

С.М. Пухлик, д. мед. н., профессор, А.П. Щелкунов, О.В. Титаренко, Д.В. Карпович, Одесский национальный медицинский университет

Лечение хронических аденоидитов препаратом Синупрет®



С.М. Пухлик

Дети дошкольного и младшего школьного возраста довольно часто страдают аденоидитами (Е.В. Борзов, 2002; Ю.В. Пронина и соавт., 2003). Это одно из наиболее распространенных заболеваний ротоглотки у детей. Аденоиды (аденоидные разрастания, аденоидные вегетации) – это патологическое увеличение (гиперплазия, гипертрофия) глоточной миндалины (ГМ). Аденоидит – это воспаление ГМ. Патология может быть острой или хронической.

Аденоидные вегетации – одно из патологических состояний ЛОР-органов, распространенность которого растет. Так, если в 1950-1960 годах аденоиды встречались у 4-16% детей (И.И. Щербатов, 1955; К.А. Дренова и соавт., 1961), то в 1970-1980 годах этот показатель увеличился до 9,9-29,2% (Г.С. Протасевич и соавт., 1989), а в 1999 году эта патология была выявлена уже у 37-76% детей (А.П. Давыдова, Т.В. Золотова).

ГМ является одним из структурно оформленных скоплений так называемой лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками (mucosa associated lymphoid tissue – MALT), и принимает участие в механизмах иммунной защиты. Как и другие образования лимфоидного кольца, ГМ вместе с неспецифическими защитными факторами (мукоцилиарным транспортом, продукцией лизоцима, интерферона и др.) выполняет барьерную функцию слизистых оболочек верхних дыхательных путей (В.П. Быкова, 2000; Д.И. Заболотный и соавт., 2001).

Лимфоэпителиальные образования глоточного кольца выполняют важную функцию в организме – регулируют продукцию секреторного IgA для обеспечения защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей (Г. Моги, С. Кодама, 2000; A. Komrowska et al., 2005).

Сегодня одним из наиболее часто используемых методов лечения при гипертрофии ГМ является хирургический. Однако он не всегда позволяет избавиться пациента от патологии; в ряде

случаев возникают послеоперационные рецидивы – гипертрофии и воспаления ГМ. Их частота колеблется от 4 до 75%. Причины рецидивов разнообразны: недостаточно полное удаление аденоидных вегетаций, особенности анатомического строения черепа и носовой части глотки пациента, инфицированность лимфоидной ткани, аллергические реакции. Вместе с тем, учитывая роль ГМ в реакциях общего и местного иммунитета, нельзя признать целесообразным «хирургический радикализм».

Однако риск аденоотомии и возникновения негативных последствий нарушения иммунологического барьера, а также рецидива аденоидных вегетаций может быть в значительной мере снижен за счет консервативной терапии с локальным и/или системным применением фармакологических препаратов. В то же время влияние этих препаратов на воспаленную и увеличенную в объеме ГМ у детей изучено недостаточно и врачи не уделяют консервативной терапии должного внимания. Нарботанный клинично-морфологический опыт должен побуждать оториноларингологов к поиску новых методов консервативного лечения аденоидных вегетаций. Поэтому вопросы применения современных лекарственных препаратов у детей с аденоидными вегетациями и аденоидитом должны активно изучаться и дальше.

Во врачебной практике при лечении риносинусита у детей хорошо зарекомендовал себя комплексный растительный препарат Синупрет®. При выборе лекарственного средства,

подходящего для терапии, должна учитываться его способность моделировать резистентность слизистой оболочки носоглотки, а именно: оказывать выраженное секретолитическое, мукокинетическое, противовоспалительное, противовирусное и иммуномодулирующее действие. Синупрет® снижает вязкость назального секрета, ускоряет мукоцилиарный транспорт. Это свойство препарата в комплексе с носовым душем солевыми растворами (Аква Марис®) подавляет активность инфекционных возбудителей, препятствует их фиксации на слизистой оболочке и в конечном итоге предупреждает патогенное воздействие на поврежденную аденоидную ткань. Кроме того, Синупрет® стимулирует фагоцитарную активность макрофагов, повышает секреторную активность неспецифической защиты (интерлейкина-1β, интерферона, секреторного иммуноглобулина). Комплекс эффектов препарата Синупрет® препятствует репликации не только респираторных вирусов, являющихся пусковым фактором обострения аденоидита, но и бактериальной патогенной микрофлоры. Прямой противовоспалительный эффект способствует быстрому уменьшению размеров аденоидной ткани и регрессу клинических проявлений заболевания. Такой многофункциональный подход имеет преимущества перед обычной врачебной тактикой, так как позволяет решать главные задачи лечения хронического аденоидита.

