

Лечащий Врач

(/)

Медицинский научно-
практический портал

Войти

Регистрация (<https://passport.osp.ru/registration?>[by=lvrach&backToSite=www.lvrach.ru%2F2012%2F11%2F15435592%2F](https://passport.osp.ru/registration?by=lvrach&backToSite=www.lvrach.ru%2F2012%2F11%2F15435592%2F))RSS  (/rss/) | 16+

ПОИСК:

[Новости \(/news/\)](/news/) [События \(/events/\)](/events/) [Свежий номер \(/latest/\)](/latest/)[Об издании \(/about/\)](/about/) [Подписка \(/subscribe/\)](/subscribe/) [Архив \(/archive/\)](/archive/)[Специализация \(/special/\)](/special/) [Зарубежный опыт \(/foreign_articles/\)](/foreign_articles/)

Рекомендации по ведению взрослых пациентов с острым риносинуситом: достигим ли консенсус?

Представлен обзор современных зарубежных руководств по ведению пациентов с риносинуситом. Обсуждены подходы к диагностике, тактика ведения больных, а также изменения режимов антибактериальной терапии в связи с изменяющейся картиной антибиотикорезистентности

#11/12 (/2012/11/) Ключевые слова / keywords: Актуальная тема (/rub/11000058/), Антибактериальная терапия (/rub/11000110/), Антибиотикорезистентность возбудителя (/rub/11005047/), Бактериальная инфекция (/rub/11002653/), Воспаление (/rub/11002478/), Инвазивный штамм (/rub/11005050/), Микробная обсемененность (/rub/11005048/), Минимальная подавляющая концентрация (/rub/11005049/), Острый риносинусит (/rub/11002016/), Промывание полости носа (/rub/11004857/), Схема ведения пациента (/rub/11005051/), Acute rhinosinusitis (/rub/11010940/), Antibacterial therapy (/rub/11006385/), Antibiotic resistance of the agent (/rub/11010941/), Bacterial content (/rub/11010942/), Bacterial infection (/rub/11009266/), Antibacterial therapy (/rub/11000110/), Inflammation (/rub/11002478/)

В. М. Свистушкин (/author/11573487/), **И. А. Гринев** (/author/11575194/), **О. У. Стецюк** (/author/11571956/), **И. В. Андреева** (/author/11571957/)

2013-01-17 14:16

Нравится 0

 29895 прочтений

Recommendations on observation of adult patients suffering from acute rhinosinusitis: is the consensus achievable?

The review of modern foreign manuals on observation of patients having rhinosinusitis was presented. Approaches to the diagnostics, strategy of patients' observation were discussed, as well as changing of antibacterial therapy modes in view of changing clinical picture of antibiotic resistance of the agent.

В настоящее время считается, что любое воспаление слизистой оболочки носа (ринит) сочетается с воспалением слизистой оболочки придаточных пазух носа (ППН) (синуситом), поэтому все большее распространение получает термин «риносинусит».

Согласно Европейским рекомендациям по риносинуситу (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps — EPOS) 2012 г. острый риносинусит (ОРС) у взрослых пациентов определяется как острое воспаление слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух (появившееся внезапно и продолжающееся не более 12 недель), характеризующееся наличием двух или более симптомов, из них обязательным симптомом является заложенность носа или наличие выделений из носа или по задней стенке глотки, а дополнительными признаками боль или давление в области лица и гипосмия или аносмия [2]. В Руководстве по ведению взрослых и детей с острым бактериальным риносинуситом (ОБРС) Американского общества по инфекционным болезням IDSA предложены сходные, но более детализированные клинические критерии постановки диагноза риносинусита (табл. 1) [2]. Диагноз считается правомочным при наличии не менее 2 «основных» симптомов или 1 «основного» и не менее чем 2 «дополнительных» симптомов [2].

На основании представленных критериев постановки диагноза становится очевидным, что понятие «острый риносинусит» охватывает широкий спектр различных нозологических состояний — от банальной ОРВИ до тяжелой бактериальной инфекции.

Таблица 1

| Критерии постановки диагноза риносинусита [2] | |
|--|---|
| Основные симптомы | Дополнительные симптомы |
| • Гнойные выделения из полости носа | • Головная боль |
| • Гнойные выделения по задней стенке глотки | • Боль, чувство давления или распирания в ухе |
| • Заложенность носа | • Галитоз |
| • Чувство распирания, давления или боль в области лица | • Боль в зубах |
| • Гипосмия или аносмия | • Кашель |
| • Лихорадка | • Утомляемость |

Распространенность острого риносинусита

Распространенность ОРС, несомненно, очень велика. Однако указать точные цифры заболеваемости весьма затруднительно, так как в проведенных исследованиях применялись различные методы анализа частоты данного заболевания и использованы различные критерии постановки диагноза синусита. Считается, что каждый взрослый человек ежегодно переносит от 2 до 5 эпизодов ОРВИ, из которых 0,5–2% осложняются ОБРС [3]. В США ежегодно регистрируется до 32 млн случаев риносинусита, что соответствует поражению данной патологией 16% взрослого населения страны [4].

