



УДК 616.216.1-002:616.832-004.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

А. В. Теплов¹, А. Б. Киселев²

CLINICAL SYMPTOMS OF ACUTE SINUSITIS IN PATIENTS WITH MULTIPLY SCLEROSIS

А. V. Teplov, A. B. Kiselev

¹ ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войн», г. Кемерово

(Начальник – канд. мед. наук И. А. Шибанова)

² ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. А. Рымша)

В статье обсуждается анализ клинических симптомов острого синусита у больных рассеянным склерозом. В сравнительном исследовании показано, что острое воспаление околоносовых пазух на фоне рассеянного склероза способствует нарастанию неврологического дефицита, проявляется скудным оториноларингологическим синдромом, достоверно чаще встречаются катаральные формы воспаления, в патологический процесс вовлекаются сразу несколько околоносовых пазух, корреляция между морфологической формой синусита и степенью тяжести отсутствует.

Ключевые слова: острый синусит, рассеянный склероз.

Библиография: 9 источников.

Clinical symptoms of acute sinusitis in patients with multiply sclerosis were analyzed. Comparative research demonstrated, that clinical symptoms of acute sinusitis in patients with multiply sclerosis contributed to increase of neurological deficiency, accompanied by poor ENT-syndrome, the most cases were determined as catarrhal forms of sinusitis, sinusitis located in more than two sinuses. It was no observed the correlation between the morphologic sinusitis form and present state of patient.

Key words: acute sinusitis, multiple sclerosis.

Bibliography: 9 sources.

Гнойно-воспалительные заболевания околоносовых пазух (ОНП) занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-заболеваний. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют люди, страдающие синуситами [3]. Острый синусит – заболевание, широко распространенное, его клиника хорошо изучена. Однако в ряде случаев острое воспаление ОНП развивается на фоне иной длительно текущей соматической патологии, которая оказывает влияние на клинические проявления острого синусита, чем существенно затрудняет своевременную диагностику воспаления ОНП. В свою очередь, острый синусит может вызывать ухудшение течения фонового заболевания [6]. Эта проблема актуальна для больных рассеянным склерозом (РС), у которых была выявлена достаточно высокая заболеваемость синуситами.

Рассеянный склероз – хроническое прогрессирующее заболевание ЦНС, проявляющееся рассеянной неврологической симптоматикой. РС – одно из самых драматичных заболеваний нервной системы. Поражает болезнь чаще всего людей молодого возраста, носит хронический характер и довольно быстро приводит больного к инвалидности [8]. Триггер РС до настоящего времени остается неизвестным. Общепринятым считается мнение: РС – мультифакториальное заболевание [2, 4]. Существует точка зрения, что инфекционные заболевания могут стимулировать развитие обострений РС. В частности, имеет место повышенное внимание к роли стафилококков и стрептококков в патогенезе РС. Это связано с открытием способности некоторых антигенов этих бактерий выступать в качестве «суперантигенов», стимулирующих неспецифическим образом все аутоиммунные реакции, в том числе повышающих активность клеточных клонов, специфичных к антигенам миелина. Описаны случаи, когда синусит на месяц предшествовал обострению РС [1, 7, 9].



Наблюдение оториноларингологом больных РС, проходящих лечение в неврологическом отделении, у которых был подтвержден острый синусит, позволило выявить общие клинические черты острого воспаления ОНП на фоне РС.

Цель исследования. Выявление характерных клинических особенностей острого синусита у больных рассеянным склерозом.

Пациенты и методы исследования. Группа исследования – 60 пациентов с острым синуситом на фоне РС, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении. Диагноз был выставлен согласно критериям МакДоналда (с дополнениями 2005 г.). Все больные представлены цереброспинальной формой РС. Возраст больных 21–38 лет ($33,4 \pm 4,42$), женщин – 36, мужчин – 24. Первая контрольная группа включила в себя 60 пациентов с синдромом вегето-сосудистой дистонии (ВСД), у которых при обследовании во время госпитализации был подтвержден острый синусит. Для группы контроля лица отбирали по принципу случай-контроль и были полностью сопоставимы с основной группой по возрасту, полу. Вторая контрольная группа включила 60 больных острым синуситом при отсутствии сопутствующих хронических заболеваний. К критериям отбора для участия в исследовании для пациентов этой контрольной группы отнесены: верификация диагноза «острый синусит», наблюдение и лечение в условиях оториноларингологического отделения, возраст 20–38 лет, отсутствие заболеваний нервной системы и иных хронических заболеваний.

