

Алгоритм ведения детей с острыми ринологическими симптомами

Е.П. Карпова, ORCID: 0000-0002-8292-9635, edoctor@mail.ru

Д.А. Тулупов[✉], ORCID: 0000-0001-6096-2082, tulupov-rmapo@yandex.ru

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1

Резюме

Острые респираторные заболевания являются одной из самых частых причин обращения к врачу в педиатрической практике. Многие эпизоды данной патологии имеют вирусную этиологию, сопровождаются катаральными явлениями со стороны верхнего отдела респираторного тракта и протекают с симптомами острого ринита (острого назофарингита). Подавляющее большинство случаев острого ринита имеет продолжительность не более 10 дней и заканчивается выздоровлением пациента. Наиболее частые осложнения острого ринита у детей – это острый риносинусит и острый средний отит. Данные заболевания часто протекают в легкой форме и редко имеют осложнения. Однако большое число пациентов с острыми респираторными заболеваниями повышает вероятность ситуации, при которой врач рано или поздно столкнется с «проблемным» пациентом. В статье предложены алгоритмы действия для практикующих врачей по ведению пациентов с острыми ринологическими симптомами продолжительностью до 10 дней и от 10 дней до 3 мес. Алгоритмы построены на нескольких правилах. Правило 1: каждого пациента необходимо проанализировать на наличие тревожных симптомов, при обнаружении которых он должен быть экстренно госпитализирован. Правило 2: все пациенты должны динамически наблюдаться врачом до полного выздоровления, пациент не должен получать лечение без контроля врача. Правило 3: основу лечения составляют препараты для симптоматической терапии, которые выбираются в зависимости от доминирующего симптома, оказывающего наибольшее влияние на самочувствие пациента. Для устранения отека слизистой оболочки полости носа рационально применение назальных деконгестантов (оригинального оксиметазолина) для детей всех возрастов; курс и дозировки определяются в соответствии с возрастом ребенка. Антибактериальные препараты должны назначаться строго по показаниям при наличии убедительных данных о бактериальной этиологии заболевания.

Ключевые слова: дети, острый ринит, острый назофарингит, острый риносинусит, алгоритм ведения, оксиметазолин

Для цитирования: Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Алгоритм ведения детей с острыми ринологическими симптомами. *Медицинский совет*. 2021;(11):43–51. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-43-51>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Care pathways of children with acute rhinological symptoms

Elena P. Karpova, ORCID: 0000-0002-8292-9635, edoctor@mail.ru

Denis A. Tulupov[✉], ORCID: 0000-0001-6096-2082, tulupov-rmapo@yandex.ru

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia

Abstract

Acute respiratory diseases are one of the most common reasons for visiting a doctor in pediatric practice. Most episodes of this pathology have a viral etiology, signs of inflammation from the upper respiratory tract and proceed with symptoms of acute rhinitis (acute nasopharyngitis). The most of episodes of acute rhinitis last no more than 10 days and end with the patient's recovery. The most common complications of acute rhinitis in children are acute rhinosinusitis and acute otitis media. These diseases are often mild and rarely have complications. However, a large number of patients with acute respiratory diseases increases the likelihood of a situation in which the doctor will encounter a "problem" patient. The article proposes care pathways for practitioners to manage patients with acute rhinological symptoms lasting up to 10 days and from 10 days to 3 months. The care pathways are based on several key points. No1: each patient must be analyzed for the presence of "alarming" symptoms, upon detection of which the patient should be urgently hospitalized. No2: all patients should be dynamically observed by a doctor until complete recovery, the patient should not receive treatment without the supervision of a doctor. No3: the basis of treatment is drugs for symptomatic therapy, which are selected depending on the dominant symptom that has the greatest impact on the patient's well-being. To eliminate nasal mucosal edema, it is rational to use nasal decongestants (original oxymetazoline) for children of all ages; the course and dosages are determined according to the age of the child. Antibacterial drugs should be prescribed strictly according to indications in the presence of convincing data for the bacterial etiology of the disease.

Key words: children, acute rhinitis, acute nasopharyngitis, acute rhinosinusitis, care pathways, oxymetazoline

For citation: Karpova E.P., Tulupov D.A. Care pathways of children with acute rhinological symptoms. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2021;(11):43–51. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-43-51>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Жалобы на насморк отмечают подавляющее большинство пациентов с патологией верхнего отдела дыхательных путей. При этом сам термин «насморк» не является нозологической формой или заболеванием, а представляет собой симптомокомплекс из таких назальных симптомов, как заложенность носа (назальная обструкция), выделения из носа (ринорея), чихание/зуд в полости носа и нарушение обоняния (дизосмия). Каждый из перечисленных назальных симптомов не является патогномичным для какого-то одного заболевания, а отмечается при множестве состояний [1, 2]. Условно все причины насморка у детей можно разделить на 3 группы состояний: острые заболевания (назальные симптомы возникли не более 3 мес. назад на фоне полного здоровья), хронические заболевания (при сохранении назальных симптомов без полного их разрешения в течение 3 мес. и более) и транзиторные возрастные особенности у детей, при которых могут временно отмечаться отдельные назальные симптомы (табл.). При возрастных транзиторных состояниях периодически возникающие назальные симптомы (чаще всего слабо выраженная назальная обструкция, характеризующаяся родителями ребенка как сопение носом) обычно кратковременны, имеют незначительную выраженность, не влияя на самочувствие ребенка, и не требуют какого-либо лечения [3]. Хроническая ринологическая патология представлена группой заболеваний (обычно приобретенных, значительно реже врожденных), которые имеют стойкие или регулярно повторяющиеся назальные симптомы, полностью не разрешающиеся в течение времени и усиливающиеся в период обострения заболевания. В подавляющем большинстве случаев (за исключением патологии глоточной миндалины и некоторых форм хронического ринита) хронические заболевания полости носа не склонны к саморазрешению и не могут быть излечены полностью, что важно учитывать в контексте прогноза течения заболевания. В период манифестации приобретенная хроническая ринологическая патология может иметь проявления, схожие с острыми воспалительными

заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, что может обуславливать определенные трудности дифференциальной диагностики. Особенности врожденных заболеваний полости носа является наличие клинических проявлений (обычно затруднения носового дыхания) с первых дней жизни ребенка. Однако в повседневной практике врачи-педиатры и детские оториноларингологи чаще всего сталкиваются с острыми заболеваниями полости носа и околоносовых пазух [1–3].

