

Т.И. ГАРАЩЕНКО<sup>1,2</sup>, д.м.н., профессор, Г.Д. ТАРАСОВА<sup>1</sup>, д.м.н., профессор, М.В. АЛФЕРОВА<sup>1</sup>, М.В. ГАРАЩЕНКО<sup>2</sup>, к.м.н., Е.С. РОГОВА<sup>2</sup><sup>1</sup> Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России, Москва<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

# СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

## ПОСТВИРУСНОГО РИНОСИНУСИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В статье уделено внимание лечению респираторных вирусных инфекций ЛОР-органов для предотвращения осложнений и хронизации процесса. Приведены данные по эффективности использования препарата Полидекса с фенилэфрином у пациентов детского возраста с острым поствирусным риносинуситом. Согласно результатам микробиологического исследования и микроскопии мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа, Полидекса с фенилэфрином быстро и значительно снижает клинические проявления заболевания, оказывает санирующее действие и положительно влияет на качество жизни больных.

**Ключевые слова:** респираторные вирусы, острый поствирусный риносинусит, дети, Полидекса с фенилэфрином.

T.I. GARASCHENKO<sup>1,2</sup>, MD, Prof., G.D. TARASOVA<sup>1</sup>, MD, Prof., M.V. ALFEROVA<sup>1</sup>, M.V. GARASCHENKO<sup>2</sup>, PhD in medicine, E.S. ROGOVA<sup>2</sup><sup>1</sup>Scientific and Clinical Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia, Moscow<sup>2</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

### MODERN CAPABILITIES OF THERAPY OF POST-VIRAL RHINOSINUSITIS IN CHILDREN

The article focuses on the treatment of respiratory viral infections of the ENT organs in order to prevent complications and chronicity of the process. It provides the data on the efficacy of the use of polidexa with phenylephrine in paediatric patient with acute post-viral rhinosinusitis. The microbiological tests and changes observed in imprint smears from the mucous membrane of the nasal cavity showed that the drug reduces the clinical manifestations of the disease quickly and significantly, has a sanative effect and positively affects the quality of life of patients.

**Keywords:** respiratory viruses, acute post-viral rhinosinusitis, children, polidexa with phenylephrine.

**В**ыделение в особую форму острого поствирусного риносинусита (ОПРС), обоснованное в рекомендательных документах EPOS-2012, определяет поиск эффективных методов терапии. Развитие этой формы заболевания значительно превышает распространенность бактериального риносинусита (РС), особенно в детском возрасте [5, 7, 9].

Заболеваемость РС за последние 10 лет увеличилась в два раза. Основной пик заболеваемости приходится на осенне-зимний период, совпадающий с пиком респираторных вирусных инфекций, первичным возбудителем риносинусита в 80–90% случаев являются респираторные вирусы. В значительной части случаев вирусная природа поражения ЛОР-органов на определенном этапе течения заболевания сменяется бактериальной за счет присоединения или реактивации бактериальной флоры, что может в дальнейшем привести к формированию хронического воспалительного процесса в околоносовых пазухах (ОНП) и среднем ухе с развитием стойкой тугоухости [2–5, 7, 10, 11].

Успешное лечение ОПРС предусматривает использование средств, которые обеспечивали бы антимикробное, противовоспалительное воздействие в сочетании с гипосенсибилизирующим и сосудосуживающим эффектом, предупреждая развитие бактериальной формы заболевания.

Таковыми свойствами обладает препарат Полидекса с фенилэфрином, представляющий собой назальный спрей

и входящий в стандарты лечения РС в России. В состав препарата Полидекса с фенилэфрином входят четыре активных компонента (на 100 мл раствора): неомицина сульфат 1 г (соответствует 650 000 ЕД), полимиксина В сульфат 1 000 000 ЕД, дексаметазона метасульфобензоат натрия 0,025 г, фенилэфрина гидрохлорид 0,250 г (Laboratoires Bouchara-Recordati, Франция). Таким образом, Полидекса с фенилэфрином – один препарат вместо четырех. В соответствии с инструкцией его назначают курсом 5–10 дней по 1 впрыскиванию в каждую половину носа 3 раза в сутки.

