

# Эффективное и безопасное лечение риносинуситов с позиции доказательной медицины

М.Н. Селюк<sup>1</sup>, Н.Н. Козачок<sup>1</sup>, Е.И. Валигура<sup>2</sup>, О.В. Селюк<sup>2</sup>, А.Ю. Салиев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Украинская военно-медицинская академия, г. Киев

<sup>2</sup>Ирпенский военный госпиталь

В статье представлены современные стандарты диагностики и лечения риносинуситов. Детально охарактеризован острый риносинусит как нозология, наиболее часто встречаемая в практике семейного врача. Описаны методы диагностики и лечения острых риносинуситов в зависимости от степени тяжести заболевания. Внимание сфокусировано на фитотерапии риносинуситов как в монотерапии, так и в составе комплексного лечения данной нозологии в зависимости от различных клинических ситуаций. Акцент сделан на препаратах, доказавших свою эффективность и безопасность.

**Ключевые слова:** риносинусит, классификация, острый, хронический, возбудители, осложнения, алгоритм обследования, варианты лечения.

Наступившая осень приносит не только багряную листву, более прохладный ветер и короткие вечера, но и повышенные заболеваемости инфекциями дыхательных путей (ИДП), пик которых приходится на зимнее время. Именно поэтому мы вновь обращаем внимание нашего читателя на проблемы диагностики и рационального лечения наиболее распространенных заболеваний респираторной системы.

Согласно данным Министерства здравоохранения Украины за последние годы в структуре заболеваемости населения нашей страны доминируют болезни органов дыхания. И лидерами являются ИДП [1]. Почти 90% всех ИДП составляет патология верхних дыхательных путей (ВДП). Наиболее распространенная нозология в практике семейного врача – это риносинусит (РС). По данным американской статистики на долю данного заболевания приходится 4,6% обращений к врачу общей практики [2]. Следовательно, быстро верифицированный диагноз, а главное – выбор правильной тактики лечения – залог успеха работы семейного врача.

Инфекции дыхательных путей (ДП), которые локализуются выше гортани, относятся к инфекциям верхних дыхательных путей (ИВДП). Наиболее частыми возбудителями являются вирусы, бактерии, а в ряде случаев возможна их ассоциация. При этом ежегодно происходят изменения в спектре возбудителей. Инфекция вначале попадает на слизистую оболочку полости носа и может распространяться на нижележащие органы (носовая часть глотки, трахея, бронхи), вызывая их поражение. В ДП инфекция вызывает воспалительный отек слизистой оболочки и блок соустьев околоносовых пазух. Образовывается более вязкий секрет, ухудшается дренаж и вентиляция, снижается уровень парциального давления кислорода в околоносовых пазухах. Все это приводит к развитию риносинусита. У взрослых вирусный риносинусит переходит в бактериальный в 2% случаев, но у детей это происходит гораздо чаще (10%).

Риносинусит чаще развивается у людей с наличием факторов риска, к которым относятся:

- частые ОРВИ;
- аллергический ринит;

- носовые полипы или аномалии носовой перегородки;
- аденоиды;
- гипотиреоз;
- муковисцидоз;
- синдром Картагенера (генетическое заболевание, при котором ухудшается функция ресничек слизистых оболочек дыхательных путей);
- сахарный диабет;
- травмы головы;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- СПИД и другие заболевания иммунной системы;
- прием системных стероидов;
- образ жизни: курение, использование наркотических смесей (кокаин).

Как было отмечено, наиболее частой причиной развития риносинусита является инфекция. К основным возбудителям риносинусита относятся такие вирусы, как риновирус – 15%, вирус гриппа – 5%, вирус парагриппа – 3%. Среди бактериальных возбудителей наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae* – 31%, *Haemophilus influenzae* – 21%, *Streptococcus* – 9%, *Moraxella catarrhalis* – 8%, анаэробы – 6%, *Staphylococcus aureus* – 4%, *Streptococcus pyogenes* – 2%, грамотрицательная флора – 9%. Сочетание *S. pneumoniae* и *H. influenzae* выявляют в 5% случаев.

Возбудитель, проникая в ДП, в первую очередь действует на мерцательный эпителий полости носа и околоносовых пазух. В результате чего эпителиальные клетки становятся рыхлым, теряют реснички, ухудшается мукоцилиарный клиренс и происходит скопление серозного экссудата в просвете синусов. Также развивается отек слизистой оболочки. Как следствие – нарушение аэрации синусов. Длительное течение такого состояния может приводить к бактериальному инфицированию околоносовых пазух [3, 4].

Вот почему важно в данной ситуации вовремя назначить терапию, которая будет эффективна и безопасна для пациента.

