

Гострий неускладнений синусит і риносинусит у дорослих: сучасні підходи до терапії

Гострий риносинусит (ГРС) являє собою симптоматичне запалення носової порожнини і придаткових пазух носа, яке триває переважно не більше 4 тижнів. Термін «риносинусит» використовують частіше за «синусит», оскільки запалення носових пазух украй рідко виникає ізольовано, без супутнього запалення слизової оболонки носової порожнини.

Ключові слова: гострий риносинусит, гострий бактеріальний риносинусит, лікування, антибіотикотерапія

Гострі вірусні риносинусити

Етіологічними агентами ГРС здебільшого є різноманітні вірусні інфекції. Терапія гострого вірусного риносинуситу (ГВРС) полягає в призначенні симптоматичного лікування. ГВРС зазвичай проходить самостійно впродовж 7-10 днів. У таблиці подані групи препаратів для підтримувальної терапії ГВРС.

Гострі бактеріальні риносинусити

Бактеріальну етіологію ГРС виявляють лише в 0,5-2% випадків. Гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС), так само як і вірусний, може проходити самостійно. Терапевтична стратегія ГБРС може вибудовуватися двома шляхами:

- Симптоматичне лікування + спостереження.
- Антибактеріальна терапія (АБТ).

У деяких випадках у пацієнтів із ГБРС можуть розвиватися серйозні ускладнення, які потребують негайного втручання і консультації профільного спеціаліста.

На додаток до підтримувальної терапії в амбулаторному лікуванні неускладненого ГБРС залежно від перебігу захворювання застосовують тактику спостереження або призначають АБТ (рис. 1). Лікування і ведення хворих на ГРС проводять за рекомендаціями Американської академії отоларингології та хірургії голови й шиї (AAO-HNS) і Американського товариства інфекційних захворювань (IDSA, 2012).

Встановлення діагнозу ГРС ґрунтується на клінічних проявах: наявність гнійних виділень із носа впродовж <4 тиж, виражена закладеність носа і/або лицьовий біль / відчуття стискання (рис. 2).

Діагноз ГБРС базується на:

- тривалості симптомів упродовж ≥ 10 днів;
- погіршенні ознак ГРС після попереднього поліпшення. Зазвичай погіршення після поліпшення настає впродовж 10-денного періоду («подвійне погіршення»).

Неускладнений ГБРС – це ГБРС без ознак поширення інфекції за межі носових пазух на навколишню шкіру, м'які тканини, кістки або центральну нервову систему.

У значного числа пацієнтів із клінічно діагностованим ГБРС спостерігають поліпшення на тлі лише симптоматичної терапії. Тому якщо пацієнт може звернутися до лікаря для повторного обстеження, йому призначають підтримувальну терапію впродовж 7 днів + спостереження.



Резюме і рекомендації

1. Природний перебіг ГВРС. Для ГРС вірусної етіології характерне поліпшення або повне вилікування впродовж 10 днів. Пацієнтам із ГВРС показана підтримувальна терапія. Якщо через ≥ 10 днів від початку симптоматичного

лікування поліпшення стану не відбудеться, з більшою ймовірністю має місце ГБРС, який потребує призначення АБТ (рис. 2).

2. Симптоматичне лікування ГРС направлене на полегшення симптомів: закладеності носа і ринореї. Пацієнтам рекомендується призначати безрецептурні анальгетики і промивання носа фізіологічним розчином (рівень доказовості 2C). Крім того, показані інтраназальні ГКС (рівень доказовості 2B), особливо пацієнтам з АР. Застосування деконгестантів особливо актуально при дисфункції євстахієвої труби, яка є фактором ризику ускладнень при ГВРС. Іншим пацієнтам із ГБРС вони не лише не приносять користі, а й небезпечні щодо розвитку побічних ефектів.

