

А.А. СЕДИНКИН, к.м.н., Ю.В. ЛУЧШЕВА, к.м.н., А.Ф. ЗАХАРОВА, Г.Ю. ЦАРАПКИН, к.м.н.,

ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы

АДЕКВАТНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО РИНИТА И СИНУСИТА

В ненастные дни осенне-зимнего периода, с холодными днями, ветреной погодой, дождями и снегом, начинается период повышенной заболеваемости. Ни для кого не является секретом, что без воспалительных заболеваний лор-органов редко обходится любая простуда. В последние годы в связи с широкой доступностью Интернета все большее число больных не обращается за помощью к врачу, а занимается самолечением. Это приводит к частому и нередко необоснованному назначению антибактериальных препаратов, увеличивается количество антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, что в свою очередь приводит к увеличению процента хронизации острого бактериального синусита, возникновению грозных осложнений. С другой стороны, нередко врачи поликлиник «грешат» не всегда оправданным назначением сразу целого перечня лекарственных препаратов, зачастую без проведения стандартного обследования пациента, позволяющего поставить точный диагноз. Целью данной публикации является еще раз вместе вспомнить клинику, диагностику и современные алгоритмы лечения острого ринита и синусита, что поможет нам избежать некоторых ошибок в будущем.

Ключевые слова: острый ринит, синусит, ирригационная терапия, фронтит, гайморит, Виброцил

По данным статистики, лидирующее положение в оториноларингологии по частоте встречаемости занимают воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух (10–15%).

Острый ринит представляет собой острое неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа. Это заболевание относится к наиболее частым как у детей, так и у взрослых. В этиологии острого катарального насморка основное значение имеет понижение местной и общей реактивности организма и активация микрофлоры в полости носа. Обычно это происходит при общем или местном переохлаждении, которое нарушает защитные нервно-рефлекторные механизмы. Ослабление местного и общего иммунитета при переохлаждении (простуда) всего тела или его частей (ноги, голова и др.) ведет к нарастанию патогенности сапрофитирующих в полости носа микробов, в частности стафилококков, стрептококков и др., особенно у людей, не закаленных к холоду и резким переменам температуры. Воздействие простуды быстрее проявляется у лиц со сниженной резистентностью, особенно при наличии хронических заболеваний или ослабленных острыми заболеваниями и др.

В клинике острого катарального ринита выделяют три стадии течения, последовательно переходящие одна в другую: (1) сухая стадия раздражения; (2) стадия серозных выделений и (3) стадия слизисто-гнойных выделений (разрешения). Каждая из этих стадий характеризуется своими специфическими жалобами и, следовательно, своим подходом к лечению.

Первая стадия – сухая стадия раздражения обычно продолжается несколько часов, редко длится в течение 1–2 сут,

начинается с ощущения сухости, напряжения, жжения, царапанья, щекотания в носу, часто в глотке и гортани, беспокоит чиханье. Дыхание через нос постепенно нарушается, ухудшается обоняние (респираторная гипосмия), понижается вкус, появляется закрытая гнусавость.

ЛЕЧЕНИЕ

По современным представлениям важным звеном в лечении острого ринита является использование *ирригационной терапии* – промывание носа препаратами на основе физиологического раствора хлорида натрия или морской соли (н Море, Аква ЛОР, Аква Марис, Салин, Долфин и т. д.). В ходе использования ирригационной терапии с поверхности слизистой оболочки полости носа активно смываются вирусные и бактериальные агенты, происходит адекватное увлажнение. Данные средства применяются 3–5 раз в сутки в течение 5–6 дней. По завершении промывания носа препаратами на водной основе у взрослых с целью губительного воздействия на вирусы и бактерии могут быть использованы антисептики (0,01%-ный раствор Мирамистина, 0,1%-ный раствор Диоксидина) по 3–5 капель в каждую половину носа 3 раза в день в течение 4–5 дней.

