

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра



Д.Л. Пиневиц

2017г.

Регистрационный № 065-09/7

**Методы комбинированного лечения пациентов с аспириновой
триадой**

инструкция по применению

Учреждения - разработчики:
государственное учреждение «Республиканский научно практический
центр оториноларингологии»,

Авторы:

Еременко Ю.Е., Котович А.Н.

Минск, 2017

В настоящей инструкции по применению (далее - инструкция) изложены методы комбинированного лечения, которые могут быть использованы в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение хронического полипозного риносинусита (ХПРС) у пациентов с аспириновой триадой (АТ). Внедрение методов, изложенных в настоящей инструкции, в работу организаций здравоохранения позволит повысить эффективность лечения пациентов с аспириновой триадой.

Область применения: оториноларингология.

Инструкция предназначена для врачей-оториноларингологов стационарного и поликлинического звеньев системы организации здравоохранения.

Показания к применению:

Хронический полипозный риносинусит у пациентов с аспириновой триадой.

Противопоказания к применению:

Анафилактически шок в анамнезе на прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), неконтролируемая бронхиальная астма с тяжелым течением.

Перечень необходимых медицинских изделий, лекарственных средств, реактивов и т.д.:

1. Микроскоп для выполнения патоморфологических исследований;
2. Жесткий торцевой эндоскоп;
3. Компьютерный томограф;
4. Желатиновые тампоны с питательными средами для выполнения бактериологического исследования;

5. Спектрофотометр вертикального сканирования (планшетного типа);

6. Диагностические наборы для определения концентрации иммуноглобулинов и интерлейкинов различных классов.

7. Визуально-аналоговая шкала с баллами от 0 до 10.

Описание методов с указанием этапов:

На основании результатов диагностики пациентов с аспириновой триадой выделены 3 клинические группы в зависимости от особенностей клинического течения, склонности к рецидивированию и распространённости процесса.

1. Аспириновая триада (АТ) с atopической формой бронхиальной астмы (БА).

Всем пациентам с I-II стадией полипоза носа по данным эндоскопии полости носа и компьютерной томографии околоносовых пазух (КТ ОНП) и легкой степенью тяжести по ВАШ (0-3 баллов) проводится наблюдение в динамике в зависимости от склонности к рецидивированию. *Методы консервативного лечения:* промывание носа солевыми растворами, отказ от продуктов, содержащих салицилаты, эндоназальная кортикостероидная терапия мометазона фууроатом в виде назального спрея в дозе 200мкг-2 раз в день (6 месяцев), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) – 1 раз в день (6 месяцев), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака эндоназально.

Метод консервативного лечения: местная эндоназальная десенситизация раствором кеторолака в количестве 2-4 дозы в день в каждый носовой ход в течение не менее 2 лет (в 1 дозе содержится 1,26 мг кеторолака). Готовят необходимый раствор, смешивая 60 мг кеторолака с 2,75 мл физиологического раствора. Эндоназальная доза кеторолака подбирается с учетом индивидуальной чувствительности. При введении лекарства необходимо наклонить голову немного вперед, распылитель ввести в левую ноздрю, слегка наклонив кончик распылителя от центра

носа и сделать одно нажатие, затем повторить то же самое с правой ноздрей. В первый день вводят 1 дозу физиологического раствора в одну половину носа, при отсутствии реакции на введение препарата через 30 минут вводят 1 дозу раствора кеторолака эндоназально. Проводится мониторинг назальных, легочных симптомов и функции внешнего дыхания, контроль артериального давления, пульса, температуры тела. При появлении реакции дозу, вызвавшую изменения состояния пациента, повторяют только после купирования бронхоспазма. При отсутствии реакции дозу увеличивают (плюс 1 доза) с 3-часовым интервалом до появления признаков реакции или до достижения 8 доз (по 4 дозы в каждую половину носа) раствора кеторолака. Десенситизацию удается провести в течение 2-3 дней у пациентов со стабильно протекающей астмой и в течение 5-6 дней у пациентов с нестабильно протекающей астмой, только в условиях стационара, где имеются все необходимые условия для оказания неотложной помощи и интенсивного лечения. Данный способ не применяется у пациентов с анафилактическим шоком в анамнезе на прием НПВС, неконтролируемой бронхиальной астмой с тяжелым течением.

