

Сучасні підходи до лікування риносинуситів в педіатричній практиці

Гострий риносинусит (ГРС) – запалення слизової оболонки приносних пазух. Запалення може бути бактеріальним або вірусним, серозним або гнійним, охоплювати всі навколосові пазухи – лобну, етмоїдальну, верхньощелепну або одну з них. Діагностика риносинуситу у дітей перших років життя часто буває утруднена і вимагає комплексної терапії з використанням максимально безпечних препаратів. У рамках XII академічної школи з педіатрії провідні експерти галузі представили доповіді про підходи до лікування риносинуситу у дітей.



Завідувач кафедри отоларингології НМУ ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Юлія Валеріївна Дєєва представила доповідь «Особливості лікування ГРС у віковому аспекті», в якій акцентувала увагу слухачів на сучасних підходах до менеджменту педіатричних пацієнтів із риносинуситом різної етіології:

— ГРС залишається актуальною проблемою в практиці педіатра через високу поширеність цього захворювання серед дитячого населення. За статистикою, діти хворіють на ГРС у 4 рази частіше, ніж дорослі, у середньому 2-5 разів на рік (M. Valls-Martens, 2020). У дітей віком від 1 року цілком справедливо діагностувати ГРС, тому що дитина народжується з розвиненими етмоїдальними пазухами і наявними верхньощелепними пазухами, які зазвичай мають форму щілини. Поступово пазухи розвиваються і при досягненні 12 років мають несуттєві відмінності від приносних пазух дорослого. Іншим аспектом є особливості імунної системи і того, що завдяки формуванню механізмів протівірусного захисту та імунологічної реакції у випадку бактеріальної інфекції клінічний перебіг ГРС у дітей може протікати довше. Проте встановлення діагнозу риносинуситу залишається абсолютно визначеним: запалення слизової оболонки носа і приносних синусів з наявністю 2-х або більше наведених симптомів тривалістю до 12 (ГРС) або більше 12 тижнів (хронічний риносинусит).

До діагностичних симптомів належать: закладеність носа, виділення з носа, тиск/біль в обличчі, гіпо-, аносмія. Діагностика риносинуситу відповідно до консенсусу ICAR-RS-2021 передбачає насамперед ретельний збір анамнезу із обов'язковим зазначенням тривалості захворювання, що дає 50-80% ймовірності встановлення правильного діагнозу. Також обов'язковим є проведення попередньої риноскопії – цей метод діагностики підвищує вірогідність діагнозу до 90%. Для максимально повної візуалізації патологічних змін рекомендована ендоскопія порожнини носа. Променеві методи (комп'ютерна томографія приносних пазух) показані лише при підозрі на ускладнене захворювання, його затяжному перебігу понад 12 тижнів чи за наявності поліпозу. Пункція верхньощелепної пазухи рутинно не проводиться. Лабораторні дослідження (наприклад, визначення рівня С-реактивного білка або прокальцитоніну) доцільно виконувати при підозрі на бактеріальне походження процесу або при появі загрозливих симптомів у пацієнта (R.R. Orlandi, 2022).

Незважаючи на існуючі рекомендації та діагностичні заходи, певні види лікування досі призначають без показань. В іспанському ретроспективному дослідженні PROSINUS 2018 було показано, що при вірусному і поствірусному риносинуситі антибіотики частіше призначають лікарі первинної ланки. Також класичні муколітики періодично призначають сімейні лікарі, а фітотерапію – отоларингологи. Саме тому рекомендації Американської академії отоларингології та хірургії голови і шиї виключили лихоманку як показник бактеріальної етіології ГРС через низьку чутливість і специфічність цього критерію. До основних показань призначення антибіотикотерапії відносять:

- відсутність позитивної динаміки симптомів протягом 72 годин на тлі адекватної протизапальної терапії;
- лихоманку без тенденції до її зменшення;
- лейкоцитоз $>15 \times 10^9$, ШОЕ >20 мм/год, С-РБ >60 мг/л.