У детей грудного возраста для ухода за полостью носа возможно использовать комплекс Отривин Бэби, включающий в себя капли и спрей для орошения слизистой оболочки, удобный аспиратор и одноразовые насадки. Капли представляют собой стерильный изотонический раствор хлорида натрия, а спрей – это стерильный раствор морской соли, обе формы не содержат консервантов. Полноценный уход обеспечивается последовательностью двух простых шагов: сначала нужно увлажнить полость носа при помощи капель или спрея для орошения, затем освободить полость носа от секрета при помощи аспиратора. Использование одноразовых насадок

исключает риск инфицирования, а удобный мундштук облегчает контроль по санации содержимого из полости носа.

Тем не менее основным средством лечения ринита на этой, впрочем, как и на остальных, стадии являются сосудосуживающие средства. Среди всего многообразия сосудосуживающих препаратов, представленных в аптечной сети в России, выделяется комбинированный препарат Виброцил.

Виброцил – комбинированный препарат, содержащий фенилэфрин и диметинден. *Фенилэфрин* – симпатомиметическое средство, при местном применении оказывает умеренное сосудосуживающее действие (за счет стимуляции α_1 -адренорецепторов, расположенных в венозных сосудах слизистой оболочки носа), устраняет отек слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. *Диметинден* является противоаллергическим компонентом – антагонистом гистаминовых H1-рецепторов; не снижает активность мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа. Препарат выпускается в виде капель, спрея и геля, причем капли разрешены к применению у детей с грудного возраста. Согласно результатам исследования, включение препарата Виброцил в комплексную терапию острого ринита при ОРВИ у детей с АР в анамнезе способствует быстрому и выраженному ослаблению симптомов исследуемого заболевания (рис. 1, 2).

Стадия серозных выделений характеризуется нарастанием воспаления, появляется большое количество прозрачной водянистой жидкости, пропотевающей из сосудов, затем постепенно увеличивается количество слизи за счет усиления функции бокаловидных клеток и слизистых желез, поэтому отделяемое становится серозно-слизистым, появляются слезотечение, часто конъюнктивит, резко нарушается дыхание через нос, продолжается чиханье, беспокоят шум и покалывание в ушах.

Стадия слизисто-гнойных выделений наступает на 4–5-й день от начала заболевания, характеризуется появлением слизисто-гнойного, вначале сероватого, потом желтоватого и зеленоватого отделяемого, что обусловлено наличием в нем форменных элементов крови – лейкоцитов, лимфоцитов, а также отторгшихся эпителиальных клеток и муцина. Постепенно уменьшается количество выделений, отечность слизистой оболочки исчезает, носовое дыхание и обоняние восстанавливаются, и спустя 8–14 дней от начала заболевания острый насморк прекращается. В третьем периоде острого ринита в этиологии ведущую роль играют вирусно-

микробные ассоциации, следовательно, в лечении на первый план выходят **местные антибактериальные препараты**. При рините применяются преимущественно препараты для местного введения. Нежелательно применение препаратов, содержащих местные глюкокортикоиды.

■ Антибактериальная мазь, содержащая мупироцин, приспособленная для назального применения. Используется 2–3 раза в сутки.

■ Назальный гель, содержащий аминогликозид фрамицетин и стабилизатор. Используется 4–6 раз в сутки.

■ Комбинированный препарат Полидекса с фенилэфрином, в состав которого входят дексаметазон, неомицин, полимиксин В, фенилэфрин гидрохлорид, – назальный спрей.

■ **В ходе использования ирригационной терапии с поверхности слизистой оболочки полости носа активно смываются вирусные и бактериальные агенты, происходит адекватное увлажнение. Данные средства применяются 3–5 раз в сутки в течение 5–6 дней**

Острый бактериальный синусит – острое бактериальное воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух.

