

## ФИТОПРЕПАРАТ СИНУПРЕТ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

И.Г. Колбанова, М.А. Панякина, В.М. Свистушкин,  
А.Ю. Овчинников, Г.Н. Никифорова, С.И. Овчаренко  
Кафедра болезней уха, носа и горла ММА им. И.М. Сеченова, Москва

### Актуальность проблемы

Хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух остаются наиболее распространенными патологическими состояниями верхних дыхательных путей, несмотря на значительные успехи современной медицины в их лечении и диагностике.

Нос и околоносовые пазухи (ОНП) — первый основной физиологический барьер и фильтр, защищающий органы дыхания от болезнетворного воздействия различных факторов внешней среды, и первый отдел дыхательной системы, реагирующий на это воздействие развитием местных инфекционно-воспалительных или аллергических реакций, распространяющихся на всю дыхательную систему.

В настоящее время синусит является одним из наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов. Так, в России на долю больных синуситами приходится 20–30 % госпитализаций в ЛОР-отделения, а в США, согласно данным Национального центра по статистике болезней, синуситы — самые распространенные хронические заболевания среди всех нозологий. Доля гайморитов в структуре синуситов составляет 56–73 %, причем тенденции к ее уменьшению не наблюдается — наоборот, в последние годы заболеваемость растет ежегодно на 1,5–2,0 %. Проблема инфекционных воспалений ОНП выходит за рамки оториноларингологии и тесно связана с бронхолегочной патологией, аллергизацией организма, изменениями в местном и гуморальном иммунитете.

В ОНП на фоне отека слизистой оболочки или разрастания полипозной ткани закрываются естественные соустья и, как следствие, происходит застой секрета слизистых желез, изменяется рН, нарушается обмен веществ в слизистой оболочке, расстраивается функция мерцательного эпителия (МЭ), активируется условно-патоген-

ная микрофлора в связи с изменением привычной среды обитания. При закрытии соустья пазухи нарушается ее воздухообмен, уменьшается, а затем полностью прекращается поступление воздуха в просвет пазухи, в ней снижается удельное содержание кислорода, что приводит к угнетению функции МЭ. Таким образом, создается порочный круг формирования синусита.

Кроме того, воспалительный процесс приводит к существенным изменениям МЭ слизистой оболочки носа и ОНП: от обратимой остановки или задержки мерцательных движений до глубоких необратимых дегенеративных изменений и метаплазии МЭ в многослойный плоский. Нарушения функции МЭ возникают и в условиях специфической сенсibilизации. Иногда можно наблюдать полную гибель МЭ, хотя при благоприятных условиях и адекватно проведенной терапии можно рассчитывать на полную регенерацию мерцательных структур слизистой оболочки и восстановление мукоциллиарного транспорта. В ОНП наряду с эвакуацией происходит и абсорбция их содержимого. Слизистая оболочка пазух способна активно резорбировать газообразные вещества, пары, микрокапсулы величиной не более 5 мк, аллергены производственной, домашней, грибковой и другой природы, а также их токсины. Интенсивность процессов всасывания указанных выше продуктов во многом зависит от активности МЭ, определяющей время пребывания этих веществ на том или ином участке слизистой оболочки. Таким образом, морфо-функциональная структура слизистой оболочки ОНП не только определяет состояние этих анатомических структур, но и в значительной степени влияет на состояние других систем организма, в первую очередь бронхолегочной.

Негативное влияние гнойного риносинусита на бронхолегочный аппарат может быть объяснено, во-первых,

токсическим действием самого гнойно-воспалительного процесса в пазухах на другие структуры организма; во-вторых, отсутствием нормального носового дыхания, что, естественно, отрицательно сказывается на состоянии бронхолегочной системы; в-третьих, снижением иммунитета и дополнительной сенсibilизацией организма под влиянием гнойного воспаления. Перечисленные выше обстоятельства делают весьма актуальной проблему купирования гнойных воспалительных процессов в ОНП, особенно у больных бронхиальной астмой.

Факторами, предрасполагающими к возникновению синуситов, являются хронические заболевания носа и носоглотки. Существенную роль играют также переохлаждение, злоупотребление местными сосудосуживающими средствами, некоторые профессиональные вредности, особенно воздействие на слизистую оболочку различных видов пыли.

