



С.П. Кривопустов

Известно, что именно нос — входные ворота острых вирусных воздушно-капельных инфекций. Есть два понятия — «острый ринит» и «острый риносинусит». Как семейному врачу или педиатру определить, что есть что? Есть ли отличия между указанными состояниями?

С.П. Кривопустов. Как правило, педиатр такое заболевание дыхательных путей, как воспаление слизистой оболочки носа, называет насморком, или ринитом (от греч. rhinitis). О синусите же чаще говорят тогда, когда имеет место бактериальное воспаление околоносовых пазух, то есть острый бактериальный синусит. Однако, как было показано в некоторых исследованиях с использованием томографии, у подавляющего большинства пациентов с острой респираторной вирусной инфекцией, то есть с острым вирусным ринитом, в патологический процесс вовлекается и слизистая оболочка околоносовых пазух. Следовательно, более корректным термином представляется не «острый вирусный ринит», а «острый вирусный риносинусит». И это абсолютно логично, ведь эпителий, выстилающий параназальные синусы, является непосредственным продолжением слизистой оболочки полости носа.

В.И. Попович. Слизистая оболочка полости носа и синусов представляет собой одно целое, поэтому в подавляющем числе случаев они поражаются одновременно, за исключением разве что одонтогенного (связанного с патологией зубов верхней челюсти) синусита. При этом два основных симптома — затруднение носового дыхания и отделяемое из носа — ассоциируются как с ринитом, так и с синуситом. С учетом этого в настоящее время ЕР²ОS — основной документ, регулирующий подходы к диагностике и лечению заболеваний верхних дыхательных путей, — объединяет указанные нозологические единицы. Таким образом, согласно современным представлениям воспаление на фоне ОРИ слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух протекает одновременно и определяется как острый риносинусит. В зависимости от ключевого этиопатогенетического звена острые риносинуситы классифицируются ЕР²ОS на три категории: вирусный, пост-вирусный и бактериальный.

В отношении острого ринита выделяют три стадии: сухую стадию раздражения, стадию серозных выделений, стадию слизисто-гнойных выделений. Каковы особенности тактики лечения ринита на каждой стадии?

В.И. Попович. Эти стадии отражают патофизиологические и патоморфологические особенности течения воспаления. На первой (сухой) стадии вирусы разрушают респираторные клетки, вследствие чего выбрасывается огромное количество активных веществ, вызывающих реактивные изменения

слизистой оболочки, в частности отек и сухость. Разрушение респираторных клеток и отсутствие слизи приводят к нарушению мукоцилиарного транспорта — основного механизма, защищающего дыхательный тракт. Запускается воспалительный каскад, который сопровождается воспалительным отеком, экссудацией, бактериальным инфицированием экссудата. Поэтому характер отделяемого из полости носа и синусов меняется в зависимости от этапа развития воспаления. В связи с этим и лечение имеет свои особенности. В первую фазу необходимы средства с преимущественно противовирусным, противоотечным эффектом. В последующих фазах актуальными становятся противовоспалительные, секретолитические, антибактериальные препараты. И на всех этапах течения воспаления необходимы вещества с иммуномодулирующими свойствами для компенсации спровоцированного воспалением локального иммунодефицита и предупреждения усугубления его тяжести и развития осложнений.

Существующие схемы лечения основаны на одновременном влиянии на все звенья патогенеза, поэтому предусматривают назначение 3–4, а иногда и 5 препаратов. Данный подход имеет серьезный недостаток — полипрагмазию. Приоритетным должно быть назначение комплексных препаратов, обладающих всеми необходимыми свойствами. И конечно, желательно, чтобы такие препараты обладали тропностью к слизистой оболочке дыхательных путей, что непосредственно связано с безопасностью лечения и приверженностью к нему пациента.

В каких случаях у пациента с острым респираторным вирусным заболеванием следует думать о микробном осложнении в виде острого бактериального риносинусита? Когда педиатр или семейный врач должны направить пациента на консультацию к отоларингологу?

С.П. Кривопустов. Конечно, педиатру и семейному врачу следует обращать особое внимание на длительность течения острой респираторной вирусной инфекции, общие симптомы интоксикации у ребенка, температурную реакцию, наличие гнойной ринореи, затрудненного носового дыхания, нарушение восприятия запахов, кашель при пробуждении, локальный болевой синдром. Считается, что длительность течения заболевания свыше 10–14 дней должна вызвать настороженность врача в отношении возможности такого осложнения. В данном аспекте представляет интерес опрос врачей, опубликованный в журнале Pediatrics (2009). Так, длительность симптомов заболевания до установления диагноза острого синусита у детей, по мнению 17% врачей, составляет 7–9 дней, 37% — 10–13 дней, 38% — 14–16 дней. Уверен, что и педиатр, и семейный врач при любом подозрении должны консультировать ребенка у оториноларинголога, ведь

осложнение ОРИ в виде острого бактериального риносинусита (ОБРС) чревато грозными осложнениями (орбитальными, внутримозговыми и др.)