ОСТРАЯ НАЗАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) являются одной из самых частых причин обращения к врачу в педиатрической практике. Большинство эпизодов ОРЗ сопровождается катаральными явлениями со стороны верхнего отдела респираторного тракта и протекает в форме острого ринита / острого назофарингита, реже острого тонзиллофарингита и ларинготрахеита. В этиологической структуре ОРЗ основная роль принадлежит респираторным вирусам, значительно реже – бактериальной инфекции. Это определяет основные особенности течения ОРЗ у детей: подъем заболеваемости в холодное время года, частая повторяемость эпизодов заболевания, склонность к спонтанному саморазрешению и относительно низкая вероятность развития серьезных осложнений [2, 4]. К наиболее частым осложнениям острого назофарингита в педиатрической практике относят острый риносинусит и острый средний отит. Данные заболевания традиционно расценивают как осложнения простуды у ребенка, но в основе их этиологии также существенную роль играют респираторные вирусы, а по характеру течения это самоограничивающиеся процессы, имеющие высокую склонность к спонтанному саморазрешению. Однако развитие осложнений, ассоциированных с бактериальной инфекцией, как при остром риносинусите, так и при остром среднем отите могут представлять реальную угрозу жизни и здоровью ребенка. Согласно последним данным, развиваются они относительно редко [1, 5, 6].

● **Таблица.** Причины насморка у ребенка

● **Table.** Causes of a cold in a child

Острые заболевания / патологические состояния		Хронические заболевания		Транзиторные возрастные изменения
Частые	Редкие	Частые	Редкие	
Острый назофарингит как симптом ОРВИ	Реактивные явления слизистой полости носа как следствие механического (травмы), физического (термического ожога) или химического воздействия	Гипертрофия аденоидов / хронический аденоидит	Врожденные аномалии полости носа (в первую очередь различные формы атрезии хоан)	Как следствие регулярных срыгиваний у детей первых 6 мес. жизни
Острый поствирусный и бактериальный риносинусит	Инородное тело в полости носа	Аллергический ринит	Ятрогенные изменения (в первую очередь синехии полости носа)	На фоне прорезывания зубов
		Хронический риносинусит (в т. ч. полипозный риносинусит)	Новообразования полости носа	Реактивные изменения глоточной миндалины (аденоидит) на фоне ОРЗ у детей в возрасте младше 10 лет
		Хронические неинфекционные неаллергические риниты		

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОРВИ

Перечисленные особенности наиболее распространенных форм ОРЗ определяют тактику ведения пациентов с данной патологией. Такой подход лучше всего характеризуется тезисом, сформулированным ведущими экспертами педиатрического сообщества в национальных клинических рекомендациях по вопросам острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у детей: «ОРВИ – наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить, какова предполагаемая длительность имеющихся симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств» [4]. Данный тезис во многом соответствует и особенностям ведения детей с острым риносинуситом и острым средним отитом, когда в большинстве случаев лечение сводится к симптоматической терапии и динамическому наблюдению за пациентом [1, 2, 5, 6].

Однако при всей простоте ведения пациентов с ОРЗ в повседневной деятельности практикующему врачу необходимо очень быстро решать вопросы с выбором лечебной тактики для конкретного больного. Работа в цейтноте и большой поток детей с клиническими симптомами респираторной патологии повышают риск пропустить пациента с осложненным или потенциально неблагоприятным течением заболевания. Существующие национальные клинические рекомендации содержат исчерпывающую информацию по перечню диагностических процедур и групп лекарственных препаратов, которые целесообразно использовать в лечении пациента с конкретной патологией, но предоставляют крайне мало наглядной информации, определяющей алгоритм действия врача в стандартной ситуации. Предложенный в приложении Б алгоритм ведения пациента отражает лишь общие вопросы маршрутизации пациента. С учетом многочисленных просьб практикующих врачей нами была предпринята попытка оптимизации схемы алгоритма ведения пациентов с острым ринитом / назофарингитом (пациенты с остро возникшими ринологическими симптомами продолжительностью не более 10 дней) и острым риносинуситом (при сохранении ринологических симптомов в течение 10 дней и более) на амбулаторном этапе. Персистенция назальных симптомов у пациента без полного их разрешения в течение 12 и более нед. является признаком хронической ринологической патологии, что определяет несколько иной по сравнению с острыми состояниями алгоритм диагностического поиска и обуславливает другие прогнозы по перспективам лечения заболевания [1]. Предложенные нами алгоритмы ведения пациентов с остро возникшими назальными симптомами, сохраняющимися не более 12 нед., были построены на основе тезисов-рекомендаций, принятых в российских согласительных документах (рис. 1).

