



РАЦІОНАЛЬНИЙ ВИБІР СУЧАСНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СИНУСИТІВ

Тема 20



Гостра респіраторна інфекція (ГРІ) визначається як будь-яка гостра інфекційна хвороба верхніх або нижніх дихальних шляхів, що супроводжується розвитком респіраторного синдрому та загально інтоксикаційними проявами різного ступеня вираженості. Клінічні прояви багато в чому схожі, диференціювати їх часто неможливо. Респіраторний синдром виступає провідним і проявляється в переважно топічному (локальному) ураженні дихальних шляхів – фарингіт, ларингіт, трахеїт тощо.

Збудниками ГРІ можуть бути як віруси, так і бактерії.

Інфекції верхніх дихальних шляхів включають в себе гострий риніт (запалення носа, нежить), гострий риносинусит (запалення носа та приносових пазух), гострий середній отит (запалення середнього вуха), фарингіт/тонзиліт (запалення глотки та глоткових мигдаликів), ларингіт (запалення гортані).

Інфекції нижніх дихальних шляхів включають гострий трахеїт (запалення трахеї), гострий бронхіт (запалення бронхів), бронхіоліт (запалення бронхів найдрібнішого калібру – у дітей перших місяців життя), пневмонію (запалення легень).

Гострі респіраторні інфекції поширюються повітряно-краплинним шляхом – хвора людина поширює в оточуюче середовище аерозоль (дуже дрібні крапельки слизу, котрі містять збудників хвороби) під час чхання та кашлю. Даний аерозоль розповсюджується на відстань кількох метрів від хворої людини та здатен певний час перебувати в повітрі закритих приміщень. Ситуація погіршується при підвищеній вологості повітря.

Ознаки, що характерні для ГРІ:

1. Скарги: більше чи менше виражені симптоми загальної інтоксикації, катаральні симптоми – дряпання, значно рідше – біль у горлі, нежить, сухий кашель.
2. Помірна гіперемія, в основному піднебінних дужок, м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки із наявністю зернистості (збільшені лімфатичні фолікули).
3. Гіперемія слизової оболонки носових ходів.
4. Мигдалики переважно інтактні (за винятком аденовірусної інфекції).
5. Кон'юнктивіт (виражений більше чи менше, залежно від виду респіраторної інфекції).
6. Ознаки ураження декількох відділів верхніх дихальних шляхів.
7. Для кожного виду є характерним найтяжче ураження певного відділу верхніх дихальних шляхів з розвитком характерної симптоматики.

Всі ГРІ супроводжуються станами, що потребують симптоматичного лікування: риніт, біль в горлі, кашель, гарячка, головний біль, осалгії, міалгії.

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшої частини неускладнених ГРІ у дорослих і дітей. До таких відносяться наступні топічні діагнози: гострий риносинусит, гострий середній отит, гострий фарингіт/гострий тонзиліт, гострий ларингіт, гострий трахеїт, гострий бронхіт, бронхіоліт. Як правило, антибіотики прописуються для лікування респіраторних інфекцій у дорослих та дітей при первинній медичній допомозі.

Проблема гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, **гострого риносинуситу (ГРС)** зокрема, є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині. Останніми роками спостерігається зростання частоти захворювань носа та приносних пазух, що проявляється збільшенням як абсолютних (захворюваності та поширеності), так і відносних (частка в структурі оториноларингологічної патології) показників. В Україні показник поширеності гострих ринітів, риносинуситів та ринофарингітів досяг 489,9 випадків на 10 000 населення, а захворюваність 5–15 випадків на 1 000 населення залежно від сезону. Такі хворі становлять 60–65% амбулаторних пацієнтів оториноларингологів. Середня тривалість гострого риніту - 1,5 тижні.

На сучасному етапі риносинусит може бути визначений як запалення слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух. Оскільки слизова оболонка порожнини носа і приносних пазух має функціональну спільність, запалення анатомічних структур носа та пазух частіше відбувається паралельно. На сьогодні існує думка, яку поділяю більшість фахівців, про те, що термін «риносинусит» є більш точним, ніж термін «синусит». Причинами для цього було те, що синусит типово не розвивається без попереднього риніту, ізольоване ураження пазух без риніту практично не зустрічається (за винятком одонтогенного) і дві з провідних ознак синуситів – утруднення носового дихання та виділення з носа – асоціюються з симптомами риніту.

