



В.І. Попович, д. мед. н., професор, головний державний експерт МОЗ України зі спеціальності «Оториноларингологія», завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету

Гострий риносинусит та його ускладнення

Адаптована клінічна настанова «Гострий риносинусит» дає вичерпне трактування — гострий риносинусит (ГРС) не є ускладненням гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), а є її проявом, а різні форми ГРС не є ускладненням одна одної. Натомість ГРС може стати причиною розвитку низки тяжких ускладнень. Сьогодні ми розглянемо реальні клінічні випадки, що демонструють відмінності між ГРС і ГРС з ускладненнями.

Загалом орбітальні, внутрішньочерепні й кісткові ускладнення при ГРС трапляються рідко, але є потенційно серйозними клінічними ситуаціями. Орбітальні ускладнення включають пресептальну флегмону, флегмону очниці, субперіостальний та інтраорбітальний абсцеси. Їх швидке розпізнання і лікування (у тому числі антибіотиками внутрішньовенно і дренажем залежно від ситуації) є життєво важливими для уникнення тривалих залишкових явищ. До внутрішньочерепних ускладнень відносять епідуральний або субдуральний абсцес, абсцес головного мозку, менінгіт, енцефаліт і тромбоз верхнього сагітального та кавернозного синусу. Вони можуть проявлятися неспецифічними ознаками і симптомами, а їх діагностування потребує високого коефіцієнта підозри. Кісткові ускладнення пов'язані з виникненням остеомієліту кісток лицьового черепа і можуть проявлятися у вигляді припухлості Потта або фронтальної шкірної пори.

Найбільш частими ускладненнями ГРС у дітей є орбітальні. Вони пов'язані, у порядку зменшення частоти виникнення, із пазухами решітчастої кістки, гайморовими, лобними і рідко — основними пазухами. Поширення інфекції безпосередньо через тонку паперову пластинку або через вени відбувається відносно легко. Важливо зазначити, що орбітальні ускладнення в дітей можуть перебігати безболісно. Симптомами розвитку ускладнень ГРС і приводом для госпіталізації у дітей є періорбітальний набряк/еритема (переважно однобічно); зміщення очного яблука (переважно однобічно); двоїння в очах; офтальмоплегія; зниження гостроти зору; виражений головний біль у лобній частині (одно- (частіше) чи двобічний); припухлість у ділянці лоба; менінгеальні чи неврологічні ознаки. Періорбітальний набряк є досить частим симптомом звичайного ГРС дитячого віку. Такий набряк завжди має двобічний симетричний характер і не супроводжується іншими загрозливими симптомами (погіршення зору, офтальмоплегія, двоїння в очах, запаморочення тощо). Диференціювати «безпечний» періорбітальний набряк від такого, що є проявом виникнення ускладнень ГРС, нам допоможуть клінічні приклади.

Клінічний випадок 1

Пацієнт Д., 5 років, скарги на головний біль без точної локалізації, закладеність носа, рясні слизові виділення з носа, незначне підвищення температури. Хворіє 4-й день після контакту з хворим на ГРВІ. З метою лікування батьки використовували промивання порожнини носа сольовим розчином і деконгестанти при закладеності носа (фенілефрин). Об'єктивно: симетричний двобічний періорбітальний набряк із помірно вираженою гіперемією шкіри над ним, обмеження руху очей немає, болючості очних яблук немає, зір не змінений, температура тіла 37,2 °С. Пальпація і перкусія в проекції обох верхньощелепних пазух злегка болючі. Орофарингоскопія: слизова оболонка задньої стінки ротоглотки ін'єкована судинами, вкрита слизовим нальотом. Лімфатичні вузли шиї не збільшені.

Діагноз педіатра: гострий бактеріальний риносинусит. Флегмона орбіти (?).

Призначено: клінічний аналіз крові (спостерігається незначне прискорення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) до 11 мм/год); виписано направлення до стаціонара.

