

Острые риносинуситы у детей: педиатрия и отоларингология — взгляд на проблему с разных позиций

19-21 сентября в г. Харькове состоялась ставшая уже традиционной XV Всеукраинская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы педиатрии», на которой ведущие педиатры Украины и врачи смежных специальностей представили доклады в различных областях медицины. В рамках конференции прошел научный симпозиум «Фитотерапия при заболеваниях ЛОР-органов у детей: наука — практике, насущные проблемы», на котором состоялся конструктивный диалог двух ведущих специалистов в области педиатрии и детской отоларингологии.

Точку зрения педиатра в своем выступлении высказал доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Сергей Петрович Кривошустов.



— К диагностике и лечению ЛОР-патологии, которая часто встречается в детском возрасте, необходимо подходить комплексно. Среди заболеваний ЛОР-органов наиболее распространенным по праву может считаться острый ринит. Первостепенным и очень важным моментом при его диагностике является определение этиологии. Общеизвестно, что в большинстве случаев причиной острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей являются вирусы — на сегодня насчитывается около 700 различных патогенов.

Неосложненная вирусная инфекция протекает по законам классического воспаления, с синтезом большого количества провоспалительных цитокинов, что клинически проявляется назальной обструкцией и ринореей, которые являются типичными признаками острого вирусного насморка. При этом ринорея всегда носит двухсторонний характер. При проведении компьютерной томографии (КТ) органов носовой полости у детей с типичными проявлениями ринита вирусной этиологии установлено, что в 87% случаев развиваются явления отека и катарального воспаления, в том числе в придаточных пазухах носа, т.е. острого вирусного риносинусита (ОРС). Таким образом, ОРС в 90% случаев — заболевание вирусной этиологии.

Лечение неосложненного ОРС — прерогатива педиатров и семейных врачей, и лишь при подозрении на наличие осложнений пациента следует направлять к отоларингологу.

Целью проведенного в США исследования стала оценка лечебной тактики 750 врачей-педиатров при диагностике острого синусита у детей в возрасте 6 лет и младше. Согласно полученным результатам длительность симптомов заболевания до установления диагноза, по мнению врачей, составляет 7-9 (17%), 10-13 (37%) и 14-16 дней (38%). Таким образом, в большинстве случаев это дети после 10-14-го дня ОРЗ без клинического улучшения. При этом в первую очередь следует обращать внимание на такие проявления, как головная боль, синдром ретроназального затекания с кашлем по утрам, температурная кривая, лихорадка, интоксикационный синдром, нарушения обоняния и болевой синдром, с учетом иррадиации болевых ощущений в зависимости от локализации поражения.

На сегодня существуют возрастные особенности пневмотизации параназальных синусов. По данным различных источников, они могут отличаться, и, кроме всего прочего, иметь возрастные особенности. Тем не менее согласно существующему протоколу лечения детей, страдающих острым и хроническим синуситом (приказ МЗ Украины № 181 от 21.04.2005), острый гайморит развивается в возрасте 1,5-2 года, этмоидит — у детей до 1 года, фронтит — у детей старше 5 лет, сфеноидит — после 10 лет.

Следует заметить, что в подавляющем большинстве случаев при ОРС нет необходимости в лечении антибиотиками, которые назначаются только при остром бактериальном гнойном синусите (5-13%) и взрослым пациентам (0,5-2%). Однако согласно



результатам эпидемиологического исследования, приведенным в рекомендациях по лечению ОРС Американской академии педиатров, 96% врачей отмечают, что при этой патологии часто или всегда назначают антибиотики.

В настоящее время при вирусных заболеваниях у детей широко применяются лекарственные средства на основе растительных компонентов, в частности препарат Синупрет, сырье для которого получают с использованием самых современных технологий методом фитониринга. Форма выпуска препарата адаптирована для детей разных возрастных групп (капли, сироп — с 2 лет, таблетки — с 6 лет, таблетки форте — с 12 лет). Лекарственное средство имеет достаточную доказательную базу, подтверждающую его эффективность. В недавнем исследовании (Jund R., 2012) было показано эффективное сокращение продолжительности заболевания при вирусном остром синусите под влиянием терапии с применением препарата Синупрет, когда на 3,8 дня раньше было отмечено улучшение клинической картины. Использование фитопрепаратов благодаря активизации защитных механизмов может помочь организму бороться с инфекцией самостоятельно при вирусных инфекциях и профилактике бактериальных суперинфекций. Поэтому при неосложненном насморке Синупрет следует применять в самые ранние сроки.

