

Риносинусити у дітей: практичний алгоритм діагностики та лікування

22 вересня 2018 року в м. Львові відбулася VII Українсько-польська конференція ЄВРОЛОП-2018, присвячена питанням дитячої оториноларингології. У рамках заходу практикуючі лікарі отримали унікальну можливість прослухати доповіді експертного рівня, представлені провідними вітчизняними фахівцями у сфері лікування захворювань ЛОР-органів у дітей, а також їх авторитетними польськими колегами. Серед тем, які обговорювали під час цього професійного форуму, значна увага закономірно була приділена тактиці лікування дітей з гострими та хронічними риносинуситами. Зокрема, з цікавою з практичної точки зору доповіддю з цієї теми виступив лікар Львівської обласної дитячої клінічної лікарні ОХМАТДИТ, віце-президент Асоціації дитячих оториноларингологів України Федір Богданович Юрочко. Пропонуємо до уваги читачів стислий огляд його виступу.



— Європейський консенсусний документ із риносинуситів та назальних поліпів (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, EPOS), оприлюднений у 2012 р. (W.J. Fokkens et al., 2012), можна порівняти зі свого роду «біблією», адже його основними принципами керуються всі сучасні оториноларингологи. Згідно з визначенням, наведеним у цьому фундаментальному документі, риносинусит — це запалення носа та приносових пазух, для нього характерні принаймні 2 симптоми, одним із яких має бути або закладеність носа, або виділення з носа. Крім того, у хворих також можуть бути наявні біль чи відчуття розпирання в ділянці обличчя. У дітей перебіг риносинуситу часто додатково супроводжується кашлем, а в дорослих — зниженням нюху.

Слід зазначити, що риносинусити є досить поширеною патологією у дітей, тому цілком зрозуміло, що їх діагностикою та лікуванням у реальній клінічній практиці займаються не лише фахівці «вузького» профілю — дитячі оториноларингологи, а й передусім лікарі первинної ланки охорони здоров'я — педіатри та сімейні лікарі. Слід зазначити, що на консультацію до ЛОР-лікарів переважно потрапляють пацієнти з гострим бактеріальним риносинуситом.

Загалом виділяють такі варіанти перебігу гострого бактеріального риносинуситу (D.Y. Wang et al., 2011; W.J. Fokkens et al., 2012; E.R. Wald et al., 2013), наведені у порядку зменшення їх поширеності:

- збереження симптомів (наприклад, виділення з носа або кашель) протягом 10 днів без поліпшення;
- погіршення перебігу захворювання, тобто посилення вираженості симптомів або повторна поява виділень із носа, кашлю чи гарячки після попереднього поліпшення («друга хвиля хвороби»);
- тяжкий початок захворювання з перших днів (наприклад, гарячка більше 39 °C та гнійні виділення з носа протягом 3 днів поспіль).

Діагностика риносинуситу є клінічною, тому насамперед слід ретельно зібрати анамнез захворювання (оцінити симптоми та їх тривалість), а також виконати ендоскопічне дослідження порожнини носа (риноскопію). У типових випадках риносинуситу застосування радіологічних методів дослідження (оглядової рентгенографії, комп'ютерної томографії — КТ, магнітно-резонансної томографії — МРТ) є непотрібним. До того ж останніми роками лікарі первинної ланки охорони здоров'я та батьки маленьких пацієнтів дедалі більше розуміють необґрунтованість застосування цих методів за наявності типової клінічної картини риносинуситу.

У випадках, коли клінічний діагноз не до кінця зрозумілий і викликає в лікаря певні сумніви, доцільно вдаватися до використання таких сучасних радіологічних методів, як КТ. Але ні в якому разі не слід її застосовувати як рутинний метод обстеження, оскільки це пов'язано з необґрунтованим радіоактивним опроміненням і відчутними для пацієнта витратами. У теперішній час показаннями для проведення КТ придаткових пазух носа вважаються такі (B.M. Свистушкин і соавт., 2013; F. Triulzi, S. Zirpoli, 2007):

- дуже тяжкий перебіг захворювання;
- наявність ускладнень;
- наявність у пацієнта імунodefіциту;
- рецидивуючий перебіг захворювання;
- неефективність звичайної лікувальної тактики;
- необхідність виконання хірургічного втручання;
- неясний діагноз.

