

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.15.3.037>
УДК 616.211-002.1-02-092-07-08-039.57



Саливончик Е.И. ✉, Саливончик Д.П.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Особенности этиопатогенетического и симптоматического лечения острого риносинусита на амбулаторном этапе: на что обратить внимание у коморбидного пациента?

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: идея, дизайн статьи, сбор и анализ данных, их интерпретация, подготовка статьи и обзора литературы – Саливончик Е.И.; редактирование – Саливончик Д.П.

Подана: 01.08.2025

Принята: 12.09.2025

Контакты: helensalivonchik@yahoo.com

Резюме

Коморбидный пациент отнесен в группу риска развития осложненного течения острых респираторных инфекций (ОРИ). Диагностика и лечение коморбидных пациентов могут быть затруднены в связи со стертым течением заболевания, наличием двух и более одновременно протекающих заболеваний, приемом большого количества лекарственных средств, взаимодействующих между собой и повышающих риск развития нежелательных реакций, низкой мотивированностью и комплаентностью к лечению. Острый риносинусит (ОРС) является одним из самых распространенных заболеваний верхних дыхательных путей при ОРИ. У коморбидного пациента ОРС характеризуется воспалением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, которое усугубляется наличием той или иной сопутствующей патологии. ОРС может протекать сложнее и требовать более тщательного подхода к лечению из-за взаимодействия с коморбидными заболеваниями. Вегание времени требует современных индивидуальных подходов к лечению ОРС у коморбидного пациента с учетом этиологии, патогенеза и симптомов заболевания, а также наличия той или иной коморбидной патологии с целью лечения и профилактики осложнений, связанных как с основным заболеванием, так и с коморбидной патологией. Применение унифицированных стандартов лечения диктует необходимость персонифицированного подхода ввиду имеющейся у коморбидного пациента полипрагмазии, взаимодействия применяемых препаратов и риска развития нежелательных реакций. Предпочтение имеют лекарственные средства, этиопатогенетически обоснованные, клинически эффективные и безопасные.

Ключевые слова: острый риносинусит, коморбидность, пациент, лечение, персонифицированный подход

Salivonchik E. ✉, Salivonchik D.
Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Features of Etiopathogenetic and Symptomatic Treatment of Acute Rhinosinusitis at the Outpatient Stage: What to Look for in Comorbid Patients?

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: article idea and design, data collection, analysis, and interpretation, literature review – Salivonchik E.; editing – Salivonchik D.

Submitted: 01.08.2025

Accepted: 12.09.2025

Contacts: helensalivonchik@yahoo.com

Abstract

A comorbid patient is classified as being at risk for complicated acute respiratory infections (ARI). Both diagnosis and treatment in comorbid patients may be complicated due to the latent course of the disease, presence of two or more concomitant diseases, use of multiple medications interacting with one another and increasing the risk of adverse reactions, low motivation, and poor compliance to the therapy. Acute rhinosinusitis (ARS) is one of the most common diseases of the upper respiratory tract with ARI. In comorbid patients, ARS is characterized by inflammation of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses, which is aggravated by the presence various concomitant pathologies. ARS may be more challenging and requiring a more careful approach to treatment due to interactions with comorbid conditions. The current trends require advanced personalized approaches to treating ARS in comorbid patient, taking into account the etiology, pathogenesis, and symptoms of the disease, as well as the presence of various comorbid conditions, with the aim of treating and preventing complications associated with both underlying disease and comorbid pathology.

Implementing unified treatment standards requires a personalized approach because of polypharmacy, drug interactions, and risk of adverse reactions in comorbid patients. The preference is given to medicinal products that are etiopathogenetically justified, clinically effective, and safe.

Keywords: acute rhinosinusitis, comorbidity, patient, treatment, personalized approach

■ ВВЕДЕНИЕ

Лечение коморбидного пациента является актуальной проблемой здравоохранения, которая обусловлена как экономическими затратами на их ведение, высокой инвалидизацией и смертностью, так и сложностями диагностики и лечения [1].

Коморбидный пациент – пациент, имеющий два и более хронических заболевания, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления, вне зависимости от активности каждого из них.

Число коморбидных заболеваний у пациента существенно увеличивается с возрастом. Так, если до 19 лет коморбидные заболевания встречаются лишь у 10%

пациентов, то в возрасте старше 80 лет они отмечаются практически у 80% из них [1–3].

Наиболее распространенными и социально значимыми из коморбидных заболеваний являются: артериальная гипертензия – 80,0% в структуре коморбидности, ишемическая болезнь сердца – 78,8%, болезни органов дыхания – 80,0%, болезни мочевыделительной системы – 78,0%, цереброваскулярные заболевания – 69,0% и др. [3]. Также необходимо учитывать наличие сахарного диабета (СД) и хронической болезни почек (ХБП), так как они во многом определяют риск сердечно-сосудистых осложнений и выбор медикаментозной терапии [1, 3].

Диагностика и лечение коморбидных пациентов затруднены в связи со стертым течением заболевания, наличием нескольких одновременно протекающих коморбидных заболеваний, приемом большого количества разноплановых лекарственных средств, взаимодействующих между собой и повышающих риск развития нежелательных реакций, низкой мотивированностью и комплаентностью к лечению. Учитывая вышеперечисленные факторы, коморбидный пациент отнесен в группу риска развития осложненного течения острых респираторных инфекций (ОРИ) [1, 4, 5].

