

Возможности современной фитотерапии в лечении острых риносинуситов

Риносинусит (РС) – заболевание, о котором в последние месяцы говорят очень много. Причиной такой ситуации является и сложная эпидемиологическая обстановка, сложившаяся в нашей стране прошедшей зимой, и принятие нового унифицированного клинического протокола по оказанию медицинской помощи пациентам с РС, и рост заболеваемости, и, конечно же, разработка принципиально новых подходов к терапии данного заболевания, основанных исключительно на принципах доказательной медицины.

Распространенность РС в мире составляет 6-15%, при этом в структуре ЛОР-патологии на долю заболеваний носа и околоносовых пазух приходится не менее 35%. Диагностика РС осуществляется различными специалистами, в том числе аллергологами, отоларингологами, пульмонологами, врачами общей практики, педиатрами и многими другими. В связи с этим нужно точное, эффективное и удобное определение РС. Итак, сегодня РС – это воспаление носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более симптомами, одним из которых является заложенность / обструкция / отек носа или выделения из носа (в т. ч. постназальное затекание) с возможным наличием таких симптомов, как боль / давление в области лица и снижение/ потеря обоняния. В зависимости от длительности сохранения клинических проявлений РС можно разделить на острый (полная регрессия симптомов за <12 нед) и хронический (симптомы наблюдаются ≥12 нед). В зависимости от их выраженности согласно визуально-аналоговой шкале (ВАШ) течение РС классифицируют как легкое (ВАШ 0-3), умеренное (ВАШ >3-7) и тяжелое (ВАШ >7).

Относительно новой для украинских врачей является классификация РС по этиологическому фактору. Она приведена в последних европейских рекомендациях (EPOS 2012), отражает последовательность стадий патогенеза заболевания, согласно которым РС необходимо дифференцировать на вирусный, поствирусный и бактериальный. При остром вирусном РС продолжительность клинических проявлений менее 10 дней, на поствирусный РС указывает ухудшение симптомов через 5 дней или их сохранение более 10 дней с общей длительностью болезни менее 12 нед. Острый бактериальный РС (ОБРС) возникает у небольшого количества пациентов с поствирусным РС и характеризуется наличием по крайней мере 3 из нижеуказанных признаков:

- выделения с полости носа (преимущественно с одной стороны) и одновременное наличие слизистого и гнойного содержимого в носовой полости (при риноскопии);
- выраженная локальная боль (преимущественно односторонняя) в области проекции пазух;
- повышение температуры тела (>38 °С);
- повышение СОЭ/СРБ;
- двухфазность заболевания (наличие так называемой второй волны – ухудшения после начальной, более легкой фазы).

Как уже отмечалось, вероятность развития ОБРС достаточно низкая и составляет, по разным данным, от 0,2 до 2%. Иными словами, у подавляющего большинства пациентов с установленным диагнозом РС заболевание имеет вирусную этиологию: возбудитель либо персистирует в слизистых оболочках (при вирусном РС), либо недавно был элиминирован (в случае поствирусного РС). Согласно анализу статистики врачебных назначений при РС первое место занимают антибактериальные препараты (АБП), не несущие в большинстве случаев абсолютно никакой пользы. Следует отметить, что нормальное анатомическое, гистологическое и функциональное состояние слизистых оболочек полости носа не предрасполагает к присоединению бактериальной инфекции. Следовательно, ОБРС следует рассматривать как осложнение острого РС, возникшее на фоне отсутствия своевременного лечения, снижения местного иммунитета либо

(в более редких случаях) в результате высокой агрессивности бактериального агента.

Ведущее звено патогенеза РС – отек слизистой оболочки носовой полости, в частности остеомаксиллярного комплекса, и придаточных пазух. На фоне нарастающего воспаления и отека слизистой оболочки изменяются реологические свойства назального секрета. Нарушается соотношение золь- и гель-фазы, мукоцилиарный транспорт и эвакуация гель-фазы. Это является причиной накопления патологически измененного секрета и усугубления воспалительной симптоматики. Нарастающий воспалительный отек слизистой оболочки усиливает функциональную недостаточность соустьев околоносовых пазух и приводит к их блокаде. На фоне застоя и накопления в пазухах секрета и практически полной остановки мукоцилиарного транспорта реализуется ключевое звено ОБРС – патогенизация сапрофитной флоры. Из патогенеза становится очевидным, что своевременное и рациональное воздействие на мукоцилиарный транспорт, противовоспалительная терапия и предотвращение блокады соустьев придаточных пазух носа – ключ к профилактике ОБРС и быстрому выздоровлению.

