

КОНСЕНСУС ІЗ СИНУСИТУ ТА ПОЛІПОЗУ НОСА ЄВРОПЕЙСЬКОЇ АКАДЕМІЇ АЛЕРГОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ (ЕААСІ)¹

Скорочений виклад

EAACI Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps Executive Summary
Allergy 2005; 60: 583–601²

W. Fokkens¹, V. Lund², C. Bachert³, P. Clement⁴, P. Hellings⁵, M. Holmstrom⁶,
N. Jones⁷, L. Kalogjera⁸, D. Kennedy⁹, M. Kowalski¹⁰, H. Malmberg¹¹, J. Mullol¹²,
D. Passali¹³, H. Stammberger¹⁴, P. Stierna¹⁵

ВСТУП

Риносинусит є суттєвою проблемою системи охорони здоров'я, що накладає великий фінансовий тягар на суспільство. За останнє десятиліття розроблено багато рекомендацій, консенсусних документів та позиційних документів щодо епідеміології, діагностики та лікування синуситу та поліпозу носа.

Хоча всі вони є істотною допомогою, усе ж доступні консенсусні документи щодо хронічного риносинуситу та поліпозу носа не відповідають на численні важливі запитання, які мали б уніфікувати інформацію та сучасні концепції в епідеміології, діагностиці, лікуванні та дослідженнях. Мало того, жоден з цих документів не базується на доказах.

Доказова медицина є важливим методом підготовки рекомендацій. Крім того, так само важливе впровадження рекомендацій.

Документ EP³OS, ініційований Академією алергології та клінічної імунології (EAACI) та схвалений Європейським ринологічним товариством (ERS), є найсучаснішою квінтесенцією знань для спеціалістів та лікарів загальної практики. Він призначений:

- ◆ доповнити їх знання щодо риносинуситу та поліпозу носа;
- ◆ забезпечити доказову документальну ревізію методів діагностики;
- ◆ забезпечити доказову ревізію доступних методів лікування;
- ◆ запропонувати поступовий підхід для лікування захворювання;

¹ Схвалено Європейським ринологічним товариством (European Rhinologic Society, ERS).

² Список літератури можна отримати в редакції журналу "Медицина світу"

¹Голова, Academic Medical Centre, ENT, Amsterdam, the Netherlands, the Netherlands; ²Снібролова, University College London, Medical School, Royal National Throat Nose and Ear Hospital, Institute of Laryngology and Otology, London, United Kingdom; ³Ghent University Hospital, Otorhinolaryngology, Ghent, Belgium; ⁴Free University Hospital Brussels, Otorhinolaryngology, Brussels, Belgium; ⁵University Hospital Leuven, Otorhinolaryngology, Leuven, Belgium; ⁶Uppsala University Hospital, Otorhinolaryngology, Uppsala, Sweden; ⁷Queen's Medical Centre, University Hospital, Otorhinolaryngology, Nottingham, United Kingdom; ⁸University Hospital Sestre milosrdnice, Otorhinolaryngology, Zagreb, Croatia (Hrvatska); ⁹Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, University Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA, USA; ¹⁰Department of Clinical Immunology and Allergy, Faculty of Medicine, Medical University, Lodz, Poland; ¹¹Department of Otorhinolaryngology, University Central Hospital, Helsinki, Finland; ¹²Institut d'Investigacions Biomediques August Pi I Sunyer, Barcelona, Spain; ¹³Instituto di Discipline Otorinolaringologiche Universita degli Studi di Siena, Siena, Italy; ¹⁴ENT Department, Karl Franzens University, Graz, Austria; ¹⁵Department of Otorhinolaryngology, Central Hospital, Skovde, Sweden.

- ◆ запропонувати рекомендації щодо визначення та вимірювання результатів у різних дослідженнях;

Скорочений виклад зосереджений на визначенні, діагностиці та лікуванні риносинуситу та поліпозу носа, а також на їх взаємозв'язку з алергією та захворюваннями нижніх дихальних шляхів. Повний документ опублікований на www.eaaci.org та в журналі "Ринологія" (додаток 15, березень 2005 року).

Визначення риносинуситу та поліпозу носа

Риніт та синусит, як звичайно, співіснують у більшості пацієнтів, тому нині коректним терміном вважаємо "риносинусит".

У 2001 році BOOЗ скликала робочу групу з риніту та його впливу на астму (ARIA). У документі групи риніт класифікували відповідно його тривалості та важкості. Оскільки риніт та синусит дуже тісно пов'язані, то визначення риносинуситу та поліпозу в документі EPOS розроблено на основі класифікації ARIA щодо риніту та базується на симптоматології, тривалості та важкості хвороби.

Діагноз риносинуситу встановлюють різні практичні лікарі, включаючи алергологів, отоларингологів, пульмонологів, сімейних лікарів та багатьох інших. Унаслідок великих відмінностей серед різних спеціалістів у технічних можливостях щодо діагностики та лікування риносинуситу та поліпозу носа визначення риносинуситу та поліпозу носа розроблені для окремих груп лікарів.

Клінічне визначення риносинуситу та поліпозу носа

Риносинусит (включаючи поліпоз носа) визначають як:

- ◆ Запалення в носі та приносових пазухах, яке характеризується двома або більше симптомами:
 - закладеність носа;
 - виділення з носа або стікання виділень у носоглотку;
 - біль/тиск у проекції обличчя;
 - зниження або відсутність нюху та будь-якою із таких ознак:
 - ◆ Ендоскопічні ознаки:
 - поліпи;
 - слизисто-гнійний вміст в середньому носовому ході;
 - набряк/обструкція передусім у середньому носовому ході;
- та/або
- ◆ КТ зміни:
 - зміни слизової оболонки в межах остіомеатального комплексу та/або пазухах;

Важкість захворювання. Захворювання можна розділити на ЛЕГКЕ та ПОМІРНЕ/ВАЖКЕ на підставі загальної візуальної аналогової шкали (visual analogue scale, VAS) (0–10 см): ЛЕГКЕ = VAS 0–4, ПОМІРНЕ/ВАЖКЕ = VAS 5–10.

Для оцінки загальної важкості пацієнта просять вказати на шкалі VAS певне значення і відповіді на запитання:

Наскільки непокоїть Вас симптоми риносинуситу?

Не завдають клопоту |————— 10 см —————| Непокоїть дуже сильно

Тривалість захворювання. Захворювання можна розділити на гострий/рецидивуючий (< 12 тижнів з повним зникненням симптомів) та хронічний/персистентний (> 12 тижнів з неповним зникненням симптомів).

ВИЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Для епідеміологічних досліджень визначення базується на симптоматології без отоларингологічного огляду та без радіологічних обстежень.

Гострий/рецидивуючий риносинусит визначають як раптовий початок двох або більше з таких симптомів:

- закладеність носа;
- виділення з носа або стікання виділень у носоглотку;
- біль/тиск у проекції обличчя;
- зниження або відсутність нюху протягом < 12 тижнів;
- з безсимптомним інтервалом, якщо захворювання рецидивує;
- з підтвердженням по телефону або при опитуванні.

Необхідно включити запитання щодо алергічних симптомів, тобто чхання, водянистих виділень з носа, свербіння носа та свербіння очей і сльозотечі.

Застуда/вірусний риносинусит визначають як:

- тривалість симптомів менш як 10 днів.
- Гострий/рецидивуючий невірусний риносинусит визначають як:
- посилення симптомів через 5 днів або утримування симптомів через 10 днів, але загалом менш як 12 тижнів.

