

Острый риносинусит: диагностика и лечение

М.Л.Дербенева^{✉1}, А.Л.Гусева²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова» Департамента здравоохранения г. Москвы. 117049, Россия, Москва, Ленинский пр-т., д. 10, корп. 5;

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

✉ mlderbeneva@mail.ru

В статье представлены этиология, клиническая картина и диагностические критерии острого риносинусита. Рассматриваются дифференциальная диагностика острого риносинусита вирусной и бактериальной этиологии, а также особенности назначения антибактериальной и сопутствующей вспомогательной терапии при этом заболевании.

Ключевые слова: синусит, риносинусит, антибиотики.

Для цитирования: Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Острый риносинусит: диагностика и лечение. Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 58–60. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.58-60

Review

Acute rhinosinusitis: diagnosis and treatment

М.Л.Derbeneva^{✉1}, A.L.Guseva²

¹N.I.Pirogov City Clinical Hospital №1 of the Department of Health of Moscow. 119049, Russian Federation, Moscow, Leninskii pr-t, d. 10, korp. 5;

²N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1

✉ mlderbeneva@mail.ru

Abstract

The article presents the etiology, clinical performance and diagnostic criteria of acute rhinosinusitis. Differential diagnostics of acute rhinosinusitis of viral and bacterial etiology, as well as peculiarities of prescription of antibacterial and concomitant auxiliary therapy for this disease are considered.

Key words: sinusitis, rhinosinusitis, antibiotics.

For citation: Derbeneva M.L., Guseva A.L. Acute rhinosinusitis: diagnosis and treatment. Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 58–60. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.58-60

В настоящее время термины «ринит» и «синусит» все чаще заменяются одним общим понятием – «риносинусит», которое подчеркивает частое сочетание воспалительных изменений как в полости носа, так и в околоносовых пазухах. Риносинусит разделяют на острый и хронический в зависимости от продолжительности клинической симптоматики заболевания. Длительность острого риносинусита (ОРС) не должна превышать 4 нед. Отдельно выделяют рецидивирующий ОРС при наличии 4 эпизодов ОРС в год с отчетливо выраженными бессимптомными промежутками между ними не менее 8 нед [1, 2].

Актуальность ОРС обусловлена в немалой степени причиняемым им значительным экономическим ущербом, а затраты на лечение этого распространенного заболевания ложатся тяжким бременем на системы здравоохранения разных стран. Диагноз ОРС является одним из самых часто выставляемых на амбулаторных приемах врачей общей практики, а среди пациентов с заболеваниями верхних дыхательных путей около 15% приходится на синусит [3]. В стационарах оториноларингологического профиля пациенты с синуситами составляют до 36% всех больных. По статистическим данным, в Москве заболеваемость синуситами составляет 1420 случаев на 100 тыс. взрослого населения, а в целом в России ежегодно ОРС переносят около 10 млн человек [4]. Тем не менее считается, что реальное число заболевших ОРС гораздо выше, так как многие лица при легких формах заболевания не обращаются за врачебной помощью, предпочитая лечиться самостоятельно.

По этиологии выделяют бактериальный и вирусный ОРС. В среднем у 90% пациентов с острой вирусной инфекцией верхних дыхательных путей наблюдается сопутствующий вирусный синусит, однако только у 0,5–2% заболевших он переходит в бактериальную форму [5, 6]. Среди вирусов, наиболее часто вызывающих ОРС, выде-

ляют респираторно-синцитиальные, вирусы парагриппа и гриппа, а также риновирусы. Наиболее распространенными возбудителями бактериального ОРС являются *Streptococcus pneumoniae* (41%) и *Haemophilus influenzae* (35%), реже встречаются анаэробы, *Moraxella*, *Streptococcus* spp. и *Staphylococcus aureus* [7, 8].

Основой патогенеза ОРС является повреждающее действие вирусов на реснички мерцательного эпителия слизистой носа и околоносовых пазух. Нарушение мукоцилиарного клиренса при этом ведет к застою секрета в пазухах, снижению в них воздухообмена и увеличению контакта патогенных микроорганизмов с клетками слизистой оболочки. Кроме того, уже на стадии вирусного воспаления наблюдаются отек, транссудация плазмы и гиперсекреция желез, что ведет к блокировке естественных соустьев пазух и создает дополнительные благоприятные условия для развития бактериальной инфекции.

