

# Гострий риносинусит: вибір тактики фармакотерапії залежно від функціонального стану співусть навколоносових пазух

**В.І. Попович, І.В. Кошель, П.Ф. Дудій**

Івано-Франківський національний медичний університет

Ринологія, №2, 2013

У статті наведений новий підхід до лікування хворих на гострий риносинусит (ГРС), заснований на оцінюванні функції співусть навколоносових пазух і пов'язаної з нею клініко-ендоскопічної симптоматики. Показано взаємозв'язок функціонального стану співусть з тяжкістю основних клініко-ендоскопічних проявів. Суть нового підходу полягає у призначенні базової медикаментозної терапії препаратом з комплексною дією, тропним до слизової оболонки дихальних шляхів, а корекція лікування проводиться з урахуванням стану одного з основних факторів розвитку та перебігу захворювання – функції співусть навколоносових пазух. Монотерапія базовим препаратом дозволяє досягти повного лікування у всіх хворих з функціонуючим співустям (54,3%). Для досягнення аналогічного результату пацієнти з частково (30,4%) або повністю блокованим (15,2%) співустям потребують призначення додаткової терапії системними деконгестантами і антибактеріальними препаратами. Відсутність поліпрагмазії разом з раннім клінічним ефектом сприяє швидкому поліпшенню якості життя та досягненню високої ефективності лікування.

**Ключові слова:** гострий риносинусит, навколоносові пазухи, функція співусть.

Гострий риносинусит (ГРС) вважається запальним процесом риногенного походження, за якого порушуються вентиляція і дренаж навколоносових пазух, як правило, на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції. Вірусна інфекція надзвичайно швидко запускає патогенетичний каскад запалення. Під впливом вірусів клітини миготливого епітелію втрачають війки, розвивається набряк слизової оболонки, який зумовлює дисфункцію, а в подальшому і блокаду співусть навколоносових пазух. Руїнування війок, порушення вентиляції навколоносових пазух з підвищенням в'язкості секрету на тлі наростаючого набряку слизової оболонки різко знижують ефективність мукоциліарного транспорту і призводять до порушення дренажу, що створює умови для розвитку вторинного, бактеріального запалення. Таким чином, гострі вірусні риносинусити швидко трансформуються в післявірусні, частина з яких зумовлена бактеріями, а дисфункція співусть навколоносових пазух є ключовим моментом, який запускає складний каскад ланок патогенезу ГРС.

Лікування при гострому РС, як правило, не передбачає госпіталізації хворого і проводиться в амбулаторному режимі. Традиційно лікування може бути ефективним тільки тоді, коли діятиме на всі ланки патологічного процесу. В таких випадках застосовують комплекс препаратів етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії [3, 8, 11, 12]. Проте більшість з них діють тільки на окремі і не завжди основні ланки етіології та патогенезу, через це ефект від такого лікування може бути лише частковим [1, 8].

Основною причиною цього є не зовсім коректні твердження щодо провідних ланок етіології і патогенезу захворю-

вання. Так, хибне переконання, що основним етіологічним чинником ГРС є бактеріальна флора, спричинює необгрунтоване призначення великої кількості антибіотиків, що є найбільш типовою помилкою [1, 3, 7, 10, 11]. Водночас треба пам'ятати, що антибіотики є потенційною токсичною фармакологічною групою і зумовлюють до 25–35% усіх побічних ефектів медикаментозних засобів.

Хибне уявлення щодо можливостей впливу місцевих деконгестантів на набряклу слизову оболонку співусть і пазух привело до завищених сподівань щодо ефективності симптоматичної за своєю суттю терапії даними препаратами. У результаті зазначають збільшення випадків медикаментозних ринітів, деконгестант-залежних людей і ускладнень з боку інших органів і систем [2, 15].

Ще одне, досить поширене, але не зовсім вірне переконання спеціалістів стосується високої ефективності інвазивного або пункційного методу лікування хворих на синусит, зокрема гайморит [3, 12, 13]. Проведені дослідження переконливо довели, що при гострому гаймориті методом вибору є неінвазивна тактика, яка дозволяє досягти клінічного одужання і нормалізації функцій носової порожнини без ускладнення слизової оболонки верхньощелепної пазухи [4, 5, 14].

