



Инфекция и аллергия – единые проблемы и пути решения

В последние годы в связи с высоким ростом распространенности среди населения (от 10 до 40%) все большую значимость приобретает проблема аллергического ринита. Длительно протекающие в слизистой оболочке носа воспалительные процессы приводят к вторичным иммунодефицитным состояниям и угнетению местных защитных механизмов. Следовательно, повышается вероятность развития других заболеваний дыхательных путей и ЛОР-органов – синусита, среднего отита, фарингита, трахеобронхита, пневмонии. Однако взаимосвязь аллергического и бактериального воспаления изучена недостаточно. Неудивительно, что симпозиум компании «Тева» «Инфекция и аллергия – единые проблемы и пути решения», организованный в рамках XVIII Съезда оториноларингологов России, привлек к себе особое внимание специалистов.



Профессор Р.С. Козлов

Возбудители риносинуситов: этиология и особенности резистентности в России

Распространенность хронических риносинуситов является самой высокой среди всех хронических заболеваний. Д.м.н., профессор, директор НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии Р.С. КОЗЛОВ привел данные, что среди возбудителей риносинусита лидируют бактерии *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, у детей третье место по частоте занимают *M. catarrhalis*, а у взрослых – риновирусы, аденовирусы, вирусы гриппа. Естественно, что для эрадикации микроорганизмов назначаются антибиотики.

При выборе антимикробной терапии большое внимание следует уделять приобретенной резистентности. Р.С. Козлов привел данные многоцентрового исследования антимикробной резистентности ПеГАС (рис. 1). Самая высокая резистентность *S. pneumoniae* наблюдается к ко-тримоксазолу и тетрациклину. Несмотря на то, что с 1999 по 2009 г. использование ко-тримоксазола и тетрациклина в лечении инфекций дыхательных путей в России значительно сократилось, уровень устойчивости к ним практически не изменился. Это говорит о том, что у микроорганизмов быстро вырабатывается устойчивость и медленно восстанавливается чувствительность к антимикробным препаратам. Как видно из рисунка 1, показатель резистентности возбудителя к основным классам препаратов, традиционно использующимся для лечения инфекций дыхательных путей, невысок. Низкая резистентность *S. pneumoniae* к азитромицину сохраняется на уровне 6–7% в течение последних 10 лет. Отметим, что среди макролидов клинически значимой активностью в отношении гемофильной палочки обладают азитромицин и кларитромицин, причем у азитромицина этот показатель выше. Проблема резистентности как грамположительных, так и грамотрицательных штаммов основных возбудителей к азитромицину в России пока не является актуальной. Хороший профиль переносимости позволяет применять



Сателлитный симпозиум компании «Тева»

азитромицин у широкого контингента пациентов. Азитромицин является одним из немногих антибиотиков, который разрешен для применения у детей с раннего возраста, а также при беременности. Профессор Козлов подчеркнул, что правильно выбранный качественный антибиотик в опытных руках специалиста является высокоэффективным и безопасным препаратом.

Роль макролидов в лечении инфекций дыхательных путей

Заболевания ЛОР-органов во многих случаях требуют назначения антибиотиков. Д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» Т.И. ГАРАЩЕНКО подчеркнула, что выбор антибиотика определяет спектр воздействия препарата на бактериальные возбудители заболевания. При ЛОР-инфекциях спектр активности как минимум должен включать *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*. Эти микроорганизмы наиболее чувствительны к защищенным аминопенициллинам, макролидам. В отличие от большинства антибактериальных препаратов, макролиды хорошо проникают внутрь клеток организма, создавая высокие внутриклеточные концентрации. Важной особенностью препаратов этой группы является их способность накапливаться в фагоцитах с последующим выделением в очаге инфекции под воздействием бактериальной стимуляции (фагоцитоз).

Кроме того, на выбор антибиотика влияет уровень резистентности штаммов в конкретном регионе страны. Например, резистентность бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) к эритромицину очень высока в Иркутске и Томске. Однако чувствительность штаммов пневмококка к азитромицину, по данным многоцентрового исследования резистентности ПеГАС, сохраняется на одном уровне на протяжении последних 10 лет (рис. 2).

