

С.М. Пухлик, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета

Острый риносинусит в вопросах и ответах

Уже второй год врачи первичного, вторичного и третичного уровня обязаны руководствоваться в рутинной практике положениями Унифицированного клинического протокола № 85 «Острый риносинусит у взрослых и детей». С целью более подробного разъяснения основных положений этого документа, отработки конкретных практических рекомендаций для врачей всех уровней проводятся конференции, круглые столы. Кроме того, были внесены соответствующие изменения в учебные программы медицинских вузов и планы последипломного обучения специалистов.

Казалось бы, слушай, учись, выпитывай информацию, основанную на принципах доказательной медицины, и используй ее в повседневной практике. Уверен: так и будет, но, чтобы сформировалось четкое понимание современного взгляда на проблему и пути ее разрешения, потребуются время и усилия.

Процесс стандартизации медицинской помощи в Украине позволяет условно разделить всех заинтересованных и задействованных в нем специалистов на три категории. Первая категория – представители медицинского сообщества, для которых внедрение стандартов – это пропуск в мировое научное сообщество, такой же пропуск, каким было христианство для князя Владимира в интеграции в западноевропейскую цивилизацию. Ко второй категории относятся медицинские и парамедицинские функционеры, выполняющие функцию методологического обеспечения процесса. Третья, наименьшая, категория – это врачи, рассматривающие стандарты медицинской помощи сквозь призму личной ответственности перед пациентом. Стремление упорядочить свою повседневную практику продиктовано их внутренней потребностью жить по правилам.

Мне нравится высказывание итальянского писателя Джузеппе д'Агата, которое привел в своей книге «Дети Гиппократы» член-корреспондент НАМН Украины, заслуженный врач Украины, профессор В.И. Медведь: «Пока все врачи не будут в состоянии одному и тому же больному установить идентичный диагноз и назначить идентичное лечение, говорить о медицине как о науке всерьез невозможно». Эта цитата, по-моему, очень верно и точно формулирует смысл доказательной медицины или стандартизации действий в рамках клинической медицины.

Активно участвуя в этой образовательной работе и как педагог, и как практикующий врач, я время от времени сталкиваюсь с необходимостью отвечать на вопросы коллег и решать чисто клинические задачи. Попробую перечислить наиболее частые из них и приведу несколько примеров из практики.

? Как часто Вы сталкиваетесь с полипрагмазией в назначениях врачей?

Полипрагмазия – это сложное явление. Существует много причин, побуждающих врачей к назначению большого количества препаратов. Наихудшим среди мотивов является личная выгода. Определенную роль играет желание создать себе имидж настоящего профессионала и заботливого врача. Подобное явление можно назвать медицинским популизмом, который проистекает из стремления понравиться пациенту. В уже упоминавшейся книге «Дети Гиппократы» описан один эпизод воспитательного характера. «Опытный» врач дает совет будущему специалисту: «Даже если у человека нет болезни, все равно назначь ему что-нибудь, иначе у тебя будет на одного пациента меньше». Вот такая логика! Хочу подчеркнуть, что комплаенс (приверженность пациента к лечению) при полипрагмазии резко снижается (с каждым последующим назначением лекарственного препарата – на 10%).

Знаменитый канадский терапевт Уильям Ослер считал, что мудрый, высококвалифицированный врач лечит несколько болезней с помощью одного препарата, а малограмотный одну – несколькими лекарствами. В настоящее время считается, что для успешной терапии наиболее распространенных острых воспалительных заболеваний достаточно не более трех лекарственных средств.

В качестве примера приведу рекомендации по лечению острого риносинусита (ОРС). Известны 3 формы ОРС: вирусная, поствирусная и бактериальная. Начало процесса – вирусная инфекция (риновирусы, аденовирусы и пр.), которую пока еще продолжают называть ОРЗ, ОРВИ с насморком. Во многих зарубежных протоколах, да и у нас тоже, пишут, что «простуда не лечится». Банальную простуду, т. е. вирусное заболевание, за 3-5 дней успешно побеждает наша собственная иммунная система.

