

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.216–07–085

СИНУСИТЫ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Е. Г. Шахова

Кафедра оториноларингологии ВолГМУ

В обзоре, посвященном проблемам диагностики и медикаментозного лечения, отражены современные взгляды на этиопатогенез синуситов. Приводится диагностический алгоритм и основные общие принципы лечения синуситов.

Ключевые слова: синусит, диагностика, клиника, медикаментозное лечение.

SINUSITIS: CLINICAL CHARACTERISTICS, DIAGNOSTICS, MEDICATION TREATMENT

E. G. Shakhova

Abstract. In the review devoted to problems of diagnostics and medication treatment of sinusitis, modern view on pathogenesis of sinusitis is presented. Principles of diagnostics and approaches to treatment of sinusitis are discussed.

Key words: sinusitis, diagnostic, clinical picture, medication treatment.

Воспалительные заболевания параназальных синусов являются одной из самых актуальных проблем оториноларингологии. В среднем около 5–15 % взрослого населения и 5 % детей страдают той или иной формой синусита. Хроническим синуситом болеет 5–10 % населения.

За последние 10 лет заболеваемость риносинуситом увеличилась в 2 раза. Среди больных, находящихся на лечении в ЛОР-стационарах, 15–36 % составляют пациенты с синуситами. Число госпитализированных по этому поводу ежегодно растет на 1,5–2 % [2–4, 6, 7].

Острые синуситы – это не только локальное поражение воспалительным процессом околоносовых пазух, а заболевание всего организма с реакцией многих систем и органов. Проблема синуситов далеко выходит за рамки оториноларингологии и тесно связана с бронхолегочной патологией, аллергизацией организма и изменениями в местном и гуморальном иммунитете [4].

На первом месте по частоте поражения находится верхнечелюстная пазуха (среди всех синуситов – 56–73 % гайморит), затем решетчатая (этмоидит), лобная (фронтит), клиновидная (сфеноидит). Такое распределение характерно для взрослых и детей старше 7 лет. У детей в воз-

расте до трех лет преобладает острое воспаление решетчатых пазух (до 80–90 %), от трех до семи лет – сочетанное поражение решетчатых и верхнечелюстных пазух [4, 6, 7].

Классификация. Синуситы классифицируются по локализации, по характеру воспаления и длительности заболевания.

Классификация по локализации воспалительного процесса:

1. Гайморит (верхнечелюстной синусит).
2. Этмоидит.
3. Фронтит.
4. Сфеноидит.
5. Гаймороэтмоидит.
6. Фронтотэтмоидит.
7. Гемисинусит.
8. Пансинусит.

Острый синусит обычно развивается как осложнение вирусных инфекций верхних дыхательных путей (ВДП), при этом воспаление слизистой оболочки пазух сохраняется менее 3 месяцев и завершается спонтанно или в результате лечения.

Рецидивирующий острый синусит: возникновение 2–4 эпизодов острого синусита в течение одного года, при этом интервалы между эпизодами – 8 недель и более, в течение кото-

(20)

рых полностью отсутствуют симптомы поражения придаточных пазух носа.

Хронический синусит: сохранение симптомов более 3 месяцев и наличие признаков воспаления на рентгенограмме в течение 4 недель и более после назначения адекватной антибактериальной терапии (АБТ) и при отсутствии признаков острого процесса.

Обострение хронического синусита: усиление существующих и/или появление новых симптомов синусита, тогда как между периодами обострений острые (но не хронические) симптомы полностью отсутствуют.

Острые синуситы (вирусные и микробные) могут быть катаральными (серозными, слизистыми), гнойными, некротическими.

Хронические синуситы: катаральные, гнойные, гиперпластические, полипозные, цистозные, смешанные (полипозно- и цистозногнойные, полипозно-казеозные), холестеатомные.

Клинические формы синусита по тяжести клинического течения:

1. Легкое – заложенность и обструкция носа, слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, повышение температуры тела до 37,5 °С, головная боль, слабость, гипосмия; на рентгенограмме околоносовых пазух – толщина слизистой оболочки менее 6 мм.

