

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

2011

оториноларингология

ХVІІІ СЪЕЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Санкт-Петербург
26–28 апреля 2011

СПЕЦВЫПУСК

IX КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РИНОЛОГОВ

Уважаемые коллеги!

**Приглашаем вас принять участие в работе IX конгресса
Российского общества ринологов, который состоится 22–24 июня 2011 года
в столице Республики Татарстан Казани.**

На конгрессе будут рассмотрены такие важные вопросы, как:

- эпидемиология заболеваний носа и околоносовых пазух;
- острый риносинусит (диагностика и лечение с позиций доказательной медицины);
- хронический и полипозный риносинусит;
- нарушения мукоцилиарной транспортной системы полости носа (возможности диагностики и медикаментозного лечения);
- обонятельные расстройства;
- эндоскопическая ринопластика (базисные принципы и расширенные показания);
- инновационные технологии в ринопластике и некоторые другие.

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Российское общество ринологов
ООО «Эндоскан» (Казань),
президент конгресса
В.Н. Красножен,
профессор, заведующий кафедрой
оториноларингологии
Казанской государственной
медицинской академии

По уровню научной информации этот конгресс будет одним из самых значимых форумов в нашей специальности. Оргкомитет постарается сделать все, чтобы у вас остались самые лучшие воспоминания об участии в работе IX конгресса ринологов России.

Добро пожаловать в Казань!

Заявки на бронирование гостиницы принимаются до 1 мая 2011 года
по электронному адресу: endoscan@mi.ru или по факсу: +7 (843) 238 14 23, 238 42 94

Дополнительная информация о проведении конгресса размещена на сайтах:

www.rhinology.ru www.rhinocongress2011.ru

Эффективная
фармакотерапия.
Спецвыпуск.
Оториноларингология.
Июнь. 2011.

**Генеральный директор
издательского дома
Группы компаний «Медфорум»**
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта
Н. БУХАРОВСКАЯ
(farmeffectiv@mail.ru)

**Менеджер по организации
мед. конференций**
М. БЕЛОВА
(belova@webmed.ru)

Редакция журнала:
выпускающий редактор
А. ЗИМЕНКОВА

медицинский редактор
Л. ГОЛОВИНА

ответственный секретарь
И. РЕПИНА

корректор Е. САМОЙЛОВА

дизайнер Н. НИКАШИН

фотосъемка Н. АГАФОНОВА

подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

Редакционный совет:
В.В. ВИШНЯКОВ

Т.И. ГАРАЩЕНКО

А.В. ГУРОВ

Г.Н. НИКИФОРОВА

А.Ю. ОВЧИННИКОВ

С.В. РЯЗАНЦЕВ

В.М. СВИСТУШКИН

А.В. СОБОЛЕВ

**Издательский дом
Группы компаний «Медфорум»:**

127422, Москва,

ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3

Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Тираж: 12 тыс. экз.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.

Любое воспроизведение материалов и их
фрагментов возможно только

с письменного разрешения

редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Содержание

ХVIII СЪЕЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ РОССИИ

Достижения и перспективы
современной оториноларингологии 2

САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «ЗАМБОН» Эффективность N-ацетилцистеина в эрадикации биопленок

Р.С. КОЗЛОВ. Проблема биопленок при ЛОР-патологиях
Т.И. ГАРАЩЕНКО. Биопленки и рецидивирующие респираторные инфекции
В.М. СВИСТУШКИН. Возможности муколитической терапии 6

САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «ТЕВА» Инфекция и аллергия – единые проблемы и пути решения

Р.С. КОЗЛОВ. Возбудители риносинуситов: этиология
и особенности резистентности в России
Т.И. ГАРАЩЕНКО. Роль макролидов в лечении инфекций дыхательных путей
А.Ю. ОВЧИННИКОВ. Наш опыт лечения полипозно-гнойного риносинусита
у больных бронхиальной астмой
Н.А. АРЕФЬЕВА. Интраназальные кортикостероиды в профилактике
осложнений аллергического ринита при ОРВИ у детей 12

САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА КОМПАНИИ «АСТЕЛЛАС»

Флемоклав Соллютаб® и Вильпрафен® Соллютаб в терапии ЛОР-инфекций

С.В. РЯЗАНЦЕВ. Итоги наблюдательной программы эпидемиологии использования
препаратов Флемоклав® Соллютаб и Вильпрафен® Соллютаб в оториноларингологической
практике (АРИГАТО-III)

Т.И. ГАРАЩЕНКО. Современный взгляд на рациональную антибиотикотерапию
отитов у детей

М.А. ЗОЛОТАРЕВА. Инфекции носа и околоносовых пазух:
от ОРВИ до острого бактериального синусита 18

САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ MSD

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: мы знаем о них все! Все ли?

Р.С. КОЗЛОВ. Эпидемиология возбудителей и антибактериальная терапия заболеваний
верхних дыхательных путей

С.Я. КОСЯКОВ. Лечение острых и хронических риносинуситов:
радость побед и горечь поражений

А.С. ЛОПАТИН. Полипозный риносинусит: вчера, сегодня, завтра

С.В. РЯЗАНЦЕВ. Аллергический ринит и его взаимосвязь с другими воспалительными
заболеваниями верхних дыхательных путей: медикаментозная терапия

А.В. ЛОСЕВ. Лечение хронических аденоидитов у детей 24

САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «БАЙЕР»

Фторхинолоны в терапии инфекций ЛОР-органов

А.В. ГУРОВ. Клинико-микробиологический подход к антимикробной терапии
инфекций ЛОР-органов в современных условиях

Р.С. КОЗЛОВ. Безопасность и эффективность современных антибиотиков
при инфекциях ЛОР-органов

Г.Н. НИКИФОРОВА. Возможности и особенности антибактериальной
терапии хронических риносинуситов 30

САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «НИКОМЕД»

Инфекционные и аллергические риниты: возможности назальных деконгестантов

М.А. КАЛИНИН. Ринит – вечная проблема. Пути ее «смягчения»

А.В. СОБОЛЕВ. Трудности диагностики аллергического ринита

Р.Ф. ГАЛЕЕВ. Применение ипратропия бромида при лечении больных
аллергическим ринитом 36



Достижения и перспективы современной оториноларингологии

26–28 апреля 2011 года Санкт-Петербург принимал участников XVIII Съезда оториноларингологов России. Для подведения итогов и определения направлений дальнейшей работы в северную столицу приехали более 1200 делегатов из всех регионов страны. Участие в съезде выдающихся ученых и специалистов обеспечило пленарным и секционными заседаниями высокий уровень рассмотрения актуальных проблем оториноларингологии.

На торжественном открытии XVIII Съезда оториноларингологов России первым поприветствовал и поздравил собравшихся президент Российского общества оториноларингологов, д.м.н., профессор Ю.К. ЯНОВ. Он передал слово председателю Постоянной комиссии по здравоохранению и экологии Законодательного собрания Санкт-Петербурга О.Е. СЕРГЕЕВУ, который подчеркнул, что оториноларингология сейчас одна из самых востребованных специальностей, и «проведение такого представительного съезда – большой

шаг в развитии отрасли». Президент Украинского общества оториноларингологов профессор Д.И. ЗАБОЛОТНЫЙ, приветствуя коллег, отметил, что в российской оториноларингологии работают высококлассные специалисты. От имени Российской академии наук участников съезда поздравил член-корреспондент РАМН М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ. Он обратил внимание собравшихся на то, что «российская оториноларингология за последнее время очень выросла и объективно находится на высоком мировом уровне». Главный специалист Мин-

здравоохранения РФ, профессор Я.И. НАКАТИС подчеркнул, что съезд дарит всем возможность подвести итоги и наметить перспективы последующей работы. В своих пленарных докладах ведущие специалисты страны охватили широкий круг вопросов. Академик РАМН Ю.М. ОВЧИННИКОВ в докладе «Plusquamperfekt» («предпрошедшее время») осуществил экскурс в историю оториноларингологии середины XX в. Ю.К. Янов представил участникам съезда программу модернизации амбулаторно-поликлинической оториноларингологической службы. Профессор Н.А. ДАЙХЕС говорил о высоких медицинских технологиях в оториноларингологии. Он привел статистику, согласно которой наибольшее число высокотехнологичных операций проводится в ФГУ НКЦ оториноларингологии ФМБА (Москва). Создание филиалов центра позволит сделать специализированную помощь доступной для пациентов в федеральных



Профессор Я.И. Накатис



Ведущие специалисты-оториноларингологи России



XVIII Съезд оториноларингологов России

округах. Работа филиалов должна быть организована в соответствии со стандартами ВМП, объединяющей подходы к диагностике, лечению и реабилитации пациентов, унификации оборудования, подготовке высококвалифицированных медицинских специалистов. Д.м.н. А.Ю. ОВЧИННИКОВ свой доклад посвятил возрастающему значению атипичной микрофлоры в формировании воспаления верхних дыхательных путей. Частота инфекций, вызванных *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae*, составляет до 10% во внеэпидемический период и может достигать 25–50% во время эпидемических вспышек. Профессор А.С. ЛОПАТИН рассказал о прошлом, настоящем и будущем отечественной ринологии. После пленарного заседания начали свою работу секции и сателлитные симпозиумы.

Детская оториноларингология

Особое внимание было приковано к секции детской оториноларингологии. Традиционно вопросы детской оториноларингологии активно обсуждаются на всех знаковых мероприятиях. Подавляющее число заболеваний у детей – болезни респираторного тракта. Ежегодная обращаемость к врачу оториноларингологу практически в 2 раза выше, чем к врачу-педиатру. Большая часть докладов была посвящена хирургическому лечению ЛОР-патологий. Профессор Х.Т. АБДУЛКЕРИМОВ представил доклад, посвященный оптимизации хирургического вмешательства при рецидивирующем респираторном папилломатозе. Он подчеркнул, что использование аргон-усиленной плазменной коагуляции снижает риск травматизации здоровых, не затронутых процессом окружающих тканей. Почти полностью отсутствуют кровотечения и образование рубцов, значительно уменьшается болевой синдром, сокращаются сроки госпитализации и реабили-



тации. Кроме того, в докладе было уделено внимание профилактике воспалительных проявлений после хирургического вмешательства на лимфоузловом кольце, а также значению эндоскопии в хирургическом лечении риносинусогенных орбитальных осложнений. О.А. ДЕНИСОВА (Первая Морозовская детская городская клиническая больница, Москва) сообщила, что методики эндоназального эндоскопического вскрытия околоносовых пазух при осложненном течении риносинусита являются более безопасными, эффективными и физиологичными. С большим интересом участники съезда выслушали результаты исследований, посвященные эффективности медикаментозного лечения острого риносинусита и среднего отита, рецидивирующего аденоидита, хронического тонзиллита и др. Отметим, что секция «Детская оториноларингология» оказалась одной из самых представительных, на ней выступили более 30 докладчиков не только из Москвы и Санкт-Петербурга, но и других городов России и Украины.

Актуальные вопросы фониатрии

Фониатрия базируется на анатомических, физиологических, диагностических и терапевтических принципах оториноларингологии

и использует достижения других разделов медицины (неврологии, психиатрии, педиатрии, стоматологии, ортодонтии), а также научных дисциплин немедицинского профиля (лингвистики, фонетики, психологии, педагогики, акустики и наук, изучающих вопросы человеческого поведения и общения). Об истории, научных исследованиях, клинической практике Санкт-Петербургской фониатрической школы рассказала профессор Ю.Е. СТЕПАНОВА. В 1885 г. профессор Н.П. Симановский основал первую в России ЛОР-кафедру в Санкт-Петербургской военно-медицинской академии. При академии были открыты курсы по изучению основных аспектов голосообразования. В 1919 г. в Петербурге при психоневрологическом институте им. Бехтерева стали функционировать поликлиника и стационар на 15 коек. Отделение перевели в больницу им. Энгельса, которая в 1930 г. была реорганизована в научно-практический институт по болезням уха, горла, носа и речи (сейчас СПбНИИ уха, горла, носа и речи). В этом же году в институте открывается отделение патологии голоса и речи. Под руководством профессора Д.В. Фельдберга создается научная школа, разрабатываются вопросы диагностики и лечения болезней речи и голоса. К решению

*Президиум съезда.
Выступление профессора Ю.К. Янова*



XVIII Съезд оториноларингологов России



этих проблем привлекается широкий круг специалистов института – оториноларингологи, невропатологи, психиатры, логопеды, фонопеды, ритмисты. Развитие фониатрии в довоенный период было связано с изучением вопросов профпатологии вокалистов и научным обоснованием вокально-педагогических приемов. Во время Великой Отечественной войны в первую очередь решались задачи, обусловленные военным временем: лечение больных с расстройствами голоса и речи, вызванные огнестрельными ранениями голосового аппарата. После войны продолжились разработки методов лечения новообразований гортани, исследования по охране детского голоса, профилактике голосовых расстройств. Научные исследования, проводящиеся в наши дни, – это достойное продолжение традиционных и разработка новых направлений. Традиционными для фониатрической школы Санкт-Петербурга являются фундаментальные и прикладные исследования: морфологические исследования гортани; изучение особенностей детского голоса; заболевания голосового аппарата у лиц голосо-речевых профессий; разработка новых методов диагностики и лечения заболеваний гортани. Клиническая практика бази-

руется на инновационных методах диагностики и лечения заболеваний голосового аппарата.

Голос во многом зависит от внутреннего состояния человека, от состояния его психики, нервной системы, других органов и систем. К.м.н. Е.В. ОСИПЕНКО рассказала о многообразии и значении общей оториноларингологической и соматической патологии в фониатрической практике. В процессе голосообразования и дыхания фактически принимают участие все системы организма – ЦНС, артикуляционный аппарат, носо-, рото-, гортаноглотка, околоносовые пазухи, полость носа, трахея, легкие, собственно гортань, которая привлекает наиболее пристальное внимание, потому что это самый чувствительный и выразительный компонент голосового аппарата. Нарушение голоса не должно рассматриваться изолированно от анатомического взаимодействия между различными органами и системами организма пациента.

Главная цель, которую ставят перед собой фониатры, – профилактика, диагностика и лечение заболеваний голосового аппарата. В.А. КАЛЯГИН (Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи) представил результаты работы, посвященной изучению характера и выраженности личностных реакций пациента на дефекты голоса. Полученные данные позволяют говорить о сложном характере взаимоотношений голоса и психики при дисфониях. Важное значение в патогенезе нарушений голоса имеет взаимодействие различных факторов, формирующих у пациентов внутреннюю картину болезни. Общие механизмы психической адаптации определяются характером и, прежде всего, тяжестью нарушения голоса. С нарастанием тяжести дисфонии, определяемой органическим компонентом, преобладающее влияние на больных оказывает нарушение голоса, а при функциональных дисфониях на первое место выходят индивидуальные личностные характеристики больных, что проявляется в значительной ва-

риативности реакций на свое заболевание.

А.Ю. ЮРКОВ (Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи) рассказал о выявленных особенностях патологических процессов в гортани у больных с нейровегетативными расстройствами. Проанализировав результаты оценки активности вегетативной нервной системы у больных с полипами голосовых складок, папилломатозом, раком и функциональной дисфонией по гипотонусному типу, необходимо отметить, что в большинстве случаев соотношение параметров, отражающих эту активность, является сходным. В связи с этим было проведено сравнение данных о функциональном состоянии вегетативной нервной системы при различных заболеваниях с помощью непараметрического теста Манна-Уитни, который показал значимые различия между группой больных с полипами и узелками голосовых складок и группами больных с другими заболеваниями. Это объясняется наличием во всех группах больных с эйтонией, гипореактивностью и недостаточным вегетативным обеспечением деятельности. Возможно, при длительной дисфункции вегетативной нервной системы происходит нарушение гистологической дифференцировки эпителиоцитов слизистой оболочки гортани с развитием атипичных изменений.

Всего на секции выступили около 20 специалистов, большинство врачей представляли Санкт-Петербургскую и Московскую фониатрические школы, однако среди докладчиков были представители и других городов (Екатеринбург, Ярославль и Краснодар).