Бажання вплинути на всі ланки етіології та патогенезу РС зумовлює призначення 4–5, а іноді і більше препаратів. Це особливо простежується при неінвазивній методиці, оскільки відмову від пункції фахівці намагаються компенсувати посиленою медикаментозною терапією. Поліпрагмазія часто супроводжується розвитком побічних ефектів, особливо за тривалого використання. Вона має низку негативних наслідків як суто медичного, так і морального, і фармакоеконімічного плану. Це негативно впливає на комплаєнс – комплексне поняття, що характеризує комфортність лікування.

Таким чином, сучасні підходи до лікування хворих на ГРС базуються на емпіричних підходах щодо впливу на основні ланки патогенезу і тільки опосередковано пов'язані з головною ланкою – функцією співусть. Тільки його здатність забезпечує відновлення функції мукоциліарного транспорту – основного механізму, що визначає одужання [9, 16, 17]. До сьогодні такий підхід був виправданий, оскільки традиційні методи візуалізації не забезпечували достовірних відомостей щодо функції співусть. Існуючі лікувальні підходи не включають також оцінку тяжкості перебігу гострого риносинуситу у конкретного пацієнта, як критерію призначення тієї чи іншої групи препаратів. До останнього часу методи оцінювання тяжкості стану пацієнтів були не визначені, а існуючі фармакологічні засоби не володіли комплексним впливом на слизову оболонку порожнини носа і навколоносових пазух, включаючи співусть.

У сучасних умовах для запобігання поліпрагмазії та покращання комплаєнсу перспективним напрямком є використання препаратів з комплексним механізмом дії і корекція лікувальних схем залежно від функції співусть та тяжкості перебігу ГРС.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності неінвазивного лікування хворих на гострі риносиніти на основі розроблення та обґрунтування оптимальної тактики залежно від функції співусть пазух і тяжкості стану пацієнта.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Під нашим спостереженням перебували 46 первинних хворих на ГРС. Згідно з рекомендаціями EP<sup>3</sup>OS, діагноз встановлювали на підставі аналізу основних клініко-ендоскопічних проявів. Більшості хворих, згідно з рекомендаціями «ACR Appropriateness Criteria Tm» [6], для проведення уточнюючої діагностики виконували комп'ютерно-томографічне обстеження носа і навколоносових пазух на спіральному комп'ютерному томографі «Emotion» (Siemens) з використанням програми Sinus-Spi. Під час аналізу томографічних і реконструйованих зображень оцінювали зміни і денситометричні показники слизової оболонки порожнини носа, пазух і остіомеатального комплексу. У дослідження не включали пацієнтів з аномаліями у зоні остіомеатального комплексу, які могли б спричинити анатомічну блокаду співусть.

Після комплексної оцінки клініко-ендоскопічних та радіологічних даних усі 46 хворих були розподілені на 3 групи, критеріями формування яких була функціональна спроможність співусть верхньощелепових пазух та тяжкість перерізу процесу:

- 1-а група – ГРС на тлі функціонуючих співусть;
- 2-а група – ГРС на тлі частково функціонуючих співусть;
- 3-я група – ГРС на тлі нефункціонуючих співусть.

Тяжкість стану пацієнтів визначали згідно з рекомендаціями EP<sup>3</sup>OS (редакція 2012 р.) і суб'єктивним оцінюванням свого стану пацієнтом за 10-сантиметровою візуально-аналоговою шкали (VAS) (мал. 1).

Для кількісної оцінки вираженості симптомів риносиніту та їхньої динаміки у процесі лікування застосовували бальну систему оцінки ознак (таблиця). Усі ознаки залежно від інтенсивності їхніх проявів становили (у балах):

- 0–1 – відсутні або мінімальні прояви;
- 2 – прояви середньої інтенсивності;
- 4 – максимальні прояви.

