

Evidence Based Medicine: орієнтація на клінічний результат

Мультидисциплінарний підхід до проблеми гострих риносинуситів

20-22 вересня 2017 р. у м. Полтаві пройшла щорічна XIX Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії», яка добре відома як «Сідельниковські читання». У рамках цього форуму відбувся науковий симпозиум-практикум щодо сучасних підходів до ведення дітей із гострими риносинуситами (ГРС) у вигляді дискусії між педіатром – заслуженим лікарем України, професором кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктором медичних наук Сергієм Петровичем Кривопустовим та оториноларингологом – головним експертом МОЗ України за напрямом «Отоларингологія. Дитяча отоларингологія», завідувачем кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Іваном Франківським національного медичного університету, доктором медичних наук, професором Василем Івановичем Поповичем. Під час діалогу фахівці докладно проаналізували та роз'яснили лікарям основний національний документ, яким слід керуватися при веденні пацієнтів із ГРС, – Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит», затверджений наказом МОЗ України від 11.02.2016 р. № 85. Він містить вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних і реабілітаційних методів надання медичної допомоги та визначає послідовність їх застосування, що значно полегшує встановлення діагнозу та дає лікарю змогу вибрати оптимальну терапію.

Професор Сергій Петрович Кривопустов: Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) є найпоширенішими захворюваннями в усіх вікових групах населення, навіть між епідеміями на них хворіє 1/6 частина населення. Частка ГРІ становить до 30% усієї та до 90% інфекційної патології і має тенденцію до збільшення. Чим молодша дитина, тим частіше вона хворіє: у дітей молодшого віку в середньому реєструють 6-8 епізодів ГРІ на рік. Якщо дитина відвідує дошкільний дитячий заклад, вона хворіє частіше порівняно з тими дітьми, котрих виховують удома, але у молодшому шкільному віці – навпаки, рідше, ніж ті школярі, які не відвідували дошкільні дитячі заклади. З дорослішанням дитини кількість епізодів ГРІ зменшується. В етіології домінують численні віруси: респіраторно-синцитіальний, рино-, корона-, метапневмо-, аденовіруси, віруси грипу, парагрипу тощо. При цьому зазвичай виникає запалення слизової оболонки носа з клінічними проявами двобічної назальної обструкції, ринореєю та чханням. Широко використовують термін «вірусний риносинусит», що аргументовано: слизова оболонка носової порожнини та принососових пазух є продовженням одна одної. Це висвітлено у зарубіжній літературі. Зараз ми маємо Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит», затверджений наказом МОЗ України від 11.02.2016 № 85, що ґрунтується на даних доказової медицини та сучасних міжнародних рекомендаціях, зокрема Європейському консенсусному документі EPOS (2012).

З огляду на зазначені документи, питання до оториноларинголога: чи достатньо педіатру або сімейному лікарю наявності 2 із 3 таких симптомів у дитини з ГРІ: закладеності носа, виділень із носа та кашлю – для встановлення діагнозу гострого вірусного риносинуситу (ГВРС), чи треба визначати наявність таких симптомів, як біль і відчуття тиску в проекції пазух або головний біль?

Професор Василь Іванович Попович: ГРС у дітей визначається як раптове виникнення 2 симптомів або більше, один із яких належить до великих. Великі (основні) симптоми ГРС у дітей: 1) закладеність/обструкція носа; 2) виділення

з носа (переднє або заднє затікання). Малі (додаткові) симптоми: 1) біль і/або відчуття тиску в проекції принососових пазух; 2) зниження або втрата нюху; 3) кашель. На відміну від дорослих, у дітей такі симптоми ГРС, як біль і/або відчуття тиску в проекції принососових пазух, зустрічаються не так часто. Це пов'язано з певними анатомічними особливостями будови принососових пазух у дітей раннього віку, а саме вони і формують цей симптом. У дитячому віці більшість пазух недорозвинуті, мають фактично щілиноподібну форму. Водночас клітини решітчастого лабіринту розвинуті добре. Саме тому найчастішою скаргою дітей є біль у ділянці перенісся, або «носі». Ідентифікувати такі симптоми, як біль і відчуття тиску у проекції пазух, зокрема гайморових чи лобних, як це буває у дорослих, дитина здатна тільки після завершення їх формування – у віці старше 12 років. Тому напевно і не варто так наполегливо їх очікувати у дітей, оскільки у них відсутні анатомічні передумови формування такого симптому.

