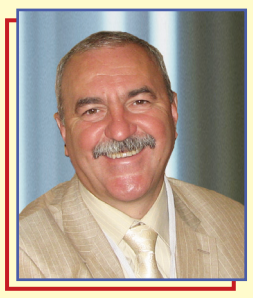
ZU_2013_08.qxd 30.04.2013 19:15 Page 57

Гострий бактеріальний синусит. Що потрібно знати сімейному лікарю?

19-20 березня в м. Вінниці в рамках науково-практичної конференції «Терапія-2013: досягнення та перспективи», спрямованої на підвищення професійного рівня і поінформованості медичних працівників первинної ланки системи охорони здоров'я (переважно лікарів загальної практики – сімейної медицини) щодо нагальних проблем галузі за підтримки компанії «ГлаксоСмітКляйн» відбувся семінар, присвячений актуальним питанням пульмонології.



Практичним досвідом і глибокими теоретичними знаннями з колегами (терапевтами, сімейними лікарями, пульмонологами, отоларингологами, педіатрами) поділилися авторитетні вітчизняні експерти, серед яких **професор кафедри отоларингології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук Василь Іванович Попович**.

Як зазначив учений, тематику доповіді «Гострі бактеріальні синусити. Що потрібно знати сімейному лікарю?» було обрано не випадково, адже лікування пацієнтів із вказаною патологією легкого перебігу є прерогативою саме спеціалістів первинної ланки. «Думаю, наголошувати на актуальності обраної теми немає сенсу, оскільки проблема гострого риносинуситу (ГРС) є не просто поширеною, а щоденною в клінічній практиці. В епідемічний період її можна порівняти з великою глибою, яка лягає на плечі практикуючих лікарів», – зазначив В.І. Попович.

– Останніми роками відзначається підвищення рівня поширеності ГРС – як у чисельному вираженні, так і в відсотковому співвідношенні в структурі загальної захворюваності.

ГРС констатують у разі раптової появи відповідних патологічних симптомів упродовж до 4 тиж та за можливості нормалізації самопочуття до стану повного благополуччя; також виділяють підгострий (симптоми зберігаються протягом 4-12 тиж) і рецидивуючий риносинусит (фіксується не менше 4 епізодів захворювання на рік, тривалість кожного становить понад 7-10 днів, ознаки хронічного процесу відсутні). Вказані форми риносинуситу, як правило, супроводжуються суттєвими порушеннями з боку системи місцевого імунітету.

Актуальність проблеми ГРС зумовлена не лише високим ризиком риногенних ускладнень, а й тісним взаємозв'язком із бронхолегеневою патологією: часто діагностується поєднання ГРС із загостренням бронхіальної астми, необструктивного бронхіту, хронічного обструктивного захворювання легень. Частота виявлення бронхолегеневої патології серед осіб, які мають захворювання носа та носових пазух, у 2,5-3 рази вища, ніж така в загальній популяції [1].

Унікальний механізм, що захищає дихальні шляхи від несприятливої дії факторів зовнішнього середовища, – мукоциліарний транспорт, який здійснюється миготливим епітелієм, що вистилає верхні і нижні дихальні шляхи, та шар слизу, куди занурені його війки.

Слід зазначити, що і в разі ГРС, і під час загострення хронічного риносинуситу відзначається наявність виділень із носової порожнини (слизового або гнійного характеру); за умови потрапляння назального секрету в нижні дихальні шляхи реалізується його високий протеолітичний потенціал: руйнується слизовий шар, який вкриває миготливий епітелій, внаслідок чого підвищується ризик інфікування. Певну роль у цьому відіграють патологічні ринопульмональний та ринобронхіальний рефлекси.

Як правило, ГРС виникає як прояв гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) – у 80% випадків його збудниками є ті ж мікроорганізми, що обумовлюють ГРВІ: рино-, рео-, коронавіруси, віруси парагрипу та грипу, респіраторно-синцитіальний вірус, аденовіруси. Серед медичної спільноти побутує думка, що на фоні ГРВІ в запальний процес тією чи іншою мірою втягуються всі приносові пазухи. Ця гіпотеза корелює з результатами комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії: візуалізаційні дослідження свідчать про ознаки синуситу у хворих із ГРВІ в 95% випадках [2].

Етіопатогенез ГРС пояснюють риногенною концепцією виникнення синуситів. ГРС зумовлений риногенним інфікуванням приносових пазух через природні співустя. Під впливом вірусів клітини миготливого епітелію втрачають війки, розвивається набряк слизової оболонки, відбувається активація запального каскаду. У випадку гострого запалення слизова оболонка уражених пазух, що в нормі має товщину папіросного паперу, потовщується в 20-100 разів, блокуються природні співустя. Як провідний етіологічний фактор вірусна інфекція актуальна у перші години захворювання; у подальшому її роль полягає в зниженні природної резистентності слизової оболонки, створенні умов для бактеріального інфікування.