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовались следующие методы: клиническое, отоларингологическое и неврологическое обследования больных, микробиологический метод, лучевая диагностика (рентгенография ОНП, компьютерная томография ОНП, включая головной мозг), анкетирование. Отоларингологический диагноз устанавливался в соответствии с МКБ 10. Для клинической оценки течения острого синусита использована международная классификация синусита [5], согласно которой оцениваются такие основные характеристики заболевания, как длительность и тяжесть течения.

Исследование открытое, рандомизированное, методом случай-контроль. Обследование пациентов проведено в течение 2 суток после госпитализации.

Для обработки цифрового материала использовали показатели базовой биостатистики с расчетом среднеарифметического значения выборки и стандартного отклонения ($M \pm m$). При выявлении различий между группами вычисляли критерий Стьюдента (t), критерий хи-квадрат (χ^2). В работе использован стандартный пакет программ Microsoft, Excel 7,0 for Windows.

Результаты и обсуждение. У больных острым синуситом, поступивших на лечение в оториноларингологическое отделение, были выявлены следующие типичные жалобы: головная боль – у 54 (90%) больных; чувство тяжести в области лица (лицевые боли) – у 13 (21,7%) пациентов; затруднение носового дыхания – у 58 (96,7%) обследованных; выделение из полости носа – у 57 (94,9%) больных; лихорадка – у 28 (46,7%) больных; гипосмия (аносмия) – у 18 (29,9%) больных; носовой оттенок голоса – у 4 (6,7%) больных. Наиболее яркой отличительной чертой первичного осмотра отоларингологом больных РС с подозрением на острый синусит следует считать отсутствие активных жалоб со стороны ЛОР-органов на момент осмотра. Категорическое отрицание насморка в ближайшее к госпитализации время высказали 46 пациентов (76,7%), вне зависимости от степени тяжести синусита. При заинтересованном, уточненном опросе достаточно часто оказывалось, что периодически жалобы со стороны ЛОР органов возникают, но существенного ухудшения на момент осмотра больные не отмечают. Ухудшение состояния (в том числе лихорадку, головную боль) больные склонны связывать с течением основного заболевания или иными причинами. При целенаправленном опросе жалобы со стороны ЛОР органов выявлены у 32 (53,3%) больных РС. У 24 (39,9%) больных отмечалось ощущение умеренной заложенности носа, которое сочеталось с дискомфортом (сухостью) в носу, хотя носовое дыхание сохранялось достаточным без использования деконгестантов. Слизистые выделения в носоглотку отметили 7 (11,7%) человек. Головная боль выявлена у 3 (5%) больных, в том числе у двоих с тяжелой формой синусита. Достаточно частой жалобой выявлен высокочастотный ушной шум малой интенсивности – 19 (31,7%) пациентов. Снижение обоняния отметили 2 (3,3%) больных, носовой оттенок голоса отметил 1 (1,7%) больной. При термометрии субфебрильная температура выявлена у 47 (78,3%) больных.



При опросе больных ВСД и острым синуситом жалобы, связанные с патологией ЛОР-органов, на момент осмотра выявлены у всех больных. Наиболее ярким симптомом больные отметили головную боль – 60 (100%) больных, лицевые боли, чувство тяжести в области лица – 11 (18,3%) больных; ухудшение общего самочувствия – 60 (100%) больных, ухудшение носового дыхания 47 (78,3%) больных, выделения из полости носа 13 (21,7%) больных, лихорадка – 12 (19,9%) больных.

Более половины больных из группы ВСД в сочетании с острым синуситом (44 больных – 73,3%) отмечали в анамнезе жизни достаточно частые симптомы ЛОР-патологии. Наиболее частыми жалобами выявлены: периодическое затруднение носового дыхания – 26 (43,3%) больных, ушные шумы и эпизодическое ощущение заложенности ушей – 44 (73,3%) больных, дисфонии – 7 (11,7%) больных.

Анализ жалоб по поводу острого синусита показал, что сопутствующая неврологическая патология накладывает отпечаток на субъективные ощущения больного и выраженность возникших симптомов. Количественная сравнительная оценка жалоб (табл. 1) в группах исследования по статистике χ^2 показала, что у больных РС при развитии острого синусита «оториноларингологический синдром» существенно отличается от типичной клинической картины. Наиболее значимой для диагностики синусита у больного РС особенностью следует считать отсутствие активных жалоб со стороны ЛОР-органов. В этой связи диагностика синусита должна базироваться на объективных показателях (лихорадка, изменения в общем анализе крови, данные лучевой диагностики). Патологические субъективные ощущения со стороны ЛОР-органов носят умеренный характер вне зависимости от степени тяжести синусита. Возникновение высокочастотного ушного шума слабой интенсивности, скорее всего, связано с развивающейся на фоне синусита интоксикацией, однако достаточно высокая частота этого признака позволяет отнести его к симптомам острого синусита, характерным для течения заболевания на фоне РС.

