



Лекарственные растительные препараты в комплексной терапии воспалительных заболеваний ЛОР-органов

Воспалительные заболевания ЛОР-органов среди взрослого и детского населения земного шара занимают одну из лидирующих позиций по распространенности. Именно поэтому лечение ЛОР-органов остается актуальной проблемой в практике оториноларингологов, педиатров, терапевтов и врачей других специальностей. Несмотря на достижения современной фармакологии, терапевтические схемы лечения верхних дыхательных путей не всегда эффективны. Как следствие – развитие хронических форм заболевания и его осложнений. Это требует разработки системного подхода к диагностике и лечению острых и хронических воспалительных заболеваний носа, околоносовых пазух, глотки различной этиологии, а также эффективных методов профилактики. В лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей важную роль играют препараты с муколитическим, секретомоторным и секретолитическим эффектами. Комбинированные препараты на основе лекарственных растений, обладающие противовоспалительным, противовирусным и иммуномодулирующим действием, считаются одним из важных компонентов лечения острой и хронической воспалительной ЛОР-патологии.



Профессор, д.м.н.
М.А. Завалий

Заведующая кафедрой оториноларингологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (г. Симферополь), д.м.н., профессор Марианна Анатольевна ЗАВАЛИЙ отметила, что актуальной проблемой оториноларингологии остаются своевременная диагностика и выбор метода лечения хронических ЛОР-

Обоснование комплекса лечения больных хроническим риносинуситом

заболеваний в силу их высокой распространенности. Из числа тех, кто впервые обратился за медицинской помощью, 35–40% страдают ЛОР-патологией. Согласно статистике, удельный вес пациентов с воспалительными и аллергическими заболеваниями носа и околоносовых пазух, госпитализированных в оториноларингологические стационары Крыма в 2015 г., составил 56,3%. При этом хронический синусит отмечается у 5–15% взрослого населения. Анализ динамики заболеваемости хроническим синуситом в Крыму за период 2001–2010 гг. показал стойкое повышение уровня заболеваемости.

Несмотря на благоприятные климатические условия полуострова, количество госпитализаций по поводу обострения хроничес-

кого риносинусита резко возрастает с началом похолодания.

В основе патогенеза синусита лежит нарушение функций желез слизистой оболочки носа, эвакуации секрета, приводящее к накоплению продукции воспаления. Отек слизистой оболочки приводит к обструкции выводного отверстия пазухи и нарушению в ней газообмена, угнетению функций мерцательного эпителия. Вследствие изменения процесса вентиляции в околоносовых пазухах происходит модификация физико-химических свойств назального секрета. Адаптивные реакции нарушаются не только в верхних дыхательных путях, но и в организме в целом.

Докладчик представила результаты отечественного исследования, целью которого стала оценка эф-



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

фективности комплексного лечения при хроническом гнойном синусите. Клинические и лабораторные методы исследования выбирали исходя из патогенеза заболевания. В ходе наблюдения был также проведен эпидемиологический анализ распространенности синуситов различной этиологии.

В исследовании участвовали 148 пациентов с хроническим синуситом в возрасте 18–55 лет, из них 73 женщины и 75 мужчин. Больные были рандомизированы на две группы. В первую группу вошли 79 пациентов, во вторую – 69. Объем лечения в предоперационном и послеоперационном периодах в группах различался. Пациенты первой группы перед функциональной эндоскопической риносинусирургией (functional endoscopic sinus surgery – FESS) проходили трехдневную предоперационную подготовку: дренирование и промывание околоносовых пазух 0,01%-ным раствором Мирамистина с последующим введением тиамфеникола, антибактериальную терапию, в том числе внутривенно за 40 минут до операции, а также терапию лекарственным препаратом Синупрет по два драже три раза в день до десяти дней. После FESS в течение семи дней больные получали послеоперационное лечение, включавшее туалет полости носа под эндоскопическим контролем, с третьего дня послеоперационной терапии – ежедневный носовой душ, лекарственный электрофорез с 0,001%-ным раствором Мирамистина. Пациентам первой группы назначали аэрозоль морской воды изотонический до десяти дней после выписки из стационара по одному впрыскиванию три-четыре раза в день.

Во второй группе предоперационная подготовка отсутствовала. В послеоперационном периоде пациентам назначали антибактериальную терапию в течение семи – десяти дней, ежедневный

туалет полости носа, мазевые турунды, промывание полости носа и околоносовых пазух 0,9%-ным раствором NaCl на десятые сутки после операции.

Докладчик подчеркнула, что в комплексную терапию пациентов с острым и хроническим воспалением околоносовых пазух необходимо включать препараты с противовоспалительным, муколитическим и иммуномодулирующим действием. В исследовании для предоперационной подготовки больных хроническим гнойным синуситом применяли комбинированный лекарственный препарат растительного происхождения Синупрет.

Синупрет – лекарственный растительный препарат комплексного действия с доказанной эффективностью и безопасностью для лечения и профилактики затяжного насморка и гайморита у детей с двухлетнего возраста. В состав препарата входит порошок корня горечавки, цветков первоцвета, травы щавеля, цветков бузины и травы вербены. При использовании у пациентов с острым и хроническим синуситом Синупрет уменьшает выраженность отека слизистой оболочки полости носа, облегчает эвакуацию секрета из околоносовых пазух и предупреждает развитие осложнений. Другим аспектом лечебного эффекта препарата является противовирусное, антибактериальное и иммуномодулирующее действие.

При распределении пациентов на группы учитывали данные эндоскопического исследования остиомеатального комплекса. Наиболее распространенными видами нарушений внутриносовых структур были гипертрофия и гипотрофия крючковидного отростка, полипозно-измененная средняя носовая раковина, блок соустья верхнечелюстной пазухи, сужение просвета соустья верхнечелюстной пазухи, шип перегородки носа в проекции среднего носового прохода и др.

Данные эндоскопического исследования учитывали при формулировке показаний и установлении объема хирургического лечения в каждом случае. Этмоидотомию с ревизией среднего носового прохода провели 16 пациентам первой группы и двум – второй. Гайморэктомию выполнили 29 больным первой группы, 38 – второй, гайморотомию с ревизией среднего носового хода – 17 и 29 пациентам соответственно. Вскрытие передней буллы с ревизией естественного соустья верхнечелюстной пазухи проведено десяти пациентам, деаэрация средней носовой раковины – семи больным первой группы.

