

УДК 616.211-002
ББК 56.8
Л77

Составители

А.С. Лопатин, профессор, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

В.П. Гамов, профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Лопатин А.С.

Л77 Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения: Учебное пособие / А.С. Лопатин, В.П. Гамов. — 2-е изд., исправ. и перераб. — М.: ООО «Издателство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 80 с.: ил.

ISBN 978-5-9986-0162-0

В издании подробно рассмотрены этиология, патогенез, клиника и диагностика одного из самых распространенных оториноларингологических заболеваний — риносинусита. Даются основные принципы диагностики и лечения этого заболевания. Особое внимание уделено терапии осложнений острого риносинусита.

Для оториноларингологов, пульмонологов, семейных врачей.

УДК 616.211-002
ББК 56.8

ISBN 978-5-9986-0162-0

© Лопатин А.С., Гамов В.П., 2014
© Оформление. ООО «Издателство «Медицинское информационное агентство», 2014

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Оглавление

Список сокращений.....	5
Введение	6
Глава 1. Острый риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения	11
1.1. Определение	11
1.2. Эпидемиология	11
1.3. Этиология	12
1.4. Патогенез	15
1.5. Клинические признаки и симптомы	16
1.6. Диагностика и рекомендуемые клинические исследования	19
1.7. Дифференциальный диагноз	26
1.8. Основные принципы лечения	27
1.9. Оценка эффективности лечения	46
1.10. Осложнения и побочные эффекты лечения	46
1.11. Ошибки и необоснованные назначения	47

Глава 2. Хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения.....	48
2.1. Определение.....	48
2.2. Эпидемиология.....	48
2.3. Классификация.....	49
2.4. Этиология и патогенез.....	50
2.5. Клинические признаки и симптомы.....	63
2.6. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования.....	64
2.7. Дифференциальный диагноз.....	67
2.8. Основные принципы лечения.....	69
2.9. Оценка эффективности лечения.....	75
2.10. Прогноз.....	76
Литература.....	77

Список сокращений

ВАШ	—	визуально-аналоговая шкала
ВЧП	—	верхнечелюстная пазуха
ГКС	—	глюкокортикостероиды
ИнГКС	—	интраназальные глюкокортикостероиды
КТ	—	компьютерная томография
МРТ	—	магнитно-резонансная томография
НПВС	—	нестероидные противовоспалительные средства
ОБРС	—	острый бактериальный риносинусит
ОНП	—	околоносовые пазухи
ОПВРС	—	острый поствирусный риносинусит
ОРВИ	—	острая респираторная вирусная инфекция
ПЦР	—	полимеразная цепная реакция
РС	—	риносинусит
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
ХОБЛ	—	хроническая обструктивная болезнь легких

ГЛАВА 2

Хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения

2.1. Определение

European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (2007, 2012) определяет хронический РС следующим образом: *хронический РС* — воспаление слизистой оболочки ОНП и полости носа длительностью более 12 нед., сопровождающееся двумя или более симптомами, одним из которых является затруднение носового дыхания (заложенность носа) или выделения из носа:

- ± головная боль (в проекции ОНП);
- ± снижение или потеря обоняния.

2.2. Эпидемиология

Хронический РС — одно из самых распространенных хронических заболеваний человека. Однако данные о распространенности этого заболевания могут сильно варьировать из-за отсутствия общепринятого определения и в зависимости от применяемых диагностических критериев: учета только клинических признаков заболевания, результатов рентгенографии, КТ ОНП или результатов диагностической пункции пораженных синусов. Исследование Национального центра по статистике болезней США, основан-

ное на анализе распространенности клинических проявлений, установило, что симптомы РС длительностью более 3 месяцев в течение года, предшествовавшего опросу, испытали 15,5% жителей этой страны. В то же время статистические исследования, основанные на обращаемости к врачам, дают существенно более низкие цифры: только 2% обратившихся был поставлен диагноз хронического РС в соответствии с кодами МКБ-9. Поскольку врачи общей практики, как и оториноларингологи на амбулаторном приеме, как правило, не пользуются эндоскопическим исследованием полости носа, необходимым для верификации диагноза, и делают свое заключение в основном на основе клинических симптомов, тенденция к гипердиагностике хронического РС прослеживается достаточно четко.