Целью нашего исследования было практическое изучение эффективности консервативной терапии при обострении хронических аденоидитов с применением комплексного растительного препарата Синупрет®.

Задачи исследования

- Проведение комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования пациентов;

- мониторинг динамики показателей в процессе лечения;
- динамическое наблюдение за пациентами в течение 12 месяцев (оценка рецидивов аденоидита, выявление осложнений, потребность в оперативном лечении в связи с неэффективностью консервативной терапии).

Дизайн исследования – постмаркетинговое плацебо-неконтролируемое с активным контролем рандомизированное (методом случайного распределения) моноцентровое открытое проспективное в параллельных группах.

Материалы и методы

- **Критерии включения:** хронический аденоидит в стадии обострения;
- **критерии исключения:** глистные инвазии и другие паразитарные заболевания, аллергопатология дыхательных путей.

При наличии или присоединении острых воспалительных заболеваний органов слуха, глотки (ангина), тяжелого бронхита и пневмонии дети не включались в исследование или выводились из него.

Всего было обследовано и пролечено 60 детей обоих полов в возрасте 3-10 лет, которых методом случайного распределения разделили на 2 группы. В основную группу включили 30 человек, которые принимали Синупрет® в рекомендуемых возрастных дозировках и местную терапию (Аква Марис®) на протяжении 14 дней. В контрольную группу вошли 30 детей, которым проводилась только местная терапия (Аква Марис®) на протяжении 14 дней (табл. 1).

Оценка самочувствия детей проводилась до и после лечения, а затем через 3, 6 и 12 месяцев после окончания терапии на основании динамики таких параметров: заложенность носа, выделения из носа (ринорея), ночной кашель (postnasal drip syndrome), храп, заложенность ушей (снижение слуха).

Система оценивания была следующей: 3 балла соответствовали нарушениям тяжелой степени, 2 балла – нарушениям средней тяжести, 1 балл – незначительным нарушениям.

В ходе осмотра пациентов учитывали жалобы детей, собирали анамнез; клинические, инструментальные исследования (при необходимости – с помощью фиброскопа), аллергологическое, микробиологическое исследования;

Продолжение на стр. 14.

Таблица 1. Схемы лечения пациентов в основной и контрольной группах

Группа	Лечение	Кратность и дозировка	Длительность
Основная	• Носовой душ (Аква Марис®) • Синупрет® в форме капель	• Дважды в день • В возрастных дозировках 3 р/день	2 недели
Контрольная	Носовой душ (Аква Марис®)	Дважды в день	2 недели

Таблица 2. Результаты лечения детей с аденоидитом через 2 недели

Группа	Заложенность носа		Выделения из носа (ринорея)		Ночной кашель (postnasal drip syndrome)		Заложенность ушей (снижение слуха)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная	2,73±0,02	1,64±0,02	2,90±0,02	1,77±0,01	2,45±0,03	1,05±0,02	2,04±0,05	1,32±0,04
Контрольная	2,76±0,02	1,94±0,02*	2,91±0,02	2,14±0,02*	2,33±0,02	1,44±0,03*	2,00±0,05	1,54±0,07*

*Разница между соответствующими показателями в основной и контрольной группах статистически достоверна.

Лечение хронических аденоидитов препаратом Синупрет®

Продолжение. Начало на стр. 13.

проводилась рН-метрия носового секрета; оценивались характеристики отделяемого из носа и носоглотки, показатели мукоцилиарного клиренса, субъективные ощущения, частота осложнений, переносимость и наличие побочных эффектов терапии.

