Оптимизация ведения детей с острым риносинуситом

Основной категорией пациентов для педиатров являются дети с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), к которым относятся инфекционные поражения разных отделов дыхательных путей.
Для назначения адекватного лечения педиатру необходимо определить уровень поражения дыхательной системы, вероятного возбудителя, корректно оценить состояние пациента, проанализировать анамнестические данные и другие факторы, которые могут повлиять на выбор терапевтической стратегии.
Несмотря на высокую распространенность заболеваний дыхательной системы и накопленный в связи с этим опыт, в процессе лечения таких пациентов допускается много ошибок: пренебрежение данными анамнеза, недостаточное уделение внимания динамике болезни, начиная с первых симптомов, установление диагнозов, которые не соответствуют современным диагностическим критериям, полипрагмазия, назначение некорректных доз препаратов и др. В рамках научно-практической конференции с международным участием «Сложный пациент в практике педиатра», состоявшейся 12 марта в г. Киеве, в фокусе внимания спикеров были не только редкие и тяжелые болезни, которые представляют определенные трудности для педиатров, но и распространенные, казалось бы, «обычные» болезни, в частности ОРЗ. Именно эти заболевания являются причинами большинства врачебных ошибок.

Клинический случай, на примере которого участники конференции смогли проследить основные ошибки в ведении пациента с острым риносинуситом, представила **доцент кафедры педиатрии № 2 Национальной академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Наталия Павловна Гляделова**.

– В структуре соматической патологии заболевания органов дыхания занимают первое место. Наиболее распространенными являются ОРЗ. Согласно данным информационного бюллетеня «Грипп и ОРВИ в Украине» (25.02-03.03.2019) Центра общественного здоровья, за эпидемический сезон (01.10.2018-03.03.2019) ОРЗ переболело 10,3% всего населения страны. Основная часть пациентов с ОРЗ – это социально активные дети, которые посещают детские сады, другие учебные заведения, и дети до 4 лет. За эпидемический сезон в Украине зарегистрировано 45 смертельных исходов ОРЗ, из которых 7 – у детей до 17 лет. За этот период с помощью метода полимеразной цепной реакции было проведено исследование 2373 биологических образцов, 32,6% которых оказались положительными с доминированием вируса гриппа типа А (Н3).

В педиатрической практике часто встречаются пациенты с симптомами респираторных заболеваний. Рассмотрим клинический случай, который наглядно демонстрирует самые частые врачебные ошибки в ведении таких детей.

Пациент М., 7 лет. 17.02.2018 поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С на протяжении 3 дней, снижение аппетита, общую слабость, нечастый влажный кашель. Из анамнеза известно, что ребенок болеет 1,5 недели. Амбулаторно пациент получал жаропонижающие препараты, деконгестанты, отхаркивающие средства, а также 3 дня принимал азитромицин и 3 дня – амоксициллин. Состояние не улучшилось, в связи с чем ребенок был направлен на стационарное лечение с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), острый бронхит, гипертермический синдром».

На момент госпитализации состояние пациента средней тяжести, температура тела 38,0 °С, частота дыхательных движений – 32/мин, частота сердечных сокращений – 95/мин, маса тела – 29 кг. Носовое дыхание затруднено, отмечались бледность кожных покровов, одышка смешанного характера, кашель нечастый, влажный, продуктивный.

Объективно: осмотр ротовой полости – легкая гиперемия передних дужек, небные миндалины интактные; перкуссия – незначительное притупление перкуторного тона в нижних отделах правого легкого; аускультация – локальные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого. Со стороны других органов и систем отклонений от нормы не выявлено.

Предварительный диагноз: негоспитальная пневмония, дыхательная недостаточность I степени.

План обследования: рентгенография органов грудной клетки, общеклинические исследования (общий анализ крови – ОАК, общий анализ мочи).

План лечения: цефтриаксон в дозе 1 г 2 р/сут внутримышечно, отхаркивающие, жаропонижающие препараты (по необходимости), промывание носовых ходов солевым раствором.