До загрозливих симптомів, у разі наявності яких пацієнтів потрібно госпіталізувати, відносять: периорбітальний набряк/еритему, зміщення очного яблука, двоїння в очах, офтальмоплегію, зниження гостроти зору, виражений одно- або двобічний головний біль, набряк фронтальної ділянки, менінгеальні ознаки, неврологічні симптоми, втрату свідомості. Дуже часто для полегшення носового дихання використовують деконгестанти, проте FDA рекомендує топічне використання нафазоліну у дітей старше 12 років у концентрації 0,05%, у дітей від 6 до 12 років – 0,025%. Натомість в Україні на фармацевтичному ринку

наявні розчини тільки 0,05 і 0,1%. Топічні деконгестанти доцільно застосовувати дітям у виняткових ситуаціях з особливою обережністю. Нераціональне лікування ГРС може призвести до ускладнення захворювання або появи побічних реакцій від передозування.

З позиції доказової медицини деконгестанти і нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) мають ступінь доказовості 1a, але при дотриманні рекомендованих доз із корекцією відносно маси тіла і віку дитини. Натомість фітотерапія має значний вплив на зменшення тривалості захворювання і його симптомів при відсутності серйозних побічних ефектів і ступінь доказовості 1b, що підтверджує ефективність і безпеку цієї групи препаратів, що особливо актуально при лікуванні дітей. Ця категорія препаратів може суттєво покращити стан пацієнта без побічних ефектів і впливу на функціонування шлунка, печінки, нирок, на відміну від НПЗП та антибактеріальних засобів.

У сучасній отоларингології з успіхом використовується фітопрепарат Респеро Миртол. Рандомізоване сліпе плацебо-контрольоване клінічне дослідження ефективності засобу Респеро Миртол у Німеччині, яке проводилося протягом 2019-2020 рр., показало, що препарат значно знижує інтенсивність симптомів вірусного ГРС (за даними MSS) порівняно із плацебо. А клінічне покращення і редукція проявів відбувалася на 3 дні раніше порівняно із контролем (O. Pfaar, 2022).

Європейський узгоджувальний документ з риносинуситу і назальних поліпів (2020) включає рослинні варіанти лікування, наприклад Респеро Миртол, для лікування дорослих пацієнтів із поствірусним ГРС (рівень доказовості 1b). У рекомендаціях щодо риносинуситу Німецького спілнота отоларингології, хірургії голови та шиї рекомендує Респеро Миртол 300 мг для лікування дорослих пацієнтів із негнійним ГРС. Крім запалення приносних пазух, відповідно до німецьких рекомендацій щодо лікування кашлю, для зменшення інтенсивності і тривалості кашлю у дорослих пацієнтів із гострим бронхітом рекомендовані фітопрепарати, у тому числі Респеро Миртол в дозі 300 мг.

У рекомендаціях Німецького товариства лікарів загальної практики і сімейної медицини (German Society of General Practice/Family Medicine – DEGAM) для лікування важкого кашлю зазначено препарат Миртол, який показав вищу частоту суб'єктивної відповіді, ніж плацебо, через 7 днів (рівень доказовості 1b) і виявився більш ефективним порівняно з плацебо у полегшенні симптомів шляхом зменшення кількості нападів кашлю на 62,1% протягом дня порівняно з 49,8% при застосуванні плацебо.

Препарат містить дистильований бленд 4 ректифікованих ефірних олій: евкаліпту, солодкої апельсину, мирту і лимону. Дозування: для дорослих 300 мг і для дітей 120 мг. Може застосовуватися в складі комплексної терапії гострого і хронічного бронхіту, запалення приносних пазух (риносинуситу). Препарат має клінічно доведену ефективність із натуральним і безпечним складом, швидко всмоктується в тонкій кишці, виводиться через слизову оболонку бронхів, що дозволяє розглядати прийом препарату як «інгаляцію зсередини». Це суттєво підвищує ефективність терапії. Рекомендований EPOS 2012, 2020 рр. і національним протоколом з ведення пацієнтів із ГРС.



