

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

В статье рассмотрены особенности течения риносинуситов у детей, обсуждена схема лечения данной патологии согласно клиническим рекомендациям и сделан акцент на топическую интраназальную терапию.

Ключевые слова: риносинусит, детский возраст, топическая терапия.

N.E. BOIKOVA, Scientific and Clinical Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia, Moscow
THE MODERN CONCEPT OF THERAPY FOR ACUTE AND CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES IN CHILDREN

The article considered the characteristics of the course of rhinosinusitis in children, discussed the treatment regimens of this pathology according to the clinical guidelines, and placed emphasis on the topical intranasal combination therapy.

Keywords: rhinosinusitis, children's age, topical therapy.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) составляют до 80% среди ежегодно регистрируемых заболеваний в детском возрасте. Риносинуситы как одна из форм инфекции верхних дыхательных путей едва ли не наиболее частая патология, с которой сталкиваются участковые терапевты и педиатры. По данным американских исследователей, 4,6% всех обращений к врачу общей практики приходится на случаи риносинуситов [1].

Острый бактериальный риносинусит занимает 5-е место по частоте назначения антибиотиков у детей. Каждый ребенок до 6–8 раз за год переносит острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), которые нередко осложняются риносинуситом [1, 2]. Ежегодно число пациентов с воспалением околоносовых пазух увеличивается на 1,5–2%. Острый риносинусит составляет от 9 до 20% от всех ЛОР-заболеваний детского возраста [3]. Распространенность заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 28–30% среди всех заболеваний ВДП, и около 50% детей, став взрослыми, продолжают страдать от данных заболеваний [4].

Риносинуситы – собирательный термин, характеризующий группу острых или хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Понятием «риносинусит» при обращении пациента с характерными жалобами обозначают проблему и до проведения топической диагностики. После уточнения локализации воспаления слизистой оболочки околоносовых пазух диагноз трансформируется в этмоидит (поражение решетчатого лабиринта), верхнечелюстной синусит (гайморит), фронтит (поражение лобной пазухи), сфеноидит (поражение клиновидной или основной пазухи). Поражение нескольких синусов с одной стороны определяется как гемисинусит, всех пазух – пансинусит [4].

По данным компьютерной томографии, до 90% детей с ОРВИ в первые дни заболевания имеют признаки синусита. Бактериальные риносинуситы после перенесенного ОРВИ развиваются у 10% детей [1, 4]. Хронические заболевания околоносовых пазух составляют от 16 до 34% всех ЛОР-заболеваний у детей. Из-за неправильной тактики лечения синуситы часто осложняются также тяжелыми орбитальными осложнениями в 10–20% случаев [2, 3].

Бактериологические исследования экссудата из пазух показывают, что за последние годы значительно изменился как количественный, так и качественный состав микрофлоры, заметно повысилась роль синегнойной палочки (30,7%) и стафилококка (16,6%) [6]. Синуситы, вызванные синегнойной палочкой и протеом, протекают тяжело, носят затяжной характер и чаще переходят в хроническую форму.

В условиях амбулатории, куда впервые обращаются родители с ребенком, врач-педиатр является первым, кто назначает лечение. Учитывая некоторые отрицательные аспекты при назначении системных антибиотиков, особенно у детей первых лет жизни (аллергия, дисбиоз и т.д.), в последние годы (в связи с появлением антибиотиков топического действия) возросла актуальность поиска новых рациональных и эффективных методов местного лечения, в частности с использованием препаратов, обладающих местной антибактериальной активностью.

Чем младше ребенок, тем более он подвержен влиянию факторов, способствующих затруднению носового дыхания. Верхние дыхательные пути новорожденного ребенка устроены так, что воздух проходит через маленькую полость носа по очень длинному пути, таким образом, он успевает согреться до температуры 37 °С. Физиологические особенности развития кавернозной ткани у детей разного возраста требуют дифференцированного

подхода при выборе топической терапии при лечении риносинуситов [3, 6].

