

Лечение хронических аденоидитов с помощью препарата Синупрет®

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

У детей дошкольного и младшего школьного возраста среди заболеваний глотки наиболее часто отмечаются аденоидиты (Е.В. Борзов, 2002; Ю.В. Пронина и соавт., 2003).

→ Напомним, что термином «аденоиды» (аденоидные разрастания, аденоидные вегетации) обозначают патологическое увеличение (гиперплазию, гипертрофию) глоточной (носоглоточной) миндалины (Большая медицинская энциклопедия). Аденоидит – воспаление глоточной миндалины, которое может быть острым и хроническим. Таким образом, термины «аденоиды» и «аденоидит» дополняют друг друга, т. е. последний указывает на наличие сопутствующего воспалительного процесса.

Аденоидные вегетации – одно из распространенных патологических состояний ЛОР-органов, в отношении которого наблюдается отчетливая тенденция к увеличению распространенности. Так, если в 1950-1960 гг. аденоиды встречались у 4-16% детей (И.И. Щербатов, 1955; К.А. Дренова и соавт., 1961), то в 1970-1980 гг. этот показатель увеличился до 9,9-29,2% (Г.С. Протасевич и соавт., 1989), а в 1999 г., по данным А.П. Давыдовой и Т.В. Золотовой, данной патологией страдали уже 37-76% детей.

Глоточная миндалина (ГМ) является одним из структурно оформленных скоплений так называемой лим-

фоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками (mucosa associated lymphoid tissue – MALT), и принимает участие в механизмах иммунной защиты. Как и другие образования лимфоглоточного кольца, ГМ вместе с неспецифическими защитными факторами (мукоцилиарным транспортом, продукцией лизоцима, интерферона и др.) осуществляет барьерную функцию слизистых оболочек верхних дыхательных путей (В.П. Быкова, 2000; Д.И. Заболотный и соавт., 2001).

Сегодня имеется достаточно оснований для того, чтобы считать, что лимфоэпителиальные образования глоточного кольца выполняют важную роль в организме в качестве информационного поста и регулятора продукции секреторного IgA для обеспечения защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей (Г. Моги, С. Кодама, 2000; А. Komogowska et al., 2005).

Следует констатировать, что в настоящее время одним из часто используемых методов лечения при гипертрофии ГМ является хирургический. Однако он не всегда приводит к ликвидации патологического состояния, в ряде случаев возникают послеоперационные рецидивы



С.М. Пухлик
Д.м.н., профессор, Одесский национальный медицинский университет

гипертрофии и воспаления ГМ. Их частота, по мнению разных авторов, колеблется от 4 до 75%. Этому способствуют недостаточно полное удаление аденоидных вегетаций во время операции, особенности анатомического строения черепа и носовой части глотки, инфицированность лимфоидной ткани и аллергия. Вместе с тем, учитывая роль ГМ в реакциях общего и местного иммунитета, нельзя признать целесообразным хирургический радикализм.

Однако риск аденотомии 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 практические врачи не уделяют консервативной терапии должного внимания. Нарботанный клинко-морфологический опыт должен все более склонять оториноларингологов к поиску новых методов консервативного воздействия на аденоидные вегетации. Поэтому мы считаем, что вопросы применения современных лекарственных препаратов у детей с аденоидными вегетациями и аденоидитом должны активно изучаться, в первую очередь для того, чтобы стать достоянием практических врачей.

В нашей практике при лечении риносинусита у детей хорошо зарекомендовал себя комплексный растительный препарат Синупрет®. При выборе лекарственного средства, подходящего для целей терапии, мы учитывали его способность моделировать резистентность слизистой оболочки носоглотки, а именно: оказывать выраженное секретолитическое, мукокинетическое, противовоспалительное, противовирусное и иммуномодулирующее действие. Отвечает целям терапии и способность Синупрета снижать вязкость назального секрета и ускорять мукоцилиарный транспорт. Данное свойство препарата в комплексе с носовым душем солевыми растворами (Аква Марис®) приводит к удалению инфекционных возбудителей, препятствию их фиксации на слизистой оболочке и в конечном итоге предупреждению патогенного воздействия на поврежденную аденоидную ткань. Кроме того, важна способность Синупрета стимулировать

фагоцитарную активность макрофагов, повышать секрецию факторов неспецифической защиты (интерлейкина 1β , интерферона, секреторного иммуноглобулина). Данный комплекс эффектов препятствует репликации не только респираторных вирусов, являющихся пусковым фактором обострения аденоидита, но и бактериальной патогенной микрофлоры. Прямой противовоспалительный эффект препарата Синупрет® способствует быстрому уменьшению размеров аденоидной ткани и регрессу клинических проявлений заболевания.

