакологическими свойствами экстрактов

растений, входящих в состав этого средства, являются способность эффективно регулировать секрецию, нормализовать вязкость слизи, устранять мукостаз и восстанавливать мукоцилиарный клиренс. Регуляция секреции осуществляется афферентным парасимпатическим путем (вагусный гастропульмональный рефлекс).

Синупрет уменьшает отек слизистой оболочки полости носа и облегчает эвакуацию секрета из околоносовых пазух. Другим аспектом его лечебного эффекта является способность повышать активность реснитчатого эпителия и ускорять отхождение секрета из верхних дыхательных путей. Отдельные компоненты Синупрета имеют иммуностимулирующую и противовирусную активность, а также потенцируют действие антибиотиков. Цветы первоцвета и трава вербены, входящие в состав препарата, предупреждают репликацию вирусов гриппа А, парагриппа, а также респираторно-синтициального вируса (А.С. Лопатин, 2000; R. Marz, C. Ismail, M. Popp, 1999; C. Ismail, 2005).

Помимо этого, Синупрет нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей в отношении экзогенных и эндогенных повреждающих факторов, оказывая положительный эффект на иммунную систему, стимулирует высвобождение интерлейкина-1 и 6, простагландина E2; усиливает нейтрофильный фагоцитоз. Под его действием увеличивается уровень Т-хелперов (Д.И. Заболотный и соавт., 1994).

К проведению исследования эффективности и безопасности препарата Синупрет подтолкнул клинический случай.

Пациент К., 28 лет, обратился за помощью с жалобами на нарушение общего состояния, головную боль, затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение обоняния. Заболевание началось неделю назад с симптомов обычной ОРВИ, после незначительного улучшения развилось вышеописанное состояние. Во время первого приема пальпация и перкуссия в проекции передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух была безболезненной. При передней риноскопии обнаружена гиперемия, отечность слизистой оболочки полости носа, обильные гнойные выделения в среднем и общем носовых

