

Далидовский В. А.

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НОЗОКОМИАЛЬНОГО
СИНУСИТА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В РЕАНИМАЦИОННЫХ
ОТДЕЛЕНИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Сакович А. Р.

Кафедра болезней уха, горла, носа

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Нозокомиальный синусит (НС) и на сегодняшний день является распространенной проблемой среди пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Его актуальность связана с ростом антибиотикорезистентных штаммов, длительным нахождением в полости носа инородных тел (назогастральный зонд, интубационная трубка, носовые тампоны), применением лекарственных средств, снижающих мукоцилиарный клиренс. Остаются проблемными вопросы диагностического алгоритма и лечебной тактики, а также мероприятий, направленных на профилактику возникновения НС.

Согласно данным литературы, НС – заболевание, для которого характерно появление на рентгенограмме затемнений околоносовых пазух спустя 48 часов и более после госпитализации в сочетании с клиническими данными, которые подтверждают их инфекционную природу; важно также исключить инфекции, находящиеся в инкубационном периоде на момент поступления пациента в стационар.

Эпидемиологические и экспериментальные данные указывают на положительную корреляцию между развитием НС и состоянием общего и местного иммунитета, обструкцией носовых ходов, приводящей к нарушению аэрации околоносовых пазух, эпидемиологической обстановкой в ОРИТ, характером микробной обсемененности и микробных ассоциаций.

Ключевую роль в развитии НС играет наличие инородных тел в полости носа. Длительное нахождение инородного тела в полости носа, а также оказываемое им давление на носовые раковины, приводит к рефлекторному кровенаполнению последних и отеку в области остиомеатального комплекса. Вследствие этого нарушается дренирование и аэрация околоносовых пазух, развивается ацидоз, ухудшается мукоцилиарный клиренс. В итоге возникает застой секрета в околоносовых пазухах, что создает благоприятные условия для присоединения патогенной микрофлоры.

По данным российских публикаций НС чаще всего ассоциирован с грам-отрицательной флорой: *Ps.aeruginosa* (15,9–23%), *K.pneumoniae* (14–18%), *E.coli* (7,6–11%), реже *Pr.mirabilis* (7,2%) и другие микроорганизмы. Меньшую роль играет грам-положительная флора, которая представлена *S.epidermidis* (7–13%), *St.aureus* (5–10,6%), *S.pyogenes* (2–4,7%), *S.viridans* (3–4%). Грибы определяются в 3 – 8,5% случаев, чаще всего выделяются *Candida*, *Aspergillus*, *Penicillium*. Плесневые микромицеты *Alternaria*, *Rhizopus*, *Absidia* встречаются реже.

Первым этапом в лечении НС является устранение модифицируемых предрасполагающих факторов.

Активная эвакуация содержимого из полости носа и околоносовых пазух – следующий этап в лечении НС. Поэтому сохраняет свое значение пункция с последующим промыванием синусов, вовлеченных в патологический процесс. Еще одним важным аспектом в лечении НС является проведение санации полости носа и носоглотки путем промывания последних антисептическими растворами.

Выбор антибактериального препарата (на стартовом этапе – эмпирический) должен основываться на данных о его антимикробной активности в отношении большинства вероятных возбудителей НС, профиле безопасности, параметрах фармакокинетики, фармакодинамики, сведениях о ранее назначенных антибактериальных препаратах, эпидемиологической характеристике пациента (в т.ч. возраст, сопутствующие заболевания и пр.) и ОРИТ.