

А.И. КРЮКОВ, М.Е. СТУДЕНЬИЙ, М.Е. АРТЕМЬЕВ, П.Л. ЧУМАКОВ, Д.А. РЫНКОВ, Д.С. ГОРИН,  
ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии Департамента здравоохранения г. Москвы»

# ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РИНОСИНУСИТАМИ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

**Заболевания носа и околоносовых пазух (ОНП) — одна из наиболее распространенных патологий верхних дыхательных путей (Пальчун В.Т., Крюков А.И., 2001 [2]). Росту острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости носа и ОНП способствует сложившаяся в настоящее время неблагоприятная экологическая обстановка, возросшее количество аллергических и респираторных вирусных заболеваний, а также снижение местного и общего иммунитета.**

*Ключевые слова: синусит, околоносовые пазухи, антибактериальная терапия, фитопрепараты*

**С**инусит – инфекционный воспалительный процесс бактериальной или вирусной этиологии, локализующийся в слизистой оболочке ОНП. Несмотря на совершенствование способов диагностики и лечения синуситов, уровень их распространенности в настоящее время не уменьшается. По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы, распространенность синуситов составляет 1 420 случаев на 100 000 взрослого населения. Кроме того, отмечено, что в последнее десятилетие возросла резистентность основных видов бактерий — возбудителей риносинусита к широко используемым антибактериальным препаратам. Основные принципы комплексного лечения больных с риносинуситами заключаются в рациональном сочетании общего и местного лечения, в результате чего уменьшается воспалительная реакция слизистой оболочки полости носа и ОНП и улучшается отток через естественные отверстия из ОНП.

**■ По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы, распространенность синуситов составляет 1 420 случаев на 100 000 взрослого населения.**

Основу медикаментозной терапии инфекционных (бактериальных) риносинуситов составляют антибактериальные препараты, и прежде всего антибиотики. При выборе антибактериальных препаратов врач чаще всего назначает антибиотики широкого спектра действия до получения результатов бактериологического посева микрофлоры на ее чувствительность к антибиотикам. Основными возбудителями острых риносинуситов, по данным отечественных и зарубежных авторов, являются пневмококки, гемофильная палочка и моракселла (Snow J.B., Ballenger J.J., 1996 [6], Пальчун В.Т.,

Крюков А.И., 2001 [2]). При остром риносинусите чаще высевается монофлора, обычно это представитель аэробной микрофлоры. При хронических риносинуситах высевается полифлора, помимо аэробной микрофлоры высевают и анаэробную микрофлору (штаммы *Fusobacterium*, *Peptostreptococci*, *Bacteroides*), а также золотистый стафилококк и  $\alpha$ -гемолитический стрептококк (Солдатов И.Б., 1997 [4]).

Лечение больных с острым риносинуситом начинают с назначения системной антибиотикотерапии, которая продолжается 7–10 дней. При лечении острого риносинусита из антибактериальных препаратов Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. отдают предпочтение амоксициллину, считая его основным антибиотиком для лечения данной патологии. В июле 2000 г. Американская академия оториноларингологии — хирургии головы и шеи выпустила методические рекомендации по антимикробной терапии острого бактериального риносинусита (Antimicrobial Treatment Guidelines For Acute Bacterial Rhinosinusitis, 2000 [5]), в которых рекомендуется для лечения в качестве выбора применять амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав, Аугментин, Клавоцин), цефподоксима проксетил (Орелокс, Вантин) или цефуроксима аксетил (Зиннат, Зинацеф, Кетоцеф). В качестве альтернативы для пациентов с аллергией к  $\beta$ -лактамам предложено применять гатифлоксацин (Теквин), левофлоксацин (Леваквин, Таваник), моксифлоксацин (Авелокс), азитромицин (Зитромакс, Сумамед), кларитромицин (Клацид, Биаксин) и доксициклин (Вибрамицин).

