



Рациональное использование антимикробной терапии в педиатрии. Старые проблемы, новые решения

Широкое распространение среди россиян самолечения противомикробными препаратами способствует увеличению уровня антибиотикорезистентности. В связи с этим особую актуальность приобретает поиск новых возможностей терапии без избыточного назначения антибиотиков. Интерес к терапии препаратами на основе экстрактов растений подтверждается высокой научно-публикационной активностью в этой сфере медицины.

Немецкая фармацевтическая компания «Бионорика» по праву считается мировым лидером в производстве растительных лекарственных средств. Компания производит их, следуя разработанной ею концепции фитониринга, объединяющего традиционные знания в области фитотерапии, инновации в фармацевтике, новейшие результаты исследований. Фитониринг – концепция раскрытия и изучения активных веществ растений (phyto) с использованием современных научных методов и новых фармацевтических технологий (neering) с целью производства высокоэффективных препаратов для лечения и улучшения качества жизни пациентов. Компания «Бионорика» вкладывает значительные средства не только в разработку растительных лекарственных средств, но и в создание научной доказательной базы исследований эффективности и безопасности активных ингредиентов производимых фитопрепаратов.

Профессор, д.м.н.
Л.С. Намазова-
Баранова



Открывая симпозиум, заместитель директора Национального научно-практического центра здоровья детей (ННПЦЗД) по научной работе, директор НИИ педиатрии, академик РАН, профессор, д.м.н. Лейла Сеймуровна НАМАЗОВА-

Вопросы фитотерапии и нерационального использования антибиотиков

БАРАНОВА обозначила его отправную точку – нежелание многих родителей использовать антибиотики и стремление заменить их фитопрепаратами. Как известно, цель стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области народной медицины 2014–2023 гг. – оказать поддержку государствам:

- ✓ в использовании потенциально-го вклада народной медицины в обеспечение здоровья, благополучия и медико-санитарной помощи, ориентированной на людей;
- ✓ содействию при необходимости безопасному и эффективному использованию народной ме-

дицины за счет установления норм и правил проведения научных исследований и интеграции продукции, практики и практиков народной и дополнительной медицины в систему здравоохранения.

Стратегия ВОЗ в области народной медицины¹ представляет собой объемный документ, каждая глава которого посвящена определенной проблеме. Безусловно, создание такого документа не случайно. Анализируя состояние народной медицины, несложно заметить, что перечень государств, в которых функционируют национальные научно-исследовательские институты,

¹ apps.who.int/iris/bitstream/10665/112501/1/9789244506097_rus.pdf.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

занимающиеся народной и дополнительной медициной, постоянно расширяется. О значимости данного направления свидетельствует научная и публикационная активность. Количество публикаций по фитотерапии ежегодно увеличивается.

Наука не стоит на месте, разработаны новые технологии переработки растительного сырья. Сегодня очевидна принципиальная разница между высокотехнологичными современными стандартизованными фитопрепаратами и отварами лекарственных растений, приготовленными в домашних условиях.

Почему фитотерапия так популярна? Причин несколько. Прежде всего стремление к здоровому образу жизни. Его обязательным

компонентом считается все, что связано с натуральным. Не последнюю роль играет и приемлемая стоимость фитопрепаратов. Страхование медицины покрывает далеко не все расходы на приобретение лекарственных средств, и пациент должен понимать, за что платит. Кроме того, не получая эффекта от обычной терапии, многие пытаются найти альтернативные методы лечения.

В силу особенностей национального здравоохранения и менталитета достижения фитотерапии в различных странах используют по-разному. Например, в Германии и Австралии приверженцев фитотерапии достаточно много – около 6%, в США – менее 0,5%.

Профессор Л.С. Намазова-Баранова, затронув также тему антиби-

отикотерапии, обратила внимание аудитории на ежегодно возрастающую антибиотикорезистентность. Так, за два года резистентность к антибиотикам увеличилась почти на треть². Это обусловлено прежде всего нерациональным применением данных препаратов. Кроме того, в России высок уровень самолечения. Любой приглянувшийся антибиотик можно приобрести без ограничений – по собственному желанию, а не по назначению врача.

«Сегодня мы должны задуматься, весь ли потенциал растительного мира использован. В стремлении создать что-то искусственное мы нередко забываем об имеющихся возможностях», – констатировала профессор Л.С. Намазова-Баранова, завершая выступление.

Современная фитотерапия в педиатрии. От традиций к доказательствам

Компания «Бионорика» на протяжении нескольких десятков лет создает фитопрепараты с научно подтвержденной эффективностью и высоким уровнем безопасности. Как заметил председатель правления компании профессор Михаэль ПОПП, в научные исследования «Бионорика» вкладывает более 15% оборота, полученного от продаж лекарственных средств. Причем клинические исследования многих производимых препаратов начались тогда, когда активным изучением растительных препаратов другие компании еще не занимались.

Препараты компании «Бионорика» коренным образом отличаются от продукции индийских и китайских производителей, которые свыше 90% сырья для растительных препаратов заготавливают из дикорастущих растений. Такое сырье не может обеспечить должного качества. Используя за-

патентованные технологические методы, компания «Бионорика» производит препараты исключительно на основе экстрактов растений, самостоятельно культивируемых и выращиваемых из собственного посевного материала на плантациях в Германии, Австрии, Венгрии, Польше, Франции, на Майорке.

