

Р.М. Розенфельд, США

Острый синусит у взрослых

28-летняя пациентка жалуется на выделения из носа, головную боль во фронтальной области, повышение температуры тела до 39,5 °С. Начало болезни острое. Температура у больной понижается до нормальной в течение двух суток, однако спустя 12 дней женщину по-прежнему беспокоят стойкая заложенность носа и постназальное затекание без тенденции к улучшению. Соответствует ли данная картина симптомам острого бактериального синусита (ОБС) или в этом случае имеет место затяжная вирусная инфекция верхних дыхательных путей (ВДП)? Каков алгоритм ведения данной пациентки?

Клиническая проблема

Синусит, определяемый как симптоматическое воспаление носа и придаточных пазух, - очень распространенное состояние, которое, к примеру, в США развивается ежегодно примерно у 30 млн взрослых. В зависимости от продолжительности заболевания синусит классифицируется на:

- острый (<4 нед);
- хронический (>3 мес);
- подострый (от 4 нед до 3 мес).

Хотя большинство эпизодов острого синусита (ОС) вызваны вирусными инфекциями ВДП, они также могут быть ассоциированы с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, курением, в т. ч. пассивным. Синусит часто называют риносинуситом, так как воспаление всегда затрагивает не только околоносовые пазухи, но и слизистые оболочки полости носа. По этиологии ОС классифицируется на бактериальный и вирусный. Несмотря на то что примерно у 90% пациентов с вирусной инфекцией ВДП (ВИВДП) имеются проявления вирусного риносинусита, только 0,5-2,0% синуситов прогрессируют в острый бактериальный. Наиболее частыми возбудителями ОБС являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и *Staphylococcus aureus*. В целом ОС у взрослых имеет благоприятный прогноз: около 85% пациентов отмечают уменьшение или исчезновение симптомов в течение 7-15 дней без антибактериальной терапии (АБТ). Тем не менее антибиотики назначаются в 84-91% случаев ОС, диагностированного в отделениях неотложной медицинской помощи или в условиях амбулатории. Это, безусловно, не соответствует актуальным клиническим руководствам и принципам рациональной АБТ.

Терапевтические стратегии и доказательная база

Диагноз
Острый синусит первоначально необходимо дифференцировать с ВИВДП, после чего определить этиологию процесса: вирусную или бактериальную (рис.). У больных с ОС синоназальная симптоматика обычно более выраженная, чем у пациентов с ОРВИ. Острый синусит проявляется гнойным отделяемым из носа и/или постназальным затеканием, заложенностью носа, лицевой болью, давлением, чувством распирания в области проекции придаточных пазух. Диагноз, основанный на наличии гнойных назальных или постназальных выделений, считается наиболее точным, несмотря на то что согласно отдельным рекомендациям устанавливать диагноз допускается даже если указанные проявления отсутствуют. Практически у 90% пациентов с ОРВИ наблюдаются те или иные признаки ОС, вызванные отеком слизистых оболочек носа и придаточных пазух. Однако при типичном течении ВИВДП максимального своего выражения назальные симптомы достигают к 3-му дню заболевания, проявляя в дальнейшем тенденцию к угасанию. Симптомы ОБС, напротив, сохраняются ≥ 10 дней без признаков улучшения или даже с нарастанием симптоматики. Иногда заболевание протекает в 2 этапа - первоначальное улучшение с последующим резким ухудшением самочувствия примерно на 10-й день болезни. Важно отметить, что гнойные выделения из носа могут быть связаны, в том числе, и с развитием бактериального процесса в верхнечелюстных пазухах и затенением синусов на рентгеновском снимке. Однако

ни этот симптом, ни другие индивидуальные признаки (например, лихорадка или лицевая боль) не могут быть использованы для дифференцирования между бактериальной и вирусной инфекцией. Данные рентгенограммы и компьютерной томографии также не дают ясной картины, позволяющей отличить эти два типа инфекции. В целом визуализационные исследования целесообразно использовать только у пациентов с подозрением на риногенные орбитальные или внутричерепные осложнения.