Персистентний/хронічний риносинусит/поліпоз носа визначають як:

- закладеність носа/обструкція/блокада з такими симптомами:
 - біль/тиск у проекції обличчя;
 - забарвлені виділення з носа (або стікання виділень у носоглотку) або
 - погіршення/відсутність нюху;
- протягом > 12 тижнів;
- з підтвердженням по телефону або при опитуванні.

Необхідно включити запитання щодо алергічних симптомів, тобто чхання, водянистих виділень з носа, свербіння носа та свербіння очей і сльозотечі. Також слід включити запитання щодо рецидивуючого захворювання (визначення див. вище).

ВИЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для досліджень хронічний риносинусит є основною знахідкою, а поліпоз носа вважають підгрупою у хронічному риносинуситі. З метою досліджень диференціацію між хронічним риносинуситом та поліпозом носа виконують на підставі амбулаторної ендоскопії. Визначення базується на наявності поліпів та попередніх хірургічних втручаннях.

Визначення ситуацій, коли раніше не виконували хірургічних втручань

Двобічний поліпоз — ендоскопічно візуалізується в середньому носовому ході.

Двобічний хронічний риносинусит — поліпів не видно в середньому носовому ході навіть після застосування місцевих деконгестантів (у разі потреби).

Визначення ситуацій, коли раніше хірургічні втручання виконували

Оскільки хірургічні втручання змінюють анатомію латеральної стінки порожнини носа, то наявність поліпів визначають як зміни на ніжці протягом > 6 місяців після операції при ендоскопічному огляді. Будь-яке захворювання слизової оболонки без явних поліпів необхідно розцінювати як хронічний риносинусит.

РИНОСИНУСИТ ТА АЛЕРГІЯ

Гострий риносинусит. Оглядові статті про синусит наводять на думку, що атопія сприяє розвитку риносинуситу. Ця теорія доступно пояснює концепцію, що патологія остіомеатального комплексу сприяє захворюванню пазух. Слизова особи з алергічним ринітом може бути набрякла і сприяти обструкції устя пазухи, знижувати вентиляцію, призводити до затримки секрету, який, імовірно, буде інфікуватися. Мало того, все більше спеціалістів вважає, що слизова порожнини носа є продовженням слизової приносних пазух, тому й виник термін “риносинусит”. Проте кількість досліджень, які б вивчали наявність гострого риносинуситу в пацієнтів з алергією або без неї, дуже мало.

Саволайнен вивчав наявність алергії у 224 пацієнтів з підтвердженим діагнозом гострого риносинуситу шляхом алергологічного питальника, шкірних тестів та мазків з носа. Алергія засвідчена у 25% пацієнтів та її вважали імовірною ще в 6,5%. Відповідні показники в контрольній групі становили відповідно 16,5 % та 3%. Не було відмінностей між алергічними та неалергічними пацієнтами в кількості первинних епізодів гострого синуситу або попередньо виконаних промивань пазух. Бактеріологічні та радіологічні знахідки суттєво не відрізнялися між групами. Алго засвідчив, що особи з алергічним IgE-опосередкованим ринітом мають більш виражені зміни у приносних пазухах на КТ, ніж неалергічні особи, протягом вірусної застуди. Такі зміни вказують на погіршене функціонування пазух і це може підвищувати ризик бактеріального синуситу.

Отже, можна сказати, що хоча приваблива гіпотеза, яку ми навели, була зроблена 10 років тому, досі немає опублікованих проспективних повідомлень щодо частоти інфекційного риносинуситу в популяції з чітко визначеним алергічним риносинуситом та в популяції без нього.

Хронічний риносинусит. Вважають, що набрякла слизова оболонка при алергічному риніті в місці усть пазух може погіршувати вентиляцію і навіть призводити до обструкції устя пазухи, що спричиняє затримку секрету та інфекцію. Мало того, усе більше спеціалістів вважає, що слизова порожнини носа є продовженням слизової приносних пазух, тому й виник термін “риносинусит”. Проте критичний аналіз публікацій, які вказують на атопію як фактор ризику інфекційного риносинуситу (хронічного чи гострого), засвідчив, що хоча багато з цих досліджень вказують на високу поширеність алергії в пацієнтів із симптомами синуситу, ніж у загальній популяції, це може бути наслідком вираженого селекційного процесу, оскільки лікарі, залучені в дослідження, частіше стикаються з алергією. Багато досліджень засвідчують, що маркери атопії більше переважають у популяції хронічного риносинуситу. Беннінгер повідомляє, що 54% амбулаторних пацієнтів із хронічним риносинуситом мали позитивний шкірний прік-тест. Серед пацієнтів із хронічним риносинуситом, яким виконували хірургічні втручання на приносних пазухах, поширеність позитивного шкірного прік-тесту сягала від 50 до 84%, з яких більшість (60%) мали алергію до численних алергенів. Ще в 1975 році Фрідман повідомляв про частоту атопії 94% у пацієнтів, яким виконували сфеноетмоїдектомію.

Проте роль алергії при хронічному риносинуситі ставлять під сумнів інші епідеміологічні дослідження, які не засвідчують зростання частоти інфекційного риносинуситу під час періоду пилкування в пацієнтів, сенсibilізованих до пилків. У малому проспективному дослідженні не засвідчено різниці в поширеності гнійного риносинуситу між пацієнтами з алергічним ринітом і пацієнтами без алергічного риніту. Ньюман та співпр. повідомляють, що хоча 39% пацієнтів з хронічним риносинуситом мають астму, підвищену кількість специфічного IgE або еозинофілію, тільки 25% мають істинні маркери, які свідчать про атопію. І, насамкінець, Емануель та співпр. виявили відносно низькі відсотки алергічних пацієнтів у групі пацієнтів з найбільш вираженими КТ змінами пазух, а Айвенс та співпр. повідомляють, що частота та поширеність змін слизової пазух на КТ не обумовлюється атопічним станом.

Радіологічні дослідження не допомагають у визначенні кореляції між алергією та риносинуситом. Високі відсотки патології слизової приносних пазух виявляють при радіологічних обстеженнях алергічних пацієнтів, наприклад, частота виявлення патології на КТ серед осіб з алергією до амброзії протягом сезону становить 60%. Проте необхідно інтерпретувати ці дані обережно з огляду на факт, що високий відсоток випадкових знахідок виявляють при радіологічному обстеженні приносних пазух в осіб без скарг з боку носа, діапазон таких знахідок сягає від 24,7 до 49,2%. Це можна пояснити нормальним носовим циклом, який індукує циклічні зміни об'єму слизової носа, а радіологічні патологічні зміни мають мінімальну кореляцію з симптомами пацієнта.

Незважаючи на брак епідеміологічних доказів чіткого причинного зв'язку між алергією та хронічним риносинуситом, зрозуміло, що відкидання алергії як сприяючого фактору хронічного риносинуситу зменшує імовірність успіху хірургічного втручання. Серед пацієнтів із алергією, яких лікували імунотерапією, особи, яким таке лікування допомогло найбільше, мали анамнез рецидивуючого риносинуситу, а приблизно половина пацієнтів, яким виконували операцію на приносних пазухах раніше, вважають, що тільки хірургічної операції недостатньо для повної ліквідації рецидивуючих епізодів інфекції.

Ураження нижніх дихальних шляхів при хронічному риносинуситі. Сучасні докази наводять на думку, що алергічне запалення верхніх і нижніх дихальних шляхів співіснують і їх слід розцінювати як безперервне монолітне запалення, при якому запалення в одній ділянці дихальних шляхів впливає на іншу ділянку. Аргументи та наслідки такого положення узагальнено в документі ARIA. Риносинусит та ураження нижніх дихальних шляхів також часто асоціюються в одного пацієнта, проте їх взаємозв'язок погано з'ясований.

