

Проблема риносинусита в детской практике

Риносинусит (РС) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний: согласно данным мировой литературы, воспалительные процессы околоносовых пазух и носовой полости имеют место у 15% населения экономически развитых стран. Об особенностях течения РС у детей и терапевтических подходах, используемых при ведении данной категории пациентов, рассказала заведующая кафедрой педиатрии Украинской медицинской стоматологической академии (г. Полтава), доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко.

Что такое риносинусит?

Кто устанавливает этот диагноз: педиатр, семейный врач или оториноларинголог?

РС – это собирательный термин, который характеризует группу острых и хронических воспалительных заболеваний полости носа и его придаточных пазух. Кроме того, этот термин нередко используют в клинической практике в качестве предварительного диагноза при первичном осмотре пациента еще до проведения топической диагностики. Учитывая единство слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, правильнее говорить не о синусите, а о РС. Итак, РС – это воспалительный процесс в околоносовых пазухах, в который вовлечены слизистая оболочка, подслизистый слой, иногда надкостница и костные стенки. Согласно европейским рекомендациям, РС (включая полипоз носа) определяется как воспаление слизистой носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более симптомами, один из которых представляет собой назальную обструкцию или выделения из носа; возможно сочетание указанной симптоматики с давлением или болью в области лица, снижением или потерей обоняния.

В случае РС у ребенка первый осмотр, как правило, проводит педиатр или семейный доктор; при этом

следует помнить, что своевременная диагностика и адекватная терапия заболевания возможны только в случае тесного сотрудничества участкового врача, оториноларинголога и аллерголога. Это позволит не только устранить клинические проявления РС, но и обеспечить высокое качество жизни пациента.

Насколько актуальна проблема РС у детей?

Сегодня сложилась парадоксальная, на первый взгляд, ситуация: с одной стороны, медицинское сообщество располагает новыми научными данными, инновационными технологиями и лекарственными средствами; с другой – имеет место неуклонный рост заболеваемости ЛОР-патологией.

Можно выделить ряд причин, которые нарушают функциональное состояние слизистой оболочки полости носа и способствуют развитию различных нарушений со стороны верхних дыхательных путей: ухудшение экологической ситуации, недостаточное и несбалансированное питание; широкое применение консервантов, красителей в пищевой промышленности; увеличение количества стойких к антибиотикам штаммов патогенной микрофлоры; резкое снижение сопротивляемости организма, воздействие факторов



Т.А. Крючко

Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии Украинской медицинской стоматологической академии, г. Полтава

внешней среды (физических, химических, ионизирующей радиации). РС как одна из форм инфекции верхних дыхательных путей – едва ли не наиболее частая патология, с которой сталкиваются участковые терапевты и педиатры: по данным американских исследователей, 4,6% всех обращений к врачу общей практики приходится на случаи указанного заболевания.

Какие причины могут привести к развитию РС?

Воспалительные изменения слизистой оболочки носа, околоносовых пазух, слуховых труб могут быть обусловлены разными факторами: бактериальной, вирусной инфекцией,

физической или химической травмой, аллергической реакцией, а у детей — еще и возрастными анатомическими особенностями. В первые 4 года жизни наиболее частой формой синуситов (80-92% всех случаев) являются этмоидиты. Это связано с тем, что к моменту рождения ребенка только решетчатый лабиринт можно считать практически сформированным. К 4 годам постепенно формируются гайморовы пазухи, вследствие чего в этом возрасте увеличивается удельный вес верхнечелюстных синуситов (гайморитов). В связи с более поздним формированием фронтальных и сфеноидальных синусов их воспаление встречается преимущественно у детей 5-12-летнего возраста. У пациентов старше 12 лет воспалительные изменения могут возникнуть в любом из синусов или даже в нескольких.

Важными местными предрасполагающими факторами, нарушающими дренажную функцию и вентиляцию пазух, также являются:

- изменение архитектоники носовой полости (искривление перегородки носа, шипы, гребни);
- аденоидные вегетации, аденоидит;
- инородные тела в полости носа;
- нарушение мукоцилиарного транспорта;
- кариозный процесс в зубах.

