

Діагностика й лікування респіраторних захворювань у дорослих і дітей

Рекомендації Інституту вдосконалення клінічних систем¹ (січень 2013 р.)

Закінчення. У попередньому номері («Рациональная фармакотерапия» № 2 (31) 2014) опубліковано принципи діагностики й лікування респіраторних захворювань загалом та стрептококового фарингіту

Частина 3. Принципи діагностики й лікування неінфекційного риніту

На **рисунку 3** наведено алгоритм діагностики і лікування неінфекційного риніту. Примітки до цього алгоритму наведено далі за текстом під відповідним номером.

31. Наявність симптомів неінфекційного риніту у пацієнта

Неінфекційні риніт визначається як запалення оболонки, що вистилають ніс, і характеризується закладеністю носа, нежитьом, чханням, свербіжем і/або постназальним дренажем.

32. Оцінка анамнезу і даних фізикального огляду

При неінфекційному риніті може не бути всіх симптомів, характерних для цього захворювання. У разі зловживання деконгестантами місцевої дії може розвинути ця форма риніту або ж погіршитися перебіг інших форм риніту. За даними літератури, до риніту може призвести вживання багатьох антигіпертензивних засобів, зокрема α -адренергетиків, β -блокаторів та інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ).

Вивчаючи анамнез, слід звернути увагу на відомості щодо:

- травми або хірургічного втручання в лицьовій ділянці; атопічні стани (астма, риніт, атопічний дерматит);
- тригерів (пускових механізмів) вазомоторного риніту, таких як продукти харчування, сильні запахи, зміни погоди, яскраве світло або інгаляційні подразники;
- станів зі зміною гормонального фону (вагітність, захворювання щитоподібної залози).

Атопія або інші пов'язані з алергією стани в сімейному анамнезі збільшують імовірність неінфекційного риніту.

Структурна етіологія, як от обструкція або затікання ліквору, більш імовірна після травми або хірургічного втручання. Чи затікання ліквору є причиною виділень

із носа, можна перевірити, визначивши вміст глюкози в носовому слизі. За серйозної підозри на затікання ліквору необхідна спеціальна діагностика, тож слід якомога швидше отримати відповідну консультацію.

У маленьких дітей як потенційні причини риніту слід розглядати також чужорідне тіло в ніздрі і гастро-езофагеальний рефлюкс.

Важливим моментом в історії хвороби є вплив тригерів навколишнього середовища. Слід проаналізувати відомості про оселю, школу, місце роботи, дитячий садок та інші місця частого перебування. Під час збирання анамнезу необхідно також з'ясувати, якими засобами лікували риніт, оскільки «метод проб і помилок» часто є єдиним шляхом для визначення потреб кожного пацієнта.

Дані анамнезу, необхідні для діагностування риніту

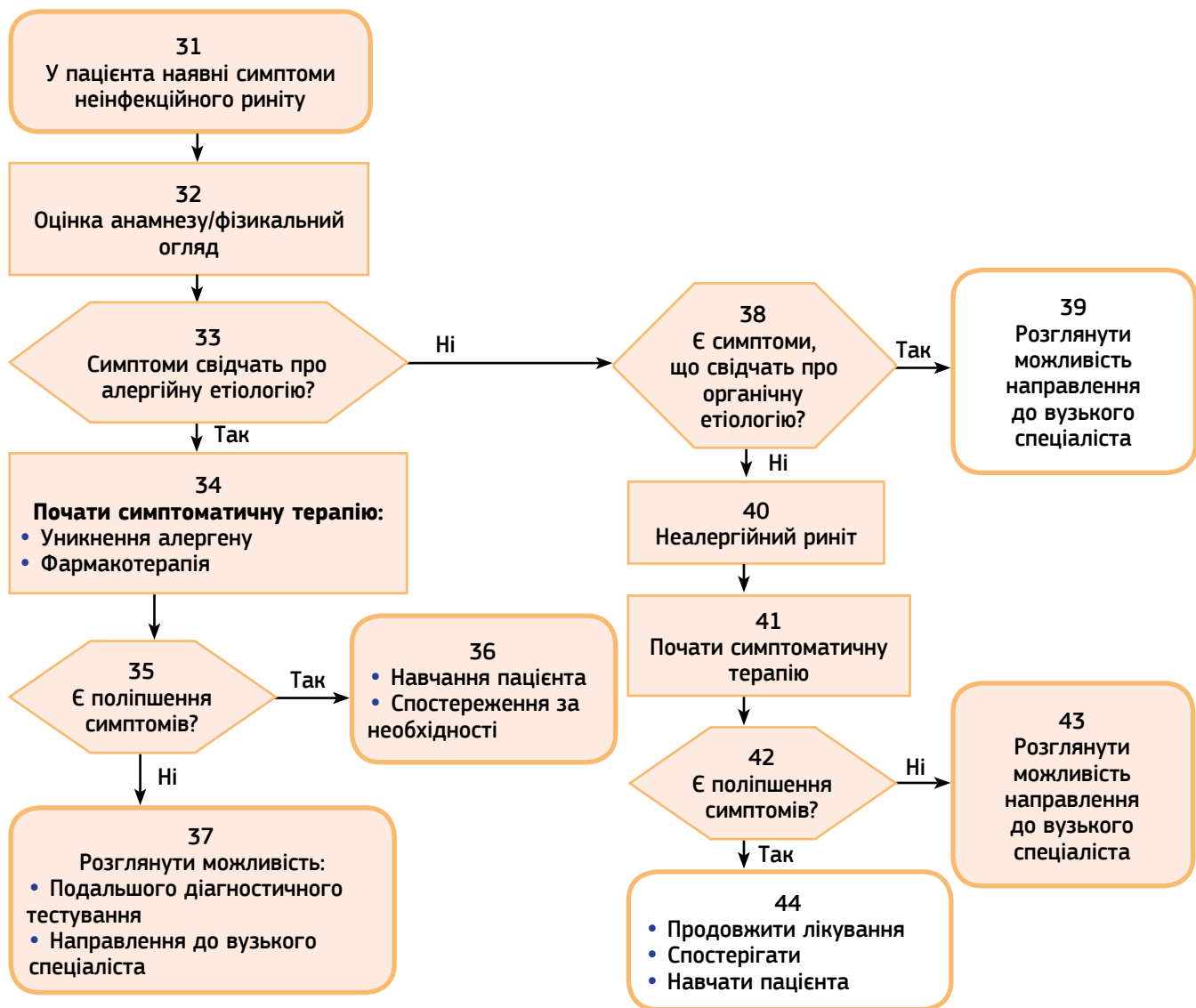
Анамнез теперішнього захворювання:

- закладеність носа або обструкція;
- ринорея (виділення з носа);
- свербіж у носі/очах;
- чхання;
- постназальне затікання з/без кашлю;
- відчуття стискання/біль у ділянці синусів;
- хропіння;
- епізодичні/сезонні/цілорічні симптоми; проаналізувати конкретні тригери (**див. табл. 3**);
- вагітність;
- вживання на сьогодні місцевих деконгестантів, гормонів, антигіпертензивних засобів, антибіотиків;
- лікування з приводу риніту тепер або раніше.

Історія перенесених захворювань:

- травма або хірургічні втручання в ділянці обличчя/синусів;
- пов'язані із ринітом захворювання: астма, дерматит, хронічний синусит, хронічний/рецидивуючий середній отит;
- поліпи;
- чутливість до ацетилсаліцилової кислоти/нестероїдних протизапальних препаратів.

¹ Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI), США.



Примітка. У зафарбованих блоків є коментарі під відповідним номером далі за текстом.

Рисунок 3. Алгоритм діагностики і лікування неінфекційного риніту у дітей та дорослих

Сімейний анамнез (дані щодо захворювань у родичів):

- астма;
- риніт;
- atopічний дерматит.

Соціальний (історія побутових і професійних умов) та екологічний (вплив навколишнього середовища) анамнез:

- вплив умов праці (див. табл. 3);
- активне й пасивне куріння;
- вплив умов навчання;
- вживання заборонених речовин (наркотиків).

Фізикальний огляд

При обстеженні пацієнта слід звернути увагу на наведені нижче ознаки (в будь-якій комбінації). Найпоширеніші – набряклість носових раковин (закладеність), ринорея і свербіж; можливий алергійний кон'юнктивіт (почервоніння очей, слезотеча, свербіж).

Для атрофічного риніту, як правило, пов'язаного з багаторазовими хірургічними втручаннями в ділянці

носа й синусів, дією радіації або одним із рідкісних захворювань (наприклад, гранулематоз Вегнера), характерні утворення смердючих кірок і біль у придаткових пазухах носа.