**Успешное лечение ОПРС предусматривает использование средств, которые обеспечивали бы антимикробное, противовоспалительное воздействие в сочетании с гипосенсибилизирующим и сосудосуживающим эффектом, предупреждая развитие бактериальной формы заболевания**

Компоненты назального спрея Полидекса с фенилэфрином оптимально подобраны и оказывают взаимоусиливающее, аддитивное действие. Сочетание 2 антибиотиков – неомицина и полимиксина В расширяет антибактериальный спектр и обеспечивает мощное бактерицидное действие в отношении основных возбудителей РС.

Неомицин активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Полимиксин В проявляет наибольшую активность в отношении грамотрицательных бактерий. При сочетании указанных антибиотиков значительно расширяется спектр противомикробной активности препарата, в том числе против синегнойной палочки.

**Компоненты назального спрея Полидекса с фенилэфрином оптимально подобраны и оказывают взаимоусиливающее, аддитивное действие**

Дексаметазона метасульфобензоат натрия, входящий в состав лекарственного препарата Полидекса с фенилэфрином, представлен в дегидрированной форме, практически нерастворимой в воде, что дополнительно обеспечивает безопасное топическое действие в месте введения препарата и исключает системное воздействие и передозировку. Кроме того, присутствие в назальном спрее Полидекса с фенилэфрином дексаметазона облегчает проникновение в ткани антибактериальных компонентов и оказывает выраженное противовоспалительное, противоотечное, гипосенсибилизирующее действие. Кортикостероид дексаметазон в силу своего универсального противовоспалительного действия влияет на воспаление как атопического, так и инфекционного генеза.

Другой компонент препарата – фенилэфрин – мягкий сосудосуживающий препарат из группы альфа-адреномиметиков. Фенилэфрин в составе препарата Полидекса с фенилэфрином способствует не только улучшению дыхания через нос, но и улучшает доставку активных компонентов к очагу воспаления.

Оптимальная комбинация высокоэффективных составляющих назального спрея Полидекса с фенилэфрином направлена на нормализацию носового дыхания, быстрое уменьшение отека и воспаления слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, купирование патологического отделяемого из носа как слизистого, так и гнойного характера.

В ряде исследований была доказана выраженная эффективность назального спрея Полидекса с фенилэфрином в лечении различной инфекционно-воспалительной патологии верхних дыхательных путей у детей и взрослых.

В сравнительном наблюдательном исследовании по лечению пациентов в возрасте от 17 до 66 лет с острым инфекционным ринитом и ринофарингитом, острым катаральным синуситом, острым гнойным гайморитом, с обострениями хронического синусита, хронического катарального и гипертрофического ринита и др. уже на 3-й день от начала лечения в группе пациентов, получавших препарат Полидекса с фенилэфрином, отмечено улучшение носового дыхания на 39,2% ( $p > 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой, в которой данный показатель составил 36,8%. На 7-й день лечения отличие было еще более выраженным и составило 81,4 и 63%

соответственно. При анализе динамики риноскопических показателей более выраженное уменьшение таких симптомов, как отечность слизистой оболочки полости носа, сужение просвета носовых ходов, количество патологического назального секрета, было у больных при применении препарата Полидекса с фенилэфрином, чем в контрольной группе [6].

Высокая терапевтическая эффективность препарата Полидекса с фенилэфрином была показана у детей в возрасте от 3 до 15 лет с острым и обострением хронического синусита. Введение препарата в схему лечения позволило купировать основные проявления заболевания и ускорить выздоровление у 97% пациентов к 10-му дню терапии без применения антибиотиков [1].

Одна из причин формирования и поддержания воспалительного процесса в носоглотке и ОНП является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). В связи с этим необходима отмена системных антибиотиков. В то же время входящие в состав препарата Полидекса с фенилэфрином антибиотики воздействуют как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору, в том числе которая поступает из желудочно-кишечного тракта при ГЭРБ, тем более что это заболевание достаточно часто наблюдают у детей [8].