Сучасний погляд на етіопатогенез ГРС базується на складному мультифакторному механізмі, що включає комплексний вплив цілого ряду факторів: генетичних, зовнішнього середовища [екологія, клімат, житлові та виробничі умови, інфекції, алергени, частий або тривалий прийом медикаментів (ацетилсаліцилова кислота, гормони, антибіотики, хіміотерапевтичні препарати, тощо)], ендогенних факторів [насамперед аномалії носової перегородки та анатомічних структур, що формують остіомеатальний комплекс (ОМК)], зміни реологічних властивостей слизу, впливу випадкових факторів (активне та пасивне куріння, штучна вентиляція легень, імунодефіцитні стани, переохолодження, причини одонтогенного характеру тощо).

Згідно із загальноприйнятою концепцією щодо причинності у виникненні риносинуситів, особливості анатомії носа та Омк визначають патофізіологічні зміни в слизовій оболонці, а саме в роботі мукоциліарної транспортної системи, що потенціує ушкоджуючий вплив несприятливих факторів. В результаті формується один або декілька синдромів: порушення реологічних характеристик назального слизу, функції мукоциліарної транспортної системи, зниження імунної відповіді та ін., що призводить до зниження локальної неспецифічної резистентності.

Фактори ризику ГРС включають: активне та пасивне куріння, вдихання подразнюючих речовин, порушення анатомічної будови структур порожнини носа та приносних пазух, захворювання, пов'язані з порушенням роботи мукоциліарного кліренсу, інфекції верхніх дихальних шляхів, імунодефіцити, муковісцидоз, атопію, алергічний риніт, бронхіальну астму, одонтогенні інфекції, стоматологічні втручання, аномальна вологість повітря в приміщенні, зміни клімату, психічні розлади, тривогу та депресію.

Як правило, рушійним моментом для розвитку запального процесу пазух є зміни у вузькій ділянці, що знаходиться в передніх відділах середнього носового ходу – Омк, спричинені різноманітними, в т.ч. інфекційними факторами. Інфекційними факторами виступають віруси, бактерії та гриби. Вважається, що частка риногенних синуситів становить близько 90%. У 5% хворих синусит має одонтогенний генез, і у решти (5%) – гематогенний, травматичний, лімфогенний та ін.

Основними інфекційними збудниками ГРС є віруси. Збудниками бактеріального ГРС, головним чином є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* та *Staphylococcus aureus*. Інфекційне навантаження відіграє значну роль в реалізації ГРС, однак на даний час роль інфекції у виникненні патологічних процесів носа та приносних пазух вважається перебільшеною, а центральне місце посідають місцеві анатоно-фізіологічні чинники. Таким чином, від достатньо простих уяв «збудник→ інфекція→ захворювання», лікарська думка перейшла до досить складних, синтетичних – «топографо-анатомічні зміни→ порушення фізіології слизової оболонки→ ушкоджуючі фактори→ розвиток захворювання».

ГРС діагностується на підставі гострої появи типових симптомів, до яких відносяться закладеність носа, виділення з порожнини носа, біль або тиск в ділянці обличчя, послаблення або втрата нюху. Оцінка має враховувати загальну клінічну картину.

Основними скаргами при ГРС є: закладеність носа, виділення з порожнини носа (гнійні виділення не є ознакою бактеріального ГРС, оскільки зустрічаються і при вірусному ГРС) чи постназальне затікання; відчуття тиску, переповнення та болу в ділянці проекції пазухи, загальна слабкість, зниження чи втрата нюху, відчуття закладеності у вухах, біль у горлі. Іншими симптомами можуть бути набряк та гіперемію слизової оболонки порожнини носа чи набряк тканин над залученою пазухою; наявність носового слизу чи гною, що стікає по задній стінці глотки; кашель, гугнявість; підвищена больова чутливість (при пальпації) над проекцією пазух чи підвищена больова чутливість щоки чи верхніх зубів (при перкусії); ознаки залучення підшкірної клітковини в ділянці орбіти, екзофтальм чи порушення окорухових функцій, ригідність потиличних м'язів), поганий запах з рота, гарячка (не є діагностичною ознакою).

