ВНИМАНИЕ! НА ПРИЕМЕ – ПАЦИЕНТ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Острый риносинусит. Диагностика и лечение

Как отоларингологу, так и терапевту/семейному врачу в своей практической деятельности часто приходится сталкиваться с острым риносинуситом (ОРС). Своевременная диагностика и рациональная терапия этой патологии регламентированы отечественными рекомендациями, а также руководствами Американского общества инфекционных болезней (IDSA, 2012) и Европейскими рекомендациями по лечению острых и полипозных риносинуситов (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – EPOS, 2012).

Риносинусит (РС) относится к широко распространенным заболеваниям и является одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) с явлениями РС возникает у взрослых в среднем от 2 до 5 раз, у детей – до 10 раз в течение календарного года. Вирусная инфекция выступает наиболее частой причиной ОРС; она запускает каскад воспалительных реакций и вызывает повреждение слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Примерно в 2% случаев ОРС осложняется бактериальной инфекцией.

Какие факторы повышают риск развития ОРС?

• **Анатомические аномалии.** Буллезная деформация средней носовой раковины, искривление носовой перегородки, атрезия хоан, гипоплазия пазух повышают риск заболевания.

• **Аллергические заболевания.** Установлена связь между аллергическим ринитом и нарушением работы мукоцилиарного клиренса, что приводит к более частым эпизодам ОРС. Известно, что у детей с атопией ОРС развивается чаще и его симптомы более выражены.

• **Врожденная или приобретенная дисфункция мукоцилиарного клиренса.** Первичная цилиарная дискинезия (врожденная аутосомно-рецессивная патология) встречается крайне редко и характеризуется аномальным движением ресничек мерцательного эпителия вплоть до остановки мерцания. Вторичное повреждение ресничек чаще всего связано с аллергическим воспалением слизистой оболочки или курением, а также с качеством воздуха, которым мы дышим.

• **Активное и пассивное табакокурение.** Многочисленными исследованиями показана прямая связь между табакокурением и повышением риска ОРС. В семьях, где один или несколько человек курят, дети чаще заболевают ОРС, чем их сверстники из некурящих семей.

• **Тревога и депрессия.** Эти состояния повышают риск развития респираторных инфекций, в том числе и ОРС.

• **Сопутствующие хронические заболевания:** бронхиальная астма, сахарный диабет, злокачественные новообразования и др.

Клинические симптомы ОРС. Как установить диагноз и определить тяжесть течения заболевания?

Диагностика ОРС может осуществляться не только ЛОР-врачом, но и специалистами первичного звена: терапевтом, педиатром, семейным врачом. Диагноз ОРС является клиническим и устанавливается на основе типичных симптомов. Для подтверждения диагноза, как правило, не требуются дополнительные микробиологические и визуализационные методы исследования. Вспомогательные диагностические методы могут использоваться у пациентов с рецидивирующим, тяжелым или нетипичным течением РС.

По длительности заболевания различают:
- ОРС – длительность симптомов до 12 нед;
- хронический РС – сохранение симптомов без клинической ремиссии более 12 нед;
- рецидивирующий РС – ≥4 эпизодов в год, каждый продолжительностью более 7 дней, при отсутствии признаков хронического РС.

При длительности ОРС >4 нед и наличии нетипичных клинических симптомов врач должен направить пациента на дообследование. Вероятной фоновой причиной такого течения РС могут служить аномалии строения полости носа и околоносовых пазух, заболевания лимфоглоточного кольца, одонтогенные процессы и т. д.

Определение тяжести ОРС проводят с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Пациента просят оценить тяжесть симптомов по 10-балльной шкале, где 0 – симптомы не беспокоят, 10 – симптомы невыносимы. Легкое (0-3 баллов по ВАШ) и среднетяжелое (4-7 баллов) течение ОРС сопровождается слизистой или гнойной ринореей, кашлем в дневное время, нормальной или умеренно повышенной температурой тела, галитозом, иногда – отеком тканей орбиты. При тяжелом течении ОРС (8-10 баллов по ВАШ), помимо местных симптомов, отмечается головная боль и нарушение общего самочувствия, высокая температура тела (≥39,0 °С).