Термін «ГРС» використовують для позначення гострих вірусних риносинуситів (швидко трансформуються в післявірусні, частина з яких (у 0,5-2% випадках) має бактеріальну природу) [2]. Відсутність результату лікування з призначенням антибіотиків у пацієнта з ГРС здебільшого свідчить на користь вірусної етіології захворювання, аніж є доказом низької ефективності антибактеріальних препаратів.

Одне з найважливіших питань, яке повинен розв'язати сімейний лікар, спираючись на власні міркування, клінічний досвід та дані доказової медицини, – коли вірусний (післявірусний) РС стає бактеріальним.

Серед населення поширене жартівливе висловлювання: «У разі лікування нежить минає за 7 днів, за його відсутності – протягом тижня». Певною мірою воно знайшло своє відображення у диференційно-діагностичних критеріях вірусного та бактеріального риносинуситів. Зокрема, бактеріальну природу синуситу слід запідозрити у ситуаціях, коли [3]:

- спостерігається прогресування симптомів через 5 днів лікування після попереднього покращення загального стану;
- симптоми та ознаки синуситу зберігаються протягом понад 10 днів після появи.

Провідними патогенами у розвитку гострого бактеріального риносинуситу (ГБРС) є пневмокок (35-42% випадків у дітей і 20-43% випадків у дорослих); гемофільна паличка (21-28 і 22-35% випадків відповідно), стрептококи (3-7 і 3-9% випадків відповідно); менше значення надається анаеробам, моракселі, золотистому стафілококу, тоді як атипові збудники у разі виникнення порушень із боку верхніх дихальних шляхів клінічного значення, як правило, не мають [4].

Згідно з рекомендаціями Infectious Diseases Society of America (IDSA, 2012), діагноз ГРС підтверджується сукупністю типових клінічних симптомів, серед яких виділяють так звані великі та малі (табл. 1).

Табл. 1. Великі та малі критерії, на основі яких може бути встановлений діагноз ГРС

Великі критерії	Малі критерії
Біль або розпирання в ділянці обличчя	Головний біль
Порушення носового дихання	Втома
Стікання секрету по задній стінці глотки	Неприємний запах із рота
Порушення нюху	Зубний та вушний біль
Слизово-гнійні виділення з носової порожнини	Кашель
Лихоманка	Відчуття вмісту у вусі

Діагноз встановлюється за наявності 2 і більше великих критеріїв, або 1 великого і 2 (або більше) малих критеріїв [5].

Згідно з рекомендаціями European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EP³OS, 2012), для підтвердження діагнозу ГРС не вважається необхідним проведення рентгенографії приносових пазух, спіральної комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії та діагностичної пункції [2], оскільки вказана патологія є достатньо простою в клінічному відношенні.

Принциповим моментом щодо подальшого вибору тактики лікування, а також раціональності призначення антибіотикотерапії (АБТ) є визначення тяжкості перебігу ГРС (табл. 2).

Табл. 2. Симптоми, характерні для легкого та важкого перебігу ГРС [6]

Легкий перебіг	Важкий перебіг
Ринорея (слизового або гнійного характеру)	Лихоманка ≥39 °С
Кашель у денний час	Порушення загального стану
Галітоз	Гнійна ринорея
Нормальна / незначно підвищена температура тіла	Кашель у денний та нічний час
	Головний біль
	Галітоз
	Високий ризик розвитку риногенних ускладнень (у тому числі набряку орбіти)

Слід приділяти увагу також суб'єктивній оцінці пацієнтом ступеня порушень загального стану за допомогою різноманітних діагностичних інструментів, зокрема візуально-аналогової шкали [2]. Якщо хворий класифікує свій стан як тяжкий, це є додатковим аргументом на користь призначення АБТ.

У переважній більшості випадків терапія ГРС не передбачає госпіталізації пацієнта і здійснюється в амбулаторних умовах, базуючись на трьох загальноприйнятих принципах – етіологічному, патогенетичному і симптоматичному. Під час вибору етіологічного лікування ГРС вірусного генезу я надаю перевагу комплексним фітотерапевтичним засобам, тоді як у разі бактеріального РС ерадикацію збудника слід здійснювати за допомогою АБТ. Досягнення стерильності дихальних шляхів асоціюється з максимальною клінічною користю для пацієнта та мінімальним ризиком виникнення і розповсюдження резистентних штамів.

Відповідно до рекомендацій EP³OS (2012), здійснення мікробіологічного дослідження за типового перебігу ГРС не показане, диференціальну діагностику між захворюванням вірусної та бактеріальної природи проводять з урахуванням клінічної симптоматики, а вибір антибіотика здійснюють на основі знань про найбільш вірогідних збудників і їх чутливості до того чи іншого препарату [2].

