

С.А. КАРПИЩЕНКО, д.м.н., профессор, Г.В. ЛАВРЕНОВА, д.м.н., профессор, О.А. КУЛИКОВА
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СИНУСИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВАЗОПАТИЕЙ

В данной статье представлен современный взгляд на патофизиологию и течение острых воспалительных заболеваний околоносовых пазух, осложненных присутствием у пациента хронического ринита вазомоторной этиологии. Рассмотрены различные клинические ситуации и факторы, предрасполагающие к возникновению хронической вазопатии, особый акцент сделан на дифференциальной диагностике хронического вазомоторного и аллергического ринитов, а также на необходимости адекватного и научно обоснованного подбора патогенетической терапии. Подробно представлена клиника хронических ринитов, в том числе хронического вазомоторного ринита с указанием характерных симптомов.

Мы также предлагаем свой алгоритм лечения острых воспалительных заболеваний околоносовых пазух, осложненных хроническим вазомоторным ринитом, опробованный на базе нашей клиники. В течение 2016 г. под нашим наблюдением находилось 42 пациента с хроническим вазомоторным ринитом и острым синуситом. Пациенты были разделены на 2 группы. Каждый пациент получал в качестве этиотропной терапии антибиотики группы защищенных пенициллинов, в качестве основного системного патогенетического компонента терапии – блокатор гистаминовых рецепторов, легкий мочегонный травяной чай и Афобазол. Дополнительно пациенты получали местную терапию: в группе опыт – Отривин® Комплекс спрей; в группе контроль – гипертонический раствор морской воды в форме спрея.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, острый верхнечелюстной синусит, гайморит, Отривин® Комплекс, ксилометазолин, ипратропия бромид.

PECULIARITIES OF THE ACUTE SINUSITIS COURSE IN PATIENTS WITH CHRONIC VASOPATHY

S.A. KARPISCHENKO, MD, Prof., G.V. LAVRENOVA, MD, Prof., O.A. KULIKOVA

First Pavlov Saint-Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of Russia

This article deals with a modern view of the pathophysiology and the course of acute inflammatory diseases of the paranasal sinuses, complicated by the presence in a patient of chronic rhinitis of vasomotor etiology. The article covers various clinical situations and factors predisposing to chronic angiopathy, special emphasis is placed on differential diagnostics of chronic vasomotor and allergic rhinitis, as well as on the need for adequate and science-based selection of pathogenetic therapy. The article provides a detailed clinical picture of chronic rhinitis, including chronic vasomotor rhinitis with the indication of characteristic symptoms.

We also offer the algorithm for treatment of acute inflammatory diseases of paranasal sinuses, complications of chronic vasomotor rhinitis tested in our clinic. During 2016 under our supervision there were 42 patients with chronic vasomotor rhinitis and acute sinusitis. The patients were divided into 2 groups. Each patient received as etiotropic therapy antibiotics of the protected penicillins group, as a basic system component of pathogenetic therapy – a blocker of histamine receptors, a gentle diuretic herbal tea and Afobazol. Additionally, patients received local therapy: in the experimental group – Otrivin® Complex spray; in the control group – a hypertonic solution of sea water in the form of a spray.

Keywords: vasomotor rhinitis, acute maxillary sinusitis, maxillar sinusitis, Otrivin® Complex, xylometazoline, ipratropium bromide

Воспалительные заболевания околоносовых пазух – самая частая патология в практике ЛОР-врача. Хотя в настоящее время существует большое количество схем лечения данного заболевания, значимого снижения заболеваемости острыми риносинуситами не достигнуто. Не стоит забывать также и о хронизации заболевания. Велико также количество больных, которым требуется стационарное лечение. Удельный вес больных, госпитализированных по поводу острого риносинусита, ежегодно увеличивается на 1,5–2%. Среди патологии ЛОР-стационаров острые риносинуситы составляют 15–36% [1]. Согласно данным бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы, распространенность синуситов составляет 1 420 случаев на 100 тыс. взрослого населения [2].