Ведение пациента. Антибиотикотерапия или выжидательная тактика?

В плацебо-контролируемых клинических исследованиях чаще всего изучалась эффективность амоксициллина в терапии ОС, а также - сравнительная эффективность таких антибиотиков, как цефуроксима аксетил, амоксициллина-клавуланат, левофлоксацин, моксифлоксацин и кларитромицин. Однако имеющиеся в настоящее время рекомендации содержат предостережения в отношении использования кларитромицина или азитромицина из-за устойчивости *S. pneumoniae* к макролидам. Примечательно, что в большинстве исследований эффективность использования антибиотиков по сравнению с плацебо у пациентов с ОС при средней продолжительности заболевания не получила подтверждения. Наиболее существенные различия в группах приема антибиотика и плацебо, как правило, регистрируются на 7-15-й день болезни. Потенциальные преимущества АБТ должны быть сбалансированы с возможными неблагоприятными последствиями (аллергические реакции, плохая переносимость: тошнота, рвота, диарея, боль в животе и др.), а также селекцией резистентности бактерий. Подобные негативные эффекты отмечаются примерно у 27% пациентов, принимающих антибиотики по поводу ОБС (в диапазоне от 3 до 59%), и 15% участников группы плацебо (диапазон от 0 до 40%). Весной 2016 г. FDA рекомендовало рассматривать фторхинолоны (левофлоксацин и моксифлоксацин) в качестве препаратов выбора только при отсутствии альтернативных вариантов антибактериального лечения (табл. 1). Побочные эффекты (ПЭ), вызванные приемом указанных препаратов, могут затронуть мышцы, суставы, нервную систему и т. д. Гнойные осложнения ОС (менингит, орбитальный или внутричерепной абсцесс), как правило, развиваются редко, а их частота в группах АБТ и плацебо сопоставима.

Систематический обзор 10 плацебо-контролируемых исследований (Lemienre M.V. et al., 2012) показал, что среди пациентов с ОС вероятность развития подобного осложнения в группе плацебо (n=1211) составляет 0,08% против 0% в группе больных, принимавших антибиотика (n=1239). Что касается выбора антибиотика, то обзор 5 исследований (Karageorgopoulos D.E. et al., 2008) не выявил достоверной разницы между фторхинолонами и амоксициллин-клавуланатом относительно темпов клинического прогресса. Испытания, в которых сравнивалась бы эффективность амоксициллина и амоксициллин-клавуланата, к настоящему времени отсутствуют, поэтому аргументом в пользу использования амоксициллин-клавуланата является современная характеристика бактериальной резистентности наиболее частых патогенов ОБС. В большинстве исследований антибиотика при

Таблица 1. Стратегия терапии при остром синусите у взрослых: ключевые определения

Диагноз ОБС устанавливается на основании наличия гнойных выделений из носа, сопровождаемых лицевой болью, давлением, чувством распирания в области проекции придаточных пазух; при этом длительность симптомов составляет ≥ 10 дней без тенденции к улучшению.
Для облегчения симптомов ОБС могут быть использованы анальгетики, промывание носа солевым раствором, а также интраназальные глюкокортикостероиды или деконгестанты.
Использование антибиотиков при первых симптомах ОС не имеет преимуществ перед плацебо, что делает использование этой группы препаратов нецелесообразным без наличия объективных признаков ОБС.
Антибактериальная терапия инициируется, если состояние больного не улучшилось на 7-й день после установления диагноза ОС или если оно прогрессивно ухудшается. Среди антибиотиков амоксициллин или амоксициллин-клавуланат являются средствами терапии первой линии.

