

Гострий риносинусит у період вірусної загрози: нагадуємо підходи до діагностики та лікування

Гострий риносинусит (ГРС) – чи не найчастіша недуга, з якою люди або намагаються впоратися самотужки, або відвідують отоларинголога, сімейного лікаря. Звертаються по медичну допомогу задля отримання лікарняного, але ж і на професійну пораду сподіваються, щоб лікар допоміг якнайшвидше «повернутись у стрій».

Професіоналу, котрий себе поважає та сподівається на повагу від пацієнтів, потрібно насамперед визначитися стосовно того, що саме він збирається лікувати та чи потребує це взагалі втручання, адже неускладнений риносинусит має доброякісний і самолімований перебіг; антибіотики показані лише в окремих випадках у разі бактеріальної етіології; симптоматична терапія має полегшувати стан хворого, але не шкодити фізіологічним процесам санації. Розставити всі крапки над «і» допомагає Уніфікований клінічний протокол МОЗ України «Гострий риносинусит» [1], що базується на консенсусі європейських експертних товариств EPOS (2012) [2].

Ключові дефініції для швидкої діагностики

Діагноз риносинуситу встановлюється на підставі скарг, анамнезу та лікарського огляду – за типовими симптомами (табл.). Додаткові методи обстеження застосовуються в клінічно

Таблиця. Критерії клінічного діагнозу риносинуситу

Таблиця. Критерії клінічного діагнозу риносинуситу	
Риносинусит – це запалення слизової оболонки носа та приносиних пазух за наявності ≥ 2 симптомів, один з яких належить до великих	
Великі симптоми: закладеність носа; виділення з носа	Малі симптоми: біль або тиск у ділянці обличчя чи головної білі; послаблення чи втрата нюху

складних випадках, у разі рецидивних або нетипових риносинуситів та їх ускладнень.

За тривалістю перебігу риносинусити поділяють на гострий (ГРС) і хронічний. ГРС включає вірусний і поствірусний. У європейських рекомендаціях EPOS термін «звичайна застуда» (англ. common cold) застосовують як синонім терміна «гострий вірусний риносинусит». Це зумовлено тим, що більшість випадків ГРС починаються саме як прояв вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів. Симптоми запалення приносних пазух зазвичай минають разом з іншими симптомами застуди. Якщо ж вони тривають >10 днів або посилюються після полегшення, такий стан слід класифікувати як гострий поствірусний риносинусит.

 Щодо нинішньої ситуації з коронавірусною пандемією, то, на жаль, не існує клінічних ознак, які дали б змогу відрізнити COVID-19 від звичайної ГРПІ в перші дні захворювання. Такий висновок зроблено з практики італійських і французьких лікарів, які зіткнулися з масовим поширенням COVID-19 на тлі сезонного грипу.

Лише в невеликій частини пацієнтів (5-10%) гострий поствірусний риносинусит зумовлений бактеріальними збудниками та визначається як гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС).

ГБРС має додаткові діагностичні критерії – в пацієнта наявні щонайменше 3 симптоми з таких:

- безколірні (більше з одного боку) та гнійні виділення в порожнині носа;
- виражений біль у ділянці обличчя (більше з одного боку);
- лихоманка (температура тіла $>38^{\circ}\text{C}$);
- дві хвили (погіршення стану після початкової, легшої фази захворювання);
- підвищення ШОЕ, рівня С-реактивного білка.

Не забуваймо й про так звані червоні прапорці – ознаки ускладнення ГРС. Періорбітальний набряк або гіперемія, порушення зору, набряк шкіри в ділянці лоба, порушення свідомості, менінгеальні знаки чи інша неврологічна симптоматика – за наявності цих симптомів (згідно з клінічним протоколом) пацієнта впродовж 3 год слід направити/госпіталізувати до відділення оториноларингології.

Вибір лікування

Ми живемо в епоху доказової медицини, тому не можемо нехтувати цим надбанням людства, що є не менш важливим, ніж анальгетики й антибіотики. Результати клінічних досліджень часом суперечать традиційним уявленням про терапію. В основу уніфікованого клінічного протоколу українськими експертами покладено доказово обґрунтовані рекомендації з європейських настанов EPOS. Їх сформульовано окремо для лікування дітей і дорослих із ГРС.