Симптоми з боку носа:

- набряклі носові раковини (можуть бути із застоєм слизу, блакитнуватою відтінку чи бліді, гіперемовані або пурпурно-червоного кольору); слід зазначити їхній розмір і колір;
- ринорея (прозорі, мутні або забарвлені виділення з носа);
- викривлення чи структурні дефекти носової перегородки;
- носові поліпи;
- «носова складка» алергіка, або «алергійний салют»;
- чхання;
- ротове дихання;
- однобічна закладеність носа;
- чужорідне тіло.

Таблиця 3. Чинники (тригери), що спричинюють риніт

Алергійні	Неалергійні
<ul style="list-style-type: none"> • Пилок (дерев, злаків, бур'янів) • Пліснява • Кліщі домашнього пилу • Шерсть тварин • Таргани • Харчові продукти (рідко спричинюють риніт) 	<ul style="list-style-type: none"> • Куріння • Випари мийних розчинів, хімікатів, хлорованої води (в басейнах); вихлопні гази автомобілів • Інтенсивні запахи парфумів, лаку для волосся, деяких чистильних засобів • Деконгестанти у формі назальних спреїв при регулярному застосуванні більше 3-5 днів поспіль • Вагітність/прийом гормональних препаратів (серед них – і контрацептиви) • Медпрепарати (особливо антигіпертензивні засоби) • Сильні запахи • Холодне повітря і раптові перепади температури • Харчові продукти, особливо прянощі • Алкоголь • Яскраве світло • Нервові потрясіння • Втягування носом або вдихання заборонених речовин (наркотиків)

Симптоми з боку очей:

- кон'юнктивіт;
- «алергічне сьйво» (темні кола під очима через венозний застої);
- лінії Денні (характерні складки по краю нижнього повіка);
- періорбітальний набряк.

Симптоми з боку вух:

- гострий середній отит або середній отит із випотом (свідчить про супутню дисфункцію євстахієвої труби).

Симптоми з боку легень:

- свистяче дихання (візінг) або подовжена фаза видиху (свідчить про супутню астму).

Симптоми з боку шкіри:

- atopічний дерматит.

33. Чи свідчать симптоми про алергійну етіологію?

При сезонному або епізодичному алергійному риніті звичайними симптомами є чхання, свербіж носа, піднебіння або очей і прозорі виділення з носа. Однак часто у пацієнтів із цілорічним ринітом найбільш вираженою є скарга на закладеність носа.

Симптоми, що свідчать про алергійну етіологію риніту:

- свербіж очей, носа, піднебіння, вух;
- водянисті виділення з носа;
- чхання;
- сезонність симптомів;
- алергія в сімейному анамнезі;
- чутливість до певних алергенів, особливо пилових кліщів, тварин, пилку й цвілі;
- астма/екзема.

Симптоми, що свідчать про неалергійну етіологію риніту:

- чутливість до диму, парфумерії, зміни погоди і подразників навколишнього середовища;
- відомості про негативний результат тестування на алергію в анамнезі;
- надмірне використання деконгестантів місцевої дії;
- поява симптомів у дорослому віці;
- кірки або висихання слизової носа;
- лицьовий біль.

Симптоми, характерні для обох/будь-якої з форм риніту:

- цілорічні прояви симптомів;
- епізодичні прояви симптомів;
- закладеність носа;
- часта захворюваність на синусити або хронічний синусит.

34. Початок симптоматичної терапії, уникнення алергену, фармакотерапія Симптоматична терапія

Якщо клінічний діагноз очевидний, слід розпочати симптоматичне лікування, яке передбачає навчання щодо уникнення алергенів і фармакотерапію.

Заходи для уникнення антигену

Визначення алергенів, яких слід уникати, за допомогою шкірної проби або радіоалергосорбентного тесту підвищить мотивацію пацієнта до практичних заходів для їх уникнення. Деякі заходи потребують значних фінансових вкладень або істотних змін способу життя пацієнта. Перш ніж пропонувати їх, корисно порекомендувати пацієнту зробити шкірну пробу або радіоалергосорбентний тест, щоб підтвердити діагноз і визначити конкретний алерген.

Кліщі домашнього пилу

У помешканні основними є алергени кліщів домашнього пилу, які живуть в килимах, матрацах, постільній білизні, подушках, м'яких меблях, м'яких іграшках та одязі (особливо дитячому). Вони інтенсивно розмножуються, харчуючись епітеліальними лусочками людини.

Основні заходи для зменшення впливу кліщів:

- покривати матраци непроникними для алергенів чохлами;
- покривати подушки непроникними для алергенів чохлами або прати їх щотижня;
- прати простирадла й ковдри щотижня в гарячій воді (для знищення кліщів потрібна температура не нижче 54,5 °C);
- бажано також підтримувати в приміщенні вологість < 50% (влітку знизити вологість допомагає кондиціонер).

²Щодо цих пацієнтів керівництво слід застосовувати з обережністю.

Домашні тварини:

- звільнити оселю від тварин;
- якщо не можна позбутися тварини, то компромісним варіантом є звільнення від неї принаймні спальні; щотижневе миття тварини може зменшити вплив алергенів, але користь від нього залишається спірною;
- після видалення з помешкання кішки необхідно в середньому 20 тижнів для того, щоб концентрація алергену досягла такого самого рівня, як у будинку без тварини;
- обмежуючи перебування кішки кімнатою (іншою, ніж спальня) без килимового покриття, обладнаною системою HEPA²-фільтрації повітря, можна зменшити поширення алергену в іншій частині будинку на 90%.

Пліснява в приміщенні:

- як правило, в підвальних приміщеннях вологість вища, а отже, зростання плісняви інтенсивніше;
- вологість у приміщеннях не має перевищувати 50%;
- слід позбавлятися місць зростання плісняви;
- необхідно використовувати для прибирання фунгіцидні засоби.

Пилки і пліснява поза межами приміщень:

- слід залишатися в приміщенні у певні дні, коли вміст пилку в повітрі високий;
- необхідно тримати зачиненими двері й вікна в приміщенні й автомобілі;
- рекомендовано встановити кондиціонер повітря.

Загальні рекомендації:

- слід звести до мінімуму контакт із такими подразниками, як сигаретний дим, парфуми, косметика, лак для волосся та інші речовини з сильним запахом;
- не допускати куріння в приміщенні.

Фармакотерапія

Як і у разі тривалого використання будь-яких препаратів, особливу увагу питанню співвідношення користі й ризику потрібно приділити у літніх осіб, ослаблених пацієнтів, вагітних жінок, спортсменів і дітей.

Таблиця 4 містить інформацію, яка полегшить вибір відповідної фармакотерапії для пацієнтів із алергійним ринітом.

Кортикостероїди

За винятком системних стероїдів, інтраназальні кортикостероїди є найефективнішими препаратами для монотерапії. Ці препарати дають змогу контролювати весь спектр симптомів алергійного риніту і мають розглядатися як перша лінія терапії у пацієнтів із симптомами від помірних до тяжких. Проте в Кокранівському огляді за 2009 рік зазначено, що докази їхньої ефективності у дітей є обмеженими, хоча даних щодо побічних ефектів немає.

Інтраназальні кортикостероїди зменшують прояви носової непрохідності, свербіжу, чхання та ринореї при алергійному і неалергійному риніті. Для досягнення оптимальних результатів необхідне регулярне щоденне вживання препаратів. Для профілактики найкраще почати лікування за тиждень до початку «сезону алергії». Пацієнтів слід детально проінструктувати щодо правильного застосування препаратів. За ефективністю доступні нині інтраназальні кортикостероїди різняться несуттєво.

Найпоширенішими побічними реакціями на інтраназальні кортикостероїди є подразнення слизової оболонки носа (сухість, печіння і утворення кірок) і незначні носові кровотечі. Є повідомлення про перфорацію носової перегородки. Імовірність цих побічних ефектів можна зменшити, дотримуючись належного способу використання. Вживання інтраназальних кортикостероїдів у рекомендованих дозах зазвичай не пов'язане з клінічно значущими системними побічними реакціями. Ні в дорослих, ні у дітей не було виявлено атрофії слизової оболонки носа і клінічно значущого пригнічення функції наднирників. Після використання місцевих назальних стероїдних препаратів у дітей протягом 3 років не було відзначено їхнього шкідливого впливу на кістковий метаболізм. Затримка росту була виявлена у дітей із цілорічним алергійним ринітом, які протягом одного року отримували інтраназально беклометазону дипропіонат (нині не використовується). Подібні дослідження інтраназального флутиказону пропіонату й мометазону фууроату не показали жодного ефекту цих препаратів на ріст.