Таблица 2. Антибиотики в терапии острого бактериального синусита

Клинический сценарий и начало антибактериальной терапии	Комментарии
Инициальная терапия пациента без аллергии на пенициллины	
Амоксициллин (1000 мг/3 р/сут перорально 5 дней)	
Амоксициллин-клавуланат (перорально 500/125 мг 3 р/сут 5-10 дней или 875/125 мг 2 р/сут 5-10 дней)	Амоксициллин-клавуланат рекомендуется при высокой вероятности бактериальной резистентности, возможной у курильщиков, пациентов, недавно получавших антибиотики, медицинских работников, а также в районах, где существует высокий уровень резистентности к антибиотикам у основных патогенов ОБС; если заболевание носит тяжелый или затяжной характер, если пациент старше 65 лет или если он имеет коморбидные состояния (сахарный диабет, иммунодефицит, хроническую сердечную, печеночную или почечную недостаточность)
Инициальная терапия у пациентов с аллергией на пенициллины	Макролиды и триметоприм-сульфаметоксазол не рекомендуются из-за высокого уровня резистентности (40-50%) по отношению к <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Клиндамицин (перорально 300 мг/3 р/сут 10 дней + цеффиксим перорально 400 мг/1 р/сут 10 дней или цефподоксим 200 мг/2р/сут 10 дней)	
Доксициклин (перорально 100 мг/2 р/сут или 200 мг/1р/сут 5-10 дней)	
Левофлоксацин (перорально 500 мг/1 р/сут 5-10 дней)	
Моксифлоксацин (перорально 400 мг/1 р/сут 5-10 дней)	
Терапия пациентов с предшествующей безуспешной антибиотикотерапией	Антибиотик должен отличаться от того, который оказался недостаточно эффективным
Амоксициллин-клавуланат (перорально/2000/125 мг/2 р/сут 10 дней)	При отсутствии аллергии на пенициллин
Доксициклин (перорально 100 мг/2 р/сут или 200 мг*/1р/сут 10 дней)	
Левофлоксацин (перорально 500 мг/1 р/сут 10 дней)	
Моксифлоксацин (перорально 400 мг/1 р/сут 10 дней)	

ОБС назначались в течение 7-10 дней. Систематический обзор 12 исследований (Falagas M.E. et al., 2009) обнаружил отсутствие фактической разницы в показателях клинического успеха или выраженности ПЭ между двумя группами пациентов: принимавших антибиотики в течение 3-7 дней и больными, получавшими эти препараты 6-10 дней. Сравнительный анализ результатов 5- и 10-дневной АБТ также показал сопоставимые показатели клинического успеха, при этом шансы развития ПЭ были ниже среди пациентов, прошедших более короткий курс терапии.

Дополнительные лечебные мероприятия

Два систематических обзора (Hayward G. et al., 2012) выявили небольшие, но существенные преимущества интраназальных глюкокортикостероидов (применение на протяжении 14-21 дней) в отношении уменьшения симптомов ОБС, прежде всего боли и заложенности носа. Незначительными побочными реакциями в ходе испытаний были носовое кровотечение, головная боль и назальный зуд. Метаанализ 4 исследований (Venekamp R.P., Thompson M.J., Rovers M.M., 2015) изучения эффективности пероральных глюкокортикостероидов, используемых в качестве дополнения к системной АБТ, выявил несколько более высокий уровень улучшения симптомов в сравнении с группой плацебо. В то же время применение глюкокортикостероидов при ОБС в качестве монотерапии не продемонстрировало существенного преимущества по сравнению с плацебо (Venekamp R.P. et al., 2012). Не сообщается о серьезных ПЭ у пациентов, участвовавших в указанных исследованиях, однако

задокументированные риски, связанные с применением системных глюкокортикостероидов, не позволяют рекомендовать эту группу препаратов для лечения больных с ОБС (табл. 2).

