

ФИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ

ВСТРЕЧА ЭКСПЕРТОВ

Сегодня, когда повсеместно доступны разнообразные противомикробные препараты, фитотерапевтические методы лечения не только не сдают свои позиции, но и привлекают все больший интерес как специалистов, так и пациентов. В рамках XVI Московской научно-практической конференции «Оториноларингология: традиции и современность (фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии)» прошел симпозиум, на котором ведущие оториноларингологи обсудили применение фитопрепаратов для лечения риносинуситов с точки зрения доказательной медицины.

PHYTOTHERAPY IN THE TREATMENT OF RHINOSINUSITIS. MEETING OF EXPERTS

Today, when a wide variety of antimicrobials are widely available, phytotherapeutic methods of treatment do not only hold their positions, but also attract the increasing interest of both specialists and patients, a symposium was held within the framework of the 16th Moscow scientific-practical conference «Otorhinolaryngology: Traditions And Contemporaneity (Pharmacological and Physical Methods of Treatment in Otorhinolaryngology)». The leading otorhinolaryngologists discussed the use of phytopreparations for the treatment of rhinosinusitis in the context of evidence-based medicine.

Особенности патогенетической терапии риносинуситов рассмотрел в своем докладе д.м.н., профессор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова **Александр Владимирович Гуров**.



Александр Гуров

Любой патологический процесс бактериального или вирусного характера на поверхности слизистых оболочек носа ассоциируется с повреждением структуры мерцательного эпителия. Для нормального носового дыхания необходимо поддержание хрупкого баланса между объемом поступающего воздуха и объемом вырабатываемой мерцательным эпителием слизи. Минимальные изменения в этой системе мгновенно приводят к развитию патологической симптоматики. Важнейшим защитным механизмом дыхательных путей являются мукоцилиарный клиренс и мукоцилиарный транспорт, которые обеспечиваются координированным движением ресничек цилиарного эпителия и свойствами слизистого секрета, представленного вязкими текучими мукополисахаридами. Свойства слизи меняются в зависимости от места ее продукции и нахождения. Так, вязкость этой субстанции кардинальным образом отличается в верхних и нижних отделах дыхательных путей, что связано с физиологическими функциями слизистой оболочки. Нормальное функционирование слизистой и мерцательного эпителия возможно только в условиях адекватных показателей мукоцилиарного транспорта и клиренса, в свою очередь зависящих от скорости движения секрета по слизистой оболочке и частоты биения ресничек. Именно эти физические характеристики определяют физиологию слизистой полости носа и параназальных синусов и во многом определяют возможность развития гнойно-воспалительного процесса.

Начальный фактор любого инфекционного воспаления – это адгезия и колонизация микроорганизмов, кото-

рые возможны только в случае запущенного лиганд-рецепторного механизма взаимодействия рецепторов слизистой и лигандов микроорганизмов. Реализация этого механизма, в свою очередь, возможна только в том случае, если микроорганизмы не смываются с поверхности слизистой оболочки. В связи с этим все попытки профилактики воспалительных заболеваний полости носа связаны с применением препаратов, которые активируют мукоцилиарный транспорт.

При разговоре о синусите следует обратиться к классификации EPOS-2012. В этой классификации заключено поэтапное описание патологического процесса на поверхности слизистой оболочки с микробиологической точки зрения (рис. 1). На первоначальном этапе преобладает вирусное воздействие, затем развиваются поствирусные изменения в виде прямых или опосредованных цитопатических эффектов вирусов в структуре самого эпителия и морфофункциональная дисфункция эпителия с каскадом различных реакций. Позднее происходит первичное бактериальное суперинфицирование и вторич-

Рисунок 1. Классификация риносинусита (EPOS 2012)

- 1. Острый вирусный риносинусит** (простуда, насморк) – длительность симптомов менее 10 дней
- 2. Острый поствирусный риносинусит** – небольшое ухудшение симптомов после 5 дней или сохранение симптомов после 10 дней заболевания
- 3. Острый бактериальный риносинусит** – как минимум 3 симптома из:
 - бесцветные выделения из носа (преимущественно с одной стороны) и гнойный секрет в полости носа
 - сильная локальная боль (преимущественно односторонняя)
 - лихорадка (>38 °C)
 - повышенные уровни СОЭ/С-реактивного белка
 - «Удвоение болезненности» (т.е. резкое ухудшение после более легкого течения заболевания)
- 4. Хронический риносинусит** – длительность ≥12 недель

ное бактериальное суперинфицирование, которое связано с постепенной сменой количественного и качественного состава микрофлоры и изменением клинической картины этих заболеваний.

