

Синусит: лекция для врачей общей практики

👁 А.И. Крюков, А.Б. Туровский, Ю.В. Талалайко

Московский научно-практический центр оториноларингологии

Представлены современные взгляды на вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения острых и хронических синуситов. Описаны основные группы фармакологических препаратов, применяемые для лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Рассмотрены наиболее распространенные методы местного лечения острого синусита, показания и противопоказания к их использованию. Приведены краткие сведения о принципах хирургического лечения хронического синусита.

Ключевые слова: острый синусит, хронический синусит, антибактериальная терапия, пункция верхнечелюстной пазухи.

Острые и хронические синуситы являются одними из самых частых заболеваний лорорганов: 5–15% взрослых людей страдают той или иной формой синусита. По данным нашей клиники, воспалительные заболевания **околоносовых пазух (ОНП)** являются наиболее частой urgentной лорпатологией, при которой больные нуждаются в госпитализации (19% всех неотложных состояний). С каждым годом число больных, страдающих этой патологией, возрастает. Несмотря на большое количество консервативных и хирургических методов лечения, острые синуситы нередко переходят в хроническую форму, а также могут вызывать внутричерепные и внутриорбитальные осложнения, частота которых не снижается.

С чем же связан продолжающийся рост заболеваемости синуситами? Для ответа на этот вопрос необходимо вспомнить **патогенез острых риногенных синуситов**. Вирусная инфекция вызывает воспаление и отек слизистой оболочки полости носа, в том числе в остиомеатальном комплексе, который представляет собой сложную систему узких пространств, куда открываются ОНП. В ОНП нарушается вентиляция,

давление становится ниже атмосферного, усиливается трансудация, а эвакуация слизи нарушается из-за угнетения мукоцилиарного транспорта. Всё это делает возможным вторичную бактериальную инвазию: бактерии начинают активно размножаться в серозном или слизистом секрете, а замедление движений ресничек мерцательного эпителия продлевает контакт патогенных микробов с клетками. В результате процесс из асептического переходит в гнойный и в клинической картине начинают доминировать симптомы инфекционного воспаления ОНП.

Патогенез **хронического синусита (ХС)** сложнее. В основе его развития лежат различные факторы, в том числе анатомические нарушения полости носа, изменяющие аэродинамику. Наиболее частой аномалией служит искривление перегородки носа, которое может быть врожденным или иметь травматический характер. Увеличение (гипертрофия) нижних носовых раковин, характерное для хронического ринита, также создает преграду воздушному потоку. В норме во время вдоха в ОНП создается небольшое отрицательное давление, а при выдохе — положительное. При нарушении этого механизма происходит изме-

Контактная информация: Талалайко Юрий Владимирович, talalaiko@mail.ru

нение аэрации ОНП, что в конечном счете приводит к развитию хронического воспаления.

Другой причиной развития ХС является патология корней зубов. Принято выделять перфоративные и неперфоративные **одонтогенные гаймориты**. Первые возникают после удаления зубов и характеризуются образованием стойкого ороантрального свища, при этом верхнечелюстная пазуха инфицируется флорой полости рта. При неперфоративных формах одонтогенного гайморита источником инфекции, как правило, является хронический периодонтит. Нередкой причиной одонтогенного гайморита становится пломбировочный материал, попавший в верхнечелюстную пазуху при пломбировке каналов зубов. Такие инородные тела создают благоприятные условия для развития грибковой флоры (мицетомы).

Особое место занимает **полипозный синусит**, патогенез которого до настоящего времени недостаточно изучен. Данное заболевание носит иммунопатологический характер и зачастую патогенетически связано с бронхиальной астмой и непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов. При гистологическом исследовании слизистой оболочки носа при полипозном риносинусите выявляется эозинофильное воспаление.

Классификация

В настоящее время в международной практике распространена следующая **классификация синуситов в зависимости от длительности заболевания**:

- острый синусит (длительность менее 3 мес);
- рецидивирующий острый синусит (2–4 случая острого синусита за год);
- хронический синусит (длительность более 3 мес);

- обострение хронического синусита (усиление существующих и/или появление новых симптомов).

