

А.С. ЛОПАТИН, д.м.н., профессор, А.В. ВАРВЯНСКАЯ, к.м.н.

Кафедра болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ РИНОСИНОСИТ:

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Под риносинуситом (РС) понимают воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП), проявляющееся двумя или более симптомами, один из которых – заложенность носа либо выделения из носа, могут также отмечаться головная боль и снижение обоняния.

Ключевые слова: риносинусит, возбудители, принципы терапии, Синупрет

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Вопросы диагностики и адекватного лечения РС остаются на сегодняшний день очень актуальными, поскольку это заболевание является одним из наиболее широко распространенных во всем мире [1]. Так, различными формами РС страдает до 15% взрослого населения, у детей это заболевание встречается еще чаще. Оториноларингологи и врачи первичного звена сталкиваются с РС в своей практике ежедневно. Следует отметить, что в большинстве европейских стран и в Америке именно врачу общей практики отводится главная роль в лечении неосложненных форм заболевания. Важно отметить, что и острый, и хронический РС приводят к значительному снижению индекса качества жизни, сравнимому с данными по кардиологическим заболеваниям и обструктивной болезни легких [2–4].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Отечественные методические рекомендации [5] выделяют:

- острый РС (ОРС) (<3 мес.);
- рецидивирующий ОРС (2–4 эпизода острого синусита в год);
- хронический РС (ХРС) (>3 мес.);
- обострение ХРС (усиление имеющихся и/или появление новых симптомов).

В рекомендациях ЕР₃ОS 2012 (Европейский рекомендательный документ по лечению риносинуситов) сформулирована схожая классификация. В зависимости от длительности заболевания различают: *ОРС* (длительность болезни менее 12 нед. и полное исчезновение симптомов после выздоровления), *рецидивирующий РС* (от 1 до 4 эпизодов острого синусита в год, периоды между обострениями длятся не менее 8 нед., в это время симптомы заболевания отсутствуют, лечение не проводится) и *ХРС* (наличие симптомов в течение более чем 12 нед.) [6].

Тяжесть РС в рекомендациях ЕР₃ОS 2012 определяют на основании субъективной оценки выраженности основных симптомов заболевания (заложенности носа, выделений из

носа, лицевой боли и снижения обоняния) посредством визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Для этого пациента просят отметить интенсивность симптомов на 10-сантиметровом отрезке, где 0 соответствует отсутствию жалоб, а 10 – их максимальной выраженности. При этом отметка 0–3 балла соответствует легкому течению РС, > 3–7 – среднетяжелому, > 7–10 – тяжелому течению заболевания [6].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Острый РС обычно возникает на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Наиболее частыми возбудителями считаются риновирусы и коронавирусы, а также вирусы гриппа, парагриппа и аденовирусы. Вирусная инфекция приводит к патологическим изменениям в слизистой оболочке полости носа и ОНП, среди которых ее отек, повреждение мерцательного эпителия, блок естественных соустьев пазух, нарушение их аэрации и эвакуации секрета и т. д. Все это предрасполагает к присоединению бактериальной суперинфекции. Наибольшее значение в этиологии ОРС играют *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* [7]. При ОРС чаще всего поражаются верхнечелюстные пазухи и клетки решетчатого лабиринта, при этом процесс может быть как односторонним, так и двусторонним. Могут поражаться также лобные и клиновидные пазухи.

Этиология и патогенез *ХРС* до сих пор не до конца изучены. Предположительными этиологическими факторами считают бактериальную и грибковую инфекцию; формирование биопленок; суперантигенную стимуляцию иммунной системы; анатомические аномалии в области остиомеатального комплекса; цилиарную дисфункцию; аллергию, иммунодефициты, а также генетическую предрасположенность [1]. В настоящее время наиболее популярна *риногенная теория* патогенеза РС [2, 3], согласно которой хроническое воспаление в слизистой оболочке ОНП является следствием нарушения их аэрации [8–10].