ТРЕВОЖНЫЕ СИМПТОМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОРЗ

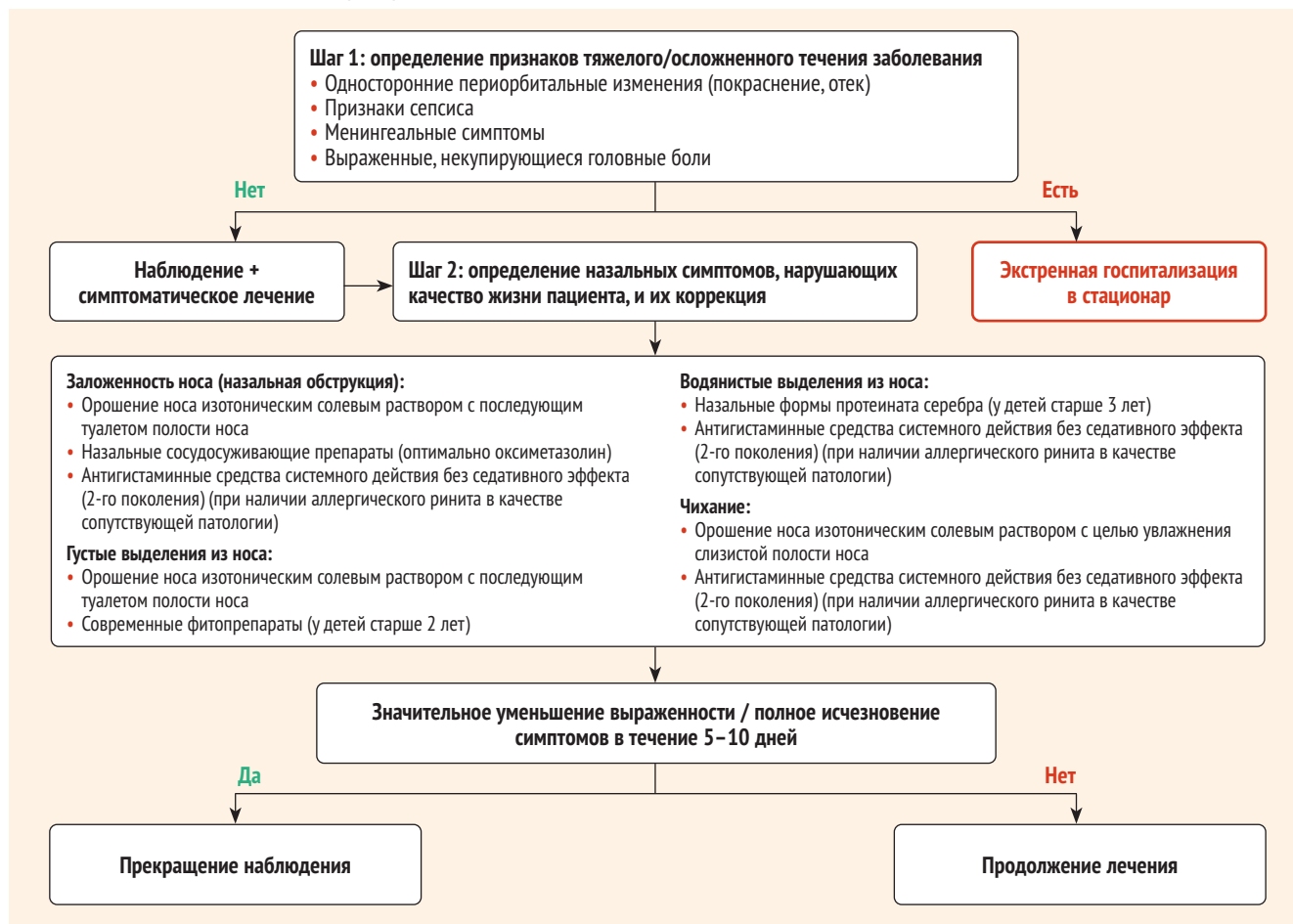
При работе с пациентом с остро возникшими катаральными явлениями со стороны верхнего отдела респираторного тракта, обычно протекающими по типу острого ринита / острого назофарингита, необходимо помнить, что в единичных случаях, особенно у детей раннего возраста, развитие грозных орбитальных и внутричерепных риногенных осложнений возможно уже в первые дни заболевания. Чтобы не пропустить подобных пациентов в большом потоке детей с ОРЗ, практикующим врачам в первую очередь необходимо проанализировать наличие у пациента тревожных симптомов, которые были четко определены в некоторых международных согласительных документах [1]. К данным симптомам относятся:

- любые менингеальные симптомы;
- любые признаки сепсиса;
- сильные головные боли, не купирующиеся предназначенными для анальгезии медикаментозными средствами;
- односторонние периорбитальные изменения (покраснение, отек).

Необходимо отметить, что если внутричерепные осложнения и септические состояния у пациента сопровождаются значительным ухудшением как общего состояния, так самочувствия (это всегда отмечают врачи при осмотре), то орбитальные формы осложнений на ранних этапах развития могут не оказывать существенного влияния на самочувствие пациента и не привлекать должного внимания врача. Поэтому даже умеренно выраженные односторонние изменения в периорбитальной области (отек ± гиперемия) у пациента с ринологическими симптомами при исключении по данным анамнеза травматического характера подобных изменений должны насторожить врача. Таким пациентам независимо от самочувствия необходимо в экстренном порядке рекомендовать консультацию оториноларинголога в условиях стационара для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения.

