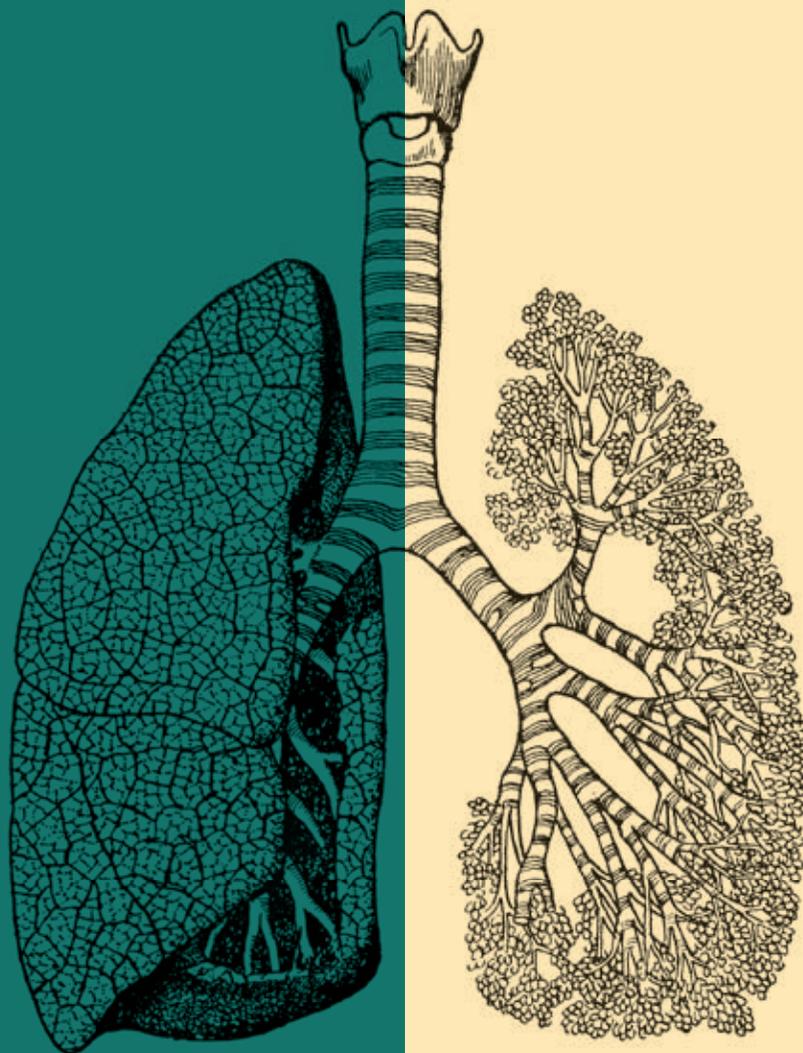


ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

пульмонология
и оториноларингология №2, 2018



№

27

Из первых уст:
профессор
С.В. РЯЗАНЦЕВ
об актуальных проблемах
в современной
оториноларингологической
клинической практике

4

Как минимизировать
ошибки
при ведении
пациентов
с аллергическим
ринитом

6

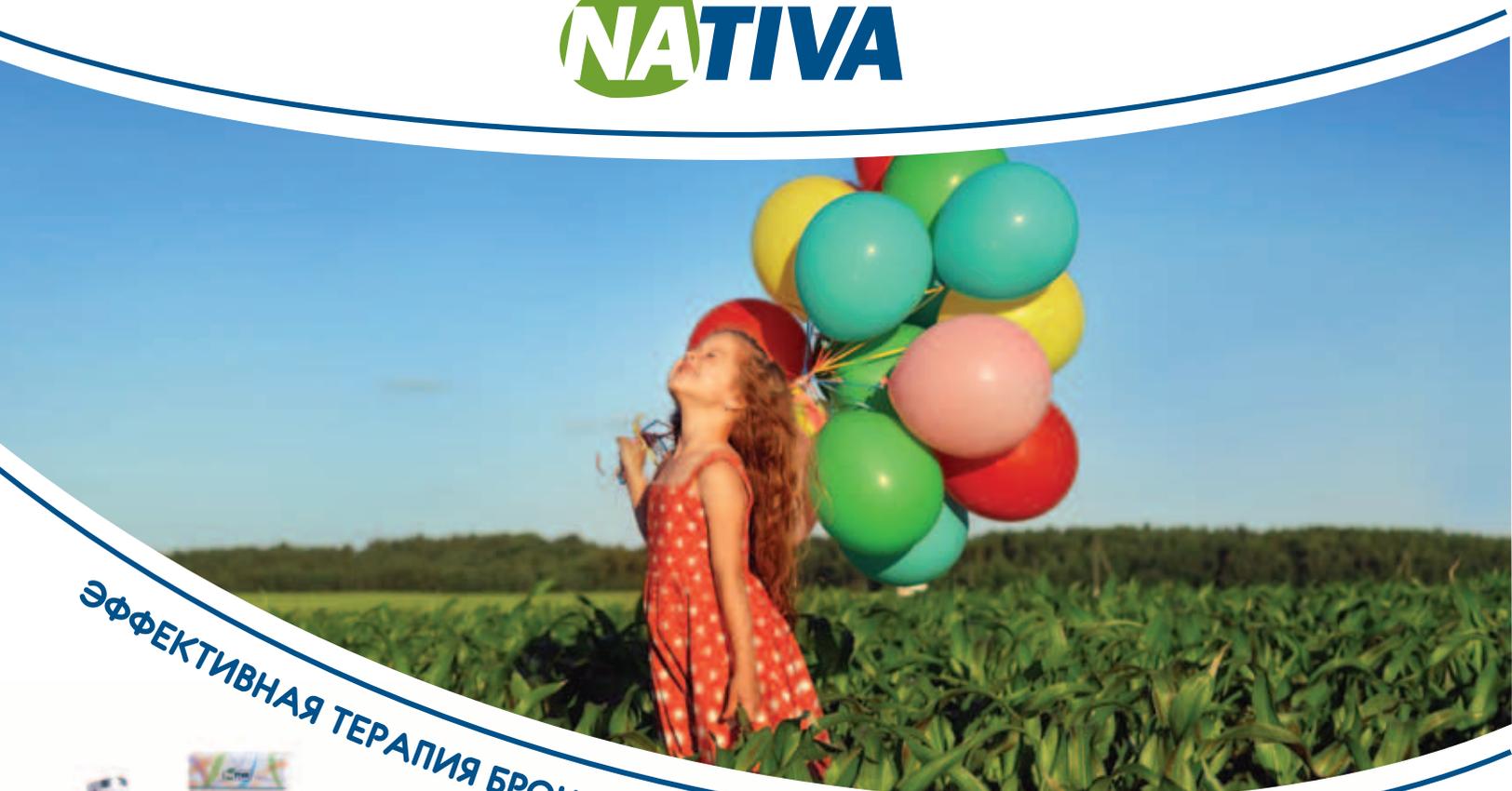
О новых технологиях
импортозамещения
и преимуществе
отечественных
лекарственных средств

44



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ



РУ: ЛП-002051



РУ: ЛП-003125



РУ: ЛП-003359



РУ: ЛП-003744



РУ: ЛП-002166



РУ: Р N000442/02



ПРОИЗВОДСТВО ПОЛНОГО ЦИКЛА, СЕРТИФИЦИРОВАННОЕ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАНДАРТАМИ GMP



Компания «Натива» является исполнителем государственных контрактов Министерства промышленности и торговли Российской Федерации в рамках федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»

Информация предназначена только для специалистов здравоохранения
Для получения дополнительной информации обращайтесь в ООО «Натива» по адресу: 143402, Московская область, Красногорский р-н, г. Красногорск, ул. Октябрьская, д. 13, (495) 608-33-80, (495) 644-37-67, e-mail: info@nativa.pro, www.nativa.pro

Эффективная
фармакотерапия. 27/2018.
Пульмонология
и оториноларингология. № 2

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.В. БАДОКИН
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, проф. А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ
докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ
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 отдела рекламы
В. ВОЙЛАКОВ (v.voylakov@medforum-agency.ru)

Руководитель проекта
«Пульмонология и оториноларингология»
М. ТИШИН (m.tishin@medforum-agency.ru)

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

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 перечень рецензируемых научных изданий ВАК
и индексируется в системе РИНЦ

Содержание

Люди. События. Даты

Профессор С.В. РЯЗАНЦЕВ:
«Актуальной проблемой в современной оториноларингологической
клинической практике остается лечение хронических ринитов и синуситов» 4

Лекции для врачей

Т.Г. ПЕЛИШЕНКО, Е.Л. САВЛЕВИЧ
Лечение аллергического ринита с позиции взаимодействия врача и пациента:
основные проблемы и ошибки 6

Медицинский форум

Риниты и риносинуситы: актуальность, возможности, перспективы 12
Дискуссии вокруг ринита 20
Борьба с инфекциями во имя спасения жизни 30
Новые подходы к лечению и профилактике вирусно-бактериальных
инфекций в эпоху антибиотикорезистентности 36
Новые российские технологии импортозамещения в оториноларингологии 44

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

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

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.V. BADOKIN, MD, DMSci, Prof.

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

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

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

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.

A.I. SINOPALNIKOV, 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

Head of Advertising Department

V. VOYLAKOV

v.voylakov@medforum-agency.ru

Advertising Manager

M. TISHIN

m.tishin@medforum-agency.ru

Contents

People. Events. Dates

- Professor S.V. RYAZANTSEV: 'Chronic Rhinitis and Sinusitis Treatment Remains the Relevant Problem in Modern Otorhinolaryngological Clinical Practice' 4

Clinical Lectures

- T.G. PELISHENKO, Ye.L. SAVLEVICH
Treatment of Allergic Rhinitis from the Perspective of the Interaction Between a Doctor and a Patient: the Main Challengers and Errors 6

Medical Forum

- Rhinitis and Rhinosinusitis: Relevance, Possibilities, Prospects 12
- Discussions Around Rhinitis 20
- Infection Control in the Name of Lives Saving 30
- New Approaches to Viral and Bacterial Infection Treatment and Prevention in the Era of Antibiotic Resistance 36
- The New Russian Technology of Import Substitution in Otolaryngology 44



27 октября **2018**

XXI Научно-практическая конференция
с международным участием

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ
АСПЕКТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИИ,
АЛЛЕРГОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ**

МЕДЗНАНИЯ⁺

+7 (495) 699-14-65; 699-81-84
info@medq.ru; www.medq.ru

Реклама



**Санкт-Петербург, Батайский пер., 3
(Ориджинал Сокос Отель Олимпия Гарден)**



Профессор С.В. РЯЗАНЦЕВ: «Актуальной проблемой в современной оториноларингологической клинической практике остается лечение хронических ринитов и синуситов»

На вопросы нашего корреспондента о современном состоянии оториноларингологической службы, новых методах лечения заболеваний ЛОР-органов отвечает заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н., главный внештатный оториноларинголог Северо-Западного федерального округа, заместитель директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ.



– Сергей Валентинович, удовлетворяет ли оториноларингологическая служба Северо-Западного федерального округа потребностям его жителей?

– К сожалению, во многих больницах и поликлиниках Новгородской, Псковской, Архангельской, Вологодской областей оториноларингологи отсутствуют. Даже не во всех районных больницах и районных поликлиниках Ленинградской области имеются такие специалисты. Это системная проблема – не только оториноларингологии, но и всех узких специальностей. Зачастую получить специализированную помощь можно только в областном центре. Чтобы

добраться до него, пациенты вынуждены преодолевать значительные расстояния.

– Какова структура ЛОР-заболеваемости в Северо-Западном федеральном округе? Отличается ли она от общероссийской?

– Принципиальных различий нет. В силу климатических и географических особенностей на состояние здоровья населения влияют полярная ночь, долгая зима, частичный авитаминоз, недостаточная инсоляция.

– Большинство ЛОР-заболеваний развивается вследствие респираторно-вирусных инфекций. Существуют ли эф-

фективные методы их профилактики?

– Да, конечно. Это хорошо известные санитарно-гигиенические процедуры, общие меры профилактики и защиты, повышение уровня общего и специфического местного иммунитета (иммуномодуляторы микробного происхождения, адаптогены, фитотерапия), промывание полости носа растворами морской воды, ликвидация хронических очагов инфекции в ЛОР-органах.

– Каково ваше отношение к иммунопрофилактике?

– Убежден, что иммунопрофилактикой должны заниматься специалисты. Оториноларинголог может назначить иммуномодуля-



торы микробного и растительного происхождения. Химические иммуномодуляторы предполагают серьезное вмешательство в иммунную систему. Поэтому экспериментировать с ними оториноларингологу не стоит. Вопрос об интерферонах и индукторах интерферонов также неоднозначен.

– **Какими возможностями располагает современная медицина для лечения пациентов с острыми риносинуситами, тонзиллофарингитами, острыми отитами? Имеются ли различия между отечественными и зарубежными лечебно-диагностическими алгоритмами?**

– В арсенале современного оториноларинголога имеются антибиотики, мукоактивные препараты, топические глюкокортикостероиды, антисептики. Что касается различий между отечественными и зарубежными лечебно-диагностическими алгоритмами, они, безусловно, есть. Например, разные подходы к лечению острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха обусловлены тем, что данной патологией за рубежом занимаются врачи общей практики и педиатры, а в России – узкие специалисты. Кроме того, в зарубежных рекомендациях EPOS по лечению острых синуситов преобладают топические глюкокортикостероиды и антибиотики, не прописаны мукоактивные препараты и вазоконстрикторы. Отсутствуют любые мануальные процедуры. Это связано с недостаточной подготовкой врачей общей практики и педиатров в области оториноларингологии.

Отечественная система медицинского обслуживания несколько отличается от зарубежной. Поэтому ориентироваться нужно прежде всего на отечественные рекомендации, утвержденные Минздравом России.

Многие современные методы лечения, в том числе широко пропагандируемая функциональная эндоназальная синусхирургия, полностью проблему не решают, а являются лишь симптоматическими или паллиативными видами терапии

– **Является ли полипоз носа следствием аллергической реакции, или в его развитии играют роль другие факторы? Какая тактика лечения позволяет модифицировать естественное течение этого заболевания и улучшить качество жизни больных?**

– Сегодня большинство отечественных специалистов придерживаются многофакторной теории полипозного риносинусита, предложенной мною в 1990 г. Согласно этой теории, у человека имеются врожденные или приобретенные биологические дефекты, которые могут быть реализованы за счет воздействия аллергических, хронических инфекционных факторов или неблагоприятных факторов внешней среды. Таким образом, аллергия лишь один и далеко не основной фактор формирования полипозов.

В настоящее время длительной и стойкой ремиссии полипозного процесса достигают с помощью топической и системной гормональной терапии. Подобные методы обеспечивают лучшее качество жизни пациентов в течение длительного периода. В ближайшей перспективе в лечении больных полипозным риносинуситом будут широко использоваться препараты на основе моноклональных антител.

– **Если говорить о хирургическом лечении, наиболее трудным, наверное, является лечение патологии, обусловленной врожденной аномалией. Внедрение в нашей стране метода кохлеарной имплантации обеспечило**

реабилитацию пациентов с полной глухотой. Какие еще инновационные методы позволяют вернуть пациентам с тяжелыми патологиями хорошее качество жизни?

– В ряде случаев при поражениях улитки невозможно проведение кохлеарной имплантации. Методом восстановления слуха у глухих пациентов, которым не показано проведение операции кохлеарной имплантации, является стволомозговая слуховая имплантация. В нашем институте также разрабатываются новые хирургические методы с использованием различных микропротезов, что позволяет добиться ощутимых результатов в восстановлении слуха пациентов.

– **Какие проблемы в области оториноларингологии, на ваш взгляд, наиболее приоритетны?**

– Наиболее актуальной проблемой в современной оториноларингологической клинической практике остается лечение хронических ринитов и синуситов. Без сомнения, это обусловлено широкой распространенностью данных заболеваний. Несмотря на достигнутые успехи в области диагностики и терапии заболеваний ЛОР-органов, синуситы выявляют у каждого седьмого человека в мире. По-моему, многие современные методы лечения, в том числе широко пропагандируемая функциональная эндоназальная синусхирургия, полностью проблему не решают, а являются лишь симптоматическими или паллиативными видами терапии. ☺

оториноларингология



¹ Клиническая
больница № 1
Управления делами
Президента РФ

² Центральная
государственная
медицинская академия
Управления делами
Президента РФ

Лечение аллергического ринита с позиции взаимодействия врача и пациента: основные проблемы и ошибки

Т.Г. Пелишенко¹, Е.Л. Савлевич²

Адрес для переписки: Татьяна Георгиевна Пелишенко, doctor217@mail.ru

Пациенты с клиническими проявлениями хронического ринита часто не обращаются за медицинской помощью. Даже при диагностированном аллергическом рините они не осознают серьезность положения и пытаются самостоятельно подобрать в аптеке препараты симптоматической терапии. В свою очередь врачи далеко не всегда соблюдают стандарт диагностических мероприятий по выявлению аллергических заболеваний, прописанный в клинических рекомендациях, что приводит к гиподиагностике аллергического ринита. Наконец, нарушаются схемы комплексного лечения, что обусловлено прежде всего несоблюдением пациентами рекомендаций врача. Между тем даже в случае адекватно проведенной диагностики и правильно подобранной комплексной терапии пациенты должны следовать предписанию врача – принимать назначенные препараты в указанной дозе на протяжении всего периода лечения.

Ключевые слова: аллергический ринит, антигистаминные препараты, комплаентность, самолечение, алгоритм лечения

Актуальность проблемы

Аллергический ринит (АР) – хронический патологический процесс, основным патогенетическим механизмом которо-

го является воспаление, обусловленное иммуноглобулин Е (IgE)-опосредованной реакцией повышенной чувствительности, развивающейся вследствие

попадания аллергенов на слизистую оболочку полости носа и проявляющейся чиханием, заложенностью носа, зудом и выделениями из носа различного характера. Из экстраназальных симптомов чаще отмечаются жалобы на плохой сон, слезотечение, покраснение глаз, заложенность в ушах или снижение слуха в результате дисфункции слуховых труб, эмоциональную нестабильность [1].

Из-за высокого роста распространенности в мире проблема аллергической патологии в целом и АР в частности не утрачивает актуальности. АР регистрируется в 20–40% случаев, особенно в развитых и развивающихся странах. Только в США, по данным за 2012 г., зафиксировано 19,1 млн случаев АР у лиц старше 18 лет и 6,1 млн – у лиц в возрасте до 18 лет [2]. Расходы на оплату дней нетрудоспособности, посещения врача, проведение лабораторных анализов, лечение непосредственно АР и сопутс-



твующей патологии, в частности бронхиальной астмы (БА), конъюнктивита, обострения хронического риносинусита, ложится тяжелым экономическим бременем на общество [3]. Не следует забывать и о том, что качество жизни пациентов-аллергиков существенно снижается. Больные АР страдают от аллергических симптомов в среднем 52,5 дня в год [4].

Наиболее мучительным симптомом является заложенность носа. Нарушение носового дыхания приводит к развитию основных экстраназальных симптомов. Около 48% пациентов с сезонным АР и 68% с круглогодичным АР испытывают проблемы с засыпанием. Снижается качество сна. Это связано с тем, что в ночное время из-за доминирования влияния возвратного нерва усугубляется отек слизистой оболочки носа [5]. Часто имеют место периодические пробуждения во время сна, храп с возможным развитием синдрома обструктивного апноэ [6]. Как следствие – раздражительность, усталость, снижение концентрации внимания и производительности труда на фоне замедления психомоторных и мыслительных процессов [7]. Доказано, что у пациентов с сезонным АР в период цветения растений снижаются способность к обучению, скорость обработки информации, ухудшается кратковременная и долгосрочная память [8]. У больных АР отмечаются более высокие показатели частоты встречаемости депрессии и суицидального поведения по сравнению с популяцией в целом. По некоторым данным, снижение производительности труда при АР связано с депрессивным состоянием, а не с выраженностью назальных симптомов [9].

