

Современные подходы к этиопатогенетическому лечению и профилактике острых риносинуситов

Острые риносинуситы (ОРС) являются одними из наиболее часто встречаемых заболеваний в практике не только оториноларингологов, но и педиатров и врачей общей практики во многих странах мира.

В настоящее время ведение пациентов с ОРС в Украине регламентируется отечественными протоколами оказания медицинской помощи пациентам с ОРС (приказ Министерства здравоохранения (МЗ) Украины № 181 от 24.03.2009 г.) и рекомендациями ряда международных документов (EP³OS, IDSA 2012 г. и др.). Во многом положения нормативных документов, принятых несколько лет назад в Украине, не соответствуют аналогичным зарубежным руководствам. Кроме того, протоколы для специалистов различных специальностей отражают отличия во взглядах на принципы диагностики, лечения и профилактики ОРС. Это послужило поводом для создания междисциплинарной рабочей группы при МЗ Украины, в задачи которой входит разработка всеобъемлющих клинических руководств по ведению пациентов с заболеваниями ЛОР-органов, в том числе и ОРС, с учетом современных международных нормативных документов. В состав группы вошли ведущие специалисты МЗ Украины: отоларингологи, педиатры, семейные врачи и терапевты. Дальнейшим этапом работы данной группы предполагается создание на основе принятых руководств и внедрение в практику современных междисциплинарных протоколов по диагностике и лечению указанных заболеваний у детей и взрослых.

27 февраля 2015 года в г. Ивано-Франковске по инициативе междисциплинарной рабочей группы состоялась региональная научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход к современным стандартам лечения и профилактики острых риносинуситов», посвященная 70-летию кафедры оториноларингологии, офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи Ивано-Франковского национального медицинского университета (ИФНМУ).

На конференции были представлены основные положения адаптированного клинического руководства по лечению острых риносинуситов в Украине.

С докладом «Современные подходы к этиопатогенетическому лечению острых риносинуситов. Клиническое руководство» выступил главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Оториноларингология», заведующий кафедрой оториноларингологии, офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи ИФНМУ, доктор медицинских наук, профессор Василий Иванович Попович.



— Острые риносинуситы относятся к группе острых респираторных заболеваний — сборной группе патологий, вызванных различными факторами, которые объединены на основе общности эпидемиологии, патогенеза и особенностей клиники,

при которых поражение дыхательных путей является ведущим синдромом. ОРС — один из 10 наиболее распространенных диагнозов в амбулаторной практике. В структуре отоларингологической патологии частота ОРС составляет примерно 20,5%, в то время как остальные заболевания встречаются гораздо реже (например, средний отит — 6,3%, острый тонзиллит — 5,8%). В зависимости от длительности заболевания риносинусит подразделяют на острый — продолжительность до 4 нед, при условии полного исчезновения симптомов после выздоровления; подострый — от 4 до 12 нед и хронический — более 12 нед. Кроме того, выделяют рецидивирующий синусит (>4 эпизодов острого синусита в год продолжительностью >10 дней).

Согласно современным положениям риносинусит рассматривается как единый этиопатогенетически связанный воспалительный процесс слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. ОРС считается воспалительным процессом риногенного происхождения, при котором нарушены вентиляция и дренаж придаточных пазух носа, как правило, на фоне острой респираторной вирусной инфекции, которая чрезвычайно быстро запускает патогенетический каскад воспаления. Под воздействием вирусов разрушаются

реснички клеток мерцательного эпителия, развивается отек слизистой оболочки, который вызывает дисфункцию, а в дальнейшем — блокаду соустьев околоносовых пазух. Разрушение ресничек, нарушение вентиляции околоносовых пазух с повышением вязкости секрета на фоне утолщения отека слизистой оболочки резко снижают эффективность мукоцилиарного транспорта и приводят к нарушению дренажа, что создает условия для развития вторичного бактериального воспаления. Таким образом, вирусные ОРС (ОВРС) быстро трансформируются в поствирусные, часть из которых обусловлена бактериями (так называемый острый бактериальный риносинусит), а дисфункция соустьев околоносовых пазух является ключевым моментом, который запускает сложный патогенетический каскад ОРС. Расшифровка и понимание основных звеньев и этапов развития заболевания — важное условие эффективного лечения, которое основывается на вмешательстве в этиопатогенез. В таких случаях применяется комплекс препаратов этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

В настоящее время существуют противоречия между отечественными и зарубежными руководствами относительно алгоритма диагностики ОРС.