Дитина госпіталізована; в ургентному порядку проведена магнітно-резонансна томографія (МРТ) навколоносових пазух носа (ознаки набряку слизової клітин решітчастої кістки і верхньощелепних пазух). Черговий лікар призначив цефтріаксон, супрастин і дексаметазон парентерально, ксилометазолін інтраназально. Уранці палатний лікар визначив позитивну динаміку, нормальну температуру тіла (36,8 °С) і не відзначив наявності змін, характерних для орбітальних ускладнень. Однак діагноз направлення не було переглянуто, дитині призначено продовження антибіотикотерапії (цефтріаксон парентерально) і перебування в стаціонарі.

Результат: дитина виписана на 5-ту добу з одужанням. На момент виписки температура тіла 36,6 °С, відзначаються залишкові слизові виділення з носа. Дитину непокоїть часті випорожнення (до 5 р/добу), через що виписано направлення до гастроентеролога. Останній діагностував пост-антибактеріальну діарею і призначив курс пробіотичної терапії.

Коментар: лікарі припустилися низки помилок у діагностиці ГРС і лікуванні дитини. Так, симетричний двобічний періорбітальний набряк без ознак болючості, хемозу, проптозу на тлі задовільного загального стану (субфебрильна температура, слизові виділення з носа) в жодному разі не є ознакою наявності періорбітальних ускладнень ГРС. Коректний діагноз в цьому випадку: гострий вірусний риносинусит (ГВРС). Коректне лікування:

амбулаторне із застосуванням засобів іригаційної терапії (зрошення ізотонічним розчином Аква Маріс®, спреєм назальним, 30 мл), комплексного фітонірингового засобу в прийнятній для педіатричної практики лікарській формі (Синупрет® — сироп чи краплі). Первинна помилка клінічної діагностики потягнула за собою наступні: необґрунтоване призначення МРТ, на якому виявилися зміни, характерні для ГРС. Серед помилок лікарів стаціонара — некоректна оцінка стану дитини, відмова від перегляду діагнозу, призначення «серйозного» курсу парентеральних форм антибіотиків і кортикостероїдів, продовження необґрунтованого лікування навіть після фактичної констатації відсутності орбітальних ускладнень ГРС і бактеріального процесу взагалі.

Висновок: дитина з типовими для свого віку проявами ГВРС зазнала зайвого обстеження, отримала нераціональне лікування, що потягнуло за собою розвиток ускладнення у вигляді ятрогенної діареї. Крім того, призначення методи діагностики і лікування спричинили значні економічні витрати як для батьків дитини (обстеження, медикаменти), так і для держави (перебування на лікарняному ліжку).

Клінічний випадок 2

Пацієнтка М., 8 років, скарги на головний біль розлитого характеру, виражену закладеність носа, слизові виділення з носа, незначне підвищення температури (до 37,5 °С). Хворіє 6-й день. З метою лікування батьки застосовували деконгестанти (нафтозолін) і лоратадин. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 37,4 °С. Набряку, асиметрії обличчя немає. Пальпація і перкусія в проекції обох верхньощелепних пазух злегка болючі. Орофарингоскопія: слизова оболонка задньої стінки ротоглотки ін'єкована судинами, відмічається постназальне слизове затікання.

Діагноз педіатра: ГВРС.

Призначено: клінічний аналіз крові (спостерігається незначне прискорення ШОЕ до 12 мм/год), рентгенографія навколоносових синусів (висновок рентгенолога: відзначається незначне пристінкове потовщення слизової оболонки гайморових пазух, гомогенне низької інтенсивності затемнення клітин решітчастої кістки).

Лікування: сироп інозину пранобексу (по 10 мл 3 р/добу 5 днів); сироп дезлоратадину (по 5 мл 1 р/добу 5 днів); гомеопатичний засіб (по 2 таблетки 3 р/добу 10 днів); назальний спрей на основі колоїдного розчину срібла (4 р/добу). Повторний візит — через тиждень.

