



# Риносинуситы с позиций доказательной медицины

*Несмотря на широкую распространенность риносинуситов в детской популяции, многие вопросы их терапии до сих пор остаются нерешенными. В докладах ведущего отечественного педиатра-оториноларинголога профессора Елены Петровны КАРПОВОЙ и ЛОР-врача Елены Евгеньевны ВАГИНОЙ, прочитанных в рамках симпозиума «Риносинуситы с позиций доказательной медицины», прозвучали новейшие данные по лечению острых риносинуситов согласно последним рекомендациям EPOS 2012. Особое внимание эксперты уделили эффективным схемам терапии риносинуситов, выработанным на основании зарубежных и отечественных исследований и подкрепленным собственным клиническим опытом.*



Профессор  
Е.П. Карпова

**К**ак отметила в начале своего выступления заведующая кафедрой детской оториноларингологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва), д.м.н., профессор Елена Петровна КАРПОВА, проблема риносинуситов в педиатрической практике стоит достаточно остро. Согласно статистике, приведенной в последней редакции Европейского меморандума по риносинуситу и полипозу носа (EPOS – European Position Paper On Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012), в возрастной группе 12–17 лет ежегодно регистрируется

## Современные возможности лечения риносинуситов у детей

18 случаев риносинусита на 1000 человек, а среди детей младше 4 лет – 2 случая. В целом отмечается тенденция к падению частоты данной патологии. Так, в исследовании J.H. Uijen (2011), проведенном в популяции голландских детей, в 2002 г. регистрировалось 7 случаев риносинусита на 1000 детей, а в 2008-м – 4 случая на 1000 детей. В Москве на долю риносинуситов приходится около 27–30% всех случаев патологий верхних отделов дыхательных путей у детей.

«Воспаление слизистой оболочки полости носа, околоносовых пазух и слуховых труб может быть вызвано вирусами, бактериями, аллергенами, разными физическими или химическими факторами и др. Определить, какой именно фактор вызвал воспалительную реакцию, тяжело и требует времени. Поэтому противовоспалительная терапия является ведущей», – комментирует Елена Петровна.

Риносинуситы в детском возрасте чаще, чем у взрослых, сопровождаются внутричерепными и внутриглазничными осложнениями.

Так, по данным М.Р. Богомилского и Т.И. Гаращенко, у детей до 3 лет они наблюдаются в 94,7% случаев, при этом у 10–22% детей осложнения протекают в форме гнойно-септических орбитальных процессов, а у 2,1% – в форме внутричерепных патологий. Согласно данным В.Ф. Учайкина (2003), у 43,2% детей риносинуситы сопровождаются острой пневмонией, а у 20,3% диагностируется хроническая пневмония.

Чаще риносинусит бывает вирусным и может быть вызван риновирусом, коронавирусом, аденовирусом, респираторным синцитиальным вирусом, цитомегаловирусом, вирусом простого герпеса, гриппа, парагриппа, а также вирусом Эпштейна – Барр или вирусом Коксаки А и др.

Вирусное инфицирование часто «прокладывает путь» для последующей бактериальной инфекции. В последней версии EPOS 2012 дана новая классификация острого риносинусита, согласно которой заболевание подразделяется на острый вирусный риносину-



## Сателлитный симпозиум компании «Никомед в составе Такеда»

сит (обычная «простуда») и пост-вирусный острый риносинусит. Обычная «простуда» / острый вирусный риносинусит характеризуется продолжительностью симптомов менее 10 дней, а острый поствирусный риносинусит – усилением симптомов после 5 дней или сохранением симптомов после 10 дней от начала заболевания, но с общей продолжительностью симптомов менее 12 недель. Таким образом, в обновленных рекомендациях было решено отказаться от введенного в 2007 г. термина «невирусный острый риносинусит», выбранного в то время для того, чтобы указать на небактериальную в большинстве случаев этиологию острого риносинусита. В EPOS 2012 теперь четко прописано, что лишь у небольшого числа пациентов с поствирусным острым риносинуситом заболевание имеет бактериальную природу. Заподозрить бактериальную природу риносинусита можно, если у пациента присутствуют три и более симптомов из следующего списка:

- бесцветные выделения (больше с одной стороны) и гнойный секрет в полости носа;
- выраженная боль в области лица (больше с одной стороны);
- лихорадка ( $t > 38^{\circ}\text{C}$ );
- повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и/или уровня С-реактивного белка;
- наличие «второй волны» (ухудшение наступило после завершения более легкой фазы заболевания).

Риносинусит также подразделяют на острый и хронический. Тяжесть течения риносинусита базируется на степени выраженности заболевания согласно визуальной аналоговой шкале (по 10-балльной системе).

В ходе лечения риносинусита у детей педиатры могут использовать специальный алгоритм, разработанный для врачей первичного звена (рис. 1), согласно которому выбор терапии определяется тяжестью симптомов.