Данный многофункциональный подход имеет преимущества перед обычной врачебной тактикой, так как позволяет решать главные задачи лечения хронического аденоидита.

Целью исследования было практическое изучение эффективности консервативной терапии обострения 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 мес (оценка рецидивов аденоидита, выявление осложнений, потребность в выполнении оперативного лечения в связи с неэффективностью консервативной терапии).

Дизайн исследования – постмаркетинговое плацебо неконтролируемое с активным контролем рандомизированное (рандомизация 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 органа слуха, глотки (ангина), тяжелого бронхита и пневмонии дети не включались в исследование или вывелись из него.

Всего было обследовано и пролечено 60 детей обоего пола в возрасте 3-10 лет, которых методом случайного распределения разделили на 2 группы. Основную группу составили 30 человек, которые получали препарат Синупрет® в 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 осуществлялась до и после проведенного лечения, затем через 3, 6 и 12 мес по окончании терапии на основании динамики параметров, таких как 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 осуществляли сбор жалоб, анамнеза; клиническое, инструментальное (при необходимости – с помощью фиброскопа), аллергологическое, микробиологическое исследования; 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, усиливаясь при насморке. Пациентов беспокоили слизистогнойные 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, 2 степени – 43,6%, 3 степени – 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 (соответственно 14,3 и 1,7%).

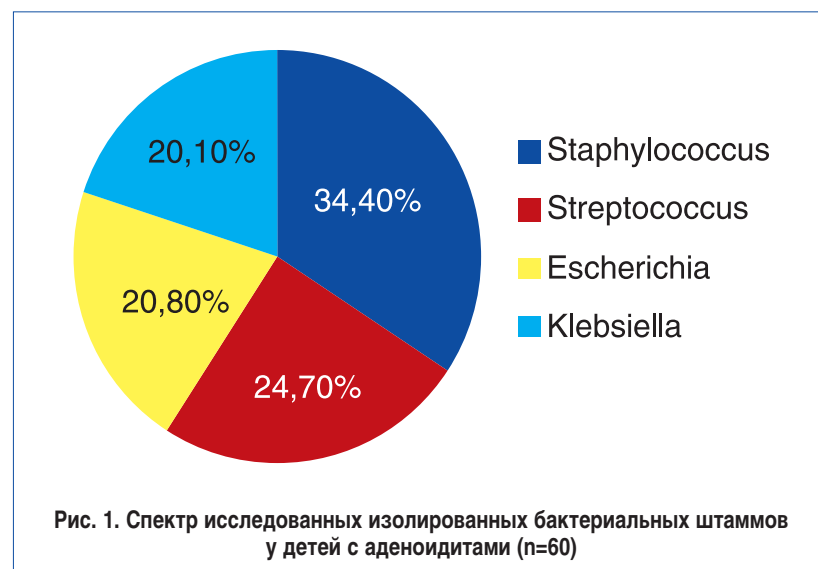
При обследовании детей с аденоидитами мы брали мазки из носоглотки, в которых была выделена разнообразная непатогенная микрофлора (рис. 1).

Представители рода *Staphylococcus* как наиболее часто встречающиеся были идентифицированы до вида: *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis* (рис. 2). Независимо от характера возбудителя лечение всем детям проводилось согласно вышеуказанной схеме.

Как видно из представленных результатов, 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®.

