



Пациенты с острым риносинуситом. Что делать? Простые ответы на сложные вопросы

Риносинусит характеризуется воспалением слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Различают острую, рецидивирующую и хроническую формы заболевания. Острый риносинусит – одно из самых распространенных заболеваний ЛОР-органов во всех возрастных группах. Это заболевание может иметь инфекционную этиологию: вирусную, бактериальную или грибковую, а также вызываться аллергенами и ирритантами окружающей среды.

В рамках V Всероссийского форума оториноларингологов России 19 сентября 2019 г. ведущие эксперты в области отоларингологии обсудили методы диагностики и подходы к ведению пациентов с острым риносинуситом, особенности течения заболевания у детей и взрослых, а также международные и национальные рекомендации по лечению.

Открывая симпозиум, руководитель клиники, заведующий кафедрой болезни уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, главный внештатный оториноларинголог Центрального федерального округа России, д.м.н., профессор Валерий Михайлович СВИСТУШКИН отметил, что острый риносинусит относится к самым распространенным заболеваниям. Каждый человек в течение жизни переносит его неоднократно.

Ежегодно острый риносинусит переносят до 10 млн россиян. Однако реальный показатель в несколько раз выше. 80% больных острым риносинуситом – молодые трудоспособные лица в возрасте до 50 лет^{1,2}. Острый риносинусит значительно снижает качество жизни, вызывая затруднение носового дыхания, чувство тяжести в проекции пазух носа, головную



Профессор, д.м.н. В.М. Свистушкин

боль, слабость, нарушение сна, депрессию³.

В продолжение темы д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии лечебного факультета и кафедры микробиологии и вирусологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова



Профессор, д.м.н. А.В. Гуров

Александр Владимирович ГУРОВ отметил, что, исходя из современной классификации риносинусита в зависимости от этиологического фактора EPOS 2012 г. (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – Европейский консенсус по риносинуситам и назальным полипам), острые риносинуситы подразделяют на вирусные, пост-

¹ Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М., 2009.

² Сакович А.Р. Синуситы: клинико-эпидемиологический анализ // Военная медицина. 2009. № 3. С. 60–62.

³ Gliklich R.E., Metson R. Economic implications of chronic sinusitis // Otolaryngol. Head Neck Surg. 1998. Vol. 118. № 3. Pt. 1. P. 344–349.



Профессор, д.м.н. О.В. Карнеева

вирусные и бактериальные. То есть острый риносинусит рассматривают с позиции клинической микробиологии в зависимости от этапа патологического процесса. Так, при остром вирусном риносинусите симптомы, возникающие на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), сохраняются не более десяти дней. К острому пост-вирусному риносинуситу относят состояния, сопровождающиеся ухудшением симптомов после пяти дней или их сохранением после десяти дней заболевания.

Вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирусы, коронавирусы считаются первичными агентами. Оказывая цитопатическое действие на слизистую оболочку пазух носа, они обуславливают активизацию и интенсивное размножение бактериальной микрофлоры и дальнейшее течение процесса по типу банальной бактериальной инфекции. Появлению бактериальных микроорганизмов способствуют уменьшение представителей индигенной микрофлоры, образование большого количества слизи, угнетение факторов специфической и неспецифической резистентности. Особое значение в этиологии синуситов имеют бактерии, проникающие в пазухи из



Профессор, д.м.н. С.В. Рязанцев

полости носа, зубов, вследствие травмы носа или с оттоком крови из отдаленного очага. При этом в пазухах чаще обнаруживаются:

- ✓ кокковая флора (стрептококк, стафилококк, пневмококк);
- ✓ грамотрицательные и грамположительные палочки;
- ✓ анаэробные бактерии;
- ✓ грибковая флора.

Как правило, острый синусит характеризуется наличием монофлоры, хронический – полимикробной флоры.

Симпозиум продолжила заместитель директора по учебной и научной работе Научно-клинического центра оториноларингологии, д.м.н., профессор Ольга Витальевна КАРНЕЕВА. Она сконцентрировала внимание на особенностях течения острого риносинусита у детей и взрослых.

Заболеваемость гриппом и ОРИ в детской популяции в 2,7–3,2 раза выше, чем во взрослой. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у детей первых трех лет жизни, начинающих посещать дошкольные учреждения. Высокая восприимчивость детей к ОРИ обусловлена незрелостью иммунитета и отсутствием иммунологической памяти предыдущих контактов.

