

Сафарова Н.И.,
Хушвакова Н.Ж.,
Исакова Ю.Н.

**СИНУПРЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И
МОНОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт

Среди инфекций ЛОР-органов преобладают синусит, отит и тонзиллофарингит. В последнее время наметилась тенденция к увеличению перечисленных заболеваний вследствие снижения местного и общего иммунитета, ухудшения экологической обстановки, развития антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов.

Удельный вес больных риносинуситом, требующих стационарного лечения, ежегодно увеличивается на 1,5-2 %.

Важную роль в патогенезе воспаления придаточных пазух носа играет накопление вязкого секрета, что приводит к повышению давления в околоносовой пазухе и является причиной болевых ощущений. Кроме того, у каждого третьего-четвертого ребенка синусит осложняется развитием среднего отита, в результате которого может развиться стойкая тугоухость (В.Т. Пальчун, 2009).

Острый средний отит нередко становится причиной тяжелейших внутричерепных осложнений (абсцесс головного мозга, менингит, тромбоз венозных синусов), пареза лицевого нерва, развития остеомиелитического процесса с деструкцией различных отделов височной кости. Поэтому рациональной фармакотерапии в оториноларингологии придается большое значение.

Воспаление верхних дыхательных путей и уха вызывают самые различные возбудители: вирусы, микробы, грибки, их ассоциации. Патогены могут быть внеклеточными и внутриклеточными. К внеклеточным относятся: грамположительные бактерии (стафилококки, стрептококки, пневмококки, энтерококки, коринебактерии, листерии и др.) и грамотрицательные бактерии (гемофильная палочка, моракселла и др.).

К внутриклеточным патогенам относят вирусы. В эту же группу входят некоторые бактерии: хламидии, микоплазмы, легионеллы и др.

Бактериальное инфицирование в большинстве случаев развивается после острой вирусной инфекции. К тому же, само заболевание или его осложнение возникает при нарушении локальных или системных механизмов иммунной защиты, а возбудитель внедряется в те области, которые в нормальном состоянии являются стерильными (синусы, полости среднего уха).

Лечение как бактериальных, так и вирусных синуситов должно быть направлено на восстановление адекватного дренирования пазух, что в свою очередь обуславливает вентиляцию барабанного пространства. Однако, необходимо отметить, что осуществление полноценного дренирования околоносовых пазух бывает затруднено в связи с их анатомическими особенностями. Паровые ингаляции, вызывающие сужение сосудов слизистой оболочки носовых ходов и способствующие дренированию, не всегда эффективны. Местное применение сосудосуживающих средств хотя и эффективно, но их длительное применение может привести к развитию побочных эффектов.

В комплексном лечении заболеваний верхних дыхательных путей и отитов целесообразно применять различные иммуномодулирующие препараты (при отсутствии противопоказаний). В этом отношении хорошо зарекомендовал себя растительный иммуномодулятор синупрет. Препарат эффективно регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи, устраняет мукостаз и восстанавливает мукоцилиарный клиренс. Снижение вязкости секрета происходит за счет стимуляции секреторных клеток слизистой оболочки верхних дыхательных путей, вырабатывающих нейтральные мукополисахариды. Помимо секретолитического эффекта синупрет оказывает противовоспалительное, противовирусное и иммуномодулирующее действие.

В ЛОР отделении ОДМПИЦ, на базе клиники Самаркандского медицинского института проведены исследования терапевтической эффективности синупрета в лечении больных с разными формами синуситов как в комплексе с антибактериальными препаратами, так и в виде монотерапии.

1-ю группу составили 19 пациентов с острыми гнойными синуситами, 13 — с хроническими гнойными синуситами. Пациенты этой группы наряду с традиционной терапией (антибиотикотерапия, сосудосуживающие средства, пункция околоносовых пазух, промывание по Проетцу) получали растительный иммуномодулятор синупрет.

В состав 2-й группы вошли 16 пациентов с аденоидной вегетацией III степени, которые в послеоперационном периоде принимали только синупрет.

Контрольную группу составили 15 пациентов с синуситами, в лечении которых не использовали иммуномодулирующие препараты.

Детям в возрасте до 5 лет синупрет назначали по 10–15 капель внутрь 3 раза в сутки, старше 5 лет — по 25 капель или по 1 драже 3 раза в сутки, детям старшего возраста — по 50 капель или по 2 драже 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Согласно результатам исследования у всех 48 больных, принимавших синупрет, достигнут положительный эффект, по сравнению с группой контроля сократились сроки лечения.

При острых гнойных синуситах пазухи санировались на 4–5-й день, состав отделяемого из носовой полости нормализовался на 3-й день, носовое дыхание, по данным риноманометрии, — на 5–6-й день. При хронических гнойных синуситах пазухи санировались на 6–7-й день, выделения из носа прекратились на 5-й день, восстановление носового дыхания — на 6–7-й день.

Операционные вмешательства в полости носа и околоносовых пазух обычно приводят к послеоперационному отеку и воспалению слизистых, что затрудняет дренажную функцию и способствует скоплению густого секрета в пазухах. Анализ действия синупрета после аденоидии показал что, у пациентов получавших синупрет в качестве монотерапии в послеоперационном периоде осложнений, обусловленных бактериальной инфекцией, не отмечено. Явления послеоперационного отека слизистой оболочки носоглотки купировались на 4-5 день после операции без применения вазоконстрикторов. Заметно улучшился дренаж околоносовых пазух. Восстановление носового дыхания наблюдалось на 2-3 дня раньше, чем у больных, не получавших синупрет. Кроме всего вышеперечисленного, у пациентов принимавших синупрет средний отит как осложнение встречался всего у 2 (4,2 %), в тех случаях, когда не принимали иммуномодулятор у 4 (26,6 %) больных.

Таким образом, использование препарата синупрет при комплексном лечении синусита, а также в качестве монотерапии в послеоперационном периоде позволило повысить эффективность лечения, что проявилось в более выраженной положительной динамике объективных данных и снижении сроков лечения.

Использованная литература:

1. Гарюк Г.И., Гарюк О.Г. Эффективность растительного многокомпонентного препарата Синупрет в комплексной монотерапии больных острым и хроническим риносинуситом // Журнал ушных, носовых та горловых хвороб. -2004. -№ 4. -С.63-66.
2. Гордиенко Е.В., Цурикова Г.П., Чевалюк Е.В., Панькина Н.А. Роль микробной флоры при разных формах риносинусита в детском возрасте // Новости оториноларингологии и логопатологии. -2002. -№2. С. 74–78.
3. Дергачев В.С., Кочетков П.А., Бондарева В.Ю. Лечение гнойного гайморозтмоидита Синупретом // Журнал Консилиум. -1999. -№ 7 (10). - С.23–24.
4. Зайцева О.В. Муколитические препараты в терапии болезней органов дыхания у детей: современный взгляд на проблему // Российский медицинский журнал. -2003. -Т. 11. -№ 1. -С.49–54.
5. Маматова Т.Ш., Расулова А.К., Расулов А.Б. Синупрет в лечении синуситов // O'zbekiston tibbiyot jurnalli. -2006. -№ 1. -С.16-18.