Именно отсутствие значимого влияния бактериальной флоры на симптомы и течение большинства случаев РС объясняет тот факт, что явная польза от применения АБП наблюдается лишь в каждом 15-м случае, то есть у 7% пациентов (Weitz B., 2008). Кроме того, в европейских рекомендациях EPOS (2012) и отечественном унифицированном протоколе (Приказ МЗ Украины от 11.02.2016 г. № 85) АБП рекомендуются только в случаях бактериального РС.

Мнение о неоправданности применения АБП в стандартной схеме лечения острого РС подтвердилось в ходе испытания, проведенного учеными из Университета Саутгемптона (Великобритания). Полученные результаты опубликованы в авторитетном издании JAMA (Williamson I.G., 2007). В двойном слепом рандомизированном исследовании приняли участие 240 пациентов в возрасте ≥16 лет, проходивших лечение у 74 врачей частной практики. Критерием включения было наличие рецидивирующего острого РС с типичными симптомами бактериального воспаления: наличие гнойных выделений из носовой полости (с одной или двух сторон); локализованная боль, доминирующая с одной из сторон. На момент

включения в исследование средняя продолжительность патологических проявлений составляла 7 дней.

Больные были разделены на 4 группы. Пациенты 1-й группы получали АБП (500 мг амоксициллина 3 р/сут в течение 7 дней) в комбинации с топическим кортикостероидом для назального применения (200 мкг будесонида в каждую ноздрю 1 р/сут курсом 10 дней). Пациенты 2-й и 3-й групп получали один из указанных препаратов в комбинации с плацебо. Пациенты 4-й группы получали только плацебо. При оценке результатов исследования учитывалось количество пациентов, выздоровевших к 10-му дню лечения, а также тяжесть и продолжительность симптомов в каждой из групп. На протяжении всего периода наблюдения пациенты оценивали свое состояние по общей шкале тяжести симптомов TSS от 0 до 6 баллов. В целом учитывались 11 критериев: заложенность и выделения из носа, наличие неприятного запаха или привкуса, боли в области лица справа или слева, боли при наклонах и поворотах головы, ограничение работоспособности, ухудшение общего самочувствия и головная боль. Максимальное общее количество баллов по шкале TSS составляло 66.

В ходе исследования установлено, что ни амоксициллин, ни будесонид не позволили достичь значительного улучшения результатов терапии по сравнению с плацебо. У 29% пациентов, принимавших АБП, и у 33,6% больных, не получавших его, симптомы наблюдались в течение 10 дней или дольше. У 31,4% пациентов жалобы не прекратились после 10 дней лечения как при применении стероида, так и без него (рис.). В течение первой недели терапии в каждой из 4 групп примерно у 40% пациентов симптомы исчезли полностью или были выражены минимально (0 или 1 балл по шкале TSS), что расценивалось как выздоровление. По истечении первой недели терапии выздоровление наступало медленнее. По шкале TSS значительных различий между группами также не наблюдалось. Таким образом, в данном исследовании использование в стандартной схеме лечения АБП либо топического кортикостероида не увеличили числа выздоровевших пациентов.

Выводы данного исследования подтверждаются результатами метаанализа, отчет о котором был опубликован в журнале Lancet (Young J. et al., 2008). Было установлено, что использование АБП в стандартной схеме лечения неосложненного острого

РС неоправданно, поскольку приносит пользу лишь каждому пятнадцатому пациенту. Группа авторов под эгидой Института клинической эпидемиологии (г. Базель, Швейцария) занималась поиском критериев, которые позволили бы более целенаправленно осуществлять отбор пациентов для эффективного применения АБП. С этой целью были проанализированы данные 2547 пациентов, участвовавших в 9 рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях, посвященных использованию АБП в лечении РС. Оценивались лишь те испытания, включение в которые предполагало наличие у пациента типичных клинических симптомов РС. При этом учитывались такие факторы, как предшествующая простуда, повторное ухудшение состояния после улучшения, наличие гнойных выделений из носовой полости, синдрома постназального затекания, болей в области лица односторонней локализации, а также болей при жевании или наклонах. Конечными точками метаанализа стали эффективность лечения АБП и прогностическая ценность симптомов заболевания для потенциально успешного применения АБП. Основой для оценки был показатель NNT (number needed to treat) – количество пациентов, которых необходимо пролечить АБП для того, чтобы вылечить одного больного.

