



О выборе оптимальной тактики лечения поствирусного риносинусита

А.Ю. Овчинников, д.м.н., проф., Н.А. Мирошниченко, д.м.н., проф.,
Ю.О. Николаева, к.м.н., К.В. Савранская, А.Р. Козуев

Адрес для переписки: Андрей Юрьевич Овчинников, lorent1@mail.ru

Для цитирования: Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. О выборе оптимальной тактики лечения поствирусного риносинусита. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (9): 64–72.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-9-64-72

Острый риносинусит остается одним из самых частых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и требует рационального подхода к назначению терапии. В актуальных рекомендациях при неосложненном течении все большее значение придается топической терапии. Вместе с тем чрезмерное использование местных антисептиков может неблагоприятно влиять на мукоцилиарный клиренс, поэтому их применение должно быть строго обоснованным. В условиях полипрагмазии перспективным представляется использование комбинированного назального спрея Полидекса с фенилэфрином (ФЭ). На клинических базах кафедры оториноларингологии Российского университета медицины было проведено сравнительное исследование оценки эффективности, переносимости и безопасности комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ у пациентов с поствирусным риносинуситом средней степени тяжести в сравнении с применением топического антисептического средства (Мирамистин, 0,001% спрей). Исследование показало выраженное улучшение самочувствия по ВАШ, улучшение носового дыхания и работы мукоцилиарного клиренса, подавление роста патогенной флоры, снижение кратности и сроков применения деконгестантов, более эффективное восстановление слуха и отсутствие нежелательных реакций в группе Полидексы с ФЭ по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: *поствирусный риносинусит, Полидекса с фенилэфрином, Мирамистин, мукоцилиарный клиренс, антибиотикорезистентность, топическая терапия*

Введение

Среди острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей самым частым является острый риносинусит. Бактериальная этиология острого риносинусита встречается лишь в 0,5–2% случаев у взрослых и 5–10% у детей, однако антибиотики назначаются при этом заболевании неоправданно часто. Нерациональное использование системных антибиотиков является ключевым фактором роста антибиотикорезистентности, признанной ВОЗ одной

из 10 главных угроз человечеству в XXI веке [1–5]. Один из ключевых факторов неоправданного назначения врачами антибиотиков – ожидания пациентов и необходимость сохранять доверительные отношения [6].

С одной стороны, согласно обновленным клиническим рекомендациям (American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, AAO-HNSF), основанным на анализе 194 систематических обзоров и 133 рандомизированных контролируемых исследований, настороженное ожидание



(watchful waiting) теперь служит предпочтительным подходом ведения большинства пациентов с неосложненным острым бактериальным риносинуситом вместо немедленного назначения системной антибактериальной терапии. Основание для настороженности – данные, что у большинства пациентов наступает улучшение даже на фоне местной этиопатогенетической или системной симптоматической терапии [7]. Подчеркивается важность применения симптоматической и противовоспалительной терапии, которая не только уменьшает симптомы, но и снижает потребность в антибиотиках [8].

С другой стороны, отмечается избыточное увлечение населения местными антисептиками не только при лечении воспалительного процесса, но и в профилактических целях [9]. В ряде случаев из-за отрицательного влияния антисептических средств на мерцательный эпителий состояние пациента ухудшается. Было проведено исследование *in vitro* на клетках мерцательного эпителия носа человека, в котором авторы оценивали влияние различных интраназальных препаратов на частоту биения ресничек. Протестированные антисептики (повидон-йод и перекись водорода H_2O_2) вызвали значительное снижение частоты биения ресничек. Эффект носил дозозависимый характер: более концентрированные растворы были более цитотоксичными. Исследователи пришли к заключению, что местное применение антисептических растворов может вызывать выраженное нарушение мукоцилиарного клиренса, поэтому необходимы осторожность, тщательный подбор концентрации раствора и конкретные показания к применению [10].

Проблема полипрагмазии также остается актуальной [11, 12]. Одно из направлений решения данного вопроса – назначение комбинированных препаратов. К таким эффективным лекарственным средствам относится комплексный назальный спрей Полидекса с фенилэфрином (ФЭ), который обладает топическим антибактериальным, противовоспалительным и сосудосуживающим действием [13].

Целью исследования была оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности применения комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ у пациентов с поствирусным риносинуситом средней степени тяжести в сравнении с топическим антисептическим средством (Мирамистин, 0,001% спрей).

Задачи исследования:

- 1) установить на основе клинических данных, объективного обследования и субъективной оценки пациента динамику поствирусного риносинусита среднетяжелого течения при применении комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ в сравнении с топическим антисептическим препаратом (Мирамистин, 0,001% спрей) с помощью следующих методов:

- визуальной аналоговой шкалы (ВАШ),
 - эндоскопического исследования,
 - цифровой диафаноскопии,
 - микробиологического исследования,
 - передней активной риноманометрии,
 - определения скорости мукоцилиарного клиренса,
 - тимпанометрии,
 - аудиометрии;
- 2) на основании данных субъективных и объективных методов исследования определить сроки наступления эффекта (скорость купирования симптомов риносинусита) в группах сравнения;
 - 3) проанализировать необходимость дополнительного использования сосудосуживающих препаратов в группах сравнения;
 - 4) оценить переносимость изучаемых препаратов и удовлетворенность пациентов лечением;
 - 5) определить безопасность применения препаратов в группах сравнения.