Особенности строения полости носа у детей раннего возраста не только предрасполагают к назальной обструкции, но и опосредованно влияют на частоту респираторных инфекций (табл. 1)⁴⁻⁶.

Следует отметить, что у детей раннего возраста общие проявления острого синусита преобладают над местными. Течение заболевания имеет свои особенности. Речь идет о несоответствии тяжести поражения пазух стертой риноскопической картине на ранних этапах болезни, бессимптомном латентном течении заболевания под видом поражения других органов (бронхолегочной, пищеварительной системы), быстром распространении и генерализации процесса на фоне выраженных отечных реакций, быстрым развитии блокады естественных соустьев пазух, а также развитию остеомиелита верхней челюсти⁴⁻⁵. В отличие от взрослой в педиатрической популяции клиническая картина при остром риносинусите

Таблица 1. Особенности строения полости носа у детей раннего возраста

Особенности строения	Последствия
Малые размеры полости носа, узкие носовые ходы, относительно большие размеры нижней носовой раковины	Быстро развивается нарушение дыхания, дети отказываются от еды, нарушается сон, могут развиваться судороги
Слизистая оболочка носа нежная, хорошо васкуляризована	Склонность к генерализации процесса, развитию осложнений
Верхнечелюстная пазуха малых размеров в виде зачатка, выражены клетки решетчатого лабиринта	Частые этмоидиты и орбитальные осложнения
Нижняя стенка полости носа тесно соприкасается с зубными зачатками верхней челюсти	Высокий риск развития остеомиелита
Близкое расположение зубных зачатков к дну орбиты	Высокий риск развития орбитальных осложнений

⁴ Болезни уха, горла, носа при ОРЗ у детей. Национальное руководство / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

⁵ Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1994.

⁶ Wald E.R. Acute otitis media and acute bacterial sinusitis // Clin. Infect. Dis. 2011. Vol. 52. Suppl. 4. P. S277–S283.



Топическая антибактериальная терапия имеет ряд преимуществ перед системной: непосредственное воздействие в очаге инфекции, оптимальная концентрация лекарственного препарата в очаге, отсутствие системного воздействия, меньший риск селекции резистентных штаммов

характеризуется риском развития реактивного отека век, орбитальных осложнений, частым сочетанием с гипертрофией и хроническим воспалением глоточной миндалины, высокой вероятностью развития отита, ларингита. Не исключены неспецифические симптомы – упорный кашель и шейный лимфаденит⁷.

Последовательность поражения пазух носа при риносинусите зависит от возраста ребенка. У детей до трех лет преобладает поражение решетчатых пазух (до 80–92%), от трех до семи лет имеет место сочетанное поражение решетчатых и верхнечелюстных пазух. У больных старше семи лет чаще поражаются сначала верхнечелюстная пазуха, затем решетчатая, лобная и клиновидная. Профессор О.В. Карнеева подчеркнула необходимость профилактики осложнений у детей с риносинуситом.

Далее участники симпозиума обсудили тактику ведения пациентов с острым риносинуситом. По мнению профессора В.М. Свистушкина, основной целью терапии острого риносинусита является не только эрадикация возбудителя, но и восстановление дренажа придаточных пазух носа. Ведущая роль отводится топическим патогенетическим спо-

собам лечения. Адекватная тактика лечения острого риносинусита позволяет сократить длительность заболевания, восстановить качество жизни, предупредить развитие орбитальных и внутричерепных осложнений. При этом необходимо понимать разницу между поликлиническим и стационарным лечением. Риносинусит тяжелого течения, а также высокий риск развития орбитальных осложнений служит показанием для госпитализации. При остром синусите среднетяжелого течения госпитализация необходима в случае:

- ✓ усугубления симптоматики на фоне антибактериальной терапии;
- ✓ тяжелой сопутствующей соматической патологии;
- ✓ периорбитального отека/гиперемии;
- ✓ дислокации глазного яблока;
- ✓ диплопии;
- ✓ офтальмоплегии;
- ✓ снижения остроты зрения;
- ✓ тяжелой одно- или двусторонней лобной боли;
- ✓ отека лобной области;
- ✓ менингеальных или очаговых симптомов.

Профессор О.В. Карнеева добавила, что сегодня вопрос о применении топических лекарственных препаратов в оториноларингологии особенно актуален. Согласно международным и национальным рекомендациям по консервативному лечению острого риносинусита, в схему терапии включают системные и местные топические лекарственные препараты с высоким уровнем доказательности (антибактериальные средства, глюкокортикостероиды).

