

В.І. Попович

Василь Іванович Попович — доктор медичних наук, професор кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету

Сучасна терапія гострого риносинуситу: 5 кроків профілактики антибіотикорезистентності

Уніфікація поглядів на патологію

У рейтингу 20 найчастіших діагнозів, які встановлюють лікарі-оториноларингологи, гострий риносинусит (ГР) — перший за частотою діагноз, а гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ) становить лише 4% випадків у їхній роботі. З точки зору інтерністів — терапевтів, педіатрів — ця статистика інакша: ГР вони діагностують лише у ≤3% випадків, в той час як ГРВІ — у 19,5%. Водночас кожний 5-й пацієнт лікаря-оториноларинголога, терапевта чи педіатра хворіє на респіраторну патологію. Тобто фактично лікарі різних спеціальностей лікують одних і тих самих хворих по-різному. З метою забезпечення єдиного підходу лікарів до ведення цих пацієнтів створено низку регуляторних документів, які дозволяють уніфікувати всі необхідні дані. Насамперед це — Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції» та Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Гострий риносинусит у дорослих та дітей», а нещодавно вийшов ще один документ — Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC-2-E) (Міністерство охорони здоров'я України, 2014; 2016; 2018). Остання, власне кажучи, якраз і дозволяє лікарям отримати уніфікований погляд на респіраторну патологію. У цій класифікації патологія дихальної системи знаходиться під кодом «R». З позицій діагностики риносинуситу необхідна наявність таких симптомів, як кашель, чхання/закладеність носа, інших симптомів з боку носа та приносних пазух. Якщо ці симптоми спостерігають на фоні підвищеної температури тіла — наявна інфекція (смужка жовтого кольору у класифікації). Відповідно, у жовтій шкалі лікар шукає ті захворювання, які властиві для комбінації існуючих у пацієнта симптомів. Фактично у представленому випадку мають місце два діагнози: «гостра інфекція верхніх дихальних шляхів» (R74) та «гострий/хронічний риносинусит» (R75).

Які лікувальні дії передбачає діагноз «гостра респіраторна інфекція»? Що є предметом професійного інтересу лікаря в цьому випадку?

Діагноз потребує від лікаря проведення певних лікувальних дій. Коли йдеться про риніт або синусит (катаральний, серозний, гнійний) — хто з клініцистів здатний встановити у клінічних умовах морфологічний діагноз, зокрема відрізнити серозний секрет від секрету при катаральному запаленні (які відрізняються лише

вмістом білка)? Те саме стосується і гнійного секрету. Але фактично при розгляді цих діагнозів (гостра респіраторна інфекція (ГРІ), риніт, синусит) стає зрозуміло, що мова йде саме про запалення дихальних шляхів. Тому об'єднуючий діагноз у цьому разі — «гострий риносинусит». У контексті запалення верхніх дихальних шляхів (ВДШ) логічним мав бути діагноз «гостра респіраторна інфекція з ураженням слизової оболонки носа і приносних пазух». Але для правильного (і простішого) визначення слід виокремлювати «гострий вірусний риносинусит» (наявна гостра вірусна інфекція, уражені ВДШ, тривалість становить до 10 днів), «післявірусний риносинусит» (у США — «невірусний риносинусит», що свідчить про те, що лікування вже не має зв'язку з вірусною інфекцією) та «бактеріальний риносинусит», тривалість яких становить з 11-го дня до 12 тиж за відсутності погіршення.

Таким чином, респіраторні інфекції чітко представлені в сучасній клінічній класифікації, що дає можливість підібрати пацієнту адекватне лікування.

Чому одна патологія фактично об'єднана у три діагнози? Розуміння сучасної концепції патології

У разі відповідності клінічної картини ГРІ критеріям ГР медична допомога надається відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу «Гострий риносинусит» (Міністерство охорони здоров'я України, 2014). Концептуальною основою останнього є положення про те, що ГР — запалення слизової оболонки носа та приносних пазух. Коли мова йде про гостре захворювання слизової оболонки носа і приносних пазух, треба розуміти, що уражено великий орган — слизову оболонку площею понад 1 м². Зазвичай окремо риніту й окремо синуситу не відзначають.

