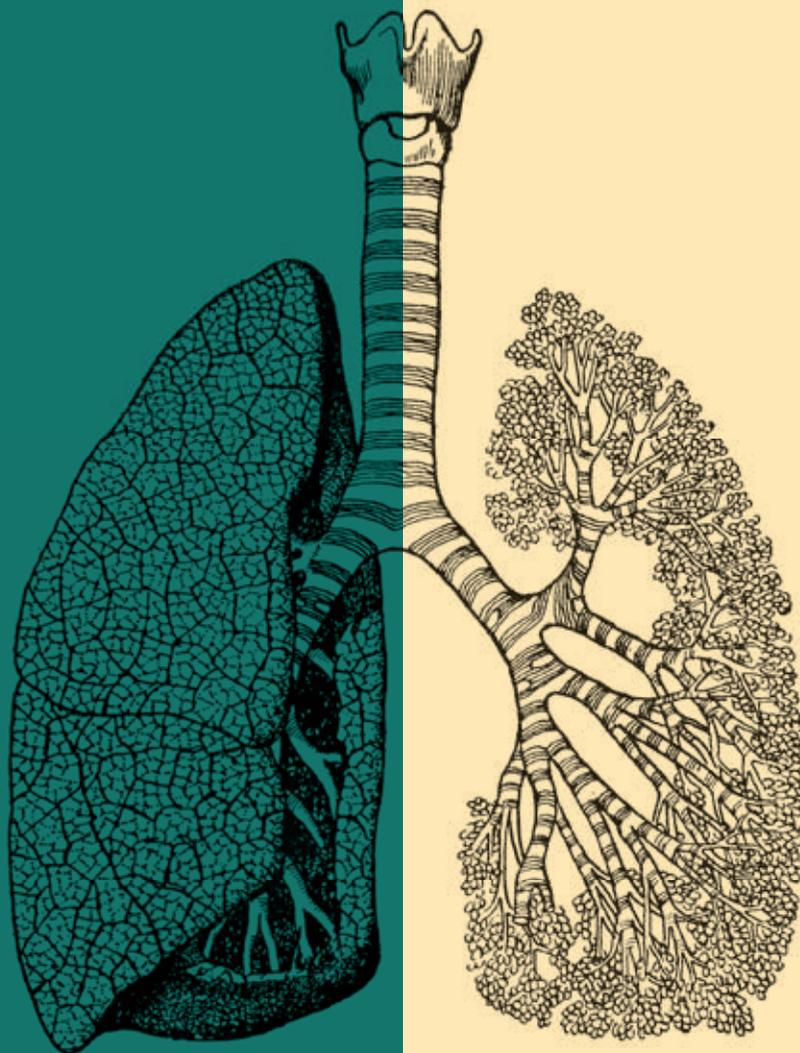


ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

пульмонология
и оториноларингология №1, 2016



№

20

Современные подходы
к лечению
воспалительных
заболеваний глотки

14

Международные
рекомендации
по терапии
ЛОР-инфекций
в российской
практике

26

Эффективность
комбинированного
препарата азеластина
и мометазона фууроата
при аллергическом
рините

36



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



Уважаемые коллеги!

Межрегиональная общественная организация
«Российское респираторное общество»
приглашает вас принять участие в работе

XXVI Национального Конгресса по болезням органов дыхания

Конгресс состоится в г. Москве
с 18 по 21 октября 2016 г.

Организаторы конгресса	Российское респираторное общество Министерство здравоохранения Российской Федерации (План научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2016 год)
Место проведения	г. Москва, площадь Европы, д. 2 Деловой центр, гостиница «Славянская»

К участию в работе конгресса приглашаются пульмонологи, фтизиатры, онкологи, педиатры, врачи функциональной диагностики, рентгенологи, организаторы здравоохранения, терапевты, врачи общей практики, торакальные хирурги, преподаватели, ординаторы, аспиранты, интерны, студенты.

Президент конгресса профессор Игнатова Г.Л.

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА КОНГРЕССА: Пути совершенствования оказания пульмонологической помощи взрослым и детям от первичного звена до высокотехнологичной медицинской помощи • Эпидемиология заболеваний органов дыхания • Инновации в диагностике, лечении и профилактике заболеваний органов дыхания • Преемственность оказания пульмонологической помощи между педиатрами и врачами взрослой сети • Порядок и стандарты оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания • Клинические рекомендации – ХОБЛ, бронхиальная астма, саркоидоз, тяжелая внебольничная пневмония у взрослых • Орфанные заболевания • Интервенционная пульмонология: бронхоскопия, торакоскопия, криотерапия • Профессиональные заболевания легких • Иммунологические аспекты при инфекционных заболеваниях органов дыхания • Легочная гипертензия • Функциональные методы диагностики. Кардиореспираторные нагрузочные тесты: клинические примеры • Морфология для клиницистов • Рак легких: современные рекомендации по диагностике и лечению • Медицина сна • Образовательные программы в пульмонологии • Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации в вопросах респираторного здоровья.

Заявки на участие в научной программе необходимо оформить (не позднее 25.06.2016) **через сайт www.spulmo.ru**

Правила оформления заявки размещены на сайте www.spulmo.ru. Информация по тел. **8 (495) 940-6331**

ТЕЗИСЫ

Тезисы конгресса принимаются бесплатно. Должны быть высланы через сайт www.spulmo.ru не позднее 30 июля 2016 г. (правила оформления на сайте).

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

В конкурсе могут принять участие аспиранты, врачи и научные сотрудники в возрасте до 35 лет. Для участия в конкурсе необходимо подать заявку на участие объемом не более 2 страниц текста, состоящую из резюме с указанием работ и информации об авторе (фамилия, дата рождения, должность, организация, город, страна, номер телефона и адрес электронной почты для связи с автором), необходимо до 1 октября 2016 г. прислать по e-mail: rropulmo@mail.ru с пометкой: «Конкурс молодых ученых».

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС

Регистрационный взнос до 1 августа 2016 г. составляет 6500 рублей, после 1 августа – 7500 рублей.

Лица, оплатившие единый регистрационный взнос, имеют:

- право на участие в мероприятиях XXVI Национального конгресса по болезням органов дыхания;
- годовую подписку на журналы «Пульмонология», «Атмосфера», «Астма и аллергия»;
- монографии, подготавливаемые ежегодно ведущими экспертами в области респираторной медицины;
- доступ к закрытой части сайта www.spulmo.ru;
- электронный доступ к Европейскому респираторному журналу (ЕРЖ);
- еженедельную информационную рассылку ЕРО всем членам РРО. ЕРО предоставит всем членам РРО электронный доступ к журналу

European Respiratory Review, Breath (в обоих в настоящий момент открытый доступ) и к монографиям. ЕРО будет предлагать все свои публикации в печатном виде всем заинтересованным по специальной сниженной цене.

ПО ВОПРОСАМ РЕГИСТРАЦИИ

registration@spulmo.ru

тел.: (843) 526-5332, 526-5427, 8 (917) 269-6753

БРОНИРОВАНИЕ НОМЕРОВ

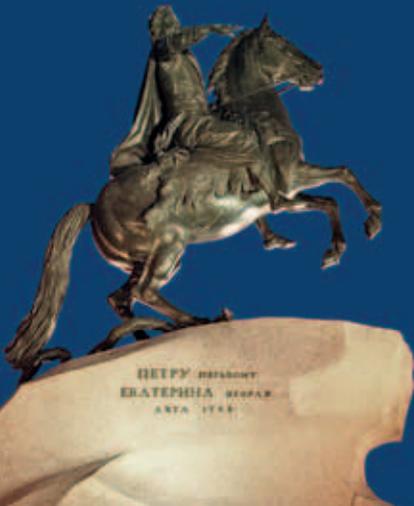
services@spulmo.ru

тел.: (843) 526-5332, 526-5427, 8 (917) 269-6753

ВЫСТАВКА

В рамках работы конгресса состоится выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования, новых технологий, информационно-издательских групп.

Заявки на участие в выставке принимаются до 25 сентября 2016 г. тел.: (495) 730-5649, 8 (910) 465-1906, exhibition@spulmo.ru



XI НАУЧНЫЙ КОНГРЕСС

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

www.clinicpharm.ru

Санкт-Петербург, 6-8 октября 2016 г.

КОНГРЕСС

«РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ» –

это ежегодный форум, главной целью которого является формирование клинико-фармакологического мышления у практикующих врачей различных специальностей.

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

пленарное заседание, профильные школы, круглые столы, семинары, симпозиумы, образовательные лекции, мастер-классы от лидеров направлений.

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- повысить уровень профессиональной подготовки;
- усовершенствовать знания по вопросам фармако-терапии различных заболеваний;
- освоить новейшую информацию о лекарственных средствах и схемах их применений;
- ознакомиться с современными тенденциями развития мировой клинической медицины;
- получить необходимые знания по вопросам социальных, экономических, юридических и этических норм деятельности врача.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Санкт-Петербург, гостиница «Сокос Олимпия Гарден», Батайский переулок, д. 3А, ст. метро «Технологический институт»

ВРЕМЯ РАБОТЫ:

6–8 октября 2016 г., 9:00-18:00

КОНТАКТЫ:

clinicpharm@mail.ru; orgclinicpharm@mail.ru
www.clinicpharm.ru
+7 (921) 942-64-80; +7(921) 743-06-96.



«Проблемы рациональной фармако-терапии в настоящее время имеют особое значение в связи с наличием большого количества лекарственных средств на фармацевтическом рынке.

В рамках данного научного форума предполагается обсудить проблемы фармако-терапии основных острых и хронических заболеваний, вопросы фармакоэпидемиологии, фармакоэко-номики и лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений, методологические подходы к органи-зации лечебного процесса».

Главный клинический фармаколог комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
А.К. Хаджидис

Главный терапевт комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Мазуров В.И.



АССОЦИАЦИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ
ФАРМАКОЛОГОВ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



IX ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО АЛЛЕРГИИ, АСТМЕ И ХОБЛ
X СЪЕЗД АЛЛЕРГОЛОГОВ И ИММУНОЛОГОВ СНГ
ВСЕМИРНАЯ ШКОЛА ПО АЛЛЕРГИИ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ШКОЛА ПО МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ



Санкт-Петербург

1–4 июля 2016 г.

Председатели программного комитета

Walter Canonica

Adnan Custovic

Allen Kaplan

Lanny Rosenwasser

Р.И. Сепиашвили

Спонсоры

Всемирная организация по иммунопатологии (WIPO)

Всемирная организация по аллергии (WAO)

Международная ассоциация по астме (INTERASMA)

Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии (EAACI)

Европейское респираторное общество (ERS)

Американский колледж по аллергии, астме и иммунологии (ACAAI)

Азиатско-Тихоокеанская ассоциация по аллергии, астме и клинической иммунологии (APAAACI)

Азиатско-Тихоокеанское респираторное общество (APSR)

Союз аллергологов и иммунологов СНГ

Предварительная регистрация – до 15 мая 2016 г.

Тезисы докладов принимаются до 15 мая 2016 г.

ПРИНЯТЫЕ К ПУБЛИКАЦИИ ТЕЗИСЫ БУДУТ НАПЕЧАТАНЫ в международном журнале по иммунореабилитации (*International Journal on Immunorehabilitation*) и журнале «Аллергология и иммунология».

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) России и других стран СНГ данные журналы включены в перечень периодических научных и научно-технических изданий, в которых рекомендуется публикация основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук (медицинские и биологические науки).

Указанные журналы индексируются в РИНЦ

Из принятых тезисов программный комитет проводит отбор работ, которые будут рекомендованы для публикации в итальянском издательстве MEDIMOND.

Авторам будет предложено оформить **статьи объемом до 4–5 страниц для публикации в отдельном сборнике научных трудов, который индексируется в WEB OF SCIENCE и CONFERENCE PROCEEDINGS CITATION INDEX**

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

«АЛЛЕРГИЯ, АСТМА, ИММУНОТЕРАПИЯ И ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ – 2016»

В рамках форума проводится специализированная выставка лекарственных препаратов, тест-систем, информационных материалов и медицинского оборудования.

Для участия в выставке и конгрессе приглашаются отечественные и зарубежные компании

СЕКРЕТАРИАТ КОНГРЕССА

Тел. (495) 735-1414, e-mail: info@wipocis.org, wipocis@mail.ru

WWW.ISIR.RU

Эффективная
фармакотерапия. 20/2016.
Пульмонология
и оториноларингология. № 1

ISSN 2307-3586

Главный редактор
член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф. Ю.Г. АЛЯЕВ

Ответственный секретарь
докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия
докт. мед. наук, проф. В.Б. БЕЛОБОРОДОВ
докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА
докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ
докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА
докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ
докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС
докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН
докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН
докт. мед. наук, проф. А.Ю. ОВЧИННИКОВ
докт. мед. наук, проф. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ
докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ
докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН
докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

**Редакционный совет направления
«Пульмонология и оториноларингология»**
А.А. ВИЗЕЛЬ, В.В. ВИШНЯКОВ,
Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, Н.М. НЕНАШЕВА,
М.А. ПАНЯКИНА, Е.В. ПЕРЕДКОВА,
В.И. ПОПАДЮК

© Агентство медицинской информации «Медфорум»
127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор
А. СИНИЧКИН

Руководитель проекта
«Пульмонология и оториноларингология»
А. КАРПЕНКО (a.karpenko@medforum-agency.ru)

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС
Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА
Корректор Е. САМОЙЛОВА
Дизайнер Н. НИКАШИН
Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт»
Тираж 10 500 экз.

Выходит 5 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс
по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала
на сайте www.umedp.ru

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

**Авторы, присылающие статьи для публикации,
должны быть ознакомлены с инструкциями
для авторов и публичным авторским договором.
Информация размещена на сайте www.umedp.ru**

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен
в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

Содержание

Клинические исследования

С.А. КАРПИЩЕНКО, М.А. РЯБОВА, Н.А. ШУМИЛОВА
Консервативное лечение при полипозном риносинусите 6

Лекции для врачей

С.А. КАРПИЩЕНКО, С.В. БАРАНСКАЯ
Терапия хронического верхнечелюстного синусита 10

Медицинский форум

Лекарственные растительные препараты в комплексной
терапии воспалительных заболеваний ЛОР-органов 14

Международные рекомендации по терапии ЛОР-инфекций:
что применимо в российской действительности 26

Аллергический ринит: новое решение старой проблемы 36

Effective Pharmacotherapy. 2016.
Issue 20. Pulmonology
& Otorhinolaryngology. Issue 1

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

Yu.G. ALYAYEV, MD, DMSci, Prof., RASci Corr. Mem.

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.B. BELOBORODOV, MD, DMSci, Prof.

V.A. GORBUNOVA, MD, DMSci, Prof.

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

D.F. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

L.V. LUSS, MD, DMSci, Prof.

O.N. MINUSHKIN, MD, DMSci, Prof.

A.M. MKRTUMYAN, MD, DMSci, Prof.

A.Yu. OVCHINNIKOV, MD, DMSci, Prof.

V.N. PRILEPSKAYA, MD, DMSci, Prof.

Ye.I. SHMELYOV, MD, DMSci, Prof.

V.V. ZAKHAROV, MD, DMSci, Prof.

I.N. ZAKHAROVA, MD, DMSci, Prof.

Editorial Council

for Pulmonology & Otorhinolaryngology

N.P. KNYAZHESKAYA,

N.M. NENASHEVA,

M.A. PANYAKINA,

Ye.V. PEREDKOVA,

V.I. POPADYUK,

V.V. VISHNYAKOV,

A.A. VIZEL

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

A. KARPENKO

a.karpenko@medforum-agency.ru

Contents

Clinical Studies

- S.A. KARPISHCHENKO, M.A. RYABOVA, N.A. SHUMILOVA
Conservative Treatment for Rhinosinusitis Polypous 6

Clinical Lectures

- S.A. KARPISHCHENKO, S.V. BARANSKAYA
Therapy of Chronic Maxillary Sinusitis 10

Medical Forum

- Medicinal Plant-Derived Drugs in a Combination Therapy
of Inflammatory Diseases of ENT-Organs 14
- International Recommendations on Therapy of ENT-Infections:
What Is Applicable in Russian Reality 26
- Allergic Rhinitis: a Novel Solution for Old Problem 36



КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

18–19 НОЯБРЯ 2016 ГОДА



*Ассоциация детских аллергологов
и иммунологов России приглашает:*

- педиатров и аллергологов-иммунологов;
- детских дерматологов;
- детских пульмонологов;
- детских оториноларингологов;
- а также всех специалистов, работающих в смежных областях

*принять участие в работе V конференции по детской
аллергологии и иммунологии для практикующих врачей*

г. Москва

По вопросам участия в программе и выставке конгресса
обращаться в оргкомитет: тел. (495) 518-31-09

Информация о конгрессе в интернете на сайте www.adair.ru

Электронная почта: adair@adair.ru



¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

² Научно-исследовательский институт хирургии и неотложной медицины

Консервативное лечение при полипозном риносинусите

С.А. Карпищенко¹, М.А. Рябова¹, Н.А. Шумилова²

Адрес для переписки: Сергей Анатольевич Карпищенко, karpischenkos@mail.ru

Показано, что высокий уровень эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух до терапии и его увеличение на фоне терапии требуют назначения длительного курса назальных глюкокортикостероидов. Подобное лечение способствует снижению как системной, так и местной эозинофилии.

Ключевые слова: полипозный риносинусит, консервативное лечение, эозинофилия, глюкокортикостероиды

Введение

Несмотря на совершенствование хирургической техники, а также внедрение эндоскопических и лазерных методик оперативного вмешательства, процент рецидивирования полипозного риносинусита остается высоким – от 20 до 60. При сопутствующей бронхиальной астме (БА) этот показатель выше в 1,5 раза, а при аспириновой триаде – в 2,5 раза [1–4]. Наличие сопутствующей БА усугубляет течение хронического полипозного риносинусита. Как следствие – частые рецидивы заболевания и неоднократные хирургические вмешательства [5]. В связи с этим необходим поиск диагностических критериев оценки прогноза и эффективности лечения полипозного риносинусита, которые позволили бы корректировать противорецидивную терапию.

Интраназальные и системные глюкокортикостероиды (ГКС) характеризуются наибольшей эффективностью при полипозном риносинусите [6] и имеют, согласно результатам метаанализа рандомизированных исследований, самую высокую категорию доказательности.

Основной составляющей противорецидивной терапии полипозного риносинусита признаны интраназальные топические ГКС. Однако продолжительность их использования различна и в большинстве случаев составляет один месяц. По некоторым данным, после полипотомии носа лечение более продолжительное – от шести до 12 месяцев [3, 4, 6, 7]. При наличии БА может быть рекомендован постоянный прием препаратов [8].

Длительные курсы системной терапии ГКС, так называемой медикаментозной полипотомии носа, широко пропагандируемой рядом зарубежных авторов [9–12], на практике используются редко из-за риска побочных эффектов и множества противопоказаний (сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.). Четких показаний к назначению длительных курсов топических ГКС и курсов системных ГКС не установлено.

Целью исследования стало выявление показаний к усилению противорецидивной терапии у больных полипозным риносинуситом, в том числе при сопутствующей БА.

Материал и методы исследования

В основную группу вошли 69 пациентов (средний возраст 57 лет) с хроническим полипозным риносинуситом и сопутствующей БА средней и тяжелой степени. Контрольную группу составили 74 больных (средний возраст 53 года) хроническим полипозным риносинуситом без БА. Всем пациентам ранее выполнялась полипотомидотомия.

Обследование включало:

- ✓ оценку выраженности полипозных разрастаний в полости носа [3] в баллах;
- ✓ общеклиническое обследование (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмму);
- ✓ общепринятый осмотр ЛОР-органов;
- ✓ цитологическое исследование отделяемого из верхнечелюстных пазух и полости носа;
- ✓ микробиологическое исследование отделяемого из верхнечелюстных пазух;
- ✓ компьютерную томографию околоносовых пазух.

Отделяемое из верхнечелюстных пазух получали путем его аспирации через иглу Куликовского при выполнении пункции пазухи или через канюлю, введенную в пазуху через послеоперационное соустье. На основании результатов промывания верхнечелюстных пазух пациенты основной и контрольной групп были разделены на подгруппы – с полипозной формой заболевания при слизистом характере секрета и полипозно-гнойной формой при гнойном отделяемом.



Забор материала для цитологического исследования со слизистой оболочки полости носа осуществляли методом мазков-отпечатков (прижатие стерильного ватного тампона к слизистой оболочке полости носа в области среднего носового хода с последующим нанесением материала на стекло) [13]. Оценивалось процентное соотношение отдельных видов клеточных элементов из расчета 200 клеток в окрашенном по Гротту мазке.

Результаты и их обсуждение

Среди больных полипозным риносинуситом как с БА, так и без БА преобладали лица в возрасте от 50 лет (72,4 и 64,8% соответственно). Ухудшение течения БА отмечалось у 49,3% (34/69) больных, в том числе у 51% (30/59) пациентов с полипозно-гношной и у 30% (3/10) с полипозной формой заболевания. В пяти случаях из 69 дебют БА был спровоцирован септум-операцией, в восьми – петлевой полипотомией носа.

