

В.И. Садовский, Аль-Вали Яхья, Е.И. Суровцева

Синупрет в лечении острых и хронических ринофарингитов

Гомельский государственный медицинский университет

Ринофарингит – воспаление слизистой оболочки носоглотки — может быть самостоятельным заболеванием, но чаще является синдромом, например, ОРВИ. Несмотря на то что ринофарингит — распространенное заболевание верхних дыхательных путей и характеризуется, как правило, благоприятным течением, остается ряд нерешенных вопросов, касающихся этой патологии [7, 8].

Носоглотка является областью прохождения воздуха, содержащего инфекционные агенты. Она непосредственно связана с полостью носа, околоносовыми пазухами, слуховой трубой и полостью рта. Значимость проблемы ринофарингитов у взрослых и детей разная. У детей неосложненный ринофарингит – обязательный этап становления функций иммунной системы и как патология рассматривается только при частых рецидивах или осложнениях, у взрослых – нередко

повод обращения к врачу за консультацией [1, 3, 8].

Лечение этого, казалось бы, простого заболевания достаточно сложное. Одним из мучительных симптомов ринофарингита является образование трудноотделяемой густой мокроты в носоглотке, при которой существующие муколитики не всегда дают желаемые результаты [2, 4, 8, 9]. Поэтому ключ к лечению данной патологии многие врачи видят не столько в антибактериальной или противовоспалительной, сколько в мукоактивной терапии, т.е. в возможности тем или иным образом воздействовать на патологическую слизь и систему мукоцилиарного клиренса.

В последние годы на фармацевтическом рынке Республики Беларусь появился муколитик «Синупрет»® («Бионорика», Германия), который за рубежом используется с 1934 г. Синупрет — секретолитик растительного происхождения — регулирует секрецию,



Рис. 1. Динамика клинических симптомов в основной и контрольной группах



Рис. 2. Динамика выздоровления у пациентов основной и контрольной групп

нормализуя вязкость слизи, восстанавливает мукоцилиарный клиренс. Доказано, что Синупрет обладает противоотечным, противовоспалительным, противовирусным и иммуномодулирующим свойствами, потенцирует эффект лечения антибиотиками. В состав Синупрета входят корень генцианы, цветы примулы и бузины, трава щавеля и вербены. Активные компоненты растений, входящих в состав препарата, дополняют друг друга по своим фармакологическим свойствам и клиническим эффектам. Каждая составная часть кроме основного секретолитического действия имеет дополнительные: корень генцианы — бронхолитическое, цветы примулы и трава вербены — противоотечное, жаропонижающее, антивирусное, щавель — противовоспалительное, антимикробное и иммуномодулирующее и т.д. Клиническая эффективность Синупрета и его ингредиентов подтверждена достоверными научными исследованиями. Убедительно доказана клиническая эффективность препарата в сравнении с другими секретолитиками. По целому ряду параметров Синупрет превосходит многие лекарственные препараты растительного происхождения. Однако эти исследования касались синуситов, ринитов, бронхитов. В доступной литературе мы не нашли сведений о влиянии Синупрета на слизистую оболочку носоглотки и о клинической эффективности при ринофарингитах [2—4, 6].

Препарат выпускается в сиропе, драже и капсулах.

Цель исследования: изучить терапевтическую эффективность препарата «Синупрет»® при лечении ринофарингитов.

Исследование проводилось на базе ЛОР-отделения Гомельской областной клинической больницы и областной консультативной поликлиники. В исследование включены две группы больных (возраст 18—30 лет): 1-я —

30 чел., получавших комплексное лечение ринофарингита с включением препарата «Синупрет»® (по 2 драже 3 раза в сутки 2 недели); 2-я — то же лечение, но без Синупрета. Комплексная терапия включала антибиотик амоксициллин по 0,5 г 3 раза в сутки 7 дней, сложные ингаляции с фурацилином N 6, амертил по 0,01 г 1 раз в сутки 10 дней на ночь. Все больные до, в процессе и после лечения осматривались эндоскопически.

Оценка динамики клинических симптомов проводилась по следующим показателям: боль в носоглотке, заложенность ушей, наличие отделяемого, ощущение саднения, гиперемия слизистой оболочки на 7-й и 14-й день. Нами установлено, что оцениваемые симптомы заболевания имели более быструю динамику у больных 1-й группы. Так, боль в горле и саднение в 1-й группе исчезли на 7-й день у 72%, а во 2-й — у 54% пациентов, отделяемое — у 66% больных 1-й группы и у 47% — 2-й, заложенность ушей — у 78% пациентов 1-й группы и у 64% — 2-й, гиперемия слизистой оболочки — у 56% и 42% больных соответственно (рис. 1).

Несмотря на отсутствие достоверности из-за небольшого количества исследований, прослеживается четкая тенденция к более быстрому снижению интенсивности симптомов ринофарингита у больных, получавших Синупрет. Выздоровление к концу 2-й недели наступило у 82% больных 1-й группы и у 71% — 2-й (рис. 2).

Осложнений и реакций, связанных с препаратом «Синупрет»®, не зарегистрировано [2].

Конечно, только по клиническим симптомам трудно определить эффективность того или иного препарата, однако преимущества лечения ринофарингита с включением препарата «Синупрет»® очевидны, и можно сделать некоторые клинические **выводы**:

1. Включение в комплексное лечение растительного препарата «Синупрет»® позволяет за более короткий срок купировать явления ринофарингита.

2. «Синупрет»® повышает эффективность комплексной терапии острых и хронических ринофарингитов; возможно сочетание с антибиотиками.

3. Отсутствие осложнений, побочных реакций при приеме препарата «Синупрет»® дает возможность рекомендовать его в комплекс лечения острых и хронических ринофарингитов, особенно при непереносимости антибиотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горощенко Т.И. // Медицина для всех. — 1988. — N 2. — С. 28—30.
2. Колбанова И.Г., Панкина М.А., Синиструкин В.М. и др. // Фармацевт. — 2004. — N 17. — С. 75—78.
3. Кочнев В.И. // РР. — 2001. — N 2. — С. 157.
4. Полевщиков А.В., Ресниев С.В., Хлебникова Н.А. // Новости оториноларингологии и ларингологии. — 2000. — N 3 [23]. — С. 231—234.