

Риносинуситы на фоне ОРВИ в практике семейной медицины

М.Н. Селюк

Украинская военно-медицинская академия

Проблема инфекций дыхательных путей (ИДП) всегда будет в центре внимания семейного врача. Считается, что именно ИДП являются самыми распространенными заболеваниями. Прежде всего это объясняется легкостью передачи вируса от человека к человеку, а вторым значимым фактором является то, что отсутствует стойкий иммунитет после перенесенной инфекции. По данным ВОЗ, ИДП занимают третье место в ряду основных причин смерти. 90% всех инфекционных болезней составляют острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). ОРВИ – это острые респираторные заболевания, которые вызывают различные вирусы, подобные как по патогенезу, так и клиническим проявлениям. В Украине ежегодно ОРВИ (грипп) болеют до 14 млн человек, что составляет 25–30% всех и около 75–90% инфекционных заболеваний в стране. Наиболее распространенным среди всех ИДП являются ОРВИ. В большинстве случаев ОРВИ сопровождаются ринитами. Но достаточно часто риниты сочетаются с синуситами, и поэтому в медицинской практике их принято рассматривать как единый комплекс – риносинуситы (РС). В зависимости от продолжительности РС классифицируют на острый, подострый и хронический (табл. 1).

Острый РС (ОРС) как манифестирующий симптом ОРВИ представляет собой воспаление слизистой оболочки, выстилающей носовые ходы, которое длится не более 4 нед. Для данного РС характерны сезонные тенденции – рост в осенне-зимний период и относительная стабильность в летний период. Считается, что дети в среднем переносят до 10 эпизодов острого ОРВИ в год, а взрослые – 2–3 эпизода. Хотя пусковым механизмом заболевания является, как правило, вирусная инфекция, причиной острого ринита могут быть и аллергены, и бактериальная инфекция, и факторы внешней среды. У детей вирусный ринит в 5–10% случаях может переходить в бактериальный, а у взрослых данное осложнение встречается только в 0,2–2% случаев. Максимальная заболеваемость у взрослых приходится на возраст 45–74 года, при этом РС примерно в 1,9 раз чаще встречается у женщин.

Как уже говорилось, острые риниты провоцируют в основном вирусы (риновирусы, респираторно-синцитиальные, аденовирусы, коронавирусы). Среди бактериальных возбудителей наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Реже возбудителями могут быть *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, анаэробы. При этом спектр возбудителей имеет различия у детей и у взрослых (табл. 2).

Anthony W. Chow, Michael S. Benninger, Itzhak Brook et al. Клинические рекомендации Американского общества инфекционистов по лечению острого бактериального риносинусита у взрослых и детей // Клиническая иммунология и аллергология. – 2012. – № 10. – С. 17–21.

Свиштушкин В.М., Гринев И.А., Стецюк О.У., Андреева И.В. Рекомендации по ведению взрослых пациентов с острым риносинуситом: достигим ли консенсус? // Лечащий врач. – 2012. – № 11.

Определить, какой именно вирус является возбудителем, крайне сложно, особенно в амбулаторной практике. На