Особенности анамнеза заболевания в группе исследования и контрольных группах заключались в следующем: больные острым синуситом из оториноларингологического отделения длительность возникновения заболевания оценивали от 5 до 35 дней; больные острым синуситом на фоне ВСД – от 10 до 30 дней; больные острым синуситом на фоне РС затруднялись указать возможную длительность заболевания. При активном опросе, опираясь на ухудшение общего самочувствия, появление лихорадки, можно предположить длительность острого си-

Таблица 1

Количественная оценка жалоб у больных группы исследования и контрольных групп, %

Жалобы	Больные острым синуситом на фоне рассеянного склероза (n = 60)	больные острым синуситом на фоне вегетососудистой дистонии (n = 60)	больные острым синуситом (n = 60)
Отсутствие активных жалоб	100*	0	0
Затруднение носового дыхания	39,9*	78,3	96,7
Выделения из полости носа	11,7*	21,7	94,9
Головная боль	5*	100	90
Гипосмия (аносмия)	3,3	0	29,9
Лихорадка	78,3*	19,9	46,7
Лицевые боли (тяжесть в области лица)	0*	18,3	21,7
Носовой оттенок голоса	1,7	0	6,7
Низкочастотный ушной шум	31,7*	0	0

* – существенные отличия по статистике $\chi^2_{кр}$ (0,05;16) > 26,3 относительно обеих контрольных групп.



Таблица 2

Симптомы острого синусита, выявляемые при риноскопии

Симптомы	Группа исследования (n = 60)		1-я контрольная группа (n = 60)		2-я контрольная группа (n = 60)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гиперемия слизистой оболочки полости носа	60	100	58	96,7	60	100
Отек носовых раковин	18	29,9*	52	86,7	59	98,3
Отделяемое в среднем носовом ходе	11	18,3*	11	18,3	54	90

Примечание: * – $p < 0,05$ по отношению к контрольным группам.

нусита от 5 до 15 дней. Таким образом, складывается впечатление, что острый синусит на фоне РС, несмотря на «скромность» ощущений оториноларингологических симптомов, вызывает более выраженный общий интоксикационный синдром, ухудшение течения неврологического заболевания, что заставляет обратиться за медицинской помощью в более ранние сроки.

При инструментальном обследовании ЛОР-органов пациентов были выявлены следующие изменения. У 18 (29,9%) больных РС определялись признаки отека слизистой оболочки полости носа. В основном это были те пациенты, которые предъявляли жалобы на наличие заложенности носа ($r_b = 0,824, p < 0,001$). Яркая гиперемия слизистой оболочки полости носа выявлена у 60 больных. Сухость слизистой оболочки носа найдена у 49 (81,7%) больных, слизистое отделяемое в среднем или нижнем носовых ходах в малом количестве найдено у 11 (18,3%) больных. Связи между перенесенными синуситами и изменениями со стороны слизистой оболочки полости носа на момент исследования выявлено не было ($r_b = -0,070, p < 0,001$). Отсутствие аденоидной ткани при задней риноскопии наблюдалось у всех пациентов. Изменения со стороны уха включали в себя втянутость барабанной перепонки у 5 (8,3%) больных РС, предъявляющих жалобы на заложенность в ухе. У 27 (44,9%) пациентов определялись признаки хронического тонзиллита. Сравнительные результаты риноскопии больных группы исследования и контрольных групп приведены в табл. 2.

Из полученных результатов следует, что единственным постоянным объективным риноскопическим признаком острого синусита у больных РС является яркая гиперемия слизистой оболочки полости носа. Постоянство этого симптома, на наш взгляд, подчеркивает риногенный путь инфицирования ОНП.

В группе исследования диагноз острого синусита установлен на основании: лихорадки, нейтрофильного лейкоцитоза периферической крови, обнаруженного при компьютерной томографии (КТ) утолщения слизистой оболочки ОНП. Выявленные при целенаправленном опросе жалобы со стороны ЛОР-органов («оториноларингологический синдром») носили маловыраженный или умеренный характер и играли вспомогательную роль. Клиническое обследование (общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, рентгенография грудной клетки, терапевтический осмотр, осмотр ЛОР-органов) исключали иную локализацию острого воспалительного процесса. Катаральный характер воспаления ОНП (по результатам риноскопии, КТ, пункции верхнечелюстных пазух) установлен в 57 (95%) случаях, гнойный – у 3 (5%) больных. Выявлена следующая локализация синусита: полисинусит (двусторонний верхнечелюстной, односторонний фронтит, односторонний этмоидит) – 52 (86,7%) больных, двусторонний верхнечелюстной синусит – 8 (13,3%) больных. На наш взгляд, вовлечение в воспалительный процесс одновременно двух и более ОНП тоже можно отнести к клиническим особенностям острого синусита на фоне РС.

