

Тактика ведення дітей з гострим риносинуситом

На початку весни різко збільшується кількість дітей з обструкцією носа та нежитьом, які можуть бути проявами гострого риносинуситу як інфекційної, так і алергічної природи. У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «VI академічна школа з педіатрії» у форматі міждисциплінарного дуету тему риносинуситу у дітей обговорили лікар Львівської обласної дитячої клінічної лікарні ОХМАТДИТ, віце-президент Асоціації дитячих оториноларингологів України Федір Богданович Юрочко та завідувачка кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Леся Василівна Беш.

Проф. Л.В. Беш розпочала свій виступ з проблеми гострого риносинуситу на тлі гострої респіраторної інфекції (ГРІ).

– Проблема риносинуситу у дітей знаходиться «на перехресті» декількох медичних спеціальностей, тому є актуальною і для педіатрів, і для алергологів та оториноларингологів. Під гострим риносинуситом слід розуміти стан, який визначається як раптова поява 2 або більше симптомів: закладеності/обструкції носа, набряку слизової оболонки, безбарвних виділень з носа, денного та нічного кашлю. Тривалість симптомів не повинна перевищувати 12 тижнів.

В аспекті гострого риносинуситу педіатри завжди особливо уважно ставляться до дітей, яких раніше називали пацієнтами, що часто хворіють. Сьогодні у міжнародній медичній спільноті використовується термін «рекурентні респіраторні інфекції» (РРІ). Зазвичай до цієї категорії пацієнтів належали діти молодшого віку, які мали більше 6-8 епізодів ГРІ на рік. Близько 10-15% дітей мають не менше 12 епізодів ГРІ на рік.

Проте у науковому колі часто дискутують з приводу питання «скільки епізодів ГРІ є допустимими для дитини?». Більшість українських спеціалістів вважають, що до групи дітей, які часто хворіють, слід відносити таких, які мають 4-8 епізодів ГРІ на рік і при цьому не мають проявів хронічної або вродженої патології. На думку деяких авторів, для формування повноцінної імунної відповіді для деяких дітей «достатньо» перехворіти ГРІ 1 раз на рік, для інших – 6-8 разів. Найчастіше на ГРІ хворіють діти 1-5 років, коли відбувається процес становлення адекватної імунної відповіді. Згідно з останніми рекомендаціями, основна терапевтична тактика при неускладненому перебігу ГРІ має бути спрямована на усунення основних симптомів захворювання. Однією з типових ознак ГРІ у дітей є гострий риносинусит.

Для пришвидшення одужання дітей з ознаками гострого риносинуситу, які не входять до групи РРІ, достатньо забезпечити сприятливі умови: дотримання режиму дня, часте вживання теплих напоїв, зволоження повітря, поцедура очищення та зволоження носової порожнини, за потребою – застосування назальних деконгестантів. Приймати протівірусні лікарські засоби можна виключно за показаннями, а імунотропні препарати у дітей до 3 років взагалі не використовуються, адже втручання у процес формування імунної відповіді може мати негативні наслідки.

Оптимальний догляд за порожниною носа у немовлят можна забезпечити за допомогою системи Отривін Бебі, яка складається з аспіратора та крапель для зрошення носової порожнини. Краплі представлені ізотонічним розчином, рівень рН якого близький до природного секрету слизової носа. Аспіратор допомагає м'яко та безболісно видалити слиз із носових ходів. Система Отривін Бебі спеціально розроблена для зволоження слизової оболонки носа немовляти та очищення носової порожнини від надлишку секретії м'яким природним шляхом.

При ГРІ з проявами гострого риніту для очищення носової порожнини та зменшення закладеності носа слід звернути увагу на засіб Отривін Натуральний з евкаліптом. До його складу входять лише природні компоненти: гіпертонічний 2,2% розчин морської води (сприяє зменшенню набряку слизової оболонки носа та видаленню

слизу і патогенних мікроорганізмів), ефірна олія евкаліпту (надає пацієнту суб'єктивне відчуття прохолоди в носі, сприяє полегшенню проходження повітря), екстракт дикої м'яти. Отривін Натуральний з евкаліптом не містить консервантів.