Несмотря на то, что подавляющее большинство случаев ОРС обусловлены вирусной инфекцией, антибактериальные препараты (АБП) назначаются более чем в 80% случаев при обращении пациента к врачу, что составляет более 20% всех назначений антимикробных препаратов и делает ОРС пятой по частоте причиной использования антибиотиков в амбулаторной практике [5, 6]. В рекомендациях IDSA 2012 г. особо подчеркивается, что частота назначения АБП при ОРС является явно избыточной, учитывая, что по данным плацебо-контролируемых исследований около 70% случаев ОРС заканчиваются выздоровлением без применения антибиотиков [7]. Поэтому одной из основных задач при ведении пациентов с ОРС является выделение групп пациентов, которым показано назначение АБП.

Основные проблемы при диагностике ОБРС

В рекомендациях IDSA 2012 г. отражены основные проблемы, с которыми сталкивается врач при обращении пациента с ОРС. Основная сложность заключается в отсутствии достоверных методов дифференциальной диагностики вирусной и бактериальной природы заболевания, как клинических, так и рентгенологических.

Считается, что «золотым стандартом» диагностики ОБРС является выделение бактерий в высокой концентрации ($\geq 10^4$ КОЕ₁/мл) из клинического материала, полученного из синуса [8]. Однако пункция придаточных пазух носа является инвазивной и достаточно травматичной процедурой, которая должна проводиться по строгим показаниям. Мазки из среднего носового хода всегда контаминированы микрофлорой полости носа, которая зачастую не соответствует микрофлоре пораженной придаточной пазухи носа (особенно при наличии блока соустья), поэтому не пригодны для микробиологической диагностики синусита. Взятие материала при эндоскопии синуса для большинства российских клиник недоступно.

Большинство российских специалистов считают рентгенографию придаточных пазух носа обязательной для подтверждения диагноза ОБРС. Однако, как оказалось, рентгенологические методы также не позволяют достоверно разграничить ОРС вирусной и бактериальной природы. Исследования показали, что у большинства пациентов с ОРВИ при проведении рентгенологических исследований выявляются изменения в придаточных пазухах носа, неотличимые от таковых при ОБРС [2]. Поэтому в соответствии с руководствами EPOS и IDSA 2012 г. при неосложненном течении ОРС рентгенологические исследования не показаны. КТ показана пациентам с ОБРС при наличии подозрений на развитие орбитальных и/или внутричерепных осложнений [1, 2].

Таким образом, основное место в дифференциальной диагностике вирусного и бактериального риносинусита отводится анализу клинической картины заболевания. На основании классической работы Gwaltney с соавт. [9], в которой было изучено естественное течение риновирусной инфекции, в качестве суррогатных критериев для постановки диагноза ОБРС были предложены: 1) сохранение симптомов заболевания более 7–10 дней или 2) появление «второй волны» симптомов после 5-го дня заболевания [1, 2, 5, 8]. Несомненным достоинством руководства IDSA 2012 г. является включение третьего критерия для диагностики ОБРС и назначения антибактериальной терапии: начала заболевания с выраженных симптомов (лихорадка $\geq 39^\circ\text{C}$ и гнойных выделений из носа), сохраняющихся в течение 3–4 дней от начала заболевания [2].

Роль антибактериальной терапии при ОБРС

Как уже было указано выше, в рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) у пациентов с ОБРС, в которых сравнивались антибиотики и плацебо, было продемонстрировано, что около 70% случаев заболевания заканчиваются самопроизвольным выздоровлением без применения АБП [7]. Данный факт, а также результаты исследования Garbutt с соавт., опубликованные в феврале 2012 г. в *The Journal of American Medical Association (JAMA)* [10], послужили причиной жарких дебатов на тему «Нужны ли антибиотики при остром неосложненном риносинусите?» [11]. В указанном исследовании было выявлено отсутствие достоверных различий по скорости исчезновения симптомов ОБРС при назначении пациентам амоксициллина или плацебо [10]. Данное исследование еще раз продемонстрировало сложности оценки пользы от назначения антибиотиков при ОБРС в клинических исследованиях, связанные с включением в исследование неоднородной по тяжести состояния популяции пациентов и высокой частотой самопроизвольного выздоровления.

За период с 2005 г. по 2012 г. было выполнено 5 систематических обзоров и метаанализов, в которых оценивалась эффективность АБП в сравнении с плацебо у взрослых пациентов с ОБРС. Всего в анализ было включено 17 РКИ, представляющих результаты лечения 2686 пациентов, 1665 из которых получали различные антибиотики и 1521 — плацебо [2]. По результатам анализа улучшение или выздоровление было отмечено в 72,9% случаев при антибактериальной терапии и в 65,0% при применении плацебо (отношение шансов — ОШ = 1,44, 95% доверительный интервал — ДИ от 1,24 до 1,68). Таким образом, антибиотики обеспечивают небольшое, но достоверное улучшение исхода заболевания, которое, несомненно, было бы гораздо более значительным при возможности исключения из исследований пациентов с вероятным вирусным риносинуситом, не нуждающихся в антибактериальной терапии. В целом, показатель NNT (number

needed to treat), т. е. число пациентов, которых необходимо пролечить антибиотиками для достижения одного дополнительного случая клинической эффективности, составил 13 (95% ДИ от 9 до 22) для взрослых пациентов [2].