Результаты и обсуждение

Ведущей жалобой (со слов родителей) было затруднение носового дыхания, которое отмечено (в разной степени тяжести) практически у всех детей (97%); у большинства участников нарушение носового дыхания носило периодический характер и усиливалось при насморке. Пациентов беспокоили слизисто-гнойные выделения из носа, гнусавость голоса (58%), храп во время сна (64%). Нередко имели место общие жалобы: быстрая утомляемость, слабость, потливость (55% случаев), снижение аппетита (65%). Почти у половины детей (45%) с хроническим аденоидитом отмечался беспокойный сон, а в 10% случаев – субфебрилитет.

При объективном обследовании у всех пациентов с хроническим аденоидитом выявлено слизистое или слизисто-гнойное содержимое в общих носовых ходах, синдром постназального затекания. Сочетание с гипертрофией ГМ I степени имело место у 47,9% детей, II степени – у 43,6%, III степени – у 8,7%.

Результаты риноцитогаммы характеризовались наличием нейтрофилии (78,6% случаев), превышающей на 54,4% таковую у здоровых детей, повышенным содержанием эпителиальных клеток (25,2% случаев; превышение на 20,2%). Лимфоциты и эозинофилы были малочисленны (14,3% и 1,7% соответственно).

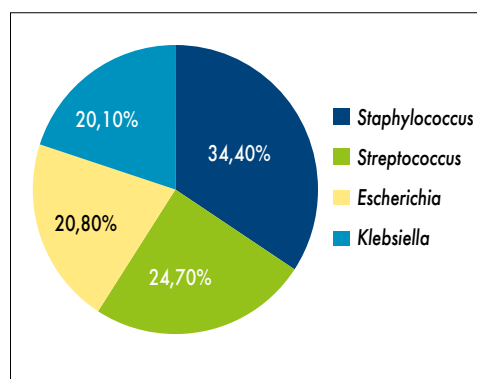


Рис. 1. Спектр исследованных изолированных бактериальных штаммов у детей с аденоидитами (n=60)

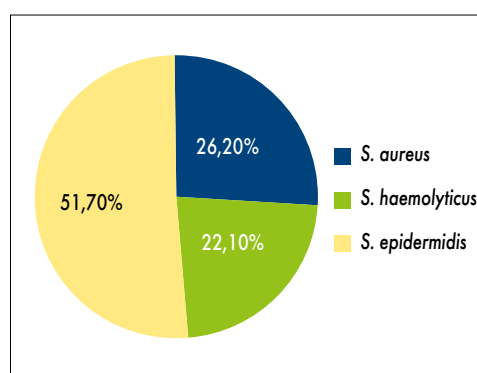


Рис. 2. Виды кокковой инфекции, выделенной из носоглотки детей, которые страдают хроническим аденоидитом

При обследовании у детей с аденоидитами брали мазки из носоглотки. Из них была выделена разнообразная непатогенная микрофлора (рис. 1).

Представители рода *Staphylococcus* как наиболее часто встречающегося были идентифицированы до вида *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis* (рис. 2). Независимо от характера возбудителя, лечение всем детям проводилось по приведенной выше схеме.

Как видно по представленным результатам, наиболее часто выделялась стафилококковая флора (доминировал эпидермальный стафилококк), реже – стрептококк, клебсиелла и кишечная палочка.

Эти результаты отражают в целом хороший непосредственный результат лечения аденоидита как в основной, так и в контрольной группах; более эффективной оказалась комбинированная терапия с использованием препарата Синупрет®.

В основной группе выздоровление детей происходило на $1,9 \pm 0,1$ дня раньше, чем в контрольной.

Количество осложнений аденоидита у пациентов основной группы было в 3 раза меньше по сравнению с таковым в контрольной группе (рис. 3).

