

Оптимизация лечения острого риносинусита в современных условиях

Согласно данным Министерства здравоохранения Украины, в последние годы в структуре заболеваемости населения нашей страны доминируют болезни органов дыхания. Лидерами, безусловно, являются инфекции дыхательных путей (ИДП). Почти 90% всех ИДП составляет патология верхних дыхательных путей (ВДП). Наиболее распространенная нозология в практике семейного врача – риносинусит (РС).

Основными зарубежными источниками, в которых представлены современная информация о критериях установления диагноза, методах лечения, а также данные о распространенности РС, являются документ EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012), клинические рекомендации IDSA (Infectious Diseases Society of America, 2012) и клинические рекомендации CFF (Canadian Family Physician, 2013).

! РС чаще развивается у лиц с наличием факторов риска, таких как частые острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ); аллергический ринит; носовые полипы или аномалии носовой перегородки; аденоиды; гипотиреоз; муковисцидоз; синдром Картагенера (генетическое заболевание, при котором ухудшается функция ресничек слизистых оболочек дыхательных путей); сахарный диабет; травмы головы; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; СПИД и другие заболевания иммунной системы; прием системных стероидов; особенности образа жизни (курение, использование наркотических смесей, в частности кокаина).

Острый РС характеризуется наличием ≥2 симптомов, обязательным из них является заложенность носа или наличие выделений из него или по задней стенке глотки, а дополнительными признаками – боль или давление в области лица и гипосмия/аносмия. Для данного заболевания типична сезонность – повышение заболеваемости в осенне-зимний и весенний периоды и относительная стабильность летом. Считается, что дети переносят в среднем 10 эпизодов острого РС в год, взрослые – 2-3 эпизода. Пусковым механизмом заболевания является, как правило, вирусная инфекция. У взрослых вирусный РС переходит в бактериальный в 2% случаев, но у детей это происходит гораздо чаще (10%). Максимальная заболеваемость приходится на возраст 45-74 года, при этом острый РС приблизительно в 1,9 раз чаще отмечается у женщин.

Под хроническим РС подразумевают воспаление слизистой оболочки полости носа с распространением на околоносовые пазухи, которое сохраняется в течение 12 нед и более.

К основным возбудителям РС относят риновирус (15%), вирус гриппа (5%), вирус парагриппа (3%). Среди бактериальных патогенов наиболее часто встречаются Streptococcus pneumoniae (31%), Haemophilus influenzae (21%), Moraxella catarrhalis (8%), анаэробы (6%), Staphylococcus aureus (4%), S. pyogenes (2%), грамотрицательная флора (9%). Сочетание S. pneumoniae и H. influenzae выявляют в 5% случаев.

Возбудитель, проникая в дыхательные пути, в первую очередь действует на мерцательный эпителий полости носа и околоносовых пазух, в результате чего эпителиальные клетки становятся рыхлыми, теряют реснички, ухудшается мукоцилиарный клиренс и происходит скопление серозного экссудата в просвете синусов. Также развиваются отек слизистой оболочки и, как следствие, нарушение аэрации синусов. Длительное течение такого состояния может приводить к бактериальному инфицированию околоносовых пазух. В данной ситуации важно вовремя назначить терапию, которая будет эффективна и безопасна для пациента.

Клинические проявления РС – заложенность носа, обильные выделения, боль, нарушение обоняния. У детей РС часто сопровождается кашлем. Диагноз острого РС верифицируют при длительности симптомов 10 дней или, если состояние больного ухудшается, через 5 дней.

Диагноз считается правомочным при наличии не менее 2 основных или 1 основного и не менее 2 дополнительных симптомов (табл. 1).

По течению РС классифицируют на острый, хронический и рецидивирующий. Острый РС – это острое воспаление слизистой оболочки околоносовых синусов, протекающее менее 12 нед, которое заканчивается полным восстановлением слизистой

оболочки и выздоровлением пациента. Острый РС классифицируют по степени тяжести. Одним из вариантов ее определения является визуально-аналоговая шкала (ВАШ), имеющая градации от 0 до 10 см.

Пациента просят показать на ВАШ, как сильно его беспокоят симптомы РС (градация от «не беспокоят совсем» до «беспокоят настолько сильно, насколько можно себе представить»). РС легкой степени по шкале ВАШ соответствуют показатели от 0 до 3 см, РС средней степени тяжести – 3-7 см, тяжелому течению РС – 7-10 см.