Во всем мире ежегодно регистрируется значительный прирост смертности в период сезонного увеличения заболеваемости ОРИ. Выделяют как острую токсическую смертность в первые дни заболевания острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), так и смертность от бактериальных осложнений в течение 2–3 недель, а также отсроченную смертность, связанную с обострениями и осложнениями сопутствующей коморбидной патологии [1, 5, 6].

Острый риносинусит (ОРС) является одним из самых распространенных заболеваний верхних дыхательных путей при ОРИ. Так, при ОРВИ патологические изменения в околоносовых пазухах (ОНП), по данным компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, развиваются в 95% случаев и могут длиться до 12 недель [7].

ОРС у коморбидного пациента характеризуется воспалением слизистой оболочки полости носа и ОНП, которое усугубляется наличием той или иной сопутствующей патологии. ОРС может протекать сложнее и требовать более тщательного подхода к лечению из-за взаимодействия с коморбидными заболеваниями. У коморбидных пациентов клинические симптомы ОРС могут проявляться сильнее и дольше, а могут быть и стертыми. Коморбидные заболевания являются фактором риска для развития осложненных форм острого бактериального риносинусита (ОБРС). ОРС у коморбидных пациентов может приводить как к орбитальным, так и внутричерепным осложнениям [8–11]. В общей популяции таковые встречаются редко, но они потенциально опасны для жизни. Так, в согласительном документе EPOS 2020 приведен показатель 3 случая на 1 млн населения в год [7, 12, 13]. Однако летальность среди этих пациентов остается высокой – от 5 до 40% [11, 14].

Наличие осложненного течения у коморбидного пациента на сегодняшний день остается вопросом, недостаточно освещенным в современной литературе [12].

Кроме своевременной диагностики ОРС у коморбидного пациента, важно учитывать и лечить сопутствующие заболевания, которые во многом определяют общее состояние здоровья пациента и возможности проведения активной фармакотерапии. Также необходимо помнить о взаимодействии применяемых лекарственных средств и их возможных побочных эффектах, особенно при наличии нескольких

хронических заболеваний. Лечение должно быть адаптировано к конкретному пациенту, принимать во внимание его общее состояние, тяжесть течения ОРС и наличие сопутствующих заболеваний. Важен динамический мониторинг течения ОРС и общего состояния коморбидного пациента с целью своевременной корректировки лечения.

Таким образом, ведение времени требует современных индивидуальных подходов к лечению ОРС у коморбидного пациента с учетом этиологии, патогенеза и симптомов заболевания, а также наличия той или иной коморбидной патологии для лечения и профилактики осложнений, связанных как с основным заболеванием, так и с коморбидной патологией.

Цель данной работы – выявить особенности этиопатогенетического и симптоматического лечения ОРС на амбулаторном этапе у коморбидного пациента.

■ ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Выделяют вирусный ОРС с длительностью симптомов до 10 дней, поствирусный ОРС, для которого характерно усиление симптомов заболевания после 5-го дня или сохранение симптомов более 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 недель; лишь у небольшого процента пациентов поствирусный ОРС имеет бактериальную природу (ОБРС). На долю последнего приходится 0,5–2% случаев, тогда как заболеваемость ОРС вирусной этиологии очень велика [7, 15, 16].

С позиции коморбидности следует дифференцировать бактериальную инфекцию от вирусной, а среди ОРВИ – новую коронавирусную инфекцию COVID-19, грипп и другие респираторные вирусные инфекции, которые могут иметь одинаковое клиническое течение, однако подход в выборе рационального лечения которых будет совершенно разным. От инфекционного агента (вирусного или бактериального), вызывающего ОРИ, в том числе и ОРС, зависит лечение пациента, в первую очередь этиологическое.

Сегодня врачу общей практики, терапевту и оториноларингологу предоставлен простой инструмент – клинический протокол к действию с целью выбора обоснованного адекватного лечения, соответствующего современным требованиям [15, 17, 18].

Этиологическое противовирусное лечение

Вирусный ОРС – воспалительный процесс в полости носа и ОНП, инициированный одним из респираторных вирусов, без характерных для бактериального воспаления изменений в общем анализе крови (ОАК) и биохимическом анализе крови (БАК) (повышения выше референтных значений скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивного белка (СРБ)). В большинстве случаев вирусный ОРС протекает в рамках ОРВИ и является одним из ее проявлений [15].

При коморбидной патологии особое значение имеет раннее назначение противовирусной терапии [5].

Следует отметить, что только при гриппе А и В существует этиологическое противовирусное лечение препаратом Озельтамивир [17, 19].

Противовирусное лечение при гриппе необходимо назначать как можно раньше. Максимальный эффект от противовирусной терапии отмечается в случаях, когда лечение было начато в первые 48 ч от начала заболевания, без ожидания лабораторного подтверждения диагноза. Своевременное начало противовирусного

этиологического лечения препаратами прямого действия позволяет достичь сокращения периода лихорадки, интоксикации, быстрого купирования клинических симптомов, что снижает риски развития осложнений [1, 19–24].

