



У структурі оториноларингологічних пацієнтів хворі на гострий риносинусит (РС) становлять близько 30%. Але, на жаль, лікар не завжди може вчасно встановити діагноз та призначити адекватну терапію, що призводить до хронізації процесу, виникнення ускладнень та погіршення якості життя маленьких пацієнтів та їхніх батьків. На прикладі двох клінічних випадків головної позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Дитяча отоларингологія», завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Анатолій Лук'янович Косаковський продемонстрував необхідність своєчасної діагностики РС та призначення антибактеріальної терапії.

# Практичні аспекти лікування риносинуситів у дітей — погляд оториноларинголога

## Клінічний випадок 1

**Хворий М., 7 років.** Скарги: на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції на 5-й день з'явилися гнійні виділення з носа, лицевий біль у проекції правої гайморової пазухи, втомлюваність. З анамнезу: раніше з приводу ЛОР-патології не звертався, антибіотикотерапія протягом останнього року не проводилась. На момент огляду температура тіла становила 38°C. Огляд ЛОР-лікарем: передня риноскопія: на тлі дифузної застійної гіперемії та набряку слизової оболонки порожнини носа в середньому носовому ході виявляються гнійні виділення. Діагноз: гострий гнійний риносинусит середньої важкості. Лікування: судинозвужувальні препарати у вигляді крапель або спрею (не більше 5 днів, 2-3 рази на добу), загальноозміцнюючі засоби, антибіотикотерапія (Оспамокс – амоксицилін).



- погіршення симптомів і ознак, що характеризується новими епізодами лихоманки, головного болю або збільшенням носових виділень після типової вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів, яка тривала 5-6 днів і при цьому спочатку спостерігалось покращення стану (двофазний перебіг захворювання).

### ? Чи завжди при бактеріальних РС призначають антибіотикотерапію і на яких принципах базується вибір лікарського засобу?

— У перші дні захворювання часто гіпердіагностується гострий бактеріальний РС, анеобґрунтоване призначення антибіотиків широкого спектру дії призводить до індивідуальної та глобальної антибіотикорезистентності. Ці препарати рекомендовано призначати після 5-го дня захворювання або за наявності вищенаведеної симптоматики. Золотим стандартом діагностики гострого бактеріального РС є позитивне культуральне дослідження вмісту приносних пазух із виділенням патогенів 10<sup>4</sup> КОЕ/мл. Проте це культуральне дослідження стосується лише вмісту приносних пазух, отриманого в результаті пункції. Тобто аналіз вмісту синопіалу, проведений шляхом дослідження виділень чи мазків із носа/назофарингеальних мазків, не є достовірним, тому що не відображає істинної бактеріальної природи захворювання. Саме тому проведення мікробіологічного дослідження в рутинній клінічній практиці не показано, а антибіотикотерапію призначають емпірично. Численні дослідження визначають основними етіологічними чинниками бактеріальних РС стрептококи різних серогруп (у тому числі *Streptococcus pneumoniae*, *S. pyogenes*), *Haemophilus influenzae* і *Moraxella catarrhalis*, які одночасно є головними бактеріальними чинниками й інших гострих позаликарняних респіраторних захворювань. Основним збудником є пневмокок, тому що частота його спонтанної ерадикації при РС становить близько 30%. Масштабні дані з вивчення антибіотикорезистентності отримано в багаточисельному проспективному мікробіологічному дослідженні ПеГАС, яке було проведено у 2007-2009 рр., зокрема щодо високої чутливості пневмококів до пеніциліну й амоксициліну.

## Коментар спеціаліста

### ? На які симптоми має звернути увагу лікар, встановлюючи діагноз гострого РС?

— РС — це група захворювань, які характеризуються запальним станом слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух. Для встановлення діагнозу РС за наявності не менше 2 великих симптомів чи 1 великого в комбінації з 2 і більше малими симптомами у більшості випадків не виникає потреби в додаткових методах дослідження.