Женщины страдают хроническим РС примерно в 1,5 раза чаще, чем мужчины. В Канаде распространенность хронического РС, диагностированного врачом, составила 3,4% среди мужчин и 5,7% среди женщин. Заболеваемость хроническим РС существенно увеличивается с возрастом: в возрастной группе от 20 до 29 лет она составляет 2,7%, тогда как в группе от 50 до 59 лет — 6,6%. Заболевание не имеет четкой сезонности, однако обострения хронического РС чаще развиваются осенью, зимой и ранней весной, в холодное и сырое время года, совпадая с основными эпидемиями ОРВИ. Процесс чаще бывает двусторонним, но это не относится к специфическим формам: одонтогенному, грибковому РС и др.

2.3. Классификация

В зависимости от этиологических факторов хронический РС может быть бактериальным и грибковым или вызванным бактериально-грибковыми ассоциациями. По характеру течения выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы на основании суммарной выраженности симптомов заболевания по ВАШ. По морфологическим особенностям хронический РС может быть катаральным,

гнойным, полипозно-гнойным и полипозным. Специфическую форму представляет собой одонтогенный верхнечелюстной синусит.

Классификация грибковых заболеваний ОНП

1. Инвазивные формы:

- молниеносная;
- хроническая.

2. Неинвазивные формы:

- поверхностный синоназальный микоз;
- грибковый шар (другие названия: «синулит», «мицетома»);
- аллергический (эозинофильный) грибковый РС.

2.4. Этиология и патогенез

Существуют патологические состояния, при которых нарушаются воздухообмен и механизм клиренса ОНП, что может привести к развитию хронического РС. Это:

1. Хронический ринит.

2. Атопия.

3. Непереносимость НПВС.

4. Анатомические аномалии строения полости носа и ОНП:

- искривление перегородки носа;
- булла средней носовой раковины;
- гиперпневматизация решетчатой буллы;
- гиперпневматизация супрабуллярной клетки (*agger nasi*);
- инфраорбитальная клетка (Халлера);
- парадоксальный изгиб средней носовой раковины;
- аномалии строения крючковидного отростка;
- дополнительное соустье ВЧП.

5. Иммунодефицитные состояния:

- X-сцепленная агаммаглобулинемия;
- общая вариабельная иммунологическая недостаточность;

- дефицит подклассов IgG;
- селективная недостаточность IgA;
- гипер-IgM-синдром;
- СПИД.

6. Заболевания, сопровождающиеся расстройствами мукоцилиарного транспорта:

- первичная цилиарная дискинезия (*синдром Картагенера*);
- синдром Янга;
- муковисцидоз.

7. Гранулематоз Вегенера.

8. Гиперплазия глоточной миндалины, аденоидит.

9. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

10. Свищ между ротовой полостью и ВЧП.

Классическая современная концепция, фактически являющаяся теоретическим обоснованием и философской основой функциональной внутриносовой хирургии, зиждется на том положении, что хроническое воспаление в ОНП практически всегда (за исключением случаев одонтогенного, травматического генеза) оказывается следствием нарушения их аэрации и частичной или полной блокады их выводных путей (*рис. 2.1*). В этом плане, помимо нарушения мукоцилиарного транспорта, большое значение отводится аномалиям строения внутриносовых структур и решетчатого лабиринта (*рис. 2.2*).

