

Захворювання верхніх дихальних шляхів у вагітних

В.І. Медведь¹, В.І. Попович²

¹Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України, м. Київ

²Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Запальні захворювання верхніх дихальних шляхів значно поширені, щороку на них хворіє 6–15% здорових людей. Вагітні, у зв'язку з фізіологічними змінами верхніх дихальних шляхів та особливим імунним станом, хворіють ще частіше.

Мета статті – надати лікарям базові відомості про особливості перебігу та лікування найпоширеніших захворювань верхніх дихальних шляхів у період вагітності.

Передумовою розвитку синдрому закладеності носа під час вагітності є дисбаланс вегетативної регуляції процесів вазоконстрикції та вазодилатації судин слизової оболонки носа і секретії носових залоз, переважання парасимпатичних впливів. Найчастішими нозологічними причинами порушення носового дихання є алергічний риніт, гестаційний (гормональний) риніт та гострий риносинусит.

Патогенетичний механізм гестаційного риніту полягає в естроген-опосередкованому пригніченні холінестерази, внаслідок чого відбувається холінергічна вазодилатація та посилення секретії слизових оболонок. Певний внесок робить притаманне вагітності збільшення об'єму циркулюючої плазми та екстравазальна трансудація, що також обумовлена впливом естрогенів на судинну стінку. Лікування симптоматичне (місцеві деконгестанти, рослинні секретолітики, морська вода).

В основі алергічного риніту лежить IgE-опосередкований запальний процес слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух. Найчастіше причинними алергенами є пилок рослин, спори нижчих грибів, частки комах, епідерміс тварин, кліщі домашнього пилу. Лікування включає топічні і системні засоби (глюкокортикостероїди з низькою біодоступністю, блокатори H₁-гістамінових рецепторів).

Гострий риносинусит – запалення слизової оболонки носа та приносних синусів, що триває до 12 тиж. У вагітних розвиткові хвороби та її затяжному перебігу сприяє частий набряк слизової оболонки носа. Основним збудником ГРС є віруси (приблизно 80% випадків). Лікування, яке базується на доказах, включає іригаційну терапію (симптоматичне лікування усіх форм ГРС), сучасну фітонірингову терапію з використанням стандартизованого екстракту BNO 1016 (при вірусному та поствірусному РС, безпечна під час вагітності), мометазону фуоат (у формі назального спрею), знеболювальні. Антибактеріальні препарати показані тільки для лікування бактеріального риносинуситу.

Гострий тонзиліт – це запалення мигдаликів з клінічною симптоматикою, що виникає раптово. Специфічними проявами є біль у горлі (без гострої задишки), гіперемія і набряк мигдаликів, нерідко з напоруваннями, регіонарний лімфаденіт; неспецифічними – гарячка, загальна слабкість, нездужання та біль у суглобах та попереку. Клінічна картина у вагітних суттєво не відрізняється. Тяжкість хвороби та імовірність бактеріальної етіології оцінюють за спеціальною шкалою. Обов'язково визначають наявність у горлі β-гемолітичного стрептококу групи А, залежно від чого призначають антибактеріальне лікування.

Ключові слова: вагітність, хвороби верхніх дихальних шляхів, алергічний риніт, гестаційний риніт, риносинусит, гострий тонзиліт, клінічний перебіг, лікування.

Diseases of the upper respiratory tract in pregnant women

V.I. Medved, V.I. Popovich

Inflammatory diseases of the upper respiratory tract are extremely common, 6-15% of healthy people get sick every year. Pregnant women, due to physiological changes in the upper respiratory tract and a special immune state, get sick even more often.

The purpose of the article is to provide doctors with basic information about the features of the course and treatment of the most common diseases of the upper respiratory tract during pregnancy.

Prerequisite for the development of nasal congestion syndrome during pregnancy is an imbalance in the autonomic regulation of vasoconstriction and vasodilation of the vessels of the nasal mucosa and secretion of the nasal glands, the predominance of parasympathetic influences. The most common nosological causes of nasal breathing disorders are allergic rhinitis, gestational (hormonal) rhinitis and acute rhinosinusitis.

The pathogenetic mechanism of gestational rhinitis is estrogen-mediated inhibition of cholinesterase, resulting in cholinergic vasodilation and increased secretion of mucous glands. The increase in circulating plasma volume and extravasal transudation, which is also due to the effects of estrogen on the vascular wall, contribute to pregnancy. Treatment is symptomatic (local decongestants, herbal secretolytics, sea water).

Allergic rhinitis is based on IgE-mediated inflammatory process of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses. The most common causative allergens are plant pollen, spores of lower fungi, insect particles, animal epidermis, house dust mites. Treatment includes topical and systemic agents (glucocorticosteroids with low bioavailability, H₁-histamine receptor blockers).