По степени тяжести течения острого синусита больные распределены следующим образом: легкое течение – 34 больных, средняя степень тяжести – 24 больных, тяжелое течение – 2 больных. Пациентов с легким течением синусита объединяло в большинстве случаев отсутствие жалоб со стороны ЛОР-органов, лихорадка до $37,5^\circ\text{C}$ (или ее отсутствие), лейкоцитоз или лейкопения в периферической крови [абсолютное содержание лейкоцитов менее $5 \cdot 10^9/\text{л}$ или



($7 \div 9$) 10^9 /л] с изменением лейкоцитарной формулы, утолщение слизистой оболочки задних отделов ОНП менее 6 мм. Отличительной чертой больных группы исследования являлось широкое распространение субфебрильной лихорадки у больных с легким течением синусита.

При средней степени тяжести жалобы со стороны ЛОР-органов имели место, хотя субъективные ощущения не расценивались больными как «значимые, существенные». Наблюдалась лихорадка от 37,5 до 37,9 °С, утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух более 6 мм или субтотальное. К этой группе отнесены и трое больных, у которых при пункции верхнечелюстных пазух найден гнойный экссудат. Больные с тяжелым течением синусита выявлены в палате интенсивной терапии неврологического отделения, куда были госпитализированы с подозрением на менингит (диагноз менингита впоследствии не подтвержден). Больных объединяло: лихорадка более 38 °С, головная боль, лейкоцитоз периферической крови более $12 \cdot 10^9$ /л, утолщение слизистой оболочки челюстных пазух более 6 мм или субтотальное, утолщение слизистой оболочки одной из лобных пазух до 6 мм, ушной шум, скудные субъективные патологические ощущения со стороны ЛОР-органов, снижение объема при отсутствии гнойного выпота в верхнечелюстных пазухах. При любой степени тяжести острого синусита у больных нарастал неврологический дефицит, в связи с чем они и были госпитализированы в неврологическое отделение.

В 1-й контрольной группе пациенты с поражением нескольких ОНП составили 75%. Во 2-й контрольной группе наблюдались пациенты только с поражением нескольких ОНП. В 1-й контрольной группе полисинусит выявлен у 39 (65%) больных, двусторонний верхнечелюстной синусит – 6 (10%) больных, односторонний верхнечелюстной синусит – у 15 (25%) больных. Во 2 контрольной группе полисинусит (одно-, двусторонний верхнечелюстной синусит, двусторонний этмоидит, одно-, двусторонний фронтит) выявлен у 37 (61,7%) больных, гемисинусит – у 5 (8,3%) больных, двусторонний верхнечелюстной синусит – у 18 (30%) больных.

В 1-й контрольной группе катаральный процесс установлен у 27 (45%) больных, гнойный – у 33 (55%) больных. Во второй группе катаральный характер синусита установлен у 29 (48,3%) больных, гнойный – у 31 (51,7%) больного. При сравнении с контрольными группами по критерию χ^2 в группе исследования достоверно чаще выявлены катаральные формы воспаления ОНП при сопоставимой степени тяжести течения синусита [$\chi^2_{кр}(0,05;4) > 9,49$]. Обращает на себя внимание то, что у больных острым синуситом на фоне РС в редких случаях, когда гнойный экссудат был получен, количество выпота было невелико. При тяжелом течении синусита существенно отягощающем течение РС, гнойного выпота в ОНП не наблюдалось.

Общее количество лейкоцитов периферической крови у больных РС при легком течении синусита находилось в пределах ($3,8 \div 8,2$) $\cdot 10^9$ /л. При средней тяжести острого синусита – ($3,7 \div 11,3$) $\cdot 10^9$ /л и при тяжелом течении – ($14,3 \div 16,1$) $\cdot 10^9$ /л. Показатели содержания лейкоцитов в крови больных контрольных групп находились в сопоставимых пределах.