Усім хворим призначали комплексне лікування, що включало немедикаментозні методи (режим, вживання достатньої кількості рідини) і базову медикаментозну монотерапію засобом лікування синітів – рослинним секретолітиком Синупрет (спеціальний екстракт BNO 101). Обґрунтуванням для використання препарату Синупрет, як базової терапії, було те, що в одній лікарській формі на основі 5 лікарських рослин раціонально поєднуються компоненти із секретолітичною, антиінфекційною (щодо вірусів і бактерій), протизапальною, протинабряковою та імуностимулювальною дією. Поєднання етіологічної (противірусної, антибактеріальної) терапії з патогенетичним лікуванням, спрямованим на реактивацію мукоциліарного



**Мал. 1. Візуально-аналогова шкала для оцінки тяжкості ГРС**

кліренсу (розрідження густого слизу та відновлення його розподілу на шар золю і шар гелю, активація коливань війок миготливого епітелію), зменшення явищ запалення та активацію імунного захисту, забезпечує найкращий лікувальний ефект. Синупрет призначали у традиційній дозі: по 2 таблетки тричі на добу, не розжовуючи і запиваючи достатньою кількістю рідини.

Залежно від функції співусть і загального стану базову схему за необхідності доповнювали системними деконгестантами та захищеними бета-лактамами антибіотиками згідно з інструкцією по використанню.

На 3, 7, 10-й дні лікування проводили оцінювання його клінічної ефективності на підставі аналізу динаміки основних клініко-ендоскопічних проявів (див. таблицю).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

На момент первинного огляду у всіх 46 хворих були наявні суб'єктивні і об'єктивні ознаки ГРС, інтенсивність яких згідно з оцінкою відповідала від 1 до 4 балів (див. таблицю).

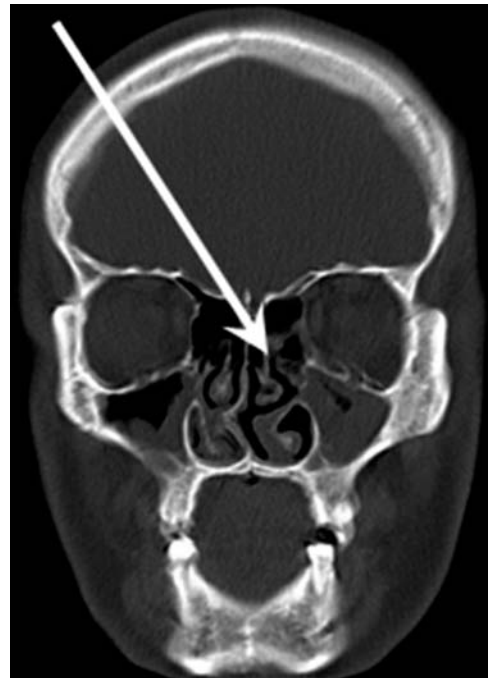
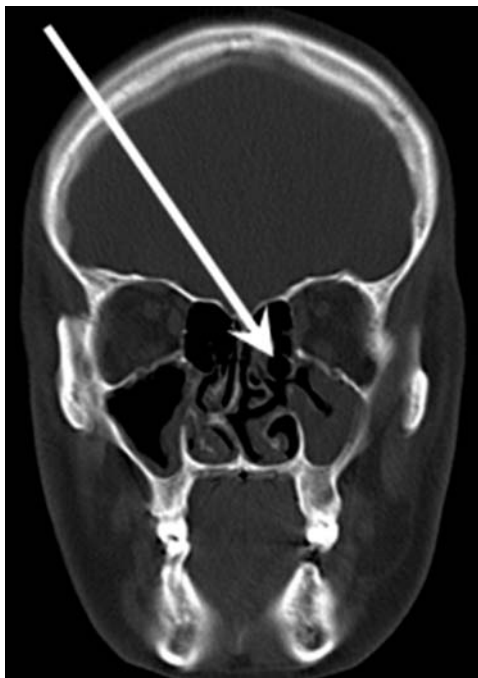
У 1-у групу увійшли 25 (54,3%) хворих. Клінічно у них спостерігались незначно виражені загальні симптоми (головний біль, біль у проекції пазухи інтенсивністю 0–1–2 бали). Інтенсивність назальних симптомів (закладання носа, реактивні явища з наявністю виділень в носовій порожнині була достатньо вираженою і становила 3–4 бали. При цьому реактивні явища у середньому носовому ході були менше виражені і відмічали тільки незначний набряк, гіперемію з помірною кількістю виділень, а їхня інтенсивність відповідала 1–2 балам. Суб'єктивна оцінка пацієнтами тяжкості свого стану за допомогою візуально-аналогової шкали складала 1–5 см і відповідала легкому ступеню (див. мал. 1).