Так как при риносинуситах происходит образование большого количества густой и вязкой слизи, которая накапливается в очаге воспаления и поддерживает течение патологического процесса, то при лечении этого контингента больных также используют мукоактивные препараты. Муколитики снижают вязкость и эластичность секрета путем изменения его физико-химических свойств. При риносинуситах используют следующие муколитики: ацетилцистеин, АЦЦ, Флуимуцил, Мукобене, Месну, Амброксол, протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин,

химопсин) и растительные муколитические препараты — Геломиртол и Синупрет (Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепяхин В.К., 1998 [1]).

Растительный лекарственный препарат Синупрет занимает особое место в ряду муколитиков. Его безопасность и эффективность доказана в многочисленных зарубежных и отечественных клинических исследованиях. Все растения, входящие в состав препарата (первоцвет, щавель, бузина, вербена, горечавка), обладают выраженным муколитическим действием. Кроме того, цветы первоцвета повышают активность реснитчатого эпителия и ускоряют эвакуацию секрета из дыхательных путей, обладая также и некоторым спазмолитическим действием. Сочетанный эффект компонентов препарата приводит к устранению мукостаза и, как следствие, восстановлению дренажа и вентиляции околоно-

**■ Растительный лекарственный препарат Синупрет обладает противовоспалительной, иммуностимулирующей и противовирусной активностью. Его безопасность и эффективность доказана в многочисленных зарубежных и отечественных клинических исследованиях.**

совых синусов. Помимо этого, Синупрет обладает противовоспалительной, иммуностимулирующей и противовирусной активностью. Нужно отметить, что фитотерапия была включена в последнее издание EP3OS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012), причем степень доказательности ее эффективности совпадает со степенью доказательности эффективности деконгестантов при лечении хронических риносинуситов. В комплексе консервативного лечения больных риносинуситом используют физиотерапию. Назначают микроволновую, УВЧ- или СВЧ-терапию на область пораженной пазухи (Пальчун В.Т., Крюков А.И., 2001 [2]), эндоназальный фонофорез и электрофорез, диадинамические токи или токи д'Арсонваля (Солдатов И.Б., 1997 [2]). По данным Плетнева С.Д., 1981; Тимена Г.Э., 1981; Тимиргалеева Н.Х., хороший эффект дает лазеротерапия, оказывающая положительное биостимулирующее действие на течение воспалительных заболеваний ОНП. Лазеротерапия проводится контактно на область проекции пазух, эндоназально или внутрипазушно, с помощью специального проводника, введенного через пункционную иглу или дренажную трубку.

Применение сосудосуживающих препаратов, системной антибиотикотерапии и физиотерапии не всегда достаточно, чтобы вылечить больного с острым воспалительным процессом в ОНП. Неполная или затрудненная эвакуация гноя из ОНП приводит к выраженной интоксикации, осложнениям и формированию хронического воспалительного процесса в них. По мнению Пискунова Г.З. и Пискунова С.З. (1991) при лечении синусита необходимо соблюдать основное требова-



# Синупрет®

**Целебная сила растений против затяжного насморка и гайморита**

- Устраняет отек и воспаление
- Снимает заложенность носа
- Обладает противовирусным действием
- Рекомендован с 2-х летнего возраста

РЕКОМЕНДОВАНО:

СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ  
МОСКВА

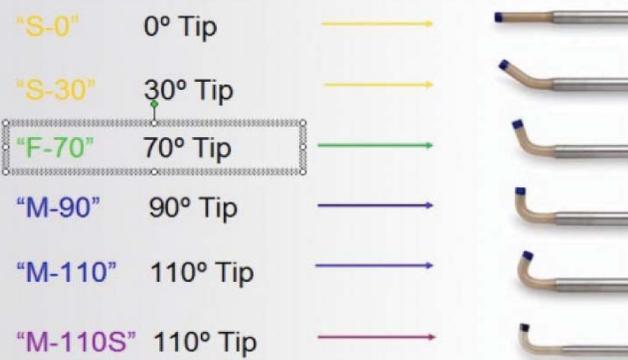
Для лечения острого и хронического синусита

