

А.Б. ТУРОВСКИЙ, к.м.н., руководитель отдела патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной эстетической хирургии, Ю.И. ТАЛАЛАЙКО, О.В. СЕМКИНА, МНПЦ оториноларингологии

ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ РИНОСИНУСИТ

ПРОБЛЕМЫ И ИХ РЕШЕНИЯ

Термин «риносинусит» (РС) может использоваться наравне с термином «синусит», поскольку слизистая носа граничит со слизистой придаточных пазух носа и любое воспаление придаточных пазух носа почти всегда сопровождается воспалением полости носа [1, 2]. РС является чрезвычайно распространенным заболеванием. В рамках национального обследования здоровья, проведенного в 2008 г. в США, было установлено, что почти каждый 7-й (13,4%) взрослый в возрасте старше 18 лет перенес РС в течение предыдущих 12 месяцев [3]. Заболеваемость среди взрослых женщин выше, чем мужчин, примерно в 1,9 раза. Отмечено, что взрослые от 45 до 74 лет болеют чаще [3].

Ключевые слова: риносинусит, околоносовые пазухи, антибактериальная терапия, фитопрепараты

Острым риносинуситом (ОРС) считается воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух продолжительностью до 4 недель. РС может быть вызван различными факторами, включая воздействие аллергенов, экологических раздражителей и инфекций — вирусов, бактерий или грибов. Вирусная этиология (или простуда) является самой частой причиной ОРС. Исследования, проведенные у детей младшего возраста (6—35 месяцев), показали, что частота случаев вирусного ОРС составляет в среднем 6 эпизодов в год [4]. У взрослых заболеваемость оценивается в 2—3 эпизода РС в год [5]. Вторичная бактериальная инфекция придаточных пазух носа после предшествующей вирусной встречается сравнительно редко, что, по некоторым оценкам, составляет 0,5—2% случаев у взрослых [6, 7] и около 5% у детей [8]. В целом распространенность бактериальной этиологии ОРС оценивается в 2—10%, в то время как вирусной — 90—98% [5]. Несмотря на это, антибиотики назначаются практически всем пациентам с симптомами ОРС. На сегодняшний день ОРС, по опросам врачей общей практики, является пятым ведущим показанием к назначению антимикробной терапии [8]. Таким образом, нерациональное

использование антибиотиков является одной из основных проблем в лечении ОРС в основном из-за трудности в дифференциальной диагностике вирусной и бактериальной природы РС.

Золотым стандартом диагностики острого бактериального риносинусита (ОБРС) является высеивание бактерии из полости околоносовых пазух ($\geq 10^4$ колониеобразующих единиц на миллилитр) [1, 5, 6]. Однако в реальной клинической практике диагностика ОБРС в большинстве случаев основывается на сочетании клинических симптомов риносинусита с радиографическим подтверждением заинтересованности пазухи. К сожалению, данные диагностические критерии не позволяют адекватно отличить бактериальную и вирусную инфекции. Продолжительность симптомов РС более 7—10 дней часто используется в качестве суррогатного критерия, позволяющего отличить бактериальную инфекцию от вирусной [27]. Тем не менее даже в этом случае вероятность подтверждения бактериальной обсемененности синуса составляет лишь около 60% среди взрослых пациентов [25]. Все это приводит к переоценке потенциальной эффективности антибактериальной терапии [2].

Вирусный РС характеризуется наличием назальных симптомов (заложенность носа, выделения из носа) и/или кашлем. Пациенты могут также жаловаться на першение в горле. Как правило, выделения

из носа в начале заболевания водянистые, однако качество носового секрета в течение нескольких дней часто меняется на более густой (слизистый, слизисто-гнойный). У большинства пациентов с неосложненным вирусным РС отсутствует выраженная лихорадка, а ее присутствие в начале болезни чаще сочетается с другими общими симптомами интоксикации. Как правило, лихорадка и общие симптомы исчезают в первые 24–48 часов, на этом фоне местные симптомы становятся более заметными. Важной в дифференциации бактериального и вирусного РС является сочетанная оценка длительности и характера течения заболевания. В большинстве случаев неосложненных вирусных РС респираторные симптомы продолжаются в течение 5–10 дней с пиком проявления симптомов на 3–6-м днях болезни. Для ОБРС отмечено 3 типичных клинических признака: постоянные симптомы, без уменьшения выраженности и длительностью более 10 дней; острое начало с тяжелыми проявлениями заболевания, характеризующимися высокой лихорадкой, по крайней мере 39 °С, и гнойными выделениями из носа в течение 3–4 дней в начале болезни; прогрессивное течение характеризуется наличием типичных симптомов вирусного РС, которые внезапно усиливаются после 5–6 дней болезни [1, 25].