Кроме того, неконтролируемый АР является фактором риска развития БА, которая, по разным оценкам, развивается в 15–40% случаев [3].

Результаты ряда клинических исследований показали, что даже

в отсутствие у пациентов с АР бронхиальной астмы может наблюдаться эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки бронхов, а при воздействии аллергена на слизистую оболочку носа – гиперреактивность бронхов. Сказанное лишним раз подтверждает серьезность данной патологии.

Фазы аллергической реакции и клинические проявления

К наиболее актуальным факторам развития АР относятся аэроаллергены. Находясь в виде суспензии во вдыхаемом воздухе, они попадают на слизистую оболочку носа и вызывают развитие IgE-зависимого воспалительного процесса. Наиболее высокое содержание пыльцы в воздухе отмечается с середины весны до начала лета, когда цветет большинство (75%) растений. В это же время резко возрастает объем продаж медикаментов для лечения аллергической патологии [10].

Из-за развития перекрестной реактивности между аллергенами у ряда больных в летние месяцы сохраняются симптомы АР.

Увеличение продолжительности присутствия пыльцевых аллергенов в воздухе и образования пыльцы растениями на фоне глобального потепления климата также негативно влияет на состояние пациентов с АР [11].

После попадания на слизистую оболочку полости носа причинно-значимый аллерген подвергается процессингу в антигенпрезентирующих клетках, которые в дальнейшем представляют его отдельные пептиды посредством комплекса гистосовместимости II типа (МНС II) наивным Т-лимфоцитам. Последние дифференцируются в Т-хелперы (Th) 2-го типа, играющие ключевую роль в развитии IgE-ответа. Одновременно в очаге воспаления происходит рекрутирование других иммунных клеток, включая эозинофилы, базофилы, тучные клетки, секретирующие интерлейкины (ИЛ) 4, 5, 6, 10 и 13. В итоге индуцируется изотопное

переключение В-лимфоцитов в производящие иммуноглобулины, преимущественно класса Е, плазматические клетки. Впоследствии молекулы IgE связываются с высокоаффинными Fc-рецепторами тучных клеток и базофилов. Кроме того, IgE является лигандом CD23-рецептора на зрелых В-лимфоцитах, активированных макрофагах, эозинофилах, фолликулярных дендритных клетках и тромбоцитах, при связывании с которыми осуществляется транспортировка IgE [12].

Симптомы АР развиваются при повторном воздействии сенсибилизирующего аллергена после его перекрестного связывания с IgE, соединенного с Fc-рецепторами. Это приводит к дегрануляции тучных клеток и базофилов, выделению гистамина, триптазы, кининогеназы, простагландинов, лейкотриенов и других активных медиаторов воспалительной реакции. Поздняя фаза аллергического ответа характеризуется эозинофильным хемотаксисом. Дегрануляция увеличивает количество биологически активных веществ в слизистой оболочке полости носа, что способствует повышению проницаемости сосудов, секреции слизи, раздражению нервных окончаний. Сенсорные нервные волокна возбуждаются неспецифическими стимулами, передавая сигнал как на афферентные, так и эфферентные нервы (ретроградный аксонный рефлекс). Как следствие – секреция нейропептидов (субстанция Р, нейрокин А и др.), сокращение гладкой мускулатуры, гиперсекреция слизи бокаловидными клетками и еще большее увеличение проницаемости мелких сосудов [13]. Клинически это проявляется основными назальными симптомами АР (чиханием, заложенностью носа, зудом и выделениями из носа).

На фоне длительной экспозиции аллергена усиливается образование цитокинов, к которым добавляются провоспалительные

оториноларингология



ИЛ-1-бета, ИЛ-6 и фактор некроза опухоли альфа (ФНО-альфа). Воспалительный процесс усугубляется. В результате нейrogenного воспаления слизистая оболочка полости носа приобретает свойство гиперреактивности, когда при воздействии неспецифических, не связанных со значимым аллергеном стимулов (холодный или сухой воздух, резкий запах, табак) возникают симптомы АР.

В патогенезе АР имеет место релиз как Th_1 -, так и Th_2 -цитокинов. Некоторые из них, например ИЛ-6 и ФНО-альфа, проникая через гематоэнцефалический барьер, участвуют в когнитивных нарушениях при АР, что проявляется депрессивным состоянием, чувством тревоги или суицидальным поведением [8].

Вопросы, требующие решения

С диагностикой и лечением АР связано несколько проблем.

Во-первых, пациенты с перманентными симптомами АР часто не обращаются за медицинской помощью. Например, в Великобритании только 18% пациентов с хроническим ринитом, который беспокоил их в течение предшествующих двух лет, обратились к врачу общей практики, во Франции 19% из 230 пациентов с типичными симптомами АР никогда не обращались за медицинской помощью. В крупномасштабных европейских исследованиях показано, что 45–46% больных с основными клиническими проявлениями АР никогда не проходили комплексную диагностику по поводу данного заболевания [14]. Это связано с тем, что пациенты не осознают серьезность аллергического заболевания и не считают возможным тратить время на визит к врачу. Они не видят связи между назальными и экстраназальными проявлениями АР, самостоятельно пытаются подобрать в аптеке препараты симптоматической терапии.

Согласно имеющимся данным, в 2018 г. большинство пациен-

тов с АР (69,5%) приобрели препараты исходя из собственных предпочтений, не поинтересовавшись мнением фармацевта. Оптимально подобрать медикаменты смогли только 14,9% из них. Предпочтения в отношении определенного медикаментозного средства при самостоятельном лечении 86,7% пациентов объяснили собственным положительным опытом, 4,2% – рекомендациями друзей или членов семьи, 3,5% – положениями инструкций к препаратам, 3,5% – стоимостью разных групп медикаментов. 2,8% больных подбирали лечение методом проб и ошибок [15].

Не следует забывать, что у пациентов с АР высок риск развития БА. Отсутствие медикаментозного контроля АР, недооценка большими тяжести состояниями могут впоследствии привести к развитию плохо контролируемой БА [16]. При самолечении только 6,3% пациентов с АР и БА смогли сделать адекватный выбор медикаментозной терапии [15].

Во-вторых, не соблюдается стандарт диагностических мероприятий по выявлению аллергической патологии, закрепленный в клинических рекомендациях. Как показал анализ амбулаторной службы нескольких поликлиник Москвы, несмотря на наличие множества подробных руководств по диагностике и лечению АР, в 2017 г. комплексное обследование больных с подозрением на АР было проведено только в 6,5% случаев. В 52,7% диагнозов поставлен эмпирически – на основании жалоб и анамнеза заболевания, кожные тесты были назначены 31,3% пациентов, риноцитограма – 10,2%. Показатели общего и специфических IgE в сыворотке крови определены в 7,9% [17]. Как следствие – гиподиагностика АР, увеличение риска прогрессирования заболевания, возможность присоединения БА.

В-третьих, нарушаются схемы лечения пациентов. В соответствии с рекомендациями ARIA, терапия пациентов с АР и БА должна

быть ступенчатой. Согласно данным за 2017 г., антигистаминные препараты (АГП) назначались только в 27,3% случаев, причем в 14% в виде монотерапии, аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) проводилась крайне редко (1,9%). Антагонисты лейкотриеновых рецепторов получили 9,7% пациентов (совместно либо с АГП, либо с интраназальными глюкокортикостероидами (ГКС)). Ирригационная терапия рекомендовалась в 35,6% случаев. Иные барьерные методы в назначениях отсутствовали. Лидирующие позиции занимали топические ГКС – 77,8% случаев, причем в 64% – в виде монотерапии [18].

Наконец, еще одна проблема связана с соблюдением врачебных рекомендаций. Даже при адекватной диагностике по выявлению значимого аллергена и хорошо подобранной комплексной терапии важно, чтобы пациент ежедневно принимал необходимые препараты в указанных дозах в течение всего периода лечения.

В Германии было проведено исследование уровня комплаентности приема АГП второго поколения (Эриус 5 мг один раз в сутки) взрослыми пациентами с АР. Установлено, что при длительности лечения 41,6 дня 98,1% пациентов соблюдали предписания врача. Сочетание АР с БА отрицательно влияло на приверженность терапии, скорее всего из-за большого количества принимаемых медикаментов. Низкий уровень комплаентности практически в два раза чаще встречался у пациентов с сопутствующей БА (3,1 против 1,8%). Половозрастные характеристики, продолжительность заболевания, выраженность назальных симптомов и уровень качества жизни в начале терапии на соблюдение режима лечения не влияли. При высокой комплаентности наблюдался хороший терапевтический эффект АГП. Исследователи также проанализировали соблюдение приема сублингвальной иммунотерапии (SLIT, sublingual

Счастье жить без аллергии...

Реклама

НОВИНКА*

* Новый препарат в портфеле компании «Эспарма ГмБХ» в РФ.

ЭСПА-БАСТИН®

средство для лечения аллергии

- ☀ **Эбастин, таблетки по 10 и 20 мг №10**
- ☀ **Антигистаминное действие начинается через 1 час**
- ☀ **Эффект сохраняется в течение 48 часов, а после 5-дневного курса в течение 72 часов**
- ☀ **Не оказывает седативного эффекта**



Регистрационный номер:
ЛП-003460 от 16.02.2016

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306.
Тел.: +7 (499) 579-33-70
www.esparma.ru

esparma®

Сделано в Германии



immunotherapy) средней продолжительностью 23,36 недели. Высокий уровень комплаентности отмечался в 79,6% случаев, причем в отличие от лечения АГП пол (женский), выраженность назальных симптомов и сопутствующая БА положительно влияли на соблюдение режима лечения. В течение первого года терапии SLIT у 71% пациентов регистрировалась высокая приверженность, которая в последующие годы снижалась, что характерно для лечения многих хронических заболеваний [19].

Из сказанного следует, что без тесного взаимодействия между врачом и пациентом рассчитывать на достижение наилучшего результата сложно. Врач-аллерголог должен соблюдать алгоритм диагностических мероприятий, работать в команде с оториноларингологом, при необходимости со специалистами другого профиля – пульмонологом, офтальмологом, неврологом. При назначении терапии необходимо руководствоваться последними согласительными документами, чаще комбинировать базовую терапию с АСИТ, которая сегодня считается единственным методом, способным влиять на все патогенетические звенья развития заболевания и формировать иммунную толерантность к аллергенам (невосприимчивость к ним проявляется в отсутствии клинических симптомов АР). Фармакологическая промышленность, специализирующаяся на выпуске препаратов для АСИТ, активно использует последние достижения в области иммунологии и биоинженерии. Предлагаются новые пути введения препаратов, новые гипоаллергенные рекомби-

нантные производные аллергенов и иммуногенные пептиды, их комбинации с моноклональными антителами и др. [20].

Кроме того, необходимо учитывать психологию пациентов. Многие из них считают, что лечить АР необязательно, достаточно периодически использовать деконгестанты для устранения заложенности носа и выезжать за пределы региона постоянного проживания в период цветения растений. Убедить пациентов в необходимости лечения, а также снизить риск развития осложнений способны многократное напоминание о возможных негативных перспективах развития аллергического процесса, настойчивые рекомендации соблюдать предписанный режим лечения и постоянное динамическое наблюдение.

Лечение

При аллергическом рините применяется ступенчатая терапия, основанная на степени тяжести клинических симптомов. По достижении контроля симптомов объем назначаемых препаратов и их доза снижаются, в отсутствие контроля – увеличиваются.

Антигистаминные препараты второго поколения относятся к лекарственным средствам первой линии, назначаются при первых проявлениях заболевания и применяются в виде монотерапии или в комбинации с другими медикаментозными средствами, такими как блокаторы лейкотриеновых рецепторов, топические ГКС.

Эбастин (Эспа-Бастин, Германия) – АГП второго поколения, выпускается в таблетированной форме по 10 и 20 мг. Действие пре-

парата начинается через 1–3 часа после приема. В многочисленных исследованиях препарат продемонстрировал благоприятный профиль безопасности, высокую биодоступность. Скорость наступления клинического эффекта не зависит от приема пищи. Препарат совместим с алкоголем, не влияет на способность к управлению транспортным средством. На фоне применения препарата отмечается регресс всех назальных проявлений при сезонном и круглогодичном АР [21]. Помимо селективного связывания с H_1 -гистаминовыми рецепторами эбастин снижает высвобождение провоспалительных цитокинов, таких как ФНО-альфа, гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора, ИЛ-8, что дополнительно обеспечивает противовоспалительный эффект и уменьшение хемотаксиса гранулоцитов, в том числе эозинофилов, в слизистую оболочку полости носа [22]. Это двойное действие современных АГП второго поколения более эффективно способствует регрессу обострения хронического воспалительного процесса при АР, а следовательно, предотвращению развития осложнений и присоединения других коморбидных состояний [23].

Заключение

Ведение больных АР достаточно сложная задача. Следует учитывать индивидуальные особенности пациентов, контролировать выполнение ими врачебных рекомендаций, обращать внимание на экстраназальные симптомы заболевания и соблюдать все этапы диагностических и лечебных мероприятий. ☺

Литература

1. Skoner A.R., Skoner K.R., Skoner D.P. Allergic rhinitis, histamine, and otitis media // *Allergy Asthma Proc.* 2009. Vol. 30. № 5. P. 470–481.
2. Amritwar A.U., Lowry C.A., Brenner L.A. et al. Mental health in allergic rhinitis: depression and suicidal behavior // *Curr. Treat. Options Allergy.* 2017. Vol. 4. № 1. P. 71–97.
3. Brożek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E. et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010. Vol. 126. № 3. P. 466–476.
4. Lamb C.E., Ratner P.H., Johnson C.E. et al. Economic impact of workplace productivity losses due to allergic rhinitis compared with select medical conditions in the United States from an employer perspective // *Curr. Med. Res. Opin.* 2006. Vol. 22. № 6. P. 1203–1210.



5. *Blaiss M., Reigel T., Philpot E.* A study to determine the impact of rhinitis on sufferers' sleep and daily routine // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2005. Vol. 115. № 2. P. 197.
6. *Bozkurt B., Serife Ugur K., Karamanli H. et al.* Polysomnographic findings in persistent allergic rhinitis // *Sleep Breath.* 2017. Vol. 21. № 2. P. 255–261.
7. *Hoehle L.P., Speth M.M., Phillips K.M. et al.* Association between symptoms of allergic rhinitis with decreased general health-related quality of life // *Am. J. Rhinol. Allergy.* 2017. Vol. 31. № 4. P. 235–239.
8. *Trikojat K., Buske-Kirschbaum A., Plessow F. et al.* Memory and multitasking performance during acute allergic inflammation in seasonal allergic rhinitis // *Clin. Exp. Allergy.* 2017. Vol. 47. № 4. P. 479–487.
9. *Campbell A.P., Hoehle L.P., Phillips K.M. et al.* Depressed mood is associated with loss of productivity in allergic rhinitis // *Allergy.* 2018. Vol. 73. № 5. P. 1141–1144.
10. *Ito K., Weinberger K.R., Robinson G.S. et al.* The associations between daily spring pollen counts, over-the-counter allergy medication sales, and asthma syndrome emergency department visits in New York City, 2002–2012 // *Environ Health.* 2015. Vol. 14. ID71.
11. *Stinson K.A., Albertine J.M., Hancock L.M. et al.* Northern ragweed ecotypes flower earlier and longer in response to elevated CO₂: what are you sneezing at? // *Oecologia.* 2016. Vol. 182. № 2. P. 587–594.
12. *Gould H.J., Sutton B.J.* IgE in allergy and asthma today // *Nat. Rev. Immunol.* 2008. Vol. 8. № 3. P. 205–217.
13. *Min Y.G.* The pathophysiology, diagnosis and treatment of allergic rhinitis // *Allergy Asthma Immunol. Res.* 2010. Vol. 2. № 2. P. 65–76.
14. *Bauchau V., Durham S.* Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe // *Eur. Respir. J.* 2004. Vol. 24. № 5. P. 758–764.
15. *Tan R., Cvetkovski B., Kritikos V. et al.* The burden of rhinitis and the impact of medication management within the community pharmacy setting // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2018.
16. *Feng C.H., Miller M.D., Simon R.A.* The united allergic airway: connections between allergic rhinitis, asthma, and chronic sinusitis // *Am. J. Rhinol. Allergy.* 2012. Vol. 26. № 3. P. 187–190.
17. *Савлевич Е.Л., Козлов В.С., Дорощенко Н.Э. и др.* Анализ алгоритма диагностики аллергического и неаллергического ринита по данным амбулаторной службы поликлиник Москвы // *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2017. № 2–4. С. 58–64.
18. *Савлевич Е.Л., Козлов В.С., Жарких М.А. и др.* Анализ современных схем лечения хронического ринита по данным амбулаторной службы поликлиник Москвы // *Медицинский совет.* 2017. № 16. С. 60–67.
19. *Köberlein J., Kothe A.C., Sieber J., Mösges R.* Determining factors of patient compliance to treatment in allergic rhinitis // *Asian Pac. J. Allergy Immunol.* 2013. Vol. 31. № 2. P. 148–156.
20. *Павлова К.С., Курбачева О.М., Галицкая М.А., Смирнов Д.С.* Актуальные представления о механизмах алергенспецифической иммунотерапии, потенциальных маркерах эффективности и путях совершенствования // *Российский аллергологический журнал.* 2017. Т. 14. № 4–5. С. 5–17.
21. *Рязанцев С.В., Артюшкин С.А., Сосновская Д.В.* Роль и значение антигистаминных препаратов в лечении аллергического ринита и крапивницы // *РМЖ.* 2018. Т. 3. № 11. С. 71–75.
22. *Бодня О.С., Ненашева Н.М., Андренова Г.В. и др.* Сравнительная эффективность различных антигистаминных препаратов II поколения у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом // *Consilium Medicum.* 2017. Т. 19. № 3. С. 66–73.
23. *Белан Э.Б., Тибирькова Е.В., Садчикова Т.Л.* Эффективность и безопасность эбастина при аллергических заболеваниях // *Фарматека.* 2018. № S3. С. 57–63.

Treatment of Allergic Rhinitis from the Perspective of the Interaction Between a Doctor and a Patient: the Main Challengers and Errors

T.G. Pelishenko¹, Ye.L. Savlevich²

¹ *Clinical Hospital № 1 of the RF President Management of Affairs*

² *Central State Medical Academy of the RF President Management of Affairs*

Contact person: Tatyana Georgiyevna Pelishenko, doctor217@mail.ru

Patients often do not seek for medical care in the case of clinical manifestations of chronic rhinitis. Even with diagnosed allergic rhinitis, they do not realize the seriousness of the situation and try to pick up in the pharmacy the drugs for symptomatic therapy. In turn, doctors do not always comply with the standard of diagnostic measures to detect allergic diseases, prescribed in clinical guidelines, that leads to hypodiagnosis of allergic rhinitis. Finally, the complex treatment schemes are violated, which is primarily due to non-compliance by patients with the doctor's recommendations. Meanwhile, even in the case of the adequately conducted diagnosis and properly selected complex therapy, the patients have to observe the doctor's prescription – take the prescribed drugs at the specified dose throughout the whole period of treatment.