По мнению заместителя директора по научной и координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского институ-

та уха, горла, носа и речи, главного внештатного оториноларинголога Северо-Западного федерального округа, д.м.н., профессора кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова Сергея Валентиновича РЯЗАНЦЕВА, при изучении международных рекомендаций следует обратить внимание на моменты, связанные с применением топической антибактериальной терапии при остром риносинусите. Рекомендации основаны на результатах исследований отдельных топических антибиотиков (мупиноцин, фосфомицин, бацитроцин, тобрамицин и др.), применяемых в виде небулайзерной терапии. Вместе с тем не учтены данные исследований топических назальных спреев, которые зарегистрированы и широко используются в России (фрамицетин и неомицин + полимиксин В)^{8, 9}. При создании российских рекомендаций были приняты во внимание положения EPOS и американских стандартов лечения синуситов 2012 г. При этом отечественные рекомендации не стали точной копией международных. В отличие от зарубежных в российских стандартах принципы лечения острого риносинусита включают разгрузочную секретомоторную, секретолитическую, местную антибактериальную терапию, пункционное лечение. Топическая антибактериальная терапия имеет ряд преимуществ перед системной: непосредственное воздействие в очаге инфекции, оптимальная концентрация лекарственного препарата в очаге, отсутствие системного воздействия, меньший риск селекции резистентных штаммов. Именно поэтому топические антибиотики сохранены в стандартах лечения синусита.

⁷ Карнеева О.В. Современные возможности профилактики респираторно-вирусных инфекций и осложнений острых респираторных заболеваний у детей // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2013. № 1. С. 27–30.

⁸ Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists // Rhinology. 2012. Vol. 50. № 1. P. 1–12.

⁹ Soler Z.M., Oyer S.L., Kern R.C. et al. Antimicrobials and chronic rhinosinusitis with or without polyposis in adults: an evidenced-based review with recommendations // Int. Forum. Allergy Rhinol. 2013. Vol. 3. № 1. P. 31–47.



NB

Преимущества различных видов антибактериальной терапии

Системная	Топическая
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Уменьшение сроков болезни/обострения ✓ Эффективность в случае развития осложнений ✓ Эрадикация возбудителей, вероятная профилактика орбитальных осложнений ✓ Большой выбор препаратов 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Непосредственное воздействие в очаге инфекции ✓ Оптимальная концентрация лекарственного препарата в очаге ✓ Отсутствие системного воздействия ✓ Меньший риск селекции резистентных штаммов

Профессор С.В. Рязанцев акцентировал внимание аудитории на проблеме антибиотикорезистентности. Несмотря на успехи системной антибиотикотерапии в XX в., уже в 1940-е гг. прослеживалась тенденция к появлению резистентных штаммов микроорганизмов.

Бесконтрольное использование доступных системных антибиотиков привело к формированию резистентности бактериальной флоры. Из-за необоснованного широкого применения системных антибиотиков в России возросла резистентность к амоксициллину и макролидам. Порог отсечения при выборе антибиотика для эмпирической антибактериальной терапии составляет 20%. Устойчивость к макролидам и амоксициллину возбудителей верхних дыхательных путей (*Streptococcus pneumoniae* и *H. influenzae*) значительно увеличилась (табл. 2).

На совете экспертов Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (НМАО) по проблеме антибиотикорезистентности в оториноларингологии с участием ведущих специалистов из разных регионов нашей страны, состоявшемся в 2018 г., были сформулированы рекомендации, основные принципы рациональной антибиотикотерапии острого синусита, алгоритм ведения больных с острым риносинуситом. По мнению экспертов НМАО, местное использование антибиотиков позволяет быстрее достигать необходимых

Таблица 2. Устойчивость к амоксициллину и макролидам возбудителей инфекций дыхательных путей в России*

Возбудитель	Амоксициллин	Кларитромицин	Азитромицин
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5,7%	24,4%	31,7%
<i>Haemophilus influenzae</i>	4,8%	98,4%	91,2%

Точка «отсечения» – более 20% устойчивости к антибиотикам в популяции

* Онлайн-платформа анализа данных резистентности к антимикробным препаратам в России, критерии EUCAST (версия 0.7 beta от 14.07.2017); [http:// map.antibiotic.ru/](http://map.antibiotic.ru/) (дата обращения 15.10.2017).