Выраженность клинических симптомов оценивали в баллах. При этом учитывали:

- общее состояние пациентов (повышение температуры тела более 37,2 °С, головную боль, ощущение тяжести в проекции пазух);
- наличие гнойных выделений из носа и/или при дренировании пазух и степень их выраженности;
- состояние носового дыхания;
- снижение обоняния;
- наличие отека слизистой оболочки.

Функцию мерцательного эпителия оценивали с помощью сахаринового теста (в норме 12–15 минут). Суммарный результат оценивали по балльной шкале (0–3). Хороший результат – до 5 баллов, удовлетворительный – 6–9 баллов, неудовлетворительный ≥ 10 баллов.

Кроме того, проводили лабораторные исследования состояния мукоцилиарной транспортной системы в начале лечения и по его завершении. Измеряли поверхностное натяжение околоносовых пазух, анализировали фосфолипидный состав мембран клеток мерцательного эпителия в смывах из околоносовых пазух.

Результаты оценки клинических симптомов в баллах показали положительную динамику в обеих группах. Однако в пер-

отомитоз



вой группе, где имела место предоперационная подготовка, количество баллов не превышало 2,5. Во второй группе зафиксировано около 6 баллов.

В первой группе в процессе лечения отмечалась положительная динамика показателей поверхностного натяжения секрета околоносовых пазух и фосфолипидного состава мембран клеток мерцательного эпителия.

Анализ наблюдений в течение первого месяца после лечения показал восстановление носового дыхания и нормализацию риноскопической картины через семь – десять дней в первой группе и через 12–18 дней – во второй.

Согласно отдаленным результатам терапии, в первой группе отсутствовал рецидив заболевания в течение года. Во второй группе у семи больных отмечалось однократное обострение синусита, у пяти обострение наблюдалось дважды в течение года. Процесс был купирован на фоне консервативного лечения.

Таким образом, предложенный комплекс лечения с учетом патогенетических нарушений, предусмотревший обязательную

предоперационную подготовку и патогенетическое лечение в послеоперационном периоде, признан эффективным и может быть рекомендован для практического применения. Различия баллов в начале лечения по сравнению с нормой у пациентов обеих групп свидетельствовали о степени выраженности клинических симптомов при обострении хронического воспалительного процесса и их регрессе по окончании лечения до хорошего в первой группе и удовлетворительного – во второй. Различия лабораторных показателей в конце лечения по сравнению с нормой говорили о сохранении изменений на тканевом, клеточном и биохимическом уровнях, несмотря на выраженный регресс клинических симптомов у пациентов с хронической формой заболевания. Полученные результаты подтвердили необходимость проведения курса реабилитации у больных хроническим синуситом. Тщательное эндоскопическое исследование полости носа в период предоперационной подготовки при хроническом гнойном синусите позволяет адекватно оценивать патологические изме-

нения остиомеатального комплекса и проводить рациональный выбор метода и объема оперативного вмешательства, направленный на сохранение неизменных участков слизистой оболочки околоносовых пазух, восстановление архитектоники и функции остиомеатального комплекса. Это способствует стойкому излечению пациентов и предотвращению рецидивов заболевания.

Профессор М.А. Завалий отметила, что при консервативном лечении синуситов целесообразно наряду с противомикробными препаратами использовать лекарственные средства, нормализующие поверхностную активность мукоцилиарной транспортной системы, например мукоактивный препарат Синупрет.

При плановых оперативных вмешательствах на околоносовых пазухах необходима предоперационная подготовка на догоспитальном этапе. Это способствует повышению эффективности лечения, сокращению пребывания пациентов в стационаре, уменьшению риска развития послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.



Профессор, д.м.н.
В.В. Вишняков

Профессор кафедры оториноларингологии и Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова, д.м.н. Виктор Владимирович ВИШНЯКОВ

Фитотерапия при острых риносинуситах

подчеркнул, что воспалительный процесс при остром синусите может быть потенцирован как бактериальной, так и вирусной инфекцией. При этом главную роль в развитии острого бактериального синусита играют *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Реже встречаются *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, анаэробы и др. Возбудителями острого риносинусита вирусной природы являются в основном респираторные вирусы (риновирус человека, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, аденовирус, коронавирус, вирусы гриппа А и В, вирус парагриппа).

Стандартная диагностика синусита включает проведение риноскопии, эндоскопического исследования полости носа, диафаноскопии, ультразвукового исследования, рентгенографии и компьютерной томографии околоносовых пазух. Выполнение диагностической пункции и зондирования околоносовых пазух дает возможность оценить объем и характер содержимого пораженной пазухи. Для диагностики синусита проводят лабораторные исследования, в том числе бактериологические.

Основными целями лечения острого синусита являются сокращение длительности заболевания, предупреждение развития орбитальных и внутричерепных



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

осложнений, эрадикация возбудителя. Обязательной составляющей комплексного лечения бактериальных синуситов считается системная антибиотикотерапия, направленная на эрадикацию инфекции, восстановление условной стерильности пораженной пазухи и профилактику осложнений. При выборе антибиотика учитываются тяжесть заболевания, степень его прогрессирования и предшествующее лечение.

При синуситах необходимо проводить микробиологическое исследование синусов. К сожалению, в реальной клинической практике нередко препарат назначают эмпирически. В такой ситуации целесообразно использовать антибиотики широкого действия, перекрывающие весь возможный спектр возбудителей и способные преодолеть резистентность бактерий. В амбулаторных условиях, как правило, используют пероральные формы антибиотиков, в стационаре при среднетяжелых и тяжелых формах течения синусита – парентеральное введение.

Комплекс лечебных мероприятий при остром бактериальном синусите зависит от его формы и направлен на все клинические проявления, которые могут быть патогенетическими звеньями в развитии синусита (отек, нарушение секреторных и цилиарных механизмов и др.). Речь прежде всего идет о деконгестантах, которые препятствуют нарушению вентиляции синусов, улучшают и восстанавливают ее. В свою очередь муколитики из групп карбоцистеина или ацетилцистеина позволяют нормализовать секрецию слизи, ее физико-химические свойства и эвакуаторную функцию слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Схемы лечения острого риносинусита, в том числе с присоединением бактериальной инфекции, предполагают применение антигистаминных препаратов и фитотерапии. Лекарственный препарат Синупрет содержит растительные

активные компоненты, оказывающие комплексное противовоспалительное, муколитическое и отхаркивающее действие. Наиболее важными фармакологическими свойствами Синупрета считаются способность блокировать фазу экссудации, уменьшать явления сенсибилизации, снижать проницаемость сосудистой стенки. Кроме того, цветы первоцвета, входящие в состав препарата, обладают свойством повышать активность мукоцилиарного транспорта, а следовательно, ускорять эвакуацию секрета из верхних дыхательных путей, и оказывать спазмолитическое действие.