На качество растительных лекарственных средств влияют:

- ✓ происхождение и качество посевного материала, его чистота, жизнеспособность;
 - ✓ условия выращивания и техника сбора растений;
 - ✓ обработка сырья после уборки.
- Специалисты компании «Бионорика» для получения максимально сходных свойств семян проводят селекцию самых лучших растений. Созданы новые аналитические методы, с помощью которых прямо на поле в течение минуты можно определить компоненты растений. Последу-



Профессор
М. Попп

ющий лабораторный анализ помогает понять, насколько качества конкретного растения можно интегрировать в свойства будущего препарата. Только строгое соблюдение всех стадий селекции и выращивания, а также условий процесса переработки растений обеспечивает высочайшее качество сырья и экстрактов. Собственный инженерный отдел и уникальное оборудование компании, запатентованные технологические методы позволяют производить продукцию высокого качества.

² Лазарева М.А., Куличенко Т.В., Алябьева Н.М. и др. Носоглоточное носительство *Streptococcus pneumoniae* у воспитанников детских домов, дошкольных учреждений и неорганизованных детей младше 5 лет // Вопросы современной педиатрии. 2015. Т. 14. № 2. С. 246–255.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

При острых респираторных инфекциях Синупрет в комбинации со стандартной терапией (антибиотики + деконгестанты) обеспечивает дополнительный положительный эффект

Спектр действия фитопрепаратов намного шире спектра действия химически синтезированных препаратов. Такое преимущество достигается за счет комбинации активных веществ, воздействующих на множество рецепторов. Оптимальное содержание активных веществ сводит практически к нулю побочные эффекты.

Специалисты компании «Бионорика» проводят множество исследований, занимаются фито- и биоаналитикой, метаболомикой. Научные работы ведутся в США, Бермингеме, Филадельфии. Полученные результаты публикуются в признанных научных журналах. Профессор М. Попп отметил, что впервые в истории фармацевтики растительное лекарственное средство Синупрет достигло наивысшего уровня доказательства эффективности, и представил результаты ряда проведенных научных работ.

Так, в ходе исследований доказаны противовоспалительная активность и секретолитическое действие Синупрета. Показано, что препарат способствует секреции ионов хлора в эпителии дыхательных путей, стимулирует движения ресничек эпителия, оказывая дозозависимый эффект. Синупрет в комбинации со стандартной те-

рапией (антибиотики + деконгестанты) обеспечивает дополнительный положительный эффект при острых респираторных инфекциях. Важно, что фитопрепараты можно применять в детской популяции. На фоне их использования отмечается положительная динамика, уменьшается интенсивность проявлений респираторных инфекций верхних дыхательных путей. В частности, при использовании Синупрета у детей в возрасте от двух до 12 лет выраженность затруднения носового дыхания существенно снижается. По оценке 90% врачей, эффективность препарата хорошая и очень хорошая³. При сравнительном анализе эффективности и безопасности Синупрета перорально и флутиказона интраназально получены схожие показатели в обеих группах лечения⁴.

Результаты многоцентрового двойного слепого плацебоконтролируемого рандомизированного клинического исследования (ARhiSi-2) эффективности и безопасности растительного лекарственного препарата Синупрет показали достоверное различие (1,03) между плацебо и активным препаратом⁵. Широким профилем фармакологического действия характеризуется Бронхипрет. Препарат проявляет противовирусную, антибактериальную активность, обладает противовоспалительными и противокашлевыми свойствами, оказывает секретолитическое и бронхолитическое действие. В исследованиях *in vitro* выявлено, что комбинация экстрактов тимьяна и первоцвета снижает вызванное интерлейкином 13 образование определяющего консистенцию слизи муцина 5AC в бокаловидных клетках и размножение слизиобразующих бокаловидных клеток.

Комбинация жидких экстрактов тимьяна и плюща, входящих в состав сиропа Бронхипрет, приводит к значимому увеличению частоты мерцания ресничек эпителия.

В клинических плацебоконтролируемых исследованиях (E-BRO-3, E-BRO-AWB 1) Бронхипрет продемонстрировал хорошую эффективность как у взрослых пациентов, так и у детей. Причем у детей результаты терапии оказались лучше, хотя заболевания у них протекали в более тяжелой форме.

В проспективном неинтервенционном исследовании препарата Тонзилгон Н участвовали дети и подростки от двух до 17 лет (n=1161) с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей (минимум две за последние полгода). Пациенты принимали Тонзилгон Н капли или драже в течение 14 дней. На фоне применения препарата отмечалось достоверное улучшение симптомов⁶.

Данные неинтервенционного наблюдательного исследования, проведенного в Германии, с участием свыше 1100 пациентов подтвердили эффективность и хорошую переносимость препарата Тонзилгон Н.

В неинтервенционном проспективном многоцентровом исследовании оценивали эффективность препарата Канефрон Н в амбулаторных условиях у 636 пациентов с инфекциями мочевых путей, пиелонефритом, циститом, уrolитиазом, нефритом и т.д. Участники исследования были рандомизированы на четыре возрастные группы: от одного до двух лет, от двух до пяти, от шести до 11, от 12 до 17. 66% пациентов принимали раствор Канефрон Н, 34% – драже. Группа детей младшего возраста (менее шести лет) получала преимущест-

³ Biebach K., Kramer A. Effektive Behandlung der Rhinosinusitis bei Kinder // Praktisch Padiatrie, Sonderdruck aus pad. 2004. Vol. 10. P. 3–8.

⁴ Passali D., Loglicsi M., Passali G.C. et al. A prospective open-label study to assess the efficacy and safety of a herbal medicinal product (Sinupret) in patients with acute rhinosinusitis // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec. 2015. Vol. 77. № 1. P. 27–32.

⁵ Jund R., Mondigler M., Steindl H. et al. Clinical efficacy of a dry extract of five herbal drugs in acute viral rhinosinusitis // Rhinology. 2012. Vol. 50. № 4. P. 417–426.

