

На приеме — пациент с риносинуситом

Мнение оториноларинголога

Затруднение носового дыхания, выделения из носа, головная боль - наиболее характерные симптомы риносинусита. Подобные жалобы предъявляют до 30% взрослого населения, и заболеваемость данной патологией с каждым годом растет. Острый риносинусит может переходить в хроническую форму, которая ассоциируется с серьезными внутричерепными и внутриорбитальными осложнениями.

Об основных вопросах ведения пациентов с риносинуситами наш корреспондент беседовал с заведующим кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета, доктором медицинских наук, профессором Сергеем Михайловичем Пухликом.

? Согласно данным Национального центра по статистике болезней США, хронический риносинусит является самым распространенным хроническим заболеванием в этой стране; его диагностируют у 14,7% жителей. Каковы показатели заболеваемости риносинуситами в Украине и какими факторами обусловлена сложившаяся ситуация?

— Хронические риносинуситы являются одними из наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов с ежегодным ростом удельного веса на 1,5-2% и представляют собой важную социальную проблему. По данным ряда авторов, в Украине в структуре заболеваний ЛОР-органов воспаление околоносовых пазух занимает 2-е место. Доля верхнечелюстных синуситов достигает 73%, при этом у 5% населения имеет место хроническое воспаление верхнечелюстных пазух. Более детальной информации по частоте хронических риносинуситов нет, поскольку эпидемиологических исследований по этой проблеме в Украине не проводилось.

Рост заболеваемости риносинуситами связывают с влиянием неблагоприятных экологических и социальных факторов, которое сопровождается изменением спектра возбудителей. Определенную роль играет самостоятельное лечение с эмпирическим назначением антибиотиков в недостаточной концентрации, что вызывает появление резистентных микроорганизмов.

? Какие факторы predisposing к развитию риносинусита?

— Микробному фактору всегда отводилась лидирующая роль в развитии хронического риносинусита. При хронических процессах микрофлора, которая встречается, как правило, в ассоциации, определяет характер воспаления, его продолжительность, особенность течения и эффективность лечения. Как свидетельствуют результаты некоторых исследований, в неизменных околоносовых пазухах постоянно вегетируют около 200 видов различных микроорганизмов, что обусловлено постоянным контактом с воздушным потоком. Поскольку бактериологические исследования выполняются преимущественно у больных риносинуситом, сведения о характеристике нормальной микробной флоры околоносовых пазух ограничены, а данные относительно этиологической роли микробного пейзажа в воспалении синусов существенно разнятся и зависят от фазы и продолжительности заболевания.

При хронических риносинуситах на первый план выходят вирусно-микробные, аэробно-анаэробные, бактериально-грибковые ассоциации в различных комбинациях. Классическими возбудителями риносинуситов являются *S. pneumoniae* (20-43%), *H. influenzae* (22-35%), *M. catarrhalis* (2-10%), стрептококки группы А, анаэробы, вирусы и *S. aureus*. В отношении хронических процессов большинство авторов признают этиологическую значимость анаэробных условно-патогенных бактерий, таких как *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* и др. Дисбиозом — побочным действием антибиотиков — объясняют частый симбиоз анаэробов с кишечной микрофлорой (*E. coli*, протеи, энтерококками и синегнойной палочкой). По данным Д.И. Заболотного и соавт., в большинстве случаев при хронических риносинуситах обнаруживаются анаэробы. Значительно возросла роль грибковой флоры: наиболее частыми возбудителями грибковых риносинуситов являются грибы рода *Aspergillus*, реже — *Mucor*, *Candida*, *Penicillium* и *Fusarium*.