Тяжелое течение ОРС может сопровождаться такими осложнениями:
• орбитальными:
- флегмона орбиты;
- неврит зрительного нерва;
- панофтальмит;
- периостит глазницы;
• интракраниальными:
- менингит;
- арахноидит;
- экстра- и субдуральные абсцессы;
- тромбоз кавернозного синуса;
• костными:
- остеомиелит верхней челюсти и лобных костей.

Так называемые тревожные симптомы («красные флаги»), указывающие на наличие осложнений и требующие неотложной госпитализации больного:
• периорбитальный отек/эритема;
• смещение глазного яблока;
• офтальмоплегия;
• снижение остроты зрения;
• двоение в глазах;
• интенсивная одно- или двусторонняя головная боль в лобной области;
• припухлость (отек) в лобной области;
• локальные неврологические симптомы, нарушение сознания.

Следует помнить, что глазные симптомы могут появиться на противоположной по отношению к пораженной пазухе стороне.

Дифференциальная диагностика вирусного, поствирусного и бактериального РС

Дифференциальную диагностику ОРС проводят:
• у взрослых:
- с аллергическим ринитом;
- заболеваниями зубов и полости рта;
- редкими заболеваниями (синдромом лицевой боли, васкулитом, ликвореей, острым инвазивным грибковым синуситом);
• у детей:
- с инородным телом полости носа;
- острым аденоидитом;
- односторонним стенозом хоаны.

Слизистая оболочка, выстилающая околоносовую пазуху, – естественное продолжение слизистой полости носа, поэтому обе оболочки вовлекаются в воспалительный процесс одновременно. Изолированное воспаление пазух встречается крайне редко, преимущественно при одонтогенных воспалительных процессах с поражением верхнечелюстной пазухи.

Острый вирусный РС:

- в 80% случаев манифестирует как симптом ОРВИ;
- морфологически проявляется эпителиитом, реактивным отеком, нарушением мукоцилиарного клиренса вследствие повреждения реснитчатого эпителия тропным вирусом и нарушения реологических характеристик назальной слизи;
- несмотря на отек слизистой оболочки, соустья функционируют;
- актуальность вирусной инфекции как повреждающего фактора сохраняется от нескольких часов до нескольких дней.

Поствирусный РС:

- не имеет причинно значимого возбудителя, характеризуется продолжающейся воспалительной реакцией, которая была запущена вирусной инфекцией;
- морфологически проявляется эпителиитом, воспалительным отеком, нарушением реологических характеристик назальной слизи, мукоцилиарного клиренса и локальным иммунодефицитом;
- соустья частично блокированы из-за воспалительного отека тканей.

Острый бактериальный РС:

- вызван бактериальной флорой;
- морфологически проявляется мукозитом (поражением всех слоев слизистой оболочки и расположенных в ней желез), выраженным отеком, нарушением реологических характеристик назальной слизи и дисфункцией мукоцилиарного клиренса;
- соустья полностью блокированы, в пазухе накапливается воспалительный экссудат.

Дифференциальная диагностика между острым вирусным и поствирусным РС проводится исходя из времени появления и длительности симптомов. Вирусным считается ОРС с длительностью симптомов до 10 дней при условии отсутствия ухудшения клинической картины после 5-го дня от начала заболевания. Острый поствирусный РС характеризуется ухудшением симптомов после 5-го дня от начала заболевания или сохранением симптомов после 10-го дня от начала заболевания.

Дифференциальная диагностика между поствирусным и бактериальным РС затруднена, так как смена этиологического фактора не очевидна клинически, но в корне изменяет подходы к лечению.

Диагноз острого бактериального РС устанавливается при наличии как минимум 3 из следующих симптомов/признаков:
• выделения из носовой полости (преимущественно с одной стороны) и одновременное наличие слизистого или гнойного содержимого в носовой полости (при риноскопии);
• выраженная локальная боль (преимущественно односторонняя);

Продолжение на стр. 38.

Bionorica®

Нежить? Синусит?

