

Комплексное лечение острого бактериального риносинусита: опыт отечественных клиницистов

Острый риносинусит является наиболее распространенной патологией верхних дыхательных путей и встречается практически с одинаковой частотой во всех возрастных группах. Однако актуальность этой патологии связана не только с высокими показателями заболеваемости, но и с риском развития тяжелых осложнений (орбитальных, внутричерепных), которые нередко приводят к летальному исходу. Поэтому чрезвычайно важны своевременная диагностика и адекватная терапия этого кажущегося на первый взгляд безобидным заболеванием.

Риносинуситом называют воспаление слизистой оболочки полости носа и как минимум одной из придаточных пазух (гайморовой, лобной, решетчатой, клиновидной). Нередко воспалительный процесс развивается одновременно в нескольких пазухах (геми- или пансинусит).

В зависимости от характера течения заболевания выделяют:

- острый синусит (менее 3 мес);
- рецидивирующий острый синусит (2–4 случая острого синусита за год);
- хронический синусит (более 3 мес);
- обострение хронического синусита (усиление имеющихся и/или появление новых симптомов заболевания).

Острый риносинусит характеризуется внезапным появлением двух и более симптомов, один из которых – заложенность носа или ринорея, а также боль/ощущение давления в области лица, гипосмия или anosmia.

В подавляющем большинстве случаев острый синусит развивается на фоне предшествующего воспаления слизистой оболочки носа, вызванного вирусной инфекцией. По некоторым данным, приблизительно в 0,5% случаев острые респираторные вирусные заболевания осложняются развитием бактериального синусита (E.R. Wald, 1998). Вирусы повреждают эпителиальные клетки, что приводит к отеку слизистой оболочки носовой полости и нарушению мукоцилиарного транспорта. Перечисленные факторы способствуют проникновению микрофлоры из полости носа в придаточные пазухи, где они находят благоприятную среду для размножения и вызывают воспаление слизистой оболочки синусов. Отек слизистой оболочки полости носа и синусов приводит к нарушению проходимости их соустьев и, соответственно, дренирования пазух. В результате этого в синусах скапливается экссудат (сначала серозный, затем серозно-гнойный), способствуя прогрессированию заболевания.

Бактериальные возбудители острого синусита являются преимущественно представителями микрофлоры, обитающей в полости носа и носоглотки у здоровых людей. Наиболее часто острый бактериальный синусит у взрослых вызывают *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* (50–70% случаев). Значительно реже причиной этого заболевания выступают такие микроорганизмы, как *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus intermedius*, анаэробы и др. В последнее время отмечается возрастание частоты синуситов, вызванных микробными ассоциациями.

По тяжести течения выделяют острый синусит легкой, средней и тяжелой степени. При легкой степени заболевания клиническая картина представлена слизистыми или слизисто-гнойными выделениями из носа и/или в ротоглотку, повышением температуры тела до 37,5°C, головной болью, слабостью. По данным рентгенографии толщина слизистой оболочки придаточных пазух носа не превышает 6 мм.

Синусит средней степени тяжести характеризуется слизисто-гнойными или гнойными выделениями из носа и/или в ротоглотку, повышением температуры тела выше 37,5°C, головной болью, может возникать боль, иррадирующая в зубы или уши. На рентгенограмме околоносовых синусов

толщина слизистой оболочки более 6 мм, полное затемнение или наличие уровня жидкости в одном или двух синусах.

При тяжелом синусите имеют место обильные гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, температура тела выше 38°C, сильная болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль. На рентгенограмме околоносовых синусов отмечается полное затемнение или наличие уровня жидкости более чем в двух синусах. В общем анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону незрелых нейтрофилов, повышение скорости оседания эритроцитов.

При синусите, особенно при тяжелом течении заболевания, возможно развитие внутричерепных осложнений. Так, одним из наиболее опасных осложнений острого гайморита является тромбоз кавернозного синуса, летальность при котором достигает 30% независимо от применяемой антибактериальной терапии.

Диагностика синусита проводится на основании жалоб больного, анамнеза заболевания (недавно перенесенное простудное заболевание или переохлаждение, удаление зубов на верхней челюсти в последние несколько недель или наличие кариеса верхних зубов и др.), клинических симптомов, результатов физикального обследования, инструментальных и лабораторных исследований. Осмотр полости носа позволяет выявить признаки воспаления: гиперемию и отек слизистой оболочки, гнойные выделения в полости носа или на задней стенке глотки, патологическое отделяемое в области естественных соустьев околоносовых пазух. Основная роль в диагностике острого синусита отводится рентгенологическим методам исследования. Обзорная рентгенография околоносовых пазух позволяет обнаружить характерные для синусита изменения – затемнение или наличие уровня жидкости в пораженной пазухе. Наиболее информативным методом диагностики патологии придаточных пазух носа является компьютерная томография. Этот метод обследования показан при тяжелых или осложненных случаях острого синусита, хронических синуситах и позволяет получить исчерпывающие сведения об анатомии и особенностях строения околоносовых пазух.

Схема лечения острого синусита включает средства этиотропной и патогенетической терапии. В этиотропном лечении (антибиотикотерапия) нуждаются пациенты с острым бактериальным синуситом. Следовательно, чтобы назначение антибактериальных препаратов при синуситах было оправданным, необходимо дифференцировать острый синусит вирусной и бактериальной этиологии. Следует признать, что природу острого риносинусита только по клинической картине удается определить не более чем в половине случаев (J.G. Hansen et al., 1995).

