

ЗАЩИЩЕННЫЕ АМИНОПЕНИЦИЛЛИНЫ (КЛАВОМЕД) - ТЕРАПИЯ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТОВ

Нугзар Убери, Доктор Медицинских Наук, Ассоциированный профессор Тбилисского Государственного Медицинского Университета

Синусит довольно распространенное заболевание среди детей и взрослых, сопровождающийся серьезными осложнениями. Существует две формы синусита: вирусная и бактериальная. Обычно простуда сопровождается вирусным риносинуситом, излечивающимся самостоятельно. Примерно 2% инфекций верхних дыхательных путей осложняется бактериальным синуситом. Некоторые дети могут болеть хронической формой синусита, которая не проявляется как инфекционный процесс. Основные вопросы лечения и диагностики синусита все еще остаются спорными. У новорожденного представлены два синуса - этмоидальный и верхнечелюстной, хотя только в этмоидальном синусе завершен процесс пневматизации. Аналогичный процесс в верхнечелюстной пазухе завершается к 4 годам жизни. Сфеноидальный синус представлен с 5-летнего возраста, развитие лобной пазухи начинается с 7-8 летнего возраста и завершается во взрослом состоянии. Отверстия синусов довольно узкие, а дренируются они в средний носовой ход. Параназальные синусы, обычно стерильны, что обеспечивается мукоцилиарным клиренсом слизистой.

Этиология

Бактериальные патогены, вызывающие бактериальный синусит у детей и взрослых, в основном представлены следующими возбудителями: *Streptococcus pneumoniae* (примерно 30%), *Haemophilus influenzae* (примерно 20%), *Moraxella catarrhalis* (примерно 20%). 50% штаммов гемофилюса и 100% штаммов моракселлы являются бета-лактамазоположительными. Примерно 25% стрептококковых возбудителей пенициллинрезистентны. *Staphylococcus aureus*, прочие стрептококки и анаэробы редко вызывают бактериальный синусит у детей. При хронической синусной инфекций часто выявляются следующие патогены: *H. influenzae*, бета-гемолитический стрептококк группы А, *M. catarrhalis*, *S. pneumoniae* и коагулазаотрицательный стафилококк.

Эпидемиология

Острый бактериальный синусит встречается в любом возрасте. Предрасполагающими причинами могут оказаться вирусная инфекция верхнего дыхательного тракта, аллергический ринит, употребление табака. Хронический синусит может развиваться у детей при иммунодефицитных состояниях, цистефиброзе, цилиарной дисфункции, патологии фагоцитарной системы, гастроэзофагеальном рефлюксе, анатомическом дефекте (небная трещина), назальные полипы и инородное тело в носу.

Патогенез

В типичных случаях острый бактериальный синусит развивается в результате инфекций верхнего респираторного тракта. Вначале вирусная инфекция приводит возникновению риносинусита. Возможно попадание бактериальной флоры из носа в полость синуса, что при нормальном клиренсе слизистой сопровождается быстрой ее элиминацией. При вирусном риносинусите вследствие воспаления и отека выходные отверстия синусов

закрыты и снижен бактериальный клиренс. Данное обстоятельство способствует размножению микрофлоры и колонизации бактерии в высоких титрах.

Клиническая картина

У взрослых и детей при синусите могут быть неспецифические жалобы, такие как заложенность носа, выделения из носа (одно- или двусторонние), лихорадка и кашель. К редким симптомам относятся неприятный запах изо рта (галитоз), снижение вкуса и обоняния, периорбитальный отек; головная и мышечная боль у детей относительно редки. При физикальном обследовании могут выявиться легкая эритема и отек слизистой носа с отделяемым. У подростков и взрослых возможно повышение чувствительности в зоне проекции синуса.

Диагноз

Диагноз острого бактериального синусита в основном базируется на клиническом анамнезе. Постоянные симптомы инфекций верхнего респираторного тракта, включающие отделяемое из носа и кашель в течение 10-14 дней без значительного улучшения, тяжелые респираторные симптомы с температурой 39 °C и более, гнойные выделения из носа на протяжении 3-4 дней, соответствуют осложненному острому бактериальному синуситу. После аспирации, произведенной с верхнечелюстной пазухи у 70 % данной категории детей выявлена бактериальная культура. У детей с явлениями хронического синусита в анамнезе отмечаются постоянные респираторные симптомы, включающие кашель, отделяемое из носа, заложенность носа, имеющие место более 90 дней. Аспирация содержимого синуса является точным диагностическим методом, но к нему не прибегают с целью рутинного применения. Методом трансилуминации можно выявить уровень имеющейся в синусе жидкости, но не вирусное или бактериальное происхождение синусита. Проведение трансилуминации у детей технически довольно сложно. При рентгенологическом исследовании выявляются: опацификация, утолщение слизистой, уровни жидкости и воздуха; данные рентгенологические признаки характеризуются низкой специфичностью. С их помощью можно установить наличие воспаления в синусе, но невозможно провести дифференциальный диагноз между инфекцией верхнего респираторного тракта, аллергическим ринитом, неаллергическим ринитом и инородным телом в носу. Инфекция верхнего респираторного тракта характеризуется отделяемым из носа, кашлем и лихорадкой в начале. Симптомы обычно претерпевают обратное развитие через 10-14 дней. Аллергический ринит может носить сезонный характер. В назальном секрете обнаруживается значительная эозинофилия.