Критерии включения в исследование:

- пациенты в возрасте от 18 до 65 лет с установленным диагнозом поствирусного риносинусита средней степени тяжести;
- в качестве подтверждения диагноза наличие клинических симптомов: заложенность носа, затруднение носового дыхания, ринорея длительностью более 5 дней;
- подписанное пациентом информированное согласие на участие в данном исследовании;
- готовность и способность пациентов к заполнению необходимых опросников.

Критерии исключения:

- наличие других видов ринита/риносинусита;
- наличие указаний на непереносимость и гиперчувствительность, включая аллергию на любые компоненты исследуемых препаратов;
- наличие противопоказаний, указанных в утвержденных инструкциях по применению лекарственных препаратов, используемых в исследовании;
- тяжелая неконтролируемая форма артериальной гипертензии, хроническая сердечная недостаточность;
- невозможность участника исследования соблюдать требования протокола и назначения врача;
- беременность и кормление грудью;
- участие пациентов в последние 30 дней в исследованиях лекарственных средств.

Материал и методы

Были сформированы две группы (основная и контрольная) по 30 больных в каждой. Распределение больных по полу и возрасту в группах представлено в табл. 1 и 2.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту (основная группа)

Возраст	18–30	31–40	41–50	50–65	Всего
Пол					
Женщины	4	5	7	3	19
Мужчины	2	3	5	1	11
Всего	6	8	12	4	30

Таблица 2. Распределение пациентов по полу и возрасту (контрольная группа)

Возраст	18–30	31–40	41–50	50–65	Всего
Пол					
Женщины	5	3	3	2	13
Мужчины	3	6	6	2	17
Всего	8	9	9	4	30

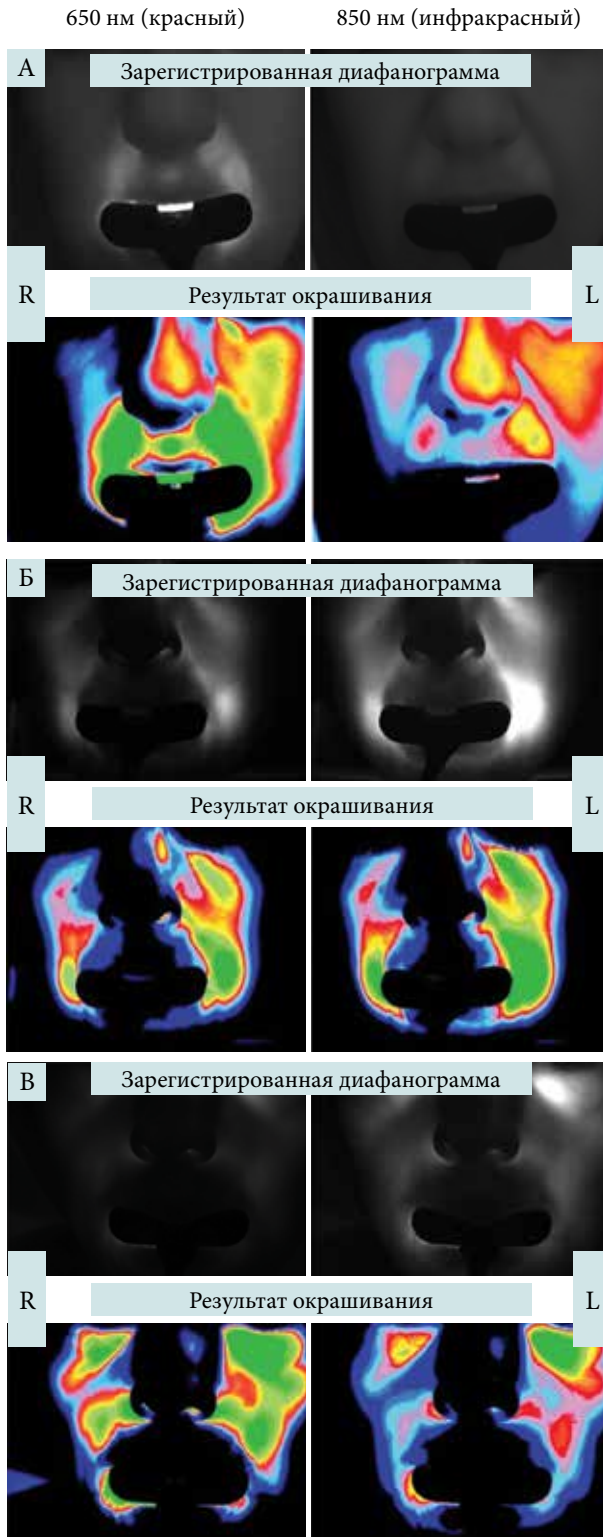


Рис. 1. Визуализация результатов цифровой диафаноскопии: А – наличие патологии верхнечелюстных пазух; Б – наличие патологии верхнечелюстных пазух, но нет отрицательной динамики; В – отсутствие патологии верхнечелюстных пазух (норма)

Лечение пациентов в основной группе проводили комплексным назальным спреем Полидекса с ФЭ по одному впрыску в обе половины полости носа четыре раза в день в течение семи дней и орошением изотоническим солевым раствором.

Лечение пациентов в контрольной группе проводили препаратом Мирамистин, 0,001% спрей, по одному впрыску в обе половины полости носа четыре раза в день в течение семи дней и орошением изотоническим солевым раствором. При необходимости в обеих группах было разрешено использовать местно сосудосуживающие препараты и системные жаропонижающие средства, анальгетики.