⁶ Berger T. Tolerability and efficacy of a herbal combination preparation in children and adolescents with recurrent infections of the upper respiratory tract // MMW Fortschr. Med. 2008. Vol. 150. Suppl. 2. P. 85–90.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

венно раствор, группа старшего возраста (от шести до 11 лет) – раствор и драже примерно в одинаковых долях, группа подростков (12–17 лет) – преимущественно драже. Во время третьего визита 90% врачей-исследователей оценили результаты применения препарата Канефрон Н как хорошие и очень хорошие (рис. 1).

В завершение профессор М. Попп напомнил о такой важной проблеме, как антибиотикорезистентность. Развитие устойчивости патогенной флоры к антибиотикам усложняет процесс лечения инфекционных заболеваний, вследствие чего они могут приобретать более тяжелое течение и сопровождаться осложнениями. Чтобы решить данную проблему, необходимо помимо рационального применения антибиотиков и разработки новых антибактериальных препаратов использовать альтернативные подходы, в том числе фитотерапию.

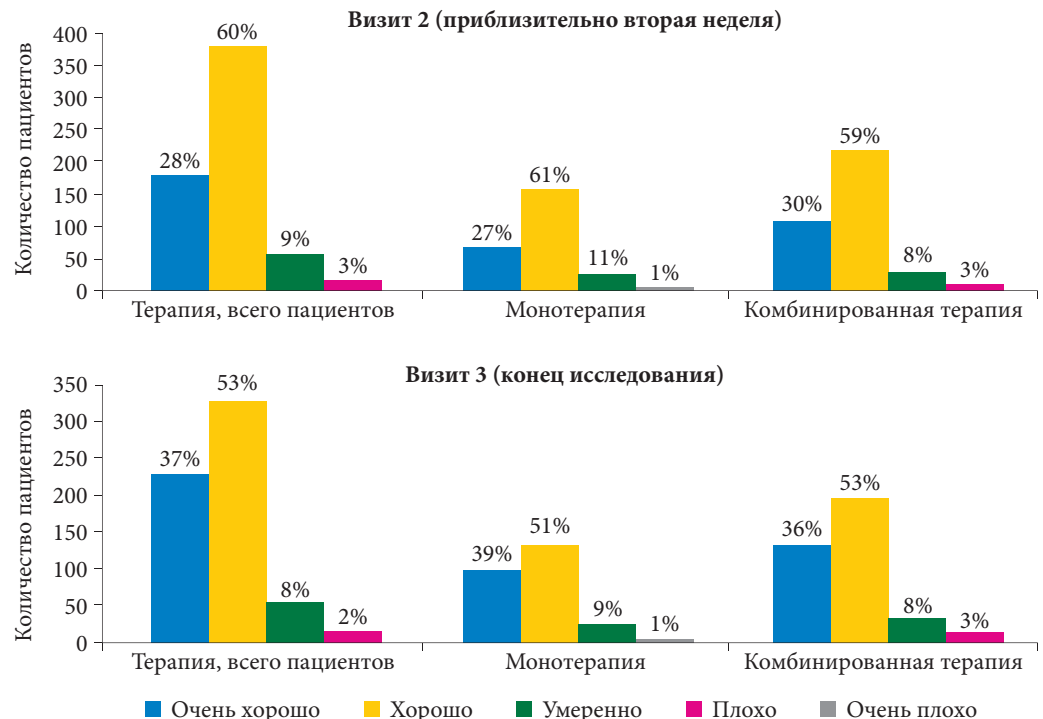


Рис. 1. Оценка эффективности препарата Канефрон Н

Инфекции мочевых путей у детей: от профилактики развития до профилактики рецидивов

По словам ведущего научного сотрудника нефрологического отделения НИИ педиатрии ННПЦЗД, д.м.н. Ольги Викторовны КОМАРОВОЙ, ключевыми моментами ведения пациента с инфекцией мочевыводящих путей (ИМВП) остаются цикличность оказания помощи и замкнутость такого цикла. Все начинается с профилактики развития ИМВП. Но в случае ее возникновения прежде всего необходимо провести раннюю диагностику, затем назначить адекватное лечение, предполагающее, в частности:

- контроль за течением болезни;
- предупреждение развития рецидивов;
- при не самом неблагоприятном течении – профилактику прогрессирования повреждения почечной ткани (нефропротективная терапия).

Далее следует вернуться к профилактике, но уже вторичной, с контролем функции почек.

Перед началом профилактических мероприятий важно определить факторы риска с целью их возможного устранения. Речь прежде всего идет о нарушении уродинамики (структурные аномалии мочевыводящих путей, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нарушение нормального функционирования мочевого пузыря – нейрогенная дисфункция). Необходимо контролировать эвакуаторную функцию кишечника, который может служить резервуаром уропатогенной флоры, учитывать анатомические особенности женских мочевыводящих путей (короткая широкая уретра, близость аноректальной зоны).

К мерам первичной профилактики, препятствующей развитию ИМВП, относятся:

- регулярное опорожнение мочевого пузыря и кишечника;
- достаточное потребление жидкости;



Д.м.н.
О.В. Комарова

- гигиена наружных половых органов.

Значимость первичной профилактики осознают не только российские специалисты. Три обозначенных направления прописаны в американских клинических рекомендациях (национальные институты здоровья), причем именно в указанной последовательности.

Лечение инфекции направлено:

- на эрадикацию бактерий из мочевыводящих путей;



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

- купирование основных симптомов болезни и нормализацию лабораторных показателей;
- коррекцию нарушений уродинамики и профилактику развития рецидивов болезни.

Это важно, поскольку основная превентивная задача – препятствовать стойкому повреждению почечной ткани, которое может способствовать прогрессирующему замещению нормальной почечной ткани склерозирующей и приводить к снижению почечной функции и потенциальному развитию хронической почечной недостаточности (ХПН).

Нельзя с уверенностью сказать, что у пациента с первым эпизодом ИМВП имеется риск развития ХПН. Тем не менее исключать такую вероятность не стоит.