Популярные схемы лечения острых синуситов часто недостаточно эффективны и приводят к хронизации процесса. Велика также роль постоянно возрастающей устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам, бактериальная сенсibilизация и значительная общая алергизация населения.

Однако не всегда острое воспаление околоносовых пазух протекает изолированно, зачастую на острое заболевание накладывается постоянно присутствующее хроническое. Такое сочетание несомненно отягощает течение обеих патологий и вносит свои изменения в их клиническую картину. Примером таких патологий является острый синусит, протекающий на фоне хронического вазомоторного ринита.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ

Вазомоторный ринит входит в обширную группу хронических ринитов. Считается, что чаще всего заболевание развивается как результат хронизации часто повторяющихся острых ринитов. Общая запыленность среды, загрязнение ее раздражающими слизистую оболочку полости носа различными пылевыми веществами также немало способствуют трансформации неоднократных острых ринитов в хронический вазомоторный. Врожденные и приобретенные нарушения анатомических структур полости носа (искривление носовой перегородки, *concha bullosa*), изменения в периферической иннервации ее структуры также имеют большое значение.

Некоторые исследователи склонны уделять большое внимание термическим факторам внешней среды. Так, например, провоцирующим и/или предрасполагающим фактором вазомоторного ринита может являться местное (голова, ноги) или общее переохлаждение.

Большое значение может иметь неправильная регуляция носового цикла. В норме в каждой из половин носа поочередно сосуды слизистой расширяются и сужаются, тем самым регулируя кровенаполнение кавернозных тел носовых раковин. Заложности носа при этом не ощущается. При наличии функциональных изменений как в местной периферической иннервации слизистой оболочки, так и в структурах головного мозга (гипоталамус) экспериментально наблюдали явления, сходные клинически с явлениями вазомоторного ринита. Обсуждается также влияние эндокринной системы, в частности щитовидной железы.

Патогномичных патоморфологических изменений для хронического вазомоторного ринита не существует. Гистологически обнаруживают утолщение мерцательного эпителия и увеличение бокаловидных клеток.

Популярные схемы лечения острых синуситов часто недостаточно эффективны и приводят к хронизации процесса. Велика также роль постоянно возрастающей устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам, бактериальная сенсibilизация и значительная общая аллергия населения

Диагностика вазомоторного ринита не представляет затруднений. Обычно характерно присутствие следующих симптомов:

- приступы пароксизмального чихания,
- негнойное слизисто-водянистое отделяемое из полости носа,
- отек и синюшность нижних носовых раковин, увеличение их в размере,
- значительное нарушение носового дыхания, заложенность носа,
- «сизые и белые» пятна на слизистой,
- положительный адреналиновый тест.

Лечение вазомоторного ринита разнообразно и включает как консервативные, так и хирургические способы.

Хирургическое лечение вазомоторного ринита сводится к 2 основным вариантам. Первый – устранение анатомических причин, которые косвенно могут оказывать влияние на течение вазомоторного ринита. Он включает в себя конхотомию, септум-операцию, латеропексию нижних носовых раковин. Второй, он же основной, вариант направлен на хирургическую коррекцию собственно слизистой оболочки нижних носовых раковин. Подслизистая вазотомия холодным или горячим инструментом приносит вполне ощутимый результат.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух – самая частая патология в практике ЛОР-врача. Хотя в настоящее время существует большое количество схем лечения данного заболевания, значимого снижения заболеваемости острыми риносинуситами не достигнуто

Пограничными между хирургическим и консервативными способами являются эндоназальные блокады с введением в слизистую оболочку нижних носовых раковин специальных лекарственных веществ. Метод имел большую популярность в прошлом, однако в настоящее время, в связи с развитием как консервативных, так и хирургических подходов к лечению вазомоторного ринита, потерял актуальность.

Консервативный метод. Существует большое количество лекарственных веществ и форм, разрешенных к применению при вазомоторном рините. В настоящее время наиболее эффективными считаются длительные (1–3 месяца) курсы топических интраназальных глюкокортикостероидов, которые помогают достичь определенного эффекта на различный срок.

ОСТРЫЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУСИТ

Этиология острого синусита хорошо известна. Существуют определенные факторы предрасположенности к развитию заболевания, которые включают в себя нарушение защитных механизмов системы мукоцилиарного клиренса и возникающий в результате этого застой носового отделяемого. Считавшиеся ранее довольно существенными анатомические факторы (искривление перегородки носа) теперь рассматриваются как менее значимые. Значительный вклад вносят также растущая антибиотикорезистентность из-за неконтролируемого применения лекарственных веществ.

Пусковым фактором чаще всего служат вирусы группы ОРВИ (вирусы гриппа, парагриппа, рино- и аденовирусы), тропные к эпителию верхних дыхательных путей. Так, например, у 50% больных острыми гнойными синуситами вирусы были выделены со слизистых оболочек полости носа и околоносовых пазух.

Хотя в первую очередь вирусы оказывают прямое цитотоксическое действие на клетки слизистой оболочки дыхательных путей, это не единственный фактор поражения. Известно, что вирусы способны в известной

степени угнетать функцию мукоцилиарной системы, что способствует присоединению бактериальной инфекции (с 3–5 сут.). Таким образом, при респираторных воспалительных заболеваниях инфекция чаще всего сочетанная. Ухудшают клинику заболевания и имеющиеся сопутствующие патологии, например хронический вазомоторный ринит.

Клиническая картина острого верхнечелюстного синусита, осложненного хроническим вазомоторным, схожа с таковой верхнечелюстного синусита риногенной природы и включает следующие симптомы: интоксикационный синдром с лихорадкой до 38,5–39 °С (хотя возможна и субфебрильная и даже нормальная температура); боль в проекции пораженной пазухи, чувство заложенности носа и снижение обоняния; гнойные выделения.

Вирусы способны в известной степени угнетать функцию мукоцилиарной системы, что способствует присоединению бактериальной инфекции (с 3–5 сут.). Таким образом, при респираторных воспалительных заболеваниях инфекция чаще всего сочетанная

Диагностика проводится на основе клинических данных, данных анамнеза и данных рентгенологического обследования. Согласно клинической классификации острых бактериальных риносинуситов Американской академии отоларингологии и хирургии головы и шеи, существуют 3 типа клиники патологии:

1. Легкий: рентгенологически характеризуется толщиной слизистой оболочки пазух менее 6 мм.
2. Среднетяжелый: на рентгенограмме слизистая утолщена более 6 мм, возможно тотальное затенение/уровень жидкости в 1–2 пазухах.
3. Тяжелый: на рентгенограмме околоносовых пазух синусов тотальное затенение или уровень жидкости более чем в 2 пазухах. Лабораторно – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

Основные осложнения данной патологии включают в себя дальнейшее распространение инфекции, в том числе и гематогенным путем. Особенно быстро развиваются осложнения у детей, в связи с чем необходимо быстрое назначение адекватной и этиотропно и патогенетически точной терапии.

Мы провели собственное исследование, целью которого явился поиск новой эффективной комбинации лекарственных веществ, используемых для лечения пациентов с острым синуситом легкого или среднетяжелого течения, осложненного наличием хронического вазомоторного ринита.

В частности, мы посчитали нужным провести исследование влияния комбинации ксилометазолина с ипратропия бромидом (Отривин® Комплекс) на течение и клинику заболевания. Наш выбор объясняется, в первую очередь, такими свойствами препарата, как быстрая ликвидация заложенности носа и ринореи за счет спо-

собности к местному сосудосуживающему действию, быстрое наступление эффекта от применения (несколько минут), пролонгированность эффекта (несколько часов) и удобная лекарственная форма (спрей). Наш опыт мы представляем вниманию практикующих специалистов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включили 42 пациента с острым синуситом. Критерии включения – наличие у пациента острого синусита легкого и среднетяжелого течения и хронического вазомоторного ринита. Диагноз верифицировали результатами лучевых исследований (затенение пораженной пазухи или уровень жидкости в ней по данным обзорной рентгенографии или КТ околоносовых пазух) и лечебно-диагностическими пункциями верхнечелюстной пазухи (в случае наличия верхнечелюстного синусита). Диагноз хронического вазомоторного ринита считался верифицированным при наличии положительного адреналинового теста в анамнезе.