Результаты

Цифровая диафаноскопия

Для исключения острого экссудативного риносинусита всем пациентам, включенным в исследование, на первом визите проводилась цифровая диафаноскопия (ЦД). Обследование выполняли при комбинированном включении источников излучения с длиной волны 650 и 850 нм: оптическая мощность для пациентов женского пола – 35/40 мВт для 650 нм и 25/60 мВт для 850 нм; для диагностики пациентов мужского пола – 55/60 мВт для 650 нм и 85 мВт для 850 нм; время экспозиции камеры для пациентов женского пола – 150 мс, для пациентов мужского пола – 250 мс. ЦД проводилась на каждом очном визите пациента в центр для отслеживания динамики состояния верхнечелюстных пазух.

У всех пациентов обеих групп при диафаноскопии отмечалось отсутствие отрицательной динамики или наличие положительной, что позволило исключить развитие осложнений и избежать изменений назначенной терапии, а также исключения пациентов из исследования (рис. 1).

Общее самочувствие пациентов по визуальной аналоговой шкале Проведена оценка общего самочувствия пациентов с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) длиной 10 см, где отметка 0 соответствовала отсутствию изменений, а 10 – крайне тяжелому самочувствию пациента.

В первый день в основной и контрольной группах общее самочувствие было примерно одинаковым – $6,83 \pm 1,15$ и $6,63 \pm 0,93$ соответственно. Однако к 3 ± 1 дню в основной группе самочувствие значительно улучшилось до $3,43 \pm 1,25$ против $4,60 \pm 1,00$ в контрольной. На 7-й день лечения самочувствие примерно сравнялось – $1,56 \pm 0,63$ в основной группе и $1,90 \pm 0,96$ в контрольной (рис. 2).

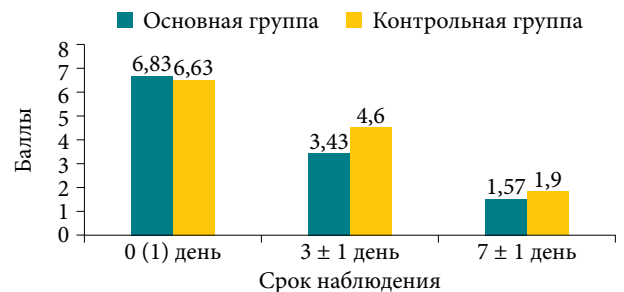


Рис. 2. Динамика общего самочувствия пациентов по ВАШ в группах сравнения



Эндоскопический осмотр полости носа

При объективном осмотре пациентов также оценивались изменения слизистой оболочки полости носа (гиперемия, отечность слизистой оболочки и наличие патологического отделяемого) по балльной системе: от 0 баллов (отсутствие признака) до 3 баллов (сильно выраженный признак) (рис. 3).

Значимых различий в скорости купирования воспалительных изменений между группами не зарегистрировано, однако в основной группе наблюдалась более выраженная положительная динамика по уменьшению отека, гиперемии и выделений из носа.

Анализ микрофлоры

Также проводился забор биоматериала со слизистой оболочки полости носа для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам в день обращения и на 7 ± 1 день.

В основной группе на первом визите в день 0 (1) получены следующие результаты микробиологического исследования: *H. influenzae* обнаружены в 9 наблюдениях, *S. pneumoniae* – в 6, *S. aureus* – в 5, *P. aeruginosa* – в 4, *M. catarrhalis* – в 1. Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 5 наблюдениях (табл. 3).

В контрольной группе на первом визите выявлены следующие патогены: *H. influenzae* – в 8 наблюдениях,

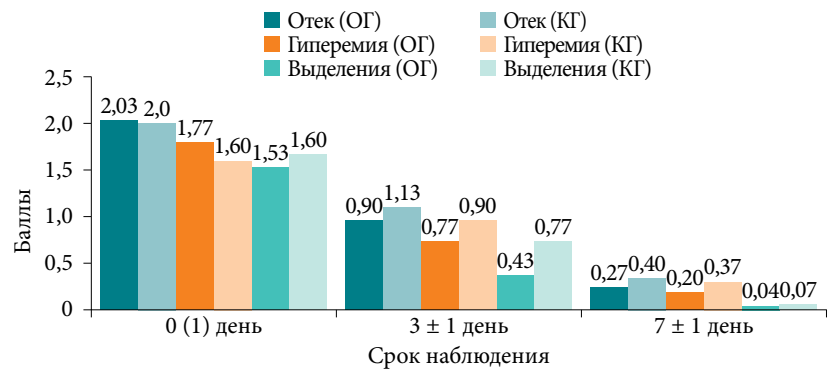


Рис. 3. Динамика изменения параметров слизистой оболочки носа в группах сравнения

S. pneumoniae – в 7, *S. aureus* – в 4, *P. aeruginosa* – в 4. Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 7 случаях (табл. 4).

На визите в 7 ± 1 день от начала терапии выполнялся повторный забор отделяемого из носа. В основной группе получены следующие результаты: *S. pneumoniae* обнаружены в 1 случае, *S. aureus* – в 1. При этом у всех пациентов патогенные возбудители выселились в этиологически незначимых количествах. Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 28 (93,3%) случаях (табл. 5).

Таблица 3. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при первичном обследовании (день 0 (1)) у пациентов основной группы, n = 20

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений, КОЕ/мл	Количество пациентов, n	Этиологически значимое количество, КОЕ/мл	Количество пациентов, n
<i>H. influenzae</i>	< 10 ⁴	5	> 1×10 ⁴	4
<i>S. pneumoniae</i>	< 10 ²	4	> 1×10 ²	2
<i>S. aureus</i>	< 10 ⁴	3	> 1×10 ⁴	2
<i>P. aeruginosa</i>	< 10 ²	4	> 1×10 ²	0
<i>M. catarrhalis</i>	< 10 ³	1	> 1×10 ³	0

Примечание. Нет роста патогенной микрофлоры у 5 человек.