Совещание главных оториноларингологов регионов России

Важные проблемы оториноларингологии обсуждались на Совещании главных оториноларингологов регионов России. Первым на повестке дня стоял отчет главного оториноларинголога Минздравсоцразвития РФ Я.А. НАКАТИСА. Он отме-



XVIII Съезд оториноларингологов России

тил, что в настоящее время в стране имеются хорошая материальная база и высокопрофильные педагогические кадры для подготовки квалифицированных оториноларингологов. В России выполняются многие высокотехнологичные методы хирургических вмешательств, которые соответствуют международному уровню оказания оториноларингологической помощи. Я.А. Накатис доложил о том, что он принимал участие в подготовке, а затем и окончательной редакции Порядка оказания медицинской помощи населению по профилям «оториноларингология» и «сурдология – оториноларингология». При главном специалисте Минздравсоцразвития РФ из специалистов-оториноларингологов, руководителей профильных учреждений и главных внештатных специалистов регионов был сформирован Экспертный совет по оториноларингологии. Член Экспертного совета профессор Т.И. ГАРАЩЕНКО рассказала о сложностях, с которыми столкнулись специалисты при подготовке и предварительной редакции Стандартов (протоколов) лечения оториноларингологических патологий. Она подчеркнула, что для написания стандартов необходимо расширить список жизненно важных лекарственных средств. В 2008 г. в комиссию по стандартизации было представлено dossier на более чем 50 препаратов. Было учтено, что 50% всех антибиотиков используются в оториноларингологии, поэтому от того, насколько разумную антибактериальную терапию будут проводить оториноларингологи, зависит уровень резистентности. Все предложенные антибиотики были согласованы с МАКМАХ. Однако в список жизненно важных лекарственных средств вошло только два препарата, что создало большие трудности для составителей стандартов. Вторая важная задача – закодировать новые виды диагностики и хирургических вмешательств. Оториноларингология, как никакая другая специальность, активно раз-

вивалась за последние годы. Ринология и фарингология требуют перекодирования на 70% и 80% соответственно. Профессор Гаращенко привела пример: в Москве стандарты были написаны в 1991 г., из всех хирургических манипуляций там указана радикальная операция на верхнечелюстной пазухе. Поэтому представляется существенным пересмотреть всю номенклатуру новых методов лечения, диагностики, физиотерапии, закодировать их как услуги. Это является необходимым условием составления стандарта, отражающего современный уровень развития специальности. Собрание главных оториноларингологов регионов России закончилось дискуссией о проблемах организации оториноларингологической службы в стране.

Общие вопросы

В научную программу XVIII Съезда были включены и другие важные проблемы оториноларингологии: вестибулология и отоневрология, заболевания глотки, реконструктивная хирургия среднего уха, ринология. Особое внимание было уделено вопросу кохлеарной имплантации – как наиболее перспективному направлению реабилитации незлышащих. Специалисты посвятили свои доклады настройке речевых процессоров кохлеарных имплантов и слухоречевой реабилитации после кохлеарной имплантации. За последнее время в отечественной оториноларингологии произошли значительные позитивные изменения, в медицинскую практику активно внедряются эндоскопические методы лечения, благодаря чему специальность вышла на новый уровень. В рамках съезда состоялся мастер-класс «Инновационные эндоскопические технологии в диагностике заболеваний гортани у взрослых и детей», в теоретической части которого был представлен анализ эффективности применения различных методов исследования в дифференциальной диагностике заболеваний гортани у взрослых и детей с



использованием новейших технологий (видеоэндостробоскопия, видеофибrolарингоскопия, видеориноларингоскопия, аутофлюоресцентная эндоскопия), а в практической – в режиме онлайн продемонстрированы операции пациентов с заболеваниями гортани.

Несмотря на то, что оториноларингология в значительной степени является хирургической специальностью, консервативное лечение также играет важную роль в терапии острой патологии и обострений хронических заболеваний. Участники съезда также обсудили эффективность и рациональность фармакотерапии, рекомендации по применению лекарственных средств в области оториноларингологии. Это удалось сделать благодаря включению в программу мероприятия спутеллитных симпозиумов, на которых рассматривались преимущества тех или иных лекарственных средств. Насыщенную научную программу съезда дополнила выставка, где отечественные и зарубежные компании представили лекарственные средства, медицинское оборудование, инструменты, там же можно было ознакомиться со специализированными медицинскими изданиями.

Решения, принятые на съезде, будут опубликованы в следующем номере журнала «Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология».



Эффективность N-ацетилцистеина в эрадикации биопленок

В последнее время представления об организации жизни бактерий, особенностях их существования во внешней среде и организме человека претерпели важные изменения. Основные открытия в этой области связаны с изучением бактериальных пленок. Современные способы подавления образования биопленок рассматривались на симпозиуме «Фармакотерапия при биопленках: пути решения проблемы. К 15-летию Ринофлуимуцила в России», организованном в рамках XVIII Съезда оториноларингологов при поддержке компании «Замбон».

Проблема биопленок при ЛОР-патологиях

О клиническом значении биопленок при ЛОР-патологии рассказал д.м.н., профессор, директор НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государ-

*Профессор
Р.С. Козлов*

ственной медицинской академии Р.С. КОЗЛОВ. Образование биопленок имеет особенно важное значение при хронических инфекциях (хронический средний отит, хронический риносинусит и т.п.). При острых инфекциях без тенденции к колонизации бактерий роль биопленок гораздо меньше. Профессор Козлов подчеркнул, что 99% микроорганизмов существуют в виде биопленок. Биопленка – это группа активно взаимодействующих друг с другом микроорганизмов и их внеклеточных продуктов, формирующих структурное сообщество на поверхности ткани, инородных тел или медицинских приспособлений. Потенциальные возбудители инфекции дыхательных путей и ЛОР-органов свободно образуют биопленку. Скорость ее формирования зависит от многих внешних факторов, в том числе от количества питательных веществ. Принципиально важным условием для

образования биопленки является наличие поверхности (идеальный субстрат – инородное тело), на которой планктонная форма бактерий может эффективно абсорбироваться. После адгезии и пролиферации микроорганизмов начинается процесс созревания биопленки, вырабатывается субстрат, который, с одной стороны, обеспечивает более тесное взаимодействие микробиоты в биопленке, с другой – защищает биопленку от неблагоприятных факторов окружающей среды (высушивание, антибиотики и дезинфектанты, клеточные и гуморальные механизмы защиты макроорганизма). Для эффективного существования биопленке нужна высокая микробная плотность. Когда концентрация достигает критической массы, бактерии перестают размножаться внутри биопленки, происходит деление планктона и высвобождение планктонных клеток.

У микроорганизмов в составе биопленки наблюдается увеличение устойчивости к антимикробным препаратам (как минимум в 100 раз). Экзополисахаридный матрикс биопленки (биополимер, обеспечивающий контакт бактерий с колонизируемой поверхностью) создает барьер для проникновения антибиотика. Кроме того, определенные виды бактерий обладают способностью обмениваться друг с другом некоторыми механизмами вирулентности, в том числе генами резистентности. Именно поэтому сейчас все большее зна-





Сателлитный симпозиум компании «Замбон»

чение приобретает способность действующих веществ препаратов проникать в биопленку и разрушать ее плотность. Р.С. Козлов отметил, что антибиотики разрушают в первую очередь ту часть биопленки, которая находится дальше от поверхности и ограничена в доступе к питательным веществам. Однако когда верхняя часть пленки удалена, нижние слои получают доступ к питательным веществам, начинают активно размножаться и, как следствие, идет развитие повторной инфекции.

В настоящее время разрабатываются новые подходы к блокированию образования биопленки *in vitro*. Во-первых, это фаготерапия – разрушение биопленки синтезированным бактериофагом. Во-вторых, использование белков, препятствующих адгезии бактерий. В-третьих, создание дефицита питательных веществ внутри биопленки.

Р.С. Козлов познакомил слушателей с новейшей доказательной базой эффективной эрадикации биопленок при ЛОР-инфекциях N-ацетилцистеином и его производными в комбинации с некоторыми антимикробными препаратами. Так, J.P. Pintucci и соавт. в 2010 г. опубликовали результаты исследования, которое продемонстрировало эффективность N-ацетилцистеина в снижении адгезии микроорганизмов при ЛОР-инфекциях. В 2011 г. А. Smith и соавт. представили систематический обзор 30 исследо-

ваний, который показал, что тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат (Флуимуцил®-антибиотик ИТ) имеет преимущество в борьбе с биопленками, в том числе в клинических условиях.

Биопленки и рецидивирующие респираторные инфекции

В структуре заболеваемости верхних дыхательных путей основное место занимают риносинуситы (41,2%), тонзиллофарингиты (33,5%), отиты (22,6%) и ларингиты (2,5%). Риносинусит часто переходит в хроническую форму, которая носит персистирующий характер, даже несмотря на оптимальную терапию пероральными и внутривенными антибиотиками. Также растет распространенность рецидивирующих форм острого среднего отита. Ведущей причиной затяжного и хронического течения заболеваний респираторного тракта являются бактериальные пленки, считает главный специалист по детской оториноларингологии Департамента здравоохранения Москвы, д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России» Т.И. ГАРАЩЕНКО.

Образование биопленок инициируется множественными генетическими механизмами бактерий. Бактерии стремятся приблизиться к поверхности и организовать в микроструктуры – биопленки. Планктонные клетки прикрепляются к поверхности (например,



Профессор
Т.И. Гаращенко

к кохлеарному импланту) до тех пор, пока не образуют единый монослой. Микроколонии синтезируют вокруг себя слизистый матрикс, формируя биопленку. От биопленки отделяются планктонные микробные клетки, которые в последующем могут образовывать новые биопленки и тем самым становятся причиной реинфекции или обострения хронического процесса. Сложность эрадикации биопленок заключается в том, что антибиотики плохо проникают внутрь биопленки и редко достигают самых глубоких ее слоев. Кроме того, бактерии внутри биопленок «передают» друг другу факторы резистентности к пероральным и внутривенным антибактериальным препаратам.

Существуют методики, которые позволяют выявлять биопленки. Это сканирующая электронная микроскопия, флуоресцентная *in situ* гибридизация, ПЦР. К сожалению, эти методы практически недоступны врачам. Между тем бактериальные биопленки вызывают 65% нозокомиальных (внутрибольничных) инфекций, лечение которых оценивается в 1 млрд долларов США в год. К таким инфекциям могут быть отнесены все оториноларингологические хронические заболевания, в том числе хронические отиты и хронические

Многочисленные клинические исследования показали, что мукорегулирующая терапия содействует разрушению биопленок. Так, были получены результаты, свидетельствующие, что N-ацетилцистеин (Ринофлуимуцил® и Флуимуцил®) ингибирует образование биомасс и вызывает дезагрегацию биопланктона. Причем эффективность этих процессов выше при увеличении концентрации N-ацетилцистеина в очаге инфекции.



Пациенты с риносинуситами, средними отитами и другими заболеваниями верхних дыхательных путей нуждаются как в антибактериальной, так и в местной муколитической терапии, поскольку биопленки локализуются непосредственно на ЛОР-органах. Среди топических муколитиков наиболее известен Ринофлуимуцил.

риносинуситы. Одной из главных задач врача при лечении данных заболеваний является назначение препарата, который способствует эрадикации биопленок. Были проведены многочисленные клинические исследования, которые доказали, что мукоурегирующая терапия способствует разрушению биопленок. Так, были получены результаты, свидетельствующие, что N-ацетилцистеин (Ринофлуимуцил® и Флуимуцил®) ингибирует образование биомасс и вызывает дезагрегацию биопланктона. Причем эффективность этих процессов выше при увеличении

концентрации N-ацетилцистеина в очаге инфекции (рис. 1).

Другое исследование показало, что эффективность комбинации муколитика (N-ацетилцистеина) и антибиотика выше, чем при раздельном применении препаратов (рис. 2). N-ацетилцистеин разрушает слизь и способствует непосредственному действию антибиотика на бактерии. Единственный антибактериальный препарат, который можно комбинировать с муколитиком, – тиамфеникол, поскольку все остальные антибиотики разрушаются прямыми муколитиками, либо их использование должно быть с временным интервалом. Тиамфеникол активен в отношении многих бактерий (к нему сохраняется низкий уровень резистентности), кроме того, его можно применять в виде аэрозоля.

Определение минимальной подавляющей концентрации Флуимуцил®-антибиотика ИТ, вводимого в пазухи, и расчет терапевтической дозы были проведены на кафедре оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова. Пациентам основной группы проводили местную терапию синусита Флуимуцил®-

антибиотиком ИТ внутрипазушно, больные из контрольной группы получали системные антибиотики (амоксциллин/клавуланат). Уже на второй пункции в основной группе возбудитель не выделялся в 72% случаев. В контрольной группе микробная обсемененность определялась у 100% больных. Таким образом, исследователями был сделан вывод, что одновременное совместное применение оригинальной комплексной композиции топических муколитических и антибактериальных препаратов (Флуимуцил®-антибиотик ИТ) значительно повышает эффективность клинических результатов в лечении синуситов. Такая местная терапия может конкурировать с системной антимикробной терапией.

Т.И. Гаращенко рассказала еще об одном проведенном исследовании, целью которого было выяснить, может ли топическое лечение заменить или отсрочить хирургическое вмешательство пациентам с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей. Пациентам в полость носа 10 дней в месяц на протяжении полугода вводили Флуимуцил®-антибиотик ИТ

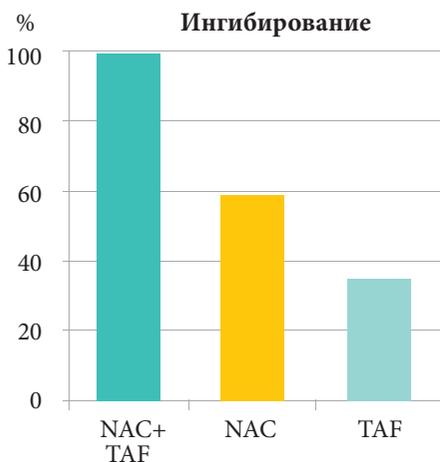
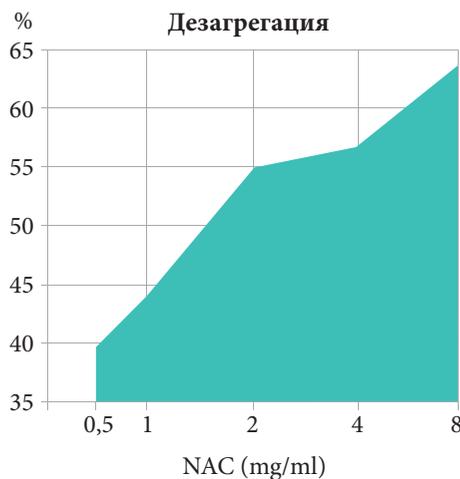
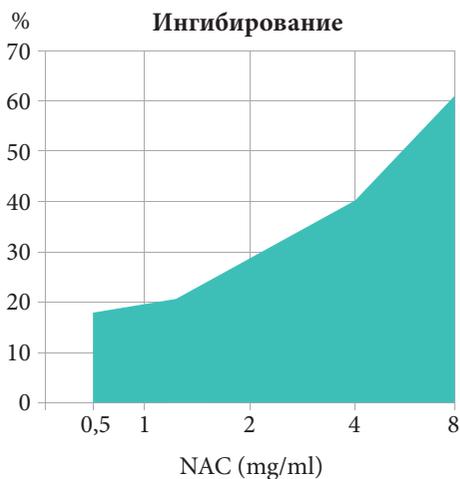


Рис. 1. Дозозависимое действие на биопленки N-ацетилцистеина*

Рис. 2. Активность комбинации N-ацетилцистеина и тиамфеникола (Флуимуцил-антибиотик ИТ) в отношении биопленок*

* Bozzolasco M., Debbia E.A., Schito G.C. Rilevanza dei biofilm batterici nelle infezioni respiratorie: problematiche terapeutiche e possibili soluzioni // GIMMOC. 2002. Vol. V1 (3). P. 203–215.

Туаминогептана сульфат 5 мг/мл, Ацетилцистеин 10 мг/мл

Ринофлуимуцил®

15 лет в России



Двойное действие для свободного дыхания
Растворяет и выводит слизь. Мягко освобождает носовое дыхание

ООО «Замбон Фарма»
119002 Москва, Глазовский пер., д.7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31, www.zambon.ru

Zambon

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



**Профессор
В.М. Свистушкин**

в сочетании с беклометазоном. В результате хирургическое вмешательство потребовалось лишь 20% больных, поскольку основная цель – санация носоглотки от биомасс – была достигнута.

Топическое лечение обладает большей эффективностью при инфекциях верхних дыхательных путей по сравнению с пероральной терапией. Пациенты с риносинуситами, средними отитами и другими заболеваниями верхних дыхательных путей нуждаются в местной муколитической терапии, поскольку биопленки локализуются непосредственно на ЛОР-органах. Среди таких препаратов в России существует только один топический муколитик – Ринофлуимуцил. Это назальный спрей, который содержит в своем составе муколитик

N-ацетилцистеин обладает антиадгезивными свойствами в отношении как вирусов, так и бактерий. Его применение предупреждает обострение хронических процессов, предотвращает вторичное инфицирование и уменьшает бактериальную колонизацию.

N-ацетилцистеин и мягкий сосудосуживающий компонент туаминогептан. Местная муколитическая терапия наряду с антибактериальной терапией необходима пациентам для эрадикации слизи из носовых пазух, которая позволяет избежать застоя слизи и образования биопленок. Особое значение имеет прием Ринофлуимуцила в практике амбулаторного врача, поскольку далеко не во всех амбулаторных учреждениях есть необходимое оборудование для проведения более сложных процедур, и профилактика рецидивов муколитическими препаратами занимает важное место в терапии хронических процессов.

