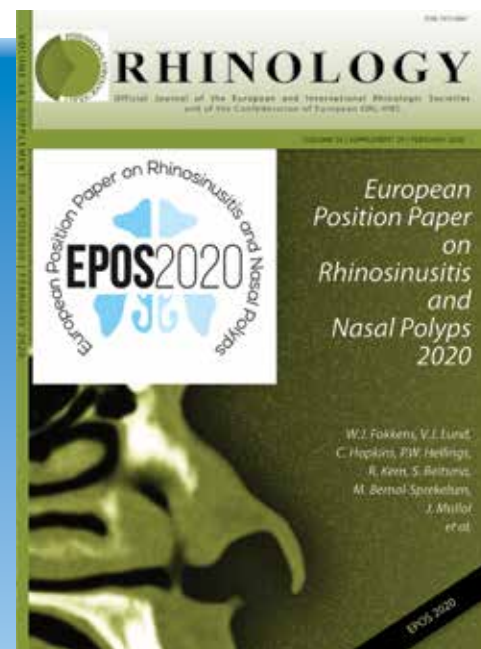


Сучасні підходи до лікування риносинуситів із позицій EPOS 2020



Триває низка науково-практичних конференцій, присвячених актуальним питанням діагностики та лікування різноманітних захворювань. Нещодавно онлайн-естафету дистанційної післядипломної освіти продовжив конгрес EPOS 2020 – олімпійський факел з вогнем високо тримали оториноларингологи. Провідні вітчизняні фахівці презентували основні положення оновлених рекомендацій з лікування гострого та хронічного риносинуситу (РС) і назальних поліпів (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal polyps, EPOS), які у лютому цього року представило Європейське ринологічне товариство. Протягом двох діб (16, 17 жовтня) тривала активна робота конгресу, під час якого виступили відомі спікери.



Плеяду іменитих лекторів очолив експерт МОЗ України за напрямом «Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія», завідувач кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Василь Іванович Попович.

Його доповідь «Принципи фармако-терапії гострого риносинуситу (ГРС) згідно з положеннями EPOS 2020» привернула значну увагу слухачів. На початку свого виступу В.І. Попович підкреслив, що метою EPOS 2020 є надання актуальних і заснованих на даних доказової медицини рекомендацій з ведення пацієнтів із ГРС та хронічним РС. Ключова відмінність оновлених рекомендацій EPOS, на думку спікера, полягає у розширенні кола задіяних сторін – представлена версія документа містить положення, орієнтовані не лише на лікарів; вони можуть бути використані фармацевтами, пацієнтами, середнім і молодшим медичним персоналом. Також EPOS передбачає «інтегроване ведення» пацієнта із РС, тобто надання правильного лікування людині, яка цього потребує, щоразу та в необхідний час. Цей принцип уперше реалізований в EPOS 2020 у системі інтегрованого ведення, який орієнтований на особистість пацієнта.

В рекомендаціях EPOS 2020 наведено алгоритм комплексного лікування хворих на ГРС, який охоплює декілька ланок: відповідальне самолікування, первинну, вторинну та третинну медичну допомогу. Але основним компонентом цього підходу є лікар первинної ланки. Саме його участь передбачає консультацію пацієнта у вигляді співбесіди чи консультування з використанням технологій телемедицини. Лікар первинної ланки оцінює типові ознаки захворювання, виключає симптоми тривоги, проводить диференційну діагностику різних форм ГРС, призначає лікування залежно від форми ГРС, використовуючи ліки з доведеною ефективністю. Автори EPOS 2020 визнають значну роль фармацевтів і провізорів у лікуванні ГРС, тому що хворий протягом декількох хвилин може дістатися до аптеки, де має змогу купити необхідні ліки. Тому фармацевти та провізори також повинні бути обізнаними щодо визначення ГРС, основних проявів захворювання та можливостей фармацевтичної опіки.

ГРС являє собою запалення слизової оболонки носа та приносних пазух із тривалістю симптомів, котрі виникають на фоні повного здоров'я, менше 12 тижнів, яке є наслідком гострої респіраторної вірусної інфекції або звичайної застуди. Експерти виділяють три послідовні стадії перебігу ГРС: гострий вірусний РС (ГВРС; тривалість симптомів не перевищує 10 діб за умови відсутності їх погіршення

після 5-го дня), з позицій EPOS 2020 ГВРС є проявом гострої респіраторної вірусної інфекції або звичайної застуди; гострий післявірусний РС (ГПВРС; вираженість симптомів посилюється через 5 днів або їх збереження понад 10 діб за умови відсутності їх погіршення після 5-го дня), з позицій EPOS 2020 ГВРС є проявом гострої респіраторної вірусної інфекції або звичайної застуди; гострий післявірусний РС (ГПВРС; вираженість симптомів посилюється після 5-го дня або їх збереження понад 10 діб) і субодинація ГПВРС – і гострий бактеріальний РС (ГБРС; спричинений бактеріальною інфекцією).