сегодня известно более 200 видов респираторных вирусов. Более того, эпидемиологический состав вирусов меняется ежегодно. Но возможный возбудитель можно предположить, учитывая клиническую картину заболевания. Вирусы, вызывающие заболевания дыхательных путей, имеют определенный тропизм к отдельным участкам слизистой оболочки респираторного тракта. Так, вирус гриппа поражает преимущественно эпителий задней стенки глотки, трахеи, бронхов, паренхимы легких. Респираторный синцитиальный вирус (РСВ) чаще поражает бронхи, провоцируя бронхообструкцию и бронхиолит. Для аденовирусной инфекции характерно наличие конъюнктивита, полиаденита. Все это сопровождается обильным серозным отделяемым при кашле. При парагриппозной инфекции чаще поражается слизистая оболочка гортани, что проявляется обструктивным ларингитом (синдромом крупа). Заложенность носа с развитием насморка и чихания свойственно для риновирусной инфекции, так как она поражает преимущественно слизистую оболочку носа. Продолжительность лихорадочного периода также может указывать на определенный вирус. При гриппе гипертермия (38–40°C) длится 1–2 дня, при парагриппе – менее выраженная гипертермия, но она может длиться до 5 сут. Наиболее продолжительной может быть лихорадка при аденовирусной инфекции (38–39°C, срок – до двух недель). При риновирусной инфекции температурная реакция незначительно выражена, чаще субфебрильная, порой может и отсутствовать гипертермия. В ряде случаев на фоне вирусной инфекции активизируется эндогенная микрофлора (*Staphylococcus aureus*, *S. pneumoniae*, *S. viridans*) либо присоединяются грамотрицательные возбудители типа *H. Influenzae* или *Moraxella catarrhalis*. Результатом ОРС является воспалительный отек и блок соустьей околоносовых пазух. Это приводит к ухудшению вентиляции и дренажа, загустению секрета и снижению уровня парциального давления кислорода в околоносовых пазухах.

Клинически РС проявляется:

- Заложенностью носа, ринореей.
 - Постназальным затеканием: стекание слизи по задней стенке глотки (чаще утром).
 - Кашлем, мокротой.
 - Головной болью (чаще лицевая часть).
 - Снижением обоняния.
- Затемнение при проведении рентгенографии носа и пазух.

Таблица 1

Классификация РС (American Academy of Otolaryngology)

РС (течение)	Характеристика
Острый	<=4 нед
Подострый	<=4–12 нед
Острый рецидивирующий	>=4 эпизодов в год продолжительностью 7–10 дней
Хронический	>=12 нед
Обострение хронического синусита	Внезапное усиление симптомов синусита, которое обратимо

ДИСКУССИИ

Таблица 2

Основные возбудители ОРС

Вид возбудителя	Частота встречаемости	
	Взрослые	Дети
Вирусы		
Риновирус	15%	–
Вирус гриппа	5%	–
Вирус парагриппа	3%	2%
Аденовирус	–	2%
Бактерии		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	31% (20–35)	36%
<i>Haemophilus influenzae</i>	21% (6–26)	23%
<i>S. pneumoniae</i> + <i>H. influenzae</i>	5% (1–9)	–
α - <i>Streptococcus</i>	9% (3–19)	–
<i>Moraxella catarrhalis</i>	8% (2–10)	19%
Анаэробы	6% (0–10)	–
<i>Staphylococcus aureus</i>	4% (0–8)	–
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2% (1–3)	2%
Грамотрицательная флора	9% (0–24)	2%

Таблица 2

Диагностические критерии синусита (в модификации Meltzer et al.)

Большие критерии	Малые критерии
Гнойные выделения из передних отделов полости носа	Головная боль
Гнойные или желтоватые выделения из задних отделов полости носа	Боль в ухе, заложенность, чувство распирания
Заложенность носа вследствие отека слизистой оболочки и обструкции носовых ходов	Неприятный запах изо рта
Гиперемия и/или отечность лица	Зубная боль
Боль и/или чувство распирания в области лица	Кашель
Гипосмия или anosmia	Лихорадка (при подостром или хроническом синусите)
Лихорадка (при остром синусите)	Слабость

Примечание: диагноз устанавливают при наличии, по крайней мере, 2 больших и 1 малого или ≥ 2 малых критериев.

Общепринятые критерии диагностики РС [3]:

Chow A.W., Benninger M.S., Brook I. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults // Clin Infect Dis. 2012; 54 (8): e72–e112.