В ходе анализа было установлено, что при лечении острого РС с применением АБП показатель NNT в среднем составляет 15. Это означает, что по сравнению с количеством больных, выздоравливающих при использовании плацебо, лечение АБП позволяет вылечить всего на 7% пациентов больше. При этом поиски симптомов, которые указывали бы на большую вероятность положительного ответа на антибиотикотерапию, успехом не увенчались. Однако авторами отмечено, что наличие высокой температуры, параорбитальных отеков или интенсивной боли указывает на серьезные осложнения, требующие безотлагательного лечения АБП.

Таким образом, при лечении острого РС авторы исследования выступают за симптоматическую терапию и отказ от тотального назначения АБП, эффективность которых неоспорима лишь при отчетливой картине бактериального процесса и наличии осложнений вирусного и поствирусного РС.

Какие же препараты сегодня можно считать эффективными в лечении всех форм РС в соответствии с принципами доказательной медицины? В таблице приведены основные группы лекарственных средств, эффективность которых в терапии РС подтверждена рядом европейских исследований, указанный в унифицированном клиническом протоколе.

Как видим, спектр групп лекарственных средств, призванных эффективно бороться с симптомами РС, не так уж и широк. **Особое внимание в данном контексте привлекает комплексная фитотерапия, применение которой не просто разрешено, а рекомендовано при любой форме РС. Это утверждение подтверждено рядом клинических исследований, проведенных в соответствии с европейскими стандартами.**

Так, в исследовании D. Passali и соавт. (2015) отмечалась высокая эффективность комплексного фитонрингового препарата, сопоставимая с таковой топического кортикостероида флутиказона фууроата. В испытании приняли участие 60 пациентов, рандомизированных на 2 группы. Больные 1-й группы принимали комплексный фитопрепарат Синупрет® форте перорально по 1 таблетке 3 р/сут в течение 14 дней, 2-й – флутиказона фууроат в дозах, рекомендованных в инструкции, на протяжении 2 нед. Отмечено, что на визитах 2-5 у пациентов обеих групп регистрировались схожие результаты

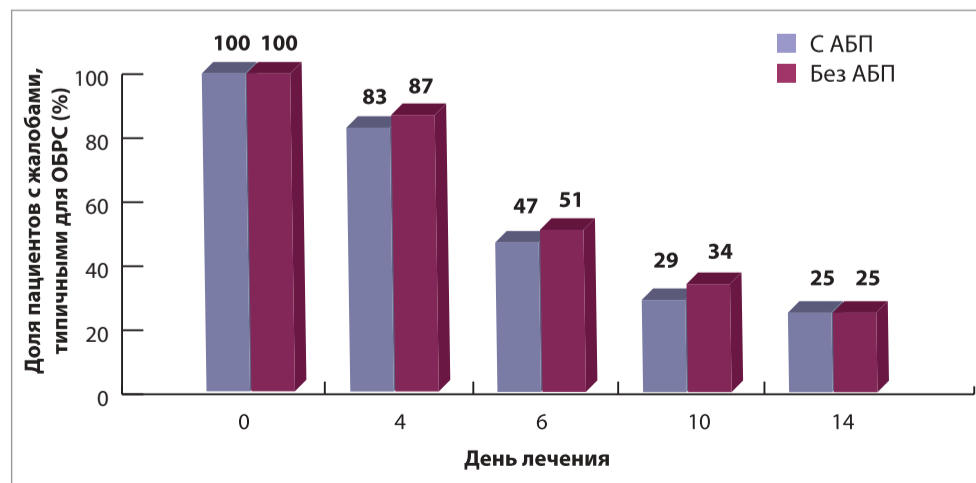


Рис. Доля пациентов с ОБРС, жалобы у которых сохранились после двухнедельного лечения с применением амоксициллина / без применения амоксициллина

выраженности симптомов, что свидетельствует о высокой эффективности фитонирингового средства, сопоставимой с таковой топических кортикостероидов.

Более раннее рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, проведенное в клинике Бундесвера (г. Мюнхен, Германия), убедительно подтверждает эффективность назначения препарата Синупрет® при ОБРС. В исследовании приняли участие 160 пациентов с ОБРС, подтвержденным радиологическими данными. Все пациенты в течение 14 дней получали АБП доксициклин – стандартное терапевтическое средство на момент проведения исследования, а также деконгестант для местного применения ксилометазолин. Часть больных дополнительно использовали комплексный фитопрепарат, остальные – плацебо. Первичными параметрами анализа были данные рентгенологического исследования и оценка пациентами своего состояния. В качестве вторичных параметров учитывались такие клинические симптомы, как состояние слизистой оболочки, наличие назального секрета, заложенность носа, головная боль.