Пациентам I-II стадий полипоза носа и со средним и тяжелым течением заболевания по данным ВАШ (4-10 баллов) и III-IV стадией полипоза носа показано хирургическое лечение носа (минимально инвазивная эндоскопическая хирургия ОНП – *метод хирургического лечения*). Затем проводится наблюдение в динамике в зависимости от склонности к рецидивированию. *Методы консервативного лечения:* промывание носа солевыми растворами, отказ от продуктов, содержащих салицилаты, эндоназальная кортикостероидная терапия мометазона фууроатом в виде назального спрея в дозе 200мкг-2 раз в день (6 месяцев), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) – 1 раз в день (6 месяцев), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака эндоназально.

1. Аспириновая триада с инфекционно-зависимой БА и АТ со смешанной формой БА.

Всем пациентам с данной формой заболевания проводится антибактериальная терапия с учетом возбудителя и его чувствительности. С I-II стадией полипоза носа по данным эндоскопии полости носа и КТ ОНП и легкой степенью тяжести по ВАШ (0-3 баллов) проводится наблюдение в динамике в зависимости от склонности к рецидивированию. *Методы консервативного лечения:* промывание носа солевыми растворами, отказ от продуктов, содержащих салицилаты, эндоназальная кортикостероидная терапия мометазона фууроатом в виде назального спрея в дозе 200мкг-2 раз в день (6 месяцев), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) – 1 раз в день (6 месяцев), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака эндоназально.

Пациентам I-II стадий полипоза носа и со средним и тяжелым течением заболевания по данным ВАШ (4-10 баллов) и III-IV стадией полипоза носа показано хирургическое лечение носа (минимально инвазивная эндоскопическая хирургия ОНП – *метод хирургического лечения*). Затем проводится наблюдение в динамике в зависимости от склонности к рецидивированию. *Методы консервативного лечения:* промывание носа солевыми растворами, отказ от продуктов, содержащих салицилаты, эндоназальная кортикостероидная терапия мометазона фууроатом в виде назального спрея в дозе 200мкг-2 раз в день (6 месяцев), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) – 1 раз в день (6 месяцев), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака эндоназально.

Контроль длительности лечения эндоназальной кортикостероидной терапии мометазоном фууроата в виде назального спрея, антагонистами лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) оценивается после консервативного лечения по данным эндоскопии полости носа в баллах для каждой половины носа отдельно по шкале Lund-Kennedy (LKS)

(таблица 1).

Таблица 1 Шкала Lund-Kennedy (LKS)

| | 0 | 1 | 2 |
|--------------------------------------|-------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Полипы | Отсутствуют | В пределах среднего носового хода | В полости носа |
| Отек слизистой оболочки | Отсутствует | Незначительный/умеренный | Полипозно изменена |
| Выделения из полости носа | Отсутствуют | Слизистые | Густые и /или слизисто- гнойные |

При количестве баллов больше 4 – необходимо продолжать лечение мометазоном фууроата и монтелукастом до уменьшения количества баллов от 0 до 3.

При баллах от 0 до 3 – наблюдение в динамике осуществляется через 3, 6, 12 месяцев в первый год после хирургического лечения, 1 раз в 6 месяцев – последующие года, с целью корректировки длительности проводимого консервативного лечения.