концентраций в очаге инфекции и избегать токсического воздействия системного препарата.

Антибактериальные назальные спреи Изофра и Полидекса с фенилэфрином рекомендованы при неосложненных, изолированных легких и среднетяжелых формах острого ринита и обострениях хронического ринита, риносинусита, ринофарингита и аденоидита. В случае бактериального присоединения, осложнений и распространения процесса на соседние органы препараты назначают в комплексе с системными антибиотиками¹⁰.

О побочных эффектах антибиотикотерапии и нарушениях микрофлоры рассказал профессор А.В. Гуров. Он подчеркнул, что антибактериальным препаратам принадлежит одна из ведущих ролей в развитии осложнений и побочных реакций. Наиболее частыми побочными явлениями при системной антибиотикотерапии являются нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – антибиотик-ассоциированная диарея и гепатотоксичность. Кроме того, на фоне антибактериальной терапии могут развиваться иные грозные осложнения:

Антибактериальные назальные спреи Изофра и Полидекса с фенилэфрином рекомендованы при неосложненных, изолированных легких и среднетяжелых формах острого ринита и обострениях хронического ринита, риносинусита, ринофарингита и аденоидита. В случае бактериального присоединения, осложнений и распространения процесса на соседние органы препараты назначают в комплексе с системными антибиотиками

- нефротоксичность (аминогликозиды, ванкомицин, полимиксин, амфотерицин В);
- нейротоксичность (судороги – пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, ото- и вестибулотоксичность – аминогликозиды, нейрорепсихические расстройства – кларитромицин и ципрофлоксацин);
- кардиотоксичность (удлинение интервала QT, развитие аритмий – фторхинолоны, макролиды, азолы);

¹⁰ Резолюция совета экспертов НМАО по проблеме антибиотикотерапии в оториноларингологии // Российская оториноларингология. 2019. Т. 18. № 1 (98). С. 135–138.



В отличие от системных топические антибиотики лишены системных побочных эффектов благодаря достижению высоких концентраций в очаге инфекции, обладают более высоким потенциалом в преодолении устойчивости микроорганизмов, не оказывают негативного влияния на индигенную микрофлору организма

- гематологические реакции (хлорамфеникол)^{11–15}.

Как известно, состояние микробиоты существенно влияет на жизнедеятельность макроорганизма. Бактерии входят в состав биопленок. Микробные биопленки – сообщества, образованные родственными и неродственными бактериями, отграниченными от внешней среды дополнительными оболочками, внутри которых клетки имеют четкую спе-

циализацию и контактируют между собой¹⁶. При этом бактерии в виде биопленок не просто взаимодействуют между собой, они защищают слизистую от окружающей среды оболочкой, обеспечивая нормальные физиологические реакции макроорганизма. Бесконтрольное применение определенных групп лекарственных препаратов негативно воздействует на структуру слизистой оболочки. В отличие от системных топические антибиотики лишены системных побочных эффектов благодаря достижению высоких концентраций в очаге инфекции, обладают более высоким потенциалом в преодолении устойчивости микроорганизмов, не оказывают негативного влияния на индигенную микрофлору макроорганизма. Профессор О.В. Карнеева прокомментировала преимущества местной антибактериальной терапии, а также международный и российский опыт ее применения в оториноларингологии. Местные антибактериальные препараты характеризуются быстрым достижением необходимых концентраций в очаге инфекции, минимальным си-

стемным воздействием, отсутствием токсического эффекта. Применение местных антибактериальных препаратов позволяет избежать развития резистентности бактерий^{17–22}.

В клинические рекомендации и стандарты Минздрава России по лечению острого и хронического синусита, острого среднего отита включены Изофра и Полидекса с фенилэфрином – оригинальные антибактериальные назальные спреи^{23–26}.

Препарат Изофра на основе фрамицетина может применяться у детей с рождения. Изофра способствует устранению основных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей. При местном использовании в виде назального спрея препарат не обладает системной абсорбцией и не всасывается с поверхности слизистой оболочки полости носа, а значит, не попадает в кровоток и не оказывает системного действия^{27,28}.

Полидекса – комплексный препарат, содержащий неомицин, полимиксин В, дексаметазон и фенилэфрин. В состав препарата входит дегидрированная форма дексаметазона, не

¹¹ Стацюк О.У., Андреева И.В., Колосов А.В., Козлов П.С. Безопасность и переносимость антибиотиков в амбулаторной практике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2011. Т. 13. № 1. С. 67–84.