В связи с этим нами было выполнено открытое несравнительное одноцентровое проспективное наблюдательное исследование по оценке терапевтической эффективности применения препарата Полидекса с фенилэфрином у пациентов детского возраста (от 2,5 года) при лечении острого поствирусного риносинусита.

**Оптимальная комбинация высокоэффективных составляющих назального спрея Полидекса с фенилэфрином направлена на нормализацию носового дыхания, быстрое уменьшение отека и воспаления слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, купирование патологического отделяемого из носа как слизистого, так и гнойного характера**

## ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

При включении пациента в исследование (Визит 1) осуществляли отбор пациентов с ОНРС на основании критериев включения и исключения.

**Критерии включения:** возраст от 2,5 до 18 лет на момент включения; наличие верифицированного диагноза «острый поствирусный риносинусит» при имеющихся двух из следующих симптомов в течение не менее 5 и не более 10 дней: боль/давление в области лица, затруднение носового дыхания/заложенность носа/отделяемое (наружное и/или в носоглотку), кашель, наличие полипов, слизисто-гнойное отделяемое в полости носа, отек/набухание слизистой оболочки, изменение слизистой оболочки околоносовых пазух на КТ (при наличии), а также подписанное письменное информированное согласие.

**Критерии исключения:** реакции гиперчувствительности к любому компоненту препарата исследования в анамнезе; возраст моложе 2,5 и старше 18 лет; клинически подтвержденные первичные и вторичные иммунодефициты, онкологические и психические заболевания; необходимость системного применения глюкокортикоидов либо антибактериальной терапии; состояния, ограничивающие приверженность пациента проводимой терапии и выполнение процедур исследования (деменция, психоневрологические заболевания, наркомания, алкоголизм и т.д.); показания к назначению других методов лечения (хирургическое); другие острые и хронические заболевания, которые, по мнению исследователя, могут оказывать влияние на общее состояние пациента в период исследования, общий прогноз, результаты любых, предусмотренных протоколом лабораторных и инструментальных исследований, а также на приверженность пациента лечению; отзыв информированного согласия или отказ его подписать; одновременное участие пациента в других исследованиях.

**Присутствие в назальном спрее Полидекса с фенилэфрином дексаметазона облегчает проникновение в ткани антибактериальных компонентов и оказывает выраженное противовоспалительное, противоотечное, гипосенсибилизирующее действие**

Кроме того, на первом визите брали мазки для исследования микрофлоры со слизистой оболочки полости носа и мазки-отпечатки для морфологического обследования.

Визит 2 осуществляли на 4–5-й день наблюдения. При этом учитывали наличие жалоб пациентов с ОНРС, оценивали терапевтическую эффективность (ТЭ) препарата, динамику и выраженность симптомов заболевания, наличие нежелательных явлений (НЯ), комплаентность пациента.

Во время Визита 3 на 10–11-й день наблюдения выполняли те же действия, что и на Визите 2, а также брали мазки на флору со слизистой оболочки полости носа и мазки-отпечатки. Кроме этого, врач и пациент оценивали ТЭ препарата Полидекса с фенилэфрином.

Визит 4 происходил на 40-й день. Пациентов опрашивали по телефону.

## МАТЕРИАЛ

В группу исследования вошли 60 пациентов в возрасте 2,5–18 лет с верифицированным диагнозом ОНРС, которые получали лечение препаратом Полидекса с фенилэфрином по одной дозе в каждую половину носа 3 раза в сутки курсом 10 дней. Распределение пациентов по возрасту отражено в *таблице 1*.

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследование пациентов с ОНРС включало анализ жалоб и анамнеза, общий и оториноларингологический

**Таблица 1.** Распределение пациентов с ОНРС по возрасту

| Возраст   | n (%)     |
|-----------|-----------|
| 3–6 лет   | 48 (80%)  |
| 7–10 лет  | 9 (15%)   |
| 11–15 лет | 3 (5%)    |
| Всего     | 60 (100%) |

осмотр, бактериологическое исследование мазков и мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа, исследования в динамике, балльную оценку тяжести клинической картины заболевания, оценку эффективности терапии врачом и пациентом. Тяжесть ОНРС определяли по результатам оториноларингологического обследования, оценивая в баллах от 0 до 3: затруднение носового дыхания, кашель, слизисто-гнойное отделяемое в полости носа или стекающее по задней стенке глотки, отек и/или набухание слизистой оболочки полости носа, где 0 – отсутствие признака, 1 – незначительные проявления признака, 2 – умеренно выраженные и 3 – наличие выраженной симптоматики.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

При включении в исследование (Визит 1) больные имели характерные для ОНРС жалобы, анализ которых отражен в *таблице 2*.

