А.Л.Гусева

*Александра Леонидовна, какой препарат наиболее рационален для купирования острого приступа болезни Меньера, на Ваш взгляд? Спасибо.*

Для купирования приступа применяются 1) вестибулярные супрессанты: Деменгидринат 50 мг - но только в пероральной форме, поэтому пациент может принимать этот препарат самостоятельно при начале приступа до возникновения рвоты, при возникновении прометазин 50мг/2 мл внутримышечно или диазепам 2 мл внутримышечно. 2) противорвотные средства: метоклопрамид 5мг/мл- 2 мл внутримышечно или 10 мг сублингвально. Агнтихолинергические средства в настоящее время не используются, т.к. имеют слабый эффект и много побочных действий. Других средства, используемые в мировой практике, у нас не зарегистрированы для использования при болезни меньера (напр., тиэтилперразин, ондасетрон)

*Глубокоуважаемая Александра Леонидовна, Ваши рекомендации при вестибулярном нейроните у детей подросткового возраста. Спасибо.*

В случае, если вестибулярный нейронит диагностирован на ранней стадии (до 1 нед от дебюта) и лабиринтная асимметрия выражена можно рассмотреть короткую пульс-терапию глюкокортикостероидами (преднизолон 1мг/кг веса) в течение 3-5 дней. Если диагноз поставлен позже или динамика резко положительная, можно ограничиться только вестибулярной реабилитацией.

С.Я.Косяков

*Глубокоуважаемый Сергей Яковлевич, Ваше отношение к радиоволновой тимпанотомии при рецидивирующем экссудативном отите у детей? Спасибо.*

Собственного опыта по радиоволновой тимпанотомии не имею. Не раз приводил публикацию по сравнению шунтирования и тимпаноцентеза с наблюдением в 25 лет. Думаю судить можно только по очень отдаленным результатам. Которых к сожалению нет в нашей литературе, да и в зарубежных источниках что то публикаций таких не видел. Думаю это ситуация когда бизнес подстегивает к действиям, а мы поддаемся не оценив всех рисков и исходов. Стойкая перфорация в ухе это всегда не очень хорошо.

*Уважаемый Сергей Яковлевич, данную методику не заменяет введение лекарств через слуховую трубу методом ее катетеризации? Спасибо*

Методику транстимпанальных иньекций катетеризация никак не может заменить, т.к. при катетеризации лекарство не попадает в барабанную полость. Туда попадает только порция воздуха.

*А как же быть с ототоксичностью гентамицина при интратимпанальном введении при болезни Меньера?*

При интратимпанальном введении гентамицина естественно будет ототоксический эффект, правда не всегда, но при болезни Меньера, когда все средства испробованы и слух как правило значительно снижен, тогда и применяю медикаментозную абляцию лабиринта. И еще, вестибулотоксический эффект наступает немного раньше, чем ототоксический. Поэтому теоретически возможно отследить момент до ототоксичности.

*Хотелось бы узнать Ваше отношение к катетеризации евстахиевой трубы как методу лечения ее дисфункции!*

При дисфункции, которую на самом деле подтвердить обьективно очень трудно, катетеризация слуховой трубы может применяться как один из вариантов лечения. Правда он остался только у нас в России. В богатых странах рекомендуют баллонопластику слуховой трубы. Естественно, когда дисфункция не является стойкой, а следствием перенесенного, например, ОРВИ, то она может пройти как сама по себе так и после катетеризации.

А.В.Гуненков

*Уважаемый Александр Викторович, от кого и от чего зависит упрощение в оформлении Ф 088 для инвалидности, протезирования и др (оформление, сбор консультаций и результатов, копий и тд) Спасибо*

Вопрос про "упрощение в оформлении..." к теме моего доклада отношения не имеет....

