



<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

<sup>2</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

# Современные возможности лечения острого риносинусита

С.А. Карпищенко, д.м.н., проф.<sup>1,2</sup>, А.Ф. Гиндрюк<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Сергей Анатольевич Карпищенко, karpischenkos@mail.ru

Для цитирования: Карпищенко С.А., Гиндрюк А.Ф. Современные возможности лечения острого риносинусита // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 18. С. 12–15.

DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-18-12-15

*Комплексный подход к лечению острого риносинусита позволяет ускорить процесс выздоровления, сократить продолжительность заболевания и количество его осложнений. Раствор серебра протеината, добавленный к схеме стандартной терапии при остром риносинусите, купирует основные симптомы заболевания и облегчает состояние пациента.*

**Ключевые слова:** риносинусит, серебра протеинат, Сиалор

**О**стрый риносинусит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) длительностью менее шести недель. Острый риносинусит относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний верхних дыхательных путей в практике врачей терапевтов и оториноларингологов [1, 2].

Ежегодно риносинуситом болеет каждый седьмой пациент в странах Европы (ERFOS, 2012). В США регистрируется 31 млн случаев риносинусита в год (IDSA, 2012), в России – свыше 10 млн [3].

Пусковым фактором развития риносинусита являются вирусы: риновирус, аденовирус, вирус гриппа и вирус парагриппа. При поражении вирусом слизистая оболочка полости носа и околоносовых синусов раздражается и воспаляется, что приводит к изменению частоты движения ресничек, а также застою слизи с последующей дисфункцией соустьев пазух. Данные патогенетические механизмы predisполагают к формированию бактериальной инфекции [4]. Наиболее распространенные бактериальные па-

тогены представлены *Streptococcus pneumoniae* (38%), *Haemophilus influenzae* (36%), другими видами *Streptococcus*, *Moraxella catarrhalis* (16%) [5]. В редких случаях грибковые инфекции могут вызывать острый риносинусит, преимущественно у лиц с ослабленным иммунитетом (тяжелое течение сахарного диабета, ВИЧ-положительные, онкологические пациенты, лица, проходящие иммуносупрессивную терапию для трансплантации органов, или ревматологические больные). Типичными видами грибковой флоры являются *Mucor*, *Rhizopus*, *Rhizomucor* и *Aspergillus* [6, 7].

По частоте вовлечения в воспалительный процесс на первом месте стоит верхнечелюстная пазуха, за ней следуют ячейки решетчатого лабиринта, лобная и клиновидная пазухи [8].

Клинические диагностические критерии условно подразделяют на основные и второстепенные [9]. К основным относятся:

- гнойные выделения при осмотре;
- заложенность носа;
- слизистые/гнойные выделения из носа;
- гипосмия/аносмия;



- высокая температура;
  - чувство давления в проекции ОНП.
- Второстепенными считаются:
- боль или заложенность в ушах;
  - кашель;
  - зубная боль;
  - усталость;
  - халитоз;
  - высокая температура;
  - головная боль.

За последние десятилетия отечественные и мировые экспертные группы разработали рекомендации по диагностике и лечению острого риносинусита

у взрослых [3, 4, 6, 10, 11]. В зависимости от выраженности симптомов риносинусита выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень (таблица).

Анамнез и физикальное обследование пациента – основные составляющие при постановке диагноза острого риносинусита. Используя основные и второстепенные диагностические критерии, врач может установить правильный диагноз. Бактериологическое исследование полости носа и ОНП выполняется только в случае рецидивирующего течения риносинусита [7].

Объективная оценка состояния ОНП проводится с использованием рентгенологических мето-

*Распределение симптомов риносинусита в зависимости от степени тяжести*

Руководство	Степень тяжести симптомов		
	легкая	средняя	тяжелая
European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps/EPOS (2012)	Заложенность носа либо выделения из носа Чувство давления в проекции пазух или его отсутствие Снижение или отсутствие обоняния	Симптомы длятся менее 10 дней и не ухудшаются	Симптомы сохраняются более 10 дней после начала риносинусита Симптомы ухудшаются через пять дней
IDSA Clinical Practice Guideline (2013)	Гнойные выделения из носа Заложенность носа Чувство давления или переполнения в околоносовых пазухах лица Снижение обоняния Лихорадка		Симптомы ухудшаются через три-четыре дня или сохраняются более 10 дней после начала риносинусита
Клинические рекомендации «Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов» (2014)	Отсутствие лихорадочной реакции Умеренно выраженные основные симптомы риносинусита Отсутствие болей в проекции околоносовых пазух Отсутствие осложнений	Температура не выше 38,0 °С Выраженные симптомы риносинусита Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головы или наклоне головы Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений	Температура выше 38,0 °С Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Периодическая или постоянная боль в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений



дов. Рентгенологические признаки синуситов сопровождаются снижением пневматизации ОНП, от пристеночного отека слизистой оболочки до тотального понижения прозрачности.

