

Синупрет в профилактическом лечении хронических рецидивирующих риносинуситов

А. С. Журавлев

Харьковский национальный медицинский университет

Журнал ушных, носовых и горловых хвороб, № 1, 2015

Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей вообще и хронические риносинуситы в частности являются частой патологией и поэтому могут быть отнесены к категории «социально значимых». В литературе представлены сведения о том, что эти патологические процессы встречаются в ЛОР-практике у 15% амбулаторных и 30% стационарных больных (Д.И. Заболотный, Т.В. Малярченко, 2008). Кроме того, по данным статистики отмечается устойчивая тенденция к росту количества воспалительных заболеваний околоносовых пазух. И такое нарастание заболеваемости приобретает все более ускоряющийся характер.

Распространенность хронических риносинуситов также зависит от патоморфологической природы заболевания. Гиперпластические процессы рецидивируют значительно чаще, чем гнойные или гнойно-полипозные. Однако в совокупности эта патология является одной из наиболее часто рецидивирующих среди других заболеваний, и не только оториноларингологических.

Для профилактики рецидивирования патологических процессов в организме существует большое количество рекомендаций: адекватность и своевременность начала лечения пациента с острым заболеванием, повышение уровня местной и системной иммунологической реактивности организма и другие. Но многие из них работают лишь в комплексе друг с другом, что значительно увеличивает экономические затраты и усложняет процесс лечения, а также сказывается на комплаентности. Не всегда и не все они достаточно эффективны. В связи с этим изыскание новых средств для профилактики обострений хронических процессов в околоносовых пазухах представляется своевременным и целесообразным.

В этом плане представляет значительный интерес изучение эффективности комплексного растительного препарата Синупрета в качестве профилактического средства против хронических и рецидивирующих риносинуситов, который доказал свою эффективность во многочисленных клинических исследованиях при лечении больных острым РС. С точки зрения лечения лиц с хронической воспалительной патологией остиемеатального комплекса особый интерес представляет сочетание секретолитического, противовоспалительного, иммуномодулирующего и прямого противовирусного свойств данного препарата, а также возможность длительного его применения.

В связи с этим целью нашей работы явилось изучение лечебно-профилактического потенциала комплексного растительного препарата Синупрет® в предупреждении рецидивов хронического риносинусита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследования были отобраны 50 человек с хроническим риносинуситом в фазе ремиссии. Патоморфологически процесс верифицировался как катаральный. Пациенты с полипозными и гнойными риносинуситами, опухольями околоносовых пазух различной

природы исключались из исследования. Кроме того, люди, получающие на догоспитальном этапе иммуностимулирующие средства, имеющие тяжелую соматическую патологию или анатомические дефекты остиемеатального комплекса, также были исключены из проводимого исследования. В зависимости от предложенной схемы лечения все 50 больных были подразделены на 2 клинические группы по 25 человек в каждой, идентичные по полу и возрастному составу. Основную группу составили лица, которые получали противовоспалительную терапию (глюконат Са 10% – 10,0 в/в, 1 раз в сутки – 10 дней), антигистаминные средства (эдем, эриус, кларитин по 1 таблетке 1 раз в день), ирригационную терапию в спрее в нос 2–3 раза в день. Кроме того, в этой группе все лица получали Синупрет форте® по 1 таблетке 3 раза в день. Полный курс лечения составил 28 дней. Группу сравнения представляли также 25 человек с хроническим рецидивирующим риносинуситом, которые подверглись аналогичному курсу лечения, в который, однако, не был включен исследуемый препарат: Синупрет®.

У всех больных, включенных в исследование, проводился тщательный эндоскопический осмотр ЛОР-органов, собирался анамнез с обращением особого внимания на количество рецидивов в прошлом. При выполнении передней и задней риноскопии с помощью носовых зеркал и эндоскопов фиксировалось состояние слизистой оболочки (ее консистенция, цветность, отечность), наличие патологического содержимого. Кроме этого, у всех обследуемых изучалось состояние мукоцилиарного транспорта с помощью сахаринового теста. Также у всех больных исследовалась динамика рентгенологических проявлений. Кроме того, все пациенты в обеих группах были обследованы и с помощью термографии. Этот новый и одновременно «старый» диагностический метод обследования является неинвазивным, безвредным, не вызывает осложнений, прост в выполнении, не требует материальных затрат. Для его осуществления использован термограф 4-го поколения TIS-1 (Thermal Imaging Systems). Он не требует для своей работы, как предыдущие поколения термографов, охлаждающего фактора (жидкого азота). Обследование может проводиться в обычном положении больного.