Таблица 4. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при первичном обследовании (день 0 (1)) у пациентов контрольной группы, n = 30

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений, КОЕ/мл	Количество пациентов, n	Этиологически значимое количество, КОЕ/мл	Количество пациентов, n
<i>H. influenzae</i>	< 10 ⁴	3	> 1×10 ⁴	5
<i>S. pneumoniae</i>	< 10 ²	3	> 1×10 ²	4
<i>S. aureus</i>	< 10 ⁴	2	> 1×10 ⁴	2
<i>P. aeruginosa</i>	< 10 ²	4	> 1×10 ²	0
<i>M. catarrhalis</i>	< 10 ³	0	> 1×10 ³	0

Примечание. Нет роста патогенной микрофлоры у 7 человек.

Таблица 5. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при контрольном обследовании (7 ± 1 день) у пациентов основной группы, n = 30

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений, КОЕ/мл	Количество пациентов, n	Этиологически значимое количество, КОЕ/мл	Количество пациентов, n
<i>H. influenzae</i>	< 10 ⁴	0	> 1×10 ⁴	0
<i>S. pneumoniae</i>	< 10 ²	1	> 1×10 ²	0
<i>S. aureus</i>	< 10 ⁴	1	> 1×10 ⁴	0
<i>P. aeruginosa</i>	< 10 ²	0	> 1×10 ²	0
<i>M. catarrhalis</i>	< 10 ³	0	> 1×10 ³	0

Примечание. Нет роста патогенной микрофлоры у 28 человек.



Таблица 6. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при контрольном обследовании (7 ± 1 день) у пациентов контрольной группы, $n = 30$

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений, КОЕ/мл	Количество пациентов, n	Этиологически значимое количество, КОЕ/мл	Количество пациентов, n
<i>H. influenzae</i>	$< 10^4$	3	$> 1 \times 10^4$	2
<i>S. pneumoniae</i>	$< 10^2$	4	$> 1 \times 10^2$	1
<i>S. aureus</i>	$< 10^4$	2	$> 1 \times 10^4$	0
<i>P. aeruginosa</i>	$< 10^2$	2	$> 1 \times 10^2$	0
<i>M. catarrhalis</i>	$< 10^3$	0	$> 1 \times 10^3$	0

Примечание. Нет роста патогенной микрофлоры у 16 человек.

На 7 ± 1 день от начала терапии в контрольной группе *H. influenzae* обнаружены в 5 случаях, *S. pneumoniae* – в 5, *P. aeruginosa* – в 2, *S. aureus* – в 2. У трех пациентов патогены определялись в этиологически значимых количествах. Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 16 (53,3%) случаях (табл. 6).

Динамика результатов микробиологического исследования мазков из полости носа в группах между визитами отображена на рис. 4.

Результаты микробиологического исследования мазков из полости носа по группам на $7\text{-й} \pm 1$ день лечения в зависимости от варианта терапии отображены на рис. 5.

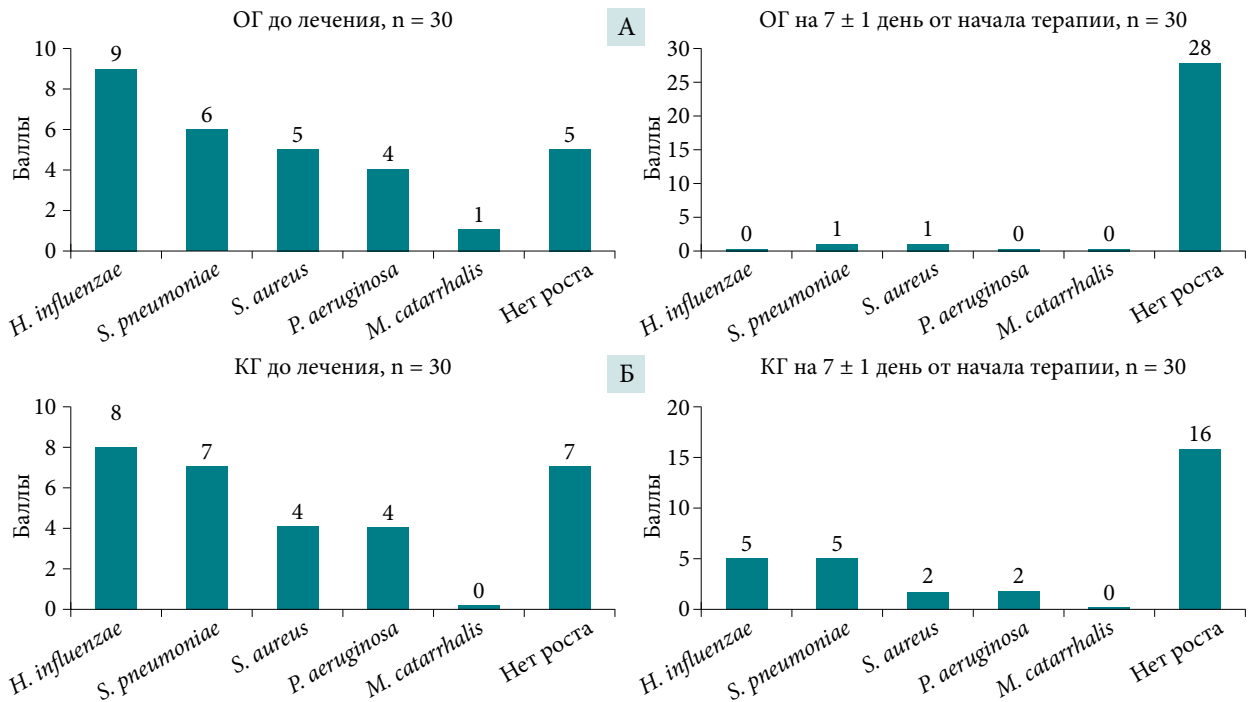


Рис. 4. Динамика изменения микробного состава отделяемого из полости носа: А – основная группа (ОГ), Полидекса с ФЭ; Б – контрольная группа (КГ), Мирамистин