*Здравствуйте. Какие дозы системных ГКС необходимо использовать у детей при ВСНТ?*

В отличие от лечения взрослых пациентов с внезапной сенсоневральной тугоухостью, у меня нет каждодневного опыта в детской практике, поэтому могу сформулировать только опыт литературы. Она скудная, авторы используют methylprednisolone 1 mg/kg/в сутки, с последующим уменьшением; в других статьях prednisone (преднизолон) 1 mg/kg orally утром в течение 3 дней. Удивительно мало информации по этой теме, но особенно покрыты тайной схемы лечения гкс, использованные авторами.

*Во всех ли случаях односторонней СНТнеобходимо МРТ (для исключения невриномы)? Спасибо*

Я ответ на этот вопрос озвучивал. Повторю вкратце: я думаю, у некоторых пациентов можно делать исключение, например, односторонняя сенсоневральная тугоухость у пациента в течение десятилетий и нет данных, что она прогрессирует. Кроме того, МРТ может быть противопоказана, тогда показана регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). На крайний случай КТ с четко сформулированной задачей (впрочем, это касается и КСВП) рентгенологу.

*Сколько ждать самоизлечения при ВСНТ и насколько результативным будет последующее лечение?Спасибо*

Выжидательная тактика не рекомендуется у пациентов с ВСНТ, - поэтому "ждать самоизлечения" не надо. Результат последующего лечения зависит, в том числе, и от времени его начала.

В.В.Шиленкова

*Виктория Викторовна, подскажите, пожалуйста, кто финансирует (и как правильно направлять таких пациентов) биологическую активную терапию дупилумабом при хроническом риносинусите? Или это происходит только за счет пациента?*

Понимаю ваше беспокойство, так как лечение слишком дорогое. В настоящее время биологическая терапия в виде применения Дупиксента – новое направление. Препарат зарегистрирован в России недавно, в конце 2020 года, в декабре. Сейчас ведется работа по созданию программ, скорее всего, это будет ВМП, ОМС ВМП, для пациентов – бесплатно. Заработают такие программы сначала для федеральных и региональных центров. В Ярославле, например, уже ведутся переговоры. Но процесс нескорый. Следите за информацией в своем регионе.

*Виктория Викторовна, подскажите, пожалуйста, кто будет назначать биологические препараты на амбулаторном приеме пациенту с ХРС с показаниями - лор/аллерголог/ревматолог? на какие официальные российские рекомендации я могу сослаться перед врачебной комиссией для выписки этих препаратов?*

Вопрос непростой. Поскольку пациент с ХРС, как правило, страдает еще и тяжелой бронхиальной астмой, то в ряде случаев на биологическую терапию он попадет с подачи пульмонолога. И такие программы уже есть. Вопрос решается на комиссии в стационаре. В отношении Дупиксента при ХРС, то пока процесс направления из поликлиники не отработан. Ожидаем информации. Могу только предположить, что оториноларинголог (не аллерголог и не ревматолог!) сможет направить пациента с неконтролируемым ХРС на обследование в специализированное ЛОР отделение с целью решения вопроса о возможном назначении биологической терапии.

*Ваше мнение об эффективности препаратов релиз-активных антител? Раньше Анаферон относили к гомеопатическим! Какова эффективность Ренгалина? Спасибо!*

Релиз-активные антитела – это один из вариантов гомеопатической терапии. Анаферон относится к этой же группе, как и Ренгалин. Поэтому о какой эффективности мы можем говорить? Наверняка, ни о какой. Мое отношение - негативное.

*Здравствуйте, есть ли эффективность использования Риалтрис при вазомоторном рините без аллергических явлений.*

Показанием для назначения Риалтрис является сезонная и круглогодичная форма аллергического ринита. Возможности его использования при вазомоторном рините не изучены. Но если экстраполировать данные других исследований, посвященных применению комбинаций интраназальных ГКС и интраназальных антигистаминов при вазомоторном рините, то в качестве исключения можно попробовать, но это лечение будет офф-лейбл и должно быть четко обосновано и обсуждено с пациентом. Учтите, что назначение препаратов не по инструкции чревато «осложнениями» разного характера.