Acute rhinosinusitis is an inflammation of the nasal mucosa and paranasal sinuses that lasts up to 12 weeks. In pregnant women, the development of the disease and its prolonged course is facilitated by frequent swelling of the nasal mucosa. The main causative agent of GDS are viruses (approximately 80% of cases). Evidence-based treatment includes irrigation therapy (symptomatic treatment of all forms of GDS), modern phytonutrient therapy using standardized BNO 1016 extract (for viral and post-viral MS, safe during pregnancy), mometasone furoate (nasal spray), anesthesia. Antibacterial drugs are indicated only for the treatment of bacterial rhinosinusitis.

Acute tonsillitis is an inflammation of the tonsils with clinical symptoms that occur suddenly. Specific manifestations are sore throat (without acute shortness of breath), redness and swelling of the tonsils, often with layers, regional lymphadenitis; non-specific – fever, general weakness, malaise and pain in the joints and lower back. The clinical picture in pregnant women does not differ significantly. The severity of the disease and the probability of bacterial etiology is assessed on a special scale. Be sure to determine the presence of β-hemolytic group A streptococcus in the throat, depending on which antibacterial treatment is prescribed.

Keywords: pregnancy, diseases of the upper respiratory tract, allergic rhinitis, gestational rhinitis, rhinosinusitis, acute tonsillitis, clinical course, treatment.

Заболевания верхних дыхательных путей у беременных В.И. Медведь, В.И. Попович

Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей чрезвычайно распространены, ежегодно ими болеет 6–15% здоровых людей. Беременные, в связи с физиологическими изменениями верхних дыхательных путей и особым иммунным состоянием, болеют еще чаще. Цель статьи – предоставить врачам базовые сведения об особенностях течения и лечения наиболее распространенных заболеваний верхних дыхательных путей в период беременности.

Предпосылкой развития синдрома заложенности носа во время беременности является дисбаланс вегетативной регуляции процессов вазоконстрикции и вазодилатации сосудов слизистой оболочки носа и секреции носовых желез, преобладание парасимпатических влияний. Частыми нозологическими причинами нарушения носового дыхания является аллергический ринит, гестационный (гормональный) ринит и острый риносинусит.

Патогенетический механизм гестационного ринита заключается в эстроген-опосредованном угнетении холинэстеразы, вследствие чего происходит холинергическая вазодилатация и усиление секреции слизистых оболочек желез. Определенный вклад вносит присущее беременности увеличение объема циркулирующей плазмы и экстравазальная трансудация, также обусловленная влиянием эстрогенов на сосудистую стенку. Лечение симптоматическое (местные деконгестанты, растительные секретолитики, морская вода).

В основе аллергического ринита лежит IgE-опосредованный воспалительный процесс слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Чаще всего причинными аллергенами являются пыльца растений, споры низших грибов, частицы насекомых, эпидермис животных, клещи домашней пыли. Лечение включает топические и системные средства (глюкокортикостероиды с низкой биодоступностью, блокаторы H₁-рецепторов).

Острый риносинусит – воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых синусов, что продолжается до 12 нед. У беременных развитию болезни и ее затяжному течению способствует частый отек слизистой оболочки носа. Основным возбудителем ГРС являются вирусы (около 80% случаев). Лечение, основанное на доказательствах, включает ирригационную терапию (симптоматическое лечение всех форм ГРС), современную фитониринговую терапию с использованием стандартизированного экстракта BNO 1016 (при вирусном и поствирусном РС, безопасна во время беременности), мометазона фураат (в форме назального спрея), обезболивающие. Антибактериальные препараты показаны только для лечения бактериального синусита.

Острый тонзиллит – воспаление миндалин с клинической симптоматикой, возникает внезапно. Специфическими проявлениями являются боль в горле (без острой одышки), гиперемия и отек миндалин, нередко с наслоениями, регионарный лимфаденит; неспецифическими – лихорадка, общая слабость, недомогание и боль в суставах и пояснице. Клиническая картина у беременных существенно не отличается. Тяжесть болезни и вероятность бактериальной этиологии оценивают по специальной шкале. Обязательно определяют наличие в горле β-гемолитического стрептококка группы А, в зависимости от чего назначают антибактериальное лечение.

Ключевые слова: беременность, болезни верхних дыхательных путей, аллергический ринит, гестационный ринит, риносинусит, острый тонзиллит, клиническое течение, лечение.

Запальні та незапальні захворювання верхніх дихальних шляхів значно поширені. На гострі запальні захворювання щороку хворіє 6–15% здорового населення, вони мають явну сезонну залежність і є частою причиною необґрунтованого призначення антибіотиків (до 60–65%) [1]. Їхньою особливістю є схильність до відносно доброякісного перебігу (self-limiting disease) і закінчуються здебільшого одужанням. Але так буває не завжди. Інколи несвоєчасна діагностика і запізніле лікування, тим більше відмова від лікування мають наслідком розвиток ускладнень або хронізацію хвороби. Імовірність такого несприятливого варіанту підвищується під час вагітності, коли в організмі жінки створюється стан імуносупресії – природної, але досить потужної, клінічно значущої [2, 3].