Число штаммов – 715 (ПеГАС-III)

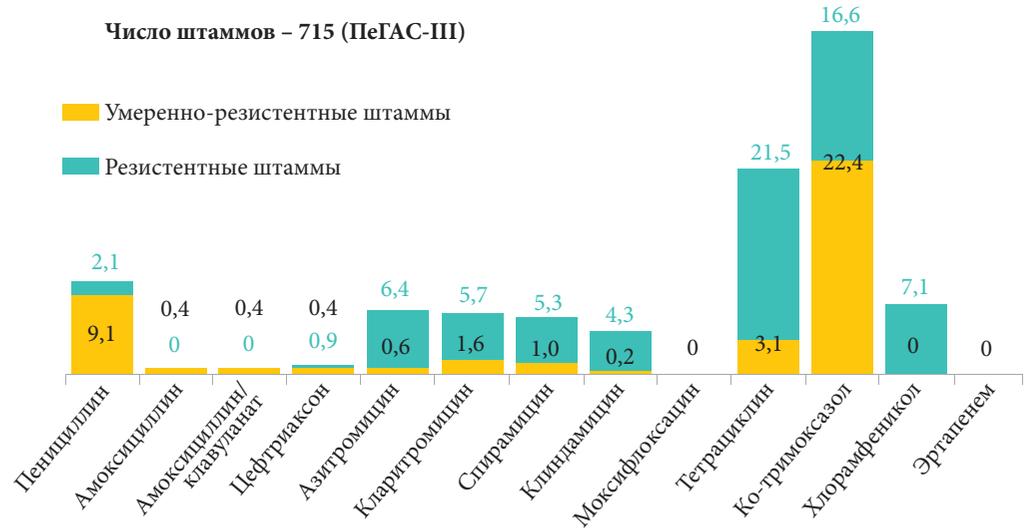


Рис. 1. Частота умеренно-резистентных и резистентных *S. pneumoniae* (2007–2010 гг.)

Азитромицин значительно превосходит эритромицин по активности в отношении не только грамположительных, но и грамотрицательных бактерий (*M. catarrhalis*) и является самым эффективным макролидом в отношении *H. influenzae*. Спектр антимикробной активности азитромицина включает все основные возбудители инфекций верхних дыхательных путей: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*. Кроме того, к азитромицину чувствительны внутриклеточные возбудители: хламидии, микоплазмы. Очень важным свойством азитромицина является способность накапливаться в очаге воспаления, в слизистой бронхов и трахеи, в лимфатической ткани (в частности, в миндалинах), в среднем ухе, параназальных синусах и т.д. По частоте назначения антибиотиков макролиды занимают 3-е место, а в терапии тонзиллитов конкурируют с пенициллинами. При сравнении эффективности азитромицина и феноксиметилпенициллина выяснилось, что короткие (3–6 дней) курсы азитромицина при остром стрептококковом фарингите у детей сопоставимы по эффективности с феноксиметилпенициллином. Доза азитромицина 60 мг так же эффективно эрадици-

