

Б.Н. Биль, заслуженный врач Украины, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, Городской центр эндоскопической риноларингологии, Городская клиническая больница № 9, г. Киев

Современные подходы к диагностике и терапии пациентов с острым риносинуситом

Острый бактериальный риносинусит (РС), являющийся в большинстве случаев осложнением перенесенной вирусной инфекции, – одна из самых распространенных инфекционных патологий верхних дыхательных путей, занимающая пятое по частоте место среди причин назначений антибиотиков, особенно в осенне-зимний период. В США ежегодно регистрируют около 30 млн случаев острого РС, при этом бактериальная инфекция придаточных пазух носа присоединяется лишь в 0,5-2% случаев, в связи с чем подтверждение бактериальной природы заболевания перед проведением терапии является чрезвычайно важным. Таким образом, помимо существования основной классификации по длительности заболевания (острый, подострый, рецидивирующий и хронический РС), целесообразным является выделение таких подкатегорий, как предположительно вирусный и предположительно бактериальный РС.

Основными симптомами острого бактериального РС являются сохранение клиники инфекционного заболевания более 10 дней, ухудшение симптомов через 5 сут после начала заболевания либо ухудшение состояния больного после периода незначительного облегчения («вторая волна»); в то время как при остром вирусном РС отмечается постепенная положительная динамика симптомов в течение 10 дней. В качестве критериев диагностики у пациентов острого бактериального РС в настоящее время рекомендуют учитывать такие симптомы:

- наличие гнойных выделений из носа;
- верхнечелюстная зубная и/или лицевая боль, особенно односторонняя;
- болезненность при пальпации в проекции верхнечелюстного синуса, преимущественно односторонняя;
- ухудшение состояния после периода улучшения.

Диагноз бактериального РС наиболее вероятен при наличии всех четырех указанных критериев и исключается, если имеет место только один из них. При неосложненных формах РС для установления диагноза и назначения терапии нет необходимости в проведении дополнительных обследований (рентгенографии придаточных пазух носа, пункции синусов в целях получения материала для микробиологического исследования и т. д.).

Для определения степени тяжести заболевания Европейским соглашением по РС предусмотрено проведение субъективной оценки состояния самим пациентом с использованием 10-сантиметровой визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Тяжелая и среднетяжелая формы бактериального РС требуют немедленного назначения больным антибактериальных препаратов, то время как пациентов с легким течением заболевания можно в течение 1-2 дней оставить под наблюдением для оценки динамики картины, поскольку в ряде исследований представлены данные о спонтанном разрешении легких форм РС в половине случаев.

Среди основных возбудителей острого бактериального РС ведущую роль играют так называемые респираторные возбудители – *S. pneumoniae* и *H. influenzae*, а также различные виды стрептококков: β -гемолитический стрептококк серогруппы А (БГСА, или *S. pyogenes*; – 4,8%; β -гемолитические стрептококки других серогрупп – 12,9% и не- β -гемолитические стрептококки – 4,8%, в то время как *M. catarrhalis* и *S. aureus* не имеют большого значения в возникновении заболевания. Таким образом, очевидно, что назначаемые для лечения РС препараты должны обладать высокой активностью в первую очередь в отношении *S. pneumoniae* и *H. influenzae* и создавать эффективные терапевтические концентрации в тканях и жидкостях органов дыхания с минимальным риском индукции резистентности.

Проблема устойчивости микроорганизмов к антибиотикам сегодня является одной из наиболее обсуждаемых в мире: с каждым годом отмечается неуклонное нарушение чувствительности штаммов к препаратам многих групп; при этом резистентность отдельных микроорганизмов различается и даже в регионах одной страны, поэтому выбор лекарственного средства для эмпирической антибактериальной терапии должен основываться в первую очередь на региональных данных о приобретенной антибиотикорезистентности указанных микроорганизмов. Так, в Испании доля штаммов пневмококка, устойчивых к пенициллинам, составляет 28%, к макролидам – 37%, к цефалоспорином – 39%. Согласно данным Европейской системы контроля антибиотикорезистентности (EARSS), нечувствительность пневмококка к пенициллину в странах Восточной Европы в 2008 г. была значительной, в частности, в Болгарии и Польше составляла 25%, в Венгрии – 25-50% и в Румынии – >50%. Во всех европейских странах отмечается увеличение резистентности пневмококков к β -лактамам и макролидам.

Основным вопросом, который следует решить врачу при ведении пациента с острым РС, является необходимость назначения антибактериальных препаратов. С одной стороны, ведущие европейские и мировые руководства по РС отмечают целесообразность выжидательной тактики даже при подтвержденном инфицировании бактериальной флорой (при легкой форме заболевания). С другой стороны, результаты многих исследований, в частности Axeisson и соавт. (n=106), Ganapca и соавт. (n=50), Wald и соавт. (n=93), Lindbeak и соавт. (n=130), Van Buchem и соавт. (n=206), Stalman и соавт. (n=176), а также метаанализа рандомизированных плацебо контролируемых клинических исследований, выполненного Lau и соавт. (1999), убедительно показали, что применение антибиотиков повышает вероятность выздоровления на 30% и уменьшает риск неблагоприятного исхода на 50%. Учитывая, что физиологические особенности синусов при нелеченном бактериальном РС предрасполагают к развитию тяжелых осложнений (инфекции глазницы и периорбитальной области, внутричерепных абсцессов, тромбоза кавернозного синуса, менингита, сепсиса), необходимо тщательно взвешивать «за» и «против» как назначения антибиотиков, так и применения выжидательной тактики в каждом конкретном случае. Ранее применение антибактериальных препаратов считается наиболее значимым при пневмококковой этиологии бактериального РС, так как в этом случае вероятность спонтанной эрадикации возбудителя является минимальной. Кроме того, незамедлительное назначение антибактериальных препаратов показано при выраженных симптомах РС (боли, лихорадке, температуре тела >38 °С) или любом, даже незначительном, ухудшении

состояния пациента (согласно рекомендациям EPOS и Американской академии отоларингологии).