У детей нижний носовой ход становится основным проводником воздушного потока после 7 лет вследствие низкой и толстой перегородки носа, а также отсутствия кавернозной ткани в области свободных краев носовых раковин у детей первых лет жизни. Перпендикулярная пластинка решетчатой кости окончательно развивается только к 10 годам. Кавернозная ткань у детей более старшего возраста высоколабильна и регулируется тройничным нервом, что дает блокаду, ринорею, в том числе при смене зубов. Кроме этого, ряд аномалий и пороков развития также может быть причиной затруднения носового дыхания [7].

При затруднении носового дыхания ограничивается поступление кислорода ко всему организму, что нарушает нормальную аэрацию околоносовых пазух и полости среднего уха. Это ведет к уменьшению pH в синусах, повышая продукцию слизи, которая не может быть выведена вследствие отека в области устьев синусов и евстахиевой трубы, соответственно, происходит затруднение оттока секрета, что обеспечивает благоприятные условия для размножения патогенной микрофлоры [7].

Обструкция выводящих отверстий околоносовых пазух и затруднение оттока из них воспалительного секрета также могут приводить к развитию синусогенных осложнений. В зависимости от преимущественной локализации процесса могут формироваться орбитальные и внутричерепные осложнения. Из клеток решетчатого лабиринта процесс имеет тенденцию к распространению в полость орбиты с формированием флегмон орбиты (медialная стенка орбиты у ребенка хрящевая). В случае когда отек блокирует выход секрета из верхнечелюстной пазухи, развитие инфекции приводит к остеомиелиту верхней челюсти с вовлечением зубных зачатков [8].

Ключевыми моментами в развитии синуситов являются нарушение вентиляции, дренажа и застойные явления, которые формируются в полости носа. При присоединении к этому процессу бактериальной инфекции, которая обычно появляется на 5-е сутки, у пациента развивается гнойное воспаление.

Таким образом, наиболее важными факторами развития риносинусита являются воспаление и отек слизистой оболочки полости носа и синусов, нарушение их аэрации и дренирования, вирусная и бактериальная инфекция.

Особенности острого риносинусита (ОРС) у детей:

- Большая распространенность, особенно в раннем детском возрасте.
- Микрофлора, характерная для всех респираторных инфекций, с тенденцией к увеличению встречаемости внутриклеточных патогенов и присоединению грибковой инфекции.
- Возникновение или обострение болезни как осложнения острой респираторно-вирусной инфекции.
- Внезапное начало, часто агрессивное, с высокой степенью интоксикации вследствие быстрого образования гнойного экссудата.
- Вероятность перехода процесса на близлежащие органы и ткани (орбита, мозговые оболочки, клетчаточные пространства шеи и т.д.).

■ Частое рецидивирование.

■ Латентное течение в подростковом возрасте (не менее 50% всех случаев).

Характер течения ОРС у детей зависит от этиологии заболевания, а также от возраста пациента. Кроме стандартных клинических признаков, свойственных ОРС бактериальной этиологии, существуют некоторые особенности, характерные для вирусной природы заболевания. Так, если ОРС вызван вирусом гриппа, характерными являются носовые кровотечения, фаринголарингит, трахеит и, в отличие от бактериальной инфекции, лейкопения, моноцитоз. При скарлатине наблюдается некротическое поражение околоносовых пазух.

Особенностью же течения ОРС у детей раннего (грудного) возраста любой этиологии является острый ринофарингит с распространением процесса на гортань, трахеобронхиальное дерево и даже легочную ткань [3].

Согласно европейским рекомендациям по риносинуситу (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps (EPOS)) 2012 г., клинический диагноз ставится при наличии 2 или более симптомов, из которых обязательными являются затруднение носового дыхания и наличие выделений из полости носа или по задней стенке глотки, а дополнительными – ощущение давления или боль в лицевой области, а также снижение обоняния [1, 8, 9].

