



Современные подходы к лечению риносинусита: фокус на Синуфорте

Проблема острого и хронического риносинусита остается крайне актуальной в связи с неуклонным ростом заболеваемости и зачастую неоправданным назначением антибактериальных препаратов на фоне отсутствия четких критериев по многим вопросам диагностики и лечения данной патологии. На симпозиуме, посвященном рассмотрению альтернативных возможностей лечения риносинусита, эксперты представили доказательства эффективности и безопасности фитопрепарата Синуфорте, сопоставимые с таковыми традиционной схемы лечения.



Профессор, д.м.н.
В.В. Шилenkова

Острый риносинусит (ОРС) считается одним из наиболее распространенных показаний к назначению антибиотиков. Согласно данным профессора кафедры оториноларингологии Ярославского государственного медицинского университета, д.м.н. Виктории Викторовны ШИЛЕНКОВОЙ, в амбулаторных условиях антибиотики назначают 90% пациентов с острым риносинуситом, причем в 83% случаев необосно-

Как избежать антибиотикотерапии при остром риносинусите

ванно, в 48% случаев – не по показаниям¹.

Сказанное подтверждают и результаты проспективного канадского исследования (2007–2013 гг.), в котором количество назначений антибиотиков существенно превысило количество установленных диагнозов ОРС. Иными словами, антибиотики использовали при банальной вирусной инфекции².

Метаанализ (1998 г.) 27 рандомизированных контролируемых исследований с участием 2717 пациентов с ОРС или обострением хронического риносинусита продемонстрировал более высокую эффективность антибиотикотерапии по сравнению с плацебо в купировании клинических симптомов. В то же время более чем у 2/3 пациентов в группе плацебо отмечалось спонтанное разрешение заболевания либо улучшение общего состояния и уменьшение клинической симптоматики³.

В настоящее время выделяют три эндотипа ОРС: вирусный, поствирусный и бактериальный. Именно острый бактериальный риносинусит требует назначения антибиотиков. Однако дифференциальная диагностика между вирусным и бактериальным ОРС затруднена из-за отсутствия специфических признаков⁴. Основные диагностические критерии – длительность заболевания и суммарная выраженность клинических проявлений.

Для бактериального ОРС характерны три клинических признака:

- 1) постоянные симптомы без уменьшения выраженности в течение семи дней и более;
- 2) острое начало, характеризующееся выраженной лихорадкой (до 39 °С и выше) и гнойными выделениями из носа, в течение трех-четырех дней;
- 3) прогрессивное течение с наличием типичных симптомов, которые усиливаются через пять-шесть дней от начала заболевания⁵.

¹ Chauhan L., Young H., Knepper B. et al. Appropriateness of antibiotic prescriptions for acute sinusitis and pharyngitis in ambulatory care settings of an integrated health care system // Open Forum Infect. Dis. 2017. Vol. 4. Suppl. 1. P. S246.

² Sharma P., Finley R., Weese S. et al. Antibiotic prescriptions for outpatient acute rhinosinusitis in Canada, 2007–2013 // PLoS One. 2017. Vol. 12. № 7. P. e0181957.

³ De Ferranti S.D., Ioannidis J.P., Lau J. et al. Are amoxicillin and folate inhibitors as effective as other antibiotics for acute sinusitis? A meta-analysis // BMJ. 1998. Vol. 317. № 7159. P. 632–637.

⁴ Wald E.R., Applegate K.E., Bordley C. et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years // Pediatrics. 2013. Vol. 132. № 1. P. e262–280.

⁵ Yoon Y.K., Park C.S., Kim J.W. et al. Guidelines for the antibiotic use in adults with acute upper respiratory tract infections // Infect. Chemother. 2017. Vol. 49. № 4. P. 326–352.



Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

Такая триада симптомов, как головная боль, лицевая боль и лихорадка, у взрослых пациентов встречается реже.

