

Классификация риносинусита

Карпова Е.П., Тулупов Д.А.

г. Москва

РМАПО

На сегодняшний день существует несколько классификаций риносинусита, дополняющие друг друга.

Наиважнейшей, с точки зрения выбора долгосрочной стратегии лечения, принято считать классификацию риносинуситов в зависимости от *продолжительности сохранения симптомов*. согласно классификации EPOS по данному признаку выделяют только 2 вида риносинусита:

- *острый риносинусит* характеризуется полным исчезновением симптоматики в течение 12 недель;
- *хронический риносинусит* – продолжительность заболевания более 12 недель без полного исчезновения симптомов, может наблюдаться усиление симптомов.

В отечественной литературе а также по данным некоторых зарубежных источников (Rosenfeld R.M. et al., 2007) выделяется подострая форма риносинусита, под которой принято считать риносинусит с сохранением симптомов от 4 до 12 недель. Однако с учётом отсутствия принципиальной разницы в этиологии и лечебной тактике с острым риносинуситом, выделение подострой формы в отдельную группу не имеет достаточных обоснований.

При этом, с точки зрения практической оториноларингологии, логичным можно считать диагноз *рецидивирующего острого риносинусита*, при котором у пациента в течении 1 года отмечается 4 и более эпизодов острого риносинусита, при каждом из которых симптомы сохраняются не более 12 недель с последующим полным их разрешением (Rosenfeld R.M. et al., 2007).

Не менее важная для определения выбора лечения текущего эпизода заболевания классификация риносинусита *по тяжести течения*. В

классификации, предложенной в EP³OS, определение тяжести риносинусита осуществляется врачом на основании оценки влияния симптомов риносинусита на качество жизни пациента (Fokkens W., Lund V., Mullol J., and Nasal Polyps group., 2012). Для этого используется 10-балльная визуально-аналоговая шкала (VAS), где 0 – отсутствие влияния на качество жизни пациента, 10 – максимально негативное влияние синусита на качество жизни больного. В зависимости от значения VAS выделяют:

- лёгкое течение - показатели VAS составляют от 0 до 3 баллов;
- средне-тяжёлое течение - показатели VAS находятся в пределах от 4 до 7 баллов;
- тяжёлое течение - значение VAS – 8-10 баллов.

Однако подобная градация тяжести течения острого заболевания очень субъективна, и, нередко, крайне затруднительна к применению, особенно при условии её использования у детей раннего возраста, эмоционально лабильных пациентов или у пациентов в общем тяжёлом состоянии, находящихся без сознания. В повседневной практике оториноларингологу для определения тяжести течения заболевания проще ориентироваться на выраженность и наличие определённых клинических симптомов риносинусита и/или потенциальных риногенных осложнений (Богомильский М.Р., Чистякова В.Р., 2001; Крюков А.И. и соавт., 2002; Карпова Е.П., Шеврыгин Б.В., 2005, Рязанцев С.В 2008). С учётом данных критериев можно предложить следующее определение течения риносинусита по степени тяжести (см. табл.1).

Таблица 1. Классификация острого риносинусита или обострения хронического риносинусита по степени тяжести (Карпова Е.П., Тулупов Д.А., 2012).

Степень тяжести	Симптомы
Лёгкая	1. Отсутствие лихорадочной реакции

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) 3. Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух. 4. Отсутствие осложнений.
Средне-тяжёлая	<ol style="list-style-type: none"> 1. Температура не выше 38,0°C. 2. Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) 3. Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы. 4. Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) 5. Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.
Тяжёлая	<ol style="list-style-type: none"> 1. Температура выше 38,0°C. 2. Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) 3. Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в

	проекции околоносовой пазухи. 4. Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений.
--	--

Полезным нововведением ЕР³OS 2012 года стала классификация острых риносинуситов *в зависимости от этиологического фактора*, что важно для обоснования проведения системной антибактериальной терапии при неосложнённой форме риносинусита. Так все острые риносинуситы подразделяются на вирусные, поствирусные и бактериальные.

Согласно современным представлениям, большинство респираторных вирусов при симптоматике «простудного насморка» поражают не только слизистую полости носа, но и некоторые (верхнечелюстные и передние клетки решётчатого лабиринта) околоносовые пазухи. Таким образом, вирусным риносинуситом считаются любые ринологические симптомы, возникающие на фоне ОРВИ, сохраняющиеся не более 10 дней, при отсутствии признаков бактериального риносинусита.