Более половины всех синуситов у взрослых приходится на поражения верхнечелюстной пазухи, что связано с анатомо-физиологическими особенностями, включая высокое расположение естественного соустья, соединяющего пазуху с полостью носа, и с обусловленным этим нарушением вентиляции и оттока содержимого из пазухи даже при незначительном отеке слизистой оболочки в области соустья.

Традиционным методом консервативного лечения синуситов остается системная антибиотикотерапия, которая при правильно выбранном препарате позволяет в ряде случаев отказаться от дренажно-пункционной методики лечения. Однако на практике все чаще встречаются ситуации, когда назначение синусита осложняется у больных с непереносимостью антибиотиков. И таких пациентов становится все больше. С одной стороны, это связано с увеличением аллергической нагрузки

на организм, с другой – неаллергические факторы, которые потенцируют действие аллергенов (например, большая загазованность крупных промышленных городов, курение, все более широкое применение различных химических иммуотропных веществ), усиливают аллергический ответ на этапе сенсибилизации, изменяя структуру заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями. Также изменилась иммунологическая реактивность населения, появились так называемые транзиторные иммунодефицитные состояния, на фоне которых легко развиваются острые и хронические инфекционно-воспалительные заболевания. Все вышеизложенное заставляет оториноларингологов искать новые эффективные и безопасные способы лечения синуситов.

С глубокой древности с лечебной целью используются растения. Многовековой опыт человека из поколения в поколение совершенствовался и обогащался новыми наблюдениями по применению лекарственной флоры. Ученые – ботаники, биологи, медики, химики – дополнили народные наблюдения, что позволило дать научное обоснование практическому использованию многих лекарственных средств. С 1806 г., когда немецкий аптекарь Сертюрнер впервые выделил в чистом виде алкалоид морфин из опия, который получают из снотворного мака, началось выделение из растений алкалоидов, гликозидов и других действующих начал в чистом виде. Химический состав и лечебные свойства значительного числа лекарственных растений были познаны и, как выражаются философы, стали “вещью для нас”. Но имеется очень много растений, химический состав которых, а также лечебные и другие полезные свойства окончательно не изучены, не познаны, и которые остаются “вещью в себе”.

Лекарственные растения широко применяются при различных заболеваниях как в традиционной, так и народной медицине. Лечебные свойства растений определяются наличием в них разнообразных по своему составу

и строению химических веществ (алкалоидов, гликозидов, сапонинов, витаминов, ферментов, органических кислот, дубильных веществ, эфирных масел и др.), обладающих фармакологическим действием на организм человека или причину заболевания. Эти вещества принято называть “действующими началами”. В зависимости от химической природы действующего начала лекарственные растения могут вызывать самые разнообразные терапевтические эффекты.

Немецкая компания BIONORICA AG более 70 лет назад разработала комбинированный препарат Синупрет на основе лекарственных растений. В его состав входят такие лекарственные компоненты, как цветы первоцвета, трава шавеля, цветки бузины, трава вербены, корень генцианы. Бузина издавна применяется в медицине для лечения заболеваний дыхательных путей. Препарат Синупрет имеет длительную историю клинического применения в лечении риносинуситов. Мы остановили свое внимание на этом лекарственном средстве, чтобы оценить его возможность эффективно купировать острые и хронические воспалительные процессы у больных с непереносимостью антибиотиков.

Синупрет эффективно регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи, устраняет мукостаз и восстанавливает мукоцилиарный клиренс. Уменьшение вязкости секрета происходит за счет стимуляции секреторных клеток слизистой оболочки верхних дыхательных путей, вырабатывающих нейтральные мукополисахариды. Синупрет оказывает противоотечное и противовоспалительное действие на слизистую оболочку, уменьшая таким образом отек в области соустьев ОНП. Кроме того, этот препарат обладает иммуномодулирующим и противовирусным действием, что достаточно важно, учитывая тот факт, что началом практически любого воспаления слизистой оболочки носа и пазух является вторжение вирусной инфекции. Нередко вирусная инфекция персистирует. Клинически персистенция вирусной инфекции выражается в хроническом катаральном воспалении слизистой оболочки. В ее клетках обнаруживаются антигены ви-