Сегодня каждая аптека в любом населенном пункте может предложить на выбор множество противовирусных препаратов. Со всей ответственностью заявляю: подобные лекарства

удастся найти только в аптеках нашей страны и некоторых государств постсоветского пространства, потому что в Западной Европе на фармацевтический рынок не допускаются лекарственные средства без результатов проведения клинических испытаний, в ходе которых доказаны их клиническая эффективность и безопасность. Пока еще в мире нет ни одного противовирусного препарата для лечения респираторной вирусной инфекции с доказанной эффективностью! И поэтому правильно пишут – простуду лечить не надо! Да, заранее предвижу замечания: мол, все люди разные, у каждого свой (плохой или хороший) иммунитет и возможные осложнения. Абсолютно согласен с этими аргументами. Именно в этом вопросе и нужны разум и опыт врача. Но для большинства людей (99%) респираторные вирусы не опасны. Да, острый вирусный риносинусит сопровождается дискомфортом, неприятными симптомами: повышением температуры тела, недомоганием, головной болью, ринореей, чиханием, снижением обоняния, позже присоединяется кашель. При этом клиницист обязан объяснять пациентам, что эти проявления вирусного процесса исчезнут спустя 5-7 дней.

? Какие правила нужно соблюдать при назначении при ОРС антибиотиков (АБ)?

Как мы уже не раз отмечали, в лечении любого заболевания главное правило – не навреди! Никаких АБ! Запомните: АБ при вирусном заболевании только ухудшат течение воспалительного процесса! С профилактической целью АБ не назначают!

Более правильно руководствоваться данными касательно динамики клинической картины и тяжести состояния. Согласно новому протоколу при ОРС нужно назначать этиопатогенетическое лечение: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), промывание носа соленой водой или травяными отварами, растительные средства с доказанной эффективностью. Сегодня на нашем рынке присутствует препарат, продемонстрировавший результативность и хорошую переносимость в многочисленных плацебо-контролируемых рандомизированных клинических испытаниях и включенный в международные и отечественные протоколы. Это Синупрет, выпускаемый в сиропе и таблетках (его назначают маленьким пациентам), а также Синупрет экстракт, предназначенный для детей старше 12 лет и взрослых. Препарат оказывает секретолитическое и секретомоторное действие за счет усиленного транспорта ионов хлора. Ключевой момент в лечении – восстановление нормальной реологии секрета и связанной с этим элиминации патологических выделений, наблюдающихся на фоне дисфункции остиомеатального комплекса при ОРС. Кроме того, экспериментально доказано противовоспалительное действие и отмечен противовирусный эффект, что предотвращает дальнейшее размножение вирусов в слизистой оболочке.

? Что делать, если насморк не исчез в течение 5-7 дней?

Если пациент не выздоровел за неделю (как свидетельствуют статистические данные, таких больных >45%) и острый вирусный риносинусит перешел в поствирусный или бактериальный, то к назначенному лечению можно добавить топический глюкокортикоид (ГК) мометазона фуруат. Обращаю внимание, что перед введением аэрозоля ГК в полость носа желательно очистить ее от носовой слизи и промыть (носовой душ).

? Почему именно этот ГК?

Только мометазона фуруат изучался в большом количестве клинических испытаний и рекомендован для лечения острого поствирусного и бактериального РС. Остальные топические ГК применяют в основном в лечении круглогодичного и сезонного аллергического ринита. Другое дело, какой именно препарат мометазона фуруата пациент будет покупать в аптеке, ведь врачам не разрешается указывать какое-либо конкретное торговое название препарата. Я лично с этим не согласен, т. к. считаю, что существуют весомые различия между оригинальными препаратами и генериками, да и генерики бывают разными. Информация о хороших, качественных



С.М. Пухлик

генериках включена в Orange Book, они рекомендуются к использованию в США. Есть рекомендации и для европейских стран. Но это только мое личное мнение.

? А как же лечить острый бактериальный РС?

Семейные врачи, педиатры и оториноларингологи могут устанавливать диагноз по клиническим симптомам, без рентгенографии придаточных пазух и данных лабораторных тестов. Это связано с тем, что подходы к лечению в начале заболевания стандартные и не зависят от локализации процесса и возраста.

Бактериальный РС развивается среди пациентов с вирусным РС достаточно редко (1-2% случаев). Тем не менее этот процесс имеет свои отличия: выраженная локальная боль, лихорадка $\geq 39^\circ\text{C}$, двухфазный характер заболевания, гнойные выделения (часто односторонние) и ухудшение самочувствия. Согласно требованиям нового протокола по лечению ОРС при наличии как минимум трех признаков из перечисленных выше врач имеет основания назначить АБ. Не забывайте, что через 36-48 ч следует провести оценку состояния больного и эффективности лечения. При отсутствии позитивной динамики надо либо госпитализировать пациента, либо пересмотреть диагноз.