В случае присоединения бактериальных осложнений показано назначение антибиотиков. При этом Синупрет используют совместно с антибактериальными препаратами, что способствует улучшению мукоцилиарного клиренса, обеспечивает секретолитический и мукокинетический эффекты, а также протекторное действие на эпителий придаточных пазух, что позволяет говорить не только о лечебном, но и о достаточно хорошем восстановительном эффекте при эпизодах острой инфекции.

Таким образом, в лечении ОРС очень важными условиями, получившими подтверждение в клинической практике, являются: своевременная оценка врачом признаков опасности состояния, консультирование по вопросам питания, ухода и повторного обращения, адекватное количество теплого питья, увлажнение теплого воздуха в помещении, туалет полости носа и применение фитопрепаратов с доказанной клинической эффективностью.

Мнение отоларингологов относительно проблемы диагностики и лечения ОРС в своем выступлении представил доктор медицинских наук, профессор кафедры отоларингологии с курсом хирургии головы и шеи Ивано-Франковского национального медицинского университета Василий Иванович Попович.



— В настоящее время существует общепринятое положение, согласно которому риносинусит — это воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Данное определение основано на том, что слизистая оболочка пазух является продолжением слизистой оболочки носа, поэтому синусит не развивается без предшествующего ему ринита, и изолированное поражение пазух практически не встречается (за исключением одонтогенного).

Двумя основными признаками синуситов являются затруднение носового дыхания и выделения из носа, которые ассоциируются как с ринитами, так и с синуситами.

Острым синуситом принято считать процесс длительностью не более 4 недель, подострым (затяжным) — продолжительностью от 4 до 12 недель. К рецидивирующим синуситам следует отнести процесс,



эпизоды которого наблюдаются четыре и более раза в год. Каждый из эпизодов продолжается более 7-10 дней, но признаки хронического синусита при этом отсутствуют.

Причинами острых риносинуситов в 80% случаев являются респираторные вирусные инфекции: рино-, рео-, коронавирусы, вирусы парагриппа, РС-вирусы, аденовирусы. Под влиянием вирусов клетки мерцательного эпителия теряют реснички, и развивается отек слизистой оболочки. Вирусная инфекция очень быстро запускает патогенетический каскад воспалительного процесса.

Нарушение вентиляции с повышением вязкости секрета на фоне нарастающего отека слизистой оболочки резко снижает эффективность мукоцилиарного транспорта и приводит к нарушению дренажа околоносовых пазух, что создает условия для вторичного, бактериального воспаления. Таким образом, дисфункция соустьев околоносовых пазух является ключевым моментом, который запускает сложный каскад звеньев патогенеза ОРС. Однако до последнего времени с помощью традиционных методов визуализации не удавалось получить достоверные данные о функциональном состоянии соустьев. Современные возможности лучевой диагностики, в частности спиральной КТ, позволили не только выявить воспалительный процесс в той или иной пазухе, но и определить анатомические особенности носовой полости, а также состояние соустьев околоносовых пазух и полости носа в этой чрезвычайно важной с точки зрения патогенеза риносинуситов функциональной области.

О присоединении бактериальной инфекции может свидетельствовать появление новых и усугубление имеющихся симптомов ОРС после пятого дня заболевания, часто после предшествующего улучшения клинической симптоматики. Следует думать о возможном бактериальном осложнении в том случае, если признаки заболевания сохраняются на протяжении 10 дней и более.

Продолжение на стр. 26.

Острые риносинуситы у детей: педиатрия и отоларингология — взгляд на проблему с разных позиций

Продолжение. Начало на стр. 25.

Диагноз острого риносинусита подтверждается на основании клинических симптомов заболевания (IDSA 2012): к большим симптомам относятся боль или чувство распирания в области лица (повреждение пазух), нарушения носового дыхания, стекание выделений по задней стенке глотки, нарушения обоняния, слизисто-гнойные выделения из носа, лихорадка; к малым — головная, зубная или ушная боль, утомляемость, неприятный запах изо рта, кашель, чувство наполненности в ухе. Диагноз устанавливается при наличии двух или более больших критериев или одного большого и двух малых.

При риноскопии определяется гиперемия и отек слизистой оболочки носа, а также устанавливается степень нарушений проходимости носовых путей, наличие полоски выделений из среднего носового хода и/или на задней стенке глотки.

Согласно критериям EP3OS (2012) ни рентгенография приносных пазух, ни магнитно-резонансная томография или КТ, ни пункция не являются необходимыми методами для подтверждения диагноза.

Возможными осложнениями риносинуситов являются орбитальный отек, целлюлит, абсцесс, остеомиелит, менингит, эпи-, субдуральный, внутримозговой абсцесс, тромбоз кавернозного, верхнего сагиттального синуса.