У больных острым синуситом на фоне РС при первичном обследовании микрофлора в мазках была более многообразна. Наиболее распространенным представителем микроорганизмов являлся *Staphylococcus epidermidis*. Количество выделенных микроорганизмов у больных острым синуситом и РС достигало 11 родов; в контрольных группах выделена микрофлора, относящаяся к 7 родам. Были получены достоверные различия по частоте встречаемости в группах для *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans* и *Corinebacter*. В нашем исследовании данные микроорганизмы чаще выявлялись у пациентов с РС. Частота встречаемости несвойственной для слизистой оболочки полости носа микрофлоры среди больных острым синуситом на фоне РС определена 60%, тогда как у больных острым синуситом на фоне ВСД только 8,3%, у больных острым синуситом без сопутствующей патологии – 3,3%. Степень обсемененности слизистой оболочки полости носа в группе исследования определена в пределах 10^2 – 10^6 , у больных контрольной группы – в пределах 10^3 – 10^6 . Средний показатель суммарной обсемененности слизистой оболочки полости носа в группе больных РС составил $10^{4,2}$, а в группе контроля – $10^{5,3}$ ($p = 0,042$). Изменения в микробном пейзаже слизистых оболочек, характеризующиеся наличием микрофлоры, не характерной для данного биоценоза, или наличием двух и более резидентных микробов в количестве более 10^4 , оцениваются как дисбиозы. При исследовании микрофлоры смыва со слизистой оболочки верхнечелюстных пазух



получено полных совпадений микрофлоры полости носа и ОНП в группе исследования 65%, в контрольной группе – 53,3%. У больных группы исследования выделены возбудители 9 родов, у больных контрольной группы – представители 5 родов. Степень обсемененности в среднем составила в группе исследования $10^{3,7}$, в контрольной группе – $10^{4,1}$.

Выводы

1. У больных рассеянным склерозом выявляется большее разнообразие микрофлоры слизистых оболочек при большей степени обсемененности.
2. Более чем в половине случаев обнаруживается микрофлора, не характерная как для острого синусита, так и для слизистой оболочки полости носа вообще.
3. Вид возбудителя оказывает влияние на клиническое течение острого воспалительного процесса и вносит свой вклад в формирование клинических особенностей течения острого синусита у больных рассеянным склерозом.
4. Острый синусит на фоне рассеянного склероза развивается как полисинусит.
5. Достоверно чаще встречаются катаральные формы воспаления околоносовых пазух.
6. Корреляция между степенью тяжести течения синусита и морфологической формой отсутствует.
7. Субъективные ощущения больных и визуальные объективные симптомы достаточно скромны, в связи с чем оториноларингологический синдром практически не выражен.
8. Острый синусит у больных рассеянным склерозом способствует нарастанию неврологического дефицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И., Демина Т. Л., Бойко А. Н. Рассеянный склероз. – М.: Нефть и газ. – 1997. – 340 с.
2. Гусев Е. И. Использование иммунологических параметров для мониторинга активности патологического процесса при рассеянном склерозе. В кн.: Аллергия и иммунопатология (иммунные механизмы формирования, принципы терапии) / Под ред. Г. В. Порядина. – М., 1999. – С. 226–238.
3. Тимчук Л. Э., Рязанцев С. В. Иммунопатогенетические особенности гнойных риносинуситов и современные подходы к их лечению // Рос. оториноларингология. – 2009. – № 5(42). – С. 156–163.
4. Хонджариан О. А., Завалишин И. А., Невская О. М. Рассеянный склероз. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
5. Янов Ю. К., Рязанцев С. В., Страчунский Л. С. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита // Клин. микробиология и антимикроб. химиотерапия. – 2003. – № 2. – С. 167–174.
6. Collaghan T. S. Multiple Sclerosis and sinusitis // The Lancet, volum 328, Issue 8489. – 19 July 1986. – P. 160–161.
7. Cook S. D. Evidence for multiple sclerosis as an infectious disease // Acta. Neurol. Scand. – 1995. – Vol. 91 (161). – P. 34–42.
8. Kurtzke J. F. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) // Neurology. – 1983. – N 33. – P. 1444–1452.
9. The epidemiologic study of etiological factors in multiple sclerosis / T. Riise [et al.] // Neurology. – 1997. – Special suppl. – P. 628–635.

Теплов Андрей Валерьевич – зав. отоларингологическим отделением Кемеровского областного госпиталя ветеранов войн, гл. отоларинголог департамента охраны здоровья населения Кемеровской обл. 650000, Кемерово, ул. 50 лет Октября, д. 10; тел.: 8(3842) 58-10-60, 58-57-49, 8-903-944-36-92; e-mail: teplov@okgvr.ru; **Киселев** Алексей Борисович – д-р мед. наук, проф. каф. оториноларингологии Новосибирского ГМУ, гл. внештатный оториноларинголог департамента здравоохранения мэрии г. Новосибирска. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52; тел.: 8 (383) 22-66-352; моб. тел.: +7-913-949-63-22; e-mail: kislor@rumbler.ru