совые пазухи, среднее ухо). Сниженная чувствительность биопленок к стандартным курсам пероральных антибиотиков обуславливает персистирующее течение рецидивирующих респираторных инфекций. Лечение, направленное на разрушение биопленок, представляется более обоснованной стратегией для предотвращения хронизации процессов, чем хирургическое вмешательство.

Таким образом, топическое комбинированное лечение – N-ацетилцистеин + антибиотик (Флуимуцил®-антибиотик ИТ), – а также местную терапию ацетилцистеином (Ринофлуимуцил) можно считать терапией первого выбора при рецидивирующих и

Топическое комбинированное лечение – N-ацетилцистеин + антибиотик (Флуимуцил®-антибиотик ИТ), – а также использование местных муколитиков (Ринофлуимуцил) можно считать терапией первого выбора при рецидивирующих и хронических инфекциях верхних дыхательных путей.

Возможности муколитической терапии

Подводя итоги сателлитного симпозиума, его председатель, главный оториноларинголог Московской области, д.м.н., профессор В.М. СВИСТУШКИН напомнил слушателям, что N-ацетилцистеин:

- активизирует деятельность реснитчатого эпителия;
- уменьшает бактериальную колонизацию;
- уменьшает вязкость и адгезию;
- оказывает противовоспалительный и антиоксидантный эффекты.

Он сообщил, что ведение пациентов с рецидивирующими и хроническими респираторными инфекциями часто представляет непростую задачу для врачей. Биопленки создают очаг хронической инфекции в верхних отделах респираторного тракта (носоглотка, околоно-

хронических инфекциях верхних дыхательных путей. Ринофлуимуцил обладает топическими антиадгезивными свойствами в отношении как вирусов, так и бактерий. Его применение предупреждает обострение хронических процессов, предотвращает вторичное инфицирование и уменьшает бактериальную колонизацию.

В заключение профессор Свистушкин поднял еще одну важную тему – сравнение эффективности и безопасности ацетилцистеина и дженерических препаратов. Оригинальный N-ацетилцистеин содержит меньше дополнительных ингредиентов, чем дженерики, которые могут вызывать токсические или аллергические реакции, а также могут влиять на эффективность действия препарата. Естественно, мы должны отдавать предпочтение оригинальному препарату. ☺

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ АЛЛЕРГОЛОГОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ИММУНОЛОГОВ (РААКИ)
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР «ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ»
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА

XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС **«СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ** **ИММУНОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОФАРМАКОЛОГИИ»**

5-8

июля 2011 г.

Здание Правительства г. Москвы

Москва, ул. Новый Арбат, 36



Основные направления научной программы Конгресса:

- Иммуногенетика человека в XXI веке
- Генетика аллергических заболеваний и иммунопатологий
- Регуляция иммунного ответа человека
- Клиническая иммунология и иммуногенетика
- Молекулярные и клеточные механизмы иммунопатологий и аллергии
- Иммунофармакогеномика
- Современная вакцинология и иммунокоррекция
- Иммунологические аспекты биобезопасности человека
- Аллергология и иммунопатология для врачей общей практики
- Эпидемиология аллергических и иммунопатологических заболеваний и иммунопатологий, факторы риска
- Иммунодиагностика, аллергодиагностика, оценка иммунного статуса, генодиагностика
- Профилактика аллергии
- Фармакотерапия аллергических заболеваний
- Аллергены и специфическая иммунотерапия. Аллерговакцины
- Бронхиальная астма, аллергический ринит и риноконъюнктивит
- Аллергические заболевания кожи
- Пищевая и лекарственная аллергия
- Профессиональные аллергические заболевания
- Неотложные аллергические состояния
- Аллергические заболевания и иммунопатологии в детском возрасте
- Иммунодефициты
- Иммуномодуляторы
- Образовательные программы и стратегические предупредительные меры в аллергологии
- Специализированная иммунологическая и аллергологическая служба

On-line регистрация www.expodata.ru

Оргкомитет: Тел.: (495) 617-36-43; (499) 616-48-82
E-mail: expomap@inbox.ru; goudima@mail.ru
Web-site: www.raaci.ru; www.expodata.ru


ЭКСПО ПРЕСС
expodata.ru
национальные выставки и конференции в деталях



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.

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 используемым 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

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.



Профессор Р.С. Козлов



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).

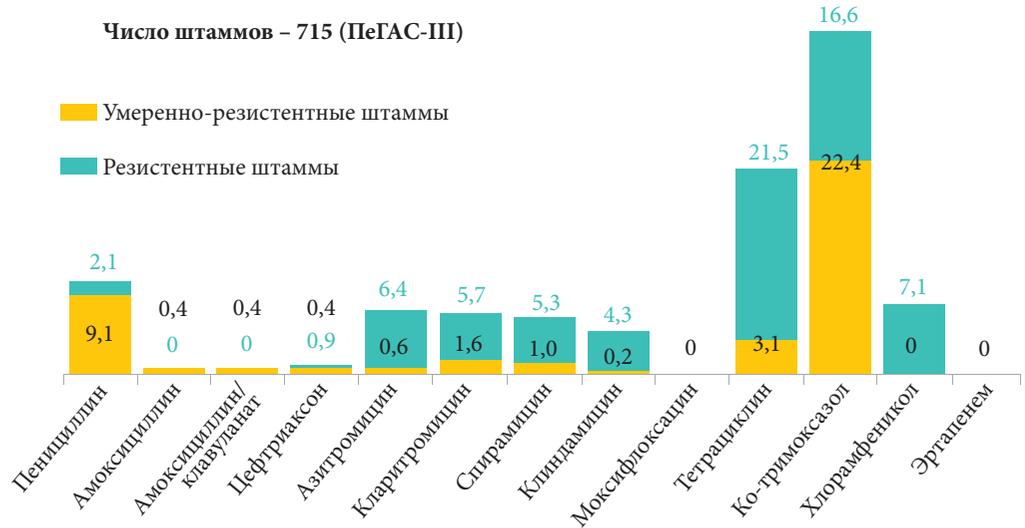


Рис. 1. Частота умеренно-резистентных и резистентных *S. pneumoniae* (2007–2010 гг.)

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-

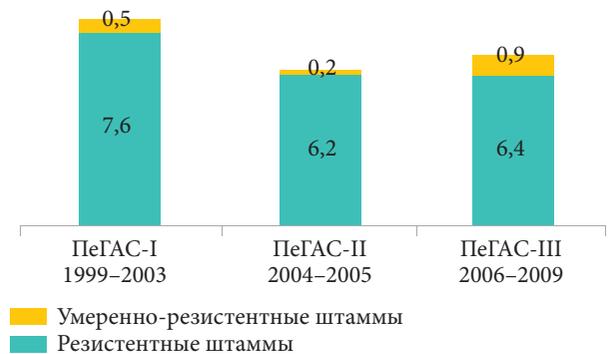


Рис. 2. Динамика резистентности *S. pneumoniae* к азитромицину



Профессор Т.И. Гаращенко

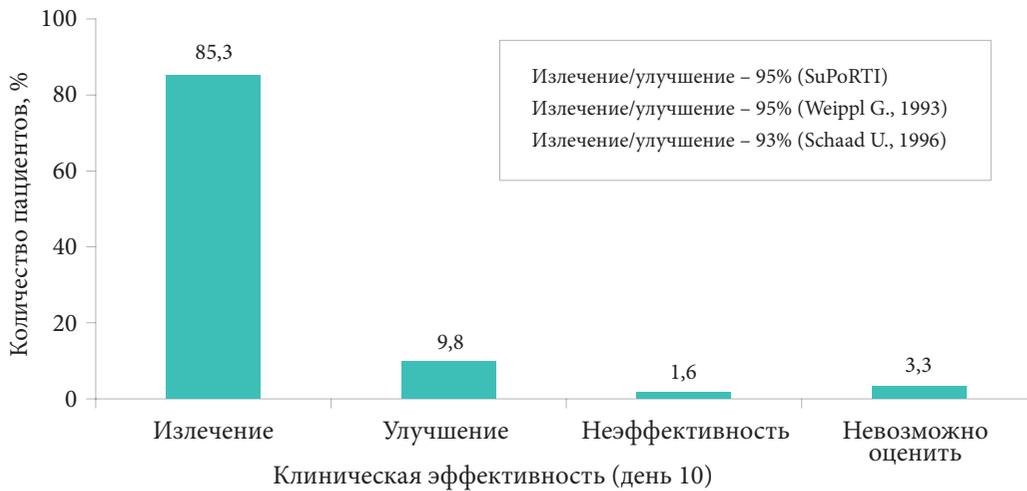


Рис. 3. Клинические исходы при применении азитромицина при остром фарингите/тонзиллите: результаты исследования SuPoRTI, 2010

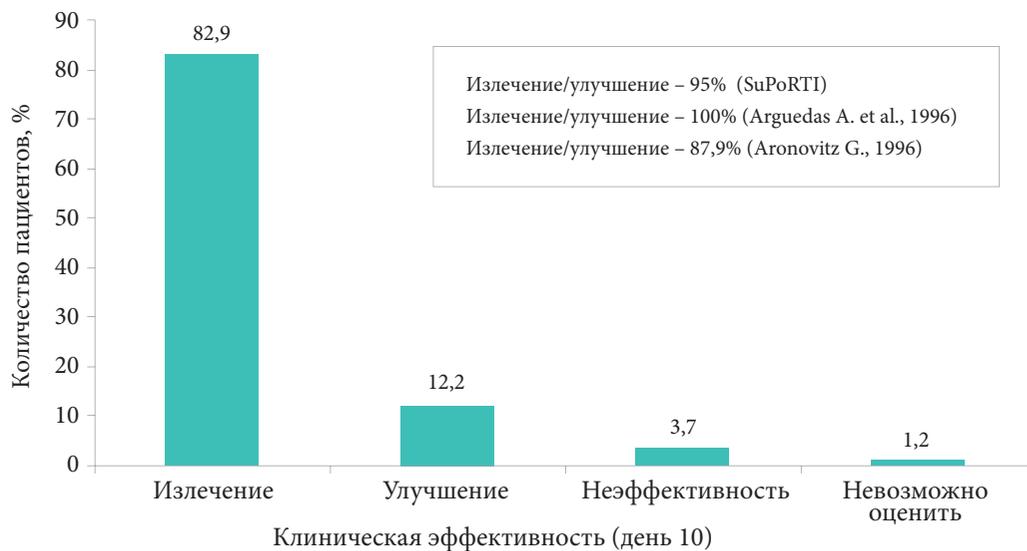


Рис. 4. Клинические исходы при применении азитромицина при ОСО: результаты исследования SuPoRTI, 2010

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 амоксициллина и амоксициллина/клавуланата и препараты первого выбора при экссудативном отите. Макролиды могут применяться в терапии больных с хроническими полипозными формами риносинуситов (курс 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 сенсibilизации, 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 (флутиказона 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 и аденоидита. Были проведены аллергологическое, эндоскопическое, цитологическое исследования. Дети 4–7 лет получали Назарел в дозе 100 мкг/сут, пациенты 8–14 лет – 200 мкг/сут. Результаты оценивались на 3, 7, 30-й день. На фоне монотерапии интраназальным глюкокортикоидом (при яркой выраженной симптоматике уже в первый день начала лечения) к 7-му дню уже наблюдался хороший результат и улучшение состояния пациентов: к 30-му дню практически все дети чувствовали себя хорошо. 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 «ПЛИВА РУС» |
ООО «ратиофарм РУС» | IVAX | PLIVA | ratiopharm



Флемоклав Солютаб® и Вильпрафен® Солютаб в терапии ЛОР-инфекций

Согласно статистике, 60% больных обращаются за неотложной помощью в медицинские учреждения по поводу патологии ЛОР-органов. При этом заболевания ЛОР-органов являются основной причиной назначения антибиотиков. Осознавая значимость проблемы, Представительство компании «Астеллас» в рамках XVIII Съезда оториноларингологов России организовала симпозиум «Современный взгляд на рациональную антибиотикотерапию инфекций ЛОР-органов. Что нужно знать практическому врачу?».

Итоги наблюдательной программы эпидемиологии использования препаратов Флемоклав Солютаб® и Вильпрафен® Солютаб в оториноларингологической практике (АРИГАТО-III)

Профессор С.В. РЯЗАНЦЕВ (д.м.н., зам. директора по научной и координационной работе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи), основываясь на данных наблюдательной программы АРИГАТО-III, в своем выступлении представил анализ структуры оториноларингологической патологии и подходов к антибактериальной терапии в России.



Профессор
С.В. Рязанцев

АРИГАТО-III – наблюдательная программа эпидемиологии использования Флемоклава Солютаб и Вильпрафена Солютаб в оториноларингологии. Научными руководителями исследования были д.м.н., профессор, директор ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Ю.К. ЯНОВ, д.м.н., профессор, главный оториноларинголог Минздравсоцразвития РФ Я.А. НАКАТИС. Координатором исследования выступал С.В. Рязанцев, д.м.н., профессор, зам. директора по научной и координационной работе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи.

Цели исследования

1. Охарактеризовать категорию пациентов, которым назначаются Флемоклав Солютаб® и Вильпрафен® Солютаб в амбулаторной практике в различных регионах РФ.
2. Изучить предпочитаемые способы приема Флемоклава Солютаб и Вильпрафена Солютаб при амбулаторном лечении инфекций в оториноларингологии.

3. Определить длительность приема Флемоклава Солютаб и Вильпрафена Солютаб при амбулаторном лечении различных инфекций в оториноларингологии с учетом наличия осложнений и хронических сопутствующих заболеваний.
4. Оценить клиническую эффективность и переносимость Флемоклава Солютаб и Вильпрафена Солютаб при амбулаторном лечении различных инфекций в оториноларингологии.

В исследовании приняли участие медицинские центры из всех федеральных округов РФ: из Центрального федерального округа – 28 107 больных, Сибирского – 22 000, Южного – 12 000, Северо-Кавказского – 900, Уральского – 17 100, Северо-Западного – 2367, Приволжского – 15 831, Дальневосточного округа – 1517 больных (рис. 1). Всего в Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи поступило около **100 000 карт**. Доля женщин в исследовании составила 50,9% от общего числа пациентов. Что касается возрастного состава участников, то практически половину пациентов составили дети до 18 лет (рис. 2). Структуру заболеваемости оценивали, основываясь на наиболее часто встречаемых в практике оториноларингологов заболеваниях, таких как: болезни органов дыхания, болезни уха и сосцевидного отростка, травмы и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов. Причинами большей части обращений за помощью стали болезни органов дыхания (56,38%) и болезни уха (41,60%). Анализ обращаемости по характеру заболеваний показал, что большая часть – 85% – приходилась на острые заболевания, 12,5% – на



Сателлитный симпозиум Представительства компании «Астеллас»

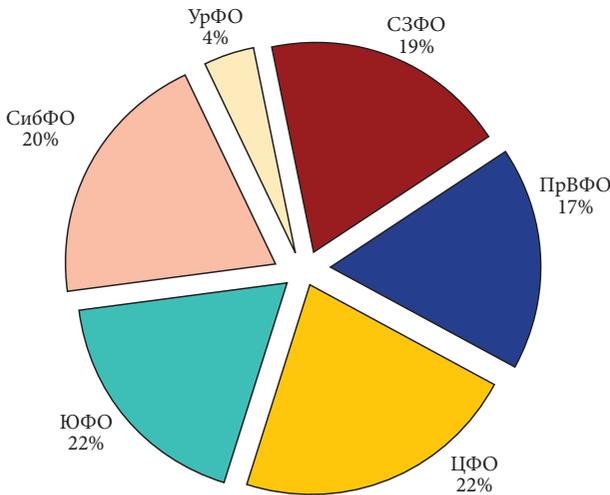


Рис. 1. Распределение общего количества обработанных карт по федеральным округам

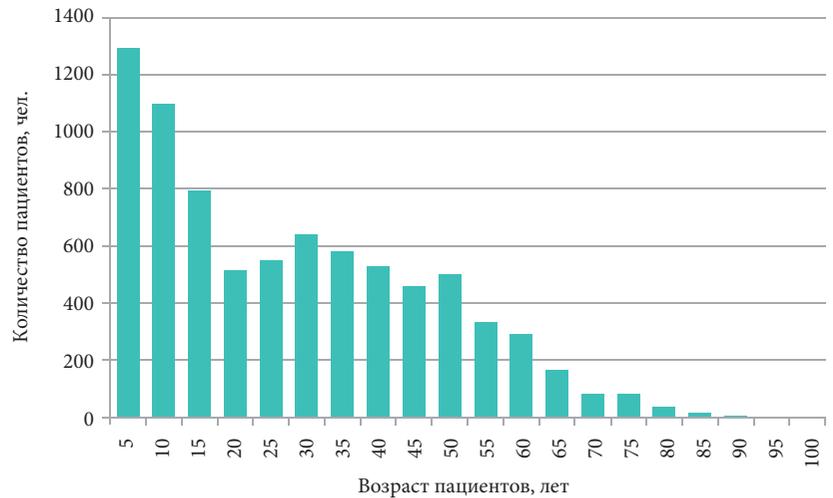


Рис. 2. Распределение пациентов по возрасту

хронические (болезни носа, горла, уха, трахеи и бронхов) и всего 1,75% – на рецидивирующие (болезни горла). Также проведенное исследование позволило уточнить, что несколько чаще встречается левосторонняя локализация патологического процесса. При оценке группы препаратов, применяемых больными до начала действия программы АРИГАТО-III, выяснилось, что наиболее часто применялись макролиды (38%), пенициллины (35%) и фторхинолоны (13%). Средняя продолжительность курса лечения антибиотиками составила 5 дней, хотя, по мнению докладчика, короткие курсы могут приводить к резистентности микроорганизмов, поэтому более оптимальным является семидневный курс антибиотикотерапии. В рамках программы АРИГАТО-III были проанализированы результаты антибактериальной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов с помощью препарата Флемоклав Солютаб®. «Согласно исследованию, чаще всего – в 39% случаев – использовалась дозировка 500/125 мг, хотя, как нам кажется, более удачной и удобной в применении является дозировка 875/125 мг, которой хватает на семидневный курс лечения», – отме-