В связи с этим становится очевидным, что антибактериальная терапия приносит несомненную пользу больным с бактериальной этиологией ОРС и задачей врача является отбор пациентов с высокой вероятностью ОБРС, у которых эта польза будет максимальной.

Выбор препарата для эмпирической терапии ОБРС

Основаниями для выбора АБП для эмпирической терапии ОБРС, прежде всего, должны служить:

- 1) высокая активность антибиотика *in vitro* в отношении основных возбудителей ОБРС и отсутствие клинически значимой антибиотикорезистентности;
- 2) подтвержденная эффективность и безопасность в РКИ.

По данным многочисленных исследований основными возбудителями ОБРС являются т. н. «респираторные патогены» — *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*, выявляемые у взрослых пациентов в 20–43%, 22–35% и 2–10% случаев соответственно [12]. Наиболее значимым из этих микроорганизмов является, несомненно, пневмококк — *S. pneumoniae*, т. к. частота спонтанной эрадикации данного патогена при ОБРС составляет всего 30%, в то время как для *H. influenzae* и *M. catarrhalis* — 60% и 80% соответственно, а для других возможных возбудителей (анаэробы, стрептококки, включая *Streptococcus pyogenes*, и *Staphylococcus aureus*) вероятность спонтанной эрадикации составляет 50/50 [12].

По данным российских исследований доминирующими возбудителями ОБРС у взрослых пациентов также являются пневмококк и гемофильная палочка, а *M. catarrhalis* выделяется только в единичных случаях. В то же время у пациентов в РФ достаточно часто (> 10% случаев) выделяются стрептококки различных серогрупп, в том числе *S. pyogenes* (рис. 1 и 2) [13, 14]. Интересен тот факт, что в исследовании 2009 г., в котором изучалась этиология риносинуситов у военно-служащих [14], было отмечено изменение структуры возбудителей с преобладанием гемофильной палочки, а не пневмококка (рис. 2), как в более ранних исследованиях, проведенных в РФ [13, 15]. Однако остается неясным, является ли эта тенденция общей или отмечается только в данной специфической популяции пациентов.