Тему менеджменту пацієнтів із риносинуситом з точки зору лікаря-отоларинголога продовжив **завідувач кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Сергій Михайлович Пухлік**, представивши доповідь «Яквилікувати ГРС без антибіотиків»:

— Слизова оболонка дихальних шляхів у нормі вистелена клітинами війкового епітелію та секреторними клітинами. Війки контактують із тонким шаром рідини (air-liquid surface layer – ASL), який вкриває поверхню бронхів. ASL складається з двох компонентів: гелю і золю. Гель являє собою шар

слизу, що утримує пил, мікроорганізми та інші частинки, які ми вдихаємо; золь – навколівійковий шар низької в'язкості, що змащує поверхню дихальних шляхів, полегшуючи рух війок і забезпечуючи ефективний мукоциліарний кліренс. Взаємодія цих компонентів сприяє нормальному функціонуванню мукоциліарного апарату слизової дихальних шляхів.

Розвиток риносинуситу пов'язаний із порушенням роботи апарату мукоциліарного кліренсу слизової дихальних шляхів. При ендоскопічному дослідженні можна виявити поліпи в носовій порожнині та/або слизово-гнійні виділення, які локалізуються переважно в середній частині носового ходу. Також може спостерігатися набряк і непрохідність слизової саме цієї ділянки. Дані комп'ютерної томографії в таких випадках демонструють запальні зміни на рівні остеомаєтального комплексу та/або приносних пазух. За тривалістю розрізняють ГРС із симптомами до 12 тижнів, рецидивуючий (3 і більше епізодів на рік) і хронічний із симптомами понад 12 тижнів, який також поділяють на форми з поліпозом і без нього.

У більшості випадків ГРС розвивається на тлі гострої респіраторної вірусної інфекції. Наслідком впливу патогенних мікроорганізмів є руйнування війчастого епітелію, зменшення відносної частки фази золь, що призводить до порушення евакуації фази гелю і скупчення патогенних мікроорганізмів. Це супроводжується активацією нейтрофілів, еозинофілів, опасистих клітин, макрофагів, базофілів, лімфоцитів, вивільнення медіаторів запалення, виникає реактивний набряк, який прогресує далі у запальний. Все це призводить до порушення вентиляції та дренажу приносних пазух, застою секрету, пошкодження епітелію, порушення функції мукоциліарного транспорту.

На тлі порушення МЦК суттєво знижується механізм протиінфекційної резистентності, відбувається патогенізація сапрофітної мікрофлори. Застій слизу, наявність патогенної мікрофлори сприяють розвитку бактеріального риносинуситу. Таким чином, визначальну роль у лікуванні захворювань верхніх дихальних шляхів, зокрема синуситу, відіграє відновлення МЦК і зменшення вираженості запальних процесів, у тому числі набряку.

На сьогодні чітко визначені рекомендації щодо лікування гострих і хронічних риносинуситів. Щодо антибактеріальних препаратів, то поствірусний риносинусит не є показником можливого розвитку бактеріального риносинуситу. Застосування антибіотиків не мало жодної переваги у профілактиці розвитку бактеріального ГРС. Систематичні огляди демонструють, що кількість вилікуваних пацієнтів протягом 7-15 днів становить 91% при призначенні антибіотиків і 86% при призначенні плацебо (R. Richard, 2016). Різниця не суттєва, але побічні ефекти від прийому антибіотиків можуть наробити багато шкоди.

Різні дослідження демонструють частіше призначення антибіотиків у зимовий період, зокрема, для лікування інфекцій верхніх дихальних шляхів у дітей віком від 0 до 3 років. ВООЗ радить застосовувати антибіотики у тих випадках, коли їх призначення є клінічно і лабораторно обґрунтованим. До основних методів боротьби із недоцільним призначенням антибактеріальних препаратів і боротьби з антибіотикорезистентністю є використання альтернативних методів лікування. За останні 20 років накопичено великий обсяг матеріалів щодо ефективності рослинних препаратів.