Синупрет®  
BIONORICA  
The phytonceering company

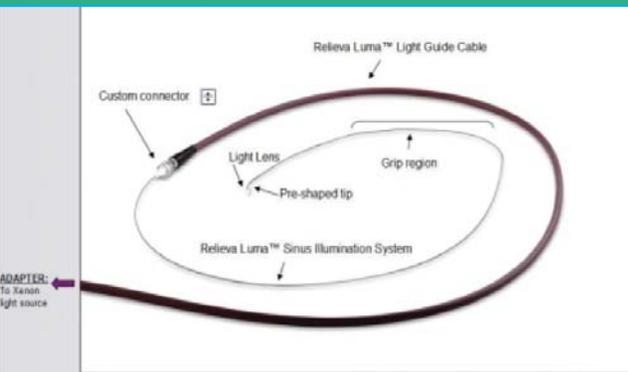
Растительный лекарственный препарат  
Рег. уд. П № 014247/01 от 28.03.07, П № 014247/02 от 28.03.07

БИОНОРИКА, Германия  
Тел./факс: (495) 502-90-19  
<http://www.bionorica.ru>  
e-mail: [bionorica@co.ru](mailto:bionorica@co.ru)

**Рисунок 1. Серия проводниковых катетеров с разными углами обзора**



**Рисунок 2. Светопроводящий проводник для проведения диафаноскопии**



**Рисунок 3. Серия баллонных катетеров, различающихся по длине и ширине**



**Рисунок 4. Аппарат для раздувания баллонов**



ние гнойной хирургии: гнойный очаг должен быть вскрыт и дренирован.

В отношении гайморита это означает, что, как только установлен диагноз, пазуху необходимо пунктировать или дренировать. Пункция верхнечелюстной пазухи, несмотря на известные опасности, продолжает оставаться одним из наиболее распространенных методов консервативного лечения и применяется как в стационарной, так и в амбулаторной практике (Пальчун В.Т., Крюков А.И., 2001 [2]). Пункция уточняет диагноз, освобождает пазуху от гноя — это предупреждает осложнения, дает возможность проводить активно местное лечение, что способствует более быстрому выздоровлению (Пискунов Г.З., Пискунов С.З.,

**■ Фитотерапия была включена в последнее издание EP30S (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012), причем степень доказательности ее эффективности совпадает со степенью доказательности эффективности деконгестантов.**

2006 [3]). Вместо неоднократных пункций верхнечелюстных пазух часто проводят их длительное дренирование с помощью катетера. Наличие катетера в пазухе создает дополнительный путь для эвакуации секрета из пораженной пазухи, увеличивает воздухообмен, ликвидирует отрицательное давление в пазухе, обеспечивает возможность повторного введения в пазуху лекарственных веществ (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006 [3]). Наложение дренажа и регулярное удаление из пазухи богатого протеолитическими ферментами экссудата при гнойном гайморите защищают от протеолиза факторы местного иммунитета и в 2—3 раза повышают содержание иммуноглобулинов и комплемента в пораженной пазухе, стимулируя механизмы местной антибактериальной защиты.

Широкое распространение эндоскопической хирургии, особенно функциональные эндоскопические внутриносовые вмешательства по технике Мессерклингера, открывает перед оториноларингологами новые возможности щадящего хирургического лечения риносинуситов.

«Метод перемещения» для лечения больных риносинуситами, предложенный Proetz A.W. в 1926 г., практически не претерпел никаких изменений до настоящего времени и достаточно широко применяется оториноларингологами для лечения риносинуситов, в т. ч. у детей. При использовании данного метода, к сожалению, не всегда удается добиться заполнения лекарственной жидкостью всех околоносовых пазух, особенно лобного синуса.