Критерии исключения – наличие у пациентов индивидуальной гиперчувствительности и/или противопоказаний к применению ксилометазолина: артериальная гипертензия, тахикардия, выраженный атеросклероз, глаукома, атрофический ринит, тиреотоксикоз, хирургические вмешательства на мозговых оболочках (в анамнезе). Кроме того, не включали в исследование лиц с наличием таких патологий, как ИБС (стенокардия), гиперплазия предстательной железы, сахарный диабет, беременность, период лактации, хотя при наличии этих заболеваний применение препарата возможно под контролем врача.

В исследовании принимали участие 42 пациента. Пациентов разделили на 2 группы. Первая (контроль) включала 19 пациентов (16 женщин и 3 мужчин), вторая (опыт) – 23 пациента (16 мужчин и 7 женщин). Всем пациентам была назначена терапия по следующей схеме: в качестве этиотропной терапии пациенты обеих групп получали антибиотик из группы защищенных пенициллинов (амоксциллин + клавулановая кислота); в качестве системной патогенетической терапии – блокатор гистаминовых рецепторов. Дополнительно пациенты получали местную патогенетическую терапию: в группе опыта – Отривин® Комплекс спрей назальный дозированный; в группе контроля – гипертонический раствор морской воды в форме спрея.

Дополнительно при необходимости выполняли пункции верхнечелюстных пазух с постановкой ПВХ-катетеров, а также назначали легкие растительные диуретики (чай из листьев черной смородины и брусники), в связи с ухудшением качества жизни больных с длительным затруднением носового дыхания назначали мягкий седативный препарат или назначали 1–3 противоотечные капли с дексаметазоном и фуросемидом (в случае геми- или полисинусита).

В среднем терапия длилась 5–10 суток. Критериями эффективности проведенной терапии являлись:

Таблица. Среднее время наступления субъективного улучшения самочувствия в группах опыта и контроля

Сутки	Опыт (n = 23)	Контроль (n = 19)
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	3	0
5	8	1
6	9	2
7	2	7
8	1	6
9	0	2
10	0	1

1. Значительный регресс клинических симптомов острого верхнечелюстного синусита, включающий в себя купирование головной боли, улучшение носового дыхания, нормализацию температуры тела, значительное снижение гиперемии и отечности слизистой оболочки полости носа при передней риноскопии.
2. Постепенная замена гнойного отделяемого на слизистое.
3. Регресс воспалительных изменений в пазухах по данным контрольного рентгенографического (КТ) исследования околоносовых пазух.

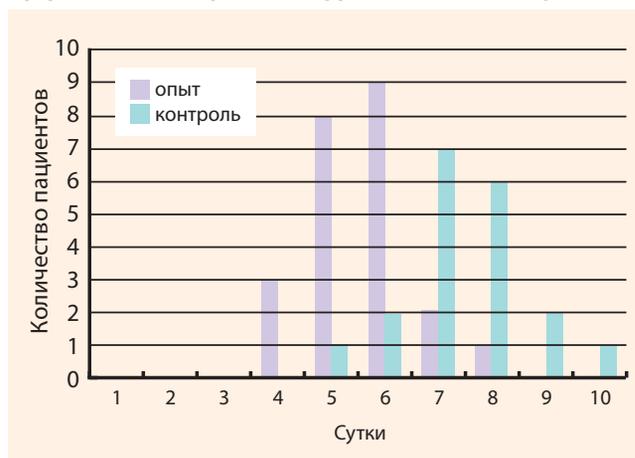
РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов был достигнут положительный эффект, заключающийся в редукции воспалительного процесса в пазухах и купировании симптомов хронического вазомоторного ринита. Однако нами была отмечена более быстрая положительная динамика в группе опыта. Так, например, субъективное (купирование интоксикационного синдрома) и объективное (замена гнойного отделяемого слизистым) улучшение наступило на 5–6-й день после начала лечения, тогда как в группе контроля – на 7–8-е сутки. Такая разница в 1–2-е суток в реальности выразилась в значительном улучшении субъективных ощущений у пациентов группы опыт. Кроме того, пациенты, применявшие Отривин® Комплекс, отметили регресс симптомов хронического вазомоторного ринита после купирования острого воспалительного процесса в околоносовых пазухах, что позволило отсрочить применение топических глюкокортикостероидов.