В России принято выполнять рентгенографию ОНП в носо-подбородочной проекции при подозрении на верхнечелюстной синусит и носолобной при подозрении на фронтит. Снижение пневматизации ОНП при острых респираторных вирусных инфекциях отмечается в 90% случаев. Поэтому при назначении лечения следует ориентироваться прежде всего на клиническую картину.

Исходя из рекомендаций EPOS-2012, при легкой степени тяжести риносинусита в амбулаторных условиях рентгенологическое исследование не показано. Зарубежные стандарты AAO-HNS и IDSA рекомендуют компьютерную томографию ОНП только при тяжелом течении. В соответствии с рекомендациями EPOS-2012, компьютерная томография выполняется в условиях специализированной помощи (оториноларингологами) при выраженной симптоматике и отсутствии улучшения через 48 часов.

Основные принципы лечения острого риносинусита заключаются в сокращении длительности заболевания, предупреждении развития тяжелых бактериальных осложнений, восстановлении функции соустьев ОНП, эрадикации возбудителя и скорейшем восстановлении качества жизни пациента.

В первые дни заболевания лечение направлено на облегчение симптомов, поскольку преобладает вирусная флора. При легкой степени острого риносинусита антибактериальные препараты не назначают, за исключением случаев рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и наличия клинической симптоматики  $\geq 7$  дней.

Согласно рекомендациям AAO-HNS-2016, антибактериальная терапия проводится, если состояние пациента ухудшается к 7–10-му дню после появления первых симптомов заболевания.

Выжидательная тактика назначения антибиотиков подтверждается результатами метаанализов четырех рандомизированных контролируемых исследований. Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита (уровень доказательности Ia, уровень убедительности A), исходя из предполагаемого ведущего бактериального возбудителя или их комбинации. Антибактериальная терапия также проводится пациентам с тяжелой сопутствующей соматической патологией (сахарный диабет) и иммунокомпрометированным пациентам.

В большинстве случаев для стартовой антибактериальной терапии острого бактериального риносинусита рекомендуется амоксициллин, либо амоксициллин/клавулановая кислота, либо цефалоспорины второго-третьего поколения

(цефтибутен, цефуроксим). Выбор данных групп препаратов продиктован безопасностью, эффективностью, низкой стоимостью и широким микробиологическим спектром действия.

Респираторные фторхинолоны не рекомендуются в качестве антибиотиков первой линии. В рекомендациях AAO-HNS-2016 и EPOS-2012 фторхинолоны признаны препаратами выбора в случае резистентности или неэффективности стартовой терапии.

Макролиды, включая азитромицин и кларитромицин, не рекомендуются в качестве начальной терапии острого бактериального риносинусита из-за высокого уровня резистентности к *Str. pneumoniae* и *H. influenzae*. Однако макролидная группа остается востребованной при непереносимости бета-лактамов [8].

Если симптомы не уменьшаются или, напротив, ухудшаются после 72 часов терапии, это свидетельствует о ее неэффективности. Рекомендуемая продолжительность терапии для большинства взрослых пациентов с неосложненным острым бактериальным риносинуситом – 5–10 дней [12].

Антигистаминные препараты часто используются для облегчения симптомов заложенности и чихания. Тем не менее исследований, подтверждающих эффективность этих препаратов при остром риносинусите, не проводилось. Большинство отечественных и мировых экспертов не рекомендуют антигистаминные препараты в качестве дополнительной терапии острого бактериального риносинусита. Сказанное не распространяется на пациентов с аллергией в анамнезе [2–4, 13].

На начальном этапе (первые 7–10 дней) симптоматического лечения риносинусита используются анальгетики, интраназальные глюкокортикостероиды, местные антибактериальные препараты и солевые растворы. Интраназальные глюкокортикостероиды уменьшают секрецию желез слизистой оболочки, экстравазацию плазмы и тканевой отек, улучшают носовое дыхание и восстанавливают отток экссудата из ОНП. Ирригация солевыми растворами в дополнение к стандартному курсу лечения способствует улучшению мукоцилиарного транспорта [6].