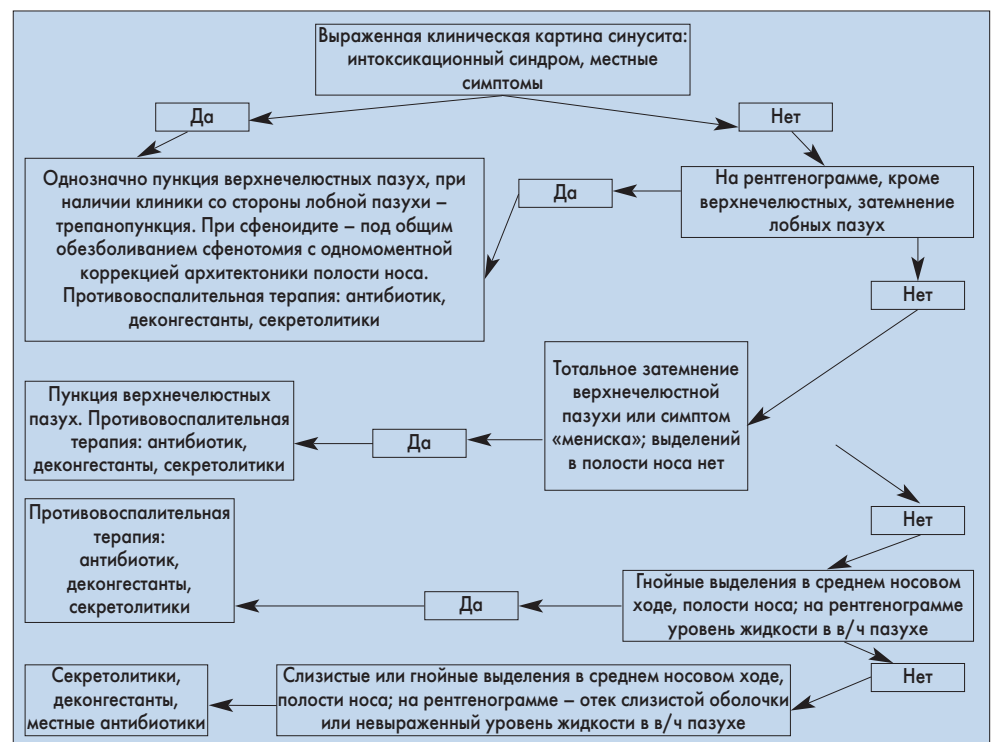


Рис. 1. Алгоритм лечения острого гайморита



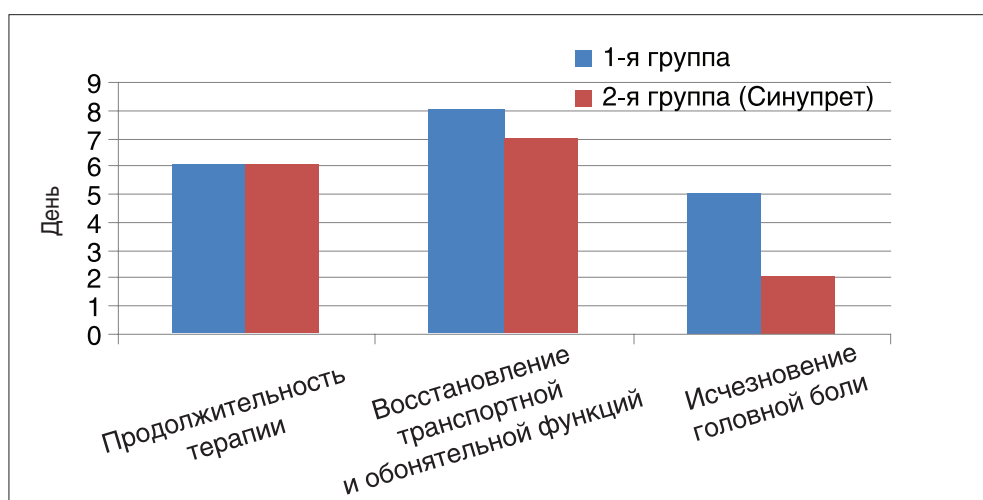


Рис. 2. Сравнение эффективности терапии в исследуемых группах

ходах с обеих сторон, искривление носовой перегородки влево в хрящевом отделе. Со стороны других ЛОР-органов видимой патологии не выявлено. Поставлен предварительный диагноз «Острый двусторонний гнойный гайморит», который впоследствии был подтвержден рентгенографией околоносовых пазух в прямой проекции. На снимке затемнены пазухи решетчатого лабиринта и четко выражены уровни жидкости в верхнечелюстных пазухах с обеих сторон. Также был взят мазок из полости носа для определения микрофлоры. Пациенту была предложена пункция верхнечелюстных пазух и назначено противовоспалительное лечение: амоксициллин/клавуланат, сосудосуживающие капли в нос, нестероидный противовоспалительный препарат, антибактериальный спрей в нос. При проведении пункции из обеих пазух получено густое гнойное отделяемое объемом примерно 8-10 мл; соустья хорошо проходимы, объем пазух примерно 14 мл.

На повторном приеме через сутки единственной жалобой пациента было обильное выделение слизи в носоглотку. Общее состояние значительно улучшилось, головная боль исчезла, обоняние восстановилось. Во время второй пункции объем пазух увеличился до 18 мл каждая, соустья хорошо проходимы, содержимое пазух – густая слизь объемом по 10 мл с каждой стороны.

Вначале этот факт не показался нам необычным, но насторожило то, что после 7-дневного курса антибактериальной терапии и четырех пункций количество слизи при промывании верхнечелюстных пазух не уменьшилось. Все симптомы заболванья исчезли, даже ощущение стекания слизи в носоглотку. Результатом посева на микрофлору стало обнаружение на слизистой оболочке полости носа *Moraxella catarrhalis*, чувствительной к амоксициллину и гентамицину, тогда как в посевах содержимого верхнечелюстной пазухи рост микрофлоры отсутствовал. Было принято решение отменить все препараты и назначить секретолитик. После пятой пункции объем слизи, полученной при промывании верхнечелюстных пазух, уменьшился почти вдвое, а во время шестой пункции содержимого обнаружено не было.