При веденні дитини з ознаками гострого риніту кожен педіатр стикається з питанням, призначати чи утриматися від застосування назальних деконгестантів. З одного боку, ці засоби швидко знімають набряк слизової оболонки носа та приносних пазух, особливо цей ефект корисний в екстрених ситуаціях (наприклад, при туботиті). З іншого боку, назальні деконгестанти призводять до порушення роботи миготливого епітелію, що супроводжується сповільненням евакуації слизу, при передозуванні мають загальнотоксичний ефект, часто спричиняють медикаментозний риніт.

Враховуючи виражений протинабряковий ефект місцевих судинозужувальних препаратів, вони часто використовуються у лікуванні гострого риносинуситу у дітей. У педіатрії зазвичай використовуються засоби з меншою концентрацією діючої речовини. Таким препаратом є Отривін, який містить ксилометазолін у концентрації 0,05%, що є вдвічі менше, ніж для дорослих. Назальні краплі мають швидку (ефект настає вже через 2 хвилини після застосування) та тривалу (до 12 годин) дію. Препарат можна застосовувати протягом 7-10 днів. Завдяки наявності двох зволожуючих компонентів – сорбітолу та гіпромелози – засіб перешкоджає пересиханню слизової оболонки носа. Краплі Отривін застосовуються у дітей з 1 року.

Ф.Б. Юрочко спростував деякі побічні ефекти назальних деконгестантів при гострому риносинуситі у дітей.

– Твердження про те, що застосування цих засобів призводить до порушення функції миготливого епітелію, є досить суперечливим. Інфекційне запалення слизової оболонки носа спричиняє деструкцію миготливого епітелію. Разом з тим усунення набряку та покращення аерації приносних пазух завдяки застосуванню деконгестантів сприяє регенерації миготливого епітелію. Щодо передозування деконгестантів: більшість зафіксованих випадків токсичності стосується застарілих представників фармакологічної групи. Сучасні судинозужувальні препарати мають ширше терапевтичне вікно, що дозволяє мінімізувати ризик їх передозування.

Далі експерти розглянули два клінічних випадки.

Клінічний випадок 1

Пацієнт К., 7 р.

2 тижні тому переніс ГРІ (спостерігалось підвищення температури до 39 °С, виділення з носа, утруднене носове дихання, вологий кашель, переважно вранці, головний біль). Симптоми утрудненого носового дихання продовжують турбувати, є незначні виділення з носа та головний біль.

Об'єктивно: виділення з носа серозні, мацерація навколо носа, дихання через рот, болючість при пальпації гайморових пазух, при огляді ротоглотки помітно розширення судин, «доріжка» слизу з носоглотки. Температура тіла 37,1 °С.

Попередній діагноз: ГРІ, гострий риносинусит.

Тактика лікування пацієнта – погляд оториноларинголога (Ф.Б. Юрочко)

Закладеність носа негативно впливає на якість життя дитини: погіршує сон, ускладнює прийом їжі, спричиняє постійний дискомфорт. У даному клінічному випадку потрібно відновити носове дихання, чого можна досягти завдяки застосуванню судинозужувального засобу Отривін 0,05% (знімає набряк слизової оболонки), а через 20-30 хвилин промити носові ходи засобом Отривін Натуральний з евкаліптом. При великій кількості виділень спочатку потрібно промити носову порожнину (у деяких випадках цього може бути достатньо), потім застосувати судинозужувальні краплі для усунення набряку, після чого повторно промити носові ходи.

Клінічний випадок 2

Пацієнт Н., 5 р.

Скарги на виділення з носа, утруднене носове дихання, переважно зранку. Симптоми турбують вже протягом 3 місяців.

Анамнез: матір пацієнта страждає на бронхіальну астму.