Таблиця. Варіанти симптоматичної допомоги дорослим пацієнтам із ГВРС

Клас	Варіанти терапії (лікарські засоби, ЛЗ)	Переваги	Недоліки
Пероральні анальгетики і жарознижувальні (переважно)	• Парацетамол. • НПЗП (зокрема ібупрофен, напроксен)	• Системне знеболювання і контроль температури. • Зазвичай добре переноситься	• Застосування парацетамолу варто обмежувати або уникати на пізніх стадіях захворювань печінки або за наявності декомпенсованого цирозу. • НПЗП варто уникати або застосовувати з обережністю в пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), хронічними захворюваннями нирок, пізніми стадіями захворювань печінки і цирозом. • Застосування НПЗП може бути асоційоване з підвищеним ризиком гастроінтестинальних кровотеч
Інтраназальні спреї з кортикостероїдами (ІНКС) (переважно)	• Флютиказону пропіонат. • Мометазон. • Триамцинолон	• Усувають закладеність носа, зменшуючи запалення. • Особливо актуальні в разі алергічного риніту (АР)	Можуть спричиняти носові кровотечі, дискомфорт у горлі
Інтраназальні сольові розчини у вигляді спрею	Назальний стерильний фізіологічний розчин	• Зволожує слизову оболонку носової порожнини і розріджує виділення. • Тимчасово покращує прохідність носа. • Ефективніший у поєднанні з ІНКС	• Деякі пацієнти вважають такий варіант терапії складним або незручним. • Фізіологічний має бути стерильним
Інтраназальний антихолінергічний спрей	Іпратропію бромід	Значно зменшує ринорею	Не завжди зменшує закладеність носа
Інтраназальні деконгестанти	Оксиметазолін	Покращує прохідність і сприяє дренажу носа	• Може спричинювати ефект «рикошету» (закладеність носа) або пошкодження слизової оболонки носа в разі тривалого застосування. • Не можна використовувати більш як 3 дні
Пероральні деконгестанти	• Псевдоефедрин. • Фенілефрин	• Усувають закладеність носа внаслідок вазоконстрикції. • Псевдоефедрин може бути ефективнішим за фенілефрин. • Особливо актуальні в разі дисфункції євстахієвої труби (наприклад, у разі болю, відчуття закладеності або тиску у вухах, втрати слуху і/або шуму у вухах)	Уникати застосування або застосовувати з обережністю в пацієнтів із ССЗ, гіпертонією, закритокутовою глаукомою або в разі непрохідності шийки сечового міхура внаслідок симпатоміметичної дії
Пероральні антигістамінні препарати (АГП)	I покоління: • Клемастин. • Дифенгідрамін. II покоління: • Фексофенадин. • Лоратадин. • Цетиризин	• АГП I покоління ефективні для «підсушування» слизових. • АГП II покоління можуть бути актуальні для пацієнтів з алергією. • Можна застосовувати в поєднанні з пероральними деконгестантами	• Можуть спричиняти пересушування слизових, згущення виділень, важке відходження виділень і посилення дискомфорту. • Можуть зумовлювати сонливість, когнітивні порушення і антихолінергічні ефекти
Відхаркувальні засоби (пероральні)	Гвайфенезин	Покращують дренажну функцію внаслідок розрідження секрету	Може спричиняти розлади шлунково-кишкового тракту і сонливість

Примітка. НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати.