У детей бактериальный ОРС характеризуется:

- ✓ длительным течением с постоянными выделениями из носа и кашлем (более десяти дней без улучшения);
- ✓ ухудшением течения;
- ✓ изначально тяжелым началом (лихорадка ≥ 39 °С и гнойные выделения из носа не менее трех дней подряд);
- ✓ осложненным течением⁴.

Основными ориентирами при решении вопроса о назначении антибиотиков становятся общее состояние и жалобы больного, анамнез и наличие гнойного отделяемого из носа. При выборе антибиотика следует учитывать побочные эффекты в виде диареи, гепатотоксичности и др. Чтобы ускорить выздоровление, к стандартному курсу антибиотикотерапии добавляют ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). ИГКС могут также применяться в монорежиме при легких и среднетяжелых формах ОРС. Целесообразным считается применение ирригационной терапии.

В последнее время эффективность при риносинусите продемонстрировали препараты растительного происхождения с противовоспалительным и муколитическим действием. Типичный представитель этой группы препаратов Синуфорте – экстракт клубней цикламена европейского в виде дозированного назального аэрозоля. Препарат воздействует на чувствительные рецепторы тройничного нерва в области среднего

носового хода. Раздражение окончаний тройничного нерва приводит к рефлекторному извлечению экссудата из околоносовых пазух (ОНП), уменьшению отека и улучшению носового дыхания⁶.

Синуфорте способствует восстановлению мукоцилиарного транспорта в полости носа и ОНП, усиливает микроциркуляцию за счет расширения сосудов слизистой оболочки полости носа^{7,8}.

Эффективность и безопасность Синуфорте при остром риносинусите изучали в ряде зарубежных и отечественных исследований. В проспективном рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании с участием 25 исследовательских центров США монотерапия цикламеном у больных ОРС в течение семи дней статистически более значимо снижала выраженность симптомов по сравнению с плацебо (-2,4 и -1,4 соответственно)⁹.

В многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании эффективности и безопасности назального спрея с содержанием цикламена европейского (2011 г.) 99 взрослых пациентов с умеренно тяжелым и тяжелым ОРС ежедневно однократно использовали назальный спрей Синуфорте в течение 15 дней в комбинации с амоксициллином (восемь дней)¹⁰. Статистически значимое купирование лицевой боли и динамики эндоскопической картины полости носа в группе цикламена отмечалось на седьмой день терапии. Накоплен солидный опыт применения Синуфорте в ЛОР-практике. Так, данные клинических наблю-

дений грузинских специалистов с использованием компьютерной томографии продемонстрировали эффективность монотерапии Синуфорте у больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух¹¹. Препарат благоприятно воздействовал на состояние пациентов: пазухи быстро очистались от содержимого, головная боль купировалась к третьему-четвертому дню, обоняние восстанавливалось у 83% пациентов к 5–9-му дню. Кроме того, все пациенты отметили прекращение болезненности при пальпации передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух к четвертому-пятому дню лечения.

С фитопрепаратом связан ряд мифов, которые профессор В.В. Шилenkova постаралась развеять.

Миф первый: назначение препарата Синуфорте требует проведения дополнительного обследования пациента с целью исключения полипозного и кистозного риносинусита, которые являются противопоказанием к назначению данного препарата. Препарат Синуфорте показан к применению при остром риносинусите и обострении хронического экссудативного риносинусита. Между тем проведение рентгенографии при неосложненном ОРС не рекомендуется, компьютерная томография ОНП проводится лишь для оценки возможных осложнений или анатомических аномалий в отсутствие ответа на лечение. Согласно современным стандартам оказания медицинской помощи, дополнительные исследования при остром риносинусите и обострении хронического риносинусита нецелесо-

⁶ Gedevanishvili M.D., Gogitidze N.M., Sikharulidze I.S. Reflex mechanisms of nasoparanasal secretion in administration of sinuforte // Vestn. Otorinolaringol. 2007. Vol. 3. P. 54–56.