Під час вивченні СК-томограм у наведених вище пацієнтів спостерігали усі ознаки синіту. Під час прицільного обстеження остіомеатальних комплексів аномалій, які могли б спричинити анатомічну блокаду співусть зазначених пазух, не виявлено, а самі співусть розцінено як функціонуючі (мал. 2).

Таким чином, за результатами клініко-радіологічного обстеження пацієнтам 1-ї групи встановлювали діагноз: гострий вірусний риносиніт легкого ступеня тяжкості. Стан співусть – функціонуючі.

**Вираженість основних ознак ГРС (у балах)**

| Критерії                                   | Основні ознаки в обстежуваних групах |     |     |
|--|--------------------------------------|-----|-----|
|  | 1-а                                  | 2-а | 3-я |
| Головний біль                              | 1-2                                  | 2-3 | 4   |
| Біль у проекції пазухи                     | 0                                    | 2   | 3-4 |
| Закладання носа                            | 2-3                                  | 3-4 | 3-4 |
| Виділення з носа                           | 2-3                                  | 2   | 1-2 |
| Реактивні явища у носі                     | 3-4                                  | 3-4 | 2-3 |
| Реактивні явища в середньому носовому ході | 1-2                                  | 2-3 | 3-4 |
| Виділення у середньому носовому ході       | 1-2                                  | 2-1 | 0-1 |



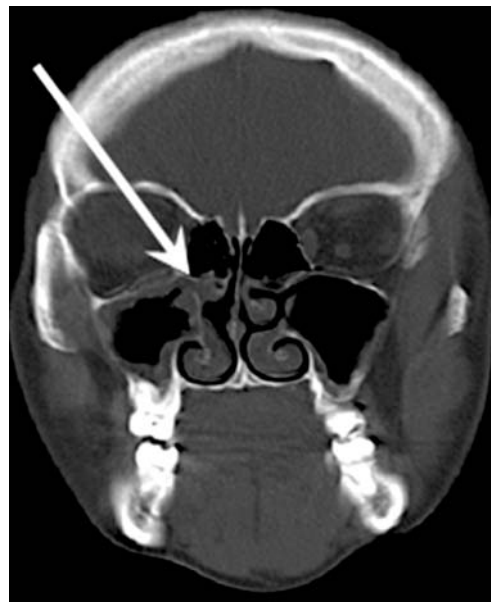
**Мал. 2. СК-томограми у пацієнтів з ГРС і співустям (вказане стрілкою)**

Хворим цієї групи призначали комплексне лікування, що включало немедикаментозні методи і базову медикаментозну монотерапію рослинним секретолітиком Синупрет.

На 3-й і 7-й дні лікування проводили оцінювання клінічної ефективності лікування на підставі аналізу основних клініко-ендоскопічних проявів. Через 3 дні лікування клінічно спостерігали значну регресію суб'єктивних і об'єктивних ознак порівняно з початком лікування. Пацієнти скаржились головним чином на неприємні відчуття у проєкції пазух, закладання і виділення з носа. Під час ендоскопічного огляду реєстрували помірні реактивні явища (набряк і гіперемію слизової оболонки) з наявністю незначної кількості виділень у носі і у середньому носовому ході. Монотерапію Синупретом продовжували до 7 днів. На 7-й день за результатами клініко-ендоскопічної оцінки ознак ГРС не виявлено, і результати лікування розцінено як одужання.

