его возможности в профилактике инсульта в монотерапии и в комбинации с АСК. Исследование ESPS-1 показало более высокую профилактическую эффективность (профилактика повторных ишемических инсультов – ИИ) комбинации АСК с дипиридамолом по сравнению с монотерапией каждым из этих препаратов [8]. Позднее в исследовании ESPS-2, в которое были включены 6602 больных с ИИ или ТИА в анамнезе, сравнивались три варианта терапии: АСК (50 мг/сут), дипиридамол (400 мг/сут) и комбинация аспирина (50 мг/сут) и дипиридамола (400 мг/сут). Монотерапия дипиридамолом или АСК практически одинаково уменьшала риск повторного инсульта или смерти (-15% дипиридамол, -13% АСК). Комбинация препаратов была почти в 2 раза эффективнее (-24%), отличия в сравнении с плацебо достоверны. Эти результаты дали основание рассматривать дипиридамол как альтернативу антиагрегантной терапии [9].

Средняя суточная доза дипиридамола – 225 мг в день, разделенная на 3 приема.

Заключение

В лечении пациентов с ДН крайне важен междисциплинарный, коллегиальный подход с участием невролога, эндокринолога, терапевта, психолога (или психотерапевта), врача по лечебной физкультуре и др. При междисциплинарной тактике ведения пациентов с ДН и цереброваскулярной патологией, небольшой выраженностью невропатической боли и парестезий препараты α-липоевой кислоты могут применяться вместо антидепрессантов или антиконвульсантов в качестве терапии, облегчающей невропатические симптомы [5]. Не следует забывать и о профилактике развития ИИ у таких пациентов, с целью которой может применяться антиагрегант дипиридамол, имеющий помимо антитромботического действия важные плейотропные свойства.

Д.А.Катаев

Список литературы

1. Керс Б., Урожаева Ю., Хенер Ш. Лечение пациентов с множественными хроническими заболеваниями. Вестн. McKinsey. URL: www.vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/lechenie-patsyentov-s-mnozhestvom-khronicheskykh-zaboLevaniy.
2. Malik RA, Tesfaye S, Newrick PG et al. Sural nerve pathology in diabetic patients with minimal but progressive neuropathy. Diabetologia 2005; 48: 578–85.
3. Maser RF, Steenkiste AR, Dorman JS et al. Epidemiological correlates of diabetic neuropathy: Report from Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. Diabetes 1989; 38: 1456–61.
4. Ametov AS, Barinov A, Dyck PJ et al. The sensory symptoms of diabetic polyneuropathy are improved with alpha-lipoic acid: the SYDNEY trial. Diabetes Care 2003; 26 (3): 770–6.
5. Доскина Е.В. На приеме пациент с диабетической полинейропатией и цереброваскулярной болезнью. Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2018; 7 (3): 97–103.
6. Ziegler D, Hanefeld M, Ruhnau KJ et al.; the ALADIN Study Group. Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid. A 3-week multicentre randomised controlle trial (ALADIN study). Diabetologia 1995; 38: 1425–33.
7. Воробьева О.В. Цереброваскулярная болезнь, ассоциированная с метаболическим синдромом: подходы к профилактике и терапии. Consilium Medicum. Неврология и ревматология. (Прил.) 2018; 1: 16–20.
8. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В.. Антиагреганты в профилактике ишемических нарушений мозгового кровообращения: место дипиридамола. Consilium Medicum. 2018; 2: 14–17.
9. Барышникова Г.А. Профилактика инсульта. Справочник поликлинического врача. 2009; 10: 68–74.

Острый риносинусит: вопросы диагностики

Диагноз острый риносинусит (ОРС) является одним из самых часто выставляемых на амбулаторных приемах врачей общей практики.

Дифференциальный диагноз: ОРС и острая респираторная вирусная инфекция

Клинически естественное течение ОРС у взрослых весьма благоприятное: в среднем у 85% заболевших наблюдается полное разрешение симптоматики заболевания в течение 7–15 дней без антибактериальной терапии.

В случае постановки диагноза ОРС в поликлиниках антибактериальные препараты назначаются в 84–91% случаев, что в значительной мере связано с ожиданиями самих пациентов и сформировавшейся убежденностью врачей в необходимости их назначения.

Диагностика начинается в первую очередь с дифференциальной диагностики ОРС от острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), а в дальнейшем – отделения вирусного ОРС от бактериального по типичным клиническим признакам (рис. 1).

Пациенты с ОРС, как правило, имеют упорные жалобы и более выраженные клинические признаки поражения носа и околоносовых пазух, чем заболевшие ОРВИ.

Диагноз ОРС ставится в случае, если у пациента в течение не более 4 нед наблюдаются следующие симптомы: гнойное отделяемое из носа или стекание отделяемого по задней стенке глотки, нарушение носового дыхания, тяжесть и/или боль в области лица. К менее постоянным симптомам ОРС относятся снижение обоняния, заложенность ушей, повышение температуры тела, общее недомогание и кашель.

При ОРВИ в 90% случаев наблюдается вовлечение в воспалительный процесс слизистой оболочки околоносовых пазух. Для ОРВИ характерно стремительное развитие симптомов заболевания, которые уменьшаются к 3-му дню и полностью разрешаются к концу 1-й недели заболевания. Лишь у 25% пациентов симптомы сохраняются дольше, но имеют тенденцию к прогрессивному уменьшению.

Напротив, бактериальный ОРС продолжается более 10 дней, на протяжении которых не наблюдается улучшения клинической картины, или же в части случаев может происходить ухудшение симптоматики после некоторого улучшения в начале заболевания.

Наличие гнойного отделяемого из носа чаще всего ассоциировано с бактериальным поражением околоносовых пазух, что подтверждается рентгенологическими исследованиями при ОРС. Тем не менее ни рентгенография, ни компьютерная томография, а также наличие таких симптомов, как лихорадка и боли в области лица, не позволяют с 100% точностью дифференцировать вирусный ОРС от бактериального.

Лучевая диагностика

Рентгенологические исследования в нескольких проекциях чаще всего проводятся для уточнения распространенности поражения околоносовых пазух. Наиболее используемые проекции: прямая (лобно-носовая, носоподбородочная) и боковая. При рентгенографии признаки бактериального ОРС (утолщение слизистой пазух, снижение прозрачности и наличие в ней жидкости – рис. 2) имеют 90% чувствительность и лишь 60% специфичность, в связи с чем рентгенография во многих клинических рекомендациях не показана для диагностики бактериального ОРС. Компьютерная томография в диагностике ОРС назначается только при подозрении на орбитальные или внутричерепные осложнения, когда у пациента развиваются отек век глаза, снижение подвижности глазного яблока, выраженная головная боль.

Рис. 2. Рентгенография черепа в носоподбородочной проекции.

При носоподбородочной проекции (затылочно-подбородочная) больной лежит на кассете лицом вниз с открытым ртом, прикасаясь к ней носом и подбородком. На таком снимке хорошо видны лобные, а также верхнечелюстные пазухи, ячейки решетчатого лабиринта и клиновидные пазухи.
На рентгенограмме визуализируется уровень жидкости в правой верхнечелюстной пазухе.

Рис. 1. ОРС – дифференциальный диагноз.

ИСТОЧНИК: Дербенева М.Л., Гусева А.Л. Острый риносинусит: диагностика и лечение. Consilium Medicum. 2018; 3: 58–60.