Лечение ОРС, как правило, не предусматривает госпитализации пациента и проводится в амбулаторном режиме. Выделяют три подхода к терапии в зависимости от степени тяжести заболевания (легкая, средняя и тяжелая). Характерными признаками легкой степени считаются: слизистая или гнойная ринорея, кашель в дневное время, нормальная или незначительно повышенная температура тела, наличие неприятного запаха изо рта, иногда отек орбитальной

области. При тяжелом течении, кроме всего перечисленного, присоединяются высокая температура тела ($\geq 39^\circ\text{C}$), нарушения общего самочувствия, головная боль (Свиштунов В.М., 2012).

Согласно критериям EP3OS (2012) определение степени тяжести ОРС должно основываться на субъективной оценке тяжести самим пациентом по 10-сантиметровой визуально-аналоговой шкале (VAS).

С учетом многокомпонентности ОРС важное место в его лечении занимают лекарственные средства, полученные в результате использования фитониринговых технологий, в первую очередь Синупрет. Данный препарат имеет длительный опыт применения в европейских странах (в частности, в Германии). Помимо способности восстанавливать мукоцилиарный транспорт Синупрет оказывает противовоспалительное, антибактериальное, иммуномодулирующее действие. Синупрет эффективен в плане профилактики перехода от острого вирусного воспаления к бактериальному.

Следует отметить, что препарат продемонстрировал свою эффективность как при легком, так и при тяжелом течении ОРС. В качестве монотерапии Синупрет показан при заболевании длительностью не более одной недели, сопровождающемся заложенностью носа и головной болью, без четкой локализации. С помощью монотерапии Синупретом достигается противовирусный, противоотечный, антибактериальный, секретолитический, противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект, что способствует выздоровлению пациента уже на 8-й день.

При средней степени тяжести течения (острый послевирусный процесс), когда имеются нарушения эвакуации из пазухи, длительности заболевания более 7 дней, выраженной заложенности носа и головной боли, которая трансформируется и приобретает определенную локализацию, Синупрет применяют в комплексе с деконгестантами. При

этом Синупрет оказывает в первую очередь противоотечное, противовоспалительное и секретолитическое действие.

При присоединении бактериальной инфекции можно говорить о тяжелой степени течения ОРС. В этих случаях значительно затрудняется носовое дыхание, боль четко локализована в проекции пораженной пазухи, определяются гнойные выделения (последний признак не всегда объективен, так как в результате нарушения дренажа гнойное содержимое может блокироваться в носовых пазухах, что может приводить к ошибочному заключению со стороны врача). В этот период важными становятся антибактериальный, противовоспалительный, секретолитический и иммуностимулирующий эффекты Синупрета. В данном случае к Синупрету следует добавлять антибактериальные препараты и деконгестанты. При правильном лечении выздоровление наступает уже к 8-10-му дню.

В целом подходы к лечению ОРС имеют следующие особенности:

- основная терапия назначается с включением препарата Синупрет с комплексным действием, тропным к слизистой оболочке дыхательных путей;
- коррекцию фармакотерапии необходимо проводить с учетом основных факторов развития и течения ОРС, функции соустьев придаточных пазух и тяжести заболевания; использование данной тактики лечения позволяет избежать полипрагмазии и ее последствий и обеспечивает высокий терапевтический эффект;
- важным, если не основным аспектом работы врача является профилактика острых респираторных инфекций, в том числе ОРС.

Ввиду разнообразия патогенных вирусов, возбудителей ОРС специфическая профилактика не всегда эффективна, что обуславливает целесообразность неспецифической профилактики. Одним из немногих лекарственных средств, обладающих эффективными иммуномодулирующими свойствами, является Имупрет — препарат, также созданный с использованием фитониринговых технологий и подтвердивший свою эффективность при ЛОР-патологии.

Подготовил Владимир Савченко



Новости

Компьютерная томография и риск возникновения онкологических заболеваний у детей

Широкое использование компьютерной томографии (КТ) в педиатрии вызывает обеспокоенность по поводу риска развития рака в результате воздействия ионизирующего излучения. Целью ретроспективного исследования стала количественная оценка тенденций при использовании КТ в педиатрии и подверженность детей радиации и риска развития рака.

В исследовании использовались данные, полученные у 4 857 736 детей в возрасте до 15 лет (за период с 1996 по 2010 год), которым проводилась КТ. Дозы облучения были рассчитаны для 744 процедур КТ, выполнявшихся в период между 2001 и 2011 годами.