При цьому, судячи з усього, в довгостроковій перспективі впливу на кінцевий зріст дорослих немає. Щодо дітей дошкільного віку накопичено менше даних, тож слід із обережністю застосовувати такі препарати в цій віковій групі. Неконтрольована астма і алергія також можуть вплинути на ріст, тому жодна дитина не має бути позбавленою лікування через побоювання щодо можливого впливу на процес росту. У дітей, які вжива-

Таблиця 4. Вибір фармакотерапії для пацієнтів із алергійним ринітом

Препарати	Симптоми			
	Чхання	Виділення з носа	Свербіж	Закладеність носа
Антигістамінні	+++	++	+++	±
Деконгестанти	–	–	–	+++
Кромолін натрію	+	+	+	±
Місцеві кортикостероїди	+++	+++	+++	++
Антихолінергічні	–	+++	–	–
Блокатори лейкотрієнових рецепторів	+++	++	+++	±

Примітка: «–» – ефекту немає; «±» – майже непомітний ефект; «+» – незначний ефект; «++» – помірний ефект; «+++» – виражений ефект.

²High Efficiency Particulate Absorption – високоєфективна абсорбція часток

ють стероїди в будь-якій формі, слід регулярно контролювати відповідність зросту й маси тіла кривим росту. Це питання ще вивчається, і слід бути обережними при тривалому використанні таких препаратів. (Варто розглянути можливість призначення дітям пероральних антигістамінних препаратів або місцевих нестероїдних препаратів як першу лінію терапії). Використання системних кортикостероїдів слід «зарезервувати» для тяжких випадків, у яких антигістамінні препарати або місцеві засоби не дають змоги досягти контролю симптомів. Може бути корисним короткий курс пероральних кортикостероїдів.

Пероральні стероїди слід призначати тільки тоді, якщо ефекту від лікування немає, або у тяжких випадках у вигляді коротких курсів «пульс-терапії» (наприклад, преднізолон у дозі 40 мг/добу протягом 3-5 днів для дорослих або в дозі 1-2 мг/кг/добу протягом 3-5 днів у дітей). Ін'єкційні стероїди зазвичай не рекомендовані через вищу вартість, інвазивність і, як правило, більшу тривалість курсу. Як і у випадку тривалого використання будь-яких препаратів, слід приділити особливу увагу питанню співвідношення користі й ризику у літніх осіб, ослаблених пацієнтів, вагітних жінок, спортсменів і дітей.

Антигістамінні препарати

Антигістамінні препарати ефективні для контролю всіх симптомів алергійного риніту, за винятком закладеності носа. Вони дещо менш ефективні, ніж інтраназальні кортикостероїди, але можуть застосовуватися як щоденно, так і за необхідності. Загальними побічними реакціями на антигістамінні препарати першого покоління є сонливість, зниження концентрації уваги та антихолінергічні ефекти (сухість у роті, порушення зору, затримка сечі).

Проблема антихолінергічних побічних ефектів більше стосується осіб віком > 65 років. Підтверджено, що антигістамінні препарати першого покоління спричинюють порушення центральної нервової системи, навіть якщо немає виражених симптомів. Повідомляється, що антигістамінні препарати першого покоління, очевидно, погіршують здатність управляти транспортним засобом. Антигістамінні препарати другого покоління менш седативні й менше впливають на центральну нервову систему, оскільки погано долають гематоенцефалічний бар'єр.

Деконгестанти (протинаябрякові препарати)

Пероральні деконгестанти можуть зменшувати закладеність носа, але при цьому можливі такі побічні реакції, як дратівливість, безсоння і прискорене серцебиття. Можна розглянути доцільність використання місцевих деконгестантів для короткострокової або переривчастої/епізодичної терапії. Регулярне щоденне використання не рекомендоване через ризик розвитку медикаментозного риніту.

Як пероральні, так і місцеві деконгестанти слід використовувати з обережністю у літніх осіб, дітей віком до шести років, а також у пацієнтів будь-якого віку з наявністю в анамнезі аритмії, стенокардії, цереброваскулярних захворювань, високого артеріального тиску, контрактури шийки сечового міхура, глаукоми або гіпертиреозу.

Огляд кількох рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень показує, що псевдоефедрин спричинює невелике, але значуще зростання систолічного артеріального тиску (на 0,99 мм рт. ст.) і збільшення частоти серцевих скорочень (на 2,82 уд./хв); впливу на діастолічний артеріальний тиск не виявлено. Препарати з негайним вивільненням ефективніші, ніж лікарські засоби з уповільненим вивільненням.

Хоча серйозних побічних реакцій не спостерігали, серед 1108 пацієнтів у 30 (~3%) були епізоди підвищення тиску понад 140/90 мм рт. ст. Цілком можливо, що основою надмірного зростання артеріального тиску є розлад вегетативної нервової системи. Тож, судячи з усього, вживання псевдоефедрину не пов'язано з підвищеним ризиком у пацієнтів зі стабільною контрольованою гіпертензією.

Кромолін

Кромолін менш ефективний, ніж інтраназальні кортикостероїди; ефективність його найбільша при регулярному використанні до початку симптомів алергії. Побічні реакції мінімальні і включають свербіж у носі, чхання і неприємний смак. Необхідність використання препарату чотири рази на день може створити проблеми з комплаєнсом. Кромолін є альтернативою для пацієнтів, які не можуть застосовувати кортикостероїди. Інтраназальне введення кромоліну натрію ефективно у деяких пацієнтів для профілактики і лікування алергійного риніту й пов'язане з мінімальними побічними реакціями, але менш ефективно, ніж кортикостероїди у більшості пацієнтів.

Антихолінергічні засоби

Інтраназальний антихолінергічний засіб (іпратропію бромід) ефективний для полегшення передньої ринореї у пацієнтів із алергійним і неалергійним ринітом, але не впливає на закладеність, чхання й свербіж. Найчастіші побічні реакції – носова кровотеча, кров'янистий слиз і сухість слизової носа. Інші можливі побічні реакції – сухість у роті й горлі, запаморочення, подразнення очей, помутніння зору, провокування або погіршення перебігу вузькокутової глаукоми, затримка сечі, захворювання передміхурової залози, тахікардія, закріп і непрохідність кишечника.

Блокатори лейкотрієнових рецепторів

Ефективність блокатора лейкотрієнових рецепторів монтелукаста така сама, як у лоратадину, і менша, ніж у назальних стероїдів. Монтелукаст загалом добре переноситься і може розглядатися як препарат третьої лінії, який можна додати до схеми лікування за неефективності назальних кортикостероїдів і пероральних антигістамінних препаратів. Найчастішою побічною реакцією є головний біль. У інформації для пацієнта є також застереження щодо можливих безсоння, збудження, депресії і суїцидальних думок. У разі розвитку таких симптомів слід оцінити доцільність припинення прийому препарату. Управління з контролю за лікарськими препаратами й продуктами харчування (FDA) США схвалило застосування монтелукасту при сезонному алергійному риніті у хворих віком ≥ 2 років, а також при цілорічному алергійному риніті у хворих віком ≥ 6 місяців.

Офтальмологічні препарати

Офтальмологічні препарати у формі розчинів/суспензій для місцевого застосування містять антигістаміни, деконгестанти, кортикостероїди, стабілізатори тканинних базофілів (кромоглікат натрію і лодоксамід); можуть бути комбінованими (антигістаміни/стабілізатори тканинних базофілів, антигістаміни/деконгестанти). Побічні реакції на ці препарати (крім кортикостероїдів), як правило, незначні: короткотривалий гострий біль, відчуття печіння. Необхідно з обережністю використовувати краплі з деконгестантами, оскільки їх відміна може спричинити «рикошетну» (медикаментозну) еритему. Місцеві антигістамінні препарати можна використати за необхідності для полегшення гострих симптомів і профілактики алергійного риніту з мінімальними системними побічними реакціями.

Тим, хто користується контактними лінзами, слід проконсультуватися з офтальмологом щодо використання цих препаратів.

Деякі препарати, які використовують для лікування неінфекційного риніту, наведені в таблиці 5.