Препараты Миртола обладают комплексным действием, но основное значение имеет их секретолитическая активность. Выраженный эффект определяется не только прямым секретолитическим действием компонентов препарата, но и секретомоторной и муколитической активностью

Существенный клинический акцент, отраженный в данной классификации, появившийся и в наших федеральных рекомендациях, – критерий разграничения острого и хронического синусита – срок в 12 недель. До этого срока – острое воспаление, после – хроническое. Причем это касается и взрослой, и детской практики. Несмотря на возрастные изменения цитоархитектоники полости носа, очевидные изменения в структуре слизистого секрета слизистой оболочки, безусловную разницу между иммунным статусом ребенка и взрослого человека, цифра «12 недель» встречается в клинических рекомендациях повсеместно: и во взрослой, и в детской практике. С точки зрения клинической микробиологии эти 12 недель – абсолютно неоднородный период. Если в начале процесса царствуют грамположительные бактерии, и в первую очередь, конечно, пневмококк, то потом спектр микроорганизмов начинает постепенно меняться в грамотрицательную сторону. Появляются гемофильные, а также парагемофильные микроорганизмы, которые ответственны за изменение структуры эпителия за счет наличия факторов патогенности, и в первую очередь действия эндотоксина, который обладает прямым цилиотоксическим действием. Таким образом, во вторые шесть недель острого периода слизистая оболочка уже готовится к хроническим изменениям. Поэтому лечение заболевания в первые 6 недель острого воспаления и во вторые 6 недель должно отличаться.

В отношении вирусов – основного этиологического фактора острого риносинусита в настоящее время много споров и вопросов. С одной стороны, хорошо известные вирусы не теряют своего значения. С другой стороны, за последние 10 лет появились новые, неизвестные ранее вирусы. Например, бокавирусная инфекция, которая имеет особое значение для детской практики. При этом часто происходит развитие параназальных синуситов и средних отитов с бактериальным суперинфицированием и осложненным течением. Парагриппозный вирус 4-го серотипа, о котором тоже раньше не было известно. Человеческий коронавирус и синдром SARS, получившие большое значение в клинической практике применительно не только к верхним, но и к нижним дыхательным путям. Вызов XXI в. – это различные разновидности гриппозных вирусов. Вирусы, которые теоретически можно встретить, имеют широчайшее многообразие по своим биологическим свойствам. Их этапы репродукции имеют

существенные отличия, и, соответственно, те цитопатические эффекты, которые развиваются в структуре слизистой оболочки, тоже отличаются.

Наблюдается четкая взаимосвязь между первичным присутствием конкретного респираторного вируса и дальнейшим характером бактериального суперинфицирования. Чаще всего речь идет о пневмококке и гемофильной палочке, причем пневмококки появляются сначала, а в дальнейшем преобладают грамотрицательные микроорганизмы. Существует очень красивая интересная концепция, которая говорит о том, что респираторные вирусы являются «пастухами» бактериальных микроорганизмов, особенно пневмококков. Концепция появления бактерий на слизистой оболочке определяется изменениями нормальной биопленки под действием первичного вируса с последующим развитием респираторного марша: первично грам⁺, дальше грам⁻ и потом уже ассоциация микроорганизмов. Видимые изменения на слизистой оболочке, такие клинические симптомы патологии полости носа и параназальных синусов, как отек, сужение просвета носовых ходов, затруднение носового дыхания, – это эффекты персистенции вирусных и бактериальных патогенов.

Еще один важный фактор патогенеза – изменение в условиях цитопатических эффектов действия вируса соотношения числа реснитчатых и бокаловидных клеток в сторону преобладания бокаловидных клеток, продуцирующих вязкий текучий секрет на поверхности слизистой оболочки, являющийся питательным субстратом для роста и развития микроорганизмов. Именно с этим связано первичное бактериальное суперинфицирование.

