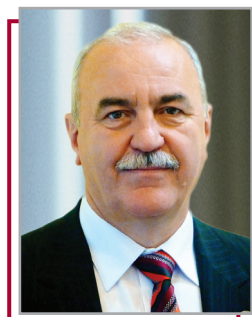


# Аспекты диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей

**22-23** сентября в г. Киеве состоялась ежегодная традиционная осенняя конференция Украинского научного медицинского общества врачей-оториноларингологов «Современные методы диагностики и лечения хронических воспалительных и онкологических заболеваний верхних дыхательных путей и уха». В работе конференции приняли участие ведущие специалисты в области отоларингологии со всей Украины. Насыщенная научная программа включала в себя более 50 докладов, посвященных различным разделам отоларингологии. В рамках мероприятия были рассмотрены вопросы лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, отдельное заседание было посвящено вопросам диагностики и лечения онкологических заболеваний в практике ЛОР-врача. Во второй день конференции прозвучали доклады, посвященные лечению заболеваний органов слуха и вестибулярного аппарата. Значительный интерес для врача-практика представляли как обзоры междисциплинарных проблем (лечение патологии ЛОР-органов у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, сенсбилизацией к грибковым, пищевым аллергенам), так и современные клинические рекомендации, составляющие основу повседневной работы.



В рамках заседания конференции, посвященного воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей, прозвучал доклад **заведующего кафедрой оториноларингологии, офтальмологии с курсом хирургии головы и шеи** Ивано-Франковского национального медицинского университета, главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «Отоларингология», **доктора медицинских наук, профессора Василя Ивановича Поповича**. Докладчик акцентировал внимание аудитории на основных аспектах диагностики и лечения острого синусита с позиций современных клинических руководств.

Диагноз острого риносинусита (ОРС) является одним из наиболее частых в рутинной практике ЛОР-врача. Оказание медицинской помощи больным этой патологией регламентировано приказом МЗ Украины «Про затвердження протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія» от 24.03.2009 г. № 181. Другим документом, который следует использовать в практической работе, являются Европейские рекомендации по лечению острых и полипозных риносинуситов (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps – EP<sup>3</sup>OS), последняя редакция которого опубликована в 2012 г. Частично эти документы перекликаются между собой, но в то же время имеют ряд отличий.

В руководстве EP<sup>3</sup>OS воспаление слизистой оболочки носа и пазух рассматривается как единый этиопатогенетически связанный воспалительный процесс. Отмечено, что изолированные синуситы без вовлечения слизистой оболочки полости носа практически не встречаются. Исключением составляют только одонтогенные синуситы. Согласно современным представлениям, ОРС манифестирует как проявление острой респираторной вирусной инфекции. Под воздействием вирусных агентов происходит разрушение мерцательного эпителия слизистой оболочки. Выброс биогенных аминов из разрушенных эпителиальных клеток приводит к формированию реактивного отека слизистой

оболочки. Вирусное повреждение слизистой оболочки в короткие сроки запускает каскад воспалительной реакции и так же быстро теряет свою актуальность как этиологический фактор – **острый вирусный риносинусит** переходит в так называемый **послевирусный**. Сохраняющийся реактивный отек приводит к постепенному нарушению функции соустья и в конечном итоге к повреждению основного защитного механизма дыхательных путей – мукоцилиарного транспорта, вследствие чего реактивный отек слизистой оболочки сменяется истинно воспалительным. Основное патогенетическое значение в этой фазе принадлежит частичной блокаде соустья, что приводит к значительному снижению его функциональности. Морфологически характер повреждения слизистой оболочки на стадии острого вирусного и послевирусного риносинусита носит характер эпителиита – острого поражения эпителиального слоя слизистой оболочки.

По мере прогрессирования воспалительного процесса и более глубокого нарушения функции мукоцилиарного транспорта возникает патогенизация сапрофитной микрофлоры пазух, что и определяет трансформацию послевирусного риносинусита в бактериальный. На этом этапе развивается бактериальное воспаление, отек слизистой оболочки нарастает, возникает полная блокада соустья с потерей его функции. Воспалительные изменения в фазе **бактериального риносинусита** носят характер мукозита – поражения всех слоев слизистой оболочки, в т. ч. с вовлечением в патологический процесс желез, вырабатывающих назальный секрет.