У 2-у групу увійшли 14 (30,4%) хворих, у яких клінічно діагностували достатньо виражений головний біль, біль у проєкції пазух інтенсивністю 2–3 бали. Інтенсивність назальних симптомів (закладання носа, реактивні явища з наявністю виділень у носовій порожнині) була також достатньо вираженою і становила 3–4 бали. Аналогічні явища спостерігали і в середньому носовому ході: гіперемія, набряк слизової оболонки з наявністю виділень, а їхня інтенсивність відповідала 2–3 балам. Суб'єктивне оцінювання пацієнтами тяжкості свого стану за допомогою візуально-аналогової шкали складала 5–8 см і відповідала тяжкості середнього ступеня (див. мал. 1).

Під час вивчення СК-томограм у наведених пацієнтів також виявлено усі ознаки синуситу, а в остіомеатальних комплексах аномалій, які могли б спричинити анатомічну блокаду співусть зазначених пазух, не виявлено. Самі співустя розцінено як частково блоковані або частково функціонуючі (мал. 3).



**Мал. 3. СК-томограми у пацієнтів з гострим РС і частково функціонуючим співустям (вказане стрілкою)**

Таким чином, за результатами клініко-радіологічного обстеження хворим 2-ї групи встановлювали діагноз: гострий післявірусний риносинусит середнього ступеня тяжкості. Стан співусть – частково функціонуючі.

Усім пацієнтам цієї групи призначали лікування, що включало базову медикаментозну терапію рослинним секретолітиком Синупрет. Проте з урахуванням виявлених змін у функціонуванні співусть лікування було доповнене системним деконгестантом згідно з інструкцією по використанню. Обґрунтуванням для додаткового призначення системного деконгестанта була гіпотеза, що часткова блокада співусть виникла як наслідок прогресуючого запального набряку слизової оболонки, що вимагало додаткового протинабрякового впливу.

Через 3 дні лікування клінічно спостерігали значну регресію суб'єктивних і об'єктивних ознак порівняно з початком лікування. Хворі скаржились головним чином на неприємні відчуття у половині обличчя, що відповідала локалізації синусу, закладання і виділення з носа. Під час ендоскопічного огляду спостерігали помірні реактивні явища (набряк і гіперемія слизової оболонки) з наявністю незначної кількості виділень як у носі, так і у середньому носовому ході. Призначене лікування тривало. На 7-й день за відсутності скарг за результатами клініко-ендоскопічної оцінки виявлено незначний набряк, гіперемію та прожилки слизу на слизовій оболонці у середніх носових ходах відповідно до локалізації синусу. На цьому етапі деконгестант відміняли і продовжували монотерапію Синупретом. На 10-й день результати лікування розцінювали як одужання.

У 3-ю групу увійшли 7 (15,2%) хворих, які скаржилися на виражений головний біль та біль у проекції пазух інтенсивністю 3–4 бали. Інтенсивність назальних симптомів (гіперемія, набряк слизової оболонки, наявність слизово-гнійних виділень) відповідала 3–4 балам. Суб'єктивна оцінка пацієнтами тяжкості свого стану за допомогою візуально-аналогової шкали складала 8–10 см і відповідала тяжкому ступеню (див. мал. 1).

На СК-томограмах у пацієнтів 3-ї групи констатували усі ознаки синуситу, а стан співусть розцінювали як повністю блоковані або нефункціонуючі. Анатомічних аномалій носової порожнини, які могли б спричинити анатомічну блокаду співусть зазначених пазух, не виявлено (мал. 4).

Таким чином, за результатами клініко-радіологічного обстеження пацієнтам 3-ї групи встановлено діагноз: гострий післявірусний (бактеріальний) риносинусит тяжкого ступеня. Стан співусть – нефункціонуючі.

Усім хворим цієї групи призначали лікування, що включало базову медикаментозну терапію рослинним секретолітиком Синупрет. Проте з урахуванням виявлених змін лікування теж було доповнене системним деконгестантом, а також захищеним бета-лактаміним антибіотиком, згідно з інструкцією по застосуванню. Обґрунтуванням для додаткового призначення системного деконгестанта та антибіотика були дані щодо повної блокади співусть правого остіомеатального комплексу (ОМК) і наявності слизово-гнійних виділень, що розцінено як наслідок прогресуючого бактеріального запалення слизової оболонки пазух.

