
ДИСКУСІЇ

© Завалий М. А.

УДК 616. 211. /216:614. 254. 3

Завалий М. А.

ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»

(г. Симферополь)

Острые респираторные инфекции являются самыми частыми болезнями в структуре общей заболеваемости населения. У часто болеющих (более 8 раз в год), в том числе страдающих различной инфекционной или соматической хронической патологией, с отягощенным анамнезом жизни, существует высокий риск развития бактериальных осложнений на фоне ОРВИ.

А. С. Лопатин (2002) отмечает, что у пациентов с ОРВИ обнаруживаются признаки риносинусита. Исследования, проведенные в последние годы, с использованием компьютерной и магниторезонансной томографии показали, что почти у 90% больных респираторными вирусными инфекциями в околоносовых пазухах выявляются изменения в виде отека, катарального воспаления слизистой оболочки и застоя секрета.

Вирусные инфекции, способствуют снижению активности макрофагов и Т-лимфоцитов, они индуцируют супрессорные механизмы и как следствие, развитие клеточного иммунодефицита. Так вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус вызывают развитие иммунопатий, которые проявляются дисбалансом популяций лимфоцитов, пролиферацией В-лимфоцитов, гиперпродукцией IgE. Установлено иммуносупрессивное влияние вирусной инфекции, а именно вирусов гриппа и герпеса. Оно выражается в блокировании способности клеток к пролиферации в ответ на воздействие антигена, обусловленном сниженной продукцией IL-2. Дальнейшие исследования показали, что в основе данного явления лежит блокирование вирусами синтеза IL-1 в инфицированных клетках стромы тимуса (М. С. Плужников, 2005). Так, цитомегаловирус способствует развитию дефекта синтеза IL-1 клетками тимуса. Начиная с 5 – 7-го дня, пораженные клетки снижают способность к продукции цитокина, а на 14-е сутки – совсем перестают синтезировать IL-1. Согласно результатам исследования Д. Н. Маянского, (1991), имеется парадоксальный эффект, свидетельствующий о снижении резистентности к бактериальной инфекции на фоне активации Т – клеточных механизмов, направленных на элиминацию вирусов. Неполноценность выведения патогена из

организма выступает одним из обязательных компонентов, необходимых для реактивации возбудителя и, возможно, лежит в основе развития острого бактериального риносинусита, его затяжного течения и хронизации гнойного процесса.

Следует отметить, что у 2-13% больных после перенесенного ОРВИ развивается бактериальный риносинусит. В период эпидемии гриппа частота риносинуситов среди заболевших достигает 50-55%. По данным статистики за последние 10 лет удельный вес риносинуситов среди стационарной оториноларингологической патологии составляет 28-35%, что подтверждает актуальность проблемы ранней диагностики и своевременного лечения данной категории больных.

Как известно острое воспаление в полости носа на фоне вирусной инвазии сопровождается затруднением носового дыхания и выделениями из носа, что связано с отеком слизистой оболочки и нарушением реологических свойств секрета мукоцилиарной транспортной системы (МЦТС). Устранение именно этих факторов может способствовать нормализации функции МЦТС и соответственно купированию воспалительного процесса.

С этой целью необходимо назначение препаратов обладающих наряду с противовоспалительным эффектом, выраженным мукоактивным действием. К таким препаратам относится растительный препарат BNO 101, в его состав входят следующие активные ингредиенты: корень генцианы (*Gentiana radix*), цветки первоцвета с чашечкой (*Primulae flos cum calycibus*), щавель (*Rumicis herba*), цветки бузины (*Sambuci flos*), вербена (*Verbenae herba*). Прогнозируемое действие препарата определяется высоким качеством сырья, точной детерминацией действующих компонентов, стандартизованным контролируемым производственным процессом (N. Neubauer, 1994).