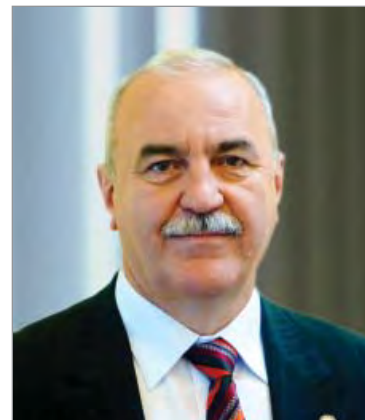
Результат: на повторний огляд пацієнтка з батьками не прийшла. Під час бесіди

з колегами зі стаціонарного ЛОР-відділення педіатр дізналася, що на 4-й день лікування дитині різко погіршало — температура підвищилася до 38,5 °С, з'явилися набряк і різка болючість внутрішньої стінки лівої орбіти. Ввечері батьки викликали «швидку», яка рекомендувала ургентну госпіталізацію до ЛОР-відділення. Там у дитини був діагностований періостит орбіти, проведена диференційна діагностика з флегмоною орбіти, інтраорбітальним і субперіостальним абсцесами (за допомогою МРТ-дослідження з контрастуванням). Було призначено суто консервативне лікування: цефтріаксон внутрішньовенно, дексаметазон внутрішньом'язово, дезінтоксикаційна терапія. Дитина виписана на 10-ту добу з одужанням.

Коментар: лікар-педіатр встановила правильний діагноз, проте подальші призначення не відповідають вимогам клінічної настанови і медицини, заснованої на доказах. По-перше, призначене обстеження — клінічний аналіз крові та рентгенографію навколоносових синусів — проводити не було необхідності, оскільки стан дитини не потребував додаткових обстежень, а вибрані обстеження не є інформативними. Нагадую, що згідно з існуючими стандартами для встановлення діагнозу ГВРС немає потреби у виконанні таких досліджень саме у зв'язку з низьким рівнем інформативності. Отже, ми маємо справу з діагностичною поліпрагмацією. Жоден із призначених препаратів не показав доведеної згідно із засадами доказової медицини ефективності при риносинуситі. Адекватним у цьому випадку було б призначення препаратів із доведеною ефективністю: комплексного фітонірингового засобу (Синупрет® — сироп чи краплі), іригаційної терапії (промивання слизової оболонки ізотонічним розчином морської води, спреєм назальним Аква Маріс®, 150 мл), нестероїдних протизапальних засобів (ібупрофен). Ще однією важливою помилкою лікаря стало порушення рекомендованого терміну контрольного огляду (контрольний огляд у цьому випадку рекомендований через 36-48 год для оцінки відповідності критеріям позитивної динаміки). Неефективне лікування разом із порушенням режиму лікарських спостережень призвели до виникнення досить серйозного ускладнення ГВРС — періоститу орбіти.

Клінічний випадок 3

Пацієнт Я., 5 років, скарги на головний біль у лівій лобній ділянці, значну закладеність носа, слизово-гнійні виділення з носа, підвищення температури (до 37,9 °С), біль в очниці ліворуч. Хворіє 10-й день; після тижня захворювання батьки відзначили істотне покращення стану, однак два дні тому дитині знову



погіршало. З метою лікування батьки використовували гомеопатичний засіб, назальні краплі рослинного походження домашнього виготовлення і парацетамол. Об'єктивно: загальний стан ближче до задовільного, температура тіла на прийомі 37,7 °С. Наявний асиметричний набряк повік, більш виражений ліворуч, явища офтальмоплегії ліворуч, припухлість у ділянці лоба, більше зліва. Пальпація і перкусія в проекції обох верхньощелепних, лобних пазух злегка болючі, більше зліва. Орофарингоскопія: слизова оболонка задньої стінки ротоглотки ін'єкована судинами, відзначається постназальне затікання слизово-гнійних виділень.

