

# Принципи лікування гострого риносинуситу у дітей

**Початок кожного навчального року для педіатрів є періодом збільшення навантаження за рахунок пацієнтів із гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ). Сьогодні існує багато можливостей лікування таких дітей. У зв'язку з цим іноді у лікарів виникають сумніви щодо доцільності призначення тих чи інших засобів. Особливо це стосується лікування гострого риносинуситу (ГРС).**

У рамках онлайн-конференції «Респіраторна та алергічна патологія у дітей в умовах пандемії COVID-19» тему ГРС обговорювали провідні українські експерти у форматі міждисциплінарного тріо (педіатр, дитячий отоларинголог і клінічний фармаколог).



**Заслужений лікар України, завідувачка кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Галина Володимирівна Бекетова** розповіла про

ключові моменти оновленого Європейського узгоджувального документу щодо риносинуситу та назальних поліпів (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020, EPOS 2020) в аспекті лікування ГРС у дітей.

— Початок 2020 року ознаменувався для отоларингологів, педіатрів, сімейних лікарів та багатьох інших спеціалістів виходом нових рекомендацій EPOS 2020. Для їх створення були використані не лише дані, засновані на доказах, але й позиції експертів, що дозволило повною мірою висвітлити усі питання. Доступні й кишенькові версії рекомендацій для різних фахівців, перекладені різними мовами, що дозволяє поширювати актуальну інформацію по всьому світі.

ГРС — це патологія, яка супроводжується раптовою появою двох та більше наступних симптомів: закладеність/обструкція носа, прозорі виділення з носа, денний або/і нічний кашель. Тривалість захворювання не перевищує 12 тижнів і закінчується повним одужанням. В основі ГРС лежить запалення слизової оболонки носа та навколососових пазух. Виділяють вірусний, поствірусний та бактеріальний ГРС.

Вірусний ГРС — це ГРВІ, що перебігає з ураженням слизової оболонки носа і приносних пазух. Слід зазначити, що при вірусному ГРС прохідність співусть між порожниною носу та приносними пазухами не порушується. Поствірусний ГРС супроводжується частковим порушенням прохідності співусть внаслідок набряку слизової оболонки. При повній його блокаді через порушення аерації приносних пазух та активації бактеріальної флори розвивається бактеріальний ГРС. Цей аспект патогенезу різних варіантів ГРС впливає на алгоритм дій лікаря під час вибору тактики лікування захворювання у дітей.

При тривалості симптомів (двобічної закладеності носа та ринореї, кашлю) більше 5 днів призначається симптоматична терапія (анальгетики, промивання носової порожнини, деконгестанти). Збереження симптомів понад 10 днів або погіршення стану через 5 днів від початку захворювання свідчить про розвиток поствірусного ГРС, а збільшення кількості виділень з носа, фаціальний біль, підвищення температури >38 °C, підвищення рівня С-реактивного білка в крові є ознаками прогресування хвороби та формування бактеріального ГРС.

При поствірусному ГРС дитині призначають топічні кортикостероїди, при бактеріальному — топічні кортикостероїди та антибіотики. У разі відсутності ефекту від лікування (через 14 днів — при поствірусному ГРС і через 48 годин — при бактеріальному) пацієнту проводять додаткові обстеження (візуалізаційні методи дослідження, ендоскопію, культуральне дослідження) та призначають нове лікування (у першому випадку — топічні кортикостероїди та пероральні антибіотики, у другому — топічні кортикостероїди та парентеральні антибіотики).

Важливе значення при лікуванні дитини з ГРС має елімінаційна терапія: промивання носа фізіологічним або гіпертонічним розчином, що сприяє розрідженню та видаленню в'язкого секрету, звільненню від патогенів,

алергенів, продуктів клітинного розпаду, відновленню оптимальних умов для функціонування мукоциліарного кліренсу, зменшенню набряку слизової оболонки, відновленню дренажної функції вивідних отворів приносних пазух. Для усунення набряку слизової оболонки, зменшення закладеності носа та покращення носового дихання призначають деконгестанти, що вперше рекомендовані саме в EPOS 2020.