Таблица 1. Фармакологические эффекты растительных компонентов Синупрета

Действие	Компонент				
	корень генцианы	цветки первоцвета	трава шавеля	цветки бузины	трава вербены
Секретолитическое	+	+	+	+	+
Противовоспалительное		+	+	+	+
Противовирусное		+			+
Иммуномодулирующее			+		

Таблица 2. Изменение характера отделяемого из полости носа в 1 группе пациентов

Характер отделяемого	Дни				
	0	3	5	7	14
Гнойное	6	5	5	4	3
Слизисто-гнойное	11	8	4	5	4
Слизистое	8	12	11	4	4
Отделяемого нет			5	12	14

Таблица 3. Результаты ринопневмоманометрии в динамике лечения

Характер носового дыхания	Дни				
	1 группа		2 группа		
	0	7	14	0	14
Затруднено	25	6	4	20	0
Незначительно затруднено	0	6	5	0	7
Свободно	0	13	16	0	13

Таблица 4. Средние показатели мукоцилиарного транспорта в начале и конце лечения

1 группа		2 группа	
день 0	день 14	день 0	день 14
18,25 минут	14,66 минут	19,45 минут	15,75 минут

руса, что достаточно убедительно показано в ряде научных исследований.

Синупрет выпускается в форме драже и раствора для перорального применения. Данные о фармакологическом действии его основных компонентов представлены в *табл. 1*.

Цель настоящего исследования — определить терапевтическую эффективность Синупрета в лечении острого и обострения хронического синусита у больных с непереносимостью антибиотиков.

## Материалы и методы

Для решения поставленной задачи мы пролечили две группы больных. В первую группу вошли 25 больных (11 женщин и 14 мужчин) в возрасте 17–56 лет, страдавших острым гайморитом или обострением хронического гайморита, у 9 из которых в анамнезе указана непереносимость антибиотиков. Начало терапии соответствовало первым 3 дням с момента появления клинических симптомов заболевания. Больные получали лечение в виде монотерапии препаратом Синупрет по 50 капель 3 раза в день перорально. Продолжительность курса лечения составила 14 дней.

Во 2 группу вошли 20 больных полипно-гнойным риносинуситом (ПГРС) необтурирующей степени в сочетании с бронхиальной астмой легкого и среднетяжелого течения, имевших противопоказания к назначению антибиотиков (8 женщин, 12 мужчин, в возрасте 19–65 лет). Всем больным этой группы проводилось комплексное лечение, включавшее интраназальные глюкокортикостероиды (мометазона фуолат по 200 микрограмм 2 раза в день), фитопрепарат Синупрет по 50 капель 3 раза в день и антигистаминный препарат III поколения фексафенодин по 120 мг 1 раз в сутки. Курс лечения длился 14 дней.

Состояние здоровья больных контролировали во время входного обследования (день 0), а также на 3, 5, 7 и 14 дни при остром и обострении хронического синусита. При ПГРС повторный контроль состояния здоровья пациентов осуществляли на 3, 10 и 14 дни. Во время визитов больным проводили тщательное оториноларингологиче-

ское обследование, включавшее стандартный осмотр, динамическое проведение ринопневмометрии, рентгенологическое исследование околоносовых пазух, микробиологическое исследование отделяемого из полости носа, исследование мукоциллиарного транспорта, а также, при необходимости, консультацию пульмонолога и контроль функции внешнего дыхания. Результаты регистрировались в специально разработанной карте. Динамика клинических проявлений оценивалась по специально разработанной системе баллов. Учитывались такие симптомы, как головная боль, недомогание, затруднение носового дыхания, выделения из носа. Об эффективности лечения также свидетельствовали динамика мукоциллиарного клиренса и показатели ринопневмометрии. Проводили также эндоскопию полости носа, рентгенологическое исследование или компьютерную томографию околоносовых пазух.

## Результаты исследования

До начала лечения у всех больных 1 группы при передней риноскопии были отмечены выраженная гиперемия слизистой оболочки полости носа и патологическое отделяемое: у 11 пациентов — слизисто-гнойное, у 6 — гноное, у 8 — слизистое (*табл. 2*).