Препарат BNO 101 широко и успешно применяется в оториноларингологии, клиническая высокая эффективность препарата подтверждена нашим клиническим опытом (М. А. Завалий, 2005, 2010), а также многочисленными наблюдениями и исследованиями ряда авторов (Т. И. Гаращенко, 2002;

И. С. Зарицкая, 2003; С. М. Пухлик, 2003, В. В. Березнюк, 2004 и др.). Он обладает: 1) секретолитическим действием, т. к. все растительные компоненты препарата достоверно увеличивают количество бронхиального секрета, 2) противовирусным - к вирусам гриппа А, парагриппа тип 1 и к респираторно-синтициальному вирусу, 3) антимикробным – он оказывает бактериостатическое действие на стафилококк, стрептококк и в меньшей степени на гемофильную палочку, 4) иммуномодулирующим, т. к. экстракты, входящие в состав препарата BNO 101 стимулируют фагоцитоз повышают концентрацию интерлейкина 1В, ингибируют циклооксигеназу, снижают образование медиатора воспаления- простагландина E2, увеличивают продукцию α и особенно γ интерферона, уровень секреторного и сывороточного IgA, лизоцима в слюне, стимулирует высвобождение IL-1 и IL-6, увеличивают количество Т-хелперов, 5) противовоспалительным действием, которое обусловлено ингибированием циклооксигеназы и, следовательно, снижением образования медиатора воспаления – простагландина E2, что способствует уменьшению проницаемости сосудистой стенки уменьшению отека слизистой оболочки носа и способствует улучшению эвакуации секрета. В силу спектра действия препарата BNO 101 целесообразно назначать с первого дня заболевания в возрастных дозировках на 10 дней.

В современных условиях больные с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, в том числе дети и подростки попадают исключительно в поле зрения семейных врачей. Но краткий цикл обучения оториноларингологии в период подготовки семейных врачей не дает им возможности глубоко изучить основы ринологии. Поэтому своевременное направление больных на консультацию к отоларингологу является крайне важным звеном в лечебно-диагностическом алгоритме семейного доктора. Это единственный способ для больного получить полный комплекс специализированной врачебной помощи, включающий не только консервативное медикаментозное лечение, но и дренирование околоносовых пазух, а при необходимости хирургическое вмешательство на околоносовых пазухах и полости носа в условиях оториноларингологического стационара.

Таким образом, если в течение пяти дней лечения ОРВИ у семейного врача улучшение не наступает, то следует пациента направлять на консультацию к врачу-отоларингологу для дообследования и оказания специализированной помощи в случае развития острого бактериального риносинусита.

В настоящее время под острым риносинуситом понимают внезапное появление двух и более симптомов из ниже перечисленных: затруднение носового дыхания, наличие передней и/или задней ринореи, лицевая боль, чувство давления в проекции передних околоносовых пазух, снижение или потеря обоняния.

Следует отметить, что локализация лицевой боли имеет некоторые закономерности, так при

гайморите она локализуется в области верхнечелюстной пазухи, иррадиация ее обычно наблюдается в зубы, глаз, лоб, висок, скуловую область. При хроническом гайморите боль может отсутствовать. При фронтите боль локализуется исключительно в области лба. При этмоидите локализация боли встречается в области корня носа, внутреннего угла орбиты. При сфеноидите – в области затылка, орбит, темени, височной кости. Клинические наблюдения указывают на определенные закономерности временного характера боли: при фронтите – в первой половине дня, при гайморите – во второй. Боли усиливаются при наклоне головы.

Тщательно собранная информация о характере и локализации головной боли может быть полезна и в тех случаях, когда семейные врачи направляют пациентов на рентгенографию околоносовых пазух и затем сами оценивают результаты исследования. Нужно помнить о том, что если нет снижения прозрачности в области верхнечелюстных пазух, то это еще не означает отсутствие у больного риносинусита, т. к. воспалительный процесс может затрагивать другие околоносовые пазухи. Чтобы избежать ошибки на этом этапе диагностики, рентгенограммы нужно выполнять в необходимых для каждой конкретной клинической ситуации проекциях, при необходимости следует прибегать к КТ-исследованию околоносовых пазух, их должен описывать врач-лучевой диагностики, а пациента – осматривать врач-отоларинголог.

Установив наличие риносинусита у больного, необходимо определить форму и стадию заболевания. Так как, при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух, как и при всяком другом воспалительном процессе, имеется ряд характерных стадий, различающихся по клиническим характеристикам и отражающих этапы развития воспалительной реакции.