Доведено, що Респеро Миртол стимулює секрецію рідини і частоту руху війок миготливого епітелію, що сприяє нормалізації мукоциліарного кліренсу (B. Chen, 2014). Крім того, зафіксовано збільшення швидкості мукоциліарного транспорту в приносних пазухах після застосування препарату.

У дослідженні P. Federspil та співавт. (2000) продемонстрована ефективність препарату Респеро Миртол у лікуванні неускладненого ГРС у дітей. Встановлено достовірне зниження вираженості симптомів і зменшення потреби в антибіотиках порівняно із плацебо. Препарат добре переноситься, небажані реакції поодинокі.

Таким чином, риносинусит є поширеним захворюванням верхніх дихальних шляхів. Розробка сучасних безпечних рослинних препаратів дозволяє ефективно лікувати запальні процеси у приносних пазухах із якісним впливом на патогенез захворювання з мінімальною кількістю побічних ефектів. Такі підходи мають доведену дієвість і дозволяють суттєво зменшити призначення антибіотиків.

Підготувала Катерина Пашинська

Респеро Миртол | Респеро Миртол форте

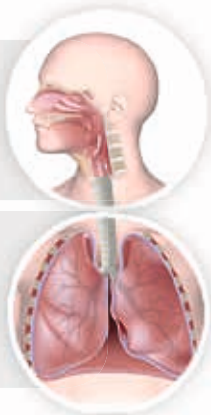
дистиллят суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона



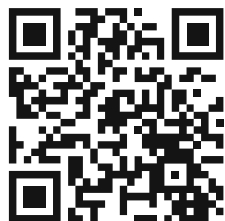
ПРИ ГОСТРОМУ СИНУСІТІ ЗНАЧНЕ ПОЛЕГШЕННЯ СИМПТОМІВ ТА ЗМЕНШЕННЯ ПОТРЕБИ В АНТИБІОТИКАХ VS PLASEBO²

1 капсула

2 показання
(бронхіт та синусит)^{1*}



Більше інформації
на сайті



Інформація про безрецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група. Фармакотерапевтична група. Код АТХR05C. Відхаркувальні засоби, за винятком комбінованих препаратів, що містять протикашльові засоби. **Склад Респеро Миртолу:** 1 капсула містить 120 мг дистилляту суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона. **Склад Респеро Миртолу Форте:** 1 капсула містить 300 мг дистилляту суміші ректифікованих ефірних олій евкаліпта, солодкого апельсина, мирта та лимона. **Показання.** У складі комплексної терапії гострого і хронічного бронхіту, при запаленні придаткових пазух носа (синусит). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату; запальні захворювання шлунка, кишкової та жовчовивідних шляхів; тяжкі порушення функції печінки. **Спосіб застосування та дози.** Капсули Респеро Миртолу рекомендовано приймати за 30 хвилин до їди, запивати великою кількістю прохолодної води або іншими напоями. Дорослим та дітям віком від 10 років рекомендовано приймати додатково 2 капсули Респеро Миртолу ввечері, перед сном. Дітям віком від 3 до 10 років (данний препарат призначати дітям у той період, коли вони можуть самостійно ковтати капсулу): при клінічній картині гострого запалення дітям рекомендовано приймати по 1 капсулі 4-5 разів на добу. З метою створення умов для поліпшення сну останню дозу потрібно приймати перед сном; при хронічному процесі приймати по 1 капсулі 3 рази на добу. Таке ж дозування рекомендоване при довготривалій терапії; для полегшення ранкового відходження мокротиння при хронічному бронхіті рекомендовано приймати додатково 1 капсулу Респеро Миртолу ввечері, перед сном. Препарат застосовувати у період проявів симптомів захворювання та протягом 2-4 днів після їх зникнення. **Спосіб застосування та дози.** Капсули Респеро Миртолу Форте рекомендовано