тил С.В. Рязанцев. Суммарно доля назначений Флемоклава Солютаб в дозировках 500/125 мг и 875/125 мг составила 60,13% случаев. 34,7% пациентов принимали препарат в течение 7 дней. Наиболее продолжительным курс антибиотикотерапии был при заболеваниях горла. Эффективность Флемоклава Солютаб была подтверждена при всех нозологиях (рис. 3). Так, например, при болезнях уха полное выздоровление на фоне применения препарата отмечалось в 89,6%, улучшение – в 9,1%; при болезнях носа показатели, соответственно, составили 82,7% и 15,4%; при болезнях горла – 58,5% и 39,3%; при болезнях трахеи и бронхов – 78,7% и 21,3%. Переносимость препарата как «очень хорошую» оценили в 66,7% случаев, «удовлетворительную» – в 32,1%, «плохую» – всего в 0,6% (рис. 4). Показатели очень хорошей переносимости Флемоклава Солютаб при приеме как в таблетированной форме, так и в диспергированном виде были практически идентичны (67,9% и 64,97% соответственно). Разрешение клинических симптомов наступало спустя 6,3 дня при болезнях носа, 5,8 дня – при болезнях уха, 5,7 дня – при болезнях горла, 5,4 дня – при болезнях трахеи и бронхов. Назначение дополнительного курса ан-



Рис. 3. Клиническая эффективность Флемоклава Солютаб



Рис. 4. Переносимость Флемоклава Солютаб

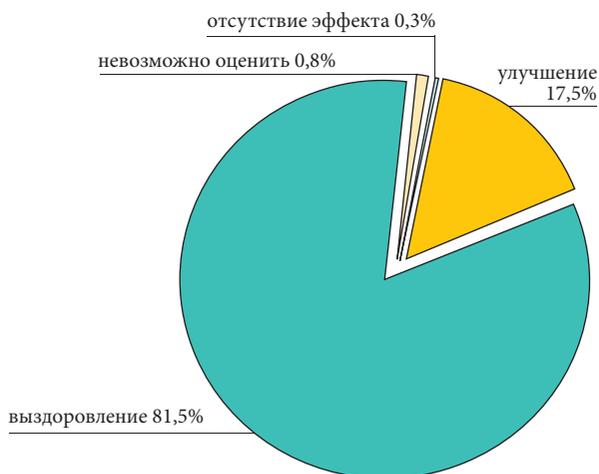


Рис. 5. Клиническая эффективность Вильпрафена Солютаб

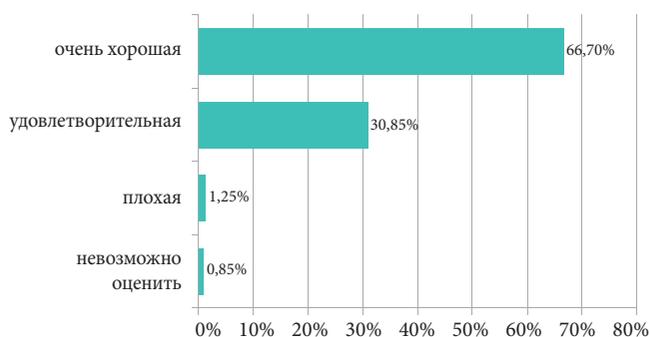


Рис. 6. Переносимость Вильпрафена Солютаб

тибиотикотерапии (ДКАТ) понадобилось лишь в 5,14% случаев. Причем ДКАТ чаще всего назначалась при тяжелой степени заболевания (16,03%). Аналогичная эффективность наблюдалась при лечении наиболее распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов препаратом Вильпрафен® Солютаб. Средняя продолжительность курса лечения составила 7 дней. Клиническая эффективность препарата оказалась высокой – выздоровление наблюдалось в 81,5% случаев (рис. 5). При болезни уха выздоровление на фоне применения Вильпрафена Солютаб отмечалось в 87,4%, улучшение – в 11,2%; при болезнях носа эти показатели составили 81,1% и 17,5% соответственно; при болезнях горла – 79,8% и 19,3%; при болезнях трахеи и бронхов – 84% и 16%. Переносимость препарата как «очень хорошую»

оценили в 66,7%, «удовлетворительную» – в 30,9%, «плохую» – в 1,3% (рис. 6). Пациенты практически одинаково оценили как «очень хорошую» переносимость Вильпрафена Солютаб при приеме как в таблетированной форме, так и в диспергированном виде (67,81% и 64,40%). Разрешение клинических симптомов наступало через 5,76 дня при болезни уха, 6,31 дня – при болезнях носа, 6,48 дня – при болезнях горла и 7,21 дня – при болезнях трахеи и бронхов. Средний срок разрешения клинической картины составил 6,35 дня. Дополнительная антибиотикотерапия применялась в основном с использованием топических антибиотиков.

Анализ данных по программе АРИГАТО-III позволил оценить Флемоклав Солютаб® и Вильпрафен® Солютаб как препараты с высокой эффективностью и хорошей переносимостью при лечении заболеваний ЛОР-органов, сделал вывод С.В. Рязанцев.

Современный взгляд на рациональную антибиотикотерапию отитов у детей

«Такое заболевание, как отит, требует четко прописанного стандарта лечения именно в части медикаментозной терапии в амбулаторно-поликлинической службе, потому что от качества составленного стандарта зависит вероятность последующих осложнений, которые, в свою очередь, могут потребовать проведения хирургических вмешательств», – отметила в начале выступления д.м.н., профессор Т.И. ГАРАЩЕНКО. Между тем половина всех назначений антибактериальных препаратов в мире связана со случаями отитов. В России поражение среднего уха наблюдается в 65% случаев у детей, не достигших трехлетнего возраста. Не поставленный вовремя правильный диагноз и отсутствие адекватного лечения могут привести к формированию у ребенка тугоухости и даже глухоты в первые 5 лет жизни. Каковы общие условия, способствующие

возникновению острого среднего отита (ОСО) у детей? Это возраст менее 2 лет, длительное пребывание в стационарах, частые детские инфекции, наследственность, нарушение питания (искусственное вскармливание), аллергия, сниженный иммунитет, патология бронхолегочной системы, посещение детских коллективов, аномалии развития. Симптомами острого среднего отита у детей являются отказ от приема пищи, апатия, беспокойство, гипертермия, нарушение сна, диарея/рвота, приступы крика, снижение слуха, выделения из уха. Из методов диагностики ОСО оптимальным является пневматическая отоскопия. Основными возбудителями заболевания считаются *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, иногда – анаэробные микроорганизмы. Причем, согласно последним данным, *S. pneumoniae* встречается в 49% случаев. Основной группой антибиотиков для лечения средних отитов являются аминопенициллины. Высокую активность на протяжении десяти лет продемонстрировали амоксициллин и амоксициллин в комбинации с ингибитором бета-лактамаз – амоксициллин/клавуланат. Доказано, что все пневмококки, устойчивые к пенициллину, сохраняют в России чувствительность к амоксициллину и амоксициллину/клавуланату. По словам профессора Т.И. Гаращенко, проблема пенициллинорезистентности пневмококков в России не является столь актуальной, как в США, где уровень их устойчивости достигает 21,2%, Испании (22,9%), Японии (44,5%). В России этот показатель составляет не более 11%. **Амоксициллин и амоксициллин/клавуланат в связи с низким уровнем устойчивости (0,4%) к данным препаратам и фармакокинетическими особенностями сохраняют свою актуальность как препараты первого ряда при терапии тяжелых пневмококковых инфекций.** Докладчик также отметила эффективность при лечении воспалительных процессов в среднем ухе



Сателлитный симпозиум Представительства компании «Астеллас»

в детском возрасте такого макролида, как джозамицин (Вильпрафен® Солютаб). Препарат активен в отношении основных возбудителей респираторных инфекций: пневмококка, стафилококка, стрептококка, гемофильной палочки (табл. 1), а также атипичных возбудителей (хламидий и микоплазм).

Требования, предъявляемые к лечению заболеваний ЛОР-органов, включают фармакокинетические параметры, обеспечивающие адекватные концентрации в очаге инфекции ($T > МПК = 35-50\%$ для бета-лактамов). «Амоксициллин – один из лучших препаратов, который обеспечивает быстрое достижение клинической концентрации антибиотика и обладает активностью в отношении подавляющего большинства возбудителей», – уточнила профессор Т.И. Гаращенко. В каких ситуациях не требуется назначения антибиотиков? В 60% случаев отита у детей старше 2 лет без факторов риска с благоприятным фоном и в тех случаях, когда заболевание вызвано вирусами. В течение первых суток у детей старше 2 лет при ОСО можно ограничиться симптоматической терапией (при отсутствии выраженных симптомов интоксикации, болевого синдрома, температуре тела не выше $38\text{ }^{\circ}\text{C}$). Антибактериальную терапию необходимо назначать при отсутствии положительной динамики в течение 24 часов. При среднетяжелом и тяжелом течении заболевания антибиотики применяются всегда, особенно у детей в возрасте до 2 лет. «Разрабатывая стандарт лечения отита, мы учитывали характер возбудителя, наличие тех или иных факторов риска, предше-

ствующую антибиотикотерапию. Стандартная доза для России составляет $40-45\text{ мг/кг/сут}$ (для оральных препаратов). Исключением является цефтриаксон», – констатировала докладчик. Препаратом выбора антибактериальной терапии ОСО у новорожденных с факторами риска является амоксициллин/клавуланат, альтернативой – цефотаксим, цефтриаксон, ампициллин. Препарат назначают в течение первых трех дней перорально, через $48-72\text{ ч}$ проводят анализ эффективности, если не происходит улучшения, назначают парацетез. Препаратами выбора терапии ОСО у детей без факторов риска являются амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, цефуросксим. При аллергии к бета-лактамам назначают джозамицин. Лечение проводят стационарно или амбулаторно в течение 7 дней пероральными формами антибиотиков. Препаратами выбора антибактериальной терапии рецидивирующего ОСО являются амоксициллин/клавуланат, цефуросксим аксетил. Амоксициллин/клавуланат при рецидивирующем ОСО назначают по $50-90\text{ мг/сут}$ по амоксициллину. Если у ребенка наблюдается аллергия к бета-лактамам, назначают альтернативную терапию цефалоспорины III поколения, джозамицином, азитромицином. Лечение проводят в стационаре в течение $10-14$ дней. Единственно возможными для применения формами антибиотиков при отитах у детей до 5 лет являются оральные жидко-растворимые формы препаратов (диспергируемые таблетки, грануляты, сиропы, суспензии). К необходимым условиям выбора оптимального антибиотика относятся



Профессор
Т.И. Гаращенко

его эффективность, безопасность, комплаентность. «Эти качества характерны для антибиотиков в лекарственной форме Солютаб. Данные препараты хорошо дозированы и благодаря инновационной форме не вызывают диарейного синдрома», – подчеркнула профессор Т.И. Гаращенко. Так, например, преимуществами Флемоксина Солютаб перед стандартными лекарственными формами являются высокая биодоступность, низкая остаточная концентрация амоксициллина в форме Солютаб в кишечнике и снижение риска желудочно-кишечных расстройств. В заключение докладчик акцентировала внимание участников симпозиума на типичных ошибках, допускаемых практикующими врачами при назначении антибиотикотерапии ОСО у детей. Это парентеральное введение антибиотиков (исключение – цефтриаксон), неправильный выбор дозы и режима дозирования (несоблюдение кратности приема, назначение без учета приема пищи), назначение потенциально токсичных антибиотиков (ко-тримоксазол, хлорамфеникол, аминогликозиды, тетрациклины). Последствиями неадекватной антибиотикотерапии при ОСО могут стать нейросенсорная туго-

Таблица 1. Результаты определения чувствительности *S. pneumoniae*, Россия ($n = 715$), по данным исследования ПЕГАС-III

Антибиотик	Чувствительный,		Умеренно-резистентный,		Резистентный,		МПК ₅₀ , мг/л	МПК ₉₀ , мг/л	Диапазон МПК, мг/л
	%	%	%	%					
Джозамицин	96,0	1,5	2,5	0,125	0,5	0,03-128			
Эритромицин	95,4	1,0	3,6	0,03	0,03	0,03-128			
Мидекамицина ацетат	94,0	1,5	4,5	0,125	0,25	0,06-256			
Спирамицин	93,7	1,0	5,3	0,125	0,25	0,06-256			
Кларитромицин	92,7	1,6	5,7	0,03	0,03	0,03-128			
Азитромицин	92,7	0,9	6,4	0,03	0,06	0,03-128			



М.А. Золотарева

ухость, а также такие системные осложнения, как мастоидит, бактериальный менингит, острая ревматическая лихорадка, гломерулонефрит, стрептококковый токсический шок, некротизирующий фасциит.

Инфекции носа и околоносовых пазух: от ОРВИ до острого бактериального синусита

ОРВИ относятся к наиболее частым заболеваниям, с которыми сталкиваются врачи амбулаторно-поликлинической службы. На сегодняшний день известно порядка 200 видов вирусов респираторных инфекций. По словам к.м.н. М.А. ЗОЛОТАРЕВОЙ (доцент кафедры отоларингологии и офтальмологии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского), практически каждое ОРВИ сопровождается риносинуситом, который можно считать одним из проявлений вирусной инфекции. При риносинусите происходит нарушение мукоцилиарного транспорта, уменьшается количество иммуноглобулинов, лизоцима, сурфактанта, которые способствуют санации дыхательных путей. Нарушенные барьерные функции слизистой способствуют еще большему снижению местного иммунитета и уменьшают способность фагоцитов поглощать возбудителей инфекции дыхательных путей. В результате развивается отек слизистой носа и околоносовых пазух, что создает условия для вторичного бактериального воспаления.

В связи с распространенностью проблемы в мире был разработан Европейский согласительный документ, определяющий стратегию

лечения риносинусита. Рентгенография околоносовых пазух как рутинный метод не рекомендуется. КТ показана в тех случаях, когда клинические проявления сохраняются после двух безуспешных курсов адекватной антибиотикотерапии, тогда же показана и пункция с микробиологическим исследованием содержимого пазухи. Наиболее эффективными препаратами в лечении острого риносинусита являются антибиотики.

Антибиотиками выбора при стартовой терапии бактериального риносинусита являются пенициллины, в частности амоксициллин. Причинами развития острого бактериального синусита в большинстве своем служат *S. pneumoniae* (34%), *H. influenzae* (35%). «Для нас важен показатель резистентности, поскольку инфекции, вызванные резистентными штаммами, отличаются длительным течением, часто требующим госпитализации, – подчеркнула М.А. Золотарева. – Бета-лактамазы разрушают пенициллины и другие бета-лактамы антибиотики. Добавление к аминокислотам ингибиторов бета-лактамаз усиливает антибактериальную активность препарата, что крайне важно при воздействии на бета-лактамазопродуцирующие штаммы. Клавулановая кислота является одним из наиболее активных ингибиторов бета-лактамаз».