Наблюдение за детьми в течение года показало, что количество обострений аденоидита в основной группе сократилось до $3,4 \pm 0,07$ случая против $5,5 \pm 0,1$ в контрольной ($p < 0,01$). За период наблюдения 4 детям из контрольной группы была выполнена

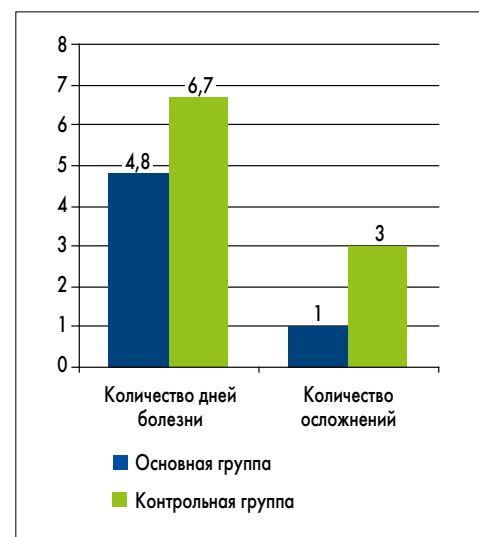


Рис. 3. Средняя длительность настоящего эпизода обострения хронического аденоидита, количество разившихся осложнений во время лечения (отит, бронхит) в основной и контрольной группах

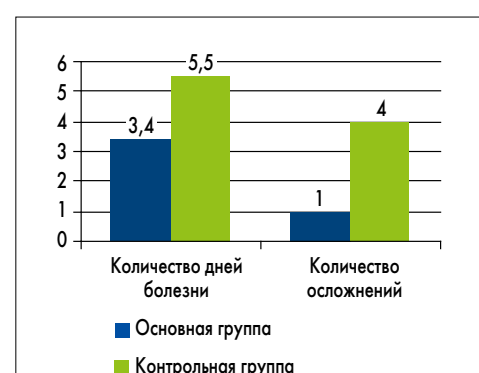


Рис. 4. Количество хирургических вмешательств в основной и контрольной группах в течение года

аденотомия, тогда как в основной – только 1 ребенку (рис. 4).

Посимптомное изучение основных жалоб детей с хроническими аденоидитами показало, что уже через 3 месяца вновь появляются существенные нарушения носового дыхания, выраженность которых на протяжении года практически возвращалась к исходному уровню у лиц контрольной группы и оставалась более стабильной у участников основной группы (рис. 5).

Схожие динамические нарушения отмечены при оценке выделений из носа (рис. 6), ночного кашля, вызванного синдромом постназального затекания (рис. 7), нарушений слуха (рис. 8). Применение препарата Синупрет® оказало непосредственный терапевтический эффект при обострении хронического аденоидита, что позволило сократить срок лечения, быстро купировать симптомы заболевания уже на 3-й день от начала терапии.

Использование препарата Синупрет® позволило сократить длительность домашнего режима у детей с аденоидитами до 4,8 дня (в контрольной группе этот срок составил 6,7 дня; $p < 0,01$). Предположительно, это связано с комбинированным комплексным механизмом действия препарата, который оказывает противовоспалительный эффект, а также регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи. Эти факторы можно отнести к непосредственному результату лечения обострения аденоидита. Отмеченные нами

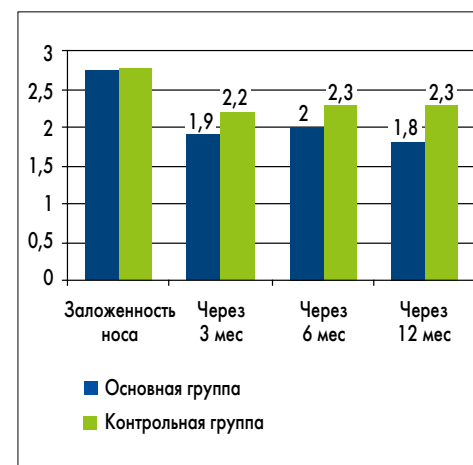


Рис. 5. Динамика нарушений носового дыхания у детей основной и контрольной групп на протяжении периода наблюдения