⁷ Fabre M. Effects of Cyclamen extract on cell osmosis. International ENT Medical Summit. Barcelona, 2007.

⁸ Lopatin A.S., Shempelev O.A. Influence of Sinuforte on nasal mucosa microcirculation // J. Russian Rhinol. 2007. Vol. 4. P. 26–28.

⁹ Ponikau J.U., Hamilos D.L., Barreto A. et al. An exploratory trial of Cyclamen europaeum extract for acute rhinosinusitis // Laryngoscope. 2012. Vol. 122. № 9. P. 1887–1892.

¹⁰ Pfaar O., Mullol J., Anders C. et al. Cyclamen europaeum nasal spray, a novel phytotherapeutic product for the management of acute rhinosinusitis: a randomized double-blind, placebo-controlled trial // Rhinology. 2012. Vol. 50. № 1. P. 37–44.

¹¹ Хечинашвили С.Н., Хохаишвили П.Л., Сухиашвили Д.Ю. Результаты применения Синуфорте для лечения больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух // Georgian Medical News. 2003. № 9 (102). С. 41–46.

отоморфология



сообразны. Специалисты должны ориентироваться на оценку клинических симптомов, данные риноскопии и анамнез, в том числе при обострении хронического экссудативного риносинусита¹².

Миф второй: применение препарата Синуфорте сопровождается множеством побочных эффектов, из которых ведущими являются жжение в полости носа и носовые кровотечения, особенно на фоне рецидивирующего риносинусита и бесконтрольного применения деконгестантов. Действительно, в 50% случаев применение фитопрепарата может сопровождаться жжением в носовой полости¹⁰. В то же время на фоне антибиотикотерапии ОРС антибиотикоассоциированная диарея развивается в 5–62% случаев, чаще на фоне приема пенициллинов, линкозамидов, цефалоспоринов, макролидов и тетрациклинов^{13, 14}. Терапия спреем Синуфорте может сопровождаться легким кровотечением (27% случаев)¹⁰. Существенно снизить риск позволяют строгое соблюдение техники нанесения Синуфорте в полости носа и персонализированный подход к терапии. Например, следует ограничить применение фитопрепарата у лиц, страдающих системными васкулитами, атрофическим ринитом, привычными носовыми кровотечениями, и пожилых пациентов. Фитопрепарат не назначают при тяжелой гипертонической болезни.

В проспективном рандомизированном плацебоконтролируемом двойном слепом исследовании в параллельных группах изучали эффективность *Cyclamen*

europaeum в форме спрея в течение семи дней у 29 пациентов с ОРС. Побочные эффекты зарегистрированы у 37,5% пациентов группы плацебо и 15,4% пациентов группы цикламена. При этом нежелательные явления, возможно связанные с применением лекарственного препарата, были соизмеримы в двух группах: у 15,4% пациентов группы *Cyclamen europaeum* и 12,5% группы плацебо. В большинстве случаев нежелательные явления были легкие либо умеренно тяжелые. Важно, что пациенты не отказались от приема фитопрепарата и продемонстрировали высокую удовлетворенность лечением⁹.

Миф третий: высокая стоимость препарата делает его экономически невыгодным. Опровергнуть этот миф позволяют результаты испанского исследования PROSINUS с участием 2610 пациентов с ОРС¹⁵. Исследователи сравнили расходы на терапию экстрактом цикламена в монорежиме, комбинации с лекарственными препаратами (антибиотиком, ГКС, деконгестантом, муколитиком, ирригацией полости носа) и затраты при использовании иных методов. При этом рассчитывались прямые расходы (оплата визитов к врачу, диагностических тестов, лекарственных препаратов) и косвенные (больничные листы, снижение трудоспособности).

Данные исследования показали, что расходы пациентов, применявших монотерапию экстрактом цикламена, были на 98 евро меньше, чем расходы пациентов, получавших иные виды монотерапии

($p < 0,05$), и на 61 евро меньше, чем расходы пациентов, использовавших комбинированную терапию ($p < 0,05$).

Миф четвертый: существует остороженность в отношении применения спрея Синуфорте в детском и подростковом возрасте. М.Р. Богомильский и соавт., а также В.М. Свистушкин и соавт. оценивали безопасность препарата на протяжении всего периода исследований. Возникновения нежелательных явлений, в том числе аллергических реакций, не зафиксировано ни у одного пациента^{16, 17}. Показана высокая эффективность Синуфорте в детском и подростковом возрасте в комбинированной терапии острого риносинусита¹⁶. 90 пациентов в возрасте 7–15 лет были поровну разделены на три группы. Пациенты первой группы получали антибиотики, деконгестанты, Синуфорте 1,3 мг, пациенты второй – антибиотики, деконгестанты, Синуфорте 0,65 мг, пациенты третьей – антибиотики, деконгестанты, дренажные процедуры. Проанализировав полученные результаты, авторы пришли к выводу, что эффективность фитопрепарата Синуфорте сопоставима с таковой традиционных схем лечения. Доказанная безопасность позволяет рекомендовать препарат Синуфорте для лечения ЛОР-патологии у данной категории пациентов.

В заключение профессор В.В. Шилленкова констатировала, что на фоне применения Синуфорте сокращаются сроки выздоровления, потребность в антибиотиках, количество осложнений и эпизодов развития хронических состояний.

¹² Aring A.M., Chan M.M. Current concepts in adult acute rhinosinusitis // Am. Fam. Physician. 2016. Vol. 94. № 2. P. 97–105.

¹³ McFarland L.V. Antibiotic-associated diarrhea: epidemiology, trends and treatment // Future Microbiol. 2008. Vol. 3. № 5. P. 563–578.

¹⁴ Wiström J., Norrby S.R., Myhre E.B. et al. Frequency of antibiotic-associated diarrhoea in 2462 antibiotic-treated hospitalized patients: a prospective study // J. Antimicrob. Chemother. 2001. Vol. 47. № 1. P. 43–50.

¹⁵ Mullol J., Crespo C., Carré C., Brosa M. Pharmacoeconomics of *Cyclamen europaeum* in the management of acute rhinosinusitis // Laryngoscope. 2013. Vol. 123. № 11. P. 2620–2625.

¹⁶ Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Денисова О.А. Оценка эффективности препарата Синуфорте в комплексном лечении риносинусита и экссудативного среднего отита у детей // Вестник оториноларингологии. 2010. № 4. С. 74–77.

¹⁷ Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Власова Н.П. Опыт использования Синуфорте в стартовой монотерапии у детей и подростков с острым риносинуситом, сопровождающимся экссудативным средним отитом // Вестник оториноларингологии. 2013. № 3. С. 56–60.



Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

Хронический риносинусит: международные тенденции и национальные особенности

Хронический риносинусит (ХРС) – воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и ОНП, характеризующееся заложенностью носа и наличием отделяемого из носа, продолжительностью более 12 недель. По словам президента Российского общества ринологов, д.м.н., профессора Андрея Станиславовича ЛОПАТИНА, распространенность ХРС в мире достаточно высока – от 11 до 27%. У женщин заболевание регистрируется в полтора раза чаще, чем у мужчин. Заболеваемость увеличивается с возрастом¹⁸⁻²¹.

Согласно данным опроса в российской популяции (3000 анкет), число лиц, отмечавших два симптома и более в течение не менее трех месяцев в году, составило 35%²².

Ранее считалось, что ОНП в норме стерильны, воспаление в ОНП в большинстве случаев вызывают бактерии, для излечения риносинусита необходимо добиться эрадикации патогенных бактерий и восстановления стерильности пазух. В противном случае острый риносинусит перейдет в хронический.