Синупрет, характеризующийся противовирусным эффектом, предотвращает репликацию и ингибирует рост вирусов гриппа А, парагриппа и РС-вируса.

Докладчик отметил, что Синупрет эффективен в лечении заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе острых заболеваний носа и околоносовых пазух, в силу комбинированного противовирусного, антибактериального, иммуномодулирующего, противовоспалительного, муколитического и секретолитического эффектов. Профессор В.В. Вишняков представил данные исследования эффективности препарата Синупрет у больных острым катаральным риносинуситом, проведенного в клинике оториноларингологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Под наблюдением находились 50 пациентов в возрасте 17–65 лет с острым катаральным риносинуситом. Больные обратились за медицинской помощью в течение первых двух суток от начала заболевания. Период наблюдения включал три обязательных осмотра оториноларинголога. При первичном осмотре оценивали жалобы пациентов, данные анамнеза, видеоэндоскопического исследования полости носа, рентгенографии или компьютерной томографии околоносовых пазух.

Пациенты были разделены на две равные группы. В первой груп-

пе назначали защищенные пенициллины в дозе 1000 мг два раза в сутки и препарат Синупрет по две таблетки три раза в сутки, во второй – только защищенные пенициллины. Период наблюдения и лечения составил восемь дней.

В начале лечения, во время второго и третьего визитов, пациенты отмечали выраженную боль в проекции околоносовых пазух, затруднение носового дыхания, выделения из полости носа. Эффективность терапии врачи и пациенты оценивали по интегральной шкале IMOS (Integrative Medicine Outcome Scale). Для оценки удовлетворенности результатами лечения пациенты использовали интегральную шкалу IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale). Всем участникам исследования был проведен полный курс назначенного лечения.

Результаты исследования продемонстрировали, что у пациентов первой группы, получавших помимо антибактериальной терапии препарат Синупрет, в среднем на вторые-третьи сутки улучшалось носовое дыхание, обоняние, уменьшалось количество выделений из носа. Больные также отмечали уменьшение боли и давления в области проекции околоносовых пазух. Нормализация риноскопической картины наступала на пятые-шестые сутки (в среднем 5,42). У больных второй группы улучшение дыхания, уменьшение выделений из носа и ощущения давления в области околоносовых пазух наблюдалось в среднем на пятые-шестые сутки. Нормализация риноскопической картины отмечалась на седьмые-восьмые сутки от начала лечения (в среднем 7,62) (рис. 1). В первой группе момент выздоровления наступал быстрее, чем во второй, в которой Синупрет не назначали (рис. 2).

При сравнении данных в отношении удовлетворенности результатами лечения в первой группе соответствующий показатель был

оториноларингология

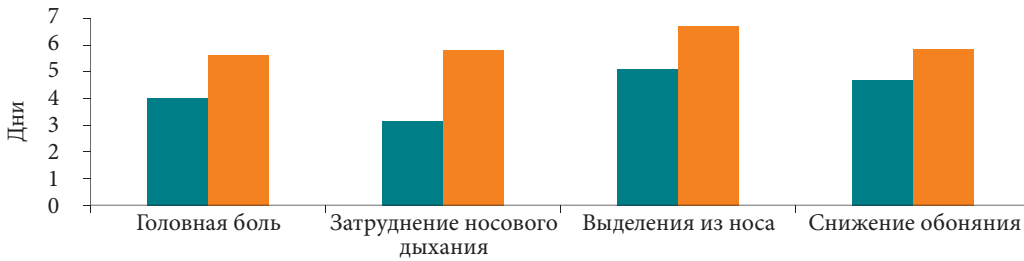


Рис. 1. Среднее время купирования основных симптомов у пациентов с острым риносинуситом

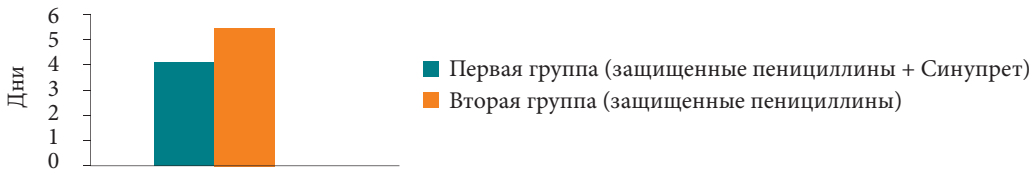


Рис. 2. Среднее время выздоровления пациентов с острым риносинуситом

выше, чем во второй. В ходе исследования ни у одного пациента, принимавшего Синупрет, каких-либо нежелательных явлений не зафиксировано.

Таким образом, клиническая эффективность препарата Синупрет в комплексном лечении острого риносинусита заключалась в более быстром купировании таких симптомов, как головная боль, затруднение носового дыхания, выделения из полости носа и снижение обоняния.

Резюмируя сказанное, профессор В.В. Вишняков отметил, что на фоне применения Синупрета при остром синусите достоверно сокращаются сроки выздоровления и повышается качество жизни больных.



Профессор, д.м.н.
Е.Ю. Радциг

Доклад заведующей учебной частью кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессора Елены Юрьевны РАДЦИГ был посвящен применению фитопрепарата Синупрет в реальной педиатрической практике при риносинусите различной этиологии. Риносинусит – собирательный термин, характеризующий группу острых или хронических воспалительных заболеваний полости носа и его придаточных пазух. Согласно положениям Европейского согласительного документа по ри-

Риносинусит у детей: этиотропное и симптоматическое лечение

носинуситу и назальному полипозу (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – EPOS) 2012 г., в большинстве случаев (98%) имеет место риносинусит вирусной этиологии и лишь в 0,5–2% – бактериальной. Однако нередко у больных синуситом наблюдается осложненное течение заболевания смешанной этиологии. Результаты микробиологического исследования аспириатов околоносовых пазух (эпидемический сезон 2015–1016 гг.) показали, что у детей, получавших лечение в стационаре, в 27,30% случаев регистрировали смешанный тип риносинусита – к вирусной инфекции присоединялась вторичная бактериальная инфекция. Бактериальный синусит выявлен у 32,30% детей, риносинусит вирусной этиологии – у 16,20%, неясной этиологии – у 24,20% детей. При остром синусите из околоносовых пазух у детей, как правило, выделяли *S. pneumoniae*, *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. По данным микробиологического исследования аспириатов околоносовых пазух, среди вирусов преобладали риновирусы. В значительно мень-

шем числе случаев зафиксированы аденовирус, вирус парагриппа, РС-вирус.