Діагноз педіатра: гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС). Флегмона орбіти (?).

Призначено: госпіталізація до дитячого ЛОР-відділення.

Лікування: в умовах стаціонара дитині проведено СКТ-обстеження, яке виключило наявність ускладнень і підтвердило діагноз педіатра в тому, що це ГБРС. Проведено стаціонарне лікування із застосуванням антибіотика (парентерально), дезінтоксикаційних, протинабрякових і протизапальних засобів. На 8-му добу дитина виписана з одужанням.

Коментар: лікар-педіатр встановив правильний діагноз, оскільки стан пацієнта відповідав діагностичним критеріям ГБРС. Окрім того, лікар запідозрив наявність риносинусогенного ускладнення, про що свідчили такі симптоми, як асиметрія набряку обличчя, повік, лобної ділянки, офтальмоплегія. У цьому випадку клінічна ситуація виходила за рамки типової, тому лікарська тактика була вибрана правильно — без зайвих амбулаторних обстежень і призначень дитина була направлена до стаціонара, де отримала повний спектр діагностичних і лікувальних заходів. Звертаю також увагу на порушення принципів «відповідального самолікування» — батьки застосовували для лікування дитини препарати з недоведеною ефективністю, а використання судинозвужувальних крапель і парацетамолу створювало ілюзію значного покращення стану дитини. У результаті неефективного лікування процес трансформувалася в ГБРС.

Як бачимо, діагностика і диференційна діагностика риногенних ускладнень ГРС не завжди є легкими, через що лікарі припускаються низки помилок. З метою уникнення останніх слід звертати увагу на такі ознаки, як симетричність періорбітального набряку, наявність додаткових очних симптомів (хемоз, проптоз, погіршення зору, офтальмоплегія, офтальмоплегія тощо) й адекватно оцінювати загальний стан дитини. Також необхідно пам'ятати, що лише призначення лікування, що відповідає принципам доказової медицини, тобто з доведеною ефективністю, й адекватне лікарське спостереження за станом пацієнта є запорукою швидкого і повного одужання без виникнення ускладнень.

АКВА МАРІС®

ПРОДУКТИ НА ОСНОВІ ВОДИ
АДРІАТИЧНОГО МОРЯ

ЧИСТОТА¹

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ²

НАТУРАЛЬНІСТЬ¹

Бренд №1 в Україні³



«Ядран-Галенська Лабораторія д.д.», Хорватія. Представництво в Україні: 01015, м. Київ, вул. Московська, 43/11. Тел.: +38 (044) 375 54 16. Аква Маріс, спрей назальний, 30 мл, ДПВ № 10/2017 від 16.06.2017 згідно з постановою КМУ від 02.10.2013 р. № 753. Застосовується як допоміжний засіб при інфекційних захворюваннях носа та носоглотки в осінньо-зимовий період (ГРЗ, ГРВІ та застуда). Особливості застосування: не використовувати при підвищеній чутливості до компонентів засобу. Медичні вироби. Не є лікарськими препаратами. З приводу детальної інформації звертатися до інструкції із застосування. Інформація призначена для використання в професійній діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

¹ Сайт www.aquamaris.com.ua

² Торговельна марка Аква Маріс® – переможець у номінації «Препарат від нежитю» конкурсу «Фаворит успіху 2011», «Фаворит успіху 2012», «Фаворит успіху 2013», «Фаворит успіху 2014», «Фаворит успіху 2015», «Фаворит успіху 2016». Торговельна марка Аква Маріс® – переможець у номінації «Препарат року» серед елімінаційних препаратів конкурсу «Панацея 2012 і 2014 р.».

³ Бренд Аква Маріс є переможцем конкурсу «Фаворити Успіху» 2011-2016 рр.

Бренд Аква Маріс є переможцем конкурсу «Панацея» у 2012 і 2014 р.

www.aquamaris.com.ua