Аналгетики та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) рекомендовані для зменшення інтенсивності головного болю, дискомфорту, пов'язаного з лихоманкою, при вірусному та поствірусному ГРС у дорослих (клас рекомендації А, рівень доказів Ib).

Заслужену популярність серед лікарів первинної ланки здобув німесулід (Німесил). Це селективний НПЗП, що переважно блокує циклооксигеназу 2 типу. Крім того, німесулід має інші

механізми впливу на різні медіатори запалення: інгібує продукцію та вивільнення гістаміну, індукбельну NO-синтазу, інтерлейкін-6. Завдяки цим властивостям німесулід особливо ефективний у лікуванні гострого болю, пов'язаного із запаленням [3].

Фармакокінетичні особливості німесулід, швидка абсорбція та накопичення в тканинах відповідають головній місії цього лікарського засобу – швидкому полегшенню болю. Початок антигіпералгетичного ефекту після прийому німесулід в дозі 100 мг спостерігається вже через 15 хв [3]. Більш як 200 клінічних досліджень підтвердили ефективність і безпеку німесулід при численних запальних і больових синдромах [3], зокрема й у ЛОР-практиці, при лікуванні пацієнтів із гострим отитом, тонзилітом, фарингітом [4].

 Отже, найперше завдання лікаря – полегшити біль. Німесил є раціональним НПЗП для полегшення симптомів ГРС завдяки численним точкам впливу на запалення та набряк, швидкій аналгетичній дії, добре вивченим ефективності та безпеці.

Промивання носа ізотонічними чи гіпертонічними сольовими розчинами має обмежений позитивний ефект у дорослих із ГРС, але ефективність не доведена в дітей.

Назальні деконгестанти (α -адреноміметики) широко використовуються в лікуванні застуди та риносинуситу з метою покращення носового дихання, проте в клінічних дослідженнях їх застосування не супроводжувалося полегшенням або прискоренням перебігу ГРС. Усупереч надзвичайно частому використанню для самолікування EPOS не рекомендує назальні деконгестанти при ГРС ані дітям, ані дорослим.

Деконгестанти системної дії в комплексі з антигістамінними засобами й анальгетиками (комбіновані розчинні порошки від грипу та застуди) забезпечують деякий загальний позитивний ефект зменшення тривалості й послаблення симптомів при вірусному ГРС (звичайній застуді) в дорослих, однак немає доказів ефективності такої терапії в дітей.

Назальні глюкокортикоїди (ГК) чинять протизапальну та протинабрякову дії. Рекомендовані для лікування ГРС за умови помірної тяжкості симптомів і тяжкого перебігу, в тому числі в разі ГБРС.

Пероральні антигістамінні засоби не рекомендовані для лікування як дорослих із ГРС, так і дітей.

Що стосується рослинних препаратів, то, незважаючи на тисячолітню історію емпіричної терапії, для оцінки ефективності цих засобів було виконано всього кілька рандомізованих контрольованих досліджень, які не демонструють повний спектр рослинних препаратів, які використовуються для лікування ГПС у різних країнах. Однак експерти EPOS дійшли

[illegible]

висновку, що окремі лікарські рослини чинять помірний лікувальний ефект при вірусному та поствірусному ГРС у дорослих. До них належать, наприклад, пеларгонія (герань) очіткова (*Pelargonium sidoides*), цикламен європейський (*Cyclamen europaeum*). Експерти EPOS вважають, що традиційні, особливо в українській культурі самолікування, вірування в ефективність часнику ґрунтуються на низькоякісних доказах.

Гарячі парові інгаляції здавна використовуються тими, хто страждає на звичайну застуду. Теоретична база полягає в тому, що пара може сприяти кращому відтоку застійного слизу, проте в дослідженнях парові інгаляції не довели позитивного ефекту при лікуванні звичайної застуди. Саме тому EPOS не рекомендує парові інгаляції при ГРС.

Стосовно інших засобів терапії (вітамін С, ехінацея, бактеріолізати, антилейкотрієни), то при ГРС їх застосування не обґрунтоване контрольованими дослідженнями.

Рецепт і подальша тактика

Отже, яким може бути призначення лікаря первинної ланки при типовому ГРС, якщо не так уже й багато засобів довели свою ефективність?