Key words: *allergic rhinitis, antihistamines, compliance, self-medication, treatment algorithm*

оториноларингология



Риниты и риносинуситы: актуальность, возможности, перспективы

Увеличение числа больных аллергическим ринитом обуславливает его медико-социальную значимость и активный поиск традиционных и хирургических способов лечения. В рамках сателлитного симпозиума обсуждались вопросы диагностики аллергического ринита, особенности эпидемического сезона 2017–2018 гг., методы ирригационной, антигистаминной и хирургической терапии ринитов, а также лечение маленьких пациентов с ЛОР-заболеваниями и роль микробиоты кишечника в развитии иммунной системы.



Профессор, д.м.н.
В.М. Свистушкин

Директор клиники, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Валерий Михайлович СВИСТУШКИН обратил внимание аудитории на высокую распространенность острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в мире. Согласно статистике, каждый взрослый переносит ОРЗ два-три раза в год, школьник – три-четыре раза, дошкольник – пять-шесть, грудной ребенок – до 10–12 раз в год.

Назальная обструкция

Назальная обструкция – наиболее яркое проявление ОРЗ вызвана воспалением слизистой оболочки (ОРЗ, синусит, аллергический ринит), структурными нарушениями (искривление перегородки носа, атрезия хоан, *concha bullosa*) и другими причинами (опухоль, инородное тело, аденоидная гипертрофия, длительное использование деконгестантов).

В эпидсезоне 2017–2018 гг., пик которого пришелся на апрель, зафиксировано превышение недельных эпидемических порогов заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и гриппом по совокупному населению в 29 субъектах Российской Федерации. Среди вирусов гриппа преобладали вирусы А (H1N1) pdm09 (29,08%) и В (21,46%).

Клиническая особенность пандемического гриппа вируса А состоит в том, что он может протекать без выраженной интоксикации, маскируясь под другие респираторные инфекции. Поэтому при пандемическом гриппе А редко назна-

чают базисную противовирусную терапию, показанную при гриппе. Следует отметить, что в педиатрической популяции при гриппе H1N1 в 30–40% случаев имеют место расстройства желудочно-кишечного тракта^{1,2} и педиатры нередко ставят диагноз ротавирусной инфекции.

Среди вирусов негриппозной этиологии в эпидсезоне 2017–2018 гг. преобладали респираторно-синцитиальный (РС) – 40,4%, вирус парагриппа – 15,5%, аденовирус – 16,5%. Бокавирус, риновирус и метапневмовирус, совокупная доля которых составила 27,6%, относятся к так называемым новым вирусам, открытым в 2006 г. Показано, что 14% ОРЗ у детей обусловлено метапневмовирусом и бокавирусом³. Острый средний отит у детей до трех лет в 61% случаев вызван метапневмовирусом⁴. В педиатрической популяции с бокавирусом ассоциированы обострения респираторных заболеваний, вызванных другими возбудителями, более тяжелая вирусная нагрузка⁵.

¹ Dilantika C., Sedyaningsih E.R., Kasper M.R. et al. Influenza virus infection among pediatric patients reporting diarrhea and influenza-like illness // BMC Infect. Dis. 2010. Vol. 10. ID3.

² Николаева И.В. Новый противовирусный препарат с комбинированным действием в терапии ОРВИ у детей // Детские инфекции. 2014. № 3. С. 45–50.

³ Husted J.W., Vazquez M. The changing face of pediatric respiratory tract infections: how human metapneumovirus and human bocavirus fit into the overall etiology of respiratory tract infections in young children // Yale J. Biol. Med. 2010. Vol. 83. № 4. P. 193–200.

⁴ Heikkinen T., Osterback R., Peltola V. et al. Human metapneumovirus infections in children // Emerg. Infect. Dis. 2008. Vol. 14. № 1. P. 101–106.

⁵ Martin E.T., Fairchok M.P., Kuypers J. et al. Frequent and prolonged shedding of bocavirus in young children attending daycare // J. Infect. Dis. 2010. Vol. 201. № 11. P. 1625–1632.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

Уровень собственного интерферона человека достигает максимума через два дня после начала иммунного ответа, поэтому рекомендуется как можно раньше начинать противовирусную терапию (ПВТ). ПВТ в ранние сроки болезни направлена на подавление репликации вируса гриппа, а следовательно, на уменьшение вирусной нагрузки, облегчает степень тяжести болезни, снижает риск развития осложнений⁶. У пациентов, получающих ПВТ, осложнения регистрируются значительно реже, симптомы купируются в три раза быстрее, чем у пациентов, не получающих ПВТ (2,3 против шести дней)⁷.

К факторам риска развития осложнений также относятся позднее обращение за медицинской помощью, применение препаратов с низкой эффективностью и сопутствующие заболевания⁸.

В схему противовирусного лечения входят препараты, непосредственно влияющие на респираторные вирусы (Римантадин, Осельтамивир, Занамивир, Ингавирин, Арбидол), препараты интерферонового ряда (человеческий лейкоцитарный интерферон (ИФН), Виферон, Реаферон) и препараты-индукторы ИФН (Циклоферон, Амиксин, Неовир). При этом если препараты Тамифлю, Реленза, Арбидол и Ингавирин начинают действовать уже через 1,5 часа после применения, то индукторы ИФН – только через 24–48 часов.

При среднетяжелой форме гриппа рекомендуется назначение осель-

тамивира 75 мг два раза в сутки в течение пяти дней, занамивира 5 мг два раза в сутки в течение пяти дней, Ингавирина 90 мг/сут в течение 5–7 дней, Арбидола 0,2 г четыре раза в сутки в течение 5–7 дней. При тяжелой (осложненной) форме гриппа применяют осельтамивир 150 мг два раза в сутки или занамивир 5 мг два раза в сутки в комбинации с Ингавирином 180 мг/сут. Курс терапии при тяжелой форме гриппа – не менее десяти дней⁹.

Помимо осельтамивира (Тамифлю), который назначают детям начиная с возраста одного-двух лет, и занамивира (Реленза), используемого с пяти лет, к базисной ПВТ относятся умифеновир (Арбидол) и Ингавирин. Эти препараты применяются у детей с 3–7-летнего возраста. Эффективность умифеновира и Ингавирина доказана в отношении не только гриппа, но также рино-, адено- и РС-вирусов.

При сохранении клинической картины гриппа курс лечения осельтамивиром должен быть более длительным по сравнению с курсом традиционного лечения. Увеличение дозы осельтамивира не рекомендуется, поскольку на течение заболевания это не влияет^{10,11}. В 2009 г. Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA) одобрило применение осельтамивира 3 мг/кг два раза в день у детей первого года жизни (по жизненным показаниям)¹².

Для профилактики гриппа используется как классическая медикаментозная, так и ирригационная терапия. Эффективность последней в профилактике гриппа и ОРВИ доказана у детей и взрослых¹³. Одно из преимуществ данного метода в том, что водно-солевые растворы разрешены при беременности и лактации. Эффективность ирригационной терапии доказана также при использовании в составе комбинированной терапии при гриппе и ОРВИ¹⁴.

Предпочтительно полное объемное промывание полости носа с использованием стандартизованных растворов промывающей жидкости. Подобная процедура обеспечивает гигиену полости носа: механическое удаление с поверхности слизистой оболочки факторов внешней среды, вызывающих чрезмерную антигенную нагрузку, механическое удаление инфекционных агентов, восстановление мукоцилиарного клиренса за счет нормализации вязкости интраназальной слизи и частоты биения ресничек мерцательного эпителия. Наиболее эффективными препаратами ирригационной терапии являются Долфин и Физиомер.

Профессор В.М. Свистушкин представил краткий алгоритм лечения пациентов с вирусным и бактериальным синуситом. Таким пациентам назначают этиотропное лечение (противовирусные препараты, системные антибиотики), фенспирид, нестероидные противовосо-

⁶ Селькова Е.П., Оганесян А.С., Гудова Н.В., Лыткина И.Н. Новые возможности профилактики острых респираторных вирусных инфекций у детей и подростков // Педиатрия. 2011. № 6. С. 76–82.

⁷ Redlberger-Fritz M., Hirk S., Buchinger D. et al. Distinct differences in clinical manifestation and viral laboratory parameters between children and adults with influenza A(H1N1)pdm09 infection – a retrospective comparative analysis // J. Med. Virol. 2014. Vol. 86. № 6. P. 1048–1055.

⁸ Львов Д.К., Колобухина Л.В., Щелканов М.Ю. Грипп: история, клиника, патогенез // Лечащий врач. 2011. № 10. С. 33–38.

⁹ Методические рекомендации по диагностике и лечению гриппа. М., 2016.

¹⁰ Leekha S., Zitterkopf N.L., Espy M.J. et al. Duration of influenza A virus shedding in hospitalized patients and implications for infection control // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. 2007. Vol. 28. № 9. P. 1071–1076.

¹¹ Fiore A.E., Fry A., Shay D. et al. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza – recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // MMWR Recomm. Rep. 2011. Vol. 60. № 1. P. 1–24.

¹² Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 17 декабря 2009 г. № 01/19421-9-32 «О направлении обновленных рекомендаций CDC по использованию противовирусных препаратов».

¹³ Гаращенко Т.И. Лечение аллергических ринитов у детей // Вестник оториноларингологии. 2005. № 3. С. 66–69.

¹⁴ Karadag A. Nasal saline for acute sinusitis // Pediatrics. 2002. Vol. 109. № 1. P. 165.

оториноларингология



палительные препараты (НПВП), интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС), деконгестанты (не более семи-восьми дней), мукоактивную терапию (местно, системно), назальный душ (водно-солевые растворы) и дренирование пазух¹⁵. Применяется также метод «кукушка» (перемещение жидкости по Проетцу). К преимуществам такого метода относятся простота и доступность, к недостаткам – распространение процесса на здоровые пазухи, повреждение слизистой оболочки полости носа, носовое кровотечение, развитие евстахиита и острого среднего отита, невозможность удалить вязкое содержимое в полном объеме. По мнению профессора В.М. Свистушкина, этот метод в большей степени приемлем для педиатрической практики. Хирургическое лечение синусита у взрослых пациентов предусматривает дренирование верхнечелюстной пазухи.

При гнойном синусите выполняется ряд операций: Caldwell-Luc, FESS и BSP. Caldwell-Luc обеспечивает

хороший доступ к верхнечелюстным пазухам и остается стандартом лечения уже 80 лет. Однако сегодня на смену такой операции постепенно приходит эндоскопическая техника. FESS – подход, основанный на физиологических принципах, позволяет добиться четкой визуализации пазух. Метод BSP, характеризующийся высоким уровнем безопасности, гарантирует сохранность анатомии и функции пазух.

Лечение больших неполипозным синуситом направлено на улучшение дренажа и аэрации пазух и прицельное вмешательство.

Выбирая метод лечения при полипозном риносинусите, необходимо учитывать ряд моментов. Если полипы полностью блокируют носовые ходы, целесообразно удалить их, а затем назначить ГКС. При нейтрофильных полипах проводят санацию очага инфекции, назначают антибиотики и ГКС. Начальные формы полипозного риносинусита с небольшими отечными полипами в верхнем и среднем носовом ходе не исключают использование

местных ГКС. При аспириновой триаде (непереносимость аспирина, астма, полипозный риносинусит) как ГКС, так и хирургические методы малоэффективны. Тем не менее предпочтение отдается ГКС и антилейкотриеновым препаратам¹⁶.

Агрессивная хирургия околоносовых пазух при полипозном риносинусите не дает максимального эффекта. Минимально инвазивная эндоскопическая техника позволяет добиться тех же результатов, что и более радикальные методы. Консервативные методы наиболее предпочтительны, поскольку позволяют избежать серьезных осложнений¹⁵.

Европейские и американские эксперты настаивают на более радикальном хирургическом вмешательстве при полипозном риносинусите и рекомендуют максимальное удаление пораженной зоны, создание единой синоназальной полости (включая удаление средней раковины, фронтотомию минимум Draf 2A), обеспечение условий для эффективного промывания.



Профессор, д.м.н.
Н.М. Ненашева

Аллергический ринит и бронхиальная астма: роль антигистаминных препаратов

(РМАНПО) Наталья Михайловна НЕНАШЕВА, аллергический ринит (АР) – междисциплинарная проблема, над решением которой работают отоларингологи, аллергологи и иммунологи. АР – мощнейшее эозинофильное воспаление, требующее активного противовоспалительного лечения.

За последние несколько десятилетий в Европе и России распространенность аллергических заболеваний увеличилась в два-три раза, достигнув масштабов эпидемии^{17,18}. На рост распространенности аллергических заболеваний влияет множество факторов, в частности изменение характера окружающей среды

(появляется больше аллергенов и поллютантов, количество инфекционных заболеваний, наоборот, сокращается) и образа жизни (возрастает уровень стресса, увеличивается число лиц с ожирением, снижается физическая активность). На частоту респираторных и аллергических заболеваний влияет изменение климата. Так, с глобальным потеплением связано изменение сезона пыления (удлинение, увеличение интенсивности, раннее начало). Кроме того, в результате сокращения количества холодных дней снижается восприимчивость к инфекциям верхних дыхательных путей. При изменении

¹⁵ Методические рекомендации «Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов». М. – СПб., 2014.

¹⁶ Рязанцев С.В. Современные взгляды на терапию полипозных риносинуситов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2007. № 4. С. 22–26.

¹⁷ Burr M.L., Wat D., Evans C. et al. Asthma prevalence in 1973, 1988 and 2003 // Thorax. 2006. Vol. 61. № 4. P. 296–299.

¹⁸ Brozek G., Lawson J., Szumilas D., Zejda J. Increasing prevalence of asthma, respiratory symptoms, and allergic diseases: four repeated surveys from 1993–2014 // Respir. Med. 2015. Vol. 109. № 8. P. 982–990.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

процессов циркуляции атмосферы возрастает число случаев переноса пыльцы на дальние расстояния. Усиление атмосферных осадков приводит к «эпидемиям» астмы¹⁹. Проблема АР имеет медико-социальное значение. Среднетяжелые и тяжелые симптомы АР снижают активность пациентов, способность к обучению^{20, 21}, затрудняют выполнение повседневных обязанностей, вызывают чувство усталости, нарушают сон²². АР тесно связан с такими заболеваниями, как бронхиальная астма (БА), острый и хронический риносинусит, средний экссудативный отит, аллергический конъюнктивит. Около 80% больных БА страдают АР, 10–40% пациентов с АР имеют БА^{23, 24}. Свыше 80% пациентов с БА страдают АР. Не случайно на фоне АР увеличиваются частота обострений БА, обращений за помощью, госпитализаций, приступов и потребность в бронхолитических препаратах^{25, 26}. Целями лечения АР являются достижение контроля симптомов, профилактика осложнений, повышение качества жизни.

Алгоритм лечения АР включает предупреждение контакта с аллергенами, фармакотерапию, аллерген-специфическую иммунотерапию и обучение пациента²⁴. Контроль над заболеванием считается достигнутым при отсутствии симптомов заболевания и нормальной назальной пиковой скорости вдоха²⁷. Ступенчатая терапия АР основана на контроле симптомов. При легких и умеренных симптомах лечение начинается с первой ступени. Если контроль недостаточный, переходят на следующую ступень. При этом на каждой ступени целесообразно использовать пероральные антигистаминные препараты (АГП), снижающие выраженность зуда, ринореи, заложенности, глазных симптомов²⁸. Рекомендуется использовать только АГП второго поколения (лоратадин, цетиризин, фексофенадин и т.д.), лишённые недостатков своих предшественников. Как известно, АГП первого поколения характеризуются множеством побочных эффектов, в том числе негативным влиянием на когнитивные функции.

Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии выдвигает строгие требования к АГП второго поколения, а именно:

- высокая селективная блокада H₁-рецепторов;
- высокий антиаллергический эффект;
- наступление эффекта в течение получаса;
- продолжительный период действия (24 часа);
- отсутствие тахифилаксии и клинически значимых взаимодействий с пищей и лекарственными препаратами^{29, 30}.

Перечисленным требованиям полностью соответствует АГП второго поколения эбастин (Кестин). Препарат обладает очень высокой антигистаминной активностью, хорошим фармакокинетическим профилем, абсолютно линейным повышением концентрации. Одобрённая доза эбастина – 20 мг. Преимущество препарата в том, что он не взаимодействует с алкоголем и бензодиазепинами³¹. Эбастин эффективен как при сезонном³², так и круглогодичном АР³³.

¹⁹ D'Amato G., Holgate S.T., Pawankar R. et al. Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization // World Allergy Organ. J. 2015. Vol. 8. № 1. P. 25.

²⁰ Vuurman E.F., van Veggel L.M., Sanders R.L. et al. Effects of semprex-D and diphenhydramine on learning in young adults with seasonal allergic rhinitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1996. Vol. 76. № 3. P. 247–252.

²¹ Walker S., Khan-Wasti S., Fletcher M., Cullinan P. Seasonal allergic rhinitis is associated with a detrimental effect on examination performance in United Kingdom teenagers: case-control study // J. Allergy Clin. Immunol. 2007. Vol. 120. № 2. P. 381–387.

²² Canonica G.W., Bousquet J., Mullol J. et al. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe // Allergy. 2007. Vol. 62. Suppl. 85. P. 17–25.

²³ Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N., Aria Workshop Group, World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma // J. Allergy Clin. Immunol. 2001. Vol. 108. № 5. Suppl. P. S147–334.

²⁴ 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.

²⁵ Demoly P., Rullier-Meyer P., Godard P. et al. Nasal allergy and asthma: one or two diseases? // Bull. Acad. Natl. Med. 2005. Vol. 189. № 7. P. 1461–1473.

²⁶ Price D., Zhang Q., Kocivar V.S. et al. Effect of a concomitant diagnosis of allergic rhinitis on asthma-related health care use by adults // Clin. Exp. Allergy. 2005. Vol. 35. № 3. P. 282–287.

²⁷ Papadopoulos N.G., Bernstein J.A., Demoly P. et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report // Allergy. 2015. Vol. 70. № 5. P. 474–494.

²⁸ Turner P.J., Kemp A.S. Allergic rhinitis in children // J. Paediatr. Child Health. 2012. Vol. 48. № 4. P. 302–310.

²⁹ Bousquet J., Bindeslev-Jensen C., Canonica G.W. et al. The ARIA/EAACI criteria for antihistamines: an assessment of the efficacy, safety and pharmacology of desloratadine // Allergy. 2004. Vol. 59. Suppl. 77. P. 4–16.

³⁰ Bousquet J., van Cauwenberge P., Bachert C. et al. Requirements for medications commonly used in the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) // Allergy. 2003. Vol. 58. № 3. P. 192–197.

³¹ Mattila M.J., Kuitunen T., Plétan Y. Lack of pharmacodynamic and pharmacokinetic interactions of the antihistamine ebastine with ethanol in healthy subjects // Eur. J. Clin. Pharmacol. 1992. Vol. 43. № 2. P. 179–184.

³² Ratner P., Hampel F.Ir., Gispert J. Efficacy of ebastine in the control of nasal congestion associated with allergic rhinitis // Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol. 2003. Vol. 25. № 2. P. 111–115.

³³ Davies R.J. Efficacy and tolerability comparison of ebastine 10 and 20mg with loratadine 10mg: a double-blind, randomised study in patients with perennial allergic rhinitis // Clin. Drug. Investig. 1998. Vol. 16. № 6. P. 413–420.