*Подскажите, пожалуйста, есть ли данные по эффективности применения фавипировира (арепливир) при COVID19, и частота побочных эффектов.*

Мнение об Фавипиравире сложное и неоднозначное. Есть исследования, подтверждающие его эффективность, но только при легких формах COVID19. Наряду с этим есть работы, которые показали абсолютную бесполезность препарата. Из наиболее часто встречающихся побочных эффектов следует отметить лейкопению, что нежелательно для пациентов с COVID19.

*Подскажите пожалуйста, в каких дозировках необходимо назначать Витамин С и Витамин Д в рамках профилактики? Данные сведения разнятся очень. Хотелось бы услышать Ваше мнение. Спасибо.*

Ответ: Витамин Д 1) лицам в возрасте 18-50 лет рекомендуется получать не менее 600-800 МЕ витамина D в сутки; 2) лицам старше 50 лет - не менее 800-1000 МЕ витамина D в сутки; 3) беременным и кормящим женщинам - не менее 800-1200 МЕ витамина D в сутки. Витамин С: для профилактики ОРВИ дозировка 250 мг в сутки (в зарубежных рекомендациях – 200 мг).

А.С.Лопатин

*Андрей Станиславович! Как Вы рекомендуете диагностировать и проводить курс лечения при ОРС во время беременности? Спасибо!*

Оценка степени тяжести ОРС проводится также как и у всех пациентов: на основании визуальной аналоговой шкалы общей степени выраженности симптомов, данных риноскопии/эндоскопии и показателей СОЭ и С-реактивного белка. При тяжелой форме ОРС назначение антибиотиков нужно согласовать с акушером-гинекологом, в идеале выбор конкретного антибиотика обсудить на консилиуме. Терапия та же: промывания носа изотоническим раствором, ИнГКС, фитотерапия.

*Подскажите, пожалуйста, Андрей Станиславович, через какой срок после оперативного лечения можно назначать ИнГКС пациентам с полипозным РС? также хотелось уточнить, если назначать пациенту «пожизненно» ИнГКС, отменять ли на момент ОРВИ? Также Геннадий Захарович упомянул, что применение ИнГКС возможно при грибковом РС, однако в инструкции по применению острые вирусные, бактериальные, грибковые инфекции являются противопоказанием. Нужно ли выполнять мазок на патогенную микрофлору из носа перед применением ИнГКС? Прошу прощения за столь объемный вопрос.*

Чтобы избежать раннего рецидива полипоза, мы стараемся назначать ИнГКС как можно раньше, хотя это и противоречит официальной инструкции: обычно на 5-7 сутки после операции. Отменять ИнГКС во время ОРВИ не нужно. При грибковом синусите («грибковый шар» или «мицетома») ИнГКС не нужны. При аллергическом/эозинофильном грибковом риносинусите лечение ИнГКС проводят по тем же схемам, что и при ПРС, но оно обычно дополняется курсами системной ГКС терапии. Брать мазок из носа перед назначением ИнГКС не имеет смысла: это никак не меняет лечебную тактику.

*Добрый день! при гипертрофии аденоидов у детей до 6 лет насколько рационально назначать ИнГКС (длительность приема) с последующим повтором курса лечения?*

*Добрый день. Назначаете ли Вы Назонекс или другие ИнГКС детям с гипертрофией аденоидов и на какой период времени?*

Следует различать истинную гипертрофию глоточной миндалины и аденоидит, хотя эти два состояния нередко сочетаются. Критерием дифференциальной диагностики будет степень уменьшения размеров аденоидов после трехнедельного курса лечения ИнГКС в рекомендованной возрастной дозе (200 мкг/сут для мометазона). Если отчетливой динамики эндоскопической картины нет, показана аденотомия. Если есть, такие курсы можно повторять, сочетая их с промываниями полости носа, 3-4 раза в год. Нужно также провести аллергологическое обследование, при наличии сенсибилизации курсы лечения ИнГКС должны быть более длительными.

