

Современная концепция лечения острого риносинусита

Профессор С.А. Карпищенко^{1,2}, А.Ф. Фаталиева¹

¹ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Под риносинуситом понимают воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП), проявляющееся двумя или более симптомами: заложенностью носа либо выделениями из носа, головной болью, снижением обоняния. Острый риносинусит относится к числу наиболее распространенных заболеваний в практике терапевтов и оториноларингологов. Выбор тактики лечения и ведения острого риносинусита регламентируется различными согласительными документами в странах Европы (EPOS 2012), США (IDSA 2012, AAO-HNS 2016) и России. Пусковым механизмом развития острого воспаления ОНП являются инфекции верхних дыхательных путей, в частности вирусы. Вторичная бактериальная инфекция после перенесенной вирусной инфекции развивается у 0,5–2% взрослых. Основными целями при лечении острого риносинусита служат: сокращение длительности заболевания и скорейшее восстановление качества жизни пациента, предупреждение развития тяжелых бактериальных осложнений, восстановление функции соустьев ОНП, эрадикация возбудителя. В выборе тактики лечения на различных стадиях течения острого риносинусита необходимо придерживаться этиопатогенетического принципа. Комбинированное применение препарата протеината серебра в стандартной терапии острого риносинусита способствует более быстрому купированию основных симптомов заболевания и облегчает состояние пациента.

Ключевые слова: острый риносинусит, протеинат серебра, комплексное лечение.

Для цитирования: Карпищенко С.А., Фаталиева А.Ф. Современная концепция лечения острого риносинусита. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;9(II):93–96.

ABSTRACT

Modern concept of acute rhinosinusitis treatment

S.A. Karpishchenko^{1,2}, A.F. Fatalieva¹

¹I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

²Saint Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech

Rhinosinusitis is a mucous membrane inflammation of the nasal cavity and paranasal sinuses (PNS), manifested by two or more symptoms, one of which is nasal congestion or nasal discharge. Headache and olfaction decrement may also be noted. Acute rhinosinusitis is one of the most common diseases in general practice. The choice of treatment and management tactics for acute rhinosinusitis is regulated by various consensus papers in Europe (EPOS-2012), USA (IDSA-2012), (AAO-HNS 2016) and Russia. The trigger mechanism in the acute inflammation development of the paranasal sinuses is upper respiratory tract infection, in particular viruses. Secondary bacterial infection after viral infection develops in 0.5–2% of adults. The main treatment goals in acute rhinosinusitis are: disease duration reduction and early restoration of the patient's life quality; severe bacterial complications prevention; anastomotic PNS function restoration; pathogen eradication. It is necessary to adhere to the etiopathogenetic principle in the treatment tactics choice at different stages of acute rhinosinusitis. The combined use of the silver proteinate agent in the standard therapy of acute rhinosinusitis contributes to faster relief of the main disease symptoms and facilitates the patient's condition.

Keywords: acute rhinosinusitis, silver proteinate, comprehensive treatment.

For citation: Karpishchenko S.A., Fatalieva A.F. Modern concept of acute rhinosinusitis treatment. RMJ. Medical Review. 2019;9(II):93–96.

ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Острый риносинусит относится к числу наиболее распространенных заболеваний, с которыми встречаются врачи амбулаторного звена. Острый риносинусит характеризуется воспалением слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью менее 12 нед. К основным симптомам можно отнести: затруднение носового дыхания (заложенность носа), выделения из носа, давление/боль в области лица, снижение или потерю обоняния. Риносинусит у детей проявляется схожим симптомокомплексом и нередко сопровождается кашлем в дневное или ночное время.

Распространенность и лечение острого риносинусита с годами становится все актуальнее. В европейских странах ежегодно риносинуситы возникают у каждого 7-го (ERFOS, 2012). В США регистрируется 31 млн случаев риносинусита в год (IDSA 2012), в России — свыше 10 млн случаев в год [1, 2].

Этиология острого риносинусита инфекционная. Основные возбудители представлены вирусами, бактериями или грибковыми агентами. В 90–98% случаев острый риносинусит вызывается вирусами и только в 2–10% — бактериальной флорой.