В случае развития осложнений гриппа, при его тяжелом и затяжном течении нередко сохраняется активность вирусов, что требует назначения противовирусной терапии и на более поздних сроках заболевания [5].

Однако Озельтамивир рекомендовано с осторожностью применять у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, хроническими заболеваниями легких, почечной и печеночной недостаточностью. Также Озельтамивир может вызывать обострение бронхиальной астмы и оказывать влияние на гликемический профиль пациента [1].

Известны серьезные нежелательные реакции, возникающие при взаимодействии Озельтамивира с препаратами других групп. Так, сочетание Озельтамивира и соталола приводит к удлинению интервала QT, что требует дополнительного контроля ЭКГ и, при необходимости, своевременной коррекции нарушений ритма. Прием Озельтамивира на фоне постоянного применения непрямых антикоагулянтов (варфарина) повышает риск кровотечений, что создает необходимость дополнительного контроля показателя международного нормализованного отношения (МНО) с последующей возможной коррекцией дозы варфарина [5].

При других ОРВИ (аденовирус, риновирус, вирус парагриппа и др.), в том числе и при новой коронавирусной инфекции COVID-19, эффективная этиотропная терапия в виде препаратов прямого противовирусного действия отсутствует [1].

Назначение препаратов, не обладающих прямым противовирусным действием, у коморбидных пациентов при ОРВИ должно быть ограничено. Это связано, с одной стороны, с наличием ограниченной доказательной базы, указывающей на клиническую эффективность лекарственных препаратов при ОРВИ, а с другой – с отсутствием доказательной базы, указывающей на клиническую безопасность данных препаратов у коморбидного пациента в связи с той или иной сопутствующей патологией внутренних органов или полипрагмазией, обусловленной приемом одновременно нескольких лекарственных средств [1].

Этиологическое антибактериальное лечение

Антибактериальные препараты назначаются в случае наличия бактериальной инфекции либо бактериальных осложнений вирусной.

Критериями диагностики ОБРС являются (при наличии 3 и более симптомов): продолжительность заболевания более 7–10 дней или усиление симптомов после видимого улучшения (двухволновое течение); интенсивность симптомов (болей в проекции ОНП и в зубах верхней челюсти) >7 баллов по ВАШ; гнойные выделения в полости носа при передней риноскопии, определение гнойного отделяемого в области выводных отверстий, пораженных ОНП; повышение уровней СОЭ и СРБ; температура тела >38 °C [15].

С учетом особенностей клинического течения ОРС у пациента с коморбидной патологией (сахарным диабетом, хронической обструктивной болезнью легких, тяжелым неконтролируемым течением бронхиальной астмы, иммунодефицитными, аутоиммунными и гематологическими заболеваниями, после химиолучевой терапии и др.), ОАК и БАК выполняются на ранних этапах заболевания и требуют мониторинга

лейкоцитоза и повышенного уровня СОЭ в ОАК, повышенного уровня СРБ в БАК как критериев бактериального ОРС [15].

Среднетяжелый и тяжелый ОБРС у пациентов старше 60 лет, для которых, как правило, характерен высокий процент коморбидности, а также наличие сопутствующих заболеваний, способствующих прогрессированию воспалительных процессов (сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких, гематологических, онкологических, аутоиммунных заболеваний, иммунодефицитных состояний и иных), являются медицинскими показаниями к системной антибиотикотерапии при ОРС [15].

Рациональный выбор антибактериальной терапии невозможен без современных знаний об этиологической структуре инфекций и антибиотикорезистентности возбудителей, которые могут различаться в конкретных клинических ситуациях. В большинстве случаев острых внебольничных инфекций этиология этих заболеваний вполне предсказуема и включает ограниченный перечень потенциальных возбудителей. Так, основными возбудителями острого риносинусита, возникшего на фоне ОРВИ, являются: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes*, β -hem Streptococci (не A), *M. catarrhalis* [19].

Возраст старше 60 лет, наличие коморбидной патологии, способствующей прогрессированию воспалительных процессов (сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких, гематологических, онкологических, аутоиммунных заболеваний, иммунодефицитных состояний и пр.), прием антибактериальной системной терапии первого ряда в предыдущие 3 месяца, нахождение на лечении в стационарных условиях по любому заболеванию в предшествующие 3 месяца, нахождение в хосписе или социальном пансионате являются факторами риска развития осложнений ОРС и требуют начала антибактериальной терапии (АБТ) (стартовой терапии) с назначения второго ряда антибактериальных лекарственных препаратов (ЛП) – амоксициллина / клавулановой кислоты либо пероральных цефалоспоринов II–III поколения [15].

В случае неэффективности применения β -лактамов антибактериальных ЛП через 72 ч после первого приема, при предшествующем приеме антибактериальных ЛП первого и второго ряда в сроки до 3 месяцев показано назначение респираторных фторхинолонов [15, 19].

В случае непереносимости антибактериальных ЛП пенициллинового ряда, наличия в анамнезе анафилактических реакций на β -лактамы антибиотики или подтвержденной аллергии на цефалоспорины II–III поколения назначаются антибиотики группы макролидов [15, 19].