Предрасполагающие факторы можно разделить на следующие группы:

- врожденные или приобретенные дефекты субклеточно-органного и системно-тканевого уровня (общие и системные нарушения иммунитета, дисбаланс вегетативной нервной системы, синдромы Янга, Зиверта-Картагенера, иммунодефициты, болезнь Вебера, муковисцидоз);
- внутриносевые пороки развития и механические факторы (назосептальные деформации, обструкция остеомактального комплекса, гипертрофия носовых раковин и глоточной миндалины, полипы, атрезия хоан, инородные тела, расщепление неба, опухоли, травмы и т. д.);
- инфекции и другие воспалительные факторы (аллергическое воспаление, наличие гнойных очагов со стороны зубов).

За последнее десятилетие хламидийная инфекция как этиологический фактор различных заболеваний приобрела значительную актуальность и стала объектом всестороннего изучения. Изменение общего микробного фона, широкое применение антибиотиков и гормональных средств, которые способны изменять иммунный статус больных, при одновременном улучшении диагностики хламидийной инфекции приводят к увеличению количества инфицированных. По данным Н.Н. Сидоренко, у больных хроническим риносинуситом хламидийная инфекция верифицирована в 30,6% случаев как монокультура только в первые годы заболевания, а при длительности хронического риносинусита более 10 лет в микробиоценозах находятся преимущественно хламидийно-анаэробные ассоциации (35%) и микстхламидиозы (20%). Наиболее чувствительным и информативным методом выявления

хламидийного хронического риносинусита является ПЦР промывочной жидкости из верхнечелюстных синусов.

? В чем заключается профилактика рецидивов?

— Профилактика синуситов должна основываться на знании физиологии верхних дыхательных путей и этиологии синуситов. Следует отказаться от применения различных сосудосуживающих капель, мазей, местных и общих медикаментозных средств, которые негативно влияют на защитные механизмы слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Человек должен быть физически активным. Кроме того, профилактике хронического синусита способствует лечение острого синусита. У больных с хроническим риносинуситом регулярное промывание носа (носовой душ) считается эффективным методом лечения и профилактики обострений.

? С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?

Проводится дифференцирование между формами хронического риносинусита (экссудативной, продуктивной, аллергической), опухолевым процессом, одонтогенным верхнечелюстным синуситом, в том числе с наличием инородных тел в пазухе, таких как пломбировочный материал, зачатки и обломки зубов и проч.

? Каковы инструментальные и лабораторные методы используются в диагностике риносинусита?

— Компьютерная томография (КТ) — ценный и информативный метод лучевой диагностики хронических риносинуситов. С ее помощью обнаруживают особенности анатомического строения пазух и изменения, которые возникли в результате воспалительного или другого процесса. Магнитно-резонансная томография по сравнению с КТ менее достоверна, хотя в целом метод намного информативнее обычной рентгенографии. (Рентгенологическое исследование при всей его ценности и распространенности может привести к некорректному заключению в результате технических погрешностей и ошибок в интерпретации полученных данных.)

Эндоскопия пока не нашла широкого распространения в клинической практике, но значение метода, несомненно, велико; это новый уровень в диагностике и лечении синуситов. Диагностическая пункция имеет ценность только при положительных рентгенологических находках.

Ведущей функцией носа является дыхательная, и ее оценка обязательна как до лечения, так и после него. Существуют приборы, которые оценивают дыхательную функцию по данным носового сопротивления (риноманометр) и определяют места сужений и препятствий



С.М. Пухлик

в полости носа (акустический риноманометр). К сожалению, не только в практическом здравоохранении, но и в научно-исследовательских учреждениях нашей страны таких приборов практически нет. Поэтому оценивать носовое дыхание мы можем только субъективно, на основании слов пациента, либо воспользовавшись рекомендациями академика В.И. Воячека, которым более 100 лет: с помощью нитки, поднесенной к носу пациента.