2. Среднетяжелое – заложенность и обструкция носа, гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, повышение температуры тела выше 37,5 °С, боль и болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, слабость, недомогание, гипосмия; на рентгенограмме околоносовых пазух – утолщение слизистой оболочки более 6 мм, полное затемнение или уровень жидкости в одном или 2 синусах.

3. Тяжелое – заложенность и обструкция носа, обильные гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, повышение температуры тела выше 38,0 °С, боль и выраженная болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, выраженная слабость, аносмия, на рентгенограмме околоносовых пазух – полное затемнение или уровень жидкости более чем в 2 синусах, изменения воспалительного характера в гемограмме, орбитальные, внутричерепные осложнения или подозрение на них.

Этиопатогенез. Микробиологическое исследование при острых синуситах чаще всего выявляет наличие *S. pneumoniae* (23–43 %), *H. influenzae* (22–35 %), *M. catarrhalis* (2–10 %). У детей с синуситами *S. pneumoniae* выявляют в 35–42 %, в то время как *H. influenzae* и *M. catarrhalis* обнаруживают в 21–28 % случаев. *S. pyogenes* и анаэробы составляют 3–7 %. К другим бактериям, обнаруживаемым у больных с синуситами, относится *S. aureus*.

Резистентность бактериальной флоры при патологии верхних дыхательных путей повсеместно повышается. Преобладание стойких к пени-

циллину штаммов *S. pneumoniae* стало проблемой в США. В 1998 г. у 16,1 и 26,6 % амбулаторных больных респираторный пневмококк был пенициллин-зависимым и пенициллин-резистентным соответственно. Известное преобладание β-лактамазопродуцирующих штаммов *H. influenzae* возросло за последние 15 лет и теперь находится на уровне около 40 % [8, 9]. Почти все штаммы *M. catarrhalis* продуцируют β-лактамазу.

Синуситам чаще всего предшествует вирусная респираторная инфекция дыхательных путей. Приблизительно у 0,5–2 % взрослых больных с вирусной природой заболевания развивается вторичная бактериальная инфекция околоносовых пазух.

Чаще всего при хронических синуситах высевается бактериальная флора: *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*; анаэробы: *Veillonella sp.*, *Peptococcus sp.*, *Corynebacterium acnes*; грибковая флора: аспергиллы – *A. fumigatus*, *A. niger*, *A. oryzae*, *A. nidulans*; кандидоз – *Candida albicans*; гистоплазмоз; кокцидиоидомикоз [2–4, 6–9].

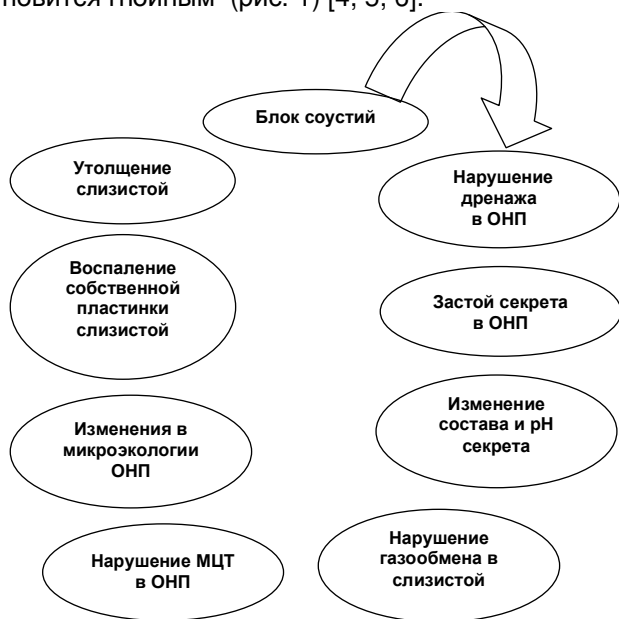
Иммунологические синуситы представлены аллергическими, аутоиммунными и неопластическими формами, а также *Midline granuloma* (центральная фетальная гранулема лица), идиопатической гранулемой, полиморфной ретикулемой носа (*non Hodgkin*) и гранулемой Вегенера [7].

