

Лечебная тактика при хроническом риносинусите

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России

К.м.н. В.М. Авербух, профессор В.М. Свистушкин

Синусит – одно из самых распространенных заболеваний человека. Данным термином называют воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП). В зависимости от поражения тех или иных пазух различают верхнечелюстной синусит или гайморит, этмоидит (воспаление пазух решетчатой кости), фронтит (воспаление лобной пазухи), сфеноидит (воспаление клиновидной пазухи), а также сочетанные поражения нескольких или всех пазух – полисинусит и пансинусит. Поскольку воспаление в ОНП неизменно сопровождается в той или иной степени выраженными воспалительными изменениями слизистой оболочки полости носа, к более широкому использованию рекомендован термин «риносинусит» [3].

Эпидемиология риносинусита постоянно и активно изучается ведущими отечественными и зарубежными специалистами. Современные представления о распространенности заболевания в России основаны на результатах национального исследования **ХРОНОС 2012**. Основными зарубежными источниками, в которых отражены наиболее современная информация о критериях постановки диагноза, методах лечения, а также данные о распространенности риносинусита, являются документ EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) 2012 г., клинические рекомендации IDSA (Infectious Diseases Society of America) 2012 г., клинические рекомендации CFF (Canadian Family Physician) 2013 г. Данные о распространенности риносинусита получены на основании статистических опросов о наличии симптомов заболевания, а также обращаемости в лечебные учреждения. Исходя из этого известно, что в мире около 15% населения страдают различными формами риносинусита. Считается, что риносинуситы в странах Европы ежегодно возникают у каждого 7-го человека. В США регистрируется 31 млн случаев риносинусита в год, а в России – свыше 10 млн случаев в год. С каждым годом количество пациентов с данной патологией заметно увеличивается. По мнению ряда авторов, в структуре заболеваний в ЛОР-стационарах синусит составляет от 15 до 36%. Риносинуситы входят в десятку наиболее распространенных диагнозов в амбулаторной практике. Повышенное внимание специалистов вызывает заболеваемость хроническим риносинуситом (ХРС), которая за последние 10 лет выросла в 2 раза. По некоторым данным, это заболевание в настоящее время занимает 1-е место среди всех хронических болезней [2, 5, 7].

ХРС – воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и ОНП. Диагноз «хронический риносинусит» ставится при наличии 2-х основных симптомов: заложенности носа и отделяемого из носа, а также возможном присутствии дополнительных симптомов:

головной боли с преимущественной локализацией в области ОНП, ухудшения обоняния. Длительность данных симптомов должна быть более 12 нед. Диагноз должен быть подтвержден эндоскопическим исследованием (наличие слизисто-гнояного отделяемого и/или отека слизистой оболочки в области среднего/верхнего носовых ходов) и/или компьютерной томографией (изменение слизистой оболочки в области остиомеатального комплекса и/или ОНП) [8].

ХРС существенно влияет на качество жизни пациента. Так, K. Macdonald et al. считают, что оно при ХРС такое же, как у больных со злокачественными опухолями, астмой, артритом [9]. Впечатляют затраты на лечение ХРС в США, которые составляют 8,6 млрд долларов в год [10].

ХРС – это сложное полиэтиологическое заболевание, на данный момент до конца не изученное. Роль различных предрасполагающих факторов и патогенетических механизмов развития ХРС до сих пор четко не выяснена. Считается, что хроническое воспаление в ОНП развивается на фоне нарушения их вентиляции вследствие блокады выводных путей. В этой связи большое значение имеют различные варианты и аномалии строения внутриносовых структур и ОНП, такие как искривление перегородки носа, буллезно-измененная средняя носовая раковина, клетка Галлера и другие варианты развития решетчатого лабиринта. Данные анатомические особенности можно выявить при проведении компьютерной томографии ОНП, которая в первую очередь используется для диагностики распространенности и характера патологического процесса [1].