В соответствии с российскими и международными клиническими рекомендациями, препаратами выбора при ИМВП с учетом чувствительности микрофлоры мочи являются антибактериальные лекарственные средства.

Продолжительность терапии при цистите – 5–7 дней, пиелонефрите – 10–14 дней.

Незыблемым считается постулат о необходимости длительной антимикробной профилактики у всех детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, у которых развитие инфекции вторично, а также у детей с рецидивирующим течением ИМВП. При бессимптомной бактериурии антибактериальная терапия не показана.

Обычно используются препараты нитрофуранового ряда, возможно применение триметоприма. Некоторые исследователи предлагают использовать защищенные пенициллины в малых дозах, а также препарат растительного происхождения Канефрон Н, препятствующий развитию рецидивов инфекции, в профилактических целях.

Что касается антибиотиков, результаты изучения их эффективности неоднозначны. Одни исследователи подтверждают необходимость антимикробной профилактики, другие не считают ее эффективной. То есть существуют два взгляда на длительную антимикробную профилактику. И тот и другой заслуживает рассмотрения.

За проведение длительной антибактериальной профилактики (в течение 6–12 месяцев) детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, а также при повторных эпизодах острого пиелонефрита ратуют коллеги американских национальных институтов здоровья, канадской педиатрической ассоциации^{7, 8}. Аналогичных взглядов придерживается педиатрическая и нефрологическая общественность нашей страны.

Каждый повторный рецидив инфекции приводит к появлению нового рубчика на почечной ткани и потенциальному формированию очага нефросклероза с последующим прогрессированием.

Противники длительной антимикробной профилактики опасаются прежде всего роста антибиотикорезистентности. К тому же в ряде исследований показано, что профилактический курс не снижает риск повторных инфекций, а положительный эффект отмечается только у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом высокой степени. Игнорировать подобное мнение не следует^{8–10}.

Сомнения в необходимости длительной антимикробной профилактики небеспопучены. К высокой антибиотикорезистентности приводит в том числе многолетнее нерациональное использование антибактериальных препаратов. Например, в Германии 60% назначений антибиотиков считаются неоправданными.

Кроме того, в странах Евросоюза 25 000 летальных исходов в год обусловлены резистентностью патогенов к антибактериальным препаратам. Таким образом, проблема из категории медицинской перешла в категорию социальной.

Десять лет назад в Научном центре здоровья детей было проведено пилотное исследование, в котором сравнивали использование в профилактических целях фитопрепарата Канефрон Н и традиционного препарата нитрофуранового ряда. Зафиксирована значительная разница в частоте рецидивов ИМВП, а также переносимости препаратов¹¹.

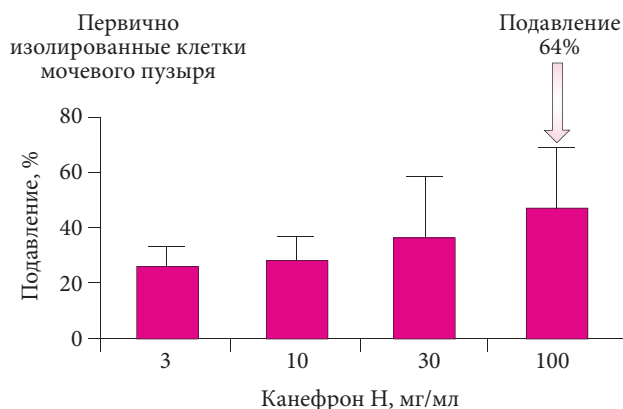


Рис. 2. Антиадгезивный эффект фитопрепарата Канефрон Н

⁷ Robinson J.L., Finlay J.C., Lang M.E. et al. Prophylactic antibiotics for children with recurrent urinary tract infections // Paediatr. Child. Health. 2015. Vol. 20. № 1. P. 45–51.

⁸ Mattoo T.K., Chesney R.W., Greenfield S.P. et al. Renal scarring in the Randomized Intervention for Children with Vesicoureteral Reflux (RIVUR) Trial // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2016. Vol. 11. № 1. P. 54–61.

⁹ Montini G., Rigon L., Zucchetto P. et al. Prophylaxis after first febrile urinary tract infection in children? A multicenter, randomized, controlled, noninferiority trial // Pediatrics. 2008. Vol. 122. № 5. P. 1064–1071.

¹⁰ Brandström P., Hansson S. Long-term, low-dose prophylaxis against urinary tract infections in young children // Pediatr. Nephrol. 2015. Vol. 30. № 3. P. 425–432.

¹¹ Вознесенская Т.С., Кутафина Е.К. Фитотерапия в лечении инфекции мочевой системы у детей // Педиатрическая фармакология. 2007. Т. 4. № 5. С. 38–40.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

Экспериментальные работы показывают положительную антимикробную эффективность фитопрепарата (рис. 2)¹², что дает основания для проведения дальнейших исследований, сравнения растительного препарата с другими средствами, которые можно использовать для профилактики ИМВП.

В действующих клинических рекомендациях по ведению детей с ИМВП предусмотрено осуществление антимикробной профилактики по строгим показаниям:

- наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- рецидивы ИМВП;
- первый эпизод ИМВП до момента исключения аномалий развития мочевой системы (в среднем один месяц)¹³.

Конечно, клинические рекомендации не следует считать незыблемым документом. Они обновляются с появлением новых результатов международных и отечественных исследований. В ближайшее время планируется проведение исследования, посвященного сравнительной

оценке разных схем антимикробной профилактики. Исследователи надеются получить убедительные данные, подтверждающие эффективность и безопасность изучаемых препаратов, и представить их в новой редакции клинических рекомендаций.