Существуют различные классификации риносинуситов, каждая из них имеет как преимущества, так и недостатки. Например, классификация Керна, (1984) основана на критерии времени течения воспалительного процесса в связи с морфологическими изменениями. В то время как основой классификации Lund, (1995) являются не временные критерии, а патофизиологические:

- острый синусит (длительность болезни до 3 недель). Согласно этой классификации после лечения наступает полное исчезновение симптомов после выздоровления, изменений в слизистой оболочке околоносовых пазух не остается;

- рецидивирующий синусит (от 1 до 4 эпизодов острого синусита в год, длится от 3-х недель до 3-х месяцев. Морфологические изменения слизистой оболочки в этот период обратимые. В период между рецидивами симптомы заболевания отсутствуют, лечение проводить в этот период не принято. После консервативного лечения не остается стойких изменений в слизистой оболочке околоносовых пазух;

- хронический синусит (наличие симптомов в течение более чем 12 недель). Такое течение



Рис. 1. Передняя риноскопия у больного острым гнойным правосторонним риносинуситом. Гнойное отделяемое в среднем носовом ходе.

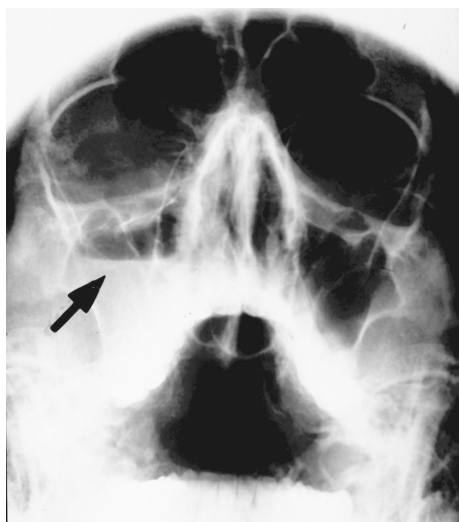


Рис. 2. Рентгенография околоносовых пазух в носоподбородочной проекции. В правой верхнечелюстной пазухе гомогенное затемнение, в ней определяется уровень жидкости.



Рис. 3. КТ околоносовых пазух в коронарной проекции. В правой верхнечелюстной пазухе гомогенное затемнение, отмечается асимметрия пневматизации верхнечелюстных пазух, искривление перегородки носа, гипертрофия нижней носовой раковины слева.

воспаления не удастся ликвидировать только консервативным лечением. Цель хирургического лечения – устранение необратимых изменений слизистой оболочки и восстановление дренажной функции естественного выводного соустья.

В отличие от приведенных выше классификаций, классификация риносинуситов предложенная Пискуновым С. З. и Пискуновым Г. З. (1997) учитывает временные критерии заболевания, локализацию процесса, морфологические изменения, этиологический фактор.

Так согласно этой классификации по распространенности процесса различают: гайморит, этмоидит, фронтит, сфеноидит, гемисинусит, пансинусит, гайморозтмоидит, фронтоэтмоидит, гайморозфронтоэтмоидит.

По характеру течения и форме поражения:

- острый: катаральный, гнойный, некротический;
- хронический: катаральный, гнойный, пристеночно-гиперпластический, фиброзный, кистозный, смешанная форма;
- вазомоторный: аллергический, неаллергический.

По причине возникновения: риногенный, одонтогенный, травматический.

По характеру возбудителя: вирусный, бактериальный аэробный, бактериальный анаэробный, грибковый, смешанный.

Но для ведения медицинской документации и оформления листов нетрудоспособности необходимо пользоваться классификатором болезней (МКБ 10), согласно которого, например, различают следующие острые синуситы:

- J01. 0 Острый верхнечелюстной синусит,
- J01. 1 Острый фронтальный синусит,
- J01. 2 Острый этмоидальный синусит,
- J01. 3 Острый сфеноидальный синусит,
- J01. 4 Острый пансинусит,
- J01. 8 Другой острый синусит,
- J01. 9 Острый синусит неуточненный,

J00-J06 Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей.