оториноларингология



На кафедре клинической аллергологии РМАНПО с 1 июня по 31 июля 2016 г. проводилось открытое рандомизированное сравнительное постмаркетинговое исследование в параллельных группах. В исследовании участвовали 30 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $28,1 \pm 13,1$ года) с легкими симптомами сезонного аллергического ринита (САР), имевшего место не менее года подряд, и положительными кожными пробами на пыльцевые аллергены (злаковые травы). Исследователи сравнивали эффективность, безопасность и влияние на качество жизни оригинального АГП второго поколения эбастина 20 мг и воспроизведенных АГП второго поколения цетиризина и лоратадина 10 мг. Критериями эффективности служила оценка влияния исследуемых препаратов на назальные и неназальные симптомы САР. Для этого использовались шкалы назальных (Total Nasal Symptom Score, TNSS) и неназальных (Total Non-Nasal Symptom Score, TNNSS) симптомов. Субъективное состояние пациентов оценива-

ли с помощью опросника RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire). Динамику уровня эозинофильного катионного протеина определяли в назальных смывах.

В группе эбастина выраженность назальных симптомов снизилась на 87%, неназальных – на 86%. У пациентов, получавших цетиризин и лоратадин, также отмечалось уменьшение симптомов, но не такое выраженное, как у пациентов, получавших эбастин. При использовании эбастина наблюдалась хотя и недостоверная, но устойчивая тенденция к снижению уровня эозинофильного катионного протеина (-37,9% исходных значений), в то время как на фоне применения цетиризина и лоратадина изменение содержания эозинофильного катионного протеина оказалось незначительным. Все препараты показали высокий профиль безопасности. Таким образом, скорость наступления и выраженность эффекта в отношении как назальных, так и неназальных симптомов были значительно выше у пациентов, получавших эбастин³⁴.

В заключение профессор Н.М. Ненашева подчеркнула, что АГП второго поколения, являющиеся первой линией терапии АР, положительно влияют на симптомы БА³⁵.

Аллергический ринит и бронхиальная астма – часто сочетающиеся заболевания, в основе которых лежит аллергическое воспаление. В патогенезе заболеваний ведущую роль играет гистамин. Не случайно выбор первой линии терапии АР падает на антигистаминные препараты. Эбастин – классический представитель данной группы лекарственных средств. Он характеризуется высоким терапевтическим индексом и хорошим профилем безопасности, позволяющим достигать контроля симптомов АР и повышать качество жизни больных как с изолированным АР, так и с АР, сочетающимся с БА. Быстро растворимая таблетка эбастина обеспечивает быстрое наступление эффекта. Удобство и простота применения повышают приверженность пациентов лечению.



Профессор, д.м.н.
И.Ю. Мельникова

Доклад д.м.н., профессора, ведущей кафедрой педиатрии и детской кардиологии Северо-Западного государственного медицинского университета им.

ЛОР-заболевания и нарушения микробиоты. Нужна ли коррекция?

И.И. Мечникова Ирины Юрьевны МЕЛЬНИКОВОЙ был посвящен лечению ЛОР-заболеваний в педиатрической популяции.

По словам докладчика, дети, которые часто переносят ОРЗ, составляют группу часто болеющих детей (ЧБД). ЧБД – это дети второй группы здоровья с проблемами функционального характера и сниженной сопротивляемостью острым и хроническим заболеваниям.

В структуре заболеваний ЧБД преобладают заболевания органов дыхания – 60–80% общей заболеваемости детей до 14 лет. Одна из причин такой высокой заболеваемости обусловлена тем, что

у членов семей ЧБД в 94% случаев выявляется инфицированность вирусом герпеса. Маркеры вируса герпеса обнаруживаются у 53,8% ЧБД. Кроме того, ОРЗ подвержены дети, посещающие детские дошкольные учреждения (ДДУ).

Профессор И.Ю. Мельникова акцентировала внимание аудитории на психологических особенностях ЧБД:

- ✓ неготовности к посещению ДДУ;
- ✓ длительном адаптационном периоде;
- ✓ неустойчивом аппетите и сне;
- ✓ низкой инициативности в общении;
- ✓ психологической незащищенности.

³⁴ Бодня О.С., Ненашева Н.М., Андренова Г.В. и др. Сравнительная эффективность различных антигистаминных препаратов II поколения у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом // Consilium Medicum. 2017. Т. 19. № 3. С. 101–108.

³⁵ Bachert C., Maspero J. Efficacy of second-generation antihistamines in patients with allergic rhinitis and comorbid asthma // J. Asthma. 2011. Vol. 48. № 9. P. 965–973.



ДЫШИ ОТ ДУШИ

Доказано, что Долфин®
улучшает
носовое
дыхание на **96%**



- 🐬 ОЧИЩАЕТ НОС ОТ ВИРУСОВ, МИКРОБОВ, СЛИЗИ И АЛЛЕРГЕНОВ²
- 🐬 УМЕНЬШАЕТ ВОСПАЛЕНИЕ И ОТЕК СЛИЗИСТОЙ НОСА²
- 🐬 СНИЖАЕТ ПОТРЕБНОСТЬ В СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВАХ⁴



ООО «АЛВОГЕН ФАРМА»
123112, г. Москва, Пресненская наб., 6, стр. 2
МФК «Башня Империя», оф. 1708, тел.: +7 (499) 350-13-48
www.dolphin.ru, www.alvogen.ru

1. РУ №ФСР 2008/02703 от 15 октября 2014 г.;
2. Аннотация на средство для промывания «Долфин» ТУ 944-003-39151933-2008;
3. Г.Д.Тарасова, Е.В.Мирзабеян «Оценка использования полного объёмного промывания носа в работе практикующего врача», Российская оториноларингология №3, 2015 г.
4. Л.А.Шагина, О.Н. Герасименко «Влияние промывания полости носа с использованием комплекса Долфин на клиническое течение аллергического и вазомоторного ринитов», Новосибирск 2016 г.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Эти факторы влияют на иммунную систему, приводя к иммунному дисбалансу. В большинстве случаев у детей с изолированными рецидивирующими вирусными инфекциями (восемь и более случаев в год) выявляют транзиторные нарушения иммунной системы.

Особую роль в развитии иммунной системы играет колонизация кишечника. Кишечная микрофлора выполняет метаболическую, защитную и эпигенетическую функции. Не следует забывать, что иммунитет ребенка начинает формироваться в перинатальном периоде и определяется иммунным статусом плаценты. Становление микробиоты обусловлено характером вскармливания, способом родоразрешения, генетическими и экологическими факторами, приемом антибиотиков, заболеваниями и стрессом во время беременности.

Устранить дисбиоз можно с помощью пробиотиков, содержащих полезные микроорганизмы (преимущественно лакто- и бифидобактерии), пребиотиков, содержащих вещества, способствующие росту полезных бактерий, и симбиотиков, сочетающих в себе свойства про- и пребиотиков³⁶. Кроме того, можно использовать синбиотики, микроорганизмы с однонаправленным антагонистическим действием, и постбиотики – метаболиты, содержащие продукты метаболизма полезных организмов³⁷.

При выборе пробиотиков следует руководствоваться данными об их безопасности, биологической совместимости штаммов, корригирующих и протективных пробиотических свойствах *in vitro* и *in vivo*, устойчивости к желудочному и кишечному барьеру, антибиотикоустойчивости хромосомной природы³⁸.

Перечисленным требованиям отвечает пробиотик ФлорОК, выпускаемый в двух формах – для детей и взрослых. В состав взрослой формы пробиотика входят *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium bifidum*, в состав детской – *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus paracasei* и *Streptococcus thermophilus*.

Входящую в состав ФлорОК культуру *Bifidobacterium* BB-12 изучали в клинических исследованиях на протяжении более 25 лет³⁹. Бактерия оказывает влияние на иммунную систему детей, значительно увеличивая выработку

специфического фактора защиты – иммуноглобулина А с пиком выработки на восьмой день лечения⁴⁰.

Комбинация *B. lactis* BB-12 и *St. thermophilus* включена в рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации для предотвращения антибиотик-ассоциированной диареи и болевой инфекции у детей. *B. lactis* BB-12 и *St. thermophilus* TH-4, входящие в состав препарата ФлорОК Baby, существенно сокращают эпизоды диареи⁴¹. При использовании пробиотика *L. acidophilus* LA-5 в комбинации с *B. lactis* BB-12 микробиота кишечника восстанавливается⁴².

Завершая выступление, профессор И.Ю. Мельникова отметила, что у часто болеющих детей и подростков с ЛОР-заболеваниями при антибиотикотерапии должна обязательно проводиться коррекция микробиоты в целях профилактики антибиотик-ассоциированной диареи.

Заключение

В целях профилактики аллергического ринита применяется эффективная и безопасная ирригационная терапия. Первой линией медикаментозной терапии аллергического ринита являются антигистаминные препараты, в частности эбастин, характеризующийся высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности.

Во избежание антибиотик-ассоциированной диареи алгоритм лечения пациентов с ЛОР-заболеваниями должен включать коррекцию микробиоты кишечника. К пробиотикам, эффективно устраняющим дисбиоз и предотвращающим антибиотик-ассоциированную диарею, относится ФлорОК. ☺

³⁶ Сафонова М.А., Кузнецов О.Ю. Пробиотические препараты для коррекции микробиологических нарушений кишечника // Вестник ИвГМА. 2012. № 1. С. 49–52.

³⁷ Бондаренко В.М., Воробьев А.А., Мельникова И.Ю. и др. Обоснование и тактика назначения в медицинской практике различных форм пробиотических препаратов // Сб. материалов международной конференции «Пробиотики, пребиотики, синбиотики и продукты функционального питания. Современное состояние и перспективы». М., 2004.

³⁸ Мельникова Н.Ю., Петров Л.Н., Вербицкая Н.Б. Теоретические предпосылки и практика клинического применения пробиотика Витафлор в педиатрии. Методическое пособие для врачей. СПб., 2004.

³⁹ Black F.T. Placebo-controlled double-blind trial of 4 lactobacilli strains (HIP) used as prophylactic agent against traveller's diarrhea (2 trials). Report by G. Nirnberger, Bioconsult, GmbH, Austria, 1996.

⁴⁰ Fukushima Y, Kawata Y, Hara H. et al. Effect of a probiotic formula on intestinal immunoglobulin A production in healthy children // Int. J. Food Microbiol. 1998. Vol. 42. № 1–2. P. 39–44.

⁴¹ Saavedra J.M., Bauman N.A., Oung I. et al. Feeding of *Bifidobacterium bifidum* and *Streptococcus thermophilus* to infants in hospital for prevention of diarrhoea and shedding of rotavirus // Lancet. 1994. Vol. 344. № 8929. P. 1046–1049.

⁴² Black F, Einarsson K, Lidbeck A. et al. Effect of lactic acid producing bacteria on the human intestinal microflora during ampicillin treatment // Scand. J. Infect. Dis. 1991. Vol. 23. № 2. P. 247–254.

Ежегодная научно-практическая конференция

Респираторные инфекции и бронхолегочные осложнения. Современная диагностика, лечение и профилактика

30 ноября 2018, Москва

Председатель

Девяткин Андрей Викторович, профессор, доктор медицинских наук, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры семейной медицины с курсом клинической лабораторной диагностики, психиатрии и психотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ

В программе конференции

- Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции. Итоги прошедших эпидсезонов 2017-2018 гг.: стратегия лечения и профилактики
- Модуляция системного и мукозального иммунитета в лечении и профилактике респираторных инфекций
- Терапия легких и среднетяжелых форм гриппа в амбулаторных условиях
- Современная муколитическая терапия продуктивного кашля при острых и хронических заболеваниях бронхолегочной системы у взрослых
- Внебольничная пневмония
- Острый бронхит
- Проблемы антибиотикорезистентности основных возбудителей внебольничных инфекций

Место проведения

ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ. Адрес: г. Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28.
Вход с Калошина пер., д. 3, стр. 2. Проезд до ст. метро Арбатская, Смоленская, Кропоткинская

Регистрация и начало работы выставки в 09.00. Начало научной программы конференции в 10.00

Предварительная регистрация и подробная информация на сайте www.eecmedical.ru,
по телефонам +7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29



Дискуссии вокруг ринита

В настоящее время в мире наблюдается неуклонный рост заболеваний полости носа и околоносовых пазух аллергической и неаллергической этиологии. В связи с этим особую актуальность приобретают такие вопросы, как безопасность лечения ринитов в педиатрической практике и роль деконгестантов в симптоматической терапии назальной обструкции при различных формах ринитов.



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Симпозиум открыл заместитель директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, профессор кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный оториноларинголог Северо-Западного федерального округа, д.м.н. Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ. Он отметил, что местные сосудосуживающие препараты (деконгестанты), широко применяемые при острых и хронических воспалительных заболеваниях полости носа, являются одними из лидеров продаж и в России, и за рубежом. Механизм действия деконгестантов заключается в суживании сосудов слизистой оболочки полости носа, вследствие чего уменьшаются отек и гиперпродукция слизи бокало-

Деконгестанты в современных международных и российских стандартах и клинических рекомендациях

видными клетками. Деконгестанты устраняют отек, восстанавливают дыхание, предупреждают развитие синусита и других осложнений. Деконгестанты бывают короткого действия (4–6 часов), среднего (6–8 часов) и продолжительного (10–12 часов). Следует помнить, что длительное (более семи дней) применение топических деконгестантов способно вызывать нежелательные побочные эффекты системного и местного характера. Последнее время в клинической практике все чаще регистрируются случаи развития медикаментозного ринита, особенно у пациентов с аллергическим ринитом. Среди местных нежелательных эффектов деконгестантов нередко имеют место жжение, чихание, сухость слизистой оболочки полости носа и носоглотки, заложенность носа. У детей топические деконгестанты иногда вызывают угнетение мукоцилиарного транспорта. Несмотря на риск развития нежелательных эффектов, интраназальные деконгестанты остаются единственными препаратами, быстро и эффективно снижающими заложенность носа и блокаду слуховой и голосовой трубы. Безусловно, идеальный деконгестант должен не только снижать уровень назальной секреции, отек слизистой оболочки, не содержать консервантов, но и обладать

минимальным риском развития нежелательных эффектов. Одним из деконгестантов длительного действия, сочетающим в себе эффективность и относительную безопасность, является оксиметазолин. Преимущество препарата – отсутствие токсического влияния на клетки реснитчатого эпителия. Однако все деконгестанты характеризуются класс-специфическими нежелательными эффектами. В резолюции совета экспертов по безопасности применения деконгестантов, подготовленной при участии ведущих российских экспертов в области педиатрии, оториноларингологии, пульмонологии и инфекционных болезней, отмечается, что деконгестанты – неотъемлемая часть терапии для быстрого снятия назальной обструкции заболеваний верхних дыхательных путей у пациентов всех возрастов. Главным критерием выбора деконгестанта служит его безопасность¹. Препараты на основе оксиметазолина признаны наиболее безопасными для использования в оториноларингологической практике. Доказательная база в отношении оксиметазолина включает множество международных клинических исследований с высоким уровнем доказательности, в том числе исследований с участием беременных и детей грудного возраста.

¹ Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Карпова Е.П. и др. Современные тенденции и проблемы безопасности применения деконгестантов в детском возрасте. Резолюция совета экспертов // Педиатрия. 2018. № 1. С. 32–35.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

Применение сосудосуживающих препаратов в педиатрической практике

По мнению заведующей кафедрой детской оториноларингологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО), д.м.н., профессора Елены Петровны КАРПОВОЙ, воспалительные процессы в полости носа нарушают ее основные функции. Поэтому назальные сосудосуживающие препараты являются важной составляющей противовоспалительной терапии.

Для восстановления носового дыхания и уменьшения отека слизистой оболочки полости носа, глоточного устья слуховой трубы применяют сосудосуживающие назальные капли (деконгестанты), а также иные способы анемизации слизистой оболочки: распыление, ингаляции, введение турунд. Группа сосудосуживающих препаратов неоднородна. Безопасность препаратов разных форм выпуска различна.

Как известно, в физиологических условиях симпатическая импульсация поддерживает определенный уровень констрикции посткапиллярных венул. Объем сосудистой сети слизистой оболочки носа составляет около 50% максимально возможного. Для нормального носового дыхания кавдоназальная ткань должна на 50% находиться в сжатом состоянии.

Воздействие деконгестанта на слизистую оболочку полости носа приводит к сокращению кавернозной ткани носовых раковин, уменьшению кровенаполнения и температуры слизистой оболочки, увеличению потока воздуха, проходящего через полость носа. По механизму действия деконгестанты подразделяют на прямые (непосредственная стимуляция альфа-адренорецепторов) и непрямые (ускорение выделения норадреналина и замедление процесса его распада, в котором участвуют два фермента – моноаминоксидаза и катехол-О-метилтрансфераза).

Деконгестанты различаются химической структурой, аффинностью к адренорецепторам и длительностью действия. Конечный эффект препарата зависит от типа стимулируемых альфа-адренорецепторов. Считается, что альфа-1-адренорецепторы, расположенные преимущественно в стенках артерий, вызывают их сокращение. В то же время возбуждение альфа-2-адренорецепторов приводит к констрикции кавернозных вен носовых раковин². Если у взрослых симпатическая стимуляция сосудов полости носа осуществляется преимущественно посредством альфа-2-адренорецепторов, превалирующих над альфа-1-адренорецепторами^{3, 4}, то у детей первого года жизни из-за недоразвития кавернозных тел носовых раковин эффект стиму-



Профессор, д.м.н.
Е.П. Карпова

ляции альфа-2-адренорецепторов сопоставим с воздействием на альфа-1-адренорецепторы⁵. Выраженность побочных эффектов деконгестантов различна. Местные побочные эффекты характерны только для назальных форм. К ним относят цилиотоксическое действие и медикаментозный ринит. Цилиотоксическое действие проявляется жжением, сухостью, раздражением слизистой оболочки носа вследствие нанесения на нее раствора сосудосуживающего препарата.

Данные о цилиотоксичности альфа-адреномиметиков весьма противоречивы. В ряде экспериментальных исследований установлено, что в большей степени цилиотоксичны препараты нафазолина и тетризолина^{6, 7}. Вместе с тем, по данным немецкого исследования, нафазолин и оксиметазолин менее цилиотоксичны по сравнению с другими деконгестантами⁸. Чистый оксиметазолин

² Corboz M.R., Rivelli M.A., Varty L. et al. Pharmacological characterization of postjunctional alpha-adrenoceptors in human nasal mucosa // Am. J. Rhinol. 2005. Vol. 19. № 5. P. 495–502.

³ Lacroix J.S. Adrenergic and non-adrenergic mechanisms in sympathetic vascular control of the nasal mucosa // Acta Physiol. Scand. Suppl. 1989. Vol. 581. P. 1–63.

⁴ Лопатин А.С. Сосудосуживающие препараты: механизм действия, клиническое применение и побочные эффекты // Российская ринология. 2007. № 1. С. 43–49.

⁵ Тарасова Г.Д. Топические деконгестанты в комплексной терапии заболеваний верхних дыхательных путей // Педиатрическая фармакология. 2006. Т. 3. № 3. С. 54–58.

⁶ Hofmann T., Wolf G., Koidl B. In vitro studies of the effect of vasoconstrictor nose drops on ciliary epithelium of human nasal mucosa // Laryngorhinootologie. 1995. Vol. 74. № 9. P. 564–567.

⁷ Boek W.M., Graamans K., Natziyl H. et al. Nasal mucociliary transport: new evidence for a key role of ciliary beat frequency // Laryngoscope. 2002. Vol. 112. № 3. P. 570–573.