На 3-й день лікування клінічно спостерігалась позитивна динаміка суб'єктивних і об'єктивних проявів. На цьому фоні спостерігали значне збільшення кількості патологічних виділень з носа, які із слизово-гнійних набували слизового характеру. Під час ендоскопічного огляду виявляли помірні явища запалення (набряк і гіперемію слизової оболонки) у носових ходах, а також значну кількість слизових виділень у середньому носовому ході відповідно до локалізації синусу, у носі та на задній стінці глотки. На нашу думку, значне збільшення кількості виділень свідчило про відновлення



Мал. 4. СК-томограми у пацієнтів з гострим РС та повною блокадою співусть (вказане стрілкою)

функції співусть. Призначене лікування тривало. На 7-й день зберігались скарги на закладання носа і незначну кількість прозорих серозних виділень з носових ходів. При клініко-ендоскопічному огляді спостерігали незначний набряк, залишкову гіперемію та прожилки слизу на слизовій оболонці середнього носового ходу на стороні локалізації запального процесу. На цьому етапі приймали рішення щодо відміни деконгестанту і антибактеріального препарату та продовжували монотерапію Синупретом. На 10-й день результати лікування розцінювали як одужання.

Таким чином, у пацієнтів 1-ї групи на початку лікування спостерігали виражену симптоматику риніту (закладання, рясні виділення з носа, реактивні явища в носі) і в меншому ступені синуситу (біль голови і в проекції пазухи, незначні реактивні явища і виділення в середньому носовому ході), що характеризує процес як гострий вірусний риносинусит. Дослідження стану співусть навколоносних пазух виявило їхню повну функціональну спроможність.



У пацієнтів 2-ї та 3-ї груп також констатували виражену симптоматику риніту: закладання, рясні виділення з носа, реактивні явища в носі. Проте суттєвою відмінністю від 1-ї групи і спільною ознакою для пацієнтів цих груп була наявність досить виражених реактивних явищ у середньому носовому ході. Під час дослідження ОМК виявили часткову або повну блокаду співусть навколоносових пазух. Це свідчило, на наш погляд, про перехід гострого вірусного РС у післявірусний з ураженням конкретних пазух, про що свідчить наявність спільного для хворих цих груп симптому – відчуття важкості чи болю у проєкції ураженої пазухи.

За наявності зазначених симптомів основними і визначальними симптомами, які дозволяють провести клінічну диференціальну діагностику є наступні: стан середньої тяжкості, відсутність головного болю і наявність виділень у середньому носовому ході у хворих з частковою блокадою співусть. При повній його блокаді характерним є тяжкий стан пацієнта, наявність вираженого головного болю з відсутністю виділень в середньому ході. Наведені симптоми повністю корелюють з даними СК-томограми і результатами оцінювання пацієнтами свого стану за допомогою візуальної аналогової шкали.

Як видно з наведених вище даних, застосування базової медикаментозної терапії засобом для лікування синуситів – рослинним секретолітиком Синупрет та її доповнення залежно від функціональної спроможності співусть, як основної ланки етіології та патогенезу ГРС, з урахуванням ступеня тяжкості перебігу, довело високу ефективність. Використання такої методології лікування зумовило значну регресію суб'єктивної симптоматики і вираженого лікувального ефекту вже на 3-й день практично у всіх хворих. У пацієнтів з функціонуючим співустям продовження монотерапії базовим препаратом привело до повного їхнього одужання на 7-й день. У хворих 2-ї та 3-ї груп часткова або повна блокада співусть була викликана, на наш погляд, глибокими запальними змінами слизової оболонки навколоносових пазух, оскільки жодних анатомічних аномалій будови ОМК, які могли б спричинити таку блокаду, не було виявлено. З урахуванням зазначених змін, базову терапію Синупретом відповідно доповнювали деконгестантами, антибактеріальними препаратами, що допомогло одужати практично усім пацієнтів на 7–8-й день.