Сегодня в рекомендательных документах по ведению пациентов с ОС имеются упоминания по поводу того, что промывание носа солевым раствором уменьшает симптомы и улучшает качество жизни, способствуя восстановлению работы мукоциллиарного клиренса. Систематический обзор эффективности промывания носа солевым раствором при острых инфекциях ВДП (в т. ч. синусите) у взрослых и детей свидетельствует о противоречивых преимуществах данного метода (King D. et al., 2015). Побочные эффекты проявляются редко, в основном это были носовой дискомфорт и раздражение в носу. Обострение или прогрессирование инфекции на фоне ирригационной терапии не выявлены. Данные рандомизированных исследований об эффективности деконгестантов (местных или системных), антигистаминных препаратов или муколитиков при ОБС у взрослых отсутствуют. Одно ограниченное исследование с участием пациентов с ОБС на фоне аллергического ринита показало, что лоратадин более выраженно, по сравнению с плацебо, снижает такие симптомы, как чихание и заложенность носа (Braun J. et al., 1997).

Особые указания

У беременных женщин иногда встречается т. н. ринит беременности, который может имитировать ОС; это обстоятельство делает точный диагноз крайне важным. При установлении диагноза

Продолжение на стр. 41.

Ін'єкційна ефективність в таблетках*

при респіраторних інфекціях



 **astellas**

Флемоклав Солютаб®

амоксицилін/клавуланова кислота

Самий швидкий клінічний ефект серед захищених амінопеніцилінів¹

Кращий захист амоксициліна клавулановою кислотою²



Флемоклав Солютаб 125/31,25мг - UA/4458/01/01 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 250/62,5мг - UA/4458/01/02 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 500/125мг - UA/4458/01/03 від 08.05.2015; Флемоклав Солютаб 875/125 - UA/4458/01/04 від 25.01.2013

* Яковлев С.В., Довгань Е.В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача №6, 2014 г., стр. 4-6
1. Карпов О.И. и соавт. Детские инфекции. 2006, №3, стр. 52-56
2. Sourgens H. Et al. Int. J. Clin Pharmacol Ther 2001; 39(2): 75-82