По Б.С. Преображенскому выделяются следующие **формы ХС**: гнойная, гнойно-полипозная, полипозная и пристеночно-гиперпластическая. Несколько реже встречаются катаральная, серозная и аллергическая формы ХС, редко — холестеатомная, казеозная, некротическая и озенозная.

По тяжести клинических проявлений синуситы делятся на легкие, средней тяжести и тяжелые.

Диагностика

Диагностика синуситов проводится комплексно и основывается на анализе жалоб, анамнеза, клинических симптомов и результатов инструментальных методов обследования.

Для патологии ОНП характерны **жалобы** на затруднение носового дыхания, выделения из носа или стекание слизи по задней стенке глотки, головные боли или боли в проекции ОНП. Симптомы общей интоксикации появляются при тяжелом течении острого бактериального синусита.

Немаловажен для установления диагноза сбор **анамнеза**. Чаще всего появлению симптомов синусита предшествует простуда или переохлаждение. Необходимо уточнять стоматологический анамнез у всех больных: наличие кариеса верхних зубов, лечение или удаление зубов верхней челюсти в последние недели/месяцы перед началом заболевания позволяют заподозрить одонтогенную природу синусита.

Осмотр больного с подозрением на заболевание ОНП включает в себя пальпацию и перкуссию в проекции ОНП, переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию. Для осмотра задних отделов полости носа, носоглотки и структур среднего носового хода используется эндоскопическая техника, которая превосходит возможности передней риноскопии. При осмотре полости но-

са могут быть выявлены гиперемия и отек слизистой оболочки, патологическое отделяемое в области устьев ОНП, а также анатомические аномалии.

Среди инструментальных методов обследования ОНП важнейшее место занимают **рентгенологические методы**. Рентгенография ОНП может производиться в носолобной и носоподбородочной проекциях. Первая используется для оценки состояния верхнечелюстных и лобных пазух, а также клеток решетчатого лабиринта, вторая — преимущественно для исследования лобных пазух и чешуи лобной кости. При подозрении на патологию лобной пазухи обязательно выполнение снимков в боковой проекции. Рентгенография ОНП позволяет достоверно судить об их состоянии и наличии патологического экссудата. Жидкостное содержимое, отек слизистой оболочки или кисты ОНП легко дифференцируются по результатам обычной рентгенографии.

Самым информативным методом диагностики заболеваний ОНП является **компьютерная томография**. Она позволяет детально исследовать все группы ОНП, включая клиновидную пазуху, оценить состояние их костных стенок и слизистой оболочки. Компьютерная томография предоставляет исчерпывающие сведения об анатомии и особенностях строения ОНП, которые необходимы при планировании объема хирургического вмешательства. Компьютерная томография показана при тяжелых или осложненных случаях острого синусита, ХС, подозрении на новообразование ОНП, а также при травмах челюстно-лицевой области. Все рентгенологические методы имеют одно общее противопоказание — беременность.

Лечение

Для успешного лечения синуситов необходимо своевременное назначение этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Этиотропная терапия

Этиотропная терапия включает в себя назначение **антибактериальных препаратов (АБП)**, активных против основных возбудителей острого синусита — *Streptococcus pneumoniae* (48%), *Haemophilus influenzae* (12%) и *Moraxella catarrhalis*. В ряде случаев при бактериологическом исследовании выявляются *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus haemolyticus* (тип А). В последние годы отмечается рост частоты синуситов, вызванных микробными ассоциациями (более 12%), а также появились сообщения о выделении *Chlamydia pneumoniae* у больных острым синуситом.

Стартовый АБП выбирается эмпирически с учетом наиболее вероятных возбудителей. Не существует строгого соответствия между этиологией бактериального синусита и клинической картиной, однако пневмококковый синусит обычно протекает тяжелее, чаще приводит к развитию осложнений и не склонен к самопроизвольному разрешению. Поэтому при выборе АБП для лечения острого риносинусита следует прежде всего ориентироваться на пневмококк.

Современные **рекомендации по лечению острого бактериального синусита** включают следующие группы АБП:

- β-лактамы: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, сульбактам, цефуроксима аксетил, цефаклор;
- макролиды: кларитромицин, азитромицин;
- фторхинолоны: левофлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин.