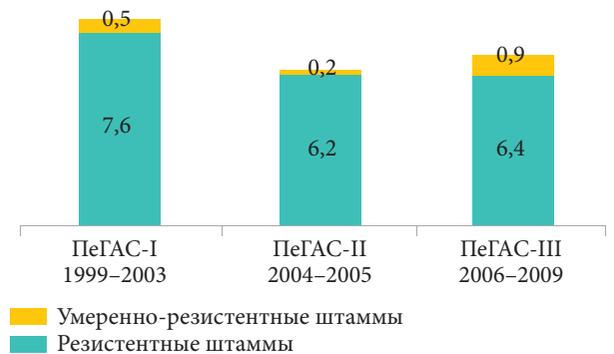


Рис. 2. Динамика резистентности *S. pneumoniae* к азитромицину



Профессор Т.И. Гаращенко

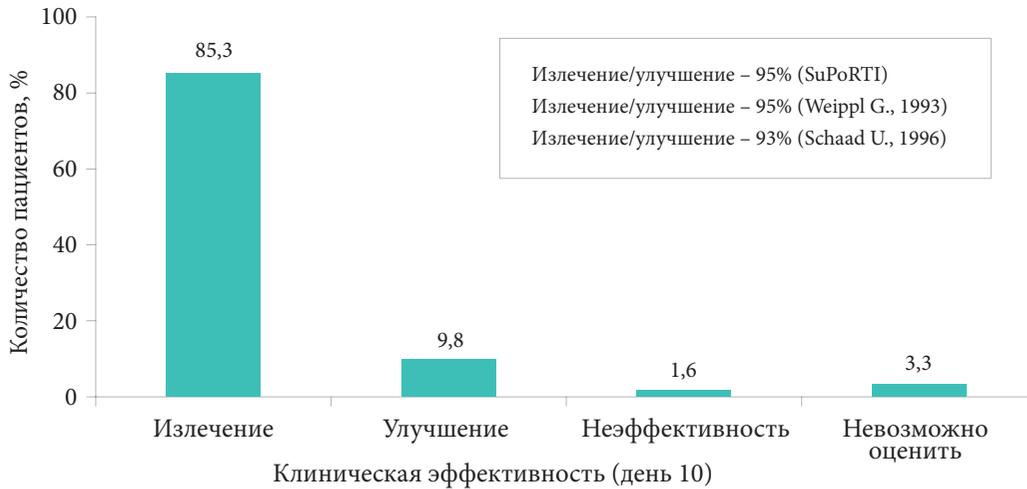


Рис. 3. Клинические исходы при применении азитромицина при остром фарингите/тонзиллите: результаты исследования SuPoRTI, 2010

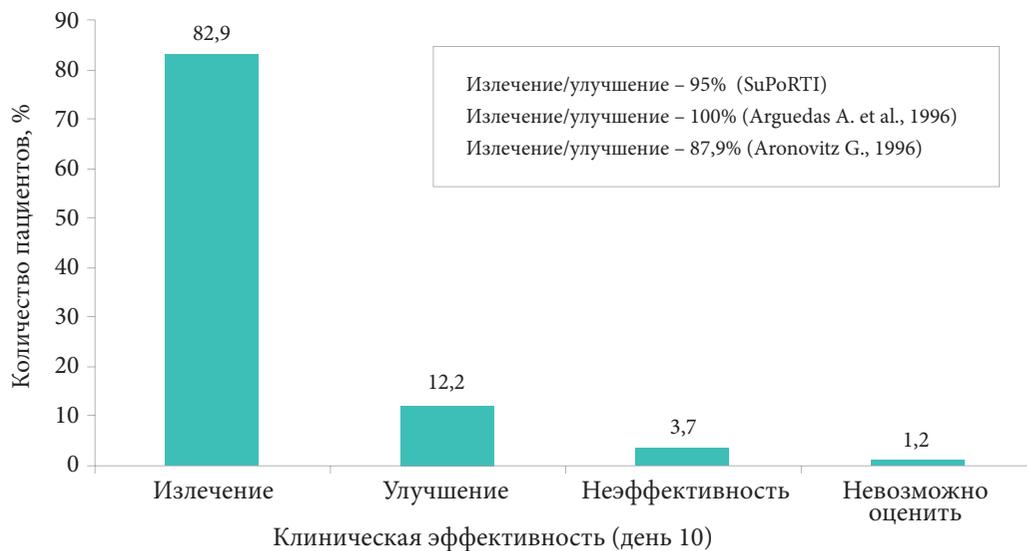


Рис. 4. Клинические исходы при применении азитромицина при ОСО: результаты исследования SuPoRTI, 2010

рует бактерии, как и классический антистрептококковый препарат пенициллин. Согласно полученным данным, в список показаний к применению Сумамеда (азитромицин) включен рецидивирующий тонзиллофарингит, курс лечения: 12 мг/кг в сутки в течение 5 дней (курсовая доза – 60 мг/кг).

Профессор Гаращенко перечислила случаи острого тонзиллофарингита, когда требуется назначение макролидов:

- острый тонзиллофарингит у детей (препараты первого выбора);

- при аллергии на пенициллины;
- в качестве стартовой эмпирической антибиотикотерапии при подозрении на дифтерию у больных с пленчатой ангиной;
- рецидивирующий тонзиллит с хронической лимфаденопатией (подозрение или подтверждение наличия атипичных возбудителей – *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*).

Макролиды являются стартовыми препаратами при пленчатых ангинах, так как они активны в отношении БГСА, *N. gonorrhoeae*,

Tr. pallidum, *C. diphtheriae* и не вызывают макулопапулезной сыпи, наблюдаемой при введении аминопенициллинов, в случае пленчатых ангин при цитомегаловирусной инфекции и мононуклеозе. При остром среднем отите макролиды – альтернативный выбор амоксициллину и амоксициллина/клавуланату и препараты первого выбора при экссудативном отите. Макролиды могут применяться в терапии больных с хроническими полипозными формами риносинуситов (курсы лечения – от 1 до 3–6 месяцев).

