



# Комплексное лечение пациентов с острым риносинуситом

Д.м.н., проф. В.В. ВИШНЯКОВ, Э.В. СИНЬКОВ

*С февраля по октябрь 2011 г. на клинической базе МГМСУ проводилось исследование эффективности применения препарата Синупрет при лечении больных острым катаральным риносинуситом. Результаты показали, что Синупрет позволяет быстрее купировать головную боль, затруднение дыхания через нос, выделения из полости носа и снижение обоняния. Нормализация риноскопической картины в группе Синупрета наступала на 5–6-е сутки (в среднем 5,42) от начала лечения против 7–8 суток (в среднем 7,62) в группе контроля. Удовлетворенность результатами лечения у пациентов первой группы, принимавших Синупрет, была выше, чем в группе контроля. Следует также отметить высокую безопасность и хорошую переносимость Синупрета: ни у одного из пациентов не было отмечено каких-либо нежелательных реакций.*

Синусит относится к числу самых распространенных патологий не только среди заболеваний ЛОР-органов, но и в амбулаторной практике в целом. Острый бактериальный синусит является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции. В США обращаемость за медицинской помощью по поводу острого бактериального синусита достигает 2 млн случаев в год, а если учесть, что к врачу идут только 10–15% пациентов, то ежегодно

это заболевание переносят около 20 млн человек [1, 2]. Хронический синусит занимает первое место среди всех хронических заболеваний (146 на 1000 населения). В среднем около 5–15% взрослого населения и 5% детей страдают той или иной формой синусита [3]. Проблема усугубляется тем, что заболевания носа и околоносовых пазух зачастую становятся причиной развития патологии нижележащих дыхательных путей, дисфункции многих внутренних органов и си-

стем, а также могут приводить к внутричерепным и орбитальным осложнениям.

Этиология риносинусита весьма разнообразна и не всегда легко прогнозируема, в связи с этим до настоящего времени сохраняется довольно высокий процент рецидива и хронизации острых воспалительных процессов носа и околоносовых пазух. Решение этой проблемы зависит, прежде всего, от своевременного и рационального воздействия на все звенья патогенеза заболевания. Наиболее важная функция слизистой оболочки верхних дыхательных путей – защитная. Своевременную элиминацию потенциально вредных агентов (вирусов, патогенных микроорганизмов, пылевых частиц и т.д.) обеспечивает многорядный цилиндрический мерцательный эпителий полости носа и околоносовых пазух. Этот процесс осуществляется за счет согласованного колебания ресничек клеток эпителия и физико-химических свойств носовой слизи (существует оптимальная концентрация молекул муцина в отделяемом дыхательного тракта, необходимая для полноценного выполнения транспортной, увлажняющей, фильтрационной и антибактериальной функций).



При воспалительных процессах в полости носа и околоносовых пазухах отмечается гиперсекреция железистого и покровного эпителия, увеличение числа бокаловидных клеток, интраэпителиальный отек, миграция сегментоядерных, преимущественно эозинофильных, лейкоцитов через отечную базальную мембрану и далее через эпителиальный пласт. При этом бокаловидные и реснитчатые клетки слущиваются, а на базальной мембране остаются лишь базальные или вставочные эпителиоциты. Вышеперечисленные факторы в совокупности с отеком слизистой оболочки и нарушением вентиляции околоносовых пазух создают условия для активации патогенной флоры. Безусловно, лечение риносинусита должно быть комплексным и учитывать не только микробиологический фактор, но и нарушения вентиляции и дренажа околоносовых пазух, мукоцилиарного транспорта, обусловленного особенностями функционирования эпителия, свойствами секрета и др.

Препарат Синупрет отвечает большинству перечисленных требований. В отечественной литературе приводились данные, подтверждающие высокую эффективность использования препарата Синупрет в комплексном консервативном лечении острого синусита у детей [4]. В некоторых источниках указана целесообразность использования препарата Синупрет в качестве профилактического средства, так как он повышает защиту организма в период высокого риска заболеваемости ОРЗ и обострения очагов хронической инфекции [5]. Актуальным является использование препарата Синупрет у пациентов с аллергическими заболеваниями, особенно при непереносимости антибактериальных препаратов [6]. Проводились исследования, доказывающие эффективность препарата Синупрет после радикальной операции на верхнечелюстных пазухах благодаря уменьшению

воспалительных реакций в послеоперационном периоде, стимуляции регенерации нормального мерцательного эпителия, предупреждения застоя в пазухах густого вязкого секрета, что, в свою очередь, сокращало сроки послеоперационной реабилитации больных [7].