Ведущую роль в **патогенезе ХРС** играют патологические изменения в области среднего носового хода – остиомеатального комплекса. Узость и сложность анатомии данной области являются важными предрасполагающими факторами развития ХРС. Патогенные микроорганизмы в этих условиях получают возможность более длительного контакта со слизистой оболочкой, а также благоприятную среду для жизнедеятельности [4].

Считается, что при хроническом синусите бактериальный спектр чаще представлен микробными ассоциациями: среди возбудителей в 48% случаев выделяются облигатные (*Prevotella* – 31%, *Fusobacterium* – 15%) и факультативные (*Streptococcus spp.* – 22%) анаэробы. У 52% пациентов встречаются аэробы: различные *Streptococcus spp.* – 21%, *Haemophilus influenzae* (гемофильная палочка) – 16%, *Pseudomonas aeruginosa* (синегнойная палочка) – 15%, *Staphylococcus aureus* (золотистый стафилококк) и *Moraxella spp.* (моракселла) – по 10%. Преобладание анаэробов при хроническом синусите можно объяснить изменениями, происходящими в пазухах: в первую очередь ухудшением аэрации пазухи и

снижением величины pH, что создает благоприятные условия для развития этих микроорганизмов. Грибковый синусит, вызываемый грибами *Aspergillus*, *Phycomycetes (Mucor, Rhizopus)*, *Alternaria*, *Candida*, – особая форма хронического синусита, которая встречается значительно реже бактериального [11].

Немаловажным фактором развития ХРС является неадекватная антибактериальная терапия воспалительного процесса в ВЧП на догоспитальном этапе, которая ведет к длительной персистенции микробного агента внутри полости пазухи и способствует стойким морфологическим преобразованиям слизистой оболочки, в основном по продуктивному типу – с метаплазией реснитчатого эпителия в многослойный плоский и развитием дисплазии I–II степени тяжести [12].

На основании вышеизложенных данных **целями лечения ХРС являются** восстановление аэрации и уменьшение воспалительного процесса в ОНП, а также улучшение качества жизни пациента благодаря достижению стойкой ремиссии заболевания. Терапия ХРС основана на длительном использовании интраназальных глюкокортикостероидных препаратов (ИГКС). Препараты данной группы оказывают противовоспалительное, противоотечное действие, улучшают дренажную функцию соустьев ОНП и используются курсами не менее 3-х мес. При этом улучшаются носовое дыхание и обоняние, уменьшаются выделения из носа и выраженность проявлений постназального синдрома [13]. Рекомендации по использованию ИГКС при ХРС основываются на высоком уровне доказательности, аналогичном таковому для ирригационной терапии (промывание полости носа физиологическим раствором) [8, 14].

Единого мнения об эффективности применения антимикробных препаратов при ХРС на данный момент нет. Не вызывает сомнений необходимость использования данной группы лекарственных средств в стадии обострения заболевания. При этом подход к выбору антимикробного препарата – эмпирический, аналогичный таковому при остром бактериальном риносинусите (аминозащищенные пенициллины, современные цефалоспорины, макролиды, «респираторные» фторхинолоны) [15].

Остается не до конца изученным влияние бактериальных биопленок на течение ХРС. Формирование биопленок на поверхности слизистой оболочки полости носа и ОНП отражает универсальную стратегию выживания бактерий (*Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* и т. д.) в условиях, далеких от оптимальных, и, возможно, служит источником повторных обострений при ХРС. Воздействие на биопленки, вероятно, окажется полезным при лечении больных ХРС [8].

Для уточнения характера микрофлоры ОНП целесообразно выполнять пункцию и забор содержимого на микробиологическое исследование. В качестве лечебного мероприятия пункции ОНП используются при наличии показаний для эвакуации патологического содержимого и введения лекарственных препаратов местного действия.