**Таблица 2.** Жалобы пациентов с ОНРС на Визите 1 (при включении в исследование)

| Жалоба                     | Число детей |
|----------------------------|-------------|
| Заложенность носа          | 39 (65%)    |
| Кашель                     | 26 (43,3%)  |
| Боль в глотке              | 2 (3,3%)    |
| Гнойное отделяемое из носа | 51 (85%)    |
| Храп по ночам              | 9 (15%)     |
| Боль в ушах                | 10 (16,7%)  |
| Снижение слуха             | 10 (16,7%)  |
| Неприятный запах в носу    | 1 (1,7%)    |
| Головная боль              | 3 (5%)      |

При изучении анамнеза выявлено, что ранее острый риносинусит (РС) перенес 21 (35%) ребенок, а острый средний отит был диагностирован у 26 (43,3%) пациентов.

При включении в исследование у 3 (5%) детей симптомы ОНРС отмечены менее чем за 5 дней до Визита 1, а у остальных манифестация заболевания имела место более чем за 5 дней до этого визита (*табл. 3*).

**Таблица 3. Симптоматика ОНРС на Визите 1 (при включении в исследование)**

| Симптом  | Есть       | Нет        |
|--|------------|------------|
| Боль в области лица                                  | 5 (8,3%)   | 55 (91,75) |
| Затруднение носового дыхания                         | 60 (100%)  | 0          |
| Наличие слизисто-гнояного отделяемого в полости носа | 60 (100%)  | 0          |
| Кашель   | 42 (70%)   | 18 (30%)   |
| Отек слизистой оболочки носа                         | 58 (96,7%) | 2 (3,3%)   |

**Таблица 4. Выраженность симптомов ОНРС на Визите 1 (при включении в исследование)**

| Симптом/<br>степень выраженности  | Степень выраженности |            |            |            |
|-----------------------------------|----------------------|------------|------------|------------|
|                                   | 0                    | 1          | 2          | 3          |
| Боль в области лица               | 36 (60%)             | 12 (20%)   | 12 (20%)   | 0          |
| Затруднение носового дыхания      | 0                    | 3 (5%)     | 37 (61,7%) | 20 (33,3%) |
| Кашель                            | 18 (30%)             | 22 (36,7%) | 18 (30%)   | 2 (3,3%)   |
| Слизисто-гнояное отделяемое       | 0                    | 5 (8,3%)   | 44 (73,3%) | 11 (18,3%) |
| Отек/набухание слизистой оболочки | 1 (1,7%)             | 26 (43,3%) | 29 (48,3%) | 4 (6,7%)   |

Тяжесть состояния больных с ОНРС оценивали по балльной системе оценки выраженности симптоматики, разработанной нами (табл. 4).

На Визите 1 делали забор мазков со слизистой оболочки полости носа для определения в лаборатории характера микробной флоры у пациентов с ОНРС (табл. 5).

В результате выделены 5 видов патогенов (*Strept. pneumonia*, *Staf. aureus*, *Haemophilus influenza*, *Moraxella cath.*, *Streptococcus pyogenes* sp. A), в большинстве случаев определяемая комбинация микроорганизмов свидетельствовала о перенесенных ранее частых воспалительных заболеваниях, при которых дети получали недостаточное или неадекватное лечение. Это привело к снижению системы как врожденного, так и адаптивного иммунитета. А выявление у 17 (28,3%) больных *Strept. pneumonia* указывает на то, что эти дети могли быть ранее не привиты от этого патогена, та же ситуация имеет место у 13 (21,7%) пациентов, у которых выселили *Haemophilus influenza*. Лишь у 3 (5%) детей патогенная микрофлора в мазках не была обнаружена.