При отсутствии признаков осложненного течения пациент должен находиться под наблюдением врача до момента полного выздоровления, а при наличии выраженных симптомов, влияющих на самочувствие ребенка, необходимо рассмотреть вопрос о назначении средств симптоматической терапии. Любому пациенту с клиникой острого ринита / назофарингита можно рекомендовать использование изотонических солевых растворов для увлажнения слизистой полости носа и оптимизации туалета полости носа. Использование подобных препаратов в той или иной степени может уменьшить выраженность всех основных ринологических симптомов при минимальном риске развития нежелательных явлений (за исключением ситуаций с промыванием полости носа большими объемами растворов). С целью определения показаний к остальным средствам симптоматической терапии необходимо уточнить у пациента или его представителей, какой симптом в наибольшей степени его беспокоит. По существующим данным при рините наибольший дискомфорт и снижение самочув-

- **Рисунок 1.** Алгоритм ведения пациента с остро возникшими ринологическими симптомами продолжительностью не более 10 дней на амбулаторном этапе врачом-педиатром или врачом-оториноларингологом
- **Figure 1.** Algorithm of outpatient management of a patient with acute rhinological symptoms for up to 10 days by a pediatrician or otorhinolaryngologist



ствия определяет симптом заложенности носа (назальной обструкции) [1, 3, 7]. При отсутствии данных о проблемах с носовым дыханием у пациента к моменту начала заболевания назальная обструкция при ОРЗ обычно обусловлена двумя компонентами: отеком слизистой оболочки полости носа и скоплением вязкого секрета в просвете общего носового хода. Облегчение эвакуации секрета из полости носа обычно достигается путем орошения изотоническим солевым раствором с последующим туалетом полости носа. Для устранения отека слизистой полости носа традиционно используют назальные сосудосуживающие препараты (деконгестанты или вазоконстрикторы) [8].

ДЕКОНГЕСТАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОРЗ

В основе фармакологического механизма действия деконгестантов лежит повышение тонуса кровеносных сосудов полости носа, имеющих богатую симпатическую иннервацию. Кровенаполнение сосудов полости носа и, следовательно, объем проходящей через нее воздушной струи зависят от активности симпатической нервной системы. В физиологических условиях симпатическая

импульсация поддерживает определенный уровень констрикции посткапиллярных венул, при этом объем сосудистой сети слизистой оболочки носа составляет около 50% от максимально возможного. Активность симпатической нервной системы возрастает при физических нагрузках, приводя в итоге к сокращению кавернозной ткани носовых раковин и увеличению объема потока воздуха, проходящего через нос. Аналогичным образом действуют сосудосуживающие препараты. Так, нанесение деконгестанта на слизистую полости носа приводит к стимуляции постсинаптических α -адренорецепторов, следствием чего является высвобождение эндогенного норадреналина, что уменьшает кровенаполнение слизистой оболочки полости носа. От типа стимулируемых α -адренорецепторов зависит конечный эффект. Единственный лекарственный препарат, обладающий селективным агонизмом к α_1 -адренорецепторам, – это фенилэфрин. Он обладает слабым вазоконстрикторным эффектом предположительно за счет преимущественного воздействия на запирательные дроссельные сосуды и не вызывает значительного уменьшения кровотока в слизистой оболочке носа [8–10]. Поэтому лечебный эффект фенилэфрина менее выражен и менее продолжи-

телен, чем у α 2-адреномиметиков. Согласно некоторым данным, оксиметазолин обладает определенной активностью к α 1-адренорецепторам, хотя аффинность оксиметазолина к α 1-адренорецепторам приблизительно в 4 раза меньше, чем у фенилэфрина [11, 12].

Деконгестанты также различаются по выраженности и продолжительности своего непосредственно сосудосуживающего действия и побочных эффектов. Наибольшая продолжительность действия отмечается у оксиметазолина (Називин®): начиная действовать с 25-й с после попадания на слизистую оболочку полости носа, препарат сохраняет свое действие до 12 ч [12]. Помимо описанных ранее эффектов, по данным лабораторных исследований было также установлено, что Називин® обладает противовирусным действием в отношении некоторых РНК-вирусов (риновирусов и некоторых штаммов вируса гриппа) [13]. В основе данного эффекта лежит ингибирование экспрессии молекул iCAM-1, обеспечивающих адгезию вирусных частиц к клеткам респираторного эпителия. Результаты последующих лабораторных исследований показали, что оксиметазолин обладает также антиоксидантными и противовоспалительными свойствами [14]. Экспериментальные исследования с внутриартериальным введением отдельных вазоконстрикторов показали, что по воздействию на кровоток в слизистой оболочке носа наиболее сильным вазоконстрикторным эффектом обладают оксиметазолин и ксилометазолин, почти в 2 раза превосходящие по силе действия фенилэфрин и адреналин. По влиянию на функцию носового дыхания давно установлено, что имидазолины, в частности, оксиметазолин (Називин®), увеличивают объем воздушного потока, проходящего через полость носа в единицу времени, почти в 2 раза больше, чем при использовании фенилэфрина [8, 10, 15].

Для уменьшения риска развития нежелательных явлений, связанных с действием назальных деконгестантов, необходимо строго соблюдать схему применения препарата, указанную в его инструкции, не превышать разовую дозу и кратность применения. Также стоит избегать использования лекарственных средств на основе нафазолина по причине их наибольшей токсичности для ребенка [16].

Большую проблему в педиатрической практике представляет купирование симптома выделений из носа (передней ринореи). В общемировой практике с этой целью пациентами с ОРЗ традиционно используются назальные формы ипратропия бромид, который уменьшает назальную секрецию за счет ингибирования холинергических рецепторов, расположенных в слизистой оболочке полости носа [1, 2]. На начало 2021 г. в России не было зарегистрировано ни одного назального препарата на основе ипратропия бромид, а представленные на отечественном фармакологическом рынке комбинированные препараты ксилометазолина и ипратропия бромид не разрешены к применению в педиатрической практике.

В определенной степени уменьшить ринорею в первые дни простудного заболевания, когда у ребенка отме-

чаются обильные слизистые выделения из носа, могут назальные препараты протеината серебра (протаргола). Однако применение протаргола, согласно инструкции, возможно лишь у детей старше 3 лет.

При увеличении вязкости назального секрета на этапе разрешения острого назофарингита с целью облегчения туалета полости носа помимо проведения ирригационно-элиминационной терапии изотоническими солевыми растворами у детей старше 2 лет возможно рассмотреть вопрос о применении современных фитопрепаратов, обладающих мощным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действиями [1, 5].