Пути инфицирования околоносовых пазух хорошо известны: риногенный, одонтогенный, гематогенный, лимфогенный, травматический, *Sinusitis ex sinuitide*.

К предрасполагающим факторам развития синуситов относятся общие: состояние индивидуальной реактивности, конституциональные предпосылки, изменения иммунного статуса, нарушение экологии, неблагоприятные факторы внешней среды, рост количества ингалируемых аллергенов, увеличение числа ОРВИ и антибиотикорезистентных штаммов бактерий; и местные: анатомические (форма, размеры, диаметр и ход соустьев), искривление, шипы и гребни перегородки носа, гиперплазия слизистой оболочки носа (СОН), опухоли, полипы; патофизиологические: нарушение двигательной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, выделительной функции и концентрации водородных ионов СОН, направления потока воздуха в полости носа [4, 6, 7].

Основным в патогенезе синуситов является обструкция естественного отверстия пазухи, приводящая к резкому снижению количества кислорода и повышению уровня углекислого газа в синусе. На фоне гипоксии ухудшается функция мерцательного эпителия, одновременно усиливается выработка слизи, которая становится более густой. Снижение давления в пазухе усиливает транссудацию из сосудов слизистой оболочки, происходит метаплазия эпителия, снижается местный иммунитет и реактивность, активизируется сапрофитная и патогенная мик-

рофлора, поэтому абактериальный синусит становится гнойным (рис. 1) [4, 5, 6].



Порочный круг процессов в пазухе с обтурированным отверстием (по Ньюману, 1978).

Клиника синуситов

Местные субъективные симптомы.

Головная боль может быть разлитой и локальной. При фронтите боль локализуется над бровями, при этмоидите – в области переносицы и нижней части лба, при гайморите – в области лба и виска, при сфеноидите зона боли – темя, верхняя часть лба, затылок, глазные яблоки. По времени возникновения головная боль может быть вечерней (гайморит, передний этмоидит), утренней (фронтит, задний этмоидит, сфеноидит), а также появляться в определенное время (невралгия). Интенсивность боли разнообразна: от слабо выраженной до острой интенсивной.

Нарушение дыхательной функции носа может быть постоянным и периодическим, одно- и двусторонним. Назальную обструкцию вызывают отек и гиперплазия слизистой оболочки носа, полипы и патологический секрет.

Нарушение обоняния проявляется респираторной гипосмией и аносмией. Причиной этих симптомов является назальная обструкция. Наличие полипов и гиперплазии слизистой оболочки носа вызывают более постоянную гипо- и аносмию. Нарушение обоняния может быть связано с поражением обонятельного эпителия (*anosmia essentialis*), которое вызывается воспалением задних клеток решетчатой кости. Неприятный запах от гнойных выделений и корок ощущает сам пациент и окружающие.

Патологические выделения из носа могут быть постоянными и периодическими, с одной или с обеих сторон. По характеру выделения бывают водянистыми, серозными, слизистыми, гнойными, с запахом и без него. Цвет их во многом зависит от возбудителя. При гайморите, эт-

моидите и сфеноидите выделения стекают в носоглотку, что связано с анатомическим расположением естественных отверстий пазух. При фронтите секрет выделяется через ноздри. Затекание гноя в носоглотку раздражает слизистую оболочку глотки и гортани. Возникает боль, першение, царапание и другие ощущения у пациента. Скопление патологического секрета в глотке вызывает кашель с выделением мокроты, тошноту и рвоту, чаще у детей.

Слезотечение и фотофобия возникают вследствие обструкции *canalis nasolacrimalis*.

Общие симптомы: повышение температуры тела, общее недомогание, быстрая утомляемость, слабость, снижение аппетита, плохой сон, нарушение памяти, типичные изменения гемограммы (лейкоцитоз, ускорение скорости оседания эритроцитов, палочкоядерный сдвиг, снижение гемоглобина – при остром и обострении хронического синусита).

Местные объективные симптомы.