Наиболее рациональной для семейного врача можно считать классификацию, которую предложили Е.П. Карпова и Д.А. Тулулов (2012) (табл. 2).

Рецидивирующий РС характеризуется наличием от 1 до 4 эпизодов острого РС в год. Периоды между обострениями длятся не менее 8 нед, в это время симптомы заболевания отсутствуют. Хронический РС – это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух, длящееся свыше 12 нед и заканчивающееся структурной перестройкой слизистой оболочки. Хронический РС чаще развивается у пациентов с нарушенным мукоцилиарным транспортом и аномалиями строения внутриносовых структур и решетчатого лабиринта. Так, наличие ≥2 соустьев верхнечелюстных пазух создает условия для заброса слизи из носовых ходов обратно в пазуху, что повышает риск инфицирования.

Для подтверждения диагноза используют ряд дополнительных методов исследования. Одним из базовых методов является риноскопия, при которой выявляют выделения водянистого слизистого или слизистогнойного характера; слизистая оболочка набухшая или отечная, гиперемирована, иногда с корочками, возможны фибриновые налеты.

У пациентов с РС также можно провести исследование мукоцилиарного транспорта.

В клинической практике наиболее широко применяют исследование с измерением времени, за которое маркер (уголь, кармин, тушь) перемещается из передних отделов полости носа в носовую часть глотки. Значительное распространение получил сахариновый тест (в силу простоты маркера). Показатели сахаринового времени у здоровых лиц могут варьировать от 1 до 20 мин, составляя в среднем 6 мин. Однако эти показатели весьма условны. При необходимости производят рентгенологическое исследование.

Более чувствительными методами инструментальной диагностики являются компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография. КТ рекомендуется при острых синуситах в случае высокого риска развития осложнений в глубоких скрытых воздушных камерах. На КТ можно определить более четкую локализацию воспалительного процесса, выявить некоторые особенности анатомического строения полости околоносовых пазух и носа или деформации, которые не видны на рентгенограммах. МРТ имеет сопоставимую с таковой КТ эффективность в отношении визуализации придаточных пазух, но при этом является более дорогостоящим методом диагностики. МРТ целесообразно проводить для исключения грибковых синуситов и с целью диагностики злокачественных опухолей и внутричерепных осложнений. Для визуализации верхнечелюстной и лобной пазух при подозрении на кистозно-полипозные РС проводят ультразвуковое исследование (УЗИ). Современные стандарты ведения пациентов с РС не рекомендуют использовать КТ, рентгенологическое исследование и УЗИ при неосложненных формах РС.

В недавно опубликованных рекомендациях EPOS (2012) определен алгоритм ведения пациентов с РС в зависимости от степени тяжести заболевания.

! Алгоритм ведения взрослых пациентов с острым РС для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля следующий (рис.).

1. Диагноз основывается на клинических проявлениях, лучевая диагностика при острых РС не рекомендуется.

2. Клинический острый РС характеризуется внезапным появлением ≥2 симптомов, один из которых представляет собой заложенность носа / затрудненное носовое дыхание или выделения из носа (наружу / в носовую часть глотки), боль/давление в области лица, снижение или потерю обоняния; проявления сохраняются менее 12 нед.

3. Из обследований рекомендованы:

- передняя риноскопия (выявляются отечность, гиперемия, гной в носовых ходах);
- рентгенография/КТ не рекомендуются, за исключением следующих ситуаций:
 - тяжело протекающее заболевание;
 - наличие иммунодефицитных состояний;
 - признаки развивающихся осложнений.

Таблица 1. Критерии установления диагноза РС	
Основные симптомы	Дополнительные симптомы
Гнойные выделения из полости носа Затекание по задней стенки глотки Заложенность носа Чувство распирания, давления или боль в области лица Снижение обоняния (гипосмия) или anosmia Лихорадка	Головная боль Боль, чувство давления или распирания в ухе Неприятный запах изо рта (галитоз) Боль в области зубов Кашель Утомляемость

Таблица 2. Классификация острого РС по степени тяжести клинического течения (Е.П. Карпова, Д.А. Тулулов)		
Легкая степень	Среднетяжелая степень	Тяжелая степень
• Отсутствие лихорадочной реакции • Умеренно выраженные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель), не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневную активность, ежедневную деятельность) • Отсутствие головной боли и боли в проекции околоносовых пазух • Отсутствие осложнений	• Температура тела не выше 38,0 °С • Выраженные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневную активность, ежедневную деятельность) • Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении или наклоне головы • Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) • Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений	• Температура тела выше 38,0 °С • Выраженные или мучительные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневную активность, ежедневную деятельность) • Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовой пазухи • Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений

Таблица 3. Значимость терапевтических подходов при остром РС (EPOS, 2012)	
Терапия	Значимость
Антибиотики	Да, при остром бактериальном РС
Топические ИГК	Да, в основном при поствирусном аллергическом РС
Добавление ИГК к антибиотикам, добавление пероральных ГК к антибиотикам	Да, при остром бактериальном РС
Промывание носа физиологическим раствором	Да
АГП + деконгестант	Да, при остром вирусном РС
Ипратропия бромид	При остром вирусном РС
Пробиотики	Для профилактики острого РС
Цинк, витамин С, эхинацея	Нет
Стандартизованные фитопрепараты, имеющие доказательную базу, НПВП, парацетамол	Да, при остром вирусном и поствирусном РС
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Нет
Паровые ингаляции	Нет
Кромогликат	Нет
Деконгестанты (монотерапия), муколитики	Нет

Примечания: ИГК – интраназальные глюкокортикоиды; ГК – глюкокортикоиды; АГП – антигистаминные препараты; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.



Рис. Алгоритм ведения пациентов с острым РС для врачей первичного звена

Дифференциальная диагностика вирусного и бактериального РС предполагает анализ клинической картины заболевания. Для установления диагноза «острый бактериальный РС» необходимо наличие 2 признаков:

- сохранение симптомов заболевания более 7-10 дней;
- появление второй волны симптомов после 5-го дня заболевания.

Считается, что золотым стандартом диагностики острого бактериального РС является выделение бактерий в высокой концентрации ($\geq 10^4$ КОЕ/мл) из клинического материала, полученного из синуса. Однако пункция придаточных пазух носа является инвазивной и достаточно травматичной процедурой, которая должна проводиться по строгим показаниям.

4. Заподозрить бактериальную природу РС можно, если у пациента присутствуют ≥ 3 симптома, таких как:

- бесцветные выделения (преимущественно с одной стороны);
- выраженная боль в области лица (больше с одной стороны);
- лихорадка (температура тела $>38^\circ\text{C}$);
- повышение скорости оседания эритроцитов и/или уровня С-реактивного белка;
- наличие второй волны (ухудшение после завершения более легкой фазы заболевания).

Дискуссии о лечении острого РС длились долгое время. Сегодня существует единое мнение и очень четко обозначено место тех или иных препаратов в схеме лечения РС. Основная ошибка терапии пациентов с РС — назначение антибактериальных препаратов без установления бактериальной этиологии заболевания. В настоящее время все методы лечения РС детально проанализированы и представлены в EPOS (2012). Согласно данным рекомендациям, рациональность назначения ряда препаратов, ранее широко применявшихся при остром РС у взрослых, не нашла подтверждения (табл. 3).

Современные руководства по лечению острого бактериального РС (EPOS, 2012; IDSA, 2012) не рекомендуют использовать деконгестанты, АГП и синтетические муколитики при данном заболевании. Применение этих препаратов не только неэффективно, но также может привести к развитию нежелательных реакций. Результаты Кокрановского систематического обзора показали, что ИГК обеспечивают достоверное улучшение симптомов у пациентов с острым бактериальным РС по сравнению с плацебо (отношение шансов — 1,11; 95% доверительный интервал — 1,04-1,18). На основании этих данных ИГК рекомендованы в качестве средства симптоматической

терапии острого бактериального РС, особенно у пациентов с аллергическим ринитом в анамнезе. При тяжелых формах заболевания руководство EPOS (2012) рекомендует даже использование пероральных ГК коротким курсом с целью уменьшения выраженного воспаления и болевого синдрома. И, наконец, в руководстве IDSA (2012) указано, что промывание полости носа физиологическим или гипертоническим раствором натрия хлорида также может обеспечивать симптоматическое улучшение у взрослых пациентов с острым бактериальным РС.

Очень большой проблемой в терапии РС в странах Западной Европы является антибиотикорезистентность. Так, в Испании количество штаммов пневмококка, резистентных к пенициллину, составляет 28%, к макролидам — 37%, к цефалоспорином — 39%. Аналогичные показатели во Франции составляют 27, 58 и 41% соответственно. В РФ, где системное назначение антибиотиков при острых РС применяется реже, показатели антибиотикорезистентности существенно ниже: пневмококки характеризуются высокой резистентностью лишь к двум антибиотикам — триметоприму/сульфаметоксазолу (32,4%) и тетрациклину (29,4%). Количество штаммов, устойчивых к пенициллину, составляет 7,4%, к макролидам (азитромицину и кларитромицину) — 1,5%. Высокая чувствительность наблюдается к амоксициллину, цефотаксиму, цефепиму и моксифлоксацину.