Типовий перебіг ГВРС передбачає швидку появу та прогресування симптомів протягом 2-4 діб, потім вони так само швидко регресують, а на 7-8-му добу захворювання зазвичай завершується одужанням. Зазначений перебіг ГВРС притаманний майже 46% пацієнтів; тому ГВРС належить до захворювань із відносно доброякісним перебігом (self-limiting diseases). Більшість пацієнтів лікується за принципом т. зв. відповідального самолікування та потребує призначення засобів із доведеною ефективністю при зверненні до провізора. Клінічні прояви ГВРС добре відомі, він діагностується за гострим початком типових симптомів, які включають закладеність носа, виділення з носа, біль або тиск у ділянці обличчя й погіршення нюху, кашель. Супутніми симптомами найчастіше є подразнення глотки, гортані та трахеї, котре зумовлює біль у горлі, дисфонію та кашель, а також загальні симптоми, включно із сонливістю, загальним нездужанням і лихоманкою. Є мало достовірних даних щодо відносної частоти різних симптомів у пацієнтів із ГРС, однак індивідуальних варіацій цих загальних симптомів досить багато. В умовах первинної ланки медичної допомоги клінічний діагноз ГРС визначається симптоматикою без детального обстеження ЛОР-органів (ендоскопії), візуалізації (комп'ютерна томографія – КТ) чи лабораторного обстеження. Оториноларингологічними ознаками ГВРС є гіперемія, набряк слизової оболонки за умов адекватного функціонування співусть, яке можна оцінити під час ендоскопічного огляду.

ГПВРС за своїми клінічними проявами подібний до ГВРС, але характеризується іншими часовими характеристиками (вираженість симптомів посилюється після 5-го дня або симптоми зберігаються понад 10 діб) та порушенням функціонування співусть. Під час ендоскопічного обстеження можна знайти лише деякі візуальні ознаки співусть. Блокування відтоку з пазух зумовлює зміну клінічної картини: рясні водянисті виділення змінюються головним болем, закладеністю носа, зменшенням вираженості ринореї.

ГБРС розвивається на тлі ГПВРС, а основний етіопатогенетичний чинник – патогенезація сапрофітної флори. Умови для цього з'являються на тлі повної блокади співусть. Зазвичай збудниками ГБРС є сапрофітна мікрофлора, яка в означених умовах стає патогенною. Запідозрити ГБРС

можна за появи ≥ 3 із нижченаведених симптомів: підвищення температури тіла $>38^\circ\text{C}$, посилення нездужання, переважно одностороння локалізація патологічних ознак, гострий біль. При лабораторному дослідженні оцінюють підвищення швидкості осідання еритроцитів і рівня С-реактивного білка за умови використання методики кількісного визначення. Однак керівна група EPOS 2020 констатує факт, що застосування тестування на реактивні білки не зменшило необґрунтованого призначення антибіотиків. Отже, призначення антибіотиків доцільне тільки при одному типі ГРС – бактеріальному. При частому повторенні епізодів ГБРС (більше 3 протягом року), які потребували призначення антибіотиків, пацієнту слід рекомендувати звернутися до лікаря вторинної/третинної ланки.

Лектор підкреслив, що нині метою лікування ГРС є повне видужання, а не зменшення вираженості симптомів. Для досягнення цієї мети необхідно сприяти відновленню стану слизової оболонки пазух і нормалізації функціонування співусть. Цього можливо досягти за допомогою медикаментів або (за їх неефективності) малоінвазивного ендоскопічного хірургічного втручання (зондування пазухи через співусть або пункція). Визначити правильний підхід до консервативної терапії можна за умов адекватного формулювання діагнозу, який передбачає врахування активності функціонування співусть.

Використання деконгестантів при ГВРС чинить незначний позитивний вплив на суб'єктивні відчуття закладеності носа в дорослих. При короткотривалому (до 10 діб) застосуванні деконгестанти не підвищують ризику розвитку побічних явищ у цієї когорти хворих. Виходячи з відсутності клінічно важливих даних, керівна група EPOS 2020 не може дати рекомендації щодо застосування деконгестантів при ГПВРС у дорослих і дітей.