Опираясь на действующий приказ МЗ Украины № 181 от 24.03.2009 г., в диагностике ОРС, кроме сбора жалоб, анамнеза, оценки объективных симптомов, также необходимо применять вспомогательные методы обследования — рентгенографию и диагностическую пункцию пазухи. В то же время в руководстве EP³OS указывается, что рентгенография, компьютерная томография (КТ) и диагностическая пункция пазухи не являются обязательными обследованиями для установления клинического диагноза ОРС и выполняются только при наличии особых показаний. Диагностика сводится к оценке жалоб, анамнеза и объективных клинических данных, разделенных по своей диагностической ценности на большие и малые симптомы. Диагноз ОРС может быть установлен при наличии двух и более больших или одного большого и не менее двух малых симптомов.

Для определения стратегии и тактики лечения прежде всего необходимо определить с нозологической формой риносинусита. О трансформации вирусного в поствирусный или бактериальный РС может идти речь в том случае, если наступает ухудшение симптоматики после пятого дня болезни, особенно после предварительного улучшения, или если симптомы и признаки заболевания сохраняются на протяжении десяти дней и более после их возникновения.

Согласно международным документам в дифференциальной диагностике поствирусного или бактериального РС большое значение имеет определение степени тяжести течения заболевания. EP³OS 2012 года в дополнение к врачебной оценке степени



тяжести рекомендует субъективную оценку пациентом своего состояния по 10-сантиметровой визуально-аналоговой шкале (VAS либо ВАШ). Максимальная оценка тяжести симптомов составляет 10 баллов. Чаще всего при остром вирусном либо поствирусном РС состояние пациентов соответствует течению легкой и средней степени тяжести, а по ВАШ оценивается в 3-5 или 5-6 баллов. Тяжелое течение свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции и согласно оценке ВАШ составляет 7-8, реже — 8-10 баллов. Таким образом, с помощью привлечения ВАШ пациент становится участником процесса установления диагноза и назначения соответствующего лечения.

Как и при другой патологии инфекционно-воспалительного генеза, при ОРС существуют показания для назначения этиологического лечения, направленного на основных возбудителей. Основными целями патогенетической и симптоматической терапии являются уменьшение отека и воспаления, нормализация реологии секрета и эффективная элиминация патологического содержимого. Кроме того, обязательным компонентом терапии является иммунореабилитация, при которой назначаются препараты с иммуномодулирующим действием. У каждой группы лекарственных препаратов, традиционно применяемых в лечении РС, существуют как положительные, так и отрицательные стороны. Поэтому к подбору препаратов следует подходить особенно тщательно. В европейских документах впервые с высокой степенью доказательности, основанной на результатах многоцентровых клинических исследований, даны положительные либо отрицательные рекомендации по применению отдельных групп препаратов в лечении ОРС.

Все эксперты едины во мнении, что в связи с многофакторностью патогенеза острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей нет доказательств эффективности ни одного из вариантов монотерапии — как общей, так и местной. Залог успеха — комплексная терапия, направленная на основные звенья этиопатогенеза заболевания.

Этим требованиям отвечают комплексные фитопрепараты, созданные с помощью современных фитониринговых технологий. Фитопрепараты, стандартизированные по составу, с доказанной эффективностью показаны пациентам со всеми формами ОРС, так как воздействуют на основные звенья патогенеза (устраняют отек и воспаление, нормализуют реологические характеристики секрета и таким образом восстанавливают мукоцилиарный клиренс — основной механизм, определяющий выздоровление). В условиях совместного применения с антибактериальной терапией при лечении острого бактериального РС фитониринговые препараты потенцируют действие антибиотиков за счет синергического противомикробного эффекта. При всех формах риносинуситов они оказывают

иммунореабилитационное действие в условиях иммунодефицита, спровоцированного как вирусной инфекцией, так и нарушением механизмов локальной резистентности, связанной с мукоцилиарным клиренсом).