Статистически значимых различий по степени распространенности полипозных разрастаний у пациентов основной и контрольной групп при полипозной и полипозно-гношной формах заболевания не выявлено.

Согласно результатам цитологического исследования отделяемого

из верхнечелюстных пазух до лечения, содержание эозинофилов у пациентов с БА оказалось выше, чем у пациентов без БА ($p < 0,05$) (см. таблицу). Во всех случаях уровень эозинофилов секрета из верхнечелюстных пазух превышал таковой в мазках-отпечатках со слизистой оболочки полости носа. Существенной взаимосвязи между содержанием эозинофилов периферической крови и уровнем эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух у пациентов с БА и без БА при полипозной и полипозно-гношной формах заболевания не зафиксировано.

В соответствии с результатами исследования бактериологического отделяемого из верхнечелюстных пазух, микрофлора выделена у 50% пациентов с полипозным риносинуситом и БА и 80% – без БА, у 68% больных полипозно-гношным риносинуситом с БА и 73% – без БА. Выделены главным образом условно патогенные микроорганизмы. Чаще в составе микрофлоры встречался *Staphylococcus aureus* (29% пациентов с полипозно-гношным риносинуситом и БА, 31% – без БА). Различий в уровне эозинофилов отделяемого при наличии *S. aureus* и в его отсутствие не зарегистрировано.

Консервативное лечение включало промывание верхнечелюстных

пазух, системную антибактериальную терапию препаратами из группы макролидов у 80% (55/69) больных основной группы и 72% (53/74) контрольной группы в течение семи дней, системную терапию ГКС при ухудшении течения БА. Системная антибактериальная терапия назначалась при гножно-полипозной форме синусита и ухудшении течения БА смешанного, в том числе инфекционного, генеза. Полипотомия полости носа выполнена всем больным с 3-й степенью распространенности полипозного процесса в полости носа. При 1–2-й степени полипозных разрастаний 39% пациентов с БА и 28% пациентов без БА отказались от хирургического лечения в силу хороших результатов консервативной терапии, купирования воспалительного процесса в околоносовых пазухах и восстановления носового дыхания. Подготовка больных к оперативному вмешательству включала системную терапию ГКС (8 мг дексаметазона накануне и за 30 минут до операции, 4 мг – в 1-е и 2-е сутки после операции) и премедикацию: Промедол (20 мг/мл – 1,0 мл), атропина сульфат (0,1% – 1,0 мл), диазепам (10 мг – 2,0 мл) – за 10–15 минут до операции.

Операция проводилась в условиях местной аппликационной анесте-

Таблица. Результаты лабораторных исследований больных основной и контрольной групп ($M \pm \sigma$)

Эозинофилы, %	До лечения/вид лечения	Количество пациентов			
		с бронхиальной астмой		без бронхиальной астмы	
		полипозная форма (группа 1) n = 10	полипозно-гношная форма (группа 2) n = 59	полипозная форма (группа 3) n = 29	полипозно-гношная форма (группа 4) n = 45
Мазок-отпечаток	до	21,3 ± 14,1	26,3 ± 25,4 ¹	19,0 ± 14,62	6,0 ± 5,31 ^{1,2}
Отделяемое из верхнечелюстных пазух	до	41,9 ± 18,62	37,7 ± 24,2 ^{1,2}	32,3 ± 22,6	30,3 ± 22,0 ¹
	до консервативного	41,8 ± 9,3	31,6 ± 21,5	36,3 ± 8,3	29,3 ± 18,1
	до оперативного	43,0 ± 25,4	43,0 ± 25,4	30,9 ± 4,7	31,4 ± 18,1
	консервативное	–	20,0 ± 12,0 ³	–	14,3 ± 13,6 ³
	оперативное	–	25,4 ± 19,2 ³	–	25,2 ± 11,7 ³
Периферическая кровь	до	6,8 ± 3,7	6,2 ± 5,1	4,3 ± 3,7	6,0 ± 3,9
	консервативное	3,2 ± 0,9	5,6 (1,3; 6,7)	3,4 ± 1,7	4,3 ± 3,0
	оперативное	3,2 ± 2,1	3,0 ± 2,5	3,7 ± 2,7	4,3 ± 3,0

¹ Различия значимы (критерий Манна – Уитни) между группами 1 и 3, 2 и 4.

² Различия значимы между группами 1 и 2, 3 и 4.

³ Различия значимы (по критерию Вилкоксона) по сравнению с уровнем до лечения ($p < 0,05$).

Примечание. При $M < \sigma$ данные представлены в виде $M (P_{25} \text{ и } P_{75})$ – нижний и верхний квартили).

оториноларингология



зии 10%-ным раствором лидокаина под контролем эндоскопа 0° с помощью радиочастотной петли и лазерного излучения. Все пациенты через сутки после оперативного лечения принимали назальные топические ГКС не менее месяца.

Результаты цитологического исследования после лечения показали достоверное уменьшение содержания эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух как у пациентов с БА, так и у пациентов без БА. Более выраженное снижение эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух у больных полипозно-гнойным риносинуситом с сопутствующей БА после оперативного лечения (на 18,5%) по сравнению с консервативным (на 13,6%) может быть обусловлено курсом системной терапии ГКС всем лицам, перенесшим хирургическое лечение.

Таким образом, системная терапия ГКС способствует снижению уровня эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух. Эозинофилия считается ключевым моментом в развитии полипозного процесса в силу повреждающих воздействий на слизистую оболочку.

У больных БА, которым проводилась системная терапия ГКС, снижение эозинофилии периферической крови было более значимым, чем у пациентов без БА, в схему лечения которых инфузионная терапия ГКС не входила.

Рецидив полипозного риносинусита выявлен у 30% больных основной группы и 14% контрольной группы в период наблюдения от трех до 66 месяцев ($14,6 \pm 2,1$ и $13,3 \pm 2,8$ месяца соответственно). При ретроспективном анализе результатов цитологического исследования у 38% пациентов с БА и 60% пациентов без БА с рецидивами отмечалась исходно высокая степень эозинофилии в отделяемом из верхнечелюстных пазух до лечения ($70,4 \pm 3,7$ и $66,8 \pm 4,1\%$ соответственно). У 43% больных БА и 40% пациентов без БА с рецидивом заболевания эозинофилия отделяемого из верхнечелюстных пазух была невысокой, однако имела место тенденция к ее росту

на фоне лечения (с $22,8 \pm 5,0$ до $31,4 \pm 6,8\%$ и с $14,5 \pm 1,5$ до $19,7 \pm 3,0\%$ соответственно). У семи больных БА и трех пациентов без БА за период наблюдения отмечался неоднократный рецидив полипозного процесса.

При оценке метода прогнозирования рецидива заболевания на основании исходно высокого содержания эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух (более 50%) и его увеличения на фоне лечения чувствительность метода составила 64% у больных БА и 89% у пациентов без БА, специфичность – 74 и 81% соответственно. Следовательно, эозинофилия отделяемого из верхнечелюстных пазух может служить дополнительным критерием оценки динамики лечения больных полипозно-гнойным риносинуситом. Снижение уровня эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух отражает благоприятное течение воспалительного процесса. Высокая эозинофилия (более 50%) и ее рост на фоне лечения свидетельствуют о риске раннего рецидива заболевания.

В настоящее время основанием для назначения короткого курса системной терапии ГКС при полипозном риносинусите служат ухудшение течения сопутствующей БА и предоперационная подготовка больных БА. Высокий уровень эозинофилов отделяемого из верхнечелюстных пазух, по результатам нашего исследования, является предпосылкой раннего рецидивирования полипозного процесса. Системная терапия ГКС способствует снижению эозинофилии. В связи с этим назначение парентеральной терапии ГКС показано всем больным полипозным риносинуситом с высокой эозинофилией отделяемого из верхнечелюстных пазух (более 50%) как с БА, так и без нее.

Кроме того, у пациентов с высоким риском рецидива полипозного процесса, согласно результатам цитологического исследования (высокая эозинофилия до лечения и ее увеличение на фоне терапии), оправдано назначение длительных курсов терапии интраназальными

ГКС. Их отмена должна проводиться под наблюдением врачоториноларинголога.

В нашем исследовании в качестве antimicrobial терапии использовались антибиотики группы макролидов, являющиеся препаратами выбора при полипозном риносинусите [14]. Только в двух случаях потребовался повторный курс антибиотикотерапии. В остальных случаях для купирования острого воспалительного процесса было достаточно семидневного терапевтического курса макролидами.

Целесообразность широко пропагандируемого курса лечения низкими дозами макролидов до 12 недель [15–17] и даже шести месяцев [18], основанная на иммуномодулирующем эффекте препаратов данной группы, в настоящее время ставится под сомнение [19, 20], особенно у пациентов с сопутствующей БА [21].

Из-за увеличения количества штаммов, резистентных к имеющимся antimicrobial препаратам, медицинской общественностью широко обсуждается проблема поиска новых антибиотиков. В ближайшей перспективе появление новых классов антибиотиков не ожидается [22]. Назначение антибактериальных препаратов при полипозном риносинусите должно быть направлено против конкретного микробного агента. Длительные курсы antimicrobial терапии с целью реализации иммуномодулирующих свойств препаратов, с нашей точки зрения, неприемлемы.

Выводы

Выявление высокой эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух (более 50%) служит показанием к назначению системной терапии ГКС, способствующей снижению как системной, так и местной эозинофилии. Высокая эозинофилия отделяемого из верхнечелюстных пазух до лечения и ее увеличение на фоне терапии требуют длительного курса терапии назальными ГКС. Их отмена должна проводиться под наблюдением врачоториноларинголога.



Литература

1. Блоцкий А.А., Шмелева Н.В. Оценка эффективности внутриполостной лазерной интерстициальной термотерапии // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2009. Т. 15. № 1. Р. 23–29.
2. Вохидов У.Н. Данные сравнения ретроспективных и проспективных групп больных с хроническим полипозным риносинуситом // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2014. Т. 20. № 3. С. 10–16.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: руководство для врачей. М.: МИА, 2006.
4. Ширинова А.А. Хирургическое и экстракорпоральное лечение больных полипозным полисинуситом в сочетании с легочной патологией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
5. Рябова М.А. Комбинированное лечение гнойно-полипозных риносинуситов у больных аспериновой триадой // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2009. Т. 15. № 1. С. 18–22.
6. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists // *Rhinology*. 2012. Vol. 50. № 1. Р. 1–12.
7. Крюков А.И., Туровский А.Б., Сединкин А.А. Диагностика и лечение полипозного риносинусита // *Русский медицинский журнал*. 2011. Т. 19. № 6. С. 377–380.
8. Миракян Р.Г. Клиническая дифференциация полипозного риносинусита и его лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
9. Alobid I., Benítez P., Cardelús S. et al. Oral plus nasal corticosteroids improve smell, nasal congestion, and inflammation in sino-nasal polyposis // *Laryngoscope*. 2014. Vol. 124. № 1. Р. 50–56.
10. Rupa V., Jacob M., Mathews M.S., Seshadri M.S. A prospective, randomised, placebo-controlled trial of postoperative oral steroid in allergic fungal sinusitis // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2010. Vol. 267. № 2. Р. 233–238.
11. Vaidyanathan S., Barnes M., Williamson P. et al. Treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyposis with oral steroids followed by topical steroids: a randomized trial // *Ann. Intern. Med.* 2011. Vol. 154. № 5. Р. 293–302.
12. Van Zele T., Gevaert P., Holtappels G. et al. Oral steroids and doxycycline: two different approaches to treat nasal polyps // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010. Vol. 125. № 5. Р. 1069–1076.
13. Колесникова О.М. Роль вазомоторной формы дисфункции эндотелия в патогенезе вазомоторного и аллергического ринитов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2008.
14. Винникова Н.В., Трофименко С.Л. Опыт применения макролидов при обострении хронических полипозных риносинуситов // *Материалы X Всероссийского конгресса оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии»*. М., 2011. С. 138–139.
15. Aboud S.K., Husain S., Gendeh B.S. Comparison between endonasal endoscopic polyp size scores and quality of life outcome after optimal medical treatment // *Rhinology*. 2014. Vol. 52. № 4. Р. 334–340.
16. Pawankar R. Low dose long term macrolide therapy in chronic sinusitis with nasal polyps // *Российская ринология*. 2006. № 2. С. 40с–40.
17. Ragab S.M., Lund V.J., Scadding G. Evaluation of the medical and surgical treatment of chronic rhinosinusitis: a prospective, randomised, controlled trial // *Laryngoscope*. 2004. Vol. 114. № 5. Р. 923–930.
18. Варьянская А.В., Лопатин А.С. Эффективность длительной терапии низкими дозами макролидов при полипозном риносинусите // *Вестник оториноларингологии*. 2013. № 5. С. 22–27.
19. Мокроносова М.А., Куян Ю.С. Долгосрочная терапия кларитромицином больных с хроническим полипозным риносинуситом // *Вестник оториноларингологии*. 2011. № 4. С. 61–65.
20. Fan Y., Xu R., Hong H. et al. High and low doses of clarithromycin treatment are associated with different clinical efficacies and immunomodulatory properties in chronic rhinosinusitis // *J. Laryngol. Otol.* 2014. Vol. 128. № 3. Р. 236–241.
21. Haruna S., Shimada C., Ozawa M. et al. A study of poor responders for long-term, low-dose macrolide administration for chronic sinusitis // *Rhinology*. 2009. Vol. 47. № 1. Р. 66–71.
22. Козлов Р.С., Голуб А.В. Стратегия использования антимикробных препаратов как попытка ренессанса антибиотиков // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2011. Т. 13. № 4. С. 332–334.

Conservative Treatment for Rhinosinusitis Polypous

S.A. Karpishchenko¹, M.A. Ryabova¹, N.A. Shumilova²

¹ First Pavlov State Medical University of St. Petersburg

² Research Institute of Surgery and Emergency Medicine

Contact person: Sergey Anatolyevich Karpishchenko, karpishchenkos@mail.ru

It is shown that the high eosinophilia separated from the maxillary sinus before treatment and its increase during therapy require a long course of the appointment of nasal corticosteroids. Such treatment reduces both systemic and local eosinophilia.

Key words: rhinosinusitis polypous, conservative treatment, eosinophilia, glucocorticosteroids



Терапия хронического верхнечелюстного синусита

С.А. Карпищенко, С.В. Баранская

Адрес для переписки: Сергей Анатольевич Карпищенко, karpischenkos@mail.ru

Подход к терапии хронического верхнечелюстного синусита должен быть комплексным и учитывать этиологический фактор развития заболевания. Используются как консервативные, так и инвазивные методы. Корректно проведенная пункция считается эффективным методом постановки микробиологического диагноза, позволяет эвакуировать патологическое содержимое полости пазухи и вводить в нее лекарственные препараты.

Ключевые слова: хронический верхнечелюстной синусит, консервативное лечение, инвазивные вмешательства, пункция

Введение

Риносинусит относится к заболеваниям, наиболее часто диагностируемым в клинической практике. Заболеваемость риносинуситом в США составляет около 37 млн случаев в год, а расходы здравоохранения достигают 6 млрд долларов [1]. В России ежегодно регистрируется около 10 млн случаев риносинусита. Частота хронических синуситов составляет 146 случаев на 1000 населения. На долю верхнечелюстных синуситов среди патологии со стороны околоносовых пазух приходится 56–73% [2, 3].

Хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух

обычно становятся следствием перенесенного острого синусита, когда в силу разных причин нарушается естественная эвакуация содержимого пазухи.

Согласно классификации С.З. Пискунова и Г.Х. Пискунова 1997 г., хронический риносинусит подразделяют:

- ✓ на катаральный;
- ✓ гнойный;
- ✓ пристеночно-гиперпластический;
- ✓ полипозный;
- ✓ фиброзный;
- ✓ кистозный;
- ✓ аллергический;
- ✓ осложненный (остеомиелит, холестеатома, пиомукоцеле, рас-

пространение процесса на клетчатку глазницы, венозные сосуды, полость черепа).

Выделяют также смешанные формы – гнойно-полипозный и кистозно-гнойный риносинусит [4].

Необходимо учитывать многофакторность развития заболевания. К анатомическим предпосылкам можно отнести расположение естественного соустья в верхнем отделе пазухи, его относительную узость, что создает неблагоприятные условия для эвакуации патологического содержимого при воспалительном процессе [5].

Большое значение имеют девиация перегородки носа, наличие гребней и шипов перегородки, гипертрофия носовых раковин, инфекционные гранулемы и опухоли. Деформация перегородки, а также гипо- и апластические процессы в области анатомических образований латеральной стенки полости носа нарушают аэродинамику. Изменяется направление струи вдыхаемого воздуха, что приводит к появлению микротравм эпителия и нарушению барьерной функции слизистой оболочки. Гипертрофия структур



среднего носового хода – крючковидного отростка и решетчатого пузыря, а также полипозная дегенерация слизистой оболочки способствуют блокированию физиологического соустья пазухи. Нарушается воздухообмен пазухи, угнетается функция мерцательного эпителия, имеют место гиперсекреция железистого аппарата и транссудация жидкости в просвет пазухи. Как следствие – воспалительный процесс в пазухе, проявляющийся экссудацией, нагноением, пристеночной гиперплазией [4].

Анатомо-топографические взаимоотношения верхнечелюстного (максиллярного) синуса и зубочелюстной системы обуславливают развитие воспалительных процессов дентарной природы [6]. В настоящее время увеличилось число случаев хронических верхнечелюстных синуситов, обусловленных попаданием в полость синуса инородных тел различной природы при инвазивном лечении. При эндодонтической терапии иногда пломбирочный материал непреднамеренно выводится за пределы корневого канала в просвет пазухи [7].

Лечение

При хроническом верхнечелюстном синусите используют как консервативные, так и хирургические методы.

Показаниями к проведению хирургического вмешательства служат неэффективность консервативной терапии, наличие выраженных изменений архитектоники полости носа, инородных тел и гиперпластических процессов в синусе. Хирургическая тактика заключается в восстановлении аэрации и дренирования пазухи, удалении патологических образований пазухи (полипов, кист, мукоцеле, грануляций, инородных тел и др.). В настоящее время чаще прибегают к щадящим, функциональным и малотравматичным вмешательствам.

Консервативная терапия хронического верхнечелюстного синусита включает промывание по-

лости пазухи (после пункции), назначение местных и системных антибактериальных препаратов, деконгестантов, топических глюкокортикостероидов (ГКС), ирригацию полости носа изотоническими растворами, физиотерапию и др.

При гнойном синусите базисным элементом этиотропной терапии является использование антибактериальных препаратов. Назначение антимикробных препаратов при хроническом синусите основано на данных микробиологических исследований. При хроническом синусите помимо аэробной развивается анаэробная и грибковая флора. В большинстве случаев встречается монокультура, частота микробных ассоциаций достигает 15% [8].

Анаэробные микроорганизмы – анаэробные стрептококки, *Prevotella* spp., *Fusobacterium* и т.д. К основным аэробным возбудителям относятся *Streptococcus* spp., *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *S. aureus*, *Moraxella catarrhalis* и др.

Представители грибковой флоры – *Aspergillus* spp., *Phycomyces* spp., *Alternaria* spp., *Candida* spp. и т.д.

Важно определение не только возбудителей заболевания, но и чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам. Антибиотикорезистентность значительно варьирует в разных странах. Поэтому необходимо учитывать распространенность основных возбудителей воспалительных заболеваний и их чувствительность к антибактериальным препаратам в разных регионах.

Результаты исследования Л.С. Страчунского и соавт. (2005) [8], проведенного в России, продемонстрировали преобладание микроорганизмов *S. pneumoniae* и *H. influenzae* при бактериальном синусите. У 4,2% штаммов *S. pneumoniae* определена умеренная резистентность к пенициллинам с сохранением чувствительности к ампициллину, ампициллину/клавуланату, цефотаксиму, цефепиму, левофлоксацину и моксифлоксацину. Резистентность *H. influenzae* к ампициллину составила 9,0%, к ампициллину/клавуланату – 1,5%, цефотаксиму – 1,5%, цефепиму – 3,0%. 98,5% штаммов *S. pneumoniae* и 92,5% штаммов *H. influenzae* были чувствительны к макролидам (азитромицину и кларитромицину).

Таким образом, препаратом первого выбора при остром или обострении хронического гнойного синусита является амоксициллин. Присутствие пенициллин-резистентных штаммов служит показанием для назначения защищенных форм пенициллинов (амоксициллина/клавуланата) или цефалоспоринов.

К средствам второго выбора относятся макролиды и фторхинолоны третьего и четвертого поколений (левофлоксацин, моксифлоксацин). Макролиды также являются препаратами выбора при непереносимости пенициллинов и возможности перекрестных аллергических проявлений на цефалоспорины [9].

Согласно данным клинических исследований, эффективность тетрациклинов и ко-тримоксазола достаточно низкая [10]. Системная антибактериальная терапия показана не во всех случаях. Применение антибактериальных средств целесообразно при интоксикации и риносинусогенных осложнениях [3].