Синупрет®

- усуває нежить[1]
- полегшує носове дихання[2]
- запобігає ускладненням[3]

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:** Підвищенна 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.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «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.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр 24-26.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 24.07.15. **Синупрет® форте:** Р.П. №UA/4373/04/01 від 24.07.15.
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.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

ВНИМАНИЕ! НА ПРИЕМЕ – ПАЦИЕНТ С ОСТРЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Острый риносинусит. Диагностика и лечение

Продолжение. Начало на стр. 36.

• лихорадка (>38,0 °С);
• двухфазность заболевания (появление ухудшения после первой, более легкой фазы заболевания).

В клинически сложных случаях, при рецидивирующих или нетипичных РС, при наличии осложнений диагностически значимым может быть повышение уровня СОЭ/С-реактивного белка. Гнойные выделения из носа и боль в области лица сами по себе не указывают на острый бактериальный РС.

Воспаление и инфекцию не стоит рассматривать как тождественные понятия. Острое бактериальное воспаление в пазухе развивается в результате патогенизации сапрофитной флоры, а не инфицирования пазухи извне. При этом гнойные выделения не являются патогномоничным симптомом острого бактериального РС. Безусловно, объем поражения слизистой оболочки влияет на тяжесть состояния больного и выраженность клинических симптомов. Рецидивирующие РС в анамнезе у взрослых также не являются признаком бактериальной этиологии РС в конкретном случае.

Этиотропная терапия актуальна на стадии вирусного (от нескольких часов до суток с момента начала заболевания) или бактериального РС и ее задачей является элиминация возбудителя. При остром поствирусном РС этиологическое лечение не проводят по причине отсутствия причинного агента.

Согласно действующему приказу МЗ Украины от 16.07.2014 г. № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях», противовирусные препараты показаны только при тяжелом течении острого вирусного РС.

Антибактериальные средства обладают высокой эффективностью (класс доказательств IA) только при бактериальном РС, когда они способствуют элиминации возбудителя. Назначение антибиотиков с профилактической целью не оправдано и приводит к росту и распространению антибиотикорезистентных штаммов патогенов. На выбор препарата для эмпирической антибиотикотерапии влияют: степень тяжести заболевания и скорость развития основных симптомов, терапия антибиотиками в предшествующие 4-6 нед, эффективность назначений в течение первых 3 сут. Учитывая спектр типичных возбудителей острого бактериального РС, препаратами выбора для стартовой эмпирической терапии являются защищенные β-лактамные антибиотики (аминопенициллины и цефалоспорины), препаратами второй линии выступают макролиды, резерв обеспечивают респираторные фторхинолоны.

Основными мишенями патогенетического лечения острого РС являются:
– уменьшение отека и воспаления;
– нормализация реологических свойств назального секрета;
– преодоление локального иммунодефицита;
– скорейшее восстановление эффективной работы мукоцилиарного клиренса.

Симптоматические средства не являются ведущими в лечении ОРС, но фактически всегда назначаются врачом, поскольку направлены на устранение симптомов, а соответственно, на улучшение качества жизни пациентов, особенно в начале заболевания. Чаще всего с этой целью используют **назальные деконгестанты**. Однако при их применении всегда следует учитывать соотношение польза/риск. Длительное использование сосудосуживающих препаратов может приводить к возникновению синдрома рикошета (rebound-syndrome) – обратному эффекту от применения деконгестантов, а также к развитию медикаментозного ринита.

Таблица. **Группы лекарственных средств, используемых для патогенетического и симптоматического лечения ОРС**

Группа препаратов	Применение при ОРС
Интраназальные кортикостероиды	Эффективны. При остром поствирусном или бактериальном РС могут быть назначены для уменьшения воспалительного отека слизистой оболочки
Системные кортикостероиды	Эффективны. В лечении острого бактериального РС уменьшали симптомы у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. Допустимо применение коротких (<2 нед) курсов
Ирригации солевыми растворами	Эффективны. Рекомендованы в качестве патогенетической терапии при всех формах ОРС для улучшения реологических свойств назального секрета
Нестероидные противовоспалительные препараты	Эффективны. Рекомендованы при остром вирусном и поствирусном РС для облегчения симптомов
Фитопрепараты	Эффективны. Рекомендованы при остром вирусном и поствирусном РС в качестве патогенетической терапии благодаря комплексному действию
Витамин С	Эффективность не доказана
Деконгестанты	Эффективность не доказана
Препараты эхинацеи	Эффективность не доказана
Пероральные антигистаминные препараты	Эффективность не доказана
Гомеопатические средства	Эффективность не доказана
Препараты цинка	Эффективность не доказана
Мукоактивные средства	Эффективность не доказана