Макролидные антибиотики, кроме антибактериального (бактериостатического) эффекта, обладают противовоспалительным, иммуномодулирующим, мукоурегирующим действием. Однако следует помнить о возможной резистентности к 14- и 15-членным макролидам [19].

Вышеуказанная АБТ имеет доказанную клиническую эффективность с учетом течения ОРС [15]. Однако необходимо иметь в виду, что наиболее безопасными для коморбидного пациента являются защищенные β -лактамы препараты [5].

Следует обратить внимание на некоторые нежелательные реакции, развивающиеся у коморбидного пациента при проведении системной АБТ. Так, прием цефалоспоринов II–III поколения характеризуется повышением риска кровотечений,

особенно у пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты (варфарин), что требует мониторинга показателей гемостазиограммы (МНО) [5].

Макролиды обладают кардиотоксическим эффектом, который проявляется удлинением интервала QT. Применение их у коморбидных пациентов с кардиоваскулярной патологией возможно с осторожностью в связи с повышением риска развития острого инфаркта миокарда, аритмий и внезапной сердечной смерти. Рекомендуются применение с мониторингом уровня калия в крови и контролем ЭКГ. В сочетании с приемом статинов макролиды способствуют усилению гепатотоксичности лекарственных средств. При одновременном приеме макролидов с кальциевыми блокаторами высок риск развития жизнеугрожающих нежелательных реакций (нарушения сердечного ритма, развития гипотензии и шока). Сочетание макролидов с тикагелором приводит к выраженному увеличению периода полувыведения последнего, что вызывает повышение риска кровотечения [5]. Макролиды могут приводить к усилению антикоагулянтного действия варфарина и повышать риск развития кровотечений при их одновременном применении [25].

Фторхинолоны также характеризуются развитием кардиотоксичности, которая наименее выражена у левофлоксацина. При наличии показаний к применению фторхинолонов у коморбидных пациентов с кардиоваскулярной патологией следует помнить о высоком риске развития жизнеугрожающих состояний [5, 26]. При применении фторхинолонов может возникать боль и отечность в суставах, а также воспаление или разрыв сухожилий. Риск повышается у пациентов в возрасте старше 60 лет и у пациентов, перенесших трансплантацию органа, у пациентов с нарушениями функции почек или при одновременном приеме кортикостероидов [26].

Таким образом, АБТ у коморбидного пациента назначается с учетом всех индивидуальных особенностей пациента и клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата. При этом обращается внимание на наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, на аллергологический и фармакологический анамнез [15].

Патогенетическое и симптоматическое лечение

Для большинства основных используемых для лечения ОРС лекарственных средств отмечены хорошая переносимость и отсутствие какого-либо взаимодействия с другими лекарственными средствами, которые получают пациенты с коморбидной соматической патологией на постоянной основе [5].

Дезинтоксикационная терапия. Проводится при любой острой респираторной инфекции: на амбулаторном этапе лечения при легких и средних степенях процесса пациентам назначается обильное питье из расчета 20–40 мл / кг массы тела в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, питьевой воды [27]. Однако у коморбидного пациента дезинтоксикационная терапия должна быть строго индивидуализирована, с учетом особенностей каждого пациента и его сопутствующих заболеваний [27].

Купирование лихорадки. Жаропонижающие назначают при температуре тела $>38,0$ – $38,5$ °C. При плохой переносимости лихорадочного синдрома, головных болях, повышении артериального давления и выраженной тахикардии (особенно при наличии ишемических изменений или нарушениях ритма) жаропонижающие

препараты используют и при более низких цифрах. Наиболее безопасным препаратом является парацетамол [28]. Однако следует отметить, что его с осторожностью применяют у пациентов с нарушениями функции печени и почек. При одновременном применении парацетамола с антикоагулянтами возможно небольшое или умеренно выраженное увеличение протромбинового времени. При одновременном приеме с антиаритмическими препаратами (амиодароном), статинами, антикоагулянтами парацетамол потенцирует их гепатотоксические эффекты [18, 27, 28].

Назальные деконгестанты. При любом характере ОРС для снятия отека, облегчения клинических симптомов и профилактики осложнений, связанных с нарушением аэрации ОНП, назначаются назальные деконгестанты. Растворы ксилометазолина и оксиметазолина являются ЛП выбора в связи с длительным и щадящим воздействием на мерцательный эпителий слизистой оболочки полости носа [15].

Однако применение назальных деконгестантов может вызвать системные эффекты, такие как пальпитацию, учащение пульса и повышение артериального давления, аритмии, а также бессонницу, утомляемость, головную боль, беспокойство, галлюцинации.

При передозировке назальными деконгестантами возможна как активация, так и торможение центральной нервной системы, а также развитие жизнеугрожающих состояний, сопровождающихся дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью [29, 30].

Для предупреждения развития нежелательных реакций и тахифилаксии рекомендуется не превышать сроки лечения, а также использовать более низкие концентрации растворов в виде дозированного аэрозоля [31, 32].

