

Диагностические трудности лечения острого риносинусита в практике семейного врача

М.А. Завалий, к.м.н., кафедра оториноларингологии, ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают лидирующую позицию в структуре общей заболеваемости населения. У часто болеющих (более 8 раз в год), в т. ч. у лиц с различной инфекционной или соматической хронической патологией, отягощенным анамнезом жизни, существует высокий риск развития бактериальных осложнений на фоне ОРВИ.

→ А.С. Лопатин (2002) отмечает, что у пациентов с ОРВИ обнаруживаются признаки риносинусита (РС). Исследования с использованием компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), проведенные в последние годы, показали, что почти у 90% больных респираторными вирусными инфекциями в околоносовых пазухах выявляются изменения в виде катарального воспаления слизистой оболочки и застоя секрета.

Вирусные инфекции способствуют снижению активности макрофагов и Т-лимфоцитов, в результате чего имеют место индуцирование супрессорных механизмов и, как следствие, развитие клеточного иммунодефицита. Вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус вызывают развитие иммунопатий, которые проявляются дисбалансом популяций лимфоцитов, пролиферацией В-лимфоцитов, гиперпродукцией IgE. Установлено иммуносупрессивное влияние вирусной инфекции, обусловленной вирусами гриппа и герпеса, которое

выражается в обусловленном сниженной продукцией интерлейкина (IL) 2 блокировании способности клеток к пролиферации в ответ на воздействие антигена. Дальнейшие исследования показали, что в основе данного явления лежит блокирование вирусами синтеза IL-1 в инфицированных клетках стромы тимуса (М.С. Плужников, 2005). Так, цитомегаловирус способствует развитию дефекта синтеза IL-1 клетками тимуса. Начиная с 5-7-го дня пораженные клетки снижают способность к продукции цитокина, а на 14-е сутки совсем перестают синтезировать IL-1. Согласно результатам исследования Д.Н. Маянского (1991), отмечается парадоксальный эффект, свидетельствующий о снижении резистентности к бактериальной инфекции на фоне активации направленных на элиминацию вирусов Т-клеточных механизмов. Неполноценность выведения патогена из организма выступает одним из обязательных компонентов, необходимых для реактивации возбудителя, и, возможно, лежит в основе развития

острого бактериального РС, способствует затяжному течению последнего и хронизации гнойного процесса.

У 2-13% больных после перенесенной ОРВИ развивается бактериальный РС. В период эпидемии гриппа частота РС среди заболевших достигает 50-55%. По данным статистики, за последние 10 лет удельный вес РС среди стационарной оториноларингологической патологии составляет 28-35%, что подтверждает актуальность проблемы ранней диагностики РС и своевременного лечения указанной категории больных.

Острое воспаление в полости носа на фоне вирусной инвазии сопровождается затруднением носового дыхания и выделениями из носа, что связано с отеком слизистой оболочки, нарушением реологических свойств секрета и мукоцилиарного транспорта (МЦТ). Устранение именно этих факторов может способствовать нормализации функции МЦТ и, соответственно, купированию воспалительного процесса.

С этой целью необходимо назначение препаратов, наряду с противовоспалительным эффектом обладающих выраженным муколитическим действием. К таким лекарственным средствам относится растительный препарат Синупрет, в состав которого входят следующие активные ингредиенты: корень генцианы (*Gentianae radix*), цветки первоцвета с чашечкой (*Primulae flos cum calycibus*), щавель (*Rumicis herba*), цветки бузины (*Sambuci flos*), вербена (*Verbenae herba*). Прогнозируемое действие препарата определяется высоким качеством сырья, точной детерминацией действующих компонентов, стандартизованным контролируемым производственным процессом (N. Neubauer, 1994).