¹² Guo X., Nzerue C. How to prevent, recognize, and treat drug-induced nephrotoxicity // Cleve Clin. J. Med. 2002. Vol. 69. № 4. P. 289–290.

¹³ Abouesh A., Stone C., Hobbs W.R. Antimicrobial-induced mania (antibiomania): a review of spontaneous reports // J. Clin. Psychopharmacol. 2002. Vol. 22. № 1. P. 71–81.

¹⁴ Lipsky B.A., Baker C.A. Fluoroquinolone toxicity profiles: a review focusing on newer agents // Clin. Infect. Dis. 1999. Vol. 28. № 2. P. 352–364.

¹⁵ Poluzzi E., Raschi E., Motola D. et al. Antimicrobials and the risk of torsades de pointes: the contribution from data mining of the US FDA Adverse Event Reporting System // Drug. Saf. 2010. Vol. 33. № 4. P. 303–314.

¹⁶ Тец В.В., Тец Г.В. Микробные биопленки и проблемы антибиотикотерапии // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2013. № 4. С. 60–64.

¹⁷ Geller D.E. Aerosol antibiotics in cystic fibrosis // Respir. Care. 2009. Vol. 54. № 5. P. 658–670.

¹⁸ Lee V.S., Davis G.E. Culture-directed topical antibiotic treatment for chronic rhinosinusitis // Am. J. Rhinol. Allergy. 2016. Vol. 30. № 6. P. 414–417.

¹⁹ Свистушкин В.М., Синьков Э.В. Воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух. Роль средств местной терапии // Медицинский совет. 2016. № 18. С. 42–44.

²⁰ Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д., Алферова М.В. и др. Современные возможности терапии поствирусного риносинусита в детском возрасте // Медицинский совет. 2018. № 2. С. 98–104.

²¹ Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015. Т. 94. № 5. С. 96–100.

²² Карпова Е.П. Рациональная местная антибактериальная терапия при синуситах у детей // Российская оториноларингология. 2005. Т. 2. № 15. С. 111–114.

²³ Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1395н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хроническом синусите».

²⁴ Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1201н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при остром синусите».

²⁵ Острый синусит. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2016.

²⁶ Острый средний отит. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2016.

²⁷ Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Царякин Г.Ю. и др. Острый синусит. Клиническое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

²⁸ Острый синусит. Методические рекомендации / под ред. С.В. Рязанцева. СПб.: Полифорум Групп, 2018.

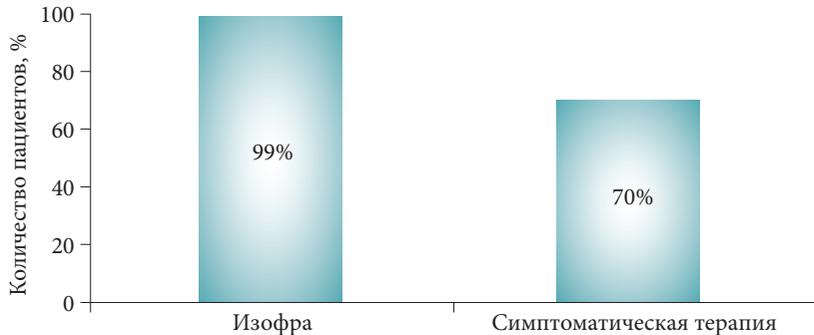


Рис. 1. Эффективность Изофры в предотвращении развития осложнений

растворимая в воде. Препарат обеспечивает безопасное топическое действие, исключает системное воздействие и передозировку, облегчает проникновение в ткани антибактериальных компонентов и оказывает выраженный противовоспалительный, противоотечный, гипосенсибилизирующий эффекты. Полидекса с фенилэфрином воздействует на воспаление как атопического, так и инфекционного генеза²⁰. Он может применяться у детей в возрасте старше двух с половиной лет. Многочисленные исследования, ежедневный мониторинг, регулярные отчеты по безопасности подтверждают 20-летний опыт успешного применения препаратов Изофра и Полидекса с фенилэфрином. В настоящее время не зарегистрировано снижения эффективности препаратов, резистентность микроорганизмов не выявлена. Спикеры представили данные исследований эффективности топических антибактериальных препаратов при острых воспалительных заболеваниях ЛОР-органов. По словам профессора А.В. Гурова, доказана эффективность препарата Изофра в предотвращении осложнений у пациентов с острым риносинуситом. Так, в исследовании с участием пациентов с острым риносинуситом из группы часто болеющих детей на фоне лабораторно под-