Якщо симптоми ГРС спостерігаються до 10 днів (за умови відсутності погіршення після 5-го дня), встановлюється діагноз «гострий вірусний риносинусит». У цьому разі пацієнта можна відпустити з призначенням НПЗП для полегшення симптомів і рекомендацією промивати ніс сольовим

розчином. Також додатково можливе призначення рослинного препарату з переліку рекомендованих. Через 10 днів після початку лікування слід оцінити його ефективність. Якщо стан пацієнта не відповідає критеріям одужання, його необхідно направити до отоларинголога.

Якщо симптоми ГРС спостерігаються >10 днів або якщо стан хворого погіршився після 5-го дня, то встановлюється діагноз «гострий поствірусний риносинусит». У цьому разі до НПЗП, сольових зрошень і фізіотерапії можна додати назальний ГК. Якщо через 14 днів стан пацієнта не покращується, його потрібно направити до отоларинголога.

Антибактеріальна терапія

Антибіотики, згідно з клінічним протоколом і рекомендаціями EPOS, призначаються емпірично лише тим пацієнтам, які відповідають критеріям ГБРС, або тим, які мають тяжкий перебіг хвороби, особливо за наявності високої температури чи сильного (однобічного) болю в ділянці обличчя.

Натомість у реальній практиці ми маємо справу з неналежним використанням антибіотиків мало не кожним пацієнтом через некоректне уявлення про ГРС як про інфекційний процес і занепокоєність стосовно ускладнень. Насправді ГРС – самолімітоване захворювання, що завершується одужанням протягом 2-3 тиж і в типових випадках не ускладнюється. Симптоми зумовлені більшою мірою порушенням відтоку з приносних пазух, анатомічними

особливостями носової порожнини, ніж інфекцією, тому здебільшого призначення антибіотиків не потрібне. Ускладнення виникають у край рідко – ≈3 випадки на 1 млн людей упродовж року. Крім того, доведено, що антибіотики при вірусному риносинуситі не запобігають виникненню ускладнень. Гнійні виділення з носа лікарі загальної практики часто вважають ознакою необхідності антибіотикотерапії, проте вони не є специфічною ознакою ГБРС, оскільки трапляються й при вірусному ГРС.

Рецидивний ГРС в анамнезі в дорослих не є ознакою бактеріальної етіології захворювання та не має розцінюватись як самостійне показання до призначення антибіотикотерапії. Якщо запальний процес у приносних пазухах не піддається санації чи рецидивує, то причину слід шукати насамперед у дисфункції або анатомічних аномаліях остіомеатального комплексу (в ділянці вивідних синусів).

Резистентність збудників стала глобальною проблемою в результаті зловживання антибіотиками, тому для початкової терапії необхідно використовувати засіб найвужчого спектра проти ймовірних патогенів. Основними збудниками ГБРС є *Streptococcus pneumoniae* (пневмокок) і *Haemophilus influenzae* (гемофільна паличка). Для успішного подолання цієї інфекції достатньо застосування захищеного амінопеніциліну – амоксициліну в комбінації з клавулановою

кислотою. Макроліди як препарати першої лінії розглядаються тоді, коли є підтвердження етіологічної ролі атипичної флори у виникненні ГБРС або наявні протипоказання для призначення захищених амінопеніцилінів. Препаратами другої лінії є цефалоспорины III покоління чи фторхінолони (левофлоксацин). У разі амбулаторного лікування перевагу слід віддавати пероральним формам антибактеріальних лікарських засобів. Оцінювати ефективність антибіотикотерапії необхідно через 48 год. За відсутності ефекту (зменшення лихоманки, полегшення стану) хворого слід направити до отоларинголога.

Висновки

У типових випадках ГРС необхідну допомогу пацієнт може отримати в сімейного лікаря. Полегшити стан допоможе звичний і перевірений часом Німесил або парацетамол; у разі тяжчого перебігу до боротьби із запаленням додатково залучається топічний ГК. Перш ніж виписати антибіотик, слід перевірити відповідність клінічним критеріям ГБРС. За ускладненого перебігу бактеріального риносинуситу на вторинній ланці можуть бути запропоновані хірургічне лікування та парентеральна антибіотикотерапія. Пацієнтів із рецидивним ГРС також слід направляти на консультацію до оториноларинголога для виключення анатомічних аномалій.

Список літератури знаходиться в редакції.

Підготував **Андрій Петренко**