У випадках виникнення у вагітної будь-якої неакушерської недуги клінічний маршрут пацієнтки нерідко виглядає так: вона звертається до акушера-гінеколога, який спостерігає її в жіночій консультації, той відразу скеровує хвору до спеціаліста за профілем патології, останній, оглянувши жінку, встановлює «свій» діагноз, але щодо лікування радить звернутися до лікуючого акушера-гінеколога, і коло замикається. Автори стикалися з таким у своїй клінічній практиці сотні разів, і саме це спонукало нас до спільного написання цієї статті.

Мета статті – надати лікарям базові відомості про особливості перебігу та лікування найпоширеніших захворювань верхніх дихальних шляхів (ВДШ) у період вагітності.

Фізіологічні зміни ВДШ у вагітних включають зменшення мінімальної площі поперечного перерізу носової порожнини за рахунок застійно-набрякових змін слизової оболонки без суб'єктивного відчуття заложеності носа; гіперемію, набряклість слизової оболонки носоглотки з підвищеною секрецією слизу; часті носові кровотечі [2–4]. Ці зміни, з одного боку, переважно обумовлені гіперестрогенемією, з іншого, нерідко обумовлюють помилкову діагностику запалення слизової оболонки носа [5, 6]. У лікарів і пацієнток в такій ситуації часто виникає спокуса призначення назальних декон-

гестантів, що може призводити до артеріальної гіпертензії, а після скасування препарату – до ребаунд-синдрому. Дуже важливо також враховувати фізіологічні зміни ВДШ у разі необхідності встановлення назогастрального зонда через загрозу спричинити носову кровотечу [4]. Для її попередження рекомендують особливо рясне змачування зонда.

Синдром заложеності носа при вагітності охоплює гетерогенну групу захворювань з різними патогенетичними механізмами. Характеризується періодичними та/або тривалими симптомами риніту, що не є наслідком IgE-залежних реакцій, інфекційних процесів чи аномалій будови носової порожнини [6–8]. Фактично стан заложеності носа є проявом дисбалансу вегетативної регуляції процесів вазоконстрикції та вазодилатації судин слизової носа і секреції носових залоз. Під час вагітності переважання парасимпатичних впливів сприяє дилатації судин і гіперсекреції залоз, що посилює заложеність носа (рис. 1).

Серед хвороб і синдромів, які найчастіше спричиняють заложеність носа і блокування носового дихання, слід назвати вазомоторний риніт (спричинений дисфункцією вегетативної нервової системи), алергічний риніт, гострий риносинусит і специфічний, асоційований з вагітністю гестационний риніт (основний етіологічний чинник – гіперестрогенемія). Рідше причиною заложеності носа є автоімунні захворювання (гранульоматоз Вегенера, саркоїдоз тощо), доброякісні (поліпи носа, інвертована гранульома тощо) та злоякісні (аденокарцинома) пухлини.

Порушення носового дихання є несприятливим чинником як для вагітної, так і ще більшою мірою – для плода. Це пов'язано з особливою роллю саме носового дихання, яке єдине є фізіологічним й повноцінним, оскільки зігріває, очищує і зволожує повітря до проходження його в нижні дихальні шляхи. Під час дихання через рот такого не відбувається, вдих коротший і до легень потрапляє менше кисню [9]. Дефіцит останнього гостро відчувається плодом, причому зі збільшенням терміну вагітності нестача кисню стає для дитини критичнішою [2, 3, 5]. Ця гіпоксія у першу чергу впливає

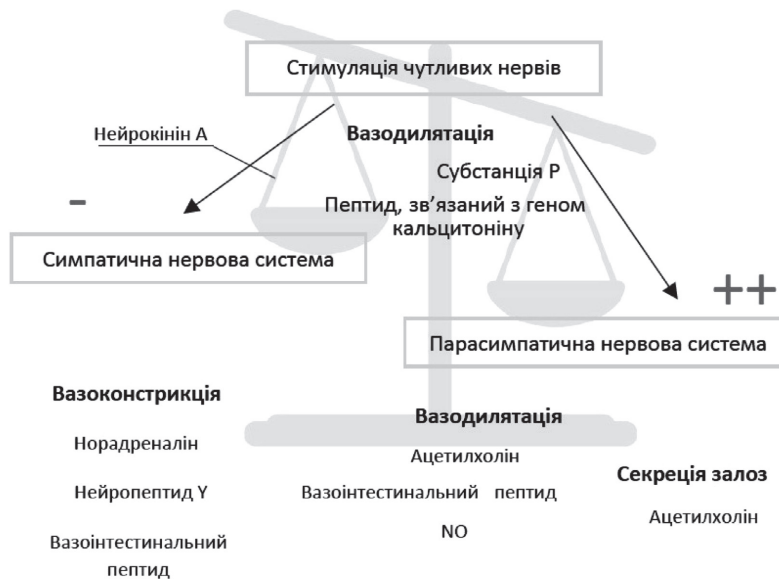


Рис. 1. Патогенез закладеності носа при вагітності

на розвиток центральної нервової системи плода, тому риніт у вагітних слід лікувати. Гормонально залежний риніт вагітних може виникати у будь-які терміни вагітності, а в період від 28 до 36 тиж клінічна ситуація обтяжується порушенням дихання, обумовленим високим стоянням діафрагми.

Гестаційний риніт – гормонально-індуковані зміни слизової оболонки носа з клінічними проявами тривалістю не менше 6 тиж. Умовою діагностики гестаційного риніту є відсутність ознак інфекції ВДШ та симптомів, що свідчать про алергічну етіологію захворювання [10–11]. Найчастіше захворювання розвивається у II чи III триместрах, поширеність його серед вагітних за різними даними коливається від 5% до 32% [2, 3, 5]. Нерідко порушується сон, погіршується апетит і суттєво обтяжується перебіг хронічного риносинуситу та бронхіальної астми, якщо ці хвороби були у пацієнтки до вагітності. Доведено зв'язок гестаційного риніту з хропінням та синдромом обструктивного апное уві сні. Останнім часом певне значення риніту надають як патогенетичному чиннику гестаційної гіпертензії, преклампсії та затримки росту плода [12–14].

Спеціальні дослідження продемонстрували відсутність закономірного повторення хвороби у наступних вагітностях. Так, у половини жінок з тих, які хворіли на гестаційний риніт за першої вагітності, його не було під час другої вагітності; натомість у чверті жінок, які не хворіли за першої вагітності, хвороба виникла при наступних. Усі обумовлені ринітом вагітних прояви зазвичай повністю минають протягом 2 тиж після пологів.

Патогенетичний механізм хвороби полягає в естроген-опосередкованому пригніченні холінергічних вазодилататорів, внаслідок чого відбувається холінергічна вазодилатація та посилення секреції слизових залоз. Певний внесок робить притаманне вагітності збільшення об'єму циркулюючої плазми та екстравазальна трансудація, також обумовлена впливом естрогенів на судинну стінку. Гіперактивність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи також може бути відповіддю на певні плацентарні протеїни та білкові сполуки фетального походження. Плацентарний трофобластичний гормон стимулює гіперплазію слизової оболонки носа. Прогестерон незалежно від холінергічних механізмів посилює вазодилатацію судин носа. У підсумку всі ці процеси призводять до набряку слизової оболонки носа (її добре видно при риноскопії) та ринорей.

Діагностика гестаційного риніту передбачає виключення інших варіантів ураження слизової оболонки носа з порушенням дихання через ВДШ. Зазвичай, окрім ретельної оцінки анамнезу, рекомендуються передня риноскопія, інколи жорстка ендоскопія носа, тест на алергенспецифічні IgE-антитіла. Зі зрозумілих причин у вагітних уникають надмірної радіологічної візуалізації, зокрема КТ-сканування.

Усі клінічні прояви гестаційного риніту, як вже зазначалося, минають після закінчення вагітності, а до того лікування має симптоматичний характер. Для полегшення носового дихання та зменшення інших хворобливих проявів з обережністю та обмежено застосовують такі місцеві деконгестанти, як оксиметазолін та нафазолін [15].

Фенілефрин під час вагітності протипоказаний. Як альтернативу топічним деконгестантам розглядають ізотонічні та гіпертонічні розчини морської води. Можливе застосування мометазону фуруат у формі назального спрею та системних секретолітичних препаратів рослинного походження (стандартизований фітоекстракт BNO 1016) [16–18].

Алергічний риніт – це хронічне захворювання ВДШ, в основі якого лежить IgE-опосередкований запальний процес слизової оболонки порожнини носа та принососових пазух. Найчастіше причинними алергенами є пилок рослин, спори нижчих грибів, частки комах, епідерміс тварин, кліщі домашнього пилу. Алергічний риніт є досить актуальною проблемою під час вагітності, оскільки, з одного боку, здатен впливати на загальний стан жінки та, навіть, на розвиток майбутньої дитини, з іншого – перебігає у цей період по-особливому [11, 18]. Ці особливості пов'язані зі змінами гормонального статусу вагітної та активності медіаторів, що беруть участь у розвитку запальних та алергічних реакцій. Так, у I триместрі хоріон виробляє фермент діаміноксидазу, який має гістміназну активність, тобто руйнує гістамін у сироватці крові, що веде до зменшення клінічних проявів алергічного риніту. У II і III триместрах цей ефект минає, прояви хвороби можуть посилюватися порівняно зі звичним догестаційним перебігом.