Запалення та інфекція — нетотожні поняття: гострий бактеріальний риносинусит розвивається не в результаті інфікування приносних пазух (оскільки вони заблокovanі й не сполучаються з навколишнім середовищем), а внаслідок патогенізації сапрофітної флори, наявної у приносних пазухах в нормальних фізіологічних умовах.

Адекватна та своєчасна діагностика

Закладеність/обструкція носа та виділення з носа — два універсальні симптоми, які характеризують захворювання ВДШ. Як бачимо (табл. 1), у діагностиці відіграє роль не лише клінічна симптоматика, але й тривалість симптомів, тож фактор часу теж дуже важливий для діагностики.

Таблиця 1. Діагностичні критерії ГР

Нозологічна одиниця	Визначення	Симптоми/ознаки	
		великі (основні)	малі (додаткові)
Гострий вірусний риносинусит	ГР тривалістю до 10 днів за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання	<ul style="list-style-type: none"> • Закладеність/обструкція носа • Виділення з носа (передня чи задня ринорея) 	<ul style="list-style-type: none"> • Біль та/чи відчуття тиску в проєкції приносних пазух • Зниження/втрата нюху • Кашель (у дітей)
Гострий післявірусний риносинусит	Погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання чи стійкість симптомів після 10-го дня від початку захворювання	Ті самі	
Гострий бактеріальний риносинусит	Наявність щонайменше трьох з наведених ознак/симптомів	<ul style="list-style-type: none"> • Виділення з порожнини носа (переважно з одного боку) • Двофазність захворювання (погіршення після першої, більш легкої, фази захворювання) • Значний локальний біль (переважно однобічний) • Гарячка (>38 °C) 	

Таблиця 2. Лікування ГР за принципами доказової медицини

Лікування	Рекомендації
Антибіотики	Так, лише при гострому бактеріальному риносинуситі
Топічні кортикостероїди	Так, лише при післявірусному риносинуситі
Топічні кортикостероїди в комбінації з антибіотиками	Так, лише при гострому бактеріальному риносинуситі
Системні кортикостероїди в комбінації з антибіотиками	Так, лише при гострому бактеріальному риносинуситі
Іригаційна терапія	Так, як симптоматичну терапію при всіх формах ГР
Фітотерапія	Так, при вірусному та післявірусному риносинуситі
Нестероїдні протизапальні препарати	Так, при вірусному та післявірусному риносинуситі
Парацетамол	Так, при вірусному та післявірусному риносинуситі
Індуктори інтерферону	Ні
Муколітики	Ні

Таблиця 3. Клінічна та бактеріологічна ефективність терапії амоксициліном/клавулановою кислотою та макролідами при бактеріальному риносинуситі без попередньої антибактеріальної терапії

Препарат	Клінічна ефективність, %		Бактеріологічна ефективність, %	
	Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Амоксицилін/клавуланова кислота	90–91	91–92	97–99	97–99
Макроліди	77	78	73	76

Розуміння етіопатогенезу захворювання

Лікування при ГР повинно бути етіопатогенетичним.

Для гострого вірусного риносинуситу характерна наявність вірусної флори як причинного фактора і «класичних» проявів — набряку, запалення, порушення реології секрету, локального імунodefіциту, пов'язаного з дисфункцією мукоциліарного транспорту. Патогенетичні ланки при післявірусному та бактеріальному риносинуситі такі самі, але в першому випадку вірусної флори вже немає, у другому — наявна бактеріальна флора. При загальній спільності патогенетичних ланок лікувальні підходи мають бути зовсім різні, особливо коли питання стосується етіотропної терапії.

Адекватне лікування з позицій доказової медицини

Враховуючи багатофакторність патогенезу ГР немає і ймовірно не може бути доказів ефективності будь-якої монотерапії — як системної, так і місцевої. Практично всі препарати локальної дії володіють лише симптоматичною активністю.

Сучасні підходи до лікування ГР представлені в табл. 2. Зауважимо, що не доведено ефективність індукторів інтерферону та муколітиків у терапії пацієнтів із риносинуситом, до того ж перші призводять до штучного підвищення температури тіла, другі — до синдрому «затопленої пазухи».