Как уже отмечалось, развитие синуситов связано с нарушением естественного дренажа пазухи – блокированием физиологического соустья. Именно поэтому при обострении хронического верхнечелюстного синусита следует использовать деконгестанты – препараты, вызывающие вазоконстрикцию сосудов полости носа. Однако необходимо контролировать дозу препаратов (предпочтительны более низкие концентрации, форма выпуска – спрей) и продолжительность терапии (не более 7–10 дней) [10].

Доказана эффективность топических интраназальных ГКС – беклометазона дипропионата, будесонида, флутиказона пропионата,

оториноларингология



Рис. 1. Пункция правой верхнечелюстной пазухи: этап введения иглы Куликовского в правую половину полости носа

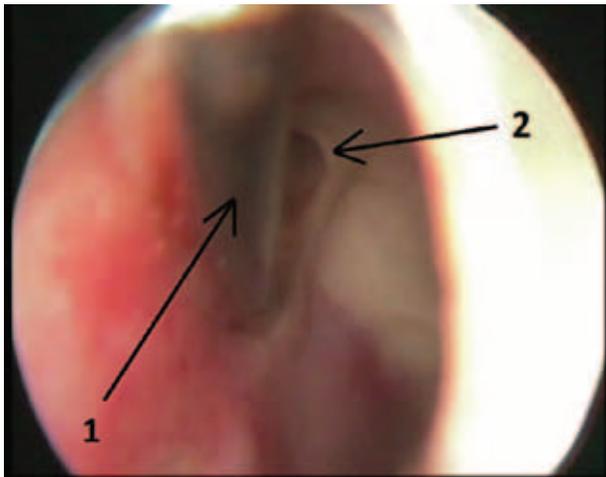


Рис. 2. Пункция правой верхнечелюстной пазухи (пункционная игла – 1, створка Гаснера – 2)

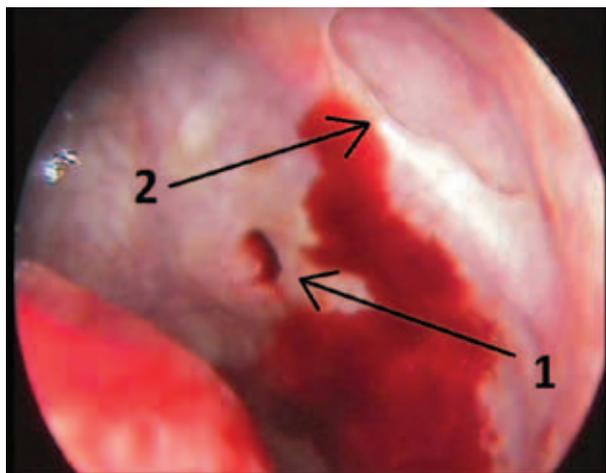


Рис. 3. Латеральная стенка нижнего носового хода слева (пункционное отверстие – 1, створка Гаснера – 2)

мометазона фууроата. Последние могут назначаться как в монотерапии, так и в сочетании с антибактериальными препаратами. Использование ГКС влияет на функцию эозинофилов, приводит к их редукции и деактивации, снижает число тучных клеток, базофилов и Т-клеток, ингибирует продукцию иммуноглобулина Е и лейкотриенов, тормозит синтез провоспалительных цитокинов. При интраназальном применении ГКС риск системных реакций минимален [11, 12].

Для местного лечения верхнечелюстного синусита применяются пункция и зондирование максиллярного синуса. Диагностическая и лечебная пункция обычно выполняется через нижний носовой ход, в области прикрепления нижней носовой раковины, где стенка пазухи более тонкая [5]. Пункция позволяет эвакуировать из пазухи патологическое содержимое, ввести в нее лекарственные средства. Возможно промывание полости пазухи с использованием антибактериальных и антисептических препаратов, ГКС.

Пункция синуса позволяет оценить характер микрофлоры содержимого пазухи. После введения пункционной иглы содержимое пазухи аспирируется для дальнейшего бактериологического исследования. При таком методе забора материала исключается попадание транзитной микрофлоры из преддверия носа и носовых ходов [4].

Результаты исследований И.В. Елькова и соавт. (1991) и С.П. Разинькова (1998) [3] продемонстрировали, что при внутрипазушном введении антибактериальных препаратов их концентрация в слизистой оболочке в сотни раз превышает таковую при парентеральном и пероральном приеме. Соответственно в очаге воспаления создается эффективная концентрация лекарственных средств (антибиотиков, антисептиков).

Что касается пункции верхнечелюстной пазухи, единого мнения о ее целесообразности не су-

ществует. Во многих зарубежных странах подобная манипуляция практически не применяется и исключена из клинических рекомендаций, поскольку признана инвазивной, болезненной, опасной развитием осложнений. Одним из них считается возможность повреждения устья носослезного канала (створки Гаснера). Это послужило поводом для определения соотношения расположения пункционного отверстия и выводного отверстия носослезного канала.

Материал и методы исследования

На базе клиники оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова с января по сентябрь 2014 г. было обследовано 36 пациентов, которым выполнялась пункция верхнечелюстной пазухи в нижнем носовом ходе с определением местонахождения выводного отверстия носослезного канала. Пункция синуса предшествовала эндоскопическому вскрытию верхнечелюстной пазухи. В исследуемую группу вошли 22 (61%) мужчины и 14 (39%) женщин. Средний возраст пациентов составил 36 лет.

Всем больным выполняли вскрытие верхнечелюстных пазух с предварительным проведением пункции в нижнем носовом ходе. В 34 случаях пункция пазухи осуществлялась интраоперационно, в двух – перед оперативным вмешательством. Характеристика патологии максиллярных синусов: 14 (39%) случаев – кистоподобные образования верхнечелюстных пазух, восемь (22,2%) – хронические полипозные полисинуситы, семь (19,4%) – инородные тела верхнечелюстных пазух, семь (19,4%) – хронические гнойные верхнечелюстные синуситы.

Оперативное вмешательство осуществлялось в условиях общей или местной анестезии. Местная анестезия применялась при изолированном поражении верхнечелюстных пазух. В этом случае слизистая оболочка полости носа



обрабатывалась 10%-ным раствором лидокаина, после чего выполнялась инфильтрация раствора ультракаина в область *agger nasi*, нижнюю носовую раковину, дно и латеральную стенку полости носа под нижней носовой раковиной.

После анестезии под контролем передней риноскопии с помощью иглы Куликовского проводилась пункция верхнечелюстной пазухи в нижнем носовом ходе (рис. 1). Далее под контролем ригидных эндоскопов 0 и 30° после медиализации нижней носовой раковины выполнялась идентификация места введения пункционной иглы и расположения створки Гаснера. Чтобы определить месторасположение выходного устья носослезного канала, пальцевым нажатием на медиальный угол глаза в проек-

ции слезного мешка вызывались пассивные колебательные движения дистальных отделов носослезного канала и поступление слезной жидкости.

Результаты

Латеральная стенка нижнего носового хода условно была разделена на несколько частей: свод (место прикрепления нижней носовой раковины), верхняя, средняя и нижняя трети. Пункционная игла располагалась в верхней трети в 20 случаях, в своде – в девяти, на границе средней и нижней трети – в семи. В верхней трети створка Гаснера располагалась в 14 случаях, в своде – в девяти, на границе верхней и средней трети – в семи, в средней трети – в пяти, в нижней трети – в одном случае. Во всех случаях пункцион-

ное отверстие располагалось вне слезных путей (рис. 2 и 3).

Заключение

Подход к терапии хронического верхнечелюстного синусита должен быть комплексным, учитывать этиологический фактор развития синусита и включать как консервативные методики, так и инвазивные манипуляции и вмешательства. Не следует отказываться от пункционного лечения. Пункция относительно проста в техническом исполнении, является эффективным методом постановки микробиологического диагноза, позволяет эвакуировать патологическое содержимое и вводить в полость пазухи лекарственные средства. Корректное выполнение пункции минимизирует риск повреждения слезных путей. ☼

Литература

- Rose A.S., Thorp B.D., Zanation A.M., Ebert C.S.Jr. Chronic rhinosinusitis in children // *Pediatr. Clin. North Am.* 2013. Vol. 60. № 4. P. 979–991.
- Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. СПб.: РИА-АМН, 2003.
- Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М. и др. Синуситы. Клиника, диагностика и лечение. Бишкек, 2011.
- Руководство по ринологии / под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтерра, 2011.
- Блоцкий А.А., Плужников М.С., Карпищенко С.А. Клиническая анатомия ЛОР-органов. Методическое пособие. СПб.: Эскулап, 2007.
- Карпищенко С.А., Аль-Акмар М.А., Иванов Ю.В. Диагностика и лечение одонтогенных кист верхней челюсти // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae.* 2009. Т. 15. № 2. С. 12–28.
- Netkovski J., Shirgoska B. Fungal rhinosinusitis // *Prilozi.* 2012. Vol. 33. № 1. P. 187–197.
- Страчунский Л.С., Тарасов А.А., Крюков А.И. и др. Возбудители острого бактериального синусита. Результаты многоцентрового микробиологического исследования SSSR // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2005. Т. 7. № 4. С. 337–349.
- Мокроносова М.А., Куян Ю.С. Макролиды и хронический риносинусит // *Вестник оториноларингологии.* 2010. № 6. С. 85–88.
- Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М., 2009.
- Гущин И.С., Ильина Н.И., Польшнер С.А. Аллергический ринит. Пособие для врачей. М., 2002.
- Лазаревич И.Л., Козлов В.С. Применение топических глюкокортикостероидов в лечении персистирующего аллергического ринита // *Медицинский совет.* 2014. № 15. С. 78–80.

Therapy of Chronic Maxillary Sinusitis

S.A. Karpishchenko, S.V. Baranskaya

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg

Contact person: Sergey Anatolyevich Karpishchenko, karpishchenkos@mail.ru

Combined therapeutic approach should be used during chronic maxillary sinusitis, which takes into account etiological factor. Both conservative and invasive methods are used in treatment. Properly performed puncture is considered as an efficient method for establishing microbiological diagnosis, allows to remove pathological contents of the sinus cavity as well as introduce medicinal drugs.

Key words: chronic maxillary sinusitis, conservative treatment, invasive intervention, puncture



Лекарственные растительные препараты в комплексной терапии воспалительных заболеваний ЛОР-органов

Воспалительные заболевания ЛОР-органов среди взрослого и детского населения земного шара занимают одну из лидирующих позиций по распространенности. Именно поэтому лечение ЛОР-органов остается актуальной проблемой в практике оториноларингологов, педиатров, терапевтов и врачей других специальностей. Несмотря на достижения современной фармакологии, терапевтические схемы лечения верхних дыхательных путей не всегда эффективны. Как следствие – развитие хронических форм заболевания и его осложнений. Это требует разработки системного подхода к диагностике и лечению острых и хронических воспалительных заболеваний носа, околоносовых пазух, глотки различной этиологии, а также эффективных методов профилактики. В лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей важную роль играют препараты с муколитическим, секретомоторным и секретолитическим эффектами. Комбинированные препараты на основе лекарственных растений, обладающие противовоспалительным, противовирусным и иммуномодулирующим действием, считаются одним из важных компонентов лечения острой и хронической воспалительной ЛОР-патологии.



Профессор, д.м.н.
М.А. Завалий

Заведующая кафедрой оториноларингологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (г. Симферополь), д.м.н., профессор Марианна Анатольевна ЗАВАЛИЙ отметила, что актуальной проблемой оториноларингологии остаются своевременная диагностика и выбор метода лечения хронических ЛОР-

Обоснование комплекса лечения больных хроническим риносинуситом

заболеваний в силу их высокой распространенности. Из числа тех, кто впервые обратился за медицинской помощью, 35–40% страдают ЛОР-патологией. Согласно статистике, удельный вес пациентов с воспалительными и аллергическими заболеваниями носа и околоносовых пазух, госпитализированных в оториноларингологические стационары Крыма в 2015 г., составил 56,3%. При этом хронический синусит отмечается у 5–15% взрослого населения. Анализ динамики заболеваемости хроническим синуситом в Крыму за период 2001–2010 гг. показал стойкое повышение уровня заболеваемости.

Несмотря на благоприятные климатические условия полуострова, количество госпитализаций по поводу обострения хроничес-

кого риносинусита резко возрастает с началом похолодания.

В основе патогенеза синусита лежит нарушение функций желез слизистой оболочки носа, эвакуации секрета, приводящее к накоплению продукции воспаления. Отек слизистой оболочки приводит к обструкции выводного отверстия пазухи и нарушению в ней газообмена, угнетению функций мерцательного эпителия. Вследствие изменения процесса вентиляции в околоносовых пазухах происходит модификация физико-химических свойств назального секрета. Адаптивные реакции нарушаются не только в верхних дыхательных путях, но и в организме в целом.

Докладчик представила результаты отечественного исследования, целью которого стала оценка эф-



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

фективности комплексного лечения при хроническом гнойном синусите. Клинические и лабораторные методы исследования выбирали исходя из патогенеза заболевания. В ходе наблюдения был также проведен эпидемиологический анализ распространенности синуситов различной этиологии.

В исследовании участвовали 148 пациентов с хроническим синуситом в возрасте 18–55 лет, из них 73 женщины и 75 мужчин. Больные были рандомизированы на две группы. В первую группу вошли 79 пациентов, во вторую – 69. Объем лечения в предоперационном и послеоперационном периодах в группах различался. Пациенты первой группы перед функциональной эндоскопической риносинусирургией (functional endoscopic sinus surgery – FESS) проходили трехдневную предоперационную подготовку: дренирование и промывание околоносовых пазух 0,01%-ным раствором Мирамистина с последующим введением тиамфеникола, антибактериальную терапию, в том числе внутривенно за 40 минут до операции, а также терапию лекарственным препаратом Синупрет по два драже три раза в день до десяти дней. После FESS в течение семи дней больные получали послеоперационное лечение, включавшее туалет полости носа под эндоскопическим контролем, с третьего дня послеоперационной терапии – ежедневный носовой душ, лекарственный электрофорез с 0,001%-ным раствором Мирамистина. Пациентам первой группы назначали аэрозоль морской воды изотонический до десяти дней после выписки из стационара по одному впрыскиванию три-четыре раза в день.

Во второй группе предоперационная подготовка отсутствовала. В послеоперационном периоде пациентам назначали антибактериальную терапию в течение семи – десяти дней, ежедневный

туалет полости носа, мазевые турунды, промывание полости носа и околоносовых пазух 0,9%-ным раствором NaCl на десятые сутки после операции.

Докладчик подчеркнула, что в комплексную терапию пациентов с острым и хроническим воспалением околоносовых пазух необходимо включать препараты с противовоспалительным, муколитическим и иммуномодулирующим действием. В исследовании для предоперационной подготовки больных хроническим гнойным синуситом применяли комбинированный лекарственный препарат растительного происхождения Синупрет.

Синупрет – лекарственный растительный препарат комплексного действия с доказанной эффективностью и безопасностью для лечения и профилактики затяжного насморка и гайморита у детей с двухлетнего возраста. В состав препарата входит порошок корня горечавки, цветков первоцвета, травы щавеля, цветков бузины и травы вербены. При использовании у пациентов с острым и хроническим синуситом Синупрет уменьшает выраженность отека слизистой оболочки полости носа, облегчает эвакуацию секрета из околоносовых пазух и предупреждает развитие осложнений. Другим аспектом лечебного эффекта препарата является противовирусное, антибактериальное и иммуномодулирующее действие.

При распределении пациентов на группы учитывали данные эндоскопического исследования остиомеатального комплекса. Наиболее распространенными видами нарушений внутриносовых структур были гипертрофия и гипотрофия крючковидного отростка, полипозно-измененная средняя носовая раковина, блок соустья верхнечелюстной пазухи, сужение просвета соустья верхнечелюстной пазухи, шип перегородки носа в проекции среднего носового прохода и др.

Данные эндоскопического исследования учитывали при формулировке показаний и установлении объема хирургического лечения в каждом случае. Этмоидотомию с ревизией среднего носового прохода провели 16 пациентам первой группы и двум – второй. Гайморэктомию выполнили 29 больным первой группы, 38 – второй, гайморотомию с ревизией среднего носового хода – 17 и 29 пациентам соответственно. Вскрытие передней буллы с ревизией естественного соустья верхнечелюстной пазухи проведено десяти пациентам, деаэрация средней носовой раковины – семи больным первой группы.

Выраженность клинических симптомов оценивали в баллах. При этом учитывали:

- общее состояние пациентов (повышение температуры тела более 37,2 °С, головную боль, ощущение тяжести в проекции пазух);
- наличие гнойных выделений из носа и/или при дренировании пазух и степень их выраженности;
- состояние носового дыхания;
- снижение обоняния;
- наличие отека слизистой оболочки.

Функцию мерцательного эпителия оценивали с помощью сахаринового теста (в норме 12–15 минут). Суммарный результат оценивали по балльной шкале (0–3). Хороший результат – до 5 баллов, удовлетворительный – 6–9 баллов, неудовлетворительный ≥ 10 баллов.

Кроме того, проводили лабораторные исследования состояния мукоцилиарной транспортной системы в начале лечения и по его завершении. Измеряли поверхностное натяжение околоносовых пазух, анализировали фосфолипидный состав мембран клеток мерцательного эпителия в смывах из околоносовых пазух.

Результаты оценки клинических симптомов в баллах показали положительную динамику в обеих группах. Однако в пер-

отомитология



вой группе, где имела место предоперационная подготовка, количество баллов не превышало 2,5. Во второй группе зафиксировано около 6 баллов.

В первой группе в процессе лечения отмечалась положительная динамика показателей поверхностного натяжения секрета околоносовых пазух и фосфолипидного состава мембран клеток мерцательного эпителия.

Анализ наблюдений в течение первого месяца после лечения показал восстановление носового дыхания и нормализацию риноскопической картины через семь – десять дней в первой группе и через 12–18 дней – во второй.

Согласно отдаленным результатам терапии, в первой группе отсутствовал рецидив заболевания в течение года. Во второй группе у семи больных отмечалось однократное обострение синусита, у пяти обострение наблюдалось дважды в течение года. Процесс был купирован на фоне консервативного лечения.

Таким образом, предложенный комплекс лечения с учетом патогенетических нарушений, предусмотревший обязательную

предоперационную подготовку и патогенетическое лечение в послеоперационном периоде, признан эффективным и может быть рекомендован для практического применения. Различия баллов в начале лечения по сравнению с нормой у пациентов обеих групп свидетельствовали о степени выраженности клинических симптомов при обострении хронического воспалительного процесса и их регрессе по окончании лечения до хорошего в первой группе и удовлетворительного – во второй. Различия лабораторных показателей в конце лечения по сравнению с нормой говорили о сохранении изменений на тканевом, клеточном и биохимическом уровнях, несмотря на выраженный регресс клинических симптомов у пациентов с хронической формой заболевания. Полученные результаты подтвердили необходимость проведения курса реабилитации у больных хроническим синуситом. Тщательное эндоскопическое исследование полости носа в период предоперационной подготовки при хроническом гнойном синусите позволяет адекватно оценивать патологические изме-

нения остиомеатального комплекса и проводить рациональный выбор метода и объема оперативного вмешательства, направленный на сохранение неизменных участков слизистой оболочки околоносовых пазух, восстановление архитектоники и функции остиомеатального комплекса. Это способствует стойкому излечению пациентов и предотвращению рецидивов заболевания.

Профессор М.А. Завалий отметила, что при консервативном лечении синуситов целесообразно наряду с противомикробными препаратами использовать лекарственные средства, нормализующие поверхностную активность мукоцилиарной транспортной системы, например мукоактивный препарат Синупрет.

При плановых оперативных вмешательствах на околоносовых пазухах необходима предоперационная подготовка на догоспитальном этапе. Это способствует повышению эффективности лечения, сокращению пребывания пациентов в стационаре, уменьшению риска развития послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.



Профессор, д.м.н.
В.В. Вишняков

Профессор кафедры оториноларингологии и Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова, д.м.н. Виктор Владимирович ВИШНЯКОВ

Фитотерапия при острых риносинуситах

подчеркнул, что воспалительный процесс при остром синусите может быть потенцирован как бактериальной, так и вирусной инфекцией. При этом главную роль в развитии острого бактериального синусита играют *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Реже встречаются *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, анаэробы и др. Возбудителями острого риносинусита вирусной природы являются в основном респираторные вирусы (риновирус человека, респираторно-синцитиальный (РС) вирус, аденовирус, коронавирус, вирусы гриппа А и В, вирус парагриппа).

Стандартная диагностика синусита включает проведение риноскопии, эндоскопического исследования полости носа, диафаноскопии, ультразвукового исследования, рентгенографии и компьютерной томографии околоносовых пазух. Выполнение диагностической пункции и зондирования околоносовых пазух дает возможность оценить объем и характер содержимого пораженной пазухи. Для диагностики синусита проводят лабораторные исследования, в том числе бактериологические.

Основными целями лечения острого синусита являются сокращение длительности заболевания, предупреждение развития орбитальных и внутричерепных



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

осложнений, эрадикация возбудителя. Обязательной составляющей комплексного лечения бактериальных синуситов считается системная антибиотикотерапия, направленная на эрадикацию инфекции, восстановление условной стерильности пораженной пазухи и профилактику осложнений. При выборе антибиотика учитываются тяжесть заболевания, степень его прогрессирования и предшествующее лечение.

