

А.Г. Волков, Н.В. Бойко

Ростовский государственный медицинский университет

Клиническая эффективность фитопрепарата в лечении острого риносинусита у детей

Контактная информация:

Бойко Наталья Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры ЛОР-болезней Ростовского ГМУ
Адрес: 344000, Ростов-на-Дону, Ворошиловский пр-т, д. 105, тел.: (863) 232-69-08, e-mail: nvboiko@gmail.com
Статья поступила: 22.10.2011 г., принята к печати: 01.03.2012 г.

Острый риносинусит является одним из наиболее встречающихся заболеваний в детском возрасте. Трудности идентификации возбудителей болезни зачастую делают невозможным применение этиотропного лечения, что повышает значимость патогенетической терапии. Проведено исследование клинической эффективности муколитического средства растительного происхождения в лечении острого риносинусита с давностью не более 2 дней на фоне респираторно-вирусной инфекции у 95 детей в возрасте от 4 до 14 лет. Динамику симптомов заболевания (ринорея, состояние носового дыхания и обоняния) оценивали на основании дневников, которые ежедневно заполняли родители. Исследование продемонстрировало целесообразность включения фитопрепарата в комплексную терапию острого риносинусита у детей.

Ключевые слова: острый риносинусит, лечение, муколитическая терапия, фитопрепарат, эффективность, дети.

Острый риносинусит (ОРС) — одна из наиболее распространенных нозологических форм в структуре заболеваемости часто болеющих детей [1, 2]. По обращаемости в ЛОР-отделения лечебных учреждений больные с заболеваниями околоносовых пазух (ОНП) являются доминирующей группой и составляют 62% [3].

В большинстве случаев развитие ОРС связано с респираторной вирусной инфекцией. Эпителиотропные вирусы вызывают нарушение мукоцилиарного транспорта и развитие воспаления в собственной пластинке слизистой оболочки полости носа, что, в свою очередь, приводит к блокаде устьев околоносовых пазух, увеличению продукции слизи с измененными реологическими характеристиками, вторичному нарушению местного иммунитета. В этих условиях бак-

териальная суперинфекция переводит течение острого катарального риносинусита в острый гнойный риносинусит. Примерно в половине случаев при остром гнойном риносинусите обнаруживают *Streptococcus pneumoniae* (48,2%), реже *Haemophilus influenzae* (12,4–23%), еще реже *Moraxella catarrhalis* (15–20%), *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, анаэробы и другие патогены [4]. Длительное, торпидное течение риносинусита у детей грудного возраста может быть вызвано атипичной микрофлорой — хламидиями и микоплазмой [5].

Постановка этиологически верифицированного диагноза синусита в повседневной амбулаторной практике представляет определенные сложности. Это связано, прежде всего, с ограниченными возможностями

A.G. Volkov, N.V. Boyko

Rostov State Medical University

The clinical efficacy of the phytomedicine in the treatment of acute rhinosinusitis in children

Acute rhinosinusitis is one of the most common diseases in childhood. Difficulties in identifying pathogens increase the importance of pathogenetic therapy. A study of clinical efficacy of mucolytic agents of herbal origin in the treatment of acute rhinosinusitis of 2 days period combined with respiratory viral infection in 95 children aged 4 to 14 years was carried out. The dynamics of the disease symptoms (rhinorrhea, nasal congestion, and olfaction) was estimated based on the diaries filled by parents every day. The study demonstrated the feasibility of the phytopreparation inclusion in the complex therapy of acute rhinosinusitis in children.

Key words: acute rhinosinusitis, treatment, mucolytic therapy, herbal drug, the effectiveness, children.

доступных тестов по идентификации потенциальных возбудителей. Даже при целенаправленных исследованиях этиологию риносинусита не удается установить почти в 1/3 случаев [6]. Кроме того, более чем в половине наблюдений констатируется значительное расхождение видового состава и чувствительности к антибиотикам микрофлоры из носовой полости и околоносовых пазух, что заставляет критически оценивать этиологическую значимость традиционных бактериологических исследований при синуситах [7]. Высеваемость этиологически значимых возбудителей риносинусита и их чувствительность к наиболее часто используемым антибиотикам подвержены колебаниям [8].