Хроническое воспаление в ОНП развивается на фоне нарушения их вентиляции вследствие блокады выводных путей. В связи с этим особое значение приобретают различные аномалии строения внутриносовых структур и ОНП, в частности ис-

кривление перегородки носа, булла средней носовой раковины, клетка Галлера и другие варианты развития решетчатого лабиринта.

Ведущую роль в патогенезе ХРС играют патологические изменения в области среднего носового хода – остиомеатального комплекса. Узость и сложность анатомии данной области являются важными предрасполагающими факторами развития ХРС²³.

Согласно данным исследования ХРОНОС (2012 г.)²⁴, микрофлора среднего носового хода и синусов при ХРС отличается как в качественном, так и в количественном отношении, нередко наблюдаются микробные ассоциации. В отделяемом среднего носового хода преобладают аэробные бактерии (78,7%). В содержимом верхнечелюстной пазухи (ВЧП) на долю анаэробов приходится почти половина (44,8%) всех выделенных микроорганизмов. В содержимом ОНП чаще обнаруживаются стрептококки (28,8%) и анаэробные микроорганизмы рода *Prevotella* (17,8%).

Важная роль в патогенезе ХРС отводится формированию биопленок или сообществ микроорганизмов. Так, в биоптатах ОНП, полученных по поводу ХРС, биопленки выявлялись в 80–100% случаев.

В настоящее время известно, что здоровые ОНП отнюдь не стерильны.



Профессор, д.м.н.
А.С. Лопатин

Проведенные исследования позволили установить, что в норме ОНП заселяют сообщества микробов, состоящие из комменсалов и потенциальных патогенов. Комменсалы, находящиеся в симбиозе с организмом хозяина, формируют своеобразный барьер, препятствующий вторжению патогенов. Увеличение относительного числа последних вызывает дисбаланс микрофлоры, сопровождающийся развитием хронического воспаления.

Немаловажным фактором развития ХРС является неадекватная системная антибиотикотерапия воспалительного процесса в ВЧП на догоспитальном этапе, которая повышает риск развития ХРС более чем в два раза²⁵.

Вопрос целесообразности использования антимикробных лекарственных средств в настоящее время дискутируется. Результаты проспективного двойного слепого рандомизированного исследова-

¹⁸ Collins J.G. Prevalence of selected chronic conditions: United States, 1990–1992 // Vital Health Stat. 10. 1997. Vol. 194. P. 1–89.

¹⁹ Hastan D., Fokkens W.J., Bachert C. et al. Chronic rhinosinusitis in Europe – an underestimated disease. A GA²LEN study // Allergy. 2011. Vol. 66. № 9. P. 1216–1223.

²⁰ Chen Y., Dales R., Lin M. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians // Laryngoscope. 2003. Vol. 113. № 7. P. 1199–1205.

²¹ Fokkens W., Lund V., Mullol J., European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps group. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007 // Rhinol. Suppl. 2007. Vol. 20. P. 1–136.

²² Иванченко О.А., Лопатин А.С. Эпидемиология хронического риносинусита: результаты многоцентрового опроса взрослой популяции // Российская ринология. 2013. Т. 21. № 3. С. 16–19.

²³ Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации / под ред. А.С. Лопатина. М.: Практическая медицина, 2014. С. 3–61.

²⁴ Ivanchenko O.A., Karpishchenko S.A., Kozlov R.S. et al. The microbiome of the maxillary sinus and middle nasal meatus in chronic rhinosinusitis // Rhinology. 2016. Vol. 54. № 1. P. 68–74.

²⁵ Maxfield A.Z., Korkmaz H., Gregorio L.L. et al. General antibiotic exposure is associated with increased risk of developing chronic rhinosinusitis // Laryngoscope. 2017. Vol. 127. № 2. P. 296–302.