Большинство современных АБП выпускаются в различных лекарственных формах, что позволяет выбирать путь введения. В амбулаторных условиях предпочтение следует отдавать пероральному пути введения АБП. Наиболее подходящими пероральными препаратами для эмпирической терапии в амбулаторной практике следует считать амоксициллин (он наиболее активен против

пневмококков с низким и средним уровнем пенициллинорезистентности), а также амоксициллин/клавуланат. Ампициллин малоприменим для применения в амбулаторных условиях из-за низкой биодоступности при пероральном приеме (30–40% по сравнению с 90% у амоксициллина).

Вирусная и грибковая теории патогенеза ХС на сегодняшний день не нашли достаточных лабораторных подтверждений, но и роль бактерий в развитии ХС пока остается не до конца ясной. Бесспорно, что ХС, при котором имеется рост бактериальной флоры, отличается менее благоприятным течением. Вне обострения при ХС бактериальная флора обнаруживается примерно у половины пациентов даже с использованием молекулярных методов диагностики (полимеразной цепной реакции). Аэробные бактерии составляют 15–25% среди всех бактериальных возбудителей, анаэробные — 25–35%, ассоциации аэробных и анаэробных бактерий — 45–55%. В связи с этим антибактериальную терапию ХС желательно проводить с учетом данных бактериологического исследования, особенно если у пациента прежде отмечалась неэффективность антибактериальной терапии. При ХС наиболее целесообразно использовать защищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат) и респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин).

Грибковый синусит, вызываемый грибами *Aspergillus*, *Mucor*, *Rhizopus*, *Alternaria*, *Candida*, является особой формой ХС и встречается значительно реже бактериального. Основными противогрибковыми препаратами являются флуконазол и амфотерицин В. Дозирование данных препаратов определяется индивидуально, с учетом конкретной ситуации.

Патогенетическая терапия

Патогенетическое лечение гнойного синусита направлено на восстановление вен-

тиляции и дренирования ОНП, разжижение скопившегося секрета и его удаление из полостей. Обеспечение хорошего дренажа пораженной ОНП — основное условие успешной терапии воспалительного процесса. В настоящее время существует большое количество инвазивных и неинвазивных методов, улучшающих отток слизистого гнойного секрета из ОНП.

Пункция верхнечелюстной пазухи остается в России одним из самых распространенных методов удаления гноя из верхнечелюстной пазухи. Этот метод, безусловно, является наиболее эффективным, однако неприятным и болезненным. Как любой инвазивный метод, пункция верхнечелюстной пазухи может вызывать серьезные осложнения, среди которых подкожная эмфизема, повреждение элементов крыло-небной ямки или глазницы, воздушная эмболия, коллапс, носовое кровотечение.

“ЯМик”-катетеризация является эффективным методом лечения синусита и лишена риска осложнений, характерных для пункции верхнечелюстной пазухи. Несмотря на это она также является болезненной процедурой и не всегда хорошо переносится больными. На наш взгляд, ее выполнение нецелесообразно при изолированном поражении одной ОНП, поскольку при этом возможно инфицирование здоровых ОНП.

Симптоматическое лечение

Комплекс симптоматических лечебных мероприятий при остром бактериальном синусите должен воздействовать на все клинические проявления, которые, в свою очередь, могут служить патогенетическими звеньями синусита (отек, нарушение секреции и клиренса).

Прежде всего, с самых начальных этапов заболевания применяют **топические деконгестанты** (ксилометазолин, оксиметазолин), улучшающие вентиляцию ОНП.

Муколитики (карбощистеин, ацетилцистеин) помогают нормализовать секрецию слизи, ее физико-химические свойства и тем самым улучшить мукоцилиарный клиренс. Предпочтительно использовать препараты системного действия, так как местные препараты практически не проникают в полость ОНП.

Применение **местных антисептических средств и ирригационной терапии** показано при остром и хроническом синусите. Помимо механического удаления патологического секрета ирригационная терапия способствует дезинфекции полости носа и препятствует вовлечению в процесс других ОНП. Для ирригационной терапии можно использовать антисептики мирамистин и октенисепт. При легком течении синусита полезным для удаления патологического отделяемого из решетчатого лабиринта является носовой душ. Процедура должна проводиться после предварительной анемизации слизистой оболочки носа сосудосуживающими каплями. Как правило, достаточно проведение процедуры 1 раз в сутки. Большинство пациентов могут самостоятельно выполнять носовой душ в домашних условиях.