Исследования, как с участием детей, так и взрослых, доказывают, что раннее назначение антибиотиков при острых синуситах не имеет преимуществ по сравнению с плацебо ни в отношении облегчения симптомов, ни для предупреждения осложнений [9]. У 33% детей с острым синуситом возбудитель инфекции не выявляется, а в 70% случаев положительная динамика наблюдается и без применения антибиотика [10]. Эти данные повышают значимость проведения патогенетической терапии, направленной на восстановление дренажа и вентиляции околоносовых пазух, которая на ранних этапах заболевания может предотвратить развитие гнойного воспалительного процесса в околоносовых пазухах.

Определяющее значение в дренировании околоносовых пазух имеют характер слизи и функциональная способность мерцательного эпителия. При ОРС под воздействием инфекционного агента (вначале вирусного, а затем бактериального) изменяются свойства слизи, покрывающей поверхность мерцательного эпителия пазухи, что приводит к нарушению мукоцилиарного транспорта и застою экссудата в пазухе. В этих условиях для обеспечения адекватного дренажа пазухи требуется муколитическая терапия [11].

В последнее время свою эффективность в лечении ОРС как у взрослых, так и у детей доказали фитопрепараты, обладающие комплексным действием и высоким профилем безопасности [12–15]. Классическим и наиболее известным представителем этой группы является оригинальный препарат Синупрет компании «Бионорика», опыт применения которого в Германии насчитывает около 70 лет, а в других странах мира — около 30 лет.

Активные компоненты растений, входящие в состав препарата, дополняют друг друга своими фармакологическими свойствами и клиническими эффектами:

- корень генцианы оказывает рефлекторное действие, стимулируя усиление бронхиальной секреции; не содержит танинов, следовательно, его тонизирующее действие не сопровождается возбуждающим эффектом;
- цветки первоцвета обладают выраженным секретолитическим, противовоспалительным и отхаркивающим действием, а также противомикробным эффектом; главный аллерген, из-за которого возникает аллергия на примулу — примин, не содержится в той части растения, которая используется при изготовлении препарата;
- щавель обладает противовоспалительным, антимикробным, секретолитическим, иммуномодулирующим и антиоксидантным эффектом;
- цветки бузины оказывают спазмолитическое и секретолитическое действие;
- вербене присущи отхаркивающий, секретолитический, противовирусный и иммуномодулирующий эффекты.

Фитопрепарат имеет достаточно выраженный противовирусный эффект: входящие в его состав цветы первоцвета и трава вербены предотвращают репликацию вирусов гриппа А, парагриппа I типа, а также респираторно-синцитиального вируса — самых распространенных инфекций придаточных пазух носа, особенно у детей [16]. Этот фитопрепарат оказывает муколитическое действие, улучшая реологические свойства экссудата, что способствует эвакуации его из околоносовых пазух. Цветы первоцвета стимулируют цилиарную активность слизистой оболочки верхних дыхательных путей, то есть оказывают и мукокинетическое действие [17, 18]. Входящие в состав препарата компоненты (цветы примулы и бузины, трава щавеля и вербены) оказывают противовоспалительное действие на слизистую оболочку дыхательных путей. Сочетание эффектов препарата приводит к восстановлению дренажа и вентиляции околоносовых пазух. Отдельные компоненты обладают иммуностимулирующей, антиоксидантной активностью [19, 20].

Целью исследования было изучение клинической эффективности использования муколитической терапии при ОРС у детей. В качестве муколитического средства был применен препарат Синупрет.

В задачи исследования входило:

- выяснить целесообразность применения исследуемого фитопрепарата у детей с ОРС, возникшим на фоне респираторно-вирусной инфекции, для предотвращения неблагоприятного течения риносинусита;
- изучить эффективность фитопрепарата у детей различных возрастных групп;
- изучить частоту развития бактериального гнойного риносинусита у детей различных возрастных групп.

Исследование проведено на базе 6 крупных детских поликлиник и дневного стационара детского ЛОР-отделения Горбольницы № 1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону. В исследование было включено 95 детей в возрасте от 4 до 14 лет (средний возраст 7,4 лет) с давностью ОРС на фоне респираторно-вирусной инфекции не более 2 дней, не получавших в последние две недели лечения антибиотиками, секретолитическими и антигистаминными препаратами.