При синуситах необходимо проводить микробиологическое исследование синусов. К сожалению, в реальной клинической практике нередко препарат назначают эмпирически. В такой ситуации целесообразно использовать антибиотики широкого действия, перекрывающие весь возможный спектр возбудителей и способные преодолеть резистентность бактерий. В амбулаторных условиях, как правило, используют пероральные формы антибиотиков, в стационаре при среднетяжелых и тяжелых формах течения синусита – парентеральное введение.

Комплекс лечебных мероприятий при остром бактериальном синусите зависит от его формы и направлен на все клинические проявления, которые могут быть патогенетическими звеньями в развитии синусита (отек, нарушение секреторных и цилиарных механизмов и др.). Речь прежде всего идет о деконгестантах, которые препятствуют нарушению вентиляции синусов, улучшают и восстанавливают ее. В свою очередь муколитики из групп карбоцистеина или ацетилцистеина позволяют нормализовать секрецию слизи, ее физико-химические свойства и эвакуаторную функцию слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Схемы лечения острого риносинусита, в том числе с присоединением бактериальной инфекции, предполагают применение антигистаминных препаратов и фитотерапии. Лекарственный препарат Синупрет содержит растительные

активные компоненты, оказывающие комплексное противовоспалительное, муколитическое и отхаркивающее действие. Наиболее важными фармакологическими свойствами Синупрета считаются способность блокировать фазу экссудации, уменьшать явления сенсибилизации, снижать проницаемость сосудистой стенки. Кроме того, цветы первоцвета, входящие в состав препарата, обладают свойством повышать активность мукоцилиарного транспорта, а следовательно, ускорять эвакуацию секрета из верхних дыхательных путей, и оказывать спазмолитическое действие.

Синупрет, характеризующийся противовирусным эффектом, предотвращает репликацию и ингибирует рост вирусов гриппа А, парагриппа и РС-вируса.

Докладчик отметил, что Синупрет эффективен в лечении заболеваний верхних дыхательных путей, в том числе острых заболеваний носа и околоносовых пазух, в силу комбинированного противовирусного, антибактериального, иммуномодулирующего, противовоспалительного, муколитического и секретолитического эффектов. Профессор В.В. Вишняков представил данные исследования эффективности препарата Синупрет у больных острым катаральным риносинуситом, проведенного в клинике оториноларингологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Под наблюдением находились 50 пациентов в возрасте 17–65 лет с острым катаральным риносинуситом. Больные обратились за медицинской помощью в течение первых двух суток от начала заболевания. Период наблюдения включал три обязательных осмотра оториноларинголога. При первом осмотре оценивали жалобы пациентов, данные анамнеза, видеоэндоскопического исследования полости носа, рентгенографии или компьютерной томографии околоносовых пазух.

Пациенты были разделены на две равные группы. В первой груп-

пе назначали защищенные пенициллины в дозе 1000 мг два раза в сутки и препарат Синупрет по две таблетки три раза в сутки, во второй – только защищенные пенициллины. Период наблюдения и лечения составил восемь дней.

В начале лечения, во время второго и третьего визитов, пациенты отмечали выраженную боль в проекции околоносовых пазух, затруднение носового дыхания, выделения из полости носа. Эффективность терапии врачи и пациенты оценивали по интегральной шкале IMOS (Integrative Medicine Outcome Scale). Для оценки удовлетворенности результатами лечения пациенты использовали интегральную шкалу IMPSS (Integrative Medicine Patient Satisfaction Scale). Всем участникам исследования был проведен полный курс назначенного лечения.

Результаты исследования продемонстрировали, что у пациентов первой группы, получавших помимо антибактериальной терапии препарат Синупрет, в среднем на вторые-третьи сутки улучшалось носовое дыхание, обоняние, уменьшалось количество выделений из носа. Больные также отмечали уменьшение боли и давления в области проекции околоносовых пазух. Нормализация риноскопической картины наступала на пятые-шестые сутки (в среднем 5,42). У больных второй группы улучшение дыхания, уменьшение выделений из носа и ощущения давления в области околоносовых пазух наблюдалось в среднем на пятые-шестые сутки. Нормализация риноскопической картины отмечалась на седьмые-восьмые сутки от начала лечения (в среднем 7,62) (рис. 1). В первой группе момент выздоровления наступал быстрее, чем во второй, в которой Синупрет не назначали (рис. 2).

При сравнении данных в отношении удовлетворенности результатами лечения в первой группе соответствующий показатель был

оториноларингология

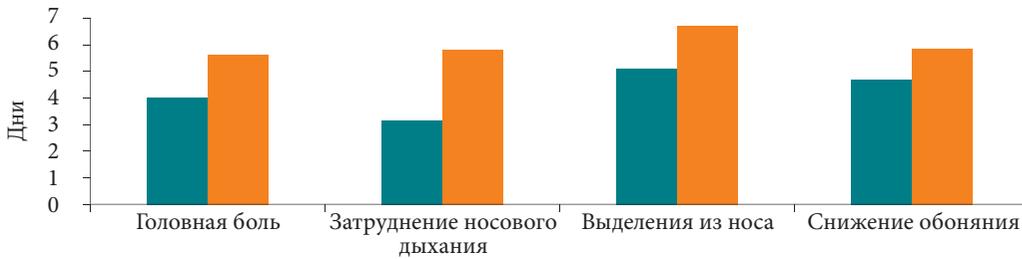


Рис. 1. Среднее время купирования основных симптомов у пациентов с острым риносинуситом



Рис. 2. Среднее время выздоровления пациентов с острым риносинуситом

выше, чем во второй. В ходе исследования ни у одного пациента, принимавшего Синупрет, каких-либо нежелательных явлений не зафиксировано.

Таким образом, клиническая эффективность препарата Синупрет в комплексном лечении острого риносинусита заключалась в более быстром купировании таких симптомов, как головная боль, затруднение носового дыхания, выделения из полости носа и снижение обоняния.

Резюмируя сказанное, профессор В.В. Вишняков отметил, что на фоне применения Синупрета при остром синусите достоверно сокращаются сроки выздоровления и повышается качество жизни больных.



Профессор, д.м.н.
Е.Ю. Радциг

Доклад заведующей учебной частью кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессора Елены Юрьевны РАДЦИГ был посвящен применению фитопрепарата Синупрет в реальной педиатрической практике при риносинусите различной этиологии. Риносинусит – собирательный термин, характеризующий группу острых или хронических воспалительных заболеваний полости носа и его придаточных пазух. Согласно положениям Европейского согласительного документа по ри-

Риносинусит у детей: этиотропное и симптоматическое лечение

носинуситу и назальному полипозу (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – EPOS) 2012 г., в большинстве случаев (98%) имеет место риносинусит вирусной этиологии и лишь в 0,5–2% – бактериальной. Однако нередко у больных синуситом наблюдается осложненное течение заболевания смешанной этиологии. Результаты микробиологического исследования аспиратов околоносовых пазух (эпидемический сезон 2015–1016 гг.) показали, что у детей, получавших лечение в стационаре, в 27,30% случаев регистрировали смешанный тип риносинусита – к вирусной инфекции присоединялась вторичная бактериальная инфекция. Бактериальный синусит выявлен у 32,30% детей, риносинусит вирусной этиологии – у 16,20%, неясной этиологии – у 24,20% детей. При остром синусите из околоносовых пазух у детей, как правило, выделяли *S. pneumoniae*, *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. По данным микробиологического исследования аспиратов околоносовых пазух, среди вирусов преобладали риновирусы. В значительно мень-

шем числе случаев зафиксированы аденовирус, вирус парагриппа, РС-вирус.

Результаты микробиологического исследования назальных смывов у детей, получавших амбулаторное лечение, показали наличие в 63% случаев риносинусита смешанной этиологии (вирусы + бактерии), в 21% – вирусного риносинусита, в 16% случаев – бактериального. В назальных смывах в 44% случаев выявлен РС-вирус. Среди бактериальных агентов лидировали *S. pneumoniae* (31,25%) и *H. influenzae* (18,25%).

Данные были получены ретроспективно, все дети получали антибактериальные препараты.

Таким образом, при различных методах исследования у больных риносинуситом выявляется практически одинаковое соотношение бактериальных и вирусных агентов.

Лечение детей с риносинуситом обычно комплексное и подразумевает устранение воспаления, восстановление проходимости естественных соустьев околоносовых пазух, эвакуацию отделяемого из них, эрадикацию возбудителя,



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

предотвращение развития возможных осложнений. При тяжелом риносинусите требуется госпитализация в ЛОР-стационар, где терапия подбирается в зависимости от состояния ребенка. Эмпирическая терапия основана на оценке тяжести течения и этиологии заболевания.

Назначая терапию детям, страдающим риносинуситом, важно помнить, что препарат должен обладать противовирусным действием и иметь показания к применению у пациентов детского возраста с ЛОР-патологией.

Одним из препаратов, активно применяемых в педиатрии, является растительный лекарственный препарат Синупрет (компания «Бионорика», Германия). Он показан для лечения острых и хронических синуситов взрослым и детям с двух лет. Компоненты, входящие в его состав, обуславливают комплексное действие на организм. Антивирусная и антибактериальная активность лекарственного препарата Синупрет подтверждена результатами ряда исследований.

Синупрет эффективен в отношении негриппозных респираторных вирусов, таких как аденовирус, РС-вирус, риновирус,

вирус парагриппа¹, а также вируса гриппа А.

Клиническую эффективность препарата Синупрет изучали у пациентов с острым, затяжным и хроническим синуситом. Установлено, что Синупрет может назначаться как стартовый препарат, в том числе для монотерапии, а также в составе комплексной терапии острого синусита и при затяжном лечении.

В российском исследовании оценивали эффективность растительного препарата Синупрет у детей с затяжными формами острого синусита. Все дети на момент включения в исследование получали базисную терапию острого синусита (антибиотики и деконгестанты). Несмотря на проведенный курс лечения, у них сохранялись жалобы на заложенность и выделения из носа. Как показали результаты исследования, применение препарата Синупрет после антибиотиков и деконгестантов способствовало быстрому купированию симптомов заболевания. Полученные данные позволяют сделать вывод, что при использовании препарата Синупрет в виде монотерапии в течение 21 дня уменьшается выраженность отека слизистой оболочки полости носа и восстанавли-

вается носовое дыхание у детей с затяжными формами острого синусита².

Профессор Е.Ю. Радциг отметила эффективность Синупрета в целях профилактики риносинусита у детей на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). В исследовании пациентам первой группы проводили монотерапию препаратом Синупрет, пациентам второй группы – лечение с использованием эндоназальной ирригационной терапии, деконгестантов и антисептиков. Параллельный анализ результатов лечения детей с ОРВИ показал, что препарат на растительной основе хорошо переносится, способствует более легкому течению болезни. Благодаря противовоспалительному, противоотечному, секретолитическому и антивирусному действию Синупрет предупреждает развитие осложнений респираторных инфекций, ускоряет процессы выздоровления в целом на 45% и сокращает продолжительность болезни в среднем на пять суток³. Следует отметить хорошую переносимость растительного препарата Синупрет и отсутствие нежелательных явлений при его использовании в педиатрической практике.

Оптимизация консервативного лечения хронического аденоидита у часто болеющих детей

По словам главного детского оториноларинголога Министерства здравоохранения Республики Крым, заведующей отоларингологическим отделением Крымского республиканского учреждения «Детская клиническая больница» (г. Симферополь) Людмилы Васильевны ГУЛЯЕВОЙ, на долю патологии глоточной миндалины

у часто болеющих детей приходится более 70% общего числа заболеваний уха, горла и носа. Этим обусловлена актуальность оптимизации методов лечения детей с данным заболеванием.

Глоточная миндалина (аденоиды) входит в состав лимфоэпителиального глоточного кольца и относится к периферическим органам иммунной системы.



Главный детский оториноларинголог Минздрава Республики Крым Л.В. Гуляева

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

² Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Лобеева Н.А., Богомильский М.Р. Особенности ведения больных с затяжными формами острых синуситов // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7. № 6. С. 127–131.

³ Машкова Т.А., Мальцев А.Б. Селективная профилактика риносинуситов у детей при острой респираторной вирусной инфекции // Вопросы современной педиатрии. 2012. Т. 11. № 2. С. 50–52.



Вырабатываемые глоточной миндалиной иммунокомпетентные клетки являются индукторами иммунитета слизистых оболочек носа и околоносовых пазух.

Распространенность заболеваний лимфоэпителиального глоточного кольца у детей влияет на частоту и тяжесть хронической ЛОР-патологии во взрослом возрасте. Это требует своевременной санации воспалительных заболеваний лимфоэпителиального кольца у детей.

Гипертрофия глоточной миндалины – одна из наиболее распространенных патологий детского возраста, вызывающих манифестацию частых респираторных инфекций. Одной из основных причин гипертрофии глоточной миндалины является ее конституционально обусловленная гипертрофия, связанная с врожденной неполноценностью лимфоидной ткани в результате длительной гипоксии плода. Статистически доказана связь между степенью увеличения глоточной миндалины и соматическим типом конституции детей. Соматический тип определяет строение, топографию органов и систем, а также уровень здоровья и функциональные особенности организма. У детей с выраженной степенью гипертрофии глоточной миндалины преобладает переходный тип конституции – мезомакросомный, у здоровых детей – мезосомный. Физиологическая гипертрофия в возрасте от трех до шести лет обусловлена объемным увеличением фолликулов миндалины и их количеством.

Поскольку миндалины являются частью иммунной системы, необходим индивидуальный подход к выбору тактики лечения пациентов с гипертрофией глоточной миндалины. Как известно, наиболее распространенным методом лечения гиперплазии глоточной миндалины является хирургическое вмешательство. Несмотря на успехи практической и теоретической медицины, в детской

оториноларингологии не разработаны основные лечебные возрастные программы консервативного лечения лимфоэпителиального кольца. Актуальной проблемой педиатрии в настоящее время остается разработка эффективных патогенетических методов лечения. На 7-м Международном симпозиуме «Миндалины и мукозальный барьер дыхательных путей», который состоялся в Италии в 2010 г., прозвучал призыв к использованию альтернативных методов лечения гипертрофии глоточной миндалины.

Гипертрофия глоточной миндалины формируется на фоне значительных иммунных нарушений в ткани самой миндалины. В связи с этим важным направлением в лечении хронического аденоидита (воспаление глоточной миндалины) наряду со стандартной считается иммунокорректирующая терапия.

Докладчик представила результаты исследования клинической эффективности консервативного лечения хронического аденоидита у детей с использованием растительного лекарственного препарата Тонзилгон Н (компания «Бионорика», Германия). Установлено, что Тонзилгон Н обладает иммуномодулирующим действием с выраженным дозозависимым эффектом. В исследовании участвовали 70 детей (36 мальчиков, 34 девочки) в возрасте от трех до семи лет, сопоставимые по демографическим и клиническим характеристикам. Критерии включения – наличие клинических симптомов хронического аденоидита в стадии обострения. Критериями исключения из исследования стали аллергические заболевания дыхательных путей, нарушение архитектоники носа и острые воспалительные заболевания уха и глотки. Больных рандомизировали на две равные группы. В основной группе назначали стандартную терапию (элиминационная терапия, эндо-назальные глюкокортикостероиды

(ГКС), физиолечение) и препарат Тонзилгон Н в возрастной дозе три раза в день в течение шести недель. Пациенты контрольной группы получали только стандартную терапию. Анализировали динамику таких симптомов, как выделения из носа, заложенность носа, ночной кашель, нарушения слуха. Оценивали длительность обострения аденоидита, частоту осложнений (отит, бронхит) и обострений за наблюдаемый период. У всех пациентов с помощью назальной эндоскопии диагностирована выраженная гипертрофия глоточной миндалины. Анализ данных эндоскопии позволил установить, что у всех участников исследования имело место сочетание гипертрофии глоточной миндалины и ее воспаления, что проявлялось:

- заложенностью носа;
- передней ринореей;
- постназальным затеканием;
- ночным кашлем;
- храпом;
- снижением слуха.

Динамика параметров оценивалась в баллах – от 0 до 3. Система оценки: 3 балла соответствовали нарушениям тяжелой степени, 2 балла – средней тяжести, 1 балл – незначительным нарушениям.

Величина гипертрофии глоточной миндалины второй степени зафиксирована у 47 (67,1%) детей, третьей степени – у 23 (32,9%). Самочувствие пациентов и характер перенесенных заболеваний оценивали до и после лечения, затем через три, шесть и 12 месяцев. Со слов родителей, в течение года дети шесть – восемь раз переносили респираторные инфекции, которые сопровождались длительной заложенностью носа, ринореей, ночным кашлем. В большинстве случаев (78%) родители отмечали беспокойный сон детей, снижение аппетита и внимания, быструю утомляемость. Снижение слуха зафиксировано у 15 (22%) больных. При объективном исследовании у всех пациентов отмечались слизистое



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

или слизисто-гнойное содержимое в общих носовых ходах, синдром постназального затекания. В мазках из глотки у детей обеих групп в основном выявлен стафилококк. В результате проведенного лечения зарегистрирована отчетливая положительная динамика в обеих группах по всем исследуемым параметрам. Анализ данных показал, что в основной группе, в которой дети получали стандартную противовоспалительную терапию и лекарственный препарат Тонзилгон Н, клиническая симптоматика, длительность заболевания, количество осложнений уменьшались значительно быстрее, чем в контрольной группе. Включение препарата Тонзилгон Н в схему лечения аденоидита обеспечило более легкое течение и достоверно меньшую продолжительность заболевания. Эндоскопическое обследование детей через три, шесть и 12 месяцев показало явный регресс величины гипертрофии глоточной миндалины в основной группе.

В то же время в контрольной группе, в которой дети получали только стандартную терапию, отмечались временный положительный результат и возвращение клинических симптомов заболевания после очередного эпизода ОРВИ. Положительный эффект препарата Тонзилгон Н, применяемого при хроническом аденоидите у детей, обусловлен комплексным воздействием биофлавоноидов растений, входящих в состав препарата, на иммунный статус и организм в целом. Учитывая, что формирование гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита у детей обусловлено в том числе наследственной предрасположенностью, неблагоприятным течением перинатального периода, иммунными нарушениями на системном уровне, комплексное лечение следует дополнять иммуномодуляторами. Лечение детей с гипертрофией глоточной миндалины и хроническим аденоидитом препаратом Тонзилгон Н приводит к длительному положи-

тельному клиническому эффекту, купированию воспаления глоточной миндалины и уменьшению степени гипертрофии аденоидов. Поэтому данный метод можно рассматривать как альтернативу оперативному лечению.

Комбинированный лекарственный растительный препарат Тонзилгон Н продемонстрировал хорошую переносимость и эффективность вне зависимости от возраста ребенка как в качестве противовоспалительного средства, так и в качестве иммуномодулятора. Положительные результаты исследования позволили сделать вывод, что препарат Тонзилгон Н может быть использован как средство неспецифической профилактики.

Данные проведенного исследования позволяют рекомендовать препарат Тонзилгон Н для лечения, профилактики и реабилитации детей с респираторной инфекцией и ее осложнениями в практике оториноларинголога, педиатра и семейного врача.

Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний глотки

Заведующий отделением оториноларингологии Морозовской детской городской клинической больницы, профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Юрий Львович СОЛДАТСКИЙ рассказал о современных методах лечения острых инфекционных заболеваний, характеризующихся поражением лимфоглоточного кольца. Их классифицируют в зависимости от топики поражения: ангина небных миндалин – тонзиллит, ангина фолликулов задней стенки глотки и боковых валиков – фарингит, носоглоточной миндалины – аденоидит, ангина язычной

миндалины и ангина гортанной миндалины – эпиглоттит.

Рациональная терапия воспалительных заболеваний глотки предусматривает назначение препаратов, способствующих максимально быстрому клиническому выздоровлению.

В настоящее время в мире существует проблема избыточного назначения системных антибактериальных препаратов. Каждый седьмой житель земного шара один раз в течение года принимает антибиотики. В США при неосложненных острых респираторных заболеваниях (ОРЗ) частота назначения антибиотиков достигает 52%⁴. В России детям с ОРЗ назначают антибиотики в поликлиниках в 65–85% случаев, в стационарах – в 98%.



Профессор, д.м.н.
Ю.Л. Солдатский

Не следует забывать об отрицательной динамике регистрации новых антибактериальных препаратов. В стадии разработки находится весьма ограниченное число новых антибиотиков, поэтому надо взвешенно подходить к назначению имеющихся антибактериальных препаратов. В первую очередь не-

⁴ Gonzales R., Malone D.C., Maselli J.H., Sande M.A. Excessive antibiotic use for acute respiratory infections in the United States // Clin. Infect. Dis. 2001. Vol. 33. № 6. P. 757–762.



обходимо учитывать, что необоснованная антибактериальная терапия способствует развитию резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

В современных условиях особую актуальность приобретает адекватная просветительская работа с педиатрами, терапевтами, пациентами, целью которой является повышение осведомленности о серьезности проблемы высокого уровня антибиотикорезистентности в мире.