Синупрет широко и успешно применяется в оториноларингологии, его высокая эффективность подтверждена как собственным клиническим опытом (М.А. Завалий, 2005; 2010), так и многочисленными наблюдениями и исследованиями ряда авторов (Т.И. Гарашенко, 2002; И.С. Зарицкая, 2003; С.М. Пухлик, 2003; В.В. Березнюк, 2004). Данный фитопрепарат обладает широким спектром эффектов:

- секретолитическим действием (флавоноиды в составе Синупрета повышают секрецию хлоридов эпителиальными клеткам в слой фазы золь секретa дыхательных путей. Этот эффект приводит к повышению гидратации золь, облегчению работы ресничек мерцательного эпителия и нормализации реологических свойств секретa при сохранении защитной функции поверхностной фазы геля, содержащей защитные белки. В этом Синупрет выгодно отличается от ацетилцистеина, действие которого приводит к разрушению гель-фазы);
- противовирусным в отношении вирусов гриппа А, парагриппа 1 типа, респираторно-синтициального вируса;

- противомикробным (бактериостатическое действие на стафилококк, стрептококк и, в меньшей степени, на гемофильную палочку);

- иммуномодулирующим (экстракты, входящие в состав Синупрета, стимулируют фагоцитоз, повышают концентрацию IL-1b, ингибируют циклооксигеназу; снижают образование медиатора воспаления простагландина E2, увеличивают продукцию α - и особенно γ -интерферона, уровень секреторного и сывороточного IgA, лизоцима в слюне; стимулируют высвобождение IL-1 и IL-6, увеличивают количество Т-хелперов);

- противовоспалительным (обусловлен ингибированием циклооксигеназы и, следовательно, снижением образования медиатора воспаления простагландина E2, что способствует уменьшению проницаемости сосудистой стенки, отека слизистой оболочки носа и улучшению эвакуации секрета).

С учетом спектра действия Синупрет целесообразно назначать с 1-го дня заболевания в возрастных дозировках курсом 10 дней.

В современных условиях болезни с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, в т. ч. дети и подростки, как правило, попадают в поле зрения семейных врачей. Краткий цикл обучения оториноларингологии в период до- и последилольной подготовки не позволяет глубоко изучить основы указанной специальности, поэтому своевременное направление больных на консультацию к отоларингологу является крайне важным звеном в лечебно-диагностическом алгоритме семейного доктора. Это единственный способ для больного получить полный комплекс специализированной врачебной помощи, включающей не только консервативное медикаментозное лечение, но и дренирование околоносовых пазух, а при необходимости — хирургическое

вмешательство на околоносовых пазухах и полости носа в условиях оториноларингологического стационара.

Таким образом, если состояние пациента с ОРВИ в течение 5 дней лечения у семейного врача не улучшается, больного следует направлять на консультацию к врачу-отоларингологу для дообследования и оказания специализированной помощи по поводу острого бактериального РС.

В настоящее время под острым РС понимают внезапное появление 2 и более из следующих симптомов: затруднение носового дыхания, наличие передней и/или задней ринореи, лицевая боль, чувство давления в проекции околоносовых пазух, снижение или потеря обоняния. Локализация лицевой боли имеет некоторые закономерности: так, при остром гайморите боль отмечается в области верхнечелюстной пазухи с иррадиацией в зубы, глаз, лоб, висок, скуловую область, тогда как при хроническом может отсутствовать. При фронтите боль локализуется исключительно в области лба, при этмоидите встречается в области корня носа, внутреннего угла орбиты; при сфеноидите — в области затылка, орбит, темени, височной кости. Клинические наблюдения указывают на определенные закономерности временного характера боли: при фронтите — в первой половине дня, при гайморите — во второй. Боль усиливается при наклоне головы.

Тщательно собранная информация о характере и локализации головной боли может быть полезна и в тех случаях, когда семейные врачи направляют пациентов на рентгенографию околоносовых пазух и затем сами оценивают результаты исследования. Необходимо помнить о том, что отсутствие снижения прозрачности в области верхнечелюстных пазух еще не означает отсутствия у больного риносинусита,

т. к. воспалительный процесс может затрагивать другие околоносовые пазухи. Чтобы избежать ошибки на этом этапе диагностики, рентгенограммы нужно выполнять в необходимых для каждой конкретной клинической ситуации проекциях; при необходимости следует прибегать к КТ-исследованию околоносовых пазух, результаты которого описывать должен врач лучевой диагностики, а осматривать пациента — отоларинголог.