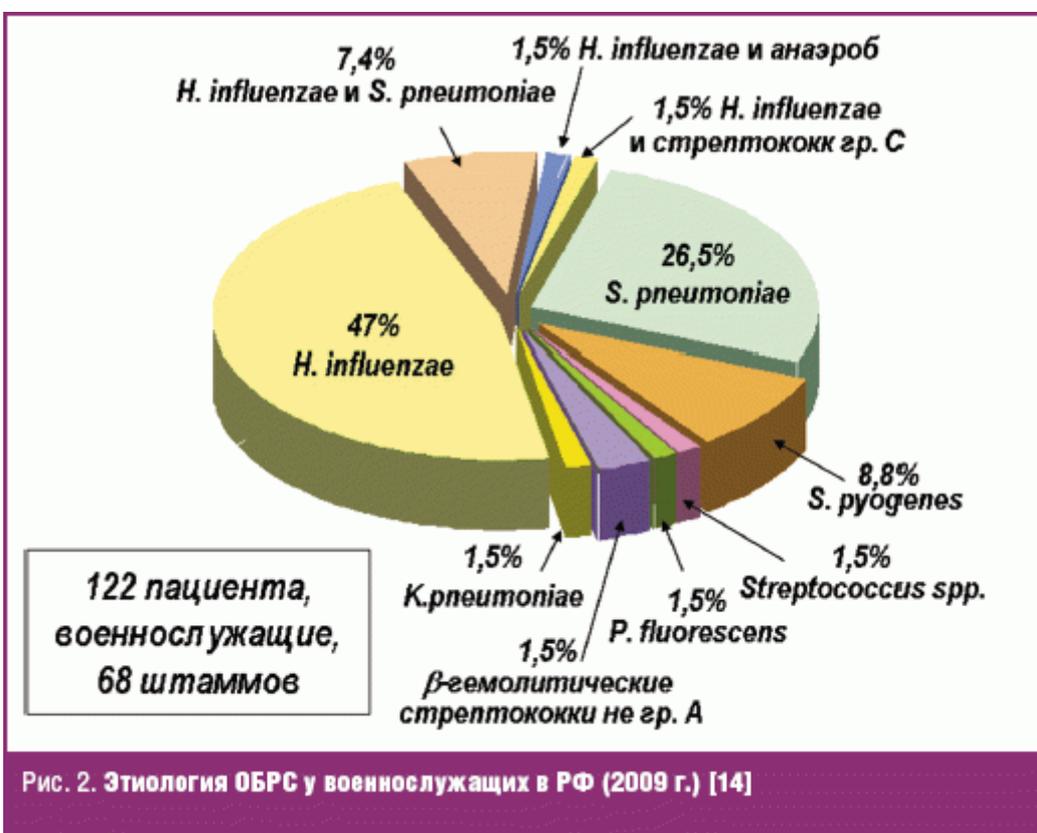
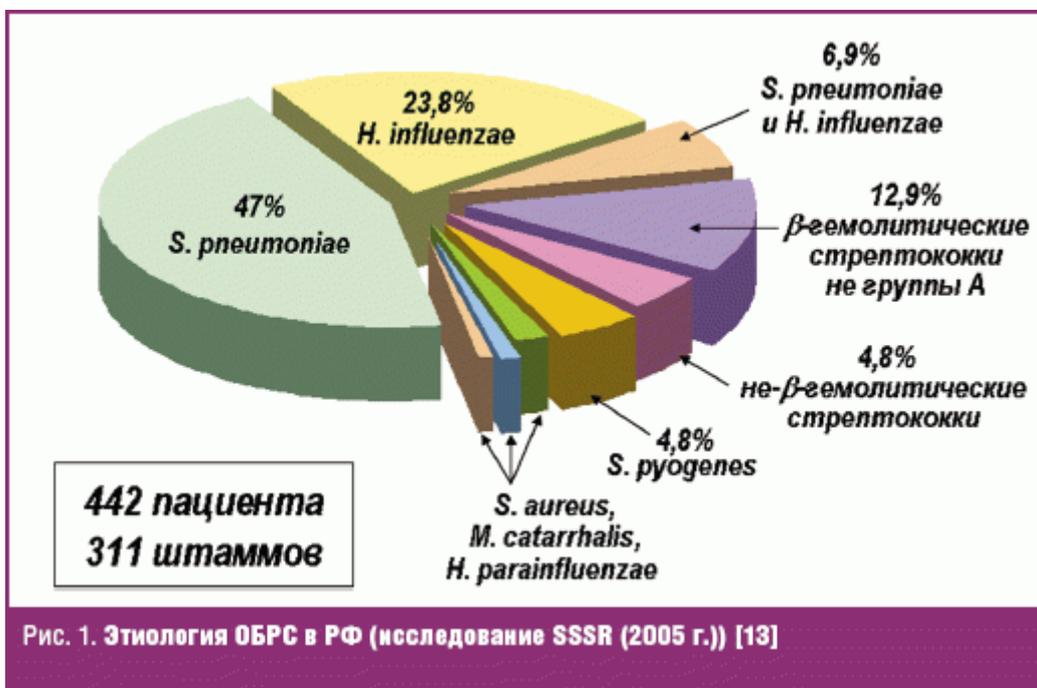


Таблица 2

Этиология ОБРС у взрослых пациентов по данным микробиологического исследования материала, полученного при пункции пазух [2]

| Возбудитель (частота выделения в %) | Данные исследований, проведенных до 2000 г. | Данные исследований, выполненных в 2010 г. |
|-------------------------------------|---|--|
| <i>S. pneumoniae</i> | 30–43 | 38 |
| <i>H. influenzae</i> | 31–35 | 36 |
| <i>M. catarrhalis</i> | 2–10 | 16 |
| <i>S. pyogenes</i> | 2–7 | 4 |
| <i>S. aureus</i> | 2–3 | 13 |
| Возбудитель не выделен | 40–50 | 36 |

| Патоген | АБП | % резистентных штаммов в исследовании | | |
|-----------------------|-------------|---------------------------------------|------|---------|
| | | TeqCES | RESP | PROTECT |
| <i>S. pneumoniae</i> | Пенициллин | 12,8 | 16,0 | 20,0 |
| | Эритромицин | 23,3 | 32,0 | 44,1 |
| <i>H. influenzae</i> | Ампициллин | 29,6 | 30,0 | 11,8 |
| | Азитромицин | 2,0 | 0,6 | 0,0 |
| <i>M. catarrhalis</i> | Пенициллин | 91,8 | 91,5 | 97,6 |
| | Эритромицин | 2,6 | 2,0 | НД |

По данным зарубежных авторов в развитых странах мира также отмечается изменение этиологической структуры возбудителей ОБРС, в частности, увеличение доли *S. aureus* (табл. 2) [2]. Таким образом, АБП для эмпирической терапии ОБРС должен обладать высокой активностью против штаммов *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Streptococcus spp.*, и *S. aureus*.

