



Синупрет как препарат выбора в лечении острого бактериального риносинусита

Д.м.н., проф. В.И. ПОПАДЮК, И.В. КАСТЫРО

В статье приведены результаты исследования эффективности применения препарата Синупрет в комплексе с базовой терапией у 109 больных острым бактериальным риносинуситом. Отмечены более быстрый регресс клинических проявлений, сокращение сроков лечения, уменьшение длительности приема антибиотиков ($p < 0,05$) и отсутствие побочных явлений у пациентов, принимавших препарат Синупрет.

Важность своевременной диагностики и эффективного лечения острых риносинуситов с целью предотвращения их перехода в хроническую форму несомненна [1]. Больные с заболеваниями околоносовых пазух составляют, по разным данным, от 15% до 62% от общего числа обратившихся в ЛОР-стационары и ЛОР-кабинеты поликлинических лечебных учреждений [2, 3]. Чаще всего острый риносинусит развивается на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Как правило, при любой форме ОРВИ в воспалительный процесс в той или иной степени вовлекаются околоносовые пазухи, а в 2% случаев происходит активация патогенной бактериальной микрофлоры и возникает острый бактериальный синусит. Микробный пейзаж острого бактериального риносинусита носит относительно постоянный характер. Наиболее распространены *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*, реже возбудителями являются

Streptococcus pyogenes, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, анаэробные микроорганизмы [2, 4, 5].

Согласно международным (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, EP³OS) и отечественным рекомендациям, препаратами выбора при лечении острых бактериальных риносинуситов должны быть антибиотики [2, 6], помимо которых также возможно применение и мукоактивных препаратов. Наиболее безопасными муколитическими препаратами признаются препараты, основные компоненты которых имеют природное происхождение (Синупрет, Геломиртол и др.). Оптимальное сочетание в составе Синупрета экстракта корней горечавки (содержит горькие вещества амарогенцин и генциопикрозид, сахараиды, генциановую кислоту), цветков первоцвета весеннего (содержит флавоноиды рутин и кверцетин, каротиноиды, производные салициловой кислоты), травы щавеля (содержит

флавоноиды, производные гидроксикоричной кислоты, эмодин, щавелевую кислоту, витамин С), цветков бузины черной (содержит флавоноиды рутин, гиперезид, ситостеролы, тритерпены, эфиры кофейной кислоты) и травы вербены (содержит гликозиды вербеналол, вербеналин и гастатозид) обеспечивает его комплексное терапевтическое действие при остром риносинусите [7]. Входящие в состав препарата вещества оказывают муколитическое, противовоспалительное и иммуномодулирующее действие, способствуя оттоку экссудата из околоносовых пазух и уменьшению отека слизистой оболочки (табл. 1) [8]. Благодаря фитонирингу – уникальному сочетанию инновационных разработок в фитотерапии – Синупрету присуще высокое фармацевтическое качество, являющееся основой его эффективности и безопасности. Постоянное качество препарата обеспечивается за счет тщательного отбора первичного материала, контроля и соблюдения требований к составу (точная идентификация активных веществ) и чистоте компонентов, стандартизованного процесса производства с использованием самой современной технологии (мягкий процесс получения препарата без температурного стресса предотвращает качественные и количественные изменения активных компонентов) [9]. Секретолитические свойства Синупрета реализуются с помо-



Таблица 1. Фармакологические свойства компонентов препарата Синупрет*

Лекарственное растение	Фармакологический эффект				
	Секретолитический	Противовоспалительный	Противовирусный	Противомикробный	Иммуномодулирующий
Корень горечавки	+				
Цветки первоцвета	+	+	+	+	
Трава щавеля	+	+		+	+
Цветки бузины	+				
Трава вербены	+		+		+

* Адаптировано по [8].

щью двух механизмов – прямого секретолитического (обусловлен эффектами сапонинов) и рефлекторного действия, связанного с активацией n. vagus [10]. Стимуляция сапонидами секреторных клеток слизистой оболочки носа и околоносовых пазух приводит к снижению вязкости секрета [8, 11]. Кроме того, фитопрепарат способен повышать активность реснитчатого эпителия, тем самым ускоряя эвакуацию секрета из верхних дыхательных путей и устраняя мукостаз [12, 13]. Экстракты растений, входящие в состав Синупрета, обладают способностью блокировать фазу экссудации и уменьшать проницаемость сосудистой стенки, что, в свою очередь, позволяет уменьшить отек слизистой оболочки полости носа и облегчает эвакуацию секрета из околоносовых пазух, восстанавливает дренаж и вентиляцию околоносовых пазух, устраняет заложенность носа, нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей [14].