**Завідувачка кафедри клінічної фармакології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Ганна Володимирівна Зайченко** детально розповіла про роль деконгестантів у лікуванні дітей із ГРС.

— Ці протинабрякові засоби є ефективними у лікуванні дітей із ГРС, але в останні роки спостерігається безконтрольне застосування деконгестантів. При виборі препарату слід звернути увагу на те, чи не потрапляє він до системного кровотоку, чи володіє тривалою дією (зменшує частоту застосування засобу, що знижує ризик передозування та виникнення токсичних реакцій) та чи має добрий профіль безпеки, не містить шкідливих допоміжних речовин (консервантів). Дозовані засоби треба застосовувати після попереднього очищення слизової оболонки носу, обов'язково дотримуватися кратності прийому та тривалості терапії. Сьогодні все частіше використовують пероральні форми деконгестантів (особливо у вигляді фіксованих комбінацій), які призначають пацієнтам із толерантністю до назальних засобів.



випадак.

**Завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Анатолій Лук'янович Косаковський** розповів про один клінічний

## Клінічний випадок

Хлопчик Х., 4 р. Хворіє протягом 10 днів після контакту з хворими на ГРВІ дітьми з дитячого садочку. У перші 2 дні захворювання температура тіла була підвищена до 38,1 °C, далі стан покращувався. На 7 день захворювання виник повторний епізод гіпертермії (до 39 °C). Були наявні закладеність та виділення з носа (більше зліва), нічний кашель, головний біль.

При огляді виявлений гнійний секрет у порожнині носа, набряк повік лівого ока (з'явився за 3 дні до звернення за медичною допомогою). При орофарингоскопії виявлено стікання виділень по задній стінці глотки на тлі гіперемії слизової оболонки. Шийні лімфатичні вузли без змін.

## Діагностика

Згідно з EPOS 2020, у пацієнта присутні клінічні критерії ГРС, а саме — раптова поява двох або більше симптомів (двобічна закладеність/обструкція носа, ринорея (передне або заднє стікання виділень) з обох боків глотки, кашель), тривалість яких не більше 12 тижнів. На основі скарг, даних анамнезу захворювання (тривалість симптомів >10 днів, погіршення стану після 5 днів від початку захворювання у вигляді повторного підвищення температури, поява нових симптомів) та обстеження пацієнта встановлено діагноз гострий бактеріальний риносинусит, реактивний набряк лівої повіки.

Як додатковий метод обстеження рекомендоване проведення комп'ютерної томографії приносних синусів.

## Рекомендоване лікування

Елімінаційна терапія за допомогою гіпертонічного або ізотонічного розчину морської води, деконгестант, антибіотикотерапія, очні краплі, у разі появи нових клінічних симптомів, які свідчать про субперіостальний абсцес, — хірургічне лікування.

Таким чином, при гострому бактеріальному риносинуситі показані емпірична антибіотикотерапія та назальні кортикостероїди (дітям старше 12 років). У випадку легкого перебігу захворювання протягом перших 3 днів можна застосовувати лише назальні кортикостероїди (під пильним наглядом лікаря!), за відсутності поліпшення стану пацієнта емпірично призначаються антибіотики.

Вибір антибіотика залежить від наявності профілактичних щеплень, як обов'язкових, так і рекомендованих. Так, якщо дитина вакцинована відповідно до календаря профілактичних щеплень (у тому числі від пневмококової інфекції), препаратами 1-ї лінії є амінопеніциліни. У випадку порушення календаря профілактичних щеплень чи інфікування вірусом Епштейна — Барр призначають цефалоспори.