Использование назальных деконгестантов возможно только после реальной оценки пользы/риска при повышенном внутриглазном давлении, коморбидной кардиоциркуляторной патологии, гипертонии, сахарном диабете и др. [33].

Ирригационная терапия. При наличии отделяемого в полости носа для облегчения его эвакуации проводится ирригационная терапия: промывания (4–5 раз в день) полости носа официальными солевыми растворами [15].

Процедура способствует смыванию бактерий и вирусов, снижению концентрации инфекции, увлажнению слизистой, а также уменьшению отека слизистой и удалению слизи, что способствует восстановлению носового дыхания без деконгестантов. Также эффект от лечебного курса ирригационной терапии позволяет уменьшить дозы назальных деконгестантов [34].

В сочетании с фитотерапией ирригационная терапия позволяет уменьшить необходимость в назначении антибактериальных препаратов [32].

Важно отметить, что все контролируемые исследования эффективности ирригационной терапии при ОРС касались промывания полости носа большим объемом изотонического раствора (200–250 мл на одну процедуру) [7, 32].

Орошение аэрозолями на основе морской воды не имеет достаточной доказательной базы, однако широко используется и может быть рекомендовано пожилым пациентам с коморбидной патологией в случае невыполнимости промывания носа ввиду тяжести состояния пациента, поскольку орошение оказывает увлажняющий эффект и улучшает функцию мерцательного эпителия [15, 35].

Ирригационная терапия – достаточно безопасная процедура, но существует ряд противопоказаний, одним из которых является наличие рецидивирующих носовых

кровотечений, наиболее часто встречающихся у коморбидных пациентов с кардио-васкулярной патологией.

Таким образом, выполнение ирригационной терапии при ОРС у коморбидного пациента может улучшить носовое дыхание без развития системных нежелательных реакций, уменьшая при этом дозы и сроки применения назальных деконгестантов.

Муколитики. При любой форме ОРС назначаются муколитические ЛП [15]. При ОРС происходит нарушение равновесия между продукцией секрета в бокаловидных клетках, серозно-слизистых железах и эвакуацией секрета клетками мерцательно-го эпителия, что приводит к нарушению мукоцилиарного очищения. Применение лекарственных средств с дифференцированным действием на продукцию секрета, уменьшение вязкости слизи и улучшение функции ресничек позволяет восстановить нарушенную дренажную функцию. Лекарственные средства, оказывающие подобный терапевтический эффект, объединяют в группы муколитических препаратов, обладающих секретомоторным и секретолитическим действием [36].

Перед назначением муколитических препаратов необходимо ознакомиться с инструкцией по применению и указанными в ней зарегистрированными показаниями и противопоказаниями, а также возможными нежелательными реакциями.

На современном этапе к применению предложены как синтетические муколитики, так и препараты природного происхождения (фитопрепараты).

Ярким представителем синтетических муколитиков является ацетилцистеин. Механизм его действия основан на разрыве дисульфидных связей кислых мукополисахаридов секрета, что способствует уменьшению вязкости секрета. Ацетилцистеин обладает муколитическим эффектом, увеличивает объем секрета, облегчает его отхождение за счет прямого воздействия на его реологические свойства. Ацетилцистеин оказывает быстрое муколитическое воздействие на любой вид секрета. Препарат также способствует разжижению гноя и тем самым повышает его эвакуацию из ОНП. Помимо прямого муколитического действия, ацетилцистеин обладает антиоксидантным, детоксикационным и противовоспалительным эффектами, что важно в лечении ОРС [37].

В настоящее время препараты ацетилцистеина доступны в виде различных лекарственных форм: местных назальных спреев и пероральных препаратов. Возможность выбора пути введения препарата делает его назначение удобным и для врача, и для пациента [37].

Однако ацетилцистеин следует применять с осторожностью у пациентов с заболеваниями печени и почек. Особое внимание уделяется пациентам с бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом при назначении ацетилцистеина. При этом требуется систематический контроль за бронхиальной проходимостью. В случае, если пациент не способен эффективно откашливаться, необходимо проводить дренаж или аспирацию секрета. Не рекомендуется прием ацетилцистеина такими пациентами непосредственно перед сном (рекомендуется прием за 4 ч до сна). Одновременное применение ацетилцистеина с противокашлевыми средствами может усилить застой мокроты из-за подавления кашлевого рефлекса. При одновременном применении ацетилцистеина с антибиотиками (тетрациклином, ампициллином, амфотерицином В) возможно их взаимодействие с тиоловой группой ацетилцистеина. Одновременный прием ацетилцистеина и нитроглицерина может вызвать выраженное снижение артериального давления и головную боль [38].

Альтернативой синтетическим являются муколитики природного происхождения, а именно фитопрепараты. В EPOS 2020 фитопрепараты включены в алгоритм лечения вирусного и поствирусного, в том числе бактериального, ОРС [7]. Фитопрепараты в сочетании с ирригационной терапией и коротким курсом назальных деконгестантов без назначения системных и топических антибиотиков составляют основу лечения ОРС.