Діагностичне тестування

Лікар може прийняти рішення щодо проведення діагностичного тестування на цьому етапі, якщо результати вплинуть на зміну лікування. Рекомендовано:

- **шкірні проби і радіоалергосорбентні тести** визначають наявність IgE до певного алергену. Клінічна значущість встановлюється тоді, коли контакт із алергеном, наявність алергеноспецифічних IgE до якого в пацієнта доведено (шкірна проба), спричинює симптоми, що відповідають алергійній реакції. Можливість проведення тестування на алергію розглядають здебільшого за необхідності:

- диференціювання алергійного риніту від неалергійного;
- визначення конкретних алергенів, що спричинюють алергійний риніт. Слід розглянути проведення кількох (2-4) радіоалергосорбентних тестів. За потреби ідентифікації більшої кількості специфіч-

них алергенів слід віддавати перевагу шкірним діагностичним тестам, які є більш швидкими, більш чутливими й менш затратними. Проведення шкірних проб та тлумачення їх результатів потребує певного досвіду, є також ризик анафілактичних реакцій, тож виконувати ці тести мають тільки медпрацівники, які пройшли спеціальне навчання. Чутливість таких імунологічних досліджень на наявність специфічних IgE, як радіоалергосорбентні тести, в порівнянні зі шкірними скарифікаційними пробами становить приблизно 70-75%. Тобто нині шкірні тести є кращим методом для діагностування IgE-опосередкованої чутливості;

- **дослідження назального мазку** може бути недорогим методом скринінгу для виявлення еозинофілів. Хоча вони можуть бути наявними як при алергійному, так і при неалергійному риніті, еозинофілія є предиктором хорошої відповіді на терапію місцевими назальними кортикостероїдами. Для отримання результатів, які можна інтерпретувати, тест слід проводити в період активних проявів симптомів.

Збільшену кількість еозинофілів виявляють у > 80% пацієнтів із алергійним ринітом. За результатами одного з досліджень, секреція еозинофілів достовірно корелює з активними назальними проявами алергії негайного типу;

- **інші тести:** діагностичне значення еозинофілії крові для оцінки алергійного нежитю є незначним; як правило, не допомагає вона і в проведенні диференціальної діагностики. Загальна концентрація IgE надає невелику інформацію про ризик алергійних захворювань. За даними Американської академії алергологів та імунологів (American Academy of Allergy and Immunology) та Національного центру з технологій охорони здоров'я (National Center for Health Care Technology), ефективність експериментального під'язикового провокаційного тесту не доведено, тож його проведення не рекомендовано.

Не рекомендовано також визначення кількості еозинофілів у периферійній крові, загального рівня

Таблиця 5. Препарати, які застосовуються для лікування неінфекційного риніту

Група препаратів	Приклади	Примітки
Антигістамінні препарати першого покоління	Хлорфенірамін Дифенгідрамін	Ефективні, але спричинюють седацію. Доступні як монопрепарати і у вигляді комбінацій (із псевдоефедрином та фенілефринном)
Антигістамінні препарати другого покоління	Лоратадин Фексофенадин Цетиризин Дезлоратадин	Неседативні або призводять до незначної седації. Фексофенадин, цетиризин і лоратадин доступні як безрецептурні лікарські засоби (монопрепарати і в комбінації з псевдоефедринном)
Блокатори лейкотрієнових рецепторів	Монтелукаст	Може бути так само ефективний, як лоратадин, але менш ефективний, ніж інші антигістамінні препарати і назальні стероїди
Назальні стероїди	Флутиказон Мометазон Будесонід Триамцинолон	
Назальні антигістамінні препарати	Астелін Олопатадину гідрохлорид	Гіркий смак і помірна седація
Стабілізатори тканинних базофілів	Кромолін назальний	Безрецептурний; менш ефективний, ніж назальні стероїди; необхідно використовувати регулярно
Антихолінергічні препарати	Іпратропіум назальний	Може полегшити ринорею, але не впливає на закладеність і свербіж

сироваткового IgE, шкірні проби за методом Рінкеля, під'язикових провокаційних проб.

35. Є поліпшення симптомів?

Якщо симптоми не поліпшуються через 2-4 тижні, слід розглянути питання комплаєнсу, впливу тригерів навколишнього середовища, можливість альтернативного діагнозу та проведення альтернативної фармакотерапії.

36. Навчання пацієнта та подальше спостереження

Якщо у пацієнта спостерігається адекватне полегшення перебігу риніту і пов'язаних із ним алергійних симптомів завдяки заходам щодо уникнення алергену і медикаментозному лікуванню, відповідні подальші заходи мають охоплювати:

- подальше навчання та аналіз інформації щодо:
 - методів уникнення контакту з алергеном;
 - належного використання лікарських препаратів і можливих побічних ефектів;
- початок використання препаратів до впливу відомого алергену, якщо контакт із ним є очікуваним і неминучим (наприклад, у разі алергійної чутливості до кішок/собак прийом перорального антигістамінного препарату перед відвідуванням будинку, де є ці тварини, може запобігти появі симптомів; початок прийому інтраназальних кортикостероїдів за 1-2 тижні до початку сезону цвітіння амброзії зробіть максимальною користь препарату для людей із симптомами сезонного алергійного риніту).

Для адекватного спостереження може знадобитися окремий візит лікаря, контроль телефоном або ж консультація лікаря під час відвідування клініки з іншого приводу. Може допомогти використання відповідних освітніх матеріалів. У дітей, які вживають стероїди в будь-якій формі, слід регулярно перевіряти зріст і масу тіла.

37. Оцінка доцільності подальшого діагностичного тестування і/або направлення до вузького спеціаліста

Якщо пацієнт не відчув полегшення симптомів протягом 2-4 тижнів адекватної терапії, лікар має:

- розглянути можливі перешкоди для комплаєнсу при вживанні призначених препаратів і обговорити заходи щодо їх уникнення;
- оцінити доцільність пробної терапії іншим препаратом або додати ще один препарат для полегшення цільових симптомів;
- проаналізувати доречність проведення шкірної проби на алерген кваліфікованим лікарем; у разі позитивних результатів тестування на алергени, вплив яких корелює з часом появи симптомів, можливе призначення імунотерапії;
- розглянути можливість повного обстеження носової порожнини (риноскопії) кваліфікованим спеціалістом для виключення пухлини або іншого ураження, особливо якщо непрохідність і закладеність є основними симптомами;
- оцінити можливість діагнозу неалергійного риніту.

Якщо медикаментозне лікування неефективне, необхідно пройти повне обстеження вух, носа й горла, щоб виключити структурні патології та зовнішні причини обструкції і виділень. Слід також оцінити прояви алергії: провести візуалізацію всієї носової перегородки, нижніх, середніх носових раковин і, можливо, середньої частини носового ходу, а також носоглотки. Назальний спрей із деконгестантом можна використати для зменшення об'єму носових тканин і кращої візуалізації носових структур. Може знадобитися проведення ендоскопічного дослідження носа й носоглотки.

Алергеноспецифічна імунотерапія

Алергеноспецифічна імунотерапія полягає в проведенні серії підшкірних ін'єкцій екстрактів алергенних матеріалів для зменшення тяжкості симптомів алергії при можливому майбутньому контакті з алергеном. Пацієнтові щотижня вводять алерген, дозу якого поступово збільшують, зазвичай протягом 4-6 місяців, після чого здійснюються підтримувальні ін'єкції алергенів у максимальних переносимих дозах кожні 2-4 тижні. У разі успіху ця схема лікування, як правило, використовується протягом 3-5 років.

Цей підхід, як правило, є резервним методом лікування пацієнтів із серйозними проявами алергійного риніту, у яких запобіжні заходи та фармакотерапія не дають змоги досягти контролю симптомів. Кандидатами для застосування імунотерапії є також пацієнти:

- з побічними реакціями на препарати;
- які не можуть дотримуватися встановленого режиму фармакотерапії;
- у яких виникли ускладнення, такі як рецидивуючий синусит.

Усі ін'єкції мають здійснюватися в медичній установі, де є кваліфікований персонал, належне обладнання та препарати для купірування можливої анафілактичної реакції. Оскільки ризик анафілаксії є після кожної ін'єкції, незалежно від фази й тривалості лікування, пацієнт має залишатися в медустанові протягом 30 хв після ін'єкції.

Алергеноспецифічна імунотерапія найбільш ефективна при алергійному риніті, спричиненому пиломком і пиловими кліщами, і може бути менш ефективною при алергії на плісняву й лупу тварин.

38. Чи є симптоми, що свідчать про органічну етіологію?

Виявити злоякісні пухлини носа і пазух може бути важко. Нещодавнє виникнення болю; зниження чутливості в ділянці обличчя, піднебіння або зубів; погіршення нюху; кровотечі, набряки обличчя та/або закладеність носа — все це може бути ознаками ракової пухлини в порожнині носа або синусах.

При структурних аномаліях найчастіше наявні симптоми обструкції. Її причинами можуть бути викривлення носової перегородки, деформація носових кісток, раковин або хряща, носові поліпи, гіпертрофовані аденоїди.