Таким образом, для **острого вирусного риносинусита** характерны вирусный характер инфекции и реактивный отек, для **послевирусного** – истинно воспалительный отек с частичной блокадой соустья и снижением его функции. Для **бактериального риносинусита** свойственны активация бактериальной флоры на фоне выраженного воспалительного отека и полной блокады соустья. Все формы риносинусита сопровождаются нарушением реологических свойств назального секрета и локальным иммунодефицитом. Четкое определение этиопатогенетической формы риносинусита дает возможность подобрать целевое этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

Таблица. Критерии установления диагноза острого риносинусита (согласно рекомендациям IDSA 2012)

Малые симптомы	Большие симптомы
• головная боль;	• гнойные выделения из полости носа;
• боль, чувство тяжести или распирания в ухе;	• стекание гнойных выделений по задней стенке глотки;
• галитоз;	• заложенность носа;
• боль в области зубов;	• чувство распирания, давления или боль в области лица;
• кашель;	• гипосмия или anosmia;
• астения	• лихорадка

Опираясь на действующий клинический протокол оказания медицинской помощи, диагностику ОРС следует начинать со сбора жалоб, анамнеза, объективных симптомов. Также для установления диагноза рекомендованы вспомогательные методы обследования: рентгенография и диагностическая пункция пазухи. Согласно руководству EP<sup>3</sup>OS, ни рентгенография, ни компьютерная томография, ни диагностическая пункция пазухи не являются необходимым обязательным обследованием для установления клинического диагноза **острого риносинусита**. Диагностика сводится к сбору жалоб, анамнеза и объективных клинических данных. Диагноз может быть установлен при наличии 2 и более больших симптомов или 1 большого и не менее 2 малых (табл.).

Огромное значение в практической работе имеет дифференциальная диагностика между послевирусным и бактериальным риносинуситом, так как смена этиологического фактора требует изменения терапевтической стратегии. Методы лучевой диагностики, проведение диагностической пункции ввиду инвазивности и травматичности процедуры не могут использоваться как рутинная практика для верификации диагноза. Таким образом, ключевое значение в дифференциальной диагностике отводится клиническим признакам. О бактериальном характере ОРС свидетельствуют:

- резкое ухудшение самочувствия после 5-го дня заболевания (эффект «второй волны»);
- сохранение симптомов заболевания >7-10 дней.

Помимо проведения дифференциальной диагностики, подбор адекватной терапии должен быть основан на оценке тяжести состояния пациента. Сбор жалоб и объективный осмотр не всегда позволяют врачу составить правильную картину влияния симптомов синусита на качество жизни больного. С целью объективизации этого параметра в руководстве EP<sup>3</sup>OS предложено

использование визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), где 0 – отсутствие влияния на качество жизни пациента, 10 – максимально негативное влияние синусита на качество жизни больного. В случае легкого течения (0-3 баллов) отмечаются преимущественно местные симптомы, среднетяжелого (4-7 баллов) – снижение повседневной активности пациента, тяжелого (8-10 баллов) – нарушение общего самочувствия, головная боль, лихорадка.

Есть некоторые различия между действующим клиническим протоколом и Европейским руководством в подходах к лечению ОРС. В частности, EP<sup>3</sup>OS приводит обоснование применения рекомендуемых медикаментозных групп в отношении эффективности. Так, антибактериальные средства обладают высокой эффективностью, способствуя эрадикации бактериальных патогенов, поэтому показаны только при бактериальном риносинусите (уровень доказательств IA).

Деконгестанты отличаются выраженным симптоматическим эффектом, однако руководство EP<sup>3</sup>OS не рекомендует их назначение в схеме патогенетического лечения острого риносинусита. Что касается применения блокаторов H<sub>1</sub>-рецепторов, их эффективность при данном заболевании имеет низкий уровень доказательств, поэтому назначение их неоправданно. По этой же причине руководство EP<sup>3</sup>OS не рекомендует назначение муколитиков и т. д.

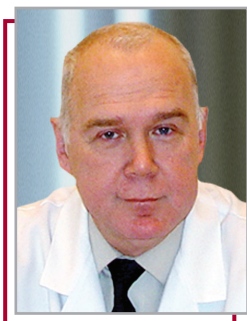
В существующем протоколе по лечению риносинусита нет упоминаний о применении солевых растворов, которые доступны сегодня на украинском фармацевтическом рынке. В то же время Европейские рекомендации отводят значительную роль симптоматической ирригационной терапии, причем при всех формах ОРС, с высоким уровнем доказательств.