Наиболее распространенными вирусами при остром вирусном риносинусите являются риновирус, аденовирус, вирус гриппа и вирус парагриппа.

Вторичная бактериальная инфекция околоносовых пазух после перенесенной вирусной инфекции развивается у 0,5–2,0% взрослых и у 5% детей [3, 4]. Среди бактериальных возбудителей острого риносинусита наиболее значимыми в настоящее время являются так называемые «респираторные патогены»: *Streptococcus pneumoniae* (19–47%), *Haemophilus influenzae* (26–47%), ассоциация этих возбудителей (около 7%), реже — β -гемолитические стрептококки не группы А (1,5–13%), *Streptococcus pyogenes* (5–9%), не β -гемолитические стрептококки (5%), *Staphylococcus aureus* (2%), *Moraxella catarrhalis* (1%), *Haemophilus parainfluenzae* (1%), грамотрицательные патогены встречаются редко. Факультативно анаэробная микрофлора (*Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, а также *Prevotella* и *Porphyromonas*) может дополнительно поддерживать воспаление в ОНП и способствовать развитию хронического воспаления.

Первое место по частоте вовлечения в воспалительный процесс занимают верхнечелюстная ОНП, решетчатый лабиринт, лобная и клиновидная ОНП [5]. Данная последовательность вовлечения в патологический процесс характерна для взрослых и детей старше 7 лет.

Дети в возрасте до 3 лет подвержены воспалению клеток решетчатого лабиринта (80–90%). Одновременное поражение решетчатых и верхнечелюстной ОНП наблюдается в возрасте от 3 до 7 лет. К анатомическим особенностям детского возраста можно отнести узость всех носовых ходов. Нижняя носовая раковина занимает 2/3 полости носа, что способствует нарастанию назальной обструкции даже при небольшой отечности слизистой оболочки при катаральном воспалении. Указанные особенности влекут за собой нарушение грудного вскармливания и гипотрофию, т. к. без носового дыхания ребенок не может сосать.

Кроме того, у детей младшего возраста короткая и широкая слуховая труба расположена горизонтально. В таких условиях даже небольшие воспалительные явления в полости носа предрасполагают к распространению инфицированной слизи из носоглотки через слуховую трубу в среднее ухо и к возникновению острого воспаления среднего уха.

За последние десятилетия отечественные и мировые экспертные группы разработали рекомендации по диагностике и ведению острого риносинусита у взрослых [1–8].

Симптоматика легких и среднетяжелых форм острого риносинусита обычно ограничивается локальными проявлениями: затруднением носового дыхания, выделениями из носа слизистого, реже — слизисто-гнояного характера, нарушением обоняния, нерезкими лицевыми болями в области лба либо в проекции верхнечелюстной ОНП. При этом отсутствуют или незначительно выражены признаки интоксикации, температура остается нормальной или субфебрильной. Легкое течение острого риносинусита имеет тенденцию к самостоятельному разрешению.

При тяжелой форме острого риносинусита, помимо местных, присутствуют признаки общей интоксикации. Отмечается повышение температуры до 38 °С и выше, беспокоит интенсивная головная боль, выражена болезненность при надавливании или перкуссии в местах проекции верхнечелюстных или лобных пазух, может развиваться реактивный отек век и мягких тканей лица.

Согласно документу EPOS 2012 выделяют острый вирусный риносинусит, который практически всегда сопровождается острыми респираторными заболеваниями с продолжительностью симптомов менее 10 дней. Сохранение

симптомов по прошествии 10 дней говорит об остром поствирусном риносинусите. Приблизительно у 2% этих пациентов развивается острый бактериальный риносинусит [6].

По данным EPOS 2012 [6], диагноз «острый бактериальный риносинусит» может быть выставлен при наличии как минимум двух из перечисленных критериев:

- продолжительность болезни более 7–10 дней или усиление симптомов после улучшения;
- выраженные лицевые боли;
- гнойные выделения из полости носа при передней риноскопии;
- повышенные уровни СОЭ и С-реактивного белка;
- температура тела >38 °С.