Таким образом, мы имеем большое количество факторов, обуславливающих первичную адгезию микроорганизмов в структуре эпителия. Поэтому столь необходимо применение секретолитических препаратов, которые активируют мукоцилиарный трансфер и клиренс, позволяющий смыть микроорганизмы с поверхности слизистой оболочки.

В последней фазе первичного бактериального суперинфицирования в ассоциации микроорганизмов ключевую роль играют гемофильные и парагемофильные патогены. Именно они обладают прямым цилиотоксическим эффектом в отношении ресничек мерцательного эпителия и вызывают рецидивирующий, хронический характер течения. В этих случаях препараты-секретолитики, которые активируют физиологические процессы, приводят к восстановлению нормальной физиологии слизистой, являются средствами базисной терапии.

Это положение подтверждается международными рекомендациями, в которых в качестве препаратов базисной терапии с доказанной эффективностью включены препараты Миртола (рис. 2). В московских методических рекомендациях по фармакотерапии гнойно-воспалительной патологии верхних дыхательных путей секретолитикам, в частности препаратам ГелоМиртол[®] форте и ГелоМиртол[®], отводится большое значение. Это объясняется универсальным действием активного компонента – Миртола.

Препараты Миртола обладают комплексным действием, но основное значение имеет их секретолитическая активность. Выраженный секретолитический эффект

определяется не только прямым секретолитическим действием компонентов препарата, но и секретомоторной и муколитической активностью. Прямое секретолитическое действие реализуется благодаря стимуляции деятельности бокаловидных клеток, муколитическая активность связана с разрывом дисульфидных связей, основного компонента секрета слизистой. Секретомоторная активность возникает за счет активации симпатомиметических эффектов в структуре слизистой оболочки и обуславливает движение самого этого секрета по поверхности эпителия. В результате препарат демонстрирует ярко выраженное комплексное действие. Кроме того, Миртол обладает прямым противовоспалительным действием. Он ингибирует синтез провоспалительных цитокинов непосредственно в очаге поражения. Активное вещество препарата оказывает также бактериостатическое действие

в отношении практически всех бактерий – ключевых респираторных патогенов, за исключением *P. aeruginosa*. Стоит особо отметить, что включению Миртола во все рекомендации предшествовало большое количество доказательных исследований.

Фитопрепараты, в силу своей клинической фармакологии, никогда не дают моментальной эффективности. Поэтому при назначении этих препаратов пациентам необходимо объяснять, что для развития эффекта кумуляции, который в последующем обусловит определенный регресс клинической симптоматики, требуется определенное время. Поэтому у взрослых и детей с 10 лет предпочтителен выбор формы препарата ГелоМиртол® форте, позволяющей обеспечить стойкую постоянную концентрацию препарата в макроорганизме, благодаря которой можно будет достичь выраженного терапевтического эффекта.

Рисунок 2. Миртол стандартизированный включен в европейские рекомендации по лечению риносинуситов и полипов носа EPOS 2012

Уровень доказательности и степень рекомендаций по лечению острого риносинусита у взрослых

Терапия	Уровень доказательности	Степень рекомендаций	Значимость
Антибиотик	Ia	A	Да, при остром бактериальном риносинусите (ОБРС)
Топические стероиды	Ia	A	Да, в основном при поствирусном ОРС
Добавление топических стероидов к антибиотикам	Ia	A	Да, при ОБРС
Добавление пероральных стероидов к антибиотикам	Ia	A	Да, при ОБРС
Орошение раствором хлорида натрия	Ia	A	Да
Антигистаминный препарат + деконгестант	Ia	A	Да, при вирусном ОРС
Ипратропия бромид	Ia	A	При вирусном ОРС
Пробиотики	Ia	A	Для предупреждения вирусного ОРС
Цинк	Ia	C	Нет
Витамин С	Ia	C	Нет
Эхинацея	Ia	C	Нет
Фитопрепараты (Пеларгония сидовидная, Миртол)	Ib	A	Да, при вирусном и поствирусном ОРС
Аспирин/ НПВС	Ib	A	Да, при вирусном и поствирусном ОРС
Ацетаминофен (парацетамол)	Ib	A	Да, при вирусном и поствирусном ОРС
Добавление пероральных антигистаминных препаратов у пациентов с аллергией	1b (1 исследование)	B	Нет
Паровые ингаляции	Ia(-)	A(-)	Нет
Кромогликат	Ib(-)	A(-)	Нет
Деконгестанты	Нет данных по монотерапии	D	Нет
Муколитики	Нет данных	D	Нет