В руководстве по ведению взрослых и детей с ОРС Американского общества по инфекционным болезням (IDSA) предложены сходные, но более детализированные клинические критерии постановки диагноза риносинусита. Диагноз считается правомочным при наличии не менее 2 «основных» симптомов или 1 «основного» и не менее чем 2 «дополнительных» симптомов [8].

Таким образом, термин «риносинусит» объединяет широкий спектр заболеваний – от острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) до тяжелой бактериальной инфекции.

Согласно EPOS 2012 г., ОРС подразделяют на поствирусный ОРС, который характеризуется усилением симптомов после 5 дней или сохранением симптомов после 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 нед., и острый бактериальный риносинусит (ОБРС), который характеризуется более тяжелым течением: лихорадкой $>38^{\circ}\text{C}$, выраженной болью в области лица, гнойным секретом в полости носа.

Основной задачей врача является определение бактериальной природы ОРС и возможности создания оттока патологического секрета. Как показывает практика, острое гнойное воспаление ОНП встречается в 3–5% случаев, в остальных случаях речь идет о вирусной природе заболевания, когда назначение системной антибактериальной терапии является неправильным.

Диагностика базируется на сборе анамнеза, данных объективного осмотра с использованием пальпации и перкуссии зон проекций околоносовых пазух, передней и задней риноскопии, фарингоскопии. Указанные исследования дополняются клинико-лабораторными и инструментальными методами исследования.

Из лабораторных методов наибольшую диагностическую значимость имеет клинический анализ крови. Его

информативность особенно высока при латентных синуситах, когда изменения в периферической крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) могут быть единственными признаками заболевания.

Спектр диагностически значимых неинвазивных инструментальных методов исследования более широк:

- А. Рентгенография околоносовых пазух (основной метод, позволяющий диагностировать заболевание в 80–100% случаев).
- Б. Компьютерная томография придаточных пазух носа (уточняющий метод в связи с большей разрешающей способностью).
- В. Эндоскопическая риноскопия (определение точной локализации, интенсивности и распространенности воспалительного процесса в придаточных пазухах носа).
- Г. При необходимости – определение микрофлоры (в основном при хроническом процессе, поскольку при остром заболевании откладывать назначение терапии до выяснения характера патогена нерационально).

Лечение риносинусита, помимо устранения этиологического фактора, состоит в купировании воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию носовых ходов и обеспечению адекватного дренажа отделяемого из полости носа и околоносовых пазух [6, 7, 10].

Схема ведения пациентов с ОРС включает:

- Устранение явлений воспаления.
- Восстановление проходимости соустьев.
- Эвакуацию отделяемого из пазух.
- Ликвидацию очага инфекции.
- Местную иммуномодулирующую терапию (при наличии показаний).

В Европейских рекомендациях для врачей в разделе практики по лечению синуситов отмечается, что антибиотики следует назначать только с 5-го дня, а все остальные лекарственные препараты должны назначаться с первого дня – комбинации кортикостероидов, антигистаминные препараты обязательны для больных с аллергией в анамнезе. Для взрослых пациентов деконгестанты назначаются в обязательном порядке, вопрос о месте данного класса препаратов в педиатрической практике в Европе на данный момент остается открытым [8, 11].

В клинических рекомендациях, принятых Национальной ассоциацией оториноларингологов, представлены следующие группы препаратов [4, 5].

1. Антибиотики – системно, топически, интраназально, внутрипазушно.
2. Деконгестанты – топические и системные.
3. Мукоактивные препараты – системно, топически, интраназально, внутрипазушно.
4. Антигистаминные препараты – системно, топически.
5. Кортикостероиды – топические.

Лечение пациентов с ОРС в большинстве случаев комплексное, и его объем во многом определяется характером и распространенностью воспалительного процесса [12–14].

Устранение явлений воспаления позволяет ликвидировать воспалительный отек, восстановить дренаж пазух и трофику их слизистой. Восстановление мукоцилиарного

клиренса и оттока из пазух способствует предотвращению развития осложнений в случаях отсутствия блока соустьев и адекватного иммунного ответа пациента на вирусную инфекцию [15–17].