Основные	Дополнительные
Гнойные выделения из носа	Головная боль
Гнойные или бесцветные выделения из носа, стекающие по задней стенке глотки	Боль в ухе, ощущение давления или распирания в ухе
Заложенность носа, нарушение носового дыхания	Галитоз (неприятный запах изо рта)
Боль или ощущение давления в области лица	Зубная боль
Отечность, ощущение распирания в области лица	Кашель
Гипосмия или anosmia	Лихорадка (характерна для подострого или хронического РС)
Лихорадка (характерна для острого РС)	Повышенная утомляемость

Признаками аллергического ринита являются:

- Сезонность обострений.
- Появление после контакта с аллергеном.
- Наличие других проявлений аллергии – конъюнктивита, крапивницы, зуда носоглотки.
- Эозинофилия более 5% (риноцитограмма):
- Положительные аллергические тесты (кожные, специфические иммуноглобулины E).
- Эффект при применении антигистаминных препаратов.

Определение степени тяжести ОРС основывается на субъективной оценке своего состояния самим пациентом по 10-сантиметровой визуальной аналоговой шкале (VAS). На этой шкале пациент указывает точку, которая соответствует выраженности симптомов заболевания. Количество сантиметров на линейке соответствует количеству баллов. Оценка происходит следующим образом:

- а) 0–3 см (баллов) – легкая степень;
- б) 4–7 см (баллов) – среднетяжелая степень;
- в) 8–10 см (баллов) – тяжелая степень.

Самым распространенным осложнением ОРС, как уже говорилось, является присоединение бактериальной инфекции либо активация эндогенной микрофлоры и развитие, таким образом, острого бактериального риносинусита (ОБРС). Необходимо помнить, что дополнительные методы исследования – рентгенография, КТ, УЗИ и диафаноскопия не позволяют дифференцировать вирусное и бактериальное поражение пазух и поэтому не являются критерием назначения антибиотиков. Золотым стандартом диагностики ОБРС является выделение из придаточных пазух носа (ППН) бактерий в количестве $\geq 10^4$ КОЕ/мл. Очень важным в принятии решения о применении антибактериальной терапии являются жалобы больного, анамнез и наличие гнойного отделяемого в носовых ходах. Существуют диагностические критерии БРС (табл. 2).

К наиболее характерным для ОБРС признакам относят:

- выраженность и персистенция симптомов;
- отсутствие положительной динамики более 10 дней;
- лихорадка ≥ 39 °С;
- гнойные выделения из носа, по меньшей мере, в течение 3–4 дней подряд;
- двухволновой характер заболевания: внезапное ухудшение состояния после кажущегося улучшения на 5–6-й день заболевания [7, 42].

В 2012 году Американским обществом по инфекционным болезням (Infectious Diseases Society of America – IDSA) были предложены более подробные критерии диагностики РС.

Для верификации диагноза, как и в прежних алгоритмах, необходимо наличие у пациента ≥ 2 основных или 1 основного и ≥ 2 дополнительных симптомов.

Таким образом, под определение ОРС попадают все РС – от банальной ОРВИ до ОБРС. Но даже в случае диагностированного ОБРС следует учитывать, что антибиотикотерапия показана далеко не при всех формах синуситов, а только при среднетяжелых и тяжелых формах. Именно при ОРС нерациональное назначение антибактериальных препаратов (АБП) является основной проблемой, что в значительной степени обусловлено сложностью дифференциальной диагностики острого бактериального и вирусного РС.

Проведенное в США исследование по назначению АБП амбулаторным больным с острыми респираторными инфекциями (ОРИ) показало, что АБП назначают 81% взрослых пациентов с ОРС [17, 18], хотя в ходе плацебо-контролируемых рандомизированных исследований было установлено, что у таких больных примерно в 70% случаев наблюдают спонтанное разрешение симптомов [18].

В связи с этим в течение последних 10 лет были опубликованы несколько практических руководств по лечению ОБРС, в котором была определена тактика ведения данного заболевания. Согласно их рекомендациям, назначение эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) рекомендовано осуществить как можно раньше после установления клинического диагноза ОБРС. Некоторым пациентам с нетяжелой формой течения заболевания может быть показано наблюдение в течение трех дней без назначения АБП. И только при отсутствии положительной динамики им следует назначать АБТ.

В качестве препарата первой линии при эмпирической АБТ ОБРС рекомендован амоксициллина клавуланат, как альтернативу назначают цефалоспорины III поколения. Пациентам с наличием аллергического ринита в анамнезе в качестве дополнения к эмпирической АБТ рекомендованы интраназальные глюкокортикоиды.