Таким образом, вопросы, касающиеся целесообразности и эффективности длительной антимикробной профилактики, новых подходов к ней в целях снижения антибиотикорезистентности, потенциала фитопрепаратов, остаются открытыми.

ОРВИ? Назофарингит? Риносинусит?

Профессор кафедры оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Елена Юрьевна РАДЦИГ обратила внимание аудитории на один важный момент: у детей с примерно одинаковыми жалобами возможна разная клиническая ситуация.

При попадании аэропатогенов (вирусов, бактерий, поллютантов, аллергенов) с воздушной струей на слизистые оболочки полости носа у детей развивается воспаление верхних дыхательных путей. Правда, не у всех. При определенных благоприятных условиях, в том числе благодаря защитным функциям слизистой оболочки, заболевание не развивается.

Сказанное профессор Е.Ю. Радциг проиллюстрировала на конкретном примере. Ребенок в возрасте двух лет с жалобами на заложенность и выделения из носа (двухлетний возраст позволяет исключить возможную ринопатию на фоне прорезывания зубов). Помимо заложенности и выделений из носа имеет место незначительное повышение тем-

пературы (температура может быть нормальной). Такому ребенку может быть поставлен диагноз острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), инфекционного ринита или риносинусита (любая простуда – *common cold* – это фактически риносинусит, поскольку затрагивается слизистая оболочка и полости носа, и околоносовых пазух). Не исключен и другой диагноз, например назофарингит, который, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), имеет такой же код, как и ОРВИ или аденоидит. На основании ряда дополнительных жалоб, в частности болезненности в области пазух, а также данных рентгеновского исследования может быть поставлен диагноз синусита. Пациент должен наблюдаться у оториноларинголога, но может остаться и под наблюдением педиатра.

Назофарингит – воспаление слизистой оболочки полости носа и глотки. Это определение было сформулировано в доэндоскопическую эпоху, до того, как появилась возможность с помощью оптики оценить состояние



Профессор, д.м.н.
Е.Ю. Радциг

глоточной миндалины. Но назофарингит – это фактически респираторная вирусная инфекция. Он вызывается разными возбудителями и обозначается различными кодами МКБ-10, соответствующими ряду заболеваний. Нередко этими заболеваниями занимаются педиатры, поэтому острый назофарингит в ряде случаев кодируется как ОРВИ. Но если затронута лимфоидная ткань, возможен иной диагноз. Больного будет наблюдать оториноларинголог.

Так же как ОРВИ, назофарингит характеризуется сезонностью. Этиологическая причина заключается в многообразии вирусов, тропных к эпителию верхних дыхательных путей. Назофарингит характеризуется способ-

¹² Efficacy of Canephron N against bacterial adhesion, inflammation and bladder hyperactivity. 13th International Congress of the Society for Ethnopharmacology. Graz, Austria, 2012. Poster 671.

¹³ Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с инфекцией мочевыводящих путей. М., 2015.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

ностью к рецидивированию и хронизации, часто сопровождается хроническим воспалением глоточной миндалины, связан с нарушением как местного, так и системного иммунитета.

Если говорить об этиологии назофарингита, причиной острого заболевания являются преимущественно респираторные вирусы – 80–90% случаев. Остальные заболевания вызваны бактериальной, грибковой и смешанной флорой. Хроническое течение назофарингита связано с бактериями, внутриклеточными возбудителями (вирус Эпштейна – Барр, цитомегаловирус, герпес-вирус, хламидии, микоплазмы), хронической патологией желудочно-кишечного тракта. Результаты исследования, проведенного на кафедре оториноларингологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, показали разнообразие этиологических факторов назофарингита под кодом ОРВИ: вирусы, бактерии, множество различных ассоциаций. Тем не менее почти у пятой части больных возбудитель не был выделен¹⁴. С учетом антибиотикорезистентности возникает вопрос: нужны ли таким детям антибактериальные препараты, как топические, так и системные?

При аденоидите, воспалении глоточной миндалины определяется намного больше возбудителей¹⁵. Как правило, заболевание микробиологически позитивно. В данном случае можно говорить об антимикробной терапии, с предпочтительным использованием топических, а не системных антимикробных препаратов.

Возвращаясь к этиологии острого назофарингита как явления респираторной вирусной инфекции, профессор Е.Ю. Радциг подчеркнула, что далеко не всегда можно выделить возбудителя. Поэтому особые требования предъявляются к противовоспалительному эффекту назначаемого лекарственного средства. Кроме того, необходим препарат, который воздействует на образующийся секрет и эпителий (секретомоторное, рефлекторное действие). Желательно назначать как можно меньше лекарственных средств, в идеале – один препарат комплексного действия, характеризующийся всеми указанными свойствами.

Лечение острого синусита начинается с элиминационно-ирригационной (с использованием изотонических и гипертонических растворов) и разгрузочной терапии, в которую включены топические деконгестанты и глюкокортикостероиды (ГКС)¹⁶. Профессор Е.Ю. Радциг напомнила о строгом соблюдении возрастных ограничений при назначении топических ГКС – только с 12 лет. Пункционное лечение показано при продуктивной форме воспаления, когда проводимая медикаментозная терапия неэффективна. Назначается промывание физиологическим или антисептическим раствором, причем допустимо использование только препаратов, предназначенных для местного введения в пазухи¹⁶.

Отношение к мукоактивной терапии неоднозначно. В европейских и отечественных доку-

ментах имеются разногласия, но российские эксперты одобряют применение препаратов, воздействующих и на секрет, и на мерцательный эпителий¹⁶.

В качестве средств этиотропной терапии обсуждается назначение не только антибиотиков, но и препаратов с противовирусной активностью, в том числе фитопрепаратов¹⁶.