На користь ГРС (як у дорослих, так і у дітей) можуть свідчити (окремо, або в поєднанні з попередніми ознаками) риноскопичні (в тому числі ендоскопічні) дані: слизово-гнійні виділення (головним чином з середнього носового ходу) та/або набряк або обструкція носового ходу слизом (переважно середнього). Окрім того, про дану патологію (як у дорослих, так і у дітей) можуть свідчити (окремо, або в поєднанні з попередніми ознаками) зміни на комп'ютерній томографії: зміни слизової оболонки в ОМК та/або пазухах.

Якщо риносинусит триває понад 12 тижнів, то його вважають хронічним; до 12-ти тижнів – гострим. Позитивна динаміка визначається як полегшення загального стану пацієнта через 36–48 годин від початку лікування. Середня тривалість гострого риносинуситу становить 2,5 тижні. Рецидивуючий ГРС в анамнезі (у дорослих) не є ознакою бактеріальної етіології ГРС.

Специфічної профілактики більшості гострих респіраторних вірусних інфекцій не існує. Проте на сьогоднішній день в Україні існує специфічна профілактика інфекцій (щеплення), викликаних *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenzae* – одних із основних збудників бактеріального ГРС.

До останнього часу основні підходи до лікування ГРС були тільки опосередковано пов'язані з головною етіопатогенетичною ланкою розвитку і прогресування запального процесу – функцією ОМК, тобто співусть пазух. Його спроможність забезпечує відновлення функції мукоциліарної транспортної системи – основного механізму, що визначає одужання. Якщо запальний процес у приносних пазухах не піддається санації або рецидивує, то причину цього слід шукати насамперед у ОМК решітчастого лабіринту, у ділянці вивідних співусть синусів. Це має відношення і до одонтогенних, посттравматичних і інших

синуситів, що рецидивують після, здавалось би, успішного курсу консервативного лікування.

ГРС належить до тих хвороб, одужання від яких в більшості випадків відбувається без активної фармакотерапії; деяка частина ГРС потребує патогенетичного та симптоматичного лікування. Незначна частина ГРС трансформується у бактеріальний ГРС і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення) для патогенетичного та симптоматичного лікування гострого риносинуситу:

- сольові розчини для носа;
- анальгетики: парацетамол, кислота ацетилсаліцилова, кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн, кислота ацетилсаліцилова + кислота амінооцтова, кислота ацетилсаліцилова + кислота аскорбінова, кислота ацетилсаліцилова + кислота лимонна + натрію гідрокарбонат;
- інші препарати: миртол стандартизований, пеларгонія очиткова (*Pelargonium sidoides*), комбіновані препарати [корінь тирличу (*Gentianae radix*) + квітки первоцвіту з чашечкою (*Primulae flores cum calycibus*) + трава шавлю (*Rumicis herba*) + квітки бузини (*Sambuci flores*) + трава вербени (*Verbenae herba*)];
- інтраназальні глюкокортикостероїди: будесонід, мометазон;
- антибактеріальні лікарські засоби (пероральні форми) з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози – риносинусит, фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

Антибіотикотерапія призначається емпірично тим пацієнтам, які відповідають критеріям для бактеріального ГРС або тим, які мають тяжкий перебіг хвороби. При амбулаторному лікуванні перевагу слід надавати пероральним формам антибактеріальних лікарських засобів.

Препаратом першої лінії є амоксицилін в поєднанні з клавулановою кислотою, якщо це не суперечить поточним рекомендаціям регіонального (місцевого, локального) рівня. Макроліди в якості препаратів першої лінії розглядаються у випадках, коли є підтвердження етіологічної ролі атипичної флори у виникненні бактеріального ГРС або є протипоказання для призначення захищених амінопеніцилінів.

Препаратами другої лінії є: цефалоспорини III покоління (цефтриаксон), фторхінолони (левофлоксацин).