Препарат Синупрет изготовлен из экологически чистых растений, в его состав входит большое количество активных компонентов, обладающих противовоспалительным, муколитическим и отхаркивающим действием: цветки первоцвета содержат сапонины и флавоноиды, корень горечавки – горечи, цветки бузины – стеролы, тритерпены, флавоноиды, трава щавеля – эмодин, щавелевую кислоту, флавоноиды, трава вербены – биофенолы, вербеналин. Наиболее важными фармакологическими свойствами растительного сырья, входящего в состав Синупрета, является способность блокировать фазу эксудации, уменьшать явления сенсibilизации и снижать проницаемость сосудистой стенки. Кроме всего прочего, цветы первоцвета повышают активность мукоцилиарного транспорта, что ведет к ускорению эвакуации секрета из верхних дыхательных путей, а также оказывает и некоторое спазмолитическое действие.

Синупрет регулирует секрецию и нормализует реологические свойства слизи, вырабатываемой бокаловидными клетками, что, в свою очередь, уменьшает застой слизи в околоносовых пазухах. Препарат обладает противоотечным действием. Синупрет активизирует защитные свойства многорядного цилиндрического эпителия за счет нормализации вязкости экссудата. Синупрет также нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей против экзогенных и эндогенных повреждающих факторов, оказывая положительный эффект на иммунную систему, стимули-

руя высвобождение интерлейкинов-1 и -6, простагландина E<sub>2</sub>, усиливает нейтрофильный фагоцитоз. Под его действием увеличивается уровень CD4-клеток (Т-хелперов). Кроме того, препарат (благодаря входящим в его состав цветам примулы и траве вербены) обладает антивирусным действием, предотвращая репликацию и ингибируя рост вирусов гриппа А, парагриппа и респираторно-синцитиального вируса. Таким образом, Синупрет является весьма эффективным препаратом для лечения различных заболеваний верхних

Синупрет регулирует секрецию и нормализует реологические свойства слизи, вырабатываемой бокаловидными клетками, что, в свою очередь, уменьшает застой слизи в околоносовых пазухах. Препарат обладает противоотечным действием.

дыхательных путей, в том числе острых заболеваний носа и околоносовых пазух за счет своего комбинированного антивирусного, антибактериального, иммуномодулирующего, противовоспалительного, муколитического и секретолитического действия.

На клинической базе МГМСУ проводилось исследование эффективности применения препарата Синупрет при лечении больных острым катаральным риносинуситом с февраля по октябрь 2011 г.

50 больных с острыми катаральными риносинуситами, обратившихся за медицинской помощью на 1–2-е сутки от начала заболевания, были распределены в 2 равные группы. В исследование не включались:

- пациенты с хроническим и полипозным риносинуситом;

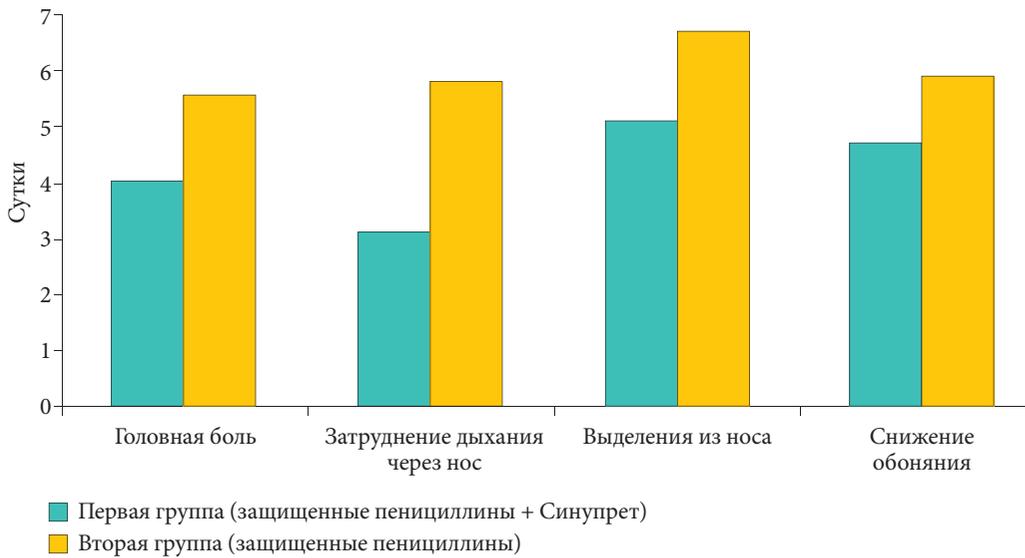


Рис. 1. Среднее время купирования основных симптомов у пациентов с острым риносинуситом

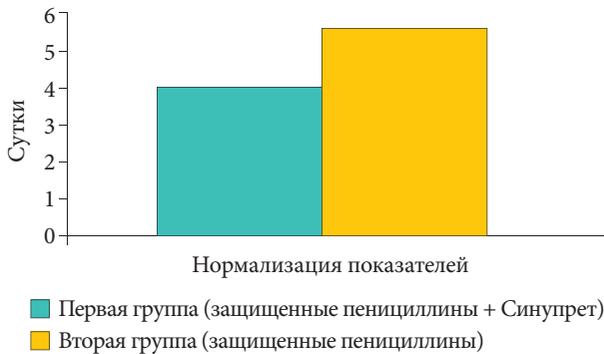


Рис. 2. Среднее время выздоровления пациентов с острым риносинуситом

- пациенты, принимающие антибактериальные препараты самостоятельно (без назначения врача);
- пациенты, которым уже были выполнены пункции верхнечелюстных пазух по данному заболеванию;
- пациенты, принимающие топические кортикостероиды.

Половой состав в обеих группах был примерно одинаковым, возраст пациентов составлял от 17 до 65 лет (средний возраст около 40 лет). В первую группу вошли 25 пациентов с острым катаральным риносинуситом (14 женщин и 11 мужчин). Они получили защищенные пенициллины в дозировке по 1000 мг 2 раза в сутки и препарат Синупрет по 2 таблет-

ки 3 раза в сутки. Срок наблюдения и лечения составил 8 дней. Во вторую группу вошли 25 пациентов с острым катаральным риносинуситом (15 женщин и 10 мужчин). Пациентам второй группы были назначены только защищенные пенициллины. Срок наблюдения и лечения также составил 8 дней. Всем пациентам проведен полный курс назначенного лечения. Выбывших из исследования пациентов не было.

В начале терапии, во время второго и третьего визитов со слов пациентов в амбулаторной карте отмечали выраженность боли в области проекции околоносовых пазух, затруднение дыхания, наличие и характер выделений из полости носа. За период наблюдения проводились три обязательных осмотра оториноларинголога. При первичном осмотре оценивали жалобы больного, данные анамнеза, проводили видеоэндоскопическое исследование полости носа, R-графию или КТ околоносовых пазух.

Эффективность лечения оценивалась врачами и пациентами по интегральной шкале IMOS (Integrative Medicine Outcome Scale), по которой состояние после проведенного лечения характеризуется как «полное выздо-

вление», «значительное улучшение», «умеренное либо незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение». В целом удовлетворенность результатами лечения пациенты оценивали по интегральной шкале IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale), градациями которой были «полностью удовлетворен», «удовлетворен», «отношусь нейтрально», «неудовлетворен», «крайне неудовлетворен». Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 6,0.

У пациентов первой группы, получавших помимо антибактериальной терапии препарат Синупрет, в среднем на 2-е и 3-и сутки улучшалось дыхание через нос и обоняние, снижалось количество выделений из носа, уменьшались боль и давление в области проекции околоносовых пазух. Нормализация риноскопической картины наступала на 5–6-е сутки (в среднем 5,42). У пациентов второй группы улучшение дыхания через нос, уменьшение выделения из полости носа и ощущения давления в области околоносовых пазух наступало в среднем на 5–6-е сутки. Риноскопическая картина нормализовывалась на 7–8-е сутки от начала лечения (в среднем 7,62) (рис. 1, 2).

