

К.А. НИКИТИН, д.м.н., доцент, М.А. ШАВГУЛИДЗЕ, к.м.н., Е.Б. ГЕРАСИМОВА,
кафедра оториноларингологии, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ

В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Как известно, под острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) понимают ряд клинически сходных острых инфекций, передающихся преимущественно воздушно-капельным путем и характеризующихся воспалением слизистой оболочки дыхательных путей, реже конъюнктивитом или кератоконъюнктивитом, а также умеренной интоксикацией [1, 6, 12]. В настоящее время известно более 200 штаммов вирусов возбудителей ОРВИ и гриппа, которые относятся к различным группам (парагрипп, аденовирусы, риновирусы, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) и др. [1, 10, 11]. По статистическим данным, ОРВИ считается наиболее распространенным инфекционным заболеванием. Следует отметить, что в нашей стране гриппом и ОРВИ болеют больше, чем всеми остальными инфекциями вместе взятыми. Ущерб же экономике РФ от эпидемий гриппа и ОРВИ начиная с 2005 г. составляет более 100 млрд руб. в год [12].

Ключевые слова: острая респираторная вирусная инфекция, лабораторная диагностика, противовирусные препараты, экссудат

Взрослые в среднем болеют 2—4 раза, а дети — 3—8 раз в год. Вызывающие ОРВИ вирусы поражают клетки мерцательного эпителия, покрывающие верхние дыхательные пути. При этом отмечается определенная тропность различных респираторных вирусов к зонам поражения: риновирусы — слизистая оболочка полости носа, вирусы парагриппа — слизистая гортани, аденовирусы — слизистая носоглотки и ротоглотки [10]. Это обстоятельство отражается на разнообразии клинической картины ОРВИ и определяет значительную частоту ошибок при диагностике ОРВИ, составляющей 50%. Следует отметить, что клинический диагноз ОРВИ правомочен лишь в том случае, когда при обследовании больного врач обнаруживает признаки поражения дыхательных путей в виде острого ринита, фарингита, тонзиллита, ларингита, бронхита. У больных с лихорадкой и отсутствием признаков поражения дыхательной системы необходим поиск иных причин повышения температуры. Группами риска по тяжести течения заболевания и развитию осложнений являются больные с

хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, а также дети в возрасте до 5 лет и беременные женщины.

Современные методы лабораторной диагностики ОРВИ представлены: экспресс-диагностикой (РИФ, иммунофлюоресценция), серологической диагностикой (РНГА, РТГА), вирусологической диагностикой [5, 9, 15, 16, 17].

При клинической диагностике следует помнить о том, что ОРВИ может приводить к поражению не только верхних, но и нижних дыхательных путей (острый бронхит, острая пневмония). На фоне ОРВИ, особенно у больных с врожденной или приобретенной дисфункцией иммунной системы, происходит реактивация «эндогенных» вирусных инфекций (вируса простого герпеса, цитомегаловируса и др.) [5, 9, 11, 18].

На фоне ОРВИ активируется условно патогенная бактериальная флора верхних дыхательных путей, что может вызывать осложнения (синусит, отит, пневмония и др.) у этой категории больных. Вирусное поражение дыхательных путей практически неизбежно приводит к обострению хронических легочных заболеваний (бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая обструктивная

болезнь легких) и является основной причиной госпитализации больных с этими нозологиями.

Риновирусная инфекция и парагрипп обычно протекают с нормальной или субфебрильной температурой (ниже 37,5 °С). Их разграничение проводится с учетом характера поражения дыхательных путей. Наиболее ярким клиническим проявлением

■ По статистическим данным, ОРВИ считается наиболее распространенным инфекционным заболеванием. Следует отметить, что в нашей стране гриппом и ОРВИ болеют больше, чем всеми остальными инфекциями вместе взятыми. Ущерб же экономике РФ от эпидемий гриппа и ОРВИ начиная с 2005 г. составляет более 100 млрд руб. в год.

риновирусной инфекции является ринит, сопровождающийся обильными серозными выделениями из носа. Общее состояние больных практически не страдает. При парагриппе поражается преимущественно слизистая гортани (осиплость голоса, афония), общее состояние больного также не страдает. Высокой лихорадкой сопровождается грипп, аденовирусная инфекция и РС-инфекция. Аденовирусная инфекция характеризуется преимущественным поражением тех отделов дыхательных путей, которые богаты лимфоидной тканью, — носоглотка, ротоглотка, миндалины. Она протекает с лихорадкой, и имеет место несоответствие между высокой температурой и умеренно выраженными симптомами общей интоксикации. При этом выделения из носа обильны и носят серозный характер, как и в случае риновирусной инфекции. Если в процесс вовлекается конъюнктив, поражение глаз носит последовательный характер: когда стихает воспаление с одной стороны, появляется поражение конъюнктивы с другой.