Имеющиеся на сегодняшний день данные по антибиотикорезистентности перечисленных возбудителей существенно разнятся не только для различных стран мира, но даже для отдельных областей внутри страны [12, 16–18]. В частности, по данным зарубежных исследований в США отмечается высокая частота резистентности респираторных возбудителей к пенициллинам и макролидам (табл. 3) [12, 16, 19]. Крайне высокие цифры резистентности отмечены в странах Юго-Восточной Азии (Китай, Корея, Тайвань). В частности, в многоцентровом исследовании Hsueh с соавт. [20] частота выделения пневмококков, нечувствительных к пенициллину, достигала 60%; распространенность изолятов *S. pneumoniae*, резистентных к макролидам, составила 91%; а штаммов *H. influenzae*, вырабатывающих бета-лактамазы и устойчивых к ампициллину, — 70%. В Европе отмечаются значительные географические различия в частоте резистентности респираторных патогенов к пенициллинам и макролидам: более благополучная картина наблюдается в Скандинавских странах, в то время как в Испании, Греции и Франции частота выделения пневмококков, устойчивых к пенициллину и макролидам, составляет 25% и более [21]. Сходная ситуация отмечается и с резистентностью штаммов *H. influenzae* [22]. Именно эти различия в распространенности антибиотикорезистентных штаммов объясняют отсутствие консенсуса между Европейскими и Американскими рекомендациями по терапии риносинуситов. В то время как в ряде стран Европы амоксициллин по-прежнему рассматривается как препарат первого ряда, в США в качестве основных АБП для лечения ОБРС предлагается Ко-амоксиклав, в том числе высокодозные лекарственные формы, а также респираторные фторхинолоны — левофлоксацин [2].

В целом ситуацию с антибиотикорезистентностью респираторных возбудителей в РФ можно рассматривать как относительно благополучную [17, 18]. Частота выделения пневмококков, нечувствительных к пенициллину, в России в среднем составляет 11,2%, причем основную массу (9,1%) составляют штаммы с умеренной резистентностью к пенициллину (с МПК₂ пенициллина 0,125–1 мг/л) (рис. 3) [17]. Подавляющее большинство штаммов *S. pneumoniae* (в среднем по РФ — 99,6%) чувствительны к амоксициллину, это касается даже самых «неблагополучных» с точки зрения резистентности регионов. Например, в Дальневосточном федеральном округе, где пенициллинорезистентные пневмококки (ПРП),

имеющие МПК пенициллина ≥ 2 мг/л, выделяются с частотой 7,4%, отмечается только 2,9% штаммов, умеренно резистентных к амоксициллину. Это еще раз подтверждает преимущества амоксициллина, который является наиболее активным пероральным бета-лактамом в отношении штаммов *S. pneumoniae*, в том числе против изолятов со сниженной чувствительностью к пенициллину. Частота выделения пневмококков, нечувствительных к макролидам, в РФ также составляет около 10% [17, 18]. В нашей стране также отсутствуют штаммы *S. pneumoniae*, нечувствительные к респираторным фторхинолонам, зато отмечается высокая резистентность к тетрациклинам и ко-тримоксазолу. У штаммов гемофильной палочки, выделенных в РФ, частота продукции бета-лактамаз по данным различных исследований (2006–2009 гг.) варьировала от 5% [14] до 9% [18]. Среди изолятов *H. influenzae* также распространены штаммы, резистентные к ко-тримоксазолу [14].



Таблица 4

Частота резистентности респираторных возбудителей к основным АБП по данным международных эпидемиологических исследований [12]

| Показание | АБТ первой линии | АБТ второй линии |
|---|---|---|
| Стартовая эмпирическая терапия | Обычные дозы Ко-амоксиклава: 625 мг × 3 раза или 1000 мг × 2 раза в сутки | Ко-амоксиклав 2000/125 мг 2 раза/сут per os |
| Аллергия на бета-лактамы | Доксициклин (???) Левифлоксацин или моксифлоксацин per os | |
| Риск антибиотикорезистентности* или неэффективность стартовой терапии | Ко-амоксиклав 2000/125 мг 2 раза/сут per os или Левифлоксацин или моксифлоксацин per os | |
| Тяжелое течение, требующее госпитализации | Левифлоксацин или моксифлоксацин в/в или Цефтриаксон 1–2 г 1-2 раза в сутки в/в или Цефотаксим 2 г в/в каждые 4–6 ч | |

* Риск антибиотикорезистентности: регионы с высокой частотой (> 10%) распространенности инвазивных штаммов пенициллинорезистентных пневмококков, пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, иммунодефицитом, получавшие АБП в течение предшествующего месяца или госпитализированные в течение предшествующих 5 суток, проживающие в «закрытых» учреждениях, например, в домах престарелых.