Клинически естественное течение ОРС у взрослых весьма благоприятное: в среднем у 85% заболевших наблюдается полное разрешение симптоматики заболевания в течение 7–15 дней без антибактериальной терапии [9]. Тем не менее в случае постановки диагноза ОРС в поликлиниках и приемных отделениях антибактериальные препараты назначаются в 84–91% случаев, что в значительной мере связано с ожиданиями самих пациентов и сформировавшейся убежденностью врачей в необходимости их назначения [10, 11].

Диагностика начинается в первую очередь с дифференциальной диагностики ОРС от острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), а в дальнейшем – отделения вирусного ОРС от бактериального по типичным клиническим признакам. Пациенты с ОРС, как правило, имеют упорные жалобы и более выраженные клинические признаки поражения носа и околоносовых пазух, чем заболевшие ОРВИ. Диагноз ОРС ставится в случае, если у пациен-

та в течение не более 4 нед наблюдаются следующие симптомы: гнойное отделяемое из носа или стекание отделяемого по задней стенке глотки, нарушение носового дыхания, тяжесть и/или боль в области лица [1, 2]. В клинических рекомендациях некоторых стран допускается постановка диагноза ОРС при отсутствии у пациента гнойного отделяемого из носа, однако подчеркивается роль этого симптома как самого надежного в диагностике [12]. К менее постоянным симптомам ОРС относятся снижение обоняния, заложенность ушей, повышение температуры тела, общее недомогание и кашель.

По современным представлениям при ОРВИ в 90% случаев наблюдается вовлечение в воспалительный процесс слизистой оболочки околоносовых пазух [5]. Для ОРВИ характерно стремительное развитие симптомов заболевания, которые уменьшаются к 3-му дню и полностью разрешаются к концу 1-й недели заболевания. Лишь у 25% пациентов симптомы сохраняются дольше, но имеют тенденцию к прогрессивному уменьшению [13]. Напротив, бактериальный ОРС продолжается более 10 дней, на протяжении которых не наблюдается улучшения клинической картины или же в части случаев может происходить ухудшение симптоматики после некоторого улучшения в начале заболевания [1].

Наличие гнойного отделяемого из носа чаще всего ассоциировано с бактериальным поражением околоносовых пазух, что подтверждается рентгенологическими исследованиями при ОРС. Тем не менее ни рентгенография, ни компьютерная томография, а также наличие таких симптомов, как лихорадка и боли в области лица, не позволяют с 100% точностью дифференцировать вирусный ОРС от бактериального [14]. Рентгенологические исследования в нескольких проекциях чаще всего проводятся для уточнения распространенности поражения околоносовых пазух. Наиболее используемые проекции: прямая (лобно-носовая, носоподбородочная) и боковая. При рентгенографии признаки бактериального ОРС (утолщение слизистой пазух, снижение прозрачности и наличие в ней жидкости) имеют 90% чувствительность и лишь 60% специфичность, в связи с чем рентгенография во многих клинических рекомендациях не показана для диагностики бактериального ОРС [15, 16]. Компьютерная томография в диагностике ОРС назначается только при подозрении на орбитальные или внутричерепные осложнения, когда у пациента развиваются отек век глаза, снижение подвижности глазного яблока, выраженная головная боль [17]. Пункция околоносовых пазух как с диагностической, так и с лечебной целью широко применяется в практике российских оториноларингологов, однако за рубежом в последнее время используется редко, а предпочтение в диагностике отдается визуализационным методам [2, 18].

В большинстве случаев диагностики и назначения стартовой терапии при ОРС проводят врачи общей практики в неспециализированных амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях. В тех случаях, когда пациенты обращаются напрямую к оториноларингологу, помимо сбора жалоб и анамнестической оценки клинической картины заболевания врач проводит стандартный осмотр ЛОР-органов, включающий переднюю риноскопию или эндоскопическое исследование полости носа. Риноскопия подтверждает наличие воспалительного процесса в полости носа, объективизирует наличие гнойного отделяемого в носовых ходах, а эндоскопическое исследование позволяет осмотреть не только передние, но и задние отделы полости носа, а также осуществить забор гнойного отделяемого для проведения микробиологического исследования непосредственно из области соустьев синусов в среднем носовом ходе [19]. Направление пациента на амбулаторную консультацию врача-оториноларинголога или госпитализация в ЛОР-стационар обязательны в случае неэффектив-

ности терапии либо тяжелого течения заболевания при наблюдении пациента с ОРС врачом общей практики.