Хотя классической картиной ОБРС считается триада симптомов: головная боль, лицевая боль и лихорадка, стоит отметить, что у взрослых это редкость. Течение заболевания с постоянными умеренно выраженными симптомами встречается гораздо чаще. У детей наиболее распространенными проявлениями бактериального РС являются кашель (80%), затем выделения из носа (76%) и лихорадка (63%).

Все вышеизложенное определяет сложность проблемы диагностики и лечения ОБРС. В нашей стране принято ссылаться в основном на европейские клинические рекомендации, в то же время, анализируя сложившуюся практику в России, можно сделать вывод о том, что более близкими и актуальными для нашей страны являются рекомендации Американской медицинской ассоциации. Тезисно и несколько адаптированно к существующим реалиям основные положения этих рекомендаций 2012 г. [25] изложены ниже.

1. Эмпирическая антибактериальная терапия должна быть начата, как только на основании критериев, описанных выше, клинически установлен диагноз ОБРС. При любой степени тяжести ОБРС в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии может быть рекомендован амоксициллин/клавуланат, а не амоксициллин (как в прежних рекомендациях).

■ Исследования, проведенные у детей младшего возраста (6–35 месяцев), показали, что частота случаев вирусного ОРС составляет в среднем 6 эпизодов в год. У взрослых заболеваемость оценивается в 2–3 эпизода РС в год.

2. «Высокие дозы» амоксициллина/клавуланата (2 г перорально 2 раза в день или 90 мг/кг/сут перорально дважды в день) рекомендуются для детей и взрослых с ОБРС в регионах с высокой частотой встречаемости пенициллин-резистентных пневмококков; у людей с тяжелой формой инфекции; у пациентов в возрасте < 2 или > 65 лет; у ослабленных и иммунодепрессивных пациентов.

3. Респираторные фторхинолоны могут быть рекомендованы для начальной эмпирической антибактериальной терапии тяжелой формы ОБРС.

4. Макролиды (кларитромицин и азитромицин) не рекомендуются для эмпирической терапии в связи с высокими показателями устойчивости среди пневмококка (~ 30%) при ОБРС средней и тяжелой степени тяжести.

5. Триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМК) не рекомендуется для эмпирической терапии.

6. Доксциклин может быть использован в качестве альтернативной схемы эмпирической антибактериальной терапии ОБРС легкой степени тяжести у взрослых.

7. Второе и третье поколение пероральных цефалоспоринов больше не рекомендуется для эмпирической монотерапии легкого и средней степени тяжести ОБРС в связи с высокой степенью резистентности среди пневмококков. Комбиниро-

ванная терапия с помощью цефалоспоринов третьего поколения (цефиксим или цефподоксим) плюс клиндамицин может быть использована в качестве альтернативных препаратов у детей с аллергией к пенициллину.

8. Доксициклин или респираторные фторхинолоны (левофлоксацин или моксифлоксацин) рекомендуются в качестве альтернативного средства для эмпирической антибактериальной терапии ОБРС средней и тяжелой степени тяжести у взрослых, страдающих аллергией на пенициллин.

9. Рутинный учет чувствительности золотистого стафилококка или MRSA во время начальной эмпирической терапии ОБРС не рекомендуется.

■ В последнее время свою эффективность в лечении РС показали фитопрепараты, обладающие противовоспалительным и муколитическим действием. Типичным представителем этой группы препаратов считается Синупрет – растительный лекарственный препарат с доказанной эффективностью.

10. Рекомендуемая продолжительность антибактериальной терапии при неосложненном легком и средней степени тяжести ОБРС у взрослых составляет 5–7 дней.

11. У детей с легким и средней степени тяжести ОБРС по-прежнему рекомендуется более длительная антибактериальная терапия — 10–14 дней.

12. Иригационная терапия — интраназальные промывания физиологическим либо гипертоническим раствором — рекомендуется в качестве дополнительной терапии у взрослых с легким и средней степени тяжести ОБРС.

13. Интраназально кортикостероиды рекомендуются в качестве дополнения к антибиотикам при эмпирическом лечении легкого и средней степени тяжести ОБРС в первую очередь у пациентов с аллергическим ринитом в анамнезе.

14. Ни одни из существующих актуальных рекомендаций не предлагают использовать противо-

отечные и/или антигистаминные препараты для лечения ОБРС.