До великих симптом належать: гнійні виділення з носу; стікання гнійного чи безколірного секрету по задній стінці глотки; закладеність носу; гіперемія та набряк обличчя; біль та відчуття розпирання в ділянці обличчя; гіпосмія чи аносмія; гарячка (лише для гострого риносинуситу).

До малих симптом належать: головний біль; біль, відчуття тиску чи розпирання у вушій; неприємний запах з роти (галітоз) завжди за умови бактеріальної природи; зубний біль; гарячка (для підгострого чи хронічного синуситу); кашель; підвищена втомлюваність.

### ? Які чинники найчастіше призводять до виникнення гострого РС?

— Найпоширенішою причиною гострого РС є вірусні інфекції захворювання, рідше — бактеріальні інфекції. Після того як вони потрапляють на слизову оболонку носа та пазух, у ній виникає запалення, має місце вазодилатація, збільшується проникність судин, посилюється ексудация. Запалення слизової оболонки призводить до порушення її основних функцій — роботи мукоциліарного транспорту, реологічних властивостей носового секрету, що в поєднанні з набряком слизової оболонки спричиняє порушення та дренажу приносних пазух. У разі закриття природних співусть у приносних пазухах створюється від'ємний тиск, виникає застій секрету слизових залоз, змінюється рН, порушується функція миготливого епітелію. Ураження миготливого епітелію призводить до розмноження збудників інфекції на слизовій оболонці і може викликати приєднання бактеріальної флори. Запальний процес у приносних пазухах супроводжується потовщенням слизової оболонки, що, в свою чергу, спричиняє подальше погіршення в них вентиляції та дренажування.

### ? Які ознаки та симптоми свідчать про приєднання бактеріальної інфекції?

— На сьогодні немає достовірних методів диференціальної діагностики вірусної і бактеріальної природи захворювання, що викликає безліч проблем, тому що цей момент є головним для вирішення питання етіотропного лікування. Для бактеріального РС є характерними не тільки більш важкий перебіг, а й можливість розвитку орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень, а також перехід захворювання в хронічну форму. Діагноз бактеріального РС встановлюють на основі одного з трьох варіантів маніфестації захворювання:

- персистуючі симптоми чи ознаки гострого РС, які тривають  $\geq 10$  днів без жодних ознак клінічного покращення;

- тяжкі симптоми або ознаки лихоманки ( $\geq 39^\circ\text{C}$ ) і гнійні виділення з носа або лицевий біль протягом щонайменше 3-4 днів від початку хвороби;

## Клінічний випадок 2

**Пацієнт Ц., 5 років.** Скарги: тривалий (понад 1 місяць) малопродуктивний кашель, закладеність носа, періодично повторювані короточасні підвищення температури тіла, втомлюваність. Амбулаторно 2 місяці тому було діагностовано гаймороеміодит, з приводу якого було проведено антибактеріальну терапію (макролідами), місцеве лікування. Через 1 місяць знову почали збільшуватися прояви слабкості, нездужання, приєднався кашель. З анамнезу відомо, що з початком відвідування дитячого дошкільного закладу став частіше хворіти на респіраторні хвороби, які перебігали з ураженням носоглотки. Переважно турбували утруднення носового дихання, «гугнявість» голосу.



При огляді: хворий блідий, астеничний. Дихання через ніс практично відсутнє, виділення рясні, слизово-гнійного характеру. При аускультативі хрипів у грудній клітці немає. Виявлено ознаки запального бактеріального процесу за даними загального аналізу крові: нейтрофілії (71%) лейкоцитоз ( $10,2 \times 10^9/\text{л}$ ), збільшена ШОЕ (до 13 мм/год). На рентгенограмі та КТ приносних пазух — зниження пневматизації верхньощелепних пазух і клітин решітчастого лабіринту. Діагноз: двосторонній катарально-гнійний рецидивуючий РС. Лікування: амоксицилін/клавуланова кислота.

## Коментар спеціаліста

### ? За якими критеріями встановлюють діагноз рецидивуючого РС?

— Рецидивуючий РС — захворювання, яке характеризується запальним станом слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух, із періодичним загостренням (від 1 до 4 епізодів на рік); періоди між загостреннями тривають не менше 8 тиж, у цей час симптоми захворювання відсутні.