Основной вопрос при лечении ОРС заключается в показаниях и сроках назначения антибактериальной терапии. При постановке диагноза вирусного ОРС назначение антибиотиков не показано, так как риск развития побочных эффектов гораздо выше, чем предполагаемый положительный эффект [15]. В таких случаях показано назначение симптоматического лечения: обезболивающие и жаропонижающие средства, а также местная терапия, включающая топические стероиды, деконгестанты и промывание полости носа изотоническими растворами. При подозрении на бактериальный ОРС большинство руководств рекомендует выжидательную тактику [1, 12, 20]. При этом пациент получает местную терапию и находится под активным наблюдением врача. В случае если не наблюдается клинического улучшения в течение 2–7 дней от начала лечения либо имеется утяжеление течения в любые сроки, принимается решение о назначении антибактериальной терапии. Те же критерии используются и при определении сроков о смене уже назначенного антибиотика при отсутствии клинического эффекта при его приеме [1, 2, 12, 21]. При тяжелом течении ОРС и появлении у пациента таких симптомов, как периорбитальный отек, сильная лицевая боль, эритема и выраженная лихорадка, показано раннее назначение антибактериальной терапии.

С учетом российских данных об антибиотикорезистентности типичных патогенов *S. pneumoniae* и *H. influenzae* препаратом для стартовой терапии ОРС является амоксициллин в дозировке 1000 мг внутрь 3 раза в день. Обязательно активное мониторирование клинического эффекта от назначения амоксициллина, так как при отсутствии значительного улучшения в течение следующих 3 дней необходимо сменить его на амоксициллин/клавуланат в дозировке 500 мг амоксициллина и 125 мг клавуланата внутрь 3 раза в день или 875 мг амоксициллина и 125 мг клавуланата внутрь 2 раза в день 7–14 сут. Другим вариантом терапии являются пероральные цефалоспорины III поколения с высокой антипневмококковой активностью, например цефдиторен по 0,2 г 2 раза в день 7–14 сут. Назначение амоксициллина/клавуланата в качестве стартовой терапии показано в следующих случаях:

- 1) подозрение на высокорезистентную микрофлору в качестве возбудителей ОРС у пациента, что наиболее вероятно, если он курильщик, или недавно прошел курс антибиотикотерапии по другому заболеванию, или является сотрудником медицинского учреждения, а также в регионах с повышенной резистентностью микрофлоры к антибиотикам, установленной в ходе мониторинга;
- 2) тяжелое клиническое течение или затянувшееся течение ОРС;
- 3) возраст пациента более 65 лет;
- 4) наличие у больного таких сопутствующих заболеваний, как диабет, различные иммунодефициты, хроническая сердечная, печеночная или почечная недостаточность [1].

При непереносимости антибактериальных препаратов пенициллинового ряда препаратами выбора становятся макролиды: азитромицин внутрь по 500 мг 1 раз в день или кларитромицин внутрь по 0,25–0,5 г 2 раза в день 10–14 сут. В настоящее время резистентность *S. pneumoniae*, основного возбудителя бактериального ОРС, к макролидам достигает 40–50%, что послужило основанием для исключения антибиотиков этой группы из рекомендуемых для стартовой эмпирической терапии в случае отсутствия у пациента аллергических реакций на пенициллины [2, 18].

При неэффективности первого курса антибиотикотерапии одним из вариантов является назначение фторхинолонов III–IV поколений: левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в день, моксифлоксацин 400 мг внутрь 1 раз в день, гемифлоксацин 320 мг внутрь 1 раз в день 5–10 сут [1, 2].

Антибиотики этой группы имеют ряд побочных эффектов со стороны сухожилий, мышц, суставов и нервной системы, в связи с чем в 2016 г. Управление по контролю пищевых продуктов и лекарств в США (Food and Drug Administration) рекомендовало назначать их только в тех случаях, если нет более безопасной альтернативы [22].