Як правило, ГРС починається як локальний прояв гострої респіраторної вірусної інфекції і в більшості випадків (>80%) має саме вірусну етіологію. Гостра респіраторна вірусна інфекція з ураженням слизової оболонки носової порожнини та принососових пазух і є ГРС, а ці два діагнози є фактично синонімами. Перебіг ГВРС характеризується раптовим виникненням симптомів на тлі повного здоров'я, наростанням їх вираженості на 3-4-й день захворювання та досить часто – одужанням на 6-7-й день. На жаль, такий сприятливий перебіг характерний лише приблизно для 46% пацієнтів, а у 54% ступінь тяжкості клінічного перебігу захворювання підвищується, як правило, після 5-го дня, або його симптоми зберігаються довше ніж 10 днів. Раніше це розцінювалось як катаральний чи серозний синусит, йшлося про ускладнений перебіг ГРВІ. Проте це не так, тому згідно з сучасною класифікацією ГРС виділяють гострий вірусний риносинусит і гострий поствірусний риносинусит. Ці по суті два захворювання мають подібні клінічні прояви, оскільки йдеться про запалення однієї ділянки, а от часові, хронологічні критерії відрізняються. ГВРС вважається захворюванням, при якому симптоми зберігаються до 10 днів за умови відсутності погіршення перебігу після

5-го дня від його початку. Якщо ж тяжкість клінічної симптоматики наростає після 5-го дня від початку захворювання або його симптоми зберігаються понад 10 днів – у пацієнта констатують наявність гострого поствірусного риносинуситу.

С.П. Кривопустов: Вважаю, що педіатру та сімейному лікарю при встановленні у дитини діагнозу ГРІ велику увагу доцільно приділяти локалізації ураження респіраторного тракту (назофарингіт, риносинусит, трахеобронхіт тощо), адже від цього залежить подальший сценарій диференційної діагностики та лікування.

Давайте розглянемо це на прикладі дуже поширеного клінічного випадку. У хлопчика, 9 років, виявлено лихоманку 38,5 °С, утруднене носове дихання, прозорі виділення з носа. Захворів 3 дні тому з підвищеною температурою тіла. На момент огляду скарг на біль у горлі, кашель немає. Лицевого болю або напруження немає. Головний біль виник на тлі лихоманки, при нормалізації температури тіла після вживання парацетамолу головного болю на момент огляду не було. Оглянутий педіатром, огляду оториноларинголога не було. Над легеньми перкуторно й аускультативно – без патологічних змін. Питання до оториноларинголога: чи може педіатр у цьому випадку встановити діагноз ГВРС?

В.І. Попович: Дані фактично свідчать про наявність у дитини ГРС, але водночас для встановлення точного діагнозу їх все ж таки недостатньо, тому що він ґрунтується на аналізі цілого комплексу ознак. По-перше, це комбінація відомих великих і малих клінічних симптомів, яка у різних варіантах зумовлює індивідуальний характер перебігу ГРС у конкретної дитини. По-друге, це тривалість захворювання. У цьому випадку на 3-й день є можливість розрізнити ГВРС і гострий поствірусний риносинусит. По-третє, необхідно оцінювати ступінь тяжкості перебігу захворювання, який, власне, визначає підхід до лікування. Зокрема про тяжкий перебіг ГРС свідчать: підвищення температури тіла (вище 39 °С), погіршення загального самопочуття та виражений головний біль. Таким чином, тільки проаналізувавши всі зазначені фактори (наявні симптоми, динаміку перебігу захворювання, ступінь тяжкості перебігу),



С.П. Кривопустов



В.І. Попович

можна встановити повний діагноз, у цьому випадку ГВРС, легкого чи середньотяжкого перебігу. Наголошую, що за сучасними стандартами для цього лікарю не потрібно виконувати аналіз крові та направляти дитину на консультацію до оториноларинголога.