Для устранения недостатков «метода перемещения» Г.И. Марков и соавт. в 1987 г. предложили беспункционный способ лечения больных с синуситом и устройство для его осуществления, впоследствии названное синус-катетером ЯМИК. С помощью блокады носоглотки и преддверия носа

раздувными баллонами и удаления воздуха из полости носа создается отрицательное давление, под действием которого из ОНП удаляется патологический секрет. Изменяя давление в полости носа с отрицательного на положительное, производится введение в пазухи лекарственных растворов.

Среди новых современных методов хирургического лечения синусита можно отметить метод баллонной синус-дилатации, который впервые был зарегистрирован в США в 2004 г. (в России — 2012 г.). Это относительно новый, минимально инвазивный метод, направленный на эндоназальное расширение естественных соустьев ОНП, который активно используют уже с 2005 г. в США, с 2007 г. — в Европе. Баллонную синус-дилатацию можно применять при патологии верхнечелюстных, лобных и клиновидных пазух. Для каждой пазухи используется специальная канюля. Различают т. н. чистую баллонную синус-дилатацию и смешанную. Преимуществами данной методики являются:

- 1) минимизация риска повреждения окружающих важных структур, включая орбиту, кровеносные сосуды, нервы;
- 2) снижение вероятности рубцевания естественного соустья, которое приведет в дальнейшем к реоперации;
- 3) минимизация боли в послеоперационном периоде; более быстрое восстановление после операции;
- 4) минимальное использование «активного» хирургического подхода.

Показаниями к проведению баллонной синус-дилатации являются:

- 1) хронический экссудативный синусит, не поддающийся консервативному лечению;

- 2) острые и рецидивирующие синуситы с блоком соустья.

Данные виды вмешательства можно выполнять как под эндотрахеальным наркозом, так и под местной анестезией (инфильтрационная + аппликационная), как с использованием седативных препаратов, так и без них. Для проведения баллонной синус-дилатации требуется:

- 1) серия проводниковых катетеров с разными углами обзора (рис. 1);
- 2) светопроводящий проводник для проведения диафаноскопии (рис. 2);
- 3) серия баллонных катетеров, различающихся по длине и ширине (рис. 3);
- 4) аппарат для раздувания баллонов (рис. 4);
- 5) гибкая ручка-манипулятор для работы одной рукой эндоскопом и катетером (рис. 5);
- 6) Vortex (ирригационный катетер) (рис. 6).

Техника баллонной синус-дилатации основана на зондировании пазухи катетером со световодом, оснащенным раздувным баллоном. Суть ее заключается в том, что в суженное естественное соустье пазухи вводится в сдутом состоянии баллон через проводниковый катетер, далее баллон раздувается до 6—8 атмосфер, расширяя суженное или заблокированное соустье в течение нескольких секунд, тем самым обеспечивая адекватный дренаж, аэрацию пораженной пазухи и минимальную травматизацию слизистой оболочки. Затем баллон сдувается и удаляется, слизистая оболочка пазухи

Рисунок 5. Гибкая ручка-манипулятор для работы одной рукой эндоскопом и катетером

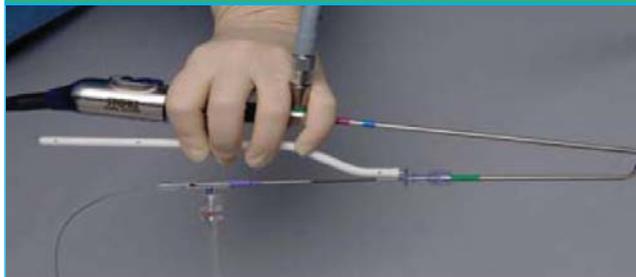


Рисунок 6. Vortex (ирригационный катетер)



орошается лекарственным веществом при помощи ирригационного катетера. В ряде случаев для доступа к соустью пазухи требуется проведение минимальной хирургической коррекции, например, выполняется резекция части крючковидного отростка, что обусловлено индивидуальными особенностями архитектоники полости носа (Kennedy D.W., Hwang P.H 2012 [7]).