Эффект топических кортикостероидов связан с их противовоспалительным действием, которое приводит к уменьшению воспалительного отека и улучшению аэрации пазух. Эти препараты могут применяться как адъювантное средство при системном лечении острого бактериального РС антибиотиками, что ускоряет регресс симптомов и выздоровление. Данный эффект был подтвержден в Кокрановском систематическом обзоре и ряде контролированных исследований.

Вспомогательная терапия системными кортикостероидами в сочетании с антибиотикотерапией также способствует облегчению симптомов, что подтверждено недавним Кокрановским обзором. Длительное применение этих средств сопряжено с известными нежелательными явлениями, поэтому необходимы дальнейшие исследования эффективности и безопасности этих средств.

Ирригации солевыми растворами позволяют улучшить реологические свойства назального секрета. Относительно эффективности изотонических и гипертонических растворов единого мнения на сегодня не достигнуто, так как в испытаниях получены противоречивые данные. Применение гипертонического раствора чаще сопряжено с неприятными субъективными ощущениями (жжение, дискомфорт), особенно у детей.

Нестероидные противовоспалительные препараты в большинстве случаев могут облегчить состояние больного за счет уменьшения отека и воспаления слизистой оболочки при остром вирусном и поствирусном РС. Эти средства не рекомендованы в качестве монотерапии, но могут быть назначены как вспомогательные симптоматические препараты.

Фитопрепараты могут широко использоваться в лечении ОРС. Одним из наиболее изученных средств с обширной доказательной базой является комплексный растительный препарат Синупрет® (производства компании «Бионорика СЕ», Германия). Активные компоненты экстрактов корня горечавки желтой (Gentiana lutea), цветков с чашечками первоцвета весеннего (Primulae veris), травы щавеля обыкновенного (Rumex acetosa), цветков бузины черной (Sambucus nigra), травы вербены аптечной (Verbena officinalis) в составе Синупрета обусловливают его секретолитическое, противоотечное, противовоспалительное, иммуностимулирующее и противовирусное действие. Таким образом, назначение одного комбинированного фитопрепарата позволяет охватить все звенья патогенеза острого вирусного и поствирусного РС. При остром бактериальном РС Синупрет® рационально назначать в качестве дополнения к антибактериальным препаратам, а на восстановительном этапе – с целью ускорения выздоровления и предупреждения осложнений.

Алгоритм лечения острого РС:

• ***Острый вирусный РС/ОРВИ (легкое течение):***
- патогенетическое и симптоматическое лечение аналгетиками, комплексными фитопрепаратами, солевыми растворами;
- при отсутствии эффекта в течение 10 дней или при ухудшении состояния на 5-е сутки – пересмотреть диагноз в пользу острого поствирусного РС.

• ***Острый поствирусный РС (среднетяжелое течение):***
- добавить к лечению назальные кортикостероиды (длительность – 7-14 дней);
- при отсутствии эффекта – направить к профильному специалисту.

• ***Острый поствирусный РС (тяжелое течение), в том числе острый бактериальный РС:***
- добавить назальные кортикостероиды, при наличии показаний – антибиотики;
- при достижении эффекта через 48 ч – продолжать назначенное лечение, при отсутствии – направить к профильному специалисту.

Решение о госпитализации пациента, как правило, принимает профильный специалист (оториноларинголог). В стационар должны быть направлены больные с тяжелым и среднетяжелым течением острого РС при отсутствии эффекта от лечения в течение 36-48 ч, а также все пациенты, имеющие тревожные симптомы с подозрением на осложнения РС.

Подготовила ***Мария Маковецкая***