У детей ведущими этиологическими факторами острых РС являются инфекция и аллергия. Если в первом случае четко прослеживается сезонность роста заболеваемости (осенне-зимне-весенний период), то во втором, кроме сезонности (период цветения растений: весна-лето и ранняя осень), возможна круглогодичная манифестация заболевания (при постоянном контакте с аллергеном).

В 70-80% случаев острый РС у детей является осложнением вирусной инфекции. Причиной его развития чаще всего являются респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа,

аденовирус, риновирус, коронавирус и др. Изменчивость возбудителя не позволяет создать достаточную концентрацию специфических антител в слизистой оболочке, поэтому вирус проникает внутрь клетки, инфицирует эпителиоциты и начинает размножаться. Это ведет к запуску противовирусного иммунного ответа и выделению противовоспалительных цитокинов, инициации каскадной реакции; формируется отек слизистой оболочки.

В случае присоединения микробной флоры возможно развитие бактериального РС. Наиболее частыми его возбудителями являются *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, реже — *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*. При изменении иммунной системы и нарушении защитного барьера в дальнейшем слизистая оболочка может повреждаться грибковой флорой.

Помимо инфекционных агентов, вызывающих воспалительные изменения слизистой полости носа и околоносовых пазух, имеют значение предрасполагающие факторы: переохлаждение, механические или химические раздражения слизистой; сопутствующая соматическая патология, особенно характеризующаяся нарушениями неспецифической резистентности и иммунологической реактивности; анатомические особенности носовой полости и придаточных пазух носа; наличие аденоидных вегетаций. Нарушения иммунной системы ребенка, в том числе аллергия, могут не только предрасполагать к развитию острых РС, но и модифицировать течение заболевания.

Когда врач-педиатр может заподозрить РС у ребенка?

Характер течения РС у детей зависит от этиологии заболевания, а также от возраста пациента. Кроме стандартных клинических признаков, у детей раннего (грудного) возраста

острый ринит часто сочетается с фарингитом, распространяется на гортань, трахеобронхиальное дерево и даже на легочную ткань.

Диагностика основывается на сборе жалоб и анамнеза пациента, данных объективного осмотра с использованием пальпации и перкуссии зон проекций придаточных пазух носа, передней и задней риноскопии, фарингоскопии. Указанные исследования дополняются клинико-лабораторными и инструментальными методами. Из лабораторных методов наибольшую диагностическую значимость имеет клинический анализ крови. Его информативность особенно высока при латентных синуситах, когда изменения в периферической крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) могут быть единственными признаками заболевания.

Диагностика аллергического ринита у маленьких детей представляет определенные трудности. Хорошо известны его типичные симптомы: выделения из носа, чихание, зуд в полости носа, заложенность носа. Выделения из носа, как правило, являются водянистыми, реже — слизистыми, иногда возможны гнойные выделения. Аналогом зуда у детей является симптом «аллергического салюта» (ребенок рукой трет нос). Характерный признак — приступообразное чихание, преимущественно по утрам; заложенность носа у детей в большинстве случаев проявляется ротовым дыханием и храпом во время сна.

Проявления аллергического ринита очень напоминают симптомы простуды (острого назофарингита, острых респираторно-вирусных инфекций — ОРВИ); ключевые признаки заболевания — внезапное начало и часто внезапное прекращение симптомов, высокая частота на протяжении года, длительность сохранения симптоматики, отсутствие температуры. Обязательно следует учитывать

вероятность гипертрофии глоточной миндалины, врожденные пороки развития носа и носоглотки, воспаление околоносовых пазух; при этом не следует забывать, что ОРВИ провоцируют проявление и ухудшают течение аллергического ринита, а синусит и гипертрофия аденоидов, наоборот, зачастую сопутствуют ему.

Основным методом диагностики РС является передняя риноскопия, при которой на фоне диффузной застойной гиперемии и отека слизистой оболочки полости носа выявляется типичный признак – наличие патологического отделяемого в области выводных отверстий вовлеченных в процесс околоносовых пазух. При поражении верхнечелюстной и лобной пазух такое отделяемое можно увидеть в среднем, а при сфеноидите – в верхнем носовом ходе.