Объективная оценка состояния ОНП проводится на основании рентгенологических методов. Рентгенологические признаки синуситов сопровождаются снижением пневматизации ОНП от пристеночного отека слизистой оболочки до тотального понижения прозрачности. В России принято выполнять рентгенографию ОНП в носоподбородочной проекции при подозрении на верхнечелюстную синусит и в носолобной — при подозрении на фронтит. Следует понимать, что снижение пневматизации ОНП при ОРВИ отмечается в 90% случаев. Поэтому при назначении лечения ориентироваться следует прежде всего на клинику. Исходя из рекомендаций EPOS 2012 при легкой степени тяжести риносинусита в амбулаторных условиях рентгенологическое исследование не показано. Зарубежные стандарты широко рекомендуют компьютерную томографию (КТ) ОНП и дифференцированный подход к назначению этого исследования с учетом тяжести заболевания и условий оказания врачебной помощи. Согласно рекомендациям EPOS 2012 КТ проводится оториноларингологом в условиях специализированной помощи при выраженной симптоматике и отсутствии улучшения через 48 ч.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Основными целями при лечении острого риносинусита служат: сокращение длительности заболевания и скорейшее восстановление качества жизни пациента, предупреждение развития тяжелых бактериальных осложнений, восстановление функции соустьев ОНП, эрадикация возбудителя.

В первые дни заболевания лечение направлено на облегчение симптомов, поскольку превалирует вирусная флора. Назначение антибактериальных препаратов не показано при легкой степени острого риносинусита, за исключением случаев рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматики более 7 дней. По рекомендациям ААО-HNS 2016 (Американская ассоциация оториноларингологов) антибиотикотерапия рассматривается, если состояние пациента не улучшается к 7–10-му дню после появления первых симптомов заболевания. Целесообразность выжидательной тактики относительно назначения антибактериальных препаратов подтверждается результатами метаанализов 4 рандомизированных контролируемых исследований. Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой и тяжелой форме острого синусита (уровень доказательности Ia, шкала убедительности A), с учетом предполагаемого ведущего бактериального возбудителя или их комбинации. Также антибактериальная терапия проводится больным с тяжелой сопутствующей



Реклама

Сиалор®

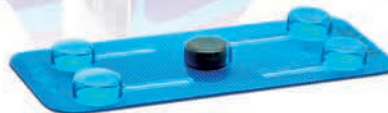
СЕРЕБРА ПРОТЕИНАТ



Капли для взрослых
и детей с 3 лет



Спрей для взрослых
и детей с 6 лет



Лечение
острого ринита

Оригинальный (референтный) лекарственный препарат, показанный для симптоматической терапии острого назофарингита, синусита и лечения острого ринита (насморка)



Антисептическое
действие

Диссоциирует с образованием ионов серебра, которые связываются с ДНК бактерий и препятствуют их размножению на слизистой оболочке полости носа*

*Согласно инструкции по применению лекарственного препарата Сиалор® № РУ ЛП-004958 от 27.07.2018

№ РУ ЛП-004958 от 27.07.2018

www.sialor.ru


RENEWAL

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

соматической патологией (сахарный диабет) и иммунокомпromетированным пациентам.

В большинстве руководств в качестве стартовой антибактериальной терапии острого бактериального риносинусита рекомендуются амоксициллин, либо амоксициллин / клавулановая кислота, либо цефалоспорины 2–3-го поколения (цефтибутен, цефуроксим). Выбор данных групп препаратов продиктован безопасностью, эффективностью, низкой стоимостью и широким микробиологическим спектром действия.

Респираторные фторхинолоны не рекомендуются в качестве антибиотиков первой линии. Согласно рекомендациями ААО-HNS 2016 и EPOS 2012 фторхинолоны должны быть препаратами выбора для пациентов при резистентности или неэффективности стартовой терапии. Макролиды, включая азитромицин, кларитромицин и др., не рекомендуются в качестве начальной терапии острого бактериального риносинусита из-за высокого уровня резистентности *S. pneumoniae* и *H. Influenzae*. Однако макролиды по-прежнему остаются препаратами выбора при непереносимости бета-лактамов. Рекомендуемая продолжительность терапии для неосложненного острого бактериального риносинусита составляет 5–10 дней для большинства взрослых.