При наружном осмотре определяется отек мягких тканей в проекции пораженной пазухи (при гайморите – в области щеки, при фронтите – в области лба, при этмоидите – в медиальном углу орбиты). Пальпация и перкуссия стенок околоносовых пазух болезненна.

Риноскопия (передняя, средняя и задняя) определяет патологические выделения: в среднем носовом ходе – при фронтите, гайморите, переднем и среднем этмоидите; в верхнем носовом ходе – при заднем этмоидите и сфеноидите.

Отсутствие патологического секрета в полости носа не исключает воспалительного процесса в синусах и может быть связано с обструкцией их естественных отверстий.

В полости носа при риноскопии можно обнаружить полипы, отек и гиперплазию слизистой оболочки и анатомических структур полости носа.

Стандарты диагностики синуситов:

- 1) сбор жалоб больного и анамнеза заболевания;
- 2) ринологическое исследование, эндоскопия полости носа и околоносовых пазух;
- 3) диагностическая пункция и ирригация, зондирование околоносовых пазух;
- 4) рентгенография околоносовых пазух, контрастная томография, по показаниям – компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование;
- 5) функциональная диагностика (исследование проходимости естественного отверстия синусов, мукоцилиарного клиренса, функции носового дыхания);
- 6) бактериологическое исследование;
- 7) цитологическое и гистологическое исследование (по показаниям);
- 8) клинические и биохимические анализы;
- 9) исследование иммунного статуса.

Принципы терапии острых синуситов.

1. Терапия должна быть направлена на:

(20)

восстановление проходимости естественных соустьев и функций;
мукоцилиарного аппарата околоносовых пазух;
эвакуацию патологического содержимого из ОНП;

уменьшение обсемененности слизистой оболочки патогенной флорой.

2. Фармакологические меры:

антибактериальная терапия;
интраназальные глюкокортикоиды;
местные и пероральные деконгестанты;
секретолитики;
антигистаминные препараты;
Антибактериальная терапия

1. Цели АБТ:

- 1) эрадикация возбудителя;
- 2) устранение симптомов инфекции;
- 3) улучшение и восстановление функций

околоносовых пазух;

4) предупреждение перехода в хроническую форму;

5) предупреждение возможных осложнений.

2. Принципы АБТ:

1) учет основных возбудителей

2) препараты должны быть стабильны к действию β-лактамаз:

при одонтогенных синуситах;

хронических синуситах;

3) использование пероральных форм при легкой форме;

4) длительность терапии 10–14 дней.

На рис. 2 представлен алгоритм выбора антибиотика при лечении острого бактериального синусита.

В табл. 1, 2 приведены дозы и режимы введения антибиотиков при лечении синусита.