С.П. Кривопустов: Давайте розглянемо лікування дитини з ГВРС. Без сумніву, такий пацієнт потребує рекомендацій щодо домашнього режиму, адекватного питного режиму, зволоження повітря у приміщенні, можливо – проведення іригаційної терапії сольовими розчинами, морською водою, за показаннями – назальні деконгестанти (завжди слід порівнювати їх користь і ризик побічних дій, не перевищувати тривалість використання) та антипіретики (парацетамол або ібупрофен). Переконавши доказову базу має фітоніринговий препарат Синупрет®, що застосовується у дітей з 2-річного віку і якому притаманна комплексна протівірусна, протизапальна, антибактеріальна, секретолітична й імуномодулювальна дія. Так, накопичено значний клінічний досвід застосування препарату Синупрет®, який містить корінь генціани, квітки первоцвіту з чашечкою, бузини, траву щавлю, вербени (Bauer et al., 2011; Glatthaar-Saalmüller et al., 2011; C. Ismail, 2005; Kreindler et al., 2012; S. Maune et al., 2005; G. Münch, 2012; Rossi et al., 2012; S. Seifert et al., 2014; Virgin et al., 2011; Zhang et al., 2014 та ін.).

При використанні препарату Синупрет® на початку ГВРС акцент слід зробити на його протівірусні та протизапальні властивості. До речі, показано, що ці ефекти дозозалежні (Glatthaar-Saalmüller et al., 2011; Rossi et al., 2012). Тобто використання у дітей старше 12 років такої лікарської форми, як Синупрет® екстракт (BNO 1016), у якій концентрація діючих речовин у 4 рази вища, ніж у Синупрет® форте, є доречним. У дослідженні Glatthaar та співавт. (2011) показано, що Синупрет® екстракт інгібує реплікацію найпоширеніших респіраторних вірусів, у дослідженнях Seifert та співавт. (2014), Rossi та співавт. (2012) продемонстровано виражену протизапальну та протинабрякову дію препарату Синупрет® екстракт. Наприклад, він пригнічує утворення прозапальних цитокінів, що індуковано інфікуванням клітин риновірусом людини.

В.І. Попович: Хочу підкреслити, що перебіг ГРС може мати 3 нозологічні форми: ГВРС, поствірусний риносинусит і бактеріальний риносинусит. Фактично вони є подібними захворюваннями, оскільки мають спільні патогенетичні механізми, але відрізняються за етіологією та вираженістю патологічних змін. При цьому спільною

основною, так званою ключовою, ланкою патогенезу є порушення реології секрету та пов'язаної з цим елімінації патологічних виділень. Тому призначена терапія має обов'язково впливати на цю патогенетичну ланку, саме з цією метою показане застосування секретолітиків із мукокінетичним ефектом. При ГВРС, поствірусному та бактеріальному риносинуситі патогенетично обґрунтованим є призначення препарату з комплексною дією, який одночасно впливає на набряк, запалення та порушення реологічних властивостей секрету. Саме таким лікарським засобом, ефективність і безпека якого доведені з позицій доказової медицини, є Синупрет®. Для симптоматичного лікування при всіх нозологічних формах ГРС можна застосовувати іригаційну терапію. Слід пам'ятати, що при гострому бактеріальному риносинуситі показані антибіотики, але тільки при ньому, оскільки їх ефективність при інших формах риносинуситу не доведена.

С.П. Кривоустов: Так, вкрай важливо пам'ятати, що при ГВРС антибіотики не застосовують. Антибіотики показані лише при бактеріальному риносинуситі, головні етіологічні чинники котрого – *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, ступінь і рівень доказовості – A, Ia (W.J. Fokkens, V.J. Lund, J. Mullol et al., 2012). Оптимізація використання протимікробних препаратів входить до стратегічних завдань, затверджених Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в Глобальному плані дій щодо стійкості до протимікробних препаратів. Важливо, що призначення препарату Синупрет® як лікарського засобу комплексної дії дозволяє уникнути поліпрагмазії, яка, як відомо, підвищує ймовірність розвитку небажаних реакцій і взаємодій між різними препаратами.