При значительно выраженной клинической картине ОИРС или рецидивирующем синусите возможно развитие риногенных осложнений. Риногенными осложнениями являются:

- внутричерепные (арахноидит, экстрадуральный абсцесс, субдуральный абсцесс, менингит, абсцесс мозга, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки);
- орбитальные (периабит, субпериабитальный абсцесс, отек век и клетчатки глазницы, абсцесс век, флегмона глазницы, ретробульбарный неврит);
- риногенный сепсис.

В этих случаях требуется urgentная госпитализация в ЛОР-стационар, где терапия подбирается в зависимости от состояния ребенка. Как правило, в начале терапии выполняют лечебно-диагностическую пункцию верхнечелюстных пазух с последующим микробиологическим исследованием содержимого и эмпирически назначают системную антибактериальную терапию.

Основной спорный вопрос лечения ОРС – назначение системных антибактериальных препаратов (АБП). Согласно проведенным исследованиям, более 90% врачей общей практики и оториноларингологов назначают системные АБП при наличии симптомов риносинусита [15, 18–20]. Широкое назначение системных АБП приводит к росту антибиотикорезистентности. Следует также помнить о таких нередко тяжелых осложнениях антибиотикотерапии, как гепатотоксичность, аллергические реакции, дисбиоз.

Препаратами выбора при ОРС являются защищенные аминопенициллины (амоксиклав, клавуланат) в случаях отсутствия антибиотикорезистентности к данной группе антибиотиков.

Их назначают ступенчато, вначале в виде внутримышечных или внутривенных инъекций, а при улучшении состояния переходят на пероральные формы. При назначении антибактериальной терапии (в режиме дозирования) необходимо учитывать:

- возраст ребенка;
- применение антибиотиков в течение последних 1–3 месяцев;
- неэффективность при применении каких-либо групп антибиотиков;
- аллергические реакции при применении каких-либо групп антибиотиков.

Курс лечения вышеуказанными антибиотиками составляет в среднем 7 суток, исключением является азитромицин (3 суток). Курс лечения антибиотиками составляет: амоксиклав клавуланат – 7–10 суток, цефуроксим аксетил – 5 суток, цефтриаксон – 3 суток, азитромицин – 5 суток.

Наряду с системной АБТ, отечественными оториноларингологами традиционно применяются промывание полости носа солевыми растворами, местная антибактериальная и муколитическая терапия.

В отсутствие видимых девиаций перегородки носа, необратимой гипертрофии нижних носовых раковин, поли-

пов или опухолей полости носа и околоносовых пазух или патологии, требующей хирургического лечения, носовое дыхание может быть улучшено медикаментозным способом, который служит для уменьшения отека слизистой оболочки и уменьшения объема нижних носовых раковин.

Традиционно в лечении ОРС применяются местные топические антибактериальные препараты. На основании исследований, продемонстрировавших эффективность топических антибиотиков, данная группа препаратов была включена в отечественные рекомендации по лечению ОРС [4, 5].

Назначение антибактериальных препаратов для местного воздействия на слизистые оболочки целесообразно как в комплексе с системными антибиотиками, так и как альтернативный метод лечения острых синуситов [5].

Местное назначение антибактериальной терапии имеет ряд преимуществ [21]:

1. Дает возможность доставить лекарственное вещество непосредственно к очагу инфекционного воспаления.
2. Способствует достижению максимальной концентрации антимикробного препарата в очаге воспаления.
3. Не оказывает системного воздействия при местном применении.
4. Снижает риск развития нежелательных и побочных реакций, не нарушая нормальный биоценоз человека.

Антибактериальные назальные спреи топического действия компании «Лаборатории Бушара-Рекордати» (Франция) Изофра и Полидекса с фенилэфрином зарекомендовали себя как эффективные и безопасные препараты для лечения острых и хронических ринитов, риносинуситов и ринофарингитов и включены в стандарты первичной медико-санитарной помощи при остром и хроническом синуситах [22, 23].