Обобщая сведения о диагностическом поиске у больных с подозрением на острый риносинусит, следует указать следующие позиции: 1) характерные жалобы, 2) данные истории заболевания, 3) пальпация и перкуссия в проекции околоносовых пазух, 4) риноскопия (передняя и задняя), при которой можно выявить гиперемия, отек слизистой оболочки полости носа, наличие слизисто-гнойного или гнойного отделяемого (**рис. 1**), 5) методы лучевой диагностики: рентгенография, КТ, МРТ околоносовых пазух (**рис. 2, 3**), 6) УЗИ-диагностика околоносовых пазух, 7) эндоскопическая синусоскопия, 8) лечебно-диагностические пункции околоносовых пазух. Последние два пункта диагностического алгоритма могут выполняться только в условиях оториноларингологического стационара или ЛОР-кабинета.

Современная концепция лечения риносинуситов относит его к уровню специализированной медицинской помощи, которая должна проводиться в оториноларингологическом кабинете поликлиники или отоларингологическом стационаре. Лечение предусматривает воздействие на этиологический фактор, на максимальное число звеньев патогенеза и на ликвидацию субъактивных проявлений болезни.

Таким образом, лечение острых риносинуситов должно быть комплексным с учетом патогенетических изменений и соответствовать стандартам, согласно приказа МЗ Украины № 181 от 24.03.2009 года «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «отоларингологія». При этом, лекарственные средства для лечения следует подбирать

дифференцированно в зависимости от стадии и формы воспалительного процесса.

Комплекс медикаментозной терапии острых бактериальных риносинуситов должен включать: 1) антибактериальную терапию, 2) гипосенсибилизирующую, 3) мукоактивные препараты (например, препарат BNO 101), по показаниям применяются 4) противовоспалительные препараты, 5) деконгестанты, 6) дренирование околоносовых пазух, 7) физиолечение, 8) санаторно-курортная реабилитация.

Врачам общей практике непременно нужно помнить о возможном осложненном течении острого риносинусита. Среди риногенных осложнений встречаются орбитальные (внутриглазничные) и внутричерепные. Так частота орбитальных осложнений у детей составляют от 0,5% до 14,7%, у взрослых от 0,5% до 8,5%; внутричерепные осложнения наблюдаются у 1,6% от числа больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух.

Предпосылками для возникновения риногенных осложнений являются анатомическая близость и сосудисто-нервные связи указанных областей. Пути проникновения инфекции: контактный, гематогенный, лимфогенный, травматический.

К орбитальным риногенным осложнениям относятся: реактивный отек клетчатки глазницы и век, диффузное негнойное воспаление клетчатки глазницы и век, абсцесс век, периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс, флегмона глазницы, тромбоз вен орбиты. К внутричерепным риногенным осложнениям относятся: экстра- и субдуральный абсцесс, абсцесс головного мозга, тромбоз кавернозного и верхнего сагитального синуса, риногенный менингит, риногенный сепсис.

Осложненное течение риносинуситов относится к неотложным состояниям в оториноларингологии и требуют оказания срочной специализированной помощи в условия оториноларингологического

стационара. Поздняя диагностика не своевременное оказание хирургического пособия больным приводит к высокому риску инвалидизации и возможному летальному исходу.

Таким образом, знание врачами общей практики возможных прогностически неблагоприятных исходов заболевания должно нацеливать их на своевременное направление к отоларингологу больных с подозрением на риносинусит.

Выводы.

1. Острые риносинуситы являются широко распространенным заболеванием, развиваются часто на фоне ОРВИ. В патогенезе риносинусита большую роль играют: наличие патогенного микробного фактора, а также функциональных и морфологических нарушения в мукоцилиарной транспортной системе.

2. В течение острого риносинусита ведущими являются затруднение носового дыхания, болевой синдром, нарушение общего состояния, выделения из носа.

3. Достижение успешного излечения больных острыми риносинуситами зависит во многом от своевременности и адекватности лечения в условиях оториноларингологического кабинета или стационара.