Сучасний погляд на адекватне лікування ГР пов'язаний із переоцінкою доцільності застосування багатьох препаратів. Так, раніше у протоколі надання медичної допомоги пацієнтам із гострим синуситом, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2009 р. № 181 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія»

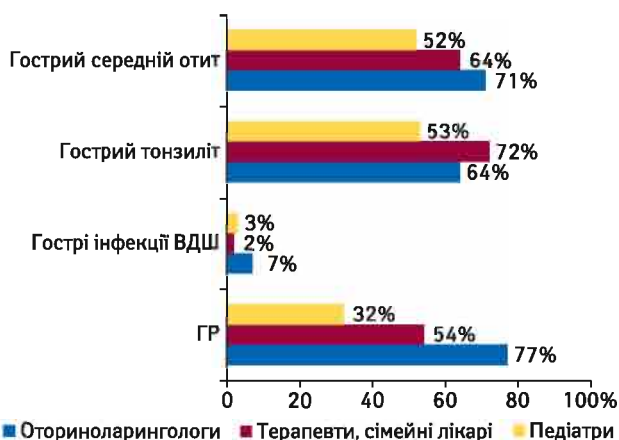


Рисунок. Частка призначень антибіотиків пацієнтам із респіраторними інфекціями за спеціальностями у 2017 р.

рингологія», лікувальна програма обов'язкового асортименту включала антибіотикотерапію. Вважалося, що синусит є ускладненням ГРВІ, тому лікування антибіотиком — обов'язкове. Сьогоднішня концепція передбачає зовсім інші ускладнення ГР. Ситуація щодо призначення антибіотиків за таким принципом представлена на рисунку.

Згідно з даними статистики, частота розвитку бактеріального риносинуситу, який потребує застосування антибіотиків, становить лише 5% (в епідемічні періоди — 7%). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, призначення антибіотиків у понад 50% випадків є необґрунтованим.

Говорячи про антибіотикотерапію ГР за принципами доказової медицини, зазначимо, що, при визначенні доказів до призначення антибіотиків, має бути діагноз саме «гострий бактеріальний риносинусит», для встановлення якого мають бути наявні (див. табл. 1) три обов'язкові симптоми із чотирьох наведених.

Необхідність призначення антибіотика визначається діагнозом «бактеріальний риносинусит», в якого є конкретні діагностичні критерії. При інших формах риносинуситу застосування антибактеріальної терапії недоцільне.

При ГР кращим вибором на сьогодні вважають пероральні форми препаратів захищеного амоксициліну (амоксицилін/клавуланова кислота), клінічна та бактеріологічна ефективність якого становить >90% (табл. 3). Макроліди є альтернативними препаратами, їх призначають за наявності на те вагомих підстав. Як видно (див. табл. 3), близько 20% пацієнтів, яким призначено макроліди, навіть при обґрунтованих показаннях, мають ризик формування антибіотикорезистентності. Інші альтернативні препарати: цефалоспорины (перорально, парентерально), фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) — парентерально.

Терміни лікування пацієнтів із бактеріальним риносинуситом та проведення антибактеріальної терапії як такої — досить різні. Остання вузькоспрямована на збудника. При запаленні у приносних пазухах застосування комплексного лікування з доведеною ефективністю дає змогу прогнозувати сприятливий результат щодо повноговилікування до 10-го дня терапії. Якщо цього не відбулося — є підстава переглянути діагноз.

5 важливих кроків у боротьбі з антибіотикорезистентністю

1. Уніфікація поглядів лікарів на захворювання.
2. Розуміння сучасної концепції етіопатогенезу ГР, зокрема бактеріального.
3. Адекватна діагностика та лікування з ДОВЕДЕНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ відповідно до встановленого діагнозу (вірусний, післявірусний, бактеріальний риносинусит).
4. Визначення строгих показань до призначення антибактеріальної терапії.
5. Правильний вибір антибіотика згідно з Національними рекомендаціями.