Радіологічні дослідження приносних пазух у пацієнтів з астмою засвідчили високий відсоток патологічних змін слизової пазух. Усі пацієнти зі стероїд-залежною астмою мають патологічні зміни слизової пазух на КТ порівняно з 88% пацієнтів з легкою-помірною астмою. І знову ж таки, результати цих досліджень слід інтерпретувати обережно. Радіологічно підтверджені зміни приносних пазух у сенсibilізованих пацієнтів можуть відображати запалення, пов'язане з алергічним станом, а не інфекцією пазух.

ДІАГНОСТИКА

Оцінка симптомів риносинуситу

Суб'єктивна оцінка риносинуситу базується на таких симптомах:

- закладеність або заблокованість носа;
- виділення з носа або стікання виділень у носоглотку, часто слизово-гнійні;

- біль або тиск у ділянці обличчя, біль голови;
- зниження або втрата нюху.

Крім цих місцевих симптомів, є ще й віддалені та загальні симптоми. До віддалених належать подразнення глотки, гортані та трахеї, що призводить до болючості, підкашлювання, дисфонії та кашлю, а до загальних — сонливість, нездужання та гарячка. Індивідуальних відмінностей у таких загальних симптомах може бути багато.

Симптоми принципово одні й ті ж самі при гострому та хронічному риносинуситі, а також при поліпозі носа, проте їх характер та інтенсивність можуть відрізнятися. Гострі форми інфекції — як гостра фаза рецидивуючого, так і загострення хронічного синуситу, як звичайно, мають більш виражені та більш важкі симптоми.

Прості поліпи носа можуть спричинювати постійну неперіодичну закладеність носа, що може давати відчуття наявності клапана (ліпший потік повітря тільки в одному напрямку). Поліпи носа можуть зумовлювати закладеність носа, яка може супроводжуватися відчуттям тиску або повноти в носі та приносних пазухах. Це типово для поліпозу сітчастих пазух, який у важких випадках може розширювати носові та приносні простори, що видно радіологічно, а в крайніх випадках проявляється гіпертелоризмом. Розлади нюху більш виражені в пацієнтів із поліпозом носа, ніж в інших пацієнтів з хронічним риносинуситом.

Впровадження суб'єктивної оцінки симптомів. Впровадження такої оцінки важливе для диференціації форми та повторюваності захворювання в одного і того ж пацієнта, а також у різних пацієнтів. Останнім часом розробили більш специфічні та дієві системи оцінки суб'єктивних симптомів, які враховують оцінку якості життя. Такі системи відображають або оцінку стану загального здоров'я, або специфічні прояви захворювання.

Загальну оцінку риносинуситу можна виразити також загальним балом симптомів, який є сумою балів індивідуальних симптомів. Обидва способи досить поширені, проте відповідно до проведених раніше досліджень вимірювання важкості риніту бали, які вказують на перебіг окремих симптомів, не можна підсумовувати, а ліпше застосовувати загальну оцінку пацієнтом свого стану. Методи визначення якості життя включають затверджені питальники, які оцінюють вплив усіх симптомів риносинуситу на щоденне життя.

Обстеження

Передня риноскопія. Передня риноскопія сама по собі недостатня, проте залишається першим кроком в обстеженні пацієнта з такими захворюваннями.

Ендоскопія. Її можна виконати з анемізацією або без неї. За допомогою ендоскопії можна отримати напівкількісні бали оцінки поліпів, набряку, виділень, кірок та рубців (післяопераційних). Запропоновано багато систем для стадійної оцінки поліпів. Йохансон засвідчив добру кореляцію між 0–3-бальною системою та його власною системою, в якій він оцінював відсоток проекції поліпів на латеральну стінку носа та відсоток порожнини носа, зайнятий поліпами. Проте він не засвідчив кореляції між величиною поліпів та симптомами (рівень доказів III)³.

Носова цитологія, біопсія та мікробіологія. Цитологічний мазок із носа може допомогти у з'ясуванні етіології захворювання, проте негативний результат мазка не є остаточним. Перевагою цієї техніки є її низька вартість. Проте кіль-

³ Пояснення рівнів доказів та ступенів рекомендацій наведено в таблицях у додатках у кінці публікації.

кісну оцінку та зміни в мазках унаслідок лікування при хронічному риносинуситі та поліпозі носа рутинно не використовують.

Біопсія може бути показана для виключення більш небезпечних та важких захворювань, таких як пухлини та васкуліти.

Кілька мікробіологічних досліджень (рівень доказів IIb) засвідчили обґрунтовану кореляцію між мазками з середнього носового ходу, взятими під ендоскопічним контролем, та матеріалом, узятим при пункції пазухи. Це дає можливість мікробіологічного підтвердження патогенів та впливу лікування на них.

Отримання зображень

Оглядова рентгенографія приносних пазух. Оглядова рентгенографія приносних пазух малочутлива і тому має обмежену користь для діагностики риносинуситу внаслідок великої кількості хибно-позитивних та хибно-негативних результатів.

Трансілюмінація. Трансілюмінація впроваджена в 1970 році як недорогий та ефективний метод скринінгу при патології приносних пазух. Нечутливість та неспецифічність цього методу визначають його непридатність для діагностики риносинуситу.

Комп'ютерна томографія (КТ). КТ є методом вибору в отриманні зображень для підтвердження поширеності патології та анатомії приносних пазух. Проте її не слід вважати першим кроком у діагностиці цієї патології, а скоріше як підтвердження анамнезу та ендоскопічних знахідок після невдачі медикаментозного лікування.

Стадійна система на основі КТ використовує стадії 0–4 та різну складність знахідок. Проте кореляція між КТ знахідками та балами симптомів постійно слаба, тому це не є добрим показником (рівень доказів IIb). Крім етичних міркувань, КТ загалом бажано виконувати тільки після операції, коли продовжуються хронічні проблеми. Тому КТ стадії або КТ бали можна вважати тільки критеріями включення для досліджень, а не як метод оцінки результату.

Система Ланд-Маккей побудована на визначенні балів від 0 до 2 — відсутність, часткове або повне затемнення кожної системи пазухи та остіомеатального комплексу, що має максимальньо 12 балів з кожного боку.

Її підтверджено в кількох дослідженнях (рівень доказів IIb) і прийнято Комітетом з риносинуситу Американської академії отоларингології та хірургії голови та шиї.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ). МРТ не є методом первинного вибору при хронічному риносинуситі. Його, як звичайно, у поєднанні з КТ залишають для досліджень серйозніших станів, таких як пухлини.

Якість життя

За останнє десятиліття більшої уваги приділяють не тільки симптомам, але також і якості життя пацієнта. Проте цікаво, що вираженість носових симптомів не завжди корелює зі шкалою якості життя (рівень доказів IIb). Питальники якості життя можуть давати або загальну, або специфічну щодо хвороби оцінку здоров'я.

Методи оцінки загального стану здоров'я. Загальна оцінка дає змогу порівняти пацієнта, який має хронічний риносинусит, з групами інших пацієнтів. Найширше використовують Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36). При хронічному риносинуситі її можна використати як до операції, так і після неї (рівень доказів IIa, IIb).

У дослідженні бали SF-36 у пацієнтів з хронічним риносинуситом порівнювали з балами здорової популяції. Результати засвідчують статистично суттєві відмінності в семи з восьми доменів. Глікліх і Метсон повідомили, що пацієнти з хронічним риносинуситом мали більший фізичний біль та гірше соціальне функціонування, ніж, наприклад, пацієнти з хронічним обструктивним захворюванням легень, застійною серцевою недостатністю чи болем у спині.