Для реализации поставленной цели были сформированы 2 группы: основная (75 больных) и группа сравнения (20 больных). Более чем у половины детей (56; 58,9%) было диагностировано легкое течение ОРС, у 41,1% больных отмечалось среднетяжелое течение. Степень тяжести течения определяли на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и стандартных общеклинических методов исследования.

При первичном обращении всем больным назначали деконгестанты местного действия, носовой душ с физиологическим раствором, противовирусные препараты.

Таблица 1. Фрагмент дневника оценки симптомов заболевания

1-й день лечения Дата [][][][][][]	2-й день лечения Дата [][][][][][]	3-й день лечения Дата [][][][][][]	4-й день лечения Дата [][][][][][]
По сравнению с последним днем до начала исследования сегодня насморк:			
☐ Излечен ☐ Улучшение ☐ Без изменения ☐ Ухудшение	☐ Излечен ☐ Улучшение ☐ Без изменения ☐ Ухудшение	☐ Излечен ☐ Улучшение ☐ Без изменения ☐ Ухудшение	☐ Излечен ☐ Улучшение ☐ Без изменения ☐ Ухудшение

Таблица 2. Динамика выраженности основных симптомов заболевания

Динамика основных симптомов заболевания	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день
Дата:					
Общее самочувствие:					
хорошее (1)					
слабость (2)					
недомогание (3)					
повышение температуры > 37°C (4)					
Заложенность носа:					
свободное носовое дыхание (1)					
временами заложенность (2)					
частичная заложенность одной или двух сторон (3)					
полная заложенность одной или двух сторон (4)					
Выделения из носа:					
нет или минимальные (1)					
небольшое количество (2)					
обильные (3)					
очень обильные (4)					
Обоняние:					
нормальное (1)					
сниженное (2)					
отсутствует (3)					
Прием препаратов: поставьте «+», если назначения врача выполнили:					
1.					
2.					
Если Вам пришлось использовать другие препараты, то укажите их название и дозы:					
1.					
2.					

Помимо этого, детям основной группы в качестве муколитического средства назначали исследуемый фитопрепарат: детям в возрасте от 2 до 6 лет — по 15 капель 3 раза в сут, от 6 до 14 лет — по 25 капель или по 1 драже 3 раза в сут.

Во время первого визита родителям были выданы бланки дневников наблюдения, в которых следова-

ло отмечать динамику основных симптомов болезни: общего самочувствия, заложенности носа, выделений из носа, обоняния. Ниже приведены фрагменты дневников (табл. 1 и 2).

Динамика болезни оценивалась родителями по 4 качественным характеристикам: ухудшение, без изменения, улучшение, выздоровление.

Таблица 3. Оценка динамики симптомов болезни на 8-й день от начала лечения

Интегральная оценка основных симптомов заболевания	Основная группа (n = 75)		Группа сравнения (n = 20)	
	абс. число	%	абс. число	%
Выздоровление	18	24	3	15
Улучшение	54	72	13	65
Без перемен	3	4	4	20

Степень нарушения общего самочувствия и выраженность основных симптомов ОРС (заложенность носа, выделения из носа, нарушение обоняния) оценивали по 4-балльной системе.

В дневнике отражали перечень назначенных врачом лекарственных препаратов, ежедневный отчет об их приеме, что характеризовало приверженность лечению и необходимость использования других препаратов (как по назначению врача, так и самостоятельный прием лекарств).

При повторных ЛОР-осмотрах (на 4, 8, при необходимости на 12-й день) выполняли переднюю и заднюю риноскопию, отоскопию, фарингоскопию; анализировали данные дневников, которые ежедневно заполняли родители; оценивали клиническую картину болезни, эффективность и безопасность изучаемого фитопрепарата; определяли дальнейшую тактику ведения больных:

- при купировании симптомов ОРС (исчезновении выделений из носа, восстановлении носового дыхания и обоняния до преморбидного уровня, нормализации температуры тела) терапия считалась успешной, а исследование законченным;
- при появлении симптомов острого гнойного риносинусита (головной боли, боли в проекции околоносовых пазух, одностороннего характера гнойных выделений из носа) назначали антибактериальную терапию.