К поствирусному риносинуситу относят состояния, сопровождающиеся сохранением ринологической симптоматики более 10 дней, или ситуации с усилением выраженности симптомов заболевания после 5 дня, не попадающие под критерии определения бактериального риносинусита и длящиеся менее 12 недель.

Под острым бактериальным риносинуситом понимают состояния, при которых у пациентов есть 3 или более из следующих признаков:

- одностороннее слизистое отделяемое из носа или появление гнойного отделяемого в носовых ходах;
- выраженная боль (чаще односторонняя) в проекции околоносовых пазух);
- фебрилитет (лихорадка более 38,0°C);
- изменение в анализах крови (повышение С-реактивного белка, лейкоцитоз более 15×10^9 , повышение СОЭ);

- ухудшение состояния после непродолжительного улучшения.

В определённых ситуациях актуальным можно считать дополнительное выделения неинфекционных факторов (травма, физическое или химическое воздействие), явившихся причиной развития острого риносинусита, например посттравматический риносинусит и постожоговый риносинусит.

При хроническом риносинусите, с учётом причинного фактора в отдельную форму необходимо выделить одонтогенный и грибковый риносинусит.

Классифицировать острый риносинусит по характеру течения на катаральный, гнойный или некротический (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 1997) не столь удобно, так как кроме характера секрета нет других критериев, обуславливающих назначение системной антибактериальной терапии. Аналогичная классификация хронического риносинусита, предложенная отечественными авторами, где выделена катаральная, гнойная, пристеночно-гиперпластическая полипозная, фиброзная, кистозная и осложнённая форма хронического риносинусита по сравнению с классификацией EP³OS, подразделяющий хронический риносинусит лишь на форму с полипами и без является более удобной для практикующего врача, в выборе лечебной тактики и формулировке прогноза дальнейшего развития заболевания. При этом, возможно, по причине обязательного наличия клинических признаков воспалительной реакции, в том числе, часто со скоплением гнойного секрета, при полипозной кистозной или пристеночно-гиперпластической форме, следует отказаться от выделения катаральной и гнойной формы острого риносинусита.

Практически во всех отечественных работах (Богомильский М.Р., Чистякова В.Р., 2001; Крюков А.И. и соавт., 2002; Карпова Е.П., Шеврыгин Б.В., 2005; Рязанцев С.В., 2007; Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 1997), а так же по МКБ-10, в зависимости от топике процесса выделяют верхнечелюстной синусит, этмоидальный синусит, фронтальный синусит, сфеноидальный синусит. При одномоментном поражении нескольких пазух рекомендуется использовать собирательные термины, например,

этмоидогайморит или *этмоидогайморифронтит* (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 1997). Однако для упрощения нередко используется термин *полисинусит*, *гемисинусит* (при поражении околоносовых пазух с одной стороны) и *пансисусит* (при поражении все околоносовых пазух). При этом позиционные документы Европы и северной Америки не используют подобную классификацию, обосновывая это единым патогенезом развития любой придаточной пазухи носа, что обуславливает единый подход к лечению (Meltzer E.O., Hamilos D.L., 2011; Fokkens W., Lund V., Mullol J., and Nasal Polyps group., 2012). Альтернативным решением в данном спорном вопросе, возможно, может стать отказ отданной классификации при неосложнённой форме острого риносинусита, при сохранении конкретизации топике процесса при хроническом риносинусите и осложнённой форме острого риносинусита, т.е. ситуациях при которых нередко рассматривается вопрос о хирургическом лечении.

Таким образом, с учётом имеющихся на сегодняшний день взглядов при постановке диагноза «риносинусит» необходимо определить:

1. длительность течения процесса (острый, рецидивирующий острый или хронический);
2. для острого, рецидивирующего острого или обострения хронического риносинусита определить тяжесть течения заболевания (лёгкая, средне-тяжёлая, тяжёлая);
3. для острого, рецидивирующего острого или обострения хронического риносинусита определить риск вовлечения в процесс высокопатогенной бактериальной микрофлоры (вирусный, пост-вирусный, бактериальный);
4. при хроническом риносинусите определить характер течения процесса (пристеночно-гиперпластическая полипозная, фиброзная, кистозная, осложнённая форма), а при наличие определённых клиничко-анамнестических данных указать причинный фактор развития хронического риносинусита (одонтогенный, грибковый);

5. при осложнённом течении острого риносинусита или хроническом риносинусите определить распространённость процесса (верхнечелюстной синусит, этмоидальный синусит, фронтальный синусит, сфеноидальный синусит, пансинусит).