твержденного вируса свиного гриппа (H1N1) Изофра предотвращала развитие осложнений в 99% случаев (рис. 1)²⁹. Изофра также способствовала выраженному уменьшению симптомов аденоидита с постназальным затеком^{21, 30}. В другом исследовании у пациентов в возрасте от одного месяца до года с диагнозом острого ринита и острого среднего отита Изофра обеспечивала более быстрое выздоровление: у 64% пациентов симптомы заболевания были купированы уже на пятый день лечения. Все дети хорошо переносили препарат. При использовании Изофры в виде спрея отмечалось оптимальное распределение лекарственного вещества в полости носа³¹. Таким образом, препарат Изофра продемонстрировал эффективность в отношении острой клинической симптоматики и профилактики осложнений у пациентов с сочетанной оториноларингологической патологией. Результаты собственных исследований топической антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях полости носа и околоносовых пазух представил профессор С.В. Рязанцев. В одном из последних исследований изучали характеристики распыления препарата Изофра, используемого для топической антибактериальной терапии острых воспалительных заболеваний

²⁹ Кокорина В.Э. Анализ результатов возможности местной терапии острых риносинуситов как осложнений гриппа H1N1 у часто болеющих детей. Материалы VII Петербургского форума оториноларингологов России, 2018.

³⁰ Карпова Е.П., Харина Д.В. Возможности рациональной фармакотерапии аденоидита у детей // Вестник оториноларингологии. 2016. Т. 81. № 5. С. 73–76.

³¹ Минасян В.С., Баясинская Г.Л., Бондаренко М.Г. и др. Применение фрамицетина (Изофра) у детей грудного возраста при остром рините и остром среднем отите // <https://medi.ru/info/5133>.

³² Рязанцев С.В., Кривоноголов А.А., Еремин С.А. и др. Топическая антибактериальная терапия в лечении воспалительных заболеваний полости носа, околоносовых пазух и профилактике осложнений // РМЖ. 2019. № 8 (I). С. 55–59.

NB Изофра, Полидекса с фенилэфрином в клинических рекомендациях и стандартах лечения Минздрава России

Регламентирующий документ

Стандарт первичной медико-санитарной помощи при остром синусите, утвержденный приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1201н	✓
Стандарт первичной медико-санитарной помощи при хроническом синусите, утвержденный приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1395н	✓
Клинические рекомендации Минздрава России «Острый синусит», 2016	✓
Клинические рекомендации Минздрава России «Острый средний отит», 2016	✓

NB Изофра и Полидекса с фенилэфрином: состав и показания к применению

Показатель	Изофра	Полидекса с фенилэфрином
Действующее вещество (на 100 мл)	Фрамицетин (800 000 ЕД)	Неомицин (650 000 ЕД) Полимиксин В (1000 000 ЕД) Дексаметазон Фенилэфрин
Показания	Ринит Ринофарингит Синуситы Профилактика и лечение воспалительных процессов после оперативных вмешательств	Острый и хронический ринит Острый и хронический ринофарингит Синуситы
Возраст	0+	2,5+

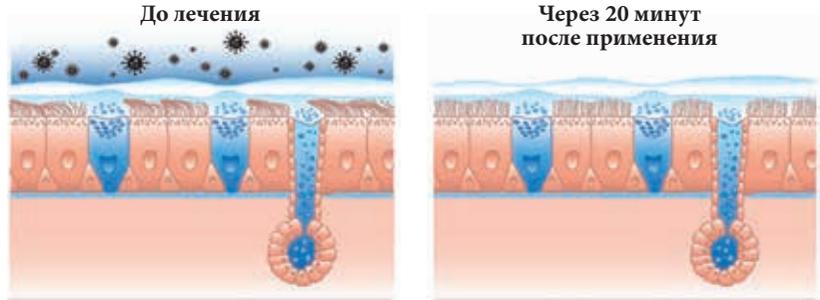
полости носа и околоносовых пазух³². Эксперимент по распылению проводили методами контрастной высокоскоростной фотографии и контрастной высокоскоростной видеосъемки исследуемых образцов препарата Изофра в боковой проекции в закрытом, изолированном от воздушных потоков помещении при искусственном избирательном освещении. Основная часть

облака при распылении образуется очень быстро (в среднем за 18 мс). При распылении препарата формируется мелкодисперсное облако распыления без участков повышенной плотности или разрежения. Это обеспечивает равномерное распределение препарата по слизистой оболочке полости носа. Широкая площадь и большой объем облака высотой 38 см позволяют препарату эффективно достигать всех отделов полости носа – от преддверия до хоан³². Отмечены высокие показатели дисперсности облака, малые размеры фракции лекарственного вещества на протяжении всего времени распыления препарата.