До начала лечения балльная оценка симптомов, используемых для оценки тяжести заболевания, была практически одинаковой в обеих группах больных (в среднем 11,6 и 11,8, соответственно).

Сравнение динамики симптомов болезни было проведено на 8-й день от начала лечения. Установлено, что во всех случаях назначения врача выполнялись аккуратно, побочных эффектов медикаментозного лечения не выявлено.

Интегральная оценка динамики симптомов заболевания (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение), проводимая по вопроснику, выявила различия результатов в сравниваемых группах (табл. 3).

Как следует из табл. 3, наиболее заметные различия выявляются по показателю отсутствия изменений выраженности симптомов: только у 4% пациентов основной группы симптомы заболевания сохранились

практически на исходном уровне, в то время как в группе сравнения — у 20% ($p < 0,05$). Статистически значимо различались основная группа и группа сравнения по числу пациентов, у которых наступило полное выздоровление (24 и 15%, соответственно; $p < 0,05$).

Сопоставимые результаты получены и при сравнении балльной оценки симптомов: во время второго от начала лечения визита (8-й день от начала лечения) средняя балльная оценка симптомов в основной группе составила 5,4, в группе сравнения — 6,9.

Средняя продолжительность заболевания у детей основной группы была меньше, чем в группе сравнения: 7,6 дней против 9,6 в группе сравнения.

При дальнейшем наблюдении назначение антибактериальной терапии в связи с развитием острого бактериального риносинусита потребовалось одному больному (1,3%) из основной группы и одному (5%) из группы сравнения.

Наше исследование подтверждает имеющиеся в литературе сообщения о клинической эффективности Синупрета в комплексной терапии ОРС [21–24]. Все больные получали одинаковую патогенетическую терапию, направленную на устранение отека слизистой оболочки полости носа и улучшение эвакуации содержимого околоносовых пазух: деконгестанты, антигистаминные препараты, носовой душ. Однако, у детей основной группы, получавшей дополнительно изучаемый фитопрепарат в качестве муколитического и мукокинетического средства, получен более значимый терапевтический эффект уже через 6 дней от начала лечения.

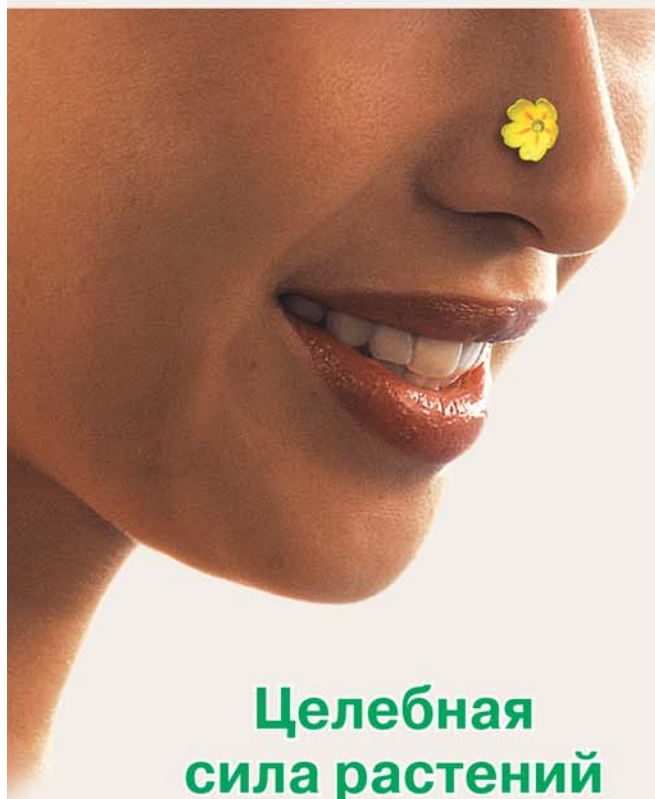
Поскольку в настоящее время установлено, что основными патогенетическими факторами присоединения острого бактериального риносинусита на фоне респираторно-вирусной инфекции являются отек слизистой оболочки в области остиомеатального комплекса и снижение мукоцилиарного клиренса в околоносовых пазухах, следует полагать, что именно включение фитопрепарата в комплексное лечение обеспечило дополнительный терапевтический успех в основной группе по сравнению с группой сравнения.