Таблица 5

Расчетные показатели прогнозируемой клинической и микробиологической эффективности различных АБП при ОБРС [5]

| Форма заболевания/АБП | Прогнозируемая эффективность | |
|--|------------------------------|--------------------|
| | Клиническая | Микробиологическая |
| ОБРС, легкое течение, у пациентов, не принимавших АБП в предшествующие 3 мес | | |
| Ко-амоксиклав | 90–91 | 97–99 |
| Амоксициллин | 87–88 | 91–92 |
| Цефуроксим аксетил | 85 | 87 |
| Макролиды | 77 | 73 |
| Среднетяжелый ОБРС или ОБРС у пациентов, принимавших АБП в предшествующие 3 мес | | |
| Респираторные фторхинолоны | 92 | 100 |
| Ко-амоксиклав | 91 | 99 |
| Цефтриаксон | 91 | 100 |



С учетом значительных географических различий в антибиотикорезистентности респираторных возбудителей в различных странах Европы, в рекомендациях EPOS 2012 г. не указаны конкретные препараты выбора для эмпирической терапии ОБРС у взрослых пациентов. В зависимости от эпидемиологической ситуации следует выбирать препарат с максимально узким спектром, но с высокой активностью против двух основных возбудителей ОБРС — *S. pneumoniae* и *H. influenzae* [1]. В рекомендациях IDSA 2012 г. амоксициллин не рассматривается как эффективный препарат для лечения ОБРС [2]. Терапию рекомендуется начинать с назначения Ко-амоксиклава. Использование высокодозных лекарственных форм Ко-амоксиклава (2000/125 мг 2 раза в сутки или 90/6,4 мг/кг/сут в 2 приема) рекомендуется только в регионах с высокой распространенностью (> 10%) инвазивных штаммов пенициллинонечувствительных пневмококков (ПНЧП), а также для лечения пациентов с тяжелым течением ОБРС с угрозой развития осложнений или больных с высоким риском выделения резистентных штаммов *S. pneumoniae* (с тяжелой сопутствующей патологией, иммунодефицитными состояниями (ИДС), получавших АБП в течение предшествующего месяца или госпитализированных в течение предшествующих 5 суток, проживающих в «закрытых» учреждениях, например, в домах престарелых). Для всех остальных категорий больных лечение следует начинать с применения обычных лекарственных форм Ко-амоксиклава, например, препарата Амоксиклав® (500/125 мг 3 раза в сутки или 875/125 мг 2 раза в сутки) (табл. 4).

Наиболее масштабные данные по антибиотикорезистентности пневмококков в РФ были получены в многоцентровом проспективном микробиологическом исследовании ПеГАС [17, 23]. В ходе третьего этапа этого исследования (ПеГАС-III), проведенного в 2007–2009 гг. в различных городах РФ, было собрано 715 штаммов пневмококков, однако доля инвазивных *S. pneumoniae* (т. е. выделенных из крови и ликвора) составила всего 3,9%. Данные по чувствительности пневмококков к пенициллину и амоксициллину представлены на рис. 3 и свидетельствуют, что в большинстве регионов РФ пневмококки сохраняют высокую чувствительность к пенициллину и особенно к амоксициллину. Таким образом, в большинстве регионов РФ обычные дозы Ко-амоксиклава будут сохранять высокую активность, а обоснование использования высоких доз требует дальнейших исследований,

направленных на определение распространенности пенициллинонечувствительных инвазивных штаммов *S. pneumoniae* в различных регионах РФ.

В качестве эффективных препаратов для лечения ОБРС руководство IDSA 2012 г. также рассматривает «новые» фторхинолоны (в т. ч. левофлоксацин). Преимуществами этих препаратов является высокая активность против *S. pneumoniae* и *H. influenzae* (в РФ не выявлено устойчивых штаммов пневмококков и гемофильной палочки) и *M. catarrhalis*, прекрасные фармакокинетические характеристики, наличие внутривенной и таблетированной лекарственных форм, что позволяет проводить ступенчатую терапию у госпитализированных пациентов с тяжелым течением ОБРС. Кроме того, респираторные фторхинолоны можно безопасно применять у взрослых пациентов с аллергическими реакциями на бета-лактамы (табл. 4) [2].

В связи с ростом резистентности *S. pneumoniae* и *H. influenzae* к макролидам в США, данная группа препаратов полностью исключена из рекомендаций IDSA 2012 г., как для использования у взрослых пациентов, так и в педиатрической популяции [2].

Назначение доксицилина не может рассматриваться в качестве эффективной терапии ОБРС у российских пациентов с аллергией на бета-лактамы, так как частота устойчивости пневмококков к тетрациклам в РФ составляет более 25% [17, 23].

В клинических исследованиях при ОБРС Ко-амоксиклав продемонстрировал высокую клиническую эффективность, не уступающую таковой «новых» фторхинолонов. Так, в результате метаанализа РКИ было установлено, что отношение шансов (ОШ) клинической эффективности при терапии «новыми» фторхинолонами и Ко-амоксиклавом составляет 1,24 (95% ДИ от 0,93 до 1,65) [24]. Расчетные показатели прогнозируемой клинической и микробиологической эффективности различных АБП при ОБРС также свидетельствуют о высокой активности Ко-амоксиклава при данной нозологии, превосходящей амоксициллин, Цефуроксима аксетил и макролиды и не уступающей «новым» фторхинолонам и парентеральным цефалоспорином III поколения (табл. 5) [5].