Коротка інформація про лікарський засіб ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ®. **Склад:** діючі речовини: амоксицилін, клавуланова кислота; 1 таблетка 125/31,25 містить 125 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 31,25 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 250/62,5 містить 250 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 62,5 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 500/125 містить 500 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 125 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату); 1 таблетка 875/125 містить 875 мг амоксициліну (у вигляді амоксициліну тригідрату), 125 мг клавуланової кислоти (у вигляді калію клавуланату). **Лікарська форма.** Таблетки, що диспергуються. **Показання.** Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими мікроорганізмами, таких як: підтверджений гострий бактеріальний синусит; гострий середній отит; підтверджене загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія; цистити; пієлонефрити; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. целюліти, укуси тварин, тяжкі дентоальвеолярні абсцеси з поширеним целюлітом; інфекції кісток та суглобів, у т.ч. остеомиєліти. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату, до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеніцилінів, наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату (див. розділ «Побічні реакції»). **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Вагітність. Дослідження на тваринах не показують прямих чи непрямих шкідливих дій на вагітність, розвиток ембріона/плода чи постнатальний розвиток. Обмежені дані застосування амоксициліну/клавуланової кислоти під час вагітності не виявляли підвищеного ризику виникнення вроджених вад розвитку. В ході одного дослідження за участю жінок з передчасним розривом оболонки плода повідомлялося, що профілактичне застосування амоксициліну/клавуланової кислоти може бути пов'язане з підвищенням ризику некротизуючого ентероколіту у новонароджених. Слід уникати застосування препарату під час вагітності, за винятком необхідності застосування у випадках, які оцінює лікар. **Період годування груддю.** Обидва активні компоненти препарату екскретуються у грудне молоко (немає інформації стосовно впливу клавуланової кислоти на немовля, яке знаходиться на грудному вигодовуванні). Відповідно, у немовляти, яке знаходиться на грудному вигодовуванні, можлива поява діарей та грибкової інфекції слизових оболонок, тому годування груддю слід припинити. Препарат у період годування груддю можна застосовувати лише тоді, коли, на думку лікаря, користь від застосування буде переважати ризик. **Травний тракт:** дуже часто: діарея; часто: нудота, блювання (вищезазначені симптоми з боку травного тракту Флемоклав Солютаб® 500/125 забезпечує добову дозу, яка становить 1500 мг амоксициліну/375 мг клавуланової кислоти. Тривалість лікування визначається відповіддю пацієнта на лікування. Деякі інфекції, (наприклад остеомиєліт) потребують лікування протягом тривалого часу. Лікування не слід продовжувати більше 14 днів без оцінки стану хворого. **Діти з масою тіла <40 кг.** Від 20 мг/5 мг/кг/добу до 60 мг/15 мг/кг/добу, розділивши на 3 прийоми. Клінічні дані застосування амоксициліну/клавуланової кислоти із співвідношенням 4:1 у дітей віком до 2 років у дозі понад 40 мг/10 мг/кг маси тіла на добу відсутні. Лікарський засіб у даній лікарській формі можливо застосовувати дітям з масою тіла більше 9 кг із розрахунку добової дози 40 мг/10 мг/кг/добу, розділивши на 3 прийоми. **Пацієнти літнього віку.** Відсутня необхідність корекції дози. **Ниркова недостатність.** Доза визначається відповідно до рівня амоксициліну. Немає необхідності змінювати дозу пацієнту при кліренсі креатиніну > 30 мл/хв. **Печінкова недостатність.** Застосовувати з обережністю і періодично контролювати функцію печінки **Спосіб застосування.** Флемоклав Солютаб® приймають всередину. Флемоклав Солютаб® призначають на початку прийому їжі, щоб зменшити диспепсичні симптоми та покращити всмоктування препарату. Таблетку ковтають цілою, запиваючи стаканом води, або розчиняють в невеликій кількості води. Для дітей з масою тіла < 40 кг рекомендовано розчинити в невеликій кількості води. **Побічні реакції.** **Інфекції та інвазії:** часто: кандидоз шкіри та слизових оболонок. **Кровоносна та лімфатична системи:** рідко: оборотна лейкопенія (включаючи нейтропенію) та тромбоцитопенія; невідомо: оборотний агранулоцитоз та гемолітична анемія; збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу. **Імунна система:** Невідомо: ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт. **Нервова система:** нечасто: запаморочення, головний біль, невідомо: оборотна гіперактивність і судоми. Судоми можуть виникати у пацієнтів з порушеною функцією нирок або у тих, хто отримує високі дози препарату. **Травний тракт:** дуже часто: діарея; часто: нудота, блювання (вищезазначені симптоми з боку травного тракту можна зменшити, якщо застосовувати препарат на початку прийому їжі); нечасто: порушення травлення, невідомо: антибіотикоасоційований коліт (включаючи псевдомембранозний коліт та геморагічний коліт), чорний волосатий язик. **Гепатобілярні реакції:** нечасто: помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ відзначалось у хворих, які лікувались антибіотиками групи бета-лактамів, однак клінічне значення цього не встановлено; невідомо: гепатити та холестатична жовтяниця. Ці явища виникали при застосуванні інших пеніцилінів та цефалоспоринів (див. розділ «Особливості застосування»). **Шкіра та підшкірні тканини:** нечасто: шкірні висипання, свербіж, кропив'янка; рідко: поліморфна еритема, невідомо: синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий екзофоліативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустулоз. **Нирки та сечовидільна система:** невідомо: інтерстиціальний нефрит, кристалурія. Перед застосуванням необхідно ознайомитись з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України та знаходиться на сайті <http://www.drz.kiev.ua>. У випадку виникнення побічних ефектів просимо направляти інформацію до представництва Астеллас Фарма Юроп Б. В. на адресу 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, корп. 7-В, офіс 41, тел. 044-490-68-25, факс: 044-490-68-26.