Дітям із бактеріальним ГРС рекомендована більш тривала антибіотикотерапія (10-14 днів), ніж дорослим (5-7 днів). Для лікування таких пацієнтів застосовується ступенева антибіотикотерапія, яка передбачає початкове призначення парентеральної лікарської форми (наприклад цефтріаксон), після чого переходять на пероральну форму (наприклад цефіксим). Така стратегія дозволяє зменшити

тривалість парентерального введення антибіотика, знизити вартість лікування, скоротити термін перебування дитини в стаціонарі та зберегти клінічну ефективність терапії. У разі відсутності позитивної динаміки протягом 48-72 годин від початку антибіотикотерапії рекомендується змінити препарат.

Сорцеф® (цефіксим) — це представник цефалоспоринів III покоління для перорального застосування, який має високу терапевтичну ефективність та безпечність. Препарат підходить для лікування хворих як у стаціонарі, так і амбулаторно. Цефіксим володіє широким протимікробним спектром, включаючи грампозитивні бактерії (*Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes*) та грамнегативні (*H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *N. gonorrhoeae*).

Висока ефективність цефіксиму в лікуванні хворих на бактеріальний ГРС продемонстрована в ході американського мультицентрового дослідження за участю 118 пацієнтів із цим діагнозом. Найчастішими збудниками захворювання були *H. influenzae*, бета-гемолітичний стрептокок групи А та *Str. pneumoniae*. Після 10-денної терапії цефіксимом у дозі 400 мг/добу клінічне одужання відбувається більше ніж у 90% пацієнтів (B.L. Matthews et al., 1993).

Згідно з оновленими рекомендаціями EPOS 2020, деконгестанти та антибіотики мають свою нішу в лікуванні хворих на ГРС. Основне завдання, яке вирішують деконгестанти, — це усунення обструкції носа та покращення якості життя пацієнта. Антибіотики застосовуються як етіотропне лікування бактеріального ГРС, що є найефективнішим методом лікування інфекційної патології.

Підготувала Ілона Цюпа



## СОРЦЕФ®

### ЦЕФІКСИМ

### ВІРНИЙ ВИБІР

**ПРОСТЕ  
1 раз на добу  
ДОЗУВАННЯ**

**СОРЦЕФ®**  
400 мг таблетки  
100 мг/5мл гранули для приготування суспензії  
КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Лікарська форма: Таблетки, шарики пелюшково-оболонкові.  
Діюча речовина: цефіксим.  
Сорцеф® належить до групи антибіотиків. Антибіотичні засоби для системного застосування. Бета-лактамні антибіотики. Цефалоспорины третього покоління. Код АТХ J01D D08.  
Показання: Інфекційно-залежні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами.  
— Інфекції верхніх дихальних шляхів (у тому числі запалення середнього вуха) і нижніх дихальних шляхів (синусит, фарингіт, тонзиліт бактеріальної етіології) і запалення відомої або підозрюваної слизової оболонки до інших частин вихідних дихальних шляхів, або в разі ризику неадекватності лікування.  
— Інфекції нижніх дихальних шляхів (у тому числі гострий бронхіт і загострення хронічного бронхіту).  
— Інфекції середнього вуха і/або носової порожнини, викликані бактеріальною інфекцією.  
Спосіб застосування: див. Додаток. Прийомати не залежить від їжі. Застосування цефіксиму. Залежний курс лікування становить 7 днів, за необхідності — до 14 днів. При лікуванні неускладненого запалення середнього вуха становить 3 дні.  
Дітям віком старше 12 років з масою тіла більше 50 кг рекомендована доза становить 400 мг (одна таблетка) на добу одноразово або 200 мг (половина таблетки) кожні 12 годин залежно від тяжкості захворювання.  
Підвищити ліцензійну межу призначення препарату у рекомендованій для дорослих дозі. Слід контролювати функції нирок і скоррективати дозу при такій нирковій недостатності (див. «Дозування при нирковій недостатності»).Умови зберігання: Зберігати при температурі не вище 25 °C.  
Категорія вітучості: За рецептом.  
Паралельно: Амоксицилін/Сорцеф.  
Мінімальна гарантія: 1 рік з дати виготовлення.  
Булвар Олександра Маковського, 12, Солої, 1000, Республіка Молдова.