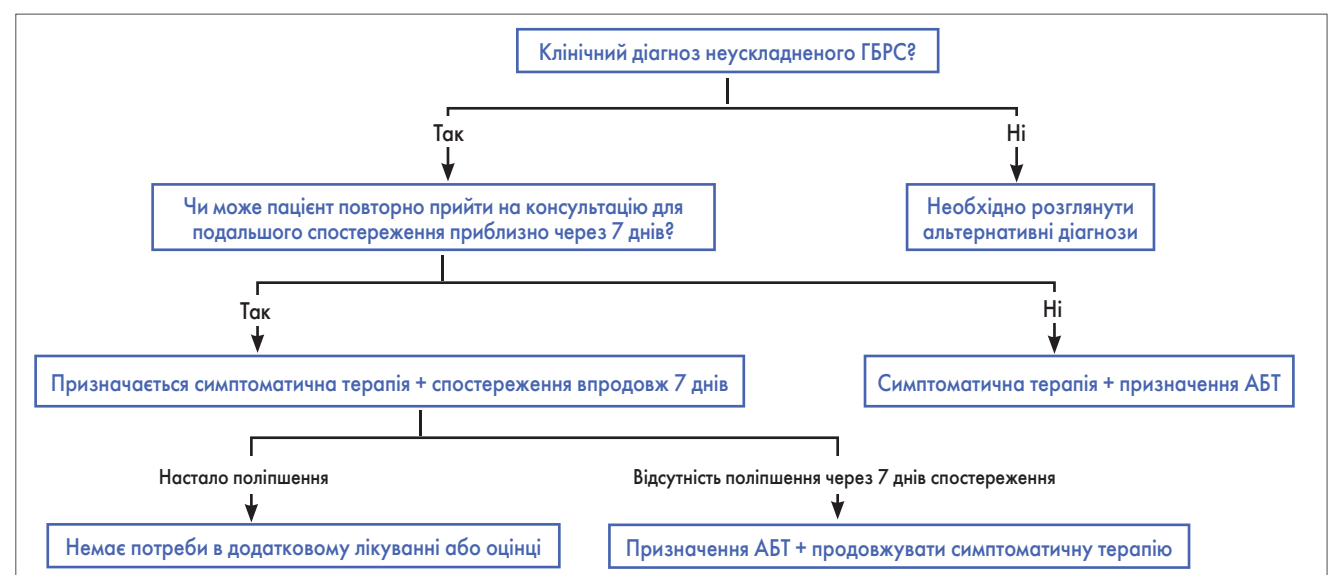


Рис. 1. Алгоритм діагностики і прийняття рішень: рекомендовані підходи до амбулаторного лікування неускладненого ГБРС в імункомпетентних дорослих – спостереження або АБТ