5. При консервативном лечении острых риносинуситов целесообразно наряду с противомикробными препаратами в комплекс лечения включать мукоактивные лекарственные средства (например препарат BNO 101), нормализующие поверхностную активность мукоцилиарной транспортной системы. Так как МЦТС является первым барьером против проникновения инфекционных и пылевых частиц в нижние дыхательные пути и играет ведущую роль в защитной функции полости носа и околоносовых пазух. При нарушении ее работы снижается резистентность к инфекции, возникает застой слизи, создаются благоприятные условия для развития патологического процесса.

Литература

1. Березнюк В. В. Применение препарата «Синупрет» у больных острым синуситом / В. В. Березнюк, А. А. Чернокур // Ринология. – 2004. - №3. – С. 59-62.
2. Гаращенко Т. И. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний верхних дыхательных путей / Т. И. Гаращенко, М. Р. Богомильский // Ринология. – 2002. – №2. – С. 28-39.
3. Завалий М. А. Анализ клинических симптомов и физико-химических показателей функции мукоцилиарной транспортной системы у больных острым гнойным синуситом / М. А. Завалий, С. Б. Безшапочный // Ринология. – 2010. – №4. – С. 3-14.
4. Завалий М. А. Применение метода тонкослойной хроматографии для оценки эффективности консервативного лечения больных синуситами / М. А. Завалий // Ринология. – 2005. – №4. – С. 12-18.
5. Зарицкая И. С. Изучение мукоцилиарного клиренса слизистой оболочки носа и объективизация проходимости носовых ходов в лечении больных острыми синуситами с использованием «Синупрета» / И. С. Зарицкая, Т. В. Смагина // Ринология. – 2003. – №2. – С. 33-37.
6. Консервативные и хирургические методы в ринологии / [Лавренова Г. В., Пискунов Г. З., Пискунов С. З. и др.]; под ред. М. С. Плужникова. – СПб. : Диалог, 2005. – 440 с.
7. Лопатин А. С. Острый риносинусит: всегда ли необходимо назначение антибиотиков? / А. С. Лопатин // Медицинская кафедра. – 2002. – №4. – С. 50-53
8. Маянский Д. Н. Хроническое воспаление / Д. Н. Маянский. – М. : Медицина, 1991. – 272 с.
9. Пухлик С. М. Аспекты применения препарата «Синупрет» в оториноларингологии / С. М. Пухлик // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №5с. – С. 178-179.

10. Neubauer N. 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 / N. Neubauer, R. Marz // Phytomedicine. – 1994. - № 1(3). – P. 177-181.

УДК 616. 211. /216:614. 254. 3

МОЖЛИВОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТА

Завалій М. А.

Резюме. Гострі риносинусити – одне з найпоширеніших захворювань в оториноларингологічній практиці. Таки хворі спочатку звертаються до лікарів загальної практики, тому що зазвичай передують ГРВІ. Результат захворювання багато в чому залежить від якості діагностики часу початку спеціалізованої допомоги. Враховуючи, що синусит може супроводжуватися розвитком орбітальних або внутрішньочерепних ускладнень, доктора загальної практики, в першу чергу сімейні лікарі, повинні мати достатні знання та навички для своєчасного розпізнавання хвороби. У статті наведені відомості про діагностичний пошук та обсяг лікувальних заходів у хворих з підозрою на гострий риносинусит. У статті зроблено акцент на необхідність знати лікарям загальної практики можливі варіанти перебігу захворювання, що повинно націлювати їх на своєчасне направлення до отоларинголога хворих з підозрою на риносинусит.

Ключові слова: гострий риносинусит, діагностика, лікування, ускладнення, практика сімейного лікаря

УДК 616. 211. /216:614. 254. 3

ВОЗМОЖНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА

Завалий М. А.

Резюме. Острые риносинуситы – одно из самых распространенных заболеваний в оториноларингологической практике. Таки больные изначально обращаются к врачам общей практике, т. к. обычно предшествует ОРВИ. Исход заболевания во многом зависит от качества диагностики времени начала специализированной помощи. Учитывая, что течение синусита может сопровождаться развитием орбитальных или внутричерепных осложнений, доктора общей практики, в первую очередь семейные врачи, должны иметь достаточные знания и навыки для своевременного распознавания болезни. В статье приведены сведения о диагностическом поиске и объеме лечебных мероприятий у больных с подозрением на острый риносинусит.