К наиболее часто используемым в лечении заболеваний ЛОР-органов антибиотикам относится амоксициллин/клавуланат. «Компания "Астеллас" разработала новый таблетированный препарат амоксициллина, защищенного клавулановой кислотой, – Флемоклав Соллютаб®, – уточнила докладчик. Инновационная форма Соллютаб была разработана в ответ на потребность рынка в такой универсальной таблетке, которую можно было бы не только глотать, но также использовать для мгновенного приготовления суспензии. Фармакологические и клинические преимущества диспергируемых таблеток Соллютаб заключаются в равномерности и стабиль-

ном всасывании активных компонентов препарата, снижении времени нахождения действующего вещества в кишечнике, удобстве применения, прогнозируемом результате лечения. Лучшая переносимость амоксициллина/клавуланата в инновационной форме Соллютаб обеспечивается благодаря уменьшению содержания в лекарственной форме клавулановой кислоты по отношению к амоксициллину, сокращению времени контакта клавулановой кислоты со слизистой ЖКТ. Фармакокинетику амоксициллина/клавуланата, изготовленного по технологии Соллютаб, изучали в сравнении со стандартным таблетированным препаратом у 48 здоровых добровольцев. Данные подтвердили, что биодоступность Флемоклава Соллютаб выше, чем биодоступность ранее использовавшегося амоксициллина/клавуланата. Концепция препарата Флемоклав Соллютаб® – это не только эффективность, но и безопасность: препараты формы Соллютаб не навредят больным сахарным диабетом, поскольку в таблетках отсутствует сахар, безопасны для пациентов с артериальной гипертензией и патологией почек – в таблетках отсутствует натрия, безопасны для пациентов с глютеновой энтеропатией – в таблетках отсутствует глютен. В заключение докладчик, основываясь на опыте крымских ЛОР-врачей, подчеркнула, что Флемоклав Соллютаб® является высокоэффективным препаратом в лечении инфекций ЛОР-органов, обладает хорошей переносимостью и минимумом побочных эффектов.

Докладчики, основываясь на данных доказательной медицины, высоко оценили эффективность и переносимость препаратов Флемоклав Соллютаб® и Вильпрафен® Соллютаб при лечении инфекций ЛОР-органов. Они пришли к единому выводу, что антибиотики в лекарственной форме Соллютаб могут быть рекомендованы в качестве препаратов выбора для широкого применения в амбулаторной практике и в условиях стационара. ☺

ТОЧНО В ЦЕЛЬ



ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ®

амоксциллин / клавулановая кислота, 125/31,25 мг; 250/62,5 мг; 500/125 мг; 875/125 мг



Рег. уд.-П №016667/01, ЛСР 000392/09

- Защищенный аминопенициллин в инновационной лекарственной форме
- Лекарственная форма Солютаб обеспечивает стабильно высокую биодоступность амоксициллина и минимальную вариабельность всасывания клавулановой кислоты¹
- Достоверно снижает частоту нежелательных реакций со стороны ЖКТ, в том числе антибиотик-ассоциированной диареи^{2,3}

1. Sourgens H, et al. *Inf J Clin Pharmacol Ther* 2001; 39(2): 75–82.
2. Карпов О. И. *Клиническая фармакология и терапия*, 2006;15 (4): 1–4.
3. Гучев И. А, Козлов Р. С. *Пульмонология* 2008; 2: 73–80.



Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: мы знаем о них все! Все ли?

Одной из наиболее актуальных проблем практической оториноларингологии остаются воспалительные заболевания околоносовых пазух. Вопросы диагностики и медикаментозной терапии острого, хронического и полипозного риносинуситов, хронического аденоидита, а также аллергического ринита обсуждались на сателлитном симпозиуме компании MSD «Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: мы знаем о них все! Все ли?», состоявшемся в рамках XVIII Съезда оториноларингологов России. Особое внимание на симпозиуме было уделено применению интраназальных глюкокортикостероидов.



Профессор Р.С. Козлов

Эпидемиология возбудителей и антибактериальная терапия заболеваний верхних дыхательных путей

Наиболее частые бактериальные инфекции дыхательных путей – это острый средний отит, острый синусит, острый тонзиллит/фарингит, инфекционное обострение ХОБЛ, внебольничная пневмония. Д.м.н., профессор, директор НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии Р.С. КОЗЛОВ затронул вопросы этиологии этих заболеваний, подчеркнув необходимость проведения серьезных эпидемиологических и микробиологических исследований. Острые риносинуситы, острые и средние отиты в 40% случаев имеют пневмококковую этио-

логию, на втором месте среди возбудителей – гемофильная палочка. При выборе антимикробной терапии большое внимание следует уделять приобретенной резистентности, подчеркнул Р.С. Козлов. Он привел данные многоцентрового исследования антимикробной резистентности ПеГАС. Самая высокая резистентность наблюдается к ко-тримоксазолу, поэтому его уже не имеет смысла использовать для лечения инфекций дыхательных путей, мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта. По-прежнему высокой остается устойчивость к тетрациклину. Гемофильная палочка – микроорганизм, более чувствительный к антибиотикам (цефалоспорином третьего поколения, макролидам, респираторным фторхинолонам). Но и она, при сравнительно низком в целом уровне резистентности, демонстрирует высокие показатели устойчивости к ко-тримоксазолу. При этом атипичные возбудители сохраняют стопроцентную чувствительность к современным макролидам, респираторным фторхинолонам и тетрациклинам. Выбор оптимального антимикробного препарата для лечения внебольничных инфекций дыхательных путей определяют несколько факторов. Во-первых, препарат должен обладать исходно высокой активностью в отношении основных микроорганизмов (*Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*). Во-вторых, должен отмечаться низкий уро-



Сателлитный симпозиум компании MSD

вень приобретенной резистентности. В-третьих, препарат должен быть эффективен и безопасен с точки зрения доказательной медицины. При острых средних отитах антибактериальная терапия всегда назначается детям в возрасте до 2 лет и всем пациентам с лихорадкой и болями в ухе. Препаратом выбора является амоксициллин, альтернативными препаратами – амоксициллин/клавуланат, цефтибутен, цефтриаксон. При наличии аллергии на бета-лактамы антибиотики назначаются азитромицин или кларитромицин. При острых синуситах в первую неделю проводится терапия интраназальными глюкокортикостероидами (ИнГКС) и симптоматическая терапия. Назначение антибактериальной терапии целесообразно только при сохранении или прогрессировании симптомов.

Р.С. Козлов подчеркнул, что при выборе препарата обязательно надо учитывать прием антибиотиков в предшествовавшие терапии 30 дней. Если антимикробное лечение не проводилось, предпочтение отдается амоксициллину или цефтибутену, в противном случае назначаются амоксициллин/клавуланат, левофлоксацин, моксифлоксацин. Что касается острого тонзиллита и фарингита, препаратами первой линии терапии остаются феноксиметилпенициллин и бензилпенициллин, альтернативными препаратами – цефтибутен, азитромицин, кларитромицин, спирамицин, клиндамицин.

Лечение острых и хронических риносинуситов: радость побед и горечь поражений

Продолжил тему фармакотерапии ЛОР-заболеваний д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии РМАПО С.Я. КОСЯКОВ. Он отметил, что специфичных клинических симптомов или признаков у острого синусита нет. В связи с этим большое внимание необходимо уделять дифференциальной диагностике, в первую очередь

с ОРВИ, аллергическим ринитом и вазомоторным ринитом. В рекомендациях Комиссии по изучению риносинуситов (EPOS, 2007) указывается, что диагноз острого бактериального синусита следует ставить в тех случаях, когда признаки острого риносинусита наблюдаются более 10 дней от начала появления респираторных симптомов либо если после первичного улучшения в течение 10 дней симптоматика острого риносинусита усугубляется. Для эрадикации инфекции и предотвращения осложнений назначаются антибиотики. С целью уменьшения выраженности и длительности симптомов прописываются топические кортикостероиды (ИнГКС). Адекватный дренаж обеспечивается путем применения деконгестантов, пункции пазухи, проведения процедуры ЯМИК. Эффективность применения ИнГКС при остром синусите в качестве монотерапии или дополнительного к антибиотикам лечения подтверждена в ряде исследований. Метаанализ трех исследований показал, что у пациентов, получавших ИнГКС, симптомы разрешались в большей степени и у большего числа пациентов, чем при приеме плацебо.

Хронический риносинусит – это не одно заболевание, а группа состояний, характеризующихся воспалением слизистой оболочки носа и пазух более 12 недель. При хроническом риносинусите происходит значительное снижение качества жизни, сравнимое с кардиологическими заболеваниями и обструктивной болезнью легких. На сегодняшний день терапия хронического риносинусита включает этиологическое лечение (исключение аллергенов, антибиотикотерапия, хирургические методы) и противовоспалительную терапию (интраназальные стероиды, иммунотерапия, антилейкотриены и др.).

Общепринятый алгоритм терапии хронического риносинусита включает назначение комбинации системных антибиотиков и топических кортикостероидов. Хирургическое вмешательство производится только в случае неэффективности медикаментозной терапии с целью удаления необратимо пораженной ткани, препятствующей дренированию синусов, и восстановления их функции. Однако хирургические методы (FESS – функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух) в значительном числе случаев неэффективны, то есть не приводят к излечению больного. Пациенты с таким «резистентным» риносинуситом составляют от 10 до 50% всех больных, подвергшихся хирургическому вмешательству. С.Я. Косяков охарактеризовал существующие на сегодняшний день методы лечения резистентного риносинусита по степеням доказательности.



Профессор
С.Я. Косяков

Повторное хирургическое вмешательство – слабая степень доказательности. Решение об операции принимается только при наличии симптомов обструкции или нарастании тяжести заболевания. Топическое лечение (использование небулайзеров и введение растворов в пазухи) – средняя степень доказательности и рекомендации. Оно обеспечивает доставку препаратов в высоких концентрациях в очаг заболевания и снижение риска системного действия. Введение солевых растворов (высокая степень рекомендации и средняя степень доказательности)

Повторное хирургическое вмешательство – слабая степень доказательности. Решение об операции принимается только при наличии симптомов обструкции или нарастании тяжести заболевания.

Топическое лечение (использование небулайзеров и введение растворов в пазухи) – средняя степень доказательности и рекомендации. Оно обеспечивает доставку препаратов в высоких концентрациях в очаг заболевания и снижение риска системного действия. Введение солевых растворов (высокая степень рекомендации и средняя степень доказательности)



Председатель симпозиума профессор А.С. Лопатин

способствует улучшению мукоцилиарного транспорта, обеспечивает увлажнение слизистой и вымывание токсических раздражающих субстанций с ее поверхности. Однако эффективность процедуры зависит от целого ряда факторов, таких как концентрация раствора, уровень давления, температура, положение головы.

Интраназальные глюкокортикостероиды – высокая степень рекомендации и средняя степень доказательности. Снижают воспаление при хроническом риносинусите и послеоперационные симптомы при введении в пазуху через катетер, характеризуются низким риском системного воздействия.

Интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС), включая мометазона фуоат, рекомендованы ЕРОС (Европейский позиционный документ по риносинуситам и полипам носа) для лечения острого, хронического риносинусита/полипоза и совершенно безопасны в терапевтических дозах. Топические ИнГКС – группа препаратов с максимальной доказательной базой, высокой топической активностью и пренебрежимо малыми системными эффектами.

Полипозный риносинусит: вчера, сегодня, завтра

Полипозный риносинусит – заболевание, гораздо более распространенное, чем это принято считать. Клинические проявления полипозного риносинусита встречаются примерно у 3%, а по некоторым данным – у 5% населения. Однако, как подчеркнул д.м.н., профессор, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.С. ЛОПАТИН, это только клинически манифестированные формы. Если провести более детальное исследование (выявление полипозных изменений в пазухах носа на примере нескольких аутопсий), то полипы обнаруживаются у 12% населения. Если применить более современную эндоскопическую технику, то можно обнаружить полипозные изменения при эндоскопической диссекции в назоэтмоидальных блоках в 35% случаев. Первый консенсусный документ по полипозному риносинуситу появился в европейском журнале «Ринология» в 1994 году. В нем подчеркивалось, что проблема полипозного риносинусита должна рассматриваться скорее с терапевтических позиций, а не как заболевание, изначально требующее хирургического лечения. В этом же документе было сказано, что дальнейший прогресс в лечении этого заболевания связан с созданием новых препаратов, а не с совершенствованием хирургических методов.

В настоящее время по-прежнему отсутствуют достаточно эффективные схемы лечения, которые позволяли бы не просто контролировать симптомы заболевания, а излечивать его, отметил профессор Лопатин. Мы не знаем истинной причины, которая приводит к возникновению полипов в полости носа. Однако патогенез заболевания хорошо изучен – в основе его лежит Th2-зависимое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. В качестве нехирургических методов лечения полипозного риносинусита применяются следующие:

- кортикостероиды (системные, топические);
- противогрибковые препараты (топические и системные);
- десенсибилизация аспирином;
- ингаляции фуросемида.

Системные кортикостероиды используются редко, в основном в пред- или послеоперационном периоде, а также у пациентов с бронхиальной астмой. Топические глюкокортикостероиды – это группа препаратов, которая имеет максимальную доказательную базу эффективности при этом заболевании. Предпочтение отдается лекарственным средствам с высокой местной активностью и минимальной биодоступностью. Следует сказать, что далеко не все интраназальные кортикостероиды имеют официально зарегистрированные показания для использования при полипозном риносинусите. В их число входят беклометазон и будесонид (препараты с более высокой системной биодоступностью) и мометазона фуоат – современный ИнГКС, имеющий наивысшую степень доказательности при полипозном риносинусите, а также пренебрежимо малую системную биодоступность. Более низкая системная биодоступность мометазона фуоата уменьшает риск системных побочных эффектов.

Единственное на сегодняшний день плацебоконтролируемое исследование системной противогрибковой терапии (тербенафин в течение 6 недель) не подтвердило ее эффективность при полипозном риносинусите. То же самое касается и топической противогрибковой терапии. Раствор амфотерицина в концентрации 100 мг/мл, которая используется для промывания полости носа, не останавливает рост полипов.

Каковы перспективы лечения полипозного риносинусита? Длительная терапия макролидами, эффективность которой была доказана при лечении хронического риносинусита, при полипозном синусите не рекомендовала себя. Кроме того, существуют данные, что длительное



Сателлитный симпозиум компании MSD

Таблица 1. Клинические эффекты фармакологических препаратов для лечения аллергического ринита

Характеристика	Пероральные H1	Интраназальные H1	Интраназальные ГСК	Деконгестанты	Интраназальные кромоны
Ринорея	++	++	+++	0	+
Чихание	++	++	+++	0	+
Зуд	++	++	+++	0	+
Заложенность	0	+	+++	++++	+
Конъюнктивит	++	0	++	0	
Начало действия	1 ч	15 мин	12 ч	5–15 мин	Различное
Длительность действия	12–24 ч	6–12 ч	6–12 ч	3–6 ч	2–6 ч

лечение макролидами действует на нейтрофильное воспаление, а на эозинофильное – нет.

Ключевые аспекты терапии были отражены в клинических рекомендациях по лечению полипозного риносинусита, разработанных в прошлом году. Во-первых, хирургическое лечение должно быть минимально инвазивным и максимально щадящим по отношению к внутриносовым структурам. Во-вторых, в лечении всех типичных форм двустороннего полипозного риносинусита рекомендуются интраназальные кортикостероиды. При начальных стадиях заболевания без выраженной назальной обструкции ИнГКС применяются в качестве стартовой терапии (мометазона фуруат – 400 мкг/сут) длительным курсом (6 месяцев и более). В ряде случаев (неэффективность терапии ИнГКС, выраженная назальная обструкция, подготовка к операции и терапия в послеоперационном периоде) может применяться системная кортикостероидная терапия. Инъекции депонированных кортикостероидов не должны назначаться, поскольку они сопряжены с высоким риском осложнений.

Аллергический ринит и его взаимосвязь с другими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей: медикаментозная терапия

Слизистая оболочка полости носа имеет хорошо развитую сосудистую сеть. При воздействии медиаторов воспаления ее сосуды рас-

ширяются, повышается их проницаемость, жидкая часть плазмы крови выходит за пределы сосудистого русла в ткани и развивается воспалительный отек, который клинически проявляется заложенностью носа. Д.м.н., профессор, заместитель директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи С.В. РЯЗАНЦЕВ подчеркнул, что эффективность тех или иных препаратов при аллергическом рините напрямую зависит от их способности подавлять действие медиаторов воспаления. В международных и отечественных стандартах в качестве препаратов выбора при персистирующем и интермиттирующем аллергическом рините средней и тяжелой степени рекомендованы интраназальные глюкокортикостероиды, которые за счет уменьшения воспаления устраняют заложенность носа, ринорею и зуд (табл. 1).

ИнГКС – мощные блокаторы воспаления. ARIA рекомендует применять их в качестве средства профилактики аллергического ринита вне сезона и в качестве терапии в течение сезона. Использование ИнГКС позволяет значительно сократить количество проявлений и тяжесть симптоматики. Поскольку воспаление при аллергическом рините носит персистирующий характер, терапия пациентов с круглогодичным аллергическим ринитом должна быть длительной, учитывая, что ИнГКС доказали свою хорошую переносимость как у взрослых, так и у де-



Профессор
С.В. Рязанцев

тей. Профессор Рязанцев указал следующие преимущества ИнГКС в лечении воспалительных заболеваний, сопровождающихся заложенностью носа:

- уменьшение кровенаполнения кровеносных сосудов и их сужение;
- уменьшение воспаления;
- быстрое наступление эффекта;
- хорошая местная переносимость;
- благоприятный профиль системной безопасности;
- применение один раз в сутки и неограниченная длительность терапии.