Діагностичний процес включає виконання специфічного тестування на алергію *in vitro* (кров пацієнтки) у тих випадках, коли за наявності попереднього діагнозу алергічного риніту відсутня задовільна клінічна відповідь на емпіричне лікування, або коли діагноз є невизначеним, або коли необхід-

но встановити причинний алерген для подальшої таргетної специфічної імунотерапії [19]. Прик-тести на алергію (шкірні проби) під час вагітності не рекомендують через ризик системних реакцій. Наявність у загальному аналізі крові еозинофілії є предиктором задовільної відповіді пацієнтки на лікування антигістамінними препаратами. Водночас відсутність еозинофілії не спростовує алергічну етіологію риніту. Якщо діагноз алергічного риніту встановлено вірогідно, немає потреби проводити синопназальну візуалізацію. Натомість має певне діагностичне значення назоцитограма – виявлення в назальному секреті клітин-маркерів алергічного запалення. Збільшення кількості еозинофілів свідчить на користь алергії, а нейтрофільних гранулоцитів – інфекційного процесу. Також у разі алергічного риніту збільшується кількість келихоподібних клітин.

Лікування алергічного риніту включає топічні і системні засоби. Обираючи препарат, лікар має керуватися чинними клінічними рекомендаціями та інструкціями до медичного застосування лікарських засобів, які затверджує орган реєстрації ліків в Україні – Державний Експертний Центр МОЗ (додаток 3 «Особливості застосування ЛЗ у жінок у період вагітності та в період лактації» Державного реєстру лікарських засобів України) [16, 17, 20]. Це загальний принцип фармакотерапії. Проте, якщо точно дотримуватися інструкцій, то в багатьох клінічних ситуаціях вагітні залишаються без жодної медикаментозної допомоги. Значно реалістичнішою і більш гнучкою є добре відома акушерам-гінекологам система поділу ліків на 5 категорій, запропонована FDA. Проте ця система офіційно не прийнята в нашій країні, тому у кожному конкретному випадку, володіючи інформацією з різних джерел, лікар зважає співвідношення користь/ризик і, залежно від такої оцінки, ухвалює рішення.

Повертаючись безпосередньо до терапії алергічного риніту, слід зазначити, що більшість місцевих назальних глюкокортикоїдів (гідрокортизон мазь, дексаметазон у складі крапель) мають високу біодоступність, тому не рекомендуються під час вагітності [21, 22]. Вигідно вирізняється в цьому плані мометазону фуоат у формі назального спрею (біодоступність 0,1%), що робить його засобом вибору під час вагітності. Переважна більшість системних блокаторів H₁-гістамінових рецепторів (антигістамінні засоби) за інструкцією протипоказані вагітним. Водночас вони належать до категорії C, а деякі – до B, тобто не мають суворой заборони на застосування під час вагітності. Старі добре апробовані препарати (клемастин, диметинден) цілком прийнятні в період вагітності. Вони чинять певну седативну дію, проте це не можна вважати негативом. Серед сучасних антигістамінних препаратів переважними в акушерській практиці є цетиризин, лоратадин, фексофенадин. Також умовно безпечним для системної терапії є антагоніст лейкотрієнових рецепторів монтелукаст [16, 17].

У статті, розрахованій переважно на акушерів-гінекологів, варто зупинитися на ранніх заходах профілактики алергічних захворювань взагалі, в тому числі алергічного риніту.

Слід пам'ятати, що після кесарева розтину ризик харчової алергії у подальшому житті дитини значно вищий, ніж після природних пологів. Отже, зменшення частоти абдомінального розродження істотно зменшує частоту алергічних реакцій в дітей. Щільний і тривалий контакт новонародженого зі шкірою та соском матері сприяє контамінації симбіотичними бактеріями фізіологічних бар'єрів. Годування виключно грудним молоком у перші 4 міс життя є особливо значущим чинником формування повноцінного кишкового бар'єру. Введення прикорму з четвертого по шостий місяць стимулює розмноження симбіотичної флори, відтак сприяє активному розвитку імунної системи, що відбувається саме у цей період. Доцільно надавати перевагу самостійному приготуванню їжі, а не використовувати стерильне банкове харчування. Корисно відмовитися від застосування вдома засобів побутової хімії, що містять антибіотики чи антисептики. Дослідження останніх років ще раз засвідчили шкідливість надмірної прихильності до чистоти в плані розвитку імунної системи. Зокрема продемонстровано, що у немовлят, які мешкають у сільській місцевості, кишковий мікробом значно «багатший» на корисну імуногенну флору порівняно з міськими однолітками.