Этиопатогенез острого синусита преимущественно обусловлен риногенным инфицированием околоносовых пазух через естественные соустья, посредством которых осуществляется аэрация и дренирование пазух. Как правило, первоначальная альтерация мерцательного эпителия пазух происходит благодаря цитотоксическому действию вирусов, вызывающих респираторную инфекцию. Под воздействием вируса гриппа на мерцательный эпителий полости носа и околоносовых пазух эпителиальные клетки теряют реснички, связь между отдельными клетками нередко нарушается, часть их десквамируется. Вследствие этих изменений многорядный цилиндрический эпителий становится рыхлым, через 2–3 дня после начала заболевания происходит резкое разрыхление эпителиального пласта, клетки начинают располагаться беспорядочно. Нередко наблюдается отторжение поверхностных слоев эпителиальной выстилки с сохранением лишь одного-двух базально расположенных слоев клеток. Описанные патологические изменения приводят к инактива-

Рисунок 1. Динамика выраженности затруднения носового дыхания [10]

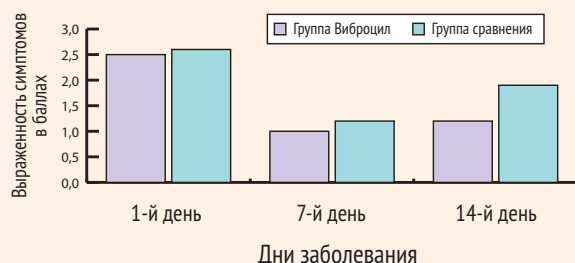
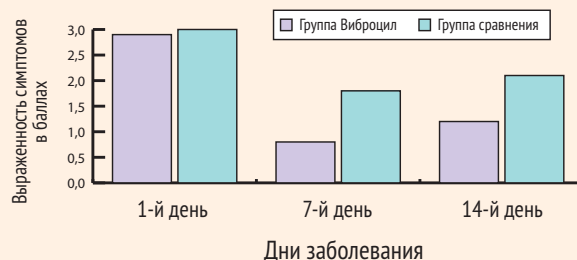


Рисунок 2. Динамика выраженности ринореи [10]



ции мукоцилиарного транспорта (угнетению двигательной активности мерцательного эпителия пазух), скоплению серозного экссудата в просвете пазух, бактериальной инвазии и миграции нейтрофилов в экссудат, благодаря чему последний приобретает гнойный характер. Немаловажную роль в развитии и рецидивировании острого риногенного синусита следует отнести местным predisposing факторам (искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, у детей – гипертрофия носоглоточной миндалины), приводящим к нарушению аэродинамики в полости носа и околоносовых пазух, а также к механическим нарушениям дренажной функции пазух вследствие отека слизистой оболочки соустья.

Наряду с описанным выше риногенным, в незначительном числе наблюдений могут иметь место гематогенный (в основном при детских инфекциях и сепсисе) и травматический механизмы возникновения синусита. На долю последних приходится около 1% в структуре заболеваемости при рассматриваемой нозологии.

■ Немаловажную роль в развитии и рецидивировании острого риногенного синусита следует отнести местным predisposing факторам (искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, у детей – гипертрофия носоглоточной миндалины), приводящим к нарушению аэродинамики в полости носа и околоносовых пазух, а также к механическим нарушениям дренажной функции пазух вследствие отека слизистой оболочки соустья

Основными возбудителями острого синусита являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*.

Наиболее часто воспаление возникает в верхнечелюстной пазухе (гайморит, или верхнечелюстной синусит). Этому способствуют особенности строения выводного соустья верхнечелюстной пазухи: оно относительно узкое и расположено в верхней части медиальной стенки пазухи, что зачастую сочетается с некоторыми анатомическими вариантами строения (излишняя пневматизация клеток решетчатой кости в области носового валика, развернутый, изогнутый, пневматизированный крючковидный отросток, искривление перегородки и т. д.). На втором месте по частоте стоит воспаление клеток решетчатого лабиринта (этмоидит, решетчатый синусит), затем лобной пазухи (фронтит, или лобный синусит) и клиновидной пазухи (сфеноидит, основной синусит). Однако чаще воспаление возникает одновременно в нескольких пазухах (полисинусит). В случаях, когда воспаляются пазухи на одной стороне, данное патологическое состояние называется гемисинуситом. Термином пансинусит обозначают воспаление всех околоносовых пазух. Наиболее часто клетки решетчатого лабиринта принимают

участие в подобных воспалительных комбинациях, что объясняется центральным их расположением, при котором решетчатые клетки граничат с верхнечелюстными, лобными и основными пазухами.