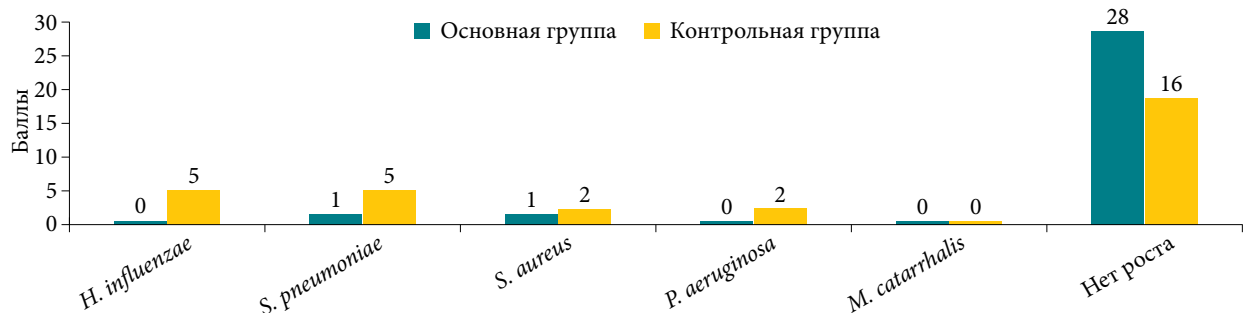


Рис. 5. Микробный состав отделяемого из полости носа при поствирусном ринусинусите средней степени тяжести в группах сравнения на 7 ± 1 день лечения



Таблица 7. Суммарный носовой поток на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии, n = 60

Группа	СНП на вдохе, 0 (1) день, сПа/мл	СНП на вдохе, 3 ± 1 день, сПа/мл	СНП на вдохе, 7 ± 1 день, сПа/мл
Основная группа (Полидекса с ФЭ)	349,044 ± 116,373	518 ± 178,656	627,033 ± 217,896
Контрольная группа (Мирамистин, 0,001% спрей)	360,233 ± 109,115	455,757 ± 139,595	521,833 ± 148,920

Таблица 8. Суммарное носовое сопротивление на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии, n = 60

Группа	СНС на вдохе, 0 (1) день, сПа/мл	СНС на вдохе, 3 ± 1 день, сПа/мл	СНС на вдохе, 7 ± 1 день, сПа/мл
Основная группа (Полидекса с ФЭ)	0,476 ± 0,212	0,316 ± 0,493	0,260 ± 1,213
Контрольная группа (Мирамистин, 0,001% спрей)	0,451 ± 0,189	0,356 ± 0,493	0,305 ± 1,206

Таблица 9. Суммарный носовой поток на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии, n = 60

Группа	СНП на выдохе, день 0 (1), сПа/мл	СНП на выдохе, 3 ± 1 день, сПа/мл	СНП на выдохе, 7 ± 1 день, сПа/мл
Основная группа (Полидекса с ФЭ)	344,433 ± 116,342	510,767 ± 169,177	604,733 ± 217,575
Контрольная группа (Мирамистин, 0,001% спрей)	335,633 ± 98,083	435 ± 122,211	498,644 ± 166,850

Таблица 10. Суммарное носовое сопротивление на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии, n = 60

Группа	СНС на выдохе, 0 (1) день, сПа/мл	СНС на выдохе, 3 ± 1 день, сПа/мл	СНС на выдохе, 7 ± 1 день, сПа/мл
Основная группа (Полидекса с ФЭ)	0,494 ± 0,240	0,321 ± 0,493	0,271 ± 1,211
Контрольная группа (Мирамистин, 0,001% спрей)	0,479 ± 0,184	0,369 ± 0,491	0,31 ± 1,205

Передняя активная риноманометрия

Для определения объективных показателей носового дыхания использовали переднюю активную риноманометрию. Был выполнен анализ суммарного носового потока (СНП) на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 7).

Также был выполнен анализ суммарного носового сопротивления (СНС) на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 8).

Был выполнен анализ СНП на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 9).

Был проведен анализ СНС на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 10).

В обеих группах отмечена положительная динамика: на фоне терапии у пациентов увеличился СНП и на вдохе, и на выдохе, а также снизилось СНС по мере достижения клинического выздоровления. Однако в основной группе, где пациенты получали комплексный назальный спрей Полидекса с ФЭ, динамика изменения показателей была более выраженной, что свидетельствует о более эффективном купировании назальной обструкции и улучшении носового дыхания.

С учетом динамики улучшения носового дыхания были проанализированы частота и длительность применения деконгестантов. Согласно протоколу, пациентам обеих групп было разрешено применять деконгестанты по необходимости. Среди больных в контрольной группе сосудосуживающие препараты применялись чаще и необходимость в них сохранялась до 4–7-го дня наблюдения (рис. 6).