Динамика: при осмотре лор-врача (20.02.2018) – отоскопия в норме. Заключение: ОРВИ. Через 3 дня после антибиотикотерапии температура тела нормализовалась, одышка купировалась, аппетит улучшился. Кашель – редкий, продуктивный, влажный. Сохранилась заложенность носа, появились постоянные болезненные ощущения в проекции гайморовых пазух, особенно при наклоне головы вниз.

Терапия дополнена препаратом Синупрет®.

ОАК (18.02.2018): уровень гемоглобина (Hb) – 126 г/л, лейкоциты – $18{,}7\times10^9$/л (палочкоядерные – 15%, сегментоядерные – 66%, эозинофилы – 3%, моноциты – 1%, лимфоциты – 15%), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 26 мм/ч.

ОАК (28.02.2018): уровень Hb – 117 г/л, лейкоциты – $6{,}8\times10^9$/л (палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 50%, эозинофилы – 1%, моноциты – 3%, лимфоциты – 45%), СОЭ – 8 мм/ч.

После 10-дневного курса антибиотикотерапии на 11-й день болезни пациент в удовлетворительном состоянии (ребенок активный, кашель очень редкий, одышка отсутствует, носовое дыхание свободное, незначительная ринорея слизистого характера, перкуссия и аускультация – без патологии) выписан из стационара.

Контрольная рентгенография не проводилась.

Рекомендации при выписке: наблюдение участкового врача, домашний режим в течение 7 дней, продолжение лечения препаратом Синупрет® на протяжении 7 дней, промывание носовых ходов солевым раствором.

Выделим главные моменты, на которые следует обратить внимание в представленном клиническом случае.

1. Недостаточно полно собран анамнез. Для оптимизации лечебной стратегии врачу крайне важно иметь информацию о перенесенных ранее болезнях, их течении и лечении, динамике текущего заболевания, начиная с первых симптомов.

Из амбулаторной карты пациента М. было установлено, что данное заболевание – 3-й случай респираторной инфекции за полгода. Эпизод 1 (сентябрь, 2017 г.): жалобы на повышение температуры тела до 37,5-38,0 °С на протяжении 4 дней, насморк, кашель. Диагноз: ОРВИ, ринофарингит. Лечение: жаропонижающие препараты, деконгестанты, отхаркивающие средства, азитромицин 300 мг в сутки на протяжении 3 дней.

Эпизод 2 (ноябрь, 2017 г.): жалобы на повышение температуры тела до 37,5-37,8 °С в течение 7 дней, насморк, кашель. Диагноз: ОРВИ, острый бронхит. Лечение: жаропонижающие препараты, деконгестанты, отхаркивающие средства, амоксициллин по 250 мг 3 р/сут на протяжении 5 дней.

Первые симптомы 3-го эпизода: повышение температуры тела до 37,2-37,5 °С, заложенность носа, покашливание. Родители самостоятельно дали ребенку азитромицин, деконгестанты, промывали нос. На 6-й день болезни состояние ребенка не улучшилось, что стало поводом к обращению за медицинской помощью к семейному врачу, который на основании аускультативной картины (жесткое дыхание в нижних отделах) установил диагноз «ОРВИ, бронхит» и назначил отхаркивающие средства, деконгестанты, промывание носа. На 9-й день ребенку стало хуже (температура тела 38,5 °С, заложенность носа, ринорея, кашель), семейный врач установил диагноз «ОРВИ, бронхиолит» и дополнительно назначил амоксициллин по 250 мг 3 р/сут. Выраженность симптоматики нарастала, появились одышка, признаки интоксикационного синдрома, в связи с чем пациент направлен на стационарное лечение.

2. Неправильно установлен диагноз.

Диагноз «острый бронхит» должен соответствовать следующим критериям (S. Kinkade et al., 2016):

- наличие острого кашля на протяжении до 4 недель;
- признаки поражения нижних дыхательных путей (влажные или свистящие сухие хрипы);
- отсутствие признаков пневмонии (высокая лихорадка более 3 дней, тахикардия, тахипноэ, одышка, интоксикационный синдром, консолидация легочной ткани на рентгенограмме);
- отсутствие признаков хронических болезней легких.

Следует отметить, что у ребенка симптомы указывали на наличие риносинусита.