Было проведено достаточное количество исследований, которые доказали эффективность мометазона фуруата при аллергическом рините. Действие мометазона фуруата обеспечивают следующие



А.В. Лосев механизмы: уменьшение инфильтрации эозинофилами, усиление апоптоза эозинофилов, влияние на продукцию цитокинов и медиаторов воспаления, уменьшение сосудистой проницаемости. Для пациента важно, чтобы эффект от препарата наступал быстро, сохранялся в течение длительного времени и при этом препарат не оказывал побочных действий на слизистую оболочку носа. Кроме назальных, характерных для аллергического ринита признаков – заложенности и воспаления – пациента могут беспокоить неназальные симптомы. Был проведен метаанализ 4 исследований III фазы у пациентов с сезонным аллергическим ринитом, который показал уменьшение выраженности глазных симптомов (зуд, покраснение, слезотечение) при терапии мометазона фууроатом (НАЗОНЕКС). В заключение профессор Рязанцев подчеркнул, что кортикостероидная терапия оправдана при широком спектре патологии ЛОР-органов, поскольку при целом ряде состояний в основе процесса лежит воспаление.

Лечение хронических аденоидитов у детей

Патогены, попадающие на поверхность слизистой оболочки полости носа, благодаря мукоцилиарному транспорту попадают в область глоточных миндалин. Стимуляция иммунных механизмов приводит к увеличению размеров (или количества) лимфоидных фолликулов, что клинически проявляется гиперплазией глоточных миндалин. При продолжающемся массивном инфекционном или неинфекционном воздействии в глоточной миндалине возникает сначала острый, потом хронический воспалительный процесс, так называемый хронический аденоидит, который приводит к воспалительному отеку глоточной миндалины. А.В. ЛОСЕВ и соавторы из Белорусской медицинской академии последипломного образования (Минск, Республика Беларусь), проанализировав данные международных исследований, провели собственное исследование лечения хронического аденоидита мометазона фууроатом, который уменьшает активацию иммунокомпетентных клеток, продукцию цитокинов и медиаторов воспаления, оказывает противовоспалительное действие, уменьшает отек и размеры глоточной миндалины. На основании результатов этого исследования Министрством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по консервативному лечению хронического воспаления глоточных миндалин у детей мометазона фууроатом (в России хронический аденоидит не является зарегистрированным показанием к применению мометазона фууроата или какого-либо другого ИнГКС).

Учитывая, что по инструкции производителя (РФ) мометазона фууроат при нелеченом воспалительном процессе полости носа должен применяться с осторожностью, А.В. Лосевым и соавт. был разработан следующий алгоритм лечения. На первом этапе проводилась эли-

минационная терапия назальным спреем, содержащим антибиотик группы аминогликозидов, курсом 7 дней. Далее в течение 1–2 месяцев назначался мометазона фууроат в стандартной возрастной дозировке. Всего в исследовании приняли участие 180 детей в возрасте от 3 до 7 лет с гипертрофией глоточных миндалин 1–3-й степени на фоне хронического воспаления. После курса лечения мометазона фууроатом у пациентов наблюдалось значимое уменьшение всех симптомов хронического аденоидита. У 74,5% детей улучшилось носовое дыхание, уменьшились выделения из носа, исчезли воспалительные изменения в носоглотке, сократились размеры глоточной миндалины. Если после курса терапии хронический аденоидит у ребенка обострялся, проводили повторный курс лечения (но не более трех курсов в год). Если у пациента после лечения наблюдалось улучшение и положительный отдаленный результат, его продолжали наблюдать в динамике. Если терапия топическими кортикостероидами обеспечивала нормальное носовое дыхание и снижение частоты обострений хронического аденоидита, принималось решение об отказе от хирургического лечения. Если динамики не наблюдалось или после улучшения наблюдался отрицательный отдаленный результат, проводили аденотомию. Таким образом, в проведенном исследовании применение топических глюкокортикостероидов приводило к уменьшению диффузного интерстициального отека стромы, что способствовало сокращению размеров аденоидных вегетаций и при этом не снижало иммунологическую активность глоточной миндалины. Использование мометазона фууроата в 74,5% случаев позволяло добиться купирования клинических проявлений хронического аденоидита, что позволило рекомендовать его для лечения гипертрофии аденоидов в качестве альтернативы оперативному лечению. ☺

Назонекс®

(мометазона фуоат)

назальный спрей на водной основе

эксперт в устранении
заложенности носа



- при сезонном аллергическом рините
- при круглогодичном аллергическом рините
- при обострении синуситов*
- при полипозе носа

- ✓ Назонекс® быстро* и эффективно уменьшает заложенность носа¹
- ✓ Назонекс® достоверно уменьшает симптомы аллергического конъюнктивита²
- ✓ Назонекс® эффективно предупреждает развитие симптомов САР³
- ✓ Назонекс® эффективно уменьшает размер и предупреждает рецидивы полипов^{3,4}
- ✓ Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:
 - Самая низкая системная биодоступность ($\leq 0,1\%$) в группе назальных стероидов⁸
 - Не вызывает атрофию слизистой оболочки носа⁵
- ✓ Назонекс® — интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2-х лет⁸
- ✓ Назонекс® прост и удобен в применении^{6,7}:
 - 98% пациентов считают Назонекс® простым и удобным в применении.

*Острый рецидивирующий синусит, как в комбинации с антибиотиками, так и в монотерапии

SP-PR-NAS-14-06-10

Реклама

Краткая инструкция по медицинскому применению Назонекс® (Nasonex®)

НАЗОНЕКС® — мометазон (mometasone), спрей назальный дозированный.

Фармакологическое действие: Мометазон — синтетический глюкокортикостероид (ГКС) для интраназального введения с противовоспалительным и противоаллергическим действием в дозах, при которых не возникает системных эффектов, имеет пренебрежимо малую биодоступность ($\leq 0,1\%$). **Показания к применению:** Сезонный и круглогодичный аллергические риниты у взрослых, подростков и детей с 2-летнего возраста. Острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет — в качестве вспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками. Профилактическое лечение сезонного аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет (рекомендуется за две-четыре недели до предполагаемого начала сезона пыления). Полипоз носа, с нарушением носового дыхания и обоняния, у взрослых (от 18 лет). **Противопоказания:** Гиперчувствительность к какому-либо из веществ, входящих в состав препарата. Присутствие нелеченной местной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. Недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны (в связи с ингибирующим действием ГКС на процессы заживления). Детский возраст (при сезонном и круглогодичном аллергическом ринитах — до 2 лет, при остром синусите или обострении хронического синусита — до 12 лет, при полипозе — до 18 лет) — в связи с отсутствием соответствующих данных. **С осторожностью** при туберкулезной инфекции (активной или латентной) респираторного тракта, нелеченной грибковой, бактериальной, системной вирусной инфекции или инфекции, вызванной *Herpes simplex* с поражением глаз (в виде исключения возможно назначение препарата при перечисленных инфекциях по указанию врача). **Применение во время беременности и лактации:** НАЗОНЕКС® следует назначать беременным или кормящим грудью только в случае, если ожидаемая польза от назначения препарата оправдывает потенциальный риск для плода или младенца. **Способ применения:** Лечение сезонного или круглогодичного аллергического ринита. Взрослые и подростки с 12 лет: профилактическая и терапевтическая доза — 2 ингаляции (50 мкг каждая) в каждую ноздрю 1 раз в день (200 мкг/сутки). По достижении эффекта возможно уменьшение дозы до 100 мкг в сутки. При недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 400 мкг/сутки. После уменьшения симптомов — снижение дозы. Дети 2–11 лет: рекомендуемая суточная доза — 100 мкг. **Вспомогательное лечение острого синусита или обострения хронического синусита.** Взрослые и подростки с 12 лет: рекомендуемая суточная доза — 400 мкг. При необходимости — до 800 мкг. После уменьшения симптомов заболевания рекомендуется снижение дозы. **Лечение полипоза носа.** Взрослые от 18 лет: рекомендуемая терапевтическая доза 400 мкг в сутки. После уменьшения симптомов — снижение — до 200 мкг в сутки. **Побочное действие:** головная боль, носовые кровотечения, фарингит, жжение в носу, раздражение слизистой оболочки носа, изъязвление слизистой оболочки носа. Редко — реакции повышенной чувствительности немедленного типа (бронхоспазм, одышка), очень редко — анафилаксия, ангионевротический отек, нарушения вкуса и обоняния. Очень редко при интраназальном применении ГКС отмечались случаи перфорации носовой перегородки и повышения внутриглазного давления. **Взаимодействие с другими препаратами.** Не было отмечено.

Список литературы

1. Berkowitz RB, Roberson S, Zora J, et al. Mometasone furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis in an outdoor (park), acute exposure setting. *Allergy Asthma Proc* 1999;20:167-172. 2. Schenkel E, LaForce C, Gates D: Mometasone furoate nasal spray is effective in relieving the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Clin Immunol Int* 2007;19:50-53. 3. Small at all. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; vol 116(6): 1275-81. 4. Stjärne P, Olsson P. Efficacy of Mometasone Furoate Nasal Spray in the Postsurgical Treatment of Nasal Polyposis. *EAAI*, 2008. 5. Minshall E, Ghaffar O, Cameron L, et al. Assessment by nasal biopsy of long-term use of mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in the treatment of perennial rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118(5):648-654. 6. Nasonex Claims Evaluation. *Synovate Market Research*, 2006. 7. www.arthritis.org. 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Назонекс®. Регистрационный номер — ПН014474/01



ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2
Тел.: (495) 916-71-00. Факс: (495) 916-70-94



Фторхинолоны в терапии инфекций ЛОР-органов

Инфекции ЛОР-органов – весьма обширная группа воспалительных заболеваний. В последнее время все чаще наблюдаются тяжелые, затяжные, часто рецидивирующие формы, нередко переходящие в хронические. Основу терапии инфекционных заболеваний ЛОР-органов составляют системные антибиотики.

Подбору рациональной, эффективной антимикробной терапии был посвящен симпозиум компании «Байер» «Выбор антибактериальной терапии при инфекциях ЛОР-органов: взгляд клинического фармаколога и оториноларинголога», состоявшийся в рамках XVIII Съезда оториноларингологов России.

Клинико-микробиологический подход к антимикробной терапии инфекций ЛОР-органов в современных условиях

В своем выступлении Александр Владимирович ГУРОВ (к.м.н., доцент кафедры ЛОР-болезней лечебного факультета и кафедры ми-

кробиологии РГМУ им. Н.И. Пирогова) остановился на клиническом и микробиологическом аспектах гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов. Он отметил, что гнойно-воспалительные заболевания составляют от 68% до 89% в структуре общей патологии ЛОР-органов. Основная задача врача заключается в дифференциации

представителей нормальной микрофлоры от патогенных микроорганизмов, вызвавших гнойный патологический процесс, и подборе рациональной антимикробной терапии. Микрофлора слизистых оболочек верхних дыхательных путей подразделяется на:

- эндогенную (постоянно присутствующие в строго определенном соотношении микроорганизмы);
- транзитную (условно-патогенные микроорганизмы в не определенном строго количественном составе, высеивающиеся непостоянно);
- патогенную (микроорганизмы, выделяющиеся из очага поражения в количестве, значительно превосходящем остальную флору).

Решение об этиологической значимости микроорганизма в развитии заболевания принимается на основании представления о нормофлоре верхних дыхатель-

Таблица 1. Нормальные значения микрофлоры верхних дыхательных путей

Микроорганизмы	Количество, КОЕ/мл
Стрептококки	
Альфа-гемолитические	10^5-10^6
Бета-гемолитические	—
Гамма-гемолитические	10^5-10^6
<i>Neisseria spp.</i>	10^2-10^4
<i>Staphylococcus spp.</i>	10^1-10^4
<i>Haemophilus spp.</i>	10^1-10^2
<i>Corynebacterium spp.</i>	10^1-10^3
<i>Lactobacterium spp.</i>	10^1-10^3
<i>Bifidobacterium spp.</i>	10^1-10^3
<i>Candida spp.</i>	10^1-10^3



А.В. Гуров



Сателлитный симпозиум компании «Байер»

ных путей (табл. 1) и результатов количественного микробиологического исследования патологического субстрата из очага поражения. А.В. Гуров обратил внимание на важный аспект. В норме в верхних дыхательных путях отсутствует бета-гемолитический стрептококк, поэтому при его выявлении необходимо сразу же назначать антибактериальные препараты. Если говорить о микрофлоре полости носа, то в достаточном количестве в ней представлены дифтероиды, стафилококки и гемофильная палочка. В микрофлоре носоглотки доминируют стафилококки и гемолитические стрептококки – представители облигатной нормофлоры, которые не вызывают инфекционного процесса, поэтому нет необходимости назначать антибактериальную терапию. Околоносовые пазухи и полость среднего уха у здоровых людей обычно стерильны, что обеспечивается, в первую очередь, эффективной работой мукоцилиарного транспорта, который нарушается при вирусных инфекциях или других экзогенных воздействиях. В результате микроорганизмы, заселяющие глотку, начинают колонизировать стерильные полости, интенсивно размножаются и становятся причиной развития острого синусита и гнойного среднего отита.

При хронизации процесса происходят изменения по типу суперинфицирования: радикально меняется не только качественный состав микрофлоры, но и характер течения инфекционного процесса, что выражается в стойкой интоксикации организма и выраженных патоморфологических изменениях непосредственно в очаге поражения. Если процесс приобрел хроническое течение, необходимо учитывать особенности патофизиологии и патоморфологии хронического воспаления слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Гнойно-воспалительные процессы характеризуются локальной морфологической дегенерацией слизистой, незавершенностью фагоцитоза, возможностью интернализации стрептококка и образования биопленок.

Удельный вес представителей атипичной микрофлоры при синуситах составляет 7–12%. Можно выделить следующие клинические признаки атипичной инфекции, вызванной микоплазмами и хламидиями:

- постепенное начало (в течение 3–7 дней);
- часто – субфебрильная температура;
- большое количество слизи или серозного экссудата;
- отсутствие гнойного отделяемого;

- дополнительная симптоматика (фарингит, миалгии, головная боль, диарея, конъюнктивит, уретрит, артрит и др.);
- интерстициальные инфильтраты;
- двустороннее поражение.

Для эрадикации бактерий и восстановления стерильности параназальных синусов и полости среднего уха, предотвращения развития серьезных осложнений (менингит, абсцесс мозга и др.), снижения риска хронизации процесса, выраженности и длительности клинической симптоматики и быстрого возвращения пациента к обычной ежедневной активности следует проводить антибактериальную терапию отита и синусита. При наличии клинических признаков атипичной инфекции обоснованным является назначение антибактериальных препаратов из группы макролидов или фторхинолонов (моксифлоксацин и др.) – они воздействуют на атипичные возбудители, локализующиеся как внутри клетки (хламидии), так и на ее мембране (микоплазмы).

«Идеальный» антибиотик при этом должен обладать следующими свойствами:

- активностью в отношении основных патогенов (табл. 2);
- низким уровнем резистентности;
- фармакокинетическими свойствами, обеспечивающими эффективную концентрацию пре-

Таблица 2. Спектр действия антибактериальных препаратов

		Амоксициллин	Амоксициллин/ клавуланат	Азитромицин	Кларитромицин	Моксифлоксацин
Грамположительные аэробы	<i>S. pneumoniae</i>	+++	+++	+++	+++	+++
Грамотрицательные аэробы	<i>H. influenzae</i>	++	+++	++	+	+++
	<i>M. catarrhalis</i>	-	+++	++	++	+++
Атипичные возбудители	<i>C. pneumoniae</i>	++	+	+++	+++	+++
	<i>M. pneumoniae</i>	+	+	+++	+++	+++
	<i>L. pneumophila</i>	+	+	+++	+++	+++

Примечание. +++ – высокая активность, подтвержденная клиническими данными, АМП может быть препаратом выбора;

++ – хорошая активность, подтвержденная клиническими данными, АМП может быть препаратом альтернативы;

+ – низкая активность АМП;

- – отсутствие клинически значимой активности.



Профессор
Р.С. Козлов

парата в клетках слизистой оболочки непосредственно в патологическом секрете и в биопленках;

- доказанной клинической эффективностью;
- низкой токсичностью;
- удобным режимом дозирования (1 раз в сутки);
- возможностью амбулаторного применения.

Как видно из таблицы 2, наиболее высокой активностью в отношении основных возбудителей инфекций ЛОР-органов, подтвержденной клиническими данными, обладает моксифлоксацин (Авелокс®). Моксифлоксацин ингибирует действие ферментов топоизомеразы IV и ДНК-гиразы (топоизомеразы II), нарушая таким образом синтез бактериальной ДНК и приводя к гибели клетки (бактерицидный эффект). Моксифлоксацин быстро проникает в ткани (органов дыхательной и мочеполовой системы, костную ткань, спинно-мозговую жидкость), при этом уровни тканевых концентраций препарата выше, чем в крови. В связи с этим моксифлоксацин является препаратом выбора при среднетяжелом и тяжелом течении острого синусита и отита, а также при хронической патологии и препаратом резерва при легком течении острого синусита и отита у пациентов с аллергией на бета-

лактамы или при неэффективности предыдущей терапии.