В документе EPOS 2020 среди системных фитопрепаратов, эффективность которых подтверждена в контролируемых исследованиях, для лечения вирусного и поствирусного ОРС упоминается комбинированный ЛП растительного происхождения (корень горечавки, цветки первоцвета и бузины, травы щавеля и вербены) [32]. Этот фитопрепарат способен уменьшать выраженность отека слизистой оболочки полости носа, повышает активность реснитчатого эпителия и ускоряет эвакуацию секрета из ОНП, предупреждая развитие осложнений, оказывает секретолитическое, секретомоторное, противовоспалительное, противовирусное и умеренное антибактериальное действие [32].

Эксперты сделали вывод, что комбинированный ЛП растительного происхождения (корень горечавки, цветки первоцвета и бузины, травы щавеля и вербены) оказывает значительное влияние на симптомы вирусного и поствирусного ОРС без серьезных нежелательных реакций [39].

Комбинированный ЛП растительного происхождения с доказанным противовоспалительным и муколитическим действием с отсутствием противопоказаний и без значимых нежелательных реакций может рекомендоваться для лечения ОРС у коморбидного пациента как в качестве стартовой терапии, так и с целью ускорения облегчения симптомов заболевания.

Антигистаминные препараты. Известно, что вирусы при ОРВИ являются антигенами и гистаинопродукентами. Несмотря на то что при ОРВИ в назальном секрете уровень гистамина остается нормальным, чувствительность слизистой оболочки носа к гистамину при острых респираторных заболеваниях увеличивается. Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости устранения патологических эффектов гистамина с помощью антигистаминных препаратов (АГП). Их использование способствует устранению таких симптомов ОРВИ, как заложенность носа, ринорея, зуд в носу, чихание, слезотечение [7, 32, 40, 41].

В первые 3 дня заболевания вирусным ОРС рекомендованы антигистаминные ЛП (у пациентов с сочетанной аллергической патологией курс может быть продлен) [15].

Выбирая АГП, важно оценить силу и скорость наступления эффекта при его использовании, возможность его длительного применения, соотношение пользы и риска (эффективность/безопасность), удобство применения, возможность использования при сопутствующей патологии в комбинации с другими препаратами, путь выведения [40].

Одним из самых известных, эффективных и безопасных антигистаминных препаратов, относящихся к производным хинуклидинов, является хифенадин (Фенкарол), который не только блокирует H1-гистаминовые рецепторы, но и уменьшает концентрацию гистамина в тканях, что связано с его способностью активировать диаминоксидазу – фермент, инактивирующий гистамин [42]. Этим объясняется эффективность Фенкарола у пациентов, лечение которых другими антигистаминными средствами неэффективно.

Также Фенкарол обладает умеренным антисеротониновым воздействием, проявляет слабую М-холиноблокирующую активность, не оказывает выраженного угнетающего влияния на ЦНС [42].

На основании фармакологических особенностей и отсутствия угнетающего действия на ЦНС сегодня фармакологи относят Фенкарол к генерации АГП II поколения [38, 43, 44].

Фенкарол может широко использоваться в лечении вирусного ОРС с первых дней заболевания с целью купирования выраженности симптомов в первые 1–3 дня заболевания, особенно у сенсibilизированных пациентов, ввиду того, что назначение антигистаминных препаратов в этот период может уменьшать выраженность гистаминергических реакций (чихание, отек тканей, водянистые выделения из носа и др.) [7, 32].

Включение Фенкарола в комплексную терапию ОРВИ с первых дней заболевания ускоряет процесс выздоровления, существенно уменьшает фармакологическую нагрузку на пациента, позволяет свести к минимуму количество сосудосуживающих интраназальных средств [7, 27, 32, 45–47].

Фенкарол не обладает кардиотоксичностью, выражающейся в удлинении интервала QT, что позволяет назначать этот препарат пациентам с кардиоваскулярными заболеваниями. Это особенно важно в геронтологической практике, где препарат может выступать лекарственным средством выбора у пациентов с коморбидной патологией на фоне другого медикаментозного лечения [42, 45].

Высокая эффективность и безопасность препарата, а также наличие уникального механизма действия (Фенкарол не только блокирует гистаминовые H1-рецепторы, но и дополнительно уменьшает количество гистамина в тканях, активируя диаминоксидазу) позволяют рекомендовать Фенкарол для широкого клинического применения при аллергических заболеваниях, гистаминозависимых псевдоаллергических реакциях и других патологических состояниях у пожилых и коморбидных пациентов [27, 42, 45–47].

Интраназальные глюкокортикоиды. При поствирусном ОРС (более 10 дней, но без признаков тяжелой бактериальной инфекции) назначаются интраназальные глюкокортикоиды (ИНГК) [15].

Эти препараты уменьшают секрецию желез слизистой оболочки и тканевый отек, улучшают за счет этого носовое дыхание и восстанавливают отток экссудата из ОНП. ИНГК могут с успехом применяться как в качестве монотерапии при легких формах ОРС (поствирусный ОРС и нетяжелое течение ОБРС), так и в качестве адъювантного средства при лечении антибиотиками. Раннее добавление ИНГК к стандартному курсу системной АБТ облегчает симптомы ОРС и ускоряет выздоровление [32].

Биодоступность современных ИНГК (флутиказона и мометазона) существенно ниже, чем у всех остальных представителей данного класса препаратов, и составляет после приема однократной дозы менее 1% [48].