Список використаної літератури

Міністерство охорони здоров'я України (2009) Наказ МОЗ України від 24.03.2009 р. № 181 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія» (http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ9371.html).

Міністерство охорони здоров'я України (2014) Наказ МОЗ України від 16.07.2014 р. № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях» (http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140716_0499.html).

Міністерство охорони здоров'я України (2016) Наказ МОЗ України від 11.02.2016 р. № 85 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострих запальних захворюваннях верхніх дихальних шляхів та вуха» (http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160211_0085.html).

Міністерство охорони здоров'я України (2018) Наказ МОЗ України від 04.01.2018 р. № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» (<http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04012018-13-pro-dejaki-pitannja-zastosuvannja-ukrainomovnogo-variantu-mizhnarodnoi-klasifikacii-pervinnoi-medichnoi-dopomogiicpc-2-e>).

□

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Який найчастіший діагноз у клінічній практиці лікаря-оториноларинголога?

- «гостра респіраторна вірусна інфекція»
- «гострий середній серозний отит»
- «гострий гнійний середній отит»
- «гострий риносинусит»
- «гострий тонзиліт»
- «аденоїдні вегетації»
- «закрита травма гортані»
- «абсцес зовнішнього вуха»

2. Які регуляторні документи на сьогодні дозволяють уніфікувати всі необхідні дані щодо ГР?

- Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.07.2014 р. № 499
- Уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з гострим синуситом, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2009 р. № 181
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Гострий риносинусит у дорослих та дітей», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.02.2016 р. № 85
- Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)

3. Якою повинна бути тривалість симптомів у пацієнта для встановлення йому діагнозу «гострий вірусний риносинусит»?

- <5 днів
- <10 днів за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання
- <2 тиж за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання
- з 11-го дня до 12 тиж

4. Які симптоми гострого вірусного риносинуситу?

- двофазність захворювання (погіршення після першої, більш легкої, фази захворювання)
- закладеність/обструкція носа
- виділення з носа
- біль та/чи відчуття тиску в проекції приносних пазух
- значний локальний біль (переважно однобічний)
- зниження/втрата нюху

- підвищення температури тіла >37 °C
- підвищення температури тіла >38 °C
- кашель (у дітей)

5. Які симптоми гострого бактеріального риносинуситу?

- двофазність захворювання (погіршення після першої, більш легкої, фази захворювання)
- закладеність/обструкція носа
- виділення з носа
- біль та/чи відчуття тиску в проекції приносних пазух
- значний локальний біль (переважно однобічний)
- зниження/втрата нюху
- підвищення температури тіла >37 °C
- підвищення температури тіла >38 °C
- кашель (у дітей)

6. Наявність якої кількості симптомів обов'язкова для встановлення діагнозу «гострий бактеріальний риносинусит»?

- одного з трьох
- двох із чотирьох
- трьох із чотирьох
- чотирьох із чотирьох
- чотирьох із п'яти

7. Чи показана, згідно з даними доказової медицини, антибіотикотерапія при ГР?

- так, як етіотропна терапія при всіх формах ГР
- так, лише при підвищенні температури тіла >37,5 °C
- так, лише при гострому бактеріальному риносинуситі
- так, при вірусному та післявірусному риносинуситі

8. Чи показане, згідно з даними доказової медицини, застосування муколітиків при ГР?

- так
- ні

9. Які препарати є препаратами вибору при ГР з точки зору доказової медицини?

- макроліди
- препарати захищеного амоксициліну (амоксицилін/клавуланова кислота) перорально
- цефалоспорины перорально
- цефалоспорины парентерально
- фторхінолони парентерально

Для отримання сертифіката дайте відповідь на тестові запитання в режимі оп-Іпне на сайті журналу www.umj.com.ua або надішліть ксерокопію сторінок з відповідями разом з контактною інформацією за адресою: 01001, Київ-1, а/с «В»-82, ТОВ «МОПІОН»

КОНТАКТНІ ДАНІ:

ПІБ _____

Поштова адреса: індекс _____

область _____

район _____

місто _____

вулиця _____

будинок _____

квартира _____

Телефон _____

E-mail _____