Ia(-) – уровень доказательности, что лечение неэффективно

Ib(-) – доказательство отрицательного результата

A(-) – степень рекомендации A, что не нужно использовать

Нельзя забывать о таком важном аспекте, как коморбидный фон пациентов. Учитывая профиль безопасности препарата, применение у беременных официально разрешено во втором и третьем триместре. Препарат разрешен и пациентам с сахарным диабетом. Есть и возможность длительного комбинирования этого препарата с другими фармакологическими средствами.



Елена Карпова

Во встрече экспертов также приняла участие **Елена Петровна Карпова**, заведующая кафедрой детской оториноларингологии Российской медицинской академии постдипломного образования. В своем выступлении профессор остановилась на возможностях фитотерапии при риносинуситах у детей и в первую очередь обратилась к рассмотрению клинических рекомендаций, созданных с учетом современной доказательной базы.

В последних клинических рекомендациях предложена классификация ринита у детей на инфекционный, неинфекционный и неаллергический и аллергический, последний включает интермиттирующую и персистирующую, сезонную и круглогодичную формы. Но наиболее часто встречается смешанная форма. Именно эта группа требует особого внимания при диагностике и назначении адекватной терапии. В последних клинических рекомендациях подчеркнуто, что необходим контроль за симптомами риносинусита. При этом необходимо ориентироваться не только на симптоматику субъективную и объективную, но и на качество жизни ребенка и его родителей.

Необходимо отметить, что в международных клинических рекомендациях EPOS-2012 дано четкое определение острого риносинусита у взрослых и у детей. Подчеркнуто, что для детей ведущим симптомом является кашель, в отличие от взрослых.

Отдельный вопрос представляет хронический риносинусит. В настоящее время считают, что хронический риносинусит – это синдром с соответствующим симптомокомплексом, более воспалительным, чем инфекционным, трудный для понимания, в значительной мере снижающий качество жизни, который может протекать бессимптомно.

Также надо помнить, что существуют классификации риносинусита по тяжести течения процесса и по локализации. Так, у детей надо помнить о развитии пазух с возрастом. Только с учетом всех факторов следует формировать подход к лечению.

Разовьется или нет воспаление в полости носа зависит от состоятельности защитных систем, с одной стороны, и патогенности возбудителя – с другой. С развитием новых современных микробиологических технологий диагностики (метагеномного секвенирования) появились новые данные о микробиоме и вируме. Доказана необхо-

димость соблюдения гомеостаза, нарушение которого и приводит к развитию воспаления. Активно исследуется микробиом околоносовых пазух, появляется все больше данных о его изменении под влиянием различных препаратов – антисептиков, антибиотиков и др.

В 2016 г. проводилось исследование с целью изучить взаимосвязь между течением острого риносинусита, результатами КТ, симптомо-анатомическими вариациями и культуральным посевом. Результаты исследования показали, что изменения слизистой оболочки, отечность, окклюзия при остром риносинусите были незначительными, симптомы в начале оставались выраженными у больных как с бактериальным, так и с небактериальным риносинуситом, а отечность слизистой оболочки и обструкция не являются этиологическим фактором развития бактериального риносинусита (Autio T.J., Koskenkorva T., Närkiö M., Leino T.K., Koivunen P. & Alho O.P. Imaging follow-up study of acute rhinosinusitis. The Laryngoscope, 2016, 126(9): 1965-1970.). Следовательно, происходит пересмотр наших представлений.

Диагностика, которая сходным образом прописана во всех документах, должна, помимо сбора анамнеза, включать клинический осмотр, в т. ч. эндоскопию полости носа и околоносовых пазух. В наши задачи входит обучение этому педиатров. Рентгенологическое исследование у детей не рекомендовано в международных клинических рекомендациях. По строгим показаниям при необходимости рекомендовано проведение КТ и МРТ. В отношении микробиологических исследований нужно понимать, что мазок из носа неинформативен и из околоносовых пазух должен производиться по четким показаниям: при отсутствии эффекта терапии, осложненном течении, иммунодефицитных состояниях.