Приведенные данные убедительно свидетельствуют о стабильном уменьшении числа больных с гноным и слизисто-гнойным отделяемым и дают основание говорить о терапевтической эффективности препарата Синупрет. В целом положительный клинический эффект наблюдался у 18 из 25 больных (*рис. 1*).

У всех пациентов 2 группы до начала лечения при передней риноскопии наблюдалось гноное отделяемое. К 3 дню лечения у 3 больных оно приобретало слизисто-гнойный характер, а у 17 — осталось гноным. К концу лечения (14 день) отделяемого не было у 4 пациентов. У 7 больных на фоне про-

Рис. 1. Изменение характера отделяемого из полости носа в 1 группе пациентов

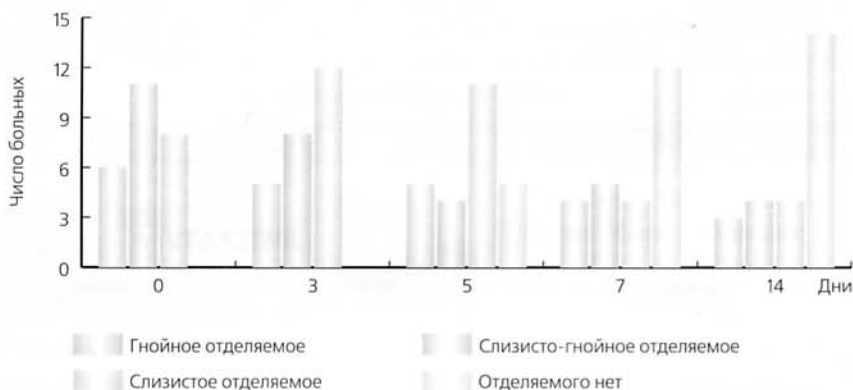
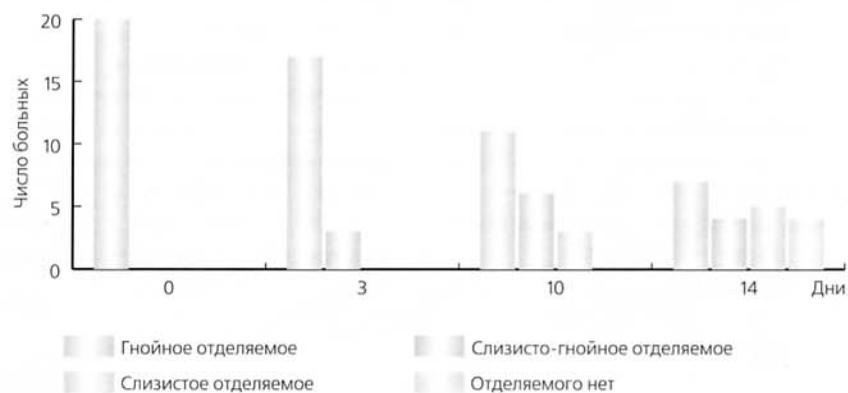


Рис. 2. Изменение характера отделяемого из полости носа во 2 группе пациентов



димого лечения положительной динамики не наблюдалось. В целом положительный клинический эффект был отмечен у 13 из 20 пациентов (рис. 2).

Побочных эффектов, требовавших отмены лечения, в нашем исследовании отмечено не было.

У большинства пациентов в результате лечения значительно уменьшились размеры полипов, что привело к улучшению носового дыхания.

Изменений микробного пейзажа под влиянием препарата Синупрет не регистрировалось.

Большое значение для оценки степени обструкции полости носа играет

объективный количественный метод — ринопневмоманометрия. Результаты этого исследования (табл. 3) демонстрируют улучшение носового дыхания у значительного числа больных обеих групп.

Оценка состояния мукоцилиарного клиренса с помощью сахаринового теста также демонстрирует эффективность лечения больных обеих групп (табл. 4).

Проведенное нами исследование свидетельствует о достаточной лечебной эффективности фитопрепарата Синупрет при условии как можно более раннего начала его применения у

больных острым или обострением хронического синусита. Синупрет продемонстрировал свою терапевтическую эффективность в случаях непереносимости антибактериальных препаратов и наличии противопоказаний к их приему, что позволяет рекомендовать использование этого препарата у данной категории больных. Комбинированное применение Синупрета с топическими глюкокортикостероидами и антагонистами  $H_1$ -гистаминовых рецепторов способствует ослаблению клинических проявлений при полипозно-гнояном риносинусите.