*В аннотации Назонекс написано, что возможен синдром отмены при длительном применении, необходимо контролировать функцию надпочечников. После отмены Назонекс необходимо применение системных ГКС коротким курсом. Прокомментируете эти данные, пожалуйста. Спасибо!*

Вы неверно поняли то, что написано в инструкции. Речь там идет об отмене системных ГКС и переходу на лечение топическими:

«Пациенты, которые переходят к лечению назальным спреем Назонекс после длительной терапии ГКС системного действия, требуют к себе особого внимания. Отмена ГКС системного действия у таких пациентов может привести к недостаточности функции надпочечников, последующее восстановление которой может занять до нескольких месяцев. В случае появления признаков надпочечниковой недостаточности следует возобновить прием системных ГКС и принять другие необходимые меры».

*Какое лечение назначить пациентам с рецидивирующим полипозным риносинуситом, БА и «аспириновой триадой»?*

Оптимальный протокол лечения – эндоскопическая полисинусотомия с ревизией всех (в том числе и лобных) пазух с последующей базисной терапией ИнГКС (то есть постоянно, пожизненно, как и при БА) и, по необходимости, при раннем рецидиве, короткими (2-3 недели) повторными курсами системных ГКС, но не чаще 2-3 раз в год. Как опция при возможности – лечение биологическим препаратами/моноклональными антителами: омализумабом (при повышенном общем IgE, хотя и не только), меполизумабом или дупилумабом.

*На какой срок пациенту назначается антилейкотриеновая терапия (Сингуляр) при аллергическим рините?*

 В качестве монотерапии монтелукаст может быть назначен при нетяжелой форме АР в сочетании с легкой формой БА. В остальных случаях при АР монтелукаст назначают в форме адъювантной терапии в дополнение к антигистаминным или ИнГКС. Как и при БА, он может быть назначен в виде базисной терапии.

*Как длительно можно рекомендовать Назонекс пациентам с риносинуситам? Какой минимальный курс ИнГКС должен быть при риносинусите?*

Если Вы спрашиваете об ОРС, то в моем понимании оптимальная длительность курса лечения 2-3 недели.

А.В.Варвянская

*Анастасия Владимировна спасибо вам за интересный доклад! Вопрос: Пациенты перенесли covid-19 и спустя месяцы после выздоровления отмечают искажение запаха или появление нового запаха на определённые продукты питания. Это может быть последствие перенесенного covid-19?! Какова тактика обследования и лечения?! Заранее спасибо!*

Паросмия очень часто возникает после COVID-19 (около 50% случаев), в среднем через 2-3 месяца, к этому моменту обоняние может уже частично или полностью восстановиться. Длится паросмия в большинстве случаев дольше 6 месяцев. Это качественное нарушение обоняния связывают с неправильной работой незрелых обонятельных нейронов и расценивают как благоприятный прогностический признак. По последним данным паросмия может запускаться группой одорантов с очень низким обонятельным порогом, в частности, тиолами. Самые частые триггеры: кофе, мясо, зубная паста/мята, чеснок, лук, яйца, жареная еда, гриль, шоколад, средства личной гигиены: шампунь, мыло, гель для душа, санитайзер для рук. Паросмия всегда носит неприятный тягостных характер, может приводить к нарушению пищевого поведения (невозможности употреблять определенные продукты питания) и депрессии.

Обследование такое же как при поствирусной аносмии: ЛОР-осмотр, эндоскопическое обследование полости носа, в том числе обонятельной щели; субъективная оценка обоняния по ВАШ, а также тяжести паросмии (легкая, средняя, тяжелая); психофизические тесты, если есть возможность.

Прежде всего пациенту нужно объяснить, что его состояние не опасное, временное, что он находится на пути к выздоровлению и что многие в наши дни испытывают подобные ощущения, нужно постараться не зацикливаться на них. Предложить вступить в социальную группу поддержки на facebook: AbScent Parosmia and Phantosmia Support.