Постмаркетинговое исследование препаратов Миртола с участием 511 детей, 91 педиатра и врачей общей практики зафиксировало значительный регресс основных симптомов риносинусита

В клинических рекомендациях даны четкие указания по эмпирической антибиотикотерапии – когда ее назначать, кому и как. Но остается много вопросов в детской практике, которые озвучены в международных рекомендательных документах. В настоящее время проведенные клинические исследования доказали, что даже в случаях вынужденного назначения антибактериальных препаратов страдает микробиота, начинаются гастроэнтерологические проблемы, может развиваться метаболический синдром и т.д. Поэтому мы все чаще возвращаемся к природной терапии и говорим о фитопрепаратах. Так, препараты Миртола в настоящее время имеют высокий уровень доказательности на основе 27 клинических исследований с большим числом пациентов. Все это представляет серьезную базу, на которую можно смело полагаться. Помимо клинической эффективности, доказана и безопасность применения Миртола, что особенно важно в педиатрической практике. Постмаркетинговое исследо-

вание препаратов Миртола с участием 511 детей, 91 педиатра и врачей общей практики зафиксировало значительный регресс основных симптомов риносинусита (Senge-speik H.C., Zimmermann T. & Peiske C. Myrtol standardized in the treatment of acute and chronic respiratory infections in children. A multicenter post-marketing surveillance study. *Arzneimittel-Forschung*, 1998, 48(10): 990-994). Препараты Миртола также позволяют снизить дозу или вовсе отменить деконгестанты. Стоит упомянуть и об удобстве применения препаратов и, соответственно, о соблюдении пациентами предписаний врача.

Нами препарат ГелоМиртол® исследован у 60 детей с подтвержденным диагнозом острого риносинусита (Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Емельянова М.П. Возможности Миртола стандартизированного в терапии острого риносинусита у детей. *Вестник оториноларингологии* 81.1, 2016: 47-50). Дополнительно пациенты использовали деконгестанты. Оценивались эффективность, уменьшение дозы деконгестантов, удобство применения и развитие осложнений. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая получила традиционную терапию, включающую и деконгестанты в течение 7 дней, вторая группа дополнительно получала ГелоМиртол®. В группе ГелоМиртол® динамика носового дыхания продемонстрировала достоверно лучшие показатели. Также во второй группе было зафиксировано более выраженное снижение выделений из носа и интенсивности кашля. В группе ГелоМиртол® удалось сократить сроки и дозы применяемых деконгестантов. Полученные данные позволили рекомендовать препарат Геломиртол® для применения в практике ЛОР-врача и педиатра как высококлинический, эффективный и безопасный.

Со своей точкой зрения на сложную проблему острого риносинусита поделился д.м.н. **Андрей Борисович Туровский**, Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского



Андрей Туровский

О сложности проблемы риносинусита свидетельствует большое количество различных рекомендаций, споров в специализированной литературе и на симпозиумах. И это несмотря на то, что каждый день врачи на приеме видят нескольких пациентов с острым риносинуситом. В чем же проблема? Проблема в том, что в мире существует три точки зрения на синуситы – европейская, американская и российская. Европейские рекомендации придерживаются клинического диагноза синусита. В России диагноз клинико-рентгенологический. В Европе для назначения рентгенологического исследования нужно, чтобы пациент уже болел 14 дней. Поэтому легкая форма течения в европейских рекомендациях соответствует вирусному синуситу в российском понимании. А тяжелая и среднетяжелая – это бактериальный синусит. То есть используются другие критерии. Для бактериального синусита, например, в европейских рекомендациях есть

очень четкие критерии – обязательно лихорадка и очень длительное, более 10 дней, течение синусита без какой-либо положительной симптоматики.

В российской практике редко встретишь пациента с риносинуситом, которому назначили бы менее 5 препаратов. Если мы обратимся к европейским рекомендациям, то увидим, что там обозначены, по сути, только 3 группы препаратов с доказанной эффективностью. Это антибиотики, топические стероиды и фитотерапия, которая совсем недавно вошла в список лечения синусита с доказанной эффективностью.