ТОВ «Астеллас Фарма»; м. Київ, вул. М. Пимоненка, 13, корп. 7В, оф. 41; тел. +38 044 490 68 25, факс +38 044 490 6826

Інформація для фахівців охорони здоров'я. Перед застосуванням необхідно ознайомитись з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України на <http://www.drz.kiev.ua>

UKR/FLV/012017/1/ LiteraDruk/01183

Р.М. Розенфельд, США

Острый синусит у взрослых

Таблица 3. Различия в национальных клинических рекомендациях по ведению пациентов с острым синуситом

Переменный параметр	AAO-HNS Clinical Practice Guideline for Adult Sinusitis (рекомендации Американской ассоциации отоларингологов)	Canadian Clinical Practice Guideline for Acute and Chronic Rhinosinusitis (Канадские клинические рекомендации по ведению острого и хронического риносинусита)	European Position Statement on Rhinosinusitis (Европейский рекомендательный протокол)	IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis (Рекомендации Американского общества инфекционных болезней)
Симптомы ОС	Гнойные выделения из носа длительностью <4 нед, сопровождаемые лицевой болью, распираем или давлением и/или заложенностью носа	Длительность <4 нед, минимум 2 симптома: гнойное отделяемое из носа, заложенность носа, давление, распирание, аносмия (гипосмия)	Длительность <12 нед, минимум 2 симптома: гнойное отделяемое из носа, заложенность носа, давление, распирание, аносмия (гипосмия)	До 4 нед, минимум 2 больших симптома или 1 большой и 2 малых
Критерии ОБС	Состояние сохраняется в течение >10 дней без улучшения или ухудшение в течение 10 дней после первоначального улучшения	Состояние сохраняется в течение >7 дней без улучшения, ухудшение через 5-7 дней (двухфазная болезнь) или тяжелые симптомы с нагноением и лихорадкой на 3-й или 4-й день	Состояние сохраняется в течение >10 дней, ухудшение после 5 дней, или тяжелые симптомы с ≥3 из следующих критериев: гнойные выделения из носа, тяжелая локальная боль, температура >38 °С, повышение СОЭ* и С-реактивного белка, ухудшение симптомов после фазы улучшения	Состояние сохраняется в течение >10 дней без улучшения, ухудшение через 5-6 дней (двухфазная болезнь) или тяжелые симптомы с нагноением и лихорадкой на 3-й или 4-й день
Инициальная терапия	Выбор бдительного ожидания или АБТ независимо от степени тяжести болезни	Выжидательная тактика при легких симптомах АБТ при тяжелом течении	Выжидательная тактика для мягких симптомов АБТ для тяжелого заболевания	АБТ для всех пациентов с ОБС
Антибиотик первой линии	Амоксициллин с/без клавулановой кислоты	Амоксициллин	Не уточнен	Амоксициллин-клавуланат
Антибиотики при аллергии на пенициллин	Доксициклин или фторхинолоны (лево- или моксифлоксацин)	Макролид или триметоприм-сульфаметоксазол	Не уточнен	Доксициклин или фторхинолоны
Интраназальные кортикостероиды	Опционально	Рекомендованы	Рекомендованы	Рекомендованы
Пероральные кортикостероиды	Не рекомендованы	Не обсуждаются	Допустимы при тяжелых симптомах	Не обсуждаются
Ирригационная терапия солевым раствором	Опционально	Опционально	Ограниченный эффект	Рекомендована
Определение неэффективности АБТ либо неэффективности выжидательной тактики	Симптомы не улучшаются через 7 дней или ухудшаются в любой день	Симптомы не уменьшаются через 72 ч от начала терапии	Симптомы не уменьшаются в течение 48 ч у пациентов с тяжелыми проявлениями болезни или в течение 14 дней у пациентов с легкой или умеренной симптоматикой	Симптомы не улучшаются на фоне 3-5 дней терапии или ухудшаются после 48-72 ч терапии

* Примечание: СОЭ – скорость оседания эритроцитов.

Продолжение. Начало на стр. 39.