Об'єктивно: виділення з носа серозні, дихання через рот, позитивний симптом «алергічного салюту».

Попередній діагноз: алергічний риносинусит (АР).

Тактика ведення пацієнта – погляд педіатра (Л.В. Беш)

Основною підставою для припущення алергічної природи риносинуситу у дитини є дані анамнезу. Незважаючи на те, що АР не асоціюється з тяжким, життєзагрозливим станом, захворювання негативно відображається на якості життя дитини (порушує сон, сприяє підвищеній втомлюваності, дратівливості, зниженню концентрації уваги та якості навчання). Крім того, наявність АР є фактором ризику розвитку бронхіальної астми (БА), яка вже є серйозним хронічним захворюванням. Так, прояви АР спостерігаються у 85% пацієнтів з БА.

Характерними для АР ознаками є чхання (часто у вигляді нападів); профузна або періодична ринорея з виділенням великої кількості рідкого секрету, яка призводить до подразнення шкіри над верхньою губою і на крилах носа, викликаючи набряк та гіперемію; закладеність носа внаслідок набряку носових раковин (часто є єдиною скаргою пацієнта з АР); зниження або повна втрата відчуття смаку та нюху; першіння в горлі та непродуктивний кашель через подразнювальну дію виділень, які стікають з носа по задній стінці глотки; часте тертя кінчика носа рукою знизу вгору як позитивний симптом «алергічного салюту».

При припущенні АР у дитини такі додаткові методи обстеження, як загальний аналіз крові (ЗАК), назоцитограма та визначення рівня загального сироваткового IgE є малоінформативними. Рівень еозинофілів та загального IgE може підвищуватися при багатьох захворюваннях, не пов'язаних з алергією. Крім того, у 20-50% хворих на алергію визначають нормальний рівень загального IgE, при цьому виявляються специфічні IgE до конкретного алергену. Найбільш інформативним методом діагностики АР є шкірні алергологічні проби.

Новим напрямом сучасної алергології є молекулярна діагностика алергії на підставі



Л.В. Беш



Ф.Б. Юрочко

визначення мажорних та мінорних компонентів алергенів, яка дозволяє обрати оптимальний склад алергенів для проведення алерген-специфічної імунотерапії (АСІТ). Слід наголосити на тому, що рутинне застосування молекулярної діагностики алергії є нерациональним, метод необхідний вузькому колу пацієнтів.

Згідно з сучасними рекомендаціями ведення пацієнтів з АР АRIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), основними цілями терапії є контроль симптомів АР (досягнення медикаментозної ремісії), профілактика ускладнень АР, відсутність обмежень у щоденній фізичній активності, відсутність впливу симптомів АР на навчання та працездатність, профілактика АР, відсутність побічних ефектів терапії та забезпечення високої якості життя пацієнта. Для досягнення таких цілей лікувальна стратегія включає: навчання пацієнтів та їх родичів, елімінаційні заходи, дієтотерапію, медикаментозну терапію, АСІТ. Навчання пацієнта та його родичів є першим та найголовнішим кроком у терапії алергії. Лікаряю необхідно встановити двосторонній контакт з пацієнтом та його родичами, доступно обґрунтувати цілі лікування, що дозволить підвищити прихильність хворого до терапії. Дієтотерапія є важливим напрямом терапії АР, оскільки між інгалаційними та харчовими алергенами часто присутня перехресна реакція. АСІТ – ефективний напрямок лікування АР, проте цей метод повинен застосовуватися під наглядом вузького спеціаліста (алерголога).

Медикаментозна терапія АР передбачає застосування базисних протизапальних засобів (топічних глюкокортикостероїдів), системних та місцевих антагоністів H₁-гістамінових рецепторів, антилейкотрієнових препаратів, симптоматичних засобів (деконгестантів, очних крапель тощо). Для усунення симптомів сезонного АР у дітей можна рекомендувати назальний спрей Отривін Екстра, до складу якого входить оригінальний ксилометазолін та іпратропію бромід. Ці два компоненти одночасно зменшують кількість виділень з носа та полегшують носове дихання. Препарат забезпечує швидкий (через 5-10 хвилин) та тривалий (6-8 годин) ефект. Дозований спрей Отривін Екстра гарантує точність дозування та належний розподіл розчину по поверхні слизової оболонки носа.