Профилактика ОРВИ и гриппа включает вакцинацию, соблюдение санитарно-гигиенических правил, прием противовирусных препаратов. При развитии ОРВИ назначается курс противовирусной терапии (Ремантадин, Тамифлю, Реленза,

Ингавирин), индукторы интерферона (Гриппферон, Арбидол, Циклоферон) и симптоматическая терапия (антипиретики, деконгестанты, муколитики, препараты для лечения боли в горле) [1, 11, 12, 19].

Перенесенная ОРВИ в большом проценте случаев реализуется в развитие осложнений со стороны лор-органов, таких как острые и обострение хронических гнойных риносинуситов, острые средние отиты и обострение хронических средних отитов [2, 3, 4].

Клинические данные свидетельствуют о том, что при респираторных воспалительных заболеваниях обычно обнаруживаются сочетанные инфекции. Вирусологические исследования позволили обнаружить вирусы в полости носа и околоносовых пазух у 50% больных острыми гнойными синуситами. В целом внутриклеточные возбудители инфекции искажают кинетику воспалительного и иммунного ответа [2]. Вирус гриппа, РСВ, вирус парагриппа вызывают развитие иммунопатий [2, 12]. Под действием вирусов происходит повреждение клеток мерцательного эпителия и отек слизистой с последующей обструкцией выводного отверстия синуса. Безусловная роль в первичном повреждении слизистой оболочки околоносовых пазух отводится респираторным вирусам, которые, нарушая дренажную функцию мукоцилиарного транспорта и угнетая иммунную систему, способствуют присоединению бактериальной инфекции.

Бактериологические исследования показывают, что ведущую роль в развитии острых риносинуситов играют *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Гораздо реже встречаются *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, анаэробы и др. [2]. Семейным врачам следует всегда помнить, что в воспалительный процесс может быть вовлечена любая из околоносовых пазух, при этом чаще всего у взрослых и детей старше 7 лет поражается верхнечелюстная пазуха. Воспалительный процесс может возникнуть одновременно в двух и более пазухах либо с одной, либо с обеих сторон (гемисинусит, пансинусит). Острое воспаление околоносовых пазух развивается, как правило, на фоне острого респираторного заболевания.

Клиническая картина риносинуситов зависит от остроты и локализации процесса, и ей всегда сопутствуют все признаки воспаления. Проявлениями общей воспалительной реакции могут быть головная боль, общее недомогание, слабость. Пациенты жалуются на затруднение носового дыхания, патологические выделения из носа. При риноскопии выявляется гиперемия и отечность слизистой оболочки носа на пораженной стороне. В среднем носовом ходе обычно определяется гнойный секрет. При поражении клиновидной пазухи гнойное отделяемое может стекать по задней стенке глотки. Следует помнить, что отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает острого риносинусита. В диагностике острого синусита большое значение имеют рентгенографические методы исследования. В последнее время для исключения одонтогенной патологии появилась возможность компьютерной 3D-томографии придаточных пазух носа на специальных томографах «Sirona» и «Morita». Для диагностики острых синуситов у беременных женщин используется метод ультразвукового сканирования придаточных пазух.

Ведущую роль в лечении острого синусита имеет системная антибактериальная терапия. Исходя из современных представлений об этиологии острых синуситов, учитывая ведущую роль пневмококковой инфекции, наиболее целесообразным следует считать назначение антибиотиков из группы пенициллинов: Аугментин, Флемоксин Солютаб. При непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда можно назначать макролиды (Вильпрафен солютаб, Зитролид, Кларитид), цефалоспорины, фторхинолоны. Помимо антибактериальных средств, в комплексе системной терапии синусита обязательно назначаются препараты, обладающие муколитическим действием, стимулирующие мукоцилиарный транспорт (Синупрет, Геломиртол, Флюдитек), а также противовоспалительные средства. В комплексе лечебных мероприятий важное значение имеет применение деконгестантов, позволяющих уменьшить отечность слизистой оболочки, улучшить дренирование околоносовых пазух (Галазолин, Назол, Отривин). Среди антибактериальных препаратов местного действия

наибольшее распространение получили Изофра и Полидекса. Традиционно используются лечебные мази Флеминга, Симановского. Для эвакуации патологического секрета из околоносовых пазух используется пункционный метод. Во многих странах Западной Европы в последнее время преобладает тенденция консервативной тактики ведения больных с острыми риносинуситами, когда назначается пролонгированный курс (до 14 дней) антибактериальной терапии, при этом пункции выполняются крайне редко. Существуют и беспункционные методы лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух: метод «перемещения» по Проетцу, использование катетера «ЯМИК».