\* Различаются для взрослых и детей. Осмотр: передняя риноскопия. Рентген / КТ не рекомендуются. Немедленно госпитализировать при появлении таких симптомов, как периорбитальный отек, смещение глазного яблока, двоение в глазах, офтальмоплегия, уменьшение остроты зрения, тяжелая односторонняя или двусторонняя головная боль в области лба, отек в области лба, симптомы менингита или очаговые неврологические симптомы.

Рис. 1. Алгоритм ведения пациентов с острым риносинуситом для врачей первичного звена (EPOS 2012)

Для лечения острого риносинусита у детей могут применяться препараты различных фармакологических групп, имеющих доказательную базу. В таблицах 1 и 2 обобщены рекомендации по терапии острого риносинусита у взрослых и у детей, содержащиеся в последней редакции EPOS (2012). Хорошей доказательной базой обладает элиминационная терапия – механическое удаление с поверхности слизистой оболочки вирусов, бактерий, аллергенов и других веществ, способных запустить каскад воспалительных реакций. Современные ирригационные препараты могут назначаться детям различных возрастных групп, они удобны в применении и безопасны. Высокий уровень доказательности и рекомендаций имеют антибактериальные препараты и топические глюкокортикостероиды. Активно изучается в настоящее

время возможность применения деконгестантов в педиатрической практике с позиции доказательной медицины. К сожалению, этих работ немного, но имеющиеся исследования свидетельствуют об эффективности применения этих препаратов. Среди деконгестантов, которые разрешены к применению в педиатрии, выделяется оксиметазолин – препарат характеризуется хорошим профилем безопасности и продолжительным (до 12 часов) действием. Кроме того, оксиметазолин обладает собственным противовоспалительным, антиоксидантным и иммуномодулирующим эффектами. Препарат оксиметазолина, который может применяться в педиатрической практике, выпускается под разными торговыми названиями. Одной из таких торговых марок, предназначенных для детей раннего возраста, является Називин Сенситив. Он до-



## VIII Всероссийская конференция «ЛОР-патология в практике врача-педиатра»

Таблица 1. Уровень доказательности и рекомендаций по лечению острого риносинусита у взрослых (EPOS 2012)

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Антибиотики	Ia	A	Да, при остром бактериальном риносинусите
Топические глюкокортикостероиды (интраназальные ГКС)	Ia	A	Да, в основном при поствирусном аллергическом риносинусите
Добавление интраназальных ГКС к антибиотикам, добавление пероральных ГКС к антибиотикам	Ia	A	Да, при остром бактериальном риносинусите
Промывание носа физраствором	Ia	A	Да
Антигистаминный препарат (АГП) + деконгестант	Ia	A	Да, при вирусном остром риносинусите
Ипратропия бромид	Ia	A	При вирусном остром риносинусите
Пробиотики	Ia	A	Для профилактики острого риносинусита
Цинк, витамин С, эхинацея	Ia	C	Нет
Фитопрепараты, аспирин, НПВП, парацетамол	Ib	A	Да, при вирусном и поствирусном остром риносинусите
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Ib (1 исследование)	B	Нет
Паровые ингаляции	Ia (-) – неэффективно	A (-) – не использовать	Нет
Кромогликат	Ib (-) – неэффективно		Нет
Деконгестанты (монотерапия), муколитики	Нет данных	D	Нет

Таблица 2. Уровень доказательности и рекомендаций по лечению острого риносинусита у детей (EPOS 2012)

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Антибиотики	Ia	A	Да, при остром бактериальном риносинусите
Топические глюкокортикостероиды (интраназальные ГКС)	Ia	A	Да, в основном при поствирусном аллергическом риносинусите (исследования у детей с 12 лет)
Добавление интраназальных ГКС к антибиотикам	Ia	A	Да, при остром бактериальном риносинусите
Муколитики	Ib (-) – неэффективно	A (-)	Да (не назначать!)
Промывание носа физраствором	IV	D	Да
Пероральные антигистаминные препараты	IV	D	Нет
Деконгестанты	IV	D	Нет

ступен в форме спрея с дозатором, что позволяет применять препарат, оптимально распределяя его по поверхности слизистой и не опасаясь передозировки.

Эффективность и безопасность оксиметазолина подтверждены многочисленными исследованиями, в том числе работой, проведенной в токсикологическом отделении детской клинической больницы № 13 им. Н.Ф. Филатова (Москва). В ходе этого исследования (Карпова Е.П. и Тулупов Д.А., 2011) было определено, что оксиметазолин и ксилометазолин гораздо реже становятся причиной обращения к токсикологам, чем другие деконгестанты (в 1% случаев против 95% при применении нафазолина). Безопасность оксиметазолина была доказана и в работе A. Bergner и M. Tschaikin (2005), в ходе которой обследовались 638 младенцев, получавших Називин Сенситив. Авторами исследования не было выявлено ни одного побочного эффекта, в то время как клиническая эффективность сохранялась более чем в 90% случаев.