Профессор Ю.Л. Солдатский отметил, что при назначении антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях глотки нужно принимать во внимание этиологию заболевания и чувствительность возбудителя к антибиотикам. Как правило, в 80% случаев бактериальным агентом, вызывающим ангину, является бета-гемолитический стрептококк группы А. В этом случае больным показаны антибиотики. При эмпирической терапии бактериального тонзиллофарингита у больных без факторов риска развития осложнений применяют феноксиметилпенициллин. При аллергии на бета-лактамы используют макролиды, линкозамиды. В случае неэффективности стартовой антибактериальной терапии назначают амоксициллин/клавулат. Длительность терапии обычно составляет не менее десяти дней⁵.

Местная антибактериальная терапия тонзиллита и фарингита имеет ряд преимуществ. Речь, в частности, идет о целенаправленной доставке антибактериального препарата к очагу инфекции, отсутствии системного воздействия, минимизации риска селекции резистентных штаммов нормальной микрофлоры. Данный вид терапии может использоваться у пациентов с поражением глотки как бактериальной, так и вирусной природы. На отечественном фармацевтическом рынке представлены различные антисептики, содержащие активные компоненты, такие как хлоргексидин, сульфаниламиды, йод, местные анестетики, лизаты бактерий, спирты. Многие из этих компонентов могут быть токсичными, высокоаллергенными, оказывать раздражающее действие.

В этом ряду выделяется лекарственный препарат растительного происхождения Тонзилгон Н, который применяется при острых и хронических заболеваниях верхних дыхательных путей и отличается мягким, но эффективным действием. Его используют в целях профилактики осложнений при ОРВИ, в том числе у часто болеющих детей, и как дополнение к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях верхних дыхательных путей. Кроме того, препарат Тонзилгон Н эффективен в предупреждении развития осложнений и комплексном лечении в пред- и послеоперационном периодах в ЛОР-практике.

Далее докладчик затронул тему лечения хронического фарингита и его связь с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Он подчеркнул, что значительную роль в патогенезе развития заболеваний гортани и глотки играет гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). ГЭРБ считается широко распространенной патологией среди жителей индустриально развитых стран. Принято выделять пищеводные и внепищеводные симптомы ГЭРБ. Внепищеводные симптомы представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем и ЛОР-органов. К отоларингологическим симптомам ГЭРБ относят ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение, желание прочистить горло, охриплость, приступообразный кашель. Кроме того, ГЭРБ может быть причиной рецидивирующих синуситов, средних отитов, фарингитов, ларингитов, не поддающихся стандартной терапии. К сожалению, в ряде случаев оториноларингологи

не способны почувствовать грань между внепищеводным проявлением ГЭРБ и изолированной патологией глотки.

В настоящее время доказано существование двух форм патологии: собственно ГЭРБ и фаринголарингеального рефлюкса (ФЛР). Фаринголарингеальный рефлюкс – заброс кислого содержимого желудка выше верхнего пищеводного сфинктера в глотку и гортань. При этом основной фактор повреждения слизистой оболочки ЛОР-органов при ФЛР – пепсин. Попадая в носоглотку, он способствует развитию гипертрофии носоглоточной миндалины. Отсутствие изжоги и регургитации при наличии неспецифических жалоб, таких как боль в горле, першение, ощущение инородного тела, кашель, дисфагия, говорит о том, что у пациента может быть ФЛР.

Диагностика ФЛР и внепищеводных проявлений ГЭРБ основана прежде всего на данных эндоларингоскопии и суточной рН-метрии.

По данным исследований, частота встречаемости хронического фарингита у пациентов с ГЭРБ достигает 60%.

Лечение хронических заболеваний глотки у больных с кислотозависимой патологией ЖКТ включает терапию основного заболевания, элиминационные мероприятия и применение препаратов топического действия. В снижении местного воспаления и частоты рецидивов при хронических заболеваниях глотки эффективна иммунотерапия препаратом Тонзилгон Н.

«При наличии внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациента длительность терапии заболевания ЖКТ должна быть вдвое больше по сравнению с традиционной. Нормализация состояния слизистой оболочки глотки будет следовать за нормализацией состояния слизистой оболочки пищевода», – подчеркнул профессор Ю.Л. Солдатский в заключение.

⁵ Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации / под ред. А.А. Баранова, Л.С. Стречунского // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2007. Т. 9. № 3. С. 200–210.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

Ведение больных в послеоперационном периоде после риносептопластики

Руководитель ЛОР-клиники Московского областного научно-исследовательского клинического института (МОНКИ) им. М.Ф. Владимирского, д.м.н., профессор Виктор Иванович ЕГОРОВ в начале своего выступления напомнил, что длительное нарушение носового дыхания чревато негативными последствиями. Это развитие различных форм хронического ринита, патологии околоносовых пазух, слуховой трубки и среднего уха, воспалительных заболеваний глотки, гортани, нижних дыхательных путей. Кроме того, длительное нарушение носового дыхания отрицательно сказывается на функциональном состоянии систем организма.

Единственным методом лечения в таких случаях считается хирургический. Наиболее часто оперируют мужчин трудоспособного возраста (18–45 лет), что обуславливает необходимость эффективного послеоперационного ведения и скорейшего возвращения пациентов к полноценной трудовой деятельности. На исход хирургического вмешательства влияет как сама техника операции, квалификация хирурга, так и ведение послеоперационного периода больного. Адекватное ведение послеоперационного периода предотвращает развитие воспалительных осложнений, сокращает период реабилитации. В современной ринологии нет единого мнения о тактике послеоперационного лечения указанного контингента больных. Не существует стандартной оптимальной схемы ведения послеоперационного периода, определяющей необходимость, вид и длительность тампонады, выбор метода ухода за раневыми поверхностями, целесообразность местного или системного применения лекарственных средств, а также физиотерапии.

Воспаление слизистой оболочки полости носа после хирургической

травмы – нормальная защитная реакция, направленная на уничтожение инфекционного агента, активацию процессов регенерации и восстановления тканей. Однако в ряде случаев воспаление выходит за рамки физиологического процесса, возникает неконтролируемое повреждение. Воспаление и инфекция усиливают друг друга. Хирургическая травма в значительной степени угнетает и без того нарушенный местный защитный барьер.

В послеоперационном периоде развиваются боль, отек, воспаление, десквамация, нарушение мукоцилиарного клиренса. Для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде больным показаны нестероидные противовоспалительные препараты, иммобилизация, НО-терапия, физиотерапия. Снять отек помогают деконгестанты, антигистаминные, антибактериальные препараты, физиотерапия, а также комбинированные препараты растительного происхождения (в частности, Синупрет). Для борьбы с воспалительным процессом используют антибактериальную терапию, изотонические солевые растворы, Синупрет, НО-терапию. При десквамации эпителия слизистой оболочки пациентам назначают декспантенол, НО-терапию, масляные растворы (витамины групп А и Е), Синупрет. Нарушения мукоцилиарного клиренса корректируют с помощью сосудосуживающих препаратов, деконгестантов, физиотерапевтического лечения, муколитических препаратов (Синупрет).

В результате механической травмы при оперативном вмешательстве возникает остановка мерцания ресничек эпителиального покрова, нарушается мукоцилиарный транспорт слизи. Такая ситуация способна при определенных условиях привести к задержке секрета.



Профессор, д.м.н.
В.И. Егоров

При этом вероятно активация условно патогенной микрофлоры. Мукоцилиарный транспорт является важнейшим механизмом, обеспечивающим санацию дыхательных путей, одним из основных механизмов системы местной защиты. Он обеспечивает необходимый потенциал барьерной, иммунной и очистительной функций респираторного тракта. Очищение дыхательных путей от чужеродных частиц и микроорганизмов происходит благодаря их оседанию на слизи с последующим выведением.

Профессор В.И. Егоров представил результаты контролируемого открытого рандомизированного исследования, проведенного в ЛОР-клинике МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, в котором изучали клиническую эффективность препарата Синупрет у пациентов, перенесших ринохирургическое вмешательство (риносептопластику или септопластику). 120 больных были рандомизированы на две группы. В послеоперационном периоде пациенты основной группы помимо стандартной терапии получали лекарственный растительный препарат Синупрет. В этой группе восстановление функционального состояния слизистой оболочки полости носа после планового хирургического лечения происходило достоверно быстрее, чем в группе сравнения. Препарат позволил в более короткие сроки вывести больных из послеоперационного периода.



Таким образом, оригинальный состав и широкий спектр фармакологических эффектов, отсутствие токсического влияния

на слизистую оболочку полости носа, минимум побочных эффектов, отсутствие взаимодействия с другими препаратами позво-

ляют считать Синупрет одним из лучших мукоактивных препаратов для применения в ринохирургии.



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Заместитель директора института по научной и координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, д.м.н., профессор Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ продолжил тему лечения пациентов с патологиями полости носа в послеоперационном периоде. Он отметил, что эффективность ринохирургического вмешательства во многом зависит от реабилитационного периода.

На сегодняшний день единого стандарта ведения больных после ринохирургических вмешательств не существует. Механическое повреждение слизистой оболочки полости носа ведет к выбросу медиаторов воспаления, локальной вазодилатации, отеку, что в свою очередь вызывает нарушения микроциркуляции и гиперсекрецию слизи. Происходят снижение резистентности тканей и, как следствие, активация микробной флоры. Поэтому основными задачами при ведении пациентов после оперативных вмешательств в полости носа являются:

- предупреждение развития гнойных осложнений;
- купирование послеоперационных реактивных проявлений;

Особенности раннего послеоперационного периода при ринохирургических вмешательствах

- достижение быстрой эпителизации полости носа и восстановление транспортной функции респираторного эпителия;
- предупреждение формирования синехий между носовой перегородкой и латеральной стенкой носа;
- быстрое восстановление носового дыхания;
- уменьшение сроков реабилитации и восстановления трудоспособности пациентов.

В послеоперационном периоде в оториноларингологии для лечения и профилактики осложнений применяют системные и топические антибактериальные и антигистаминные препараты, топические деконгестанты, препараты для ирригационной терапии, а также противовоспалительные средства, топические муколитики, ГКС, растительные масла (персиковое, абрикосовое), масляные растворы витаминов А и Е.

Профессор С.В. Рязанцев представил результаты применения препарата Синупрет в раннем послеоперационном периоде (после проведения ринохирургического вмешательства). В Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте уха, горла, носа и речи с мая по декабрь 2015 г. наблюдали 60 пациентов, которым были выполнены подслизистая резекция перегородки носа и двусторонняя подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Некоторым пациентам одномоментно провели двустороннюю микромаксиллотомию, двустороннюю латеропозицию нижних носовых раковин. Пациентов разделили на две равные группы. В основной группе назначали Синупрет за два дня до операции и далее в течение двух

недель после нее по 50 капель три раза в день *per os* одновременно с базисной терапией. Пациенты контрольной группы получали только базисную терапию: цефтриаксон и этамзилат по 2 г внутримышечно в течение двух дней после операции, персиковое масло по три-четыре капли два раза в день в нос в течение семи дней. Им проводили ежедневные туалеты носа, а с седьмого дня после операции – носовой душ два-три раза в день в течение двух недель.

Состояние пациентов оценивали с помощью общего оториноларингологического осмотра, передней риноскопии до и после анемизации слизистой оболочки носа, эндоскопии слизистой полости носа. Оценку функции носового дыхания проводили с помощью передней активной риноманометрии, резистометрии, акустической риноманометрии.

Обратную динамику основных клинических симптомов (затруднения носового дыхания, выделений из носа и тяжести в проекции верхнечелюстных пазух) анализировали путем ежедневного опроса пациентов. Полученные результаты оценивали по балльной шкале (0–4 балла). В основной группе после операции отмечалась положительная динамика основных клинических симптомов (рис. 3). Оценка состояния носовой полости также продемонстрировала преимущество основной группы перед контрольной. Эндоскопическая картина полости носа у пациентов основной и контрольной групп на седьмой и 16-й день значительно различалась. Процессы развития отека и образования корок в основной группе были менее выражены, чем в группе контроля.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

Докладчик отметил, что комбинация акустической и стандартной риноманометрии предоставляет интересные возможности для оценки состояния слизистой оболочки полости носа по всему профилю полости носа. Показатели акустической риноманометрии в послеоперационном периоде подтвердили, что в основной группе, в которой применяли препарат Синупрет, зафиксировано улучшение состояния полости носа. Препарат Синупрет оказывал тройное действие: муколитическое, противовоспалительное и противоотечное. Завершая выступление, профессор С.В. Рязанцев подчеркнул, что при выполнении ринохирургических вмешательств в раннем послеоперационном периоде необходимо проведение комплексной терапии. Применение препарата Синупрет способствует восстановлению слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

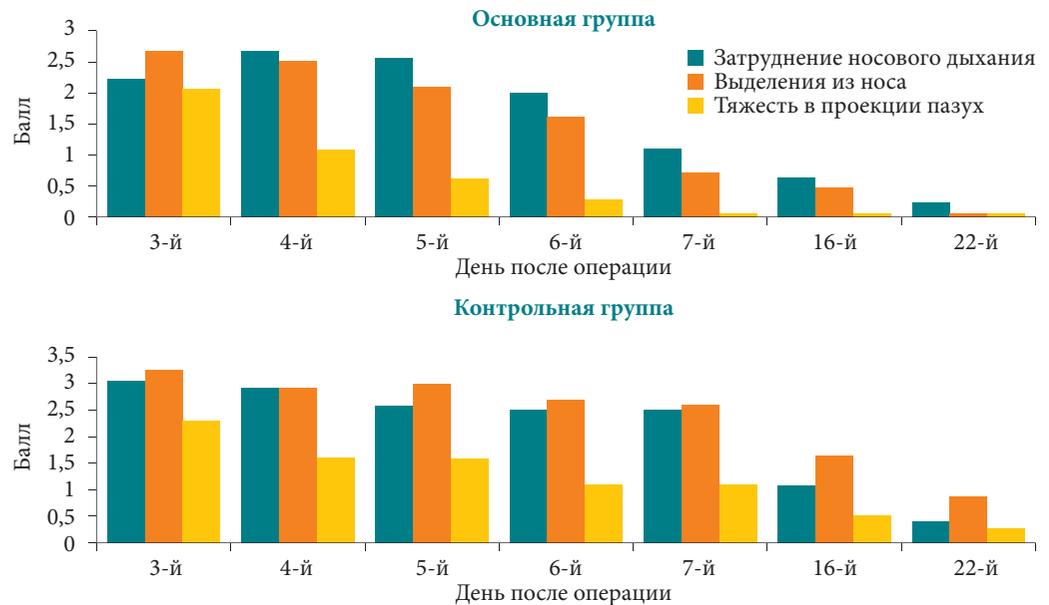


Рис. 3. Динамика основных клинических симптомов после операции

Использование Синупрета в составе комплексной терапии сокращает сроки реабилитации пациентов

и предотвращает развитие осложнений после ринохирургических операций.

Заключение

В настоящее время лекарственные препараты растительного происхождения получили широкое распространение, в том числе в педиатрической практике. Благодаря активным растительным компонентам лекарственные средства обладают не только противовоспалительным, но также иммуномодулирующим действием. Включение лекарственных растительных препаратов в комплексную терапию воспалительных заболеваний ЛОР-органов обусловлено их доказанными преимуществами, такими как мягкое терапевтическое действие, низкая токсичность, возможность длительного применения в различных возрастных группах. Комбинированный препарат растительного происхождения Синупрет (компания «Бионорика», Германия) оказывает секретолитическое, секретомоторное и противовоспалительное действие при лечении пациентов с острым

и хроническим риносинуситом, сопровождающимся образованием вязкого секрета. Препарат способствует восстановлению защитных свойств и уменьшению отека слизистой оболочки, оттоку экссудата из придаточных пазух носа и верхних отделов дыхательных путей. Синупрет изготавливается из экологически чистого сырья. В его состав входит широкий спектр биологически активных веществ: горечь (корень горечавки), сапонины и флавоноиды (цветы примулы, трава щавеля), стеролы (цветы бузины), бифенолы и вербенины (трава вербены). По данным исследований, препарат обладает высоким уровнем безопасности и разрешен к применению у детей с двух лет. Тонзилгон Н (компания «Бионорика», Германия) – лекарственный препарат растительного происхождения для лечения острых и хронических воспалитель-

ных заболеваний ЛОР-органов и верхних дыхательных путей. В состав препарата Тонзилгон Н в качестве активных действующих веществ входят растительные компоненты: корень алтея, цветки ромашки, трава хвоща, листья грецкого ореха, трава тысячелистника, кора дуба, трава одуванчика. Кроме того, в зависимости от лекарственной формы в состав входят различные вспомогательные вещества. Активные компоненты ромашки, алтея и хвоща способствуют повышению активности неспецифических факторов защиты организма. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея, тысячелистника и танины дуба оказывают противовоспалительное действие и уменьшают отек слизистой оболочки дыхательных путей. Препарат Тонзилгон Н доказал эффективность в качестве профилактического средства для предотвращения осложнений при ОРВИ и дополнения к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях. ☺



Международные рекомендации по терапии ЛОР-инфекций: что применимо в российской действительности

Инфекционно-воспалительные заболевания ЛОР-органов считаются наиболее распространенными, встречаются повсеместно, во всех возрастных группах. Рассмотрению оптимальных подходов к терапии ЛОР-инфекций с позиции современной медицины был посвящен сателлитный симпозиум, организованный в рамках XIX съезда оториноларингологов России (Казань, 12–15 апреля 2016 г.). Ведущие отечественные эксперты затронули проблему антибиотикорезистентности основных возбудителей и рассмотрели способы ее преодоления с помощью рационального применения антимикробных препаратов, представили методические рекомендации по лечению тонзиллофарингита, отита, риносинусита, проанализировали преимущества антибиотиков в форме диспергируемых таблеток Солютаб – высокую клиническую и бактериологическую эффективность и благоприятный профиль безопасности.



Профессор, д.м.н.
С.В. Сидоренко

Резистентность микроорганизмов к антимикробным препаратам, препятствующая эффективному лечению ЛОР-инфекций, остается одним из актуальных вопросов оториноларингологии. О возможных путях решения проблемы с помощью

Резистентность основных возбудителей к антибиотикам первой, второй и третьей линий, применяемым в ЛОР-практике

рационально подобранной терапии рассказал профессор кафедры микробиологии и микологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, д.м.н. Сергей Владимирович СИДОРЕНКО.

Основные источники возбудителей инфекций – нестерильные отделы дыхательных путей – ротоглотка и носоглотка, микробиота которых представляет собой совокупность разнообразных микроорганизмов. До настоящего времени в микробиоте носоглотки не обнаружено ни одного универсального вида. Наиболее распространенные виды, такие как *Moraxella*, *Haemophilus influenzae*, *Enhydrobacter* (*Proteobacteria*),

Streptococcus, *Dolosigranulum* (*Firmicutes*), *Corynebacterium* (*Actinobacteria*), выявляются лишь у 50% обследованных.

Риск развития острого среднего отита четко связан с колонизацией *Moraxella*, *H. influenzae* и другими более редкими патогенами¹.

Докладчик уточнил, что вирусы являются проводниками всех последующих бактериальных инфекций. Однако единого представления о характере взаимодействия вирусов и бактерий в дыхательных путях (синергизм или конкуренция) до сих пор нет.

В верхних дыхательных путях присутствует достаточно большая группа традиционных (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*,

¹ Laufer A.S., Metlay J.P., Gent J.F. et al. Microbial communities of the upper respiratory tract and otitis media in children // MBio. 2011. Vol. 2. № 1. P. e00245–10.



XIX съезд оториноларингологов России

NB

S. pyogenes, *Enterobacteriaceae*), а также новых (*Alloicoccus otitidis*, *Pseudomonas otitidis*, *Turicella otitidis* и *Corinebacterium mucifaciens*) патогенов, роль которых изучается.

Во всем мире наблюдается тенденция к распространению штаммов микробов, устойчивых к основным классам антимикробных препаратов. Из-за высокого уровня приобретенной резистентности о клинической значимости многих антибактериальных препаратов говорить не приходится. В связи с этим была предпринята попытка ранжирования антибиотиков на три линии этиотропной терапии ЛОР-патологий.

«В настоящее время мы переходим на европейскую систему оценки антибиотикочувствительности, на основании которой разработаны и утверждены отечественные клинические рекомендации по определению чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам», – констатировал докладчик.

Для клиницистов оценка чувствительности – это прогнозирование эффективности лечения. Так, *S. pneumoniae* не вырабатывает бета-лактамазы, но способен изменять пенициллин-связывающие белки (ПСБ). Модификация ПСБ *S. pneumoniae* коррелирует с микробиологической устойчивостью микроба и снижением чувствительности к бета-лактамам. Устойчивость *S. pneumoniae* к антибиотикам в регионах России различна и имеет тенденцию к увеличению. Устойчивость *S. pneumoniae* в регионах к пенициллину за последние пять лет увеличилась: согласно европейским критериям оценки (European Committee for Antimicrobial Susceptibility Testing – EUCAST) (> 0,06 мг/л) – с 11,2 (2006–2009 гг.) до 19,8% (2014 г.), согласно

североамериканским критериям (Clinical and Laboratory Standards Institution – CLSI) (> 2,0 мг/л) – с 1,4 до 3,7%^{2, 3}. Наиболее высокий аффинитет к ПСБ и наиболее низкий показатель роста устойчивости *S. pneumoniae* демонстрирует амоксициллин.