Установив наличие РС у больного, необходимо определить форму и стадию заболевания, поскольку при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух, как и при всяком другом воспалительном процессе, выделяют ряд характерных стадий, различающихся по клиническим характеристикам и отражающих этапы развития воспалительной реакции. Существуют различные классификации РС, каждая из них имеет как преимущества, так и недостатки. Например, классификация Керна (1984) базируется на критерии времени течения воспалительного процесса в связи с морфологическими изменениями, в то время как основной классификации Lund (1995) являются не временные критерии, а патофизиологические:

— острый синусит (длительность болезни — до 3 нед; в результате лечения наступает полное исчезновение симптомов после выздоровления; стойкие изменения в слизистой оболочке околоносовых пазух отсутствуют);

— рецидивирующий синусит (от 1 до 4 эпизодов острого синусита в год, длится от 3 нед до 3 мес; морфологические изменения слизистой обратимые; в период между рецидивами симптомы заболевания отсутствуют, лечение проводить в этот период не принято; после консервативного лечения не остается стойких изменений в слизистой оболочке околоносовых пазух);

— хронический синусит (наличие симптомов в течение более чем 12 нед; воспаление не удается ликвидировать консервативной терапией; цель хирургического лечения — устранение необратимых изменений слизистой и восстановление дренажной функции естественного выводного соустья).

В отличие от приведенных выше классификация РС, предложенная С.З. Пискуновым и Г.З. Пискуновым (1997), учитывает временные критерии заболевания, локализацию процесса, морфологические изменения, этиологический фактор. Согласно этой классификации по распространенности процесса различают гайморит, этмоидит, фронтит, сфеноидит, гемисинусит, пансинусит, гаймороз-этноидит, фронтоэтноидит, гаймороз-фронтоэтноидит; по характеру течения и форме поражения — острый (катаральный, гнойный, некротический), хронический (катаральный, гнойный, пристеночно-гиперпластический, фиброзный, кистозный, смешанную форму) и вазомоторный (аллергический, неаллергический); по причине возникновения — риногенный, одонтогенный, травматический; по характеру возбудителя — вирусный, бактериальный аэробный, бактериальный анаэробный, грибковый, смешанный.

Для ведения медицинской документации и оформления листов нетрудоспособности необходимо пользоваться Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), согласно которой различают:

J01.0 острый верхнечелюстной синусит;

J01.1 острый фронтальный синусит;

J01.2 острый этмоидальный синусит;

J01.3 острый сфеноидальный синусит;

J01.4 острый пансинусит;

J01.8 другой острый синусит;

J01.9 острый синусит неуточненный;

J00-J06 острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей.

Обобщая сведения о диагностическом поиске у больных с подозрением на острый РС, следует указать характерные жалобы, данные истории заболевания, результаты пальпации и перкуссии в проекции околоносовых пазух, риноскопии (передней и задней), при которой можно выявить гиперемию, отек слизистой оболочки полости носа, наличие слизисто-гнойного или гнойного отделяемого (рис. 1); методов лучевой диагностики (рентгенографии, КТ, МРТ околоносовых пазух; рис. 2, 3), провести УЗИ-диагностику околоносовых пазух, эндоскопическую синусоскопию, лечебно-диагностические пункции околоносовых пазух (последние два исследования могут выполняться только в условиях оториноларингологического стационара или ЛОР-кабинета).

В соответствии с современной концепцией лечение РС осуществляется на уровне специализированной медицинской помощи (в оториноларингологическом кабинете поликлиники или отоларингологическом стационаре). Терапия предусматривает воздействие на этиологический фактор и максимальное число звеньев патогенеза, ликвидацию субъективных проявлений болезни.

Таким образом, лечение острых РС должно быть комплексным (с учетом патогенетических изменений) и соответствовать стандартам, изложенным в приказе Министерства здравоохранения Украины от 24.03.2009 г. № 181 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Отоларингология», при этом лекарственные средства следует подбирать дифференцированно в зависимости от стадии и формы воспалительного процесса.