Американские клинические рекомендации имеют свои особенности. Почему у США своя точка зрения? США – это примерно то, что произойдет в нашей стране лет через 10–15, когда, продолжая неконтролируемо использовать антибиотики, мы придем к тому, что практически все микроорганизмы станут достаточно резистентны. Поэтому американские рекомендации предлагают проводить ирригационную терапию, но только как дополнительный метод, и настаивают на применении интраназальных глюкокортикостероидов. Антигистаминные препараты для лечения синусита вообще не рассматриваются, они не имеют доказанной эффективности. В отношении антибактериальной терапии американские рекомендации категоричны: отказ от макролидов и использование фторхинолонов в качестве средств стартовой терапии вместо амоксициллина. Резистентность предлагается преодолевать высокими дозами амоксициллина клавулатата. То есть для лечения бактериального синусита рекомендованы дозы в два раза выше, чем в нашей стране. Также обращает на себя внимание длительность терапии. У взрослых она 5–7 дней, как мы и привыкли, у детей, по мнению американских специалистов, она должна продолжаться не менее 10 дней. Показания к пункции и рентгенологическому исследованию в американских рекомендациях соответствуют европейским. Рентген – если 14 дней не помогает терапия, а пункция – если антибактериальная терапия не эффективна в течение 72 часов. С лечебной целью пункция производится только в тяжелых случаях синуситов.

В настоящее время существуют два издания европейских рекомендаций, 2007 и 2012 гг. Разница в них очевидна. Раньше антибиотики рекомендовались через 5 дней после начала синусита, сейчас только при тяжелой форме через 5 дней. При этом в рекомендациях появилась фитотерапия при вирусном и поствирусном синусите в виде Миртола как отдельного препарата с доказанной эффективностью. Препарат обладает сложным механизмом действия, улучшает реологические свойства секрета, оказывает бактериостатическое действие.

В заключение хочу привести наше собственное исследование, которое мы проводили в рамках международного исследования, результаты которого были использованы для составления клинических рекомендаций, в т. ч. и зарубежных. В исследовании приняло участие 80 пациентов с катаральным и бактериальным синуситом (Крюков А.И., Туровский А.Б., Карюк Ю.А. & Кондрашина В.В. Роль муко-регуляторов в лечении острого синусита. *Медицинский*

совет, 2014, 3: 10-13). Всем пациентам, как с катаральным, так с гнойным синуситом, проводили пункцию до и после лечения. Таким образом определяли, как Миртол воздействует на мукоцилиарный транспорт не только полости носа, но и самой пазухи. Миртол сравнивался с ацетилцистеином. Оценивались клинические симптомы до и после лечения. При катаральном синусите симптомы при использовании Миртола исчезали значительно и достоверно быстрее. При гнойном синусите такой достоверной разницы не отмечено. Но пациенты в целом отмечали лучшую переносимость Миртола и улучшение самочувствия, чем при приеме ацетилцистеина. Статистически мы получили подтверждение улучшения мукоцилиарного транспорта как полости носа, так и гайморовых пазух при использовании Миртола. При гнойном синусите улучшение мукоцилиарного транспорта происходило несколько медленнее. Эти данные позволили сделать следующие выводы: при катаральном синусите Миртол можно рекомендовать даже в качестве монотерапии. При бактериальном синусите, конечно, необходимо назначение антибактериальной терапии. Миртол можно назначать даже при первых симптомах острого ринита. Секретомоторное действие Миртола предупредит нарушение мукоцилиарного клиренса и улучшит дренаж пазух, бактериостатическое действие позволит избежать развития третьей стадии острого ринита и перехода в бактериальное воспаление. Таким образом, это один из препаратов, способных предупредить развитие поствирусного синусита.

Галина Николаевна Никифорова, д.м.н., профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, подвела итоги встречи экспертов.

Неуклонный рост воспалительной патологии респираторного тракта, и в частности ЛОР-органов, ни у кого не вызывает сомнений. Несмотря на успехи медицины, таких больных становится все больше. Увеличение заболеваемости сопровождается выраженной тенденцией к нетипичному течению заболевания на фоне аллергических, аутоиммунных процессов, опухолевых, системных заболеваний. Кроме этого, все чаще отмечается затяжное течение заболевания и переход в хроническую форму.