В заключение своего выступления профессор Е.П. Карпова особо подчеркнула, что Називин Сенситив разрешен к применению у детей с рождения. Являясь альфа2-адреномиметиком, оксиметазолин оказывает местное сосудосуживающее действие, снимает отек слизистой оболочки носа, облегчает дыхание. Поскольку препарат не содержит консервантов, он не раздражает слизистую оболочку носа, а входящий в его состав глицерол способствует дополнительному увлажнению слизистой оболочки носа. Высокий профиль безопасности лекарственного средства достигается также благодаря уникальной дозированной системе спрея от насморка (двойная противомикробная защита флакона, система 3К-фильтров). Таким образом, сочетание безопасности и эффективности делает оксиметазолин (Називин Сенситив) незаменимым средством для лечения острых риносинуситов у детей.



## Сателлитный симпозиум компании «Никомед в составе Такеда»

### Современные деконгестанты в комплексной терапии риносинусов

Выступление врача-оториноларинголога Елены Евгеньевны ВАГИНОЙ было посвящено лечебным мероприятиям при риносинуситах. Они должны быть направлены на основные звенья этиопатогенеза заболевания. Используемые в настоящее время схемы лечения включают медикаментозную терапию и манипуляции, предполагающие механическое удаление патологического отделяемого из пораженных синусов с последующим введением в них лекарственных препаратов. Медикаментозное лечение риносинуситов, как правило, включает антибактериальные препараты, топические глюкокортикостероиды и разгрузочную терапию с назначением сосудосуживающих и противовоспалительных препаратов. Все чаще в схемы комплексного лечения риносинуситов входит ирригационная терапия. Промывание полости носа приводит к многократному разбавлению концентрации действующих на слизистую оболочку патогенов (бактерий, вирусов, аллергенов), а также к механическому очищению слизистой оболочки. Ирригационно-элиминационная терапия при помощи изотонического раствора морской воды зарекомендовала себя как один из наиболее эффективных методов профилактики и лечения

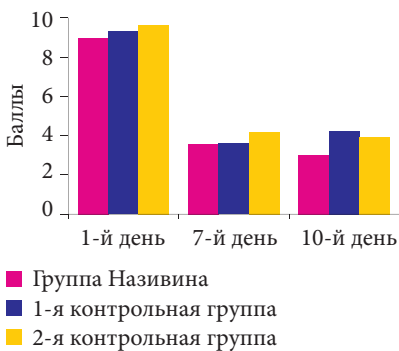


Рис. 2. Клиническая эффективность схем терапии по данным риноэндоскопического обследования

воспалительных заболеваний носа и носоглотки.

Одной из групп препаратов, активно применяемых при симптомах риносинусита, являются деконгестанты, однако их бесконтрольное применение может стать причиной развития местных нежелательных явлений и общетоксических реакций. Для определения эффективности и безопасности применения деконгестантов на базе Тушинской детской городской больницы (Москва) было проведено исследование, руководителями работы выступили заведующая кафедрой детской оториноларингологии РМАПО Е.П. Карпова и профессор кафедры педиатрии РМАПО А.Л. Заплатников. Исследование было проведено с целью повышения эффективности лечения детей с острым риносинуситом и обострением хронической формы этого заболевания. В ходе исследования эффективность и удобство применения препарата оценивались самими пациентами или их родителями, также изучалась динамика симптомов, определялась частота возникновения оториноларингологических осложнений риносинусита. В исследовании были включены 90 детей с признаками острого риносинусита или обострения хронического процесса. Согласно принципу рандомизации дети были распределены на основную (в комплексное лечение которых были включены ирригационная терапия мелкодисперсным раствором и деконгестант – оксиметазолин (Називин)) и 2 контрольные группы. В ходе исследования были выявлены определенные различия между группами, зафиксированные как в субъективной (данной самими пациентами или их родителями), так и в объективной оценке (данные эндоскопии) эффективности схем лечения (рис. 2).

Анализ динамики субъективных оценок выявил более выраженные



К.М.н. Е.Е. Вагина

положительные сдвиги у детей основной группы по сравнению с детьми из контрольных групп, то же самое относилось и к микробиологическому, риноманометрическому и эндоскопическому исследованиям, также проводившимся в ходе исследования.

Нежелательные явления на фоне терапии в контрольных группах были зарегистрированы у 16% детей, в то время как в основной группе таких отмечено не было. У детей из контрольных групп дольше, чем у представителей основной группы, сохранялись признаки воспаления слизистой оболочки носа и симптомы риносинусита.

Полученные в ходе исследования данные позволили сделать следующие выводы: использование в комплексном лечении мелкодисперсного микрокапельного промывания слизистой оболочки полости носа (в отличие от обычного промывания физиологическим раствором) в комбинации с сосудосуживающим препаратом, обладающим также противовирусными свойствами, оксиметазолином (Називин) является высокоэффективным, позволяет достичь значительной экономии за счет сокращения сроков лечения, снизить частоту развития нежелательных явлений, предотвратить развитие осложнений и обострений риносинусита. На основании вышесказанного данные препараты можно рекомендовать к широкому применению. ✪