Вінстід та Баррет підтвердили подібний ступінь впливу на загальну якість життя при хронічному риносинуситі за допомогою SF-36. Після ендоскопічної хірургії приносних пазух вони продемонстрували повернення до нормальних показників у всіх доменах через 6 місяців після операції і такий стан утримувався протягом 12 місяців.

Раден та співпр. вивчали якість життя у пацієнтів з поліпозом носа, використовуючи загальний питальник SF-36. Поліпоз погіршує якість життя більше, ніж, наприклад, цілорічний риніт. Лікування суттєво поліпшує симптоми та якість життя у пацієнтів з поліпозом. Функціональна ендоскопічна хірургія пазух в астматиків з масивним поліпозом носа поліпшує носове дихання та якість життя, а застосування протиастматичних препаратів суттєво зменшується.

Методи оцінки стану здоров'я, специфічного щодо хвороби. Оpubліковано кілька специфічних щодо хвороби питальників для оцінки якості життя при хронічному риносинуситі. У ці питальники включені специфічні симптоми риносинуситу, зокрема біль голови, біль або тиск у ділянці обличчя, виділення з носа або стікання в носоглотку, закладеність носа.

Методи оцінки наслідків риносинуситу (RSOM). Він містить 31 пункт, класифікований з 7 доменами, для його заповнення необхідно приблизно 20 хвилин. Модифікаціями цього тесту є Sinonasal Outcome Test 20 (SNOT 20), який схвалений і легкий для використання. Його використовують у багатьох медичних та хірургічних дослідженнях (рівні доказів Ib, IIb), Sinonasal Outcome Test 16 (SNOT 16) та Sinonasal Assessment Questionnaire, який містить 11 пунктів (SNAQ-11).

У сучасному рандомізованому дослідженні пацієнтів із хронічним риносинуситом/поліпозом носа лікували або ендоскопічною хірургією пазух, або макролідними антибіотиками (наприклад, еритроміцином) протягом 3 місяців. Пацієнти приходили на візит на 3, 6, 9 та 12 місяці, їх оцінювали за різними параметрами, включаючи візуальну аналогову шкалу носових симптомів, SNOT 20, SF-36, вимірювання оксиду азоту у видихуваному повітрі верхніх та нижніх дихальних шляхів, акустичну ринометрію, сахариновий тест та ендоскопію носа. Дослідження засвідчило поліпшення усіх суб'єктивних та об'єктивних параметрів ($p < 0,01$), але не було відмінностей між медикаментозною та хірургічною групами, за винятком загального носового об'єму, виміряного акустичною ринометрією, який був більший у хірургічній групі. Це дослідження свідчить про придатність об'єктивних методів вимірювання у підтвердженні суб'єктивних вражень (рівень доказів Ib).

Анкета хронічного синуситу (CSS). Ця анкета містить 6 пунктів, вона відображає специфічні для синуситу проблеми і містить системну та медикаментозну секції. Разом з іншими питальниками ця анкета ліпше визначає відносний вплив хронічного риносинуситу порівняно з іншими захворюваннями. Вона може вимірювати поліпшення внаслідок лікування і бути корисним методом (рівень доказів IIb).

Іншими специфічними щодо хвороби тестами є Rhinosinusitis Disability Index (RSDI), Chronic Rhinosinusitis Type Specific Questionnaire та Rhinitis Symptom Utility Index (RSUI).

Добре відомий Rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire (RQLQ) зосереджує увагу на алергії і тому має менше значення при хронічному риносинуситі та поліпозі носа.

СХЕМИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ, БАЗОВАНІ НА ДОКАЗАХ

Вступ

Наведені схеми для діагностики та лікування є результатом критичної оцінки доступних доказів.

Таблиці 1-5 представляють рівень доказів та ступінь рекомендацій⁴ доступних методів лікування. Враховуючи це, зазначено, чи вважає група авторів таке лікування значущим для вказаного захворювання.

БАЗОВАНІ НА ДОКАЗАХ СХЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Схема для лікарів загальної практики щодо лікування дорослих з гострим/рецидивуючим риносинуситом

Діагноз

Симптоми:

- біль у ділянці обличчя або біль голови (для дорослих), особливо односторонній, плюс один або більше з таких:
- закладеність носа;
- розлади нюху.

Таблиця 1. Лікування гострого/рецидивуючого риносинуситу

Лікування	Рівень	Ступінь рекомендацій	Значущість
Антибіотики	1a (49 досліджень)	A	Так, через 5 днів або у важких випадках
Ендонозальні кортикостероїди	1b (1 дослідження, поки ще не опубліковане)	B	Так
Додавання ендонозальних кортикостероїдів до антибіотиків	1b	A	Так
Пероральні стероїди	Немає доказів (1 дослідження +, 1 -)	D	Ні
Додавання пероральних антигістамінних в алергіків	2b	B	Ні
Промивання носа фізіологічним розчином натрію хлориду (носові душі)	Немає доказів	D	Ні
Деконгестанти	Немає доказів	D	Так, як симптоматичне полегшення
Муколітики	Немає доказів	D	Ні
Бактеріальні лізати	2b	B	Ні
Фітотерапія	2b	B	Ні

⁴ Пояснення рівнів доказів та ступенів рекомендацій наведено в таблицях у додатках у кінці публікації.

Таблиця 2. Лікування хронічного риносинуситу*

Лікування	Рівень	Ступінь рекомендацій	Значущість
Пероральні антибіотики коротким курсом, < 2 тижнів	III	C	Ні
Пероральні антибіотики тривалим курсом, ~ 12 тижнів	III	C	Так
Антибіотики місцеві	III	D	Ні
Ендоназальні кортикостероїди	Ib	A	Так
Стероїди пероральні	IV	D	Ні
Промивання носа фізіологічним розчином натрію хлориду (носові душі)	III, немає даних щодо монотерапії	C	Так, для симптоматичного поліпшення
Деконгестанти пероральні/місцеві	Немає даних щодо монотерапії	D	Ні
Муколітики	III	C	Ні
Противіробкові системні	Немає даних	D	Ні
Противіробкові місцеві	Ib (-)	D	Ні
Додавання пероральних антигістамінних в алергіків	Немає даних	D	Ні
Уникання алергенів в алергіків	IV	D	Так
Інгібітори протонної помпи	III	C	Ні
Бактеріальні лізати	2b	C	Ні
Імунотерапія	Немає даних	D	Ні
Фітотерапія	Немає даних	D	Ні

* Деякі з цих досліджень включали пацієнтів з поліпозом носа з хронічним риносинуситом.

* Загострення хронічного риносинуситу слід лікувати як гострий риносинусит.

Таблиця 3. Післяопераційне лікування хронічного риносинуситу*

Лікування	Рівень	Ступінь рекомендацій	Значущість
Пероральні антибіотики коротким курсом, < 2 тижнів	IV	D	Відразу після операції, якщо під час операції є гній
Пероральні антибіотики тривалим курсом, ~ 12 тижнів	III	C	Так
Ендоназальні кортикостероїди	1b (негативний)	D	Так: відразу після операції. Ні: довготривала терапія
Стероїди пероральні	Дані недоступні	D	Так: відразу після операції. Ні: довготривала терапія
Промивання носа фізіологічним розчином натрію хлориду (носові душі)	Дані недоступні	D	Так: відразу після операції, Ні: довготривала терапія

* Деякі з цих досліджень включали пацієнтів з поліпозом носа з хронічним риносинуситом.