В европейских рекомендациях также с высоким уровнем доказательности значительная роль отводится симптоматической ирригационной терапии при всех формах ОРС.

Также профессор В.И. Попович остановился на ведении пациентов с поствирусным РС и акцентировал внимание слушателей на том, что при указанном клиническом варианте ОРС отсутствуют показания для назначения этиотропной терапии, поскольку вирусная инфекция уже потеряла свою актуальность, а профилактическое применение антибиотиков запрещается. Поэтому на первый план выходит сбалансированная комплексная патогенетическая (Синупрет®) и симптоматическая терапия (ирригационная терапия препаратами на основе морской воды). Коррекцию фармакотерапии определяет один из основных факторов развития и течения синусита — функция соустьев околоносовых синусов. Использование этой тактики позволяет избежать полипрагмазии со всеми ее негативными последствиями, необоснованной антибактериальной терапии и обеспечивает высокий терапевтический эффект.

Особенности лечения и диагностики ОВРС у детей осветила в докладе главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Педиатрия», заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Галина Владимировна Бекетова.



— Дыхательные пути — одно из важнейших звеньев взаимодействия организма человека с внешней средой. В нормальных условиях полноценное дыхание должно осуществляться через нос. Нос — сложный по строению орган, который выполняет ряд важных функций: дыхательную, рефлекторную, калориферную, защитную, резорбционную, выделительную, резонаторную, обонятельную и увлажняющую. Носовой секрет (или так называемое одеяло слизистой) обладает рядом защитных свойств (в частности, антиинфекционным в отношении как вирусов, так и бактерий) и состоит из двух компонентов: плотного (геля) и жидкого (золя). Даже незначительные изменения соотношения геля/золя приводят к нарушению мукоцилиарного клиренса и снижению локальной резистентности слизистой оболочки. Физиологическое функционирование носового

секрета обуславливает ритмичные поступательные движения (удар-выпрямление) ресничек мерцательного эпителия в зольном его слое.

Анатомо-физиологические особенности строения верхних дыхательных путей у детей (до 6 мес большой язык оттесняет надгортанник назад) зачастую вызывают затруднения дыхания при различных патологических состояниях верхних дыхательных путей, а узкий просвет хоан и носовых ходов (аэродинамическое сопротивление) и широкая евстахиева труба предрасполагают к развитию отитов. Незавершенность морфологического созревания и несовершенство физиологических функций носа также играют роль в развитии инфекционно-воспалительных процессов.

Кроме того, у детей отмечаются физиологически повышенная вязкость носового секрета (высокий уровень сиаловой кислоты), богатое кровоснабжение слизистой оболочки (гидрофильность) при недоразвитии пещеристой ткани (слабо согревается вдыхаемый воздух), повышенная физиологическая ваготоническая рецепторная активность (предрасполагает к гиперкринии и отеку).

Среди множества причин нарушений носового дыхания у детей в практике педиатра чаще всего встречаются ОРС, в частности вирусные. Наиболее частыми симптомами ОВРС у детей являются двусторонняя назальная обструкция, двусторонняя ринорея, чихание, нарушение носового дыхания. Следует отметить, что у большинства детей с ОВРС при проведении КТ отмечаются значительные изменения параназальных пазух. При этом можно проследить возрастные особенности, например, этмоидит имеет место с периода новорожденности, тогда как гайморит развивается с 3-4 лет, а фронтит и сфеноидит – с 7-8 лет.

С учетом всего вышесказанного важным фактором лечения ОВРС у детей является нормализация вязкости образуемого слизистого секрета и восстановление носового дыхания, что в комплексе улучшает качество жизни пациента. С этой целью необходимо увлажнять слизистую оболочку и свести к минимуму действие пылевых, химических, микробных и аллергических факторов. К современным методам лечения можно отнести применение комплексных многокомпонентных фитопрепаратов и ирригационную терапию препаратами, созданными на основе морской воды, в том числе деконгестантов нового поколения.