Задачей антибиотикотерапии является эрадикация возбудителя, а также ликвидация его персистенции. Для этого требуется поддержание необходимой концентрации антибиотика в очаге инфекции на протяжении достаточного для причинно-значимого патогена времени. Как показывает фармакодинамический расчет, чем больше отрезок времени, в течение которого концентрация препарата группы бета-лактамов в очаге инфекции превышает минимальную подавляющую концентрацию (МПК) (не менее 40–50% интервала дозирования), тем эффективнее результат. С этой целью следует применять оптимальные дозы препарата. Чем выше доза, тем эффективнее снижается уровень устойчивости патогена. «Использование высоких доз препарата амоксициллина/клавуланата как у взрослых, так и у детей позволяет создать оптимальную концентрацию активных компонентов в очаге инфекции и получить эффект даже в отношении микробов с МПК, равной четырем», – пояснил профессор С.В. Сидоренко.

Гемофильная палочка (*H. influenzae*) обладает способностью вырабатывать бета-лактамазы, уровень продукции которых с 2006–2007 гг. неуклонно растет, равно как и устойчивость *H. influenzae* к ампициллину. Именно поэтому для эрадикации гемофильной палочки, способной вырабатывать бета-лактамазы и модифицировать ПСБ, нужно использовать защищенные

Этиотропная терапия ЛОР-патологии (разделение препаратов на линии)

Первая линия: препараты для врачей общей практики – эффективные и безопасные при массовом применении в случае неосложненных инфекций, без факторов риска

Вторая линия: препараты, применяемые при высокой вероятности резистентности ключевых возбудителей, при затяжных, рецидивирующих инфекциях

Третья линия: препараты, применяемые в особых ситуациях, – предшествующие неудачные курсы этиотропной терапии или непереносимость препаратов первой и второй линий

аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат) или цефалоспорины третьего поколения (цефиксим). Профессор С.В. Сидоренко кратко охарактеризовал основные механизмы устойчивости микробов к макролидам – лекарственным средствам, в большинстве своем антибиотикам, основой химической структуры которых является макроциклическое 14-, 15- или 16-членное лактонное кольцо с присоединенными к нему одним или несколькими углеводными радикалами. У микроорганизма могут развиваться специальные приспособления, с помощью которых он словно насосом выкачивает антибиотик из своей внутренней среды или «прикрывает мишень от антибиотика щитом». Наиболее эффективно его насос выкачивает 14- и 15-членные макролиды⁴.

В Юго-Восточной Азии устойчивость *S. pneumoniae* к макролидам достигает 80–90%. Во Франции благодаря политике, направленной

² Козлов Р.С., Голуб А.В. Катетер-ассоциированные инфекции кровотока: предупредить или лечить? // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2010. Т. 12. № 1. С. 23–30.

³ Козлов Р.С., Сухорукова М.В., Сидоренко С.В. и др. Чувствительность основных возбудителей бактериальных инфекций к цефтаролину в Российской Федерации // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2015. Т. 17. № 3. С. 217–226.

⁴ Белоусов Ю.Б., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Эффективность и безопасность джозамицина при лечении нетяжелой внебольничной пневмонии: результаты многоцентрового клинического исследования // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2007. Т. 9. № 1. С. 48–56.



Таблица. Устойчивость к антибактериальным препаратам, свойственная грамотрицательным бактериям, отличным от Enterobacteriaceae и неферментирующих бактерий

Номер правила	Микроорганизмы	Макролиды	Фузидовая кислота	Стрептограммины	Триметоприм	Налидиксовая кислота
3.1	<i>Haemophilus influenzae</i>	Р	Р	Р		
3.2	<i>Moraxella catarrhalis</i>				Р	
3.3	<i>Neisseria spp.</i>				Р	
3.4	<i>Campylobacter fetus</i>		Р	Р	Р	Р
3.5	<i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Campylobacter coli</i>		Р	Р	Р	

Примечание. Р – резистентность.

В российских регионах, как и в столице, за последние пять-шесть лет устойчивость *S. pneumoniae* к макролидам возросла в 2–2,5 раза

ной на сокращение применения антибиотиков, устойчивость *S. pneumoniae* резко снизилась. В российских регионах, как и в столице, за последние пять-шесть лет устойчивость *S. pneumoniae* к макролидам возросла в 2–2,5 раза. В проекте экспертных правил, опубликованном EUCAST в текущем году, впервые указано, что

H. influenzae обладает природной устойчивостью к макролидным антибиотикам (см. таблицу). Фармакодинамические данные, совпадающие с клиническими, продемонстрировали минимальную роль макролидов в лечении гемофильной инфекции. Результаты исследования показали, что самая низкая частота персистенции *H. influenzae* у детей отмечалась на фоне терапии амоксицилином/клавуланатом в высокой дозе, цеффиксимом, цефтриаксоном⁵. Резюмируя сказанное, профессор С.В. Сидоренко представил следующую схему этиотропной терапии ЛОР-патологий:

- ✓ первая линия – амоксициллин;
- ✓ вторая линия – амоксициллин/клавуланат, пероральные цефалоспорины (цефиксим);
- ✓ третья линия – 16-членные макролиды (джозамицин), респираторные фторхинолоны.

Бремя выбора антибактериальной терапии тонзиллофарингитов в условиях нарастающей резистентности

ентов заболевание вызвано бактериями, чаще бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА). Отличительной особенностью БГСА считается способность разрушать эритроциты. БГСА сохраняет 100%-ную чувствительность к бета-лактамам. Препараты группы бета-лактамов остаются единственным классом антибиотиков, к которым у *S. pyogenes* не развилась резистентность. Устойчивость *S. pyogenes* к макролидам в ряде стран превышает 30%. Согласно данным за 2006–2009 гг., в крупных городах России, в частности в Москве, на фоне сохраняющейся высокой чувствительности *S. pyogenes* к бета-лактамам отмечается негативная тенденция к росту устойчивости (в несколько раз) данного

микроорганизма к макролидным антибиотикам⁶. Многоцентровое исследование резистентности клинических штаммов *S. pyogenes* позволило изучить их устойчивость, прежде всего к макролидам, в различных регионах. Частота резистентности к эритромицину достигала 11,4%. Почти в 90% случаев резистентность была обусловлена метилированием рибосом, в 10% – активным выведением антибиотика из клетки (эффлюксом)⁶. БГСА – экстрацеллюлярный патоген. Однако доказано, что, продуцируя многочисленные инвазивные факторы, он может проникать в тонзиллярные эпителиальные клетки. Данное явление называется интернализацией. Именно внутриклеточное расположение БГСА становится



Профессор, д.м.н. Г.Н. Никифорова

Как отметила профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Галина Николаевна НИКИФОРОВА, в большинстве случаев причинами воспалительных процессов в глотке являются вирусы. Только у 5–15% взрослых паци-

⁵ Dagan R. Double tympanocentesis studies: bridging from bacteriological outcome to studies with clinical outcome. The Pediatric Infectious Disease Unit Soroka University Medical Center Ben-Gurion University Beer-Sheva, Israel. 2002.

⁶ Азовскова О.В., Иванчик Н.В., Дехнич А.В. и др. Динамика антибиотикорезистентности респираторных штаммов Streptococcus pyogenes в России // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2012. Т. 14. № 4. С. 309–321.



XIX съезд оториноларингологов России

резервуаром для рецидивирующих стрептококковых инфекций на небных миндалинах. Но, принимая во внимание, что БГСА находится во внутриклеточном пространстве в персистирующем состоянии, макролиды как бактериостатические антибиотики не активны в отношении данного возбудителя.

Врачи при назначении антибиотиков используют эмпирический подход, поскольку сразу идентифицировать возбудителя сложно. По мнению профессора Г.Н. Никифоровой, при назначении эмпирической антибактериальной терапии пациентам с инфекциями ротоглотки врачи допускают следующие ошибки: применение антимикробных препаратов для эрадикации диагностически незначимых возбудителей, назначение ампициллина внутрь, а также фторхинолонов, аминогликозидов, ко-тримоксазола, антимикробных препаратов с антианаэробной активностью, нистатина и рутинное назначение противогрибковой терапии.

Если говорить о сроках и продолжительности антибиотикотерапии, то основными ошибками являются ее позднее начало и частая смена антимикробного препарата. Между тем для замены последнего установлены четкие критерии: клиническая неэффективность, о которой можно судить через 24–72 часа от начала использования лекарственного средства, развитие тяжелых нежелательных реакций, высокая потенциальная токсичность, выделение возбудителя, резистентного к используемому препарату.

При нетяжелых респираторных инфекциях пенициллины демонстрируют низкую токсичность и предсказуемый профиль безопасности: нежелательные эффекты проявляются обычно в виде аллерги-

ческих реакций и диспепсических расстройств⁷. При инфекционном мононуклеозе может наблюдаться ампициллиновая сыпь, у пожилых пациентов – холестатический гепатит. Все осложнения, как правило, протекают легко.

Почему же пенициллины, несмотря на отсутствие у *S. pyogenes* устойчивости к ним, не всегда эффективны при тонзиллофарингитах? По словам докладчика, это может быть связано с недостаточной приверженностью пациентов лечению и инактивацией незащищенных пенициллинов бета-лактамазами колонизирующих ротоглотку сопутствующих микроорганизмов – *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *H. influenzae*. Самым распространенным антибиотиком, применяемым при инфекциях ЛОР-органов, считается амоксициллин. Его преимущества, в частности при стрептококковой ангине, заключаются в высокой активности в отношении штаммов ключевых возбудителей (*S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*), не продуцирующих бета-лактамазу, а также в низком уровне вторичной резистентности, хорошем профиле безопасности и удобстве приема. Амоксициллин отличается доказанной в контролируемых клинических исследованиях эффективностью и оптимальным соотношением «стоимость – эффективность».

Амоксицилину/клавуланату отдают предпочтение при обострении хронических, рецидивирующих, осложненных, бактериальных инфекций ЛОР-органов и после предшествующей терапии аминопенициллинами в течение месяца.

Макролиды – альтернатива пенициллинам при непереносимости и «атипичной» этиологии инфекции⁸. По клинической и микроби-

Препараты группы бета-лактамов остаются единственным классом антибиотиков, к которым у *S. pyogenes* не развилась резистентность

логической эффективности при стрептококковых инфекциях они сопоставимы с пенициллинами, если не принимать во внимание рост устойчивости патогенов. Однако при инфекциях, вызванных гемофильной палочкой и анаэробами, макролиды уступают амоксициллину/клавуланату в микробиологической эффективности. Показаниями к применению макролидов при остром тонзиллофарингите являются аллергия на препараты пенициллинового ряда, фармакодинамическая неэффективность бета-лактамов, низкая приверженность пациентов терапии.

Следует отметить, что применение традиционных форм амоксициллина/клавуланата может сопровождаться негативными явлениями, связанными с воздействием клавулановой кислоты на слизистую оболочку органов пищеварения, что провоцирует развитие диарейного синдрома у 24% больных. Использование пероральных антибиотиков в форме диспергируемых таблеток Солютаб позволяет решить данную проблему^{9,10}.

Принципиальным отличием формы диспергируемых таблеток Солютаб является заключение активного вещества в микрогранулы в целях защиты от неблагоприятного воздействия кислот и ферментов в желудке. Диспергируемые таблетки Солютаб отличаются от обычных лекарственных форм предсказуе-

⁷ Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Стречунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск: МАКМАХ, 2007.

⁸ Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2006. Т. 8. № 1. С. 54–86.

⁹ Зайцев А.А., Карпов О.И. Антибактериальная терапия острого синусита // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2002. № 4. С. 57–62.

¹⁰ Карпов О.И. Флемоклав Солютаб – новая лекарственная форма амоксициллина/клавуланата в лечении синусита // Клиническая фармакология и терапия. 2006. Т. 15. № 4. С. 74–77.



Применение традиционных форм амоксициллина/клавуланата может сопровождаться негативными явлениями, связанными с воздействием клавулановой кислоты на слизистую оболочку органов пищеварения, что провоцирует развитие диарейного синдрома у 24% больных. Использование пероральных антибиотиков в форме диспергируемых таблеток Солютаб позволяет решить данную проблему

мой клинической эффективностью, снижением риска развития нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, повышением приверженности пациентов лечению, профилактикой рецидивов и уменьшением потребности в дополнительных курсах лечения.



Д.м.н.
О.В. Карнеева

Респираторная вирусная инфекция является наиболее частой патологией, с которой сталкиваются в практической деятельности врачи амбулаторно-поликлинического звена. Установлено, что в 70% случаев именно вирусы становятся причиной развития заболеваний верхних дыхательных путей. По словам заместителя

директора по научной работе Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, д.м.н. Ольги Витальевны КАРНЕЕВОЙ, нарушение функции мерцательного эпителия верхних дыхательных путей при воспалительных рецидивирующих состояниях служит пусковым механизмом в развитии отитов и риносинуситов.

При воспалении нарушается мукоцилиарное очищение среднего уха, полости среднего уха заполняются экссудатом, иногда гнойным. В нашей стране 90% детей в возрасте до трех лет однократно переносят экссудативный средний отит, 50% – несколько эпизодов заболевания. Неадекватная терапия острых респираторных вирусных инфекций

ангине, когда нельзя исключить инфекцию, вызванную вирусом Эпштейна – Барр.

Природный 16-членный антибиотик из группы макролидов Вильпрафен Солютаб (джозамицин) активен в отношении многих типичных и атипичных возбудителей. Важно, что Вильпрафен Солютаб сохраняет активность в отношении ряда штаммов, устойчивых к эритромицину, кларитромицину, азитромицину. Кроме того, препарат разрешен к применению у беременных и детей.

В заключение профессор Г.Н. Никифорова предложила придерживаться следующих рекомендаций по терапии тонзиллофарингита:

- ✓ препарат выбора – феноксиметилпенициллин, амоксициллин;
- ✓ предшествующая антибактериальная терапия – амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины второго и третьего поколений;
- ✓ при аллергии на бета-лактамы – макролиды;
- ✓ препараты глубокого резерва – линкозамиды.

Сложности выбора оптимального дозирования антибиотиков в терапии отитов

тителя директора по научной работе Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, д.м.н. Ольги Витальевны КАРНЕЕВОЙ, нарушение функции мерцательного эпителия верхних дыхательных путей при воспалительных рецидивирующих состояниях служит пусковым механизмом в развитии отитов и риносинуситов.

При воспалении нарушается мукоцилиарное очищение среднего уха, полости среднего уха заполняются экссудатом, иногда гнойным. В нашей стране 90% детей в возрасте до трех лет однократно переносят экссудативный средний отит, 50% – несколько эпизодов заболевания. Неадекватная терапия острых респираторных вирусных инфекций

(ОРВИ), несвоевременное дренирование барабанной полости у детей с острым средним отитом (ОСО), пренебрежение контролем восстановления слуховой функции привели к изменению его клинических исходов. Увеличилось число детей с бессимптомным, затянувшимся экссудативным процессом в среднем ухе и развившейся тугоухостью.

Предрасполагающими факторами развития среднего отита у детей младшего возраста считаются относительно короткая, широко и горизонтально расположенная слуховая труба, обструкция ее глоточного устья гиперплазированной глоточной миндалиной, физиологический отек слизистой оболочки задних отделов полости носа у новорожден-

¹¹ Карпов О.И., Рязанцев С.В., Тихомирова И.А. Путь повышения эффективности и переносимости антибиотикотерапии при синусите у детей // Детские инфекции. 2006. Т. 5. № 3. С. 53–56.



XIX съезд оториноларингологов России

ных, усиление отека слизистой оболочки полости носа при прорезывании и смене зубов. Зачастую низкие уровни иммуноглобулина А способствуют присоединению вторичной микробной инфекции.

ОСО – заболевание с выраженной стадийностью течения. Выделяют стадию острого евстахиита, стадию катарального воспаления, доперфоративную стадию гнойного воспаления и постперфоративную стадию, репаративную стадию. Независимо от стадии интраназальная топическая терапия и системная терапия признаны основными.

Согласно клиническим рекомендациям Ассоциации оториноларингологов России (2014 г.), лечение ОСО включает патогенетическую (интраназальную) терапию для восстановления функции слуховой трубы, симптоматическую терапию для купирования болевого синдрома, предусматривающую применение системных нестероидных противовоспалительных препаратов (парацетамол, ибупрофен), местное лечение (лидокаин- и спиртсодержащие ушные капли) и парацетез барабанной перепонки, а также антибактериальную терапию.

С одной стороны, острое воспаление среднего уха чаще является осложнением ОРВИ и не все формы ОСО требуют назначения антибиотиков. С другой – лечение антибиотиками снижает риск развития мастоидита и ряда осложнений. Отечественные и зарубежные рекомендации указывают на обязательное назначение антибиотиков во всех случаях ОСО детям младше двух лет, а также пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. Выжидательную тактику можно использовать у детей старше двух лет при нетяжелом отите только в том

случае, когда дети находятся под интенсивным наблюдением педиатра или ЛОР-врача с выполнением повторной отоскопии.

Согласно отечественным и американским рекомендациям по выбору антибиотика для эмпирической терапии инфекций верхних дыхательных путей, стартовым антибактериальным препаратом является амоксициллин^{12, 13}. При аллергии на бета-лактамы антибиотики немедленного действия назначают макролиды, при аллергии на бета-лактамы антибиотики замедленного действия – цефалоспорины второго и третьего поколений.

При выборе антибиотика для детей учитывается не только его эффективность и максимальная безопасность, но и наличие детской лекарственной формы. Удивительными свойствами обладают таблетки Солютаб. Под воздействием жидкости таблетка распадается на микросферы, каждая из которых имеет защитную оболочку. Она становится проницаемой только под воздействием бикарбонатов в кишечнике. После этого действующее вещество высвобождается в зоне максимального всасывания. С клинической точки зрения сказанное означает, что диспергируемая лекарственная форма обеспечивает стабильное терапевтическое действие и снижает вероятность побочных реакций. Флемоксин Солютаб в отличие от амоксициллина в капсулах всасывается на 93% независимо от приема пищи, обеспечивая высокую эффективность терапии. На фоне применения Флемоклава Солютаб риск развития нежелательных реакций в три раза ниже, чем при использовании традиционных форм амоксициллина/клавуланата^{14, 15}.

«В декабре 2012 г. была зарегистрирована новая форма препарата

Супракс в виде диспергируемой таблетки Солютаб, которая существенно отличается от стандартной формы повышенной биодоступностью и эффективностью. Сегодня мы имеем всю панель формы Солютаб, которая обладает высокой биодоступностью. Биодоступность формы Солютаб сопоставима с инъекционными формами введения антибактериальных препаратов», – пояснила О.В. Карнеева.

Стартовым антибактериальным препаратом для лечения ОСО считается амоксициллин. В связи с угрозой роста лекарственной устойчивости пневмококков и других патогенов обсуждается вопрос о повышении дозы амоксициллина, в том числе амоксициллина/клавуланата. Американской академией педиатрии рекомендованы высокие стартовые дозы амоксициллина и амоксициллина/клавуланата, которые ориентированы на широкую распространенность пенициллин-резистентных штаммов пневмококка. Аналогична рекомендованная российским Альянсом клинических химиотерапевтов и микробиологов стартовая доза амоксициллина – препарата первой линии терапии ОСО у детей. Как отметила О.В. Карнеева, между отечественными и зарубежными рекомендациями не существует значимых различий в критериях диагностики, оценке клинического течения, стадийности заболевания, подходах к лечению ОСО¹⁶. Существующая распространенность резистентности пневмококков к пенициллину в России позволяет в качестве стартовой стратегии антибактериальной терапии рассматривать средние дозы амоксициллина и амоксициллина/клавуланата 45–50 мг/кг/сут, сохраняя высокодозную терапию на позиции второй линии.

¹² Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов. Клинические рекомендации. М., 2014.

¹³ American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media // Pediatrics. 2004. Vol. 113. № 5. P. 1451–1465.

¹⁴ Cortvriendt W.R., Verschoor J.S., Hespe W. et al. Bioavailability study of a new amoxicillin tablet designed for several modes of oral administration // Arzneimittelforschung. 1987. Vol. 37. P. 977–979.

¹⁵ Яковлев С.В., Довгань Е.В. Аспекты эффективности антибиотиков // Справочник поликлинического врача. 2014. № 6. С. 4–5.

¹⁶ Карнеева О.В., Поляков Д.П. Диагностическая и лечебная тактика при остром среднем отите в соответствии с современными рекомендательными документами // Русский медицинский журнал. 2015. Т. 23. № 23. С. 1373–1376.