Что касается этиологии синусита, бактериальный синусит встречается чаще, чем указано в европейских документах. Практически треть синуситов бактериальной природы, чисто вирусных синуситов вдвое меньше. Много синуситов смешанной этиологии (вирусно-бактериальной). Почти у четверти детей встречается микробиологически негативный синусит^{17, 18}. Таким детям антибиотики не показаны. Как известно, при остром среднем гнойном отите должны назначаться антибактериальные препараты. Но данные комплексного исследования свидетельствуют о том, что чисто бактериальных отитов не так много. Значительно больше заболеваний, вызванных вирусами. Безусловно, существует смешанная форма, и в ряде случаев неизвестно, чем вызвано воспаление^{17, 18}. Ларингиты имеют в основном вирусную этиологию. Тем не менее и при этом заболевании пациентам иногда назначают антибиотики.

Что следует учитывать, назначая лечение? Во-первых, назначать лекарственные препараты, в инструкции к применению которых указан установленный

¹⁴ Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Назофарингит: современный взгляд на проблему // Материалы XIX Съезда оториноларингологов России. Казань, 2016.

¹⁵ Радциг Е.Ю., Злобина Н.В., Лапицкая А.С., Селькова Е.П. Этиология аденоидита у детей при острой респираторной вирусной инфекции // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2015. № 3. С. 38–40.

¹⁶ Абдулкеримов Х.Т., Гаращенко Т.И., Кошель В.И. и др. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. СПб.: Полиформ-групп, 2014. С. 15–17.

¹⁷ Радциг Е.Ю., Малыгина Л.В. Риносинусит у детей: лечение этиотропное и симптоматическое // Материалы XIX Съезда оториноларингологов России. Казань, 2016.

¹⁸ Radtsig E., Bugaichuk O.V., Selkova E.P., Lapitskaya A.S. What we have learned about acute purulent otitis media etiology in pre-school children? // ESPO. Lisbon, 2016.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

диагноз. Во-вторых, учитывать возраст больного и возрастные ограничения, определенные в инструкции. Например, начиная с двухлетнего возраста можно использовать препарат Синупрет.

Чтобы проанализировать необходимость антибактериальной терапии, было проведено исследование. Пациенты с синуситом были разделены на две группы: в одной проводилась антибактериальная терапия, в другой – нет. Ухудшение наступало даже на фоне применения системного антибактериального препарата, причем у детей, которым требовалось пункционное лечение или дренирование пазух. В остальных случаях можно было обойтись без антибактериального препарата. Доктор Л.В. Малыгина, проводившая данное исследование, разработала для практических врачей шкалу для оценки состояния больного и решения вопроса о необходимости назначения антибактериального препарата.

Системный антибактериальный препарат не стоит назначать на ранних стадиях острого риносинусита, при легкой и среднетяжелой форме без осложнений при умеренно выраженных симптомах и отсутствии предшествующего лечения, особенно у детей старших возрастных групп.

Только в отсутствие положительной динамики либо в случае ухудшения состояния необходимо назначение системной антибактериальной терапии¹⁷.

Продолжая рассматривать вопросы этиотропной терапии, профессор Е.Ю. Радциг акцентировала внимание на действии препарата Синупрет, обладающего обширной доказательной базой. К действию препарата чувствительны негриппозные

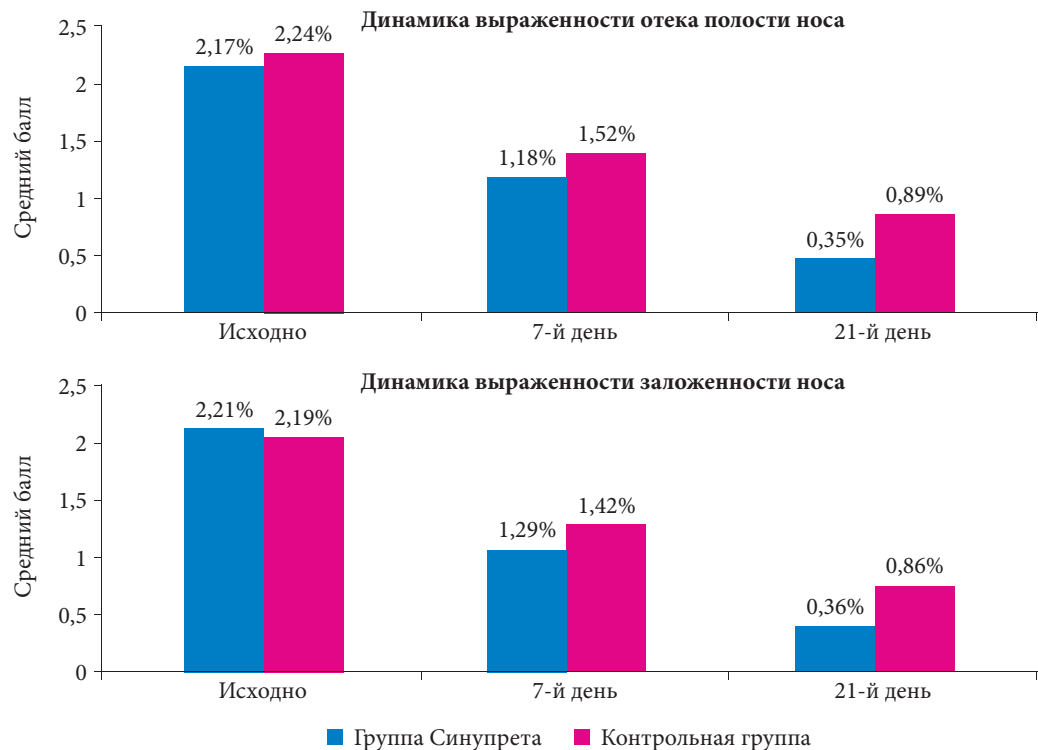


Рис. 3. Эффективность препарата Синупрет

респираторные вирусы. Особенно важно влияние на риновирус – ведущий возбудитель синусита, аденовирус, респираторно-синцициальный вирус, вирус парагриппа¹⁹.

