

СИНУСИТ: ВІДПОВІДІ НА КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ

Sinusitis: Answers to Key Questions
Raymond G. Slavin
Consultant 1997; (Mar.): 745—748

Найважливішим клінічним діагностичним критерієм синуситу є тривання симптомів протягом 7—10 днів після того, як минула типова простуда. Попередньо прозорі виділення з носа часто стають жовтими або зеленими, переважає затікання патологічного вмісту в носоглотку, а горло часто є болючим. При об'єктивному обстеженні на загаль виявляють обструкцію носових ходів, слизово-гнійний вміст у носі чи глотці та часто гнійний вміст у середньому носовому ході. Рентгенологічними ознаками синуситу є потовщення мукоперіостального шару до 8 мм у дорослих (4—5 мм у дітей), рівень “повітря-рідина” та затемнення. Проте рентгенологічна картина може бути нормальною, особливо у пацієнтів з етмоїдальним синуситом. Виконайте комп'ютерну томографію (КТ) у пацієнтів з рецидивуючим або хронічним синуситом. Обмежена кількість корональних перерізів (до чотирьох) приносних пазух при КТ подає набагато більше інформації, ніж оглядова рентгенографія; при такій обмеженій кількості КТ перерізів зменшується доза радіації та вартість обстеження. Крім призначення відповідного антибіотика, лікування може включати деконгестанти, ендоназальні кортикостероїди та муколітики.

Синусит продовжує бути дуже поширеною проблемою — на нього хворіє більш ніж 32 мільйони американців. Тому ця патологія є частішою, ніж артрит чи гіпертензія. Синусит часто не діагностують через його незначні клінічні прояви. Мало того, лікування часто є неуспішним, частково через невідповідно короткий курс антибіотикотерапії.

Я відповім на деякі найчастіші запитання щодо діагностики та лікування синуситу.

1. Як визначити, що має пацієнт: синусит чи звичайну простуду?

Серед місцевих та загальних станів, які часто впливають на розвиток синуситу, найпоширенішими є вірусні інфекції верхніх дихальних шляхів (табл. 1). Двома сприяючими факторами є запальний набряк слизівки носа, який блокує отвори пазух, і продукування великої кількості густого слизу, який утруднює дренажування.

Найважливішим клінічним діагностичним критерієм синуситу є тривання симптомів протягом 7—10 днів після того, як минула типова простуда.

Таблиця 1.

Фактори, які сприяють розвитку синуситу

Місцеві

- ◆ Інфекція верхніх дихальних шляхів
- ◆ Алергічний риніт
- ◆ Зловживання місцевими деконгестантами
- ◆ Гіпертрофія аденоїдів
- ◆ Викривлення переділки носа
- ◆ Поліпи носа
- ◆ Пухлини
- ◆ Сторонні тіла
- ◆ Плавання та пірнання
- ◆ Куріння
- ◆ Баротравма

Системні

- ◆ Імунодефіцит
- ◆ Муковісцидоз
- ◆ Бронхоектатична хвороба
- ◆ Синдром нерухомих війок (у нас відомий під назвою синобронхіальний синдром — прим. перекл.)

Попередньо прозорі виділення з носа часто стають жовтими або зеленими, переважає затікання патологічного вмісту в носоглотку, а горло часто є болючим. Пацієнти (особливо діти) часто скаржаться на помірну нудоту. Причиною її є подразнення шлунка інфікованими виділеннями з приносних пазух, які хворі заковтують. При хронічному синуситі хворі на загал не відзначають “класичних” симптомів синуситу, які описані у старих підручниках з медицини (наприклад, біль голови, лиця, дискомфорт при нахиланні вперед). Синусит вважають хронічним після трьох тижнів хвороби.

2. Наскільки допомагає в діагностиці синуситу об’єктивне обстеження? Чи перкусія над проекцією пазух справді є помічною при діагностиці?