Представленный ниже алгоритм лечения больных с различными формами риносинуситов отображает современную тактику ведения данной категории больных (рис. 1).

■ Лечебная тактика при риногенных синуситах зависит от характера (острый или хронический) и распространенности инфекционно-воспалительного процесса.

Консервативное лечение включает системную антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, а также местное лечение. Хирургическое лечение представлено функциональной эндоскопической ринохирургией.

Таким образом, лечебная тактика при риногенных синуситах зависит от характера (острый или хронический) и распространенности инфекционно-воспалительного процесса. Консервативное лечение включает системную антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, а также местное лечение. Хирургическое лечение представлено функциональной эндоскопической ринохирургией.

Острое воспаление среднего уха развивается вследствие поражения слизистой оболочки барабанной полости как бактериальной флорой, так и вирусами гриппа. Микробиологические исследова-

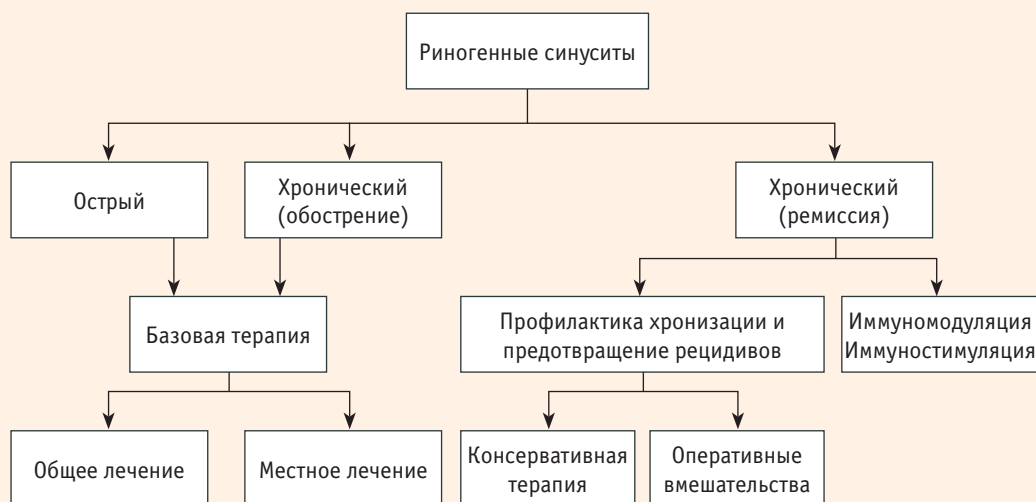
ния экссудата из барабанной полости показывают, что наиболее часто острый средний отит вызывается различными видами пневмококков, стрептококков, стафилококков и гемофильной палочкой, реже обнаруживаются анаэробы и грамотрицательные микробы. Следует отметить, что развитию острого среднего отита в большинстве случаев предшествует острая респираторная инфекция, при которой нарушаются защитная и транспортная функции мерцательного эпителия слуховой трубы, что способствует проникновению патогенной флоры из носоглотки в барабанную полость [2, 3]. Поэтому в этиологии острого среднего отита определенное значение играет патогенная комбинация респираторного вируса и бактериального агента.

При гриппозных (буллезных) отитах развивается специфическая геморрагическая форма воспаления, при которой наблюдается резкое расширение кровеносных сосудов среднего и наружного уха, с последующим образованием экстравазатов из-за разрыва сосудистых стенок. Экстравазаты заполнены геморрагическим экссудатом и могут локализоваться как в наружном, так и в среднем ухе.

Лечение острого среднего отита имеет особенности в зависимости от стадии заболевания. Применяется как общее, так и местное лечение.

Общее лечение связано с назначением антибиотиков. Наиболее часто используются антибиотики пенициллинового ряда: амоксициллин с клавулановой кислотой (Аугментин, Флемоклав), Флемоксин Солютаб, Оспен; макролиды: Зитролид, Клаксид, Вильпрафен солютаб. При тяжелом течении острого среднего отита целесообразно назначать антибиотики цефалоспоринового ряда: Цефазолин, Цефалексин, Цефаземин, Клафоран, Зинацеф, Цефтриаксон. При остром среднем отите не рекомендуется назначение антибиотиков аминогликозидового ряда, т. к. при этом увеличивается опасность их ототоксического действия. Существует мнение, что на доперфоративной стадии врач не имеет данных о виде патогенной флоры и ее чувствительности к антибиотикам, кроме того, в 30–40% случаев экссудат оказывается стерильным, поэтому назначение антибиотиков не является обязательным. Однако клинические данные и цитологические исследования доказывают, что антибактериальная терапия сокращает сроки лечения, что благоприятно сказывается на состоянии слизистой оболочки барабанной полости и не приводит к размножению фибробластов. К общему лечению относится также использование антигистаминных и болеутоляющих препаратов.