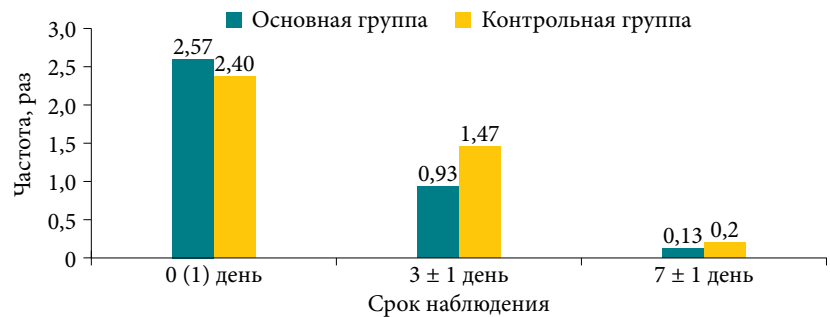


Рис. 6. Частота применения деконгестантов в период наблюдения

Таблица 11. Интерпретация результатов применения частиц-метчиков для изучения транспортной функции мукоцилиарного клиренса [14]

Норма	10–20 мин
1-я степень нарушения	20–30 мин
2-я степень нарушения	31–60 мин
3-я степень нарушения	свыше 60 мин

Мукоцилиарный транспорт

Оценка работы мукоцилиарного клиренса выполнялась дважды у каждого пациента: до старта лечения, в день 0 (1), и после завершения терапевтического курса, в день 7 ± 1.

При оценке соответствия полученных результатов норме или патологии руководствовались данными, внесенными в Национальное руководство под редакцией М.Р. Богомилского [14] (табл. 11).



В качестве меток использовали частицы активированного угля, которые под контролем эндоскопа наносили на передний край нижней носовой раковины. Далее в течение наблюдения фиксировали продвижение этих частиц: сначала в полости носа, затем – по задней стенке глотки, используя эндоскопическое оборудование для ежеминутной регистрации данных. Средние значения результатов замера времени мукоцилиарного транспорта на первом и третьем визитах приведены на рис. 7.

В ходе исследования с использованием частиц активированного угля и эндоскопического контроля зафиксировано сокращение времени продвижения частиц в обеих группах к 7 ± 1 дню. В основной группе время снизилось почти в два раза: с 23,27 мин перед началом терапии до 11,67 мин после окончания. В контрольной группе отмечено менее выраженное сокращение времени: с 23,03 мин перед началом терапии до 16,27 мин после окончания.

Таким образом, в основной группе наблюдается более значительная положительная динамика скорости восстановления мукоцилиарного клиренса по сравнению с группой контроля.

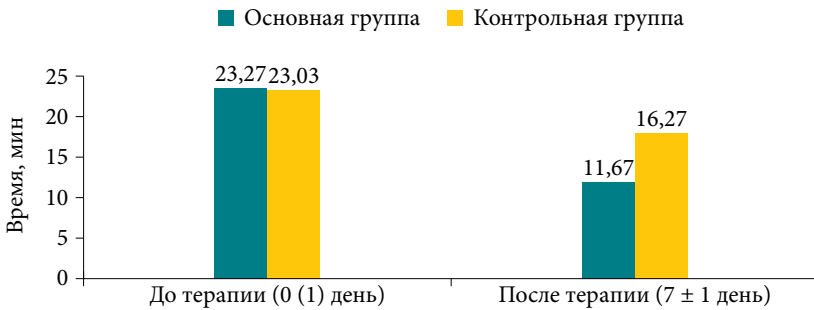


Рис. 7. Время продвижения частиц-меток у всех исследуемых пациентов в зависимости от группы терапии

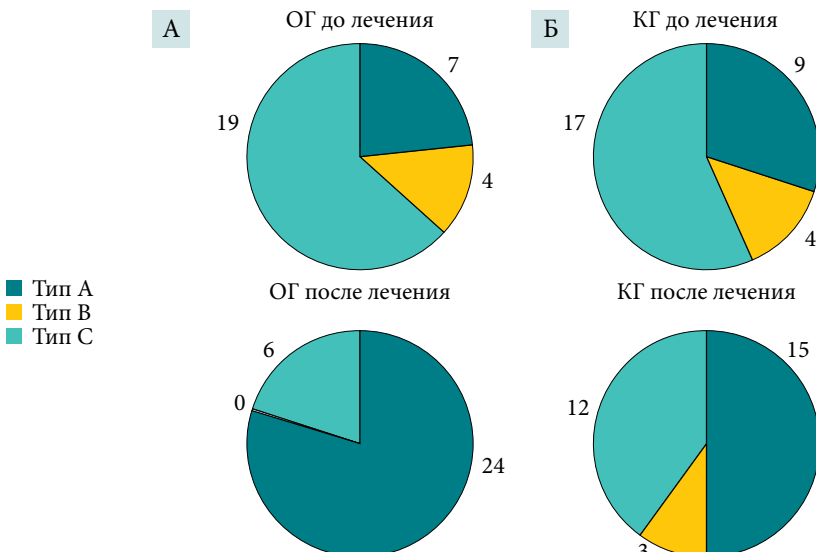


Рис. 8. Результаты тимпанометрии в зависимости от этапа лечения: А – основная группа (ОГ), Б – контрольная группа (КГ)

Тимпанометрия и аудиометрия

Тимпанометрия проводилась в день обращения и на 7 ± 1 день. В основной группе на первом приеме, по результатам тимпанометрии, тип А (нормальная тимпанограмма) выявлен у 7, тип В (плоская тимпанограмма: барабанная перепонка не реагирует на изменения давления) – у 4, тип С (тимпанограмма со смещением пика в сторону отрицательного давления: нарушение проходимости воздуха по евстахиевой трубе) – у 19 пациентов. В контрольной группе тип А выявлен у 9, тип В – у 4, тип С – у 17 больных. На 7 ± 1 день в основной группе тип А выявлен у 24, тип С – у 6 пациентов. В контрольной группе тип А выявлен у 15, тип В – у 3, тип С – у 12 больных (рис. 8).

