

2. Колядицкая Е.А. Цитологические особенности носового секрета при гриппе и сезонных катаррах дыхательных путей // Журн. микробиол.—1947.—№6.—С. 40-55.
3. Meltzer E.O., Charous B.L., Busse W.W. et al. Adder relief in treatment of acut recurrent sinusitis with adjunctive mometasone furoate nasal spray // J. Allergy Clin. Immunol.—2000.—Vol.106.—P. 630-637.
4. Meltzer E.O. Intranasal corticosteroids in the treatment of rhinosinusitiss // Family Practive Recertification.—2002.—Vol.24, N1.—P. 26-32.
5. Pelikan Z. The role of allergy in sinus disease / In: Gershvin M.E., Jncuado G.H., eds. // Diseases of the Sinuses.—Totowa, NJ: Humana Press, 1996.—P. 97-165.

УДК: 616.216-002-085.235

«СИНУПРЕТ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Е.Г. Шахова, Т.В. Малова

*Волгоградский государственный медицинский университет
(Зав. каф. оториноларингологии — доц. Е.Г. Шахова)*

Увеличивающийся с каждым годом процент острой и хронической патологии околоносовых пазух в общей заболеваемости требуют значительных расходов здравоохранения, связанных с современными методами лечения, особенно с использованием новых дорогостоящих антибиотиков [1].

Эффективность лечения во многом определяется комплексностью терапии, которая для большинства заболеваний дыхательных путей должна быть направлена на улучшение естественного дренажа пазух. Ключевой проблемой как при остром, так и при хроническом воспалении околоносовых пазух является изменение количества, качества и транспорта слизи в узких и сложных анатомических структурах, особенно в так называемом остиеомеатальном комплексе, передних и задних околоносовых синусов [2].

В нормальных физиологических условиях слизь, продуцируемая в полости носа и параназальных синусах, транспортируется в носоглотку. Эффективность такого мукоцилиарного транспорта зависит от многих факторов, среди которых состав слизи (влияющий на ее физические свойства), буферные свойства слизи, а также частота и координированность сокращений ресничек.

Взаимосвязь физических и биологических составляющих этого защитного механизма делает его чрезвычайно сложным. Поэтому эффективное функционирование данного механизма может быть легко нарушено воспалительными процессами, вызванными прямым действием инфекционного агента или непрямым действием эндогенных токсических веществ, а также изменениями рН либо механическими факторами (например, отеком слизистой) [5].

Физиологически важное мукоцилиарное очищение определяется степенью активности ресничек мерцательного эпителия и реологическими характери-

ками слизи. В норме каждая реснитчатая клетка имеет от 50 до 200 ресничек длиной 5–8 мкм, частота движения ресничек — 10–15 взмахов в минуту. Скорость продвижения слизи по воздухоносным путям достигает 4–10 мм/с, т. е. время активного контакта не превышает 0,1 секунды, что практически делает невозможным адгезию бактерий и вирусов слизистой оболочкой, а также их внутриклеточное проникновение. Энергия движения ресничек обеспечивается АТФ, расщепляющейся динеином, механизм действия которого сходен с миозином [2]. Многие мукоактивные препараты (так называемая секретомоторная группа — ацетилхолин, атропин, симпатомиметики, метилксантины) способны усиливать эти механизмы, увеличивать двигательную активность мерцательного эпителия респираторного тракта и среднего уха. Изменения температуры окружающей среды, рН слизи, вдыхание ирритантов, табачного дыма (в том числе пассивное курение) приводят к снижению или остановке функции мукоцилиарного клиренса.

В условиях воспаления, в первую очередь, наблюдается остановка мукоцилиарного транспорта в наиболее узких местах: выводных отверстиях околоносовых пазух (их диаметр не превышает 2–3 мм) или их предкамер, слуховой трубы (из-за смыкания соприкасающихся поверхностей различных анатомически узких отделов). Это ведет к застою и неизбежному размножению микрофлоры, а нередко к дистрофии и атрофии мерцательного эпителия [6, 7].

В последние годы в лечении острых и обострении хронических синуситов, помимо традиционной антибактериальной, противовоспалительной, противоотечной терапии, большое внимание уделяется секретомоторной и секретолитической терапии.

Альтернативой синтетическим секретолитическим препаратам может служить препарат растительного происхождения «Синупрет».

Синупрет является комбинированным препаратом растительного происхождения. Препарат, изготовленный из экологически чистого сырья, содержит широкий спектр биологически активных веществ:

- корень генцианы – горечи;
- цветы первоцвета – сапонины и флавоноиды;
- трава шавеля – эмодин, шавелевую кислоту, флавоноиды;
- цветы бузины – стеролы, тритерпены, флавоноиды;
- трава вербены – биофенолы, вербеналин.

Эти растительные компоненты оказывают муколитическое, отхаркивающее и противовоспалительное действие, что способствует разжижению экссудата и уменьшению отека слизистой оболочки.

Общими фармакологическими свойствами растений, входящих в состав *Синупрета*, являются:

- способность блокировать фазу экссудации,
- уменьшать явления сенсибилизации и
- снижать проницаемость сосудистой стенки.

Кроме того, цветы первоцвета повышают активность реснитчатого эпителия и ускоряют эвакуацию секрета из дыхательных путей, обладая также и некоторым спазмолитическим действием.

Синупрет регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи – ликвидируя мукостаз в околоносовых пазухах. Он обладает противоотечным действием. Все это ведёт к усиленной эвакуации секрета из околоносовых пазух, что является доминирующим фактором в лечении воспалительных синуситов. *Синупрет* нормализует защитные свойства эпителия дыхательных путей за счёт улучшения реологических свойств экссудата, а также обладает иммуномодулирующей активностью [3].

Цель исследования – оценить эффективность препарата *Синупрет* в комплексной терапии больных острым и хроническим синуситом.

Материал и методы.

На кафедре оториноларингологии ВолГМУ проведено клиническое исследование терапевтической эффективности препарата *Синупрет* у пациентов с различными формами синусита.

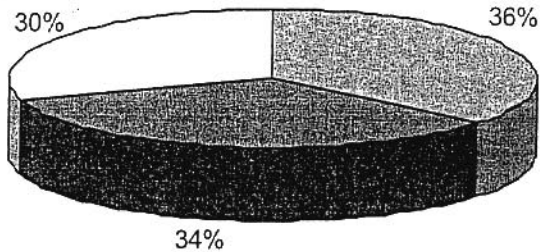
Комплекс терапевтических мероприятий у больных основной группы включал Синупрет, антибактериальную терапию (чаще всего использовались цефалоспорины, макролиды, линкомицин), деконгестанты (нафтизин, назол, раствор адреналина), десенсибилизирующие препараты (тавегил, кларитин), пункции верхнечелюстных пазух. *Синупрет* назначали по 15 капель 3 раза в день детям до 6 лет, по 25 капель 3 раза в день детям школьного возраста и 50 капель взрослым 3 раза в день в течение 7–14 дней.

Пациенты контрольной группы Синупрет не получали.

Под наблюдением находились 50 (100%) пациентов в возрасте от 5 до 50 лет, из них 25 (50%)

дети 5–15 лет, с острыми и хроническими заболеваниями околоносовых пазух. Обострение хронического синусита диагностировали у 18 (36%) больных, у 17 (34%) – острый гнойный синусит, у 15 (30%) – острый катаральный синусит.

Для оценки клинической эффективности препарата была изучена контрольная группа пациентов с аналогичной патологией из 50 человек: 25 (50%) дети 5–15 лет. Критерием исключения из исследования явилась индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.



- обострение хронического синусита
- острый гнойный синусит
- острый катаральный синусит

Рис. 1. Характеристика пациентов основной группы.

С целью оценки результатов лечения была использована шкала балльной оценки клинических симптомов заболевания и функционального состояния слизистой оболочки полости носа до начала лечения и по окончании курса терапии. Критерии оценки терапевтической эффективности включали количество выделений, степень затруднения носового дыхания, степень отека слизистой оболочки полости носа, наличие лихорадки, симптомов интоксикации (головная боль, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов и др.), данные рентгенологического обследования, тимпанометрии, воспалительные изменения в показателях периферической крови, состояние транспортной функции слизистой оболочки носа. Шкала балльной оценки терапевтической эффективности строилась на основе следующих показателей [4]:

- количество выделений из полости носа, определяемое по степени пропитывания бумажной салфетки, оценивали как 1 балл при их отсутствии, 2 балла – при умеренном количестве, 3 балла – при наличии обильного отделяемого;
- отсутствие затруднения носового дыхания (по субъективным ощущениям пациента) определялось как 1 балл, при умеренной степени – 2 балла, при выраженном затруднении – 3 балла;
- степень отека устанавливалась по риноскопической картине: при незначительной степени отека ставили 1 балл, при умеренной его степени – 2 балла, при выраженном отеке – 3;
- отсутствие лихорадки обозначалось как 1 балл, наличие субфебрильной температуры тела – как

2 балла, повышение температуры тела выше 37,5°C – как 3 балла;

— отсутствие симптомов интоксикации оценивалось в 1 балл, наличие умеренной выраженности этих симптомов – в 2 балла, выраженная степень интоксикации – 3 балла;

— пристеночное затемнение верхнечелюстных пазух квалифицировалось как 1 балл, наличие гомогенной завуалированности околоносовых пазух – 2 балла, гомогенное затемнение пазух или наличие уровня жидкости – 3 балла;

— отсутствие воспалительных изменений в показателях периферической крови – 1 балл, наличие умеренных изменений – 2 балла, выраженные изменения – 3 балла;

— состояние транспортной функции слизистой оболочки полости носа оценивалось сахариновым тестом: при I степени – 1 балл, при II степени – 2 балла, при III степени – 3 балла.

Общее состояние больного оценивалось путём суммирования баллов по шкале оценки при поступлении больного в стационар, на 3-й, 5-й, 7-й дни лечения и при выписке (Табл. 1).

Таблица 1.

Динамика оценки состояния больных синуситом в процессе лечения (в баллах)

День лечения	Основная группа	Контрольная группа
В день поступления	21,3 (± 0,71)	21,4 (± 0,82)
3	17,1 (± 0,34)	19,2 (± 0,52)
5	12,3 (± 0,41)	16,4 (± 0,28)
7	9,1 (± 0,33)	12,3 (± 0,41)

Анализ тимпанограмм показал нормализацию или улучшение показателей на 7-ой день лечения у 78% пациентов, получавших *Синупрет*, в контрольной группе – у 53%.

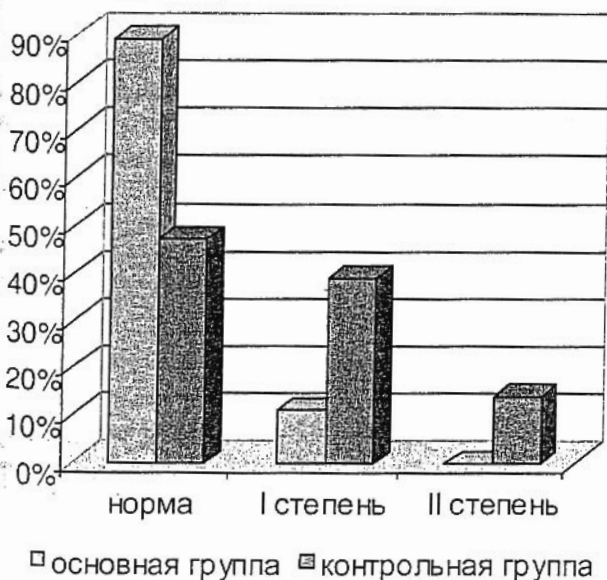


Рис. 2. Динамика мукоцилиарного клиренса.

Исследование по методу С.Б. Безшапочного (сахариновая проба) выявило у пациентов обеих групп нарушение транспортной активности мерцательного эпителия полости носа II степени. На 7-ой день терапии в основной группе у 89% наблюдали нормализацию мукоцилиарного клиренса, у 11% больных сохранялась I степень его нарушения. В контрольной группе нормализация функции мукоцилиарного клиренса определена у 47% больных, I степень нарушений – у 39%, у 14% – II степень (Рис. 2).

На фоне лечения *Синупретом* отмечались:

— субъективное улучшение носового дыхания;

— более выраженная динамика риноскопической картины (уменьшение отёчности полости носа, улучшение оттока отделяемого с последующим его уменьшением);

— нормализация времени мукоцилиарного транспорта у пациентов основной группы.

Полное клиническое и рентгенологическое выздоровление, а также купирование обострения наступало не позже 12-го дня от начала лечения. У больных с катаральной формой синусита не отмечено перехода воспаления в гнойную стадию. При применении препарата побочных и нежелательных действий не было.

Выводы:

Препарат *Синупрет*

- нормализует транспортную активность мерцательного эпителия полости носа;
- действует на слизистую оболочку противоотечно и противовоспалительно;
- восстанавливает дренаж и вентиляцию параназальных синусов;
- нормализует функцию слуховой трубы;
- улучшает результаты антибактериальной терапии.

Учитывая эффективность и безопасность *Синупрета*, целесообразно включение данного препарата в комплексную терапию острых и хронических синуситов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаращенко Т.И. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух // Рос. мед. журн. – 2001. – Т.9, №19. – С. 38-42.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – С. 75-78.
3. Рязанцев С.В., Захарова Г.П., Дроздова М.В. *Синупрет* в оториноларингологии // Рос. мед. журн. – 2001. – Т.9, №5. – С. 28-31.
4. Тарасова Г.Д. Опыт применения препарата *Синупрет* в России // Лечащий врач. – 2000. – №1. – С. 35-37.
5. Hajek M. The paranasal sinuses. Deuticke Verlag Leipzig. – Reprint 1997.
6. Marby RL Medical management of sinusitis. In: Rice DH? Schaefer SD (eds.). Endoscopic Paranasal Sinus Surgery 2nd ed: 95-104. Raven Press New York.
7. Naumann HH. 1978. Die Abwehrprinzipien der respiratorischen schleimhaut gegenüber Infekten (The defense principles of the respiratory mucosa with respect to infections) // HNO. – Vol.26, N12. – P. 397.