Сравнивая удовлетворенность результатами лечения пациентов из обеих групп, стоит отметить, что у пациентов первой группы, принимавших Синупрет, этот показатель был выше, чем у пациентов второй группы. Подчеркнем, что ни у одного из пациентов, принимавших препарат Синупрет, не было отмечено каких-либо нежелательных реакций.

Таким образом, препарат Синупрет клинически эффективен в комплексном лечении острого риносинусита, при его применении быстрее купируются такие симптомы, как головная боль, затруднение дыхания через нос, выделения из полости носа и снижение обоняния. 🌀

# Синупрет®

## Целебная сила растений против затяжного насморка и гайморита

- Устраняет отек и воспаление
- Снимает заложенность носа
- Обладает противовирусным действием
- Рекомендован с 2-х летнего возраста

РЕКОМЕНДОВАНО:



Растительный лекарственный препарат  
Рег. уд. П № 014247/01 от 28.03.07  
П № 014247/02 от 28.03.07



**BIONORICA®**

The **phytonceering** company

БИОНОРИКА, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19

<http://www.bionorica.ru>

e-mail: [bionorica@co.ru](mailto:bionorica@co.ru)





# Литература

**В.В. ВИШНЯКОВ, Э.В. СИНЬКОВ**

**Комплексное лечение пациентов с острым риносинуситом**

1. *Лопатин А.С.* Острый риносинусит. Всегда ли необходимо назначение антибиотиков? // Мед. кафедра. 2002. № 4. С. 50–54.
2. *Gwaltney J.M.* Acute community-acquired sinusitis // Clin. Infectious Disease. 1996. Vol. 23. № 6. P. 1209–1225.
3. *Wald E.R.* Management of acute bacterial sinusitis in children // Infection diseases and antimicrobial therapy of the ears? Nose and throat / J.T. Johnson, V.L. Yu, eds. 1997. P. 333–340.
4. *Дергачева В.С., Кочетков П.А., Бондарева В.Ю.* Лечение острого гайморозтмоидита Синупретом // Consilium medicum. 1999. T. 7. № 10. С. 23–24.
5. *Корпухина Н.А., Гаращенко Т.И.* Результаты применения препарата Синупрет при лечении некоторых заболеваний ЛОР-органов у детей // Тезисы VII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2000.
6. *Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Пискун А.М.* Лечение респираторных вирусных инфекций у больных с аллергическими заболеваниями // Медицинская помощь. 2002. № 6. С. 19–22.
7. *Магомедов М.М., Полякова Т.С., Владимирова Е.Б.* Улучшение динамики репаративных процессов в верхнечелюстных пазухах после радикального хирургического лечения на фоне применения препаратов Синупрет и Ринофлуимуцил // Тезисы IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2002. С. 272.

**В.В. ВИШНЯКОВ, А.М. КОРНИЕНКО, Р.А. КОРНИЕНКО**  
**Обоснование выбора нейротропных комплексов Мильгамма и Мильгамма композитум при лечении нейросенсорной тугоухости**

1. *Морозова С.В.* Нейросенсорная тугоухость: основные принципы диагностики и лечения // РМЖ. 2001. № 15. С. 662–663.
2. *Чистякова В.Р., Ковиенкова Ю.Д.* Возможности восстановления слуха в остром периоде нейросенсорной тугоухости в детском возрасте // Лечащий врач. 1999. № 4. С. 16–18.
3. *Ших Е.В.* Витаминный статус и его восстановление с помощью фармакологической коррекции витаминными препаратами: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 36 с.
4. *Спиричев В.Б.* Витамины, витаминоподобные и минеральные вещества: справочник. М., 2004. 230 с.
5. *Корниенко А.М., Корниенко Р.А.* Применение витаминов и витаминно-минеральных комплексов в оториноларингологии // Российская оториноларингология. 2011. № 2 (51). С. 149–153.
6. *Singleton C.K., Martin P.R.* Molecular mechanisms of thiamine utilization // Curr. Mol. Med. 2001. Vol. 1. № 2. P. 197–207.
7. *Va A.* Metabolic and structural role of thiamine in nervous tissues // Cell. Mol. Neurobiol. 2008. Vol. 28. № 7. P. 923–931.
8. *Gibson G.E., Zhang H.* Interactions of oxidative stress with thiamine homeostasis promote neurodegeneration // Neurochem. Int. 2002. Vol. 40. № 6. P. 493–504.
9. *Loew D.* Pharmacokinetics of thiamine derivatives especially of benfothiamine // Int. J. of Clin. Pharmacol. and Therap. 1996. Vol. 34. № 2. P. 47–50.
10. *Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И.* Витамины группы В в неврологической практике // Международный неврологический журнал. 2008. № 2. С. 89–93.
11. *Mooney S., Leuendorf J.E., Hendrickson C. et al.* Vitamin B6: a long known compound of surprising complexity // Molecules. 2009. Vol. 14. № 1. P. 329–351.
12. *Markle H.V.* Cobalamin // Crit. Rev. Clin. Lab. Sci. 1996. Vol. 33. № 4. P. 247–356.