приймати за 30 хвилин до їди, запивати великою кількістю прохолодної води або іншими напоями. Дорослим та дітям віком від 10 років при клінічній картині гострого запалення приймати по 1 капсулі 3-4 рази на добу. З метою створення умов для поліпшення сну останню дозу потрібно приймати перед сном. При хронічному процесі приймати по 1 капсулі 2 рази на добу. Таке ж дозування рекомендоване при довготривалій терапії. Для полегшення ранкового відходження мокротиння при хронічному бронхіті рекомендовано приймати додатково 1 капсулу Респеро Миртолу Форте ввечері, перед сном. Дітям віком від 6 до 10 років (данний препарат призначати дітям у той період, коли вони можуть самостійно ковтати капсулу) рекомендується приймати по 1 капсулі 4-5 разів на добу. З метою створення умов для поліпшення сну останню дозу потрібно приймати перед сном; при хронічному процесі приймати по 1 капсулі 3 рази на добу. Таке ж дозування рекомендоване при довготривалій терапії; для полегшення ранкового відходження мокротиння при хронічному бронхіті рекомендовано приймати додатково 1 капсулу Респеро Миртолу ввечері, перед сном. Препарат застосовувати у період проявів симптомів захворювання та протягом 2-4 днів після їх зникнення. **Побічні реакції.** Рідко (від 1 до 10 випадків на 1000) можуть виникати больові явища і дискомфорт у шлунково-кишковому тракті. Дуже рідко (від 1 до 10 випадків на 10000) може виникати нудота, блювання, діарея. Також спостерігаються поодинокі випадки алергічних реакцій, у тому числі висипи на шкірі, свербіж, почервоніння, набряк обличчя, задишка, циркуляторні порушення. В 1 випадку на 10000 може виникати загострення жовчокам'яної і сечокам'яної хвороби. **Виробник.** Г. Польш-Боскамп GmbH & Co. KG, Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, Кілер Штрассе 11, 25551 Хохенлохштедт, Німеччина/Kieler Strasse 11, 25551 Hohenlockstedt, Germany. РП №4948/01/01, №4948/01/02. Для докладної інформації дивись повну інструкцію для медичного застосування лікарського засобу Респеро Миртол та Респеро Миртол Форте затверджено наказом МОЗ України № 1957 від 25.08.2020. Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів. За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89.

1. Інструкція для медичного застосування препарату (Респеро Миртол та Респеро Миртол Форте) № 1957 від 25.08.2020. 2. Federspil P, Wulkow R, Zimmermann T. Wirkung von Myrtol® standardisiert bei der Therapie der akuten Sinusitis-Ergebnisse einer doppelblinden, randomisierten Multicenterstudie gegen Placebo [Effects of standardized Myrtol® in therapy of acute sinusitis-results of a double-blind, randomized multicenter study compared with placebo]. Laryngorhinootologie. 1997;76(1):23-27. На основі результатів рандомізованого, подвійного сліпого, плацебо-контрольованого, багаточентрового дослідження, в якому оцінювали більшу ефективність препарату (300 мг х4) та/або іншого ефірного масла у порівнянні з плацебо на підставі оцінки симптомів до та після лікування, потреби в застосуванні антибактеріальних засобів та необхідності подальшого лікування. Ступінь тяжкості синуситу оцінювали за шкалою оцінки симптомів; для включення в дослідження необхідно було отримати 10 з 25 максимально можливих балів. Всього в дослідження було включено 331 пацієнта з діагнозом гострий неускладнений синусит, з яких 330 були включені до аналізу всіх рандомізованих пацієнтів, а 291 - до аналізу ефективності. До аналізу всіх рандомізованих пацієнтів/ефективності були включені 109/94 пацієнтів в групі застосування препарату Миртол®, 110/97 пацієнтів в групі застосування ефірних олій та 111/100 пацієнтів в групі плацебо. Пацієнти були рандомізовані для отримання препарату Миртол® 300 мг щодня або 300 мг ефірної олії щодня або плацебо щодня протягом 6 ± 2 днів під час періоду подальшого спостереження, який тривав 14 днів. * У складі комплексної терапії гострого і хронічного бронхіту, при запаленні придаткових пазух носа (синусит). UA-RES-02-2023-V1-Print. Затверджено 22/02/2023



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**