Воспаление в респираторном тракте развивается в результате воздействия разнообразных триггеров, чаще внешних. К ним относятся инфекционные агенты (преимущественно вирусы), поллютанты, аллергены, различные внешние повреждения, а также травматические изменения. Первой защитной функцией организма в этих случаях является увеличение продукции слизи. Гибнет часть реснитчатых клеток, и выработка большого количества жидкой слизи – это попытка заместить работу погибших клеток, чтобы смыть повреждающие факторы.



Галина Никифорова

К сожалению, очень часто на этом фоне активируются бокаловидные клетки, слизистые железы, слизь становится густой и перестает выполнять свою функцию. Развивается порочный круг, который связан с отеком слизистой оболочки, с избыточным образованием слизи, с нарушением мукоцилиарного клиренса и транспорта, что облегчает адгезию бактерий, и, таким образом, формируется классический воспалительный процесс.

Проведенные клинические исследования стандартизированной формы Миртола в соответствии с требованиями доказательной медицины позволили включить препарат в схему лечения синуситов в Европейских рекомендациях – EPOS-2012

Хотя последние исследования утверждают, что остео-меатальный комплекс не играет роли в патогенезе риносинусита, в большинстве случаев отек в области естественных соустьев и их блок отчетливо заметен. Насколько он важен в формировании синусита, разовьется синусит в его отсутствие или нет – этот вопрос пока не ясен, нужны дальнейшие исследования. Тем не менее этот блок очевиден, он приводит к нарушению дренажа пазух и застою секрета, к нарушению реологии секрета, развитию воспалительной реакции с оксидативным стрессом, изменению микроэкологии, благоприятному для патогенов, в результате может развиваться бактериальный риносинусит.

В этой ситуации врач должен обеспечить улучшение реологии секрета во избежание застоя, затем остановить каскад воспалительной реакции и в дальнейшем предотвратить присоединение и развитие бактериальной инфекции. Для этого есть несколько возможных лечебных направлений.

И переходя к обсуждению терапии, еще раз хочу напомнить о стандартизации нашей деятельности. Вероятно, через какое-то время будут введены жесткие рекомендации, любое отступление от которых будет считаться серьезным недочетом. Российские клинические рекомендации по острому синуситу опубликованы на сайте главного внештатного оториноларинголога Минздрава РФ. Эти рекомендации были созданы коллективом оториноларингологов, поэтому для них имеют приоритет. Последний пересмотр рекомендаций был осуществлен в 2016 г., с тех пор схема практически не меняется. К сожалению, в ближайшее время эффективность мукоактивной терапии не будет доказана с точки зрения позиции доказательной медицины, поскольку невозможно создать исследование, разработать дизайн, которые могли бы четко показать эффекты именно мукоактивной терапии.

К счастью, такие доказательства возможны для фитотерапии. Есть возможность с позиции доказательной медицины показать эффективность стандартизированной фитотерапии. Проведенные клинические исследования стандартизированной формы Миртола в соответствии с требованиями доказательной медицины позволили вклю-

чить препарат в схему лечения синуситов в Европейских рекомендациях – EPOS-2012.

Стандартизированная фитотерапия обладает комплексным действием. Традиционно она широко используется при патологии органов дыхания и ЛОР-органов. Основными показаниями к ее назначению являются воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, острые и хронические, а также профилактика и снижение реактивности организма в результате воздействия неблагоприятных экологических факторов.

Миртол – стандартизированный препарат, обладает комплексным воздействием. Прирост секреторизма при применении Миртола составляет 32% (Han D., Wang N. & Zhang L. The effect of myrtol standardized on human nasal ciliary beat frequency and mucociliary transport time. American journal of rhinology & allergy, 2009, 23(6): 610-614), он улучшает реологические свойства секрета и увеличивает частоту движения ресничек эпителия. У препарата также есть противовоспалительные и бактериостатические свойства, что чрезвычайно важно для предотвращения бактериальной инфекции и колонизации.

