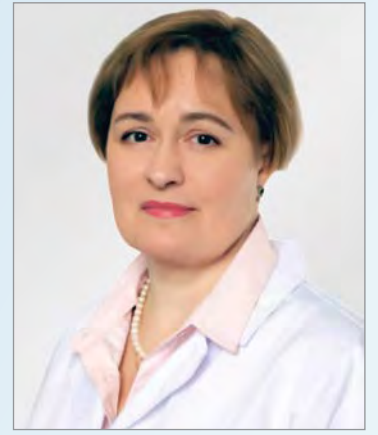


Гострий риносинусит: лікувати як по нотах

За матеріалами науково-практичної конференції «Сучасні досягнення в профілактиці, розпізнаванні та лікуванні сезонних захворювань. Осінь 2024»

25 жовтня в Києві в онлайн-форматі відбулася науково-практична конференція «Сучасні досягнення в профілактиці, розпізнаванні та лікуванні сезонних захворювань. Осінь 2024». До заходу були долучені провідні вітчизняні та міжнародні експерти, які в своїх виступах висвітлили актуальні проблеми лікування сезонних захворювань і коморбідних станів, детально розглянули клінічні випадки й особливості ведення пацієнтів у сучасних умовах. Зокрема, доповідь завідувачки кафедри оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), лікаря-оторинголога вищої кваліфікаційної категорії, доктора медичних наук, професора Юлії Валеріївни Дєєвої присвячувалася питанням раціонального підходу до лікування пацієнтів із риносинуситом.



Ю.В. Дєєва

На початку своєї доповіді експертка розповіла про захисні механізми дихальної системи, такі як кашель, анатомічні бар'єри, імунні механізми та мукоциліарний кліренс (МЦК). Останній являє собою ключовий механізм захисту верхніх і нижніх дихальних шляхів, який забезпечує організм від шкідливих речовин, що вдихаються. Видалення накопиченого слизу в пазухах повністю залежить від МЦК, натомість у нижніх дихальних шляхах МЦК можна компенсувати іншими механізмами, наприклад кашлем. МЦК залежить від двох основних компонентів: фізико-хімічних якостей і кількості слизу та властивостей війок, які рухають його (їхньої координації та частоти биття). Порушення МЦК сприяє появі захворювання, при цьому більшість інфекцій призводять до порушення МЦК. МЦК здатен сповільнюватися через потрапляння на слизову оболонку алергенів і поллютантів [1].

Риносинусит – запалення слизової оболонки носа та приносинусів із наявністю ≥ 2 нижчезазначених симптомів тривалістю < 12 (гострий риносинусит) або > 12 тиж (хронічний риносинусит):

- закладеність носа;
- виділення з носа;
- тиск/біль в обличчі;
- гіпо-, аносмія.

Ці симптоми є неспецифічними та можуть бути такими самими, як, наприклад, у пацієнтів

з алергічним ринітом, що ускладнює диференційну діагностику.

Етіологічними чинниками гострого риносинуситу є респіраторні вірусні інфекції. Бактеріальні інфекції розвиваються вторинно на тлі вірусної інфекції. Найчастіші збудники за порядком зниження частоти – *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* та *Moraxella catarrhalis*. Донедавна *H. influenzae* типу В був найчастішим бактеріальним агентом, що зумовлював риносинусит. Проте із запровадженням вакцинації загалом зменшилася захворюваність на інфекції, спричинені *H. influenzae* типу В; наразі частіше спостерігають інші типи *H. influenzae*. Чинниками захворювання можуть бути й інші патогени, включаючи анаероби (хронічний синусит) і гриби.

➔ Європейський комітет із риносинуситу та назальних поліпів (EPOS) визначає [1]:

- гострий вірусний риносинусит – за тривалості симптомів > 10 днів;
- гострий поствірусний риносинусит – як посилення симптомів із 5-го дня від початку захворювання, тривалість захворювання > 10 днів, але < 12 тиж;
- гострий бактеріальний риносинусит – у разі появи ≥ 3 нижчезазначених симптомів:
 - ✓ виділення з носа;
 - ✓ біль у проєкції приносинусів пазух;

- ✓ температура тіла > 38 °C;
- ✓ підвищення С-реактивного білка, швидкості осідання еритроцитів;
- ✓ друга хвиля захворювання.

Ознаки бактеріального риносинуситу:

- ✓ виділення (можуть бути різного забарвлення, густі, містити гній або кров);
- ✓ біль або підвищена чутливість при перкусії над ураженим синусом, що посилюється за зміни положення голови.

Під час проведення диференційної діагностики, зокрема із зубним болем, слід враховувати, що біль при верхньощелепному синуситі посилюється за нахилу голови вперед і під час виконання проби Вальсальви.

Доповідка зазначила, що наразі підвищення температури тіла не вважають показником бактеріальної інфекції. Так, згідно з рекомендаціями Американської академії оториноларингології та Фундації з хірургії голови та шиї (AAO-HNSF) 2016 р., лихоманку виключено як показник бактеріальної етіології гострого риносинуситу через низьку чутливість та специфічність цього критерію [2].

Призначати антибіотики доцільно в разі відсутності позитивної динаміки симптомів протягом 72 год на тлі адекватної протизапальної терапії, відсутності тенденції до зменшення лихоманки, лейкоцитозу $> 15 \times 10^9/\text{л}$, швидкості осідання еритроцитів > 20 мм/год, рівня С-реактивного білка > 60 мг/л.