При выявлении грибкового поражения ОНП используются антимикотики для местного введения (амфоте-

рицин В), особенно в послеоперационном периоде. В случае подтверждения наличия инвазивной формы грибкового синусита необходимо использование системных противогрибковых препаратов.

Обсуждается роль муколитиков и лекарственных препаратов растительного происхождения в лечении ХРС. Учитывая невысокий уровень доказательности [8], данные группы лекарственных средств можно применять в комплексе с основными для улучшения мукоцилиарного транспорта и дополнительного противовоспалительного эффекта.

На сегодняшний день консервативное лечение ХРС далеко не всегда приводит к выздоровлению или стойкой ремиссии заболевания. В случае неэффективности адекватной медикаментозной терапии пациенту показано проведение функциональной эндоскопической микрохирургической операции, основные цели которой – устранение блокады соустья ОНП и восстановление вентиляции пазухи. Хирургическое лечение также необходимо проводить для коррекции аномалий строения внутриносовых структур, удаления инородных, грибковых тел ОНП. В большинстве случаев малоинвазивное хирургическое вмешательство, проведенное по показаниям, позволяет ликвидировать воспалительный процесс и улучшить качество жизни пациента [16].

Литература

1. Вишняков В.В. Анатомические варианты строения полости носа и околоносовых пазух при компьютерной томографии. *Мат-лы III Всероссийской науч.-практ. конф. «Наука и практика в оториноларингологии»*. М., 2004. С. 74.
2. Козлов В.С. Роль и значение интраназальных кортикостероидов в лечении риносинуситов // *Русская ринология*. 2003. № 3. С. 20–24.
3. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. *Клинические рекомендации*. М., 2009. С. 3.
4. Лопатин А.С. Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения. *Клинические рекомендации*. М.: Практическая медицина, 2014. С. 3–61.
5. Рязанцев С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. *Методические рекомендации*. СПб., 2013. С. 6.
6. Янов Ю.К., Рязанцев С.В., Страчунский Л.С. и др. *Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита. Пособие для врачей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2003. № 5 (2). С. 167–174.
7. Anand V.K. *Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis // Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 2004. Vol. 193. P. 3–5.
8. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 // Rhinol. Suppl*. 2012 Mar. Vol. 23. P. 1–298.
9. Macdonald K.I. et al. *The health and resource utilization of Canadians with chronic rhinosinusitis // Laryngoscope*. 2009 Jan. Vol. 119 (1). P. 184–189.
10. Bhattacharyya N. *Incremental health care utilization and expenditures for chronic rhinosinusitis in the United States // Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2011 Jul. Vol. 120 (7). P. 423–427.
11. Крюков А.И., Туровский А.Б., Сединкин А.А. *Диагностика и лечение полипозного синусита // Русский медицинский журнал*. 2011. Т. 19. № 6. С. 377–380.
12. Мужичкова А.В. *Клинико-морфологические особенности хронизации воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук*. М., 2011. С. 13–15.
13. Parikh A., Scadding G.K., Darby Y., Baker R.C. *Topical corticosteroids in chronic rhinosinusitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial using fluticasone propionate aqueous nasal spray // Rhinology*. 2001 Jun. Vol. 39 (2). P. 75–79.
14. Harvey R., Hannan S.A., Badia L., Scadding G. *Review Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis // Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18 (3):CD006394.
15. Namyslowski G., Misiolek M., Czecior E., Malafiej E., Orecka B., Namyslowski P., Misiolek H. *Comparison of the efficacy and tolerability of amoxicillin/clavulanic acid 875 mg b.i.d. with cefuroxime 500 mg b.i.d. in the treatment of chronic and acute exacerbation of chronic sinusitis in adults // J Chemother*. 2002 Oct; Vol. 14 (5). P. 508–517.
16. Durr D.G., Desrosiers M. *Evidence-based endoscopic sinus surgery. // J. Otolaryngol*. 2003 Apr. Vol. 32 (2). P. 101–106.