К особым формам ХРС относятся полипозный риносинусит (ПРС), характеризующийся образованием и рецидивирующим ростом полипов, а также одонтогенный синусит. Таким образом, можно сказать, что ХРС представляет собой разнородную группу состояний. Выделяют банальные (нейтрофильные) формы ХРС, характеризующиеся Th1-поляри-

зованным характером воспалительного процесса и протекающие с повышением содержания провоспалительных медиаторов IFN- γ , IL-8 и TGF- β . При ПРС воспаление носит Th2-поляризованный характер с доминированием IL-5, IL-13 и IgE. По современным представлениям, в основе патогенеза ХРС лежит постоянное привлечение нейтрофилов и других иммунокомпетентных клеток в слизистую оболочку ОНП, и иммунный ответ реализуется благодаря синтезу провоспалительных цитокинов, от уровня продукции которых напрямую зависит активность воспалительного процесса. Воспалительный клеточный инфильтрат при банальных формах ХРС представлен, как и при остром процессе, преимущественно нейтрофилами. При ПРС количество эозинофилов достигает 50% и более, а при ХРС, не сопровождающемся образованием полипов, составляет порядка 2% [11].

КЛИНИКА

Согласно данным EP₃OS 2012, выделяют **острый вирусный риносинусит**, которым практически всегда сопровождается обычная «простуда». Продолжительность симптомов при этом менее 10 дней. Если симптомы риносинусита усиливаются после 5 дней заболевания либо сохраняются после 10 дней, то говорят об **остром поствирусном риносинусите**. Приблизительно у 2% этих пациентов развивается **острый бактериальный риносинусит**. Его возникновение можно заподозрить при ухудшении после исходно более легкой фазы заболевания при наличии гнойных выделений в полости носа (больше с одной стороны), выраженной лицевой боли (также обычно односторонней), подъеме температуры тела выше 38°, а также повышении СОЭ и С-реактивного белка в анализе крови [6].

При сборе анамнеза обращает на себя внимание острое возникновение типичных жалоб на фоне ОРВИ. При проведении передней риноскопии отмечается отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа, а также гнойное отделяемое, обычно с одной стороны. Отсутствие отделяемого в полости носа может свидетельствовать о блоке естественного соустья и нарушении дренажа пораженной пазухи. Осмотр полости рта и глотки дает возможность увидеть стекание отделяемого по задней стенке глотки, а также исключить одонтогенную природу синусита. Интересно, что EP₃OS 2012 не рекомендует рентгенологическое исследование при неосложненном РС [6]. В нашей стране принято выполнять рентгенографию ОНП в носо-подбородочной проекции при подозрении на верхнечелюстной синусит и носолобной при подозрении на фронтит. Однако следует понимать, что снижение пневматизации ОНП при ОРВИ отмечается в 90% случаев. Поэтому при назначении лечения ориентироваться следует прежде всего на клинику. Помимо субъективной оценки тяжести заболевания при помощи ВАШ, врачу также следует ориентироваться на объективные признаки и помнить, что при ОРС возможны септические осложнения. Поэтому при отеке в периорбитальной области или в области проекции ОНП, нарушении зрения, выраженной головной боли, появлении менингеальных знаков либо очаговой

неврологической симптоматики необходима срочная госпитализация пациента в ЛОР-стационар.