ния (2017 г.) не подтвердили достоверной эффективности терапии амоксициллином при ХРС по сравнению с плацебо²⁶. Данные последнего ретроспективного анализа (2018 г.) не показали преимуществ антимикробной терапии, назначаемой с учетом определения чувствительности микроорганизмов, перед эмпирической антибиотикотерапией. Оба лечебных подхода оказались малоэффективны при ХРС²⁷. Опрос, проведенный в рамках исследования ХРОНОС, показал, что 80% врачей стационара и 70% врачей поликлиник до сих пор считают необходимым проведение пункции больным хроническим риносинуситом. Как свидетельствуют данные опроса, большинство врачей при проведении пункции вводят в ВЧП антисептики, антибиотики, муколитики, ГКС²⁸. Если говорить с позиции доказательной медицины, антимикробная терапия не показана при ХРС. Оптимальной опцией считаются короткие курсы (менее трех месяцев)

пероральных антибиотиков и более длительный курс макролидов. По словам профессора А.С. Лопатина, все большую актуальность приобретают так называемые разгрузочные методы и лекарственные средства растительного происхождения с противовоспалительными и муколитическими свойствами. Именно такими свойствами обладает экстракт цикламена европейского (Синуфорте). Собственный опыт докладчика в отношении применения препарата Синуфорте в клинической практике позволяет утверждать, что Синуфорте характеризуется противоотечным эффектом, способствует ускорению мукоцилиарного транспорта и опорожнению секрета из ОНП, активизирует микроциркуляцию крови в слизистой оболочке носа²⁹. Эффективность экстракта цикламена при ХРС как в комбинации с антибиотиками, так и в монорежиме изучали в рамках многоцентрового исследования ХРОНОС

(2012 г.). Результаты показали, что наилучшего эффекта в купировании симптомов достигали пациенты группы комплексной терапии экстрактом цикламена с пероральным антибиотиком и группы монотерапии экстрактом цикламена по сравнению с теми, кто принимал эмпирическую антибиотикотерапию. Важно, что в течение полугода после окончания курса максимальное количество обострений (четыре эпизода и более) отмечалось у пациентов группы монотерапии пероральным антибиотиком. Завершая выступление, профессор А.С. Лопатин отметил, что сегодня экстракт цикламена используется не только в отечественной, но и международной клинической практике. Подтверждение тому – прошедший в рамках последнего европейского конгресса симпозиум по применению экстракта цикламена при остром и хроническом риносинусите с участием авторов EPOS.



Профессор, д.м.н.
Г.И. Пискунов

Секретостимулятор с противоотечным действием в лечении риносинусита

Слизистая оболочка является первоочередным барьером, защищающим организм от воздействия внешней среды.

По словам профессора кафедры оториноларингологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, главного оториноларинголога медицинского центра УД Президента РФ, члена-корреспондента РАН, д.м.н. Геннадия Захаровича ПИСКУНОВА, воспаление слизистой оболочки носа и ОНП – это целый комплекс межклеточного взаимодействия всех ее структур – эпителиальных, железистых, сосудистых, нервных. В нормальных условиях слизь, покрывающая слизистую оболочку,

является продуктом секреторной деятельности желез и клеток мерцательного эпителия. Клетки мерцательного эпителия, участвующие в образовании секрета, в норме выделяют небольшое его количество, однако на фоне патологии количество выделяемого ими секрета может возрастать³⁰. Установлено, что при катаральном воспалении в слизистой оболочке носа наблюдаются усиленная секреторная функция мерцательного эпителия, массовая бокаловидная трансформация мерцательных клеток, изменяется

²⁶ Sabino H.A., Valera F.C., Aragon D.C. et al. Amoxicillin-clavulanate for patients with acute exacerbation of chronic rhinosinusitis: a prospective, double-blinded, placebo-controlled trial // Int. Forum Allergy Rhinol. 2017. Vol. 7. № 2. P. 135–142.

²⁷ Yan C.H., Tangbumrunghtham N., Maul X.A. et al. Comparison of outcomes following culture-directed vs non-culture-directed antibiotics in treatment of acute exacerbations of chronic rhinosinusitis // Int. Forum Allergy Rhinol. 2018. Vol. 8. № 9. P. 1028–1033.

²⁸ Анготоева И.Б., Лопатин А.С., Екименко Ю.В. Как лечат острый риносинусит в России? // Российская ринология. 2007. № 1. С. 23–26.

²⁹ Лопатин А.С., Шемпелев О.А. Влияние препарата Синуфорте на микроциркуляцию крови в слизистой оболочке полости носа // Российская ринология. 2007. № 4. С. 26–28.

³⁰ Пискунов Г.И. Физиология и патофизиология носа и околоносовых пазух // Российская ринология. 2017. Т. 25. № 3. С. 51–57.

СИНУФОРТЕ®

Синуфорте® – комплексная терапия синуситов способствует¹



АКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ: лиофилизат сока и экстракта клубней цикламена европейского свежих. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Интраназально. **Взрослые и дети старше 5 лет.** Препарат рекомендуется использовать ежедневно, при необходимости также допускается его применение через день. Продолжительность одного курса лечения составляет **12-16 дней при введении препарата через день или 6-8 дней при ежедневном применении.** **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Комплексная терапия острых и хронических синуситов: гаймориты, фронтиты, этмоидиты и сфеноидиты (в случае гнойных синуситов, протекающих с явлениями генерализации инфекции и/или орбитальных осложнений). Синуфорте следует применять только в комбинации с антибиотиками). При неосложненном течении заболевания возможно применение препарата в качестве средства монотерапии под наблюдением врача. Комплексная терапия риносинуситов, сопровождающихся экссудативными средними отитами. Период ранней послеоперационной реабилитации после эндоскопических оперативных вмешательств на околоносовых пазухах. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Возможно появление чувства жжения в носовой полости, слюно- и/или слезотечения. В отдельных случаях – покраснение лица, головная боль в лобной области или окрашенное в бледно-розовый цвет отделяемое из носа в результате капиллярного диapedеза. Данные кратковременные физиологические реакции подтверждают рефлекторный механизм действия препарата и не требуют прекращения лечения. Возможны аллергические реакции (в том числе кожная сыпь, одышка и прочее). В данных случаях рекомендуется прекратить прием препарата и обратиться к специалисту. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата. Полипозные риносинуситы. Кисты околоносовых пазух. Аллергические риносинусопатии. Аллергические реакции (замедленного и немедленного типа). Артериальная гипертензия II-III ст. Беременность и период лактации (безопасность применения в эти периоды не изучена). Детский возраст до 5 лет (применение у детей младше 5 лет не изучено). **Особое указание:** При использовании избегать попадания Синуфорте® в глаза в связи с наличием раздражающего эффекта препарата на слизистую оболочку глаза и возможным развитием явлений острого конъюнктивита. **РУ:** ЛС- 000026

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Синуфорте®

Организация, принимающая претензии потребителей:

000 «ЭГИС-РУС» 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8. Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31. E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



SIN_ADY_09_2019 РЕКЛАМА

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



нормальное соотношение мерцательных и бокаловидных клеток³¹. Однако основная масса секрета, покрывающего поверхность слизистой оболочки носа, продуцируется многочисленными железами, залегающими в ее собственном слое. Различная морфологическая организация железистой клетки в последовательные периоды ее секреторной деятельности послужила основанием для разделения цикла на отдельные фазы. Были выделены четыре фазы: фаза синтеза секрета, его накопления, фаза оводнения и фаза выделения секреторного продукта. Причем секреторная деятельность желез слизистой оболочки носа и ОНП осуществляется асинхронно.

В экспериментальном исследовании установлено, что длительность секреторного цикла альвеолярных и альвеолярно-трубчатых желез слизистой оболочки ВЧП кролика различна. Продолжительность секреторного цикла в клетках альвеолярно-трубчатых желез – 24 часа, в клетках альвеолярных желез – 15–16 часов.

Физиологическое значение асинхронного типа секреции огромно, поскольку именно такой тип обеспечивает постоянное адекватное поступление секрета на поверхность слизистой оболочки, а следовательно, непрерывную работу мукоцилиарной транспортной системы.

Нормально функционирующая слизистая оболочка носа выделяет и транспортирует по поверхности такое количество секрета, которое здоровые люди не замечают. Гиперсекреция – это физиологический феномен, помогающий организму элиминировать патогены. «По сути дела, возникает вопрос, как усилить течение воспалительной реакции, чтобы быстрее его завершить», – уточнил профессор Г.З. Пискунов.

Добиться этого можно на фоне применения препарата раститель-

ного происхождения Синуфорте. Препарат вызывает усиленную секреторную активность желез и стимулирует лимфо- и кровообращение в сосудах. Подтверждение тому – результаты собственных исследований, с которыми профессор Г.З. Пискунов ознакомил участников симпозиума.

В экспериментальном исследовании влияния фитопрепарата Синуфорте на эпителиальные и стромальные структуры слизистой оболочки полости носа кроликам проводили одно распыление 1,3 мл препарата в каждую половину носа. Для получения биоптатов слизистой оболочки кролики умерщвлялись через 30 минут, один и три часа после введения препарата.

На основании полученных результатов были сделаны следующие выводы. Синуфорте способен стимулировать и синхронизировать секреторную деятельность желез, что морфологически регистрируется через 30 минут после введения препарата. Через один и три часа после введения препарата структура клеток желез полностью восстанавливается. Синуфорте вызывает расширение капилляров микроциркуляторного русла

и лимфатических сосудов, то есть приводит к стимуляции местного лимфо- и кровообращения.

В клиническом исследовании эффективности препарата Синуфорте и антибиотикотерапии пациенты с ОРС были разделены на две группы. В основной группе назначали препарат Синуфорте в стандартной дозе по одному распылению один раз в день с промыванием физраствором, в контрольной – антибиотика. Курс лечения составил восемь дней.

Результаты показали сопоставимую эффективность терапии препаратом Синуфорте и антибиотикотерапии в купировании основных симптомов (гиперемия, отек слизистой оболочки и др.) при лучшем профиле безопасности фитотерапии. На фоне применения фитопрепарата Синуфорте отмечалась стимуляция секреторной активности, мукоцилиарного транспорта, неспецифического местного иммунитета за счет повышения уровня секреторного иммуноглобулина А. Показано, что фитопрепарат Синуфорте может быть рекомендован в качестве стартовой монотерапии пациентам с неосложненным ОРС легкого и среднетяжелого течения.

Заключение

Подводя итог, профессор А.С. Лопатин констатировал, что арсенал средств для эффективного лечения острого и хронического риносинусита весьма ограничен, что делает актуальным поиск альтернативных методов лечения. Одним из них является применение растительного препарата Синуфорте на основе экстракта цикламена.

Синуфорте – многофункциональный препарат, который запускает естественный дренажный механизм,

эффективно очищает носовые пазухи от патологического содержимого, снимает отек и воспаление. Клиническая эффективность препарата в монорежиме сопоставима с таковой традиционной медикаментозной схемы лечения. В ряде случаев Синуфорте избавляет от необходимости бесконтрольного применения антибиотиков и может быть рекомендован в качестве стартового лечения пациентам с острым неосложненным риносинуситом легкого или среднетяжелого течения.

³¹ Быкова В.П., Сатдыкова Г.П., Лопатин А.С. и др. Состояние слизистой оболочки остиомеатального комплекса по данным световой и электронной микроскопии // Российская ринология. 1995. № 3–4.