На сегодня накоплена значительная научно-доказательная база эффективности и безопасности Синупрета в педиатрии (Г.Д. Тарасова, 2000; Н.А. Карпухина, Т.И. Гаращенко, 2000; Л.В. Ващенко, Л.И. Вакуленко, 2006 и др.). В контексте лечения острого вирусного РС очень важно, что этиотропная терапия противовирусными средствами показана только в случае тяжелого течения заболевания, в то же время Синупрет® обладает противовирусным действием, сопоставимым по эффективности с таковым синтетических противовирусных препаратов (B. Glatthaar-Saalmuller et al., 2011). Комплексный фитопрепарат нормализует реологию носового секрета, так как повышает секрецию ионов хлора, регулируя работу хлоридных каналов (Virgin et al., 2010), оказывает секретомоторный эффект, восстанавливая таким образом механизм мукоцилиарного клиренса (Zhang et al., 2010). При изучении иммунофармакологии Синупрета доказан стимулирующий эффект неспецифической защиты организма и противовирусного иммунитета: препарат увеличивает количество фагоцитов, активность нейтрофильных гранулоцитов, тканевых макрофагов и различных популяций лимфоцитов; повышает продукцию α - и γ -интерферонов (H. Ito et al., 1982; U. Schwenk, 1997).

В докладе «Острый бактериальный риносинусит» кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской оториноларингологии, аудиологии и фониатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Валентин Васильевич Спяченко рассказал об современных принципах диагностики и лечения детей с бактериальными синуситами:



— У детей в отличие от взрослых наиболее часто встречается острый и подострый бактериальный риносинусит. Острый бактериальный риносинусит (ОБРС) является логическим завершением трансформации острого вирусного и поствирусного синусита и регистрируется с частотой 5-8%. Поэтому своевременная диагностика и адекватное лечение респираторной вирусной инфекции являются залогом профилактики бактериально-зависимого воспаления. Большие и малые симптомы (симптоматология) характерны для всех риносинуситов, но в отношении ОБРС существуют значимые сроки их возникновения и выраженность, которая подкрепляется данными о тяжести состояния пациента. Бактериальную природу синусита следует предполагать в случае утяжеления симптомов после 5-го дня заболевания на фоне предыдущего улучшения или при условии, что симптомы и признаки синусита сохраняются в течение 10 и более дней.

Изменение цвета или других характеристик носовых выделений (симптом) не является специфическим признаком бактериальной инфекции, так как уже в течение нескольких дней после начала вирусной инфекции появляется слизисто-гнойные выделения за счет притока нейтрофилов к месту воспаления.

Согласно современным рекомендациям культуральное исследование назальных/назофарингеальных образцов не рекомендуется в связи с плохой корреляцией с возбудителями синусита. Рентгенологическое исследование и КТ не рекомендуются для первичной диагностики бактериального синусита. Проведение КТ показано при осложнениях ОБРС, рефрактерном к лечению синусите, тяжелом течении заболевания и неутраченном диагнозе. Магнитно-резонансная томография не рекомендуется для первичной диагностики в связи с плохой визуализацией костных структур.

В 75% случаев в бактериальных изолятах, полученных при пункции синуса при ОБРС, определялись *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (продуцирующие и не продуцирующие β -лактамазы).

Необходимо обратить внимание на то, что этиологическое лечение острого вирусного, поствирусного риносинусита не требует назначения антибактериальных препаратов, поскольку использование системных антибиотиков для профилактики бактериальных инфекций запрещено.

При обосновании назначения этиотропной фармакотерапии бактериальных инфекций ЛОР-органов принципиально важно положение о том, что в основе их возникновения лежит именно бактериальная инфекция. Поэтому целью антибактериальной терапии является эрадикация инфекции в очаге воспаления с минимальным риском селекции резистентности и повышение клинической эффективности лечения.

Выбор антибиотика, как правило, осуществляется эмпирически, так как не требуется время на принятие решения и не откладывается начало антибактериальной терапии. Антибактериальный препарат назначается с учетом известных фармакокинетических и фармакодинамических параметров, эффективности по отношению к основным респираторным возбудителям. По данным различных исследований, 17-100% основных возбудителей ОБРС продуцируют β -лактамазы, поэтому именно защищенные β -лактамы антибиотики являются препаратами выбора для эмпирической антибактериальной терапии. Макролиды используются только в том случае, когда по клиническим показаниям/противопоказаниями невозможно применение β -лактамов.

