



# Риносинусит у детей: этиология и методы лечения

Д.м.н., проф. Е.Ю. РАДЦИГ

*Высокая распространенность риносинусита среди всех возрастных категорий, особенно среди детей, обуславливает актуальность проблемы выбора рациональной терапии и эффективной профилактики заболевания. Комплексная терапия риносинусита включает в том числе применение секретолитиков с противовоспалительными свойствами.*

*Одним из таких препаратов является фитопрепарат Синупрет, который обладает секретолитическим, противовоспалительным, противовирусным и иммуномодулирующим действием, что подтверждено международными и отечественными исследованиями.*

**Р**иносинусит (РС) как одна из форм инфекции верхних дыхательных путей – едва ли не наиболее частая патология, с которой сталкиваются участковые терапевты и педиатры. По данным американских исследователей, 4,6% всех обращений к врачу общей практики приходится на случаи риносинуситов [1, 2]. По данным других авторов, синуситы осложняют 5% инфекций верхних дыхательных путей у детей [3]. Частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 35–37% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей [1, 2, 4, 5], из них 50% переходит в хроническую

форму [2, 4–6]. По обращаемости в ЛОР-отделения лечебных учреждений больные с заболеваниями околоносовых пазух являются доминирующей группой и составляют до 62% [1, 2, 6]. Несмотря на совершенствование методов диагностики, появление в арсенале врачей новых лекарственных препаратов и методов лечения, совершенствование профилактического направления медицины, отмечается рост числа случаев нетипичного течения заболевания: затяжных и рецидивирующих форм риносинусита. Риносинусит – собирательный термин, характеризующий группу острых или хронических воспалительных заболеваний полости

носа и его придаточных пазух. Кроме того, этот термин нередко используют в клинической практике в качестве предварительного диагноза при первичном осмотре ЛОР-пациента еще до проведения топической диагностики. После уточнения локализации воспаления слизистой оболочки придаточных пазух диагноз трансформируется в этмоидит (поражение решетчатого лабиринта), гайморит (поражение верхнечелюстной или гайморовой пазухи), фронтит (поражение лобной пазухи), сфеноидит (поражение клиновидной или основной пазухи). Поражение нескольких пазух с одной стороны определяется как гемисинусит, всех пазух – пансинусит.

Классификация риносинусита представлена в таблице 1. В зависимости от длительности течения воспалительного процесса слизистой оболочки носа и его придаточных пазух выделяют острый, подострый, хронический и рецидивирующий риносинусит. Синусит считается острым, когда инфекция разрешается под действием медикаментозной терапии, не оставляя значительных повреждений слизистых, и длительность эпизода заболевания не превышает 30 дней

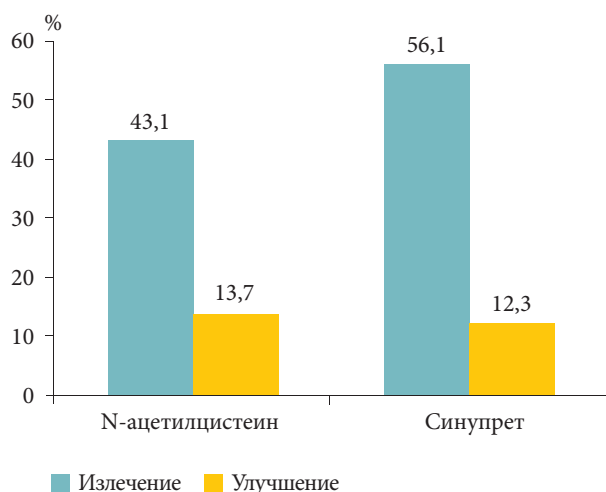


Рис. 1. Динамика симптомов острого синусита, по данным рентгенологического исследования пациентов ( $n = 114$ ), входящих в рандомизированное открытое сравнительное исследование Синупрета и N-ацетилцистеина ( $p < 0,05$ )