К вспомогательной терапии при ОРС относят интраназальные глюкокортикостероиды, деконгестанты, растворы для орошения полости носа, муколитики, в том числе растительного происхождения [1, 2, 18, 21].

Интраназальные глюкокортикостероиды занимают важное место в лечении ОРС. По данным E.Meltzer и соавт., монотерапия интраназальными глюкокортикостероидами достоверно уменьшает выраженность клинической симптоматики заболевания по сравнению с приемом плацебо и амоксициллина [23]. Систематический обзор также убедительно показал, что интраназальные глюкокортикостероиды имеют достоверный положительный эффект как в качестве монотерапии при легких и среднетяжелых формах ОРС, так и в сочетании с системным применением антибиотиков [24].

Топические сосудосуживающие препараты (деконгестанты) включены в отечественные рекомендации по лечению ОРС [2, 18]. В основе механизма их действия лежит вазоконстрикция сосудов слизистой оболочки, что, по данным исследований, значительно уменьшает заложенность носа [25]. При выборе деконгестанта предпочтительнее назначать препараты длительного действия, такие как ксилометазолин и оксиметазолин, так как они обладают хорошим терапевтическим эффектом в течение 8–12 ч, снижая потребность в их частом использовании, а также риск развития медикаментозной зависимости.

Спорным является вопрос о применении топической антибиотикотерапии и муколитиков (секретолитиков). В России традиционно используется ряд препаратов, включенных в отечественные рекомендации по лечению ОРС, которые помимо местного антибактериального действия оказывают также противовоспалительный и сосудосуживающий эффект [18]. Из муколитических средств в международные рекомендации включены лекарственные средства растительного происхождения. Хорошо зарекомендовал себя и широко используется в амбулаторной практике комбинированный фитопрепарат, состоящий сразу из нескольких лекарственных растений: корня горечавки, травы вербены и щавеля, цветов первоцвета и бузины. Эффективность препарата подтверждена в ряде контролируемых исследований [26].

Международные и отечественные руководства рекомендуют к применению ирригационную терапию – промывание полости носа изотоническим раствором. При использовании большого объема жидкости во время промывания происходит не только увлажнение слизистой, но и улучшение функционирования мерцательного эпителия при удалении гнойного и слизистого отделяемого из глубоких отделов полости носа, структур остиомеатального комплекса и самих околоносовых пазух. Кроме того, ирригационная терапия уменьшает выраженность заложенности носа, улучшает носовое дыхание, что положительно влияет на качество жизни пациентов с ОРС [27].

Таким образом, терапия ОРС должна быть комплексной: при наличии показаний необходимо сочетать адекватную антибактериальную и сопутствующую вспомогательную терапию.

Литература/References

1. Rosenfeld RM. Clinical Practice. Acute Sinusitis in Adults. *N Engl J Med* 2016 8; 375 (10): 962–70. DOI: 10.1056/NEJMcп1601749