Інфікування верхньощелепного синусу (гайморит), решітчастого лабіринту (етмоїдит), сфеноїдального синусу (сфеноїдит), лобного синусу (фронтит) частіше відбувається риногенно – шляхом переходу запалення з носової порожнини в

пазуху або гематогенно. Причинами гострого запалення пазухи може бути ГРВІ, грип, переохолодження, гострі мікробні інфекції, травми тощо. У разі гнійних форм синуситу найчастіше спостерігається кокова флора, рідше — синьогнійна паличка, протей, анаеробні бактерії, гриби.

Загальними симптомами при гострому гаймориті, етмоїдиті, фронтиті є погіршення самопочуття, підвищення температури тіла.

Гострий гайморит: Місцеві прояви – закладання носа, відчуття розпирання та болю в ділянці відповідної пазухи. У разі порушення дренажної функції пазухи та підвищення в ній тиску біль може бути значним, віддавати в зуби, око, скроневу та лобову ділянки на боці ураження. Під час нахилання голови донизу біль може посилюватися. Спостерігаються виділення з носа: спочатку серозні, а потім гнійні. Часто спостерігається погіршення нюху.

При гострому гаймориті мають певне значення анатомічні особливості, які можуть спричинити погіршення вентиляції та дренажу синусів. Серед них – викривлення носової перегородки, парадоксально викривлена середня носова раковина, клітини Галера та інші. Пацієнти з імунодефіцитами, також відносяться до групи ризику по розвиненню гострого синуситу.

Для гострого етмоїдиту характерним є біль в ділянці кореня носа, іноді більш виражений біля внутрішнього кута ока, який може супроводжуватись сльозотечею. Іноді біль може мати невралгічний характер при ураженні I та II гілки трійчастого нерва.

При гострому етмоїдиті присутні виділення в середньому носовому ході, між середньою носовою раковиною та перегородкою носа, середня носова раковина набрякла, гіперемія слизової оболонки. При задній риноскопії – стикання виділень з середнього та верхнього носових ходів. Етмоїдит частіше супроводжується запаленням інших біляносових синусів.

Частіше відзначається зниження чи відсутність нюху. Найчастіше гострий етмоїдит спостерігається у дітей, навіть дуже раннього віку, що може спричинити різні внутрішньочерепні та орбітальні ускладнення.

При гострому фронтиті біль локалізується в ділянці лоба та найбільш виражений у ранковий час. При затрудненні відтоку біль стає нестерпним. В більш важких випадках спостерігається біль в оці, сльозотеча, порушення нюху. Біль зменшується при дренажу синусу. Відмічається в різній мірі виражене порушення загального стану хворих.

При гострому фронтиті може бути присутньою припухлість та набряклість в ділянці лоба, верхніх повік, верхньо-внутрішнього кута ока, гіперемія шкіри в згаданих ділянках. При риноскопії - виділення під переднім кінцем середньої носової раковини, слизова оболонка останнього набрякла, потовщена. Кількість виділень з порожнини носа збільшується вранці та при нахилі голови.

При гострому сфеноїдиті пацієнти скаржаться на утруднення носового дихання та наявність слизово-гнійних або гнійних виділень з порожнини носа (одно- або двобічне), відчуття “стікання ексудату по задній стінці глотки”.

Гострий сфеноїдит проявляється головним болем різноманітного характеру з локалізацією в потилиці, глибині очей та голови, може бути мігреноподібною. При гострому сфеноїдиті виділення з порожнини носа часто відсутні, може бути накопичення виділень в задніх відділах носу та носовій частині глотки, мокротиння, що накопичується за ніч та важко відхаркується. Характерним є депресивний стан, немотивоване відчуття тривоги, безсоння.

При гострому синуситі в початковій стадії відмічається підвищення температури тіла до 380С та вище.

Гострий сфеноїдит – при риноскопії має місце скопичення виділень в ділянці нюхової щілини над середньою носовою раковиною, гіперемія слизової оболонки.

Лабораторні показники незначно змінені (лейкоцитоз до 12-15 тис.), помірне зрушення лейкоцитарної формули ліворуч.