Лечение

До конца не ясно, какое антибактериальное средство является наиболее эффективным для лечения синусита. По рекомендации Американской Академии Педиатров применение антибактериальных средств в лечении острого бактериального синусита необходимо для обратного развития симптомов и сокращения осложнений до минимума. При первичном неосложненном синусите адекватным является терапия амоксициллином в дозе 45 мг/кг/сут. Для детей с аллергией на пенициллины альтернативным лечением является цефуроксима аксетил, кларитромицин, азитромицин. С учетом резистентных штаммов, препаратом выбора является классический представитель „защищенных“ аминопенициллинов – суспензия Клавомеда. Клавомед является комбинацией бета-

лактамного антибиотика (амоксциллин) и необратимого ингибитора бета-лактамазы (клавулановая кислота, тот же клавуланат калия). Эмпирический выбор Клавомеда обусловлен этиологическими факторами синуситов. Большинство вышеперечисленных возбудителей продуцирует бета-лактамазы. Содержание клавулановой кислоты в составе Клавомеда обеспечивает защиту амоксициллина от бета-лактамаз; кроме этого, клавулановая кислота характеризуется слабой, но все же дополнительной антибактериальной активностью и повышает антимикробный иммунитет организма. Формой выпуска Клавомеда является педиатрическая суспензия (312,5 мг/5 мл - 80мл). Для лечения бактериальных синуситов рекомендована следующая схема:

40-45 мг/кг/сут в 3 приема

возраст	доза
0-3 месяц	0,75 мл 2-3 раза в сутки
с 3 –ёх месяцев до года	1/4 мерного стакана (2,5 мл) 3 раза в сутки
с года до 7 лет	1/2 мерного стакана (5 мл) 3 раза в сутки
с 7 лет до 14 лет	1 мерный стакан (10 мл) 3 раза в сутки

Преимуществами Клавомеда можно считать широкий спектр противомикробного действия, вследствие чего он рекомендован для эмпирической антибиотикотерапии синуситов; Клавомед характеризуется высокой биодоступностью (высокую концентрацию достигает в тканях и жидкостях придаточных пазух носа); из организма выделяется в практически неизменном виде, что указывает на отсутствие у него гепато- и нефротоксичности и свидетельствует о безопасности Клавомеда. И наконец, хорошие органолептические свойства Клавомеда: приятный вишневый вкус, гомогенность - делает комфортным применение Клавомеда в детском возрасте.

В отсутствие эффекта данного лечения необходимо вмешательство оториноларинголога для аспирации содержимого синуса и определение чувствительности бактерий. Длительность лечения точно не определена, необходим индивидуальный подход, хотя по общим рекомендациям желательно продолжить лечение до 7 дней после снятия симптомов. Воспаление лобной пазухи может прогрессировать в серьезные интракраниальные осложнения, поэтому необходимо уже в начале лечения применить парентеральный антибиотик (цефтриаксон) до достижения стабильного состояния. На следующем этапе лечение часто продолжается пероральным антибиотиком, напр. Клавомедом. Использование деконгестантных, антигистаминных, муколитических средств и интраназальных кортикостероидов при остром бактериальном синусите недостаточно изучено, поэтому следует от них воздержаться. В отличие от этого, промывание носовой полости соленой водой может ускорить процесс выделения секрета и оказать действие легкого вазоконстриктора, хотя данные вопросы у детей плохо изучены.

Осложнения

Бактериальный синусит может сопровождаться значительными осложнениями, что обусловлено близостью пазух к головному мозгу и глазнице. Среди орбитальных осложнений примечателен периорбитальный и орбитальный целлюлит; интракраниальные осложнения включают: менингит, тромбоз пещеристого синуса, субдуральную эмпиему, эпидуральный абсцесс и абсцесс головного мозга. Дети, у которых выявится измененный ментальный статус, ригидность шейных мышц или признаки интракраниальной гипертензии (головная боль, тошнота), немедленно нуждаются в рентгенологических исследованиях головного мозга, глазницы и синусов, чтобы исключить

интракраниальные осложнения острого бактериального синусита. Лечение обязательно начинается антибиотиками широкого спектра действия (обычно используют цефотаксим или цефтриаксон в комбинации с ванкомицином), до определения бактериальной культуры и чувствительности. В случае абсцесса возможно хирургическое вмешательство. Из других осложнений синусита, встречается: остеомиелит лобной кости, который характеризуется отеком лобной области; мукоцеле, который представляет собой хроническое воспалительное повреждение, локализованное в лобном синусе, хотя может быть процесс расширится, что вызывает перемещение глаза и в последствии, диплопию. В таком случае обязательно хирургическое вмешательство.

Профилактика

Профилактика заболевания предусматривает следующие факторы: защита личной гигиены, в том числе, частое мытье рук; максимальная защита от лиц, которые инфицированы вирусом гриппа, так как бактериальный синусит частое осложнение вирусного гриппа. Кроме этого, желательно противогриппозная вакцинация ко времени наступления сезона. Иммунизация и химиопрофилактика противовирусными препаратами может значительно уменьшить инфицирование вирусом и, следовательно, ассоциированные с ним осложнения. Хотя вирус гриппа является одним и не единственным возбудителем простуды.