ОБС приемлемыми антибиотиками для лечения беременных женщин можно считать амоксициллин, амоксициллин-клавуланат, а у пациенток с аллергией на пенициллин – клиндамицин плюс цефтриаксон или цефподоксим. Пациенты с диабетом или иммунной дисфункцией имеют более высокую вероятность антибиотикорезистентности патогенов, поэтому они должны получать амоксициллин-клавуланат в качестве стартовой терапии. Если симптомы не уменьшаются в течение 72 ч, необходимо выполнить бактериальный посев из носа с определением чувствительности культуры к антибиотикам. Высокая температура (>39 °С), обильные назальные корки или выраженная лицевая боль дают основание врачу предположить развитие инвазивного грибкового синусита, который требует неотложной медицинской помощи.

Затяжное течение болезни или рецидивирующий ОБС (≥3 эпизода за 6 мес), подозрение на наличие новообразования либо структурного дефекта носа и придаточных пазух – обоснованные причины для направления пациента, наблюдающегося у врача общей практики – семейной медицины, к отоларингологу для более углубленной верификации диагноза. В случае же наличия признаков развивающегося внутричерепного осложнения (периорбитальный отек, ограниченные движения глазных яблок, сильная головная боль) пациенту необходима ургентная специализированная помощь.

Дискуссионные вопросы

- На сегодняшний день отсутствуют четкие критерии, с помощью которых можно было бы дифференцировать ОРВИ и ОС. При наличии симптомов, не совместимых с ОРВИ, открытым остается вопрос природы синусита – бактериальная или вирусная?

- В связи с тем что многие исследования проводились с включением пациентов с симптомами синусита <10 дней, сложно однозначно говорить о пользе антибиотиков и об оптимальных сроках начала терапии.

- Недостаточно данных в отношении эффективности АБТ беременных женщин и больных с иммунологическими нарушениями.

- Фактически нет исследований, позволяющих оценить роль АБТ в профилактике внутричерепных риногенных осложнений.

Выводы и рекомендации

В таблице 3 содержатся основные положения рекомендаций Американской академии отоларингологии-хирургии

головы и шеи (AAO-HNS), Канадского Клинического протокола ведения пациентов с острым и хроническим синуситом (Canadian Clinical Practice Guideline for Acute and Chronic Rhinosinusitis), Европейского Рекомендательного протокола (European Position Statement on Rhinosinusitis), а также Американского общества инфекционных болезней (IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis). Все эти рекомендации отличает наличие тенденции к использованию выжидательной тактики в отношении назначения антибиотиков у пациентов с ОБС. Ведение таких больных должно основываться на совместном принятии решения с участием последних. Если будет решено прибегнуть к т. н. бдительному ожиданию, пациент должен быть предупрежден о тактике поведения, а именно: использовать антибиотик при отсутствии положительной динамики в течение 7 дней либо при ухудшении состояния в любое время. Пациент также должен быть проинформирован остораживающих симптомах, требующих безотлагательного визита к лечащему врачу. По нашему мнению, стартовая терапия ОБС должна включать амоксициллин в дозе 1000 мг перорально 3 р/сут в течение 5 дней, если не имеется особых обстоятельств, оправдывающих применение амоксициллин-клавуланата. Если у пациента аллергия на пенициллины, мы можем рекомендовать доксициклин в суточной дозе 200 мг в течение 5 дней, а также анальгетики и/или интраназальные глюкокортикостероиды, по мере необходимости, для устранения лицевой боли, чувства распирания, давления в проекции придаточных пазух. Заложенность носа эффективно устраняется топическими глюкокортикоидами. Однако, с учетом нашего клинического опыта, при значительной заложенности носа также может быть целесообразным назначение деконгестантов на протяжении до 5 дней (например, оксиметазолин) с целью профилактики блокады соустьев придаточных пазух. Использование ирригационной терапии солевым раствором может быть полезно, если у пациента имеются гнойные выделения с затрудненным отхождением. Антигистаминные средства могут облегчить состояние пациентов с аллергическим ринитом. Глюкокортикостероиды для перорального применения не могут быть рекомендованы пациентам с ОБС.

Rosenfeld R.M. Acute Sinusitis in Adults. N Engl J Med 2016; 375: 962-970.