Загальне лікування при гострому гаймориті, етмоїдиті, фронтиті:

- антибіотикотерапія
- системні деконгестанти
- антигістамінні засоби
- муколітичні засоби
- нестероїдні протизапальні засоби
- гомеопатичні засоби

Антибіотикотерапія гострого **етмоїдиту, фронтиту:**

Пероральні (препарати вибору: амоксицилін, амоксицилін/клавуланат; альтернативні препарати: цефуроксим-аксетил, цефаклор, азитроміцин, кларитроміцин, левофлоксацин).

Парентеральні антибіотики при лікуванні важких форм гострого синуситу в стаціонарі (інгібіторзахищені амінопеніциліни: амоксицилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам; альтернативні препарати: цефалоспорины (цефуроксим, цефотаксим, цефтріаксон, цефоперазон, цефоперазон/сульбактам, цефтазидим, цефепім; інгібіторзахищені протисиньогнійні пеніциліни (тикарцилін/клавуланат), фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, пефлоксацин), карбапенеми (іміпенем, меропенем).

Тривалість антибактеріальної терапії при гострому **гаймориті, етмоїдиті, фронтиті** становить 10-14 днів.

Загальне лікування гострого сфеноїдиту:

- антибактеріальна терапія (антибіотики-амінопеніциліни, макроліди, цефалоспорины I-III поколінь, хінолони 3-4-го поколінь),
- системні деконгестанти, антигістамінні,
- муколітичні засоби,
- нестероїдні протизапальні засоби, анальгетики за показаннями,
- гомеопатичні засоби.

Місцеве лікування при гострому **гаймориті, етмоїдиті, фронтиті, сфеноїдиті:**

- місцеві антибіотики та антисептики у вигляді спрею або крапель,
- протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа (R01A),
- антисептики та інші препарати, які застосовуються для введення в порожнину синусів та для промивання за методом “переміщення” (антисептики, розчини глюкокортикоїдних гормонів, ферментні препарати для введення у біляносові синуси, розчини антибіотиків),
- топічні кортикостероїдні засоби,
- гомеопатичні засоби та засоби рослинного походження у вигляді спреїв та крапель

Хронічне запалення біляносових пазух в більшості випадків є продовженням гострого процесу. **Хронічний синусит** характеризується великою різноманітністю патологоанатомічних змін, які відповідають формам захворювання.

Розрізняють ексудативні, продуктивні, альтеративні та змішані типи морфологічних змін. У хворих на катаральний, серозний, гнійний та алергічний синусит, як правило, переважають ексудативні процеси. Продуктивне запалення спостерігається за умови гіперпластичної, поліпозної та алергічної форм, альтеративні зміни – атрофічного або некротичного синуситу. Але найчастіше спостерігаються змішані форми хронічного гаймориту.

Тривала емпієма верхньощелепної пазухи може призвести до утворення холестеатоми. Вона може розвиватись і за наявності одонтогенних запальних процесів. Холестеатомно-казеозні маси можуть бути проявом грибкового ураження пазух.

Одним з чинників виникнення хронічного верхньощелепного синуситу є порушення вентиляційної функції пазухи. Причинами такого порушення можуть бути різні види деформацій перегородки носа, аномалії середньої носової раковини, аномалії остіомеатального комплексу, поліпи порожнини носа.

У разі набухання слизової оболонки та закупорювання слизових залоз у пазусі утворюються справжні, або ретенційні, кісти, які містять серозну рідину янтарного кольору. Псевдокісти утворюються в товщі слизової

оболонки за умови скупчення набрякової рідини. За розмірами кісти можуть бути значними і навіть заповнювати всю пазуху.

Скарги хворих визначаються формою синуситу. У разі ексудативного процесу однією з головних скарг є виділення з носа, у разі гнійного гаймориту — це густий гній, часто з неприємним запахом, у разі катарального – рясні слизові виділення, часто в'язкі, які важко відсякуються. Якщо процес серозний (алергічний), ексудат має водянистий характер, скупчується в пазусі і відходить порціями за умови нахилання голови донизу. На боці ураження відзначається утруднення дихання та порушення нюху респіраторного характеру.

Біль у ділянці ушкодженої пазухи відсутній або з'являється в період загострення процесу або в разі утруднення відтоку вмісту з пазухи. При загостренні можуть спостерігатися підвищення температури тіла, поява болючої припухлості щоки та набряк повік, розлитого або локального головного болю.