Международное исследование SuPoRTI, оценивавшее 10-летнюю динамику клинической эффективности азитромицина (Сумамед), показало, что препарат стабильно обеспечивает хороший эффект при острых тонзиллофарингитах (рис. 3, 4), острых отитах, острых синуситах.

В конце своего выступления Т.И. Гаращенко еще раз акцентировала внимание на преимуществах макролидов, в частности азитромицина (Сумамеда):

- незначительное количество побочных эффектов по сравнению с другими антибиотиками;
- отсутствие влияния на микрофлору кишечника и глотки;
- высокая активность в отношении *M. catarrhalis* и атипичных возбудителей – *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*;
- противовоспалительное, иммуномодулирующее, мукорегулирующее действие;
- наличие удобных для применения у детей лекарственных форм.

Наш опыт лечения полипозно-гнойного риносинусита у больных бронхиальной астмой

Д.м.н., профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.Ю. ОВЧИННИКОВ рассказал об опыте лечения полипозно-гнойного риносинусита у больных бронхиальной астмой, когда в со-



Сателлитный симпозиум компании «Тева»

четанной форме наблюдается аллергическое и гнойное воспаление. Полипозно-гнойный риносинусит в большей степени, чем просто полипозный риносинусит, усугубляет течение бронхиальной астмы из-за нарушения носового дыхания, негативного влияния на иммунитет и дополнительной сенсибилизации, вызванной бактериальной инфекцией. Надо сказать, что такая сочетанная патология довольно распространена: 80% больных полипозным и полипозно-гнойным риносинуситом страдают астмой, у 40% больных бронхиальной астмой диагностируется полипозный риносинусит. Поскольку верхние и нижние дыхательные пути функционально представляют собой одно целое, эти заболевания можно расценивать как единую патологию. В связи с этим даже был предложен термин «ринобронхиальный комплекс» – комплекс клинических проявлений патологии слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в сочетании с бронхиальной астмой.

Можно выделить следующие направления фармакотерапии полипозного гнойного риносинусита как комплексного заболевания:

1. Интраназальные глюкокортикостероиды, которые одинаково эффективно действуют при неспецифическом и бактериальном воспалении.
2. Антибактериальные препараты.
3. Деконгестанты для уменьшения отека околоносовых пазух.
4. Муколитики для облегчения дренирования околоносовых пазух.
5. Хирургическое лечение.

Хирургическое лечение заболеваний ЛОР-органов, особенно на фоне бактериального инфицирования верхних дыхательных путей, при бронхиальной астме во многих случаях приводит к утяжелению бронхолегочного процесса, к развитию бронхоспазма во время операции и в послеоперационном периоде.

В клинике болезней уха, горла и носа и факультетской терапевтической клинике Первого МГМУ

Таблица 1. Сравнение эффективности лекарственных средств в купировании симптомов полипозного риносинусита

| Симптомы | Таблетированные антигистаминные препараты | ИНКС – Назарел (флутиказон) | Деконгестанты |
|-------------------|---|-----------------------------|---------------|
| Ринорея | ++ | +++ | – |
| Чихание | ++ | +++ | – |
| Зуд в носу | +++ | ++ | – |
| Заложенность носа | + | +++ | +++ |

им. И.М. Сеченова было проведено лечение 100 больных бронхиальной астмой, сочетанной с полипозным или полипозно-гнойным риносинуситом. Главной задачей было перевести полипозно-гнойный риносинусит в полипозный риносинусит, чтобы проводить хирургическое лечение в отсутствие бактериального воспаления. У 29% пациентов бронхиальная астма была легкого течения, у 53% – средней тяжести, у 18% – в тяжелой форме. В соответствии с тяжестью заболевания назначался базовый курс терапии. Всем больным требовалось хирургическое вмешательство по поводу полипозного риносинусита. У 40% был выявлен полипозный риносинусит, у 60% – гнойный полипозный риносинусит, причем у 27% больных полипозно-гнойный риносинусит латентного течения, который определяется повышенной бактериальной обсемененностью атипичными возбудителями.