Клинические проявления острого синусита складываются из общих и местных симптомов. К общим симптомам относятся слабость, головная боль, общее недомогание, субфебрильная или фебрильная температура, хотя в некоторых случаях температура тела может оставаться нормальной. По степени выраженности гипертермии как основного критерия интоксикации организма различают 3 степени тяжести острого синусита: 1) легкая (температура тела нормальная либо субфебрильная), 2) средней степени тяжести (температура тела до фебрильных цифр), 3) тяжелая (с температурой выше 38 °C).

Местные симптомы включают в себя болезненность, тяжесть в области проекции пазухи, в области корня носа. На стороне воспаления часто отмечается заложенность носа, слизисто-гнойные или гнойные выделения, различные по консистенции и по количеству отделяемого. Нередко появляется слезотечение, обусловленное отеком устья слезно-носового канала, нарушается обоняние и, как следствие, вкусовое ощущение, связанное с отеком слизистой оболочки верхнего носового хода, скоплением секрета в обонятельной области. При фронтите боли и тяжесть в лобной области, как правило, усиливаются при наклоне головы вниз, боли нередко иррадируют в глазные яблоки. При сфеноидите больного беспокоят боли в затылочной области либо в «глубине» головы, патологическое отделяемое при этом затекает в носоглотку, а не выделяется из носа, т. к. выводной проток основной пазухи располагается в области верхнего носового хода. Поскольку болевая иннервация пазух осуществляется ветвями тройничного нерва, боль зачастую носит дистантный (иррадирующий) характер.

Диагностика. При пальпации и перкуссии отмечается повышенная чувствительность или болезненность в области передней и нижней стенок лобной пазухи при фронтите, передней стенки верхнечелюстной пазухи – при гайморите. При передней риноскопии наряду с гиперемией и отеком слизистой определяется гнойное отделяемое в области среднего носового хода при гайморозтмоидите и фронтите, в области верхнего носового хода – при сфеноидите.

При подозрении на острый синусит необходимо выполнить рентгенологическое исследование околоносовых пазух в подбородочно-носовой проекции либо компьютерную томографию (КТ) околоносовых пазух. Данные исследования позволяют не только объективно подтвердить предположение, но и определить, какие конкретно пазухи изменены, выявляя вид изменения (утолщение слизистой или скопление экссудата).

Клиническая картина, данные осмотра, наличие затемнения или уровня жидкости в воспаленной пазухе, определяемые рентгенологически, являются показаниями для проведения лечебно-диагностической пункции верхнечелюстной (трепанопункции лобной) пазухи, позволяющей определить наличие содержимого пазухи и его характер (сероз-

ный, слизисто-гнойный или гнойный). Отделяемое из пазухи направляется на бактериологическое исследование, целью которого является ретроспективный анализ и возможность коррекции эмпирической терапии при ее неэффективности.

Лечение. При остром гайморозомоидите производят лечебные пункции верхнечелюстных пазух, местно применяют сосудосуживающие капли в нос, антибактериальную и симптоматическую терапию. Пункции верхнечелюстных пазух проводят через день, при этом патологическое отделяемое из пазух вымывается раствором антисептика (0,5–1%-ный раствор диоксида, 0,01%-ный раствор мирамистина и др.). При остром гнойном фронтите производят трепанопункцию лобной пазухи, промывая пазуху и вводя названные антибиотики через установленную специальную лобную канюлю.

Многие пациенты отказываются от пункции, опасаясь перехода острого процесса в хронический после «прокола». На самом же деле пункции верхнечелюстной пазухи с промыванием патологического отделяемого раствором антисептика приводят к элиминации микроорганизмов из пазухи, щадящему буживанию естественного соустья, способствуя быстрому выздоровлению и профилактике хронизации острого процесса.