За наявності кіст хворі скаржаться на постійний головний біль, котрий локалізується в ділянці лоба, рідше скроні, тім'ячка або всієї голови. Тривалий тиск кісти на стінки пазухи сприяє розсмоктуванню кістки аж до утворення кісткового дефекту.

Загальне лікування хронічного синуситу:

- антибактеріальна терапія згідно результатів антибіотикограми
- муколітики
- ірригації порожнини носа сольовими розчинами
- топічні кортикостероїди
- антигістамінні препарати
- лікування супутніх імунодефіцитних станів, алергічної патології
- відновлення функції мукоціліарного транспорту

Місцеве лікування хронічного синуситу:

направлене на заходи по відновленню вентиляції біляносових синусів, евакуацію патологічного вмісту з порожнини носа та синусів:

- 1) місцеві антибіотики та антисептики у вигляді спрею або крапель;
- 2) протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа (R01A);
- 3) антисептики та інші препарати, які застосовуються для введення у порожнину біляносових синусів та для промивання за методом “переміщення”
 - антисептики, розчини глюкокортикоїдних гормонів (гідрокортизон, дексаметазон), ферментні препарати, розчини антибіотиків;
- 4) топічні кортикостероїдні засоби;
- 5) гомеопатичні препарати та засоби рослинного походження у вигляді спреїв та крапель.

СИНУФІТОЛ виробництва ПрАТ «Ліктрави», який у своєму складі містить первоцвіту траву, буквиці траву, звіробою траву, липи квітки, евкаліпту листя та шавлії листя, рекомендується в якості дієтичної добавки до раціону харчування як додаткове джерело біологічно активних речовин, що сприяють нормалізації функціонального стану верхніх дихальних шляхів, зокрема біляносових пазух, попередженню синуситів та розвитку їх ускладнень, поліпшенню носового дихання, зняттю набряків.

Для фіточаю СИНУФІТОЛ характерна відхаркувальна, імуностимулююча, протизапальна, протизастудна дія.

Спосіб застосування: 1 фільтр-пакет фіточаю залити 200 мл окропу, настояти в закритому посуді 15–20 хвилин. Вживати дорослим у теплому вигляді по 200 мл 3 рази на день. Одночасно 3 рази на день закапувати в ніс по 2–3 краплі настою у кожен ніздрю. Курс проводити протягом 3–4 тижнів. За необхідності через 7 днів курс можна повторити.

Первоцвіту трава. Первоцвіт весняний використовують в основному як ефективний відхаркувальний засіб при захворюваннях легень і дихальних шляхів (катари ВДШ, хронічні трахеїти і бронхіти, бронхопневмонії, туберкульоз). Галенові препарати первоцвіту посилюють секрецію слизової оболонки бронхів і верхніх дихальних шляхів, підвищують активність війкового епітелію, прискорюють евакуацію секрету з дихальних шляхів, виявляють слабку спазмолітичну дію.

Первоцвіт зазвичай призначають в складі різних протизапальних і відхаркувальних зборів для лікування захворювань органів дихання. Завдяки наявності сапонінів, первоцвіт надає певний протикашльовий, потогінний і сечогінний ефект. Наявністю ефірної олії, флавонових та інших глікозидів пояснюють цілющу дію рослини при запальних процесах у дихальних шляхах.

Листя первоцвіту у формі чаю радять при гіповітамінозі (вміст вітаміну С – до 5,9%).

Квітки первоцвіту, багаті вмістом флавоноїдів і тритерпенових сапонінів, використовують у традиційній медицині при лікуванні кашлю та бронхітів завдяки відхаркувальній активності, збільшенню продукowanego об'єму бронхіального секрету; внутрішньо застосовують при катарах дихальних шляхів. Настій квіток як потогінний, загальнозміцнювальний і відхаркувальний засіб застосовують при гарячці, бронхітах, запаленні горла і легень .

Зовнішньо народною медициною настій використовують для промивання носа при нежиті.