Клиническими проявлениями риносинусита являются: заложенность носа, обильные выделения, боль, нарушение обоняния. У детей часто РС сопровождается кашлем. Диагноз острого риносинусита верифицируют при длительности симптомов продолжительностью 10 дней или, если состояние больного ухудшается, через 5 дней.

По течению РС классифицируют на острый и хронический и рецидивирующий риносинусит. Острый РС – это острое воспаление слизистой оболочки околоносовых синусов, протекающее менее 12 нед, которое заканчивается полным восстановлением слизистой оболочки и выздоровлением пациента. Его классифицируют по степени тяжести. Одним из вариантов определения тяжести заболевания является шкала ВАШ (визуально-аналоговая шкала), имеющая градации от 0 до 10 см [2]. Чтобы оценить общую степень тяжести заболевания, пациента просят показать на ВАШ, насколько его беспокоят симптомы риносинусита (не беспокоят совсем

**Классификация острого РС по степени тяжести клинического течения (Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов)**

Легкая степень	Среднетяжелая степень	Тяжелая степень
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Отсутствие лихорадочной реакции.</li> <li>◆ Умеренно выраженные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель), не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность).</li> <li>◆ Отсутствие головной боли в проекции околоносовых пазух.</li> <li>◆ Отсутствие осложнений.</li> </ul>	<p>Температура тела не выше 38,0°С.</p> <p>Выраженные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность).</p> <p>Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы.</p> <p>Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит).</p> <p>Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.</p>	<p>Температура тела выше 38,0°С.</p> <p>Выраженные или мучительные симптомы РС (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность).</p> <p>Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовой пазухи.</p> <p>Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений.</p>

или беспокоят настолько сильно, насколько можно себе представить). Легкой степени РС по шкале ВАШ соответствуют показатели от 0 до 3 см, 3–7 см – средняя степень тяжести течения и более 7 и до 10 см – это тяжелое течение РС.

Также острый РС классифицируют по степени тяжести клинического течения. Существует несколько вариантов данной классификации, принципиально не отличающихся друг от друга. Но наиболее рациональной для семейного доктора можно считать классификацию Е.П. Карпова и Д.А. Тулупов (2012) [5] (табл. 1).

Рецидивирующий РС характеризуется наличием от 1 до 4 эпизодов острого РС в год [6]. Периоды между обострениями длятся не менее 8 нед, в это время симптомы заболевания отсутствуют. Хронический РС – это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух, длящееся свыше 12 нед и заканчивающееся структурной перестройкой слизистой оболочки. Хронический РС чаще развивается у пациентов с нарушенным мукоцилиарным транспортом и аномалиями строения внутриносовых структур и решетчатого лабиринта. Так, наличие двух или более соустьев верхнечелюстных пазух создает условия для заброса слизи из носовых ходов обратно в пазуху, что вызывает дополнительное инфицирование.

Для подтверждения диагноза используют ряд дополнительных методов исследований.

Одним из базовых методов является риноскопия, при которой выявляют выделение водянистого слизистого или слизисто-гнойного характера, слизистая оболочка набухшая или отечная, гиперемирована, иногда с корочками, возможны фибриновые налеты.

Пациентам с РС можно также провести исследование мукоцилиарного транспорта.

В клинической практике наиболее широко проводят измерение времени, за которое маркер (уголь, кармин, тушь) перемещается из передних отделов полости носа в носовую часть глотки. Больше распространение получил сахаринный тест, в силу простоты маркера. Показатели сахаринного времени у здоровых людей могут колебаться от 1 до 20 мин, составив в среднем 6 мин. Однако эти показатели весьма условны.

При необходимости производят рентгенологическое исследование. По наличию затемнения в соответствующих пазухах (верхнечелюстных, лобных) судят о наличии воспалительного процесса. Также по форме затемнения во многих случаях можно дифференцировать катаральный синусит от гнойного (при гнодном определяется уровень жидкости). А вот оценка состояния решетчатых и клиновидных пазух рентгенологическим методом в большинстве случаев затруднительна.

Более чувствительными методами инструментальной диагностики являются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). КТ рекомендуется при острых синуситах, в случае высоких рисков разви-

тия осложнений в глубоко скрытых воздушных камерах. На КТ можно определить более четкую локализацию воспалительного процесса, выявить некоторые особенности анатомического строения полости околоносовых пазух и носа или деформации, которые не видны на рентгеновских снимках. МРТ является столь эффективным, как и КТ, в определении придаточных пазух, но является более дорогим методом диагностики, чем КТ. МРТ целесообразно проводить для исключения грибковых синуситов и диагностики злокачественных опухолей и осложнений внутри черепа. Для просмотра верхнечелюстной и лобной пазух при подозрении на кистозно-полипозные риносинуситы проводят ультразвуковое исследование (УЗИ). Но в современных стандартах ведения пациентов с РС не рекомендуют использовать КТ, рентген-исследование и УЗИ при неосложненных формах РС.