Захищені пеніциліни, зокрема амоксицилін/клавуланат (Аугментин™), демонструють високу активність відносно найбільш актуальних збудників інфекцій верхніх дихальних шляхів – пневмокока (в тому числі пеніцилінрезистентних штамів), золотистого стафілокока (включаючи метицилінрезистентні штами), гемофільної палички. Низкою міжнародних рекомендацій регламентовано використання захищених пеніцилінів у якості першої лінії терапії ГБРС.

За даними SAHP (Sinus and Allergy Health Partnership), клінічна і бактеріологічна ефективність амоксициліну/клавуланату є високою і становить у дорослій популяції 90-91 і 97-99% відповідно, у дитячій – 91-92 і 97-99% відповідно [7].

Національні рекомендації містять співзвучні дані. Наказ МОЗ України від 24.03.2009 р. № 181 препаратами вибору для перорального застосування у разі АБТ ГБРС є амоксицилін і амоксицилін/клавуланат, альтернативними засобами – цефуроксим аксетил, цефаклор, азитроміцин, кларитроміцин, левофлоксацин. У разі тяжкого перебігу патології і необхідності в стаціонарному лікуванні раціональним є призначення захищених пеніцилінів (амоксициліну/клавуланату, ампіциліну/сульбактаму) як першої лінії терапії; цефалоспорини (цефуроксим); захищені пеніциліни, які мають антисиньогнійну активність (тикарцилін/клавуланат), фторхінолони, карбапенеми відносяться до альтернативних засобів. Тривалість курсу АБТ у разі ГБРС становить 10-14 днів.

З метою проведення АБТ ГБРС у дітей, відповідно до наказу МОЗ України № 181 від 21.04.2005 р., призначаються захищені пеніциліни (амоксицилін/клавуланат), у разі відсутності ефекту від лікування – цефалоспорини III-IV поколінь. За підозри щодо можливості виявлення атипової мікрофлори виправдане використання сучасних макролідів. Курс АБТ – 7-10 днів.

Амоксицилін/клавуланат (Аугментин™ виробництва «ГлаксоСмітКляйн») застосовується за такими схемами [8]:

- дорослим та дітям у віці ≥12 років: 1 табл 2 р/день (доза залежить від тяжкості стану);
- дітям віком від 2 міс до 12 років: 45 мг/кг/добу у 2 прийоми.

Накопичено дані щодо ефективності коротких (5-денних) курсів АБТ у разі легкого перебігу ГБРС (а саме таких пацієнтів переважно зустрічають на прийомі лікарі загальної практики – сімейної медицини). Відсутність ефекту терапії на 2-5-й день від її призначення свідчить про необхідність заміни препарату на альтернативний засіб (з урахуванням вірулентності та чутливості бактерій) терміном на 7-10 днів і більше [9].

Використання описаних підходів і міжнародного досвіду, останніх наукових даних і рекомендацій узгоджувальних документів полегшить щоденну роботу лікарів загальної практики – сімейної медицини і сприятиме оптимізації лікування хворих на ГРС, у тому числі бактеріальної природи.

Підготувала ***Ольга Радучич***

Література

1. Попович В.І., Чернюк Н.В., Ковальчук Л.Є. Комплексна оцінка клініко-інструментальних та цитогенетичних показників при патології верхніх дихальних шляхів і хронічному обструктивному захворюванні легень // Ринологія. – 2006. – № 1. – С. 3-9.
2. Fokkens W.J. et al. Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS) 2012 // Rhinology. – 2012, supplement 23: 1-298.
3. Thomas M. et al. EPOS Primary Care Guidelines: European Position on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 – a summary // Primary Care Respiratory Journal. – 2008. – 17 (2): 79-89.
4. Thomas M. et al. Diagnosis and treatment of acute rhinosinusitis: second consensus // Rev Esp Quimioter. – 2008. – 21 (1): 45-59.
5. Chow A.W., Benninger M.S. et al. IDSA clinical practice guidelines for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults // Clin Infect Dis. – 2012. – 54: e1-e41.
6. Свистушкин В.М., Андреева И.В., Стецюк О.У. и соавт. Обзор рекомендаций по тактике ведения пациентов с острым бактериальным риносинуситом в педиатрической практике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2012. – 14 (3): 176-190.
7. Hadley J.A., Pfaller M.A. Oral β-lactams in the treatment of acute bacterial rhinosinusitis // Diagn Microbiol and Infect Dis. – 2007. – 57 (3 Suppl): 47S-54S.
8. Инструкция по медицинскому применению препарата Аугментин.
9. David N.F. Fairbanks. Pocket Guide to Antimicrobial Therapy in Otolaryngology // Head and Neck Surgery. – 13th Edition. – 2007.

AGMT/10/UA/19.04.2013/7484
Друкується за сприяння «ГлаксоСмітКляйн»