Симптом зуда в носу / чихания при ОРЗ обычно отмечается крайне непродолжительно в период разгара заболевания и не требует симптоматического лечения. Но у пациентов, имеющих в качестве сопутствующей патологии аллергический ринит или иные аллергические заболевания при неисключенном аллергическом рините, зуд в полости носа и чихание могут отмечаться более продолжительное время или иметь склонность к повторяемости эпизодов, значительно ухудшая самочувствие ребенка. Если пациент не наблюдается у врача-аллерголога-иммунолога и не получает терапию от аллергического ринита, в качестве стартовой терапии целесообразно назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта, которые позволяют быстро и эффективно купировать/уменьшить все симптомы аллергического ринита, включая зуд в полости носа и чихание [2].

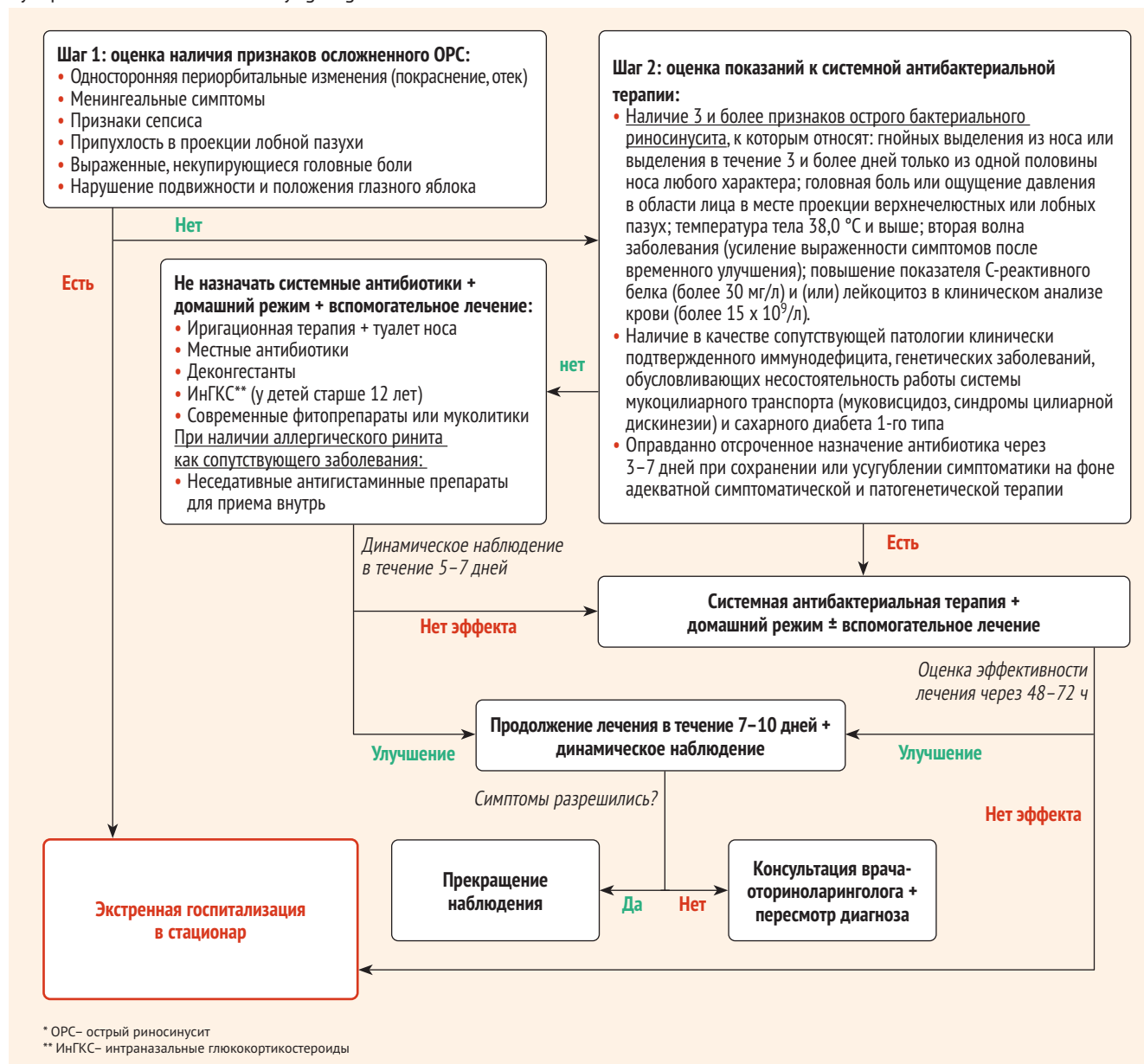
При благоприятном течении заболевания выраженность симптомов ОРЗ должна прогрессивно уменьшаться в течение 7–10 дней, в идеале достигая полного разрешения. При сохранении симптомов заболевания более 10 дней и слабой выраженности или полном отсутствии положительной динамики целесообразно рассмотреть заболевание с позиции острого риносинусита по предлагаемому алгоритму ведения пациента (рис. 2).

Как и в случае с пациентами, у которых назальные симптомы отмечаются не более 10 дней, при первичном осмотре ребенка с жалобами на насморк в течение 10 дней и более в первую очередь необходимо провести анализ наличия тревожных симптомов, указывающих на осложненное течение заболевания. К данным симптомам можно отнести односторонние периорбитальные изменения (покраснение, отек), нарушение подвижности и положения глазного яблока, припухлость в проекции лобной пазухи (при исключении травмы данной области в анамнезе), выраженные головные боли (не купирующиеся средствами для медикаментозной анальгезии), менингеальные симптомы и признаки сепсиса [1].

Системные антибактериальные препараты рекомендовано назначать пациентам с острым риносинуситом лишь при наличии убедительных данных о вовлечении в процесс условно-патогенной бактериальной микрофлоры. Согласно российским национальным клиническим рекомендациям показанием к назначению антибиотиков при остром риносинусите являются среднетяжелая и тяжелая формы заболевания [5].