На завершення обговорення АР у дітей проф. Л.В. Беш виділила основні лікарські помилки у веденні таких пацієнтів: призначення антигістамінних препаратів I покоління, застосування «саморобних» крапель, імунотропних засобів, необґрунтоване призначення антибіотиків, тривале використання деконгестантів, пізні проведення АСІТ, необґрунтоване хірургічне втручання.

Підготувала Ілона Цюпа

Отривін

**ДІЄ ЗА 2 ХВИЛИНИ
ТА ПРОТЯГОМ
12 ГОДИН***



**ЗАКЛАДЕНІСТЬ
НОСА**



**АЛЕРГІЧНИЙ
РИНІТ**



СИНУСИТ

- Полегшує дихання **НА 50%** протягом декількох хвилин¹
- Не зафіксовано випадків медикаментозного риніту при використанні під час застуди протягом 10 днів²
- Містить охолоджувальні ароматичні речовини, які допомагають покращити відчуття прохідності повітря через ніс³⁻⁵



ШВЕЙЦАРСЬКА ЯКІСТЬ

Реклама лікарського засобу. Перед застосуванням необхідно проконсультуватися з лікарем та обов'язково ознайомитися з інструкцією до медичного застосування лікарського засобу.
*Дія препарату розпочинається протягом 2 хвилин після застосування та зберігається до 12 годин згідно з інструкцією до застосування. ОТРИВІН З МЕНТОЛОМ ТА ЕВКАЛІПТОМ, спрей назальний, дозований 0,1%, Р.П. МОЗ України №UA/5416/01/01, Наказ №273 від 28.03.2016. 1. ECCLES R, ET AL. AM J RHINOL 2008;22:491-496. 2. GRAFF, ECCLES R, CHEN S. EFFICACY AND SAFETY OF INTRANASAL XYLOMETAZOLINE AND IPRATROPIUM IN PATIENTS WITH COMMON COLD. EXPERT OPIN PHARMACOTHER. 2009;10(5):889-908. 3. EUCALYPTUS. EHRlich S, 2011. AVAILABLE AT: [HTTP://AVERAORG.ADAM.COM/CONTENT.ASPX?PRODUCTID=107&PID=33&GID=000241](http://averaorg.adam.com/content.aspx?productid=107&pid=33&gid=000241) [LAST ACCESSED 4 APR 2012]. 4. CERMELLI C, FABIO A, FABIO G, QUAGLIO P. EFFECT OF EUCALYPTUS ESSENTIAL OIL ON RESPIRATORY BACTERIA AND VIRUSES. CURR MICROBIOL 2008; 56:89-92. 5. BURROW A, ECCLES R, JONES A. THE EFFECTS OF CAMPHOR, EUCALYPTUS AND MENTHOL VAPOUR ON NASAL RESISTANCE TO AIRFLOW AND NASAL SENSATION. ACTA OTOLARYNGOL 1983; 96(1-2):157-161.
Імпортер та уповноважена організація в Україні: ТОВ «ГлаксоСмітКлайн Хелскер Юкрейн Т.О.В.», Україна. Адреса: 02152, м. Київ, проспект Павла Тичини, 1-В. Тел. (044) 585-51-85, e-mail: oax70065@gsk.com. Торгові марки належать або використовуються за ліцензією групою компаній GSK. ©2018 група компаній GSK або їх ліцензіар.
Інформаційний матеріал PM-UA-OTRI-20-00001. Дата виготовлення матеріалу: лютий 2020 р.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, А ТАКОЖ ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ В РАМКАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАХОДІВ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