Все пациенты подверглись термографическому обследованию. Для этого нами использован термограф 4-го поколения, созданный Физико-техническим институтом низких температур НАН Украины. Это современный аппарат с достаточно чувствительной матрицей, цветным экраном, и, главное, при его эксплуатации не требуется охлаждающий фактор (жидкий азот), который необходим для предыдущих моделей термографов. С помощью этого аппарата возможно получить цифровую информацию, которая свидетельствует о наличии или отсутствии очага воспаления в околоносовых пазухах: температурный градиент между центром воспаления и окружающими его тканями, термоасимметрия на симметричных точках кожи лица в проекции околоносовых пазух.

Таблица 1

| Группа обследуемых | До 2 обострений в год | До 4 обострений в год | До 6 обострений в год |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Количество наблюдений, % | | |
| Основная группа | 28 | 56 | 12 |
| Группа сравнения | 34 | 52 | 12 |

Таблица 2

Динамика клинической симптоматики у больных хроническим риносинуситом при различных методах лечения (% пациентов)

| Симптомы | Основная группа (n=25) | | | | Группа сравнения (n=25) | | | |
|---|--------------------------|---------------|-------------|--------------|-------------------------|---------------|-------------|--------------|
| | До лечения | После лечения | Через 6 мес | Через 12 мес | До лечения | После лечения | Через 6 мес | Через 12 мес |
| | Количество наблюдений, % | | | | | | | |
| Заложенность носа | 100 | 52 | 48 | 44 | 100 | 76 | 72 | 70 |
| Гиперемия слизистой оболочки полости носа | 100 | 44 | 40 | 36 | 100 | 56 | 52 | 48 |
| Отечность слизистой оболочки | 100 | 44 | 40 | 36 | 100 | 56 | 52 | 48 |
| Наличие отделяемого в полости носа | 88 | 28 | 24 | 20 | 84 | 80 | 72 | 76 |

Катамнестические данные включали информацию о количестве рецидивов заболевания после проведения курса профилактического лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном сборе анамнестических данных выявлено, что в обеих клинических группах у большинства лиц в прошлом обострение хронического риносинусита происходило 2–4 раза в год.

То есть, можно констатировать, что в среднем до начала лечения количество рецидивов в год составляло 3–3,1.

Динамика клинической симптоматики заболевания до и в различные сроки после лечения (сразу по завершении курса, через 6 и 12 мес) отражена в табл. 2. Из ее данных видно, что периодическая заложенность носа у больных в основной группе прогрессирующе уменьшалась со 100% до 42%. После проведенного лечения существенно улучшилось состояние слизистой оболочки полости носа: достоверно уменьшался удельный вес числа пациентов с ее гиперемией и отечностью. Наличие отделяемого в полости носа различного характера было зафиксировано у 85% обследуемых до начала лечения. После его окончания на протяжении года эта цифра неуклонно снижалась – до 20% через 1 год.

В группе сравнения была констатирована другая динамика. Периодическая заложенность носа хоть и уменьшалась на протяжении 12 мес обследования, но различия с первичным обследованием были незначительными (снижение – лишь до 70%). Наличие гиперемии и отечности слизистой оболочки в полости носа снизилось и определялось лишь у половины осмотренных через 1 год. Но это значительно больше, чем в основной группе.

Наличие секрета в полости носа также стало фиксироваться у меньшего количества больных при сроке наблюдения 1 год. Однако если до лечения он отмечен у 82% пациентов, то через 1 год эта цифра снизилась лишь до 74% и была достоверно выше, чем в основной группе (20%).