У нас в клинике впервые в России была использована данная технология после официальной регистрации в апреле 2012 г.

**■ При лечении больных с риносинуситами используют мукоактивные препараты, в т. ч. растительного происхождения. Муколитики снижают вязкость и эластичность секрета путем изменения его физико-химических свойств.**

Пациент П., 1983 г. рождения, был госпитализирован в дневной стационар МНПЦ оториноларингологии с диагнозом «острый рецидивирующий риносинусит». Из анамнеза известно, что у пациента 2—3 раза в год происходит обострение риносинусита на протяжении нескольких лет. При поступлении пациента беспокоили боли и дискомфорт в области лба, слизисто-гнойные выделения из носа, преимущественно справа, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела до 37,3. На КТ ОНП от 30.01.12 отмечается утолщение слизистой оболочки правой верхнечелюстной и обеих лобных пазух, наличие жидкости в вышперечисленных пазухах. Эффект от проводимой консервативной терапии был незначительным. В связи с этим пациенту проведено хирургическое лечение в объеме: баллонная синус-дилатация лобных пазух с двух сторон, правой верхнечелюстной пазухи. При промывании лобной пазухи после

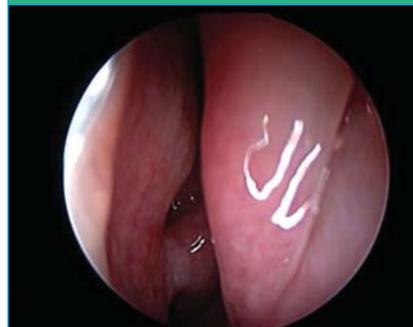
Рисунок 7. Свободное соустье правой верхнечелюстной пазухи, 16 суток после операции



Рисунок 8. Свободное соустье левой лобной пазухи, 16 суток после операции



Рисунок 9. Свободное соустье левой лобной пазухи, 3 месяца после операции



проведенной синус-дилатации получено густое слизистое отделяемое.

Операцию перенес удовлетворительно. В послеоперационном периоде в состав комплексной терапии был включен препарат Синупрет – 3 раза в день по 2 драже в течение 14 дней.

Через 16 суток после вмешательства – соустья лобных и правой верхнечелюстной пазух обозримы, проходимы. Пациент отметил улучшение общего состояния, уменьшение количества отделяемой слизи, отсутствие дискомфорта в проекции лобных пазух (рис. 7, 8).

Через 3 месяца после вмешательства – соустья лобных и правой верхнечелюстной пазух обозримы, проходимы (рис. 9). Пациент чувствует себя удовлетворительно, рецидивов риносинусита не наблюдалось, отсутствует отделяемое из носа, дискомфорт в области лобных пазух и головные боли отсутствуют.

■ **Основными возбудителями острых риносинуситов, по данным отечественных и зарубежных авторов, являются пневмококки, гемофильная палочка и моракселла.**

Таким образом, в настоящее время при лечении пациентов с риносинуситами отоларингологи располагают достаточным числом методов консервативного, в т. ч. фитотерапией, и оперативного воздействия, позволяющих снизить срок пребывания в стационаре, частоту рецидивов воспалительного процесса и риск проведения повторных операций.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., 1998.
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Руководство для врачей.—М., 2001.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. — М., 2006.
4. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. — М., 1997.
5. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership // Otolaryngology- Head and Neck Surgery, 2000.
6. Ballenger J.J., Snow J.B. Otorhinolaryngology: Head and Neck surgery, Baltimore, Philadelphia, Hong Kong, London, Munich, Sydney, Tokyo, 1996.
7. Kennedy D.W., Hwang P.H. Rhinology: Diseases of the Nose, Sinuses, and Skull Base, NY, 2012.