Рисунок 1. Алгоритм лечения больных с различными формами риносинуситов



На доперфоративной стадии в качестве местного лечения активно применяются тепловые процедуры в виде согревающих полуспиртовых компрессов, грелок, лампы соллюкс. Для улучшения дренажной функции слуховой трубы назначаются сосудосуживающие капли в нос: Нафтизин, Галазолин, Називин, Тизин и сосудосуживающие мази: Симановского, Флеминга. В наружный слуховой проход на доперфоративной стадии рекомендуется закапывание ушных капель: карбологлицериновые капли (5%-ный раствор карболовой кислоты в глицерине), Отипакс, Отинум, Софрадекс, Гаразон. Все вышеперечисленные препараты обладают противовоспалительным, местно-анестезирующим и антисептическим действием. Однако их нельзя использовать на перфоративной стадии по разным причинам: Отипакс содержит 95%-ный этиловый спирт, Софрадекс — антибиотик аминогликозидового ряда (неомицин), карболовая кислота оказывает прижигающее действие на эпителий барабанной полости. Назначение УВЧ на доперфоративной стадии при отсутствии оттока гнойного экссудата может привести к развитию осложнений из-за ослабления естественных тканевых барьеров на пути распространения инфекции из среднего уха во внутреннее ухо и полость черепа. Если перфоративная стадия не наступает своевременно, а у пациента сохраняется сильная боль в ухе, высокая температура, имеется выпячивание барабанной перепонки, то на 4–5-й день болезни необходимо выполнить парацентез барабанной перепонки. У детей данное вмешатель-

ство следует проводить под рауш-наркозом, у взрослых — под местной анестезией. На перфоративной стадии важным элементом лечения является обеспечение оттока гнойного экссудата из полостей среднего уха и профилактика возможного воспаления кожи наружного слухового прохода. Местное лечение на этом этапе сводится к введению стерильных марлевых турунд в наружный слуховой проход, пропитанных антисептиками (диоксидин, риванол, раствор сульфацил-натрия), водными растворами антибиотиков, а также использованию ушных капель: Отофа, Ципромед. Сначала турунды меняют 6–8 раз в сутки, по мере уменьшения оторреи — до 2–3 раз. На перфоративной стадии хороший эффект оказывает УВЧ-терапия. После прекращения оторреи перфорация барабанной перепонки заживает с образованием рубца. Если после закрытия перфорации сохраняется кондуктивная тугоухость, то проводится курс лечения, направленный на недопущение развития адгезивного процесса в среднем ухе: продувание и катетеризация слуховой трубы, пневмомассаж барабанной перепонки, эндуральный электрофорез лидазы.

Таким образом, врачу общей практики необходимо представлять при ведении больных с острыми риносинуситами и острыми средними отитами пределы своей компетенции, помнить о возможных осложнениях и своевременно при наличии показаний направлять больных на госпитализацию в профильные оториноларингологические учреждения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева И.В., Стецюк О.У. Инфекции дыхательных путей: новый взгляд на старые проблемы // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. 2009. 11(2). 143–151.
2. Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Нейрооториноларингология. СПб.: Гиппократ. – 2002. – 727 с.
3. Бобошко М.Ю., Лопотко А.И. Слуховая труба. СПб.: Спецлит, 2003. – 360 с.
4. Бартон М. Болезни уха, горла и носа: краткое руководство для врачей и студентов. Пер. с англ. / М. Бартон. – М.: «Издательство Бином», СПб.: «Невский Диалект», 2002. – 288 с.
5. Баринский И.Ф. Герпес: Этиология, диагностика и лечение / И.Ф. Баринский, А.К. Шубладзе, А.А. Каспаров, В.Н. Гребенюк. – М.: Медицина, 1986. – 268 с.
6. Бурцева Е.И., Шевченко Е.С., Ленева И.А. и др. Чувствительность к римантадину и арбидолу вирусов гриппа, вызвавших эпидемические подъемы заболеваемости в России в сезоне 2004–2005 гг. // Вопр. вирусол. 2007. 2: 24–29.
7. Гранитов В.М. Герпесвирусная инфекция / В.М. Гранитов. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. – 88 с.
8. Зайцев А.А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций // Лечащий врач. 2008. 8: 42–45.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.