13. *Mauro G.L., Martorana U., Cataldo P. et al.* Vitamin B12 in low back pain: a randomised, double-blind, placebocontrolled study // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2000. Vol. 4. № 3. P. 53–58.

**Н.В. ОРЛОВА**

**Современные подходы к лечению бронхиальной астмы**

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007 г.) / Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина М.: Атмосфера, 2008. 100 с.
2. *Овчаренко С.И.* Бронхиальная астма: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. 2002. № 17. С. 766.
3. *Княжеская Н.П., Потапова М.О.* Диагностика, классификация и принципы лечения бронхиальной астмы с учетом современных рекомендаций GINA-2002 // Трудный пациент. 2003. № 3. С. 3.
4. *Мачарадзе Д.Ш.* Бронхиальная астма и остеопороз: некоторые аспекты современной терапии // Лечащий врач. 2010. № 6. С. 52–55.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 3-е изд., испр. и доп. М.: Атмосфера, 2008. 108 с.
6. *Ledford D.K.* Omalizumab: overview of pharmacology and efficacy in asthma / Expert. Opin. Biol. Ther. 2009. Vol. 9. № 7. P. 933–943.

**А.А. ВИЗЕЛЬ, А.В. БОНДАРЕВ, И.Ю. ВИЗЕЛЬ**  
**Инородное тело в левом нижнедолевом бронхе: дифференциальный диагноз с ХОБЛ**

1. Top ten causes of death: fact sheet // World Health Organization. URL: [http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310\\_2008.pdf](http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf). 2008.
2. Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004 г.) / Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2005. 96 с.
3. *Arias Cruz A., González Díaz S.N., Galindo Rodríguez G. et al.* Bronchial foreign body as a differential diagnosis for asthma. Report of a case and review of the literature // Rev. Alerg. Mex. 2002. Vol. 49. № 3. P. 95–98.
4. *Takenaka M., Hanagiri T., Ono K. et al.* Management of patients with bronchial foreign bodies // J. УОЕН. 2011. Vol. 33. № 2. P. 157–161.
5. *Friege B., Friege L., Pelz J. et al.* Bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation: preclinical differential diagnostic and emergency treatment // Anaesthesist. 2009. Vol. 58. № 6. P. 611–622.

**А.А. ВИЗЕЛЬ, А.С. СОЗИНОВ, А.З. ФАРРАХОВ, Р.И. ТУИШЕВ, В.П. ПОТАНИН, Н.Б. АМИРОВ, Р.П. ГУСЛЯКОВА, И.Н. САФИН, И.Ю. ВИЗЕЛЬ, А.В. ПОТАНИН**  
**Оказание медицинской помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан**

1. *Дауров Б.И.* Саркоидоз. М.: Оверлей, 2006. 264 с.
2. Саркоидоз: от гипотезы к практике / Под ред. А.А. Визеля. Казань: Изд-во «Фэн» Академии наук РТ, 2004. 348 с.
3. Саркоидоз: монография / Под ред. А.А. Визеля (серия монографий Российского респираторного общества; гл. ред. серии Чучалин А.Г.). М.: Атмосфера, 2010. 416 с.
4. *Hunninghake G.W., Costabel U., Ando M. et al.* Statement on sarcoidosis // Amer. J. Crit. Care Med. 1999. Vol. 160. № 2. P. 736–755.