Іригаційна терапія при ГРС надає певну користь: полегшує ознаки ГРС, переважно в дітей, завдяки чому керівна група EPOS 2020 вважає можливим призначення ІТ з метою лікування ГРС.

Використання парацетамолу при ГВРС сприяє зменшенню закладеності носа, ринореї, але не покращує інші симптоми запалення (біль у горлі, загальне нездужання, чихання, кашель). Призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) не асоціюється зі зниженням загальної вираженості симптомів або тривалості ГВРС. Якщо НПЗП призначати з метою знеболення при головному болю, болю у вухах, м'язах, суглобах, то вони добре справляються з поставленою задачею. НПЗП не впливають на вираженість кашлю, виділень з носа, але значно зменшують показник частоти чихання.

В рекомендаціях EPOS 2020 згадуються препарати цинку у формі пастилок і вітамін С, які можуть застосовуватися при ГВРС, а також деякі рослинні засоби (за винятком ехінацеї).



Рис.1. Викривлення носової перегородки



Рис.2. Поліпозно змінені середні носові раковини



Рис.3. Гіпертрофія слизової оболонки задніх відділів носової порожнини



Рис.4. Гіпертрофія задніх відділів носових раковин

Керівна група EPOS 2020 радить призначати топічні ендоназальні кортикостероїди у випадках, коли зменшення симптомів ГПВРС у дорослих вважається необхідним (тобто використання кортикостероїдів є додатковим заходом до базового лікування).

Експерти EPOS підкреслюють: «Є дані про те, що антибіотики викликають значні несприятливі наслідки у дорослих, коли їх призначають при застуді (ГВРС), та в будь-якому віці при ГПВРС. Використання антибіотиків при цих станах не рекомендується». Раннє застосування антибіотиків практично не впливає на розвиток ускладнень і не дає жодної переваги в профілактиці виникнення ГВРС.

Особливу увагу лектор звернув на нюанси терапії ГВРС, тому що в положеннях EPOS 2020 проводиться межа між «ГВРС» і «ГВРС, що потребує призначення антибіотиків». Отже, нині домінує стратегія відкладеного призначення антибіотиків. Головною умовою вибору стратегії відкладеного застосування антибіотика є неспасивне спостереження за пацієнтом, а призначення лікування з доведеною ефективністю відповідно до встановленого діагнозу.

Оцінку стану пацієнта необхідно проводити через 36-48 год від початку лікування. За наявності позитивної динаміки терапію продовжують; за відсутності позитивних змін / погіршення стану призначається антибіотик.

Отже, в умовах первинної медичної допомоги клінічний діагноз ГРС визначається симптоматикою без детального обстеження ЛОР-органів або візуалізації (КТ). Визначення «клінічний діагноз» передбачає, що це найвірогідніший діагноз. Керівна група EPOS 2020 усвідомлює, що на рівні первинної ланки діагностика, заснована на симптоматичності, без ЛОР-обстеження або радіології, дасть надмірну діагностику. В рамках ГРС потрібно проводити диференційний діагноз із рецидивуючим ГРС (РГРС). РГРС визначається як наявність ≥ 4 епізодів на рік з інтервалами без симптомів. РГРС можна вважати відмінним від ГРС і ХРС. При встановленні діагнозу РГРС необхідно враховувати, що кожен епізод має задовольняти критеріям гострого післявірусного (або бактеріального) риносинуситу, тому діагноз встановлюється тільки лікарем-спеціалістом. Керівна група EPOS 2020 радить встановити принаймні один перевірений діагноз після вірусного/бактеріального ГРС з ендоскопією та/або КТ, перш ніж розглядати діагноз РГРС. Симптоми ГРС виникають раптово, без наявності в анамнезі недавніх назальних або синусових симптомів. Наявність в анамнезі раптового загострення наявних симптомів свідчить про загострення ХРС. Клінічний діагноз ХРС (з назальними поліпами або без них) визначається за допомогою тих же симптомів, що й ГРС, однак тривалістю протягом ≥ 12 тижнів.

Наголосуючи на необхідності активного застосування рекомендацій EPOS 2020, професор В.І. Попович представив клінічний випадок зі своєї практики.