Результаты микробиологического исследования назальных смывов у детей, получавших амбулаторное лечение, показали наличие в 63% случаев риносинусита смешанной этиологии (вирусы + бактерии), в 21% – вирусного риносинусита, в 16% случаев – бактериального. В назальных смывах в 44% случаев выявлен РС-вирус. Среди бактериальных агентов лидировали *S. pneumoniae* (31,25%) и *H. influenzae* (18,25%).

Данные были получены ретроспективно, все дети получали антибактериальные препараты. Таким образом, при различных методах исследования у больных риносинуситом выявляется практически одинаковое соотношение бактериальных и вирусных агентов.

Лечение детей с риносинуситом обычно комплексное и подразумевает устранение воспаления, восстановление проходимости естественных соустьев околоносовых пазух, эвакуацию отделяемого из них, эрадикацию возбудителя,



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

предотвращение развития возможных осложнений. При тяжелом риносинусите требуется госпитализация в ЛОР-стационар, где терапия подбирается в зависимости от состояния ребенка. Эмпирическая терапия основана на оценке тяжести течения и этиологии заболевания.

Назначая терапию детям, страдающим риносинуситом, важно помнить, что препарат должен обладать противовирусным действием и иметь показания к применению у пациентов детского возраста с ЛОР-патологией.

Одним из препаратов, активно применяемых в педиатрии, является растительный лекарственный препарат Синупрет (компания «Бионорика», Германия). Он показан для лечения острых и хронических синуситов взрослым и детям с двух лет. Компоненты, входящие в его состав, обуславливают комплексное действие на организм. Антивирусная и антибактериальная активность лекарственного препарата Синупрет подтверждена результатами ряда исследований.

Синупрет эффективен в отношении негриппозных респираторных вирусов, таких как аденовирус, РС-вирус, риновирус,

вирус парагриппа¹, а также вируса гриппа А.

Клиническую эффективность препарата Синупрет изучали у пациентов с острым, затяжным и хроническим синуситом. Установлено, что Синупрет может назначаться как стартовый препарат, в том числе для монотерапии, а также в составе комплексной терапии острого синусита и при затяжном лечении.

В российском исследовании оценивали эффективность растительного препарата Синупрет у детей с затяжными формами острого синусита. Все дети на момент включения в исследование получали базисную терапию острого синусита (антибиотики и деконгестанты). Несмотря на проведенный курс лечения, у них сохранялись жалобы на заложенность и выделения из носа. Как показали результаты исследования, применение препарата Синупрет после антибиотиков и деконгестантов способствовало быстрому купированию симптомов заболевания. Полученные данные позволяют сделать вывод, что при использовании препарата Синупрет в виде монотерапии в течение 21 дня уменьшается выраженность отека слизистой оболочки полости носа и восстанавли-

вается носовое дыхание у детей с затяжными формами острого синусита².

Профессор Е.Ю. Радциг отметила эффективность Синупрета в целях профилактики риносинусита у детей на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). В исследовании пациентам первой группы проводили монотерапию препаратом Синупрет, пациентам второй группы – лечение с использованием эндоназальной ирригационной терапии, деконгестантов и антисептиков. Параллельный анализ результатов лечения детей с ОРВИ показал, что препарат на растительной основе хорошо переносится, способствует более легкому течению болезни. Благодаря противовоспалительному, противоотечному, секретолитическому и антивирусному действию Синупрет предупреждает развитие осложнений респираторных инфекций, ускоряет процессы выздоровления в целом на 45% и сокращает продолжительность болезни в среднем на пять суток³. Следует отметить хорошую переносимость растительного препарата Синупрет и отсутствие нежелательных явлений при его использовании в педиатрической практике.

Оптимизация консервативного лечения хронического аденоидита у часто болеющих детей

По словам главного детского оториноларинголога Министерства здравоохранения Республики Крым, заведующей отоларингологическим отделением Крымского республиканского учреждения «Детская клиническая больница» (г. Симферополь) Людмилы Васильевны ГУЛЯЕВОЙ, на долю патологии глоточной миндалины

у часто болеющих детей приходится более 70% общего числа заболеваний уха, горла и носа. Этим обусловлена актуальность оптимизации методов лечения детей с данным заболеванием.

Глоточная миндалина (аденоиды) входит в состав лимфоэпителиального глоточного кольца и относится к периферическим органам иммунной системы.



Главный детский оториноларинголог Минздрава Республики Крым Л.В. Гуляева

¹ Glatthaar-Saalmüller B., Rauchhaus U., Rode S. et al. Antiviral activity in vitro of two preparations of the herbal medicinal product Sinupret® against viruses causing respiratory infections // Phytomedicine. 2011. Vol. 19. № 1. P. 1–7.

² Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Лобеева Н.А., Богомильский М.Р. Особенности ведения больных с затяжными формами острых синуситов // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7. № 6. С. 127–131.

³ Машкова Т.А., Мальцев А.Б. Селективная профилактика риносинуситов у детей при острой респираторной вирусной инфекции // Вопросы современной педиатрии. 2012. Т. 11. № 2. С. 50–52.



Вырабатываемые глоточной миндалиной иммунокомпетентные клетки являются индукторами иммунитета слизистых оболочек носа и околоносовых пазух.

Распространенность заболеваний лимфоэпителиального глоточного кольца у детей влияет на частоту и тяжесть хронической ЛОР-патологии во взрослом возрасте. Это требует своевременной санации воспалительных заболеваний лимфоэпителиального кольца у детей.