Одним из вариантов купирования беспокоящих пациента симптомов полипозного риносинусита является назначение интраназальных кортикостероидов. А.Ю. Овчинников привел сравнение эффективности действия интраназальных кортикостероидов с антигистаминными препаратами и деконгестантами (табл. 1). Как видно из таблицы 1, эффективность антигистаминных препаратов в отношении основных симптомов



(ринорея, чихание, заложенность носа) уступает интраназальному кортикостероиду (флутиказон пропионат – Назарел). Кроме того, Назарел не оказывает влияния на функцию коры надпочечников даже при совместном применении с ингаляционным препаратом флутиказона пропионатом (при сочетании астмы и аллергического ринита).

Для борьбы с бактериальной инфекцией был выбран антибиотик группы макролидов азитромицин, поскольку спектр действия азитромицина является оптимальным для лечения инфекций дыхательных путей (грамотрицатель-

**Профессор
А.Ю. Овчинников**



*Профессор
Н.А. Арефьева*

ные и грамположительные кокки, грамотрицательные палочки, анаэробные возбудители). Кроме того, он обладает противовоспалительным, иммуномодулирующим действием. В отличие от других макролидов, его можно использовать одновременно с сердечными гликозидами и антигистаминными препаратами. Это важно, поскольку у больных астмой часто наблюдаются дополнительные соматические заболевания.

Таким образом, комплексная терапия пациентов с бронхиальной астмой и полипозным риносинуситом включала:

- Сумамед (азитромицин) по 500 мг в сутки 6 дней;
- Назарел (флутиказона пропионат) 200 мг в сутки 14 дней;
- деконгестанты (ксилометазолин) по 2 дозы в каждую половину носа 2 раза в день первые три дня, далее по необходимости.

На фоне лечения наблюдалось быстрое угасание симптомов полипозно-гнойного риносинусита (отек слизистой оболочки, количество отделяемого). Если на 5-е сутки не удалось остановить этот процесс, то прибегали к инвазивному лечению. Положительный результат комплексного лечения полипозного и полипозно-гнойного риносинусита у больных бронхиальной аст-

мой через 6 месяцев был достигнут у 63%, удовлетворительный – у 25%. Таким образом, не нужно торопиться оперировать больного на стадии полипозно-гнойного риносинусита. При помощи топических кортикостероидов и антибактериальных препаратов можно перевести пациентов с полипозно-гнойным риносинуситом в состояние полипозно-гнойного риносинусита. В случае если потребуется операция, она пройдет менее болезненно. В некоторых случаях объем полипов сокращается настолько, что можно обойтись без хирургического лечения.

Интраназальные кортикостероиды в профилактике осложнений аллергического ринита при ОРВИ у детей

Аллергический ринит – это хроническое, длительно протекающее заболевание, характеризующееся воспалением слизистой оболочки полости носа, которое развивается вследствие нарушения иммунных механизмов. Как отметила д.м.н., профессор, заведующая кафедрой оториноларингологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета Н.А. АРЕФЬЕВА, распространенность аллергического ринита, особенно у жителей крупных городов, растет с каждым годом. По данным Медицинского информационно-аналитического центра Башкортостана, рост распространенности аллергических заболеваний за последний год связан с нетипично жарким летом и более длительным сезоном опыления. Все чаще аллергический ринит диагностируется у детей. Аллергия, к сожалению, манифестирует и другие заболевания: бронхиальную астму (у каждого четвертого аллергика), синусит, экссудативный отит. Защита слизистых верхних дыхательных путей осуществляется в зависимости от возможностей лимфоидных структур глотки, а именно небных миндалин. В зависимости от микробного фона человек по-разному реагирует на инфекцию.

Если в миндалинах повышен вирусный фон, то у пациента выше риск развития аллергического риносинусита, а также общей сенсibilизации оболочки верхних дыхательных путей. Таким пациентам не помогают антигистаминные препараты, им необходимо назначать гормональные препараты, которые обладают иммуносупрессивным и противовоспалительным действием.

Н.А. Арефьева познакомила слушателей с исследованием эффективности монотерапии топическим стероидом (Назарелом) при бактериальном и аллергическом риносинусите и аденоидите, проведенном совместно с профессором Л.Ф. Азнабаевой на кафедре оториноларингологии Башкирского государственного медицинского университета. В исследование были включены 30 детей с аллергическим ринитом среднего и тяжелого течения и осложнением бактериальной полости носа, которое развивается вследствие нарушения иммунных механизмов. Как отметила д.м.н., профессор, заведующая кафедрой оториноларингологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета Н.А. АРЕФЬЕВА, распространенность аллергического ринита, особенно у жителей крупных городов, растет с каждым годом. По данным Медицинского информационно-аналитического центра Башкортостана, рост распространенности аллергических заболеваний за последний год связан с нетипично жарким летом и более длительным сезоном опыления. Все чаще аллергический ринит диагностируется у детей. Аллергия, к сожалению, манифестирует и другие заболевания: бронхиальную астму (у каждого четвертого аллергика), синусит, экссудативный отит. Защита слизистых верхних дыхательных путей осуществляется в зависимости от возможностей лимфоидных структур глотки, а именно небных миндалин. В зависимости от микробного фона человек по-разному реагирует на инфекцию.