Частота использования КТ удвоилась у детей в возрасте до 5 лет и стала в три раза выше в возрасте от 5 до 14 лет в период между 1996 и 2005 годом, на протяжении 2006 и 2007 гг. стабилизировалась, а затем начала снижаться. Эффективные дозы облучения варьировали от 0,03 до 69,2 мЗв при сканировании. Эффективная доза 20 мЗв и выше припадала в 14-25% случаев на область живота/таза, в 6-14% — позвоночника, а также в 3-8% — грудной клетки. Риск солидного рака был выше у пациентов младшего возраста и у девочек в сравнении с пациентами более старших возрастных групп и мальчиками, а также у пациентов, которые прошли КТ органов брюшной полости/таза или позвоночника по сравнению с КТ других областей. Для девочек риск развития одного случая солидного рака, согласно прогнозам, припадает на каждые 300-390 КТ-обследований живота/таза, 330-480 сканирований грудной клетки и 270-800 сканирований позвоночника и зависит от возраста ребенка. Риск лейкемии был самым высоким при сканировании области головы для детей в возрасте до 5 лет — 1,9 случая на 10 тыс. процедур КТ. По общим оценкам, на каждые 4 млн КТ-обследований головы, живота/таза, грудной клетки, позвоночника, выполняемых ежегодно у детей, будут связаны с 4870 случаями онкологических заболеваний. Уменьшение дозы облучения на 25% в среднем может предотвратить 43% этих видов рака.

Таким образом, более широкое использование КТ в педиатрии в сочетании с широким спектром доз облучения

приводит к тому, что многие дети получают повышенные дозы. Использование стратегий, направленных на снижение дозы, может резко сократить количество радиационно-индуцированной онкопатологии.

<http://archpedi.jamanetwork.com>

Влияние порнографии на социальное поведение и показатели здоровья у подростков

В Швеции было проведено исследование, в котором была изучена ассоциация между просмотром порнографии и сексуальным опытом, образом жизни и самооценкой здоровья среди мальчиков средней школы.

Исследование проводилось в двух городах Швеции в 53 случайно выбранных классах среднеобразовательных школ среди 16-летних мальчиков (n=477).

Анализ результатов продемонстрировал, что почти все мальчики, 96% (n=453), смотрели порнографию. Частые (каждый день) пользователи порнографических сайтов (10%, n=47) отличались от обычных (63%, n=292) и нечастых пользователей (27%, n=126). В сравнении с ними у «любителей порнографии» отмечался более богатый сексуальный опыт — единичные половые контакты (45, 32 и 25%, соответственно) или секс с друзьями более 10 раз (13, 10, 2%). Среди частых пользователей порнографических сайтов постоянных пользователей (более 10 ч подряд проводили за компьютером несколько раз в неделю) было значительно больше в сравнении с другими группами (32, 5, 8%). Также у них чаще отмечались проблемы в отношениях со сверстниками (38, 22, 21%), прогулы (один раз в неделю и более) (11, 6, 5%), ожирение (13, 3, 3%), курение (36, 29, 20%), употребление спиртных напитков (77, 70, 52%). Треть пользователей отмечали, что часто смотрели больше порнографии, чем хотели изначально. Различия между группами в отношении самооценки физического и психологического здоровья обнаружены не были.

Таким образом, мальчики, частые пользователи порнографических сайтов, были сексуально опытнее, проводили больше времени за компьютером и вели менее здоровый образ жизни по сравнению с другими группами детей. Никакие

различия в отношении самооценки здоровья обнаружены не были, хотя ожирение у них отмечалось в два раза чаще.

<http://journals.lww.com>

Вакцинация против ротавирусной инфекции на момент выписки из отделений интенсивной терапии у новорожденных с очень низкой массой тела при рождении

Недоношенные дети подвергаются повышенному риску тяжелого гастроэнтерита ротавирусной этиологии. Иммунизация против ротавирусной инфекции является безопасной и эффективной, однако возрастные ограничения снижают количество детей, имеющих право на вакцинацию при выписке из отделения интенсивной терапии (ОИТ).

Целью проспективного наблюдательного исследования была оценка реализации программы вакцинации против ротавирусной инфекции у новорожденных с очень низкой массой тела (≤ 1500 г) и экстремально низкой массой тела (< 1000 г) при рождении на момент выписки из ОИТ в период 2008-2010 гг.

В общей сложности 63% (135 из 213) младенцев с экстремально низкой массой тела не получали противоротавирусную вакцинацию. Причины, из-за которых вакцинация не проводилась, были следующими: возраст на момент выписки младше 42 дней (56 из 213, 26%) или старше 84 (104) дней (48 из 213, 23%), другие причины (35 из 213, 16%). Большинство (75%) младенцев из второй группы при рождении имели экстремально низкую массу тела. Таким образом, большинство таких детей не получают вакцинацию против ротавирусной инфекции. В связи с этим организаторы исследования рекомендуют пересмотреть сроки проведения вакцинации и разработать альтернативные стратегии вакцинации для детей, рожденных с экстремально низкой массой тела.

<http://pediatrics.aappublications.org>

Подготовил Владимир Савченко