Изофра рекомендована для широкого клинического применения во взрослой и детской оториноларингологической практике.

Профессор В.М. Свистушкин представил результаты клинического исследования применения Полидексы с фенилэфрином после хирургических вмешательств на структурах полости носа и околоносовых пазух²³. Он подчеркнул, что хирургическое вмешательство при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух несет риск затяжного лечения и послеоперационных осложнений. Прежде всего это обусловлено нарушением мукоцилиарного клиренса, активным выбросом медиаторов воспаления на фоне хирургической травмы. В исследовании подтверждена необходимость назначения топических антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде.

Многочисленные исследования, ежедневный мониторинг, регулярные отчеты по безопасности подтверждают 20-летний опыт успешного применения Изофры и Полидексы с фенилэфрином. Снижения эффективности препаратов не зарегистрировано, резистентность микроорганизмов не выявлена



- Снижение частоты биения ресничек: 67% ресничек в диапазоне нижней частоты биения
- Большой разброс частот (от 0,6 до 14,5 Гц)

- Повышение частоты биения ресничек: 92% ресничек в диапазоне средней и высокой частоты биения
- Уменьшение разброса частот (от 8,9 до 14,7 Гц)

Рис. 2. Эффективность Полидексы с фенилэфрином

На фоне терапии препаратом Полидекса с фенилэфрином в послеоперационном периоде отмечалось более быстрое уменьшение объективных и субъективных признаков воспаления слизистой оболочки носа.

Полидекса с фенилэфрином может быть рекомендована к применению после послеоперационного лечения с целью профилактики осложнений и сокращения сроков реабилитации. По словам профессора С.В. Рязанцева, данные сравнительного исследования применения препарата Полидекса с фенилэфрином у взрослых пациентов с острым риносинуситом подтверждают высокую эффективность комплексного препарата³³. В группе пациентов, применявших Полидексу с фенилэфрином, отмечалось более быстрое уменьшение выраженности клинических проявлений синусита, жалоб пациентов уже со второго визита к врачу. При использовании Полидексы с фенилэфрином наблюдалось быстрое улучшение клинического статуса (степень затруднения носового дыхания, выраженность ринореи, характер носового секрета, цвет и выраженность отека слизистой оболочки носа, симптомы общей интоксикации и др.). В группе пациентов с острым риносинуситом, получавших препарат Полидекса с фенилэфрином, уже через 20 минут после нанесения спрея на слизистую оболочку полости носа фиксировалась стабилизация двигательной

активности мукоцилиарного транспорта: уменьшение разброса частот, биение большего количества ресничек в диапазоне средних и высоких частот (рис. 2). Результаты проведенного исследования подтверждают высокий клинический эффект и безопасность препарата Полидекса с фенилэфрином, что позволяет рекомендовать его к широкому применению у пациентов с риносинуситами.

Участники симпозиума пришли к единодушному мнению, что применение топических антибактериальных препаратов является неотъемлемой составляющей алгоритма терапии острого и хронического риносинусита.



Изофра и Полидекса с фенилэфрином – оригинальные антибактериальные назальные спреи с 20-летней историей эффективного, безопасного применения и убедительной доказательной базой. Они показаны при остром и хроническом рините, риносинусите и ринофарингите. Препараты способствуют скорейшему выздоровлению, предотвращая развитие осложнений. Назальный спрей Изофра обеспечивает высокое качество доставки лекарственного вещества непосредственно в очаг воспаления. Полидекса с фенилэфрином в короткий срок восстанавливает работу мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа. ☺

³³ Кривопапов А.А., Рязанцев С.В., Еремин С.А. и др. К вопросу о топической антибактериальной терапии острых риносинуситов // Вестник оториноларингологии. 2019. Т. 84. № 2. С. 50–56.