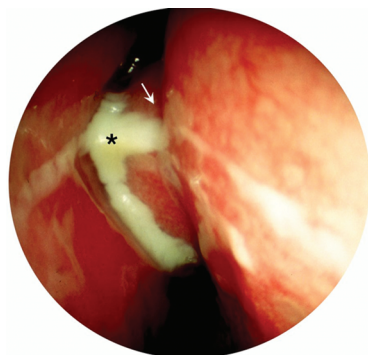


Рис. 1. Передняя риноскопия у больного острым гнойным правосторонним РС. Гнойное отделяемое в среднем носовом ходе



Рис. 2. Рентгенография околоносовых пазух в носоподбородочной проекции. В правой верхнечелюстной пазухе – гомогенное затемнение, в ней определяется уровень жидкости



Рис. 3. КТ околоносовых пазух в фронтальной проекции. В правой верхнечелюстной пазухе – гомогенное затемнение, отмечаются асимметрия пневматизации верхнечелюстных пазух, искривление перегородки носа, гипертрофия нижней носовой раковины слева

Комплекс медикаментозной терапии острых бактериальных РС должен включать антибактериальные и гипосенсибилизирующие средства, муколитические препараты (например, Синупрет); по показаниям применяются противовоспалительные препараты, деконгестанты, дренирование околоносовых пазух, физиолечение, санаторно-курортная реабилитация.

Врачам общей практики нужно помнить о возможном осложненном течении острого РС. Среди риногенных осложнений встречаются орбитальные (внутриглазничные) и внутричерепные. Так, частота орбитальных осложнений у детей составляет от 0,5 до 14,7%, у взрослых – от 0,5 до 8,5%; внутричерепные осложнения наблюдаются у 1,6% пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух.

Предпосылками для возникновения риногенных осложнений являются анатомическая близость и сосудисто-нервные связи указанных областей. Пути проникновения инфекции – контактный, гематогенный, лимфогенный, травматический.

К орбитальным риногенным осложнениям относятся реактивный отек клетчатки глазницы и век, диффузное негнойное воспаление клетчатки глазницы и век, абсцесс век, периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс, флегмона глазницы, тромбоз вен орбиты; к внутричерепным – экстра- и субдуральный абсцесс, абсцесс головного мозга, тромбоз кавернозного и верхнего сагиттального синуса, риногенный менингит, риногенный сепсис.

Осложненное течение РС относят к неотложным состояниям в оториноларингологической практике, требующим оказания срочной специализированной помощи в условиях профильного стационара. Поздняя диагностика, несвоевременное оказание хирургической помощи

больным ассоциируется с высоким риском инвалидизации и может привести к летальному исходу.

Таким образом, знание врачами общей практики возможных прогностически неблагоприятных исходов заболевания должно нацеливать их на своевременное направление к отоларингологу больных с подозрением на РС.

Выводы

1. Острый РС – широко распространенное заболевание, часто развивающееся на фоне ОРВИ. В патогенезе РС большую роль играют наличие патогенного микробного фактора, нарушений МЦТ.

2. При остром РС ведущими симптомами являются затруднение носового дыхания, болевой синдром, нарушение общего состояния, выделения из носа.

3. Успешное излечение пациентов с острым РС зависит во многом от своевременности и адекватности терапии в условиях оториноларингологического кабинета или стационара.

4. При консервативной терапии острых РС наряду с противомикробными препаратами в комплекс лечения целесообразно включать муколитические лекарственные средства (предпочтительнее Синупрет, обладающий комплексным действием и доказанной эффективностью при РС), нормализующие активность МЦТ, который является первым барьером против проникновения инфекционных и пылевых частиц в нижние дыхательные пути и играет ведущую роль в защитной функции полости носа и околоносовых пазух. При нарушении работы МЦТ снижается резистентность организма к инфекции, возникает застой слизи, создаются благоприятные условия для развития патологического процесса. ■

Список литературы находится в редакции.