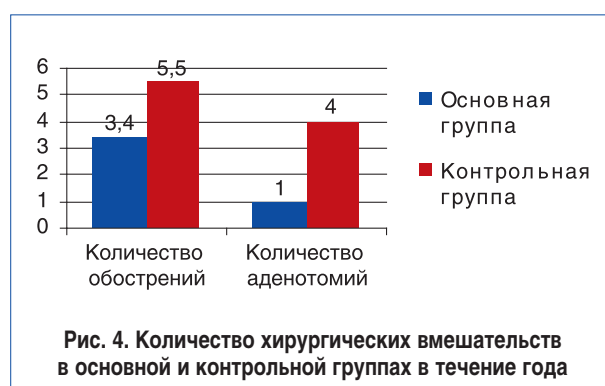
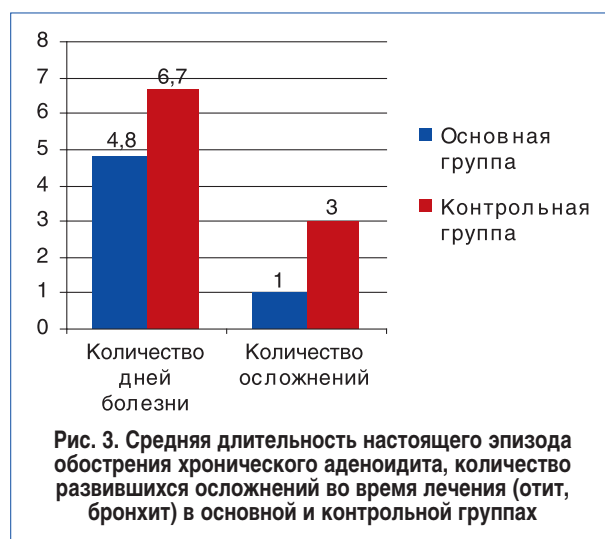
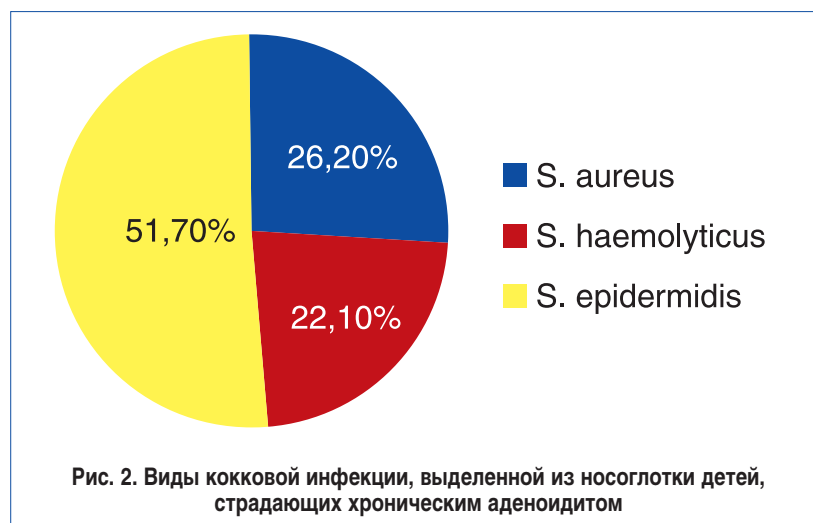
В основной группе выздоровление детей происходило на $1,9 \pm 0,1$ дня раньше, чем в контрольной.



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

Группа	Заложенность носа		Выделения из носа (ринорея)		Ночной кашель (post-nasal 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
	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*
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*
	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.



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

Наблюдение за детьми в течение года показало, что количество

вого дыхания, выраженность которых на протяжении года практически возвращалась к исходному уровню у лиц контрольной группы, оставаясь более стабильной у участников основной группы (рис. 5).

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 аденоотомия, тогда как в основной — только 1 ребенку (рис. 4).

Посимптомное изучение основных жалоб детей с хроническими аденоидитами показало, что уже через 3 мес вновь появляются существенные нарушения носового дыхания, выраженность которых на протяжении года практически возвращалась к исходному уровню у лиц контрольной группы, оставаясь 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).