Первичной целью лечения при ринитах является восстановление дыхания путем нормализации реологических свойств секрета и улучшение вентиляции околоносовых пазух. Достижение данной цели осуществляется благодаря

восстановлению мукоцилиарного клиренса и нормализации вязкости слизи. Необходимо помнить, что ринит необходимо начинать лечить с первого дня его возникновения, так как ухудшение носового дыхания приводит к нарушению вентиляции легких, и возможность развития даже самых грозных осложнений увеличивается в несколько раз. Оптимальный выбор – это высокоэффективные препараты с отсутствием значимых побочных явлений. Именно поэтому уже издавна для лечения ринитов используют фитопрепараты. Антибактериальные, противовирусные, муколитические, противовоспалительные и иммуномодулирующие свойства ряда растений хорошо известны, благодаря чему фитопрепараты широко применяют в медицинской практике. Наибольший интерес представляют комбинированные препараты, состоящие из ряда растительных компонентов. Оптимальная комбинация фитопрепаратов для лечения, прежде всего ринитов, представлена в лекарственном средстве Синупрет®.

Щербак И.Б. 2012 Синупрет®: качество, подтвержденное временем. Укр. мед. часопис, 4(90): 121–126 (<http://www.umj.com.ua/article/38920/sinupret-sup-sup-kachestvo-podtverzhdennoe-vremenem>).

Активным компонентом Синупрета является специальный экстракт ВНО 101 стандартизированный по содержанию основных биологически активных веществ лекарственных растений:

- корень генцианы (*Gentiana radix*). Усиливает секрецию слизистых оболочек дыхательных путей. Его действие не сопровождается возбуждающим эффектом, так как не содержит танинов;
- первоцвет весенний (*Primula veris*). Оказывает секретолитическое, отхаркивающее и противовирусное действие. Также цветки первоцвета усиливают активность мерцательного эпителия. Отсутствие примина – главного аллергена примулы – обеспечивает высокую безопасность препарата;
- щавель обыкновенный (*Rumicis herba*). Проявляет противовоспалительное, антимикробное и антиоксидантное действие;
- бузина черная (*Sambucus nigra L.*). Цветки бузины обладают выраженным спазмолитическим, секретолитическим и противовоспалительным действием;
- вербена лекарственная (*Verbena officinalis L.*). Оказывает жаропонижающее, отхаркивающее, секретолитическое, а также противовирусное действие.

Таким образом, благодаря идеально подобранным компонентам Синупрет обладает не только выраженным секретолитическим, противовоспалительным и антивирусным действием, но и иммуномодулирующим действием. Доказано, что препарат подавляет выработку медиаторов воспаления и ферментов, которые индуцируют их синтез. При этом Синупрет повышает концентрацию интерферонов α и γ и некоторых простагландинов. Цветы первоцвета и трава вербены предотвращают репликацию вирусов гриппа А, парагриппа, а также респираторно-синцициального вируса (RSV).

Еще одним уникальным свойством Синупрета является способность данного препарата повышать эффективность антибиотикотерапии. Исследования, проведенные в Германии, продемонстрировали, что добавление Синупрета к обычной антибактериальной терапии увеличивает ее эффективность на 35%. **Marz R.W., Ismail C., Popp M.A. Wien Med Wochenschrift. – 1999. – Vol. 149. – P. 202–208.**

Монотерапия препаратом Синупрет возможна при отечно-катаральной и серозных формах синусита. **Гарашенко Т.Н., Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю. Мукоактивные препараты в лечении острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух, негнойных заболеваний среднего уха у детей // Актуальные вопросы оториноларингологии детского воз-**

раста и фармакотерапии болезней ЛОР-органов. Юбилейный сборник научных трудов. – М., 2001. – С. 144–151.