Гипертрофия глоточной миндалины – одна из наиболее распространенных патологий детского возраста, вызывающих манифестацию частых респираторных инфекций. Одной из основных причин гипертрофии глоточной миндалины является ее конституционально обусловленная гипертрофия, связанная с врожденной неполноценностью лимфоидной ткани в результате длительной гипоксии плода. Статистически доказана связь между степенью увеличения глоточной миндалины и соматическим типом конституции детей. Соматический тип определяет строение, топографию органов и систем, а также уровень здоровья и функциональные особенности организма. У детей с выраженной степенью гипертрофии глоточной миндалины преобладает переходный тип конституции – мезомакросомный, у здоровых детей – мезосомный. Физиологическая гипертрофия в возрасте от трех до шести лет обусловлена объемным увеличением фолликулов миндалины и их количеством.

Поскольку миндалины являются частью иммунной системы, необходим индивидуальный подход к выбору тактики лечения пациентов с гипертрофией глоточной миндалины. Как известно, наиболее распространенным методом лечения гиперплазии глоточной миндалины является хирургическое вмешательство. Несмотря на успехи практической и теоретической медицины, в детской

оториноларингологии не разработаны основные лечебные возрастные программы консервативного лечения лимфоэпителиального кольца. Актуальной проблемой педиатрии в настоящее время остается разработка эффективных патогенетических методов лечения. На 7-м Международном симпозиуме «Миндалины и мукозальный барьер дыхательных путей», который состоялся в Италии в 2010 г., прозвучал призыв к использованию альтернативных методов лечения гипертрофии глоточной миндалины.

Гипертрофия глоточной миндалины формируется на фоне значительных иммунных нарушений в ткани самой миндалины. В связи с этим важным направлением в лечении хронического аденоидита (воспаление глоточной миндалины) наряду со стандартной считается иммунокорректирующая терапия.

Докладчик представила результаты исследования клинической эффективности консервативного лечения хронического аденоидита у детей с использованием растительного лекарственного препарата Тонзилгон Н (компания «Бионорика», Германия). Установлено, что Тонзилгон Н обладает иммуномодулирующим действием с выраженным дозозависимым эффектом. В исследовании участвовали 70 детей (36 мальчиков, 34 девочки) в возрасте от трех до семи лет, сопоставимые по демографическим и клиническим характеристикам. Критерии включения – наличие клинических симптомов хронического аденоидита в стадии обострения. Критериями исключения из исследования стали аллергические заболевания дыхательных путей, нарушение архитектоники носа и острые воспалительные заболевания уха и глотки. Больных рандомизировали на две равные группы. В основной группе назначали стандартную терапию (элиминационная терапия, эндо-назальные глюкокортикостероиды

(ГКС), физиолечение) и препарат Тонзилгон Н в возрастной дозе три раза в день в течение шести недель. Пациенты контрольной группы получали только стандартную терапию. Анализировали динамику таких симптомов, как выделения из носа, заложенность носа, ночной кашель, нарушения слуха. Оценивали длительность обострения аденоидита, частоту осложнений (отит, бронхит) и обострений за наблюдаемый период. У всех пациентов с помощью назальной эндоскопии диагностирована выраженная гипертрофия глоточной миндалины. Анализ данных эндоскопии позволил установить, что у всех участников исследования имело место сочетание гипертрофии глоточной миндалины и ее воспаления, что проявлялось:

- заложенностью носа;
- передней ринореей;
- постназальным затеканием;
- ночным кашлем;
- храпом;
- снижением слуха.

Динамика параметров оценивалась в баллах – от 0 до 3. Система оценки: 3 балла соответствовали нарушениям тяжелой степени, 2 балла – средней тяжести, 1 балл – незначительным нарушениям.

Величина гипертрофии глоточной миндалины второй степени зафиксирована у 47 (67,1%) детей, третьей степени – у 23 (32,9%). Самочувствие пациентов и характер перенесенных заболеваний оценивали до и после лечения, затем через три, шесть и 12 месяцев. Со слов родителей, в течение года дети шесть – восемь раз переносили респираторные инфекции, которые сопровождались длительной заложенностью носа, ринореей, ночным кашлем. В большинстве случаев (78%) родители отмечали беспокойный сон детей, снижение аппетита и внимания, быструю утомляемость. Снижение слуха зафиксировано у 15 (22%) больных. При объективном исследовании у всех пациентов отмечались слизистое



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

или слизисто-гнойное содержимое в общих носовых ходах, синдром постназального затекания. В мазках из глотки у детей обеих групп в основном выявлен стафилококк. В результате проведенного лечения зарегистрирована отчетливая положительная динамика в обеих группах по всем исследуемым параметрам. Анализ данных показал, что в основной группе, в которой дети получали стандартную противовоспалительную терапию и лекарственный препарат Тонзилгон Н, клиническая симптоматика, длительность заболевания, количество осложнений уменьшались значительно быстрее, чем в контрольной группе. Включение препарата Тонзилгон Н в схему лечения аденоидита обеспечило более легкое течение и достоверно меньшую продолжительность заболевания. Эндоскопическое обследование детей через три, шесть и 12 месяцев показало явный регресс величины гипертрофии глоточной миндалины в основной группе.

В то же время в контрольной группе, в которой дети получали только стандартную терапию, отмечались временный положительный результат и возвращение клинических симптомов заболевания после очередного эпизода ОРВИ. Положительный эффект препарата Тонзилгон Н, применяемого при хроническом аденоидите у детей, обусловлен комплексным воздействием биофлавоноидов растений, входящих в состав препарата, на иммунный статус и организм в целом. Учитывая, что формирование гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита у детей обусловлено в том числе наследственной предрасположенностью, неблагоприятным течением перинатального периода, иммунными нарушениями на системном уровне, комплексное лечение следует дополнять иммуномодуляторами. Лечение детей с гипертрофией глоточной миндалины и хроническим аденоидитом препаратом Тонзилгон Н приводит к длительному положи-

тельному клиническому эффекту, купированию воспаления глоточной миндалины и уменьшению степени гипертрофии аденоидов. Поэтому данный метод можно рассматривать как альтернативу оперативному лечению.

Комбинированный лекарственный растительный препарат Тонзилгон Н продемонстрировал хорошую переносимость и эффективность вне зависимости от возраста ребенка как в качестве противовоспалительного средства, так и в качестве иммуномодулятора. Положительные результаты исследования позволили сделать вывод, что препарат Тонзилгон Н может быть использован как средство неспецифической профилактики.

Данные проведенного исследования позволяют рекомендовать препарат Тонзилгон Н для лечения, профилактики и реабилитации детей с респираторной инфекцией и ее осложнениями в практике оториноларинголога, педиатра и семейного врача.

Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний глотки

Заведующий отделением оториноларингологии Морозовской детской городской клинической больницы, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Юрий Львович СОЛДАТСКИЙ рассказал о современных методах лечения острых инфекционных заболеваний, характеризующихся поражением лимфоглоточного кольца. Их классифицируют в зависимости от топики поражения: ангина небных миндалин – тонзиллит, ангина фолликулов задней стенки глотки и боковых валиков – фарингит, носоглоточной миндалины – аденоидит, ангина язычной

миндалины и ангина гортанной миндалины – эпиглоттит.

Рациональная терапия воспалительных заболеваний глотки предусматривает назначение препаратов, способствующих максимально быстрому клиническому выздоровлению.

В настоящее время в мире существует проблема избыточного назначения системных антибактериальных препаратов. Каждый седьмой житель земного шара один раз в течение года принимает антибиотики. В США при неосложненных острых респираторных заболеваниях (ОРЗ) частота назначения антибиотиков достигает 52%⁴. В России детям с ОРЗ назначают антибиотики в поликлиниках в 65–85% случаев, в стационарах – в 98%.



Профессор, д.м.н.
Ю.Л. Солдатский

Не следует забывать об отрицательной динамике регистрации новых антибактериальных препаратов. В стадии разработки находится весьма ограниченное число новых антибиотиков, поэтому надо взвешенно подходить к назначению имеющихся антибактериальных препаратов. В первую очередь не-

⁴ Gonzales R., Malone D.C., Maselli J.H., Sande M.A. Excessive antibiotic use for acute respiratory infections in the United States // Clin. Infect. Dis. 2001. Vol. 33. № 6. P. 757–762.



обходимо учитывать, что необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

В современных условиях особую актуальность приобретает адекватная просветительская работа с педиатрами, терапевтами, пациентами, целью которой является повышение осведомленности о серьезности проблемы высокого уровня антибиотикорезистентности в мире.

Профессор Ю.Л. Солдатский отметил, что при назначении антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях глотки нужно принимать во внимание этиологию заболевания и чувствительность возбудителя к антибиотикам. Как правило, в 80% случаев бактериальным агентом, вызывающим ангину, является бета-гемолитический стрептококк группы А. В этом случае больным показаны антибиотики. При эмпирической терапии бактериального тонзиллофарингита у больных без факторов риска развития осложнений применяют феноксиметилпенициллин. При аллергии на бета-лактамы используют макролиды, линкозамиды. В случае неэффективности стартовой антибактериальной терапии назначают амоксициллин/клавулат. Длительность терапии обычно составляет не менее десяти дней⁵.

Местная антибактериальная терапия тонзиллита и фарингита имеет ряд преимуществ. Речь, в частности, идет о целенаправленной доставке антибактериального препарата к очагу инфекции, отсутствии системного воздействия, минимизации риска селекции резистентных штаммов нормальной микрофлоры. Данный вид терапии может использоваться у пациентов с поражением глотки как бактериальной, так и вирусной природы. На отечественном фармацевтическом рынке представлены различные антисептики, содержащие активные компоненты, такие как хлоргексидин, сульфаниламиды, йод, местные анестетики, лизаты бактерий, спирты. Многие из этих компонентов могут быть токсичными, высокоаллергенными, оказывать раздражающее действие.

В этом ряду выделяется лекарственный препарат растительного происхождения Тонзилгон Н, который применяется при острых и хронических заболеваниях верхних дыхательных путей и отличается мягким, но эффективным действием. Его используют в целях профилактики осложнений при ОРВИ, в том числе у часто болеющих детей, и как дополнение к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях верхних дыхательных путей. Кроме того, препарат Тонзилгон Н эффективен в предупреждении развития осложнений и комплексном лечении в пред- и послеоперационном периодах в ЛОР-практике.

Далее докладчик затронул тему лечения хронического фарингита и его связь с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Он подчеркнул, что значительную роль в патогенезе развития заболеваний гортани и глотки играет гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). ГЭРБ считается широко распространенной патологией среди жителей индустриально развитых стран. Принято выделять пищеводные и внепищеводные симптомы ГЭРБ. Внепищеводные симптомы представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем и ЛОР-органов. К отоларингологическим симптомам ГЭРБ относят ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение, желание прочистить горло, охриплость, приступообразный кашель. Кроме того, ГЭРБ может быть причиной рецидивирующих синуситов, средних отитов, фарингитов, ларингитов, не поддающихся стандартной терапии. К сожалению, в ряде случаев оториноларингологи

не способны почувствовать грань между внепищеводным проявлением ГЭРБ и изолированной патологией глотки.

В настоящее время доказано существование двух форм патологии: собственно ГЭРБ и фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР). Фаринголарингеальный рефлюкс – заброс кислого содержимого желудка выше верхнего пищеводного сфинктера в глотку и гортань. При этом основной фактор повреждения слизистой оболочки ЛОР-органов при ФЛР – пепсин. Попадая в носоглотку, он способствует развитию гипертрофии носоглоточной миндалины. Отсутствие изжоги и регургитации при наличии неспецифических жалоб, таких как боль в горле, першение, ощущение инородного тела, кашель, дисфагия, говорит о том, что у пациента может быть ФЛР.

Диагностика ФЛР и внепищеводных проявлений ГЭРБ основана прежде всего на данных эндоларингоскопии и суточной рН-метрии.

По данным исследований, частота встречаемости хронического фарингита у пациентов с ГЭРБ достигает 60%.

Лечение хронических заболеваний глотки у больных с кислотозависимой патологией ЖКТ включает терапию основного заболевания, элиминационные мероприятия и применение препаратов топического действия. В снижении местного воспаления и частоты рецидивов при хронических заболеваниях глотки эффективна иммунотерапия препаратом Тонзилгон Н.

«При наличии внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациента длительность терапии заболевания ЖКТ должна быть вдвое больше по сравнению с традиционной. Нормализация состояния слизистой оболочки глотки будет следовать за нормализацией состояния слизистой оболочки пищевода», – подчеркнул профессор Ю.Л. Солдатский в заключение.

⁵ Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации / под ред. А.А. Баранова, Л.С. Стречунского // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2007. Т. 9. № 3. С. 200–210.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

Ведение больных в послеоперационном периоде после риносептопластики

Руководитель ЛОР-клиники Московского областного научно-исследовательского клинического института (МОНКИ) им. М.Ф. Владимирского, д.м.н., профессор Виктор Иванович ЕГОРОВ в начале своего выступления напомнил, что длительное нарушение носового дыхания чревато негативными последствиями. Это развитие различных форм хронического ринита, патологии околоносовых пазух, слуховой трубки и среднего уха, воспалительных заболеваний глотки, гортани, нижних дыхательных путей. Кроме того, длительное нарушение носового дыхания отрицательно сказывается на функциональном состоянии систем организма.