Клінічний випадок

Пацієнт А., 34 роки, звернувся зі скаргами на стійке утруднення носового дихання, періодичну появу незначних виділень з носа, тяжкість в голові, відчуття тиску в середній зоні обличчя. З анамнезу відомо, що пацієнт захворів 12-14 років тому, коли вперше звернув увагу на утруднене носове дихання. Неодноразово консультувався з оториноларингологом, алергологом, було проведено рентгенологічне й алергологічне обстеження, на підставі чого встановлено діагноз викривлення носової перегородки, хронічного риніту. Періодично лікувався різними препаратами у вигляді спреїв без тривалого ефекту. З місяці тому з приводу загострення хронічного РС оториноларингологом призначений амоксицилін (1000 мг 2 р/добу), лоратадин (10 мг на ніч), Флікс (по 2 інстиляції 2 р/добу), Хьюмер (3-4 р/добу). Після лікування протягом двох тижнів спостерігалася позитивна динаміка, проте ефект виявився нетривалим. Хворому рекомендована резекція носової перегородки (рис. 1-4).

Під час об'єктивного обстеження оцінено оториноларингологічний статус пацієнта: виявлена незначна девіація носової перегородки вправо в передніх і середніх відділах. Слизова оболонка носа волога, набрякла, блідо-синюшна, виділення відсутні. Нижні носові раковини збільшені в об'ємі, передні відділи середніх носових раковин поліпозно змінені, середній носовий хід не візуалізований. Просвіт носових ходів у середніх і задніх відділах звужений, практично непрохідний для 4 мм ендоскопу. Виявлені поліпоподібні зміни слизової оболонки задніх відділів носової порожнини (включно з нижніми й середніми носовими раковинами); патологічних особливостей в носоглотці немає. Установлений попередній діагноз хронічного РС з назальним поліпозом, викривлення носової перегородки.

Пацієнту рекомендовано проведення конусної томографії приносних пазух і визначення загального IgE. На серії томограм отримані дані на користь викривлення носової перегородки, виявлені ознаки поліпозних змін з боку середніх носових раковин, гіпертрофії слизової оболонки задніх відділів носової порожнини, гіпертрофії задніх відділів нижніх носових раковин. Уміст загального IgE відповідав нормативним значенням. Сформульований остаточний діагноз: хронічний РС без назального поліпозу, первинна дифузна форма, фенотип – алергічне захворювання центральних компартментів (CCAD); викривлення носової перегородки.

Припустили, що в цьому випадку алергічний процес перебігав зі зростанням рівня IgE у тканинах без зміни загальної концентрації IgE у крові.

Пацієнту рекомендовані Флікс (2 інстиляції 2 р/добу), Хьюмер (у кожную ніздрю 4 р/добу). Попередня оцінка ефективності, яка була проведена через 2,5 тиж, показала позитивну динаміку, тому терапію продовжено до 2,5-3 місяців.

Спікер зробив такі ключові висновки щодо наведеного клінічного випадку. По-перше, спостерігалися переоцінка ролі викривлення носової перегородки та встановлення некоректного діагнозу хронічного риніту. Інструментально підтверджений уточнений діагноз, установлений на підставі оцінки клінічних даних і томографічного обстеження, по-іншому трактував стан пацієнта. Були враховані зміни слизової оболонки носової порожнини, відсутність схожих змін у пазухах. Призначення конусної КТ вплинуло на клінічне рішення, оскільки дало змогу змінити діагноз і визначити пріоритетність консервативного лікування. По-друге, спостерігалися тактичні помилки: неадекватне лікування короткими курсами не забезпечувало бажаного клінічного ефекту, що спричинило поліпрагмацію. Недоліки можна відзначити в тактичних рішеннях – питання щодо можливого хірургічного втручання доцільно розглядати тільки після оцінки результатів тривалого базового лікування, наприклад, із використанням препаратів Флікс, Хьюмер. За умов отримання достатнього клінічного ефекту питання про оперативне лікування, можливо, стане неактуальним. Якщо ремісія виявиться нетривалою або

терапія не сприятиме нівелюванню патологічних симптомів, то буде показано хірургічне лікування. Необхідно припускати доцільність не тільки корекції носової перегородки, а й хірургічного впливу на слизову оболонку центральних компартментів (передню та нижню поверхню нижніх носових раковин, задні відділи носових раковин). Якщо зазначені морфологічні зміни залишаться після лікування в окреслені терміни, можливо, буде показаний лазерний вплив на гіперплазовану слизову оболонку нижніх і середніх носових раковин. Отже, не завжди наявність викривленої носової перегородки є підставою для хірургічного лікування хронічного РС. Також навіть за наявності «очевидних» показань до хірургічного лікування доцільно проводити консервативне лікування у вигляді передопераційної підготовки та розуміти, що в післяопераційному періоді залишиться питання щодо медикаментозного попередження рецидивів.