Аналогично высокий уровень доказательств эффективности в комбинированной терапии ОРС имеет фитотерапия. Фитопрепараты, стандартизованные

по составу, с доказанной эффективностью показаны пациентам со всеми формами ОРС, так как воздействуют на основные звенья патогенеза (устраняют отек и воспаление, восстанавливают реологию секрета, потенцируют действие антибиотиков при бактериальном ОРС за счет противомикробного эффекта, оказывают иммунореабилитационное действие в условиях возникшего иммунодефицита).

Таким образом, с учетом новых взглядов на этиопатогенез выделяют несколько клинических вариантов ОРС: вирусный, поствирусный и бактериальный. Своевременная диагностика формы патологического процесса предусматривает назначение адекватной этиопатогенетической терапии, что, в свою очередь, требует разработки новых подходов к такому лечению и профилактике.

С учетом вышеизложенного основная цель разработки новых клинических рекомендаций по лечению ОРС — достижение максимальной эффективности лечения и исключение полипрагмазии со всеми ее негативными последствиями.



Тема противорецидивного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и современных возможностей медикаментозного предупреждения рецидивов

хронического риносинусита была продолжена в докладе **заведующего кафедрой оториноларингологии Харьковско-го национального медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Анатолия Семеновича Журавлева.**

С целью изучения терапевтических возможностей препарата Синупрет в отношении предупреждения рецидивов хронического риносинусита было проведено клиническое исследование с участием 50 пациентов в возрасте 18-60 лет с установленным диагнозом давностью более 2 лет. Критериями исключения служили полипоз носа, гнойный характер риносинусита, наличие анатомических дефектов остеомаксального комплекса, соматические заболевания, прием иммуномодуляторов.

Помимо сбора жалоб и анамнеза, был проведен объективный осмотр, с помощью сахаринного теста измерен мукоцилиарный клиренс, проведены рентгенография и термография придаточных пазух носа. Длительность клинического наблюдения за пациентами составила 1 год. В качестве основного критерия эффективности лечения оценивалась частота рецидивов хронического риносинусита в год (до начала лечения у пациентов как основной, так и контрольной группы было приблизительно равное количество — от 3 до 4 — обострений в год в анамнезе).

Пациентам основной группы назначали стандартное противовоспалительное лечение, физиотерапию, а также Синупрет форте по 1 таблетке 3 р/сут на протяжении 1 месяца. В группе сравнения пациенты получали аналогичное лечение, но без назначения Синупрета. Динамика рентгенологической и термографической картины продемонстрировала достоверное уменьшение или исчезновение признаков воспаления в основной группе. У пациентов группы сравнения таких изменений не отмечено.

По результатам сахаринного теста были получены аналогичные данные.

Важно, что схема терапии, которая использовалась в основной группе, сопровождалась достоверным уменьшением количества рецидивов заболевания на протяжении года катamnестического наблюдения. Так, в основной группе было зафиксировано снижение частоты рецидивов хронического риносинусита на 52%, в то время как в контрольной группе — только на 9%.

Терапия препаратом Синупрет позволяет достичь более эффективной нормализации состояния остеомаксального комплекса (риноскопической, рентгено- и термографической картины, а также результатов функциональных тестов, отражающих работу мукоцилиарного клиренса), способствует значимому уменьшению количества рецидивов заболевания в течение года, что обосновывает его включение в схему восстановительной и противорецидивной терапии синусита.

Не меньший интерес аудитории вызвал доклад **доктора медицинских наук, профессора В.И. Поповича**, в котором он коротко рассказал об особенностях патогенеза и лечения острого вирусного назофарингита.

Острый назофарингит принадлежит к группе острых респираторных инфекционных заболеваний и представляет собой воспаление слизистой оболочки носоглотки. Воспаление слизистой оболочки может носить изолированный характер, но чаще сопровождается вовлечением лимфотекстулярной ткани миндалин (острый аденоидит) — оба морфологических варианта назофарингита представляют собой одну нозологическую единицу.

Более 80% всех случаев назофарингита обусловлены вирусным поражением слизистой оболочки. Мерцательный эпителий, выстилающий носоглотку, под воздействием вирусов быстро разрушается, при этом вирусная инфекция актуальна как этиопатогенетический фактор только первые несколько часов (реже — дней). Клинические симптомы сохраняются гораздо дольше, это объясняется тем, что вирусная деструкция эпителия запускает каскад патогенетических реакций воспаления. Особенностью острого назофарингита является тесная взаимосвязь воспаления слизистой оболочки с поражением глоточной миндалины, расположенной в куполе носоглотки. Таким образом, субстратом вирусного воспаления выступает не только эпителий слизистой оболочки, но и лимфоидная ткань.