В настоящее время Изофра и Полидекса с фенилэфрином – это единственные антибактериальные назальные спреи топического действия, представленные на российском рынке [24]. Основу назального спрея Изофра составляет антибиотик бактерицидного действия фрамицетин. Антибактериальная активность фрамицетина распространяется на основных возбудителей воспалительных заболеваний носа и носоглотки: *Staphylococcus aureus*, некоторые штаммы *Streptococcus spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Proteus spp.* и др. (табл. 1).

Кроме того, свое бактерицидное действие препарат оказывает и на резистентные к пенициллинам и другим антибиотикам штаммы стафилококка. Препарат повреждает цитоплазматическую мембрану микробной клетки, дезорганизует потоки метаболитов внутри нее с быстрой последующей гибелью.

При местном использовании в виде назального спрея Изофра (фрамицетин) практически не обладает системной абсорбцией и не всасывается с поверхности слизистой оболочки полости носа и носоглотки, а значит, не попадает в системный кровоток и не оказывает системного действия [2].

Препарат Изофра без возрастных ограничений и может быть использован даже у самых маленьких пациентов [25].

Применение Изофры позволяет купировать проявления ринита к 5-му дню терапии, значительно уменьшая

ПОДБЕРИ ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ!

РИНИТ, РИНОСИНУСИТ, РИНОФАРИНГИТ

Широкий
антибактериальный
спектр¹

0+



Комплексное
действие²

2,5+



СРЕДНИЙ ОТИТ

Без ототоксичности³

0+



НАРУЖНЫЙ ОТИТ

Взаимоусиливающее
действие
компонентов⁴

0+



¹ Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей. Педиатрия. 2015;5

² Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д. и соавт. Современные возможности терапии риносинусита в детском возрасте. Мед Совет. Педиатрия. 2018;2

³ Свистушкин В.М., Овчинников А.Ю., Никифорова Г.Н. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Современный взгляд на проблему. Российская оториноларингология. 2005;3(16)

⁴ Красножен В.Н., Покровская Е.М., Баязитова Л.Т. Полидекса в лечении острых наружных отитов. Вестник оториноларингологии. 2018;1

Подробная информация – см. инструкции по применению лекарственных препаратов

ООО «Русфик», группа компаний Рекордати:
Россия, 123610 г. Москва,
Краснопресненская наб., д. 12
Телефон: +7 (495) 225 80 01
Факс: +7 (495) 258 20 07
E-mail: info@rustfic.com

Информация для работников здравоохранения



LABORATOIRES BOUCHARA-RECORDATI
Лаборатории Бушара-Рекордати, Франция

отек и воспаление носовых ходов и ускоряя выздоровление пациентов [26].

Другой антибактериальный препарат для местного применения, хорошо зарекомендовавший себя в российской клинической практике, – комплексный назальный спрей Полидекса с фенилэфрином.

Компоненты препарата Полидекса с фенилэфрином обладают комплексным действием для максимального результата (табл. 2) [27]:

■ Неомидин представляет собой антибиотик группы аминогликозидов широкого спектра действия, обладает бактерицидным действием в отношении многих грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в т. ч. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Shigella spp.*, *Proteus spp.* и др.;

■ Полимиксин В действует преимущественно на грамотрицательные микроорганизмы, активен в отношении *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella spp.*, *Salmonella*, *Shigella*, *E.coli* и др.

Комбинация антибактериальной активности двух указанных антибиотиков расширяет спектр чувствительных бактерий по сравнению со спектрами каждого из них, в том числе против синегнойной палочки.

■ Фенилэфрин – α 1-адреномиметик, оказывает мягкое сосудосуживающее действие за счет преимущественного воздействия на «запирательные» дроссельные сосуды и не вызывает значительного уменьшения кровотока в слизистой оболочке и нарушения функции мерцательного эпителия [6]. Фенилэфрин в составе Полидексы не только способствует улучшению дыхания через нос, но и улучшает доставку активных компонентов к очагу воспаления.