Каковы основные принципы лечения больных РС?

Лечение детей с заболеваниями околоносовых пазух, направленное на подавление патогенной микрофлоры и повышение резистентности организма, сопряжено со значительными трудностями. Необходимо рациональное сочетание общих мер воздействия на организм с местным воздействием на очаг воспаления с целью его дренирования, восстановления аэрации и устранения инфекции. Это позволяет предотвратить развитие возможных осложнений и избежать хронизации заболевания.

Первой ступенью в лечении острого синусита является купирование острого процесса, второй – реабилитация, третьей – профилактика рецидивов; на четвертом этапе проводят контроль и наблюдение.

Какой должна быть медикаментозная терапия РС?

Посещая дошкольные учреждения, ребенок «контактирует» с различными микроорганизмами. Развивающиеся адаптивные системы

(иммунная, вегетативная) должны научиться бороться с этими патогенами. При недостаточных возможностях иммунной системы ребенок начинает часто болеть. Работающие родители иногда не имеют возможности оставить ребенка дома до полного выздоровления. Для более быстрого купирования воспалительного процесса начинают применять антибиотики в случаях, когда они не показаны (например, при неосложненном течении ОРВИ). Только в тех клинических ситуациях, когда традиционные схемы лечения оказываются неэффективными, требуется точная идентификация возбудителя. Золотым стандартом считается исследование содержимого пораженной пазухи, полученного при пункции. К сожалению, в реальной практике в 2/3 случаев материалом для исследования служит мазок из полости носа, который не может быть точным ориентиром, поскольку обладает незначительной информативностью из-за контаминации микрофлорой преддверия носа, обычно золотистым или эпидермальным стафилококком. Частое неоправданное применение антибиотиков является одной из причин увеличивающегося количества резистентных штаммов бактерий.

До настоящего времени существуют разногласия по поводу необходимости применения антибиотиков в терапии острого РС. Результаты микробиологического исследования показывают, что антибактериальные препараты показаны не во всех случаях. Дифференцировать аллергический, вирусный или бактериальный риносинусит с помощью общепринятых клинических методов, в том числе рентгенологических, компьютерного, томографического исследования, достаточно сложно. Если все же существует необходимость проведения курса антибиотикотерапии, выбор препарата основывается на рекомендациях по эмпирической стартовой терапии

с учетом вероятного возбудителя болезни и его чувствительности к антибиотикам в данном регионе.

Итак, лечение пациентов с острым РС в большинстве случаев является комплексным, его объем во многом определяется характером и распространенностью воспалительного процесса. Схема ведения пациентов включает устранение явлений воспаления, восстановление проходимости соустьев, эвакуацию отделяемого из пазух, ликвидацию очага инфекции, местную иммуномодулирующую терапию (при наличии показаний).

Решение первых трех клинических задач возможно при применении современных растительных секретолитиков с противовоспалительными свойствами. Использование секретолитических средств позволяет восстановить мукоцилиарный клиренс и предотвратить закупорку соустьев вязкой слизью, способствует ликвидации воспалительного отека, восстановлению дренажа пазух и тропики их слизистой. Зачастую медикаментозная терапия позволяет улучшить эвакуацию отделяемого из пазух и избежать применения инвазивных методов лечения.

Какие фитопрепараты могут использоваться в терапии РС у детей?

Знания о целительной силе растений в течение столетий пересматривались под влиянием различных теорий этиологии заболеваний и классификаций патологических процессов, однако без многих активных веществ, получаемых из растений, сегодня невозможно представить себе арсенал медикаментозных средств. Удалось выделить ряд активных ингредиентов из лекарственных растений, что послужило предпосылкой для разработки стандартизованных фитоэкстрактов. Благодаря этому стало возможным производство высокоэффективных лекарственных средств на растительной основе.