### ? Чи відрізняється етіологія гострого і рецидивуючого РС?

— Мікробна етіологія рецидивуючого РС подібна до такої гострого. Однак, на відміну від гострих станів, частіше висіваються резистентні штами внаслідок попередніх неодноразових курсів антибіотикотерапії. Рідше висіваються інші штами стрептококів, *Staphylococcus aureus*, штами *Neisseria*, грампозитивні і грамотришні палички. Причини рецидивування риносинуситу може бути постійне носійство резистентних і стійких до лікування збудників у верхніх дихальних шляхах. За наявності невеликої кількості таких бактерій симптоматика відсутня, однак при появі несприятливих пускових факторів (вірусної інфекції, переохолодження, перевтоми) «дрімаюча» інфекція активується, що викликає інтенсивне інфікування і розвиток запалення. Лікування може призвести до клінічного одужання, проте ерадикація збудників досягається не завжди (найчастіше в носоглотці).

### ? У яких випадках призначається антибактеріальна терапія при рецидивуючому РС?

— При рецидивуючому риносинуситі антибіотик слід призначати завжди. Тільки цілеспрямована антибактеріальна терапія забезпечує одужання. Перша спроба антимікробного лікування при рецидивуючому РС повинна бути емпіричною. Вибір антибіотика має бути спрямований на боротьбу з антибіотикорезистентними штамми. Після неефективної спроби емпіричного лікування слід обов'язково зробити забір матеріалу з порожнини пазухи (при пункції пазухи) або з середнього носового ходу (доведено ідентичність флори середнього носового ходу і флори пазух при РС). Звичайний забір матеріалу (мазок із носа або посів виділень із носа), як правило, не забезпечує достовірної мікробіологічної інформації. Метою лікування є запобігання інфікуванню організму та серйозним ускладненням. Найважливіше те, що антибіотикотерапія забезпечує зниження частоти ускладнень, а також запобігає переходу рецидивуючого РС у хронічний завдяки ліквідації мікробного фактора в патогенезі захворювання. Вважається, що правильне антимікробне лікування при рецидивуючому РС запобігає тривалому пошкодженню слизової оболонки і переходу захворювання в хронічний процес. Дуже важливо, щоб антибіотик, окрім високої клінічної ефективності, забезпечував максимальну ерадикацію збудників інфекції верхніх дихальних шляхів. Це допоможе запобігти подальшим рецидивам, тобто можна вести мову про повне одужання при рецидивуючому РС.

### ? Який антибіотик може бути препаратом вибору при рецидивуючому РС?

— Амоксицилін/клавуланат — препарат вибору для лікування рецидивуючого РС. Амоксиклав® (амоксицилін/клавуланат) існує в пероральній (суспензія, таблетки в оболонці, дисперговані таблетки), а також у парентеральній формі (ін'єкції), що дозволяє підібрати індивідуальне лікування для кожної дитини і проводити ступінчасту терапію. Наявність спеціальної дитячої форми — суспензії, укомплектованої піпеткою-дозатором — забезпечує максимально точне дозування: 2,5 мг амоксициліну для суспензії 125 мг / 31,25 мг в 5 мл; 5 мг для суспензії 250 мг / 62,5 мг в 5 мл. Також важливо відзначити, що однієї упаковки (флакона) препарату в більшості випадків достатньо для повного курсу лікування. Пероральна форма Амоксиклаву Квіктаб® (розчинні таблетки) забезпечує високу (94%) біодоступність препарату, що можна порівняти з такою ін'єкційної форми (100%), і кращу переносимість (ризик діареї втричі нижчий порівняно з прийомом таблеток в оболонці). Завдяки відносно невисокій ціні Амоксиклав® доступний для більшості українських пацієнтів, а замкнений цикл виробництва (від субстанції до упаковки проводиться на підприємстві «Лек», Словенія) гарантує його високу якість.

Підготував **Володимир Савченко**

4-04-АИГ-РЕЦ-0215

3