Основным дифференциально-диагностическим критерием в повседневной клинической практике является длительность сохранения симптомов заболевания. В том случае, если типичные симптомы синусита сохраняются более 7–10 дней или ухудшаются через 5–7 дней с момента их появления, следует заподозрить бактериальную инфекцию (D.C. Lanza, D.W. Kennedy, 1997).

J.M. Hickner et al. (2001) предложили использовать для диагностики острого бактериального риносинусита следующие критерии:

- 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.

При наличии всех перечисленных критериев диагноз бактериального риносинусита наиболее вероятен.

При выборе антибиотика для лечения острого бактериального риносинусита обязательно учитывают его эффективность и профиль безопасности согласно результатам рандомизированных клинических исследований, природную активность в отношении основных возбудителей заболевания (пневмококка, гемофильной палочки, моракселлы), региональные данные о приобретенной антибиотикорезистентности указанных микроорганизмов. Также при проведении эмпирической антибиотикотерапии необходимо принимать во внимание предшествующий прием антибиотиков пациентом. В связи с тем, что лечение острых неосложненных бактериальных синуситов 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. Немаловажным фактором при выборе антибиотика является стоимость препарата.

Важная роль в лечении острого риносинусита отводится патогенетической терапии, которая направлена на восстановление вентиляции и дренирования околоносовых пазух, разжижение и удаление скопившегося секрета. С этой целью необходимо применять деконгестанты, муколитики системного действия, нестероидные противовоспалительные средства. Чтобы избежать полипрагмазии, желательнее использовать препараты, которые обладают комплексным механизмом действия.



Какие антибактериальные препараты и средства патогенетической терапии являются более предпочтительными для включения в схему лечения острых бактериальных синуситов у взрослых? На этот вопрос ответил заведующий кафедрой оториноларингологии Украинской медицинской стоматологической академии, доктор медицинских наук, профессор Сергей Борисович Безшапочный, доклад которого прозвучал на XI съезде оториноларингологов Украины (17–19 мая, г. Судак).

– На базе клиники ЛОР-заболеваний Украинской медицинской стоматологической академии мы провели исследование, цель которого – оценка эффективности комбинации препаратов Цефодокс и Трайфед-эксспекторант в лечении больных с острым бактериальным риносинуситом.

Цефодокс (цефподоксима проксетил) – первый в Украине полусинтетический цефалоспориновый антибиотик III поколения для перорального применения. Цефодокс обладает выраженным бактерицидным действием в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных возбудителей, включая штаммы, продуцирующие β-лактамазы, и поэтому является оптимальным выбором для стартовой эмпирической антибиотикотерапии острого бактериального риносинусита.

Существенным преимуществом Цефодокса перед другими антибиотиками является его благоприятный профиль безопасности. Препарат поступает в желудочно-кишечный тракт в неактивной форме (пролекарство) и только в процессе всасывания в клетках тонкой кишки под воздействием гидролаз переходит в активную форму – цефподоксим. Эта особенность Цефодокса сводит к минимуму риск развития дисбиоза кишечника. Кроме того, препарат практически полностью выводится с мочой и не подвергается печеночной трансформации, что дает возможность применять препарат при заболеваниях печени.

Трайфед-эксспекторант – это комплексный препарат, который применяется для симптоматического лечения сопровождающихся кашлем воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Он содержит трипролидина гидрохлорид, псевдоэфедрина гидрохлорид и гвайфенезин и поэтому является одновременно антигистаминным средством, бронхолитиком, деконгестантом и секретолитиком. Эти свойства препарата дают возможность воздействовать на большинство звеньев патогенеза острого риносинусита.

В исследование мы включили 97 пациентов с острым бактериальным синуситом, разделив их на две группы с применением разных схем лечения. Больные первой группы (n=35) получали Цефодокс по 0,2 г 2 раза в сутки перорально и Трайфед-эксспекторант, вторая (n=62) – цефтриаксон внутримышечно 1,0 г каждые 12 ч, нестероидные противовоспалительные препараты и муколитики.

Для определения эффективности лечения оценивали динамику выраженности жалоб пациента (заложенность носа, ринорея, головная боль, общее недомогание), данных эндомикрориноскопии, показателей мукоцилиарного клиренса. Субъективные проявления оценивали по 4-балльной системе: 0 – проявления отсутствуют, 1 – слабо выраженные, 2 – средне выраженные, 3 – сильно выраженные проявления.

До начала терапии средний показатель выраженности субъективной заложенности носа в обеих группах составил 3,8 балла, на третий день лечения он снизился до 2,1 балла в первой группе и до 2,3 балла во второй, на пятый день – до 0,4 и 0,6 балла соответственно. Следовательно, уменьшение выраженности субъективной заложенности носа было более быстрым и выраженным в группе пациентов, получавших комбинацию препаратов Цефодокс и Трайфед-эксспекторант. Выраженность головной боли к пятому дню терапии снизилась до 0 баллов в обеих группах пациентов. Также была сопоставима скорость нормализации мукоцилиарного транспорта.

Таким образом, предложенная нами схема комплексного лечения острого бактериального риносинусита с использованием препаратов Цефодокс и Трайфед-эксспекторант является как минимум настолько же эффективной, как и применение более сложной схемы с включением парентерального антибиотика, муколитика и нестероидного противовоспалительного препарата. При этом пероральное применение антибиотика позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях и повысить приверженность пациентов лечению.

Подготовил Вячеслав Килимчук