Таблиця 4. Лікування поліпозу носа

Лікування	Рівень	Ступінь рекомендацій	Значущість
Пероральні антибіотики коротким курсом, < 2 тижнів	Дані недоступні	D	Ні
Пероральні антибіотики тривалим курсом, ~ 12 тижнів	III	C	Так
Антибіотики місцеві	Дані недоступні	A	Ні
Ендоnazальні кортикостероїди	Ib (>10)	C	Так
Стероїди пероральні	III	D	Так
Промивання носа (носові душі)	III, немає даних щодо монотерапії	D	Так для симптоматичного полегшення
Деконгестанти пероральні/місцеві	Немає даних щодо монотерапії	D	Ні
Муколітики	Дані недоступні	D	Ні
Противірибкові системні	Дані недоступні	D	Ні
Противірибкові місцеві	III (2)	D	Ні
Додавання пероральних антигістамінних в алергіків	Ib (1)	B	Ні
Капсаїцин	II	B	Ні
Інгібітори протонної помпи	II	C	Ні
Імунотерапія	Дані недоступні	D	Ні
Фітотерапія	Дані недоступні	D	Ні

Таблиця 5. Післяопераційний догляд при поліпозі носа

Лікування	Рівень	Ступінь рекомендацій	Значущість
Пероральні антибіотики коротким курсом, < 2 тижнів	Дані недоступні	D	Відразу після операції, якщо під час операції є гній
Пероральні антибіотики тривалим курсом, ~ 12 тижнів	III	C	Так
Антибіотики місцеві	Дані недоступні	D	Ні
Ендоnazальні кортикостероїди після поліпектомії	Ib	A	Так
Ендоnazальні кортикостероїди після функціональної ендоскопічної хірургії пазух	Ib (негативний)	D	Так
Стероїди пероральні	III	C	Високі дози — короткий курс, високі дози — тривалий курс
Промивання носа (носові душі)	Дані недоступні	D	Так
Деконгестанти пероральні/місцеві — відмова від них/тривале використання	Дані недоступні	D	Ні

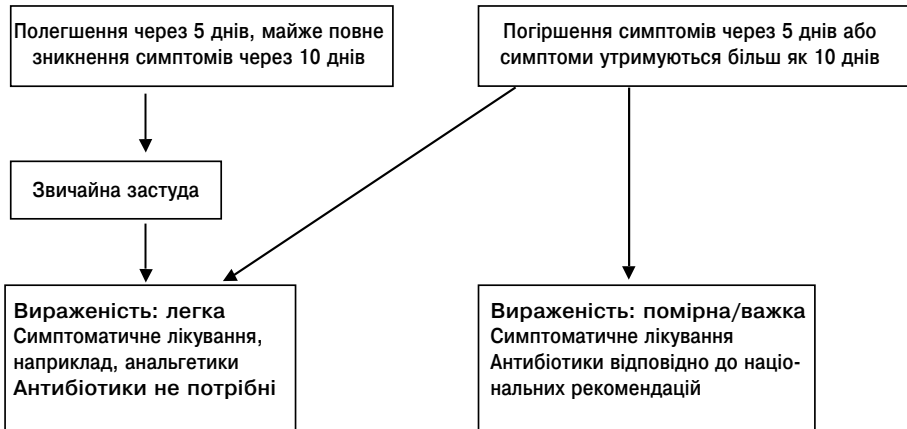


Рисунок 1. Схема лікування для лікарів загальної практики — дорослі пацієнти з гострим/рецидивуючим риносинуситом.

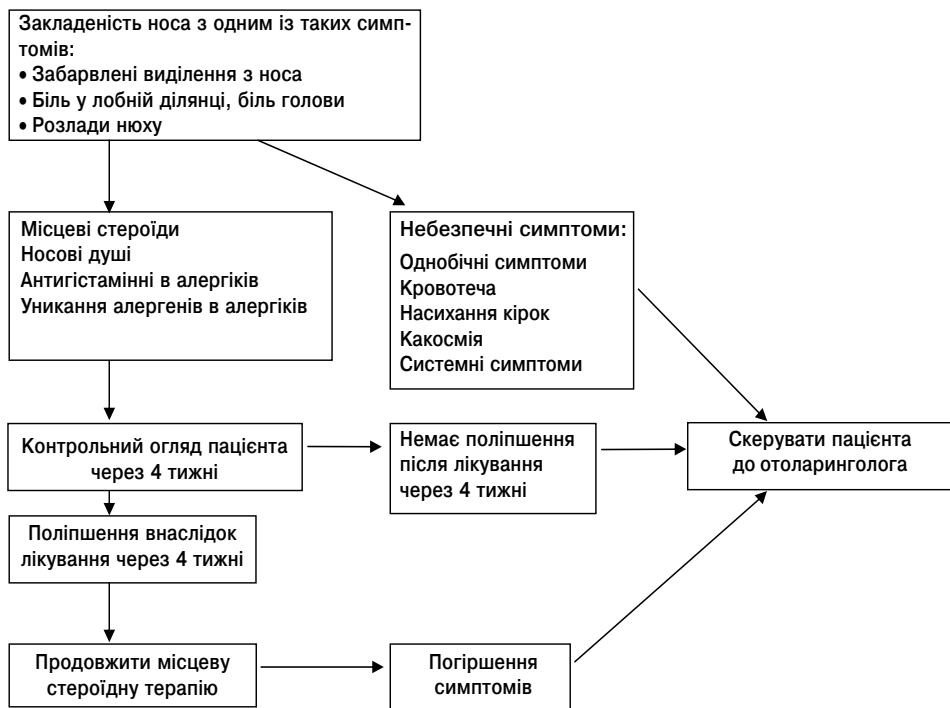


Рисунок 2. Схема лікування для лікарів загальної практики — дорослі пацієнти з хронічним риносинуситом/поліпозом носа.

Лікування:

- легкий: почніть з симптоматичного, анальгетики;
- помірний/важкий: додайте місцеві кортикостероїди.

Невдача лікування при помірному/важкому риносинуситі:

- утримування симптомів через 5 днів лікування;
- або погіршення симптомів через 2 дні лікування.

Повторно обміркуюте діагноз та за необхідності скеруйте до отоларинголога.

Ознаки потенційних ускладнень, які вимагають негайного скерування до отоларинголога:

- набряк/почервоніння повік;
- зміщене очне яблуко;
- подвійний зір (диплопія);
- офтальмоплегія;
- неможливість виконати тест зору;
- знижена гострота зору;
- сильний одnobічний або двобічний біль у лобній ділянці;
- набряк у лобній ділянці;
- ознаки менінгіту або вогнищеві неврологічні ознаки.

Базована на доказах схема для лікарів загальної практики — дорослий пацієнт із хронічним риносинуситом/поліпозом носа

Діагноз

Симптоми утримуються більш як 12 тижнів:

- закладеність носа плюс один або більше додаткових симптомів:
 - забарвлені виділення з носа;
 - біль у лобній ділянці, біль голови;
 - розлади нюху.

Додаткова діагностична інформація:

- необхідно додати алергологічний питальник і в разі позитивного його результату необхідно виконати алергологічне обстеження.

Не рекомендують оглядову рентгенографію.

КТ також не рекомендують, за винятком додаткових проблем, таких як:

- дуже важкий перебіг захворювання;
- пацієнт з імунodefіцитом;
- ознаки ускладнень;
- рекомендована хірургічна операція.

Важкість симптомів:

- легкий/помірний/важкий відповідно до шкали VAS для загальної важкості.

