

УДК 616.231-089

О.Г. ХОРОВ, И.Ч. АЛЕЩИК, Р.Ф. РЫБАК, Е.Н. ЛАПУРКО, А.О. ХОРОВ

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СИНУПРЕТ» У ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Трахеостомия – частая хирургическая процедура в оториноларингологической практике. К сожалению, как после всякой операции, после трахеостомии возможны осложнения (Д.А. Арапов, Ю.В. Исаков, 1974). По данным различных авторов, частота их развития варьирует от 6 до 66% (Д.А. Арапов, Ю.В. Исаков, 1974; О.Г. Хоров, П.В. Томашова, 2002; Fantoni, Ripamonty, 1997). Осложнения включают пневмоторакс, подкожную эмфизему, инфицирование местных тканей и самой трахеостомы, однако наиболее частые из них те, которые связаны с инфекцией дыхательных путей.

В большинстве случаев трахеостомия у оториноларингологических больных применяется по поводу рака гортани для устранения явлений развившегося острого стеноза гортани и в качестве начального этапа ларингэктомии. В первом случае после трахеостомии может выполняться специальное лечение больного раком гортани в виде лучевой терапии, химиотерапии или операции. Трахеостома может быть временной до момента полного устранения явлений стеноза гортани.

Наличие трахеостомы, несмотря на ее важный лечебный эффект, вызывает существенные изменения, в первую очередь, в трахеобронхиальном дереве и легких. Образуется большое количество мокроты, возникают трахеиты, бронхиты и пневмонии. Основные факторы, влияющие на частоту появления осложнений: длительность интубации, соматический статус пациента, излишние манипуляции с эндотрахеальной трубкой, плохой уход. Подавляющее количество

осложнений возникает в раннем послеоперационном периоде, что приводит к увеличению сроков лечения таких больных.

В качестве лекарственного препарата при патологических состояниях, вызванных наличием трахеостомы и связанных с инфекцией верхних дыхательных путей, мы сочли целесообразным в комплексе послеоперационной терапии использовать растительный препарат «Синупрет» немецкой фармацевтической компании «BioLogica AG».

Синупрет является комбинированным растительным препаратом с рефлекторным *секретолитическим* механизмом действия. Он регулирует секрецию, нормализует вязкость слизи, устраняет мукостаз, восстанавливает мукоцилиарный клиренс. Снижение вязкости секрета происходит за счет стимуляции секреторных клеток слизистой оболочки, вырабатывающих нейтральные мукополисахариды. Регуляция секреции осуществляется афферентным парасимпатическим путем (вагусный гастропульмональный рефлекс). Кроме того, для синупрета характерно *противоотечное* и *противовоспалительное* воздействие на слизистую оболочку (С.В. Рязанцев, 1998; Khan, 1982).

Синупрет также нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей от экзогенных и эндогенных повреждающих факторов, вызывая *положительный эффект в отношении иммунной системы* и стимулируя высвобождение интерлейкина-1 и -6, усиливает нейтрофильный фагоцитоз. Под его действием увеличивается уровень *CDA* (Т-хелперы) (Fantoni, Ripamonty, 1980; Richslein, Mann, 1997). Кроме этого, синупрет оказывает *противовирусное* (вирус

гриппа А, парагриппа, RS-вирус) и *антибактериальное* действие.

Стандартные показания к назначению препарата: острые и хронические риниты и синуситы, тубоотиты, посттравматический и послеоперационный отек в области ЛОР-органов. Наиболее частая область применения синупрета – заболевания носа и околоносовых пазух (Т.С. Полякова и соавт., 2001; П.А. Тимошенко, Ю.Е. Ерёменко, 2002).

Общими фармакологическими свойствами растительных компонентов, входящих в состав синупрета, являются способность блокировать фазу экссудации, уменьшать явления сенсibilизации организма и снижать проницаемость сосудистой стенки. Кроме того, цветки первоцвета повышают активность реснитчатого эпителия и ускоряют эвакуацию секрета из дыхательных путей, обладая также некоторым спазмолитическим действием. В литературе имеются ссылки на потенцирование синупретом антибактериального эффекта при антибиотикотерапии (С.В. Рязанцев, 1998; П.А. Тимошенко, Ю.Е. Ерёменко, 2002).

Мы назначали синупрет в виде драже для взрослых. Пациенты получали его перорально, при зондовом питании – через зонд по 2 драже три раза в сутки. Общая длительность лечения препаратом составила в среднем 10 дней. От применения синупрета в клинике мы наблюдали положительный клинический результат и для его оценки провели исследование терапевтической эффективности препарата.

В группу исследования входили больные, у которых была произведена трахеостомия с целью устранения явлений стеноза гортани, связанного с наличием рака гортани, и лица, у которых была выполнена трахеостомия в связи с одномоментным удалением гортани по поводу рака. Комплекс лечебных мер после операции, кроме синупрета, включал антибактериальную терапию антибиотиками, ежедневный уход за трахеостомой и трахеотомической трубкой, промывание трахеобронхиального дерева фурацилином, трахеобронхоскопию с аспирацией мокроты и слизи. Эту группу составил 21 пациент.