Диагностическая ценность бактериологического исследования при гнойных риносинуситах зависит не только от фазы заболевания, но и от условий забора, транспортировки материала, культивирования микрофлоры, качества питательных сред. Полученные в 5,8-35% случаев бактериологического исследования экссудатов стерильные посевы объясняют как нарушением условий исследования, так и предыдущим использованием антибиотиков, аутостерилизацией гноя под действием продуктов метаболизма бактерий, возможной вирусной природой заболевания, присутствием анаэробной микрофлоры.

? На основании каких показателей судят об эффективности проводимого лечения?

— Эффективное лечение риносинусита базируется на рациональном сочетании общего и местного воздействия конкретно для каждого больного с учетом спектра микрофлоры, ее чувствительности к препаратам, состояния иммунной системы, биохимических показателей крови, соматического состояния, возможности развития осложнений.

? Какие препараты существуют для местного лечения риносинусита?

— Существует большое количество современных препаратов для местного лечения риносинусита. По фармакологическим свойствам и механизму действия их разделяют на следующие группы: сосудосуживающие средства в виде назальных капель и спрея; пероральные деконгестанты (фенилэфрин, псевдоэфедрин и др.), предназначенные для улучшения дренажной функции выводных отверстий пазух; антигистаминные препараты; мукоактивные средства (муколитики, мукокинетики и мукорегуляторы); кортикостероиды, обладающие противовоспалительным действием, уменьшающие кровенаполнение и отек слизистой оболочки; антиоксиданты; иммуномодуляторы пероральные и интраназальные; фитопрепараты; антимикробные препараты; энзимы.

Препараты для местного лечения бактериального риносинусита должны отвечать ряду требований: иметь высокую

антибактериальную активность, низкую токсичность, стимулировать иммунитет, не подавлять активность мерцательного эпителия, редко вызывать побочные реакции и иметь низкий потенциал лекарственных взаимодействий.

Основной задачей антимикробной терапии является эрадикация возбудителя. Иногда не удается этого достичь. В чем причина неудач?

— Антибиотики на начальных этапах лечения риносинусита назначаются, как правило, эмпирически с учетом наиболее вероятных возбудителей. Широкое использование антибиотиков, гормонов и других препаратов привело к изменению микробиоценоза пазух в пользу устойчивых штаммов, росту количества внутриклеточных паразитов, активизации вирусной и грибковой флоры. В научной литературе широко освещено негативное влияние антибактериальных препаратов на иммунитет за счет угнетения фагоцитоза, снижения интенсивности специфического иммунного ответа. Это приводит к нежелательным побочным эффектам антибиотикотерапии (дисбактериозу, сенсibilизации и т. д.). С целью повышения эффективности и предупреждения нежелательных последствий стартовая антибактериальная терапия должна учитывать наиболее вероятные для данной патологии микроорганизмы, их возможную чувствительность к антибиотикам, локализацию и тяжесть воспалительного процесса; возраст больного; аллергологический анамнез и наличие сопутствующей патологии; функциональное состояние печени и почек; предыдущее использование антибиотиков; у женщин фертильного возраста — наличие беременности.

Безусловно, антибиотикотерапия резистентных риносинуситов с частыми рецидивами должна проводиться только после тщательного микробиологического исследования. Эффективность лечения зависит от целесообразности, продолжительности и дозы назначенных антибиотиков. Хотя с развитием медицинской науки появилось большое количество антибактериальных препаратов, их эффективность снижается с годами в связи с развитием антибиотикорезистентности. Для формирования последней микроорганизмы используют различные приспособительные механизмы: ферментативное расщепление антибиотика, модификацию мишени, нарушение проницаемости наружной мембраны, обратный активный выброс антибиотика во внеклеточное пространство.

Таким образом, проблема эффективного лечения хронических риносинуситов далека от окончательного решения и остается в настоящее время достаточно сложной задачей. Рост количества методов терапии не имеет четкой корреляции и практически не влияет на повышение эффективности лечения. Причинами отсутствия стойкой ремиссии после консервативной терапии хронических риносинуситов может быть недостаточность знаний о современных этиологических микробных факторах, состоянии местного и общего иммунитета. Влияние на очаг воспаления должно быть комбинированным, с использованием как местных, так и общих методов лечения, при этом важен индивидуальный подход к больному.