ИНГК, будучи мощнейшими препаратами, не ассоциируются со значительным риском местных нежелательных реакций. Возможные носовые кровотечения, как правило, прекращаются самостоятельно и возникают несколько чаще, чем при применении плацебо [48, 49].

Системные нежелательные реакции могут возникнуть при назначении ИНГК в больших дозах и при длительном применении. Системные нежелательные реакции

при применении ИнГК менее вероятны, чем при приеме оральных глюкокортикоидов (ГК), и могут отличаться у различных пациентов, а также при использовании различных ГК. Потенциальные системные нежелательные реакции могут включать в себя синдром Кушинга, симптомы кушингоида, подавление функции надпочечников, катаракту, глаукому и, реже, психиатрические или поведенческие расстройства [48, 49].

Таким образом, частота системных и местных нежелательных реакций при применении ИнГК минимальна. Поскольку в большинстве исследований засвидетельствовано отсутствие значимого эффекта на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, то можно считать, что безопасность ИнГК превосходит риск, связанный с их применением, что позволяет их использовать согласно рекомендациям при лечении ОРС у коморбидных пациентов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коморбидный пациент отнесен в группу риска развития осложненного течения ОРИ.

Диагностика и лечение у коморбидных пациентов могут быть затруднены в связи со стертым течением заболевания, наличием двух и более одновременно протекающих заболеваний, приемом большого количества лекарственных средств, взаимодействующих между собой и повышающих риск развития нежелательных реакций, низкой мотивированностью и комплаентностью к лечению.

ОРС является одним из самых распространенных заболеваний верхних дыхательных путей при ОРИ. У коморбидного пациента ОРС характеризуется воспалением слизистой оболочки полости носа и ОНП, которое усугубляется наличием той или иной сопутствующей патологии. ОРС может протекать сложнее и требовать более тщательного подхода к лечению из-за взаимодействия с коморбидными заболеваниями.

Ведение времени требует современных индивидуальных подходов к лечению ОРС у коморбидного пациента с учетом этиологии, патогенеза и симптомов заболевания, а также наличия той или иной коморбидной патологии с целью лечения и профилактики осложнений, связанных как с основным заболеванием, так и с коморбидной патологией.

Применение унифицированных стандартов лечения создает необходимость в персонифицированном подходе ввиду имеющейся у коморбидного пациента полипрагмазии, взаимодействия применяемых препаратов и риска развития нежелательных реакций. Предпочтение следует отдавать лекарственным средствам, этиопатогенетически обоснованным, клинически эффективным и безопасным.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Orlova N.V., Kaminer D.D. Comorbid patient with acute respiratory viral infections. Features of therapy and prevention. *Medical alphabet*. 2019;1(9):8–12. (In Russ.) [https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-1-9\(384\)-8-12](https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-1-9(384)-8-12)
2. WHO (2017). *Deafness and hearing loss. Fact sheet updated* [Electronic resource]. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en>
3. Oganov R.G., Simanenkova V.I., Bakulin I.G. Comorbidities in clinical practice. Algorithms for diagnostics and treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(1):5–66. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66> (In Russian)
4. Sitnikov I.G., Fazylov V.Kh., Silina E.V. Treatment of influenza and other acute respiratory viral infections in patients with diabetes mellitus. *Therapeutic Archive*. 2019;91(10):39–47. DOI: 10.26442/00403660.2019.10.000333 (In Russian)