⁸ Mickenhagen A., Siefer O., Neugebauer P., Stennert E. The influence of different alpha-sympathomimetic drugs and benzalkoniumchlorid on the ciliary beat frequency of in vitro cultured human nasal mucosa cells // Laryngorhinootologie. 2008. Vol. 87. № 1. P. 30–38.



(без консервантов) вовсе не обладает цилитоксичностью⁹.

В большинстве случаев цилитоксический эффект сосудосуживающих препаратов обусловлен входящими в их состав антисептиками-консервантами (бензалкония хлорид, моногидрат лимонной кислоты, цитрат натрия). Угнетение частоты биения ресничек мерцательного эпителия полости носа при использовании назальных капель, содержащих бензалкония хлорид, проявляется в меньшей степени, чем при использовании капель, в состав которых входит комплекс моногидрата лимонной кислоты и натрия цитрата^{10, 11}.

Длительный бесконтрольный прием сосудосуживающих препаратов чреват развитием медикаментозного ринита. Результаты клинических исследований продемонстрировали, что лица, страдающие вазомоторным или аллергическим ринитом, могут применять оксиметазолин до четырех недель без формирования значительных функциональных и морфологических изменений слизистой оболочки носа⁴.

В целях повышения безопасности современных альфа-2-адреномиметиков важно четко рассчитывать минимальную эффективную терапевтическую концентрацию действующего вещества и дозу препарата.

Основной системный побочный эффект деконгестантов – кардиотоксичность, обусловленная по-

паданием препарата в системный кровоток и воздействием на альфа-адренорецепторы сосудов сердца. Как следствие – развитие у ребенка выраженной брадиаритмии, а при парадоксальной реакции у подростков с симптомами вегетососудистой дистонии – тахикардии. Тахикардия чаще встречается у взрослых пациентов. Риск развития кардиотоксического действия на фоне применения деконгестантов напрямую зависит от степени системной биодоступности. Это определяется двумя факторами: формой выпуска препарата и резорбтивной способностью действующего вещества. Нерациональная и дешевая форма назального препарата в виде капель повышает риск передозировки. Кроме того, капля раствора лекарственного средства, стекающая по нижней стенке общего носового хода, попадает в носоглотку, затем со слюной в желудок, где действующее вещество всасывается в системный кровоток. Так, всасывание в желудочно-кишечном тракте назального оксиметазолина в шесть раз превышает таковое при интраназальном введении препарата¹². Наиболее эффективная форма современного препарата для лечения ринита представляет собой назальный спрей с дозирующей помпой, обеспечивающей равномерное распределение лекарственного средства по слизистой оболочке полости носа¹³. Максимальной резорбтивной способностью обладает нафазолин. Его системная

биодоступность превышает 50%. Отравление препаратами нафазолина – одна из распространенных причин госпитализации детей в токсикологические отделения¹⁴.

Проблемы безопасности назальных сосудосуживающих препаратов во многом определяют подход к выбору терапии в педиатрической практике. На сегодняшний день накоплен положительный опыт применения оксиметазолина при заболеваниях, сопровождаемых ринитом, в разных возрастных группах. Доказано, что оксиметазолин оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действие¹⁵. Он характеризуется противовирусным, этиотропным и противовоспалительным эффектами. Оригинальный препарат оксиметазолина (Називин) обладает противовирусным действием в отношении ряда РНК-вирусов. Називин активен в отношении риновируса-14 человека, снижает экспрессию его рецептора ICAM-1 на эндотелиальных клетках пупочной вены.

Оксиметазолин характеризуется быстрым началом действия (через 25 секунд после применения) и сокращает длительность острого ринита с шести до четырех дней по сравнению с плацебо. Профиль безопасности оксиметазолина сопоставим с таковым современных форм ксилометазолина, его отличают хорошая переносимость и продолжительный (до 12 часов) период действия.

⁹ Deitmer T., Scheffler R. The effect of different preparations of nasal decongestant on ciliary beat frequency in vitro // *Rhinology*. 1993. Vol. 31. № 4. P. 151–153.

¹⁰ Hofmann T., Gugatschga M., Koidl B., Wolf G. Influence of preservatives and topical steroids on ciliary beat frequency in vitro // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2004. Vol. 130. № 4. P. 440–445.

¹¹ Васина Л.А. Влияние местных деконгестантов, содержащих раствор ксилометазолина, на цилиарную активность реснитчатых клеток // *Российская ринология*. 2008. № 3. С. 14–17.

¹² Hayes F.J., Baker T.R., Dobson R.L., Tsueda M.S. Rapid liquid chromatographic-mass spectrometric assay for oxymetazoline in whole rat blood // *J. Chromatogr. A*. 1995. Vol. 692. № 1–2. P. 73–81.

¹³ Карнова Е.П., Тулунов Д.А. Сосудосуживающие препараты в педиатрической практике // *Эффективная фармакотерапия. Педиатрия*. 2012. № 1. С. 18–24.

¹⁴ Wenzel S., Sagowski C., Laux G. et al. Course and therapy of intoxication with imidazoline derivate naphazoline // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol*. 2004. Vol. 68. № 7. P. 979–983.

¹⁵ Beck-Speier I., Oswald B., Maier K.L. et al. Oxymetazoline inhibits and resolves inflammatory reactions in human neutrophils // *J. Pharmacol. Sci*. 2009. Vol. 110. № 3. P. 276–284.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

В заключение профессор Е.П. Карпова подчеркнула, что применение назальных препаратов нафазолина в педиатрической практике недопустимо. Необходимо добиваться полного запрета использования нафазолина у детей дошкольного возраста. Кроме того, следует информировать родителей о потенциальной токсичности нафазолина, строго соблюдать условия применения, прописанные в аннотации к препарату, хранить препарат в местах, недоступных для детей. Проблема современных имидазолинов, а также средств на основе фенилэфрина прежде всего связана с популярностью среди пациентов устарев-

ших форм, полиэтиленовых тюбиков-капельниц и флаконов без специальной крышки с пипеткой, без дозирующего устройства.

Таким образом, при использовании таких деконгестантов необходимо:

- соблюдать разовую дозу и интервал между применением в течение суток;
- использовать только лекарственные формы с концентрацией действующего вещества, разрешенного к применению в соответствии с возрастом ребенка;
- применять препараты на основе ксилометазолина и оксиметазолина с более выраженным и продолжительным вазокон-

стрикторным эффектом, хорошей доказательной базой и профилем безопасности;

- отдавать предпочтение препаратам с дозирующим устройством и препаратам, исключающим возможность вскрытия флакона ребенком;
- применять средства, не содержащие антисептики-консерванты, в целях минимизации местных побочных эффектов;
- не использовать препараты при воспалительной патологии носа более десяти дней.

При выборе лекарственного средства на основе оксиметазолина следует отдавать предпочтение оригинальным препаратам.

Аллергический ринит: взгляд аллерголога-иммунолога

Профессор кафедры клинической аллергологии РМАНПО, д.м.н. Наталья Михайловна НЕНАШЕВА отметила, что аллергический ринит не относится к тяжелым и угрожающим жизни заболеваниям, но негативно влияет на все сферы жизни и существенно снижает качество жизни больных.

Как известно, ринит может быть инфекционным и неинфекционным, аллергическим и неаллергическим. Часто аллергический ринит сочетается с другими фенотипами неинфекционного ринита. В клинической практике нередки случаи сочетания аллергического и медикаментозного, идиопатического или гормонального ринита. В таких ситуациях лечение затруднено, поскольку традиционная противоаллергическая терапия не оказывает должного эффекта.

Актуальность проблемы аллергического ринита обусловлена его тесной связью с такими заболеваниями, как бронхиальная астма (БА), острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит, экссудативный средний отит¹⁶.

Аллергический ринит, особенно персистирующий, увеличивает риск развития БА в три раза. Высока частота встречаемости аллергического ринита и БА у одних и тех же пациентов. Так, 40% больных аллергическим ринитом страдают БА, 80% пациентов с астмой имеют проявления назальной аллергии¹⁷.

Последние годы в разных странах проводятся исследования влияния аллергического ринита на качество жизни пациентов. Например, в популяционном китайском исследовании пациенты с аллергическим ринитом имели



Профессор, д.м.н.
Н.М. Ненашева

более высокий риск развития эректильной дисфункции. При этом риск ее развития был напрямую связан со степенью тяжести ринита¹⁸.

В другом исследовании показана высокая распространенность аллергического и неаллергического ринита у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна. Симптомы ринита значительно нарушают сон таких пациентов¹⁹.

¹⁶ 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.

¹⁷ Ненашева Н.М., Буриев Б.Б. Особенности атопической бронхиальной астмы у взрослых // *Российский аллергологический журнал*. 2009. № 4. С. 12–16.

¹⁸ Su V.Y., Liu C.J., Lan M.Y. et al. Allergic rhinitis and risk of erectile dysfunction – a nationwide population-based study // *Allergy*. 2013. Vol. 68. № 4. P. 440–445.

¹⁹ Zheng M., Wang X., Ge S. et al. Allergic and non-allergic rhinitis are common in obstructive sleep apnea but not associated with disease severity // *J. Clin. Sleep. Med*. 2017. Vol. 13. № 8. P. 959–966.



Кроме того, аллергические болезни в целом и аллергический ринит в частности связаны с повышенным риском развития различных видов тревожности и синдрома частой смены настроения²⁰.

В основе механизма развития аллергического ринита лежит аллергический воспалительный каскад. На ранней фазе в течение первых минут после контакта с аллергеном появляются симптомы риноринит: зуд, чихание, ринорея, слезотечение, заложенность носа, гиперемия конъюнктивы. Гистамин – один из основных медиаторов, формирующих аллергическое воспаление. В ходе аллергического воспаления он высвобождается одним из первых и участвует в формировании симптомов аллергической реакции. Спустя несколько часов (от двух до шести) в ряде случаев имеют место проявления поздней фазы аллергической реакции. Поздняя фаза формируется за счет клеточного воспалительного ответа. В аллергическом воспалении, развивающемся в слизистой оболочке носа в результате взаимодействия аллергена со специфическими IgE-антителами, участвуют эозинофилы. В реакции задействовано множество медиаторов, но гистамин в поздней фазе играет решающую роль и принимает участие в формировании так называемой назальной гиперреактивности. Слизистая оболочка начинает реагировать не только на провоцирующие аллергены, но и на неаллергические триггеры, такие как холодный воздух, изменение погоды, атмосферного давления, эмоции.

Современная концепция лечения аллергического ринита основана на достижении контроля симптомов заболевания. Контроль аллергического ринита подразумевает отсутствие симптомов заболева-

ния (заложенность, ринорея, чихание, зуд, назальный затек), нормальный уровень качества жизни (отсутствие нарушений сна, дневной активности), положительные результаты объективных измерений (нормальная назальная пиковая скорость вдоха, назальная проходимость).

На сегодняшний день для достижения контроля симптомов аллергического ринита используется ступенчатая терапия: в отсутствие контроля – увеличение объема терапии и переход на следующую ступень, при достижении контроля симптомов аллергического ринита – снижение объема терапии и переход на более низкую ступень.

При легкой форме аллергического ринита фармакотерапия начинается с первой ступени, которая предусматривает использование одного из пероральных и интраназальных антигистаминных препаратов (АГП), интраназальных кромонов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов. В отсутствие контроля заболевания в течение недели возможен переход на следующую ступень. На этой ступени терапии предпочтительны интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС). Кроме того, можно применять пероральные и интраназальные АГП и антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Недостижение контроля симптомов заболевания предполагает переход на третью ступень терапии с использованием комбинации интраназальных ГКС с одним или более пероральными и интраназальными АГП, антагонистами лейкотриеновых рецепторов. Лечением пациентов с тяжелым резистентным ринитом, особенно в сочетании с БА, на четвертой ступени должны заниматься специалисты-оториноларингологи. В таких случаях рас-

сматривают вопрос о назначении омализумаба, хирургическом лечении сопутствующей патологии. Из препаратов «скорой помощи» предпочтительны деконгестанты (интраназальные/пероральные), антихолинергические средства²¹.

На всех ступенях терапии аллергического ринита существенная роль отводится пероральным АГП. И это не случайно. Данные препараты эффективно влияют почти на все симптомы аллергического ринита. 66% больных аллергическим ринитом для предупреждения и контроля симптомов заболевания используют именно АГП²².

Сегодня пероральные АГП первого поколения не рекомендуются для лечения аллергического ринита из-за нежелательных побочных эффектов. Неседативные АГП второго поколения, лишённые недостатков своих предшественников, считаются препаратами выбора для контроля симптомов аллергического ринита. Они соответствуют всем требованиям, предъявляемым к этой группе препаратов европейскими аллергологами, иммунологами, отоларингологами. Речь прежде всего идет о селективной блокаде H₁-рецепторов, высоким антиаллергическом эффекте, быстром наступлении клинического эффекта, длительном периоде действия (24 часа), отсутствии тахифилаксии и клинически значимых взаимодействий с пищей и лекарственными средствами.

Противовоспалительная/противоаллергическая активность АГП второго поколения продемонстрирована в ряде исследований *in vitro* и *in vivo*. Препараты предотвращают дегрануляцию тучных клеток, снижают экспрессию, синтез адгезионных молекул, влияют на уменьшение хемотаксиса эозинофилов и нейтрофилов. АГП второго поколения уменьшают экспрессию воспалительных ци-

²⁰ Sansone R.A., Sansone L.A. Allergic rhinitis: relationships with anxiety and mood syndromes // *Innov. Clin. Neurosci.* 2011. Vol. 8. № 7. P. 12–17.

²¹ Papadopoulos N.G., Bernstein J.A., Demoly P. et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report // *Allergy.* 2015. Vol. 70. № 5. P. 474–494.

²² Turner P.J., Kemp A.S. Allergic rhinitis in children // *J. Paediatr. Child. Health.* 2012. Vol. 48. № 4. P. 302–310.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

токинов и нейрогенное провоспалительное влияние^{23, 24}.

Выраженность и продолжительность антиаллергического эффекта зависят от способности молекулы длительно оккупировать H₁-рецептор. Результаты исследований фармакодинамических параметров АГП *in vitro* продемонстрировали, что левоцетиризин купирует H₁-рецептор быстрее, чем дезлоратадин и фексофенадин, и обеспечивает длительный антигистаминный эффект. Молекула левоцетиризина стабильно удерживает связь с H₁-рецепторами в течение 24 часов²⁵.

Кроме того, левоцетиризин имеет наименьший среди АГП объем распределения, что обеспечивает высокую концентрацию препарата в H₁-рецепторах. Левоцетиризин по сравнению с другими представителями этого класса препаратов наиболее эффективен в отношении контроля всех симптомов аллергического ринита (зуд в носу, глазах, чихание, выделения из носа). Он также существенно

снижает выраженность заложенности носа у пациентов с аллергическим ринитом²⁶.

Интерес представляют результаты европейского шестимесячного плацебоконтролируемого исследования XPERT с участием свыше 500 больных персистирующим аллергическим ринитом, получавших H₁-АГП²⁷. Результаты показали, что на фоне использования левоцетиризина купировались симптомы аллергического ринита (заложенность носа, ринорея, чихание, зуд глаз и носа), причем эффект сохранялся шесть месяцев. Препарат продемонстрировал не только H₁-блокирующий, но и противовоспалительный эффект. Левоцетиризин значительно улучшал качество жизни всех пациентов.

Новый препарат левоцетиризина Аллервэй – эффективный и безопасный АГП нового поколения, соответствующий всем стандартам GMP. Его отличают раннее начало действия (через 12 минут после приема), возможность длительного

применения в отсутствие нежелательных эффектов, а также стойкий антиаллергический эффект в течение 24 часов. Аллервэй биоэквивалентен оригинальному препарату. Подтверждение тому – результаты открытого сбалансированного рандомизированного перекрестного исследования сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов левоцетиризин (Dr. Reddy's Laboratories Ltd, Индия) и Ксизал (левоцетиризин) («ЮСБ Фаршим С.А.», Швейцария) в форме таблеток 5 мг. Полученные данные не показали различий в профиле безопасности исследуемых препаратов²⁸.

В заключение профессор Н.М. Нешаева подчеркнула, что гистамин играет ключевую роль в формировании симптомов аллергического ринита. Именно этим обусловлена эффективность АГП. Левоцетиризин – представитель второго поколения АГП с высоким терапевтическим индексом, позволяющий достигать контроля симптомов аллергического ринита.

Принципы консервативного и хирургического лечения различных ринитов

По словам директора клиники, заведующего кафедрой болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, главного внештатного оториноларинголога Центрального федерального округа России, д.м.н., профессора Валерия Михайловича СВИСТУШКИНА, в мире до сих пор не разработана

единая классификация хронических ринитов. В настоящее время широко применяется международная классификация, закрепленная в согласительном документе Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 г. и подразделяющая риниты на аллергический (интермиттирующий, персистирующий), инфекционный, профессиональный, медикаментозный, гормональный,



Профессор, д.м.н.
В.М. Свистушкин

²³ Lieberman P. The role of antihistamines in the treatment of vasomotor rhinitis // World Allergy Organ. J. 2009. Vol. 2. № 8. P. 156–161.

²⁴ Horak F. Effectiveness of twice daily azelastine nasal spray in patients with seasonal allergic rhinitis // Ther. Clin. Risk. Manag. 2008. Vol. 4. № 5. P. 1009–1022.

²⁵ Del Cuvillo A., Mullol J., Bartra J. et al. Comparative pharmacology of the H1 antihistamines // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2006. Vol. 16. Suppl. 1. P. 3–12.

²⁶ Day J.H., Briscoe M.P., Rafeiro E., Ratz J.D. Comparative clinical efficacy, onset and duration of action of levocetirizine and desloratadine for symptoms of seasonal allergic rhinitis in subjects evaluated in the Environmental Exposure Unit (EEU) // Int. J. Clin. Pract. 2004. Vol. 58. № 2. P. 109–118.

²⁷ Bousquet J., Demarteau N., Mullol J. et al. Costs associated with persistent allergic rhinitis are reduced by levocetirizine // Allergy. 2005. Vol. 60. № 6. P. 788–794.

²⁸ Gillard M., Benedetti M.S., Chatelain P., Baltes E. Histamine H1 receptor occupancy and pharmacodynamics of second generation H1-antihistamines // Inflamm. Res. 2005. Vol. 54. № 9. P. 367–369.



идиопатический и другие формы (неаллергический ринит с эозинофильным синдромом, вызванный ирритантами, пищевой, психогенный). В свою очередь эксперты Всероссийского общества ринологов предложили классификацию, во многом схожую с классификацией ARIA. Еще в 1997 г. профессор С.В. Рязанцев призывал классифицировать риниты по этиопатогенетическому принципу. Эта классификация, во многом отражавшая отечественные воззрения на формы хронического ринита, не утратила актуальности и сегодня.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, выделяют аллергический и неаллергический риниты, нейровегетативную форму вазомоторного ринита, неинфекционный неаллергический круглогодичный ринит, идиопатический ринит и др. Однако по многим позициям современные классификации не отражают сути заболевания.

Неаллергический вазомоторный ринит (неаллергический ринит и/или идиопатический ринит) – термин, который используется для описания общего состояния полости носа неясной патофизиологии. По некоторым данным, хроническим неаллергическим ринитом страдают 5–10% населения планеты. При этом только 2–4% получают адекватное лечение. Большинство пациентов длительно используют назальные деконгестанты.