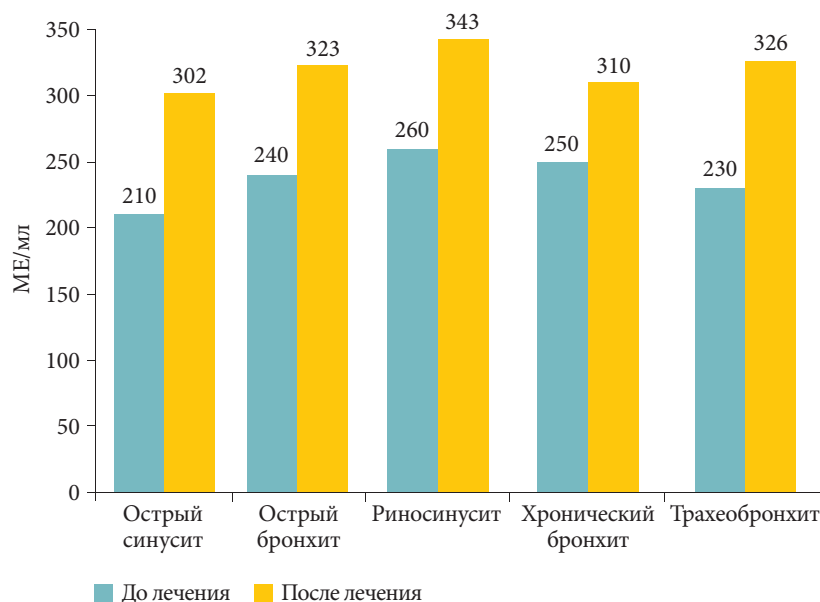


Рис. 2. Динамика уровня альфа-интерферона у больных с патологией дыхательных путей на фоне приема препарата Синупрет

[1, 2]. Четыре и более эпизодов РС в течение одного года, каждый из которых длится более 7 дней, с обязательным периодом полного выздоровления между ними, указывают на рецидивирующее течение заболевания [2]. О подостром РС говорят, если симптомы сохраняются от 4 до 12 недель, и о хроническом – когда симптомы выражены непрерывно более 12 недель (в том числе не купируются на фоне проводимого медикаментозного лечения). Ряд авторов [4, 5] выделяют латентный РС, когда стертая клиническая симптоматика выявляется только при профилактическом осмотре или

использовании дополнительных (лучевых или эндоскопических) методов диагностики.

По частоте заболеваемости первое место занимает патология верхнечелюстной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, затем лобной и клиновидной пазухи. Это связано с анатомическими особенностями строения и развития околоносовых пазух. Для детей разных возрастных групп характерна различная локализация воспалительного процесса в пазухах. В первые 4 года жизни наиболее частой формой синусита (80–92% всех случаев) является этмоидит. Это связано с тем, что к моменту рождения

ребенка только решетчатый лабиринт можно считать практически сформированным. В дальнейшем увеличивается лишь объем его клеток. К 4 годам постепенно формируются гайморовы пазухи, поэтому в этом возрасте увеличивается удельный вес верхнечелюстных синуситов (гайморитов). Пик заболеваемости гайморитом приходится на возраст 5–12 лет. В связи с более поздним формированием лобных и основных пазух их воспаление возможно преимущественно у детей 5–12-летнего возраста. После 12 лет изменения могут возникнуть в любой или даже в нескольких околоносовых пазухах.

Таблица 1. Классификация синуситов

Признак	Тип синусита
Течение	Легкий, средний, тяжелый
Наличие осложнений	Осложненный, неосложненный
Локализация процесса	Одно- и двусторонний Моно- или полисинусит, гемисинусит, пансинусит Гайморит, этмоидит, фронтит, сфеноидит
Характер воспаления	Катаральный, серозный, гнойный, геморрагический, некротический
Длительность течения	Острый, подострый, рецидивирующий, хронический, латентный

Синупрет изготавливается из экологически чистого сырья, в его состав входят горечи (корень горечавки), сапонины и флавоноиды (цветы примулы, трава щавеля), стеролы (цветы бузины), бифенолы и вербеланин (трава вербены).



Сравнительный анализ лабораторных тестов у детей с хроническим гнойным гайморитом до и после базисного лечения, включавшего препарат Синупрет, позволил выявить его антиоксидантное и мембранопротекторное действие.

Причиной острого воспаления околоносовых пазух, как правило, является вирусная инфекция [1, 3, 4, 6–10]. Вирус, проникая в слизистую оболочку, вызывает отек, а также повышение продукции секрета слизистых желез и десквамацию эпителия. В результате происходит блокирование естественных соустьев околоносовых пазух отечной слизистой оболочкой и патологическим секретом, что сопровождается нарушением нормального функционирования системы мукоцилиарного клиренса. Нарушение эвакуации патологического секрета из пазухи, нарушение вентиляции и связанные с этим явления гипоксии являются пусковым моментом к активизации сапрофитной флоры в пазухе и последующему изменению реологических свойств секрета и присоединению вторичной бактериальной флоры [5, 7–10]. При остром синусите чаще всего выделяют *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*. При хронических синуситах обычно присутствуют