Підводячи підсумки, можна сказати, що детальний аналіз клінічних проявів, які безпосередньо пов'язані з

функціональною спроможністю співусть і повністю корелюють з комп'ютерно-томографічними даними та тяжкістю перебігу захворювання, оціненого за допомогою ВАШ, дає можливість диференційовано підійти до лікувальної тактики з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу. Такий підхід має наступні переваги:

- базова терапія призначається препаратом, тропним до слизової оболонки верхніх дихальних шляхів;
- корекція лікування проводиться з урахуванням одного з основних факторів розвитку і перебігу риносинуситу – функції співусть пазухи;
- використання незначної кількості препаратів дозволяє уникнути поліпрагмазії з усіма її негативними наслідками;
- прийнятий комплаєнс разом з вираженим раннім клінічним ефектом сприяє швидкому покращанню якості життя і досягненню високої ефективності лікування.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, методика лікування пацієнтів з гострими формами риносинуситу залежно від функціонального стану співусть пазух довела високу ефективність. Комплексний вплив Синупрета на слизову оболонку порожнини носа і пазух сприяє швидкій регресії симптоматики і покращанню стану хворих вже на 3-й день лікування. У хворих з функціонуючим співустям, що складають більше половини – 54,3%, така терапія дає можливість досягти клінічного одужання з використанням тільки монотерапії Синупретом. З урахуванням більш виражених реактивних явищ у слизовій оболонці в осіб з частковою чи повною блокадою співусть терапія Синупретом повинна доповнюватися системними деконгестантами. Антибіотикотерапія показана тільки у 15,2% хворих з повною блокадою співусть пазух.

Запропонована тактика лікування з використанням базової монотерапії Синупретом та її корекція залежно від функціональної спроможності співусть пазух забезпечує високий терапевтичний ефект і зручність застосування, запобігає поліпрагмазії і нераціональній антибіотикотерапії. Вона може успішно використовуватись не тільки отоларингологами, а й лікарями першого контакту – спеціалістами загальної практики–сімейної медицини, до яких, як правило, звертаються такі пацієнти.

### Острый риносинусит: выбор тактики фармакотерапии в зависимости от функционального состояния соустий околоносовых пазух В.И. Попович, И.В. Кошель, П.Ф. Дудий

В статье представлен новый подход к лечению больных острым риносинуситом (ОРС), основанный на оценке функции соусть околоносовых пазух и связанной с ней клинико-эндоскопической симптоматики. Показана взаимосвязь функционального состояния соусть с тяжестью основных клинико-эндоскопических проявлений. Суть нового подхода заключается в назначении базовой медикаментозной терапии препаратом с комплексным действием, тропным к слизистой оболочке дыхательных путей, а коррекция лечения проводится с учетом состояния одного из основных факторов развития и течения заболевания – функции пазушных соусть. Монотерапия базовым препаратом позволяет достичь полного излечения у всех больных с функционирующим соустьем (54,3%). Для достижения аналогичного результата пациенты с частично (30,4%) либо полностью заблокированным (15,2%) соустьем нуждаются в назначении дополнительной терапии системными деконгестантами и антибактериальными препаратами. Отсутствие полипрагмазии вместе с ранним клиническим эффектом способствует быстрому улучшению качества жизни и достижению высокой эффективности лечения.

**Ключевые слова:** острый риносинусит, околоносовые пазухи, функция соусть.

### Acute rhinosinusitis: choice of pharmacotherapy tactics depending on the functional state of paranasal sinuses' ostia V.I. Popovych, I.V. Koshell, P.F. Dudiy




This paper presents a new approach to the treatment of acute rhinosinusitis (ARS) based on the evaluation of the function of the paranasal sinuses' ostia and associated clinical and endoscopic picture. The relationship of the functional state of ostia with the severity of major clinical and endoscopic manifestations has been shown. The new approach is to prescribe basic drug therapy with a complex action, tropic to the mucosa of the respiratory tract, and the correction of the treatment is carried out taking into account the state of one of the major factors in the development and course of the disease – the function of paranasal sinuses' ostia. Monotherapy with the basic drug allows to achieve complete cure in all patients with a functioning ostium (54,3%). To achieve a similar result, patients with partial (30,4%) or completely blocked (15,2%) ostium need to receive additional treatment with antibiotics and systemic decongestants. Lack of polypharmacy with early clinical effect contributes to the rapid improvement of the quality of life and allows to achieve high efficiency of treatment.

**Key words:** acute rhinosinusitis, nasal sinuses, function of an ostium.

Нежить? Синусит?