Такий високоточний метод інструментальної діагностики, як МРТ, також не застосовується для рутинної діагностики риносинуситу. Але вона є незамінною для диференційної діагностики між запальними захворюваннями та пухлинами приносових пазух, а також при розвитку ускладнень риносинуситу (орбітальних або внутрішньочерепних) та при вроджених вадах розвитку носа й приносових пазух. Проте слід пам'ятати, що саме по собі виявлення МРТ-ознак риносинуситу під час обстеження (наприклад, з приводу неврологічної чи офтальмологічної патології) не може розглядатися як привід для призначення лікування — при прийнятті рішення про його необхідність передусім враховується наявність клінічної симптоматики цього захворювання на момент звернення пацієнта до лікаря.

Зазвичай у більшості пацієнтів риносинусит має сприятливий перебіг, і пацієнти можуть лікуватися амбулаторно. Водночас існують певні категорії пацієнтів, яким показана госпіталізація. Згідно з консенсусом EPOS госпіталізації та проведенню лікування у стаціонарних умовах підлягають пацієнти з такими ускладненнями риносинуситу:

- орбітальні:
 - періорбітальний набряк/гіперемія;
 - зміщення очного яблука;
 - диплопія;
 - офтальмоплегія;
 - раптове зниження гостроти зору;
- неврологічні:
 - ознаки менінгіту;
 - інші неврологічні прояви;
- локальні:
 - сильний одно- або двобічний біль у лобній ділянці;
 - набряк у лобній ділянці;
- системні:
 - ознаки сепсису.

Серед найбільш авторитетних рекомендацій, що ґрунтуються на засадах доказової медицини та регламентують ведення дітей із риносинуситами, окрім вищезазначеного європейського консенсусного документа EPOS (2012), також слід виділити останні американські керівництва, зокрема видані Американською академією педіатрії (AAP) у 2013 р. й Американською академією оториноларингології та хірургії голови і шиї (AAOHN) у 2014 р. Як показує їх аналіз, погляди європейських та американських експертів щодо визначення гострого бактеріального риносинуситу й підходів до клінічної оцінки хворих із відповідними симптомами є досить близькими. У документі AAP (2014) підкреслюється, що основними клінічними проявами гострого бактеріального риносинуситу у дітей є виділення з носа, кашель або обидва ці симптоми; при цьому тривалість вказаних симптомів становить більше 10 днів або відзначається погіршення симптомів після перших 5 днів хвороби чи початково тяжкий її перебіг протягом більш ніж 3 днів. Американські та європейські експерти єдині також у позиції про те, що в типових випадках гострого бактеріального риносинуситу немає жодної потреби направляти пацієнта на рентгенологічне або лабораторне обстеження (аналізи крові, мазки з носа тощо).

Лікування гострого риносинуситу, згідно з консенсусним документом EPOS (2012), має починатися з призначення ендоназальних кортикостероїдів, тривалість застосування яких становить 7–10 днів. Крім того, варто враховувати доцільність призначення антибіотиків при ознаках гострого бактеріального риносинуситу. У документі AAP (2014) вказується на можливість спостерігати за динамікою захворювання протягом перших 3 днів при нетяжкому перебігу ймовірного гострого бактеріального риносинуситу у дитини, а в інших випадках — призначати 10-денний курс пероральної антибіотикотерапії амоксициліном чи амоксициліну клавуланатом (оригінальний препарат — Аугментин). Що стосується нашої країни, то в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 11.02.2016 № 85, як препарат першої лінії для емпіричної антибіотикотерапії гострого бактеріального риносинуситу у дітей рекомендується застосовувати амоксициліну клавуланат, а як препарат другої лінії — цефтріаксон. За даними проведеного в Україні масштабного дослідження SOAR (2014–2016 рр.), метою якого була оцінка антибіотикорезистентності основних респіраторних патогенів (*S. pneumoniae* та *H. influenzae*), Аугментин є активним відносно 100% штамів гемофільної палички та 97% штамів пневмококу. У низці досліджень було продемонстровано, що при гострому бактеріальному риносинуситі клінічна ефективність препарату Аугментин наближається до 100%. Цей показник фактично є аналогічним до такого у фторхінолонів, проте вони, як добре відомо, не дозволені до застосування в дитячому віці.