Гострий риносинусит (ГРС) – гостре запалення слизової оболонки носа та приносинусних синусів, що триває до 12 тиж. У вагітних розвиткові хвороби та її затяжному перебігу сприяє частий набряк слизової оболонки носа, про причини розвитку якого йшлося вище. Основним збудником ГРС є віруси (приблизно 80% випадків).

Пацієнтка скаржиться на закладеність носа, виділення з носа, біль або відчуття тиску в ділянці обличчя, послаблення чи втрату нюху. *Клінічні прояви* ГРС поділяють на великі та малі симптоми (табл. 1). Раптова поява двох чи більше симптомів, один з яких належить до категорії великих, дозволяє встановити діагноз. Зазвичай хвороба починається як вірусна інфекція ВДШ, потім може наставати покращання стану з наступним відчутним погіршенням у вигляді постійних виділень з носу та/чи фебрилитету ($\geq 38^{\circ}\text{C}$). Таким чином клінічні прояви мають двофазний характер. Відзначається слабка відповідь на деконгестанти та антигістамінні препарати. На користь бактеріального запалення свідчать: односторонність болю в ділянці обличчя, зубний біль у проекції верхньої щелепи, односторонність виділень з носу в поєднанні з болем.

За клінічними проявами виділяють:

- гострий вірусний РС (триває до 10 днів за умови відсутності погіршення після 5-го дня від початку хвороби);
- гострий поствірусний РС (тривалість до 12 тиж з погіршенням симптомів після 5-го дня або з персистенцією симптомів після 10-го дня хвороби);
- гострий бактеріальний РС (до 12 тиж та особливими симптомами, які описано вище, значним субфебрилітетом, підвищеним СРБ, ШОЕ);
- гострий рецидивуючий РС (чотири чи більше епізодів ГРС протягом 12 тиж за умови, що кожен тривав не менше 7 днів) [23].

Таблиця 1

Діагностичні ознаки гострого риносинуситу

Великі симптоми	Малі симптоми
Біль чи «розпирання» в ділянці обличчя (над ураженою пазухою)	Головний біль
Порушення носового дихання	Втомлюваність
Стікання виділень по задній стінці глотки	Неприємний запах з рота
Порушення нюху	Кашель
Слизово-гнійні виділення з носа	Вушний біль
Гарячка	Відчуття закладеності вуха

Диференціальна діагностика варіантів риніту у вагітних

Клінічна ознака	Алергічний риніт	Гестаційний риніт	Гострий риносинусит
Тривалість	Різна	Різна (≥6 тиж)	До 12 тиж
Типовий початок	Після контакту/експозиції з алергеном	Під час вагітності, частіше у II чи III триместрі	Подібно гострому респіраторному захворюванню, сезонно
Лихоманка	–	–	+
Виділення з носа	Водянисті	Переважно водянисті	Слизові або гнійні
Свербіння	+	–	–
Чхання	++	–	+/-
Закладеність носа	Переважно у пізній фазі	Як правило	Завжди
Біль у ділянці обличчя	–	+/-	+
Зубний біль	–	+/-	+/-
Головний біль	–	+/-	+
Кашель	+/-	–	+/-
Нездужання загальне	–	–	+

Лікування ГРС, яке базується на доказах, включає: іригаційну терапію (симптоматичне лікування усіх форм ГРС), сучасну фітонірингову терапію з використанням стандартизованого екстракту BNO 1016 (при вірусному та поствірусному РС, безпечна під час вагітності) [24]. Для лікування гострого післявірусного риносинуситу під час вагітності додатковим препаратом вибору є мометазону фуоат у формі назального спрею [16, 17]. Антибактеріальні препарати показані тільки для лікування бактеріального риносинуситу. Як відомо, для лікування гострого бактеріального риносинуситу поза вагітністю є амоксициліну клавуланат. Однак його використання у пізні терміни вагітності пов'язане з високим ризиком розвитку некротичного коліту у новонародженого [25]. Використання антибактеріальних при ГБРС повинне регламентуватись даними по локальній антимікробній резистентності та інструкцією щодо можливості використання при вагітності [26–28]. У зв'язку з тим, що гострий риносинусит є однією з найчастіших причин необґрунтованого призначення антибіотиків, сучасні керівництва рекомендують методику відкладеного призначення [29].

В якості знеболювального преферентним препаратом є парацетамол. Використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) у I і II триместрах вагітності можливе лише в мінімальній ефективній дозі, тривалість лікування повинна бути короткою. Протипоказані у III триместрі вагітності. Кислота мефенамінова протипоказана у будь-який термін вагітності [16, 17].

Оскільки синдром закладеності носа у вагітних найчастіше обумовлений одним із трьох захворювань, кожне з яких лікується по-різному, для практичного лікаря важливо знати основні їхньої диференціальної діагностики. Прості й доступні клінічні диференціально-діагностичні ознаки наведено у табл. 2.