В.И. Попович. С учетом современной концепции я бы не рассматривал бактериальный синусит как осложнение. Это естественное течение воспаления, когда неконтролируемый вирусный риносинусит переходит в поствирусный, а затем и в бактериальный. Для развития бактериального риносинусита необходимо наличие predisposing условий, в частности особенностей анатомии полости носа и носоглотки (деформации носовой перегородки, раковин, аденоидов), приводящих к нарушению основных функций полости носа, особенно локального иммунитета. На этом фоне нарастающий отек слизистой оболочки и изменение свойств назальной слизи приводят к патогенизации сапрофитной флоры. Семейному врачу и педиатру необходимо знать, что значимыми симптомами, позволяющими заподозрить ОБРС, являются ухудшение состояния после 5 дней заболевания, особенно после предшествовавшего улучшения, либо сохранение симптомов острого риносинусита более 10 дней. Все пациенты с указанной клинической картиной должны быть направлены на консультацию к оториноларингологу. С учетом множества вариантов течения риносинусита консультировать нужно также всех больных, у которых имеют место даже небольшие отклонения от типичной клинической картины.

Диагноз ОБРС может установить только оториноларинголог, поскольку для этого необходимо оценить объективные риноскопические признаки, в частности патогномичные симптомы: наличие воспалительных изменений и полоски патологического отделяемого в среднем носовом ходе при передней и задней риноскопии. Кстати, согласно требованиям ЕР²ОS ни рентгенография, ни тем более томография не являются необходимыми для установления диагноза ОБРС.

Каковы современные подходы к лечению острого риносинусита у детей?

С.П. Кривопустов. Если это проявление острого респираторного вирусного заболевания, то главное внимание врача должно быть обращено на консультирование лиц, ухаживающих за ребенком. Важны увлажнение воздуха в помещении и туалет полости носа. Ребенок должен получать адекватное количество жидкости. Хорошо себя зарекомендовал комплексный растительный препарат Синупрет, который оказывает противовирусное действие и влияет на различные звенья патогенеза этого заболевания. По показаниям назначаются другие лекарственные средства, например жаропонижающие. Применяя Синупрет, мы осуществляем многоцелевую терапию, используя один препарат, что позволяет избежать полипрагмазии.

Если же возникает микробное осложнение в виде ОБРС, то лечение должен проводить ЛОР-врач. Считаю, что важное значение имеет антибиотикотерапия, хотя в последнее время этот вопрос дискутируется. Кстати, по данным, опубликованным в Pediatrics (2009), 96% врачей отметили, что они часто или всегда назначают антибиотики при установлении диагноза острого синусита.

В.И. Попович. Необходимо четко понимать, что острая респираторная вирусная инфекция и острый вирусный риносинусит — практически синонимы, это одно заболевание. Поэтому раннее лечение означает предупреждение прогрессирования риносинусита в другие, более тяжелые формы. Конечно, с учетом многофакторности патогенеза можно назначить комбинацию препаратов, в частности противовирусных, противоотечных (деконгестантов), противовоспалительных, иммуномодулирующих и т. д. На мой взгляд, предпочтение следует отдавать препаратам с комплексным действием, в частности Синупрету. Он представляет собой комбинированный экстракт корня генцианы, цветков примулы и бузины, травы шавеля и вербены, произведенный по современной фитониринговой технологии, что определяет его многогранный фармакологический эффект. Растительные компоненты, входящие в состав Синупрета, обладают противоотечными и противовоспалительными свойствами, улучшают реологические характеристики слизи. Таким образом улучшается мукоцилиарный транспорт. Кроме того, Синупрет угнетает репликацию вирусов гриппа А, парагриппа, респираторно-синцитиального вируса. Доказан его прямой бактерицидный эффект относительно грамположительной и некоторых штаммов грамотрицательной флоры. Препарат положительно влияет на иммунную систему благодаря увеличению количества фагоцитов и усилению гранулоцитарного фагоцитоза, а также повышению продукции эндогенного интерферона. Терапия Синупретом фактически перекрывает все основные звенья патогенеза воспаления.

Синупрет обладает еще одним уникальным свойством — тропностью к слизистой оболочке верхних дыхательных путей. Педиатру или семейному врачу целесообразно рассматривать Синупрет как базисное лечение в случае вирусного и поствирусного риносинусита (бактериальный риносинусит — это уже сфера внимания оториноларинголога).

В процессе терапии в зависимости от особенностей течения риносинусита базисный препарат можно дополнять деконгестантами, противовоспалительными либо другими средствами. При этом желательно направить больного на консультацию к ЛОР-специалисту, поскольку последнему с учетом риноскопической картины проще разобраться с особенностями течения заболевания.

два взгляда на одну проблему

Сergeй Петрович, Вы затронули тему антибиотикотерапии при респираторных инфекциях у детей. Что Вы можете сказать о нерациональном использовании антибиотиков при ОРИ? Как известно, представители данного класса лекарственных средств при вирусной этиологии заболевания не показаны...