В контрольную группу вошли 10 мужчин в возрасте от 55 до 78 лет, которым

синупрет в послеоперационную терапию не назначался.

С целью оценки результатов лечения была использована шкала балльной оценки клинических симптомов. Ее прототипом послужила аналогичная шкала, составленная для больных синуситом (Г.Д. Тарасова, 2006). Определение статуса осуществлялось в начале лечения синупретом, т.е. на следующий день после операции, и через 10 дней. Критерии оценки, включающие количество мокроты, наличие кашля, степень отечности слизистой оболочки трахеи, наличие лихорадки, симптомов интоксикации, показатели периферической крови, состояние области трахеостомы, характеризовались следующим образом:

- 1) количество мокроты:  
много – 3 балла, умеренно – 2 балла, отсутствие – 1 балл;
- 2) кашель:  
сильный – 3 балла, умеренный – 2 балла, отсутствует – 1 балл;
- 3) воспалительные изменения трахеи (оценка при трахеоскопии, трахеобронхоскопии):  
сильные – 3, умеренные – 2, отсутствуют – 1;
- 4) наличие лихорадки:  
сильная – 3, умеренная – 2, отсутствует – 1;
- 5) реакция крови:  
сильная – 3, умеренная – 2, отсутствует – 1;
- 6) воспаление в области трахеостомы:  
значительное – 3, умеренное – 2, отсутствует – 1.

Наше исследование показало наличие положительного клинического эффекта при использовании препарата «Синупрет» в первой группе.

Начальный статус больного после операции определялся путем суммирования баллов по шкале балльной оценки. Таким же образом оценивалось состояние пациента через 10 дней после назначения препарата.

Для получения наглядной картины клинического действия синупрета мы использовали индекс тяжести состояния Jgc (Г.Д. Тарасова, 2006), который вычислялся методом деления суммы баллов, полученных при оценке состояния обследуемого, на

количество больных в группе. В таблице представлены индексы тяжести клинического состояния пациентов обеих групп до

начала лечения синупретом и через 10 дней после того, как они стали принимать этот препарат.

Индекс тяжести состояния больных группы исследования и контрольной до и после лечения в значениях Jgc

Индекс тяжести состояния Jgc	Обследуемая группа больных (синупрет) (n=21)
Jgc1 (в начале лечения)	15,09
Jgc2 (в конце лечения)	9,05
Jgc1-Jgc2	6,14
Индекс тяжести состояния Jgc	Контрольная группа (n=10)
Jgc1 (в начале лечения)	15,4
Jgc2 (в конце лечения)	10,7
Jgc1-Jgc2	4,70

Из таблицы видно, что индекс тяжести уменьшился в обеих группах. Однако снижение индекса произошло в большей степени в группе больных, использовавших в комплексе лечения препарат «Синупрет», поэтому разница между показателями в этой группе была больше (6,14 – в группе исследования; 4,7 – в контрольной). При оценке данных с использованием критерия Стьюдента установлено, что в полученных показателях имеется достоверная разница

( $p < 0,05$ ).

Побочных эффектов от применения препарата мы не наблюдали.

Таким образом, исследование показало достаточно высокую терапевтическую эффективность препарата «Синупрет». Полученные данные позволяют рекомендовать его в качестве эффективного средства у больных после трахеостомии для профилактики осложнений, связанных с инфекцией верхних дыхательных путей.

1. Арапов Д.А., Исаков Ю.В. Трахеотомия в современной клинике. – М.: Медицина, 1974.
2. Полякова Т.С., Владимирова В.В., Полякова Т.С. // Вестн. оториноларингологии. – 2001. – №2. – С. 50-51.
3. Рязанцев С. В. // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1998. – №4(16). – С. 90-93.
4. Тарасова Г. Д. Секретолитическое лечение при воспалении дыхательных путей в детском возрасте / [http:// www.vitaminov.net/rus-6437-deti-0-3171.html](http://www.vitaminov.net/rus-6437-deti-0-3171.html).
5. Тимошенко П.А., Еременко Ю.Е. // Материалы конф. «Современные проблемы оториноларингологии», 19-20 ноября, 2002 г. – М., 2002. – С. 123-125.
6. Хоров О.Г., Томашова П.В. // Материалы V съезда оториноларингологов, Минск, 30-31 мая 2002 г. – Мн., 2002 – С. 248-249.
7. Fantoni A., Ripamonty D. // Intens. Care Med. – 1997. – V. 23. – P. 386-392.
8. Khan N.A. // Therapiewoche. – 1982. – V.32, № 13. – P.1811-1814.
9. Richslein A., Mann W. // Ther. D. Gegenw. – 1980. – V.119. – P. 1055-1060.

**Источник: Медицинские новости. - 2006. - №9. - С. 79-81.**

Поступила в редакцию 14.02.07.

© О.Г. Хоров, И.Ч. Алещик, Р.Ф. Рыбак, Е.Н. Лапурко, А.О. Хоров, 2007