Благодаря антибактериальной активности Синупрет можно использовать совместно с антибиотиками и в виде монотерапии. Очень важен противовоспалительный эффект Синупрета. Дело в том, что не всегда удается выявить возбудитель. Синусит, отит, ларингит, равно как любая ЛОР-патология, характеризуются наличием так называемых микробиологически негативных форм. Доля микробиологически негативных заболеваний постоянно увеличивается. И здесь снова возникает вопрос об актуальности использования антибиотиков.

Синупрет применяется не только для лечения, но и в профилактических целях. Детям, у которых сохранялись жалобы после лечения по поводу синусита, назначали пролонгированный курс Синупрета до трех недель по усмотрению лечащего врача. Как показали результаты, Синупрет более чем в два раза эффективнее нормализует носовое дыхание и снижает выраженность отека полости носа (рис. 3)²⁰.

В заключение профессор Е.Ю. Радциг еще раз напомнила о ситуациях, когда показано назначение Синупрета. Препарат можно назначать в виде монотерапии или в составе комплексной терапии, для купирования симптомов риносинусита на фоне ОРВИ, а также после проведенного лечения при сохранении жалоб пациента.

¹⁹ Glatthaar-Saalmüller B., Rauchhaus U., Rode S. et al. Antiviral activity in vitro of two preparations of the herbal medicinal product Sinupret® against viruses causing respiratory infections // Phytomedicine. 2011. Vol. 19. № 1. P. 1–7.

²⁰ Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Лобеева Н.А., Богомильский М.Р. Особенности ведения больных с затяжными формами острого синусита // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7. № 6. С. 11–15.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»



Профессор, д.м.н.
А.Л. Заплатников

В начале своего выступления профессор кафедры педиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н. Андрей Леонидович ЗАПЛАТНИКОВ привел определение ангины (от лат. *ango* – сжимать, душить) – острое инфекционное воспаление лимфаденоидной ткани глотки, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами²¹. Возможности диагностики значительно расширились, и стало очевидно, что и другие возбудители, в том числе вирусы, способны приводить к аналогичной клинической картине.

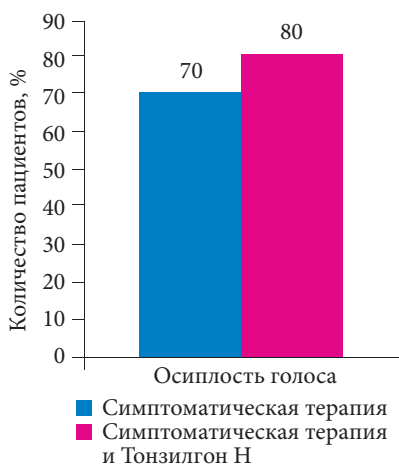


Рис. 4. Клиническая эффективность препарата Тонзилгон Н при лечении детей с ОРВИ

Тонзиллофарингиты в практике врача-педиатра: диагностика и лечение

В большинстве случаев педиатры лишены возможности провести экспресс-диагностику, и под рубрикой J00 нередко скрываются острые респираторные инфекции, протекающие в том числе с клиническими проявлениями в виде гиперемии, отека небных миндалин, наложений, налетов. Медицинская статистика требует выделять рубрики J02 и J03, поскольку кодируемые таким образом поражения небных миндалин либо глотки вызваны стрептококком. Стрептококк небезопасен как во время заболевания (развиваются острые осложнения), так и в отсроченном периоде. Хорошо известны постстрептококковые ревматизм, нефрит. Именно поэтому, по словам профессора А.Л. Заплатникова, ключевым остается вопрос о снижении необоснованного назначения антибиотиков.

Действительно, не всегда можно решить, когда назначение антибиотика обязательно. Чем быстрее будет внедрена в ежедневную практику врача экспресс-диагностика, верифицирующая этиологию, тем меньше останется шансов на необоснованное назначение антибиотиков. Результаты замечательного наблюдения, проведенного профессорами А.Б. Малаховым и Н.А. Геппе, показали, что при использовании экспресс-метода, выявлявшего стрептококк, частота назначения антибиотиков снижалась почти на 70%.

Сложно определить клинически, какими возбудителями – бактериями или вирусами обусловлено поражение. В структуре сходных по клинической симптоматике заболеваний на долю стрептококковых ангин приходится не более 30%. Стрептококк – один из немногих возбудителей, которые остаются высокочувствительными к природным пе-

нициллинам. Анкетирование врачей-педиатров свидетельствует о том, что последние 5–7 лет природные пенициллины назначают в единичных случаях. Здесь уместно вспомнить о необходимости строгого соблюдения золотого правила антибактериальной химиотерапии – этиотропности. Между тем даже если с помощью экспресс-диагностики удалось установить, что заболевание вызвано стрептококком, прежде чем назначать антибиотик, необходимо ответить на два вопроса:

- имеется ли у пациента аллергия на бета-лактамы;
- принимал ли пациент ранее незащищенные бета-лактамы (пенициллины, аминопенициллины, цефалоспорины первого поколения), особенно коротким курсом и в малых дозах?

Если пациент в течение предшествовавшего периода принимал незащищенные антибиотики, не исключено, что ко-патогенная флора (гемофильная палочка, *Moraxella catarrhalis*) при малых дозах, коротком курсе могла стать продуцентом бета-лактамазы. Следовательно, только тогда в качестве стартовой терапии можно назначать защищенные аминопенициллины.