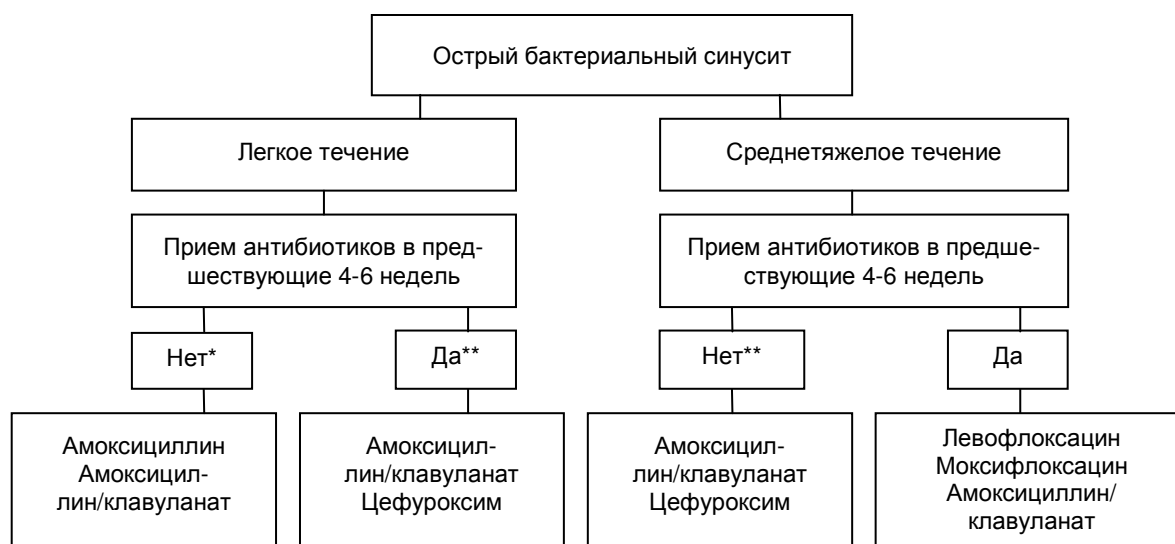


Рис. 2. Алгоритм выбора антибиотика для лечения острого бактериального синусита:

* – у пациента с гиперчувствительностью к пенициллинам рекомендуется азитромицин, кларитромицин; ** – препаратами выбора являются β-лактамы. У пациентов с гиперчувствительностью к β-лактамам рекомендуются левифлоксацин, моксифлоксацин [1, 2].

Таблица 1

Дозы и режимы введения пероральных антибиотиков при лечении бактериального синусита

Препарат	Режим дозирования (внутрь)		Связь с приемом пищи
	Взрослые	Дети	
Амоксициллин	0,5 г 3 раза в день	40 мг/кг в день в 3 приема	Независимо
Амоксициллин/ клавуланат	0,625 г 3 раза в день	50 мг/кг в день в 3 приема	Во время еды
Цефуроксим аксетил	0,25 г 2 раза в день	30 мг/кг в день в 2 приема	Во время еды
Левифлоксацин	0,5 г 1 раз в день	–	Независимо
Моксифлоксацин	0,4 г 1 раз в день	–	Независимо
<i>При аллергии к β-лактамам</i>			
Азитромицин	0,5 г 1 раз в день, 3 дня	10 мг/кг в день в 1 прием, 3 дня	За 1 час до еды
Кларитромицин	0,5 г 2 раза в день	15 мг/кг в день в 2 приема	Независимо
Клиндамицин	0,15 г 4 раза в день	20 мг/кг в день в 3 приема	За 1–2 ч до еды,

		запивать большим количеством воды
--	--	-----------------------------------

Таблица 2

Дозы и режим введения парентеральных антибиотиков при лечении синусита

Препарат	У взрослых	У детей
<i>Цефалоспорины</i>		
Цефуросим	0,75–1,5 г 3 раза в день в/м, в/в	50–100 мг/кг в день в 3 введения в/м, в/в
Цефеперазон	2 г 2–3 раза в день в/м, в/в	50–100 мг/кг в день в 3 введения в/м, в/в
Цефатриаксон	2 г 1 раз в день в/м, в/в	50–100 мг/кг в день в 1 введения в/м, в/в
Цефтазидим	2 г 2–3 раза в день в/м, в/в	50–100 мг/кг в день в 2–3 введения в/м, в/в
Цефепим	2 г 2 раза в день в/м, в/в	50–100 мг/кг в день в 2 введения в/м, в/в
<i>Ингибиторзащищенные антисинегнойные пенициллины</i>		
Тикарциллин/клавулат	3,1 г 6 раз в день в/в	75 мг/кг в день в 4 введения в/в
<i>Фторхинолоны</i>		
Ципрофлоксацин	0,5 г 2 раза в день в/в	—
Офлоксацин	0,4 г 2 раза в день в/в	—
Пефлоксацин	1-я доза 0,8 г, затем по 0,4 г 2 раза в день в/в	—
<i>Карбопены</i>		
Имипенем	0,5 г 4 раза в день в/в	60 мг/кг в день в 4 введения в/в
Меропенем	0,5 г 4 раза в день в/в	60 мг/кг в день в 4 введения в/в
<i>Антибиотики разных групп</i>		
Хлорамфеникол	0,5–1 г 4 раза в день в/м, в/в	50 мг/кг в день в 4 введения в/м, в/в

Разгрузочная терапия предполагает назначение местных (в виде носовых капель, аэрозоля, геля или мази) и пероральных деконгестантов для восстановления проходимости соустьев околоносовых пазух, которое обеспечивает нормальную их аэрацию и дренажную функцию.