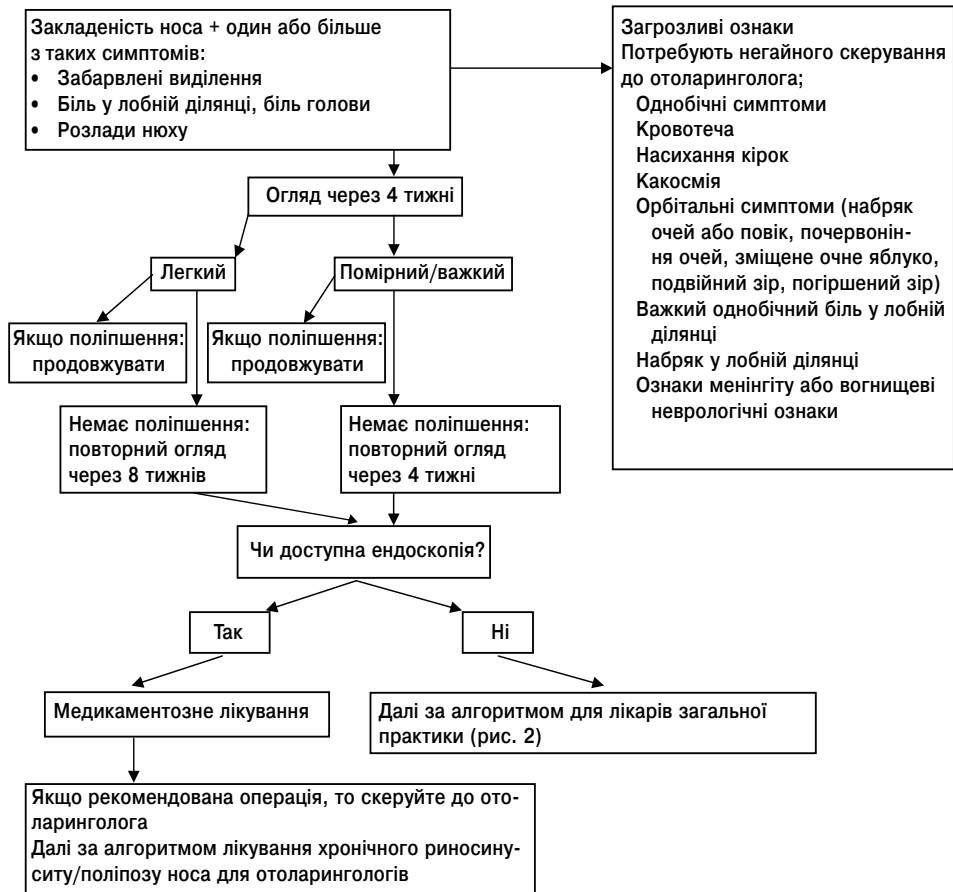


Рисунок 3. Схема лікування для вузьких спеціалістів, які не є отоларингологами, — дорослий пацієнт із хронічним риносинуситом/поліпозом носа.

Ознаки потенційних ускладнень, які потребують невідкладного скерування до отоларинголога:

- набряк/почервоніння повік, набряк ока;
- зміщене очне яблуко;
 - подвійний зір (диплопія);
 - погіршений зір;
 - важкий однібічний біль у лобній ділянці;
 - набряк у лобній ділянці;
 - ознаки менінгіту або вогнищеві неврологічні ознаки.

Лікування:

- місцеві стероїди;
- носові душі;
- антигістамінні в алергіків;
- уникання алергенів в алергіків.

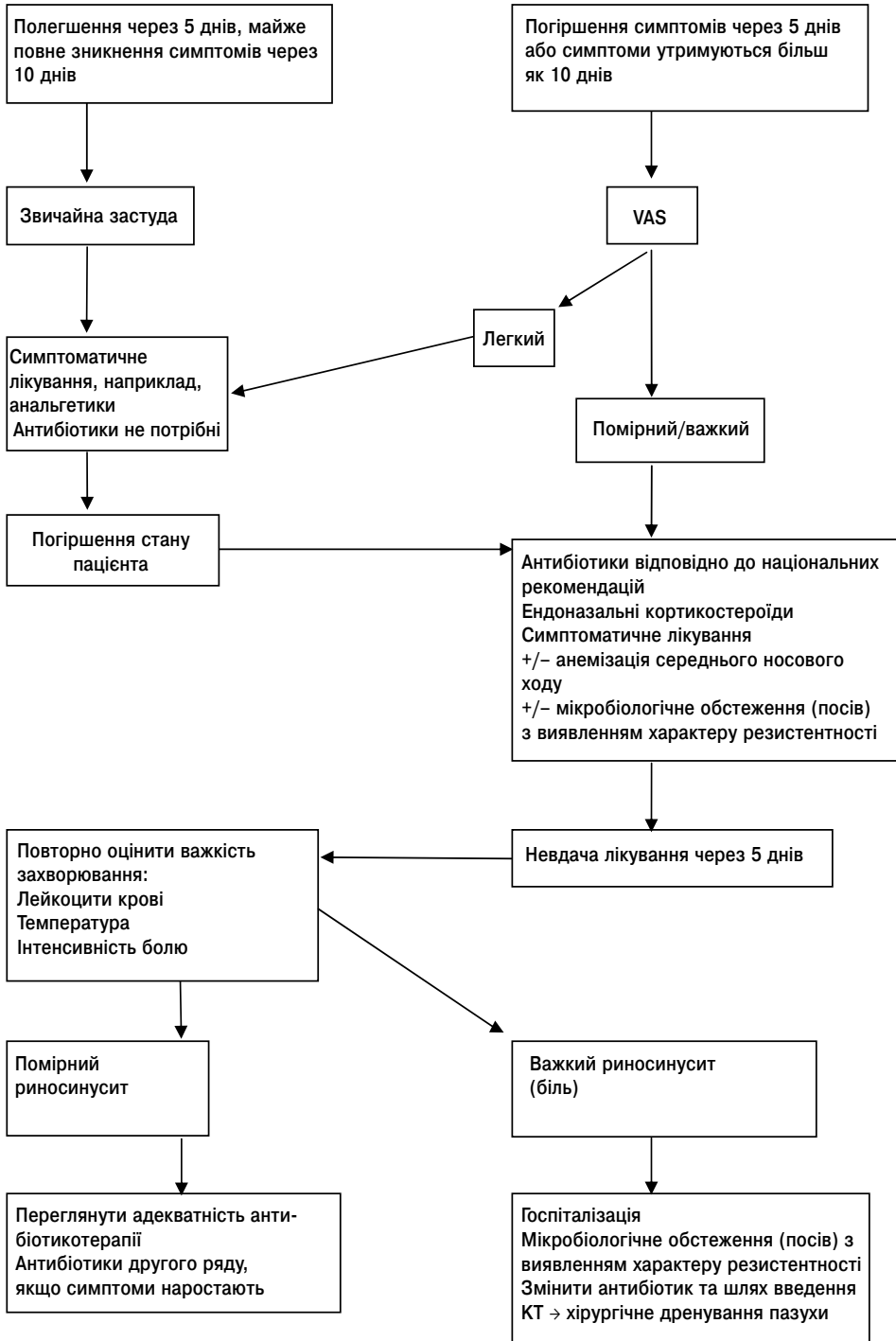


Рисунок 4. Схема лікування для отоларингологів — дорослий пацієнт з гострим риносинуситом.

**Базована на доказах схема лікування
для вузьких спеціалістів,
які не є отоларингологами, — дорослий пацієнт
із хронічним риносинуситом/поліпозом носа**

Діагноз

Симптоми утримуються більш як 12 тижнів:

- закладеність носа плюс один або більше додаткових симптомів:
 - забарвлені виділення з носа;
 - біль у лобній ділянці, біль голови;
 - розлади нюху.