Медикаментозный ринит может развиваться на фоне применения не только назальных деконгестантов, но также аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов, бета-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, метилдопы, альфа-блокаторов. В основе патогенеза медикаментозного ринита лежит отек. Отек интерстициального слоя слизистой оболочки у предрасположенных

лиц (при уже имеющейся назальной гиперреактивности) приводит к развитию стойкой тахифилаксии и медикаментозной зависимости. Борьба с конкретными проявлениями назальной гиперреактивности сложно. Деконгестанты обладают цилитоксическим действием, поэтому длительность их применения не должна превышать 7–10 дней. Цилиодепрессивное действие местных сосудосуживающих препаратов зависит как от действующего вещества, так и от вспомогательных компонентов. Препараты с ксилометазолином и оксиметазолином оказывают менее выраженное угнетающее действие по сравнению с нафазолином и тетризолином. Поэтому предпочтительны местные сосудосуживающие препараты с минимальным содержанием вспомогательных веществ, без глицерола. По данным многочисленных исследований, нафазолин характеризуется наиболее выраженным цилитоксическим эффектом.

В целях повышения безопасности рекомендуется использовать дозированные спреи с помпой, которые позволяют контролировать количество препарата, попадающее в полость носа. Кроме того, начинать лечение целесообразно с более низких доз препарата.

Докладчик отметил, что предпочтительным методом терапии ринита являются препараты с быстрым началом и продолжительным действием. Оксиметазолин сокращает длительность острого ринита, обеспечивает быстрое начало действия и отличается хорошей переносимостью. Оценка воздействия различных сосудосуживающих препаратов на частоту биения ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа показала, что препарат на основе оксиметазолина без консервантов практически не влияет на функции ресничек мерцатель-

ного эпителия. Даже в присутствии консерванта влияние оксиметазолина на биение ресничек эпителия значительно меньше, чем влияние ксилометазолина²⁹.

Безусловно, у больных неаллергическим ринитом получить положительный ответ на лечение значительно труднее, чем у пациентов с аллергическим ринитом, из-за гетерогенного характера механизма развития ринита³⁰.

Методов лечения неаллергического ринита несколько, например введение ГКС в толщу нижних носовых раковин (депонирование). Данный метод может сопровождаться развитием осложнений, поскольку ГКС в этом случае оказывают системное действие.

Значительная доказательная база свидетельствует об использовании при неаллергическом рините топических АГП, ингаляционных ГКС и ипратропия бромиды.

Таким образом, при неаллергическом рините применяют:

- заместительную терапию (мометазон 200–400 мкг/сут не менее месяца);
- промывание полости носа водно-солевыми растворами;
- деконгестанты средней и длительной продолжительности действия;
- деконгестанты без эципиентов.

Кроме того, алгоритм лечения предусматривает постепенное снижение дозы и кратности применения сосудосуживающих препаратов до их полной отмены, оценку структурных и воспалительных изменений полости носа и околоносовых пазух. В отсутствие эффекта от лечения показано хирургическое вмешательство.

Хирургическое лечение неаллергического ринита предполагает воздействие на носовые раковины, резекцию переднего решетчатого нерва, блокирование клиновидно-носового ганглия.

²⁹ Deitmer T., Scheffler R. The effect of different preparations of nasal decongestants on ciliary beat frequency in vitro // Rhinology. 1993. Vol. 31. № 4. P. 151–153.

³⁰ Blom H.M., Godthelp T., Fokkens W.J. et al. The effect of nasal steroid aqueous spray on nasal complaint scores and cellular infiltrates in the nasal mucosa of patients with nonallergic, noninfectious perennial rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 1997. Vol. 100. № 6. Pt. 1. P. 739–747.



Називин. С любовью к носикам!

- Оригинальный оксиметазолин¹
- Хороший профиль безопасности²
- Действие до 12 часов¹
- Без консервантов¹
- Воздействие на риновирус³
- Сокращает длительность ринита на 2 дня¹



1. Инструкция по медицинскому применению препаратов Називин Сенситив спрей назальный дозированный 22,5 мкг/доза и Називин Сенситив капли назальные дозированные 0,01%;
2. Reinecke und Tschaikein, MMW original papers III/2005: 113-118; 3. Koelsch S et al. 2007

Вниманию медицинских сотрудников. Реклама. При возникновении вопросов обращаться в ООО «Др. Редди'с Лабораторис», Россия, 115035, г. Москва, Овчинниковская наб., д.20, стр. 1. Тел/факс: +7 (495) 783-29-01; сайт компании: www.drreddys.com

Рег. №ЛП-001156 от 14.11.2016

Dr.Reddy's



Выбор метода хирургического вмешательства зависит прежде всего от его безопасности, эффективности и функциональности. Современные хирургические вмешательства отвечают этим требованиям и позволяют исключить пребывание пациентов в стационаре после операции, сократить сроки их реабилитации, сохранить нормальное качество жизни.

В российской оториноларингологической практике с 1980-х гг. успешно применяются методы лазерной хирургии (подслизистая коагуляция, точечная коагуляция и избирательная абляция гипертрофированных участков носовых раковин). Кроме того, используются электрохирургические методы, в частности радиоволновая хирургия.

В российском исследовании оценивали эффективность хирургического лечения у 120 пациентов с вазомоторным ринитом. Все пациенты были разделены на три группы. Пациентам первой группы выполняли подслизистую инструментальную вазотомию нижних носовых раковин, пациентам второй – поверхностную лазерную вазотомию нижних носовых раковин с помощью полупроводникового лазера АТКУС-15. В третьей группе проводили радиоволновую вазотомию нижних носовых раковин игольчатым электродом радиочастотного скальпеля в режиме «резка – коагуляция»³¹.

Сравнительный анализ эффективности хирургического лечения вазомоторного ринита с определением функции мукоцилиарного транспорта и показателей передней активной риноманометрии продемонстрировал высокую эффективность контактных поверхностных лазерных и радиочастотных вазотомий. Выполненные в амбулаторных условиях опера-

тивные вмешательства позволили отказаться от госпитализации пациентов с хроническим вазомоторным ринитом в оториноларингологический стационар.

При аллергическом рините проводят оперативное вмешательство по поводу структурных нарушений полости носа и околоносовых пазух, при патологии пазух носа, носоглотки, дисфункции слуховой трубы. Воздействие на нижние носовые раковины для увеличения воздушной проходимости – основа хирургического лечения аллергического ринита. Продуманные методы и щадящее отношение к слизистой оболочке носа позволяют достигать максимальных результатов и улучшают качество жизни пациентов с аллергическим ринитом³².

Назальная обструкция, наиболее резистентный к медикаментозному лечению симптом, в большинстве случаев негативно отражается на качестве жизни больных аллергическим ринитом. Операция не устраняет аллергическое воспаление, но уменьшает выраженность отека слизистой оболочки и улучшает проходимость носовых ходов. У большинства больных аллергическим ринитом отмечается стойкий эффект после лазерной

редукции нижних носовых раковин. Эффект особенно выражен у пациентов с тяжелыми формами аллергического ринита при неэффективности консервативных методов лечения. После лазерной коагуляции у больных значительно уменьшается инфильтрация эозинофилами слизистой оболочки носовых раковин³³.

Между тем вопрос эффективности операций на носовых раковинах при аллергическом рините в долгосрочной перспективе остается спорным. Систематический обзор исследований показал, что после операций 30% пациентов отмечают рецидив назальной обструкции в среднем через 33 месяца, что исключает возможность достижения стойкой ремиссии при специфическом воспалении, например аллергии. Поэтому хирургические методы не относятся к золотому стандарту лечения больных аллергическим ринитом. Хирургическую коррекцию следует рассматривать только после неэффективной элиминации причинно-значимых аллергенов, применения аллергенспецифической иммунотерапии и фармакотерапии. Хирургические методы лечения – важная составляющая в достижении стойкого функционального эффекта.

Заключение

Симптоматическая терапия различных форм ринитов предполагает применение назальных сосудосуживающих препаратов – деконгестантов. Деконгестанты, которые содержат консерванты и не снабжены системой дозирования, характеризуются высоким риском развития нежелательных эффектов и осложнений, в том числе медикаментозного ринита. По данным иссле-

дований, наиболее безопасными деконгестантами, используемыми в оториноларингологической практике, являются препараты на основе оксиметазолина без добавления консервантов.

При аллергическом рините в клинической практике успешно используют антигистаминные препараты второго поколения, в состав которых входит левоцетиризин. ☺

³¹ Блоцкий А.А., Карпищенко С.А., Блоцкий Р.А. Сравнительный анализ эффективности хирургического лечения хронического ринита в амбулаторных условиях // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 4. С. 82–85.

³² Chhabra N., Houser S.M. Surgery for allergic rhinitis // Int. Forum Allergy Rhinol. 2014. Vol. 4. Suppl. 2. P. S79–S83.

³³ Imamura S., Honda H. Carbon dioxide laser vaporization of the inferior turbinate for allergic rhinitis: short-term results // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 2003. Vol. 112. № 12. P. 1043–1049.

XVII Конгресс детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики» 12–14 декабря 2018 года

Конгресс посвящен 80-летию академика В.Ф. Учайкина

Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС),
Москва, проспект Вернадского, 84

Организаторы

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Ассоциация педиатров-инфекционистов
- Департамент здравоохранения г. Москвы
- НП «Национальная медицинская палата»
- Российская академия наук
- ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ)
- Союз педиатров России

Основные научные направления конгресса

1. Трудные вопросы ведения инфекционных больных. Разборы клинических случаев
2. ОРВИ и грипп у детей: современные методы лечения и профилактики
3. Герпесвирусные инфекции у детей: трудности в диагностике и лечении
4. Вирусные гепатиты: новые подходы в лечении
5. ВИЧ-инфекция у детей – профилактика перинатальной передачи
6. Нейроинфекции – актуальная междисциплинарная проблема
7. Природно-очаговые инфекции: диагностика, лечение и профилактика
8. Актуальные вопросы диагностики и лечения кишечных инфекций у детей
9. Новые возможности вакцинопрофилактики у детей
10. Инфекционные заболевания у соматических больных: диагностика, лечение и профилактика
11. Иммунореабилитация детей с инфекционными заболеваниями
12. Паразитозы

Регистрационный взнос в размере 1 100,00 (одна тысяча сто) рублей (без НДС) должен быть переведен на расчетный счет АССОЦИАЦИИ ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ: ОГРН 1167700073925, ИНН 9717048605, КПП 771701001, р/с 40703810938000006376, в ПАО Сбербанк г. Москвы, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225. В регистрационный взнос входит: присутствие на всех заседаниях, получение бейджа и материалов участника конгресса, размещение тезисов в сборнике конгресса.

Тезисы принимаются до 15 ноября 2018 года.

Правила оформления тезисов. Редактор: MS Word. Шрифт: Times New Roman 12, через 1,5 интервала. Отступы: сверху, снизу, слева, справа – 2,5 см. Объем не более одной страницы. Параметры страницы: А4 (портрет). Название работы печатается в верхнем регистре жирным шрифтом без сокращений, далее надо обязательно указать фамилии авторов, организацию, город и страну.

Оплата тезисов: для публикации тезисов необходимо заплатить 450 рублей (без НДС) на расчетный счет АССОЦИАЦИИ ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ либо оплатить регистрационный взнос, куда уже входит сбор на публикацию тезисов. Фото или скан квитанции платежного поручения об оплате сбора за публикацию тезисов должны быть высланы по e-mail chinf-tezis@mail.ru с указанием на бланке платежного поручения фамилии первого автора и названия мероприятия.

Конкурс молодых ученых: в рамках конгресса пройдет конкурс молодых ученых в виде постерной сессии. В конкурсе могут принять участие лица до 35 лет (студенты, ординаторы, аспиранты и др.). По всем вопросам обращаться в организационный комитет конгресса.

Выставка: параллельно с заседанием конгресса проводится Международная медицинская выставка, в ходе которой российские и зарубежные компании представят современное медицинское оборудование, новые лекарственные препараты. Организатор выставки – АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ.

Гостиница: по вопросам размещения в гостинице обращаться к Васильевой Юлии Викторовне. Стоимость проживания в гостинице не входит в регистрационный взнос.



Борьба с инфекциями во имя спасения жизни

Инфекционно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов чрезвычайно распространены в популяции, встречаются повсеместно, во всех возрастных группах. Рассмотрению рациональных подходов к их лечению в условиях возрастающей антибиотикорезистентности микроорганизмов был посвящен симпозиум, организованный в рамках VII Петербургского форума оториноларингологов России.



К.м.н. О.У. Стецюк

Как отметила старший научный сотрудник НИИ антимикробной химиотерапии Смоленского государственного медицинского университета (СМГУ), к.м.н. Ольга Ульяновна СТЕЦЮК, с каждым годом проблема резистентности бактериальных возбудителей инфекций различной локализации становится все более значимой для медицинского сообщества. Не случайно в последние десятилетия под эгидой НИИ антимикробной химиотерапии СМГУ в стране регулярно проводятся национальные многоцентровые исследования антибиотикорезистентности.

Антибиотикорезистентность бактериальных возбудителей респираторных инфекций в России: что происходит и готовиться ли нам к худшему?

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), эпидемиологический надзор за антибиотикорезистентностью, позволяющий отслеживать изменения в популяции микроорганизмов, способствует раннему выявлению резистентных штаммов.

Чтобы сделать обновленные результаты исследований более доступными для специалистов, была разработана мобильная версия AMRmap – система мониторинга антибиотикорезистентности в России, содержащая набор инструментов для анализа и визуализации данных о чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам. Система основана на данных, полученных НИИ антимикробной химиотерапии (НИИАХ) совместно с Межрегиональной ассоциацией по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. В эту версию включена информация о чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам,

поступившая из 52 российских городов за 1997–2016 гг.

В рутинной практике на основании сведений о чувствительности респираторных патогенов к антибиотикам можно прогнозировать эффективность лечения. Исходно традиционная группа возбудителей инфекций верхних дыхательных путей (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *St. pyogenes* и др.) продемонстрировала хорошую чувствительность к основным классам антибактериальных препаратов. Сегодня наблюдается тенденция к увеличению приобретенной резистентности. Так, в 2012 г. были выявлены высокая частота умеренно резистентных и резистентных штаммов *St. pyogenes* к тетрациклину (3,7 и 33,9% соответственно) и рост нечувствительных штаммов к макролидам (9%)¹.

Зачастую проблемы резистентности патогенов связаны с выработкой бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) действия. Согласно данным за 2015 г., около

¹ 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.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

10% штаммов *H. influenzae* вырабатывают БЛРС, что может обуславливать их резистентность к амоксициллину².

Как только микроорганизм становится резистентным к макролидам, он утрачивает чувствительность к линкозамидам. Устойчивость *St. pneumoniae* к данным антибиотикам в российских регионах различна, максимальная резистентность регистрируется в Санкт-Петербурге и Москве². Согласно данным многоцентровых исследований, резистентность штаммов *St. pneumoniae* к макролидам превышает 20%.

В регионах возрастает устойчивость штаммов *St. pneumoniae* к пенициллину. По оценкам, чувствительность к пенициллину сохраняют почти 65% штаммов *St. pneumoniae*, 30% демонстрируют умеренную резистентность, около 3,5% – низкую. К амоксициллину устойчивость штаммов *St. pneumoniae* минимальна.

Анализ данных исследования ПеГАС (2010–2015 гг.) показал, что в отношении *St. pneumoniae* наиболее активны амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, респираторные фторхинолоны и ванкомицин.

В международном многоцентровом пролонгированном исследовании амоксициллин/клавуланат имел преимущество перед пенициллином и макролидами в отношении более высокой чувствительности штаммов *St. pneumoniae* – 75,0, 32,2 и 4,3%, 76,1, 4,8 и 4,2%, 100,0, 87,3 и 88,1% соответственно^{3,4}.

По словам О.У. Стецюк, в нашей стране ситуация с антибиотикорезистентностью внебольничных респираторных патогенов пока благополучная. Однако последние годы наблюдаются рост резистентности пневмококков к макролидам (20%), распространение штаммов со сниженной чувствительностью к пенициллину (30%), в отдельных регионах – появление *St. pneumoniae* с высоким уровнем резистентности к пенициллину (3%). Это не может не тревожить медицинское сообщество. В октябре 2017 г. междисциплинарный экспертный совет принял резолюцию по эмпирической антибактериальной терапии инфекционных заболеваний дыхательных путей с учетом факторов риска резистентной флоры. В резолюции выделены индивидуальные факторы риска наличия резистентной флоры:

- прием антибактериальных препаратов в течение предшествующих трех месяцев;
- госпитализация в течение предшествующих трех месяцев;
- пребывание в домах длительного ухода;
- лечение в дневных стационарах поликлиник;
- лечение гемодиализом;
- контакт с детьми, посещающими школьные учреждения;
- иммунодепрессивные состояния;
- алкоголизм;
- хронические заболевания органов дыхания;
- сахарный диабет;
- недавние путешествия⁵.

Установлена прямая корреляция между предшествующей длительной антибактериальной терапией (не менее трех месяцев) бета-лактамами, макролидами, пенициллином и частотой выделения резистентных штаммов *St. pneumoniae*^{6,7}. Между тем далеко не все антибактериальные препараты приводят к резистентности патогенов. Как показывают результаты многолетних наблюдений (1998–2009 гг.) за чувствительностью респираторных патогенов к амоксициллину/клавуланату, рост антибиотикорезистентности к нему не зафиксирован [4]. В примерном перечне основных лекарственных средств ВОЗ амоксициллин/клавуланат указан в качестве антибактериального препарата, рекомендуемого в приоритетном порядке для лечения широкого спектра инфекционных заболеваний.

Правительство РФ в 2017 г. утвердило Стратегию предупреждения распространения антимикробной резистентности на период до 2030 г. По мнению О.У. Стецюк, любой практический врач внесет собственный вклад в ее реализацию, если будет:

- назначать антибиотики строго по показаниям;
- выбирать качественные антибактериальные препараты надежных производителей;
- использовать методы профилактики с доказанной эффективностью;
- по возможности проводить микробиологические исследования;
- участвовать в микробиологическом мониторинге антибактериальной резистентности.

² 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.

³ Van P.H., Binh P.T., Minh N.H. et al. Results from the Survey of Antibiotic Resistance (SOAR) 2009–11 in Vietnam // J. Antimicrob. Chemother. 2016. Vol. 71. Suppl. 1. P. i93–102.

⁴ Feshchenko Y., Dzyublik A., Pertseva T. et al. Results from the Survey of Antibiotic Resistance (SOAR) 2011–13 in Ukraine // J. Antimicrob. Chemother. 2016. Vol. 71. Suppl. 1. P. i63–69.

⁵ Козлов Р.С., Звярянов С.К., Синопальников А.И. и др. Резолюция совета экспертов «Эмпирическая антибактериальная терапия инфекций дыхательных путей с учетом факторов риска резистентной флоры» // Справочник поликлинического врача. 2018. № 1. С. 28–32.

⁶ Hadley J.A., Pfaller M.A. Oral beta-lactams in the treatment of acute bacterial rhinosinusitis // Diagn. Microbiol. Infect. Dis. 2007. Vol. 57. Suppl. 3. P. 47S–54S.

⁷ Goossens H., Ferech M., Vander Stichele R. et al. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study // Lancet. 2005. Vol. 365. № 9459. P. 579–587.