Визит 2 происходил на 4–5-й день лечения детей с ОНРС. На нем мы анализировали наличие жалоб и их динамику за период наблюдения (табл. 6), оценивали выраженность симптомов заболевания в баллах (табл. 7), выясняли наличие НЯ и оценивали эффективность терапии. Для решения вопроса о продолжении терапии препаратом исследования или переходе на прием системных антибиотиков учитывали динамику клинического состояния пациентов.

**Таблица 5. Микрофлора полости носа у пациентов с ОНРС на Визите 1 (при включении в исследование)**

|    | Микроорганизм  | n  | %    |
|----|--|----|------|
| 1  | <i>Streptococcus pneumonia</i>   | 8  | 13,3 |
| 2  | <i>Strept. pneumonia</i> , <i>Staf. aureus</i>                                 | 6  | 10,0 |
| 3  | <i>Strept. pneumonia</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>                       | 1  | 1,7  |
| 4  | <i>Strept. pneumonia</i> , <i>Staf. aureus</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> | 1  | 1,7  |
| 5  | <i>Strept. pneumonia</i> , <i>Moraxella cath.</i> , <i>Staf. aureus</i>        | 1  | 1,7  |
| 6  | <i>Moraxella cath.</i>   | 8  | 13,3 |
| 7  | <i>Moraxella cath.</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>                         | 2  | 3,3  |
| 8  | <i>Moraxella cath.</i> , <i>Staf. aureus</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>   | 1  | 1,7  |
| 9  | <i>Moraxella cath.</i> , <i>Staf. aureus</i>                                   | 5  | 8,3  |
| 10 | <i>Haemophilus influenzae</i>  | 5  | 8,3  |
| 11 | <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Staf. aureus</i>                            | 3  | 5,0  |
| 12 | <i>Staf. aureus</i>  | 14 | 23,3 |
| 13 | <i>Streptococcus pyogenes</i> гр. А  | 2  | 3,3  |
| 14 | Рост нормальной микрофлоры   | 3  | 5,0  |

**Таблица 6. Жалобы у пациентов с ОНРС на Визите 2 (4–5-й день лечения)**

| Жалобы                     | n  | %    |
|----------------------------|----|------|
| Заложенность носа          | 12 | 20   |
| Кашель                     | 17 | 28   |
| Гнойное отделяемое из носа | 17 | 28   |
| Храп по ночам              | 17 | 28   |
| Боль в ушах                | 2  | 3,3  |
| Снижение слуха             | 7  | 11,7 |
| Нет жалоб                  | 24 | 40   |

**Таблица 7. Выраженность симптомов ОНРС на Визите 2 (4–5-й день лечения)**

| Симптом                      | 0          | 1          | 2          | 3 |
|------------------------------|------------|------------|------------|---|
| Боль в области лица          | 59 (98,3%) | 1 (1,7%)   | 0          | 0 |
| Затруднение носового дыхания | 0          | 38 (63,3%) | 22 (36,7%) | 0 |
| Кашель                       | 29 (48,3%) | 27 (45,0%) | 4 (6,7%)   | 0 |
| Слизисто-гнояное отделяемое  | 1 (1,7%)   | 52 (86,7%) | 7 (11,7%)  | 0 |
| Отек/набухание слизистой     | 22 (36,7%) | 37 (61,7%) | 1 (1,7%)   | 0 |

**Таблица 8. Жалобы больных ОПРС на Визите 3 (10–11-й день лечения)**

| Жалоба                     | n  | %    |
|----------------------------|----|------|
| Заложенность носа          | 8  | 13,3 |
| Кашель                     | 1  | 1,7  |
| Гнойное отделяемое из носа | 1  | 1,7  |
| Храп по ночам              | 4  | 6,7  |
| Боль в ушах                | 0  | 0    |
| Снижение слуха             | 3  | 5,0  |
| Нет жалоб                  | 39 | 65,0 |

На Визите 3, который выполняли на 10–11-й день от начала лечения, анализировали наличие жалоб и их динамику за период наблюдения (табл. 8), оценивали клинические проявления ОПРС и выраженность симптомов заболевания в баллах (табл. 9 и 10), выясняли наличие НЯ и оценивали эффективность терапии, а также делали заборы мазков и мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа. Результаты микробиологического исследования отражены в таблице 11.