На окрему увагу, безперечно, заслуговує проблема хронічного риносинуситу в дітей. Згідно з визначеннями, наведеними у консенсусному документі EPOS (2012) та керівництві AAP, його можна діагностувати у тому випадку, коли вищезазначені основні клінічні симптоми запалення слизової оболонки носа та приносових пазух відзначаються у пацієнта протягом більш ніж 3 міс. Рентгенологічне дослідження

при хронічному бактеріальному риносинуситі рекомендується в разі планування оперативного втручання; що стосується лабораторного обстеження, то EPOS (2012) рекомендує виконання бакпосівів із носа. Найновіші рекомендації щодо медикаментозного лікування хронічного риносинуситу у дітей наведені у вже згаданому документі AAOHNS 2014 року: підкреслюється, що тривалість антибіотикотерапії у цієї категорії пацієнтів має становити щонайменше 20 днів, а призначати її найкраще на основі даних антибіотикограми. Крім того, вважається корисним щоденне промивання носа сольовими розчинами, а також застосування ендоназальних кортикостероїдів. Протирефлюксні препарати у теперішній час не рекомендовані до застосування при хронічному риносинуситі через їх доведену неефективність.

Проте в певній частині пацієнтів із хронічним риносинуситом на тлі комплексної медикаментозної терапії все ж не вдається досягти вилікування. У випадку рефрактерного до фармакотерапії хронічного риносинуситу в дорослих можуть бути застосовані ендоскопічні хірургічні втручання на приносових пазухах. Крім того, їх виконання також показано за наявності алергічного грибкового риносинуситу, однобічного затемнення пазух, ускладнень риносинуситу, поліпозу носа в поєднанні з обструкцією дихальних шляхів і субоптимальним рівнем контролю бронхіальної астми, мукоцеле, а також рецидивуючого риносинуситу. У дітей із діагнованим хронічним риносинуситом до виконання КТ і ймовірного хірургічного лікування необхідно використати всі можливості фармакотерапії та виключити додаткові фактори, що сприяють хронізації захворювання, — імунні, алергічні, вроджені вади тощо (Brietze et al., 2014). У разі неефективності медикаментозного лікування хронічного риносинуситу в педіатричних пацієнтів оперативним втручанням вибору є аденоїдектомія — після її виконання одужання констатується у 80–90% дітей. Тонзилектомія у дітей із хронічним риносинуситом, навпаки, є неефективною та, відповідно, недоцільною. Функціональні ендоскопічні оперативні втручання на приносових пазухах (FESS) у дітей виконуються тільки після невдачі медикаментозного лікування та аденоїдектомії. Слід підкреслити, що ці втручання не впливають на розвиток лицевого черепа. Виконання FESS у дітей має певні технічні особливості. Зокрема, унциномію слід проводити виключно зворотнім викусувачем та уникати усунення слизової оболонки й залишення оголеної кістки. Найчастіше у дітей є достатньою так звана міні-FESS — виконання унциномії в поєднанні з буллотомією. Однак за необхідності FESS можна проводити в поєднанні з аденоїдектомією, септопластикою, шунтуванням барабанних перетинок тощо (із дотриманням принципів, обов'язкових у педіатричних пацієнтів). Отже, загалом тактика лікування дітей із хронічним риносинуситом має чітку етапність. Першим і найвідповідальнішим етапом є медикаментозна терапія. Хірургічні втручання (аденоїдектомія та FESS) можуть застосовуватися лише в тих рідкісних випадках, коли дійсно вичерпані всі можливості фармакотерапії.