Тональная пороговая аудиометрия проводилась в день обращения и на 7 ± 1 день, при этом учитывались данные, полученные в зоне речевых частот. В день обращения, по результатам тональной пороговой аудиометрии, было установлено: в основной группе у 6 пациентов слух не нарушен (норма), у 24 выявлена кондуктивная тугоухость (среднее значение костно-воздушного интервала $14,14 \pm 3,5$ дБ). В контрольной группе у 8 пациентов слух не нарушен (норма), у 22 выявлена кондуктивная тугоухость (среднее значение костно-воздушного интервала – $13,06 \pm 3,32$ дБ). На 7 ± 1 день в основной группе слух не нарушен у 26 пациентов, кондуктивная тугоухость отмечена у 4 больных (средний костно-воздушный интервал – $7,03 \pm 1,07$ дБ). В контрольной группе слух не нарушен у 15 пациентов, кондуктивная тугоухость выявлена у 15 больных (средний костно-воздушный интервал – $10,38 \pm 2,69$ дБ).

По результатам тональной пороговой аудиометрии (в зоне речевых частот), на старте исследования распределение нарушений слуха в основной и контрольной группах было сходным: преобладала кондуктивная тугоухость, а средние значения костно-воздушного интервала различались незначительно ($14,14 \pm 3,5$ и $13,06 \pm 3,32$ дБ соответственно).

Через 7 ± 1 день в обеих группах отмечено улучшение показателей, но в основной группе динамика выражена сильнее: заметно выросло число пациентов с нормальным слухом (с 6 до 26), резко сократилось количество случаев кондуктивной тугоухости (с 24 до 4), костно-воздушный интервал уменьшился почти вдвое – до $7,03 \pm 1,07$ дБ.

В контрольной группе изменения тоже есть, но менее значительные: число пациентов с нормальным слухом увеличилось (с 8 до 15), количество случаев кондуктивной тугоухости снизилось не так заметно (с 22 до 15), костно-воздушный интервал сократился до $10,38 \pm 2,69$ дБ. Таким образом, в основной группе наблюдается более выраженная положительная динамика восстановления слуха по сравнению с контрольной.

Нежелательные реакции

В группе применения комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ нежелательных реакций не отмечено. В группе применения спрея Мирамистин у 6 (20%) больных выявлен дискомфорт в полости носа разной степени выраженности.



Во время телефонного контакта в 14 ± 2 день производился сбор информации о самочувствии пациентов. В основной группе не отмечено ни одного случая характерных для риносинусита жалоб. В контрольной группе у трех пациентов сохранялись жалобы на выделения из носа и заложенность, потребовавшие изменения схемы лечения.

На основании анализа результатов сравнительного наблюдательного исследования, проведенного на клинических базах кафедры оториноларингологии Российского университета медицины, была доказана эффективность применения комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ в лечении пациентов с поствирусным риносинуситом средней степени тяжести.

Таким образом, можно сделать следующие **выводы**:

1. Применение комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ приводит к улучшению самочувствия пациентов по ВАШ уже к 3-му дню терапии.
2. На фоне применения Полидексы с ФЭ отмечено более выраженное купирование воспалительных изменений в виде снижения отека, гиперемии и выделений уже ко второму визиту – третьему дню от начала лечения, в отличие от контрольной группы, где положительная динамика была менее выражена.
3. Применение Полидексы с ФЭ способствует эрадикации ключевых возбудителей риносинусита

у 28 (93%) пациентов к 7-му дню терапии, по сравнению с контрольной группой, в которой к этому же времени эрадикация наблюдалась только у 16 (53%) пациентов.

4. При использовании комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ к 3-му дню терапии происходит восстановление носового дыхания и купирование назальной обструкции, что позволяет уменьшить кратность и длительность применения сосудосуживающих препаратов и, как результат, снизить нагрузку на слизистую, в отличие от контрольной группы, где частота применения деконгестантов была выше, а необходимость в их применении сохранялась дольше.

5. При применении Полидексы с ФЭ работа мукоцилиарного транспорта нормализуется уже к 3-му визиту (7-й день терапии).

6. Использование Полидексы с ФЭ способствует восстановлению слуха к 7-му дню терапии у большего количества пациентов – 26 (87%), по сравнению контрольной группой, в которой к 7-му дню слух восстановился только у половины пациентов.

7. Нежелательных реакций в группе применения Полидексы с ФЭ отмечено не было, в отличие от контрольной группы, где у 6 (20%) пациентов наблюдался дискомфорт в полости носа.

РИНИТ^{1,2}

СИНУСИТ^{1,2}

РИНОФАРИНГИТ^{1,2}

Полидекса с фенилэфрином

комплексный назальный спрей с антибактериальным, противовоспалительным и сосудосуживающим действием¹

Изофра

антибактериальный назальный спрей широкого спектра действия**

ОДИН ВМЕСТО ЧЕТЫРЕХ^{1*}

РАЗРЕШЕН У ДЕТЕЙ С РОЖДЕНИЯ²



Включены в клинические рекомендации^{3,4,5}



polydexa.ru

isofra.ru

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Перед назначением ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного препарата Изофра от 14.01.2025 и Полидекса с фенилэфрином от 22.01.2025, <http://eesc.eaeunion.org>
 1. Общая характеристика лекарственного препарата Полидекса с фенилэфрином от 22.01.2025, <http://eesc.eaeunion.org>. 2. Общая характеристика лекарственного препарата Изофра от 14.01.2025, <http://eesc.eaeunion.org>. 3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый синусит», 2024 г. 4. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хронический синусит», 2025 г. 5. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хронический синусит», 2025 г.