Согласно этой концепции, в типичных случаях ведущую роль в патогенезе хронического РС играют патологические изменения в области среднего носового хода, где расположен *остиомеатальный комплекс* — своеобразная анатомическая структура, состоящая из узких щелей, отверстий и каналов, формирующихся в процессе развития ОНП. Здесь открываются выводные отверстия верхнечелюстной, лобной пазух и передних клеток решетчатого лабиринта. Выделяют также понятие «задний остиомеатальный комплекс», расположенный в верхнем носовом ходе, куда по обе стороны от верхней носовой раковины дренируются соустья клиновидной пазухи и задних кле-



Рис. 2.1. Типичная картина хронического РС: правая ВЧП частично дренируется через естественное соустье, левая ВЧП totally заполнена патологическим содержимым. Гребень на левой стороне перегородки носа контактирует со структурами среднего носового хода (КТ, коронарная проекция)

ток решетчатого лабиринта. Узость и сложность строения этих анатомических образований являются главным predisposing фактором в патогенезе хронического РС. Даже небольшого отека слизистой оболочки при банальном воспалительном процессе бывает достаточно для того, чтобы механизм мукоцилиарного транспорта стал несостоятельным в узких щелях и каналах, по которым эвакуируется секрет из ОНП.

Предполагалось, что еще одной типичной причиной нарушения дренажа и аэрации ОНП (в первую очередь верхнечелюстных и лобных) оказываются аномалии анатомического строения остиомеатального комплекса решетчатого лабиринта, такие как булла или парадоксальный изгиб средней носовой раковины, патологические варианты строения крючковидного отростка, гиперпневматизация решетчатой буллы, супрабуллярной клетки (*agger nasi*), инфраорбитальной клетки (клетки Халлера) и др. Такие аномалии, а также шипы и гребни перегородки

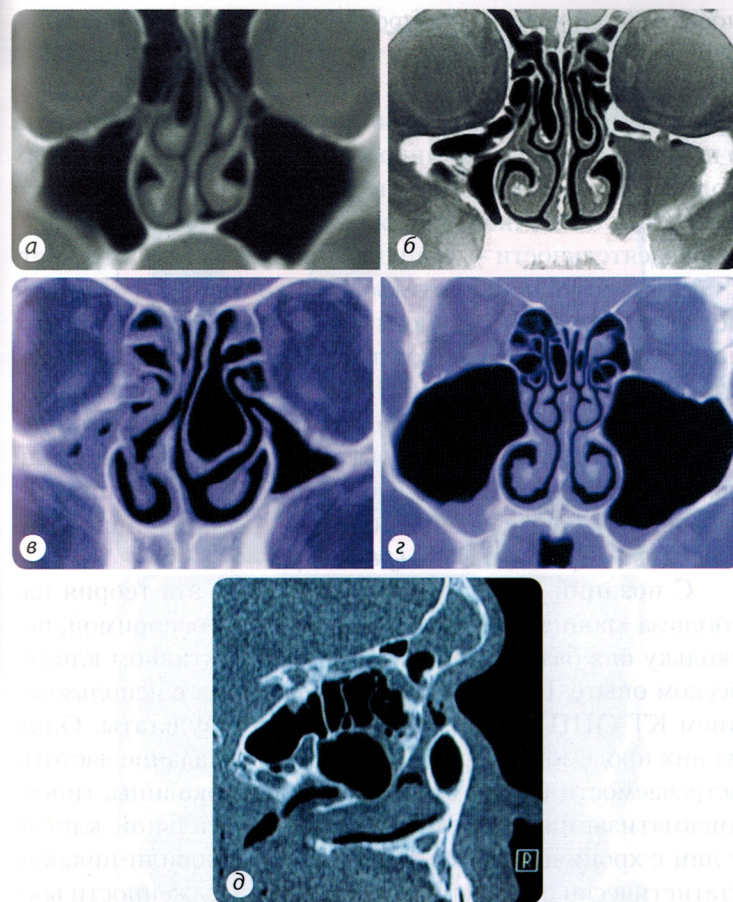


Рис. 2.2. Комплексы анатомических аномалий строения, являющиеся возможными причинами развития хронического РС:

а — искривление верхних отделов перегородки носа влево, булла правой и парадоксальный изгиб левой средней носовой раковины, небольшая инфраорбитальная клетка слева (КТ, коронарная проекция); б — буллы средних носовых раковин, крупные инфраорбитальные клетки, блокирующие естественное соустье ВЧП (КТ, коронарная проекция); в — гребень перегородки носа, гигантская булла левой и латеропозиция правой средней носовой раковины (КТ, коронарная проекция); г — буллы верхних носовых раковин, блокирующие задний остиомеатальный комплекс (КТ, коронарная проекция); д — клетки решетчатого лабиринта, спереди и сзади суживающие выходные пути лобной пазухи (КТ, сагиттальная реконструкция)

носа, расположенные на уровне среднего носового хода, нарушают проходимость естественных отверстий ОНП, что, в свою очередь, ведет к нарушению аэрации, снижению парциального давления кислорода и застою секрета в пазухах. Патогенные микроорганизмы в этих условиях получают возможность более длительного контакта со слизистой оболочкой, а также благоприятную среду для жизнедеятельности — скапливающийся в пазухах секрет.