При об’єктивному обстеженні на загал виявляють обструкцію носових ходів, спричинену набряклими гіперемованими носовими раковинами, та слизово-гнійний вміст у носі та глотці. Оскільки найчастіше у процес втягнуті верхньощелепні пазухи, то гнійний секрет, як звичайно, видно в середньому носовому ході, через який дренажується верхньощелепна пазуха.

Я вважаю, що перкусія над проекцією пазух дає дуже мало інформації. Я провів ретроспективний повторний огляд хворих на виражений синусит (з використанням і фізикального, і рентгенологічного обстеження) і виявив тільки поодинокі випадки болючості пазух при перкусії.

3. Коли треба зробити мікробіологічне дослідження вмісту пазухи?

Мікробіологічне дослідження носоглотки нічого не свідчить про мікрофлору приносних пазух. Для визначення мікроорганізмів, які є причиною синуситу, треба виконати пункцію верхньощелепної пазухи. Цю маніпуляцію виконують отоларингологи, але я вважаю її рідко необхідною. Мікробіологічне дослідження є обов’язковим у випадках синуситу, стійкого до лікування, коли підозрюють грибкову інфекцію.

4. Наскільки точними є оглядові рентгенограми приносних пазух?

Моє загальне враження є таким: вони можуть бути атиповими, коли немає значних проблем, і виглядати нормальними, коли патологія пазух є вираженою.

Трьома рентгенологічними ознаками синуситу є потовщення мукоперіостального шару до 8 мм у дорослих (4—5 мм у дітей), рівень “повітря-рідина” та затемнення пазухи. Всі ці ознаки, як звичайно, поєднуються з виявленням бактерій при мікробіологічному дослідженні після пункції верхньощелепної пазухи. З іншого боку, при реальній хворобі приносних пазух, особливо етмоїдальних, оглядова рентгенографія пазух може мати нормальний вигляд.

5. Коли слід виконати КТ?

КТ є корисною, коли реакція хворого на лікування є сумнівною і ви хочете пересвідчитися, що немає залишкових явищ у пазухах. Вона також необхідна для отоларинголога, коли планують хірургічне втручання. У цьому випадку КТ розглядають як своєрідну карту для операції. Це обстеження особливо корисне для виявлення патології етмоїдальних пазух, яку можна не помітити на звичайній оглядовій рентгенограмі.

Обмежена кількість корональних перерізів (до чотирьох) приносних пазух при КТ дають набагато більше інформації, ніж оглядова рентгенографія; при такій

обмеженій кількості КТ перерізів зменшується доза радіації та вартість обстеження. Атипова КТ пазух не є специфічною для грибкової чи бактеріальної інфекції. Серед групи пацієнтів зі звичайною простудою у багатьох виявили патологію остіомеатального комплексу та приносних пазух.

Таблиця 2.
Медикаментозне лікування синуситу

Парові інгаляції та аерозоль ізотонічного розчину натрію хлориду запобігають утворенню кірочок у носі, зволожують секрет і викликають помірний деконгестантний ефект
Деконгестанти (фенілпропаноламін, фенілефрин, оксиметазолін) збільшують діаметр вивідних отворів пазух і посилюють війкову активність
Місцеві кортикостероїди (беклометазон, флюнізолід, триамцинолон, будезонід, флютиказон) зменшують запальну реакцію
Муколітики (гуаіфенезин, йодид калію) розріджують секрет і полегшують дренажування
Антибіотики (див. табл. 3)

6. Що алергія додає до симптоматики синуситу? Чи її наявність змінює лікування?

Алергічний риніт є частим сприяючим фактором синуситу, переважно внаслідок механічних факторів – запалення слизівки носа та згущення секрету. Як доповнення до відповідного антибіотика на загал я рекомендую супутнє застосування деконгестантів, муколітиків та ендоназальних кортикостероїдів (табл. 2).