* Под «Один вместо четырех» подразумевается наличие четырех действующих веществ в составе Полидексы с фенилэфрином. ** Активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий (Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Haemophilus influenzae), вызывающих развитие инфекционных процессов в верхних отделах дыхательных путей.

Организация, принимающая претензии:
 ООО «Русифи» 123610 Россия, Москва,
 Краснопередеменная наб., д. 12, под. 7, эт. 6, пом. 1АЖ
 Телефон: +7(495) 225-80-01; факс: +7(495) 258-20-07.
 e-mail: info@rusfic.com, www.rusfic.ru


RX-ENT-209-13.02.2026

RECORDATI



Заключение

Таким образом, применение комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ эффективно и безопасно при лечении пациентов с поствирусным

риносинуситом средней степени тяжести и может быть рекомендовано в качестве препарата выбора для плановой терапии данной категории пациентов. 

Литература

1. Arcimowicz M. Rational treatment of acute rhinosinusitis in the context of increasing antibiotic resistance. *Otolaryngol. Pol.* 2024; 78 (6): 1–11.
2. Madhukar A.S. Mastering sinus infection treatment: antibiotic guidelines and PCP stewardship strategies. URL: <https://hidocdr.com/articles-details.php?artId=06f71bc8-2a46-4c09-8c4b-41a32ecc85f3> (дата обращения: 26.04.2026).
3. Даудова А.Д., Демина Ю.З., Генатулина Г.Н. и др. Антибиотикорезистентность. Вызов современности. *Антибиотики и химиотерапия.* 2023; 68 (3–4): 66–75.
4. El Khoury G., Ramia E., Salameh P. Misconceptions and malpractices toward antibiotic use in childhood upper respiratory tract infections among a cohort of Lebanese parents. *Eval. Health Prof.* 2018; 41 (4): 493–511.
5. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Антибиотикорезистентность в современном мире. *Педиатрическая фармакология.* 2017; 14 (5): 341–354.
6. Christensen T.V., Plejdrup Hansen M., Jensen M.S.A., Hoffmann Merrill C. The decision-making process in general practice of when to use antibiotics to treat acute rhinosinusitis. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2026; 44 (1): 1–14.
7. Payne S.C., McKenna M., Buckley J., et al. Clinical Practice Guideline: adult sinusitis update. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2025; 173 (1): S1–S56.
8. Nausch B., Bittner C.B., Höller M., et al. Contribution of symptomatic, herbal treatment options to antibiotic stewardship and microbiotic health. *Antibiotics.* 2022; 11 (10): 1331.
9. Багаева В.В., Попова В.М., Пашкова Г.С. и др. Изучение эффективности и безопасности применения антимикробных средств. *Исследования и практика в медицине.* 2015; 2 (3): 35–42.
10. Gosepath J., Grebneva N., Mossikhin S., Mann W.J. Topical antibiotic, antifungal, and antiseptic solutions decrease ciliary activity in nasal respiratory cells. *Am. J. Rhinol.* 2002; 16 (1): 25–31.
11. Cunsolo E.M., Viola P. Polypharmacy in otolaryngologic secretory senescence. *J. Gerontolog. Geriatr.* 2020; 68 (2): 106–112.
12. Зырянов С.К., Строк А.Б. Проблемы полипрагмазии и лекарственного взаимодействия в терапии неосложненного острого риносинусита. *Вестник оториноларингологии.* 2024; 89 (2): 71–81.
13. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. Ринобронхиальный синдром – новые возможности топической терапии. *Эффективная фармакотерапия.* 2025; 21 (5): 28–34.
14. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство. Под ред. М.Р. Богомилского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.

On the Choice of the Optimal Treatment Strategy for Viral Rhinosinusitis

A.Yu. Ovchinnikov, PhD, Prof., N.A. Miroshnichenko, PhD, Prof., Yu.O. Nikolaeva, PhD, K.V. Savranskaya, A.R. Kozuev

Russian University of Medicine, Moscow

Contact person: Andrey Yu. Ovchinnikov, lorent1@mail.ru

Acute rhinosinusitis remains one of the most common inflammatory diseases of the upper respiratory tract which requires a rational approach to therapy prescribing. In the current recommendations for uncomplicated cases, more and more attention is paid to topical therapy. However, an excessive use of local antiseptics may adversely affect the mucociliary clearance, so their use should be strictly justified. In case of polypragmasia, combined nasal spray Polydex with phenylephrine (PE) seems a promising option. Researchers from the department of otorhinolaryngology of Russian University of Medicine conducted a comparative study in which they assessed and compared the efficacy, tolerability and safety of Polydex complex nasal spray with PE and topical antiseptic (Miramistin, 0.001% spray) in patients with post-viral rhinosinusitis of moderate severity. The obtained results showed a marked improvement by VAS scale, better nasal breathing and mucociliary clearance, suppression of pathogenic flora growth, less frequency and duration of decongestant application, as well as more effective hearing restoration and absence of adverse reactions in the Polydexa group with PE compared to the control group.

Keywords: post-viral rhinosinusitis, Polydex with phenylephrine, Miramistin, mucociliary clearance, antibiotic resistance, topical therapy