15. Смена антибактериального препарата рекомендуется в случае, если симптомы ОБРС усиливаются после 48–72 часов начальной эмпирической терапии антибиотиками или если улучшения не наступает, несмотря на 3–5 дней начальной эмпирической терапии антимикробными препаратами.

Несмотря на схожесть способов лечения ОБРС в нашей стране и за рубежом, в ряде случаев подходы к терапии данного заболевания значительно разнятся. Это прежде всего относится к оценке эффективности пункционного метода лечения синусита. Пункция верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход остается одной из самых, если не самой распространенной лечебно-диагностической процедурой в российской оториноларингологии. В настоящее время не существует многоцентровых контролируемых сравнительных исследований, доказывающих как пользу, так и вред пункционного метода лечения.

Не все однозначно и в отношении консервативной терапии ОБРС, особенно относительно препаратов, хотя и не играющих определяющую роль в терапии, но способных значительно облегчить состояние пациента и ускорить его выздоровление. Так, в последнее время свою эффективность в лечении РС убедительно продемонстрировали фитопрепараты, обладающие противовоспалительным и муколитическим действием. Типичным представителем этой группы препаратов считается Синупрет — растительный лекарственный препарат с доказанной эффективностью (производство Bionorica, Германия) [29, 30, 31, 32]. Нужно отметить, что за последние 5 лет в Европе (EP3OS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2007, 2012)) степень доказательности эффективности фитопрепаратов в терапии вирусных риносинуситов была поднята до категории Ib, т. е. выше уровня эффективности деконгестантов и синтетических препаратов с аналогичным действием.

Общим фармакологическим свойством растений, входящих в состав Синупрета, является способность оказывать секретолитическое действие.

Кроме того, цветы первоцвета повышают активность реснитчатого эпителия и ускоряют эвакуацию секрета из дыхательных путей, обладая также и некоторым спазмолитическим действием. Таким образом, в комплексе препарат устраняет мукостаз — один из ведущих этиологических факторов ОБРС. Сочетание эффектов препарата приводит к восстановлению дренажа и вентиляции околоносовых синусов. Синупрет нормализует защитные свойства эпителия дыхательных путей за счет улучшения реологических свойств секрета, а также обладает противовоспалительной и иммуностимулирующей активностью. Также в исследованиях *in vitro* продемонстрировано прямое противовирусное действие отдельных компонентов препарата [33]. Следовательно, Синупрет можно рекомендовать как один из компонентов в комплексной терапии острых и обострений хронических РС.

ОРС является одним из самых распространенных заболеваний в лор-практике. Может быть, именно поэтому ни в Западной Европе, ни в России, ни в странах Северной Америки не существует полного консенсуса относительно подходов к диагностике и лечению данного заболевания. Таким образом, право выбора оптимальной тактики при ОБРС во многом по-прежнему остается за лечащим врачом. Именно врач должен учитывать все преимущества лечения и его потенциально негативные последствия как для отдельного человека, так и для населения в целом.



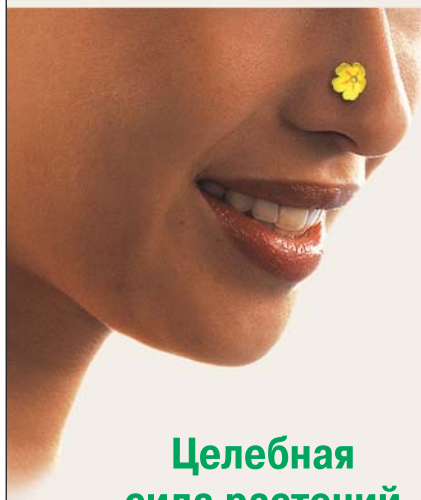
ЛИТЕРАТУРА

1. Meltzer E.O., Hamilos D.L., Hadley J.A. et. al. Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *J Allergy ClinImmunol* 2004; 114: 155—212.
2. Benninger M.S., Ferguson B.J., Hadley J.A. et. al. Adult chronic rhinosinusitis: definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: S1—32.
3. Pleis J.R., Lucas J.W., Ward B.W. Summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey, 2008. *Vital Health Stat* 10, 2009: 1—157.
4. Revai K., Dobbs L.A., Nair S., Patel J.A., Grady J.J., Chonmaitree T. Incidence of acute otitis media and sinusitis complicating upper respiratory tract infection: the effect of age. *Pediatrics* 2007; 119: e1408—12.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.



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:



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

BIONORICA®
The phytonceering company

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