



## Введение

Острый синусит (ОС) — очень частый диагноз в практике семейного врача. В России регистрируется 10 млн случаев острого синусита в год [1]. В США ежегодно данное заболевание диагностируется у 16% взрослого населения [2].

Основу лечения бактериального синусита составляет антибактериальная терапия, которая не является необходимой при вирусной природе синусита или при банальной острой респираторной вирусной инфекции. Гипердиагностика синусита врачами приводит к избыточному и неадекватному назначению антибактериальных препаратов, что способствует развитию и распространению резистентности основных бактериальных патогенов и возникновению нежелательных лекарственных реакций у отдельных пациентов на фоне нерациональной антибактериальной терапии [4].

В 2012 г. были изданы рекомендации Американского общества инфекционных болезней (Infectious Diseases Society of America — IDSA), посвященные тактике ведения острого бактериального синусита у взрослых и детей [5]. Все перечисленные рекомендации акцентируют внимание врачей, с одной стороны, на клинической диагностике и рациональном использовании дополнительных методов исследования, а с другой стороны, на стратегии выбора антибактериальной терапии в зависимости от структуры антибиотикорезистентности в определенном регионе или стране, степени тяжести инфекции, индивидуальных особенностей пациентов и других факторов, а также на дополнительных методах лечения [6, 7–9].

# 1. Эпидемиология

---

До 15% взрослого населения в мире страдают различными формами ОС, у детей он встречается еще чаще. ОС является наиболее распространенным диагнозом в амбулаторной практике. Он занимает 5-е место среди заболеваний, по поводу которых назначают антибиотики: в США на покупку антибиотиков для лечения ОС тратится около 6 млрд долларов. Примерно 8,4% населения Нидерландов переносят хотя бы один эпизод острого ОС в год. По самым скромным подсчетам, в России данное заболевание ежегодно переносят около 10 млн человек. Однако реальное количество больных в несколько раз выше указанных показателей, так как многие пациенты не обращаются к врачу при относительно легких катаральных формах заболевания. По мнению ряда авторов, в структуре заболеваний ЛОР-стационаров синусит составляет от 15 до 36% [7].

## 2. Этиология и патогенез

---

ОС может иметь инфекционную этиологию: вирусную или бактериальную, а также вызываться факторами, такими как аллергены, ирританты окружающей среды. ОС в 2–10% случаев имеет бактериальную этиологию, а в 90–98% случаев вызывается вирусами. Вторичная бактериальная инфекция околоносовой пазухи (ОНП) после перенесенной вирусной инфекции верхних дыхательных путей развивается у 0,5–2% взрослых и 5% детей.

Среди бактериальных возбудителей ОС наиболее значимыми в настоящее время являются так называемые респираторные патогены: *Streptococcus pneumoniae* (19–47%), *Haemophilus influenzae* (26–47%), ассоциации этих возбудителей (около 7%), реже —  $\beta$ -гемолитические стрептококки не группы А (1,5–13%), *S. pyogenes* (5–9%), не  $\beta$ -гемолитические стрептококки (5%), *S. aureus* (2%), *M. catarrhalis* (1%), *H. parainfluenzae* (1%), грамотрицательные патогены (редко). Нельзя забывать о факультативно-анаэробной микрофлоре (*Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, а также *Prevotella* и *Porphyromonas*), участвующей в поддержании активного воспаления в пазухе и способствующей развитию хронического воспаления.

Пусковым моментом в развитии ОС обычно бывает инфекция верхних дыхательных путей, наиболее типичным возбудителем которой являются риновирусы. Вызванное вирусом воспаление вызывает отек слизистой оболочки, трансудацию плазмы и гиперсекрецию желез. ОС практически всегда вызывается застоем секрета и нарушением воздухообмена в ОНП, когда страдает механизм мукоцилиарного клиренса и продлевается время контакта патогенных бактерий с клетками слизистой оболочки. Еще одним патогенетическим фактором ОС может быть привычка к частому высмаркиванию. Очищение полости носа посредством высмаркивания создает давление порядка 60–80 мм рт.ст., которого достаточно для проталкивания инфицированного секрета из среднего или верхнего носового хода в полость пазухи. В случае острого воспаления слизистая оболочка пораженной пазухи, которая в норме имеет толщину папиросной бумаги, утолщается в 20–100 раз, формируя подушкообразные образования, иногда заполняющие практически весь просвет пазухи. В условиях выраженного отека, блокады естественного соустья, стагнации секрета и снижения парциального давления кислорода в пазухах создаются оптимальные условия для развития бактериальной инфекции.

# 3. Определение

---

**Острый синусит** — это острое воспаление слизистой оболочки одной или нескольких ОНП.

- Определяется как внезапное появление двух или более симптомов, один из которых представляет собой:
  - затруднение носового дыхания (заложенность носа) или выделения из носа (наружу, в носоглотку);
  - давление/боль в области лица;
  - снижение или потерю обоняния.
- Длительность симптомов — менее 12 нед.
- Могут наблюдаться бессимптомные промежутки, в течение которых симптомы отсутствуют, если заболевание носит рецидивирующий характер.
- Риноскопические/эндоскопические признаки:
  - слизисто-гнойное отделяемое преимущественно в среднем носовом ходе;
  - отек слизистой оболочки преимущественно в среднем носовом ходе.
- Изменения при рентгенографии ОНП, выполненной в стандартной проекции (носоподбородочной):
  - снижение воздушности;
  - пристеночное утолщение слизистой оболочки;

- наличие жидкости;
- субтотальное или тотальное затемнение.
- Изменения при компьютерной томографии (КТ) ОНП:
  - изменения слизистой оболочки в пределах остио-меатального комплекса и/или пазух;
  - наличие жидкости;
  - полное исчезновение симптомов синусита на КТ не позднее чем через 12 нед от начала заболевания.

У детей ОС определяется как внезапное появление двух симптомов или более, таких как:

- заложенность носа/затрудненное носовое дыхание;
- бесцветные/светлые выделения из носа;
- кашель (в дневное или ночное время).

Симптомы сохраняются менее 12 нед.

Могут наблюдаться бессимптомные промежутки, в течение которых симптомы отсутствуют, если заболевание носит рецидивирующий характер [18].

Диагноз подтверждается при сборе анамнеза. При расспросе необходимо задать вопрос о наличии симптомов аллергии (таких как чиханье, водянистые выделения из носа, зуд и слезотечение). ОС может возникнуть один или несколько раз за определенный период времени. Это обычно проявляется в виде эпизодов заболевания в течение 1 года, но может наблюдаться и полное разрешение симптомов между эпизодами болезни, что является критерием рецидивирующего ОС.

# 4. Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

---

Острый синусит (J01).

- J01.0. Острый верхнечелюстной синусит.
- J01.1. Острый фронтальный синусит.
- J01.2. Острый этмоидальный синусит.
- J01.3. Острый сфеноидальный синусит.
- J01.4. Острый пансинусит.
- J01.8. Другой острый синусит.
- J01.9. Острый неуточненный синусит.