При лечении острого бактериального синусита новые фторхинолоны не имеют преимуществ перед β -лактамами антибиотиками, поэтому фторхинолоны не могут быть рекомендованы в качестве терапии первой линии (D. Karageorgopoulos, 2008).

В амбулаторных условиях не следует назначать антибиотики внутримышечно. Основу терапии на поликлиническом этапе должен составлять пероральный прием современных антибактериальных препаратов, обладающих высокой биодоступностью (амоксциллин/клавуланат, цефуроксим и др.). В условиях стационара при тяжелых формах синусита терапию необходимо начинать с парентерального (лучше внутривенного!) введения и по мере улучшения состояния переходить на пероральный прием препарата (ступенчатая терапия).

Этиотропная терапия ОБРС должна сочетаться с патогенетической, направленной на улучшение мукоцилиарного клиренса через уменьшение выраженности воспаления, отека слизистой и восстановление реологических свойств назальной слизи. Синупрет® – растительный секретолитик, обладающий рядом свойств (противоинфекционные, противовоспалительные, иммуностимулирующие, секретолитические), обеспечивающих его эффективность для комплексного этиопатогенетического лечения вирусных и поствирусных риносинуситов с первого дня в качестве монотерапии. Синупрет® как компонент комплексной терапии бактериального ОРС в сочетании с антибактериальными препаратами позволяет улучшить результативность лечения на 27%. В исследованиях было показано антибактериальное действие комплексного фитопрепарата. P. Stiern (2002) продемонстрировал влияние Синупрета на рост бактериальных колоний из мазка назального секрета. Было показано значительное уменьшение количества колоний при применении Синупрета. Он обладает бактериостатическим эффектом и активен в отношении многих грамположительных микроорганизмов, в том числе таких распространенных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей, как пневмококк, пиогенный стрептококк, золотистый стафилококк, включая метициллинрезистентные штаммы. В более высокой концентрации Синупрет® активен и в отношении

гемофильной палочки (S. Maune et al., 2005).

Местные сосудосуживающие препараты за счет стимуляции β -адренорецепторов уменьшают заложенность носа, но при этом способствуют развитию медикаментозного ринита, который может усилить обструкцию. В качестве альтернативы деконгестантам следует назначать ирригационную терапию препаратами морской воды. Таким образом, тщательный подход к диагностике синусита, четкое разграничение вирусной, поствирусной и бактериальной природы заболевания, рациональный выбор этиотропной, патогенетической и симптоматической комплексной терапии – все это является первоочередной задачей при ведении пациентов с синуситом. В то же время в Украине крайне необходимо обновление отечественных рекомендаций по ведению детей с острым РС, поскольку не всегда возможно безоговорочно переносить зарубежные данные на обычную клиническую практику в наших условиях.

В заключительной части конференции был проведен интерактивный разбор клинических задач – так называемая «Клиническая дуэль», на которой профессор В.И. Попович представил клинические случаи, а врачебная аудитория приняла активное участие в клиническом разборе, и совместно с другими докладчиками участники пришли к единому мнению о стратегии и тактике ведения пациента с различными формами острых риносинуситов. Следует отметить, что подобная инновационная методика проведения конференции позволит врачам более эффективно использовать полученные знания на практике.

Таким образом, представленные данные позволяют рассматривать фитониринговый многокомпонентный препарат Синупрет® в качестве эффективного и безопасного средства для лечения ОРС как вирусного и поствирусного, так и бактериального генеза.



Нежить? Синусит? Синупрет®

- усуває нежить¹
- полегшує носове дихання²
- запобігає ускладненням³

РОЗКРИВАЮЧИ СИЛУ РОСЛИН

Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). **Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 24-26.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 01.09.10. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 01.09.10. **Синупрет® краплі:** Р.П. №UA/4373/02/01 від 18.05.11. **Синупрет® таблетки:** Р.П. №UA/4373/01/01 від 20.04.11.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.
Для розповсюдження у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.