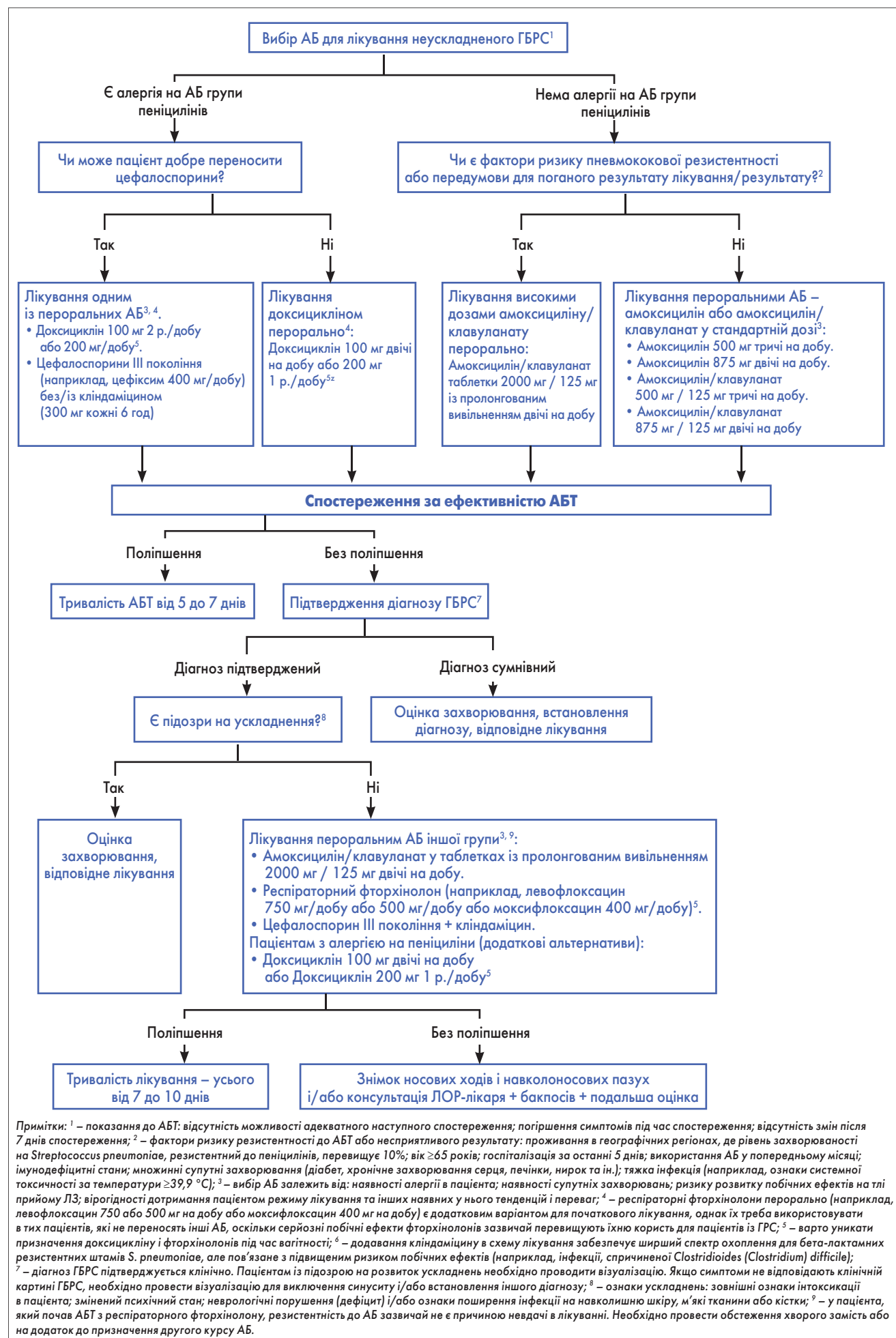


Рис. 2. Алгоритм вибору і призначення антибіотика (АБ): рекомендовані підходи до емпіричної АБТ неускладненого ГБРС в імунокомпетентних дорослих в амбулаторних умовах

3. Спостереження і симптоматичне лікування пацієнтів із ГБРС. У більшості випадків ГБРС, так само як і ГВРС, є самовиліковним захворюванням. Систематичні огляди і метааналізи показали, що від 70 до 80% імунокомпетентних пацієнтів одужують упродовж 2 тиж без застосування АБТ.

- Імунокомпетентні пацієнти з ГБРС, в яких є можливість перебувати під спостереженням їх лікаря, лікуються симптоматично і проходять огляд упродовж 7 днів (пильне очікування) (рівень доказовості 2В). Пацієнтам, в яких через 7 днів спостереження стан не поліпшується або погіршується, необхідно призначати АТБ.
- Пацієнти з ГБРС, в яких відсутня можливість або умови для належного спостереження, починають АБТ.

Стратегію терапії ГБРС у пацієнтів з імунodefіцітними станами різного ступеня лікареві необхідно підбирати з огляду на особливості перебігу хвороби: тобто починати негайну АБТ і/або направляти пацієнта до фахівця. Лікування ГБРС у пацієнтів з іншими серйозними супутніми захворюваннями, здатними впливати на імунну відповідь (цукровий діабет та ін.), також потребує індивідуалізованого підходу.

4. Термінове направлення до фахівця в разі ускладненого ГБРС. За наявності клінічних симптомів або ознак

ускладнень під час КТ-візуалізації необхідно терміново і раннє направлення пацієнта до профільного спеціаліста.