Большое количество исследований было проведено по изучению эффективности и безопасности применения Синупрета, результаты которых убедительно продемонстрировали целесообразность дополнения стандартной терапии ОРС комбинированным фитопрепаратом Синупрет. У пациентов, получавших в качестве дополнительной терапии Синупрет, значительно сокращались сроки проявления симптомов РС и средние сроки выздоровления. Также значительно раньше происходила нормализация риноскопической картины, что подтверждало более быстрое выздоровление пациентов. Все это сопровождалось улучшением качества жизни (опросник SF-36 Health Status Survey). При этом во всех исследованиях переносимость препарата была очень хорошей.

Таким образом, опираясь на большое количество клинических исследований, а также учитывая многолетний успешный опыт применения Синупрета в европейских странах, можно с уверенностью рекомендовать данный препарат

для более эффективного лечения ринита. Синупрет необходимо начинать при первых клинических симптомах ОРВИ (с наличием ринита), так как благодаря противовирусному, иммуномодулирующему и противовоспалительному эффектам сроки заболевания значительно сократятся, а секретолитические и секретомоторные свойства Синупрета предупредят загустение секрета, не допустят усугубления заболевания – и вероятность развития осложнений ОРВИ будет крайне низка.

Как уже отмечалось выше, у детей инфекции верхних дыхательных путей встречаются более часто, нежели у взрослых. Этому способствуют особенности анатомии ЛОР-органов в детском возрасте, слабость дыхательных мышц, бронхиальная гиперреактивность, аллергическая предрасположенность, слабый иммунитет и повышение чувствительности органов дыхания к различным инфекциям. Более того, РС в детском возрасте чаще, чем у взрослых, сопровождаются грозными осложнениями. Это и внутричерепные, и внутриглазные осложнения, и развитие пневмонией.

ФРАГМЕНТ ПО ПЕДИАТРИИ

д-р мед. наук, проф. С.П. Кривоустов

В ежедневной практике педиатра лидирующее место занимают острые респираторные инфекции. Последние чаще всего начинаются в виде насморка – острого вирусного ринита. Более чем у половины детей с острым вирусным ринитом отмечены значительные изменения при проведении компьютерной томографии околоносовых пазух по данным Leung R.S., Katial R. (2008). Об этом не только оториноларинголог, но и педиатр должен помнить, составляя программу лечения ребенка с острым вирусным ринитом (риносинуситом).

Обычно детям рекомендуется домашний режим, адекватное возрасту теплое питье. По показаниям – жаропонижающие, другие лекарственные средства в зависимости от стадии патологического процесса со стороны воспаленной слизистой оболочки носа (сухая стадия раздражения, стадия серозных выделений или стадия слизисто-гнойных выделений).

В начале заболевания с противовирусной целью возможно использование интерферонотерапии с целью деградации вирусной РНК, подавления репликации вируса, индукции синтеза различных белков, обеспечивающих противовирусные эффекты и усиление элиминации вирусов.

Интраназальное применение изотонического раствора хлорида натрия, морской воды приводит к увлажнению слизистой и ее очищению, а при отеке слизистой оболочки полости носа используют их гипертонические растворы.

В стадии отека центрального места в фармакотерапии занимают назальные деконгестанты – фенилэфрин, ксилометазолин, оксиметазолин и другие, они активируют альфа-адренорецепторы сосудов слизистой носа.

Обсуждаются антихолинэргические средства, первое поколение антигистаминных препаратов, которые уменьшают количество водянистого секрета, усиленно продуцируемого в полости носа, ринорею.

Антибиотики, естественно, не показаны при вирусных инфекциях. Нужно помнить не только о бесполезности их использования при вирусном заболевании, о возможных побочных эффектах, но и о проблеме роста резистентности микроорганизмов к применяемым антимикробным препаратам.

В лечении, начиная с самого начала острого вирусного ринита (риносинусита), издавна широко используют возможности растительной терапии. Однако, как говорил Леонардо да Винчи, «увлекающийся практикой без науки – словно кормчий, вступающий на корабль без компаса». То есть нужны проверенные временем лекарственные растения, которые доказали свою клиническую эффективность и безопасность с позиций доказательной медицины, современной науки. Известно такое направление, как фитониринг.