# Синупрет® екстракт



-  усуває нежить<sup>1</sup>
-  полегшує носове дихання<sup>2</sup>
-  запобігає ускладненням<sup>3</sup>

## Лікування гострого риносинуситу<sup>4</sup>

**Синупрет® екстракт. Показання для застосування:** Гострі неускладнені запальні захворювання придаткових пазух носа (гострі неускладнені риносинусити).  
**Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти віком від 12 років по 1 таблетці 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Побічні ефекти: інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр 24-26.
4. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при ГРС від 11.02.2016 №85.

**Синупрет® екстракт.** Р.П. № UA/15267/01/01 від 15.08.16.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

\* Ø 720 мг застосованої рослинної сировини у Синупрет® екстракт відповідає 160 мг сухого екстракту у порівнянні з 156 мг рослинної сировини у Синупрет® форте



корінь  
генціани



квітки  
бузини



квіти  
первоцвіту  
з чашечкою



трава  
вербени



трава  
щавлю

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Безшапочний С.Б., Подовжній О.Г., Лобурець В.В. Застосування препарату Цинабсин у лікуванні хворих на риносиніт // Ринологія. – 2006. – № 2. – С. 24–29.
2. Гапонюк А. В. Клініко-патофізіологічні особливості перебігу вазомоторного риніту при тривалому застосуванні назальних деконгестантів // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2003. – 20 с.
3. Гладуш Ю.И., Тышко Ф.А., Скицюк С.В. Синуситы: Клиническое руководство в таблицах схемах. – Киев. – С. 56.
4. Григорьева Н.В. Возможности беспункционного лечения острого гнойного гайморита // Вестн. оториноларингологии. – 2003. – № 2. – С. 38–40.
5. Заболотний Д.І., Кікоть Ю.В., Веремеєнко К.М. та співавт. Метод консервативного лікування запальних захворювань параназальних синусів та оцінка його ефективності // Ринологія. – 2003. – № 3. – С. 18–27.
6. Керівництво для лікарів, що направляють пацієнтів на радіологічне дослідження. Критерії вибору методу зображення // Медицина України. – 2000. – С. 63–71.
7. Крюков А.И., Шубин М.Н. Адекватная антибиотикотерапия острого и вялотекущего риносинусита // Ринология. – 2002. – № 4. – С. 48–55.
8. Мітін Ю.В., Джурко Л.Р., Кур'янов С.В. Сучасний підхід до лікування пацієнтів із захворюваннями носа та навколоносових пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 3. – С. 38–43.
9. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: Руководство для врачей. – М., 2006. – 560 с.
10. Пискунов С.З. Физиология и патофизиология околоносовых пазух // Рос. ринология. – 1993. – № 1. – С. 19–37.
11. Пискунов С.З., Пискунов Г.З., Ельков И.В. и соавт. Проблема общего и местного консервативного лечения острого и хронического гайморита // Рос. ринология. – 1994. – № 1. – С. 5–14.
12. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов / Метод. рекомендации. Под ред. С.В. Рязанцева. – СПб, 2005.
13. Протасевич Г.С., Яшан О.І. Лікування хворих на гострий і хронічний ексудативний гайморит із застосуванням постійного дренажу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – № 4. – С. 83–85.
14. Тімен Г.Е., Мельников О.Ф., Писанко В.М., Кудь Л.А. Ефективність неінвазивної тактики лікування дітей із загостренням хронічних риносинітів // Ринологія. – 2006. – № 3. – С. 37–42.
15. Bachert C., Hormann K., Mosges R. Современная диагностика и лечение синусита и полипоза носа // Ринология. – 2004. – № 1. – С. 47–66.
16. Dal T., Onerci M., Caglar M. Mucociliare function of the maxillary sinuses after restoring ventilation: a radioscopical study of the maxillary sinus // Eur. Arch. otorhinolaryngol. – 1997. – Vol. 254, № 4. – P. 2005–2007.
17. Drettner B., Aust R. Pathophysiology of the paranasal sinuses // Acta Otolaryng. – 1989. – Vol. 107, suppl. 458. – P. 13–16.