Единственным методом лечения в таких случаях считается хирургический. Наиболее часто оперируют мужчин трудоспособного возраста (18–45 лет), что обуславливает необходимость эффективного послеоперационного ведения и скорейшего возвращения пациентов к полноценной трудовой деятельности. На исход хирургического вмешательства влияет как сама техника операции, квалификация хирурга, так и ведение послеоперационного периода больного. Адекватное ведение послеоперационного периода предотвращает развитие воспалительных осложнений, сокращает период реабилитации. В современной ринологии нет единого мнения о тактике послеоперационного лечения указанного контингента больных. Не существует стандартной оптимальной схемы ведения послеоперационного периода, определяющей необходимость, вид и длительность тампонады, выбор метода ухода за раневыми поверхностями, целесообразность местного или системного применения лекарственных средств, а также физиотерапии.

Воспаление слизистой оболочки полости носа после хирургической

травмы – нормальная защитная реакция, направленная на уничтожение инфекционного агента, активацию процессов регенерации и восстановления тканей. Однако в ряде случаев воспаление выходит за рамки физиологического процесса, возникает неконтролируемое повреждение. Воспаление и инфекция усиливают друг друга. Хирургическая травма в значительной степени угнетает и без того нарушенный местный защитный барьер.

В послеоперационном периоде развиваются боль, отек, воспаление, десквамация, нарушение мукоцилиарного клиренса. Для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде больным показаны нестероидные противовоспалительные препараты, иммобилизация, НО-терапия, физиотерапия. Снять отек помогают деконгестанты, антигистаминные, антибактериальные препараты, физиотерапия, а также комбинированные препараты растительного происхождения (в частности, Синупрет). Для борьбы с воспалительным процессом используют антибактериальную терапию, изотонические солевые растворы, Синупрет, НО-терапию. При десквамации эпителия слизистой оболочки пациентам назначают декспантенол, НО-терапию, масляные растворы (витамины групп А и Е), Синупрет. Нарушения мукоцилиарного клиренса корректируют с помощью сосудосуживающих препаратов, деконгестантов, физиотерапевтического лечения, муколитических препаратов (Синупрет).

В результате механической травмы при оперативном вмешательстве возникает остановка мерцания ресничек эпителиального покрова, нарушается мукоцилиарный транспорт слизи. Такая ситуация способна при определенных условиях привести к задержке секрета.



Профессор, д.м.н.
В.И. Егоров

При этом вероятно активация условно патогенной микрофлоры. Мукоцилиарный транспорт является важнейшим механизмом, обеспечивающим санацию дыхательных путей, одним из основных механизмов системы местной защиты. Он обеспечивает необходимый потенциал барьерной, иммунной и очистительной функций респираторного тракта. Очищение дыхательных путей от чужеродных частиц и микроорганизмов происходит благодаря их оседанию на слизи с последующим выведением.

Профессор В.И. Егоров представил результаты контролируемого открытого рандомизированного исследования, проведенного в ЛОР-клинике МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, в котором изучали клиническую эффективность препарата Синупрет у пациентов, перенесших ринохирургическое вмешательство (риносептопластику или септопластику). 120 больных были рандомизированы на две группы. В послеоперационном периоде пациенты основной группы помимо стандартной терапии получали лекарственный растительный препарат Синупрет. В этой группе восстановление функционального состояния слизистой оболочки полости носа после планового хирургического лечения происходило достоверно быстрее, чем в группе сравнения. Препарат позволил в более короткие сроки вывести больных из послеоперационного периода.



Таким образом, оригинальный состав и широкий спектр фармакологических эффектов, отсутствие токсического влияния

на слизистую оболочку полости носа, минимум побочных эффектов, отсутствие взаимодействия с другими препаратами позво-

ляют считать Синупрет одним из лучших мукоактивных препаратов для применения в ринохирургии.



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Заместитель директора института по научной и координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, д.м.н., профессор Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ продолжил тему лечения пациентов с патологиями полости носа в послеоперационном периоде. Он отметил, что эффективность ринохирургического вмешательства во многом зависит от реабилитационного периода.

На сегодняшний день единого стандарта ведения больных после ринохирургических вмешательств не существует. Механическое повреждение слизистой оболочки полости носа ведет к выбросу медиаторов воспаления, локальной вазодилатации, отеку, что в свою очередь вызывает нарушения микроциркуляции и гиперсекрецию слизи. Происходят снижение резистентности тканей и, как следствие, активация микробной флоры. Поэтому основными задачами при ведении пациентов после оперативных вмешательств в полости носа являются:

- предупреждение развития гнойных осложнений;
- купирование послеоперационных реактивных проявлений;

Особенности раннего послеоперационного периода при ринохирургических вмешательствах

- достижение быстрой эпителизации полости носа и восстановление транспортной функции респираторного эпителия;
- предупреждение формирования синехий между носовой перегородкой и латеральной стенкой носа;
- быстрое восстановление носового дыхания;
- уменьшение сроков реабилитации и восстановления трудоспособности пациентов.

В послеоперационном периоде в оториноларингологии для лечения и профилактики осложнений применяют системные и топические антибактериальные и антигистаминные препараты, топические деконгестанты, препараты для ирригационной терапии, а также противовоспалительные средства, топические муколитики, ГКС, растительные масла (персиковое, абрикосовое), масляные растворы витаминов А и Е.

Профессор С.В. Рязанцев представил результаты применения препарата Синупрет в раннем послеоперационном периоде (после проведения ринохирургического вмешательства). В Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте уха, горла, носа и речи с мая по декабрь 2015 г. наблюдали 60 пациентов, которым были выполнены подслизистая резекция перегородки носа и двусторонняя подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Некоторым пациентам одномоментно провели двустороннюю микромаксиллотомию, двустороннюю латеропозицию нижних носовых раковин. Пациентов разделили на две равные группы. В основной группе назначали Синупрет за два дня до операции и далее в течение двух

недель после нее по 50 капель три раза в день *per os* одновременно с базисной терапией. Пациенты контрольной группы получали только базисную терапию: цефтриаксон и этамзилат по 2 г внутримышечно в течение двух дней после операции, персиковое масло по три-четыре капли два раза в день в нос в течение семи дней. Им проводили ежедневные туалеты носа, а с седьмого дня после операции – носовой душ два-три раза в день в течение двух недель.