Высокая секретолитическая активность Синупрета также была подтверждена в эксперименте на животных. С помощью классической модели оценки эффектов фар-

макологических препаратов была определена возможность влияния Синупрета на секреторную активность слизистой оболочки трахеи кроликов. Животные получали либо препарат Синупрет (основная группа), либо хлорид натрия (контрольная группа) в течение нескольких дней. В группе Синупрета вязкость секрета после введения 24 доз препарата была достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в контрольной группе [15].

Противовоспалительный и противоотечный эффекты Синупрета обусловлены действием сапонинов экстракта щавеля и первоцвета, которые ингибируют циклооксигеназу и, следовательно, тормозят синтез медиатора воспаления – простагландина E2 [8]. Как показали эксперименты на животных, проведенные Т. Ziska (1995) и С. Schwartner (1996), противовоспалительное и противоотечное действия препарата могут быть сопоставимы с действием некоторых эффективных нестероидных противовоспалительных средств [7].

В исследованиях *in vitro* была обнаружена высокая противовирусная активность препарата Синупрет в отношении как ДНК-, так и РНК-содержащих ви-

русов. В частности, компоненты препарата Синупрет опосредованно ингибируют репликацию нуклеиновых кислот широкого спектра вирусов, а именно: вирусов гриппа А (гриппа штамма H1N1, гриппа подгруппы A/California/07/2009 (H1N1)), парагриппа группы 3, риносинциального вируса, респираторного синциального вируса штамма Long, риновируса человека В подтипа 14, вируса Коксаки подгруппы А9 и аденовируса С подтипа 5 [16, 17]. Экстракты травы вербены дозозависимо ингибировали образование колоний вирусов в клеточной культуре: в разведении 1:50 на 58% ингибировали вирус парагриппа I типа, на 62% – вирус гриппа A/Chile/1/83, на 80% – респираторно-синциальный вирус.

Сравнительные исследования *in vivo* подтвердили прямое антибактериальное действие Синупрета, сравнимое с таковым у некоторых антибиотиков [18].

Р. Stierna и соавт. [19] в эксперименте (модели бактериального риносинусита у животных) доказали косвенный бактериостатический эффект Синупрета, более выраженный в отношении грамположительных бактерий.

Таблица 2. Динамика основных клинических симптомов риносинусита у пациентов в первой и второй группах

Жалобы	1-й день		3-й день		5-й день		7-й день		10-й день	
	Первая группа	Вторая группа								
Затруднение носового дыхания	110	109	91	80	73	55	42	14	12	0
Гнойные выделения из полости носа	95	91	88	68	72	44	34	9	9	0
Боль в области проекции околоносовых пазух	67	72	51	39	30	17	6	0	0	0

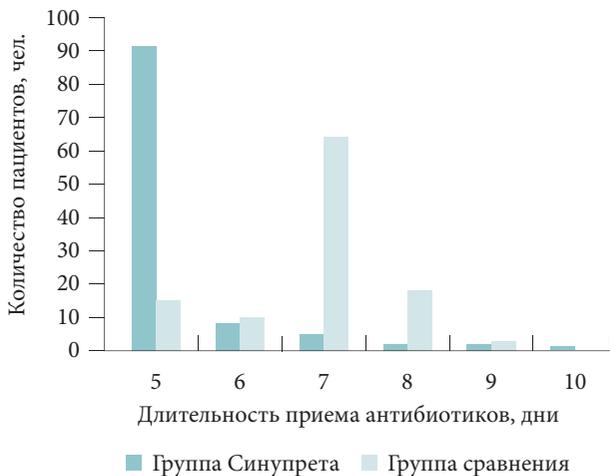


Рис. 1. Сравнительная динамика выраженности заложенности носа на фоне лечения у пациентов основной группы и группы сравнения

При изучении интенсивности угнетения роста бактериальных колоний в мазке назального секрета через 8 дней после индукции бактериального синусита было доказано четкое снижение количества колоний при использовании Синупрета, сопоставимое со снижением при применении амоксициллина. По результатам контролируемых исследований R.W. Magz и соавт. [15] и N. Neubauer и соавт. [20], в случае острого или обострения хронического риносинусита добавление Синупрета к обычной антибиотикотерапии увеличивает ее эффективность примерно на 35% [20].