● **Рисунок 2.** Алгоритм ведения пациента с острыми ринологическими симптомами продолжительностью от 10 дней до 12 недель для врачей амбулаторного звена

● **Figure 2.** Algorithm of outpatient management of a patient with acute rhinological symptoms lasting from 10 days to 12 weeks by a pediatrician or otorhinolaryngologist



Критериями среднетяжелого течения острого риносинусита являются:

- температура не выше 38,0 °C;
- выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность);
- ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении или наклоне головы;
- наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит);
- отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Течение острого риносинусита расценивается как тяжелое при наличии следующих клинических признаков:

- температура выше 38,0 °C;

- выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность);
- периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи;
- наличие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Антибактериальную терапию независимо от степени тяжести проводят больным с тяжелой сопутствующей соматической патологией (иммунодефициты, генетические заболевания, сопровождающиеся стойким нарушением работы мукоцилиарной системы, сахарный диабет), повышающей риск неблагоприятного течения острого риносинусита.

Также авторы клинических рекомендаций предлагают назначать антибиотики для лечения острого риносинусита при легкой форме заболевания, если по данным анамнеза выявлены рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей или клиническая симптоматика острого синусита сохраняется 5 дней и более [5]. Насколько данный пункт рекомендаций можно экстраполировать на педиатрическую практику, а именно на лечение детей дошкольного возраста, является вопросом спорным, так как у данной группы детей при острых респираторных заболеваниях ринологические симптомы часто являются следствием аденоидита, что в подавляющем большинстве случаев не требует проведения системной антибактериальной терапии. Дети дошкольного возраста по ряду объективных причин имеют более высокую заболеваемость острыми респираторными заболеваниями по сравнению с другими возрастными группами, поэтому вместо рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей по данным анамнеза целесообразно оценивать диагностированные эпизоды острого бактериального синусита и принимать решение в пользу проведения системной антибактериальной терапии при наличии по данным медицинской документации 4 и более эпизодов острого риносинусита за последний год [5].

Еще в 2012 г. авторами Европейского позиционного документа по вопросам риносинуситов и полипоза (EPOS) были разработаны критерии для постановки диагноза «острый бактериальный риносинусит», к которым относят наличие у пациента 3 и более из перечисленных ниже симптомов:

- наличие гнойного отделяемого из полости носа;
- лихорадочная реакция $\geq 38,0$ °C;
- фасциальные боли;
- наличие второй волны в клиническом течении заболевания;
- изменение в клиническом анализе крови (ускорение скорости оседания эритроцитов СОЭ и повышение показателя С-реактивного белка) [1].

Данные критерии достаточно удобны для врачей общей практики, так как не привязаны к каким-либо методам инструментальной диагностики, а основаны на анализе жалоб пациента и результатов традиционных лабораторных исследований.

При отсутствии показаний к системной антибактериальной терапии с целью уменьшения выраженности симптомов и (или) сокращения продолжительности заболевания целесообразно рассмотреть вопрос о назначении средств вспомогательного лечения: современных фитопрепаратов, назальных деконгестантов, интраназальных глюкокортикостероидов (у детей 12 лет и старше), муколитиков, топических антибиотиков и комбинированных топических препаратов (антибиотика + муколитика, антибиотика + глюкокортикостероида + деконгестанта и др.). Некоторые средства вспомогательного лечения могут назначаться в качестве монотерапии при легком течении заболевания и отсутствии показаний к системной антибактериальной терапии (современные фитопрепараты, интраназальные глюкокортикостероиды, топические комбинированные антибиотикосодер-

жащие препараты). Назальные сосудосуживающие препараты и муколитики целесообразно использовать в комплексной терапии острого риносинусита в комбинации с системными антибиотиками и (или) интраназальными глюкокортикостероидами у детей старше 12 лет или современными фитопрепаратами (только в комбинации с назальными деконгестантами) [5]. Целесообразность комбинации муколитиков и современных фитопрепаратов вызывает вопросы по причине взаимоусиления муколитического и секретомоторного действий, что может привести к усилению передней и задней ринореи (постназального затека) и ухудшению самочувствия пациента.

Орошение полости носа изотоническими солевыми растворами с последующим туалетом полости носа показано всем пациентам с острым риносинуситом независимо от характера проводимого лечения [1, 5].

При остром бактериальном риносинусите актуально использование комбинации системной антибактериальной терапии с одним-двумя препаратами вспомогательного лечения с целью ускорения разрешения симптомов заболевания [5].

Контрольный осмотр при остром бактериальном риносинусите необходимо проводить через 2–3 дня от первичного осмотра с целью оценки эффекта системной антибактериальной терапии. При отсутствии выраженной положительной динамики в состоянии пациента целесообразно рассмотреть вопрос о смене антибактериального препарата и о необходимости стационарного лечения пациента [3].

Оценку эффективности лечения пациентов с острым риносинуситом, которым не была назначена системная антибактериальная терапия, целесообразно проводить на 5–7-е сутки от первичного осмотра, и при отсутствии выраженной положительной динамики нужно пересмотреть вопрос о необходимости системной антибактериальной терапии. При адекватном ответе на назначенное лечение полное разрешение симптомов острого риносинусита должно происходить на 7–10-й день от начала лечения.

Всем пациентам, имеющим в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит или иные аллергические заболевания при неисключенном аллергическом рините, необходимо назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта. Пациентам с острым риносинуситом и аллергическим ринитом в возрасте от 2 лет при наличии заложенности носа в качестве доминирующего симптома предпочтение следует отдавать современным препаратам интраназальных глюкокортикостероидов: мометазона фуорату и флутиказона фуорату. Как альтернатива антигистаминным препаратам могут рассматриваться антагонисты лейкотриеновых рецепторов, особенно у пациентов, имеющих в качестве сопутствующей патологии бронхиальную астму [1, 2, 17].