Нельзя не отметить, что рекомендации IDSA 2012 г. по выбору АБП для эмпирической терапии ОБРС вполне согласуются с мнением российских врачей-оториноларингологов — 36% из них отдают предпочтение Ко-амоксиклаву [25]. Ко-амоксиклав также рассматривался в качестве препарата выбора во всех ранее опубликованных отечественных рекомендациях по лечению ОБРС [26–28].

Общая схема ведения пациента с ОБРС

Общая схема ведения пациента с ОБРС в соответствии с руководством IDSA 2012 г. представлена на рис. 4 [2]. При анализе приведенной на схеме информации обращают на себя внимание несколько моментов. Во-первых, по рекомендациям IDSA на первых этапах лечение пациента с ОБРС осуществляет врач общей практики, и только в случае неэффективности двух курсов АБТ пациента направляют на консультацию к ЛОР-врачу. Во-вторых, всем пациентам назначается симптоматическая терапия, взгляды на которую за последние несколько лет также существенно поменялись. И, в-третьих, изменилась рекомендуемая длительность АБТ ОБРС: при неосложненном течении считается

достаточным проведение 5–7-дневного курса лечения антибиотиками, а в более сложных случаях рекомендуемая длительность терапии составляет всего 7–10 суток [2].

Признавая существенные различия в организации медицинской помощи в нашей стране и за рубежом, мы не будем касаться обсуждения возможности лечения ОБРС врачом общей практики, но уделим внимание симптоматической терапии ОБРС.

Симптоматическая терапии ОБРС

Современные руководства по лечению ОБРС (EPOS 2012 г. и IDSA 2012 г.) не рекомендуют использовать деконгестанты, антигистаминные препараты и муколитики при ОБРС [1, 2]. Применение этих препаратов не только неэффективно, но может приводить к развитию нежелательных лекарственных реакций. В то же время по результатам Кокрановского систематического обзора доказано, что интраназальные кортикостероиды (ИНКС) обеспечивают достоверное улучшение симптомов у пациентов с ОБРС в сравнении с плацебо (ОШ = 1,11, 95% ДИ от 1,04 до 1,18) [30]. На основании этих данных ИНКС рекомендованы в качестве средства симптоматической терапии ОБРС, особенно у пациентов с аллергическим ринитом в анамнезе. В тяжелых случаях ОБРС руководство EPOS 2012 г. рекомендует даже использование пероральных кортикостероидов коротким курсом с целью уменьшения выраженного воспаления и болевого синдрома [1]. И, наконец, в руководстве IDSA 2012 г. указано, что промывание полости носа физиологическим или гипертоническим раствором натрия хлорида также может обеспечивать симптоматическое улучшение у взрослых пациентов с ОБРС [2].

Заключение

Таким образом, рекомендации по выбору антибактериальных препаратов для лечения ОБРС, представленные в руководстве IDSA 2012 г., в целом, вполне согласуются с имеющимися российскими рекомендациями и сложившейся в РФ практикой применения антибиотиков при данном заболевании. Кроме того, руководства IDSA и EPOS 2012 г. содержат важную с практической точки зрения и доказательно обоснованную информацию, касающуюся принципов клинической диагностики ОБРС, тактики ведения пациентов и отбора больных, нуждающихся в обязательном назначении антибактериальных препаратов. Несомненный практический интерес также представляют доказательные данные об эффективности и безопасности различных методов симптоматической терапии при ОБРС. Не вызывает сомнения, что на сегодняшний день в РФ назрела необходимость создания нового национального руководства по ОБРС, в котором были бы отражены современные взгляды на диагностику данного состояния, тактику ведения пациентов, антибактериальную и неантибактериальную терапию. Внедрение подобного руководства в практику позволит установить единые стандарты лечения ОБРС в нашей стране, сократить частоту неоправданного применения антибиотиков и улучшить результаты лечения.

Литература

1. Fokkens W. J., Lund V. J., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // *Rhinology*. 2012; 50 (1): 1–12.
2. 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.