Материалы и методы

На клинической базе кафедры оториноларингологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» в течение второй половины 2011 г. в амбулаторных условиях под наблюдением находились 219 пациентов. Цель исследования заключалась в изучении динамики течения острого бактериального риносинусита при применении препарата Синупрет в комплексе с базовой терапией. Диагноз острого гнойного риносинусита ставился на основании данных анамнеза, жалоб, риноскопической картины,

данных рентгенологического исследования околоносовых пазух. Пациентам 1-й группы (n = 110) назначалась базовая терапия, включавшая ксилометазолин в виде капель в нос в течение 7 дней, защищенный амоксициллин в дозировке 375 мг 3 раза в день от 5 до 10 дней в зависимости от тяжести течения заболевания. 109 пациентов, вошедшие во 2-ю группу, помимо базовой терапии получали Синупрет по 1 драже 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Эффективность лечения оценивалась на основании динамики жалоб, наличия изменений со стороны слизистой оболочки полости носа. Осмотр пациентов проводился при первичном обращении, через 3 дня, на 5, 7 и 10-е сутки после первичной консультации. Статистический анализ проводился с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования

Побочных эффектов на фоне приема препарата Синупрет во второй группе выявлено не было. В первой группе у 4 пациентов на 5-е сутки приема антибактериального препарата развился диарейный синдром: этим больным амоксициллин был заменен препаратом из группы макролидов. Как видно из таблицы 2, наиболее значимые изменения показателей отмечались начиная с 5-го дня лечения. Так, в 1-й группе свободное дыхание наблюдалось у 33,6%, а во второй – у 49,5% пациентов, гнойное отделяемое отсутствовало в 1-й группе у 24,2%, а во 2-й группе – у 51,6% наблюдаемых. Исчезновение болей в области околоносовых пазух на 5-й день лечения отметили 55,2% пациентов с базовой терапией и 76,4% пациентов, принимавших в комплексе с базовой терапией препарат Синупрет.

К седьмому дню лечения в первой группе на затрудненное носовое дыхание жаловались 38,2% больных, на наличие отделяемого из полости носа – 35,7%, на боль – 9%. На фоне приема препарата

Синупрет через неделю от начала лечения незначительная заложенность носа отмечалась у 12,1%, выделения из полости носа – у 8,9%. К 10-му дню наблюдения у пациентов 2-й группы каких-либо жалоб со стороны ЛОР-органов отмечено не было.

Следует подчеркнуть, что в обеих группах сроки приема антибиотика различались ($p < 0,05$) (рис. 1). В группе пациентов, получавших базисную терапию, 13,6% больных принимали антибиотик в течение 5 дней, 9% – 6 дней, 58,2% – 7 дней. В группе, принимавшей Синупрет, 83,4% пациентов прекратили прием антибактериального препарата в связи с регрессом жалоб и исчезновением клинической картины острого бактериального риносинусита в срок до 5 дней.

Выводы

Как показали результаты исследования, препарат Синупрет способствует более быстрому выздоровлению и восстановлению трудоспособности пациентов с острым бактериальным риносинуситом по сравнению с пациентами, которые получали только базовую терапию. Синупрет как препарат, действующий на многие патогенетические звенья бактериального воспаления в полости носа и околоносовых пазухах, способствует сокращению сроков применения антибактериальных препаратов, что снижает стоимость лечения и уменьшает риск развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта на фоне более длительного приема антибиотиков.

Таким образом, препарат растительного происхождения Синупрет хорошо переносится пациентами, способствует быстрому регрессу клинических проявлений острого бактериального процесса в околоносовых пазухах и полости носа, предотвращает развитие хронических гнойных синуситов и является клинически эффективным в комплексном лечении острого бактериального риносинусита. 🌀