При аллергии на группу бета-лактамов антибиотиков можно рассмотреть вопрос о назначении макролидов. Эту группу антибиотиков следует сохранить для пациентов с аллергией, для атипичных заболеваний, для гастроэнтерологов (для проведения эрадикационной антихеликобактерной терапии).

В том случае, если заболевание вызвано не стрептококками, антибиотик скорее всего не нужен, ведь большинство заболеваний обусловлено не бактериальной, а вирусной инфекцией.

²¹ Энциклопедический словарь медицинских терминов / под ред. Б.В. Петровского. М., 1982. Т. 1. С. 56.

Заложен нос? Риносинусит?

Лекарственный растительный препарат

Синупрет®

Рег. уд. П № 014247/01, 014247/02



- Устраняет заложенность носа
- Обладает противовирусным действием
- Предупреждает развитие осложнений

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru

*Синупрет® капли - для взрослых и детей от 2-х лет
Синупрет® драже - для взрослых и детей старше 6 лет

РЕКЛАМА





XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

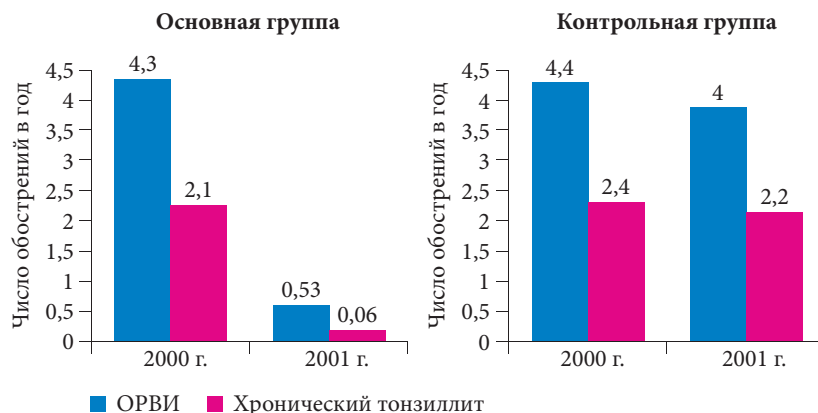


Рис. 5. Профилактическая эффективность препарата Тонзилгон Н у детей с хроническим тонзиллитом

Следовательно, на первый план выходит симптоматическая терапия, возможно в сочетании с противовирусными препаратами. При этом не надо забывать о растительных препаратах, в частности о таких, как Тонзилгон Н, ведь данный препарат обладает комплексным действием, оказывая противовоспалительный, анти-септический и иммуномодулирующий эффекты.

Данные исследований показали, что у детей с ОРВИ, которые в дополнение к симптоматической терапии получали Тонзилгон Н, быстрее восстанавливался голос (рис. 4)²². Кроме того, на фоне применения препарата достоверно быстрее купируется боль при глотании, наблюдается тенденция к более быстрому купированию общих симптомов респираторной вирусной инфекции.

У детей с хроническими очагами инфекции в носоглотке применение препарата Тонзилгон Н в дополнение к стандартной терапии существенно уменьшает по сравнению с контрольной группой частоту обострений. Частота обострений хронического тонзиллита

на фоне применения препарата Тонзилгон Н снижается почти в восемь раз (рис. 5)²³.

Свыше 90% респондентов оценивают препарат Тонзилгон Н как эффективный либо высокоэффективный²⁴.

Экспериментальные данные свидетельствуют о противовирусном действии препарата Тонзилгон Н – наблюдается дозозависимый эффект ингибции репликации респираторно-синцитиального вируса. В тонзиллярной ткани под влиянием препарата достоверно (по сравнению с контролем) увеличивается продукция альфа и гамма-интерферонов. Кроме того, возрастает количество CD56+ -клеток (натуральных киллеров) и фагоцитирующих клеток. Этим объясняется эффективность препарата Тонзилгон Н при вирусных и бактериальных инфекциях. Завершая выступление, профессор А.Л. Заплатников подчеркнул, что профилактика – основа основ. Надо помнить о специфической иммунопрофилактике – вакцинации против сезонного гриппа, особенно в группах риска, против гемофильной, пневмококковой

инфекции и рациональной терапии каждого эпизода острого заболевания либо рецидива (обострения) хронического заболевания без полипрагмазии.

Заключение

Компания «Бионорика» – один из крупнейших в мире производителей растительных лекарственных средств. На протяжении многолетней деятельности компания придерживается основополагающего принципа: ни один препарат не должен выйти на фармацевтический рынок, пока в соответствующих испытаниях не доказана его эффективность. Продукция компании «Бионорика» – современные лекарственные средства на растительной основе. Не случайно именно они все чаще становятся препаратами первого выбора у пациентов, врачей и фармацевтов.

Тонзилгон Н (компания «Бионорика») обладает противовоспалительным и антисептическим действием. Активные компоненты входящих в состав препарата ромашки, алтея и хвоща способствуют повышению активности неспецифических факторов защиты организма. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и тысячелистника, танины коры дуба оказывают противовоспалительное действие и способствуют уменьшению отека слизистой оболочки дыхательных путей.

Синупрет (компания «Бионорика») оказывает секретолитическое, секретомоторное, противовоспалительное действие, способствует оттоку экссудата из придаточных пазух носа и верхних дыхательных путей. *

²² Шуматова Т.А., Катенкова Э.Ю., Гергерт А.В. и др. Клинический анализ применения препарата Тонзилгон Н у детей для лечения острых респираторных инфекций, сопровождающихся болью в горле // Фарматека. 2016. № 11 (324). С. 100–105.

²³ Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю. Эффективность консервативной терапии хронических тонзиллитов у детей препаратом Тонзилгон // Тезисы докладов IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2002.

²⁴ Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Дьякова Ф.Н. Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом Тонзилгон Н // Детский доктор. 2011. № 1. С. 76–77.