К местным деконгестантам относятся эфедрин гидрохлорид, нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин, тетразолин, инданазолин и др. Все сосудосуживающие средства имеют недостатки и побочные эффекты. Длительное использование эфедрин гидрохлорид, нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин, тетразолин, инданазолин и др. вызывает медикаментозный ринит за счет синдрома "рикошета", поэтому использование этих препаратов должно быть ограничено 5–7 днями. Фенилэфедрин, входящий в состав "Виброцила", не вызывает уменьшения кровотока в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух, обладая мягким вазоконстрикторным действием, вследствие чего реже вызывает медикаментозный ринит.

Для перорального приема предназначены псевдоэфедрин, фенилпропаноламин и фенилэфедрин. Они не вызывают медикаментозного ринита, но при их применении могут появиться на-

рушения сна (бессонница), тахикардия, повышение артериального давления. Кроме того, эти препараты являются психостимуляторами, считаются допингом у спортсменов, они с большой осторожностью должны использоваться у детей и подростков.

Местная антибактериальная терапия.

Антимикробные препараты для местного воздействия на слизистые оболочки назначаются в комплексном лечении с системным применением антибиотиков и как альтернативный метод лечения острых синуситов (в основном при легкой катаральной форме).

Существуют специальные формы антибиотиков для эндоназального введения в виде спрея. При катаральном синусите они могут проникать через соустья околоносовых пазух и действовать в очаге воспаления.

"Изофра". В его состав входит антибиотик аминогликозидного ряда фрамицетин, предназначенный для местного применения в оториноларингологии.

В состав носового спрея "Полидекс" входят антибиотики неомицин и полимиксин, кортикостероидный препарат дексаметазон и сосудосуживающий препарат фенилэфедрин.

(20)

Ингаляционный антибиотик "Биопарокс" в свой состав включает фюзафунжин – антибиотик грибкового происхождения, который имеет хороший антибактериальный спектр от грамположительных кокков к более специфическим микроорганизмам – грамотрицательным коккам, грамположительным и грамотрицательным палочкам, анаэробным возбудителям, микоплазмам и даже плесневым грибам.

Его стойкий антибактериальный эффект обеспечивается также активацией интерлейкина-2, что повышает активность натуральных киллеров.

Фюзафунжин обладает и местным противовоспалительным действием, которое связано с ограничением продукции свободных радикалов и снижением высвобождения провоспалительных цитокинов.

Противовоспалительная терапия.

Системная противовоспалительная терапия имеет два основных направления:

противовоспалительные глюкокортикоиды;
нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

В качестве местной противовоспалительной терапии синуситов используют топические глюкокортикоиды [6, 10]. Они подавляют развитие отека, оказывая влияние на воспаление собственной пластинки слизистой оболочки. Тем самым восстанавливается проходимость соустьев. Кортикостероиды активно подавляют выход жидкости из сосудистого русла и выработку слизи. Кортикостероиды положительно влияют на дефекты иммунной защиты, уменьшение анаэробного гликолиза при клеточном метаболизме, предупреждение эозинофильного воспаления и дегенерации иммуноглобулинов, подавление лейкоцитов, уменьшение нейтрогенных факторов воспаления. Они уменьшают бактериальную колонизацию и, возможно, предотвращают размножение некоторых микроорганизмов.

В России зарегистрированы 4 группы кортикостероидных препаратов для местного применения: беклометазона дипропионат, будезонид, флутиказона пропионат и мометазона фуорат. Только мометазон ("Назонекс") проходил испытания, адекватные с позиций доказательной медицины (уровень доказательности А), как препарат для лечения острых синуситов. Он зарегистрирован в РФ в качестве терапевтического средства для комбинированной терапии острых синуситов. Назонекс рекомендован в количестве 2 доз (100 мкг) в каждую половину носа 2 раза в сутки (общая суточная доза 400 мкг) в течение 7–10 дней.