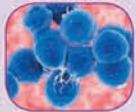
Під час свого виступу Ф.Б. Юрочко також навів із власної практики яскраві клінічні приклади розвитку у дітей серйозних ускладнень (у тому числі післяопераційних) гострого бактеріального риносинуситу — періорбітального абсцесу, флегмони щок, емпієми придаткової пазухи носа тощо. На жаль, гнійно-септичні, неврологічні та офтальмологічні ускладнення гострого бактеріального риносинуситу все ще часто виникають у дітей. Це підкреслює критичну важливість обізнаності педіатрів і сімейних лікарів із сучасними принципами медикаментозного лікування цього поширеного захворювання, зокрема з критеріями призначення та вибору антибіотиків. Аугментин — оригінальний препарат амоксициліну клавуланату, що має широкий спектр антибактеріальної активності відносно основних респіраторних збудників, яка, згідно з даними бактеріологічних досліджень, залишається стабільно високою. У поєднанні з доведеною високою клінічною ефективністю це є переконливим аргументом на користь визнання амоксициліну клавуланату препаратом першого вибору для стартової антибіотикотерапії гострого бактеріального риносинуситу в дітей, що регламентується міжнародними та національними рекомендаціями. В Україні Аугментин доступний у широкому асортименті дозувань і лікарських форм (у тому числі у формі порошку для приготування оральної суспензії, яка застосовується дітям віком від 2 місяців), що дозволяє лікарю обирати найбільш оптимальний інструмент для лікування кожної дитини залежно від її віку. Оригінальність препарату Аугментин є важливою гарантією того, що реальні результати його застосування будуть повністю відповідати тим показникам клінічної та бактеріологічної ефективності, які були встановлені в ході клінічних досліджень, проведених відповідно до принципів доказової медицини.

Підготувала **Олена Терещенко**

Аугментин

Оригінальний амоксицилін/клавуланат

- **Аугментин** ефективний щодо широкого спектру збудників інфекцій дихальних шляхів, у т.ч. основних респіраторних патогенів¹:

<i>S.pneumoniae</i>	<i>H.influenzae</i>	<i>M.catarrhalis</i>	<i>S.aureus</i>	Анаероби
				

- При бактеріальних інфекціях дихальних шляхів **Аугментин** має високу клінічну ефективність:

Негоспітальна пневмонія ²	Інфекційне загострення хронічного бронхіту ³	Гострий бактеріальний середній отит ⁴	Гострий бактеріальний риносинусит ⁵
93,1 %	98,6 %	90,5 %	90–92 %

- **Аугментин** рекомендований як один з препаратів вибору при бактеріальних інфекціях дихальних шляхів⁵⁻¹⁰



Інформація щодо профілю переносимості: протипоказаний пацієнтам з відомою гіперчутливістю до бета-лактамічних антибіотиків; може викликати шлунково-кишкові порушення; тривале використання може призвести до надмірного росту резистентних мікроорганізмів.