ВЫВОДЫ

Предложенные авторами данной статьи алгоритмы ведения пациентов с острым ринитом (назофарингитом) и острым риносинуситом не претендуют на статус истины в последней инстанции, и мы рассчитываем, что предложенный материал

станет основой для дальнейшей рабочей дискуссии в экспертном сообществе с целью оптимизации работы практикующих врачей с данной категорией пациентов. При этом не вызывает сомнений следующий ряд тезисов.

Все пациенты должны быть оценены врачом на предмет наличия у них тревожных симптомов, при выявлении которых пациента необходимо госпитализировать в экстренном порядке.

Все пациенты должны динамически наблюдаться врачом до момента полного выздоровления, необходимо исключить ситуации бесконтрольного лечения пациента после единичной консультации врача. При затруднении организации контрольного осмотра на территории лечебно-профилактического учреждения возможной альтернативой для контроля за состоянием пациентов с легким течением заболевания в обозримом будущем могут стать современные телемедицинские технологии.

Для устранения назальной обструкции рекомендовано использовать безопасные, высокоэффективные декон-

гестанты, обладающие длительным сосудосуживающим, противовоспалительным и противовирусным действием, которые рекомендовано подбирать в соответствии с возрастом ребенка, строго соблюдая курс и дозировку. Всем этим требованиям соответствует оригинальный оксимета-золин (Називин®).

Назначение системной антибактериальной терапии пациентам с острым риносинуситом должно проводиться строго по показаниям, прописанным в национальных клинических рекомендациях. В сомнительных случаях целесообразно в качестве стартовой терапии назначить пациенту средства вспомогательного лечения, не назначая системный антибиотик, в течение 3–5 дней повторно оценить состояние пациента и при отсутствии положительной динамики пересмотреть вопрос о необходимости системной антибактериальной терапии.



Поступила / Received 10.05.2021

Поступила после рецензирования / Revised 25.05.2021

Принята в печать / Accepted 26.05.2021

Список литературы

1. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(Suppl. 29):1–464. <https://doi.org/10.4193/Rhin20.600>.
2. Dykewicz M.S., Wallace D.V., Amrol D.J., Baroody F.M., Bernstein J.A., Craig T.J. et al. Rhinitis 2020: A Practice Parameter Update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(4):721–767. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.07.007>.
3. Smith M.M., Ishman S.L. Pediatric Nasal Obstruction. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(5):971–985. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.05.005>.
4. Баранов А.А., Лобзин Ю.В., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К., Усков А.Н., Куличенко Т.В. и др. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ): клинические рекомендации (проект). М.; 2020. 25 с. Режим доступа: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/OPVI%20дети%20СПРv1_2019%20-%20финал.pdf.
5. Рязанцев С.В., Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В., Свиштушкин В.М., Сапова К.И. и др. Острый синусит: клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2016. 30 с. Режим доступа: <http://www.nmaoru.org/files/KR313%20Ostryj%20sinusit.pdf>.
6. Карнеева О.В., Поляков Д.П., Гуров А.В., Рязанцев С.В., Максимова Е.А., Казанова А.В. Оtitis media acuta: клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2016. 24 с. Режим доступа: <http://www.nmaoru.org/files/KR314%20Ostryj%20srednij%20otit.pdf>.
7. Villwock J.A., Kupperman R.B. Diagnostic Algorithm for Evaluating Nasal Airway Obstruction. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(5):867–872. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.05.002>.
8. Тулупов Д.А., Федотов Ф.А., Карпова Е.П., Грабовская В.А. Современные аспекты применения назальных сосудосуживающих и вспомогательных препаратов в педиатрической практике. *Медицинский совет*. 2018;(2):114–117. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-2-114-117>.
9. Andersson K.E., Bende M. Adrenoreceptors in the Control of Human Nasal Mucosal Blood Flow. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1984;93(2 Pt 1):179–182. <https://doi.org/10.1177/000348948409300216>.
10. Варьянская А. В., Лопатин А. С. Топические назальные деконгестанты: сравнительная характеристика и обзор побочных эффектов. *Российская ринология*. 2015;23(4):50–56. <https://doi.org/10.17116/rosrino201523450-56>.
11. Johannsen V., Maune S., Werner J.A., Rudert H., Ziegler A. Alpha 1-Receptors at Pre-Capillary Resistance Vessels of the Human Nasal Mucosa. *Rhinology*. 1997;35(4):161–165. Available at: https://www.rhinologyjournal.com/Rhinology_issues/223.pdf.
12. Haenisch B., Walstab J., Herberhold S., Bootz F., Tschaikin M., Ramseger R., Bönnisch H. Alpha-Adrenoceptor Agonistic Activity of Oxymetazoline and Xylometazoline. *Fundam Clin Pharmacol*. 2010;24(6):729–739. <https://doi.org/10.1111/j.1472-8206.2009.00805.x>.
13. Koelsch S., Tschaikin M., Sacher F. Anti-rhinovirus-specific activity of the alpha-sympathomimetic oxymetazoline. *Arzneimittelforschung*. 2007;57(7):475–482. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1296635>.
14. Beck-Speier I., Oswald B., Maier K.L., Karg E., Ramseger R. Oxymetazoline inhibits and resolves inflammatory reactions in human neutrophils. *J Pharmacol Sci*. 2009;110(3):276–284. <https://doi.org/10.1254/jphs.09012fp>.
15. Druce H.M., Ramsey D.L., Karnati S., Carr A.N. Topical Nasal Decongestant Oxymetazoline (0.05%) Provides Relief of Nasal Symptoms for 12 Hours. *Rhinology*. 2018;56(4):343–350. <https://doi.org/10.4193/Rhin17.150>.
16. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Воробьева М.П., Федотов Ф.А., Долгинов Д.М., Быков М.В., Грабовская В.А. О безопасности применения назальных деконгестантов в педиатрической практике. *Вестник оториноларингологии*. 2018;83(2):46–50. <https://doi.org/10.17116/otorino201883246-50>.
17. Астафьева Н.Г., Баранов А.А., Вишнева Е.А., Дайхес Н.А., Жестков А.В., Ильина Н.И. и др. Аллергический ринит: клинические рекомендации. М.; 2020. 84 с. Режим доступа: https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_rhinitis.pdf.