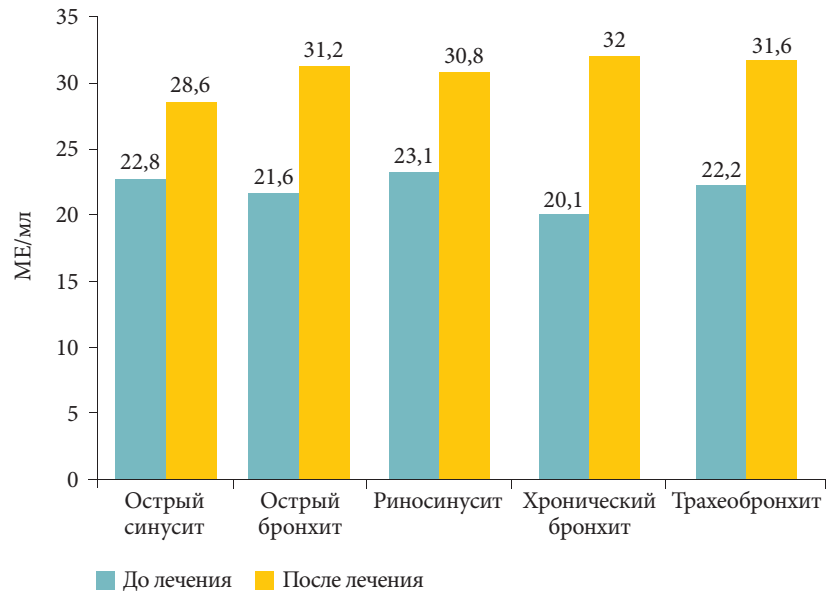


Рис. 3. Динамика уровня гамма-интерферона у больных с патологией дыхательных путей на фоне приема препарата Синупрет

те же микроорганизмы, а также анаэробы (например, штаммы *Fullobacterium*, *Staphylococcus aureus*), изредка грамотрицательные бактерии (например, штаммы *Pseudomonas*). В последние годы участились случаи диагностики синуситов, вызванных грибами, как правило, у иммунодефицитных пациентов. Чаще всего обнаруживаются штаммы *Aspergillus*, а выраженность клинических проявлений зависит от иммунного статуса пациента.

Кроме непосредственно инфекционных агентов, вызывающих воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, существуют предрасполагающие факторы: пе-

реохлаждение, механические или химические раздражения слизистой, нарушения неспецифической резистентности и иммунологической реактивности, анатомические особенности развития полости и придаточных пазух носа, наличие гипертрофированных аденоидных вегетаций, аллергия, – которые могут не только предрасполагать к развитию острого инфекционного РС, но и модифицировать его течение.

Воздействие этиологического агента или агентов (при суперинфекции), в первую очередь, нарушает процессы вентиляции и дренажа пазух, что клинически проявляется болевым синдромом, повышением секреции, нарушением носового дыхания и обонятельной функции.

К особенностям течения РС у детей относятся:

- высокая распространенность, прежде всего в раннем детском возрасте;
- однотипная микрофлора;
- возникновение или обострение болезни как осложнения острой респираторно-вирусной инфекции;
- внезапное начало, часто агрессивное, с высокой степенью интоксикации вследствие быст-

Таблица 2. Терапевтическое действие компонентов препарата Синупрет

Компонент	Действие
Корень горечавки, цветы примулы и бузины, трава щавеля и вербены	Секретолитическое
Цветы примулы и бузины, трава щавеля и вербены	Противовоспалительное
Цветы примулы, трава вербены	Противовирусное
Трава щавеля	Иммуномодулирующее

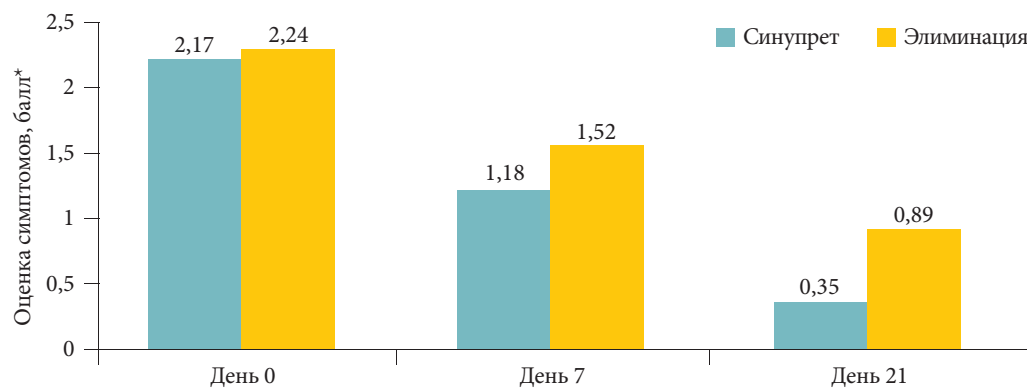


рого образования гнойного экссудата;

- вероятность перехода процесса на близлежащие органы и ткани (орбита, мозговые оболочки, клетчаточные пространства шеи и т.д.);
- частое рецидивирование;
- латентное течение в подростковом возрасте (не менее 50% всех случаев).