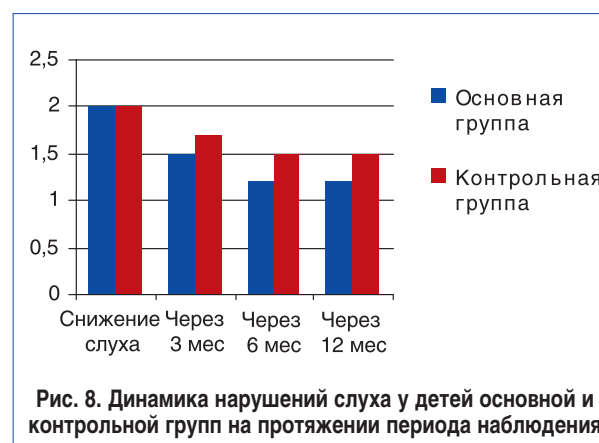
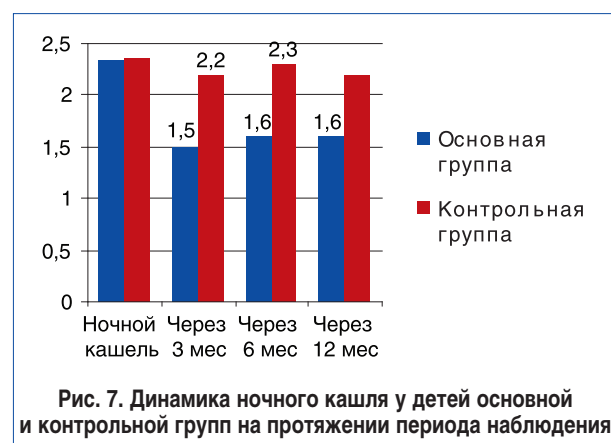
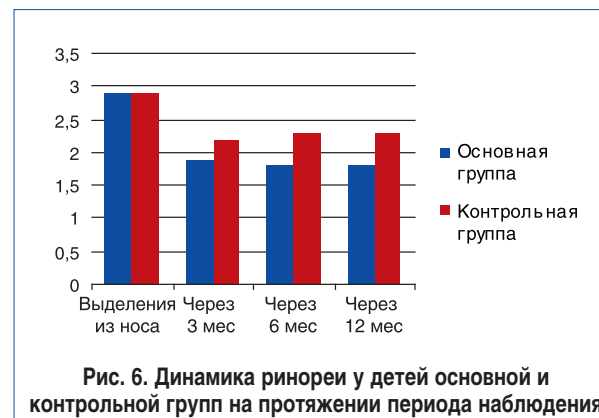
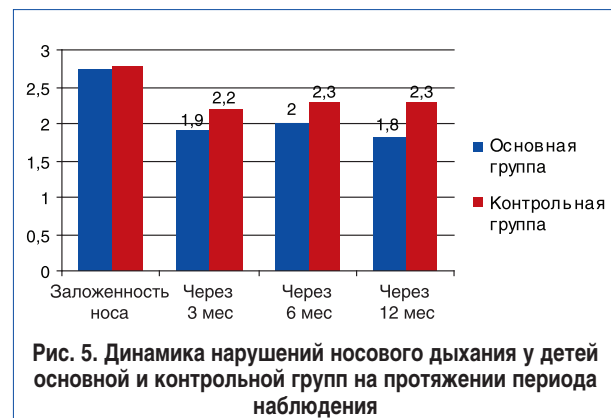
Применение препарата Синупрет® оказывало непосредственный терапевтический эффект при обострении хронического аденоидита, что нашло отражение в сокращении сроков лечения, быстром купировании симптомов заболевания уже на 3-й день от начала терапии. Использование Синупрета позволило сократить длительность домашнего режима у детей с аденоидитами до 4,8 дня (контрольная группа — 6,7 дня; $p < 0,01$). Предположительно это связано с комбинированным комплексным механизмом действия данного 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 на протяжении года уменьшение количества обострений аденоидита, снижение выраженности сопровождающих его симптомов (нарушения носового дыхания, ринореи, кашля и проч.) можно объяснить иммунологическим влиянием препарата, что требует дальнейшего изучения.

Выводы

1. Терапия препаратом Синупрет® в сочетании с Аква Марисом на протяжении 2 нед значительно эффективнее применения только 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 Синупретом в сочетании с Аква Марисом.

4. Для более точной оценки влияния Синупрета на отдаленный период течения заболевания требуется отдельное исследование с повторными

курсами применения препарата при последующих обострениях. ■

Список литературы находится в редакции.

Новое об известном

Использование экстракта гинкго билоба в профилактике болезни Альцгеймера

Французские ученые под руководством В. Vellas из Hopital Casselardit (г. Тулуза) провели двойное слепое рандомизированное плацебо контролируемое клиническое исследование, в рамках которого на протяжении 5 лет наблюдали за пожилыми пациентами с признаками нарушения памяти, но без выраженной деменции. В исследование GuidAge в период с марта 2002 по ноябрь 2004 года были включены 2854 взрослых пациента старше 70 лет, которых рандомизировали для приема плацебо или экстракта гинкго билоба в дозе 120 мг/сут.

Результаты, которые были опубликованы в журнале The Lancet Neurology, показали отсутствие существенных различий в количестве пациентов, у которых в течение периода наблюдения развилась деменция: 61 участник в группе активной терапии и 73 человека в группе плацебо (ОР 0,84; 95% ДИ 0,60-1,18; $p=0,306$); с учетом показателей заболеваемости болезнью Альцгеймера это составляет 1,2 и 1,4 случая на 100 человеко-лет соответственно.

Таким образом, еще одно большое исследование не подтвердило пользу приема гинкго билоба в качестве средства профилактики болезни Альцгеймера.

Источник: Vellas B. et al.

Lancet Neurol 2012; DOI: 10.1016/S1474-4422(12)70206-5.