References

1. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(Suppl. 29):1–464. <https://doi.org/10.4193/Rhin20.600>.
2. Dykewicz M.S., Wallace D.V., Amrol D.J., Baroody F.M., Bernstein J.A., Craig T.J. et al. Rhinitis 2020: A Practice Parameter Update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(4):721–767. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.07.007>.
3. Smith M.M., Ishman S.L. Pediatric Nasal Obstruction. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(5):971–985. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.05.005>.
4. Baranov A.A., Lobzin Yu.V., Namazova-Baranova L.S., Tatochenko V.K., Uskov A.N., Kulichenko T.V. et al. Acute Respiratory Viral Infection (ARVI): Clinical Guidelines (Draft). Moscow; 2020. 25 p. (In Russ.) Available at: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/OPVI%20дети%20СПРv1_2019%20-%20финал.pdf.
5. Ryzantsev S.V., Karneeva O.V., Garashchenko T.I., Gurov A.V., Svishtushkin V.M., Sapova K.I. et al. *Acute Sinusitis: Clinical Guidelines*. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation; 2016. 30 p. (In Russ.) Available at: <http://www.nmaoru.org/files/KR313%20Ostryj%20sinusit.pdf>.
6. Karneeva O.V., Polyakov D.P., Gurov A.V., Ryzantsev S.V., Maksimova E.A., Kazanova A.V. Otitis Media Acute: Clinical Guidelines. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation; 2016. 24 p. (In Russ.) Available at: <http://www.nmaoru.org/files/KR314%20Ostryj%20srednij%20otit.pdf>.
7. Villwock J.A., Kupperman R.B. Diagnostic Algorithm for Evaluating Nasal Airway Obstruction. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(5):867–872. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.05.002>.
8. Tulupov D.A., Fedotov F.A., Karpova E.P., Grabovskaya V.A. Current Aspects of Use of Nasal Vasoconstrictors and Adjunctive Agents in Pediatric

- Practice. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2018;(2):114–117. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-2-114-117>.
9. Andersson K.E., Bende M. Adrenoreceptors in the Control of Human Nasal Mucosal Blood Flow. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1984;93(2 Pt 1):179–182. <https://doi.org/10.1177/000348948409300216>.
 10. Varvyanskaya A.V., Lopatin A.S. Topical Nasal Decongestants: Comparative Characteristics and a Review of Side Effects. *Rossiyskaya rinologiya = Russian Rhinology*. 2015;23(4):50–56. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosrino201523450-56>.
 11. Johannssen V., Maune S., Werner J.A., Rudert H., Ziegler A. Alpha 1-Receptors at Pre-Capillary Resistance Vessels of the Human Nasal Mucosa. *Rhinology*. 1997;35(4):161–165. Available at: https://www.rhinologyjournal.com/Rhinology_issues/223.pdf.
 12. Haenisch B., Walstab J., Herberhold S., Bootz F., Tschaikin M., Ramseger R., Bönnisch H. Alpha-Adrenoceptor Agonistic Activity of Oxymetazoline and Xylometazoline. *Fundam Clin Pharmacol*. 2010;24(6):729–739. <https://doi.org/10.1111/j.1472-8206.2009.00805.x>.
 13. Koelsch S., Tschaikin M., Sacher F. Anti-rhinovirus-specific activity of the alpha-sympathomimetic oxymetazoline. *Arzneimittelforschung*. 2007;57(7):475–482. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1296635>.
 14. Beck-Speier I., Oswald B., Maier K.L., Karg E., Ramseger R. Oxymetazoline inhibits and resolves inflammatory reactions in human neutrophils. *J Pharmacol Sci*. 2009;110(3):276–284. <https://doi.org/10.1254/jphs.09012fp>.
 15. Druce H.M., Ramsey D.L., Karnati S., Carr A.N. Topical Nasal Decongestant Oxymetazoline (0.05%) Provides Relief of Nasal Symptoms for 12 Hours. *Rhinology*. 2018;56(4):343–350. <https://doi.org/10.4193/Rhin17.150>.
 16. Karpova E.P., Tulupov D.A., Vorob'eva M.P., Fedotov F.A., Dolginov D.M., Bykov M.V., Grabovskaya V.A. About the safety of application of nasal decongestants in the practice of pediatricians. *Vestnik otorinolaringologii = Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2018;83(2):46–50. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/otorino201883246-50>.
 17. Astafieva N.G., Baranov A.A., Vishneva E.A., Daykhes N.A., Zhestkov A.V., Ilyina N.I. et al. *Allergic Rhinitis: Clinical Guidelines*. Moscow; 2020. 84 p. (In Russ.) Available at: https://raaci.ru/dat/pdf/allergic_rhinitis.pdf.

Информация об авторах:

Карпова Елена Петровна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской оториноларингологии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; eddoctor@mail.ru

Тулупов Денис Андреевич, к.м.н., доцент кафедры детской оториноларингологии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; tulupov-rmapo@yandex.ru

Information about the authors:

Elena P. Karpova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Otorhinolaryngology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; eddoctor@mail.ru

Denis A. Tulupov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Pediatric Otorhinolaryngology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; tulupov-rmapo@yandex.ru