Перевела с англ. Александра Меркулова

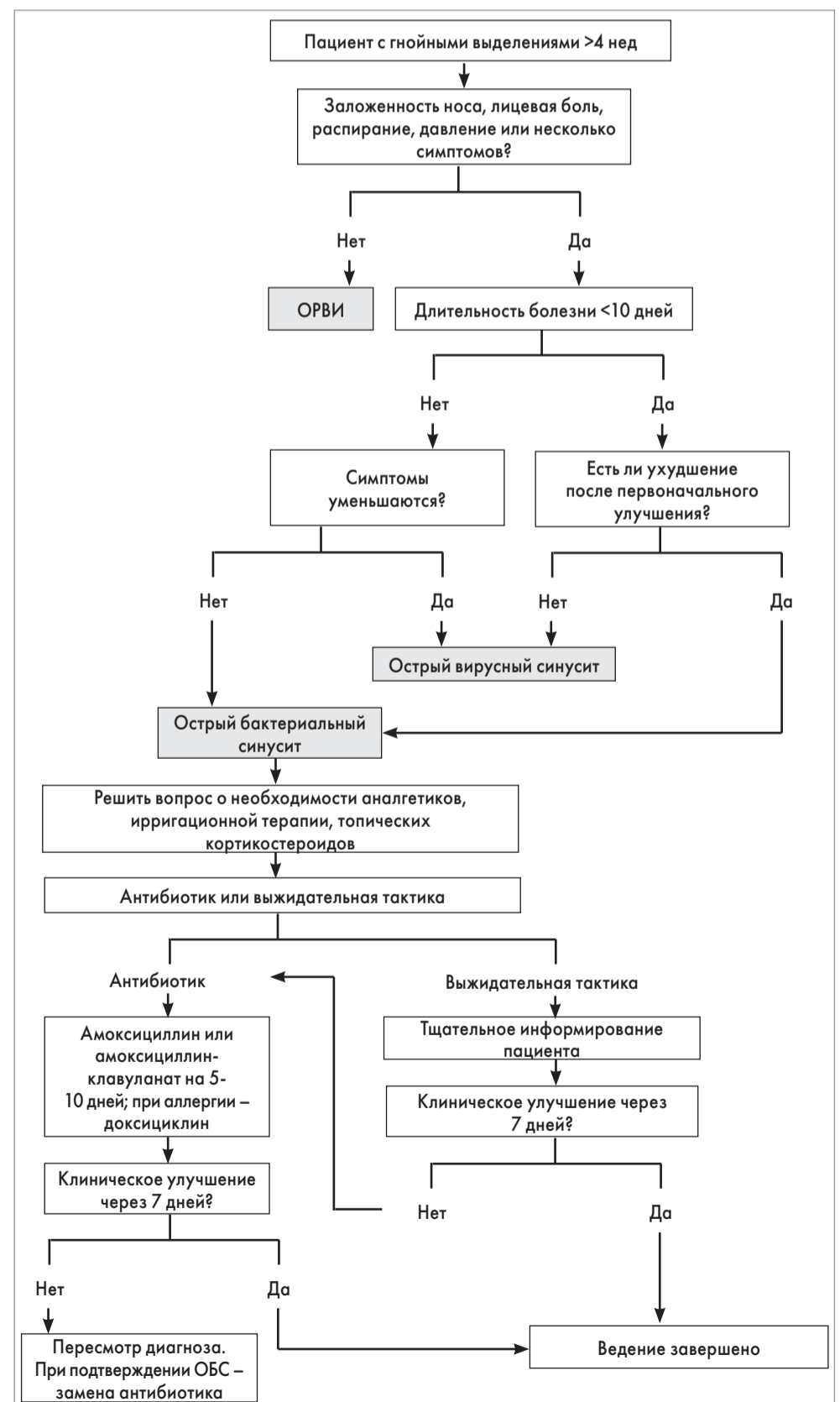


Рис. Схема врачебной тактики при остром синусите у взрослых