Кроме этого, рекомендуется избегать триггеров; употреблять простую, однокомпонентную пищу, фрукты, овощи, молочные продукты; пищу комнатной температуры или охлажденную; можно попробовать обрабатывать пищу блендером; готовить на пару или варить, отказаться от жаренного и гриль; в качестве источников белка можно попробовать фарш из индейки, протеиновые коктейли без запаха. Иногда помогают конфеты и зубная паста с корицей, иногда мята. Все очень индивидуально.

Кроме этого, рекомендовано продолжать обонятельный тренинг, чтобы ускорить выздоровление.

В особенно тяжелых случаях может быть использован габапентин*.*

А.А.Шиленков

*Ваши рекомендации по ведению послеоперационной раны при тонзиллэктомии. Спасибо.*

Спасибо за вопрос. Согласно актуальным клиническим рекомендациям при тонзиллэктомии рана является условно контаминированной, следовательно требует в обязательном порядке периоперационной антибиотикопрофилактики. Как правило, это введение внутривенно 1 грамма цефатаксима за 30 минут до разреза. В своей работе во всех случаях провожу ушивание раны за счет наложения швов между небноязычной и небноглоточной мышцами с последующим наложением шва на слизистую оболочку. Таким образом рана остается закрытой и не требует антибиотикотерапии. Антибиотикотерапия назначается только в случаях сохраняющейся фебрильной лихорадки на 3 сутки после операции. Также закрытая рана не требует местной терапии. Назначение гемостатиков проводится индивидуально в каждом случае, и как правило, только в случаях избыточного кровотечения во время операции. Как показывает наш опыт, применение такой тактики ведения позволило сократить количество послеоперационных кровотечений до единичных случаев в год. Анальгетики (НПВС) назначаются на срок 72 часа.

Д.П.Поляков

*Дмитрий Петрович, скажите, пожалуйста, существуют ли курсы или мастер-классы по практической рино-отоскопии для уч.педиатров? Как и куда обращаться?*

В нашем Центре проводятся циклы «ПК Основы оториноларингологии с основами отоскопии и эндоскопии ЛОР-органов (для терапевтов, педиатров, врачей общей практики)». Узнать о сроках и порядке можно адресу электронной почты Отдела образования ФГБУ

НМИЦО ФМБА России educationfmba@otolar-centre.ru

Полное расписание циклов дополнительного профессионального

Образования (http://otolarcentre.ru/images/Obrazovanie/ДПО/Циклы\_на\_2021\_г\_-2.pdf)

В.В.Гаврилова

*Добрый день, Вера Вячеславовна, спасибо за прекрасную лекцию. Есть ли какие-то ограничения по применению флутиказона фуроата у детей в возрасте до 6 лет? Как это рекомендуется в инструкции European Medicines Agency, редакция от августа 2020*

В инструкции по применению флутиказона фуроата (ФФ), которая одобрена в МЗ РФ? указано ограничение возраста применения у детей - от 2 лет. Инструкция РФ была подготовлена в согласовании с Глобальной инструкцией (GDS), которая ложится в основу любой региональной инструкции, в том

числе EU инструкции. В EU инструкции ФФ (последняя редакция 26/08/2020)

содержится информация о группе пациентов от 2 до 5 лет - «Исследования безопасности и эффективности были проведены у 271 пациента в возрасте от 2 до 5 лет в обоих случаях при сезонном и круглогодичном аллергическом рините, 176 из которых были в группе ФФ.

Безопасность и эффективность в этой группе не были оценены. 6-

недельное исследование, в котором оценивалось влияние назального

спрея флутиказона фуроата 110 мкг один раз в день на функцию надпочечников у детей в возрасте от 2 до 11 лет, показало, что не было

значительного влияния на 24-часовой профиль кортизола в сыворотке

крови по сравнению с плацебо» [Avamys EU SmPC].