Буквиці трава. Буквиця лікарська виявляє відхаркувальну, антиспастичну, протизапальну, сечогінну, знеболюючу, в'язучу, репаративну, антибактеріальну та протигрибкову активність; поліпшує обмін речовин.

Протизапальна, протимікробна і репаративна дія буквиці зумовлена наявністю флавоноїдів, іридоїдів та ін. монотерпенів. Спазмолітичний і пов'язаний з ним знеболювальний вплив на органи дихання викликаний

присутністю в сировині іридоїдів, флавоноїдів і дубильних речовин, а відхаркувальний – тритерпенів та ефірної олії.

У Болгарії настій буквиці широко призначають при бронхітах, бронхіальній астмі, кашлюку як протикашльовий і спазмолітичний засіб. У вітчизняній та закордонній народній медицині настій і відвар буквиці застосовують при гострих респіраторних інфекціях і бронхолегеневій патології, як протизапальний і потогінний препарат, як відхаркувальний засіб при лікуванні кашлю, бронхіту, трахеїту, пневмонії, катарів легень, туберкульозу легень, що супроводжується інтенсивним виділенням харкотиння з кров'ю, при стійкому кашлі з гнійним харкотинням, астмі, кашлюку; зовнішньо — при ангінах.

Звіробой трава. Звіробій забезпечує протизапальну, репаративну, в'язучу, бактеріостатичну та імуномодулювальну дію; чинить загальний тонізуючий вплив на організм. Траву звіробойю як складову частину зборів застосовують при хворобах дихальних шляхів. Для ліквідації різних запальних процесів, у т.ч. гнійних, призначають настої, рідше чаї або відвари звіробойю; особливо ефективні вони при безпосередньому контакті з ураженою поверхнею.

Антимікробний препарат (поліфенольна фракція) трави звіробойю зовнішньо застосовують зокрема при захворюваннях вуха, горла і носа як бактерицидний засіб; аерозольні інгаляції призначають при бронхітах, пневмотораксах, абсцесах легень, гнійних плевритах, ГРЗ, загостреннях хронічного тонзиліту, включаючи і у дітей. Як мінорні компоненти трави описані антибіотичні сполуки — гіперфарин, саротрален, саротралеїн. Дубильні речовини звіробойю виявляють легку в'язучу, протизапальну і антимікробну дію. Противірусна активність, зокрема протиретровірусна, доведена експериментально (дія гіперіцинів).

Препарати звіробойю знімають спазм кровоносних судин (особливо капілярів), поліпшують венозний кровообіг і кровопостачання деяких внутрішніх органів, виявляють капіляррозміцнюючу дію, підвищують діурез, сприяють ліквідації різних запальних процесів. У низці випадків траву звіробойю призначають при порушеннях периферичного кровообігу з явищами застою, при мікроциркуляторних розладах.

У народній медицині, крім усіх вищезазначених випадків, звіробій використовують при туберкульозі легень з кровохарканням, бронхіті, астмі, різних запальних процесах.

Липи квітки підвищують потовиділення і діурез, виявляють протизапальну, протимікробну і пом'якшувальну, протиастматичну та протиалергічну дію. Р-вітамінна (капіляррозміцнююча) активність зумовлена наявністю глікозидів кверцетину, інших флавоноїдів, вітамінів; потогінна – вмістом ефірної олії; протизапальна – флавоноїдів, танідів, ефірної олії, слизу, вітамінів; протиспастична, у т.ч. для бронхолегенової системи - флавоноїдів, ефірної олії, слизів, амінів.

Настій з липового цвіту застосовують при гарячкових і простудних

захворюваннях (грип, катар бронхів). Чай з липового цвіту застосовують переважно як потогінний засіб – при застудах, ангіні, грипі, бронхітах, пневмонії, за наявності астматичного компоненту.

У народній медицині в Європі липовий цвіт використовують при застудних захворюваннях, кашлю, головному болю, ревматизмі, пневмонії, кору, ангіні, паротиті, кровотечі, бронхіальній астмі.

Місцево настій або відвар липового цвіту використовують для полоскання при запаленнях слизової оболонки рота і дихальних шляхів (стоматит, гінгівіт, ангіна, ларингіт). Липовий цвіт входить до складу потогінних, протизастудних чаїв і чаїв для полоскання горла.