**Таблица 9. Симптоматика ОПРС у больных на Визите 3 (10–11-й день лечения)**

| Симптом  | Есть (n) | Нет (n) |
|--|----------|---------|
| Боль в области лица                                  | 0        | 60      |
| Затруднение носового дыхания                         | 6        | 54      |
| Наличие слизисто-гнойного отделяемого в полости носа | 1        | 59      |
| Кашель   | 0        | 60      |
| Отек слизистой оболочки носа                         | 6        | 54      |
| Снижение слуха                                       | 3        | 57      |

**Таблица 10. Степень выраженности симптомов ОПРС на Визите 3 (10–11-й день лечения)**

| Симптом                      | Распределение пациентов (n) в зависимости от выраженности симптомов, оцененной в баллах |          |   |   |
|------------------------------|---|----------|---|---|
|                              | 0   | 1        | 2 | 3 |
| Боль в области лица          | 0   | 0        | 0 | 0 |
| Затруднение носового дыхания | 42 (70%)  | 18 (30%) | 0 | 0 |
| Кашель                       | 60 (100%)   | 0        | 0 | 0 |
| Слизисто-гнойное отделяемое  | 59 (98,3%)  | 1 (1,7%) | 0 | 0 |
| Отек/набухание слизистой     | 54 (90%)  | 6 (10%)  | 0 | 0 |

**Таблица 11. Состояние микрофлоры полости носа у больных ОПРС на Визите 3 (10–11-й день лечения)**

|    | Микроорганизм  | n  | %    |
|----|--|----|------|
| 1  | Streptococcus pneumonia                              | 7  | 11,7 |
| 2  | Streptococcus pneumonia<br>Staf.aureus               | 1  | 1,7  |
| 3  | Haemophilus influenza                                | 1  | 1,7  |
| 4  | Moraxella cathar.                                    | 1  | 1,7  |
| 5  | Staf.aureus  | 8  | 13,3 |
| 6  | Streptococcus pyogenes gr. A                         | 1  | 1,7  |
| 7  | Pseudomonas slutzeri                                 | 1  | 1,7  |
| 8  | Burkholderia cepacia<br>Chryso bacterium indologenes | 1  | 1,7  |
| 9  | Enterobacter agalomeratis                            | 1  | 1,7  |
| 10 | Рост нормальной микрофлоры                           | 30 | 50,0 |

При оценке динамики выраженности обсеменения патогенами слизистой оболочки полости носа от Визита 1 до Визита 3 мы обнаружили ее снижение, особенно в отношении золотистого стафилококка и гемофильной палочки. Так, массивный рост золотистого стафилококка на Визите 1 отмечен у 31 пациента, а на Визите 3 – лишь у одного ребенка. В отношении гемофильной палочки соотношение было следующим: рост выявлен у 13 пациентов на Визите 1 и только у одного пациента на Визите 3. Вместе с тем *Morax. cathar.* была выявлена в большом количестве у 17 детей на Визите 1 и лишь у 1 на Визите 3. Таким образом, отмечается прогрессирующее снижение присутствия патогенной микрофлоры в ходе лечения препаратом Полидекса с фенилэфрином.

**При анализе динамики риноскопических показателей более выраженное уменьшение таких симптомов, как отечность слизистой оболочки полости носа, сужение просвета носовых ходов, количество патологического назального секрета, было у больных при применении препарата Полидекса с фенилэфрином, чем в контрольной группе**

В результате терапии назальным спреем Полидекса с фенилэфрином наблюдается выраженная положительная динамика – нормализация микрофлоры и подавление обсеменения различными штаммами патогенов. Так, если на Визите 1 пневмококк обнаружили у 17 (28,3%) пациентов, то на Визите 3 его удалось выявить лишь у 9 (15%) детей. Уменьшилась и комбинированность микробов в процессе терапии в 9 раз с 18 (30%) до 2 (3,3%). В целом нормализация микрофлоры зарегистрирована у 30 (50%) пациентов, то есть общее число пациентов с

**Рисунок 1.** Динамика нормализации микрофлоры полости носа в процессе лечения



нормальной микрофлорой в процессе терапии возросло в 10 раз (рис. 1).