Что касается фитотерапии, то в случае бактериального процесса указанному методу отводится вспомогательная роль (назначается как дополнение к АБ). Не рекомендуется отменять прием препарата Синупрет, поскольку он потенцирует действие АБ, о чем сказано в инструкции. Также следует продолжать промывать нос и вводить топический ГК мометазона фуруат.

Воспалительный процесс, развившийся за счет активизации условно-патогенной флоры (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes*, *M. catarrhalis*), требует назначения АБ. Начинать прием АБ лучше всего с аминопеницилинов (незащищенных или защищенных). Если по другим причинам АБ ранее уже применялись, можно рекомендовать цефалоспорины. Около 7-10% популяции не переносят пенициллины, в таких случаях необходимо использовать макролиды. При этом хочу акцентировать внимание на следующем – при типичном течении острого бактериального РС нет смысла назначать фторхинолоны. Такая тактика – все равно что стрелять из пушки по воробьям. Респираторные фторхинолоны предназначены для терапии тяжелых случаев бактериальной инфекции, это средства резерва.

Я мог бы привести много примеров неправильно выбранной стратегии лечения, чреватой негативными последствиями для здоровья пациентов. Например, некоторые мои коллеги назначают больным сосудосуживающие средства, вызывающие медикаментозную зависимость и тяжелые формы вазомоторного ринита. Нередки случаи госпитализации в реанимацию детей с потерей сознания после передозировки назальными деконгестантами.

Очень грустно, что в нашей стране практически запретили продажу системных деконгестантов, несмотря на то что они хорошо проявили себя при лечении острого ринита и бронхита у детей. При этом во многих странах их можно приобрести в любом супермаркете.

Примеров необоснованного назначения АБ при вирусных заболеваниях чрезвычайно много. Есть и вопиющие ситуации, когда используются методы лечения, почти граничащие со средневековыми. В больной, измученный воспалением нос что только не вводят! Это и болтушки с совершенно неадаптированными, не разрешенными для местного лечения препаратами, и лечебные грязи, и собственная моча, и различные средства гигиены!

Недавно одна пациентка поделилась со мной новым способом лечения маленького ребенка препаратом Синупрет. Признаюсь: подобное мне даже в голову не пришло бы! Она делает ингаляцию с Синупретом! И это при том, что в составе препарата в качестве консерванта содержится этиловый спирт, а данный способ введения не прописан в инструкции...

Так что, дорогие коллеги, нам есть еще над чем работать, общаясь с нашими пациентами.



Нежить? Синусит?

Синупрет® екстракт



-  усуває нежить¹
-  полегшує носове дихання²
-  запобігає ускладненням³

Лікування гострого риносинуситу⁴

Синупрет® екстракт. Показання для застосування: Гострі неускладнені запальні захворювання придаткових пазух носа (гострі неускладнені риносинусити).
Спосіб застосування та дози: Дорослі та діти віком від 12 років по 1 таблетці 3 рази на день. **Противоказання:** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Побічні ефекти: інколи спостерігаються шлунково-кишкові розлади, реакції підвищеної чутливості шкіри та алергії.

1. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
2. Сучасна фармакотерапія простудних захворювань і їх найбільш частих ускладнень (Ю.Мітін, Л.Криничко) «Здоров'я України» № 8 (141) 2006.
3. Препарат Синупрет в лікуванні і профілактиці ускладнень гострої респіраторної інфекції у дітей (Е. Шахова) РМЗ, 2011, № 5, Medical Nature № 4 (12) 2012 стр. 19-23; Доцільність застосування фітопрепарату Синупрет при лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей (С.Ключніков), Medical Nature № 4 (12) 2012 стр 24-26.
4. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при ГРС від 11.02.2016 №985.

Синупрет® екстракт. Р.П. № UA/15267/01/01 від 15.08.16.

ТОВ «Біонорика», 02095, м. Київ, вул. Княжий Затон, 9, тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

* Ø 720 мг застосованої рослинної сировини у Синупрет® екстракт відповідає 160 мг сухого екстракту у порівнянні з 156 мг рослинної сировини у Синупрет® форте



корінь
генціани



квітки
бузини



квіти
первоцвіту
з чашечкою



трава
вербени



трава
щавлю