Таким образом, проведенное клиническое исследование продемонстрировало целесообразность назначения препарата Синупрет для лечения острого риносинусита у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей. *Новости оториноларингологии и логопатологии*. 2001; 2: 3–5.
2. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии. *Педиатрия*. 2005; 1: 66–73.
3. Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю. Особенности ведения больных с риносинуситами в амбулаторных условиях. Матер. XVII съезда оториноларингологов России. *Нижний Новгород*. 2006. С. 283–285.
4. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: Медицина. 2005; 1: 184–201.
5. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р., Стребкова О.А. Алгоритмы рациональной антибиотикотерапии осложненных синуситов у детей. *Российская ринология*. 2002; 2: 108–111.
6. Гяделова Н.П., Унич Н.К. Эффективность фитопрепарата Синупрет в терапии острых синуситов у детей. *Современная педиатрия*. 2010; 34 (6): 30–37.
7. Леснова О.А., Лопатин А.С., Бурова А.А. и др. Возбудители верхнечелюстного синусита у пациентов, направленных на стационарное лечение. *Российская ринология*. 2002; 2: 103–105.
8. Митин Ю.В., Криничко Л.Р. Особенности лечения острых синуситов. *Здоровье Украины*. 2009; 23: 228.
9. Garbutt J.M., Jacobs R.F. A randomized, placebocontrolled trial of antimicrobial treatment for children with clinically diagnosed acute sinusitis. *Pediatrics*. 2001; 107 (4): 619–625.
10. Van Cauwenberge P. Acute inflammation Pediatric. *Verhoye Rhinology. Zagreb*. 1999. P. 45–52.
11. Гаращенко Т.И. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух. *РМЖ*. 2001; 9 (19 № 138): 806–808.
12. Зиборова Н.В., Маккаев Х.М. Опыт применения фитопрепаратов Синупрет и Тонзилгон Н для лечения ЛОР-заболеваний у детей. *Вестник педиатр. фармакологии и нутрициологии*. 2006; 3 (2): 77–79.
13. Пискунов С.З., Завьялов Ф.Н., Саликов А.В. Применение Синупрета в лечении экссудативного среднего отита. *Российская ринология*. 2008; 3: 4–10.
14. Савватеева Д.М., Лопатин А.С. Диагностика и лечение обонятельной дисфункции у больных острым риносинуситом. *Российская ринология*. 2010; 2: 8–11.
15. Шахова Е.Г. Сравнительная эффективность комбинированной терапии антибиотиком и секретолитиком у пациентов с острым гнойным риносинуситом. *Российская оториноларингология*. 2010; 2: 170–175.
16. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух. *РМЖ*. 2000; 8 (5 № 106): 223–227.
17. Пискунов Г.З., Алексеевская О.А. Влияние препарата Синупрет на цилиарную активность слизистой оболочки носа у больных хроническим полипозным риносинуситом. *Российская оториноларингология*. 2008; 2: 313–315.
18. Яровая Л.А., Пискунов Г.З. Секретостимулятор с противотечным действием в лечении острого риносинусита. *Российская оториноларингология*. 2008; 3: 378–383.
19. Рязанцев С.В., Захарова Г.П., Дроздова И.В. Применение секретолитического препарата Синупрет в оториноларингологии. *Вестник оторинолар. и логопат.* 2000; 4: 101–105.
20. Пискунова Г.З., Пискунова С.З. Руководство по ринологии. М.: Литтерра. 2011. 959 с.
21. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю. Синупрет в лечении заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха. *Российская ринология*. 2002; 3: 38–42.
22. Извин А.И. Синупрет в фармакотерапии острых и хронических синуситов. *Российская оториноларингология*. 2004; 6 (13): 149–150.
23. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. СПб.: Национальный регистр. 2007. 40 с.
24. Ващенко Л.В., Вакуленко Л.В. Оптимизация патогенетического лечения острой респираторной инфекции у детей. *Современная педиатрия*. 2009; 24 (2): 64–71.

Синупрет®



Целебная сила растений против затяжного насморка и гайморита

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

РЕКОМЕНДОВАНО:



BIONORICA®
The phytonceering company

БИОНОРИКА, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19
<http://www.bionorica.ru>
e-mail: bionorica@co.ru