Список литературы

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Москва, «Геотар-Мед». 2001.
2. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Острый риносинусит у детей (учебное пособие для врачей). Москва, «Петроруш», 2012.
3. Карпова Е.П., Шеврыгин Б.В. Синуситы у детей. В кн.: Руководство по детской оториноларингологии (в 2 томах). Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. М.: Медицина. 2005.
4. Крюков А.И., Сединкин А.А., Алексанян Т.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите. Методические рекомендации Департамента Здравоохранения Москвы. М. 2002.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. К вопросу классификации риносинуситов. Российская ринология. 1997;2:13-14.
6. Рязанцев С.В. Острый риносинусит. Глава 10 национального руководства «Оториноларингология» под редакцией Пальчуна В.Т. Москва, «Геотар-Мед». 2008.
7. Fokkens W., Lund V., Mullol J., Bachert C., Alobid I., Baroody F., Cohen N., Cervin A., Douglas R., Gevaert P., Georgalas C., Goossens H., Harvey R., Hellings P., Hopkins C., Jones N., Joos G., Kalogjera L., Kern B., Kowalski M., Price D., Riechelmann H., Schlosser R., Senior B., Thomas M., Toskala E., Voegels R., Wang de Y., Wormald P.J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 (EP3OS). Rhinology. 2012; 50(23):1-299.
8. Meltzer E.O., Hamilos D.L. Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: a synopsis of recent consensus guidelines. Mayo Clin Proc. 2011 May;86(5):427-43.

9. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;137(3, suppl):S1-S31.

Этиология острого риносинусита

Ведущим этиологическим фактором риносинуситов у детей являются вирусы: риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа, коронавирус и др. При этом в подавляющем большинстве случаев регистрируется риновирусная (около 70%) или аденовирусная (около 15%) инфекция (Winther B., 2011). Чаще всего вирусные риносинуситы протекают под маской ОРВИ и в практике не выделяются в отдельную нозологическую форму. Бактериальные риносинуситы практически всегда - это осложнение респираторно-вирусной инфекции, отмечающееся в 2-5% случаев (Fokkens W., Lund V., Mullol J., and Nasal Polyps group., 2012). Основными возбудителями бактериальных риносинуситов являются *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк), *Haemophilus influenzae* (нетипируемые штаммы), значительно реже – *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* (у детей младшего возраста). Данные бактериальные патогены могут быть представленными как монофлорой, так и бактериальными ассоциациями (Богомильский М.Р., Страчунский Л.С., 2001; Крюков А.И. и соавт., 2002; Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н., 2007; Chow A.W., Benninger M.S., Brook I. et al., 2012; Fokkens W., Lund V., Mullol J., and Nasal Polyps group., 2012). При этом по данным мониторинга антибиотикорезистентности пневмококка в России на 2009 год сохраняется хорошая чувствительность данного патогена к пенициллину, в среднем по регионам не превышающая 11% резистентных и умеренно резистентных штаммов. Согласно этим же данным количество резистентных к современным аминопеницилинам (амоксициллину) штаммов не превышает 0,5% (Козлов Р.С., Сивая О.В., Кочичикова О.И. и соавт., 2010).

Список литературы

1. Богомильский М.Р., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия синуситов у детей. Лечащий доктор. 2001;1:12.
2. Козлов Р.С., Сивая О.В., Кочичкова О.И., Иванчик Н.В. и группа исследователей «ПеГАС». Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* в России за период 1999-2009 гг. (результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС). Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2010; 12(4):329-341.
3. Крюков А.И., Сединкин А.А., Алексанян Т.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите. Методические рекомендации Департамента здравоохранения Москвы. М. 2002.
4. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. ОАО «Смоленский полиграфический комбинат». 2007.
5. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I., Brozek J.L., Goldstein E.J., Hicks L.A., Pankey G.A., Seleznick M., Volturo G., Wald E.R., File T.M. Jr, Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012 Apr;54(8):e72-e112.
6. Fokkens W., Lund V., Mullol J., Bachert C., Alobid I., Baroody F., Cohen N., Cervin A., Douglas R., Gevaert P., Georgalas C., Goossens H., Harvey R., Hellings P., Hopkins C., Jones N., Joos G., Kalogjera L., Kern B., Kowalski M., Price D., Riechelmann H., Schlosser R., Senior B., Thomas M., Toskala E., Voegels R., Wang de Y., Wormald P.J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 (EP3OS). Rhinology. 2012; 50(23):1-299.
7. Winther B. Rhinovirus infections in the upper airway. Proc Am Thorac Soc. 2011; 8(1):79-89.

