

М. Дерозье, Канада

Диагностика и лечение острого риносинусита

Патогенез острого риносинусита (ОРС) определяется взаимодействующим действием предрасполагающих факторов и воспалительной реакции в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух. Экстравазация плазмы, а также отек и набухание слизистой оболочки вызывают окклюзию выходного отверстия синусов, нарушая тем самым их вентиляцию и дренирование. Это, в свою очередь, создает благоприятные условия для развития вторичной бактериальной инфекции.

Клиника и диагностика ОРС

Воспаление и неадекватное дренирование околоносовых пазух обуславливают быстрое нарастание симптоматики ОРС (табл.). В типичных случаях больных беспокоят затрудненное носовое дыхание, гнойное отделяемое из носа, постназальное затекание, кашель, головная боль, лихорадка. У детей жалобы могут быть неспецифичными. При тяжелом течении заболевания с вовлечением глазничной и внутричерепной зон возможны зрительные расстройства, боль в глазных яблоках, нарушения их моторики, а также неврологические расстройства.

Лечение

Симптоматическая терапия

В настоящее время симптоматические средства относят к наиболее распространенным препаратам для амбулаторного лечения неосложненного ОРС (терапия первой линии). Европейские рекомендации по ведению пациентов с риносинуситом и полипами носа определяют объем амбулаторной помощи при ОРС в зависимости от тяжести заболевания: легкое течение — симптоматическая терапия с использованием деконгестантов, анальгетиков и орошений солевыми растворами; среднетяжелое течение —

и заложенность), а также снижают выраженность ринореи и зуда.

! Блокируя высвобождение провоспалительных медиаторов, ЭКС уменьшают отек и клеточную инфильтрацию, микроциркуляторные расстройства в слизистой оболочке, благодаря чему расширяется устье синуса, улучшаются его дренаж и аэрация, а это, в свою очередь, снижает вероятность присоединения вторичной инфекции.

Как показали клинические испытания, топические ЭКС (например, мометазона фураат), которые применяли в течение 1 года, не влияют на структуру слизистой оболочки, в частности не повреждают кровеносных сосудов, не изменяют толщины эпителиальной выстилки и не вызывают атрофии.

Клиническая эффективность ЭКС, которые назначали в комбинации с антибиотиками при рентгенографически подтвержденном ОРС, продемонстрирована в проспективных рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях.

! Добавление ЭКС к антибиотикам усиливало регресс симптомов, сокращало продолжительность заболевания и вызывало более отчетливую положительную динамику, оцениваемую по данным рентгенографии.

Установлено, что ЭКС обладают хорошей переносимостью и хорошим профилем безопасности, частота побочных эффектов (главным образом, головной боли и носовых кровотечений) при их использовании сопоставима с таковой при применении плацебо.

Три плацебо контролируемых исследования были посвящены клинической оценке мометазона фураата, назначавшегося пациентам со среднетяжелым и тяжелым ОРС, диагноз которого подтверждали с помощью компьютерной томографии. В двух из этих исследований данный препарат добавляли к амоксициллину/клавуланату, благодаря чему самочувствие больных улучшалось в большей мере, чем при назначении антибактериального препарата и плацебо. В исследовании A. Nayak и соавт., длившемся в течение 3 нед, достоверное улучшение отмечалось уже к 4-му дню приема мометазона фураата. E. Meltzer и соавт. показали, что мометазона фураат, назначаемый на фоне антибактериальной терапии, обуславливал дополнительное уменьшение головной боли, боли в области лица, а также обструктивной симптоматики, связанной с интраназальным отеком. У пациентов, получавших данный препарат, чаще регистрировалась положительная динамика изменений, визуализируемых в околоносовых пазухах с помощью компьютерной томографии.

У больных неосложненным ОРС мометазона фураат эффективен также в виде монотерапии. Более того, на 2-й день такого лечения выраженность обратного развития симптомов (ринореи, затрудненности носового дыхания, постназального затекания, головной боли, лицевой боли, неприятных ощущений в области лица) была большей, чем на фоне плацебо или монотерапии амоксициллином.

! Прием мометазона фураата не увеличивал риска бактериальных осложнений (на протяжении 15 дней лечения)

и не повышал вероятности рецидива ОРС (в течение 14 дней последующего наблюдения).

Лишь в одном клиническом испытании первоначально не удалось подтвердить способности ЭКС улучшать течение ОРС на фоне антибактериальной терапии (I. Williamson et al., 2007). Согласно выводам данного исследования, у взрослых пациентов с ОРС ни отдельное, ни совместное назначение амоксициллина и будесонида не оказывало эффекта. Однако вторичный анализ данных выявил, что будесонид улучшает симптоматику у лиц с менее тяжелым течением заболевания. Следует также указать, что данному исследованию был присущ ряд методологических недостатков.