Дополнительное соустье ВЧП в задней фонтанелле также является патологической аномалией строения латеральной стенки полости носа, предрасполагающей к развитию хронического РС. Из-за противоположной направленности мукоцилиарного транспорта на внутренней и внешней поверхностях фонтанеллы наличие двух или более отверстий создает условия для рециркуляции, т.е. заброса уже побывавшей в полости носа и инфицированной слизи обратно в ВЧП (рис. 2.3).

С позиций доказательной медицины эта теория патогенеза хронического РС не выглядит неоспоримой, поскольку она базировалась лишь на субъективном клиническом опыте. Последующие исследования с использованием КТ ОНП дали противоречивые результаты. Одни из них продемонстрировали явное преобладание частоты встречаемости буллы средней носовой раковины, гиперпневматизации *agger nasi* и инфраорбитальной клетки у лиц с хроническим РС, другие не установили никакой статистически достоверной разницы в выраженности воспалительных изменений в ОНП у лиц с аномалиями пневматизации решетчатого лабиринта и без таковых. Мета-анализ всех доступных публикаций по данной проблеме не обнаружил достоверной связи между присутствием анатомических вариантов строения и наличием клинических проявлений РС.

Таким образом, роль анатомических вариантов строения решетчатого лабиринта в патогенезе хронического РС пока нельзя считать доказанной. Эти варианты формируются еще в раннем детстве, в процессе возрастной эволю-

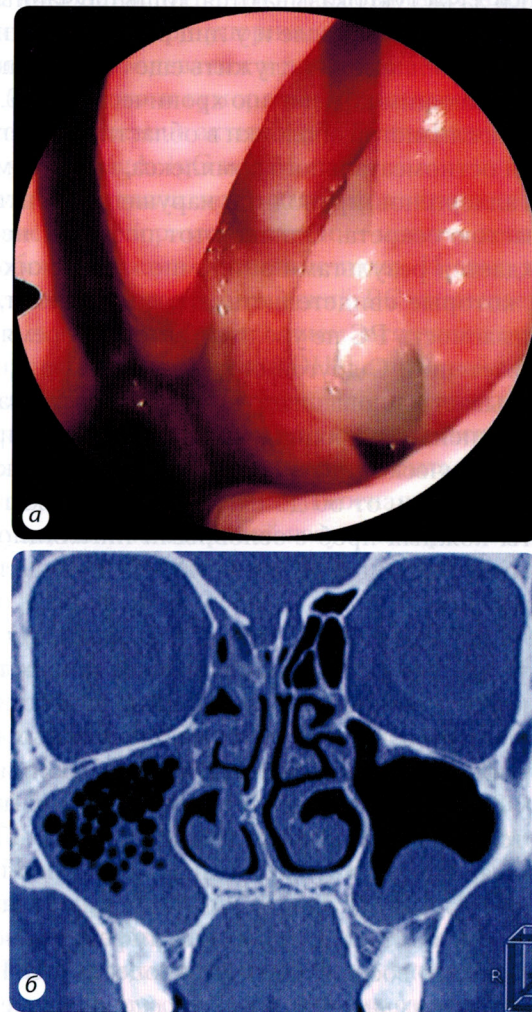


Рис. 2.3. Признаки дополнительного отверстия ВЧП в задней фонтанелле:

a — рециркуляция слизи между естественным и дополнительным соустьями (левая половина носа, 0° эндоскоп); *б* — слизистое отделяемое и пузырьки воздуха в правой ВЧП (КТ, коронарная проекция)