Развитие фитониринга во многом связано с разработкой еще в тридцатые годы прошлого столетия комплексного растительного препарата Синупрет. Он оказывает многоцелевое терапевтическое действие, проявляет противовирусный, противовоспалительный, секретолитический, иммуностимулирующий и антибактериальный эффекты, нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей у пациентов с острым риносинуситом.

На сегодня накоплен не только большой опыт его клинического использования, но и получена убедительная научная доказательная база за рубежом и в нашей стране. Как указывают Туровский А.Б., Кондрашкина В.В. (2013), за последние 5 лет в Европе (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2007, 2012) степень доказательности эффективности фитопрепаратов поднята до категории Ib. Отличительными свойствами растений, входящих в состав Синупрета, являются способность блокировать фазу экссудации, повышать активность реснитчатого эпителия и ускорять эвакуацию секрета из дыхательных путей. Регулируется и нормализуется вязкость слизи, устраняется мукостаз, восстанавливаются дренаж и вентиляция околоносовых пазух.

Имеют место многочисленные работы, убедительно свидетельствующие о высокой эффективности и безопасности препарата Синупрет в детском возрасте – это исследования К. Viebach, А. Kramer (2010), Радциг Е.Ю. и соавторов (2008), Шахова Е.Г. (2011) и многие другие.

Специалистам хорошо известны современные клинические диагностические критерии острого бактериального риносинусита у детей (Infectious Diseases Society of America, 2012). Однако часто, к сожалению, бактериальную этиоло-

гию от вирусной отличить далеко не просто – в частности, учитывают длительность персистирования симптомов ≥ 10 дней без улучшения, начало с тяжелых клинических проявлений, лихорадки $\geq 39^\circ\text{C}$, гнойное отделяемое из носа длительностью не менее 3–4 последовательных дней, вторую волну заболевания с внезапным ухудшением спустя 5–6 дней болезни.

Очень интересным и, возможно, в будущем оно станет практически используемым является открытие ученых из Duke University School of Medicine (США), опубликованное в сентябре 2013 года в журнале «Science». Оно базируется на новой методике, изучающей активность ряда генов, которые реагируют именно на вирусную инфекцию. Удалось выявить около трех десятков генов, активность которых в ответ на вирусную инфекцию резко возрастает, но при этом бактериальная инфекция на них никак не влияет. Этот генетический тест имеет высокую достоверность: положительные результаты оказались верными в 89% случаев, а негативные – в 94% (А.К. Zaas, 2013).

Что касается лечения острого риносинусита бактериальной этиологии у детей, то, согласно рекомендациям Американской академии педиатрии 2013 года, антибиотики все-таки рекомендуются, несмотря на тот факт, что доказатель-

ная база их применения при этом заболевании ограничена. Подчеркивается также тактика ожидания и наблюдения перед назначением антибиотиков, особенно для детей старшего возраста с нетяжелым течением заболевания.

Конечно же, при остром бактериальном риносинусите ребенка должен лечить детский оториноларинголог и, здесь, на фоне антимикробной терапии, с патогенетической целью целесообразно использовать Синупрет. Это повышает эффективность антимикробного лечения, что показано Neubauer R. (1994), Stiernia P. (2012) и многими другими.

Антивирусная активность Синупрета, в частности, установлена в работе Glatthaar-Saalmuller B., etc. (2011), а противовоспалительная – в исследованиях Schwartner C. (1996), Ziska T. (1995), Wagner H. (1997) и других.

Поэтому в амбулаторной практике у детей прежде всего целесообразно использовать Синупрет при остром вирусном неосложненном рините сразу после появления первых симптомов заболевания. Данное фитониринговое лекарственное средство эффективно влияет на различные этиопатогенетические звенья острого ринита (риносинусита). Своевременно будет реализовано многоцелевое терапевтическое действие Синупрета, в том числе, что особенно актуально, – противовирусное и противовоспалительное.