В недавно опубликованных рекомендациях EPOS – European Position Paper On Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012, определен алгоритм ведения пациентов с РС в зависимости от степени тяжести заболевания [2].

Алгоритм ведения взрослых пациентов с острым РС для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля следующий (схема):

1. Диагноз основывается на клинических проявлениях, лучевая диагностика при остром РС не рекомендуется.

2. Клинически острый РС характеризуется симптомами, которые сохраняются менее 12 нед, а именно: внезапное появление двух или более симптомов, один из которых представляет собой заложенность носа/затрудненное носовое дыхание или выделения из носа (наружу/в носовую часть глотки), боль/давление в области лица, снижение или потеря обоняния.

3. Из обследований рекомендованы:

- передняя риноскопия, при которой выявляется отечность, гиперемия, гной в носовых ходах;
- рентгенография/КТ не рекомендуются, за исключением следующих ситуаций:

- тяжело протекающее заболевание;
- пациенты с иммунодефицитными состояниями;
- признаки развивающихся осложнений.

4. Заподозрить бактериальную природу РС можно, если у пациента присутствуют три и более симптомов из следующего списка:

- бесцветные выделения (больше с одной стороны) и гнойный секрет в полости носа;
- выраженная боль в области лица (больше с одной стороны);
- лихорадка (температура тела более 38 °С);
- повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и/или уровня С-реактивного белка;
- наличие «второй волны» (ухудшение наступило после завершения более легкой фазы заболевания).

Алгоритм ведения пациентов с острым РС для врачей первичного звена



Таким образом, при установлении диагноза РС врач должен определить прежде всего длительность течения процесса (острый, хронический). При установлении диагноза острого РС необходимо выяснить тяжесть течения заболевания (легкая, среднетяжелая, тяжелая). Исключить (или подтвердить) наличие бактериальной микрофлоры. Затем указать факторы риска развития хронического РС, а при наличии осложнений направить пациента на консультацию к узкому специалисту.

Дискуссии о лечении острых РС длились долгое время. Сегодня уже существует единое мнение и очень четко сформулирована позиция тех или иных препаратов в схеме лечения РС. Основная ошибка терапии данных пациентов – это назначение антибактериальных препаратов без установления бактериальной этиологии заболевания. В настоящее время все методы лечения РС детально проанализированы и представлены в EPOS 2012. Согласно данным рекомендациям ряд препаратов, ранее широко применяемых при острых РС у взрослых, не нашли подтверждения рациональности их назначения (табл. 2).

Но неизменно свои позиции удерживает фитотерапия при вирусном и поствирусном остром РС. Безусловно, такое положение касается только стандартизированных по содержанию ключевых биологически активных веществ растений, входящих в состав растительных лекарственных средств, гарантирующих свою эффективность и безопасность. К таким фитопрепаратам относится Синупрет компании Бионорика SE, которая давно и успешно работает на отечественном рынке. Наши врачи уже ознакомлены со свойствами Синупрета, заслужено выделяют его среди других средств лечения РС. Широкий спектр действия препарата Синупрет обусловлен уникальной комбинацией пяти лекарственных растений. В его состав входят стандартизованные фитокомпоненты первоцвета (*Primula veris*), горечавки желтой (*Gentiana lutea*), бузины черной (*Sambucus nigra*), щавеля (*Rumex*), вербены (*Verbena officinalis*). Синергизм растительных компонентов обуславливает выраженный секретолитический и секретомоторный эффект препарата, который реализуется за счет повышения секреции хлорид-ионов в слой фазы золя секрета слизистых оболочек. Это приводит к регидратации золя, реактивации мукоцилиарного транспорта при сохранении защитных свойств фазы золя (нарушаемой при применении синтетических секретолитиков, например ацетилцистеина).

Другое действие флаваноидов в составе Синупрета – выраженный противовоспалительный эффект, иммуномодулирующее и противовирусное действие, которое реализуется как за счет прямого противовирусного действия флаваноидов из примулы и вербены, так и благодаря увеличению продукции интерферонов. Таким образом, подбор активных веществ, гармонично дополняющих друг друга, обеспечивают Синупрету высокую эффективность в лечении РС. Применение препарата Синупрет в комплексной терапии острого и хронического синусита позволяет:

Таблица 2

EPOS – European Position Paper On Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012 [2]

Терапия	Значимость
Антибиотики	Да, при остром бактериальном РС
Топические глюкокортикостероиды (интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС))	Да, в основном при поствирусном аллергическом РС
Добавление интраназальных ГКС к антибиотикам, добавление пероральных ГКС к антибиотикам	Да, при остром бактериальном РС
Промывание носа физраствором	Да
Антигистаминный препарат (АГП) + деконгестант	Да, при вирусном остром РС
Ипратропия бромид	При вирусном остром риносинусите
Пробиотики	Для профилактики острого РС
Цинк, витамин С, эхинацея	Нет
Стандартизованные фитопрепараты, имеющие доказательную базу, НПВП, парацетамол	Да, при вирусном и поствирусном остром риносинусите
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Нет
Паровые ингаляции	Нет
Кромогликат	Нет
Деконгестанты (монотерапия), муколитики	Нет

– быстрее добиться регресса клинических симптомов и облегчить течение заболевания;  
 – значительно снизить риск развития осложнений в виде гнойного процесса;  
 – улучшить качество жизни пациентов, социальную и физическую активность, а также повысить их трудоспособность.