Все больные в обеих клинических группах подверглись лабораторным методам обследования. Так, нами исследовался в динамике сахаринный тест, который отражает работу мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа: нарушения мукоцилиарного транспорта I степени – 20–30 мин, II степени – 30–60 мин, III степени – больше 60 мин. Метод чрезвычайно прост в выполнении, не инвазивен,



Рис. 1. Динамика времени сахаринного теста в процессе лечения в группах (мин)

По завершении курса лечения в основной группе укорочение времени сахаринного теста было более значимым, чем в группе сравнения

не требует материальных затрат, не вызывает осложнений и поэтому широко применяется в клинике. К его недостаткам следует отнести субъективизм, большой разброс получаемых результатов. В основной группе и группе сравнения получены следующие результаты (рис. 1).

Из графика видно, что до начала лечения у всех пациентов имело место нарушение двигательной активности мерцательного эпителия I степени. После окончания лечения (через 4 нед) произошло снижение значений указанного теста. Однако более заметное уменьшение (хоть и не достоверное) имело место в основной группе.

При рентгенологическом обследовании больных использовался электронно-оптический преобразователь, этот аппарат может показывать патологию околоносовых пазух на экране и фиксировать ее немедленно. Кроме того, этот метод дает менее выраженную лучевую нагрузку как на пациента, так и на обслуживающий персонал. Обнаружено, что у всех обследованных больных до начала лечения имело место нарушение пневматизации околоносовых пазух. После окончания лечения пациентов в основной группе произошел значительный регресс этого показателя. Он зафиксирован лишь у 12% лиц. А в группе сравнения нарушения аэрации пораженных пазух сохранялись у 93% обследованных. Такие различия результатов могут быть объяснены только выраженным противоотечным действием Синупрета, его способностью восстанавливать дренаж и вентиляцию ОНП.

В результате термографического обследования больных в динамике лечения выявлено, что выраженная термо-

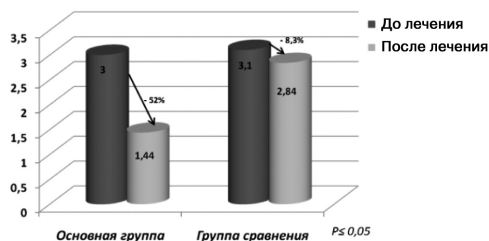


Рис. 2. Динамика средней частоты рецидивирования ХРС в группах на протяжении года

Частота обострений хронического синусита в основной группе – снизилась на 52%, в группе сравнения – на 8%

асимметрия или температурный градиент после окончания лечения в основной группе полностью нивелировался, а во многих случаях и исчезал через 6–7 дней после начала лечения. В группе сравнения подобные явления зафиксированы лишь на 9–10-й день после начала комплекса лечебных воздействий. Подобное указывает на ярко выраженное противовоспалительное действие Синупрета.

Аналогичные положительные сдвиги в состоянии больных, получивших в комплексе лечения Синупрет®, определили количество рецидивов, которые произошли в течение следующего года катamnестического наблюдения. Они отра-

жены на рис. 2, из которого видно, что в основной группе пациентов до начала лечения количество рецидивов в среднем составило 3, а после 1 года наблюдения за ними констатировано снижение их количества до 1,44, то есть произошло достоверное их уменьшение на 52%. В группе сравнения получены несколько другие результаты. До начала лечения у обследуемых было 3,1 рецидива за год, а через 1 год катamnестического наблюдения после завершения лечения зафиксировано 2,84. Хотя количество рецидивов в этой группе и снизилось, но это снижение произошло лишь на 8,3%, и разница между показателями была недостоверной.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании клинического наблюдения за больными хроническим катаральным риносинуситом на протяжении 1 года и результатов их обследования с помощью различных лабораторных методов можно констатировать, что включение Синупрета форте в комплекс лечебно-профилактических мероприятий способствует:

- 1) нормализации состояния остиомеатального комплекса и нормализации функционального состояния слизистой оболочки ВДП;
- 2) существенному уменьшению количества рецидивов у обследуемых пациентов.

Это дает основание рекомендовать Синупрет® для практического здравоохранения не только с лечебной целью, но и как активное профилактическое средство.

(Список литературы находится в редакции)