

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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц
01.11.2017
Регистрационный № 065-0917

**МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С АСПИРИНОВОЙ ТРИАДОЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр оториноларингологии»

АВТОРЫ: Ю. Е. Еременко, А. Н. Котович

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.

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

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

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

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Хронический полипозный риносинусит у пациентов с аспириновой триадой.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

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

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

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

Аспириновая триада с атопической формой бронхиальной астмы (БА)

За всеми пациентами 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 фуруоатом в виде назального спрея в дозе 200 мкг — 2 раза в день (6 мес.), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) — 1 раз в день (6 мес.), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака.

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 мин 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 осуществить 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 стационаре, 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.

При I–II стадиях полипоза носа со средним и тяжелым течением по данным ВАШ (4–10 баллов), а также III–IV стадиях 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 200 мкг — 2 раза в день (6 мес.), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) — 1 раз в день (6 мес.), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака.

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

Всем пациентам с данной формой заболевания назначается антибактериальная терапия с учетом возбудителя и его чувствительности. При I–II стадиях полипоза носа по данным эндоскопии полости носа и КТ ОНП с 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 200 мкг — 2 раза в день (6 мес.), антагонисты

лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) — 1 раз в день (6 мес.), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака.

При I–II стадиях полипоза носа со средним и тяжелым течением по данным ВАШ (4–10 баллов), а также III–IV стадиях 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 фуроатом в виде назального спрея в дозе 200 мкг — 2 раза в день (6 мес.), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст в дозировке 10 мг) — 1 раз в день (6 мес.), затем эндоназальная десенситизация раствором кеторолака.

Контроль длительности лечения эндоназальной кортикостероидной терапии мометазона фуроатом 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).

Таблица — 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 более 4 необходимо продолжать лечение мометазона фуроатом и монтелукастом до уменьшения количества баллов от 0 до 3.

При количестве баллов от 0 до 3 наблюдение в динамике осуществляется через 3, 6, 12 мес. в первый год после хирургического лечения; 1 раз в 6 мес. — в последующие годы с целью корректировки длительности проводимого консервативного лечения.

При количестве баллов от 4 до 12 показано наблюдение в динамике ежемесячно в первый год после хирургического лечения; через 3, 6, 12 мес. — в последующие годы с целью корректировки длительности проводимого консервативного лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Отсутствуют.

Приложение