В данном случае уместно вспомнить слова известного терапевта Ослера о том, что опытный врач отличается от неопытного только одним: опытный врач назначает одно лекарство для 10 болезней, а неопытный — 10 лекарств для одной болезни. Поэтому чрезвычайно важной задачей представляется применение универсальных препаратов, которые воздействуют на суть патологического процесса и в то же время могут быть полезны при сочетанной патологии.

Проблема полипрагмазии при лечении хронических риносинуситов весьма актуальна, поэтому могу рекомендовать хорошо себя показавший препарат Синупрет («Бионорика»), который обладает следующими эффектами:

- регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи, устраняет мукостаз;
- действует на слизистую оболочку противоотечно и противовоспалительно;
- способствует улучшению дренажа и вентиляции параназальных синусов путем активации мерцательного эпителия.

При катаральных синуситах возможна монотерапия Синупретом, в случае гнойных синуситов необходимо комбинированное лечение с антибиотиками.

Каковы современные тенденции в тактике ведения пациентов с риносинуситами?

— Согласно рекомендациям Европейского меморандума по риносинуситу и полипозу носа у большинства пациентов с хроническими риносинуситами адекватное медикаментозное лечение является таким же эффективным, как и хирургическое. Ведущим и неизменным остается положение о необходимости использования антибактериальных препаратов в терапии хронических бактериальных риносинуситов. Хирургические методы лечения применяют у пациентов с неудовлетворительной эффективностью медикаментозной терапии. Предпочтение отдается функциональной эндоскопической хирургии, которая постепенно замещает традиционные операции, в том числе и пункцию пазух.

Внимательно прочитав статью, вы легко ответите на вопросы

Проверьте свои знания

1. К классическим возбудителям риносинуситов относят:

- a) *S. pneumoniae*;
- б) *H. influenzae*;
- в) *M. catarrhalis*;
- г) стрептококки группы А, анаэробы и вирусы;
- д) *S. aureus*;
- е) все вышеперечисленные.

2. Ценные методы диагностики хронических риносинуситов — это:

- а) компьютерная томография;
- б) эндоскопия;
- в) пункция пазух;
- г) риноманометрия;
- д) магнитно-резонансная томография.
- е) все вышеперечисленные.

3. Стартовая антибактериальная терапия должна учитывать:

- а) наиболее вероятные микроорганизмы и их чувствительность к антибиотикам;
- б) локализацию и тяжесть воспалительного процесса;
- в) возраст больного;
- г) аллергологический анамнез, наличие сопутствующей патологии, функциональное состояние печени и почек;
- д) предыдущее использование антибиотиков;
- е) все вышеперечисленное.

Подготовила
Наталья Пятница-Горпинченко



Синупрет®
Лікує нежить та синусит

- Знімає запалення слизової оболонки носа
- Розріджує густий слиз і сприяє його виведенню
- Прискорює одужання та захищає від ускладнень

№ 1
в Німеччині та Україні
при нежиті та синуситі*

Синупрет® - і нежитю немає!

Краплі для перорального застосування: реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4373/02/01 від 13.04.06 року. Драже: реєстраційне посвідчення МОЗ України UA/4373/01/01 від 13.04.06 року. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Виробник: Біонорика АГ (Німеччина). Реклама лікарського засобу. * VIP (Verkaufindex in der Pharmaindustrie), 2004, Бізнес-кредит 2008.

ТОВ "БІОНОРИКА"
02094, м. Київ, вул. Мініна, 9. Офісний поверх, окремих вхід
тел.: 8 (044) 296-22-03 (04:05) факс: +38 (044) 451-83-09
e-mail: office@bionorica.com.ua

BIONORICA®
The phytonceering company