Отже, за наявності скарги на закладеність носа у вагітної акушер-гінеколог може попередньо самостійно оцінити імовірність певного нозологічного діагнозу.

Гострий тонзиліт – це запалення мигдаликів із клінічною симптоматикою, що виникає раптово. Специфічними проявами є біль у горлі (без гострої задишки), гіперемія і набряк мигдаликів, нерідко з нашаруваннями, регіонарний лімфаденіт; неспецифічними – гарячка, загальна слабкість, нездужання та біль у суглобах та попереку. Клінічна картина у вагітних суттєво не відрізняється. Більшість випадків гострого тонзиліту мають вірусну етіологію і не потребують призначення антибіотиків, тому надзвичайно важливо виділити

пацієнток з високою імовірністю бактеріального тонзиліту. З цією метою використовують шкалу Mclsaac (табл. 3) [30].

Якщо загальна сума балів від 1 до 3, то найімовірніше це вірусний тонзиліт, обирається лікувальна стратегія з відмовою від антибіотиків та призначенням симптоматичних засобів протягом 2–3 днів. У разі позитивної динаміки симптомів додаткове обстеження є непотрібним, за відсутності покращання, значної тяжкості хвороби або однобічного ураження – бактеріологічне дослідження мазка із зіва.

Якщо сума балів за шкалою Mclsaac складає 3–5 балів, можна констатувати високу імовірність бактеріального тонзиліту, спричиненого β-гемолітичним стрептококом групи А. Цим вагітним проводять експрес-тест на стрептокок (має чутливість 93%, специфічність – 88%) і в разі позитивного результату негайно призначають антибіотик. За негативного результату в жінок з клінічною підозрою на стрептококовий тонзиліт додатково проводять бактеріологічне дослідження і спостереження, обираючи стратегію відкладеного призначення антибіотиків [26]. Рішення про їх призначення ухвалюють або після отримання позитивного результату бактеріологічного дослідження, або у випадку погіршення стану чи відсутності позитивної клінічної динаміки. Необхідності визначати в горлі інші бактерії, крім β-гемолітичного стрептококу групи А, немає.

Для лікування стрептококового тонзиліту застосовують пеніцилін V (препарат першого вибору) 100 000 ОД/кг/добу або цефалексин (другий вибір) 50 мг/кг/добу протягом 10 днів. Іноді за швидкої клінічної ефективності можна обмежитися коротким курсом цефалоспору – 5–7 діб. Макроліди

Таблиця 3

Шкала Mclsaac

Симптом/ознака	Бали
Температура тіла > 38 °C	1
Відсутність кашлю	1
Збільшення лімфовузлів	1
Збільшення та/або нашарування на мигдаликах	1
Вік: 3–4 років	1
15–44 роки	0
≥45 років	-1
Загальна сума балів	

призначають тільки у випадках алергії на β-лактамі антибіотики. Симптоматична терапія гострого небактеріального тонзиліту передбачає місцеве застосування з метою знеболення нестероїдних протизапальних засобів (бензидаміну гідрохлорид) [16, 17]. Системне застосування препаратів цієї групи (ібупрофен, диклофенак тощо) допускається як виключення до терміну 28 тиж протягом 3 днів. Крім того, при тонзиліті традиційно застосовують фітотерапію, проте переконливих доказів її ефективності немає.

Добре відомо, що в Україні, починаючи від 2014 року, неухильно й дуже істотно зменшується народжуваність. На нашу думку, відповідно збільшується цінність кожної вагітності та має підвищуватися відповідальність лікарів за успішне її закінчення. Коли у вагітної розвивається хвороба, що потребує компетенції спеціалістів неакушерського профілю, тільки кваліфікована колегалія співпраця є запорукою успіху. Автори намагалися це продемонструвати на прикладі захворювань верхніх дихальних шляхів.

Відомості про авторів

Медведь Володимир Ісаакович – Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України, 04050, м. Київ, ул. П. Майбороди, 8. E-mail: vladimirmedved@ukr.net

Попович Василь Іванович – Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України, 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2

Information about the author

Medved Volodymyr Isakovych – Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology named academic Elena. M. Lukyanova NAMS of Ukraine, 04050, Kyiv, P. Maiborody Str. 2. E-mail: vladimirmedved@ukr.net

Popovich Vasyl Ivanovych – 76018, Ivano-Frankivsk, Halytska Str. 2,

Сведения об авторах

Медведь Владимир Исаакович – Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины, 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8. E-mail: vladimirmedved@ukr.net