С.П. Кривоустов. Да, это проблема, причем глобальная. Антибактериальные препараты не только не показаны, их назначение приводит к растущей резистентности микроорганизмов к противомикробным препаратам. Разрыв во времени между выработкой устойчивости к антибиотикам бактерий и созданием новых антибиотиков может вернуть нас к доантибиотической эре. Клиницистам крайне необходимо рационально использовать имеющийся арсенал противомикробных средств. Уверен, что нужно шире использовать возможности современной фитотерапии. Ведь лекарственные препараты на растительной основе с доказанной эффективностью обладают противомикробной активностью, при этом имеют высокий профиль безопасности, активизируют неспецифические защитные механизмы организма ребенка. Яркий пример — препарат Синупрет: его раннее применение при остром вирусном риносинусите у детей эффективно и безопасно, а кроме того, может рассматриваться как один из инструментов сдерживания роста резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам.

В.И. Попович. Антибиотик, даже самый хороший, не лечит воспаление, поэтому мнение, что антибактериальный препарат обеспечивает противовоспалительную терапию, ошибочно. Для реализации антибактериального эффекта необходим субстрат — бактериальная инфекция, что характерно только для ОБРС, частота которого составляет не более 10-12%. Профилактическое назначение антибиотика не показано, поскольку в этом случае он влияет на нормальную микрофлору, выполняющую защитную функцию. Таким образом, при риносинусите более чем в 90% случаев антибактериальная терапия не показана. В то же время благодаря иммуностимулирующему и антибактериальному эффектам Синупрет в полной мере выполняет роль профилактической антибактериальной терапии, а в случае ОБРС улучшает ее эффективность.

Течение острых респираторных заболеваний может осложниться. Какие возможности сегодня есть у врача, чтобы защитить пациента от подобного варианта развития событий? Можно ли предотвратить частые ОРИ у детей?

С.П. Кривоустов. Грамотное ведение пациента с ОРИ, динамическое наблюдение за состоянием ребенка важны в отношении предотвращения, ранней диагностики осложнений и, при необходимости, их эффективной терапии. Используют, в частности, Имупрет — растительное средство для профилактики осложнений и рецидивов при респираторных вирусных инфекциях у детей. Что касается стратегий профилактики респираторных инфекций, то не следует забывать о важной роли закаливания, рационального питания, вакцинации, избегания контактов с инфицированными, мытья рук, туалета полости носа и др.

В.И. Попович. Если речь идет о предупреждении осложнений острого риносинусита, то лучшей их профилактикой

является раннее лечение. И Синупрет тут незаменим. Однако в процессе выздоровления возможны рецидив или ухудшение состояния. На этом этапе предпочтение следует отдать Имупрету, обладающему выраженным иммуностимулирующим эффектом (особо показан на этапе реконвалесценции).

Лучшей профилактикой острого риносинусита является предупреждение респираторных инфекций. В этом случае можно применить Имупрет, который повышает резистентность дыхательных путей к воздействию вирусов и бактерий. Рекомендуются сезонный профилактический прием Имупрета, особенно он показан лицам со склонностью к частым респираторным инфекциям.

Что бы вам хотелось пожелать читателям «Медицинской газеты «Здоров'я України»?

С.П. Кривоустов. Прежде всего здоровья и профессиональных успехов. Этому, в частности, будет способствовать грамотное использование в практике возможностей фитотерапии.

В.И. Попович. Это первое совместное интервью разных специалистов, касающееся одной проблемы. На мой взгляд, эта идея нова и эффективна. Коллегам, кроме пожелания здоровья и профессиональных успехов, хочу напомнить, что оториноларингологи в современных условиях являются ближайшими соратниками



В.И. Попович

врачей первичного звена, на поддержку и помощь которых вы всегда можете рассчитывать.

Подготовила **Маргарита Хоботова**



Bionorica®

Нежить? Синусит?
Синупрет®



усуває нежить¹



полегшує носове дихання²



запобігає ускладненням³



ПАНАЦІЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2012

Розкриваючи силу рослин

Синупрет®. Показання для застосування: Гострі та хронічні запалення придаткових пазух носа (синусити, гайморити). **Спосіб застосування та дози:** Дорослі та діти від 12 років – 2 таблетки або 50 крапель 3 рази на день. Діти від 6 до 11 років – 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на день. Діти від 2 до 5 років – по 15 крапель 3 рази на день. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. Побічні ефекти: інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Крнічко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Крнічко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключічов), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр 24-26

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 01.09.10. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 01.09.10. **Синупрет® краплі:** Р.П. №UA/4373/02/01 від 18.05.11. **Синупрет® таблетки:** Р.П. №UA/4373/01/01 від 20.04.11.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9. тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua. Матеріал призначений для розповсюдження серед лікарів під час спеціалізованих медичних заходів.