Высокая эффективность и быстрое начало действия Назонекса позволило считать его альтернативой ранее использовавшимся препаратам для разгрузочной и противовоспалительной терапии острых синуситов.

Нестероидные противовоспалительные

средства по механизму своего действия делятся на две группы.

1. Активные ингибиторы синтеза простагландинов (ибупрофен, флурбипрофен, диклофенак). Они наиболее активны при остром воспалении.

2. Сравнительно слабые ингибиторы синтеза простагландинов (индометацин, пироксикам, фенилбутазан). Эти препараты малодейственны при остром воспалении, но эффективны при хроническом.

В качестве системной противовоспалительной терапии рекомендован Эреспал (фенспирин), который эффективно уменьшает симптомы синусита и улучшает рентгенологическую картину.

Антигистаминная терапия.

Применение антигистаминных препаратов в лечении острых синуситов не всегда бывает обосновано. Они необходимы, если острый синусит развился на фоне аллергического ринита. При инфекционных синуситах назначение этих препаратов имеет определенный смысл только в ранней "вирусной" стадии, когда блокада H1-рецепторов предупреждает действие гистамина, выделяемого базофилами под воздействием различных вирусов (респираторно-синтициальный, парамиксовирус).

В большинстве случаев при острых синуситах нет показаний для применения H1-блокаторов. Антигистаминные препараты II поколения нельзя сочетать с назначением макролидов и противогрибковых антибиотиков из-за возможности развития кардиотоксического эффекта.

Применение антигистаминных препаратов последнего поколения Эриус и Ксизал оказывает хороший эффект.

Секретомоторная и секретолитическая терапия.

Важное значение в лечении синуситов имеют размягчение и разжижение вязкого и густого секрета.

Муколитические препараты изменяют физико-химические свойства секрета путем уменьшения его вязкости. С этой целью применяют ацетилцистеин, карбоцистеин или протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин, террилитин), вызывающие разрыв дисульфидных связей.

К секретомоторным препаратам относят лекарственные средства, которые через различные механизмы, в основном путем усиления моторной активности мерцательного эпителия, повышают эффективность мукоцилиарного очищения (бронхорасширяющие средства стимуляторы β_2 -адренорецепторов, а также теofilлин, бензиламиниды, эфирные масла).

Секретолитические препараты улучшают эвакуацию слизи путем изменения характера секреции. Эфирные масла растительного происхождения, экстракты различных растений, производные креозота (гваякол) и синтетические бензиламиниды, бромгексин и амброксол оказывают секретолитический эффект через механизм уси-

ления секреции бронхиальных желез. К сожалению, из-за сложности фармакологической оценки муколитических, секретолитических и секретомоторных препаратов нет надежного метода экспериментального подтверждения их эффективности.

В лечении острых синуситов в РФ широко применяют муколитические препараты: геломиртол форте, синупрет, флуимуцин.

"Геломиртол форте" – лекарственный препарат на основе эфирных масел, которые оказывают секретолитический и секретомоторный эффекты, а также противовоспалительное, антибактериальное и фунгицидное действие.

"Синупрет" – комбинированный препарат растительного происхождения, оказывает рефлекторное секретолитическое действие, регулируя секрецию и, нормализуя вязкость слизи, устраняет мукостаз. Он нормализует защитные свойства эпителия дыхательных путей за счет улучшения реологических свойств экссудата, а также обладает иммуностимулирующей активностью. Синупрет оказывает вирусостатический эффект на вирус гриппа, парагриппа и риносинтициальной инфекции. Препарат достоверно потенцирует эффект лечения антибиотиками.

"Ринофлуимуцил" – оригинальный комбинированный спрей, состоящий из ацетилцистеина – муколитика, симпатомиметика – тиаминогептана. Он оказывает противовоспалительное действие через механизм торможения хемотаксиса лейкоцитов. Ринофлуимуцил работает на поверхности слизистой оболочки, разжижая и уменьшая вязкость слизи, способствует продуктивному физиологическому акту очищения околоносовых пазух.