Однобічна закладеність носа часто свідчить про структурні або зовнішні її причини. Найбільш частою

причиною хронічної однобічної закладеності носа у дорослих є викривлення носової перегородки, однак не слід виключати можливість носових пухлин, таких як інвертована папілома й карцинома. У педіатричній популяції однобічна закладеність носа і/або нежить потребують виключення ймовірності чужорідного інтраназального тіла.

Ювенільну ангіофіброму, доброякісну судинну пухлину, виявляють в юнаків. Вона може проявлятися закладеністю носа або носовими кровотечами, інколи дуже сильними.

Слід враховувати можливість спричиненого травмою дефекту гратчастої пластинки, який може призвести до витікання спинномозкової рідини.

За підозри на одну з цих аномалій потрібне повне обстеження носової порожнини з візуалізацією задньої частини носоглотки, яке зазвичай виконує отоларинголог.

40. Неалергійний риніт

Симптоми неалергійного й алергійного риніту подібні і можуть включати закладеність носа, постназальне затікання, ринорею і навіть чхання. Прикладами неалергійного риніту є:

- гормональний (наприклад, риніт при вагітності);
- вазомоторний риніт із чутливістю до запахів і змін температури;
- неалергійний риніт із еозинофільним синдромом;
- медикаментозний риніт при регулярному використанні місцевих назальних засобів;
- атрофічний риніт.

41. Початок симптоматичної терапії

Лікування *обструктивних симптомів при алергійному риніті* передбачає застосування таких засобів:

- **Назальний спрей з азеластину гідрохлоридом.**
- **Інтраназальні кортикостероїди.** Місцеві назальні стероїдні спреї можна використати для лікування хронічної закладеності носа на тлі неалергійного риніту. Побічні реакції, пов'язані із застосуванням спрею, як правило, обмежуються сухістю в носі, кірками і кровотечами. Системні побічні реакції реєструвалися рідко. Місцевим назальним стероїдним спреям притаманний відносно довгий початок дії (до 4 тижнів), тож вони більше підходять для пацієнтів із хронічними, а не спорадичними симптомами.

- **Інтраназальний кромоглікат (кромоліну сульфат).** Застосування інтраназального кромоліну зменшує вираженість симптомів чхання та закладеності носа. Він може бути безпечно використаний у дітей віком ≥ 2 роки. Побічні реакції при цьому мінімальні.

- **Пероральні деконгестанти** можуть призвести до стимуляції нервової системи, гіпертензії і серцевих аритмій. Однак деякі пацієнти вважають, що вони допомагають полегшити симптом закладеності носа при неалергійному риніті. Пероральні протинабрякові засоби з відносно швидким початком дії особливо корисні при спорадичних симптомах. При їх призначенні слід моніторувати у пацієнтів побічні реакції, насамперед гіпертензію.

- **Носові пластири** ефективні для деяких пацієнтів, у яких симптоми проявляються тільки вночі (назальна обструкція). Вони більш ефективні для пацієнтів із вузькими носовими ходами або з дефектами передньої перегородки. Використання вдень зазвичай непрактичне.

- **Місцеві антигістамінні препарати** ефективно зменшують ринорею при неалергійному риніті. Побічними реакціями є сонливість і гіркий смак.

Лікуванням при *симптоматичному негнійному хронічному постназальному затіканні* є:

- **Консервативна терапія:**
 - збільшити споживання води;
 - зменшити вживання кофеїну та алкоголю (обидва мають сечогінний ефект);
 - застосовувати сольові зрошення порожнини носа; розчин можна придбати в аптеці, а можна приготувати в домашніх умовах, розчинивши 1/4 чайної ложки кухонної солі в склянці води;
 - слід визначити, чи використовує пацієнт будь-які ліки, які можуть призводити до сухості ротової чи носової оболонки;
 - можна використовувати вазелін або мазь із антибіотиком для розм'якшення назальних кірок;
 - слід підвищити вологість у спальні, якщо вона значно нижче 50%.

- **Фармакотерапія** – інтраназальні кортикостероїди. Лікуванням при симптоматичній двобічній хронічній передній ринореї при неалергійному риніті передбачає:

- уникнення таких подразників, як дим і парфуми;
- застосування інтраназальних кортикостероїдів;
- застосування інтраназального іпратропію броміду. Місцевий іпратропію бромід корисний при ринореї тільки у пацієнтів із вазомоторним ринітом. Він швидко починає діяти, отже його можна використати у разі потреби, на відміну від інтраназальних стероїдів; як правило, добре переноситься, спричинюючи лише місцеве подразнення. Застосування схвалено для дітей віком ≥ 6 років;
- зрошення сольовими розчинами.

42. Є поліпшення симптомів?

Якщо симптоми не поліпшилися протягом 2-6 тижнів, слід оцінити комплаєнс, розглянути доцільність альтернативного лікування або направлення до вузького спеціаліста.

43. Аналіз доцільності направлення до вузького спеціаліста

Оцінку носової порожнини, як правило, здійснює отоларинголог, але може провести і лікар, який пройшов підготовку з проведення ендоскопічної волоконно-оптичної риноскопії. Корисною може бути комп'ютерна томографія придаткових пазух носа.

Якщо підтвердження/виключення хронічного синуситу ще потребує диференціальної діагностики, пробну антибіотикотерапію потрібно завершити до проведення рентгенологічного дослідження.

Слід віддавати перевагу фронтальній комп'ютерній томографії перед простими рентгенівськими знім-

ками пазух, переважно тому, що останні не дають змоги адекватно оцінити анатомію порожнини носа й пазух, рідко дають змогу адекватно візуалізувати пазухи гратчастої кістки, які найбільш часто уражені при хронічному синуситі. Крім того, проведення фронтальної комп'ютерної томографії необхідне, якщо фармакотерапія не є ефективною і показане хірургічне втручання.

Частина 4.

Принципи діагностики й лікування бактеріального синуситу

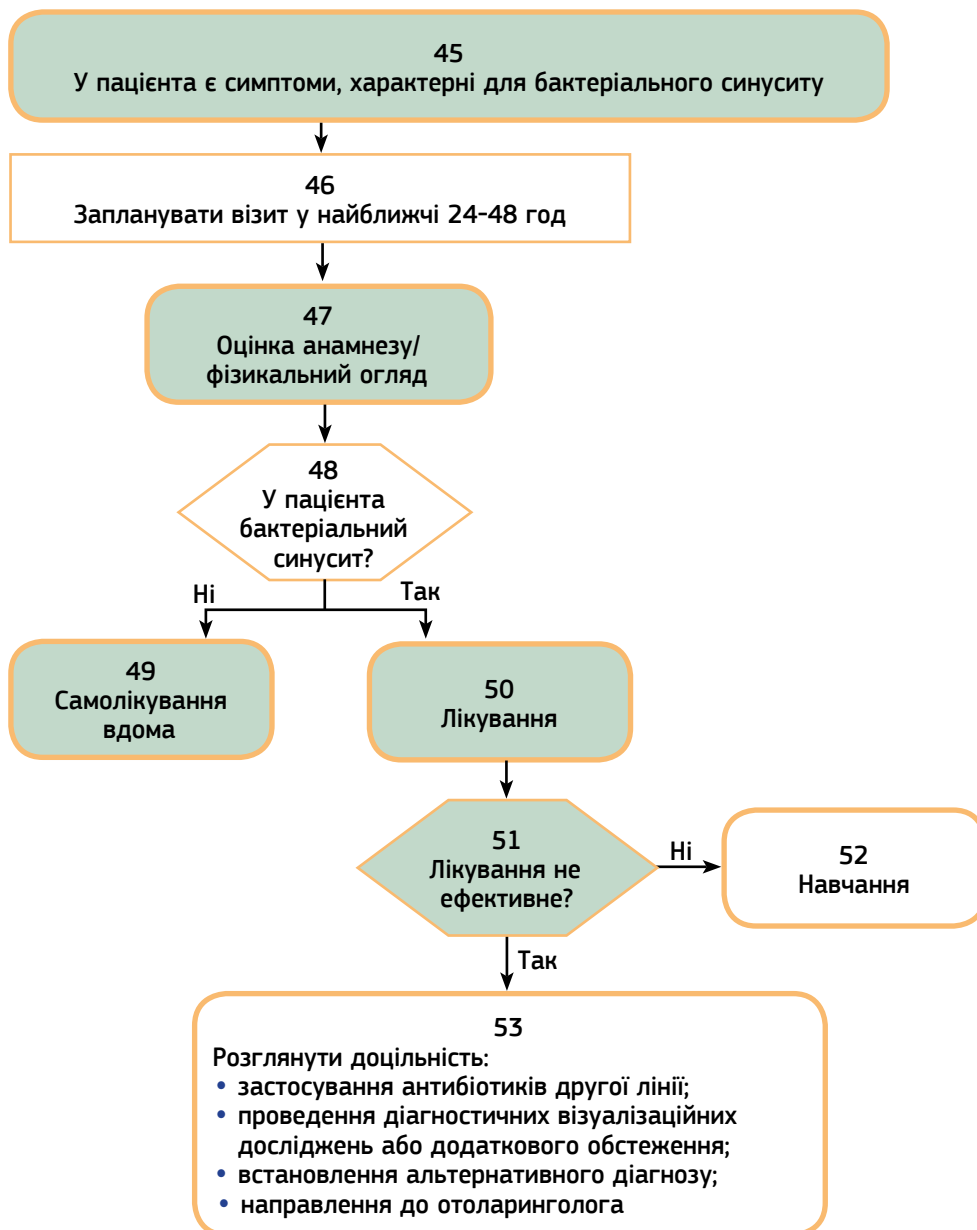
На **рисунок 4** наведено алгоритм діагностики і лікування бактеріального синуситу. Примітки до цього алгоритму наведено далі за текстом під відповідним номером.