Попович Василий Иванович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет МЗ Украины, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Amanda R McCullough, Allan J Pollock, Malene Plejdrup Hansen, Paul P Glasziou, David FM Looke, Helena C Britt and Christopher B Del Mar. Antibiotics for acute respiratory infections in general practice: comparison of prescribing rates with guideline recommendations. *Med J Aust* 2017; 207 (2): 65-69. || doi: 10.5694/mja.16.01042
2. Fiona Broughton – Pipkin. Maternal physiology. In Keith Edmonds, Dewhurst textbook of obstetric and gynecology, seventh. Blackwell publishing 2007/16.
3. Bhagat DR, Chowdhary A, Verma S, Jyotsana. Physiological changes in ENT during pregnancy. *Ind J Otolaryngol.* 2006; 58 (3): 3.
4. Dugan–Kim M, Connell S, Satika C, Wong CA, Gossett DR. Epistaxis of pregnancy and association with postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(6): 1322-1325.
5. Ellegård E, Karlsson G. Nasal congestion during pregnancy. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1999; 24(4): 307–311.
6. Ellegård E, Oscarsson J, Bougoussa M, et al. Serum level of placental growth hormone is raised in pregnancy rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998; 124(4): 439–443
7. Shushan S, Sadan O, Lurie S, Evron S, Golan A, Roth Y. Pregnancy-associated rhinitis. *Am J Perinatol.* 2006; 23(7): 431–433.
8. Ellegård E, Hellgren M, Toren K, Karlsson G. The incidence of pregnancy rhinitis. *Gynecol Obstet Invest.* 2000; 49(2): 98–101.
9. Eccles R. Nasal airflow in health and disease. *Acta Otolaryngol.* 2000; 120(5): 580–595.
10. Bachert C. Persistent rhinitis-allergic or nonallergic? *Allergy.* 2004; 59(suppl 76): 11–5, 1.
11. Sorri M, Hartikainen-Sorri AL, Kärjä J. Rhinitis during pregnancy. *Rhinology.* 1980; 18(2): 83–86.
12. Loube DI, Poceta JS, Morales MC, Peacock MD, Mitler MM. Self-reported snoring in pregnancy. Association with fetal outcome. *Chest.* 1996; 109(4): 885–889.
13. Franklin KA, Holmgren PA, Jönsson F, Poromaa N, Stenlund H, Svanborg E. Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest.* 2000; 117(1): 137–141.
14. Guilleminault C, Querra-Salva M, Chowdhuri S, Poyares D. Normal pregnancy, daytime sleeping, snoring and blood pressure. *Sleep Med.* 2000; 1(4): 289–297.
15. Graf P, Hallén H, Juto JE. Four-week use of oxymetazoline nasal spray (Nexeril) once daily at night induces rebound swelling and nasal hyperreactivity. *Acta Otolaryngol.* 1995; 115(1): 7175.
16. <https://compendium.com.ua/dec/262796>
17. <https://www.dec.gov.ua/materials/chinnij-vipusk-derzhavnogo-formulyarilarskih-zasobiv/>
18. Schatz M, Zeiger RS. Asthma and allergy in pregnancy. *Clin Perinatol.* 1997; 24(2): 407–432.
19. Metzger WJ, Turner E, Patterson R. The safety of immunotherapy during pregnancy. *JAllergy Clin Immunol.* 1978; 61(4): 268–272.
20. <https://shdm.school/protocols/allergic-rhinitis>
21. Ellegård EK, Hellgren M, Karlsson NG. Fluticasone propionate aqueous nasal spray in pregnancy rhinitis. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2001; 26(5): 394–400.
22. Källén B, Rydhstroem H, Aberg A. Congenital malformations after the use of inhaled budesonide in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(3): 392–395.
23. <https://shdm.school/protocols/acute-rhinosinusitis>
24. Melzer J, Saller R, Schapowal A, Brignoli R. Systematic review of clinical data with BNO-101 (Sinupret) in the treatment of sinusitis. *Forsch Komplement-med.* 2006 Apr; 13(2): 78-87. Epub 2006 Apr 19.
25. Al-Sabbagh A, Moss S, Subhedar N. Neonatal necrotising enterocolitis and perinatal exposure to co-amoxiclav. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004; 89(2): F187.
26. Чилова П.Я., Ищенко А.И., Рафальский В.В. Особенности применения антимикробных препаратов при беременности. *Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотер.* 2005; 7(1): 77–89.
27. Стриженко Е.А., Гудков И.В., Страчунский С. Применение лекарственных средств при беременности: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования. *Клин Микробиол Антимикроб Химиотер.* 2007; 9(2): 162–75
28. Жаркова Л.П., Ушкалова Е.А., Карпов О.И. Применение антиинфекционных препаратов при беременности и кормлении грудью. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н., ред. Смоленск: МАКМАХ, 2007, 423–34.
29. Geoffrey KP Spurling, Chris B Del Mar, Liz Dooley, Ruth Foxlee, Rebecca Farley. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004417>
30. <https://shdm.school/protocols/tonsillitis>

Статья поступила в редакцию 07.08.2020