В.І. Попович: Важливо, що при ГРС в умовах гострого запалення порушується робота CFTR-каналів, тобто тих, що забезпечують перенесення хлору з внутрішньоклітинного середовища в позаклітинне. Дисфункція транспортних каналів хлору призводить до зменшення його вмісту і зв'язаного з ним натрію в позаклітинній рідині. Таким чином, зменшення кількості NaCl призводить до погіршення реології золь-фази (тобто рідкої фази) назального слизу. Застосування препарату Синупрет® сприяє нормалізації секреції іонів хлору із клітини в слиз, що вкриває слизову оболонку, відновлюючи таким чином реологічні характеристики золь-фази. Саме тому він і називається секретолітиком. Як відомо, в золь-фазі знаходяться війки респіраторного епітелію, а відновлення реології сприяє нормалізації роботи війкового апарату. Відновлюється мукоциліарний кліренс, тобто реалізується мукокінетичний ефект. Таким чином, завдяки секретолітичній дії Синупрет® покращує реологічні властивості секрету та нормалізує мукоциліарний транспорт. Застосування цього препарату розглядається як функціональний підхід до лікування ГРС, адже відновлення мукоциліарного транспорту сприяє природному, фізіологічному очищенню приносових пазух. Оскільки під торговою назвою Синупрет® випускаються фактично три фітонірингові препарати з однаковим складом, але різною концентрацією активних речовин (Синупрет®, Синупрет® форте і Синупрет® екстракт), це уможливило індивідуалізоване, так зване таргетне, лікування з урахуванням віку дитини та клінічної симптоматики. Зокрема дітям молодшим 12 років показане застосування препарату Синупрет®;

для дітей старших 12 років з метою запобігання трансформації ГВРС у гострий поствірусний чи бактеріальний риносинусит, а також для їх лікування доцільно призначати препарат Синупрет® екстракт із максимальною концентрацією діючих речовин, а для подальшого лікування та профілактики хронізації процесу у дітей старших 12 років – препарат Синупрет® форте.

С.П. Кривоустов: Ще хочеться обговорити з оториноларингологом, коли показана консультація ЛОР-лікаря при ГРС у дитини та коли показана повторна консультація при такому діагнозі?

В.І. Попович: Згідно з вимогами протоколу, слід проводити оцінювання ефективності лікування ГРС: через 36-48 год оцінюють наявність позитивної

динаміки (поліпшення стану пацієнта), а на 8-10-й день лікування – одужання. У тих випадках, коли на тлі призначеного лікування динаміка відсутня або стан пацієнта погіршився, доцільна консультація оториноларинголога, насамперед для визначення відповідності клінічної картини діагнозу ГРС. Коли ЛОР-лікар впевнений, що клінічна картина відповідає діагнозу ГРС, він коригує призначене лікування. Коли такої відповідності немає – є підстави для зміни діагнозу та вибору іншої стратегії лікування. Нагадую, що основною умовою такого підходу є призначення препаратів із доведеною ефективністю.

С.П. Кривоустов: Дякую, шановний Василю Івановичу. Вважаю, що ми сьогодні обговорили важливі питання діагностики ГРС у дітей, насамперед ГВРС,

а також детально висвітлили можливості його фітонірингового лікування. До речі, останнє також докладно проаналізовано нами з професором Г.В. Бекетовою (м. Київ) на сторінках журналу «Педіатрія. Восточная Европа» (2016, том 4, № 1). Впевнений, що педіатрам і сімейним лікарям важливо знати про можливості фітотерапії з доведеною ефективністю.

Цей міждисциплінарний діалог викликав велику зацікавленість аудиторії, в дискусії взяли участь професори з різних вищих навчальних закладів і закладів післядипломної освіти. У свою чергу, професори В.І. Попович та С.П. Кривоустов вичерпно відповіли на численні запитання слухачів.

Підготували **Марина Тітомір**
та **Олена Терещенко**



Bionorica®

Нежить? Синусит? Синупрет®



-  усуває нежить¹
-  полегшує носове дихання²
-  запобігає ускладненням³

Розкриваючи силу рослин

Синупрет® сироп. Показання для застосування: гострі та хронічні запальні захворювання придаткових пазух носа. **Спосіб застосування та дози:** діти віком від 2 до 5 років – 3 рази по 2,1 мл; діти віком від 6 до 11 років – 3 рази по 3,5 мл; дорослі та діти від 12 років – 3 рази по 7 мл. **Протипоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. **Особливості застосування:** При дотриманні режиму дозування і під лікарським контролем препарат можна застосовувати у період вагітності та годування груддю. **Побічні ефекти:** Інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр 24-26.

Синупрет® сироп: Р.П. №UA/4373/03/01 від 24.07.15.
ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.
Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.



корінь
генціани



квітки
бузини



квіти первоцвіту
з чашечкою



трава
вербени



трава
щавлю