Безопасность и эффективность современных антибиотиков при инфекциях ЛОР-органов

Роман Сергеевич КОЗЛОВ (д.м.н., профессор, директор НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии) в своем докладе отметил, что в последнее время прослеживается тенденция снижения выпуска новых антибиотиков и в ближайшие 5–10 лет не приходится ожидать появления новых препаратов для амбулаторной терапии. По этому, как подчеркнул Р.С. Козлов, с точки зрения клинического фармаколога, «мы должны заботиться о сохранении в клинической практике высокоэффективных и безопасных антибактериальных препаратов», таких как фторхинолоны. На сегодняшний день существует четыре поколения хинолонов. Первое поколение нефторированных хинолонов (налиндиксовая кислота) появилось в 1962 г. Начиная со второго поколения хинолоны содержат атомы фтора, и среди них уже выделяют три поколения фторхинолонов:

- II поколение – грамтрицательные хинолоны (норфлоксацин, ципрофлоксацин и др.);
- III поколение – респираторные хинолоны (левофлоксацин);
- IV поколение – респираторные + антианаэробные хинолоны (моксифлоксацин).

Как отметил профессор Р.С. Козлов, респираторные фторхинолоны на самом деле являются препаратами очень широкого спектра действия, которое не ограничивается только инфекциями дыхательных путей. Фторхинолоны обладают бактерицидным эффектом, способностью к эрадикации возбудителей широкого спектра и особым механизмом действия, обеспечивающим активность в отношении устойчивых, в том числе полирезистентных, микроорга-

низмов. Мишенью для действия препаратов этого класса являются:

- ДНК-гираза (*E. coli*, *P. aeruginosa*, *H. pylori*, *S. pneumoniae*, в зависимости от препарата);
- топоизомеразы IV (*S. aureus*, *Enterococcus spp.*, *S. pneumoniae*, в зависимости от препарата).

Развитию класса фторхинолонов, с точки зрения Р.С. Козлова, способствовало несколько факторов, прежде всего активность фторхинолонов в отношении пневмококков, атипичных возбудителей и низкие показатели резистентности. Фторхинолоны позволяют использовать ступенчатую терапию (переход с парентеральной на пероральную форму) в тех случаях, когда это возможно и необходимо. Наконец, повышается комплаентность пациентов к антимикробной терапии. Естественно, что препараты, применяемые 1–2 раза в сутки, как фторхинолоны, гораздо успешнее используются пациентами. В последнее время возрастает популярность коротких курсов антибиотиков. Например, 5-дневный курс лечения внебольничной пневмонии и 7-дневный курс лечения острого бактериального риносинусита моксифлоксацином. При этом следует отметить достаточно высокий уровень безопасности моксифлоксацина. Не выявлено повышенной частоты побочных эффектов моксифлоксацина по сравнению с другими препаратами. Разрывы сухожилий при лечении этим препаратом встречались редко, даже у пожилых больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких. Хотя моксифлоксацин и вызывает увеличение интервала QT на 4–7 мс, ни в крупных клинических испытаниях, ни после выхода препарата на рынок случаев тяжелой кардиотоксичности не зарегистрировано. Гепатотоксичность встречалась не чаще, чем при приеме других препаратов. Важно помнить, что хинолоны исторически относятся к препаратам с дозозависимым эффектом. Вся суточная доза современных хинолонов вво-



Сателлитный симпозиум компании «Байер»

дится за один раз. Когда японские врачи стали вводить респираторные фторхинолоны вместо 500 или 750 мг 1 раз в сутки по 100 мг 3 раза в сутки, это привело к росту резистентности к препаратам в данном регионе. Так, самая высокая частота устойчивости пневмококков к фторхинолонам фиксируется в Японии и странах Юго Восточной Азии. Поэтому, говоря об эффективности препаратов применительно к этой группе, важно не модифицировать дозу. Профессор Р.С. Козлов подчеркнул, что важно объяснять пациентам, когда нужно принимать препарат – сколько раз в день, до, после или во время еды. Несоблюдение пациентами графика приема будет приводить к быстрому росту устойчивости. Профессор Козлов еще раз подчеркнул, что надо очень бережно относиться к тем препаратам, которые являются основой терапии в современных условиях, тем более что «фторхинолоны являются классическим примером баланса эффективности и безопасности».

Возможности и особенности антибактериальной терапии хронических риносинуситов

Галина Николаевна НИКИФОРОВА (д.м.н., доцент кафедры оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) сообщила, что в среднем около 5–15% взрослого населения в мире и 5% детей страдают той или иной формой синусита, причем хронический риносинусит стоит на первом месте среди всех хронических заболеваний (146 случаев на 1000 населения). Риносинусит – не только оториноларингологическая проблема. Зачастую риносинусит приводит к обострению бронхиальной астмы, ХОБЛ, развитию таких грозных осложнений, как риносинусогенный менингит, менингоэнцефалит, тромбоз кавернозного синуса и др. Основные возбудители вирусного риноси-

Таблица 3. Рекомендации EPOS по лечению острого риносинусита у взрослых

Лечение	Уровень доказательств	Уровень рекомендаций	Значимость
Антибиотики внутрь	Ia	A	ДА (после 5-го дня или в тяжелых случаях)
ИНГКС	Ib	A	ДА
Комбинация ИНГКС + антибиотик	Ib	A	ДА
Системные стероиды	Ib	A	ДА (уменьшают боль в тяжелых случаях)
АГП внутрь	Ib	B	ДА (у пациентов с аллергией)
Назальный душ	Ib (-)	D	НЕТ
Деконгестанты	Ib (-)	D	ДА (симптоматическое облегчение)
Муколитики	НЕТ	НЕТ	НЕТ
Фитотерапия	Ib	D	НЕТ

Примечание. Ib (-) – исследования с отрицательным результатом.

нусита – это риновирусы, коронавирусы, аденовирусы, вирусы гриппа и парагриппа. Что касается бактериальных микроорганизмов, то наиболее часто возбудителями риносинуситов являются *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* и *Haemophilus influenzae*.

Г.Н. Никифорова объяснила, что диагноз «рецидивирующий острый синусит» ставится в тех случаях, когда в течение года наблюдается четыре и более эпизода острого синусита длительностью семь дней и больше с периодами ремиссии более двух месяцев. Диагноз «хронический синусит» ставится, если в анамнезе был хотя бы один эпизод заболевания длительностью более трех месяцев или хирургическое вмешательство на околоносовых пазухах.

Лечение риносинуситов сводится к этиотропной терапии (воздействие на инфекцию), патогенетической (блокирование воспаления) и симптоматической (уменьшение проявлений симптомов). Рекомендации по диагностике и лечению полипозно-



го, острого и хронического риносинусита, данные в Европейском согласительном документе, определяющем стратегию лечения риносинусита (EPOS 2007), приведены в таблице 3. В российские рекомендации (ФГУ «НИИ уха, горла, носа и речи», 2008 г.) по лечению острых

Г.Н. Никифорова



Таблица 4. Чувствительность возбудителей к антибактериальным препаратам

Антибактериальный препарат	Пневмококки	Гемофильная палочка	Атипичные возбудители
Пенициллин	+++	-	-
Амоксициллин	+++	++	-
Амоксициллин/клавуланат	+++	+++	-
Ко-тримоксазол	+	+	-
Гентамицин	-	+++	-
Цефалоспорины II–IV поколений	+++	+++	-
Макролиды	+++	++	+++
Фторхинолоны I–II поколений	+	+++	++
Фторхинолоны III–IV поколений	+++	+++	+++

риносинуситов включены следующие мероприятия: элиминационная терапия, разгрузочная терапия, пункционное лечение, местная антибактериальная терапия, системная антибиотикотерапия, противовоспалительное лечение, антигистаминная терапия, муколитическая терапия. Таким образом, как зарубежные, так и отечественные рекомендации подчеркивают важность системной антибиотикотерапии. При выборе антибактериального препарата нужно учитывать чув-

ствительность возбудителя заболевания и данные доказательной медицины по эффективности препаратов. Кроме того, препарат должен быть безопасен, обладать хорошей переносимостью и простотой применения. Национальные практические рекомендации по назначению антибиотиков США, Германии, Франции, Канады предлагают следующие препараты выбора:

- амоксициллин;
- амоксициллин/клавуланат;
- цефалоспорины II–III поколений;
- макролиды;
- моксифлоксацин, левофлоксацин.

Г.Н. Никифорова сравнила антибактериальные препараты по чувствительности к ним различных возбудителей (табл. 4).

Как видно из таблицы 4, новые фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гатифлоксацин) превосходили по своей антимикробной активности практически все группы препаратов, поскольку они высокоактивны в отношении всех респираторных патогенов, включая атипичные возбудители, и сохраняют активность против *S. pneumoniae*, устойчивых к пенициллину и макролидам. Кроме широкого спектра действия,

фторхинолоны характеризуются относительно медленным развитием резистентности, обладают бактерицидным эффектом и особым механизмом действия, отличным от других антибиотиков. Правильное назначение поздних фторхинолонов (в отличие от препаратов предшествующих поколений) не способствует селекции резистентных пневмококков.

В настоящее время для лечения риносинуситов широко применяется моксифлоксацин (Авелокс®). Его бактериологическая эффективность очень высока, он обеспечивает высокий уровень эрадикации всех микроорганизмов у пациентов как с острым, так и с хроническим риносинуситом. Сравнительное исследование эффективности 7-дневной терапии моксифлоксацином 400 мг в день и 10-дневной терапии цефуроксима аксетилем продемонстрировало преимущества моксифлоксацина в клинической и бактериологической эффективности (рис. 1). Особенностью моксифлоксацина является то, что он не метаболизируется в ферментной системе цитохрома P-450, поэтому риск лекарственного взаимодействия при комбинированной терапии минимален. Это очень важно, поскольку пациенты с обострением хронического риносинусита, острым риносинуситом часто имеют сопутствующие патологии.

Вместо заключения. Новые фторхинолоны превосходили по своей антимикробной активности практически все группы препаратов. Наиболее высокой активностью в отношении основных возбудителей инфекций ЛОР-органов, подтвержденной клиническими данными, обладает моксифлоксацин (Авелокс®). Докладчики симпозиума, основываясь на данных доказательной медицины, высоко оценили эффективность, бактериологическую активность и безопасность препарата. ☺

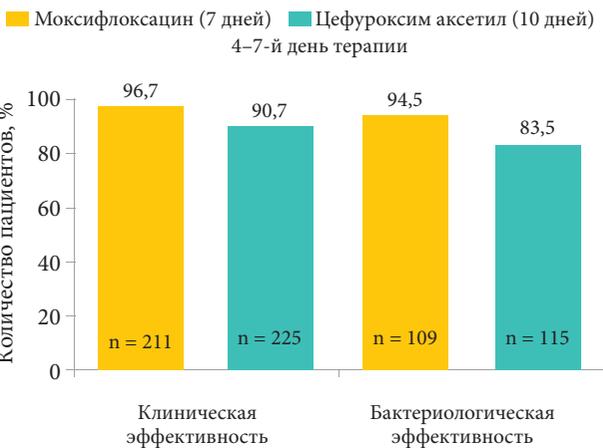


Рис. 1. Сравнение клинической и бактериологической эффективности моксифлоксацина и цефуроксима аксетила в лечении острого синусита



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Авелокс®

Мощный импульс к выздоровлению!

АВЕЛОКС® – антибактериальный препарат последнего поколения фторхинолонового ряда

- Широкий спектр противомикробной активности – оптимальное решение для эмпирической монотерапии инфекций
- Быстрый регресс клинических симптомов
- Возможность ступенчатой терапии с быстрым переходом с парентерального применения на пероральный прием
- Единая дозировка, однократный прием в сутки
- Хорошая переносимость и высокая безопасность

Регистрационный номер: П N012034/01; П N012034/02. **Торговое название:** АВЕЛОКС®. **Международное непатентованное название:** моксифлоксацин. **Состав:** каждая таблетка, покрытая оболочкой, содержит моксифлоксацина гидрохлорид 436,8 мг (активное вещество), эквивалентный моксифлоксацину основанию 400 мг; 250 мл инфузионного раствора содержат в качестве активного вещества моксифлоксацина гидрохлорид моногидрат 436 мг, что эквивалентно 400 мг моксифлоксацину основанию. **Фармакотерапевтическая группа:** противомикробное средство – фторхинолон. **Показания к применению:** для лечения у взрослых следующих инфекций, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами: острый синусит; внебольничная пневмония; обострение хронического бронхита; неосложненные инфекции кожи и мягких тканей; осложненные инфекции кожи и подкожных структур; осложненные интраабдоминальные инфекции, включая полимикробные инфекции, в том числе внутрибрюшинные абсцессы; неосложненные воспалительные заболевания органов малого таза (в том числе сальпингиты и эндометриты). **Противопоказания:** гиперчувствительность к моксифлоксацину и любому другому компоненту препарата; возраст до 18 лет; беременность и период лактации. **Побочные эффекты:** тошнота, диарея, боли в животе, рвота, симптомы диспепсии, преходящее повышение уровня трансаминаз, головноекружение, головная боль, кандидозная суперинфекция, удлинение интервала QT у пациентов с сопутствующей гипокалиемией. **Применение с осторожностью:** при заболеваниях ЦНС (в т.ч. заболеваниях, подозрительных в отношении вовлечения ЦНС), предрасполагающих к возникновению судорожных припадков и снижающих порог судорожной активности; удлинении интервала QT, гипокалиемии, брадикардии, острой ишемии миокарда, при одновременном приеме с препаратами, удлиняющими интервал QT, и противоритмическими средствами Ia и III классов; тяжелой печеночной недостаточности. **Способ применения и дозы:** возможна ступенчатая терапия – на начальных этапах лечения может применяться раствор Авелокса® для инфузий, затем для продолжения терапии при наличии показаний препарат может быть назначен внутрь в таблетках. Продолжительность лечения определяется тяжестью инфекции и клиническим эффектом. *Подробную информацию см. в инструкции по применению препарата.*

ЗАО «БАЙЕР»

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02
www.bayerscheringpharma.ru

09.09-0579-РУ

Реклама

Препарат, которому доверяет весь мир!

Авелокс®
моксифлоксацин



Инфекционные и аллергические риниты: возможности назальных деконгестантов

Особое внимание на XVIII Съезде оториноларингологов России было уделено проблеме воспаления слизистой оболочки носа различной этиологии. В рамках съезда при поддержке компании «Никомед» состоялся симпозиум «Риниты – многоликая проблема, разнообразные решения», посвященный вопросам диагностики и лечения инфекционных и аллергических ринитов.

Ринит – вечная проблема. Пути ее «смягчения»

Д.м.н., профессор М.А. КАЛИНИН (Северный государственный медицинский университет, Архангельск) в своем докладе остановился на аспектах диагностики и лечения инфекционного ринита. Он рассказал о том, что чаще всего диффузное воспаление слизистой оболочки полости носа вызывают риновирусы, аденовирусы и респираторно-синцитиальные вирусы. Возбудитель использует различные механизмы разруше-

*Профессор
М.А. Калинин*

ния эпителиального барьера слизистой оболочки полости носа, тем самым нарушая ее физиологические функции (защитную, кондиционирующую). Обычно пациенты не считают ринит особенно серьезным заболеванием. Однако насморк следует лечить с появления первых симптомов, прежде всего для того, чтобы предотвратить возможные осложнения и как можно скорее улучшить качество жизни. М.А. Калинин обозначил основные направления лечения ринита:

- гигиенический уход за полостью носа;
- ирригационно-элиминационная терапия;
- топические медикаментозные препараты (антисептики, деконгестанты, протеолитические ферменты, кортикостероидные гормоны и др.).

Более подробно профессор Калинин остановился на группе топических препаратов, способствующих вазоконстрикции сосудов слизистой оболочки полости носа. Действующие вещества, содержащиеся в назальных деконгестантах, вызывают обратимый спазм кровеносных сосудов и пещеристых тел слизистой оболочки носа, тем са-

мым улучшая процессы самоочищения, аэрации полости носа, околоносовых пазух, носоглотки и слуховой трубы, устраняя интерстициальный отек, уменьшая гиперсекрецию слизи и предотвращая развитие бактериальных осложнений. Это не решает проблему кардинально, но, во всяком случае, купирует симптомы заболевания.

Топические препараты отличаются длительностью эффекта, видом и концентрацией действующего вещества, формой выпуска. Поэтому врач-оториноларинголог должен уметь выбирать лекарственное средство, наиболее подходящее для конкретного пациента. Среди назальных деконгестантов, соответствующих требованиям эффективности и безопасности и проверенных клинической практикой, М.А. Калинин выделил линейку препаратов Називин («Никомед»). Он привел сведения по противовирусному действию этого препарата. В 2005 г. в Германии были проведены исследования, результаты которых свидетельствуют, что Називин обладает определенным этиотропным действием против вирусов гриппа и риновирусов. Такое действие может объясняться подавлением экспрессии молекулы адгезии ICAM-1, которая служит рецептором для проникновения вируса в клетку. Уменьшение экспрессии молекул клеточной адгезии на эндотелии сосудов уменьшает, с одной стороны, воспаление, с другой – способность вируса проникать в клетку.