оториноларингология



Профессор, д.м.н.
Е.П. Карпова

По словам заведующей кафедрой оториноларингологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н., профессора Елены Петровны КАРПОВОЙ, заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости. К наиболее распространенной патологии ЛОР-органов в детском возрасте относятся заболевания носоглотки, реже гор-

тани. Значимой проблемой остается воспаление околоносовых пазух (риносинусит). Несмотря на достижения практической медицины, тенденция к уменьшению заболеваемости риносинуситом не прослеживается.

Согласно классификации, закрепленной в европейском согласительном документе EPOS-2012 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis – Европейский консенсус по риносинуситам и назальным полипам), острый риносинусит подразделяется на вирусный (обычная простуда), поствирусный и бактериальный. Острый риносинусит у детей определяет-

Рациональная антибактериальная терапия инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей и ЛОР-органов у детей

ся как внезапное появление двух и более симптомов, таких как заложенность носа/затрудненное носовое дыхание, бесцветные/светлые выделения из носа, кашель (в дневное или ночное время). Симптомы сохраняются не более 12 недель⁸.

Острый риносинусит констатируют при длительности сохранения симптомов заболевания менее десяти дней, поствирусный – при усилении выраженности ринологических симптомов после пятого дня от начала заболевания или при сохранении симптомов свыше десяти дней, но при общей продолжительности 12 дней. Только у немногих пациентов с поствирусным острым риносинуситом заболевание имеет бактериальную природу.

Заподозрить бактериальный острый риносинусит можно при наличии трех и более из следующих симптомов:

- односторонние гнойные выделения и гнойный секрет в полости носа;
- отсутствие положительной динамики в течение десяти и более дней;
- односторонняя боль в области лица;
- выраженная лихорадка (температура тела > 38 °С);
- выраженные симптомы, которые имели место на момент начала заболевания, сохраняются (три-четыре дня);
- наличие угрозы гнойно-септических орбитальных или внутричерепных осложнений;
- повышение скорости оседания эритроцитов и/или уровня С-реактивного белка;

■ наличие второй волны (ухудшение после улучшения).

Стандартом этиологической диагностики риносинусита является бактериологическое исследование аспирата, полученного при пункции из синуса. Диагностически значимый титр – 10⁵ КОЕ/мл. По оценкам, возбудителя удается выделить в 60% случаев, в 20–30% определяется полимикробная этиология⁹.

Изучение микробиоты респираторного тракта показало, что в течение первых двух лет жизни ребенка (с момента рождения) происходит активное заселение дыхательных путей бактериями. Среди основных возбудителей, колонизирующих дыхательные пути, не только *St. pneumoniae*. В зависимости от возраста у детей в структуре комбинированной бактериальной микрофлоры помимо *St. pneumoniae* все большую значимость приобретают *H. influenzae*, *M. catarrhalis* и другие бактериальные патогены. Сочетание данных патогенов и вирусно-бактериальных ассоциаций – ключевой фактор формирования дальнейшего хронического процесса, осложнений и рецидивов заболеваний¹⁰.

Основными целями лечения острого и рецидивирующего риносинусита являются эрадикация возбудителя, сокращение длительности заболевания, предупреждение развития орбитальных и внутричерепных осложнений. EPOS, равно как и российские руководства, очерчивают четкую границу использования антибактериальной терапии – только при остром бактериальном риносинусите.

⁸ Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 // Rhinology. 2012. Vol. 50. Suppl. 23. P. 1–298.

⁹ Гучаев И.А., Колосов А.А. Рациональная антибактериальная терапия острой инфекции верхних дыхательных путей (риносинусит) // Лечащий врач. 2007. № 9. С. 33–36.

¹⁰ Рациональная антибактериальная терапия инфекций ЛОР-органов в педиатрической практике. Резолюция совета экспертов. Москва, 14 декабря 2016 // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2017. № 1. С. 26–30.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

Препаратом выбора при бактериальном риносинусите у детей является амоксициллин (внутри 40–45 мг/кг/сут в три приема), препаратом второй линии – амоксициллин/клавуланат (внутри 40–90 мг/кг/сут в два приема) или цефиксим/цефтриаксон.

Наиболее распространенным заболеванием в педиатрической популяции считается острый средний отит. К трехлетнему возрасту хотя бы однажды его переносят 75–80% детей¹¹. Как и бактериальный риносинусит, острый средний отит обычно является осложнением острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). Заболевание возникает в результате вирусной инфекции ВДП, которая приводит к воспалению/нарушению функции слуховой трубы, отрицательному давлению в среднем ухе и попаданию в барабанную полость секрета, содержащего вызвавший инфекцию вирус и патогенные бактерии из носоглотки¹².

Как и при бактериальном риносинусите, наиболее частыми возбудителями острого среднего отита являются *St. pneumoniae* и *H. influenzae*. Этиология острого среднего отита меняется. Следовательно, меняются и стартовые антибиотики. Например, при остром среднем отите с конъюнктивитом препаратом выбора становится амоксициллин/клавуланат.

На данный момент принято множество национальных согласительных документов по диагностике и терапии острого среднего отита. Их основная цель – сокращение гипердиаг-

ности и избыточного лечения. В случае острого среднего отита у детей старше шести месяцев с нетяжелой формой заболевания в отсутствие иммунодефицитных, хронических сердечных и легочных патологий рекомендуется придерживаться выжидательной тактики. Конечно, при условии, что родители детей способны определить признаки ухудшения болезни.

Выжидательная тактика предполагает наблюдение в течение 48–72 часов без назначения антимикробных препаратов. Если в течение этого периода самочувствие ребенка не улучшается или ухудшается и при этом первично установленный диагноз острого среднего отита сохраняется, назначают антимикробную терапию¹³.

В ряде случаев антибактериальные препараты назначают для предотвращения риска развития серьезных осложнений: перфорации барабанной перепонки, формирования хронического гнойного отита, развития гнойного менингита и т.д. Антибактериальную терапию необходимо проводить у детей в возрасте младше двух лет при выраженной боли в ухе и фебрильной температуре.

В силу схожести этиологической структуры принципы антибактериальной терапии при среднем остром отите те же, что и при остром бактериальном синусите. Препаратом выбора считается амоксициллин внутри 40–45 мг/кг/сут в три приема, при наличии факторов риска резистентной флоры или неэф-

фективности первого антибиотика – амоксициллин/клавуланат внутри 45–90 мг/кг/сут в два приема. При затяжном или рецидивирующем остром среднем отите препаратом выбора является амоксициллин/клавуланат внутри 90 мг/кг/сут в два приема^{14, 15}.

Препарат Амоксиклав представляет собой комбинацию амоксициллина и клавулановой кислоты. Амоксициллин – полусинтетический антибиотик широкого спектра действия, однако он подвержен разрушению бета-лактамазами. Клавулановая кислота способна инактивировать широкий спектр бета-лактамаз, защищая амоксициллин от разрушения этими ферментами и повышая его антибактериальную активность. Клавулановая кислота также стимулирует фагоцитоз и хемотаксис, повышая антимикробный иммунитет.

Препарат имеет хороший профиль безопасности. Значение гепатотоксичности клавулановой кислоты сильно преувеличено. По оценкам, частота гепатотоксических реакций амоксициллина/клавуланата всего 17 на 100 000 назначений (0,017%)¹⁶.

Амоксиклав включен в Оранжевую книгу (Orang Book) Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA). Это означает, что Амоксиклав полностью эквивалентен оригинальному препарату.

Что касается лекарственной формы антибиотиков, в боль-

¹¹ Grevers G., *First International Roundtable ENT Meeting Group*. Challenges in reducing the burden of otitis media disease: an ENT perspective on improving management and prospects for prevention // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2010. Vol. 74. № 6. P. 572–577.

¹² Lieberthal A.S., Carroll A.E., Chonmaitree T. et al. The diagnosis and management of acute otitis media // *Pediatrics.* 2013. Vol. 131. № 3. P. e964–999.

¹³ Forgie S., Zhanel G., Robinson J. Management of acute otitis media // *Paediatr. Child Health.* 2009. Vol. 14. № 7. P. 457–464.

¹⁴ Карнеева О.В., Поляков Д.П., Гуров А.В. и др. Отит средний острый. Клинические рекомендации. М., 2016.

¹⁵ Сидоренко С.В., Яковлев С.В., Сичак Т.В. и др. Стратегия и тактика рационального применения лекарственных средств в амбулаторной практике. Евразийские клинические рекомендации. 2016 год // *Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum.* 2016. № 4. С. 10–20.

¹⁶ Leitner J.M., Graninger W., Thalhammer F. Hepatotoxicity of antibacterials: pathomechanisms and clinical // *Infection.* 2010. Vol. 38. № 1. P. 3–11.



шинстве случаев у пациентов в возрасте до 12 лет предпочтительно использовать суспензию или диспергируемые таблетки. Амоксиклав имеет некоторые преимущества перед другими выпускаемыми защищенными амоксицилинами. Например, Амоксиклав суспензия с содержанием амоксициллина и клавулановой кислоты в соотношении

4:1 для пациентов от рождения до года (156,5 мг) и от года до четырех лет (312,5 мг), а также в соотношении 7:1 для детей с осложненным течением заболевания и возможностью двукратного приема с трех месяцев до четырех лет (457 мг 70 мл) и с четырех до 12 лет (457 мг 140 мл) дозируется с помощью дозирочной пипетки с точностью до 1%.

Амоксиклав Квиктаб 312 мг в форме диспергируемых таблеток, содержащих амоксициллин 250 мг и клавулановую кислоту 62,5 мг, предназначен для детей от четырех до 12 лет. Амоксиклав Квиктаб 312 мг быстро достигает зоны действия, удобен в применении (растворяется или рассасывается) и обладает приятным вкусом сладкого апельсина.



Профессор, д.м.н.
Г.Н. Никифорова

Рациональная антибактериальная терапия инфекционных заболеваний дыхательных путей и ЛОР-органов у взрослых

отикотерапии может приводить к селекции лекарственно-устойчивых микроорганизмов, их нежелательной колонизации и развитию инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами¹⁷.

Распространение резистентности считается одной из актуальных проблем современности и несет биологическую и экономическую угрозу для всех стран мира. Установлено, что антимикробная резистентность – причина более 700 000 ежегодных летальных исходов в мире. По прогнозам, к 2050 г. этот показатель увеличится до 10 млн.

Микробы обладают природной и приобретенной резистентностью¹⁸. Бытует мнение, что единственным способом борьбы с возрастающей резистентностью к антибиотикам является создание новых, более эффективных лекарственных средств. К сожалению, рост антибиотикорезистентности происходит на фоне дефицита новых системных антибактериальных препаратов. Поэтому решить проблему можно, устранив ненадлежащее использование антибиотиков¹⁹.

Согласно Евразийским клиническим рекомендациям 2016 г., эффективность антибактериальной терапии должна оцениваться не ранее чем через 48 часов после ее начала¹⁵. В рекомендациях обозначены и принципы рациональной антибиотикотерапии. Под рациональным понимается лечение в целях обеспечения эрадикации микроорганизмов. Необходимо ограничивать прием антибиотиков, уровень резистентности к которым высокий или на фоне применения которых резистентность быстро возрастает. Отдавая предпочтение генерическим препаратам в силу их более низкой стоимости, не следует забывать о качестве. Надо выбирать качественные генерики. Генерики низкого качества способствуют росту резистентности возбудителей²⁰.

При выборе антимикробного препарата необходимо учитывать:

- ✓ степень антимикробной активности препарата *in vitro*;
- ✓ региональный уровень резистентности возбудителей к антибиотикам;
- ✓ доказанную в контролируемых клинических исследованиях эффективность;
- ✓ безопасность.

Профилактика и лечение воспалительных заболеваний ЛОР-органов и их осложнений является одной из наиболее сложных проблем практического здравоохранения. По данным профессора кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Галины Николаевны НИКИФОРОВОЙ, ежегодно количество таких больных увеличивается на 1,5–4%.

Одной из причин роста распространенности воспалительных заболеваний ВДП является нерациональное использование антибиотиков. Экологический нежелательный эффект антиби-

¹⁷ Paterson D.L. 'Collateral damage' from cephalosporin or quinolone antibiotic therapy // Clin. Infect. Dis. 2004. Vol. 38. Suppl. 4. P. S341–345.

¹⁸ Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. НИИИХ СГМА, 2007.

¹⁹ Boucher H.W., Talbot G.H., Benjamin D.K.Jr. et al. 10 x '20 Progress – development of new drugs active against gram-negative bacilli: an update from the Infectious Diseases Society of America // Clin. Infect. Dis. 2013. Vol. 56. № 12. P. 1685–1694.

²⁰ Тарловская Е.И. Генерики и оригинальные препараты: взгляд практического врача // РМЖ. 2008. № 5. С. 333–337.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

В настоящее время спектр антибактериальных средств достаточно широк. Тем не менее перед лечащим врачом всегда стоит проблема выбора оптимального препарата для лечения пациентов с инфекцией ВДП и ЛОР-органов. Макролиды сдают позиции, цеффиксим из-за низкой активности к пневмококкам уже не относится к препаратам стартовой терапии, амоксициллин неэффективен у пациентов с факторами риска наличия лекарственно-устойчивых возбудителей.

К представителям хорошо зарекомендовавших себя антибактериальных препаратов для лечения пациентов с инфекционными заболеваниями ВДП и ЛОР-органов относится Амоксиклав. Препарат характеризуется 100-процентной доказанной эффективностью в отношении основных возбудителей инфекции ВДП, в том числе у пациентов с факторами риска наличия лекарственно-устойчивых возбудителей.

Амоксиклав – антибиотик широкого спектра действия представляет собой комбинацию полусинтетического пенициллина амоксициллина и ингибитора бета-лактамаз – клавулановой кислоты. Подобная комбинация способствует более высокой бактерицидной активности, в том числе в отношении штаммов микроорганизмов, резистентных к одному амоксициллину. Это подтверждают результаты исследований ПеГАС I–IV (1999–2015 гг.): в Российской Федерации на протяжении более 15 лет Амоксиклав демонстрирует высокую активность в отношении *St. pneumoniae*²¹.

Бесспорным преимуществом амоксициллина/клавуланата является его активность в отношении бета-лактамазпродуцирующих штаммов: *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, ряда граммотри-

цательных энтеробактерий, например *Klebsiella pneumoniae*, метициллин-чувствительных штаммов *Staphylococcus aureus*, неспорообразующих анаэробов. Согласно Евразийским клиническим рекомендациям, амоксициллин/клавуланат показан пациентам с факторами риска внебольничных инфекций, вызванных антибиотикорезистентными возбудителями¹⁵.

Согласно рекомендациям EPOS-2012, руководству по ведению взрослых и детей с острым бактериальным риносинуситом Американского общества по инфекционным болезням 2012 г. и другим зарубежным клиническим рекомендациям, амоксициллин/клавуланат является препаратом первого выбора терапии острого бактериального риносинусита⁸.

При стрептококковом тонзиллофарингите проводится антибактериальная терапия, а при неэффективности стартовой антибиотикотерапии, рецидивах тонзиллофарингита рекомендуется применение амоксициллина/клавуланата.

Заключение

Для лечения инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей и ЛОР-органов бактериальной природы важно правильно подобрать рациональную антибиотикотерапию, чтобы предупредить развитие рецидивов, осложнений и резистентности бактерий. В связи с этим особого внимания заслуживает препарат Амоксиклав (амоксициллин/клавуланат), который демонстрирует более высокую активность *in vitro* в отношении возбудителей, резистентных к стартовому препарату амоксициллин, и основных возбу-

дителей респираторных инфекций (*St. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*). Несомненным преимуществом препарата является разнообразие форм выпуска. Амоксиклав выпускается в форме таблеток, покрытых пленочной оболочкой, содержащих 500 или 875 мг амоксициллина и 125 мг клавулановой кислоты, а также в форме порошка для внутривенного введения, содержащего 500 или 1000 мг амоксициллина.

Разнообразие способов приема и большой выбор доз Амоксиклава делают препарат удобным и простым в применении, что повышает приверженность пациентов лечению.

Разнообразие способов приема и большой выбор доз Амоксиклава делают препарат удобным и простым в применении, что повышает приверженность пациентов лечению.

Разнообразие способов приема и большой выбор доз Амоксиклава делают препарат удобным и простым в применении, что повышает приверженность пациентов лечению.

В состав Амоксиклава входят амоксициллин, выполняющий основную антибактериальную защиту, и клавулановая кислота, защищающая амоксициллин от разрушительного действия бета-лактамаз. Кроме того, клавулановая кислота в составе Амоксиклава обладает собственной антимикробной активностью, стимулирует противомикробный иммунитет, фагоцитоз и хемотаксис. ☺

²¹ 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. 329–241.



Новые подходы к лечению и профилактике вирусно-бактериальных инфекций в эпоху антибиотикорезистентности

Эксперты рассмотрели особенности неспецифической профилактики и лечения пациентов с респираторной инфекцией отделов верхних дыхательных путей, хронической патологией носа и глотки, с позиции доказательной медицины проанализировали возможности использования иммуностимулирующих лизатов бактерий и средств для ирригационно-элиминационной терапии при вирусно-бактериальных инфекциях дыхательных путей и в целях профилактики их рецидивов.



Профессор, д.б.н.
А.В. Полевщиков

По словам ведущего научного сотрудника отделения микробиологии и иммунологии НИИ экспериментальной медицины РАН, д.б.н., профессора Александра Витальевича ПОЛЕВЩИКОВА, защитные реакции слизистой оболочки верхних дыхательных путей служат примером взаимодействия механизмов врожденного и приобретенного иммунитета.

Клеточные факторы врожденного иммунитета представлены НК-клетками, макрофагами, нейтрофилами и эозинофилами, пептидами и др. Феномен приобретенного иммунитета определяется участием Т- и В-клеток и иммуноглобулинов (Ig). Благодаря врожденным механизмам защи-

Респираторная инфекция в эпоху антибиотикорезистентности. Современный взгляд на проблему

ты элиминируется до 98% патогенов, проникающих в дыхательные пути. Тем не менее в случае активной колонизации слизистой оболочки патогенными микроорганизмами запускается каскад воспалительных реакций. Как следствие – нарастание клинических симптомов заболевания, требующих назначения антибактериальной терапии.

Проблема устойчивости микроорганизмов к антибиотикам – одна из ключевых в современной медицине. Впервые проблема антибиотикорезистентности возникла в 1940 г. в ходе клинических испытаний инновационного антибактериального пеницилина. В 1946 г. в одном из американских госпиталей было установлено, что 14% взятых от больных штаммов стафилококка устойчивы к пеницилину. К концу 1940-х гг. доля резистентных штаммов увеличилась до 59%.

Чем обусловлена антибиотикорезистентность микроорганизмов? Прежде всего выживанием бактерии как вида, быстрым размножением и высокой генетической изменчивостью вследствие фор-

мирования новых генов лекарственной устойчивости. Не следует исключать и возможность межвидового переноса плазмид генетической устойчивости к антибиотикам.

Увеличение числа антибиотикорезистентных штаммов бактерий объясняется не только биологическими, но и медико-социальными причинами. Речь, в частности, идет о биологическом росте уровня антибиотикорезистентности, включении антибиотиков в стандарты лечения, особенно в педиатрии, распространении ряда опасных и социально значимых инфекций (туберкулез), широком применении антибиотиков, их массовой доступности в странах СНГ, постоянной разработке и внедрении в клиническую практику новых антибиотиков.

В 2001 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла глобальную стратегию по сдерживанию резистентности к антимикробным препаратам. В 2017 г. стратегия по сдерживанию устойчивости к антибиотикам была утверждена Правительством Российской Федерации.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

По оценкам экспертов ВОЗ, если рост и распространение бактериальной резистентности продолжится такими темпами, после 2050 г. смертность от антибиотиков (свыше 10 млн летальных исходов ежегодно) превысит смертность от онкологических заболеваний.