Выделяют 2 больших (заложенность/обструкция носа, передняя или задняя ринорея) и 3 малых (боль и/или ощущение давления в проекции околоносовых пазух, снижение или потеря обоняния, кашель – так называемое покашливание) клинических критерия острого вирусного и поствирусного риносинусита. Диагноз «риносинусит» устанавливается в случае наличия у пациента 2 больших или 1 большого и 2 малых критериев.

В данном клиническом случае не соблюден алгоритм дифференциальной диагностики. Как результат – неверно установленный диагноз стал причиной проведения некорректного лечения.

3. Необоснованное применение антибиотиков. Вирусы являются возбудителями острого бронхита практически в 100% случаев у детей до 5 лет и 80% случаев – старше 5 лет (P. Wark, 2011; G.N. Gilbert et al., 2011). Поэтому назначение антибиотиков пациентам с этим диагнозом нецелесообразно. В представленном клиническом случае сложно предположить, какую цель имел врач, назначая антибактериальные препараты. Кроме отсутствия показания к назначению антибиотиков, терапия проводилась без учета анамнестических данных и в неадекватных дозах.

4. Неадекватное применение деконгестантов. В данном клиническом случае пациент применял препарат более 10 дней (без эффекта), что является грубой ошибкой.

5. Термин «острая респираторная вирусная инфекция» не следует использовать в качестве диагноза. ОРВИ – это сборное понятие, которое объединяет широкий круг нозологий, поэтому важно детализировать патологию, с которой имеет дело врач.

В данном клиническом случае дебют заболевания соответствовал критериям острого вирусного риносинусита, и медицинскую помощь необходимо оказывать в соответствии с Унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Острый риносинусит», который утвержден приказом МЗ Украины от 11.02.2016 № 85.

Терапия при остром риносинусите включает:

- этиотропное лечение (противовирусная терапия – при тяжелом течении вирусного риносинусита, антибиотики – при наличии доказательств об участии бактериального возбудителя);
- патогенетическое и симптоматическое лечение (анальгетики, интраназальные кортикостероиды, солевые растворы для промывания носа, фитопрепараты).

На сегодняшний день доказательная база относительно применения деконгестантов, антигистаминных средств и муколитиков при остром риносинусите очень скудная. Что касается растительных препаратов, то необходимая доказательная база (результаты качественных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований) имеется только у некоторых из них.

К группе фитопрепаратов с доказанной эффективностью и безопасностью относится Синупрет®, в состав которого входят экстракты корня горечавки, цветков первоцвета с чашечкой, бузины, травы щавеля, вербены. Комплексный препарат Синупрет® восстанавливает мукоцилиарный транспорт, нарушенный вирусной инфекцией, за счет повышения транспорта ионов хлора и гидратации фазы золя секрета дыхательных путей, обладает противоотечным, противовоспалительным, секретолитическим, антибактериальным, противовирусным действием. Выраженное противовоспалительное действие BNO 1016 обеспечивается дозозависимым угнетением синтеза провоспалительных цитокинов, циклооксигеназы-2 и липооксигеназы, что подтверждено в ходе эксперимента *in vitro* (Л.Г. Петрова, 2013). Препарат Синупрет® занимает почетную нишу в педиатрической практике, поскольку его эффективность доказана в рандомизированных клинических исследованиях, отвечающих стандартам Good Clinical Practice (GCP). Этот фитониринговый препарат включен в национальные клинические рекомендации по лечению риносинусита в Германии и Украине. Комплексное симптоматическое лечение при остром синусите также включает ирригационную терапию солевыми растворами, помогающими удалить слизь с носовой полости и облегчить носовое дыхание пациента, а также нестероидные противовоспалительные препараты. Применение антигистаминных препаратов целесообразно только в случае аллергического ринита.

Таким образом, правильно установленный диагноз, соответствующий современным критериям, позволяет назначить эффективную терапию, основанную на доказательной базе. Современный препарат Синупрет® в составе комплексной терапии владеет доказательной базой касательно эффективности и безопасности. Назначение препаратов с доказанной эффективностью позволяет достичь быстрой ремиссии и избежать полипрагмазии.

Подготовила ***Илона Цюпа***

Bionorica®

Нежить? Синусит?

Синупрет®

- усуває нежить[1]
- полегшує носове дихання[2]
- запобігає ускладненням[3]

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:** Підвищенна 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