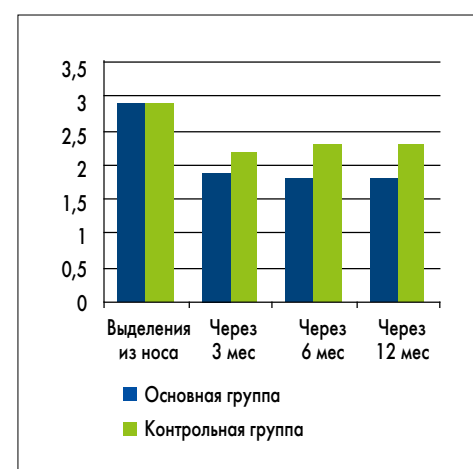


Рис. 6. Динамика ринореи у детей основной и контрольной групп на протяжении периода наблюдения

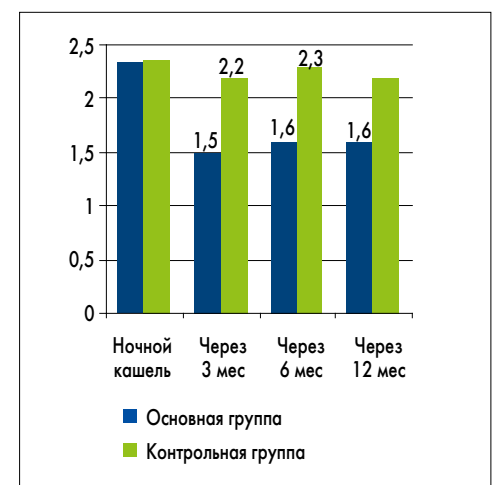


Рис. 7. Динамика ночного кашля у детей основной и контрольной групп на протяжении периода наблюдения

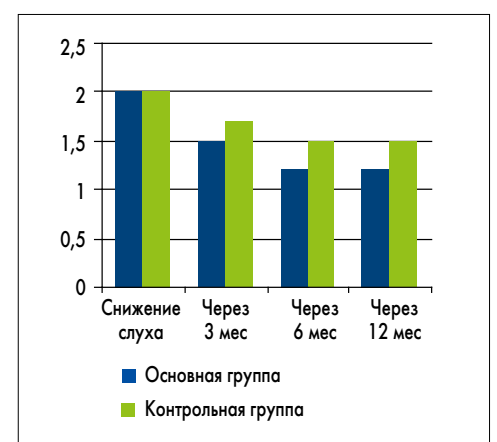


Рис. 8. Динамика нарушений слуха у детей основной и контрольной групп на протяжении периода наблюдения

на протяжении года уменьшение количества обострений аденоидита, снижение выраженности сопровождающих его симптомов (нарушения носового дыхания, ринореи, кашля и прочих) можно объяснить иммунологическим влиянием препарата, что требует дальнейшего изучения.

Выводы

1. Терапия препаратом Синупрет® в сочетании с препаратом Аква Марис® на протяжении 2 недель значительно эффективнее применения одного лишь носового душа.

2. Проведенное лечение с применением препарата Синупрет® способствует уменьшению количества обострений аденоидита, предупреждению оперативных вмешательств, позволяет сохранить важный иммунный орган – ГМ.

3. Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать детям с хроническим аденоидитом без сопутствующих паразитарных, аллергических заболеваний терапию препаратом Синупрет® в сочетании с препаратом Аква Марис®.

4. Для более точной оценки влияния препарата Синупрет® на отдаленный период течения заболевания требуется отдельное исследование с повторными курсами применения препарата при последующих обострениях.

Список литературы находится в редакции. Medical Nature, № 5 (13), 2013 г.






Bionorica®

Нежить? Синусит?

Синупрет®



-  усуває нежить¹
-  полегшує носове дихання²
-  запобігає ускладненням³



Розкриваючи силу рослин

Синупрет® сироп. Показання для застосування: гострі та хронічні запальні захворювання придаткових пазух носа. **Спосіб застосування та дози:** діти віком від 2 до 5 років - 3 рази по 2,1 мл; діти віком від 6 до 11 років - 3 рази по 3,5 мл; дорослі та діти від 12 років - 3 рази по 7 мл. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. **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.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 24.07.15.

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.



корінь
генціани



квітки
бузини



квіти первоцвіту
з чашечкою



трава
вербени



трава
щавлю