45. У пацієнта є симптоми, характерні для бактеріального синуситу

Діагноз гострого синуситу базується насамперед на симптомах пацієнта та історії хвороби і підтверджується даними медичного обстеження. Тривалість хвороби є ключовим доказом, оскільки ймовірність її бактеріальної природи дуже низька, якщо симптоми наявні протягом менш ніж 7 днів.

Ймовірність гострого бактеріального синуситу є високою за наявності одного з таких клінічних проявів:

- симптоми гострого риносинуситу тривають 10 днів і більше без ознак поліпшення;
- наявні тяжкі симптоми або температура $\geq 38,9$ °C з гнійними виділеннями з носа чи лицьовим болем, що триває принаймні 3-4 дні поспіль на початку хвороби;



Примітка. У зафарбованих блоків є коментарі під відповідним номером далі за текстом.

Рисунок 4. Алгоритм діагностики і лікування бактеріального синуситу у дітей та дорослих

- симптоми погіршуються або знову з'являється лихоманка і головний біль або збільшуються виділення з носа після вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів, яка тривала 5-6 днів і стан пацієнта спочатку поліпшився.

Золотим стандартом для діагностики гострого бактеріального синуситу є висока концентрація патогенів (> 10 000 колонієутворювальних одиниць/мл) у культурі вмісту із синуса. Однак у клінічній практиці аспірація вмісту синуса не проводиться в плановому порядку. Рентгенологічні дослідження придаткових пазух носа у пацієнтів із вірусними інфекціями верхніх дихальних шляхів і стерильною культурою вмісту носових пазух, а також у здорових дітей без симптомів респіраторних захворювань часто дають атипові результати. Отже, хоча за нормальних результатів рентгенографічних досліджень можна виключити наявність синуситу, виявлення патологічних змін не є достатнім для встановлення діагнозу (це стосується також комп'ютерної (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ)). З урахуванням сучасного рівня знань, належним керівним принципом для діагностики синуситу є правильно проведений аналіз клінічних проявів хвороби.

47. Оцінка даних анамнезу і результатів фізикального огляду

Дані анамнезу

- Температура > 38,9 °C і задокументовані випадки синуситу в анамнезі на додаток до раніше зазначених симптомів (див. примітку 45) свідчать на користь діагнозу синуситу. Лихоманка зазвичай з'являється на початку інфікування пазухи і утримується приблизно вдвічі довше, ніж у випадку вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів.

- Біль (не зубного походження) у ділянці зубів є більш специфічною ознакою синуситу.

- Пацієнтів із тяжкими симптомами слід оглянути в клініці і призначити їм лікування не пізніше ніж в тижневий термін.

- За наявності анатомічних перешкод (хронічні носові поліпи, тяжкі викривлення носової перегородки), а також за рецидивів синуситу може знадобитися негайне лікування.

- Пацієнтам, які приймають антибіотики протягом двох днів або довше і в яких синусові симптоми при цьому погіршуються, слід запланувати візит до лікаря.

- Пацієнти можуть також повідомляти про погіршення симптомів після попереднього їх поліпшення.

Ведення пацієнта за допомогою консультації телефоном

Телефонна консультація медсестри, яка встановлює чергу надання медичної допомоги (діагностичне сортування) і згідно з протоколом лікування надає поради щодо терапії, все частіше використовується для початкового лікування пацієнтів із синуситом. Оцінка такої практики показала, що телефонна консультація стосовно лікування підвищує ймовірність використання антибактеріальної терапії першої лінії і не сприяє зростанню частоти за-

стосування антибіотиків. Необхідні подальші дослідження в цьому напрямі. Водночас ведення телефоном слід застосовувати лише для певної групи пацієнтів. За відсутності відповіді на антибіотикотерапію першої лінії цих хворих необхідно оглянути в медичному закладі.

Пацієнти із загалом нормальним станом здоров'я

Телефонний контроль лікування пацієнтів із системними захворюваннями, як правило, ускладнений тим, що при розробці плану терапії слід брати до уваги їхні хвороби і препарати, які вони вживають.

Пацієнти з помірною вираженістю захворювання

Медпрацівник, що здійснює діагностичне сортування телефоном, має запланувати візит до лікаря для всіх пацієнтів, у яких він визначить вираженість захворювання тяжчу за помірну. Лікар може визначити, чи потрібна більш інтенсивна терапія (тобто чи може початкова терапія включати стійкі до β-лактамаз антибіотики, якщо стан пацієнта більш тяжкий).

Зареєстровані пацієнти

Загалом не слід консультиувати телефоном пацієнтів, не зареєстрованих у медичному закладі, тому що самих лише даних від пацієнта недостатньо для належного лікування.

Вік пацієнта

На разі опубліковані дані єдиного дослідження, у якому вік пацієнтів становив 16-75 років. Діти рідше хворіють на бактеріальний синусит, імовірність вірусних інфекцій або запалення середнього вуха в них вища. Літні пацієнти схильні до пневмонії та інших тяжких хвороб. Пацієнтів цих обох вікових категорій слід оглядати в клініці, а не консультиувати телефоном.

Телефонна консультація має бути комфортною для пацієнта

Необхідною умовою успішного лікування є прихильне ставлення пацієнта до телефонних консультацій.

Успішне лікування синуситу в анамнезі

Запис у картці пацієнта про встановлений раніше лікарем діагноз синуситу потенційно дає змогу пацієнту бути обізнаним із симптомами синуситу, а лікареві – бути більш певним стосовно того, що це знову синусит.

Попередній візит з приводу лікування вірусних інфекцій верхніх дихальних шляхів

Пацієнти, які нещодавно були оглянуті лікарем, а тепер телефонують у медичний заклад, щоб повідомити про симптоми синуситу, є найбільш прийнятними кандидатами для ведення телефоном, оскільки лікар уже знайомий із ними.

Фізикальний огляд і діагностична візуалізація

Обстеження ділянок голови і шиї

Під час фізикального огляду лікар може виявити:

- гнійні виділення з носа;
- локальний лицевий біль під час нахилу вперед (показники чутливості й специфічності відчуття тиску/болю в ділянці обличчя становлять 52 і 48% відповідно);
- болючість синусів;

- набряклість носових раковин;
- зменшення проходження світла через синуси при діафаноскопії (не обов'язково);
- носові поліпи (чутливість і специфічність для закляденості носа – 41 і 80% відповідно).

Оцінка можливих ускладнень, за яких може бути показано більш інтенсивне лікування

- **Локальні:**
 - зовнішній набряк обличчя/еритема над ураженою пазухою;
 - залучення фронтальної пазухи або симптоми стиснення синуса.
- **Орбітальні:**
 - візуальні зміни;
 - аномальні екстраокулярні рухи;
 - проптоз;
 - періорбітальне запалення/набряк м'яких тканин;
 - періорбітальна еритема/целюліт:
 - підокісний абсцес;
 - орбітальний целюліт;
 - орбітальний абсцес.
- **Ускладнення внутрішньочерепні та з боку центральної нервової системи:**
 - тромбоз кавернозного синуса;
 - менінгіт;
 - субдуральна емпієма;
 - абсцес мозку.