Далее профессор Калинин остановился еще на одной группе препа-





Сателлитный симпозиум компании «Никомед»

ратов компании «Никомед» – Ксимелин. Спрей и капли Ксимелин хорошо известны в России. 1 мл этого препарата содержит 1 мг ксилометазолина гидрохлорида, в качестве консерванта добавлены 0,1 мг бензалкония хлорида и 0,5 мг натрия детата. Недавно в линейке препаратов Ксимелин появились новые торговые формы – дозированный спрей Ксимелин Эко с ментолом и дозированный спрей двойного действия Ксимелин Экстра. В состав дозированного спрея Ксимелин Эко с ментолом кроме ксилометазолина гидрохлорида входят вспомогательные вещества: создающий ощущение свежести левоментол, цинеол (эвкалиптол), обеспечивающий дополнительный противовоспалительный эффект, и касторовое масло. Спрей Ксимелин Эко с ментолом не содержит консерванта бензалкония хлорида и не раздражает слизистую носа, поэтому его можно рекомендовать пациентам с высокочувствительной слизистой оболочкой полости носа, например, детям и взрослым, часто болеющим ОРВИ (гриппом) или страдающим аллергическими заболеваниями (поллиноз, атопический дерматит, аллергия на животных, диатез, пищевая аллергия и др.), работникам вредных производств, пациентам после эндоназальных операций, пожилым людям.

В состав дозированного спрея Ксимелин Экстра кроме 0,5 мг ксилометазолина гидрохлорида входят 0,6 мг ипратропия бромид моногидрата. Ипратропия бромид – антихолинергическое средство, четвертичное производное атропина. При интраназальном применении ипратропия бромид уменьшает назальную секрецию за счет конкурентного ингибирования (блокирования) холинергических рецепторов, которые расположены в эпителии носа. Кроме того, спрей Ксимелин Экстра содержит глицерол, благодаря которому на слизистой оболочке носа создается увлажняющая пленка, таким образом, препарат не сушит слизистую оболочку носа. Что касается

показаний к применению, то профессор Калинин обозначил следующие: ОРЗ с проявлениями ринита и ярко выраженным симптомом ринореи, аллергический ринит, поллиноз, синусит (с целью уменьшения отека слизистой носа).

Трудности диагностики аллергического ринита

О диагностике и аспектах лечения аллергического ринита рассказал д.м.н., профессор кафедры клинической микологии, аллергологии и иммунологии СПбМАПО, главный аллерголог Ленинградской области и СЗФО А.В. СОБОЛЕВ. Аллергический ринит – IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, проявляющееся обильной ринореей или заложенностью носа, зудом в полости носа и повторяющимися приступами пароксизмального чихания. Аллергический ринит клинически проявляется при контакте с причинно-значимыми аллергенами и характеризуется бледно-серым цветом слизистой при риноскопии (важно дифференцировать его от неаллергического ринита с эозинофильным синдромом), положительными кожными пробами и наличием специфических IgE-антител. При этом отмечается выраженный эффект от применения антигистаминных препаратов. Распространенность аллергического ринита варьирует в разных странах от 4 до 32%, это объясняется особенностями диагностического обследования пациентов. Зачастую легкие приступы не диагностируются. По данным Института иммунологии Минздравсоцразвития РФ, аллергический ринит в среднем выявляется только на 8-м году заболевания, в 45% случаев аллергический ринит не диагностирован. Только 47% больных с установленным диагнозом получают квалифицированное лечение, а 53% не лечатся. С поздней диагностикой аллергического ринита и зачастую неадекватной терапией тесно связано увеличение частоты тяжелых форм аллергического ринита,



Профессор
А.В. Соболев

та, формирование бронхиальной астмы и других заболеваний дыхательных путей (хронического синусита, полипозного риносинусита, среднего отита).

Профессор А.В. Соболев обозначил следующие этапы диагностики и лечения аллергического ринита. Сначала необходимо детально изучить историю болезни и симптомы, беспокоящие пациента, затем взять мазок из полости носа для подтверждения наличия эозинофилов. Далее провести тесты на определение специфических IgE-антител и аллергические пробы. При выборе лекарственного препарата нужно четко определить цель лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Если есть возможность прогнозировать появление симптомов (например, при сезонном рините), лучше проводить профилактическое лечение, не дожидаясь обострения. Фармакотерапия аллергического ринита включает:

- антигистаминные препараты системного и локального действия;
- стабилизаторы мембран тучных клеток;
- сосудосуживающие препараты;
- антихолинергические средства;
- глюкокортикостероиды.



Сейчас появляется все больше исследований, которые касаются побочных эффектов антигистаминных препаратов первого поколения. Так, согласно данным по США, смертность от антигистаминных препаратов первого поколения среди всех смертей от передозировки лекарств составляет 8,3% у взрослых и 6% у детей. Поэтому в США и Канаде в связи с ростом смертельных случаев в настоящее время использование антигистаминных препаратов первого поколения запрещено у детей до 6 лет и ограничено у детей до 12 лет. Существует достаточно много современных антигистаминных препаратов (лоратадин, цетиризин, дезлоратадин, мизоластин и др.). Особое внимание А.В. Соболев уделил действующему веществу эбастину (Кестин 20 мг, «Никомед»), который не имеет аналогов. Эффективность Кестина выше, чем у многих препаратов нового поколения. Он обладает более сильным действием, чем цитилизин, лоратенон или фекотенадин в стандартных дозировках. Кестин действует не только на рецепторы гистамина, но и других медиаторов, тем самым эффективно устраняя заложенность носа. Кроме того, Кестин не вызывает сонливости, сухости во рту, привыкания и не снижает внимания.

Терапия аллергического ринита не обходится без использования деконгестантов, которые улучшают носовое дыхание у всех категорий больных независимо от патогенеза заболевания и оказывают очень быстрый клинический эффект. Профессор Соболев обратил внимание слушателей на сосудосуживающий препарат длительного действия Називин (оксиметазолин) – этот препарат входит в десятку самых продаваемых препаратов в мире. Кроме того, Називин – единственный препарат, который разрешен детям грудного возраста, имеет очень высокий профиль безопасности и помимо сосудосуживающего эффекта дей-

ствительно обладает противовирусной активностью.

Впервые в России появился препарат, в состав которого входит ипратропия бромид, – это дозированный спрей Ксимелин Экстра. Сочетание антихолинолитика и деконгестанта дает очень хороший клинический эффект при рините как аллергического, так и инфекционного характера. У пациентов с выраженной гиперактивностью слизистой оболочки носа, у которых возникает максимальное воспаление при воздействии минимальных доз аллергена, А.В. Соболев предложил использовать спрей Ксимелин Эко с ментолом, который содержит глицерол, – он хорошо увлажняет слизистую носа, не сушит ее и достаточно хорошо переносится.

У больных с выраженной заложенностью носа перед назначением интраназальных глюкокортикостероидов допустимо применение деконгестантов длительностью не более одной недели. Для лечения аллергического ринита в России используются эндоназальные глюкокортикостероиды (бекламетазон, флутиказон, будесонид и др.). Для повышения эффективности интраназальных глюкокортикостероидов рекомендуется перед введением препаратов предварительно очищать носовую полость от слизи, а также использовать увлажняющие средства, потому что нередко у таких пациентов имеются проявления атрофического ринита. Орошение слизистой солевыми растворами снижает интенсивность зуда, ринореи, уменьшает заложенность носа, снижает концентрацию причинно-значимых аллергенов. Для лечения и профилактики острых и хронических воспалительных и инфекционных заболеваний носа, придаточных пазух и носоглотки, аллергического и вазомоторного ринита, для ежедневной гигиены носовой полости, для профилактики воспалительных процессов после оперативных вмешательств А.В. Соболев посоветовал использовать аэрозоль Маример. Препар-

ат не содержит консервантов, в его состав входят такие микроэлементы, как медь (оказывает антибактериальное и противовирусное действие), магний (снижает выраженность аллергических реакций), селен (обладает антиоксидантным и противовоспалительным эффектом), цинк (способствует процессам регенерации) и др. Размер микрокапель в аэрозоле Маример составляет от 2 до 20 мкм (это в 20 раз меньше, чем в обычных спреях), что обеспечивает воздействие на все отделы верхних дыхательных путей, в том числе зоны верхних и средних носовых раковин, а также носоглотку. Технология микродиффузии позволяет мягко и эффективно промывать всю слизистую оболочку полости носа. Правильный подбор комплексной терапии, которая включает элиминационные мероприятия, специфическую иммунотерапию, фармакотерапию, позволяет устранить все симптомы аллергического ринита и, самое главное, предотвратить развитие осложнений, подвел итог профессор Соболев.

Применение ипратропия бромида при лечении больных аллергическим ринитом

Среди основных групп лекарственных средств, используемых в медикаментозной терапии аллергического ринита, наименее изучены в России и, следовательно, представляют определенный интерес для оториноларингологов и врачей общей практики М-холиноблокаторы. Классическим представителем данной группы является ипратропия бромид, который, воздействуя на мускариновые рецепторы желез слизистой оболочки, блокирует парасимпатическую стимуляцию, опосредованную классическим медиатором ацетилхолином, и уменьшает количество назального секрета, продуцируемого в ходе аллергической реакции. Ряд зарубежных исследователей установили высокую эффективность ипратропия бромида,

**КСИМЕЛИН
ЭКСТРА**

**СКОРОСТЬ
И УДВОЕННАЯ СИЛА**



ДВОЙНАЯ СИЛА В БОРЬБЕ С НАСМОРКОМ

Два активных компонента **Ксимелин Экстра** помогают быстро победить оба симптома насморка: устраняют заложенность, останавливают ринорею.



Р.Ф. Галеев применяемого местно с целью блокады повышенной назальной секреции. К.м.н. Р.Ф. ГАЛЕЕВ (Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова) рассказал о первом проведенном в России исследовании эффективности эндоназальных инстилляций ипратропия бромидом и электрофореза с этим препаратом у больных с круглогодичным аллергическим ринитом.

На первом этапе работы на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова были исследованы электрофоретические свойства ипратропия бромидом, установлена возможность его введения в ткани организма при помощи гальванического тока с положительного полюса. На втором этапе изучалась непосредственная эффективность применения препарата при круглогодичном аллергическом рините. Под наблюдением находились 50 пациентов в возрасте 18–76 лет с давностью заболевания от 1 до 30 лет. Наибольшая сенсibilизация была отмечена к домашней пыли (90%), пыльце растений (46%) и шерсти домашних животных (28%). Об-

следуемые больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, давности заболевания и выраженности клинических проявлений. Первая группа включала 27 больных с круглогодичным аллергическим ринитом (10 мужчин и 17 женщин), которые получали ипратропия бромид в виде монотерапии в дозе 25 мкг (2 кап.) в каждую половину носа 3 раза в день в течение 5 дней. Во вторую группу вошли 23 больных с круглогодичным АР (4 мужчин и 19 женщин), которым ипратропия бромид вводился по эндоназальной методике лекарственного электрофореза также в течение 5 дней. Субъективную оценку эффективности лечения проводили с помощью 4-балльной стандартизированной шкалы по наиболее наглядным симптомам (заложенность носа, ринорея, снижение обоняния, чихание). Для объективной оценки эффективности препарата использовались эндоскопия и фотографирование полости носа, передняя активная риноманометрия, количественное измерение назальной секреции, определение двигательной активности мерцательного эпителия, измерение рН.

При первичном обследовании у всех пациентов были отмечены выраженные симптомы аллергического ринита, на выделение из носа и заложенность жаловались все пациенты обеих групп, причем интенсивность этих жалоб у подавляющего большинства была максимальной. Через 5 дней применения препарата было зарегистрировано значительное уменьшение жалоб, у значительной части пациентов симптомы были слабо выражены. Обследование больных через 2 недели выявило, что у больных первой группы вновь произошло нарастание клинических проявлений, большинство из них отмечали умеренно выраженные или средние симптомы. Во второй группе у большинства пациентов симптомы либо отсутствовали, либо были слабо выражены.

Таким образом, проведенное исследование применения ипратропия бромидом в лечении больных круглогодичным аллергическим ринитом показало высокую эффективность препарата в купировании назальной гиперсекреции – одного из ведущих симптомов заболевания. При оценке субъективных ощущений пациентов выявлено положительное влияние ипратропия бромидом на все основные симптомы ринита. Препарат эффективно и в короткие сроки купирует ринорею, вследствие чего у больных субъективно уменьшается ощущение заложенности носа и чихание, восстанавливается обоняние. Уменьшение количества назального секрета приводит к качественным изменениям носовой жидкости, что объясняет смещение значений рН к нормальным величинам. Снижая количество назального секрета, ипратропия бромидом улучшает транспортную функцию мерцательного эпителия, недостаточно эффективно в условиях гипергидратации в полости носа у больных круглогодичным аллергическим ринитом. Лекарственный электрофорез с ипратропия бромидом позволяет получить более продолжительный терапевтический эффект по сравнению с применением его в виде эндоназальных инстилляций. Преимуществом предложенной методики также является возможность использования препарата 1 раз в день.

В России существует единственный препарат в виде спрея, содержащий ипратропия бромидом моногидрат, – Ксимелин Экстра. В сочетании со вторым действующим веществом – ксилометазоном гидрохлоридом – препарат обладает двойной эффективностью: снижает заложенность носа и уменьшает количество назального секрета. Кроме того, дозированный спрей Ксимелин Экстра не содержит консерванта, поэтому не раздражает слизистую носа и не сушит ее благодаря входящему в его состав глицеролу. ☺

Общероссийская общественная организация
**РОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ
АКАДЕМИЯ ГОЛОСА**



**III Международный
междисциплинарный конгресс
«ГОЛОС»**

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

Министерства культуры РФ

Академического ансамбля песни и пляски Российской Армии имени А.В. Александрова

Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России

Академии хорового искусства имени В.С. Попова

Информационного портала «Музыкальный Клондайк»

IV пленум Координационного совета

Российской общественной академии голоса

заседание редакционно-издательского совета

Российской общественной академии голоса

Основные тематические направления в работе Конгресса:

- ✿ междисциплинарное взаимодействие специалистов по голосу;
- ✿ голос и речь как средства коммуникации;
- ✿ физиология, патофизиология и гигиена голоса;
- ✿ современные методы исследования голосового аппарата и лечения дисфоний;
- ✿ фонопедический тренинг;
- ✿ проблемы вокального и речевого образования;
- ✿ голос детей и подростков;
- ✿ психология вокального творчества.

Формы участия:

- ✿ пленарный доклад (20 минут);
- ✿ мастер-класс (только пленарно, 45 минут, 1,5 часа);
- ✿ тематический семинар (45 минут);
- ✿ секционный доклад (15 минут);
- ✿ постерная презентация;
- ✿ участие в качестве слушателя;
- ✿ заочное участие (публикация в сборнике трудов).

Доклады в научную программу Конгресса включаются только при представлении их к публикации!

Материалы для публикации и заявки на выступление с докладом принимаются до 1 июня 2011 года по электронному адресу: foncentr@mail.ru.

Дата проведения: 28 сентября — 1 октября 2011 года.

Рабочий язык: русский, английский. Предусматривается синхронный перевод.

Дата заезда участников: 27–28 сентября.

Адрес: Москва, Земледельческий переулок, дом 20.

Проезд: станция метро «Смоленская» Арбатско-Покровской или Филёвской линии.

Регистрация участников: в фойе — 28 сентября с 14.00 до 18.30; 29 сентября — с 8.30 до 10.00.

Церемония открытия Конгресса: 28 сентября в 19.00.

Работа Конгресса: 29 сентября — 1 октября.

Церемония закрытия Конгресса, вручение Всероссийской национальной премии «За изучение голоса» и других наград Академии: 1 октября в 17.00.

Заключительный гала-концерт: 1 октября в 18.00.

НАШИ КОНТАКТЫ:

www.voiceacademy.ru

E-mail: foncentr@mail.ru

Телефон: (495) 726-97-60

Факс: (499) 241-92-22

Для почтовых отправок: 119002 Москва, а/я 23

По всем вопросам обращаться

к исполнительному директору Конгресса

Марине Владимировне Ефановой по тел.: +7 (965) 101-86-99

Маример

МОРСКОЙ ПРИБОЙ ВСЕГДА С ТОБОЙ!



Маример® — назальный аэрозоль на основе натуральной морской воды для профилактики и лечения ринита

- ★ Для повышения сопротивляемости слизистой оболочки носа к болезнетворным бактериям и вирусам
- ★ Для ежедневной гигиены носовой полости, увлажнения слизистой оболочки носа, восстановления и поддержания ее защитных свойств