Если в миндалинах повышен вирусный фон, то у пациента выше риск развития аллергического риносинусита, а также общей сенсibilизации оболочки верхних дыхательных путей. Таким пациентам не помогают антигистаминные препараты, им необходимо назначать гормональные препараты, которые обладают иммуносупрессивным и противовоспалительным действием.

Н.А. Арефьева познакомила слушателей с исследованием эффективности монотерапии топическим стероидом (Назарелом) при бактериальном и аллергическом риносинусите и аденоидите, проведенном совместно с профессором Л.Ф. Азнабаевой на кафедре оториноларингологии Башкирского государственного медицинского университета. В исследование были включены 30 детей с аллергическим ринитом среднего и тяжелого течения и осложнением бактериальной полости носа, которое развивается вследствие нарушения иммунных механизмов. Как отметила д.м.н., профессор, заведующая кафедрой оториноларингологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета Н.А. АРЕФЬЕВА, распространенность аллергического ринита, особенно у жителей крупных городов, растет с каждым годом. По данным Медицинского информационно-аналитического центра Башкортостана, рост распространенности аллергических заболеваний за последний год связан с нетипично жарким летом и более длительным сезоном опыления. Все чаще аллергический ринит диагностируется у детей. Аллергия, к сожалению, манифестирует и другие заболевания: бронхиальную астму (у каждого четвертого аллергика), синусит, экссудативный отит. Защита слизистых верхних дыхательных путей осуществляется в зависимости от возможностей лимфоидных структур глотки, а именно небных миндалин. В зависимости от микробного фона человек по-разному реагирует на инфекцию.

Все симптомы аллергического проявления (зуд, чихание, ринорея) купировались, уровень эозинофилов сократился в 4 раза. Только трем детям потребовалось дополнительное назначение антибиотиков. Это объясняется тем, что такие пациенты на фоне аллергии нуждаются в длительном лечении для получения убедительного результата и профилактики рецидива. Таким образом, у большинства больных монотерапия интраназальным стероидом (Назарелом) способствует улучшению состояния при бактериальном и аллергическом риносинусите и аденоидите.

ЛСР-005468/08-150708



Современная базисная терапия аллергических ринитов:

- Быстрое устранение симптомов заболевания
- Высокое качество
- Хорошая переносимость
- Доказанная эффективность

НАЗАРЕЛ®

флутиказона пропионат, 50 мкг/доза, 120 доз
спрей назальный дозированный

реклама

Способ применения и дозы

Взрослым и детям 12 лет и старше: по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, желательно утром. В некоторых случаях необходимо вводить по 2 дозы в каждый носовой ход 2 раза в день (максимальная суточная доза 400 мкг). После достижения терапевтического эффекта можно вводить поддерживающую дозу по 50 мкг в сутки в каждый носовой ход (100 мкг). Максимальная суточная доза не должна превышать 400 мкг (по 4 дозы в каждый носовой ход).

Детям в возрасте от 4 до 12 лет: по одной дозе (50 мкг) один раз в сутки в каждый носовой ход, желательно утром. Максимальная суточная доза не должна превышать 200 мкг в каждый носовой ход.

Показания: профилактика и лечение сезонного и круглогодичного аллергических ринитов. Взрослым и детям с 4-х лет.

Данная информация предназначена для медицинских специалистов. Перед назначением препарата ознакомьтесь с подробной инструкцией по применению.

За дополнительной информацией обращаться:
Общество с ограниченной ответственностью «Тева»
Россия, 119049 Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 1 |
Тел. +7.495.6442234 | Факс +7.495.6442235 | www.teva.ru
Группа компаний Teva: ООО «Тева» | ООО «ГЛИВА РУС» |
ООО «ратиофарм РУС» | IVAX | PLIVA | ratiopharm