Так как воспалительный процесс при остром назофарингите носит двойственный характер, клинические симптомы заболевания можно также разделить на две группы: симптомы, указывающие на эпителиит, и симптомы, свидетельствующие в пользу аденоидита. В случае эпителиита пациенты предъявляют жалобы на заложенность носа, першение, патологические выделения из носа. При осмотре можно выявить характерный налет, тяжем свисающий из носоглотки на заднюю стенку глотки. Для вовлечения лимфотекстулярной ткани в воспалительный процесс характерны гнусавость, увеличение глоточной миндалины, регионарный (заднешейный) лимфаденит, гиперплазия лимфоидных элементов задней стенки глотки.

Понимание двойственного характера патогенеза острого назофарингита привело к разработке препаратов, которые способны воздействовать на компоненты воспаления как слизистой оболочки, так и лимфотекстулярной ткани. Одним из таких препаратов,

представленных на отечественном фармацевтическом рынке, является Имупрет.

В контексте патогенеза вирусного назофарингита большой интерес вызывает спектр действия этого препарата — противовирусный, иммуномодулирующий и противовоспалительный эффекты. Нами проведено клиническое исследование, целью которого явилось изучение терапевтического потенциала препарата Имупрет у пациентов с острым вирусным назофарингитом. В нем приняли участие 50 детей в возрасте 6-12 лет с установленным диагнозом назофарингита продолжительностью не более 3 дней. Дети были разделены на 2 группы: большим основной группы назначали стандартную терапию (назальный деконгестант, топический назальный антибиотик, ирригационную терапию) и препарат Имупрет в стандартном режиме дозирования; пациенты контрольной группы получали стандартную терапию без добавления Имупрета. Оценка эффективности лечения с учетом ключевых симптомов проводилась на 3-й, 7-й и 10-й день терапии. При оценке клинической динамики отдельно отмечали регресс симптомов, отражающих поражение слизистой оболочки и сопровождающих острый аденоидит.

В отношении влияния лечения на симптомы воспаления слизистой оболочки достоверных различий между двумя группами выявлено не было — обе схемы способствовали субъективному улучшению самочувствия и объективному уменьшению отделяемого из носоглотки. Напротив, динамика регресса симптомов, сопровождающих воспаление лимфоидной ткани, значительно отличалась. Так, у пациентов основной группы в большей степени

отмечался регресс гнусавости (с 3 баллов в начале лечения до 0,9 балла к 10-му дню терапии), явлений регионарного лимфаденита (с 3 до 0,8 балла), гиперплазии лимфоидных элементов задней стенки глотки (с 2,7 до 1,8 балла), в то время как у пациентов группы сравнения к 10-му дню лечения сохранялась выраженность данных симптомов (гнусавость — 2,2 балла, регионарный лимфаденит — 2,3 балла, гиперплазия лимфоидной ткани задней стенки глотки — 2,2 балла).

Осуществлялся контроль течения периода реконвалесценции с целью отследить противорецидивный эффект проводимой терапии. За период 4-месячного наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая повторного назофарингита среди пациентов основной группы. В группе сравнения 84% пациентов имели рецидив заболевания в течение первых 28 дней после выздоровления.

Таким образом, при остром назофарингите в отличие от острого риносинусита отмечается одновременное поражение как слизистой оболочки, так и лимфоидной ткани глоточной миндалины. Стандартное лечение без противовирусной и иммуномодулирующей коррекции носит, по сути, симптоматический характер. Назначение препарата Имупрет является патогенетически обоснованным, так как обеспечивает противовирусный и иммуномодулирующий эффекты, а также длительный противорецидивный эффект. Имупрет может быть рекомендован как препарат выбора для лечения и профилактики острого вирусного назофарингита.

Подготовила **Мария Маковецкая**





## Нежить? Синусит? Синупрет®



-  усуває нежить<sup>1</sup>
-  полегшує носове дихання<sup>2</sup>
-  запобігає ускладненням<sup>3</sup>

### 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. **Фосбмівості 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 фармакологія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Кривичко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.  
2. Сучасна фармакологія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Кривичко) «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; Дійсність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Клочніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 24-26.

**Синупрет® сироп:** Р.П. NUA/4373/03/01 від 01.09.10. **Синупрет® форте:** Р.П. NUA/4373/04/01 від 01.09.10. **Синупрет® краплі:** Р.П. NUA/4373/02/01 від 18.05.11. **Синупрет® таблетки:** Р.П. NUA/4373/01/01 від 20.04.11.

ТОВ «Біоноріка», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.  
Для розширення у спеціалізованих видавництвах, призначених для надання послуг та ліварів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.