

Л.Р. Криничко, к.м.н., кафедра отоларингологии НМУ им. А.А. Богомольца

Оптимизация комплексной терапии синусита

Синусит – воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух. Как правило, это заболевание развивается у пациентов, перенесших острый ринит.

Клинический случай

При инфекциях верхних дыхательных путей отечная слизистая оболочка полости носа закрывает соустья с околоносовыми пазухами, что приводит к снижению пневматизации в синусах и созданию в них отрицательного давления. Этот феномен способствует выделению в околоносовые пазухи транссудата, который является благоприятной средой для развития микроорганизмов (в основном стрептококков, стафилококков, довольно часто грамотрицательных палочек, анаэробных бактерий, а также вирусов), проникающих в околоносовые пазухи из носовой полости через соустья. В синусе развивается воспалительный процесс, сопровождающийся гиперемией и отеком слизистой оболочки, а также миграцией лимфоцитов в очаг воспаления. Важную роль в механизме воспаления околоносовых пазух играет накопление вязкого секрета, что сопровождается повышением давления в синусах и является причиной болевых ощущений.

При лечении острых синуситов применяются антибактериальные, антигистаминные средства и препараты, местно действующие на слизистую оболочку полости носа; при наличии показаний выполняют пункцию пазух. В последнее время проведение антибактериальной терапии пациентам с воспалением околоносовых пазух стало предметом дискуссий, поскольку часто катаральный синусит может быть вызван вирусами, особенно на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Рекомендуются назначать при лечении синуситов препараты, оказывающие секретолитическое действие, эффективность которых подтверждена практикой. Одним из препаратов этой группы является Синупрет («Бионорика», Германия).

Подтверждением эффективности и безопасности препарата является следующий клинический случай.

Пациент К., 28 лет, обратился за помощью с жалобами на нарушение общего состояния, головную боль, затруднение носового дыхания, выделения из носа, снижение обоняния.

Анамнез болезни: заболевание началось неделю назад с симптомов ОРВИ; после незначительного улучшения развилось вышеописанное состояние.

Данные обследований: жесткое дыхание при аускультации. ЛОР-осмотр: во время первого приема пальпация и перкуссия в проекции передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух безболезненна; при передней риноскопии была обнаружена гиперемия, отечность слизистой оболочки полости носа, обильные гнойные выделения в среднем и общем носовых ходах с обеих сторон, искривление носовой перегородки влево в хрящевом отделе.

Был взят мазок из полости носа для определения микрофлоры.

На основании данных осмотра был установлен предварительный диагноз: «Острый двусторонний гнойный гайморозтмоидит».

Данные рентгенологического исследования: на рентгенограмме околоносовых пазух в прямой проекции определялись затемнение решетчатого синуса и четко выраженные уровни жидкости в верхнечелюстных пазухах с обеих сторон.

Лечение: пациенту было предложено проведение пункции верхнечелюстных пазух и назначено медикаментозное лечение (амоксциллин/клавуланат, сосудосуживающие капли, нестероидный противовоспалительный препарат, антибактериальный спрей в нос).

При проведении пункции из обеих пазух получено густое гнойное отделяемое объемом примерно 8-10 мл; соустья хорошо проходимы, объем пазух примерно 14 мл.

Динамическое наблюдение: спустя сутки общее состояние значительно улучшилось, головная боль исчезла, обоняние восстановилось, единственной жалобой пациента было обильное выделение слизи в носоглотку. Во время второй пункции объем пазух увеличился до 18 мл каждая, соустья хорошо проходимы, из каждой пазухи получено густое слизистое отделяемое объемом по 10 мл.

После 7-дневного курса антибактериальной терапии и 4 пункций все симптомы заболевания, в том числе и ощущение затекания слизи в носоглотку, исчезли, однако количество слизи при промывании верхнечелюстных пазух не уменьшилось. При посеве на микрофлору была обнаружена *Moraxella catarrhalis*, чувствительная к амоксициллину и гентамицину, на слизистой оболочке полости носа; в посеве содержимого верхнечелюстной пазухи рост микрофлоры отсутствовал.

С учетом полученных данных было принято решение отменить все препараты и назначить Синупрет. После проведения 5-й пункции объем слизистого отделяемого, полученного при промывании верхнечелюстных пазух, уменьшился почти вдвое; во время 6-й пункции слизистого отделяемого не получено.

Продолжительность лечения составила 11 дней. В пользу адекватности проведенной антибиотикотерапии свидетельствуют быстрое исчезновение клинических симптомов, отсутствие гнойного содержимого в пазухах уже при 2-й пункции и высокая чувствительность возбудителя к назначенному препарату.

Приведенное наблюдение свидетельствует о рациональности включения муколитиков, например препарата Синупрет, в комплексную терапию острых синуситов. При выборе препарата следует отдавать предпочтение лекарственным средствам растительного происхождения, характеризующимся хорошим профилем безопасности и минимальным риском развития побочных эффектов, оказывающим иммуномодулирующее влияние и потенцирующим действие антибиотиков, что позволяет сократить длительность антибиотикотерапии.



Синупрет®

Лікує нежить та синусит

- Покращує носове дихання
- Лікує та попереджує ускладнення
- Безпечний для слизової оболонки носу у дітей з 2-х років



Синупрет® - і нежитю немає!

Краплі для перорального застосування: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/02/01 від 13.04.06 року. Драже: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/01/01 від 13.04.06 року. Перед застосуванням уважно ознайомтеся з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика АГ (Німеччина). Реклама лікарського засобу. * VIP (Verkaufindex in der Pharmaindustrie), 2004, Бізнес-кредит 2008.

BIONORICA
The phytonceering company

ТОВ "БІОНОРИКА"
02094, м. Київ, вул. Мініна, 9. Офісний поверх, окремий вхід
тел.: 8 (044) 296-22-03 (04:05) факс: +38 (044) 451-83-09
e-mail: office@bionorica.com.ua