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Актуальность острого синусита, относящегося к наиболее распространенным заболеваниям, подтверждается многочисленными международными согласительными документами, в частности Европейскими рекомендациями по риносинуситу 2012 г. (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – EPOS). По данным заместителя директора по научной работе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, главного оториноларинголога Северо-Западного федерального округа, д.м.н., профессора Сергея Валентиновича РЯЗАНЦЕВА, в 2015 г. были утверждены российские клинические рекомендации по синуситу, которые признаны официальным протоколом лечения данного заболевания. Отечественные рекомендации разрабатывались с учетом как европейского, так и традиционного российского опыта лечения синуситов. Принципиальные отличия в антибиотикотерапии между EPOS и российскими стандартами отсутствуют. Согласно европейским и отечественным рекомендациям, острый синусит – это воспаление слизистой

Стратегия национальных рекомендаций по антибактериальной терапии синуситов

оболочки околоносовых пазух и полости носа длительностью менее 12 недель. При хроническом синусите этот период превышает 12 недель. Бактериальная этиология синусита имеет место в 55–65% случаев. Основными возбудителями острого бактериального риносинусита (ОБРС) являются так называемые респираторные патогены *S. pneumoniae* (19–47%), *H. influenzae* (26–47%), ассоциация этих возбудителей (7%), реже – бета-гемолитические стрептококки не группы А (1,5–13%), *S. pyogenes* (5–9%), не бета-гемолитические стрептококки (5%), *S. aureus* (2%), *M. catarrhalis* (1%), грамотрицательные патогены – редко¹⁷.

Профессор С.В. Рязанцев высказал предположение, что вакцинация российских детей пневмококковой конъюгированной вакциной, закрепленная в национальном календаре прививок с 1 января 2014 г., будет способствовать снижению роли резистентных пневмококков и изменению структуры возбудителей инфекций дыхательных путей: «На фоне снижения частоты инвазивных пневмококковых инфекций произойдет смещение в сторону *H. influenzae*. В этом случае на первое место в терапии синуситов выйдут цефалоспорины третьего поколения, более эффективные в отношении гемифильной палочки».

Основной целью лечения ОБРС является эрадикация возбудителя. Наиболее эффективны антибиотики, но назначать их нужно рационально, в соответствии с клиническими рекомендациями. В согласительных международных документах по лечению ОБРС, в частности в рекомен-

дациях Американского общества по инфекционным болезням (Infectious Diseases Society of America – IDSA) 2012 г., зафиксированы более строгие показания к назначению антибиотиков. Так, в США не рекомендуется назначать любые макролиды и цефалоспорины третьего поколения¹⁸.

«Наш микробиологический пейзаж значительно отличается от американского и европейского, поэтому в клинической практике необходимо учитывать назначения, закрепленные в отечественных рекомендациях», – уточнил докладчик. Согласно последним российским рекомендациям по лечению синуситов, амоксициллин является препаратом первой линии¹⁹. В случае риска развития резистентности возбудителей – активных продуцентов бета-лактамаз в качестве стартовой терапии назначают защищенные аминопенициллины – амоксициллин/клавуланат. К препаратам второй линии терапии помимо амоксициллина/клавуланата относятся цефксим, цефуросим ацетил, цефдиторен. При непереносимости бета-лактамов препаратом выбора является 16-членный макролид джозамицин.

Детям с ОБРС в качестве стартовой терапии назначают амоксициллин внутрь 40–60 мг/кг/сут в три приема. При IgE-опосредованной анафилаксии на бета-лактамы таким пациентам рекомендуют джозамицин 40–50 мг/кг/сут в два-три приема.

Безусловно, выбор антибиотика конкретному больному должен быть основан на степени тяжести заболевания и сопутствующих

¹⁷ Тарасов А.А., Каманин Е.И., Крюков А.И., Страчунский Л.С. Острый бактериальный риносинусит: современные подходы к диагностике и антибактериальной терапии в амбулаторных условиях // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2002. Т. 4. № 1. С. 70–82.

¹⁸ Chow A. W., Benninger M.S., Brook I. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults // Clin. Infect. Dis. 2012. Vol. 54. № 8. P. e72–e112.

¹⁹ Этиопатогенетическая терапия заболеваний верхних дыхательных путей и уха: методические рекомендации / под ред. С.В. Рязанцева. СПб.: Полифорум Групп, 2015.

Инъекционная эффективность в таблетках*

при респираторных
инфекциях



№1 в назначениях
антибиотиков¹

Флемоклав Солютаб®

амокциллин / клавулановая кислота

Самый быстрый клинический эффект
среди защищенных амоксициллинов²

Лучшая защита амоксициллина
клавулановой кислотой³

* Яковлев С. В., Довгань Е. В. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. №6, 2014 г., стр. 4–6.

1. Препараты компании Астеллас занимают первое место по назначениям врачами антибиотиков в крупнейших городах России. Настоящая информация основана на исследованиях, проводимых ООО «Синовейт Комкон», и действительна по состоянию на апрель 2015 года.

2. Карпов О. И. и соавт. Детские инфекции. 2006; №3, стр. 52–56.

3. Sourgens H. et. al. Int J Clin Pharmacol Ther 2001; 39 (2): 75–82.

Информация для специалистов здравоохранения

АО «Астеллас Фарма», 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-56.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ



ЛСП-000392/09 от 26.01.2009

ПН016067/01 от 17.11.2009

реклама



Способность Флемоклава Солютаб снижать риск антибиотик-ассоциированной диареи подтверждена результатами исследования с участием взрослых пациентов с синуситом. На фоне применения Флемоклава Солютаб диарея или диспепсические расстройства наблюдались у 10% больных, а при использовании традиционного препарата амоксициллин/клавуланат – у 26,7%

факторах риска. Существуют категории пациентов, у которых обособлено использование ингибитор-защищенного аминопенициллина. Например, к факторам, обеспечивающим приоритет амоксициллина/клавуланата перед амоксициллином, относятся симптомы среднетяжелой или тяжелой формы бактериального риносинусита, сопутствующие патологии (сахарный диабет, хроническая сердечная, печеночная или почечная недостаточность, иммуносупрессия), возраст старше 65 лет.

В последнее время актуальной становится проблема антибиотик-ассоциированной диареи. Ее наличие подтверждается, если в течение двух или более последовательных дней имели место три или более эпизода неоформленного стула на фоне применения антибактериальных препаратов или в течение двух месяцев после его окончания. Установлено, что после терапии амоксициллином/клавуланатом постантибиотическая диарея у детей развивается в 18–24% случаев, у взрослых – в 12–16%. Это может быть обусловлено раздражающим действием клавуланата на слизистую оболочку кишечника и негативным влиянием на сапрофитную флору^{10, 11}.

Фармакологические и клинические преимущества диспергируемых таблеток Солютаб предоставляют врачам и пациентам новые возможности в повышении эффективности и безопасности терапии синуситов. Помимо высокой биодоступности и эффективности таблетки Солютаб демонстрируют хороший профиль безопасности вследствие минимального влияния на микрофлору желудочно-кишечного тракта и уменьшения раздражающего действия на слизистую оболочку кишечника.

«В 2006 г. в детской клинике нашего института было проведено сравнительное исследование эффективности Флемоклава Солютаб и традиционного амоксициллина/клавуланата. Флемоклав Солютаб продемонстрировал существенно меньшую частоту диспепсических явлений и диареи, которая была в 2,5 раза ниже по сравнению с традиционным амоксициллином/клавуланатом¹¹», – констатировал профессор С.В. Рязанцев.

Способность Флемоклава Солютаб снижать риск антибиотик-ассоциированной диареи подтверждена результатами исследования с участием взрослых пациентов с синуситом. На фоне применения Флемоклава Солютаб диарея или диспепсические расстройства наблюдались у 10% больных, а при использовании традиционного препарата амоксициллин/клавуланат – у 26,7%¹⁰.

Как уже отмечалось, в ближайшее время могут произойти изменения в структуре бактериальных возбудителей инфекций дыхательных путей. По мнению зарубежных авторов, терапия должна быть ориентирована на *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, пенициллин-чувствительные штаммы *S. pneumoniae*. Для лечения заболевания, вызванного *H. influenzae*, рекомендуется использовать Супракс Солютаб, обладающий 100%-ной активностью в отношении гемофильной палочки.

В нашей стране возрастает устойчивость *S. pneumoniae* к макролидам, в первую очередь к 14- и 15-членным, которая в 2 раза выше, чем к 16-членным макролидам. В связи с этим весьма актуальны результаты исследования ПеГАС, продемонстрировавшие, что активность (96,0%) джозамицина, или Вильпрафена Солютаб, в отношении *S. pneumoniae* превышает таковую других макролидов²⁰.

Антибиотики в форме диспергируемых таблеток Солютаб – это современные и высокотехнологичные совместные разработки голландских и японских ученых. По словам профессора С.В. Рязанцева, именно благодаря такой высокотехнологичной форме в России не было зарегистрировано ни одного случая фальсификации подобных препаратов. Способность таблеток Солютаб легко образовывать жидкие формы обеспечивает максимальное всасывание, что в ряде случаев эквивалентно инъекционной форме введения. В заключение докладчик выразил надежду, что применение инновационных форм позволит преодолеть микробную резистентность и повысить эффективность и безопасность лечения риносинусита.

Заключение

Рациональное назначение антибиотиков при ЛОР-инфекциях препятствует развитию резистентности микроорганизмов к антибактериальным средствам, уменьшает продолжительность заболеваний и предупреждает их осложнения. Антибиотики в форме диспергируемых таблеток Солютаб отличаются прогнозируемой стабильной терапевтической эффективностью, благоприятным профилем безопасности, удобством приема и дозирования и низкой частотой развития устойчивости к ним микроорганизмов. ☺

²⁰ Козлов Р.С., Сивая О.В., Кречикова О.И. и др. Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в России за период 1999–2009 гг. (результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2010. Т. 12. № 4. С. 329–341.

DISCOVERYMED

ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА 2016 ГОД

Второе полугодие

22-23 Сентября

VI Научно-практическая конференция

«Современные проблемы детской гастроэнтерологии. Апостоловские чтения»

28 Сентября

X Научно-практическая конференция

«Грипп и другие воздушно-капельные инфекции» с симпозиумом
«Новости вакцинопрофилактики»

5 Октября

VIII Научно-практическая конференция

«Актуальные вопросы внутренних болезней (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, эндокринология и др.) по материалам международных конгрессов 2016 года»

26 Октября

VII Научно-практическая конференция

«Рациональная фармакотерапия в педиатрии» с симпозиумом
«Успехи в лечении заболеваний органов дыхания у детей»

2 Декабря

XI Междисциплинарная научно-практическая конференция

«Актуальные вопросы урологии и гинекологии» (инфекции, доброкачественные и злокачественные новообразования, мочекаменная болезнь и др.)

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИЙ ПРОХОДЯТ ТЕМАТИЧЕСКИЕ ВЫСТАВКИ

(812) 274-08-62, 327-76-22

EXPO@DISCOVERYMED.RU

WWW.TERRAMEDICA.SPB.RU



Аллергический ринит: новое решение старой проблемы

Сегодня аллергические заболевания представляют глобальную медико-социальную проблему во всем мире. В структуре аллергических заболеваний одно из ведущих мест занимает аллергический ринит. По данным эпидемиологических исследований, его распространенность в экономически развитых странах стремительно растет. Именно поэтому лечение аллергического ринита и предупреждение развития сопутствующих заболеваний имеют важное медицинское, социальное и экономическое значение. Новым терапевтическим подходам к лечению пациентов с аллергическим ринитом, предусматривающим применение комбинированного назального препарата Момат Рино Адванс, был посвящен сателлитный симпозиум компании «Гленмарк» (Казань, 12–15 апреля 2016 г.).



Профессор, д.м.н.
А.Ю. Овчинников

Заведующий кафедрой оториноларингологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, профессор, д.м.н. Андрей Юрьевич ОВЧИННИКОВ отметил, что на сегодняшний день общей концепции, связанной с определением понятия «аллергический ринит», не существует. Согласно отечественным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению аллергического ринита, это хроническое заболева-

Современное состояние проблемы аллергического ринита

ние слизистой оболочки носа, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного воспаления (чаще IgE-зависимого), вызванного воздействием различных аллергенов, и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости¹.

По данным литературы, 25% населения земного шара страдают аллергическим риносинуситом. Его распространенность в последние годы значительно возросла и не имеет тенденции к снижению.

Как известно, наличие у больного аллергического ринита является фактором риска развития бронхиальной астмы. Последняя выявляется у 40% пациентов с аллергическим ринитом или любой аллергопатологией. В свою очередь 80% больных бронхиальной астмой страдают аллергическим ринитом.

Согласно эпидемиологическим данным, при обследовании 10 000 человек 23% был поставлен диагноз

аллергического ринита. При этом среди пациентов с диагностированным аллергическим ринитом 53% не получают лечения по разным причинам.

Несмотря на явные клинические признаки аллергического ринита, нередко возникают трудности с постановкой диагноза. В ряде случаев это обусловлено отсутствием рационального подхода к классификации заболевания исходя из его патогенетических особенностей. Среди отоларингологов по-прежнему популярна классификация Л.Б. Дайняк (1966 г.), в которой аллергический ринит назван одной из форм вазомоторного ринита. Кроме этой формы выделена нейровегетативная.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра закреплены варианты аллергического ринита, такие как аллергический ринит, вызванный пылью растений, другие сезонные аллергические риниты, неуточненные аллергические риниты и проч.

¹ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита // www.raaci.ru/ClinRec/2.Allergic_rhinitis.pdf.



Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

Международным консенсусом по диагностике и лечению ринита (1994 г.) выделены два основных варианта аллергического ринита: сезонный и круглогодичный. В более поздней версии предложено разделять аллергический ринит на сезонный, круглогодичный и профессиональный. Между тем термин «профессиональный ринит» пока не имеет четкого определения и не всегда в его основе лежит IgE-опосредованная аллергическая реакция.

Сезонный аллергический ринит возникает при сенсибилизации к пыльцевым и грибковым аллергенам (пыльца деревьев, трав, споры грибов). Круглогодичный аллергический ринит развивается у пациентов с сенсибилизацией к аллергенам клещей домашней, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам, плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при их постоянном приеме, профессиональным аллергенам.

В международной классификации ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – Аллергический ринит и его влияние на течение бронхиальной астмы) 2008 г. аллергический ринит в зависимости от длительности сохранения симптомов подразделяется на интермиттирующий и персистирующий. При интермиттирующем симптомах беспокоят больного менее четырех дней в неделю или менее четырех недель в году, при персистирующем – более четырех дней в неделю или четыре недели в году соответственно. Эта классификация не противоречит классификации сезонного и круглогодичного ринита. Кроме того, аллергический ринит классифицируют по степени тяжести на легкий, средний и тяжелый в зависимости от влияния заболевания на работоспособность, дневную активность и сон. Интермиттирующий и персистирующий аллергический ринит может быть любой степени

тяжести. Эксперты ARIA предлагают выделять стадию обострения и стадию ремиссии, характерную в большей степени для круглогодичного ринита.

Таким образом, при диагностике аллергического ринита следует учитывать современные классификации международных согласительных документов.

Профессор А.Ю. Овчинников подчеркнул, что успех лечения аллергического ринита зависит прежде всего от правильного диагностического алгоритма. Диагностика включает комплекс клинических и лабораторных методов исследования. Диагноз аллергического ринита устанавливают на основании данных аллергологического анамнеза, характерных клинических симптомов и выявления причинно-значимых аллергенов. Больному проводят риноскопию (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки), лабораторные тесты, кожные аллергологические пробы, назальный провокационный тест.

Позднее выявление заболевания приводит к отсроченному началу адекватной терапии и развитию осложнений. Каждый пациент с аллергопатологией должен получать эффективную терапию. В России только 18% пациентов направляются к специалисту в течение первого года после выявления симптомов сезонного аллергического ринита. В 30% случаев интервал между появлением симптомов и установлением диагноза составляет два года, в 43% – три года, в 10% случаев – четыре года и более.

Алгоритм лечения аллергического ринита включает элиминацию причинно-значимых аллергенов и обучение пациентов, проведение фармакотерапии, специфической иммунотерапии.

Медикаментозное лечение аллергического ринита предусматривает использование лекарственных средств разных фармакологических групп.

Согласно ARIA (2008–2010 гг.), к основным лекарственным средствам, предназначенным для лечения аллергического ринита, относятся местные блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов и интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС). Эндоназальные топические ГКС показаны при выраженном обострении аллергического ринита со значительным нарушением носового дыхания.

В других руководствах по лечению аллергического ринита предпочтение отдается второму поколению пероральных и местных (интраназальных, внутриглазных) блокаторов H_1 -гистаминовых рецепторов, а также интраназальным ГКС.

Как показывают результаты исследований, пероральные антигистаминные препараты обладают высокой степенью доказательности в отношении эффективности и безопасности.

Оптимальный терапевтический эффект при лечении аллергического ринита достигается на фоне использования комбинации антигистаминных интраназальных препаратов и интраназальных ГКС. Данные исследований демонстрируют высокую эффективность топических ГКС в качестве средств базовой терапии аллергического ринита наряду с антигистаминными препаратами благодаря комбинированному действию при воздействии на ринорею, чихание и заложенность носа². «Таким образом, лечебно-диагностический алгоритм терапии аллергического ринита подразумевает мультидисциплинарный подход с участием отоларинголога, пульмонолога, аллерголога, – констатировал профессор А.Ю. Овчинников. – Своевременное выявление и адекватное лечение аллергического ринита с использованием современных препаратов позволяют добиться быстрого купирования симптомов заболевания, улучшить качество жизни пациентов, значительно уменьшить риск развития осложнений».

² Крюков А.И., Туровский А.Б., Бондарева Г.П., Семкина О.В. Принципы лечения аллергического ринита // Медицинский совет. 2013. № 7. С. 42–47.



Профессор, д.м.н.
Е.В. Носуля

Профессор кафедры оториноларингологии Российской медицинской академии последипломного образования, д.м.н. Евгений Владимирович НОСУЛЯ подчеркнул, что проблема аллергического ринита носит мультидисциплинарный характер. Аллергический ринит играет активную роль в патогенезе ряда заболеваний. В частности, рецидивирующий острый синусит, рефрактерный к лечению, более чем у половины пациентов может быть обусловлен проявлением аллергии. Так, в исследовании M. Gutman и соавт. 57,4% пациентов с рецидивирующим острым риносинуситом имели положительный ответ на аллергологический тест. Большинство из них были чувствительны к более чем одному аллергену. Среди пациентов с положительными результатами тестирования 92% продемонстрировали чувствительность к аллергенам плесени и клещей домашней пыли³. Аллергический ринит является потенциальным фактором риска развития орбитальных

Комбинация интраназального ГКС и блокатора H₁-гистаминовых рецепторов в лечении аллергического ринита: обоснование и перспективы

осложнений острого риносинусита у детей. В исследовании D. Holzmann и соавт. из 102 детей с орбитальным отеком у 56,7% аллергологическое тестирование показало положительный результат. При этом распространенность аллергического ринита в сезон пыления (февраль – август) была значительно выше, чем в период с сентября по январь⁴.

В клинической практике оториноларингологи часто сталкиваются с ринитом у беременных. Частота аллергических состояний у женщин детородного возраста достигает 20–30%. У 10–30% беременных с аллергией наблюдаются увеличение аллергических симптомов во время беременности и возврат к нормальному состоянию после родоразрешения⁵. Вопрос лечения аллергического ринита вызывает интерес у большинства врачей различных специальностей. Современная стратегия лечения аллергического ринита базируется на понимании патогенетических особенностей развития аллергического воспаления. Основными принципами терапии являются профилактика контакта с аллергенами, аллергенспецифическая иммунотерапия, рациональная фармакотерапия и обучение пациентов⁶.

Для лечения пациентов с аллергическим ринитом применяют несколько групп лекарственных средств: антигистаминные препараты, ГКС, кромоны, ан-

тилейкотриеновые препараты, сосудосуживающие, антихолинергические средства, моноклональные анти-IgE-комплексы, препараты для элиминационной терапии. Наиболее распространенными считаются антигистаминные препараты и топические ГКС. Это обусловлено различным фармакологическим воздействием названных препаратов на развитие аллергического ответа. Эффективность антигистаминных средств в купировании таких симптомов, как зуд, чихание и ринорея, обеспечивается гистаминопосредованным воздействием на ранней фазе аллергической реакции. Топические ГКС блокируют аллергическую реакцию на более поздней фазе, вызывая уменьшение количества тучных клеток и выделяемого ими гистамина, эозинофилов и секреции слизистой оболочки.

Следует отметить, что в патогенезе аллергического ринита особую роль играет гистамин. Именно поэтому в комплексном лечении заболевания применяют препараты, блокирующие H₁-гистаминовые рецепторы. Азеластин – эффективный блокатор H₁-гистаминовых рецепторов. Он уменьшает проницаемость капилляров и экссудацию, тормозит дегрануляцию тучных клеток, подавляет синтез и ингибирует экспрессию биологически активных веществ (гистамин, серотонин, лейкотриены, тром-

³ Gutman M., Torres A., Keen K.J., Houser S.M. Prevalence of allergy in patients with chronic rhinosinusitis // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 2004. Vol. 130. № 5. P. 545–552.