Флуимуцил-антибиотик содержит N-ацетилцистеин и тиамфеникол глицинат (полусинтетический левомицетин), обладающим бактерицидным действием за счет подавления синтеза пептогликонов клеточной стенки. Препарат оказывает антибактериальное, муколитическое и мощное антиоксидантное действие, обеспечивает защиту органов дыхания от цитотоксического воздействия метаболитов воспаления.

"Синуфорте" – новый лекарственный препарат на основе лиофилизированного экстракта и сока клубней Цикламена европейского, предназначен для лечения больных острыми, хроническими, катаральными и гнойными синуситами. Синуфорте является мощным назопараназальным секретостимулятором и секретолитиком с выраженным противоотечным и противовоспалительным действием за счет иммунокорректирующих свойств.

"Синуфорте" применяется в качестве монотерапии, кроме случаев осложненных острых и хронических синуситов, протекающих с явлениями генерализации инфекции или орбитальных и внутричерепных осложнений, когда он используется в комплексной терапии с антибиотиками.

Курс лечения составляет 6–8 дней при ежедневном применении (впрыскивание в оба носо-

вых хода по 1 дозе препарата равно 1,3 мг действующего вещества) или 12–16 дней при использовании через день.

Пункционное лечение.

В течение долгого времени в России "золотым стандартом" в лечении острых гнойных синуситов считалась пункция околоносовых пазух. Преимуществом пункции является возможность быстрой и целенаправленной эвакуации патологического содержимого пазух, а также возможность местного воздействия антибактериальных, антисептических и ферментативных средств непосредственно на слизистую оболочку синуса.

Пункция является травматичным, болезненным инвазивным методом, при котором нарушается целостность латеральной стенки носа. Немаловажным является тот факт, что отсутствие одноразовых пункционных игл вызывает фобию заражения инфекциями, передающимися гематогенным путем (ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С и др.) [6].

Применение синус-катетера "ЯМИК" стало альтернативой пункционного лечения [3, 6]. В основу этого метода положен метод перемещения по Проетцу. При создании отрицательного давления в полости носа происходит эвакуация патологического отделяемого из околоносовых пазух, а также введение в них лекарственных средств, благодаря возникшему вследствие процедуры отрицательному давлению.

Преимуществом этого метода является его неинвазивность, возможность лечебного воздействия на все околоносовые пазухи одновременно.

Оперативное лечение преследует цели расширить естественное отверстие пазухи или создать новое, удалить патологическое содержимое.

Эндоназальные операции показаны при неэффективности консервативной терапии, кистозном характере процесса с целью биопсии.

Экстраназальные операции показаны при орбитальных и внутричерепных осложнениях и гнойно-полипозном синусите.

Прогноз для выздоровления при острых синуситах благоприятный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия: практическое руководство / Под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова – М., 2000. – 190 с.
2. Антибактериальная терапия синусита // Рекомендации комиссии по антибиотикополитике МЗ РФ и РАМН, МАКМАХ. – М., 1999.
3. Козлов В. С., Шиленкова В. В., Шиленков А. А. Синуситы: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. – 2003. – Т. 5, № 4.
4. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
5. Пискунов С. З., Пискунов Г. З. // Российская ринология. – 1997. – № 1. – С. 16–17.
6. Рязанцев С. В., Науменко Н. Н., Захарова Г. П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов.

(20)

ситов: метод. рекомендации. – СПб., 2006. – 44 с.

7. *Шеврыгин Б. В.* Синусит у детей и взрослых. – М.: Медицина, 1998. – 256 с.

8. *Brook I.* // J Otolaringol. – 1996. – Vol. 25, № 4. – P. 249–256.

9. *Buehring I., Friedrich E., Foote P.* // J. Med. Microbiol. – 1996. – Vol. 45, № 5. – P. 137–139.

10. *Mambry R. L.* // Otolaryng. Head Neck Surg. – 1989. – Vol. 100, № 66. – P. 636–637.

2006