У детей раннего возраста особенностью также является развитие ринофарингита с распространением воспалительного процесса на гортань и нижележащие дыхательные пути (в том числе и с развитием пневмонии).

Лечение пациентов с РС в большинстве случаев комплексное и включает устранение воспаления, восстановление проходимости естественных соустьев околоносовых пазух, эвакуацию отделяемого из них, эрадикацию возбудителя, предотвращение развития возможных осложнений, местную иммуномодулирующую терапию (при наличии показаний). В подавляющем большинстве случаев (85–90%) лечение РС начинается с назначения системных антибактериальных препаратов. Это необходимо и оправданно при среднетяжелом и тяжелом течении РС с выраженными симптомами, обильным количеством гноя, общей интоксикацией. Незамедлительная антибактериальная терапия важна также у детей раннего возраста, у которых весьма быстро возникают осложнения, а также независимо от возраста при развитии риногенных осложнений. К риногенным осложнениям относят внутричерепные (арахноидит, экстрадуральный абсцесс, субдуральный абсцесс, менингит, абсцесс мозга, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки) и орбитальные осложнения (периостит, субпериостальный абсцесс, отек век и клетчатки глазницы, абсцесс века, флегмона глазницы, ретробульбарный неврит), а также риногенный сепсис. В этих случаях требуется немедленная госпитализация в ЛОР-стационар, где терапия под-



\* 3 – симптом выражен максимально, 0 – отсутствует.

Рис. 4. Динамика балльной оценки отека у детей основной и контрольной групп

бирается в зависимости от состояния ребенка, а также возможно проведение экстренных оперативных вмешательств.

В остальных случаях лечение можно начать с симптоматической терапии, воздержавшись от назначения системной антибиотикотерапии, тем более что до сих пор не существует единого мнения в ее отношении. Так, у 33% детей с острым синуситом возбудитель инфекции не выявляется, а в 70% случаев положительная динамика наблюдается и без применения антибиотика [4, 5, 7–9]. Длительный и неоднократный прием антибиотиков может привести к развитию дисбактериоза, аллергии и других побочных эффектов. Согласно данным некоторых исследований, антибиотики не имеют преимуществ по сравнению с плацебо, когда речь идет о лечении синуситоподобных симптомов в общей практике [11]. Наличие столь противоположных точек зрения нередко только сбивает с толку врача, сталкивающегося с острым синуситом, еще и потому, что все чаще в литературе появляются сообщения о необходимости ограничения использования системной антибактериальной терапии. По данным норвежского двойного слепого рандомизированного исследования терапии острого гайморита антибактериальными препаратами (в данной работе изучали феноксиметилпенициллин и амоксициллин) и плацебо, эффективность изле-

Синупрет обладает многообразием фармакологических свойств: блокирует фазу экссудации, способствует гипосенсибилизации, уменьшает проницаемость сосудистой стенки, а также повышает активность реснитчатого эпителия и ускоряет эвакуацию секрета из дыхательных путей и околоносовых пазух.

чения от этого заболевания через 10 дней составляет 86% при применении антибиотиков и 57% – при применении плацебо [7]. По данным многоцентрового исследования 2001 г., проведенного американскими учеными, назначение антибактериальных препаратов для лечения легкой формы острого синусита не является целесообразным [8, 9].

При незначительной выраженности симптомов РС (легкие и среднетяжелые неосложненные формы) можно исключить прием системных антибиотиков и вести пациента, используя только растительные секретолитики с противовоспалительными свойствами либо топические лекарственные средства и физиотерапию. Применение секретолитиков с противовоспалительными свойствами позволяет восстано-