Для исследования безопасности и эффективности Миртола проведено множество клинических исследований. В частности, рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое мультицентровое исследование с участием 331 пациента было проведено в Германии (Federspil P., Wulkow R. & Zimmermann T. Effects of standardized Myrtol in therapy of acute sinusitis – results of a double-blind, randomized multicenter study compared with placebo. Laryngo-rhino-otologie, 1997, 76(1): 23-27). В группе пациентов, которые, наряду со стандартной терапией ксилонитазолином, получали ГелоМиртол® форте (300 мг x 4 р/сут), было выявлено более выраженное уменьшение основных клинических симптомов острого риносинусита, вязкость секрета существенно снизилась, наблюдалась тенденция восстановления мукоцилиарного клиренса. Благодаря этому на ранней катаральной стадии облегчалось проявление симптомов, ускорилось выздоровление, было предотвращено прогрессирование заболевания и развитие осложнений. То есть Миртол обеспечил лечебные, а также профилактические эффекты. В том же исследовании анализировали необходимость антибиотикотерапии. В группе Миртола потребность в антибиотикотерапии при дальнейшем течении заболевания была гораздо меньше, чем в группе плацебо. То же самое касалось показателей нетрудоспособности.

ГелоМиртол® форте (300 мг) показан взрослым и детям с 10 лет, ГелоМиртол® (120 мг) – с 6 лет. Схема приема при острых риносинуситах у взрослых – по 1 капсуле ГелоМиртол® форте (300 мг) 3–4 раза в день, у детей с 10 лет – по 1 капсуле ГелоМиртол® форте (300 мг) 2 раза в день, у детей с 6 лет – по 1 капсуле ГелоМиртол® (120 мг) 3–4 раза в день. Препарат принимают за 30 минут до еды, запивая достаточным количеством воды. Курс лечения зависит от выраженности симптомов. Доказана эффективность, а также безопасность препарата и у взрослых, и у детей.



Подготовила Ирина Филиппова

ГелоМиртол®



При острых и хронических синуситах

Миртол стандартизированный 

- ✓ Секретолитическое, секретомоторное и муколитическое действие [1-3]
- ✓ Антиоксидантный эффект в основе противовоспалительного действия [4-5]
- ✓ Антибактериальное действие на самые частые возбудители синуситов – **Str. Pneumoniae, Haemophilus influenzae**



Информация предназначена исключительно для фармацевтических и медицинских работников

Эксклюзивный дистрибьютор: АО «Европлант», 143444, Московская обл., г. Красногорск, мкр. Опалиха, ул. Мира, 25, +7 (495) 705-93-79

Европлант

Производитель: Г. Польш-Боскамп ГмбХ & Ко. КГ 25551 Хоенлохштедт, Килер штрассе, 11, Германия. Регистрационные удостоверения: П № 013662/01 от 03.04.2013, П № 012303/01 от 12.12.2008.

¹ Beuscher N, Bien E, Elister EF, Kietzmann M and Amon UE, Myrtol standardized in treatment of sinusitis and bronchitis – Pharmacodynamics and pharmacokinetics, Zeitschrift für Phytotherapie, Abstractband, Kongress der Gesellschaft für Phytotherapie 1997, Seiten 9-10. ² Lenders H et al., Suitability of various methods as pharmacodynamic models for the investigation of the efficacy of mucolytic agents on the maxillary sinus, Naunyn-Schmiedberg's Arch. Pharmacol. (1996) 353 (Suppl.) R151. ³ App EM, Stellenwert der Mukusclearance für das Bronchialsystem – Pathophysiologie und therapeutische Ansätze, in: Meister R, Entzündliche Erkrankungen des Bronchialsystems, Springer Verlag, 1. Auflage 2000, Seiten 27-53. ⁴ Grabmann J, Hippeli S, Dornisch K, Rohnert U, Beuscher N, Elstner EF, Antioxidant Properties of Essential Oils. Arzneim.-Forsch./Drug Res. (2000) 50 (I): 135-139. ⁵ Hippeli S et al., Freie Radikale in Pathogenese und Therapie von entzündlichen Erkrankungen des Bronchialsystems, in: Meister R, Entzündliche Erkrankungen des Bronchialsystems, Springer Verlag, 1. Auflage 2000, Seiten 1-25.