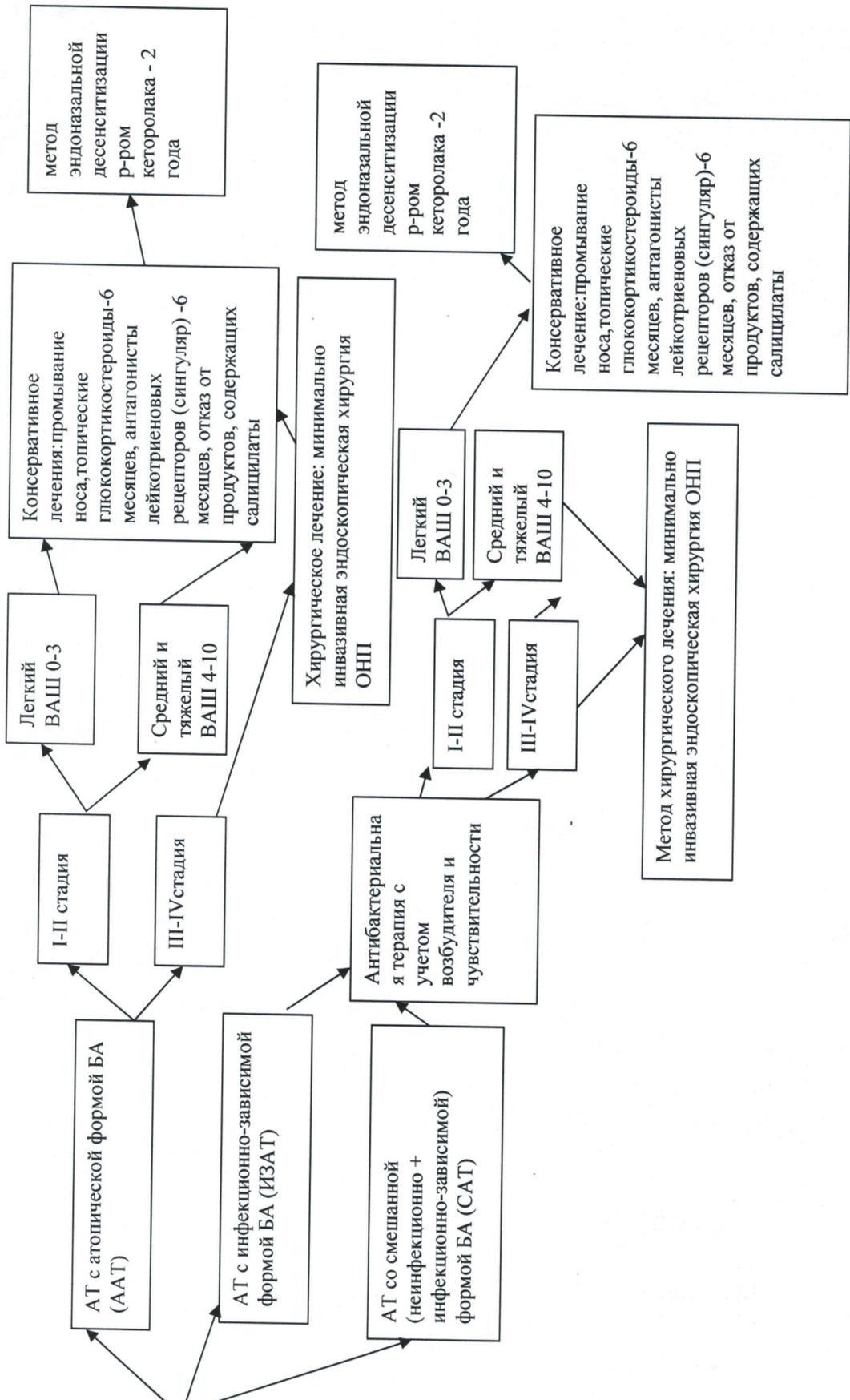
При баллах от 4 до 12 – наблюдение в динамике осуществляется ежемесячно в первый год после хирургического лечения, через 3, 6, 12 месяцев – последующие года, с целью корректировки длительности проводимого консервативного лечения.

Возможные ошибки, осложнения и пути их устранения

Отсутствуют.

Приложение А

Диагностика ХПРС у пациентов с АТ:
 -эндоскопия полости носа
 -КТ ОНП
 -бактериологическое исследование
 -патоморфологическое исследование
 -иммунологическое исследование
 -ВАШ (легкий = 0-3, средней степени тяжести = ВАШ >3-7, тяжелый = ВАШ >7-10)



Оценка эндоскопической картины полости носа

Баллы

0-3

4-12

наблюдение в динамике через 3, 6, 12 месяцев в первый год после хирургического лечения, 1 раз в 6 месяцев - последующие года с целью коррекции длительности консервативного лечения

наблюдение в динамике ежемесячно в первый год после хирургического лечения, через 3, 6, 12 месяцев - последующие года с целью коррекции длительности консервативного лечения