Хронический РС, как и любое хроническое заболевание, представляет собой чередование стадий ремиссии и обострений. При передней риноскопии и эндоскопическом исследовании полости носа при ХРС нередко выявляют анатомические аномалии в области остиомеатального комплекса, препятствующие адекватному дренированию ОНП и способствующие застою в них секрета (буллезная средняя носовая раковина, дополнительное соустье верхнечелюстной пазухи, шипы и гребни носовой перегородки и т. д.). Также может отмечаться гиперемия, полипозное изменение слизистой оболочки полости носа, гнойное отделяемое. Для полипозного РС характерна жалоба на затруднение носового дыхания, а при риноскопии отмечаются частично или полностью obturiruyushchie полость носа полипы. При одонтогенном синусите возможно наличие *оро-антрального свища* после экстракции зубов верхней челюсти [12] либо инородного тела верхнечелюстной пазухи – пломбирочного материала, попавшего туда при пломбировке каналов зубов.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Лечение ОРС легкой степени тяжести включает в себя назначение анальгетиков, деконгестантов и некоторых фитопрепаратов, а также промывание полости носа изотоническим солевым раствором. При средней степени тяжести заболевания дополнительно могут быть назначены интраназальные глюкокортикостероиды (мометазона фураат). При тяжелом течении заболевания и при остром бактериальном риносинусите следует назначить системные антибиотики, а при отсутствии положительного эффекта в течение 48 ч необходимо направить пациента к ЛОР-врачу [6].

■ В последнее время свою эффективность в лечении ОРС доказали фитопрепараты, обладающие противовоспалительным и муколитическим действием. В этом плане внимания заслуживает растительный препарат Синупрет

Ключевым методом лечения среднетяжелых и тяжелых форм острого риносинусита является системная антибиотикотерапия, базирующаяся на знании типичных возбудителей. В амбулаторной практике ЛС назначают перорально, а при стационарном лечении оправдана ступенчатая терапия: 3–4 дня парентерального введения препарата, далее – переход на пероральный прием. Препаратами выбора являются полусинтетические пенициллины (Амоксициллин либо Амоксициллин/клавулановая кислота) либо цефалоспорины 2–3-го поколения (Цефтибутен, Цефуросим). При непереносимости пенициллинов применяют современные макролиды (Кларитромицин, Азитромицин) и респираторные фторхинолоны (Моксифлоксацин, Левофлоксацин).

Для контроля симптомов хронического РС с доказанной эффективностью используют интраназальные глюкокортикоиды и ирригации полости носа изотоническим солевым раствором. При упорном течении возможно проведение длительных курсов антибактериальной терапии [6], при этом, как правило, используют 14- и 15-членные макролидные антибиотики (Кларитромицин 250 мг/сут, Эритромицин 300 мг/сут в течение 3–6 мес.). Обострения хронического РС купируют по аналогии с острым РС, т. е. по показаниям назначают короткие курсы системных антибиотиков. Следует заметить, что в европейских рекомендательных документах коротким считается курс антибиотикотерапии продолжительностью менее 4 нед. [1]. При отсутствии положительного эффекта показано хирургическое лечение, urgentное в случае возникновения осложнений.

В последнее время свою эффективность в лечении ОРС доказали фитопрепараты, обладающие противовоспалительным и муколитическим действием. В этом плане внимания заслуживает растительный лекарственный препарат Синупрет, в состав которого входят компоненты нескольких лекарственных растений: корень горечавки, трава вербены и щавеля, цветы первоцвета и бузины. Синупрет снижает вязкость секрета за счет стимуляции секреторных клеток слизистой оболочки бронхов и ОНП. Патогенетическим свойством этого препарата является способность блокировать фазу экссудации и уменьшать проницаемость сосудистой стенки. За счет этого уменьшается выраженность отека слизистой оболочки полости носа и облегчается эвакуация секрета из ОНП. Синупрет повышает активность мерцательного эпителия, улучшает рео-

логические свойства экссудата и ускоряет эвакуацию секрета из дыхательных путей, т. е. оказывает как муколитическое, так и мукокинетическое действие. Отдельные компоненты Синупрета обладают антиоксидантной и противовирусной активностью [13–15]. Кроме противовирусной, Синупрет обладает иммуномодулирующей активностью [21, 22]: увеличивая количество фагоцитов на 40% и активность фагоцитоза, а также концентрацию интерферонов α и γ [22]. Под воздействием препарата Синупрет активизируются местные и общие факторы иммунной защиты организма, снижается продолжительность острых респираторных заболеваний [22].