Додаткова діагностична інформація:

- передня риноскопія, огляд за допомогою отоскопа або ідеально — носового ендоскопа (якщо доступно);
- огляд діагнозу та лікування, зроблених лікарем первинної ланки;
- необхідно додати питальник щодо алергії та при позитивному його результаті виконати алергологічне обстеження, якщо його ще не було зроблено. Не рекомендують оглядову рентгенографію приноскових пазух.

КТ також не рекомендують, за винятком таких додаткових проблем, як:

- дуже важкий перебіг захворювання;
- пацієнт з імунodefіцитом;
- ознаки ускладнень.

Вираженість симптомів:

- легкий/помірний/важкий відповідно до шкали VAS для загальної важкості.

Лікування

- ендоназальні кортикостероїди;
- носові душі;
- антигістамінні та уникання алергенів у пацієнтів-алергіків.

**БАЗОВАНА НА ДОКАЗАХ СХЕМА ЛІКУВАННЯ
ДЛЯ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ
Схема для отоларингологів — дорослий пацієнт
з гострим риносинуситом**

Діагноз

Симптоми:

- біль у проекції обличчя (у дорослих), особливо однобічний, плюс один або більше з таких симптомів:
- закладеність носа;
- розлади нюху;
- виділення з носа.

Ознаки:

- огляд порожнини носа (набряк, почервоніння, гній);
- орофарингоскопія: стікання виділень з носа у глотку;
- виключити зубну інфекцію;
- ЛОР-огляд включає ендоскопію носа.

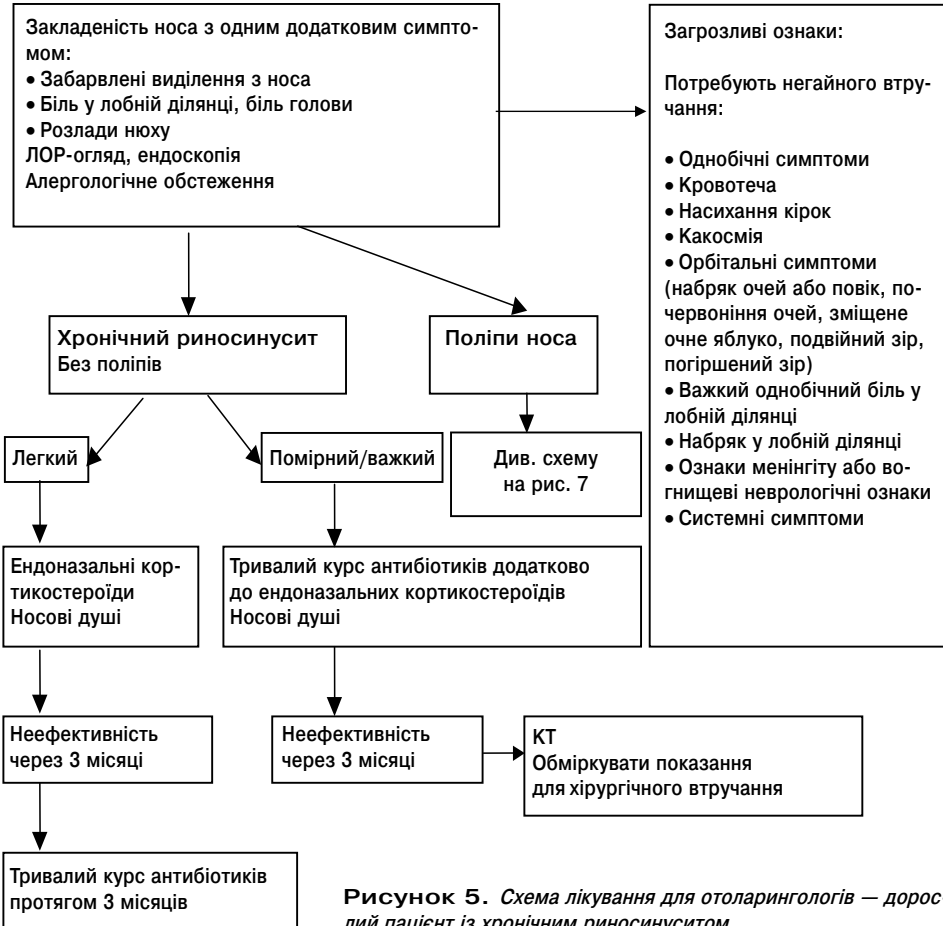


Рисунок 5. Схема лікування для отоларингологів — дорослий пацієнт із хронічним риносинуситом.

Не рекомендують оглядову рентгенографію принососивих пазух.

КТ також не рекомендують, за винятком таких додаткових проблем, як:

- дуже важкий перебіг захворювання;
- пацієнт з імунodefіцитом;
- ознаки ускладнень.

Вираженість симптомів:

- легкий/помірний/важкий.

Лікування

Початкове лікування залежить від важкості риносинуситу:

- VAS: легкий → продовжувати розпочате лікування звичайної застуди;
- помірний → продовжувати розпочате лікування звичайної застуди, контрольний огляд через кілька днів;
- важкий → продовжити розпочате лікування (вказано на рис. 4).