Таким образом, продолжительность лечения составила 11 дней. В адекватности антибиотикотерапии в данном случае сомнений нет: во-первых, клинические симптомы почти полностью исчезли через 2 дня; во-вторых, микробиологическое исследование показало высокую чувствительность возбудителя к назначенному препарату; в-третьих, при второй пункции в верхнечелюстных пазухах гноя уже не было. Не совсем понятна неэффективность наиболее эффективного способа лечения гнойного гайморита – пункции.

Целью исследования было доказать, что при относительно легком течении острого синусита альтернативой пункции верхнечелюстной пазухи может быть консервативное лечение с применением секретолитиков.

Под наблюдением находились 60 пациентов (из них 34 мужчины) в возрасте от 18 до 60 лет с острым гнойным двусторонним гайморитом. Всем пациентам было проведено

общеклиническое и специальное исследование, которое включало рентгенографию околоносовых пазух, исследование транспортной и обонятельной функций слизистой оболочки полости носа. Все участники исследования предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение обоняния, незначительную периодическую головную боль, периодическое повышение температуры тела до 37,5 °С. При передней риноскопии у всех пациентов была гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, наличие гнойных выделений в среднем и общем носовых ходах с обеих сторон; у 34 больных имело место искривление носовой перегородки в хрящевом и костном отделах, у 12 – в хрящевом; у 11 участников обнаружен шип носовой перегородки в костном отделе. У всех пациентов было выявлено нарушение обонятельной функции I-II ст.; результаты сахаринового теста составили 20-25 мин. При анализе результатов рентгенографии у всех пациентов было затемнение верхнечелюстных пазух, причем у 25 из них наблюдался уровень жидкости, у 14 – отек слизистой оболочки, у 6 – симптом «мениска» и у 5 – тотальное затемнение пазухи.

Все пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 30 человек, которым была проведена пункция верхнечелюстных пазух и назначено противовоспалительное лечение: пероральный антибиотик, деконгестант, местный антибиотик в виде назального спрея. Во 2-ю группу вошли 30 пациентов, которые отказались от проведения пункции; им была назначена противовоспалительная терапия: пероральный антибиотик, деконгестант, местный антибиотик, секретолитик Синупрет.

Статистически значимых различий в продолжительности и эффективности лечения выявлено не было (рис. 1). В среднем продолжительность терапии как в 1-й, так и во 2-й группе составила 6 дней. Восстановление транспортной и обонятельной функций в 1-й группе произошло в среднем на 8-й день, во 2-й – на 7-й день. Головная боль во 2-й группе исчезла в среднем на 2-й день после начала лечения, в то время как в 1-й – на 5-й день и была преимущественно обусловлена неприятными ощущениями после пункции (рис. 2).

По итогам наблюдений за последние 10 лет в нашей клинике принят алгоритм лечения острого гайморита (рис. 1).

Таким образом, в схемы лечения острых синуситов необходимо включать секретолитики. При выборе препарата следует отдавать предпочтение лекарственным средствам растительного происхождения, характеризующимся хорошим профилем безопасности и минимальным риском развития побочных эффектов, оказывающим иммуномодулирующее влияние и потенцирующим действие антибиотиков, что позволяет сократить длительность антибиотикотерапии.

Исходя из полученных данных проведенного нами исследования, мы не обнаружили существенных достоверных различий в лечении с пункциями и без них, но с применением секретолитика Синупрета. Это позволяет нам сделать вывод о том, что возможно ведение больных, страдающих синуситами, безпункционным методом лечения с применением секретолитика Синупрет.



# 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 нежитю 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, окремих вхід  
тел.: 8 (044) 296-22-03 (04:05) факс: +38 (044) 451-83-09  
e-mail: office@bionorica.com.ua

**BIONORICA**  
The phytonceering company