Состояние пациентов оценивали с помощью общего оториноларингологического осмотра, передней риноскопии до и после анемизации слизистой оболочки носа, эндоскопии слизистой полости носа. Оценку функции носового дыхания проводили с помощью передней активной риноманометрии, резистометрии, акустической риноманометрии.

Обратную динамику основных клинических симптомов (затруднения носового дыхания, выделений из носа и тяжести в проекции верхнечелюстных пазух) анализировали путем ежедневного опроса пациентов. Полученные результаты оценивали по балльной шкале (0–4 балла). В основной группе после операции отмечалась положительная динамика основных клинических симптомов (рис. 3). Оценка состояния носовой полости также продемонстрировала преимущество основной группы перед контрольной. Эндоскопическая картина полости носа у пациентов основной и контрольной групп на седьмой и 16-й день значительно различалась. Процессы развития отека и образования корок в основной группе были менее выражены, чем в группе контроля.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

Докладчик отметил, что комбинация акустической и стандартной риноманометрии предоставляет интересные возможности для оценки состояния слизистой оболочки полости носа по всему профилю полости носа. Показатели акустической риноманометрии в послеоперационном периоде подтвердили, что в основной группе, в которой применяли препарат Синупрет, зафиксировано улучшение состояния полости носа. Препарат Синупрет оказывал тройное действие: муколитическое, противовоспалительное и противоотечное. Завершая выступление, профессор С.В. Рязанцев подчеркнул, что при выполнении ринохирургических вмешательств в раннем послеоперационном периоде необходимо проведение комплексной терапии. Применение препарата Синупрет способствует восстановлению слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

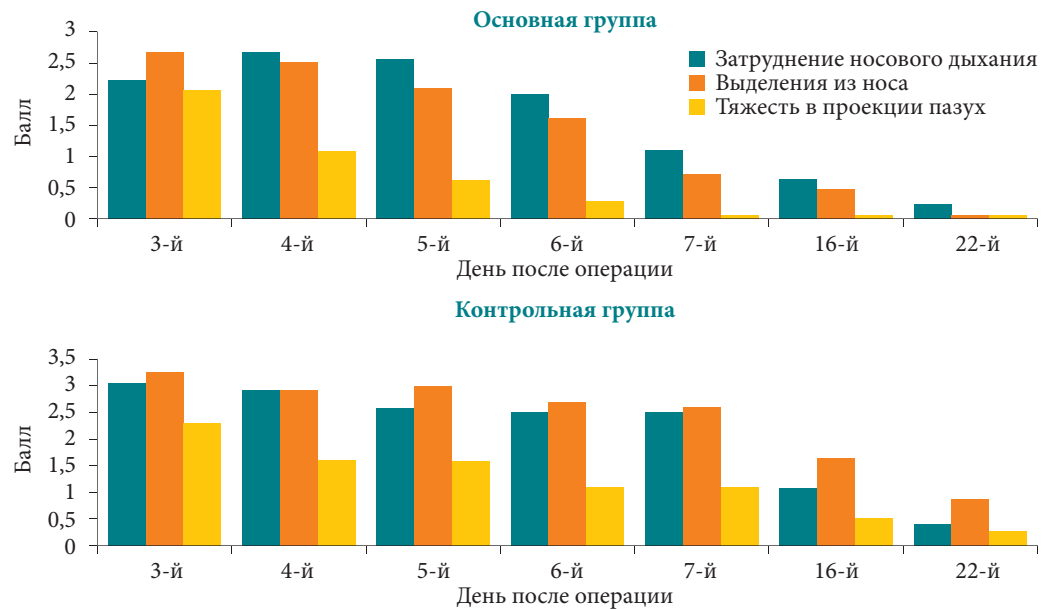


Рис. 3. Динамика основных клинических симптомов после операции

Использование Синупрета в составе комплексной терапии сокращает сроки реабилитации пациентов

и предотвращает развитие осложнений после ринохирургических операций.

Заключение

В настоящее время лекарственные препараты растительного происхождения получили широкое распространение, в том числе в педиатрической практике. Благодаря активным растительным компонентам лекарственные средства обладают не только противовоспалительным, но также иммуномодулирующим действием. Включение лекарственных растительных препаратов в комплексную терапию воспалительных заболеваний ЛОР-органов обусловлено их доказанными преимуществами, такими как мягкое терапевтическое действие, низкая токсичность, возможность длительного применения в различных возрастных группах. Комбинированный препарат растительного происхождения Синупрет (компания «Бионорика», Германия) оказывает секретолитическое, секретомоторное и противовоспалительное действие при лечении пациентов с острым

и хроническим риносинуситом, сопровождающимся образованием вязкого секрета. Препарат способствует восстановлению защитных свойств и уменьшению отека слизистой оболочки, оттоку экссудата из придаточных пазух носа и верхних отделов дыхательных путей. Синупрет изготавливается из экологически чистого сырья. В его состав входит широкий спектр биологически активных веществ: горечь (корень горечавки), сапонины и флавоноиды (цветы примулы, трава щавеля), стеролы (цветы бузины), бифенолы и вербенины (трава вербены). По данным исследований, препарат обладает высоким уровнем безопасности и разрешен к применению у детей с двух лет. Тонзилгон Н (компания «Бионорика», Германия) – лекарственный препарат растительного происхождения для лечения острых и хронических воспалитель-

ных заболеваний ЛОР-органов и верхних дыхательных путей. В состав препарата Тонзилгон Н в качестве активных действующих веществ входят растительные компоненты: корень алтея, цветки ромашки, трава хвоща, листья грецкого ореха, трава тысячелистника, кора дуба, трава одуванчика. Кроме того, в зависимости от лекарственной формы в состав входят различные вспомогательные вещества. Активные компоненты ромашки, алтея и хвоща способствуют повышению активности неспецифических факторов защиты организма. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея, тысячелистника и танины дуба оказывают противовоспалительное действие и уменьшают отек слизистой оболочки дыхательных путей. Препарат Тонзилгон Н доказал эффективность в качестве профилактического средства для предотвращения осложнений при ОРВИ и дополнения к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях. ☺