Эффективность применения Синупрета подтверждена объективными данными многочисленных клинических исследований, проведенных как в ЕС, так и в странах СНГ [7].

В современных условиях немаловажно наличие положительного опыта применения Синупрета у беременных.

### Ефективне і безпечно лікування риносинуситів з позиції доказової медицини

**М.Н. Селюк, Н.Н. Козачок, Є.Н. Валігура, О.В. Селюк, А.Ю. Салиев**

У статті представлені сучасні стандарти діагностики та лікування риносинуситів. Детально охарактеризовано гострий риносинусит як нозологію, що найбільш часто зустрічається в практиці сімейного лікаря. Описано методи діагностики та лікування гострих риносинуситів залежно від ступеня тяжкості захворювання. Увага сфокусована на фітотерапії риносинуситів як в монотерапії, так і в складі комплексного лікування даної нозології, залежно від різних клінічних ситуацій. Акцент зроблений на препаратах, які довели свою ефективність і безпеку.

**Ключові слова:** риносинусит, класифікація, гострий, хронічний, збудники, ускладнення, алгоритм обстеження, варіанти лікування.

В течение 1992–1997 гг. с целью оценки безопасности растительной комбинации препарата Синупрет в Германии был проведен общенациональный ретроспективный анализ женщин, которые в период беременности принимали Синупрет по крайней мере в течение 24 ч. Никаких доказательств возможного тератогенного и/или эмбриотоксического действия получено не было. Следовательно, наряду с высокой эффективностью препарат обладает еще и прекрасной переносимостью [8].

Таким образом, ожидая очередное сезонное повышение заболеваемости РС, врачи, используя препарат Синупрет, быстро избавят от страданий своих пациентов.

### Effective and safe treatment rhinosinusitis with items of evidence medicine

**M.N. Selyuk, N.N. Kozachok, E.I. Valigura, O.V. Selyuk, A.Y. Saliev**

This paper presents the current standards of diagnosis and treatment of rhinosinusitis. Acute rhinosinusitis is characterized in detail as nosology, the most frequently encountered in the practice of the family doctor. Describes the methods of diagnosis and treatment of acute rhinosinusitis, depending on the severity of the disease. Attention is focused on herbal medicine rhinosinusitis, both in monotherapy and as part of a comprehensive treatment of this nosology, depending on a variety of clinical situations. Emphasis is placed on drugs with proven efficacy and safety.

**Key words:** rhinosinusitis, classification, acute, chronic, agents, complications, the algorithm of examination, treatment options.

### Сведения об авторах

**Селюк Марьяна Николаевна** – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24  
 E-mail: mkurgan59@narod.ru

**Козачок Николай Николаевич** – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24

**Валігура Елена Ивановна** – Ирпенский военный госпиталь, 08200, г. Ирпень, ул. 11-я Линия, 1

**Селюк Ольга Викторовна** – Ирпенский военный госпиталь, 08200, г. Ирпень, ул. 11-я Линия, 1

**Салиев Андрей Юрьевич** – Ирпенский военный госпиталь, 08200, г. Ирпень, ул. 11-я Линия, 1

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2012 р за ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.  
 2. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 / W.J. Fokkens [et al.] // RHINOLOGY. – 2012. – Vol. 50 (Suppl. 23).

3. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите: метод. рек. / А.И. Крюков. – М., 2002. – 12 с.  
 4. Лопатин А.С. Антибиотикотерапия острых воспалительных заболеваний околоносовых пазух / А.С. Лопатин // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 1–8.

5. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Острый риносинусит у детей (учебное пособие для врачей). – М.: «Петроруш», 2012.  
 6. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;137(3, suppl):S1-S31.  
 7. Блоцкий А.А., Цепляев М.Ю. Оцен-

ка эффективности применения препарата Синупрет в комплексной терапии острого и хронического синусита www.rmj.ru/articles  
 8. Ismail C., Wiesel A., Mdrz R.W., Queisser-Luft A. (2003) Surveillance study of Sinupret in comparison with data of the Mainz birth registry. Arch. gynecol. Obstet., 267(4): 196–201.

Статья поступила в редакцию 24.09.2014