## РЕФЕРАТ

### Фитопрепарат Синупрет в лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух

Хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух остаются наиболее распространенными патологическими состояниями верхних дыхательных путей, для лечения которых традиционно используются антибиотики. Однако нередки ситуации, при которых антибактериальные препараты не могут применяться из-за непереносимости. В этих случаях возможно применять фитопрепараты, в частности Синупрет, оказывающий комплексное секретолитическое, противовоспалительное, противовирусное и иммуномодулирующее действие. Представле-

ны результаты применения Синупрета в качестве монотерапии у 25 больных, страдавших острым гайморитом или обострением хронического гайморита и 20 пациентов с полипозно-гнояным риносинуситом (в комбинации с мометазоном и фексафенодином). У большинства больных имела место непереносимость антибиотиков. Полученные данные свидетельствуют о достаточной лечебной эффективности фитопрепарата Синупрет при условии как можно более раннего начала его применения у больных острым или обострением хронического синусита. Синупрет способствует и ослаблению клинических проявлений при полипозно-гнояном риносинусите. Это позволяет рекомендовать его использование у больных синуситами с непереносимостью антибиотиков.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей // *Российская ринология*. 1993. № 1. С. 40–46.
2. Григорян М.А., Дунайвицер Б.И., Берберли М.С. О связи патологии верхних дыхательных путей с бронхиальной астмой и хроническими нагноительными процессами в легких. 4 Всероссийский съезд оториноларингологов: сборник тезисов. 1978. С. 475–476.
3. Европейское руководство по клинической оценке противоинфекционных лекарственных средств. Пер. с англ. Смоленск. 1996. С. 93–97.
4. Жолобов В.Т. Лечение синусита и его осложнений у взрослых и детей // *Российская ринология*. 1994. № 2 прилож. С. 61–62.
5. Карал-Оглы Р.Д. Лечение воспалительных заболеваний верхнечелюстных и лобных пазух. Кишинев. 1987. С. 120.
6. Костиленко В.М. Эпителий и лимфоциты слизистой оболочки носа и придаточных пазух носа человека // *Иммунология*. 1985. Т. 105. С. 22–125.
7. Ланцов А.А., Лавренова Г.В., Шлопов В.Г. и др. Морфологические аспекты рецидивирующих синуситов // *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*. 1991. № 2. С. 38–40.
8. Мунинов А.И., Мирзарасулев М.Р. Клиника, диагностика и лечение хронического гайморита у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких // *Вестник оториноларингологии*. 1984. № 5. С. 49–52.
9. Мунинов А.И., Плужников М.С., Рязанцев С.В. Патология носа и околоносовых пазух при заболеваниях легких. 1987. С. 235.
10. Овчинников А.Ю., Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Панякина М.А. Комбинированное медикаментозное лечение больных острым и хроническим гайморитом. Тезисы Российской научно-практической конференции «Опыт лечебной работы в оториноларингологии» М., 2003. С. 129–130.
11. Овчинников А.Ю., Панякина М.А., Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н. Возможности безпуночного лечения гнойных гайморитов // *Российская оториноларингология*. 2004. № 3 (10). С. 150–152.
12. Овчинников Ю. М., Свистушкин В.М. Механизмы патогенеза воспаления органов дыхательного тракта и некоторые аспекты медикаментозной коррекции // *Российская ринология*. 1999. № 1. С. 10–12.



17 [94]  
2004



**КОРОТКИЕ КУРСЫ  
АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ**

**СОВРЕМЕННЫЕ  
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ  
ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**ЛЕЧЕНИЕ СИНЕГНОЙНОЙ  
ИНФЕКЦИИ**

**ПРОФИЛАКТИКА  
И ЛЕЧЕНИЕ  
ГЕНИТАЛЬНОГО  
ГЕРПЕСА**

**ИНГАЛЯЦИОННЫЕ  
ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ  
В ПУЛЬМОНОЛОГИИ**