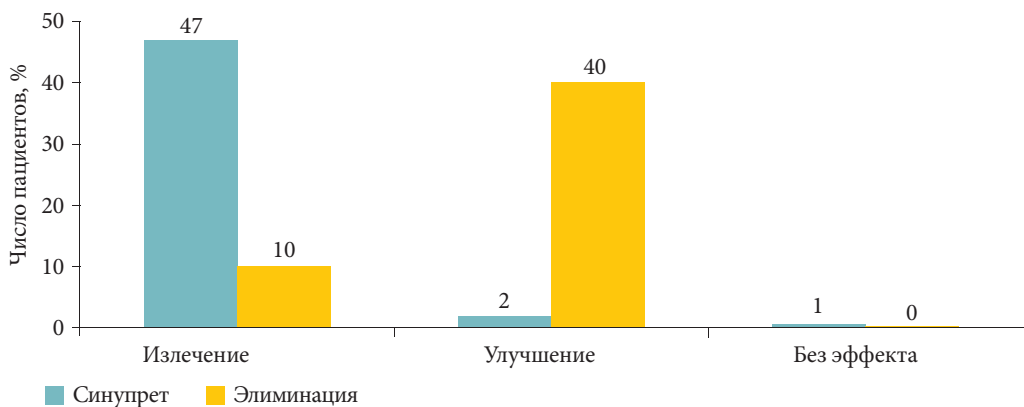


Рис. 5. Эффективность препарата Синупрет у больных с затяжным течением острого синусита

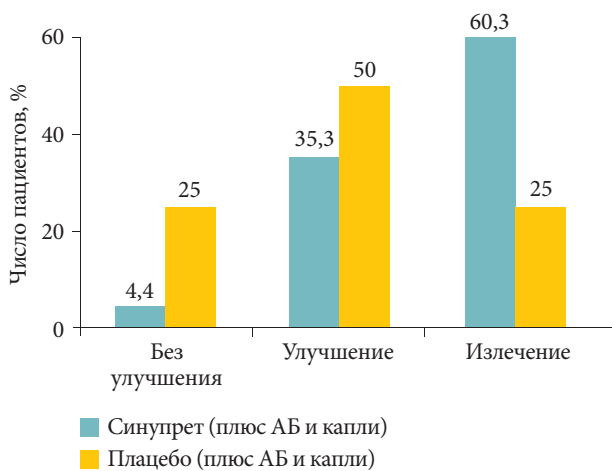


Рис. 6. Эффективность препарата Синупрет в составе комплексной терапии острого синусита

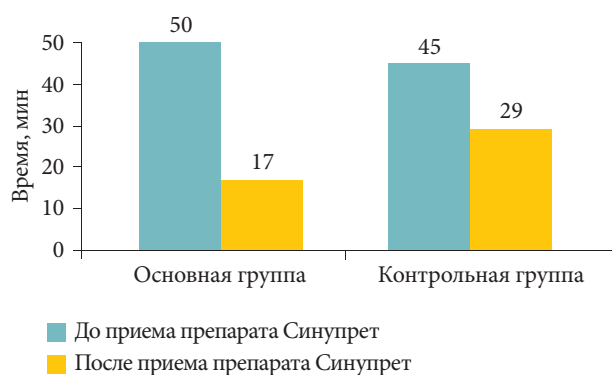


Рис. 7. Состояние мукоцилиарного транспорта (МЦТ) у детей с негнойными заболеваниями уха на фоне приема препарата Синупрет в основной группе и в группе сравнения (срок наблюдения 1 мес.)

Литература  
→ С. 61

рован в тестах с вирусами гриппа А, парагриппа I типа и респираторно-синцициальным вирусом.

Клиническая эффективность препарата Синупрет изучалась у больных с острым, затяжным [6] (рис. 4, 5) и хроническим синуситом [10]. Оценивалась эффективность препарата в качестве монотерапии и в составе комплексной терапии (включавшей антибактериальный препарат для системного применения и топический деконгестант) (рис. 6).

Противовоспалительный эффект изучен и у больных с хроническим синуситом [10]. Сравнительный анализ лабораторных тестов у детей с хроническим гнойным гайморитом до и после базисного лечения, включавшего препарат Синупрет, позволил выявить его антиоксидантное и мембранопротекторное действие.

Немаловажным аспектом является безопасность препарата Синупрет. По данным постмаркетингового исследования (Германия, 2001), побочные эффекты (главным образом проявления желудочно-кишечной непереносимости, отдельные случаи аллергических кожных реакций) зарегистрированы лишь у 0,8% пациентов. Имеются заключения о безопасности в отношении мутагенности, репродуктивной токсичности и токсичности с большими дозировками (Германия, 1999, 2001).

Интересным является и пролонгирование приема препарата с профилактической целью. Проведенное исследование, оценивающее состояние функции мукоцилиарного транспорта у детей, выявило ухудшение показателей у детей, проживающих в условиях мегаполиса и не принимающих секреторноактивные препараты (рис. 7) [14]. Кроме того, профилактика РС должна быть направлена на устранение предрасполагающих к ним факторов, важную роль имеет систематическое закаливание организма. Правильная трактовка симптоматики, топическая диагностика, оценка тяжести состояния и адекватное лечение – залог выздоровления ребенка. ☺