В результате установлено, что при дополнительном применении фитопрепарата количество полностью выздоровевших пациентов было существенно выше, чем таковое при использовании плацебо. В группе, получавшей фитопрепарат, отмечена нормализация показателей рентгенологического исследования у 64,1% пациентов, в то время как в контрольной группе – всего у 36,4%. Оценка пациентами своего состояния в группе, получавшей фитопрепарат Синупрет®, также была значительно выше: в 60,3% жалобы отсутствовали. В группе плацебо этот показатель составил 25%. Несмотря на прием АБП и деконгестанта, у 25% пациентов в течение 2 нед состояние не улучшилось. В группе, получавшей дополнительно фитопрепарат, данный показатель составил лишь 4,2%. Результаты анализа вторичных клинических параметров аналогичны: количество пациентов, у которых исчезли отек слизистой оболочки, нарушение оттока секрета и головная боль, в группе приема фитотерапии было значительно выше, чем в группе плацебо. Кроме того, растительное средство хорошо переносилось пациентами; взаимодействия между медикаментами не наблюдалось.

Следует отметить, что современные производители идут в ногу со временем, создавая препараты комплексного действия, изготовленные из сырья, выращенного и обработанного в соответствии с передовыми технологиями. Ведь только научный подход к производству фитопрепарата способен гарантировать постоянное и стабильное содержание ключевых биологически активных веществ в каждой его дозе. Однако, очевидно, что не только условия производства, но и состав растительных препаратов влияет на эффективность фитотерапии. Например, исследование Pfaag (2012) не подтвердило результативность цикламена в купировании симптомов РС, однако частота побочных эффектов на фоне такой терапии оказалась достаточно высокой.

Препараты пеларгонии оказались существенно безопаснее, однако и им в терапии РС не был присвоен высокий уровень доказательности (Bachert, 2009). Цветки первоцвета, вербена, корень горечавки обладают доказанным секретолитическим действием, шавель – секретолитическим, противовоспалительным, антимикробным и антиоксидантным эффектами, а комплексный фитопрепарат Синупрет®, содержащий перечисленные стандартизованные компоненты, – всеми достоинствами одновременно. При этом механизм действия такого препарата научно обоснован. Так, J.L. Kreindler и соавт. (2012) выполнена работа, в ходе которой было подтверждено, что Синупрет® стимулирует секрецию ионов хлора, усиливая гидратацию секрета. Схожие данные приводятся в статье S. Zhang и соавт. (2014), описывающей способность Синупрета активировать транспорт ионов хлора через каналы CFTR и TMEM16A и улучшать показатели мукоцилиарного клиренса.

Как видим, использование фитотерапии позволяет достичь выраженного положительного эффекта, о котором мы говорили выше, – избежать усиления выраженности воспаления в полости носа, блокады соустьев придаточных пазух и вовлечения в процесс бактериальной флоры. При этом в практическом плане применение комплексных фитопрепаратов чрезвычайно удобно, поскольку в отличие от АБП данная группа препаратов показана при всех формах и вариантах РС.

Таким образом, комплексное многовекторное фармакотерапевтическое воздействие, направленное на основные звенья этиопатогенеза РС, а именно на борьбу с бактериальной инфекцией, купирование отека, улучшение реологических свойств назальной слизи, реактивацию мукоцилиарного клиренса, уменьшение выраженности воспаления, обеспечивает

Лечение	Рекомендации
АБП	Да (только при бактериальном РС)
Топические кортикостероиды	Да (только при бактериальном РС)
Топические кортикостероиды в сочетании с АБП	Да (только при бактериальном РС)
Системные кортикостероиды в сочетании с АБП	Да (только при бактериальном РС)
Ирригационная терапия	Да
Комплексная фитотерапия	Да
Нестероидные противовоспалительные средства	Да
Парацетамол	Да

оптимальный лечебный эффект. Кроме того, немаловажной является способность активировать факторы местного иммунитета. Применение этиотропной и патогенетически обоснованной фитониринговой терапии показано для лечения РС с 2 лет в качестве средства

базисной терапии – при острых вирусных и поствирусных РС, в дополнение к антибактериальной терапии (при бактериальном РС).

Подготовила **Александра Меркулова**



Нежить? Синусит?

Синупрет®



-  усуває нежить¹
-  полегшує носове дихання²
-  запобігає ускладненням³

Розкриваючи силу рослин

Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). **Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день. **Прогнозовані ефекти:** Підвищення індивідуальної чутливості 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; Додільність застосування фитопрепарату 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. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 24.07.15. **Синупрет® краплі:** Р.П. №UA/4373/02/01 від 31.03.2016. ТОВ «Біоноріка», 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