Дотримання оновлених рекомендацій EPOS 2020, правильна діагностика та використання сучасних фармакологічних засобів, що мають впевнену доказову базу, є запорукою одужання пацієнта та гарного реноме лікаря.

Підготувала **Тетяна Можина**

37

СУЧАСНА КОМБІНАЦІЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РИНОСИНУСІТУ ТА АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ

ВІД 1
МІСЯЦЯ

ХЬЮМЕР

ПРОМИВАТИ НІС ПРОСТО!



ВІД 2
РОКІВ

ФЛІКС

ПРОТИАЛЕРГІЙНИЙ ЕФЕКТ
ВИРАЖЕНИЙ ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ЕФЕКТ
ВІДСУТНІСТЬ СИСТЕМНОЇ ДІЇ



↑

- Очищення слизової оболонки носа від алергенів
- Посилення мукоциліарного кліренсу
- Покращення сприйняття інтраназальних лікарських засобів

↓

- Зменшення тривалості контакту з алергенами
- Зниження сухості слизової оболонки порожнини носа, її зволоження
- Зменшення потреби в антигістамінних препаратах та ендоназальних кортикостероїдах

<12

ДІТЯМ ВІД 2 ДО 11 РОКІВ

- Терапевтична доза: по 1 впорскуванню в кожную ніздрю 1 раз на добу (всього 100 мкг/добу)

>12

ДОРΟΣЛИМ І ДІТЯМ ВІД 12 РОКІВ

- Початкова доза: по 2 впорскування в кожную ніздрю 1 раз на добу (всього 200 мкг/добу)
- Підтримуюча доза: по 1 впорскуванню в кожную ніздрю 1 раз на добу (всього 100 мкг/добу)

* «Хьюмер 150 для дітей», «Хьюмер 150 для дорослих» та «Хьюмер 650 Гіпертонічний» є переможцями міжнародного фестивалю-конкурсу «Вибір року» у 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 рр.
Реклама медичних виробів. «Хьюмер 650 Гіпертонічний», «Хьюмер 150 для дорослих», «Хьюмер 150 для дітей». Декларація відповідності NPH050/01/UA, NPH150/01/UA. Виробник: «Лаботора УРТО», Франція. Перед застосуванням обов'язково проконсультуйтеся з лікарем та уважно ознайомтеся з інструкцією. Є протипоказання.
Інформація про лікарський засіб «Флікс»-спрей назальний, суспензія 0,05% по 18 г або по 9 г у флаконах з насосом-дозатором НР1 (70 доз або 140 доз) – склад: діюча речовина: мометазону фуроат; 1 доза містить 57,8 мкг мометазону фуроату моногідрату, що еквівалентно 50 мкг мометазону фуроату; допоміжні речовини. Лікарська форма. Спрей назальний, суспензія 0,05% по 9 г або 18 г у поліетиленовому флаконі з насосом-дозатором. Фармакотерапевтична група. Протиназальні та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа. Кортикостероїди. Код АТХ R01A D09. Побічні реакції. Носова кровотеча, фарингіт, відчуття печіння у носі, відчуття подразнення у носі, висихання в носі, головний біль, подразнення горла, біль у животі, діарея, нудота, та ін. Умови зберігання. Зберігати при температурі не вище 25°C у недоступному для дітей місці. Не заморозувати. Термін придатності. Для флаконів місткістю 9 г – 2 роки, для флаконів місткістю 18 г – 3 роки. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. ASBİ İBİRAKİM ilaç Sanai ve Ticaret A.Ş., Туреччина. Завантаж. Дельта Медікал Промоушнз АГ, Швейцарія. Р.Л. МОЗ України: UA/13463/01/01. Навка МОЗ №1438 від 24.06.2019.
Повна інформація про застосування та повний перелік побічних реакцій містяться в інструкції для медичного застосування або в листках-вкладках. Флікс/Флікс, SCHONEN – зареєстровані торгові знаки «Дельта Медікал Промоушнз АГ». Представництво «Дельта Медікал Промоушнз АГ»: вул. Чорновола, 43, м. Вишневе, Київська обл., 08132. Тел. (044) 585-00-41 - DMUA.FLIX.20.09.02.