Для снятия *заложенности носа* применяют самые разнообразные *сосудосуживающие средства (деконгестанты)*, при синусите предпочтение отдается местным назальным деконгестантам. К таким средствам относятся: α 1-адреномиметики – фенилэфрин; α 2-адреномиметики – ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин. Ярким представителем группы сосудосуживающих препаратов, содержащих фенилэфрин, является комбинированный препарат Виброцил. В отличие от своих «соседей» по группе, Виброцил благодаря комбинации сосудосуживающего и антигистаминного компонентов обладает более выраженным терапевтическим эффектом. Кроме того, Виброцил выпускается в виде назального спрея, в результате чего достигается уменьшение общей дозы вводимого препарата за счет более равномерного его распределения на поверхности слизистой оболочки. Среди α 2-адреномиметиков обращает на себя внимание Отривин, содержащий в качестве действующего вещества ксилометазолин в различной дозировке (0,05% для детей с грудного возраста, 0,1% с 6 лет), а для пациентов старше 12 лет дополнительно с ментолом и эвкалиптом. Форма выпуска препарата в виде спрея обеспечивает оптимальное распределение ксилометазолина на слизистой, а такие компоненты в составе, как сорбитол и гипромеллоза, являются увлажнителями, что позволяет минимизировать симптомы раздражения и сухости слизистой оболочки.

■ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО СИНУСИТА

В ряде случаев пациенты с симптомами синусита выздоравливают без приема антибиотиков на фоне симптоматической терапии; задача врача — определить, есть ли возмож-

ность такого выздоровления. Успешно решить этот вопрос порой может помочь рентгенологическое или КТ-сканирование. Пациенты с уровнем жидкости или при наличии тотального затемнения верхнечелюстных пазух, как правило, нуждаются в антибиотиках, в то время как больные, у которых при исследовании не выявлено никаких отклонений или речь идет только о незначительном утолщении слизистой оболочки, скорее всего, могут выздороветь спонтанно.

При легком и среднетяжелом течении заболевания препаратами выбора эмпирической терапии острого синусита являются ингибиторзащищенные пенициллины: амоксициллин/клавуланат. Данный препарат обладает широким спектром антибактериального действия (грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, включая штаммы, продуцирующие β -лактамазу), действует бактерицидно.

Альтернативные препараты: цефалоспорины 3-го поколения (Цефуроксим Аксетил), макролиды (азитромицин), рокситромицин, респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин).

При тяжелом течении назначаются ингибиторзащищенные пенициллины: амоксициллин/клавуланат парентерально;

- цефалоспорины 2–3-го поколения (цефуроксим, цефтриаксон, цефотаксим, цефоперазон) парентерально;
- при аллергии к беталактамам: левофлоксацин, моксифлоксацин или хлорамфеникол парентерально.

При легком и среднетяжелом течении препараты принимают перорально. При тяжелом течении лечение необходимо начинать с парентерального (желательно с внутривенного) введения, а затем по мере улучшения состояния переходить (через 3–4 дня) на пероральный прием (ступенчатая терапия). Длительность антибактериальной терапии при остром синусите в среднем проводится 7–10 дней.

■ При подозрении на острый синусит необходимо выполнить рентгенологическое исследование околоносовых пазух в подбородочно-носовой проекции либо компьютерную томографию околоносовых пазух. Данные исследования позволяют не только объективно подтвердить предположение, но и определить, какие конкретно пазухи изменены, выявляя вид изменения (утолщение слизистой или скопление экссудата)

Показаниями к госпитализации могут явиться тяжелое клиническое течение острого синусита, наличие подозрения на осложнения или его развитие (флегмона орбиты, риногенный менингит, сепсис); острый синусит на фоне тяжелой сопутствующей патологии или иммунодефицита; невозможность проведения в амбулаторных условиях специальных инвазивных манипуляций.

Типичные ошибки при проведении антибиотикотерапии

1. Неправильный выбор препарата (без учета основных возбудителей и спектра активности антибиотика). Например, не следует при остром синусите назначать линкомицин (не эффективен в отношении *H. influenzae*), сульфадиметоксин (малоактивен при пневмококке, не действует на *H. influenzae*), гентамицин (не действует на *S. pneumoniae*, *H. influenzae*). По данным международного исследования, проводимого на территории России и СНГ, около 40% штаммов пневмококка являются резистентными к доксициклину, ципрофлоксацину и ко-тримоксазолу (Бисептол); фактически 100% *H. influenzae* являются резистентными к макролидам (Сумамед, Макропен), т. к. основные концентрации данной группы антибиотиков сосредоточены внутриклеточно, а плазменное содержание поддерживается на низком уровне.