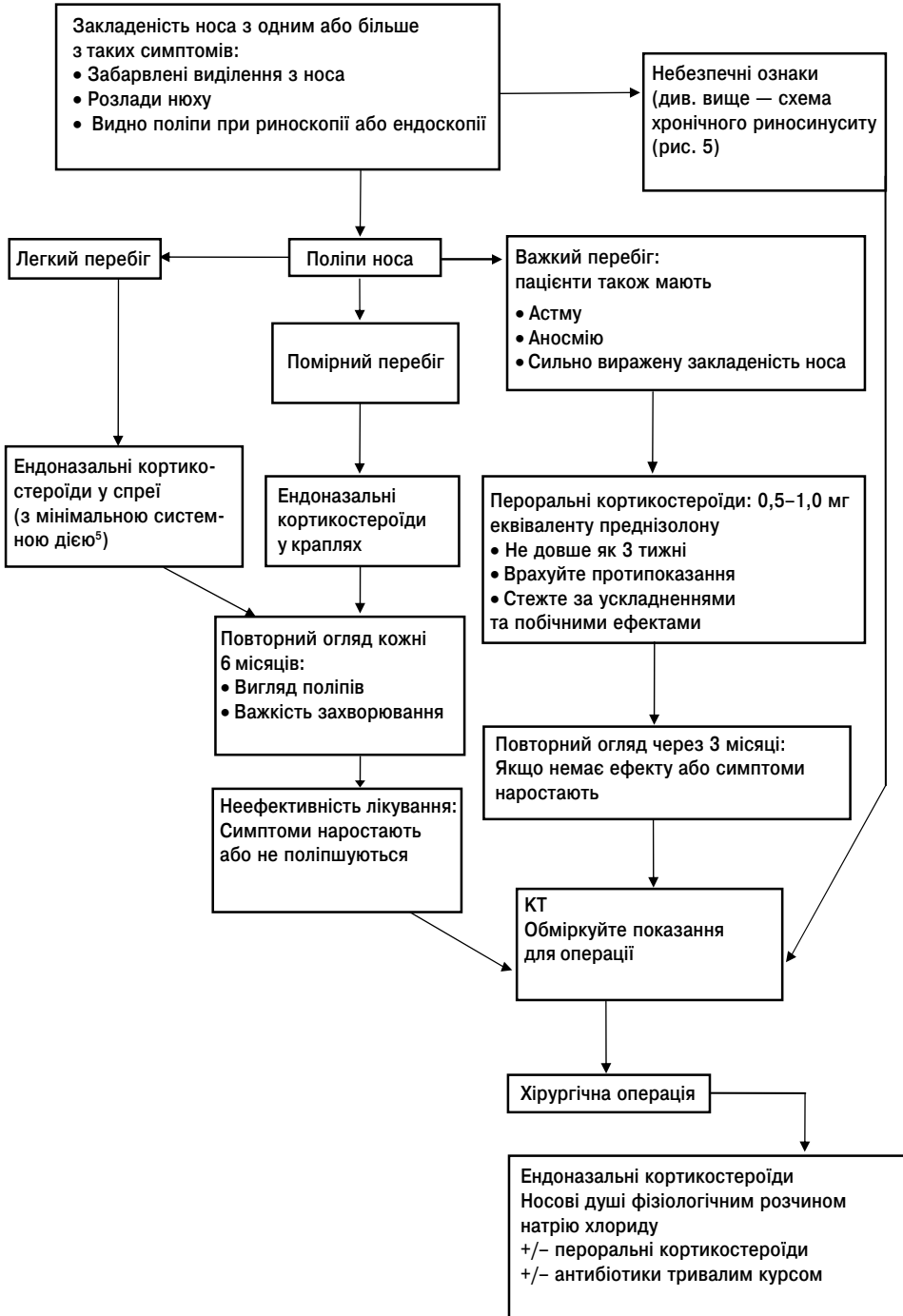


Рисунок 7. Схема лікування для отоларингологів — дорослий пацієнт із поліпозом носа

⁵ До ендонозальних кортикостероїдів з мінімальною системною дією, зокрема, належить флутиказону пропіонат, який в Україні зареєстровано компанією GSK під назвою ФЛІКСОНАЗЕ.

Вираженість симптомів:

- легкий/помірний/важкий відповідно до шкали VAS для загальної важкості.

Лікування:

- ендоназальні кортикостероїди;
- носові душі;
- антигістамінні в пацієнтів-алергіків;
- уникання алергенів у пацієнтів-алергіків.

СХЕМА ДЛЯ ОТОЛАРИНГОЛОГІВ — ДОРΟΣЛИЙ ПАЦІЄНТ ІЗ ПОЛІПОЗОМ НОСА

Діагноз

Симптоми тривають більш як 12 тижнів:

- закладеність носа плюс один або більше з наступних симптомів:
 - забарвлені виділення з носа;
 - біль у лобній ділянці;
 - розлади нюху.

Ознаки:

- ЛОР-огляд, ендоскопія;
- повторний огляд діагнозу та лікування, зроблених лікарем первинної ланки;
- питальник щодо алергії, при позитивному результаті — алергологічне обстеження (якщо його ще не було виконано).

Вираженість симптомів:

- легкий/помірний/важкий відповідно до шкали VAS для загальної важкості.

Лікування:

- ендоназальні кортикостероїди;
- носові душі;
- антигістамінні в пацієнтів-алергіків;
- уникання алергенів у пацієнтів-алергіків.

БАЗОВАНА НА ДОКАЗАХ СХЕМА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ

Наведені схеми (рис. 8 і 9) допоможуть лікарям різних спеціальностей у лікуванні риносинуситу в дітей. Рекомендації базуються на доступних доказах, проте вибір слід робити залежно від обставин і конкретних випадків.



Рисунок 8. Базована на доказах схема лікування дітей з гострим синуситом.

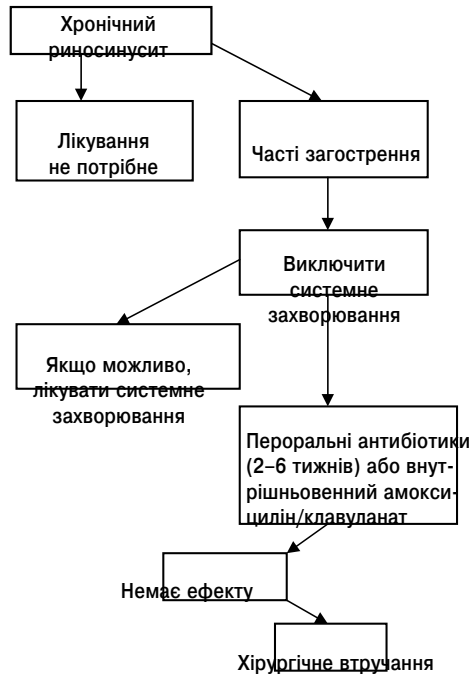


Рисунок 9. Базована на доказах схема лікування дитини з хронічним риносинуситом.

⁶ Оригінальний амоксицилін/клавуланат зареєстровано в Україні компанією GSK під назвою АУГМЕНТИН.

Додатки
Таблиця А. Категорія доказів

Рівень	Пояснення
Ia	Доказ із мета-аналізів рандомізованих контрольованих досліджень
Ib	Доказ із щонайменше одного рандомізованого контрольованого дослідження
IIa	Доказ із щонайменше одного контрольованого дослідження без рандомізації
IIb	Доказ із щонайменше одного іншого типу квазі-експериментального дослідження
III	Доказ із неекспериментальних описових досліджень, таких як порівняльні дослідження, кореляційні дослідження або дослідження типу “випадок-контроль”
IV	Доказ із повідомлень експертного комітету, або доказ, який базується на думці чи клінічному досвіді визнаного авторитета, або обидва разом

Таблиця Б. Ступінь рекомендацій

Ступінь	Обґрунтування
A	Прямо базована на категорії доказів I
B	Прямо базована на категорії доказів II або екстрапольовані рекомендації з категорії доказів I
C	Прямо базована на категорії доказів III або екстрапольовані рекомендації з категорії доказів I або II
D	Прямо базована на категорії доказів IV або екстрапольовані рекомендації з категорії доказів I, II або III

Видавництво «Медицина світу»

Адреса редакції журналу: 79071, м. Львів, вул. Кульпарківська, 131.
Тел./факс: (0322) 63-34-65, Е-пошта: msvitu@mail.lviv.ua, тел.: (044) 249-70-05.

www.msvitu.lviv.ua

Передплата журналу на 2005 рік здійснюється у всіх відділеннях зв'язку України.
Передплатний індекс (укр. мовою) 40299.
Передплатний індекс (рос. мовою) 90140.

Читайте:
Переклади статей
для практичних лікарів
з популярних медичних
журналів США і Європи

Оглядові статті
провідних фахівців України

Сучасні міжнародні рекомендації
з діагностики і лікування

Редакційна колегія

Відповідальний редактор Володимир Павлюк

Науковий редактор Олег Жарінов

Відповідальний за випуск Федір Юрочко

Члени редакційної колегії

Ігор Грицюк, Роман Шиян, Володимир Семенів, Ігор Тумак, Юрій Матвієнко,
Богдан Борис, Федір Юрочко, Вікторія Харламова, Андрій Ягенський

Літературний редактор Василь Юрчук

Художньо-технічний редактор Зіновій Матчак

Комп'ютерна верстка Мирослав Дуб

Кольороподіл Петро Клим

Передрук із журналу — тільки з письмового дозволу редакції.

Реєстраційне свідоцтво: серія КВ №8612 від 05.04.2004

Підписано до друку 26 червня 2006. Формат 70x100/16. Папір офсетний. Друк офсетний.

Обл. вид. арк. 8,5. Зам.

Друк ТзОВ «Видавництво Мс», тел. (0322) 63-34-65