В лечении РС используется оригинальный растительный препарат Синупрет® компании Bionogica SE (Германия), опыт применения которого в Германии насчитывает более 70 лет, в других странах мира — около 30 лет. Эффективность и безопасность Синупрета обеспечивается за счет специального экстракта BNO 101, стандартизованного по составу и содержанию активных веществ из лекарственных растений: корня генцианы (*Radix gentianae*), цветков первоцвета (*Primulae veris*), цветков бузины черной (*Sambucus nigra*), травы шавеля (*Rumex acetosa*), травы вербены (*herba Verbenae officinalis*).

Стандартизация препарата по содержанию активных веществ обеспечивается благодаря контролю всех этапов производственного процесса с использованием инновационной технологии фитониринга. Оптимальная

фармацевтическая разработка и формы выпуска обеспечивают биодоступность и стабильность активных ингредиентов препарата.

Все это обуславливает комплексность воздействия препарата Синупрет®, что проявляется в секретолитическом действии и активации мукоцилиарного клиренса, противовоспалительной активности, подавлении репликации респираторных вирусов.

Имеет значение и антибактериальное действие Синупрета, что особенно важно в профилактике бактериальных осложнений ОРВИ.

Синупрет® обладает иммуномодулирующей активностью: усиливает противовирусный иммунитет, повышая продукцию α - и особенно γ -интерферонов, стимулирует неспецифическую защиту организма, увеличивая количество фагоцитов

и индуцируя гранулоцитарный фагоцитоз различных популяций лимфоцитов. В большом количестве исследований было показано, что препарат обладает хорошей переносимостью и безопасностью и может использоваться для лечения РС и других заболеваний дыхательного тракта у детей в возрасте от 2 лет. Синупрет® можно использовать в качестве монотерапии, а также в комбинации с другими препаратами (антибактериальными, антигистаминными и др.).

Таким образом, применение фитопрепарата Синупрет® в комплексном лечении РС позволяет достичь основных целей терапии — клинически значимого купирования или смягчения симптоматики, улучшения состояния больного и уменьшения медикаментозной нагрузки, что особенно важно в педиатрической практике. ■

Новое об известном

Безопасность инъекции препарата, содержащего смесь экстрактов травы полыни однолетней (*Artemisia annua*), плодов гардении (*Gardenia*) и жимолости японской (*Flos Lonicerae*)

Целью исследования ученых из Фармацевтического университета г. Нанкин (Китай) было оценить безопасность инъекции препарата, содержащего экстракты травы полыни однолетней, плодов гардении и жимолости японской. Кроме того, авторы работы провели анализ факторов, которые могут повышать риск развития побочных реакций на подобную терапию.

В ходе проспективного наблюдательного исследования врачи заполняли формы клинического наблюдения. С апреля по июль 2007 года было собрано 12 427 форм наблюдения из 46 больниц в провинции Цзянсу. Среди 11 707 пациентов, включенных в анализ, 8074 (69%) были младше 14 лет. Всего был зарегистрирован 51 побочный эффект на препарат. Общая частота неблагоприятных реакций составила 0,38%. Большинство нежелательных явлений на данное лекарственное средство были известны ранее (сыпь, зуд, рвота, диарея); в то же время в ходе анализа определились 3 новых побочных симптома: озноб, флебит и затрудненное дыхание. Все побочные реакции легко купировались последующей терапией, ни одна из них не представляла угрозы для жизни пациента.

Монофакторный анализ показал, что побочные реакции на введение препарата коррелировали с суммарной дозой ($p=0,0049$) и сочетанным использованием с другими препаратами ($p=0,0143$), особенно с антимикробными средствами ($p=0,0079$) и антибиотиками из группы макролидов ($p=0,0017$). Мультифакторный анализ подтвердил полученные результаты. Доза растительного средства и применение комбинации различных препаратов имели решающее влияние на риск развития побочных реакций: в этих случаях риск увеличился на 24,8% (относительный риск (ОР) 1,248; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,054-1,479) и 89% (ОР 1,890; 96% ДИ 1,001-3,566) соответственно.

*Xu H.M., Wang Y., Liu N.F.
Pharm World Sci. 2009 Aug;31(4):458-63. Epub 2009 Apr 21.*