2. Неверный путь введения препарата. Например, не следует в амбулаторных условиях вводить антибиотики внутримышечно, основу терапии в поликлинике должен составлять пероральный прием. В стационарных условиях при тяжелых формах синусита по мере улучшения состояния также следует переходить на пероральный прием (ступенчатая терапия).

3. Неправильный выбор дозы (часто ниже необходимой) и режима дозирования (несоблюдение кратности приема, без учета связи с приемом пищи). Например, ампициллин и азитромицин (Сумамед) необходимо принимать за час до еды. Необоснованное, неграмотное назначение антибиотиков приводит к формированию бактериальной резистентности.

Что касается применения **антигистаминных средств** при лечении синуситов, то последние исследования показали, что их применение является обоснованным лишь в том случае, когда синусит развивается на фоне аллергического ринита, назначение антигистаминных средств вызывает бло-

каду H1-гистаминовых рецепторов и предупреждает действие гистамина, выделяющегося из тучных клеток в результате IgE-опосредованной реакции. При инфекционном риносинусите назначение этих препаратов также имеет смысл, но только в ранней «вирусной» стадии, когда блокада H1-рецепторов предупреждает действие гистамина, выделяемого базофилами под воздействием различных вирусов (респираторно-синцитиальный, парамиксовирус). На поздней стадии заболевания гистамин не принимает какого-либо значительного участия в развитии его симптомов, поэтому фармакологических оснований для использования антигистаминных препаратов нет.

Пункции верхнечелюстной пазухи с промыванием патологического отделяемого раствором антисептика приводят к элиминации микроорганизмов из пазухи, щадящему буживированию естественного соустья, способствуя быстрому выздоровлению и профилактике хронизации острого процесса

В заключение хотелось бы отметить, что в настоящее время в арсенале оториноларингологов имеется достаточное количество эффективных и безопасных лекарственных средств, существенно уменьшающих неблагоприятное воздействие заболевания на человека и способных предупредить развитие тяжелых осложнений. Однако для решения данной задачи от практикующего врача требуется не только знать патогенез заболевания и современные терапевтические подходы, но и необходимо в каждом конкретном случае индивидуально подобрать адекватный способ лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Лопатин А.С. Топические препараты для лечения острого и хронического ринита. *Консилиум медикум*, 2003;5(4):123.
2. Марков Г.И. Исследование влияния некоторых лекарств на двигательную активность мерцательного эпителия в эксперименте. *Вестник оториноларингологии*, 1976;6:13-17.
3. Митин Ю.В., Науменко А.Н., Бойко С.В., Смехнов А.А. Исследование биоэлементов в слизистой оболочке носа и плазме крови в процессе комплексного лечения больных вазомоторным ринитом. *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*, 1998;2:23-30.
4. Пальчун В.Т., Крюков А.И. *Оториноларингология*, 1997; 135-141; 176-179; 187-190; 192-193.
5. Рязанцев С.В. Секретолитическая и секретомоторная терапия острых и хронических синуситов. *Новости оториноларингологии и логопатологии*, 1998;4(16):90-2.
6. Das PK, Sinha PS, Srivastava RK, Sanyal AK. *Internat. Pharmac. et therap.*, 1965;153(2):367-378.
7. Крюков А.И., Сединкин А.А. Исследование эффективности и безопасности препарата панклав 625 мг в терапии острого бактериального гайморита. *Вестник оториноларингологии*, 2005;1:67.
8. Крюков А.И., Сединкин А.А. Антибактериальная терапия в оториноларингологии. Тезисы на V всероссийской ринологической конференции. СПб., 2007. С. 88.
9. Крюков А.И., Сединкин А.А. Этиопатогенетическая терапия острого синусита. Эффективность использования левофлоксацина. Тезисы на Всероссийской научно-практической конференции в Санкт-Петербурге «100 лет Российской оториноларингологии: достижения и перспективы», 23-25 апреля 2008. С. 123.
10. Карпова Е.П., Соколова М.В. Выбор рациональных методов терапии острых инфекционных ринитов у детей с аллергоанамнезом. *Лечащий врач*, 2011;4:88-92.