5. Ruzhencova T.A., Khavkina D.A., Meshkova N.A. Strategy of Rational Therapy of Acute Respiratory Infections in Patients with Comorbidity. *Safety and Risk of Pharmacotherapy*. 2020;8(2):77–83. <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2020-8-2-77-83> (In Russian)
6. Berry M., Gamielien J., Fielding B.C. Identification of new respiratory viruses in the new millennium. *Viruses*. 2015;7(3):996–1019.
7. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS). *Rhinology*. 2020;58(S29):1–464. DOI: 10.4193/Rhin20.600
8. Bayonne E., Kania R., Tran P. Intracranial complications of rhinosinusitis. A review, typical imaging data and algorithm of management. *Rhinology*. 2009;47:59–65.
9. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *Clin. Inf. Dis.* 2012;1:41.
10. Jones N.S., Walker J.L., Bassi S. The intracranial complications of rhinosinusitis: can they be prevented. *Laryngoscope*. 2002;112:59–63.
11. Younis R.T., Lazar R.H., Anand V.K. Intracranial complications of sinusitis: a 15-year review of 39 cases. *Ear Nose Throat J*. 2002;81:636–44.
12. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology*. 2020;58(29):1–464.
13. Babar-Craig H., Gupta Y., Lund V.J. British Rhinological Society audit of the role of antibiotics in complications of acute rhinosinusitis: a national prospective audit. *Rhinology*. 2010;48:344–347.
14. Johnson D.L., Markle B.M., Wiedermann B.L. Treatment of intracranial abscesses associated with sinusitis in children and adolescents. *J Pediatr*. 1988;113(1):15–23.
15. Clinical protocol "Diagnostics and treatment of acute rhinosinusitis (adult population)" (2024) dated 12.19.24 No. 175 Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus (In Russian).
16. Selezneva L.V., Vartanyan K.G. Using of herbal mucolytics in the complex therapy of acute and chronic rhinosinusitis. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(7):176–181. <https://doi.org/10.21518/ms2023-032> (In Russian)
17. Clinical protocol for diagnosis and treatment of the adult population with infectious and parasitic diseases (2018) 12.13.2018 No. 94. (In Russian)
18. Recommendations (temporary) on the organization of medical care for patients with COVID-19 infection (2022). Order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus dated 06.22.2022 No. 841 (In Russian)
19. Yakovlev S.V., Sidorenko S.V., Rafalsky V.V. (2016) *Strategy and tactics of rational use of antimicrobial agents in outpatient practice: Eurasian clinical guidelines*. M.: Pre 100 Print. (In Russian)
20. Oseltamivir Instructions for use. (In Russian)
21. Shahani L., Ariza-Heredia E.J., Roy F. Chemaly. Antiviral therapy for respiratory viral infections in immunocompromised patients. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2017 Apr;15(4):401–415.
22. Haffizulla J. Effect of nitazoxanide in adults and adolescents with acute uncomplicated influenza: a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 2b/3 trial. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(7):609–618.
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010) Update: influenza activity – United States, 2009–10 season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.
24. Fiore A.E. (2011) *Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza – recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. *MMWR Recomm Rep*.
25. Warfarin. Instructions for use. (In Russian)
26. Levofloxacin. Instructions for use. (In Russian)
27. Acute respiratory viral infections in adults. Clinical guidelines (2014) Non-profit partnership "National Scientific Society of Infectious Diseases", 27–37. (In Russian)
28. Instructions for use. Paracetamol. (In Russian)
29. Timoshenko P.A. (2014) *Otolaryngology: a textbook*. Minsk: Vysheyschaya shkola. 432:47–49. (In Russian)
30. *Otorhinolaryngology: national guide* (2008). M.: GEOTAR-Media. 960:257–267. (In Russian)
31. Starostina S.V., Selezneva L.V. Using of nasal decongestants in the complex treatment of patients with acute rhinosinusitis. *Consilium Medicum*. 2019;21(11):38–41. DOI: 10.26442/20751753.2019.11.190627 (In Russian)
32. Lopatin A.S., Shilenkov V.V. (2024) *Acuterhinosinusitis. Clinical guidelines of the Russian Society of Rhinologists*. M.: Revision. (In Russian)
33. Oxymetazoline. Instructions for use. (In Russian)
34. Garashchenko T.I., Il'enko L.I., Garashchenko M.Yu. Elimination therapy in preventive programs of seasonal prevention of influenza and ARVI. *RMZH*. 2005;13(1):52. (In Russian)
35. Lopatin A.S., Varvianskaia A.V., Osipova E.A. Nasal irrigations: searching for the optimal method. *Russian Rhinology*. 2018;26(1):46–53. <https://doi.org/10.17116/rosrino201826146-53> (In Russian)
36. Clinical guidelines (2021). *Acute sinusitis*. Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation (In Russian).
37. Kryukov A.I., Turovskiy A.B., Kolbanova I.G. Place of mucolytics in the treatment of acute sinusitis. *Meditsinskiysovet = Medical Council*. 2019;20:52–56. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-20-52-56> (In Russian)
38. ACC. Instructions for use. (In Russian)
39. Shakhova E.G. Comparative study of the efficacy of combined nasal topical drug and topical decongestants in the treatment of acute rhinosinusitis. *Vest otorinolaringol*. 2020;85(4):46–50. DOI: 10.17116/otorino20208504146 (In Russian)
40. Kareva E.N. The choice of an antihistamine drug: a view of a pharmacologist. *RMZH = RMJ*. 2016;12:811–816. (In Russian)
41. Tataurshchikova N.S. (2013) *Rational use of antihistamines in clinical practice*. Moscow: MEDpress-inform. (In Russian)
42. Fenkarol. Instructions for use. (In Russian)
43. Vdovichenko V.P. (2014) *Pharmacology and pharmacotherapy*. Minsk: Donarit. (In Russian)
44. Tilgada E., Ennis M. Histamine pharmacology: from Sir Henry Dale to the 21st century. *British Journal of Pharmacology*. 2020;177:469–489.
45. Luss L.V. The choice of antihistamines in the treatment of allergic and pseudoallergic diseases. *Russian allergological journal*. 2009;1:78–84. (In Russian)
46. Muether P.S., Gwaltney J.M. Variant effect of first- and second-generation antihistamines as clues to their mechanism of action on the sneeze reflex in the common cold. *Clinical Infectious Diseases*. 2001;33:1483–8.
47. Belan E.B., Gutov M.V. Antihistaminic chinuclidine derivatives. *Klin Dermatol Venerol*. 2010;5:76. (In Russian)
48. Nasonex: instructions for use. (In Russian)
49. Starostina S.V., Toldanov A.V. Intranasal corticosteroid use in patients with allergic rhinitis. *Consilium Medicum*. 2021;23(12):950–955. DOI: 10.26442/20751753.2021.12.201301 (In Russian)