Загалом тільки у 5% випадків гострого бактеріального риносинуситу є потреба в призначенні антибіотикотерапії.

Участь пацієнта є ключовим компонентом керівних принципів клінічної практики для реалізації настанов EPOS (2020). Для покращення якості лікування важливо пояснити пацієнту доступно для нього мовою цілі терапії та те, як забезпечується подальший контроль симптомів захворювання самим же пацієнтом. Нещодавні ініціативи цифрового моніторингу в галузі охорони здоров'я з метою навчання хворих щодо правильного

застосування ліків і варіантів лікування за хронічного риносинуситу успішно впроваджені в деяких країнах Європи та рекомендовані для подальшого впровадження в інших країнах.

Підходи до лікування гострого вірусного риносинуситу з позиції доказової медицини представлено в таблиці.

Отже, одним з варіантів лікування гострого вірусного риносинуситу є нестероїдні протизапальні препарати. Показаннями до їхнього призначення в ЛОР-хворих є гострі запальні захворювання, які супроводжуються болем:

- риносинусит;
- гострий тонзиліт;
- післяопераційний набряк.

На початку лікування доцільно призначити пацієнту НПЗП багатofакторної дії німесулід (Німесил®), який має такі характеристики:

- інгібує синтез і вивільнення субстанції P;
- нейтралізує токсичні вільні радикали;
- інгібує синтез металопротеїназ;
- інгібує агрегацію та міграцію нейтрофілів;
- інгібує вироблення гістаміну;
- пригнічує вироблення медіаторів запалення (інтерлейкіну-6, фактора некрозу пухлини).

Завдяки своїм характеристикам німесулід має потужний протизапальний та знеболювальний вплив, при цьому він практично не сприяє утворенню виразок шлунково-кишкового тракту, тому що не містить фрагментів карбонової кислоти. Молекула німесуліду (Німесил®) має лужні властивості, що ускладнює її проникнення до слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, знижуючи до мінімуму ймовірність контактного ушкодження. Прийом препарату асоційований з низьким ризиком гепатотоксичності. Аналіз даних щодо безпеки (1 640 727 упаковок) показав 24 випадки побічних ефектів, тобто ймовірність їхнього розвитку становить 0,00001% [3, 4].

Порівняльна оцінка швидкості настання анагезивного ефекту нестероїдних протизапальних препаратів у пацієнтів із болем продемонструвала, що Німесил® у формі гранул швидко й ефективно чинить анагезивну дію в першу годину після прийому. Максимальна концентрація препарату в крові досягається вже через 20 хв.

Доза німесуліду для дорослих пацієнтів становить 100 мг (1 саше) 2 р/добу, тривалість лікування – ≤ 15 діб.

Отже, гострий риносинусит є найпоширенішою ЛОР-патологією, яка в більшості пацієнтів ($\approx 85\%$) не потребує системної антибіотикотерапії; лікування спрямоване передусім на усунення симптомів, провідним з яких є біль. Застосування німесуліду (препарату Німесил®) при гострих запальних захворюваннях верхніх дихальних шляхів (зокрема, синуситі), які супроводжуються болем, загалом нездужанням тощо, є доцільним і дозволяє уникнути поліпрагмазії, невиправданого застосування антибіотиків.

Література

1. https://www.rhinologyjournal.com/Documents/Supplements/supplement_29.pdf.
2. Orlandi R.R., Kingdom T.T., Hwang P.H. (2016). International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis Executive Summary. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alr.12694>.
3. Дані аналітичної служби Proxima Research, період YTD 2019, дата входу 30.01.2020 р.
4. Звіт МОЗ України за 2019 р.

Підготувала Віталіна Хмельницька



Німесил®
БАГАТОФАКТОРНИЙ
МЕХАНІЗМ ДІЇ
ДЛЯ ПОДОЛАННЯ
РІЗНИХ ТИПІВ
БОЛЮ^{2*}

**НІМЕСУЛІД №1
В УКРАЇНІ**
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЄЮ ЛІКАРІВ

**Апельсиновий
СМАК**

Таблиця. Лікування гострого вірусного риносинуситу (зазуду) в дорослих і дітей (EPOS, 2020)

Група	Рівень доказів
Антибіотики	1а (-) (рутинне застосування недоцільне)
Топічні кортикостероїди	1а (-) (застосування недоцільне)
Антигістамінні препарати	1а (короточасно зменшують тяжкість симптомів у дорослих)
Деконгестанти	1а (мають позитивний ефект)
Парацетамол	1а (зменшує назальну обструкцію та ринорею, проте не впливає на інші симптоми)
Нестероїдні протизапальні препарати	1а (не впливають на тривалість захворювання, але зменшують вираженість симптомів)
Комбінація антигістамінного препарату / деконгестанту / нестероїдних протизапальних препаратів	1а (зменшують загалом тривалість та ризик захворювання)
Іпратропію бромід	1а (застосування обмежене, лише при ринорей, що не коригується іншими засобами)
Іригаційна терапія сольовими розчинами	1b (зменшує вираженість симптомів, переважно в дітей)
Пар / тепле зволене повітря	1а (-) (недоцільно)
Пробіотики	1а (мають перевагу над плацебо, проте низький рівень проаналізованих досліджень)
Ехінацея	1а (-) (недоцільно)
Цинк	1а (зменшує тривалість захворювання)
Фітотерапія (крім ехінацеї)	1b (деякі препарати чинять значний вплив на зменшення тривалості захворювання та його симптомів за відсутності серйозних побічних ефектів)