Термінового лікування потребують пацієнти з будь-яким із наведених ускладнюючих факторів:

- орбітальний біль;
- порушення зору;
- періорбітальний набряк або еритема;
- лицевий набряк або еритема;
- ознаки менінгіту або «найтяжчий у житті головний біль».

Діафаноскопія

Корисність проведення діафаноскопії обмежена і залежить від рівня кваліфікації лікаря. Досвід показує, що цей діагностичний інструмент не є надійним у дітей віком < 10 років. На основі самих лише результатів діафаноскопії не можна ні підтвердити наявності синуситу, ні виключити його. Для проведення процедури необхідна абсолютно темна кімната; у спеціаліста має бути достатньо часу для адаптації до темряви і відповідний досвід.

Традиційна рентгенографія синусів та інші способи візуалізації

Для встановлення діагнозу гострого синуситу звичай не є необхідним застосування звичайної рентгенографії та інших методів візуалізації. У разі синуситу традиційні рентгеновські знімки дають мало додаткової інформації.

Чутливість і специфічність традиційної рентгенографії є досить помірними, як порівняти із золотим стандартом – дослідженням вмісту синусів, отриманого за допомогою пункції і аспірації. Даних досліджень стосовно порівняння ефективності цього підходу і КТ/МРТ немає.

Недостатня чутливість і специфічність обмежують корисність рентгенографії синусів. Помутні-

ня або рівень рідини, які дають змогу достатньою мірою прогнозувати бактеріальну інфекцію, наявні тільки в 60% пацієнтів із синуситом. Якщо включити до ознак синуситу потовщення слизової оболонки, специфічність методу знижується аж до 36%.

За даними Американської колегії радіологів, рутинне застосування візуалізації придаткових пазух носа у дітей із гострим бактеріальним синуситом без ускладнень не рекомендовано. Загалом КТ вважається більш чутливим і специфічним методом візуалізації. Однак сканування виявляє відхилення тільки в 62% пацієнтів із симптомами синуситу, а в 42% пацієнтів, яким виконували КТ голови з інших причин, виявляють патологію слизової оболонки синусів. Проведення КТ може бути корисним для виявлення анатомічних аномалій у пацієнтів із рецидивуючим і хронічним синуситом.

Згідно з керівництвом Американської академії педіатрів (American Academy of Pediatrics, AAP), візуалізаційні дослідження не потрібні для підтвердження діагнозу клінічного синуситу у дітей віком до 6 років. Проведення КТ пацієнтам віком від 6 років може бути доцільним, якщо стан пацієнта не поліпшується протягом 90 днів або погіршується в ході терапії. У цьому випадку КТ може бути використана для:

- підтвердження або виключення діагнозу;
- з'ясування можливих причин поганого механічного дренажу;
- пошуку таких ускладнень, як орбітальний целюліт або абсцедування.

КТ є доречною, якщо розглядається можливість хірургічного втручання.

Аспірація вмісту гайморових пазух для культурального дослідження

Золотим стандартом для діагностики гострого синуситу є антральний прокол і культуральне дослідження. Однак його застосування не поширене у клінічній практиці. Аспірація вмісту гайморових пазух для культури показана тільки тоді, коли необхідна точна ідентифікація мікроорганізмів.

49. Самолікування вдома

За підозри на гострий синусит придатними кандидатами для самолікування вдома/ведення телефоном можуть бути пацієнти з незначною вираженістю захворювання, чий стан здоров'я в цілому добрий. Такий спосіб лікування має бути комфортним і для пацієнта, і для лікаря. На користь лікування вдома/ведення телефоном свідчать такі моменти:

- пацієнт зареєстрований у медичному закладі (був оглянутий лікарем минулого року);
- є відомості про успішне лікування синуситу в анамнезі;
- був попередній візит до лікаря з приводу вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів, яка, ймовірно, спричинила гострий синусит.

На багатьох форумах пацієнти обговорюють користь від нефармакологічних заходів, спрямованих на полегшення симптомів і збереження комфорту,

хоча жодних досліджень для визначення фактичних наслідків таких заходів при лікуванні синуситу не проводилося. Тому пацієнтові необхідно пояснити, яких заходів він повинен вживати для забезпечення комфорту і профілактики.

Заходи з самолікування вдома

Слід підтримувати адекватну гідратацію організму (випивати 6-10 склянок рідини на день для розрідження слизу).

Корисно застосовувати паровий душ або підвищувати вологість в оселі. Через ризик опіків при використанні парових інгаляторів і можливе розмноження мікроорганізмів усередині них рекомендованим методом проведення парових інгаляцій є вдихання пари від гарячої ванни або душу.

Можна прикладати до обличчя тепло (теплу тканину, пляшечку з гарячою водою або спеціальні гелеві пакети) протягом 5-10 хвилин три або більше разів на день.

Зменшити біль допоможе вживання анальгетиків.

Промивання носової порожнини сольовим розчином (сольові краплі в ніс, спрей для розрідження слизу) може забезпечити її зволоження і поліпшити мукоциліарну функцію. Можна використовувати:

- розчин, приготований у домашніх умовах. Для цього необхідно 1/4 чайної ложки солі розчинити в чашці води (якщо вода придатна для пиття, її можна застосовувати і для сольового промивання). Слід використовувати гумову спринцівку або піпетку, придбані в аптеці;

- готові сольові назальні краплі або спрей.

Деконгестанти (місцеві або пероральні)

- Псевдоєфедрину гідрохлорид.
- Назальні спреї з деконгестантами (оксиметазолін, фенілефрину гідрохлорид), але не більше 3 днів.

Контрольованих досліджень для оцінки ефективності протинабрякових засобів при лікуванні гострого синуситу не проводилося. ААП та Американське товариство фахівців із інфекційних хвороб (Infectious Disease Society of America, IDSA) не радять їх використовувати, багато ж інших організацій рекомендують застосування цих препаратів для полегшення симптомів.

Відомо, що деконгестанти збільшують діаметр остіального отвору і таким чином потенційно стимулюють дренаж синусів.

Загалом клінічний досвід свідчить на користь деконгестантів як додаткової терапії при синуситі, проте необхідні подальші дослідження з цього питання.

Антигістамінні препарати

Не рекомендовано використовувати антигістамінні препарати для лікування синуситу, тому що вони додатково згущують секрет.

Режим і заходи для забезпечення комфорту

Пацієнти мають повноцінно відпочивати.

Узголів'я ліжка треба трохи підняти.

Слід уникати сигаретного диму і дуже холодного або сухого повітря.

Профілактичні заходи

Належне лікування алергії і вірусних інфекцій верхніх дихальних шляхів може запобігти розвитку синуситу.

Екологічні фактори, які негативно впливають на синуси: сигаретний дим, забруднене повітря, купання в забрудненій воді, баротравми.

50. Лікування

Мета лікування полягає у сприянні адекватному дренажу приносних пазух, що забезпечить полегшення симптомів, пов'язаних із синуситом. Для цього може знадобитися поєднання домашнього лікування й медичної допомоги.

Назальні стероїдні спреї

Застосування назальних спреїв із кортикостероїдами може бути раціональним, але доцільність такої додаткової терапії при гострому синуситі не доведено. Використання спрею може бути доцільним у певних випадках рецидивуючих синуситів, особливо за наявності алергійної або запальної етіології.

У недавньому дослідженні оцінювали ефективність амоксициліну і місцевого будесоніду для лікування гострого гаймориту; 240 дорослих пацієнтів були рандомізовані на 4 групи; період дослідження тривав 4 роки. За результатами зроблено висновок, що ні монотерапія антибіотиком, ні монотерапія місцевим стероїдом, ні комбінована терапія не вплинула на вираженість симптомів, тривалість і перебіг захворювання.

Допоміжна терапія

Рекомендовано використання фізіологічного або гіпертонічного сольового розчину для промивання пазух як додаткової терапії при застосуванні антибіотиків, хоча докази на користь цього слабкі. Пацієнтів слід проінструктувати, що для уникнення інфікування необхідно використовувати готовий фізрозчин або брати для його приготування дистильовану воду, а не воду з-під крана. Можна також використовувати сольові спреї, особливо у дітей, які, ймовірно, будуть опиратися проведенню промивання. Пероральні й місцеві деконгестанти та антигістамінні препарати не рекомендовані як додаткова терапія.