5. Початкова АБТ ГБРС. В умовах зростаючої резистентності мікроорганізмів до АБ починати емпіричну АБТ рекомендується з амоксициліну або амоксициліну/клавуланату, а не з макролідів (кларитроміцину або азитроміцину) чи триметоприму/сульфаметоксазолу (рівень доказовості 2В).

- Пацієнтам без факторів ризику резистентності – амоксицилін перорально (500 мг тричі на добу або 875 мг двічі на добу) або амоксицилін/клавуланат перорально (500 мг / 125 мг тричі на добу або 875 мг / 125 мг двічі на добу).
- Пацієнти з факторами ризику пневмококової резистентності – високі дози амоксициліну/клавуланату пролонгованої дії в таблетках перорально (2 г / 125 мг двічі на добу).
- Пацієнтам з алергією на пеніциліни – вибір початкової АБТ залежить від ступеня тяжкості алергії:
 - для будь-якого пацієнта з алергією на пеніцилін – доксициклін перорально (100 мг двічі на добу або 200 мг 1 р./добу);



- для пацієнтів з алергією на пеніцилін, які добре переносять цефалоспорины, альтернативним варіантом лікування є пероральні цефалоспорины III покоління з кліндаміцином (300 мг кожні 6 год) або без нього;

- альтернатива для пацієнтів з алергією на пеніцилін – пероральні респіраторні фторхінолони. Однак фторхінолони варто призначати тим пацієнтам, в яких немає інших можливих варіантів лікування.

- Пацієнтів, стан яких поліпшився після початку АБТ, необхідно лікувати впродовж 5-7 днів.

6. Відсутність відповіді на АБТ. У разі погіршення симптомів або відсутності поліпшення впродовж 7 днів після початку АБТ необхідно підтвердити або виключити діагноз ГБРС (табл. 2). Більшості пацієнтів із неускладненим ГБРС КТ-візуалізація не показана, проте її призначення доцільне в пацієнтів із відсутністю відповіді на АБТ, за наявності симптомів, не характерних для клінічної картини ГБРС, а також для підтвердження діагнозу «синусит» і/або для пошуку ускладнень або іншої патології.

- Пацієнтам із підтвердженим діагнозом неусклад-

ногого ГБРС, в яких АБТ виявилася неефективною, показана альтернативна стратегія лікування. Вибір терапії залежить від АБ, який до цього приймав пацієнт: у нового АБ має бути ширший спектр дії, до того ж обраний ЛЗ має належати до іншої групи:

- високі дози амоксициліну/клавуланату – таблетки з пролонгованим вивільненням (2 г / 125 мг двічі на добу перорально);
- респіраторні фторніолони;
- цефалоспорин III покоління + кліндаміцин.

У пацієнтів з алергією на пеніциліни як додаткову альтернативу можна призначати доксициклін перорально: 100 мг двічі на добу або 200 мг 1 р./добу.

У разі поліпшення стану пацієнта впродовж 7 днів від початку лікування тривалість АБТ становить 7-10 днів.

- Пацієнти, в яких ≥ 2 курси лікування відповідними АБ виявилися неефективними, мають бути направлені на візуалізацію і додаткове обстеження (рис. 2). Рецидив захворювання впродовж 2 тиж після відповіді на початкове лікування зазвичай означає неповну ерадикацію інфекції.

7. Системні ГКС в лікуванні ГБРС. Системні ГКС не показані для терапії ГБРС (рівень доказовості 2С). Призначення пероральних ГКС на додаток до АБ може скоротити час до зникнення або поліпшення симптоматики, однак загалом користь ГКС незначна. Крім того, системні ГКС, на відміну від місцевих, мають потенційний ризик розвитку системних побічних ефектів, які не компенсують їхню клінічну користь.

Реферативний огляд статті Zara M Patel et al. Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment, last updated: Mar 30, 2021.

Підготувала **Ірина Чумак**

Повну версію дивіться:
<https://www.uptodate.com/contents/uncomplicated-acute-sinusitis-and-rhinosinusitis-in-adults-treatment>