Пацієнтам, які раніше мали алергічний риніт, треба припинити вживання антигістамінних ліків, бо вони мають підсушуючу дію. Якщо у хворих на алергічний риніт неефективними є уникання алергенів і симптоматичні засоби (наприклад, ендоназальні кортикостероїди), то їм слід провести специфічну десенсибілізацію.

7. Хоча багато антибіотиків рекомендують для застосування при синуситі, я зазвичай починаю з амоксициліну, вважаючи, що нові препарати тільки збільшують вартість лікування. Чи такий підхід є оптимальним?

Я вважаю такий підхід достатньо виправданим, особливо у пацієнтів, які ще не мали частих курсів антибіотикотерапії. Новіші ліки суттєво дорожчі і їх, як звичайно, залишають для спеціальних випадків — наприклад, тоді, коли ви підозрюєте наявність антибіотикорезистентних мікроорганізмів. Таблиця 3 подає перелік зразків дозування антибіотиків.

8. Наскільки реальною є небезпека інфекції, викликані ампіцилін-резистентною *Haemophilus influenzae* ?

Ампіцилін-резистентні мікроорганізми поширюються по всій країні. Ці бактерії, які продукують бета-лактамазу, становлять приблизно 40% збудників, які є причиною хронічного синуситу. Фермент інактивує бета-лактамну молекулу антибіотиків пеніцилінового ряду. Це зумовлює необхідність застосування дорожчих бета-лактамазо-резистентних антибіотиків, наприклад комбінації амоксициліну з клавуланатом.

Таблиця 3.
Вибір антибіотиків при синуситі*

Препарат	Доза	
	Діти	Дорослі
Амоксицилін	40 мг/кг/день, поділена на 3 прийоми	500 мг тричі на день
Амоксицилін-клавуланат	40 мг/кг/день	500 мг тричі на день або 875 мг двічі на день
Ампіцилін	50 мг/кг/день, поділена на дози кожних 6-8 год	500 мг чотири рази на день
Кларитроміцин	10 мг/кг/день	500 мг двічі на день
Еритроміцин і сульфісоксазол	50 мг/кг/день еритроміцину, поділена на 3 прийоми; 150 мг/кг/день сульфісоксазолу, поділена на 4 прийоми	
Триметоприм-сульфаметоксазол	8 мг/кг/день триметоприму 40 мг/кг/день сульфаметоксазолу, поділена на 2 прийоми	160 мг триметоприму 800 мг сульфаметоксазолу двічі на день

* При гострому синуситі тривалість лікування становить два тижні; при хронічному – три тижні та довше.

9. Чи треба змінювати схему лікування синуситу, якщо хворий має діабет або імунологічні розлади?

Хворі на діабет чи імунологічні розлади не потребують іншого лікування синуситу, крім додаткового належного лікування цих системних хвороб. Важливим є утримувати діабет під якомога ліпшим контролем. Хворі на імунодефіцит можуть отримати додатково внутрішньовенний імуноглобулін, якщо цього вимагає їх стан.

10. Яка природа зв'язку між синуситом і астмою?

Вперше зв'язок між синуситом і астмою був занотований багато років тому, недавно до нього знову проявили інтерес. Вивчення і в дітей, і в дорослих засвідчили не тільки цей зв'язок, а й полегшення перебігу астми при належному лікуванні синуситу будь-яким шляхом — чи то медикаментозним, чи то хірургічним.

У групі 48 дітей, хворих на синусит і астму, *Rachelefsky* і співавт. виявили, що 38 з них (79%) могли припинити протиастматичне лікування після адекватного медикаментозного лікування синуситу. У нашому власному вивченні групи 60 дорослих астматиків з медикаментозно резистентним синуситом 67% з них могли суттєво зменшити застосування протиастматичних ліків (передусім системних кортикостероїдів) після відповідного хірургічного лікування носа та приносових пазух.

Переклад *Федора Юрочка*

Reprinted with kind permission of "Consultant"