Каковы же принципы рационального проведения антибиотикотерапии при остром бактериальном РС? Помимо данных о чувствительности микроорганизмов к антибактериальному препарату, при проведении эмпирической антибактериальной терапии необходимо принимать во внимание предшествующий прием антибиотиков пациентом. В связи с тем, что лечение острых неосложненных бактериальных РС проводится преимущественно в амбулаторных условиях, предпочтение следует отдавать пероральным антибактериальным препаратам, но только тем, которые за счет высокой биодоступности не уступают по эффективности парентеральным лекарственным формам.

С учетом спектра типичных возбудителей и данных об их антибиотикорезистентности препаратом первого выбора при остром бактериальном РС является амоксициллин/клавуланат, эффективность которого остается стабильно высокой даже в отношении продуцентов β -лактамаз.

Как свидетельствуют данные исследований, три наиболее значимых для развития ЛОР-заболеваний микроорганизмов (*S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *H. influenzae*) имеют очень высокую чувствительность к препарату – от 95,5 до 100%. Результаты международного мониторингового исследования Alexander Project, проведенного в 1992-2001 гг., послужили основанием для рекомендации амоксициллина/клавуланата в качестве препарата первого выбора для лечения инфекций респираторного тракта. Ожидаемая клиническая эффективность лекарственного средства при остром бактериальном РС у взрослых и детей составляет более 90%. Подобные данные были получены также в других крупных исследованиях – ПеГАС-1-3, G.N. Rolinson и соавт. (2002-2004) и др.

Амоксициллин является одним из наиболее изученных антибактериальных препаратов, он широко применяется в мире уже в течение 26 лет (16 лет в Украине). Особенностью лекарственного средства является его преимущественное накопление в тканях верхних и нижних дыхательных путей (среднем ухе, секрете придаточных пазух носа, небных миндалинах, слюне, бронхиальном секрете, легких, плевральной жидкости); кроме того, высокие концентрации препарата обнаруживаются в перитонеальной и синовиальной жидкости, печени, желчном пузыре, матке, яичниках, предстательной железе, мышечной ткани. Действующее вещество хорошо всасывается при приеме внутрь независимо от приема пищи, оставаясь стабильным в присутствии соляной кислоты желудка. Амоксициллин и клавуланат характеризуются низким связыванием с белками плазмы – 20 и 30% соответственно. Амоксициллин



Б.Н. Биль

выводится почками практически в неизменном виде тубулярной секрецией и клубочковой фильтрацией, клавуланат подвергается более интенсивному метаболизму в печени, выводится в основном путем клубочковой фильтрации, частично – в виде метаболитов. Период полувыведения каждого из компонентов составляет 1-1,5 ч. При тяжелой почечной недостаточности период полувыведения увеличивается до 7,5 ч для амоксициллина и до 4,5 ч для клавуланата. У таких больных следует корректировать режим дозирования с учетом показателей клубочковой фильтрации.

Препарат можно назначать пациентам всех возрастных групп; как правило, у него хорошая переносимость, побочные лекарственные реакции встречаются относительно редко: в частности, диарея – в 9% случаев, тошнота – в 3%, рвота – в 1%, кожная сыпь – 3% случаев.

Удобным является широкий спектр форм выпуска и дозировок препарата, что позволяет подобрать оптимальную терапию в зависимости от тяжести состояния и возраста больного: в настоящее время доступны раствор для инъекций, суспензия для детей (125/5 и 250/5 мг), таблетки в оболочке Амоксилав® 2Х (500/125 и 875/125 мг), а также диспергируемые таблетки Амоксилав® Квиктаб. Диспергируемая форма является оптимальной для лиц с нарушенной функцией глотания, позволяет ускорить достижение максимальной концентрации в крови и характеризуется более высокой биодоступностью по сравнению с обычной таблетированной формой препарата – 90-95 против 80% соответственно. Применение препарата Амоксилав® Квиктаб позволяет более чем на 50% снизить риск всех нежелательных реакций, что сопровождается улучшением приверженности пациентов к терапии и снижением риска преждевременного прекращения лечения.

Вспомогательная терапия при остром бактериальном РС направлена на улучшение мукоцилиарного клиренса, уменьшение выраженности воспаления и отека слизистой пазух и носовых ходов (с помощью противовоспалительных средств), а также уменьшение заложенности носа (с этой целью используются сосудосуживающие препараты, которые допустимо применять не более 7 дней подряд). Антигистаминные средства не рекомендованы к рутинному использованию у пациентов с РС, поскольку могут привести к ухудшению мукоцилиарного клиренса за счет снижения секреции в просвете синусов и носовых ходов. Доказательств эффективности муколитиков, растительных препаратов и промывания полости носа солевыми растворами при остром РС в настоящее время накоплено недостаточно.

4-43-АМВ-РЕЦ-1212