3. Wang D. Y., Wardani R. S., Singh K. et al. A survey on the management of acute rhinosinusitis among Asian physicians // *Rhinology*. 2011; 49 (3): 264–271.
4. Anand V. K. Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis // *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 2004; 193: 3–5.
5. Anon J. B., Jacobs M. R., Poole M. D. et al. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130 (1 Suppl): 1–45.
6. Gill J. M., Fleischut P., Haas S. et al. Use of antibiotics for adult upper respiratory infections in outpatient settings: a national ambulatory network study // *Fam Med*. 2006; 38: 349–354.
7. Young J., De Sutter A., Merenstein D. et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data // *Lancet*. 2008; 371: 908–914.
8. Rosenfeld R. M., Andes D., Bhattacharyya N. et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis // *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007; 137: S1–31.
9. Gwaltney J. M. Jr., Hendley J. O., Simon G., Jordan W. S. Jr. Rhinovirus infections in an industrial population. II. Characteristics of illness and antibody response // *JAMA* 1967; 202: 494–500.
10. Garbutt J. M., Banister C., Spitznagel E., Piccirillo J. F. Amoxicillin for acute rhinosinusitis: a randomized controlled trial // *JAMA*. 2012; 307 (7): 685–692.
11. Brown T. Antibiotics May Not Be Needed for Acute Rhinosinusitis. *Medscape Education Clinical Briefs*. <http://www.medscape.org/viewarticle/758913>.
12. Hadley J. A., Pfaller M. A. Oral beta-lactams in the treatment of acute bacterial rhinosinusitis // *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2007; 57 (3 Suppl): 47 S–54 S.
13. Страчунский Л. С., Тарасов А. А., Крюков А. И. с соавт. Возбудители острого бактериального риносинусита. Результаты многоцентрового микробиологического исследования SSSR // *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2005; 7 (4): 337–349.
14. Колосов А. В., Гучев И. А., Кречикова О. И. Острый бактериальный риносинусит у военнослужащих: этиология, чувствительность к антибиотикам и эффективность антимикробной терапии // *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2009; 11 (1): 14–21.
15. Отвагин И. В. Фармакоэпидемиологическое и клинико-бактериологическое обоснование применения цефалоспоринов у больных острым синуситом. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Смоленск, 1998. 22 с.
16. Rybak M. J. Increased bacterial resistance: PROTEKT US — an update // *The Annals of pharmacotherapy*. 2004; 38 (9 Suppl): S8–S13.
17. Козлов Р. С. Пневмококки: уроки прошлого — взгляд в будущее. Смоленск: МАКМАХ, 2010. 128 с.
18. Сидоренко С. В. Тенденции в распространении антибиотикорезистентности среди возбудителей внебольничных инфекций на территории Российской Федерации // *Consilium Medicum*. 2007; 9 (1).
19. Sahm D. F., Benninger M. S., Evangelista A. T. et al. Antimicrobial resistance trends among sinus isolates of *Streptococcus pneumoniae* in the United States (2001–2005) // *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007; 136 (3): 385–389.
20. Hsueh P. R., Huang W. K., Shyr J. M. et al. Multicenter surveillance of antimicrobial resistance of *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrhalis* to 14 oral antibiotics // *J Formos Med Assoc*. 2004; 103 (9): 664–670.
21. European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). EARSS Annual Report 2008. http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-et/Documents/2008_EARSS_Annual_Report.pdf (http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-et/Documents/2008_EARSS_Annual_Report.pdf).
22. Gracia M., Diaz C., Coronel P. et al. Antimicrobial susceptibility of *Haemophilus influenzae* and *Moraxella catarrhalis* isolates in eight Central, East and Baltic European countries in 2005–06: results of the Cefditoren Surveillance Study // *J Antimicrob Chemother*. 2008; 61 (5): 1180–1181.
23. Козлов Р. С., Сивая О. В., Кречикова О. И. и др. Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в России за период 1999–2009 гг. (Результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС) // *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2010; 12 (4): 329–341.
24. Karageorgopoulos D. E., Giannopoulou K. P., Grammatikos A. P. et al. Fluoroquinolones compared with beta-lactam antibiotics for the treatment of acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized controlled trials // *CMAJ*. 2008; 178 (7): 845–854.

25. Анготоева И. Б. Острые риносинуситы. Как мы следуем стандартам. Материалы VII Конгресса Российского общества ринологов «Актуальные вопросы ринологии на современном этапе». Таганрог, 30 мая — 1 июня 2007.
26. Страчунский Л. С., Каманин Е. И., Тарасов А. А. и др. Антибактериальная терапия синусита // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. 1999; 1 (1): 83–88.
27. Янов Ю. К., Рязанцев С. В., Страчунский Л. С. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита. Пособие для врачей // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. 2003; 5 (2): 167–174.
28. Лопатин А. С, Свистушкин В. М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М., 2009.
29. Falagas M. E., Karageorgopoulos D. E., Grammatikos A. P., Matthaïou D. K. Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials // Br J Clin Pharmacol. 2009; 67: 161–171.
30. Zalmanovici A., Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis // Cochrane Database Syst Rev. 2009 (4): CD005149.

В. М. Свистушкин*, доктор медицинских наук, профессор

И. А. Гринев***

О. У. Стецюк**, кандидат медицинских наук

И. В. Андреева**, кандидат медицинских наук

*ГБУЗ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва

**НИИ антимикробной химиотерапии ГБОУ ВПО СГМА, Смоленск

***СГМА, Смоленск

Контактная информация об авторах для переписки: olga.stetsiuk@gmail.com
(<mailto:olga.stetsiuk@gmail.com>)

1 КОЕ — колониеобразующая единица (количественная характеристика микробной обсемененности).

2 МПК — минимальная подавляющая концентрация.

[Купить номер с этой статьей в pdf \(https://www.osp.ru//store/lvrach/2012/11/\)](https://www.osp.ru//store/lvrach/2012/11/)



Зимние Шины в наличии

shinservice.ru

Все новости и обзоры - в нашем канале на «Яндекс.Дзене».

Подписывайтесь
(<https://zen.yandex.ru/id/5c57ef62989f6500ad82c334>)