Евкаліпту листя. Головна терапевтична активність евкаліпта — антисептична. Препарати евкаліпта та цинеол активні по відношенню до грам-позитивних, грам-негативних мікроорганізмів, чинять згубну дію на гриби і найпростіші, пригнічують ріст золотистого стафілокока, ешерихій, туберкульозних мікобактерій, згубно діють на стрептококи і стафілококи, збудників гнійних і анаеробних інфекцій. З листя евкаліпта виробляють протистафілококовий препарат хлорофіліпт, який доволі широко застосовують у ЛОР-практиці.

Крім цього, рослина має виражені протизапальні властивості, виявляє болетамувальну, незначну відхаркувальну дію. Препарати листя евкаліпту є секретолітичним, слабким спазмолітичним, дезодоруючим, охолоджуючим та сечогінним засобом. Евкаліптові приписують і загальнозміцнювальний ефект. Листя евкаліпта використовується внутрішньо при катарах дихальних шляхів, у народній медицині – у лікуванні астми, лихоманки, грипу, кашлюку.

Протимікробна, протизапальна, репаративна та спазмолітична активність, яка виявляється зокрема при пероральному вживанні чи інгаляціях, зумовлені наявністю монотерпенів ефірної олії, флавоноїдів і дубильних речовин.

Листя евкаліпту виявляє протизапальну, антисептичну і відхаркувальну дію при лікуванні запалень дихальних шляхів, абсцесів легень, гнійних бронхітів. Серед основних показів, при яких вважається ефективним застосування евкаліпту, є кашель та бронхіт. Відвар і настійку евкаліпта приймають всередину як антисептичний і протизапальний засіб у разі гострих респіраторних вірусних інфекцій.

Зовнішньо галенові препарати евкаліпта застосовують в оториноларингології — при ангіні, хронічному риніті й фарингіті, зовнішньому отиті, дерматиті й екземі зовнішнього слухового проходу тощо. Настійку або настій евкаліпта призначають для полоскань при гінгівітах, стоматитах і ангінах.

У вигляді інгаляцій галенові препарати евкаліпта використовують при гострих респіраторних захворюваннях, трахеїтах і ларингітах.

Евкаліптову олію широко використовують для інгаляцій при захворюваннях дихальних шляхів (нежиті, бронхітах, гнійних бронхітах, абсцесах легень, ангіні); у формі полоскання (при хворобах ВДШ); для лікування ерозивно-виразкових

уражень слизових оболонок. Евкалиптова олія застосовується внутрішньо та зовнішньо при катарах дихальних шляхів. У народній медицині олія евкаліпту використовується при астмі, кашлі, захворюваннях фронтальних пазух, лихоманці, грипі, захриплості, на початковій стадії скарлатини чи кору. У суміші з іншими сумарними препаратами на основі компонентів ефірних олій (скипидаром, камфорою та ін.) олія евкаліпта ефективно діє при ревматичному болю і застудних захворюваннях.

Шавлії листя. Шавлія лікарська у вигляді настою, у складі грудних зборів виявляє протизапальну, в'язучу, пом'якшувальну, відхаркувальну та секретолітичну, протигрибкову, противірусну й антисептичну дію, впливає кровоспинно на ушкоджені капіляри кровоносних судин, зміцнюючи їх стінки.

Протизапальні й антимікробні властивості листя шавлії зумовлені гідроксикоричними кислотами (розмаринова кислота та її аналоги), дубильними речовинами і флавоноїдами, ефірною олією (туйон, тимол, карвакрол), вітамінами, рослинними антибіотиками (карнозолова кислота). Антимікробні властивості рослини найбільш виражені щодо грам-негативних штамів мікроорганізмів.

Позитивний терапевтичний ефект спостерігається при застосуванні шавлії при запаленні дихальних шляхів.

У науковій медицині галенові препарати шавлії застосовують в основному зовнішньо: полоскання при ангіні, катарах верхніх дихальних шляхів, запаленні слизової оболонки носа і горла. Пероральне застосування: листя шавлії входить до складу інгредієнтів для виготовлення грудних і пом'якшувальних чаїв.