⁴ Holzmann D., Willi U., Nadal D. Allergic rhinitis as a risk factor for orbital complication of acute rhinosinusitis in children // Am. J. Rhinol. 2001. Vol. 15. № 6. P. 387–390.

⁵ Incaudo G.A. Diagnosis and treatment of allergic rhinitis and sinusitis during pregnancy and lactation // Clin. Rev. Allergy Immunol. 2004. Vol. 27. № 2. P. 159–177.

⁶ Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // Allergy. 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8–160.



Сателлитный симпозиум компании «Гленмарк»

боцит-активирующий фактор и др.), участвующих в патогенезе аллергического воспаления⁷. По сравнению с цетиризином азеластин более эффективен в купировании таких симптомов, как чихание и заложенность носа⁸.

Ф. Horak и соавт. сравнивали эффективность азеластина в форме назального спрея (по одному впрыскиванию 0,2 мг в каждый носовой ход) с эффективностью дезлоратадина в дозе 5 мг для приема внутрь. Азеластин продемонстрировал более быстрое начало действия и лучшую эффективность⁹.

Таким образом, топические препараты отличаются быстрым воздействием на основные клинические проявления аллергического ринита.

Топический препарат азеластин практически не оказывает системного действия и не вызывает тахифилаксии. Он безопасен при длительном приеме до восьми недель. К другим преимуществам азеластина относится быстрота действия – уже через 15 минут после интраназального введения уменьшаются симптомы аллергического ринита – зуд, заложенность носа, ринорея. При этом его действие продолжается 12 часов. Эффективность азеластина доказана как при сезонном, так и при круглогодичном аллергическом рините, в связи с чем возможно эмпирическое назначение препарата.

В свою очередь топические ГКС, эффективные при всех формах аллергического ринита, признаны стандартом его лечения.

Современным представителем этого класса препаратов является мометазона фуруат.

Интраназальный ГКС мометазона фуруат характеризуется противовоспалительным, противоотечным и мембраностабилизирующим действием. Применение мометазона фуруата сопровождается быстрым наступлением клинического эффекта у пациентов с аллергическим ринитом. Высокая местная активность препарата обусловлена способностью воздействовать на ключевые механизмы аллергического воспаления. Применение мометазона фуруата при аллергическом рините способствует снижению эозинофильной инфильтрации, сосудистой проницаемости и продукции провоспалительных медиаторов. Препарат обладает высокой местной противовоспалительной активностью и системной безопасностью благодаря высокой конечной вязкости. Результаты исследований продемонстрировали, что мометазона фуруат по начальной и конечной вязкости значительно превосходит другие интраназальные ГКС¹⁰.

Фармакокинетический профиль ГКС в большой мере определяется липофильностью. Мометазона фуруат отличается от интраназальных ГКС предыдущих поколений более высокой липофильностью, что обеспечивает быстрое проникновение в слизистую оболочку полости носа, быстрое достижение ГКС-рецептора, длительную экспозицию на слизистой оболочке.

Современный интраназальный ГКС мометазона фуруат характеризуется низкой системной биодоступностью ($\leq 1\%$) и обеспечивает низкий уровень системных побочных эффектов.

Важной характеристикой ингаляционных ГКС является терапевтический индекс – отношение общего балла эффективности к общему баллу побочных эффектов. По сравнению с другими интраназальными ГКС у мометазона фуруата наиболее благоприятный терапевтический индекс¹¹. Одним из перспективных направлений медикаментозной терапии аллергического ринита, позволяющих успешно контролировать симптомы заболевания, считается применение комбинированных топических препаратов, в частности сочетания антигистаминных препаратов и интраназальных ГКС.

В России зарегистрирован комбинированный препарат Момат Рино Адванс (компания «Гленмарк», Индия) в форме назального дозированного спрея для лечения аллергического ринита у пациентов с 18 лет. Одна доза препарата содержит азеластина гидрохлорид 140 мкг и мометазона фуруат 50 мкг. Способ применения интраназальный, два раза в день в каждый носовой ход. Продолжительность курса лечения – две недели.

Препарат Момат Рино Адванс обладает выраженным противовоспалительным действием и влияет как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа у больных аллергическим ринитом.

⁷ Bernstein J.A. Azelastine hydrochloride: a review of pharmacology, pharmacokinetics, clinical efficacy and tolerability // Curr. Med. Res. Opin. 2007. Vol. 23. № 10. P. 2441–2452.

⁸ Berger W., Hampel F., Bernstein J. et al. Impact of azelastine nasal spray on symptoms and quality of life compared with cetirizine oral tablets in patients with seasonal allergic rhinitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2006. Vol. 97. № 3. P. 375–381.

⁹ Horak F., Zieglmayer U.P., Zieglmayer R. et al. Azelastine nasal spray and desloratadine tablets in pollen-induced seasonal allergic rhinitis: a pharmacodynamic study of onset of action and efficacy // Curr. Med. Res. Opin. 2006. Vol. 22. № 1. P. 151–157.

¹⁰ Sharpe S.A., Sandweiss V., Tuazon J. et al. Comparison of the flow properties of aqueous suspension corticosteroid nasal sprays under differing sampling conditions // Drug. Dev. Ind. Pharm. 2003. Vol. 29. № 9. P. 1005–1012.

¹¹ Schafer T., Schnoor M., Wagenmann M. et al. Therapeutic Index (TIX) for intranasal corticosteroids in the treatment of allergic rhinitis // Rhinology. 2011. Vol. 49. № 3. P. 272–280.

оториноларингология



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Заместитель директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, главный оториноларинголог Северо-Западного федерального округа, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ представил слушателям данные рандомизированного открытого мультицентрового клинического исследования (фаза III) эффективности фиксированной комбинации азеластина гидрохлорида и мометазона фууроата в виде назального спрея – препарата Момат Рино Адванс у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом¹².

Исследование проводилось с 5 апреля по 25 сентября 2014 г. в 16 клинических центрах России. Целью исследования стала оценка эффективности, безопасности и переносимости препарата Момат Рино Адванс в сравнении с оригинальными препаратами азеластина гидрохлорида (спрей назальный) и мометазона фууроата (спрей назальный), применяемыми в комбинации, в отношении назальных и неназальных симптомов ринита, оцениваемых по рейтинговым шкалам.

Дополнительно изучали выбор наиболее эффективного и безопасного режима дозирования исследуемого

Результаты клинического исследования препарата Момат Рино Адванс

препарата. Всего в исследование было включено 220 пациентов. Завершили исследование 218 пациентов. Два пациента были исключены из исследования по разным причинам.

Исследование продолжалось 15–22 дня и предусматривало периоды скрининга (нулевой визит), лечения (первый визит – 1 ± 2 дня, второй – 7 ± 2 дня) и завершения (третий визит – 15 ± 2 дня). Больные были рандомизированы на четыре равные группы. Пациенты первой группы получали Момат Рино Адванс по одному впрыскиванию в каждый носовой ход два раза в день в течение 14 дней, пациенты второй – Момат Рино Адванс по два впрыскивания в каждый носовой ход один раз в день в течение 14 дней. Больным третьей группы назначали оригинальные препараты азеластин и мометазона фууроат в форме назальных спреев по одному впрыскиванию в каждый носовой ход два раза в день в течение 14 дней, пациентам четвертой группы – оригинальные препараты азеластин и мометазона фууроат в форме назальных спреев по два впрыскивания в каждый носовой ход один раз в день в течение 14 дней.

Критериями эффективности служила оценка влияния терапии исследуемым препаратом и препаратами сравнения на назальные и неназальные симптомы сезонного аллергического ринита. Для анализа показателей применяли общую шкалу назальных симптомов (TNSS – Total Nasal Symptom Score), общую шкалу неназальных симптомов (TNNSS) и общую оценку эффективности лечения пациентом и врачом-исследователем. Основным параметром оценки эффективности была выраженность назальных симптомов сезонного аллергического ринита (заложенность носа, ринорея, зуд в носу, чихание), оцененная пациен-

том по четырехбалльной шкале TNSS через 14 дней применения исследуемых препаратов по сравнению с исходным значением.

Дополнительными параметрами оценки эффективности служили выраженность неназальных симптомов (жжение в области глаз, слезотечение, покраснение глаз, зуд в области ушей или неба) и общая эффективность терапии, оцененная через 14 дней применения сравниваемых препаратов.

Методы оценки эффективности и безопасности терапии предполагали использование дополнительных параметров, таких как общая эффективность терапии, оцененная врачом-исследователем, и улучшение субъективного состояния пациента по опроснику качества жизни для пациента с риноконъюнктивитом RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire). Безопасность лечения оценивали на основании регистрации нежелательных явлений путем анализа жалоб и субъективных симптомов, клинически значимых изменений лабораторных показателей и общей переносимости лечения. Для оценки безопасности проводили общее физикальное обследование больных с измерением артериального давления, частоты сердечных сокращений, биохимический анализ крови, клинический анализ крови и мочи, электрокардиографию (ЭКГ), осмотр полости носа.

Межгрупповые сравнения исходных данных показателей эффективности лечения проводили в соответствии с режимом дозирования препаратов. Сравнивали показатели в первой и третьей, второй и четвертой группах. Дополнительно для обоснования выбора наиболее эффективного и безопасного режима дозирования оценивали показатели эффективности лечения в первой и второй группах.

¹² Ненашева Н.М. Эффективность препарата Момат Рино Адванс (фиксированной комбинации мометазона фууроата и азеластина гидрохлорида в виде назального спрея) у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом: результаты рандомизированного открытого мультицентрового клинического исследования // Российская оториноларингология. 2016. № 2. С. 137–147.

МОМАТ РИНО АДВАНС

назальный спрей дозированный (H₁-гистаминовых рецепторов блокатор + глюкокортикостероид)

УВЕРЕННЫЙ СТАРТ + СТОЙКИЙ КОНТРОЛЬ

начало через
15 минут^{1,2}

азеластин

СПРИНТЕР

действует
12–24 часа^{1,4}

мометазон

МАРАФОНЕЦ



➤ **Свобода дыхания: активный день + спокойный сон**^{3,4}
➤ **Для лечения сезонного аллергического ринита**⁵

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ. Торговое название: Момат Рино Адванс. Международное непатентованное наименование: азеластин + мометазон. Лекарственная форма: спрей назальный дозированный. Состав: 1 доза спрея содержит: действующие вещества: азеластина гидрохлорид — 140 мкг, мометазона фуоат — 50 мкг. **Фармакотерапевтическая группа:** противоаллергическое средство — H₁-гистаминовых рецепторов блокатор + глюкокортикостероид для местного применения. **Фармакологическое действие:** азеластин, является противоаллергическим средством длительного действия; мометазон является синтетическим глюкокортикостероидом (ГКС) для местного применения, оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие при применении в дозах, при которых не возникает системных эффектов. **Показания к применению:** сезонные аллергические риниты у взрослых с 18 лет. **Противопоказания:** гиперчувствительность к любому из компонентов препарата, недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны, возраст до 18 лет. **С осторожностью:** туберкулезная инфекция (активная и латентная) респираторного тракта, нелеченная грибковая, бактериальная, системная вирусная инфекция или инфекция, вызванная Herpes simplex с поражением глаз, наличие нелеченной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. **Применение при беременности и в период кормления грудью:** противопоказано. **Способ применения и дозы:** интраназально, по 1 дозе спрея (азеластина гидрохлорид — 140 мкг / мометазона фуоат — 50 мкг) в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером. Продолжительность курса лечения — 2 недели. **Побочное действие:** головная боль, дисгевзия (неприятный вкус) как следствие неправильного применения, носовые кровотечения, дискомфорт в полости носа (чувство жжения, зуд), изъязвление слизистой оболочки носа, чихание, фарингит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. **Влияние на способность управлять транспортными средствами и заниматься другими видами деятельности:** в редких случаях утомление, усталость, головокружение и слабость, которые могут быть следствием самого заболевания, могут развиваться при использовании назального спрея Момат Рино Адванс. В таких случаях следует избегать управления транспортным средством и работы со сложными механизмами. **Срок годности:** 2 года. **Условия отпуска:** по рецепту. **Регистрационный номер:** ЛП-003328 от 23.11.2015.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МОМАТ РИНО АДВАНС, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА.

1. Крюков А. И., Туровский А. Б., Бондарева Г. П., Семкина О. В. Принципы лечения аллергического ринита // Медицинский совет. 2013. № 7. С. 42–47. 2. Энн К Эллис, Ифай Чжу 3, Лиза М Стейси, Терри Уокер и Джеймс Н Дэй. Двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование с целью определения эффективности и скорости начала действия азеластина назальный спрей, по сравнению с лоратадином и цетиризином у взрослых пациентов с сезонным аллергическим ринитом. Allergy, Asthma & Clinical Immunology 2013, 9:16. 3. Международный согласительный документ. Аллергический ринит и его влияние на астму — Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA), 2008–2010 г. 4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Утверждено Президиумом РААКИ 23 декабря 2013 г. 18 с. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Момат Рино Адванс ЛП-003328-231115.

03-16-RUS-009-MRA Реклама.

ООО «Гленмарк Иммюкс». Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 3, бизнес-центр «Вивальди Плаза». Тел.: +7 (499) 951-00-00. Факс: +7 (499) 951-00-00, доб. 7702/7703. www.glenmarkpharma.com, www.glenmark-pharma.ru

glenmark

Информация для специалистов здравоохранения.



Анализ данных продемонстрировал, что у пациентов всех групп назальные симптомы сезонного аллергического ринита уменьшались в среднем на 89,6%. Сравнительный анализ групп продемонстрировал отсутствие статистически достоверной разницы в оценке эффективности лечения по оценке пациентом и врачом после 14 дней применения исследуемых препаратов. Абсолютное большинство пациентов и врачей-исследователей оценили эффективность терапии препаратом как отличную и хорошую.

За весь период наблюдения нежелательные явления зафиксированы у 51 (23%) больного. При этом не зарегистрировано статистически достоверного различия ($p > 0,05$) между группами. В 74,5% случаев нежелательные явления были легкой степени, в 25,5% – средней степени. Клинически значимых изменений в лабораторных анализах и результатах ЭКГ всех пациентов исследуемых групп не установлено.

Результаты исследования выявили высокую эффективность как исследуемого препарата Момат Рино Адванс, так и препаратов сравнения в отношении назальных и неназальных

симптомов сезонного аллергического ринита, оцениваемых по шкалам TNSS и TNNSS. Динамика выраженности этих симптомов по рейтинговым шкалам, служившая первичной конечной точкой эффективности, была успешно достигнута в ходе исследования. У всех пациентов выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между данными шкал TNSS, TNNSS и RQLQ нулевого и второго, нулевого и третьего визита.

Таким образом, при проведении клинического исследования комбинированного препарата Момат Рино Адванс, выпускаемого компанией «Гленмарк» (Индия), доказано, что его эффективность и безопасность не уступают таковым оригинальных препаратов азеластина и мометазона фууроата. Сравнение показателей, полученных в первой и второй группах для обоснования выбора наиболее эффективного и безопасного режима дозирования, не показало статистически значимых различий ($p > 0,05$). Однако при проведении дисперсионного анализа отмечалась разница в пользу дозирования препарата в первой группе.

В исследовании наблюдалась высокая скорость наступления клиничес-

кого эффекта у пациентов с сезонным аллергическим ринитом. Уже через неделю лечения выраженность назальных симптомов у всех пациентов уменьшилась в среднем на 58,5%, а выраженность неназальных – на 66,5%. Такой значительный и быстрый эффект обусловлен комбинированным действием интраназального ГКС и топического антигистаминного препарата. Как следствие – контроль не только назальных, но и глазных симптомов аллергического ринита. Исследуемый препарат продемонстрировал не меньшую эффективность в отношении редукции назальных и неназальных симптомов сезонного аллергического ринита, а также улучшения качества жизни больных по сравнению с оригинальными препаратами, химические субстанции которых входят в его состав. В заключение профессор С.В. Рязанцев отметил, что появление нового препарата в виде фиксированной комбинации антигистаминного препарата и интраназального ГКС будет способствовать более высокой эффективности терапии сезонного аллергического ринита и приверженности пациентов лечению.

Заключение

Концепция терапии аллергического ринита подразумевает длительный контроль симптомов заболевания. Применение современных антигистаминных топических препаратов в сочетании с интраназальными ГКС является эффективным методом терапии аллергического ринита, обеспечивающим длительное купирование симптомов заболевания.

Препарат Момат Рино Адванс (компания «Гленмарк», Индия) представляет собой фиксированную комбинацию блокатора H_1 -гистаминовых рецепторов азеластина гидрохлорида и интраназального ГКС мометазона фууроата в форме назального спрея (140 мкг + 50 мкг/доза) и применяется для лечения сезонного аллергического ринита у взрос-

лых. Азеластин оказывает антигистаминное, противоаллергическое и мембраностабилизирующее действие, снижает проницаемость капилляров и экссудацию, стабилизирует мембраны тучных клеток и препятствует высвобождению из них биологически активных веществ (гистамина, серотонина, лейкотриенов и др.), способствующих развитию аллергических реакций и воспаления.

Мометазона фууроат оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие, тормозит высвобождение медиаторов воспаления, развитие реакции немедленного типа. Препарат Момат Рино Адванс применяют по одной дозе спрея в каждую ноздрю два раза в день – утром и вечером.

Продолжительность курса лечения – две недели. Во флаконе 150 доз.

Эффективность препарата Момат Рино Адванс при аллергическом рините доказана в многочисленных исследованиях. После применения препарата у пациентов отмечалось быстрое наступление клинического эффекта, снижение выраженности назальных и неназальных симптомов сезонного аллергического ринита. На фоне лечения комбинированным препаратом Момат Рино Адванс пациенты демонстрировали более высокую приверженность лечению, чем при использовании многокомпонентной терапии. К преимуществам препарата относится благоприятный профиль безопасности.

Таким образом, Момат Рино Адванс – эффективное и безопасное средство для лечения аллергического ринита, значительно улучшающее качество жизни пациентов. ☺



XV РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС "ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ"

с международным участием

25–27 октября 2016 года, Москва,

гостиничный комплекс "КОСМОС"
проспект Мира, 150

www.congress2016.pedklin.ru

ОРГАНИЗАТОРЫ:

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. ПИРОГОВА**

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА**

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА**

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ

ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ

ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

СОЮЗ ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2,

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии

им. академика Ю.Е. Вельтищева

Оргкомитет конгресса "Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии"

Тел.: +7 (499) 487-05-69, моб. +7 (926) 525-16-82

Факс: +7 (495) 484-58-02

E-mail: congress@pedklin.ru



17 - 20 СЕНТЯБРЯ 2016, МОСКВА

XV СЪЕЗД ФЕДЕРАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

Ключевой вопрос

Оптимизация управления ресурсами и качеством в анестезиологии и реаниматологии

В ПРОГРАММЕ СЪЕЗДА

- Анестезиолого-реаниматологические аспекты реализации программ реформирования системы оказания медицинской помощи населению РФ
- Проблема безопасности в анестезиологии и реаниматологии
- Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве, неонатологии и педиатрии, кардиохирургии и кардиологии, торакальной хирургии, в нейрохирургии и неврологии, педиатрической практике, при механической и термической травме
- Новое в анестезиологии и реаниматологии
- Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности
- Патофизиология и интенсивная терапия шока
- Регионарная анестезия и лечение боли
- Новые подходы и технологии в клинической анестезиологии
- Новые концепции и методы в интенсивной терапии
- Эфферентные технологии в интенсивной терапии
- Инфузионно-трансфузионная терапия и технологии кровесбережения
- Нутриционная поддержка и клиническое питание
- Подготовка и непрерывное профессиональное развитие специалистов

Стратегический партнер



Официальный партнер



Генеральные спонсоры

ALFA WASSERMANN

abbvie

Baxter

Официальные спонсоры



Конгресс-оператор «СТО Конгресс»
Проектный менеджер Лилия Обухова
Телефон: +7 (495) 646-01-55
E-mail: far2016@ctogroup.ru

Спонсоры



WWW.FAR2016.RU

ВСЕРОССИЙСКАЯ ВЫСТАВКА ИНДУСТРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2016

29-30
ИЮНЯ

Москва,
ГК «Измайлово Вега»



Современное оснащение
ЛПУ



Информационные технологии



Фармацевтика



Медицинское оборудование



Немедикаментозные
способы лечения



Продукты потребления

Выставка в рамках VI Конгресса руководителей учреждений в сфере здравоохранения

Для руководителей медицинских учреждений Москвы и субъектов РФ, а также представителей региональной власти



Тел.: 8 (499) 372-10-39
E-mail: g.barmina@od-group.ru
www.orukovodstve.ru



Bionorica®

Затяжной насморк? Гайморит?

Лекарственный растительный препарат

Синупрет®



Рег. уд. ПН° 014247/01;
ПН° 014247/02

- ✓ Устраняет отек и воспаление
- ✓ Обладает противовирусным действием
- ✓ Предупреждает развитие осложнений

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru

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

РЕКЛАМА



Трава вербены



Корни гингера



Цветки бузины



Трава щавля



Цветки первоцвета