Форми випуску: порошок для приготування суспензії 228,5 мг/5 мл; порошок для приготування суспензії 642,9 мг/5 мл; таблетки 625 мг, таблетки 1000 мг; порошок для приготування суспензії 400/57 мг/5 мл; порошок для приготування розчину для ін'єкцій 500/100 мг, 1000/200 мг. **Активні речовини:** амоксициліну тригідрат, калію клавуланат. **Показання:** лікування бактеріальних інфекцій, які викликані чутливими до Аугментину мікроорганізмами. **Спосіб застосування та дози:** дорослі та діти старше 12 років — таблетки 1000 мг 2 рази на добу. **Застосування в дитячому віці:** у формі суспензії 228,5 мг дітям від 2 міс. до 12 років — 45 мг/кг/добу в 2 прийоми, у формі суспензії 642,9 мг дітям від 3 міс. до 12 років — 90 мг/кг/добу в 2 прийоми. **Протипоказання:** підвищена чутливість до бета-лактамічних антибіотиків, наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату. **Важливість та лактація:** можна застосовувати, якщо, на думку лікаря, користь від застосування переважає ризик. **Можливі побічні реакції:** діарея, нудота, блювання, кандидоз шкіри та слизових оболонок, шкірні висипання, свербіж, кропив'янка, поліморфна еритема, оборотна лейкопенія та тромбоцитопенія, оборотний агранулоцитоз та гемолітична анемія, збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу, ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт, запаморочення, головний біль, оборотна гіперактивність і конвульсії, антибіотикасоційований коліт, чорний «волохатий» язик, помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ, гепатити та холестатична жовтяниця, синдром Стивенса — Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий ексfolіативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустульоз, інтерстиціальний нефрит, кристалурія. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами:** можлива взаємодія з пробенецидом, алопуринолом, естрогенами. **Передозування:** лікування симптоматичне. **Особливості застосування:** не слід призначати при підозрі на інфекційний мононуклеоз. При супутньому прийомі антикоагулянтів необхідний відповідний моніторинг. Слід з обережністю призначати пацієнтам із дисфункцією печінки. Необхідна корекція дози в пацієнтів із порушенням функції нирок. Застосовувати з обережністю в пацієнтів із фенілкетонурією. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування. Р.П. № UA/0987/05/01, UA/0987/04/01, UA/0987/01/01, UA/0987/01/02, UA/0987/02/02, UA/0987/02/01, UA/0987/05/02 від 19.12.2014. Повідомити про небажане явище Ви можете в ТОВ «ГлаксосмітКляйн Фармасьютікалс Україна» за тел. (044) 585-51-85 або по e-mail oax70065@gsk.com. Повідомити про скаргу на якість препарату Ви можете в ТОВ «ГлаксосмітКляйн Фармасьютікалс Україна» за тел. (044) 585-51-85 або +380 (050) 381-43-49 або по e-mail ua.complaints@gsk.com. За додатковою інформацією звертайтеся в ТОВ «ГлаксосмітКляйн Фармасьютікалс Україна»: 02152, м.Київ, пр-т Павла Тичини, 1-В. Тел.: (044) 585-51-85, факс: (044) 585-51-92. Торгові марки належать або використовуються за ліцензією групою компаній GSK. © 2018 група компаній GSK або їх ліцензіар. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

Література: 1. Інструкція з медичного застосування препарату Аугментин. 2. Paris R. et al. Efficacy and safety of azithromycin 1 g once daily for 3 days in the treatment of community acquired pneumonia: an open-label randomised comparison with amoxicillin-clavulanate 875/125 mg twice daily for 7 days // J. Chemother. 2008 Feb; 20(1): 77-86. 3. Beghi G. et al. Efficacy and treatability of azithromycin versus amoxicillin clavulanic acid in acute purulent exacerbation of chronic bronchitis // Journal of chemotherapy. 1995; 7: 146-152. 4. Hoberman A. et al. Large dosage amoxicillin/clavulanate, compared with azithromycin, for the treatment of bacterial acute otitis media in children // Pediatr. Infect. Dis. J. 2005 Jun; 24(6): 525-32. 5. Sinus and allergy health partnership (SAHP). Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // Otolaryngology-Head and neck surgery. 2004; 130(1): 1-45. 6. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007. 7. Наказ МОЗ України № 181 від 24.03.2009. 8. Наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005. 9. Наказ МОЗ України № 181 від 21.04.2005. 10. Наказ МОЗ України № 85 від 11.02.2016.