В статье сделан акцент на необходимость знать врачам общей практики возможные варианты течения заболевания, что должно нацеливать их на своевременное направление к отоларингологу больных с подозрением на риносинусит.

Ключевые слова: острый риносинусит, диагностика, лечение, осложнения, практика семейного врача.

UDC 616. 211. /216:614. 254. 3

Ability of General Practitioners in the Treatment of Acute Rhinosinusitis

Zavaliy M. A.

Abstract. Acute rhinosinusitis is one of the most prevalent diseases in otorhinolaryngological practice. Such patients initially refer to general practitioners, as it usually is preceded by acute respiratory viral infection (ARVI). According to statistics, bacterial rhinosinusitis develops in 2-13% of patients after ARVI. During the influenza epidemic, the incidence of rhinosinusitis cases among the ones who got sick reaches 50-55%.

Disease outcome in many ways depends on the quality of diagnostics and the time after provision of specialized care. It should be taken into consideration that mucosal edema, rheological properties disorders of mucociliary transport system secretion take place in acute rhinosinusitis. Elimination of namely these factors can contribute to normalization of mucosal function of the upper respiratory tract and therefore can manage the inflammatory process.

The article presents information on the diagnostic search and the volume of therapeutic procedures in patients with suspected acute rhinosinusitis.

In patients with suspected acute rhinosinusitis it is important to collect the following data: typical complaints, disease history. Palpation and percussion in the projection of paranasal sinuses, rhinoscopy (anterior and posterior) which can detect hyperemia, swelling of nasal mucosa, the presence of mucopurulent or purulent discharge must be conducted. Radiological techniques should be used: X-ray, paranasal sinuses CT if indicated, ultrasound diagnostics of paranasal sinuses, endoscopic sinuscopy, medical and diagnostic punctures of paranasal sinuses. The latter two points of the diagnostic algorithm can be performed only in the settings of otorhinolaryngology in-patient department or ENT office.

Taking into consideration the fact that treatment of sinusitis may be accompanied by orbital or intracranial complications, general practitioners, especially family doctors, must have sufficient knowledge and skills for timely recognition of the disease. Thus, the rate of orbital complications in children varies from 0,5% to 14,7%, in adults – from 0,5% to 8,5%; intracranial complications are observed in 1,6% of patients with nasal cavity and paranasal sinuses diseases. Complicated course of rhinosinusitis is referred to emergency states in otorhinolaryngology and requires emergency specialized care in the settings of otorhinolaryngology in-patient department. Therefore, the

ДИСКУСІЇ

article focuses on the need for general practitioners to know the possible types of the disease course which should target them for timely referral of patients with suspected rhinosinusitis to otolaryngologist.

Acute rhinosinusitis are widely spread disease, often associated with ARVI. Pathogenic bacteria, as well as functional and morphologic dysfunctions in mucociliary transfer system (MCTS) are significant factors in pathogenesis of rhinosinusitis. Acute rhinosinusitis are mostly accompanied by the shortness of nasal breath, pain syndrome, general condition disturbance, nasal discharge. The successful recovery of patients with acute rhinosinusitis can be mainly achieved by the timeliness and proper treatment at the otorhinolaryngologic room or hospital. In conventional treatment of acute rhinosinusitis it is reasonable to include mucoactive medications (e.g., BNO 101) in combination with standard antibacterial drugs to normalize surface activity of mucociliary transfer system. MCTS is the first barrier for infectious and dust particles entry into lower respiratory tracts and is crucial for the protective function of nasal cavity and paranasal sinuses. In case of its dysfunction the infection resistance is reduced and mucus congestion occurs, creating favorable conditions for pathologic process development.

Keywords: acute rhinosinusitis, diagnostics, treatment, complications, general practitioner family practice.

Стаття надійшла 22. 07. 2014 р.