■ Глюкокортикостероид, входящий в состав назального спрея Полидекса, представлен дексаметазоном метасульфобензоатом натрия.

Дексаметазон метасульфобензоат натрия – это дегидрированная форма дексаметазона, практически не растворимая в воде, что обеспечивает безопасное топическое действие в месте введения и исключает системное воздействие и передозировку [28].

Дексаметазон обладает выраженным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием, устраняет отек и воспаление слизистой оболочки дыхательных путей как инфекционного, так и аллергического генеза.

Такая комбинация высокоэффективных составляющих назального спрея Полидекса с фенилэфрином при остром синусите позволяет быстро справиться с основными симптомами заболевания, устранить отек и воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, нормализовать носовое дыхание и уменьшить отделяемое из носа.

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, предотвратить развитие осложнений у 97% пациентов без применения антибиотиков [29].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема ОРВИ и такого осложнения, как острый риносинусит, у детей остается крайне актуальной. Это не

Таблица 1. Состав и способ применения назального спрея Изофра

Действующее вещество	Содержание на 100 мл	Действие	Способ применения
Фрамицетин	800 000 ЕД	Бактерицидное: действует на грамположительные и грамотрицательные возбудители • <i>Staphylococcus aureus</i> • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Streptococcus spp.</i> (некоторые штаммы) • <i>Klebsiella spp.</i> • <i>Enterobacter spp.</i> • <i>Moraxella catarrhalis</i> • <i>Salmonella spp.</i>, <i>Shigella spp.</i>, <i>Proteus spp.</i> и др.	Взрослым: по 1 впрыскиванию 4–6 раз в сутки. Детям: по 1 впрыскиванию 3 раза в сутки. Длительность: не более 7 дней

Таблица 2. Состав и способ применения назального спрея Полидекса с фенилэфрином

Действующее вещество	Содержание на 100 мл	Действие	Способ применения
Неомидин	650 000 ЕД	Бактерицидное: действует на грамположительные и грамотрицательные возбудители • <i>Staphylococcus aureus</i> • <i>Klebsiella pneumoniae</i> • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Escherichia coli</i> • <i>Shigella spp.</i>, <i>Proteus spp.</i> и др.	Взрослым: по 1 впрыскиванию 3–5 раз в сутки. Детям (с 2,5 лет): по 1 впрыскиванию 3 раза в сутки.
Полимиксин В	1 000 000 ЕД	Бактерицидное: действует на грамотрицательные возбудители • <i>Pseudomonas aeruginosa</i> • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Klebsiella spp.</i> • <i>Salmonella</i> • <i>Shigella</i>, <i>E.coli</i>, <i>Enterobacter</i>, <i>Bordetella pertussis</i> и др.	Длительность: 5–10 дней
Дексаметазона метасульфобензоат натрия	0,025 г	Противовоспалительное Гипосенсибилизирующее	
Фенилэфрин	0,25 г	Мягкое сосудосуживающее	

только медицинская, но и социально-экономическая проблема, прежде всего из-за широкой распространенности. Наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями наблюдается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Свыше 10% вирусных риносинуситов в детском возрасте заканчивается бактериальными осложнениями. Существенную помощь в решении данных проблем оказывают клинические рекомендации, разработанные профессиональным медицинским сообществом, где большая роль отводится разъяснению необходимости рационального

использования системных антибиотиков. Важная роль отводится топическим антибактериальным препаратам, а именно назальным спреям Изофра и Полидекса с фенилэфрином. Их использование позволяет ускорить выздоровление пациентов, предотвратить развитие осложнений и значительно уменьшить частоту назначения системных антибиотиков.



Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. *Pediatrics*, 1991, 87: 129–33.
- Revai K, Dobbs LA, Nair S, et al. Incidence of acute otitis media and sinusitis complicating upper respiratory tract infection: the effect of age. *Pediatrics*, 2007, 119(6): e1408–12.
- Богомилский М.Р., В.Р. Чистякова. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001, 430 с. Bogomilsky MR, Chistyakova VR. Children's otorhinolaryngology. Moscow: GEOTAR-MED, 2001, 430 p.
- Рязанцев С.В., Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В., Свистушкин В.М., Спова К.И., Казанова А.В., Максимова Е.А. Острый синусит. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. Москва, 2016. 30 с. / Ryazantsev SV, Karneeva OV, Garashchenko TI, Gurov AV, Svistushkin VM, Spova KI, Casanova AV, Maksimova EA. Acute sinusitis. Clinical guidelines. National Medical Association of Otorhinolaryngologists. Moscow, 2016. 30 p.
- Рязанцев С.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В., Карнеева О.В., Карпова Е.П., Свистушкин В.М., Абдулкеримов Х.Т., Кошель В.И., Лопатин А.С., Поляков Д.П., Косяков С.Я., Кириченко И.М. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Министерство здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2014. 28 с. Ryazantsev SV, Garashchenko TI, Gurov AV, Karneeva OV, Karpova EP, Svistushkin VM, Abdulkirimov KhT, Koshel VI, Lopatin AS, Polyakov DP, Kosyakov SYa, Kirichenko IM. Principles of etiopathogenetic therapy of acute sinusitis. Clinical guidelines. National Medical Association of Otorhinolaryngologists, Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow, 2014. 28 p.
- Гаращенко Т.И., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОР заболеваний в детском возрасте. В кн. Детская оториноларингология. Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: Медицина. 2005: 299–317. Garashchenko TI, Strachunsky LS. Antibacterial therapy of ENT diseases in childhood. In the book: Children's otorhinolaryngology. Edited by Bogomilsky MR, Chistyakova VR. M.: Medicine. 2005: 299–317.
- Карнеева О.В., Полунина Т.А. Современные особенности течения и лечения риносинуситов у детей. *Вопросы современной педиатрии*, 2009, 8(4): 136–141. / Karneeva OV, Polunina TA. Modern features of the course and treatment of rhinosinusitis in children. *Voprosy Sovremennoy Pediatrii*, 2009, 8 (4): 136–141.
- Stenner M, Rudack C. Diseases of the nose and paranasal sinuses in child GMS. *Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 2014, 13: Doc10. Published online 2014 Dec 1. doi: 10.3205/cto000113.
- Badr DT, Gaffin JM, Phipatanakul W. Pediatric Rhinosinusitis. *Current Treatment Options in Allergy*, 2016, 3(3): 268–281. doi:10.1007/s40521-016-0096-y.
- Cevc G. Differential diagnosis and proper treatment of acute rhinosinusitis: Guidance based on historical data analysis. *Allergy & Rhinology*, 2017, 8(2): e45–e52. doi:10.2500/ar.2017.8.0206.
- Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*, 2012, 54: e72–e112.
- Карпова Е.П., Тулунов Д.А. К вопросу о безопасности и эффективности назальных сосудосуживающих препаратов в педиатрической практике. *Вопросы практической педиатрии*, 2010, 5(5): 1–4. / Karpova EP, Tulupov DA. Revisiting the safety and efficacy of nasal vasoconstrictors in pediatric practice. *Voprosy Prakticheskoy Pediatrii*, 2010, 5 (5): 1–4.
- Тарасова Г.Д. Альтернативная терапия некоторых форм ринита. *Пульмонология и оториноларингология*, 2011, 3: 14–21. / Tarasova GD. Alternative therapy for some forms of rhinitis. *Pulmonologiya i Otorinolaryngologiya*, 2011, 3: 14–21.
- Passali D, Salerni L, Passali GC, Passali FM. Nasal decongestants in the treatment of chronic nasal obstruction: efficacy and safety of use. *Expert Opinion on Drug Safety*, 2006, 5(6): 783–790.
- Богомилский М.Р. Основные принципы лечения синуситов у детей. *Лечащий врач*, 2001, 8. / Bogomilsky MR. Basic principles of treatment of sinusitis in children. *Lechshchiy Vrach*, 2001, 8.