Отек слизистой оболочки полости носа и обструкция естественных соустьев ОНП играют существенную роль в патогенезе острого риносинусита. Не случайно в схему лечения вводятся топические сосудосуживающие препараты: ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин, тетризолин и фенилэфрин.

Комплексная терапия острого риносинусита, особенно в первые дни заболевания, предполагает использование местных антисептических препаратов. Одним из них является Сиалор®, характеризующийся антибактериальными, антисептическими, вяжущими и противовоспалительными свойствами, подтвержденными в многочислен-



ных исследованиях. Серебра протеинат препятствует размножению бактериальной флоры на слизистых оболочках. В результате взаимодействия серебра протеината с бактерией на поврежденной слизистой оболочке образуется защитная пленка, которая способствует уменьшению чувствительности нервных окончаний и сужению кровеносных сосудов, замедляя воспалительный процесс. Ионы серебра также подавляют размножение различных бактериальных агентов, активны в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (*Pseudomonas aeruginosa*, *Aspergillus niger* и др.). В свою очередь топическое использование серебра протеината не нарушает

баланса нормальной микрофлоры. Раствор серебра протеината безопасен и хорошо переносится как детьми, так и взрослыми. Он может быть рекомендован к применению в составе комплексной терапии острого риносинусита.

Соблюдение принципов комплексного подхода к лечению острого риносинусита способствует ускорению процессов выздоровления, сокращению продолжительности заболевания и количеству его осложнений. Раствор серебра протеината, добавленный к схеме стандартной терапии при остром риносинусите, купирует основные симптомы заболевания и облегчает состояние пациента. ☺

## Литература

1. Beule A.G. Physiology and pathophysiology of respiratory mucosa of the nose and the paranasal sinuses // *GMS Curr. Top. Otorhinolaryngol. Head Neck Surg.* 2010. Vol. 9.
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. Vol. 54. № 8. P. e72–e112.
3. Rosenfeld R.M., Piccirillo J.F., Chandrasekhar S.S. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis executive summary // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2015. Vol. 152. № 4. P. 598–609.
4. Blackwell D.L., Lucas J.W., Clarke T.C. et al. Summary health statistics for U.S. adults: national health interview survey, 2012 // *Vital Health Stat.* 10. 2014. Vol. 260. P. 1–161.
5. Руководство по ринологии / под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтерра, 2011.
6. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // *Rhinol. Suppl.* 2012. Vol. 23. P. 1–298.
7. Sande M.A., Gwaltney J.M. Acute community-acquired bacterial sinusitis: continuing challenges and current management // *Clin. Infect. Dis.* 2004. Vol. 39. Suppl. 3. P. S151–S158.
8. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Шахназаров А.Э., Муратова Е.И. Острые и хронические риносинуситы: дополнительные возможности консервативной терапии // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae.* 2018. Т. 24. № 4. С. 62–68.
9. Rosenfeld R.M., Piccirillo J.F., Chandrasekhar S.S. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2015. Vol. 152. № 2. Suppl. P. S1–S39.
10. Лопатин А.С., Гамов В.П. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения. М.: МИА, 2011.
11. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Клинические рекомендации. М. – СПб., 2014.
12. Карпищенко С.А. Комплексная терапия острых синуситов, осложненных тубоотитами // *Вестник оториноларингологии.* 2010. № 5. С. 166–167.
13. Крюков А.И., Сединкин А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите // *Российская оториноларингология.* 2005. № 4. С. 15–17.

## Current Capabilities of Treatment in Acute Rhinosinusitis

S.A. Karpishchenko, PhD, Prof.<sup>1,2</sup>, A.F. Gindryuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech

<sup>2</sup> Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

Contact person: Sergey A. Karpishchenko, karpischenkoss@mail.ru

*Comprehensive approach to the treatment of acute rhinosinusitis allows you to speed up the recovery process, reduce the duration of the disease and the number of its complications. Solution of silver proteinate added to the standard therapy regimen for acute rhinosinusitis relieves the main symptoms of the disease and relieves the condition of patients.*

**Key words:** rhinosinusitis, silver proteinate, Sialor