Антибіотики

За даними рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження, у більшості пацієнтів із гострим синуситом, які лікувалися в установах первинної медичної допомоги, захворювання минало без використання антибіотиків. Це було перше з досліджень, проведених на базі установ первинної медичної допомоги, і отримані результати показали, що застосування антибіотиків не поліпшує клінічний перебіг гострого синуситу. Антибіотиком, який використовували у групі активного лікування, був амоксицилін у дозі 750 мг три рази на день протягом 7 днів. Інше плацебо-контрольоване дослідження ефективності пеніциліну і лінкоміцину при лікуванні пацієнтів із гострим синуситом

проводилося на базі ЛОР-відділень. Застосування антибіотиків начебто прискорювало припинення патологічних проявів (за даними рентгенографії), але різниця між групами активного лікування і плацебо була невеликою. Результати ще одного рандомізованого дослідження свідчать на користь застосування амоксициліну і пеніциліну VK (калієва сіль пеніциліну V ([феноксиметилпеніциліну]) при лікуванні синуситу.

Антибіотикотерапію слід «резервувати» для пацієнтів:

- у яких застосування деконгестантів не було ефективним;
- із більш тяжким перебігом захворювання;
- із ускладненнями гострого синуситу.

Типовими організмами, виділеними в пацієнтів із гострим синуситом, є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, інші стрептококи, анаероби та (рідко) інші грамнегативні організми. У 70% ізолятів, виділених у дорослих, наявні *S. pneumoniae* і *H. influenzae*.

У США 30-40% штамів *H. influenzae* і більшість штамів *M. catarrhalis* продукують β -лактамази і вважаються стійкими до амоксициліну.

Оскільки застосовувати антральну пункцію в усіх пацієнтів із підозрою на бактеріальний синусит клінічно недоцільно, діагноз ґрунтується на клінічних спостереженнях, а антибіотикотерапія є емпіричною. Застосування 7-10-денного курсу антибіотиків приводить до симптоматичного та бактеріологічного поліпшення у 80-90% хворих.

Відповідно до останніх керівництв IDSA, препаратом першої лінії вибору нині вважається амоксицилін/клавуланат. Застосування високих доз амоксициліну/клавуланату слід розглядати в тих випадках, коли пацієнт має високий ризик резистентності:

- вік < 2 років або > 65 років;
- відвідання дитячого закладу;
- госпіталізація протягом останніх 5 днів;
- попередній прийом антибіотиків протягом останнього місяця;
- імуноскомпрометований стан;
- супутні захворювання;
- місцевий рівень резистентності до *S. pneumoniae* > 10%;
- тяжке захворювання.

Амоксицилін, триметоприм/сульфаметоксазол і макроліди більше не рекомендовано застосовувати як альтернативу через збільшення рівня резистентності до них. За алергії на пеніцилін антибіотиком першої лінії для дітей старшого віку і дорослих має бути доксициклін. Альтернативою, яку рекомендує IDSA для дітей і дорослих, є левофлоксацин. IDSA не рекомендує застосування цефалоспоринів II/III покоління в монотерапії, оскільки спектр їхньої дії не охоплює стійкі до пеніциліну штами *S. pneumoniae*. Однак вони можуть бути використані в поєднанні з кліндамицином, хоча неприємний смак останнього утруднюватиме його застосування в рідкій формі у дітей.

Тривалість антибіотикотерапії

Тривалість антибактеріальної терапії є спірним питанням, рекомендації з різних джерел указують на строки від 3 до 14 днів. Дослідження з відмінним дизайном, присвячене порівнянню 3- і 10-денного курсів терапії триметопримом/сульфаметоксазолом, не показало відмінностей у клінічній ефективності. Проте перш ніж рекомендувати 3-денний курс терапії, необхідно провести додаткові дослідження. Зазвичай рекомендовано проводити 10-денний курс антибіотикотерапії, оскільки саме такою є його тривалість у переважній більшості клінічних досліджень, присвячених лікуванню синуситу.

Також було показано, що 10-денний курс антибіотикотерапії дає змогу досягти бактеріологічного вилікування (за результатами пункції синуса). Тож IDSA рекомендує скоротити курс антибіотиків у дорослих до 5-7 днів, продовжуючи використовувати у дітей триваліший курс.

Інструкції телефоном

Пацієнта слід проінструктувати щодо необхідності передзвонити лікареві, якщо симптоми погіршуються або не зникають протягом одного тижня.

51. Лікування не ефективне?

Повна клінічна ефективність

Повною клінічною ефективністю можна назвати ситуації, коли симптоми пацієнта поліпшилися настільки, що його стан є майже нормальним.

Часткова клінічна ефективність

Стан пацієнтів, у яких протягом 48-72 годин після початку лікування наявне погіршення або у яких відповіді на лікування немає протягом 3-5 днів, слід оцінити повторно. При цьому необхідно проаналізувати правильність діагнозу і впевнитися, що він є основним.

Слід розглянути:

- перехід на терапію антибіотиком другої лінії протягом наступних 48-72 годин;
- направлення до фахівця (наприклад, отоларинголога або інфекціоніста).

Необхідно також посилити заходи для забезпечення комфорту і профілактики, викладені в примітці 49.

Рандомізованих клінічних досліджень, результати яких підтверджували б ефективність/необхідність подальшої антибіотикотерапії тим самим препаратом у пацієнтів із частковою клінічною відповіддю, не проводилося. Проте численні експерти підтримують цю практику, і клінічний досвід свідчить про її ефективність.

Брак відповіді на лікування

Брак відповіді на терапію – поліпшення симптомів незначне або ж клінічного ефекту немає після закінчення 10-денного курсу терапії антибіотиком першої лінії.

Слід призначати антибіотик з ширшим спектром дії стосовно резистентних бактерій, наприклад, амоксицилін/клавуланат у високих дозах. Якщо протягом 3-5 днів клінічної відповіді на антибіотик пер-

шої лінії немає, слід призначити антибіотик, спектр дії якого охоплював би потенційно резистентні бактерії, що можуть спричинювати гострі бактеріальні синусити. Рандомізованих досліджень на підтримку цієї практики не проводилося, однак відомо, що причиною інфікування значної частини пацієнтів є бактерії, які в дослідженнях *in vitro* резистентні до препаратів першої лінії терапії. Кілька досліджень показали, що терапія може бути неефективною через β -лактамази, які продукуються анаеробними збудниками або стафілококами. Тому за браку клінічної ефективності раціональною видається пробна терапія антибіотиком ширшого спектра.

Одним із можливих підходів є застосування цефалоспоринової II/III покоління: внутрішньом'язовий цефтріаксон протягом 1-3 днів із подальшим переходом на пероральний препарат.

Можна також розглядати застосування фторхінолону, спектр дії якого охоплює пневмококи (але не в пацієнтів із недорозвиненим скелетом).

Додаткові препарати другої лінії терапії

Цефалоспоринової II покоління (найкраще використовувати з кліндаміцином):

- цефуроксим;
- цефподоксим;
- цефпрозил;
- цефдинір;
- цефаклор.

Фторхінолони, спектр дії яких охоплює пневмококи (за виключенням пацієнтів із недорозвиненим скелетом):

- левофлоксацин;
- моксифлоксацин.

Стосовно останніх двох препаратів серед медиків є сумніви щодо їх використання через потенційну здатність цих засобів подовжувати інтервал QT, якої немає в деяких інших хінолонів.

Схвалення FDA

• Застосування амоксициліну/клавуланату, цефуросиму, цефподоксиму, цефпрозилу, цефдиніру і ле-

вофлоксацину для лікування гострого синуситу схвалено Управлінням із контролю за якістю медичних препаратів і продуктів харчування США (FDA).

• Використання цефаклору для лікування гострого синуситу не схвалено FDA.

Інші дії

Слід посилити заходи для збільшення комфорту і забезпечення профілактики (див. примітку 49).

У більшості випадків гострого бактеріального синуситу уражені гайморові пазухи. Рентгенографія синусів, хоча й досить неспецифічна через велику кількість хибнопозитивних результатів, є достатньо чутливою для виявлення гаймориту. Отже, отримання нормального результату рентгенографії на фоні клінічної неефективності терапії має поставити під питання діагноз синуситу і спонукати до розгляду альтернативних діагнозів. Наявність на рентгенограмі аномальних ознак приносних пазух, особливо помутніння або рівня рідини, свідчить на користь бактеріального синуситу. Для підтвердження діагнозу можна провести також КТ синусів. Це дослідження коштує дорожче, але має вищу точність і часто рекомендується як візуалізаційний тест вибору.

Брак відповіді на лікування протягом трьох тижнів

За неефективності безперервної антибіотикотерапії протягом 3 тижнів слід розглянути можливість проведення часткової фронтальної КТ синусів і/або направлення до отоларинголога та/чи фахівця з інфекційних захворювань.

Реферативний огляд підготувала Наталія Купко за матеріалами Snellman L., Adams W., Anderson G. et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults (www.icsi.org)