Симптоматическая терапия

На начальном этапе лечения симптомов риносинусита в первые 7–10 дней используются: анальгетики, интраназальные глюкокортикостероиды, местные антибактериальные препараты и солевые растворы. Интраназальные глюкокортикостероиды уменьшают секрецию желез слизистой оболочки, экстравазацию плазмы и тканевой отек, улучшают носовое дыхание и восстанавливают отток экссудата из ОНП. Ирригация солевыми растворами в дополнение к стандартному курсу лечения способствует улучшению мукоцилиарного транспорта.

Учитывая значительную роль отека слизистой оболочки полости носа и обструкции естественных соустьев ОНП в патогенезе острого риносинусита, в лечении также используют топические сосудосуживающие препараты (деконгестанты): ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин, тетризолин и фенилэфрин.

Комплексная терапия острого риносинусита, особенно в первые дни заболевания, включает местные антисептики. Одним из таких препаратов является протеинат серебра, который обладает антисептическим, вяжущим и противовоспалительным эффектами, что подтверждено международными и отечественными исследованиями. Протеинат серебра препятствует размножению бактериальных агентов на слизистых оболочках при местном применении. Ионы серебра осаждают белки

и образуют защитную пленку на поврежденной слизистой оболочке, которая способствует уменьшению чувствительности нервных окончаний и сужению кровеносных сосудов (это приводит к уменьшению отека). Ионы серебра также подавляют размножение различных бактерий, активны в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (*S. aureus*, *B. cereus*, *Candida albicans*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Aspergillus niger*, *S. abony* и др.). Раствор протеината серебра хорошо переносится детьми, безопасен и на сегодняшний день может быть рекомендован к применению у детей с острым риносинуситом в составе комплексной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными целями при лечении острого риносинусита являются: сокращение длительности заболевания и скорейшее восстановление качества жизни пациента, предупреждение развития тяжелых бактериальных осложнений, восстановление функции соустьев ОНП, эрадикация возбудителя. В выборе тактики лечения на различных стадиях течения острого риносинусита необходимо придерживаться этиопатогенетического принципа.

Комплексный подход к лечению острого риносинусита ускоряет процессы выздоровления, сокращает продолжительность болезни и количество осложнений. Применение раствора протеината серебра дополнительно к стандартной терапии при остром риносинусите быстрее купирует основные симптомы заболевания и облегчает состояние пациента.

Литература

1. Blackwell D.L., Lucas J.W., Clarke T.C. Summary health statistics for U.S. adults: national health interview survey, 2012. Vital Health Stat. 2014;10(260):1–161.
2. Rosenfeld R.M., Piccirillo J.F., Chandrasekhar S.S. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;152(2):S1–S39.
3. Крюков А.И., Сединкин А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите. Российская оториноларингология. 2005;4:15–17. [Kryukov A.I., Sedinkin A.A. Diagnostic and treatment tactics for acute bacterial sinusitis. Russian otorhinolaryngology. 2005;4:15–17 (in Russ.).]
4. Лопатин А.С., Гамов В.П. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения. М.: МИА; 2011. [Lopatin A.S., Gamov V.P. Acute and chronic rhinosinusitis: etiology, pathogenesis, clinical features, diagnosis and treatment principles. М.: МИА; 2011 (in Russ.).]
5. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В. и др. Острые и хронические риносинуситы: дополнительные возможности консервативной терапии. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2018;24(4):62–68. [Karpishchenko S.A., Lavrenova G.V. et al. Acute and chronic rhinosinusitis: additional possibilities of conservative therapy. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2018;24(4):62–68 (in Russ.).]
6. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. Rhinol Suppl. 2012;(23):1–298.
7. Sande M.A., Gwaltney J.M. Acute community-acquired bacterial sinusitis: continuing challenges and current management. Clin Infect Dis. 2004;39(3):S151–S158.
8. Руководство по ринологии. Под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтерра; 2011. [Guide to rhinology. Ed. G.Z. Piskunova, S.Z. Piskunova. М.: Litterra; 2011 (in Russ.).]