К факторам риска развития антибиотикорезистентности относятся:

- распространенность инвазивных штаммов пенициллинрезистентных пневмококков $>10\%$;
- возраст >65 лет, организованные коллективы;
- госпитализация в предшествующие 5 сут;
- сопутствующие заболевания или иммунодефицитные состояния.

Следует подчеркнуть, что как сами пациенты, так и врачи, нерационально назначив антибиотик, усугубляют неблагоприятную ситуацию относительно устойчивости к антибактериальным средствам. Применение антибиотикотерапии рекомендовано только при наличии строгих показаний. Но существуют и другие альтернативные методы лечения.

При остром вирусном и поствирусном РС свои позиции удерживает фитотерапия. Предпочтение рекомендуется отдавать средствам, стандартизованным по содержанию ключевых биологически активных веществ, входящих в состав растений, что гарантирует эффективность и безопасность терапии. К таким фитопрепаратам относится Синупрет® производства компании «Бионорика СЕ» (Германия),

которая давно и успешно работает на отечественном фармацевтическом рынке. Наши врачи уже ознакомлены со свойствами Синупрета, заслуженно выделяют его среди других средств лечения РС.

Широкий спектр действия препарата Синупрет® обусловлен уникальной комбинацией 5 лекарственных растений. В его состав входят стандартизованные фитокомпоненты первоцвета (Primula veris), горечавки желтой (Gentiana lutea), бузины черной (Sambucus nigra), шавеля (Rumex), вербены (Verbena officinalis). Синергизм растительных компонентов обуславливает выраженные секретолитический и секретомоторный эффекты препарата, которые реализуются за счет повышения секреции ионов хлора в золь-фазе секрета слизистых оболочек. Это приводит к регидратации золя, реактивации мукоцилиарного транспорта при сохранении защитных свойств фазы золя (нарушаемой при применении синтетических секретолитиков, например ацетилцистеина). Выраженный противовоспалительный эффект, иммуномодулирующая и противовирусная активность Синупрета реализуются как за счет прямого противовирусного действия флавоноидов, содержащихся в экстрактах примулы и вербены, так и благодаря увеличению продукции интерферонов. Таким образом, подбор активных веществ, гармонично дополняющих друг друга, обеспечивает высокую эффективность Синупрета в лечении РС.

Применение препарата Синупрет® в комплексной терапии острого РС позволяет:

- быстрее достичь регресса клинических симптомов и облегчить течение заболевания;
- значительно снизить риск развития осложнений, включая гнойные процессы;
- улучшить качество жизни пациентов, повысить их социальную и физическую активность, а также трудоспособность.

Эффективность применения Синупрета подтверждена объективными данными многочисленных клинических исследований, проведенных как в Европейском Союзе, так и в государствах постсоветского пространства.

За период с 1994 по 2012 г. было проведено более 200 локальных и 5 рандомизированных двойных слепых плацебо контролируемых исследований, отвечающих международным стандартам GCP. Во всех работах применение Синупрета — как в монотерапии, так и в сочетании с другими лекарственными средствами — способствовало существенному ускорению ликвидации основных симптомов заболевания, сокращению сроков выздоровления и профилактики осложнений.

В современных условиях немаловажно наличие положительного опыта применения Синупрета у беременных. В 1992-1997 гг. с целью оценки безопасности препарата в Германии был проведен общенациональный ретроспективный анализ женщин, которые в период беременности принимали Синупрет® по крайней мере в течение 24 ч. Никаких доказательств возможного тератогенного и/или эмбриотоксического действия получено не было. Следовательно, наряду с высокой эффективностью препарат обладает еще и хорошей переносимостью.

Учитывая широкий спектр фармакологического действия, эффективность, доказанную в ходе клинических исследований, а также хорошую безопасность, Синупрет® можно рассматривать как средство базисной терапии острого РС. В зависимости от формы и тяжести заболевания следует выбрать соответствующую стратегию — назначить препарат в монотерапии или в сочетании с другими лекарственными средствами.

Список литературы находится в редакции. 3