Топические глюкокортикостероиды (ГКС) являются одними из самых эффективных препаратов для лечения ХС (кроме одонтогенного). Топические ГКС назначаются на фоне антибактериальной терапии курсами по 14–30 дней. Кроме того, топические ГКС при их регулярном использовании позволяют предупредить обострение ХС.

Используются также комбинированные средства, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты (парацетамол, ибупрофен), которые воздействуют на гипертермию, боль и неспецифические воспалительные реакции при остром бактериальном синусите.

Хирургическое лечение

Консервативные методы лечения эффективны лишь при некоторых формах ХС:

хронических экссудативных и вазомоторных синуситах, а также ограниченных полипозных синуситах. Одонтогенный гайморит, наличие полипозного, полипозно-гнойного, кистозного и часто рецидивирующего хронического гнойного синусита служат показаниями для хирургического лечения.

Хирургия ОНП включает три составляющие:

- подходы к пораженным синусам — экстраназальный, эндоназальный, комбинированный;
- хирургические технологии — увеличительная техника (эндоскоп, микроскоп, бинокулярная лупа) и устройства для освещения;
- концепции хирургического вмешательства.

Эндоскопические методы нельзя рассматривать как альтернативу классическим радикальным операциям: это два больших самостоятельных способа хирургического лечения, имеющих свои определенные показания и противопоказания и направленные на исцеление больного.

Диспансерное наблюдение

Больные, перенесшие бактериальный синусит, подлежат динамическому наблюдению у оториноларинголога 1 раз в 3 мес. Отсутствие рецидивов заболевания в течение 1 года является основанием для снятия больного с диспансерного наблюдения.

Рекомендуемая литература

- Волков А.Г. Лобные пазухи. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 509 с.
- Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Современные технологии в лечении заболеваний уха, горла и носа : руководство для врачей. М.: Медкнига, 2008. 356 с.
- Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа, 2008. 954 с.

Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология : руководство для врачей. М.: Медицина, 2001. 615 с.

Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология : учеб. для вузов. М.: Гэотар-Медиа, 2008. 320 с.

Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Практическая оториноларингология. М.: МИА, 2006. 367 с.

Пискунов Г.З. Лекарственные препараты в ЛОР-практике : справочник. М.: Практическая медицина, 2005. 157 с.

Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология : руководство для врачей. М.: МИА, 2006. 559 с.

Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. М.: Коллекция "Совершенно секретно", 2003. 203 с.

Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М.: Медицина, 1997. 608 с.

Яковлев В.П., Яковлев С.В. Рациональная анти-микробная фармакотерапия : руководство для практикующих врачей. Т. 2. М.: Литтерра, 2003. 1001 с.

Probst R., Grevers G., Iro H. Hals-Nasen-Ohren Heilkunde. Stuttgart; N.Y.: Georg Thieme Verlag, 2008. 415 p.

Sinusitis: a Lecture for General Practitioners

A.I. Kryukov, A.B. Turovskiy, and Yu.V. Talalaiko

Modern aspects on pathogenesis, clinical signs, diagnosis and treatment of both acute and chronic sinusitis are reviewed. Main groups of medications used for inflammatory diseases of paranasal sinuses are presented. The most used kinds of topical treatment of acute sinusitis are listed, along with indications and contraindications. Main principles of surgical treatment of chronic sinusitis are given.

Key words: acute sinusitis, chronic sinusitis, antibacterial treatment, maxillar puncture.



Продолжается подписка на научно-практический журнал "Атмосфера." Пульмонология и аллергология"

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства "Роспечать" – 100 руб., на один номер – 50 руб.

Подписной индекс 81166.

Журнал "АСТМА и АЛЛЕРГИЯ" – это журнал для тех, кто болеет, и не только для них.

Всё о гыхании и аллергии

В журнале в популярной форме для больных, их родственников и близких рассказывается об особенностях течения бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний, современных методах лечения и лекарствах.

Журнал выходит 4 раза в год.

Стоимость подписки на полгода – 50 руб., на один номер – 25 руб.

Подписной индекс 45967 в каталоге "Роспечать"
в разделе "Журналы России".