Оценивая динамику показателей мазков-отпечатков, мы выявили объективное снижение проявлений воспаления (по содержанию слущенного эпителия, количественного содержания лейкоцитов и нейтрофилов). Так, на Визите 1 выявили достаточно большое число лейкоцитов в мазках-отпечатках у 59 (98,3%) больных, а на Визите 3 таких пациентов было лишь 13 (21,7%), что свидетельствует о снижении числа больных с выраженным воспалением в 4,5 раза. Лейкоциты в большом количестве в мазках-отпечатках на Визите 1 обнаружены у 49 (81,7%) больных, а на Визите 3 – у 3 (5,0%). По наличию кокков в мазках-отпечатках со слизистой обо-

лочке полости носа также отметили положительную динамику. Так, если на Визите 1 число пациентов с наличием выраженного количества кокков было 46 (76,7%), то на Визите 3 их стало 4 (6,7%), следовательно, можно говорить о прогрессивном подавлении грамположительной флоры (кокков) в процессе лечения препаратом Полидекса с фенилэфрином.

Заключительный Визит 4 мы осуществляли по телефону на 40-й день от начала лечения детей с ОРРС (или через 28 дней после получения последней дозы препарата). При этом оценивали эффективность терапии по мнению пациента и врача (табл. 12).

**Таблица 12.** Оценка врача и пациента результатов лечения ПРС

| Оценка  | Неудовлетворительно | Удовлетворительно | Хорошо     | Отлично    |
|---------|---------------------|-------------------|------------|------------|
| Врач    | 0                   | 14 (23,3%)        | 45 (75%)   | 1 (1,7%)   |
| Пациент | 0                   | 6 (10%)           | 44 (73,3%) | 10 (16,7%) |

Качество жизни в процессе лечения препаратом Полидекса с фенилэфрином у детей с ОРРС определяли на основании улучшения носового дыхания, снижения степени заложенности носа и нормализации характера отделяемого в полости носа.

# ПОДБЕРИ ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ!

Местная антибактериальная терапия отитов, риносинуситов и ринофарингитов



✓ Комплексный подход      ✓ Французское качество

Для работников здравоохранения  
 Подробная информация - см. инструкции  
 по применению лекарственных препаратов

Организация, принимающая претензии:  
 ООО «Русфик», Россия, 123610 г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12  
 Телефон: +7 (495) 225-80-01, факс: +7 (495) 258-20-07. E-mail: info@rusfic.com

**LABORATOIRES BOUCHARA-RECORDATI**  
 Лаборатории Бушара-Рекордати, Франция

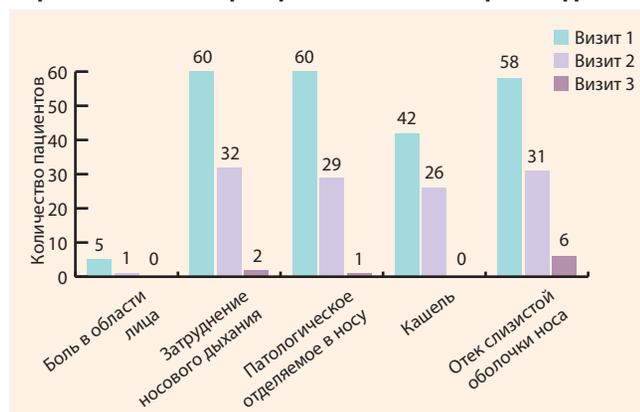
Терапевтическую эффективность препарата Полидекса с фенилэфрином оценивали после завершения терапии как врач, так и пациент по 4-балльной системе: неудовлетворительно, удовлетворительно, хорошо и отлично (табл. 12). В результате хорошую и отличную оценку дали 54 (90,0%) пациента и в 46 (76,7%) случаях врачи, что свидетельствует о снижении симптоматики, включая заложенность носа, при сохранении данного улучшения на протяжении месяца (40-й день от начала лечения).

**Входящие в состав препарата Полидекса с фенилэфрином антибиотики воздействуют как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору, в том числе которая поступает из желудочно-кишечного тракта при ГЭРБ**

## ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам исследования мы проанализировали динамику симптоматики у больных с ОПРС во время лечения препаратом Полидекса с фенилэфрином в виде монотерапии.

**Рисунок 2.** Динамика симптомов ОПРС у пациентов в процессе лечения препаратом Полидекса с фенилэфрином



Как видно из диаграммы (рис. 2), мы наблюдали выраженную положительную динамику клинических проявлений ОПРС, что свидетельствует о высокой эффективности выбранного метода терапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование препарата Полидекса с фенилэфрином у пациентов детского возраста с острым поствирусным РС быстро и значительно снижает клинические проявления заболевания, оказывает санлирующее действие и положительно влияет на качество жизни больных, что объективно подтверждают результаты микробиологического исследования и микроскопии мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа. Использование назального спрея Полидекса с фенилэфрином в качестве монотерапии ОПРС предупреждает развитие бактериального РС и его осложнений.

**Комплексное действие лекарственного препарата Полидекса с фенилэфрином позволяет снизить общую медикаментозную нагрузку при легких и среднетяжелых формах ОПРС и предотвратить назначение системных антибиотиков**

Следует отметить, что наблюдающийся в настоящее время рост резистентности патогенной микробной флоры к антибиотикам определяет необходимость использования топических антибактериальных препаратов, которые способны создавать концентрацию антимикробного средства, достаточную для эрадикации патогенов, характерных для этиологии РС. В связи с этим необходимо четко соблюдать дозировку препарата Полидекса с фенилэфрином, предписанную в сопроводительной инструкции.

Кроме того, комплексное действие лекарственного препарата Полидекса с фенилэфрином позволяет снизить общую медикаментозную нагрузку при легких и средне-тяжелых формах ОПРС и предотвратить назначение системных антибиотиков.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Балясинская Г.Л., Богомилский М.Р. Применение топических антибактериальных препаратов в терапии воспалительных заболеваний полости носа, носоглотки и околоносовых пазух у детей. [www.medi.ru](http://www.medi.ru).
2. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р., Гаращенко Т.И. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, 544 с.
3. Бойкова Н.Э., Рыбалкин С.В. Острый риносинусит. Роль топической терапии. *Медицинский совет. Оториноларингология*, 2016, 6: 20-23.
4. Карнеева О.В., Поляков Д.П., Зеликович Е.И. Ранняя диагностика ретракционных карманов барабанной перепонки у детей. *Вестник оториноларингологии*, 2012, 1: 24-27.
5. Карпова Е.П. Риносинусит в детской практике. *Практика педиатра*, 2010, 2: 26-29.
6. Лучихин Л.А. с соавт. Комбинированный препарат Полидекса с фенилэфрином в лечении больных с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух. *Вестник оториноларингологии*, 1999, 3: 48-49.
7. Абдулкеримов Х.Т., Гаращенко Т.И., Кошель В.И., Рязанцев С.В., Свистушкин В.М. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: методические рекомендации. Под ред. С.В. Рязанцева. СПб.: Полифорум Групп, 2014. 40 с.
8. Солдатский Ю.Л. Оториноларингологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *ПМЖ*, 2007, 2: 54-56.
9. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*, 2012, 50(1):1-12. Режим доступа: [www.rhinologyjournal.com](http://www.rhinologyjournal.com); [www.ep3os.org](http://www.ep3os.org).
10. Hansen JG, Schmidt H, Rosborg J, Lund E. Predicting acute maxillary sinusitis in a general practice population. *BMI*, 1995, 311: 233-236.
11. Sahm DF, Benninger MS, Evangelista AT et al. Antimicrobial resistance trends among sinus isolates of *Streptococcus pneumoniae* in the United States (2001-2005). *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007, 136(3): 385-389.