- Богомилский М.Р. Антибактериальная терапия ЛОР-инфекций у детей: синуситы, средние отиты, тонзиллиты. *www.nedug.ru. / Bogomilsky MR. Antibacterial therapy of ENT infections in children: sinusitis, otitis media, tonsillitis. www.nedug.ru.*
- Genevieve Ressel. Practice Guidelines, Principles of Appropriate Antibiotic Use: Part III. Acute Rhinosinusitis. *American Family Physician*, August, 2001.
- Garbutt JM, Goldstein M, Gellman E, Shannon W, Littenberg B. A randomized, placebo-controlled trial of Antimicrobial treatment for children with clinically Diagnosed Acute Sinusitis. *Pediatrics*, 2001, 107(4).
- Rotter N. Evidence and evidence gaps in therapies of nasal obstruction and rhinosinusitis. *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*, 2016, 15: Doc06. doi:10.3205/cto000113.
- Jaume F, Quintó L, Alóbid I, Mullol J. Overuse of diagnostic tools and medications in acute rhinosinusitis in Spain: a population-based study (the PROSINUS study). *BMJ Open*, 2018, 8(1): e018788. doi:10.1136/bmjopen-2017-018788.
- Свистушкин В.М. Карманные рекомендации «Ведение пациентов с острыми воспалительными заболеваниями верхних отделов дыхательных путей». Приложение к журналу Медицинский совет. 2017, 16, репринтное издание. / Svistushkin VM. Pocket recommendations «Management of patients with acute inflammatory diseases of the upper respiratory tract». Supplement to the Journal Medical Council. 2017, 16, reprinted edition.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1395н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хроническом синусите». / Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1395n «On the approval of the primary health care standard for chronic sinusitis» of December 24, 2012.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1201н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при остром синусите». / Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1201n «On the approval of the primary health care standard for acute sinusitis» of December 20, 2012.
- <http://www.grls.rosminzdrav.ru>, данные от 23.05.2018. / <http://www.grls.rosminzdrav.ru>, data of May 23, 2018.
- Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д. и др. Современные возможности терапии риносинусита в детском возрасте. *Медицинский совет. Педиатрия*, 2018, 2. / Garashchenko TI, Tarasova GD. Modern possibilities of rhinosinusitis therapy at an early age. *Meditsinskiy Sovet. Pediatriya*, 2018, 2.
- Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей. *Педиатрия*, 2015, 5. Radzig EYu, Zlobina NV. Topical antibiotics in the treatment of acute adenoiditis in children. *Pediatriya*, 2015, 5.
- Кунельская Н.Л., Туровский А.Б. с соавт. Роль топических антибиотиков в лечении заболеваний, сопровождающихся ринофарингеальной симптоматикой. *Лечебное дело*, 2018, 1. Kunelskaya NL, Turovsky AB, et al. The role of topical antibiotics in the treatment of diseases accompanied by rhinopharyngeal symptoms. *Lechebnoye Delo*, 2018, 1.
- Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д. и др. Современные возможности терапии риносинусита в детском возрасте. *Медицинский совет. Педиатрия*, 2018, 2. / Garashchenko TI, Tarasova GD. Modern possibilities of rhinosinusitis therapy at an early age. *Meditsinskiy Sovet. Pediatriya*, 2018, 2.
- Баласинская Г.Л., Богомилский М.Р. Применение топических антибактериальных препаратов в терапии воспалительных заболеваний полости носа, носоглотки и околоносовых пазух у детей. *www.medi.ru. / Balyasinskaya GL, Bogomilsky MR. The use of topical antibacterial drugs in the therapy of inflammatory diseases of the nasal cavity, nasopharynx and paranasal sinuses in children. www.medi.ru.*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Бойкова Натэлла Эрнестовна – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела науки ФГБУ НКЦ оториноларингологии ФМБА России