Кроме того, Синупрет целесообразно применять в комбинации с антибиотиками, поскольку он может потенцировать их действие [16, 17].

Клинические исследования, проведенные в России и за рубежом, подтверждают положительное влияние Синупрета на симптомы и течение ОРС у взрослых и детей. Так, в рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном в 2012 г. группой европейских ученых, было показано, что у пациентов, получавших при остром вирусном РС Синупрет, симптомы заболевания купировались на 2 дня раньше по сравнению с группой плацебо [18]. Существует также ряд исследований, изучавших использование Синупрета при ХРС [19]. В одном из них было отмечено снижение частоты рецидивов ХРС у детей [20]. Таким образом, назначение растительного лекарственного препарата Синупрет в комбинации со стандартной терапией при РС помогает быстрее купировать основные симптомы заболевания и облегчить состояние пациента.



ЛИТЕРАТУРА

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology*, 2007, 45 (20): 1-139.
2. Пискунов Е.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002.
3. Косьяков С.Я., Пискунов Е.З., Атанесян А.Г. Современная диагностика и лечение отитов и риносинуситов согласно международным стандартам: учебное пособие для врачей. М., 2007.
4. Плужников М.С., Лавренова Г.В., Катинас Е.Б. Основные принципы иммунокорректирующей терапии в оториноларингологии. *Вестник оторинолар.*, 2008, 4: 7-12.
5. Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. и др. Антибактериальная терапия синусита. *Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотер.*, 1999, 1 (1): 83-88.
6. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinology*, 2012, 50 (23): 1-224.
7. Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. и др. Антибактериальная терапия синусита. *Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотер.*, 1999, 1 (1): 83-88.
8. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа. Под ред. А.С. Лопатина. М.: Литтерра, 2011.
9. Пискунов С.З., Пискунов В.С. Клиническое значение некоторых аномалий эндоназальных анатомических образований. *Кремлевская медицина*, 2002, 3: 24-28.
10. Stammberger H. Functional endoscopic nasal and paranasal sinus surgery. The Messerklinger technique. Toronto-Philadelphia: B.C. Decker, 1991.
11. Jankowski R, Bouchoua F, Coffinet L, Vignaud J.M. Clinical factors influencing the eosinophil infiltration of nasal polyps. *Rhinology*, 2002, 40 (4): 173-178.
12. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2006, 135: 349-355.
13. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух. *РМЖ*, 2000, 8 (5 (106)): 223-227.
14. Раддиг Е.Ю. Препараты комплексного действия в лечении часто болеющих детей. *Лечащий врач*, 2003, 2: 4-9.
15. Рязанцев С.В., Захарова Г.П., Дроздова И.В. Применение секретолитического препарата синупрет в оториноларингологии. *Вестник оториноларингологии и логопатологии*, 2000, 4: 101-105.
16. März R.W., Ismail C., Popp M.A. Action profile and efficacy of a herbal combination preparation for the treatment of sinusitis. *Wien. Med. Wochenschrift*, 1999, 149: 202-208.
17. Neubauer N., März R.W. Placebo-controlled, randomized double-blind clinical trial with Sinupret® sugar coated tablets on the basis of a therapy with antibiotics and decongestant nasal drops in acute sinusitis. *Phytomedicine*, 1994, 1 (3): 177-181.
18. Jund R, Mondigler M, Steindl H et al. Clinical efficacy of a dry extract of five herbal drugs in acute viral rhinosinusitis. *Rhinology*, 2012, 50: 417-426.
19. Richstein A., Mann W. Zur Behandlung der chronischen Sinusitis mit Sinupret. *Ther d Gegenw.*, 1980, 119: 1055-1060.
20. Тарасова Г.Д. Возможности профилактики рецидивов хронического риносинусита. *Русский медицинский журнал*, 2007, 15 (1).
21. Schwenk U. 1997. Report, Plantamed Arzneimittel GmbH, Neumarkt.
22. Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей.