

Применение синупрета при остром синусите у детей

Г.Д. ТАРАСОВА

Sinupret in therapy of acute sinusitis in children

G.D. TARASOVA

Московский НИИ уха, горла и носа (дир. — проф. А.И. Крюков) МЗ РФ

Большинство воспалительных заболеваний ЛОР-органов сопровождается отеком и повышенным образованием слизи, которая нередко имеет вязкую консистенцию и сохраняется в течение длительного времени в очаге воспаления (особенно в полостях среднего уха и в околоносовых пазухах), препятствуя выздоровлению. Постоянное нахождение слизистого отделяемого в очаге воспаления нарушает функционирование мукоцилиарного аппарата слизистой оболочки ЛОР-органов, одновременно являясь питательной средой для роста и размножения микроорганизмов, что поддерживает течение патологического процесса.

Необходимым компонентом комплексного лечения таких заболеваний, как синусит, острый средний отит с экссудацией и хронический экссудативный средний отит, а также хронический гипертрофический фарингит с повышенной продукцией слизи, являются муколитики. Однако до настоящего времени в нашем арсенале имелись либо синтетические препараты (либексин, тусупрекс, бромгексин, ацетилцистеин и др.), либо сложные микстуры растительного происхождения, имеющие короткий срок годности.

Муколитический препарат синупрет производится фирмой «Бионорика» (Германия), используется за рубежом более 50 лет. Он имеет растительное происхождение и обладает рефлекторным секретолитическим механизмом действия. Синупрет нормализует вязкость слизи, устраняет мукостаз, тем самым восстанавливая мукоцилиарный клиренс [1].

Регуляция секреции осуществляется афферентным парасимпатическим путем по типу вагусного гастропульмонального рефлекса. Обладая противоотечным

и противовоспалительным действием на слизистую оболочку, синупрет восстанавливает дренаж и вентиляцию околоносовых пазух. Препарат также нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей против экзогенных и эндогенных повреждающих факторов, оказывает положительное воздействие на иммунную систему, стимулируя высвобождение интерлейкина 1 и 6, простагландина E_2 , усиливает нейтрофильный фагоцитоз. Кроме того, препарат (особенно входящие в его состав цветки примулы и трава вербены) обладает противовирусным действием, ингибируя рост вирусов гриппа А, парагриппа и респираторно-синцитиального.

Синупрет выпускается в универсальной пероральной жидкой форме, удобной для использования и взрослыми, и детьми, а также в виде драже для взрослых. В состав комбинированного жидкого препарата входит водно-спиртовой (19% объема) экстракт корня генцианы, цветков первоцвета (*Primula veris*) с чашечкой, травы щавеля и вербены, листьев бузины. Входящие в состав биологически активные вещества оказывают муколитическое, отхаркивающее и противовоспалительное действие, что способствует оттоку экссудата из полостей околоносовых пазух и среднего уха и уменьшению отека слизистой оболочки. Драже, покрытое сахарной оболочкой, содержит порошок из тех же растений в пропорции 1:3:3:3:3. В табл. 1 указана эффективность составляющих препарата синупрет.

Доза препарата для детей до 5 лет — 10–15 капель внутрь 3 раза в день, с 5 до 8 лет — 25 капель или 1 драже 3 раза в день, детям старшего возраста и взрослым назначают 50 капель или 2 драже 3 раза в сут.

Таблица 1. Эффективность составляющих препарата синупрет

Действие	Синупрет	Корень генцианы	Цветки примулы	Трава щавеля	Цветки бузины	Трава вербены
Секретолитическое	+	+	+	+	+	+
Ингибция бронхоконстрикции	+	+	+		+	+
Противовоспалительное	+			+		+
Иммуномодулирующее	+			+		+
Антивирусное	+		+			+

Детям синупрет дают, добавляя в чай, сок или растворяя в воде; можно капли употреблять и в неразведенном виде. Драже принимают внутрь не раскусывая, с небольшим количеством жидкости. Длительность применения препарата определяется клинической картиной и динамикой процесса. В среднем, учитывая возможности профилактического эффекта, продолжительность лечения составляет 3—4 нед. В связи с отсутствием противопоказаний препарат можно назначать без каких-либо ограничений как при заболевании, так и после медицинского вмешательства, сопровождающегося отеком, так как, по статистическим данным, за последние 13 лет число пациентов с непереносимостью препарата составило 17 из 2561 (0,66%).

Методика исследований

В ЛОР-отделении ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского проведено исследование терапевтической эффективности (ТЭ) муколитика синупрет, производимого фирмой «Бионорика» (Германия), при лечении больных с различными формами синусита. Комплекс используемого лечения, кроме синупрета, включал антибактериальную терапию (пероральную или парентеральную), при этом чаще всего использовались бета-лактамы антибиотики и линкомицин, деконгестанты, больным выполнялись пункции верхнечелюстных пазух. В основную группу вошли 35 детей с различными формами острого синусита в возрасте от 5 до 15 лет. 21 больной (12 мальчиков и 9 девочек) имел катаральную форму синусита. У 10 пациентов был односторонний процесс и у 11 — двусторонний, с гнойной формой синусита было 14 детей (7 мальчиков и 7 девочек). В 7 случаях наравне с двусторонним выявлено одностороннее поражение. Контрольную группу составили 20 больных того же возраста, комплекс их лечения был традиционным и не включал синупрет. Из них у 10 детей была катаральная форма, у 10 — гнойная.

Результаты исследования

Для оценки эффективности препарата синупрет была использована шкала оценки в баллах клинических симптомов заболевания и функционального состояния слизистой оболочки полости носа до начала лечения и по окончании курса. Критерии оценки ТЭ включали: количество выделений, степень затруднения носового дыхания и отека слизистой оболочки полости носа; наличие лихорадки и симптомов интоксикации (головная боль, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов и др.), данные рентгенологического обследования, наличие воспали-

тельных изменений в показателях периферической крови, состояние транспортной функции слизистой оболочки полости носа.

Все показатели оценивались по 3-балльной системе, при этом минимальная выраженность признака обозначалась 1 баллом, а максимальная — 3. Пристеночное затемнение верхнечелюстных пазух оценивали в 1 балл, наличие гомогенной завуалированности околоносовых пазух — в 2 балла, гомогенное затемнение пазух или наличие уровня жидкости — в 3 балла. Также в баллах выражались изменения в показателях периферической крови и транспортной функции слизистой оболочки полости носа. Общая оценка состояния больного при поступлении в стационар представляла собой сумму баллов. Таким же образом определяли состояние больного перед выпиской. Для оценки действия муколитика синупрета мы использовали разработанный нами индекс тяжести состояния (ИТС), который вычислялся методом деления суммы количества баллов, полученных при оценке общего состояния больного, на число больных в группе. В табл. 2 представлены индексы тяжести клинического состояния больных основной и контрольной групп до начала лечения и после него.

Как видно из табл. 2, ИТС больных основной и контрольной групп, независимо от формы синусита, был практически идентичной. Результативность лечения в основной группе была значительно выше, чем в контрольной. При сравнении значений ИТС с использованием критерия Стьюдента до и после лечения при катаральной форме синусита между наблюдаемой и контрольной группами получается достоверная разница, равная 2,5 ($p < 0,05$). Разница значения ИТС до и после лечения при гнойной форме синусита в основной и контрольной группах составила 3,1 и также явилась достоверной ($p < 0,05$). Таким образом, использование предложенного нами ИТС при оценке ТЭ синупрета дает возможность наглядно представить полученные результаты, которые могут подвергаться простой математической обработке для выяснения достоверности полученных различий.

Кроме критериев, отобранных нами для оценки ТЭ использования синупрета в лечении различных форм синусита, которые могли быть оценены по предложенной нами шкале в баллах, мы оценивали также такие показатели, как продолжительность выделений из полости носа и длительность пребывания больного на стационарном лечении (т.е. койко-день). Полученные при этом данные также подтвердили результаты, полученные при оценке в баллах выраженности клинических симптомов. Продолжительность ринореи в основной группе по сравнению с контрольной была короче, что соотносится с данными зарубежных ис-

Таблица 2. ИТС больных различными формами синусита до и после лечения (в баллах)

ИТС	Основная группа		Контрольная группа	
	катаральная форма (n=21)	гнойная форма (n=14)	катаральная форма (n=10)	гнойная форма (n=10)
До лечения	13,0	17,1	12,9	17,1
После лечения	9,6	9,6	10,8	11,7

следователей [2—4]. Число койко-дней в основной группе было меньше, чем в контрольной. При гнойной форме у детей в основной группе требовалось меньшее число пункций, чем в контрольной.

Следует отметить, что ряд детей как в основной, так и в контрольной группах имели сенсibilизацию к различным аллергенам, однако мы не наблюдали побочных эффектов при приеме препарата даже при сопутствующей аллергии и бронхиальной астме.

Мы использовали синупрет также при лечении больных с обострением хронического синусита, с хроническим экссудативным средним отитом и круглогодичным аллергическим ринитом.

Продолжительность катamnестического наблюдения составила от 3 до 10 мес. В течение этого периода нами не отмечено ни одного рецидива заболевания в основной группе ($n=35$) в отличие от контрольной ($n=20$), где диагностированы рецидивы синусита у 2 детей.

В результате нашего исследования показана достаточно высокая ТЭ синупрета и отсутствие рецидивов заболевания после лечения, что делает возможным

рекомендовать его как эффективное средство не только для лечения, но и для профилактики.

Таким образом, достоинствами и преимуществами препарата синупрет являются его растительное происхождение, хорошая переносимость, что делает его пригодным для долговременной терапии; эффективность при воспалении и отеке; снижение частоты обострений; возможность применения препарата в любом возрасте, включая грудных детей; большая длительность возможного хранения. Синупрет выпускается в удобных для возрастного дозирования формах (в таблетках и каплях); отсутствуют противопоказания для его применения; неизвестно нежелательных взаимодействий с другими препаратами.

Результаты проведенного нами исследования дают возможность рекомендовать синупрет для широкого и безопасного использования при лечении синусита в детском возрасте. Учитывая комплексное воздействие синупрета на организм больного острым синуситом, можно рекомендовать его использование с целью профилактики развития хронических форм заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Симонова О.И.* Синупрет при лечении хронического бронхита и хронического синусита у детей, больных муковисцидозом. *Клин фармакол и мед* 1998; 2: 82—84.
2. *Berghorn K., Langer W., Marz R.* Doppelblindstudie Sinupret Tropfen vs. Placebo auf Basis einer Therapie mit Antibiotikum und abschwellenden Nasentorfen bei akuter Sinusitis (N=128). Neumarkt: Bionorica GmbH 1991; 1—12.
3. *Neubauer N., Marz R.* Placebo-controlled, randomized double blind clinical trial with Sinupret Sugar coated tablets on the basis of a therapy with antibiotics and decongestant nasal drops in acute sinusitis. *Phytomedicine* 1994; 1: 177—181.
4. *Pape H.-G., Simm K.-J., Marz R.* Doppelblindstudie Sinupret vs. Mucosolvan mit/ohne Nasentorfen bei akuter Sinusitis (N=160). Neumarkt: Bionorica GmbH 1991; 1—18.

Поступила 11.05.99