2. Острый риносинусит: клинические рекомендации. Под ред. А.С.Лопатина. Российское общество ринологов. М., 2017. / Ostryi rinosinit: klinicheskie rekomendatsii. Pod red. A.S.Lopatina. Rossiiskoe obshchestvo rinologov. M., 2017. [in Russian]
3. Shappert SM, Rechtsteiner EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2007. *Vital Health Stat* 2011; 13 (169): 1Y38.
4. Крюков А.И., Студеный М.Е., Артемьев М.Е. и др. Лечение пациентов с риносинуситами: возможности консервативного и оперативного воздействия. *Мед. совет.* 2012; 11: 52–6. / Kriukov A.I., Studeniy M.E., Artem'ev M.E. i dr. Lechenie patsientov s rinosinitami: vozmozhnosti konservativnogo i operativnogo vozdeistviia. *Med. совет.* 2012; 11: 52–6. [in Russian]
5. Gwaltney JM Jr. Acute community-acquired sinusitis. *Clin Infect Dis* 1996; 23: 1209–23.
6. Puhakka T, Mäkelä MJ, Alanen A et al. Sinusitis in the common cold. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 102: 403–8.
7. Hadley JA, Pfaffer MA. Oral beta-lactams in the treatment of acute bacterial rhinosinusitis. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2007; 57 (Suppl. 3): 47S–54S.
8. Sokol W. Epidemiology of sinusitis in the primary care setting: results from the 1999–2000 Respiratory Surveillance Program. *Am J Med* 2001; 111 (Suppl. 9A): 19S–24S.
9. Burgstaller JM, Steurer J, Holzmann D et al. Antibiotic efficacy in patients with a moderate probability of acute rhinosinusitis: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016; 273: 1067–77.
10. Jones BE, Sauer B, Jones MM et al. Variation in Outpatient Antibiotic Prescribing for Acute Respiratory Infections in the Veteran Population: A Cross-sectional Study. *Ann Intern Med* 2015; 163 (2): 73–80. DOI: 10.7326/M14-1933
11. Gulliford MC, Dregan A, Moore MV et al. Continued high rates of antibiotic prescribing to adults with respiratory tract infection: survey of 568 UK general practices. *BMJ Open* 2014; 4 (10): e006245. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006245
12. Desrosiers M, Evans GA, Keith PK et al. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2011; 7 (1): 2. DOI: 10.1186/1710-1492-7-2
13. Gwaltney JM. Clinical significance and pathogenesis of viral respiratory infections. *Am J Med* 2002; 112 (Suppl. 6A): 13S–18S.
14. Hauer AJ, Luiten EL, van Erp NF et al. No evidence for distinguishing bacterial from viral acute rhinosinusitis using fever and facial/dental pain: a systematic review of the evidence base. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014; 150 (1): 28–33. DOI: 10.1177/0194599813510891
15. Van den Broek MF, Gudden C, Kluijfhout WP et al. No evidence for distinguishing bacterial from viral acute rhinosinusitis using symptom duration and purulent rhinorrhea: a systematic review of the evidence base. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 150 (4): 533–7. DOI: 10.1177/0194599814522595
16. Lacroix JS, Ricchetti A, Lew D et al. Symptoms and clinical and radiological signs predicting the presence of pathogenic bacteria in acute rhinosinusitis. *Acta Otolaryngol* 2002; 122 (2): 192–6.
17. Hoxworth JM, Glastonbury CM. Orbital and intracranial complications of acute sinusitis. *Neuroimaging Clin N Am* 2010; 20: 511–26.
18. Рязанцев С.В., Карнеева О.В., Гарашченко Т.И. и др. Острый синусит. Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. 2016. / Riazantsev S.V., Karneeva O.V., Garashchenko T.I. i dr. Ostryi sinusit. Klinicheskie rekomendatsii Natsional'noi meditsinskoi assotsiatsii otorinolaringologov. 2016. [in Russian]
19. Berger G, Berger RL. The contribution of flexible endoscopy for diagnosis of acute bacterial rhinosinusitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268: 235Y240.
20. Lemiengre MB, van Driel ML, Merenstein D et al. Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD006089. DOI: 10.1002/14651858.CD006089.pub4
21. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology* 2012; 50 (1): 1–12. DOI: 10.4193/Rhino50E2.
22. FDA Drug Safety Communication: FDA advises restricting fluoroquinolone antibiotic use for certain uncomplicated infections; warns about disabling side effects that can occur together. Silver Spring, MD: Food and Drug Administration, May 12, 2016 (<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm500143.htm>)
23. Meltzer EO, Bachert C, Staudinger H. Treating acute rhinosinusitis: comparing efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray, amoxicillin, and placebo. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116 (6): 1289–95.
24. Zalmanovici Trestoreanu A, Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 12: CD005149. DOI: 10.1002/14651858.CD005149.pub4
25. Taverner D, Latte J. Nasal decongestants for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD001953.
26. Jund R, Mondigler M, Steindl H et al; ARhiSi II study group. Clinical efficacy of a dry extract of five herbal drugs in acute viral rhinosinusitis. *Rhinology* 2012; 50 (4): 417–26. DOI: 10.4193/Rhino12.015.
27. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 4: CD006821. DOI: 10.1002/14651858.CD006821.pub3

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дербенева Мария Львовна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог ГБУЗ «ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова». E-mail: mlderbeneva@mail.ru

Гусева Александра Леонидовна – канд. мед. наук, доц., каф. оториноларингологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова». E-mail: alexandra.guseva@gmail.com