Антибактериальная терапия

Клиницисты нередко рассматривают ОРС исключительно как бактериальную инфекцию и 85-95% таких больных назначают антибиотики. Однако у пациентов с ОРС, обращающихся к врачам общей практики, бактериальные осложнения развиваются лишь в 13-38% случаев. Следовательно, у многих больных ОРС имеет вирусную природу и не требует применения антибиотиков. Действительно, метаанализ 9 клинических испытаний (n=2547) показал, что при неосложненном ОРС антибиотики в большинстве случаев малоэффективны (J. Young et al., 2008). При этом следует учитывать, что неоправданное назначение данных препаратов, особенно у пациентов с часто встречающимися инфекциями дыхательных путей, способствует распространению резистентных штаммов микроорганизмов. В то же время, как следует из рекомендаций Американской ассоциации оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов, при ОРС антибиотики показаны в таких ситуациях: отсутствие положительной динамики на протяжении ≥10 дней; тяжелое или быстро ухудшающееся течение болезни (с лихорадкой, болью в области лица, периорбитальными отеками) независимо от продолжительности симптоматики. У таких пациентов антибиотики не только почти на 50% повышают эффективность лечения, но и сокращают его длительность. Основным требованием, которое предъявляют к антибактериальным препаратам, назначаемым при ОРС, является относительно узкий спектр действия. В частности, эти средства должны быть активны против *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* — патогенных микроорганизмов, чаще всего вызывающих внегоспитальный ОРС бактериального генеза. К препаратам выбора относят амоксициллин, цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны.

Выводы

У большинства пациентов, обращающихся к врачам общей практики, ОРС имеет вирусную природу и поэтому не требует назначения антибактериальной терапии.

! Обладая местным противовоспалительным действием, ЭКС улучшают вентиляцию, дренирование синусов, демонстрируя при этом высокий уровень местной безопасности. При ОРС бактериального генеза использование ЭКС в комбинации с антибактериальным препаратом ускоряет регресс симптомов заболевания, повышает конечную эффективность лечения.

Статья печатается в сокращении.

Postgraduate Medicine 2009; 121 (3): 83-89

Перевел с англ. Глеб Данин



Типичные симптомы	Симптомы, характерные для более тяжелого течения	Симптомы, указывающие на осложненное течение
Затрудненное носовое дыхание	Лихорадка	Местный отек, наличие пальпируемой массы во фронтальной или верхнечелюстной зонах, припухлость в области лба
Гнойное отделяемое из носа		
Чувство распирания, давления	Боль или повышенная чувствительность в области лица	Боль в глазных яблоках
Гипосмия/аносмия	Общая слабость	Экзофтальм
Головная боль		Расстройства зрения
Неприятный запах изо рта	Затяжное течение	Внутричерепная инфекция
Общая слабость		
Одонталгия, особенно верхнечелюстная		
Кашель		Периорбитальный отек

В большинстве медицинских учреждений общего профиля ОРС распознают на основании жалоб, анамнеза и результатов физикального обследования. Диагноз, таким образом, является предположительным, вследствие чего лечение основывается на эмпирических принципах. Тем не менее использование рекомендуемых клинических критериев позволяет диагностировать ОРС с такой же точностью, как и с помощью рентгенографии. В частности, доказано, что вероятность ОРС повышают отделение гнойной слизи (по данным риноскопии либо на основании жалоб больного); верхнечелюстная одонталгия; отсутствие улучшения после приема деконгестантов и/или антигистаминных средств.

Бактериологическое исследование показано лишь в тех редких случаях, когда идентификация возбудителя имеет реальное практическое значение, например при ОРС, резистентном к проводимой терапии. В этой ситуации золотым стандартом диагностики служит исследование пунктата околоносовой пазухи. Компьютерная томография проводится при тяжелом, затяжном или рецидивирующем течении заболевания.

В каждом конкретном случае ОРС встает вопрос о том, является ли болезнь вирусной или бактериальной. В 2007 г. Американская ассоциация оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов опубликовала рекомендации, в которых приведены клинические признаки ОРС бактериального происхождения. Согласно этим рекомендациям, бактериальный ОРС можно диагностировать, если симптоматика сохраняется в течение ≥10 дней либо первоначальное улучшение сменяется ухудшением состояния независимо от длительности течения.

монотерапия эндоназальными кортикостероидами (ЭКС); тяжелое течение — ЭКС в комбинации с антибиотиками.

Часто с целью симптоматической терапии применяют такие дополнительные средства, как α-адреномиметики (деконгестанты), антигистаминные препараты без седативного эффекта, солевые орошения, муколитики и экспекторанты. Тем не менее Американская ассоциация оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов обращает внимание на отсутствие исследований, изучавших эффективность антигистаминных препаратов при ОРС. Также не проводились контролируемые испытания эффективности деконгестантов у больных ОРС бактериального генеза. По сравнению с пероральными препаратами деконгестанты местного действия более эффективны.

! Однако, чтобы уменьшить риск синдрома отмены, Американская ассоциация оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов ограничивает длительность их приема только 3 сутками.

Подобно антигистаминным средствам, муколитики также не рекомендованы для симптоматического лечения ОРС. Действие интраназальных солевых орошений специально не изучалось. Несмотря на это, существует мнение, что они уменьшают выраженность симптоматики и снижают потребность в антибактериальной терапии, особенно у лиц с частыми эпизодами ОРС.

Эффективность ЭКС доказана в клинических исследованиях с участием как взрослых, так и детей с ОРС. В частности, ЭКС обладают свойствами деконгестантов (уменьшают отек