Результаты исследования представлены в таблице. Графически результаты исследования представлены на рисунке.

Клинический случай. Во время проведения исследования в группе опыт мы отметили два показательных клинических случая, которые мы сочли интересными для практикующего амбулаторно специалиста и решили описать в данной статье.

Рисунок. Среднее время наступления субъективного улучшения самочувствия в группах опыта и контроля



Первый пациент, мужчина 50 лет, значимой хронической сопутствующей соматической патологии не выявлено, поступил в клинику с обострением правостороннего хронического верхнечелюстного синусита, острым правосторонним фронтитом. Больной наблюдается по поводу хронического синусита в течение нескольких лет. Эпизоды обострения заболевания связывает, как правило, с переохлаждением или с контактом с лицами, больными ОРВИ. В течение года отмечает приблизительно 3 эпизода обострения. Получал неоднократно курсы консервативной терапии с временным эффектом. Пункционное лечение давало положительный эффект. Вазомоторный ринит присутствует в анамнезе на протяжении более 10 лет. Пациенту неоднократно предлагали выполнить нижнюю подслизистую вазотомию в плановом порядке, однако пациент категорически отказывался от оперативного вмешательства. Периодически пользовался топическими назальными кортикостероидами с временным эффектом.

Пациенты, принимавшие Отривин® Комплекс, отметили регресс симптомов хронического вазомоторного ринита после купирования острого воспалительного процесса в околоносовых пазухах, что позволило отсрочить применение топических глюкокортикостероидов

В клинику пациент обратился на 3-и сутки обострения заболевания с жалобами на заложенность носа, обильное гнойное отделяемое, чувство стекания отделяемого по задней стенке глотки. Пациент обратился к врачу-отоларингологу и выполнил КТ околоносовых пазух, на котором визуализировалось субтотальное затенение с уровнем жидкости в правой верхнечелюстной пазухе и вуалеобразный отек правой лобной пазухи.

С учетом полученных клинических и рентгенологических данных пациенту была рекомендована госпитализация в ЛОР-стационар. Пациент был включен в

группу опыт и дополнительно к стандартной терапии (пункция верхнечелюстной пазухи, курс инфузионной противоотечной терапии, системная антибактериальная терапия и терапия блокаторами гистаминовых рецепторов, Афобазол по 1 таблетке 1 раз в день) в качестве местного сосудосуживающего компонента терапии получал Отривин® Комплекс в виде назального спрея по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 3 раза в день.

Со 2-х суток после начала терапии пациент почувствовал улучшение носового дыхания, изменился характер отделяемого из полости носа, оно стало слизистым, исчез ихорозный запах. С 5-х суток пациент отметил стойкое субъективное улучшение самочувствия. При контрольном рентгенологическом исследовании околоносовых пазух (3 D – КТ) – пазухи пневматизированы, признаков отека нет.

Отривин® Комплекс относится к местным сосудосуживающим средствам, эффект наступает в течение нескольких минут и продолжается довольно долгое время. Сужение сосудов приводит к увеличению вентиляции полости носа и улучшению оттока отделяемого

Клинический случай №2. Пациент, 22 года, без значимой сопутствующей патологии, обратился с жалобами на затрудненное носовое дыхание, слизисто-гнойное отделяемое, боль в проекции обеих околоносовых пазух, головную боль. Эти жалобы присутствовали на протяжении недели. При обращении в клинику была выполнена КТ околоносовых пазух, выявлены уровни жидкости в обеих верхнечелюстных пазухах.

Пациенту выполнили пункцию верхнечелюстных пазух с 2 сторон, установлены ПВХ-катетеры. Пациенту назначили перорально антибактериальные средства, блокаторы гистаминовых рецепторов, растительный мочегонный чай. Дополнительно пациент 3 раза в день использовал Отривин® Комплекс в виде спрея. Через 3 дня пациент почувствовал субъективное улучшение, рентгенологическая картина нормализовалась через неделю. После проведенного курса лечения пациент не прибегал к лечению вазомоторного ринита еще приблизительно 2 недели.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Выбор Отривин® Комплекс в качестве местного патогенетического компонента терапии объясняется в первую очередь его свойствами. Препарат относится к местным сосудосуживающим средствам, эффект наступает в течение нескольких минут и длится до 8 часов. Сужение сосудов приводит к увеличению вентиляции полости носа и улучшению оттока отделяемого.

За время исследования побочных эффектов Отривин® Комплекс отмечено не было.

В нашем исследовании мы назначали Отривин® Комплекс спрей в нос по 1 впрыскиванию 3 раза в день на 5 дней.

ВЫВОДЫ

Несмотря на расширение арсенала лечебных средств острый синусит остается одним из наиболее часто регистрируемых заболеваний ЛОР-органов. То же справедливо и в отношении хронического вазомоторного ринита. Одновременное течение этих заболеваний существенно, хотя и кратковременно, снижает качество жизни пациентов. В таких условиях поиск новых эффективных комбинаций существующих лекарственных средств в целях повышения эффективности лечения заболеваний приобретает особую значимость. Препараты ксилометазолина давно существуют на рынке и хорошо себя зарекомендовали как самостоятельное средство или в качестве компонента политерапии в лечении различных заболеваний полости носа и уха. Благодаря местному сосудосуживающему действию Отривин® Комплекс хорошо зарекомендовал себя в качестве местного патогенетического компонента комплексной терапии острого риносинусита, осложненного хроническим вазомоторным ринитом. 



CHRU/CHOTRI/0066/16

Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников АО «ГлаксосмитКляйн Хелскер»,

РФ, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10; +7 (495) 777-98-50

РУ: П N011649/03 от 28.12.2009 (дата переоформления 10.03.2016), П N011649/05 от 11.09.2008, П N011649/04 от 10.09.2008 (дата переоформления 01.03.2016)

Статья опубликована при финансовой поддержке компании «ГлаксосмитКляйн». Включенная информация отражает мнение автора и может не совпадать с позицией «ГлаксосмитКляйн». Компания «ГлаксосмитКляйн» не несет ответственности за возможные нарушения авторских прав и иных прав третьих лиц в результате публикации и распространения данной информации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туровский А.Б., Царапкин Г.Ю., Завгородний А.Э. Системная антибактериальная терапия при одонтогенном верхнечелюстном синусите на современном этапе. *РМЖ*, 2007, 18: 1352. / Turovsky A.B., Tsarapkin G.Y., Zavgorodny A.E. Systemic antibacterial therapy for dentogenous maxillary sinusitis at the modern stage. *RMZ*, 2007, 18: 1352.
2. Янов Ю.К. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита

(пособие для врачей). СПб., 2002. 23 с. / Yanov Y.K. et al. Practical guidance on antibacterial therapy of sinusitis (reference book for doctors). SPb., 2002, 23 p.

3. Лавренова Г.В., Куликова О.А. Алгоритмы диагностики и лечения острых риносинуситов. *РМЖ*, 2015, 23(28): 1697-1700. / Lavrenov G.V., Kulikova O.A. Algorithms of diagnostics and therapy of acute rhinosinusitis. *RMZ*, 2015, 23(28): 1697-1700.
4. Ерохин А.И., Гостев М.С. Противомикробный препарат Эспарокси и его применение в сто-

матологической практике. *DENTAL TRIBUNE Russian Edition*, Erokhin A.I., Gostev M.S. Antibacterial drug Esparoxy and its application in dental practice. *DENTAL TRIBUNE Russian Edition*.

5. Карпищенко С.А., Болоньева Е.В. Консервативная терапия симптоматических рецидивирующих верхнечелюстных синуситов. *Эффективная фармакотерапия*, 2015, 29: 10-13. / Karpischenko S.A., Bolozneva E.V. Conservative therapy of symptomatic recurrent maxillary sinusitis. *Effektivnaya Farmakoterapiya*, 2015, 29: 10-13.