Сегодня насчитывается 12 бактерий с высокой антибиотикорезистентностью к определенным препаратам, в том числе синегнойная палочка, энтеробактерии, стрептококк¹.

Решение проблемы на уровне взаимодействия между врачом и пациентом сводится к полному запрету на использование антибактериальных препаратов без назначения врача, соблюдению дозы и продолжительности приема препарата, проведению вакцинации.

Еще в 1950–1970 гг. академиком В.И. Иоффе (Институт экспериментальной медицины) в сотрудничестве с оториноларингологами и ревматологами были начаты работы по изучению бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА). В 1970-е гг. БГСА был включен в перечень микроорганизмов, подлежащих санэпидучету в СССР. Первая отечественная тест-система экспресс-диагностики БГСА, разработанная в 1985 г., была запатентована, но не запущена в производство.

Чем опасен *Streptococcus pyogenes*, или БГСА? Микроорганизм содержит стрептолизины О и S, электролизины А, В, С, стрептокиназу, гиалуронидазу и другие эндотоксины. *St. pyogenes* – один из распространенных возбудителей бактериальных инфекций человека, клинически проявляющихся фарингитом, скарлатиной, рожистыми воспалениями, синдромом токсического шока, острой ревматической лихорадкой и др. Сегодня применяются несколько методов диагностики БГСА. Стандартная лабораторная

микробиологическая диагностика *St. pyogenes* сочетает в себе микробиологические и биохимические методы. Это высокочувствительные и специфичные методы диагностики, но результат можно получить не ранее чем через 24–72 часа. Метод полимеразной цепной реакции позволяет получить точный результат в более короткие сроки (три – шесть часов), однако требует наличия специального оборудования и обученного персонала.

В настоящее время разработаны методы экспресс-диагностики стрептококковой инфекции. Стрептатест – иммуноферментный анализ в модификации твердофазного иммунохроматографического исследования. Время от взятия мазка до получения результата – шесть минут. Чувствительность теста – 97%, специфичность – свыше 95%. Кроме того, экспресс-диагностика с помощью стрептатеста не требует дополнительного оборудования и значительных затрат (стоимость – менее 500 руб.). Применение данного метода одобрено на российском и международном уровне оказания медицинской помощи.

Как уже отмечалось, большинство патогенов элиминируются с помощью механизмов врожденного иммунитета. Не случайно все иммуномодуляторы с доказанной клинической эффективностью являются прежде всего стимуляторами врожденного иммунитета и не оказывают профилактического действия. Иммуномодуляторов, достоверно воздействующих на факторы приобретенного иммунитета, не существует.

В данном контексте следует отметить уникальность бактериальных лизатов, сочетающих в себе доказанные стимулирующие эффекты в отношении врожденного иммунитета и выраженное вак-

цинное действие (использование механизмов иммунологической памяти и приобретенного иммунитета). Механизм действия бактериальных лизатов связан со стимуляцией процессов фагоцитоза и презентацией антигенов макрофагами и дендритными клетками со стимуляцией всех ключевых механизмов врожденного и приобретенного иммунитета.

Эффективность бактериальных лизатов в отношении механизмов врожденного иммунитета основана на их действии через Толл-подобные рецепторы (Toll-like receptor, TLR) – главные распознающие рецепторы фагоцитов.

Действие всех бактериальных лизатов основано именно на связывании компонентов препарата с фагоцитами и иммунокомпетентными клетками. За исследования в области механизмов формирования иммунитета Ж. Хоффманн, Б. Бойтлер и Р. Штайнман в 2011 г. получили Нобелевскую премию. Эти исследования легли в основу создания препаратов, содержащих бактериальные лизаты. TLR находятся в разных участках, но основные бактериальные лизаты стимулируют TLR, расположенные снаружи и внутри клетки, обеспечивают стимуляцию иммунного ответа в слизистых оболочках, местного иммунного ответа с выработкой секреторного IgA. Благодаря механизму действия бактериальные лизаты влияют как на врожденный, так и на приобретенный иммунитет.

Среди множества бактериальных лизатов, имеющих в арсенале современного практикующего врача, особый интерес представляет препарат Исмиген. Это поливалентный антигенный комплекс, включающий лизаты бактерий наиболее распространенных возбудителей респираторных инфекций.

оториноларингология

¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/antibiotics-animals-affectiveness/ru/>



Входящие в состав препарата восемь лизатов получены путем механического воздействия. Эффективность препарата Исмиген в комплексной терапии

инфекций верхних и нижних дыхательных путей подтверждена результатами 15 рандомизированных клинических исследований, проведенных в Европе,

с участием 2557 пациентов. Исмиген воздействует на различные звенья иммунитета, стимулирует местный и системный иммунный ответ.



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Проблема профилактики и лечения заболеваний дыхательных путей остается актуальной, особенно в отношении хронического патологического процесса. По мнению заместителя директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, главного оториноларинголога Северо-Западного федерального округа, д.м.н., профессора Сергея Валентиновича РЯЗАНЦЕВА, несмотря на многочисленный арсенал терапевтических методов, полностью вылечить пациентов с хроническими заболеваниями ЛОР-органов невозможно, но можно добиться стойкой и длительной ремиссии. Хронический риносинусит – воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух и полости носа продолжительностью более

Патология носа и глотки: ответ на нерешенные вопросы

трех месяцев, сопровождающееся двумя или более симптомами, одним из которых является затруднение носового дыхания или выделения из носа. Диагноз хронического риносинусита должен быть подтвержден результатами эндоскопического исследования и/или компьютерной томографии². Различают катаральный, гнойный, гнойно-полипозный и полипозный хронический риносинусит. В основе патогенеза хронического риносинусита лежит постоянное привлечение иммунокомпетентных клеток в слизистую оболочку околоносовых пазух. Иммунный ответ реализуется за счет синтеза провоспалительных цитокинов, от уровня продукции которых напрямую зависит активность воспалительного процесса. Пиогенные (нейтрофильные) формы заболевания обусловлены Th₁-поляризованным воспалением, характеризующимся синтезом интерлейкина (ИЛ) 1, ИЛ-3, ИЛ-6, фактора некроза опухоли альфа, трансформирующего ростового фактора бета. Полипозный (эозинофильный) хронический риносинусит связан с Th₂-поляризованным воспалением с доминированием ИЛ-5 и ИЛ-13, IgE³.

При хроническом воспалении в слизистой оболочке синусов происходит очаговая или диф-

фузная метаплазия многоядного цилиндрического эпителия в многослойный, лишенный ресничек эпителий. На некоторых участках повреждается эпителиальный слой. При этом существенно снижается эффективность мукоцилиарного транспорта, утолщается базальная мембрана, отмечаются отек подслизистого слоя, гиперплазия бокаловидных клеток⁴.

Хронизация риносинусита может быть обусловлена анатомическими особенностями и структурными нарушениями архитектоники носа, гиперплазией слизистой оболочки, аденоидными разрастаниями, неопластическими процессами, микробным фактором, нарушениями слизистой оболочки, в том числе функциональными, а также патологией иммунной системы, наличием регионарных очагов инфекции.

Последнее время активно обсуждается роль атипичных внутриклеточных возбудителей в патогенезе риносинусита⁵. Предполагают, что хламидии и микоплазмы способны длительно персистировать в клетках эпителия околоносовых пазух. Как следствие – более тяжелое и нестандартное течение воспаления⁶. Недавно появившаяся теория объясняет развитие упорных, не поддающихся антимикробному и хирургическому лечению храни-

² Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 // Rhinol. Suppl. 2012. Vol. 23. № 3. P. 1–298.

³ Jankowski R., Bouchoua F., Coffinet L., Vignaud J.M. Clinical factors influencing the eosinophil infiltration of nasal polyps // Rhinology. 2002. Vol. 40. № 4. P. 173–178.

⁴ Захарова Г.П. Нарушение мукоцилиарной системы у больных хроническим риносинуситом и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.

⁵ Лайко А.А., Бредун А.Ю. Роль хламидийно-бактериальных ассоциаций в развитии хронического верхнечелюстного синусита у детей // Российская ринология. 2005. № 2. С. 188.

⁶ Капустина Т.А., Парилова О.В., Лопатникова Е.В. Клинико-иммунопатологическая характеристика больных при обострении хронического верхнечелюстного синусита, ассоциированного с хламидийной инфекцией // Российская ринология. 2010. № 2. С. 12.



VII Петербургский форум оториноларингологов России

ческих риносинуситов персистенцией внутри эпителиальных клеток золотистого стафилококка⁷. По словам докладчика, лечение хронического тонзиллита – более простая задача, хотя распространенность данной патологии высока как в детской (3–14%), так и взрослой популяции (25–60%). Заселение слизистых оболочек, в том числе ротоглотки, патогенными возбудителями – результат неадекватного иммунного ответа. Патогенные возбудители, заселяющие слизистые оболочки, способствуют хронизации заболеваний ЛОР-органов, поражению других органов и систем. Как известно, изменение микрофлоры при хроническом тонзиллите и его обострениях приводит к росту БГСА. На этом фоне развиваются тяжелые осложнения – от паратонзиллярного абсцесса, абсцесса окологлоточного пространства, флегмоны до острой ревматической лихорадки и гломерулонефрита. Хронический тонзиллит – процесс постоянного взаимодействия лимфоидной ткани и содержащего лакун небных миндалин. Хронический характер инфекций свидетельствует о том, что иммунная система не справляется со своими функциями⁸. Причины изменений клинического течения хронического тонзиллита кроются в ухудшении экологической обстановки, изменении состояния иммунитета, бесконтрольном применении антибактериальных препаратов и возникновении изменчивых и более устойчивых штаммов микроорганизмов. У больных хроническим тонзиллитом выявляют золотистый стафилококк, продуцирующий бета-лактамазу, что делает его невосприимчивым к пенициллину, и внутриклеточную персистенцию гемолитическими стрептококками группы А (ГСА).

Золотым стандартом диагностики стрептококковой инфекции остается продолжительное и трудоемкое культуральное исследование со 100-процентной чувствительностью и специфичностью. Среди причин ложноотрицательных результатов микробиологических исследований следует выделить массивное обсеменение материала гемолитическим стафилококком, внутриклеточную персистенцию ГСА. Включение в стандарты лечения метода экспресс-диагностики стрептатеста призвано значительно упростить и повысить диагностику БГСА в условиях клинической практики. Среди основных преимуществ стрептатеста, применяемого в диагностике стрептококковой инфекции, – быстрое получение результата (пять минут), высокая чувствительность и специфичность метода. Алгоритм лечения тонзиллита предусматривает использование антибактериальной терапии, местной терапии и иммуномодуляторов. Среди иммуномодуляторов предпочтение отдается препаратам микробного происхождения – бактериальным лизатам. Бактериальные лизаты, разработанные в 1970-х гг. в целях предотвращения инфекций верхних и нижних дыхательных путей, представляют смесь антигенов, полученных из инактивированных бактерий наиболее распространенных возбудителей инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Механический путь получения лизатов (в отсутствие химических веществ, денатурирующих антигенные структуры) позволяет сохранить крупнодисперсные антигены и тем самым обеспечивает высокую иммуногенность, подтвержденную ре-

Алгоритм лечения тонзиллита предусматривает использование антибактериальной терапии, местной терапии и иммуномодуляторов. Среди иммуномодуляторов предпочтение отдается препаратам микробного происхождения – бактериальным лизатам, представляющим собой смесь антигенов, полученных из инактивированных бактерий наиболее распространенных возбудителей инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей

зультатами клинических исследований.

На отечественном фармацевтическом рынке представлен единственный лизат бактерий, полученный механическим путем, – препарат Исмиген. Это поливалентный механический бактериальный лизат, состоящий из антигенов, полученных из 13 штаммов восьми видов инактивированных патогенных бактерий, которые являются наиболее распространенными возбудителями инфекций дыхательных путей: *St. pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *St. pyogenes*, *St. viridans*, *Klebsiella pneumoniae*, *K. ozaenae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

«С появлением препарата Исмиген мы получили средство длительного лечения и профилактики тех заболеваний, которые в принципе считаются хроническими», – уточнил профессор С.В. Рязанцев.

Показано, что Исмиген снижает частоту рецидивов в 3,7 раза по сравнению с контрольной группой и в 2,2 раза по сравнению с химическим лизатом у больных

⁷ Plouin-Gaudon I., Clement S., Huggler E. et al. Intracellular residency is frequently associated with recurrent *Staphylococcus aureus* rhinosinusitis // *Rhinology*. 2006. Vol. 44. № 4. P. 249–254.

⁸ Овчинников Ю.М. Терапевтическая тактика при тонзиллите // *РМЖ*. 2000. Т. 8. № 13–14. С. 538–542.



рецидивирующими бактериальными инфекциями верхних дыхательных путей⁹.

Имеются убедительные доказательства эффективности препарата Исмиген у пациентов с обострением хронического риносинусита. Эти данные согласуются с данными исследований, проведенных специалистами НИИ уха, горла, носа и речи.

Таким образом, поливалентный механический бактериальный лизат Исмиген демонстрирует клиническую эффективность, высокий профиль безопасности и хорошую переносимость у пациентов, страдающих хроническим риносинуситом.

Применение препарата Исмиген (таблетки подъязычные) показано при острых и подострых инфекци-

ях верхних и нижних дыхательных путей. Схема приема препарата Исмиген для взрослых и детей – по одной таблетке в день под язык. При острых и подострых инфекциях курс лечения – десять дней, при рецидивирующих инфекциях показан курс из трех циклов по десять дней с 20-дневным интервалом. Периодичность – один-два раза в год.



Профессор, д.м.н.
Т.И. Гаращенко

Острый риносинусит – одно из самых распространенных заболеваний ЛОР-органов во всех возрастных группах. По данным ученого секретаря Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, д.м.н., профессора Татьяны Ильиничны ГАРАЩЕНКО, ежегодно в России риносинусит диагностируется у 10 млн человек, различными формами риносинусита страдают 5–15% взрослых и 5% детей. Риносинуситы снижают качество жизни и социальную активность пациентов. Важной составляющей врожденной защитной системы респираторного тракта является мукоцилиарная система. Поэтому нормализация работы мукоцили-

Сравнительная эффективность стартовой противотечной топической терапии риносинуситов у детей. Результаты клинического исследования

арного клиренса – необходимое условие функционирования системы врожденного иммунитета. Для коррекции мукоцилиарного клиренса и купирования воспалительного процесса применяют различные лекарственные средства. В топической терапии риносинуситов широко применяются ирригационно-элиминационные средства. В современной клинической практике для промывания носа используют изотонический, гипо- и гипертонический растворы хлорида натрия или морской воды, которая по своему составу близка к хлоридно-натриевым минеральным водам. Препараты на основе морской воды широко представлены в линейке Аквалор. Это изотонические растворы для промывания носа у детей с первых дней жизни (Аквалор беби), в возрасте 6–12 месяцев (Аквалор софт, Аквалор норм), гипертонические растворы для безопасного устранения заложенности носа и отека у детей старше одного-двух лет (Аквалор форте, Аквалор экстр форте), при боли в горле и воспалении у детей с шести месяцев (Аквалор горло).

Согласно результатам исследований, на фоне элиминационной терапии с применением растворов для промывания при остром риносинусите и аденоидите у детей значительно уменьшаются симптомы воспаления, улучшаются результаты эндоскопических исследований верхних дыхательных путей¹⁰.

В одном из исследований оценивали эффективность препаратов Аквалор в комплексной терапии острых неосложненных риносинуситов. Было показано, что включение Аквалора в схему лечения ускоряет в два раза нормализацию носового дыхания¹¹.

Препарат Аквалор для горла в виде спрея, содержащий компоненты алоэ вера и римской ромашки, эффективен и удобен в применении, в том числе у детей с шести месяцев. На фоне применения Аквалора в качестве местной терапии острого тонзиллофарингита у детей к седьмым суткам лечения отмечались значимое купирование боли и першения в горле, уменьшение гиперемии слизистых оболочек и улучшение состояния гортаноглотки в целом¹².

⁹ Macchi A., Vecchia L.D. Open comparative, randomized controlled clinical study of a new immunostimulating bacterial lysate in the prophylaxis of upper respiratory tract infections // *Arzneimittelforschung*. 2005. Vol. 55. № 5. P. 276–281.

¹⁰ Гаращенко Т.И., Шишмарева Е.В., Гаращенко М.В. Топическая интраназальная элиминационная терапия как метод лечения и профилактики аденоидитов и ОРВИ у детей // *Российская оториноларингология*. 2004. Т. 5. № 12. С. 217–220.

¹¹ Коноплев О.И., Науменко Н.Н. Совершенствование ведения пациентов детского возраста с диагнозом острый риносинусит // *Российская оториноларингология*. 2008. № 2. С. 121–124.

¹² Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю., Котова Е.Н. и др. Местная терапия воспалительной патологии гортаноглотки у детей // *Вестник оториноларингологии*. 2010. № 2. С. 63–65.

ИСМИГЕН®

иммуностимулирующее средство

Стимул к победе над респираторными и лор-инфекциями

- ◆ Действует на **местный** и **системный** иммунитет
- ◆ Показан при инфекциях **верхних** и **нижних** дыхательных путей
- ◆ Взрослым и детям с 3-х лет

** Инструкция по медицинскому применению препарата Исмиген.*

Лекарственное средство Исмиген® таблетки подъязычные. Взрослым и детям с 3 лет. РУ № ЛП-002210 от 30.08.2013.

АО «НИЖФАРМ», Россия, 603950, Нижний Новгород, Бокс № 459, ул. Салганская, д. 7.



STADA

реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ И ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ



В клинической практике для промывания носа используют изотонический, гипо- и гипертонический растворы хлорида натрия или морской воды. Согласно данным исследований, на фоне элиминационной терапии с применением растворов для промывания при остром риносинусите и аденоидите у детей значительно уменьшаются симптомы воспаления, улучшаются результаты эндоскопических исследований верхних дыхательных путей

Одним из препаратов, созданных на основе натуральной морской воды с гипертонической концентрацией соли, является Аквалор форте. Препарат, выпускаемый в форме спрея, разрешен к применению у детей с одного года. Докладчик представила результаты исследования, в котором сравнивали эффективность средства Аквалор форте и ксилометазолина (0,1%) в качестве терапии острого инфекционного риносинусита у детей в возрасте 7–10 лет¹³. Все больные были разделены на две группы: пациенты первой группы получали Аквалор форте три раза в день (при необходимости чаще), пациенты второй – 0,1%-ный раствор ксилометазолина два-три раза в день. Динамику клинической симптоматики оценивали на основании выраженности и продолжительности субъективных и объективных клинических симптомов острого инфекционного риносинусита. На заключительных визитах установлено статистически значимое выраженное снижение субъективных и объективных симптомов заболевания в груп-

пе Аквалора форте по сравнению с группой ксилометазолина. Это свидетельствует о более быстром купировании инфекционного риносинусита при использовании Аквалора форте в качестве монотерапии по сравнению с традиционным применением топических сосудосуживающих средств.

Согласно данным ринометрии, выраженность противоотечного эффекта препарата ксилометазолин превышала таковую средства Аквалор форте через 15 минут после первого применения, была сопоставима через час после первого применения. Однако на третьи и седьмые сутки выраженность противоотечного эффекта Аквалора форте значительно превышала таковую ксилометазолина.

При использовании ксилометазолина с третьих по седьмые сутки снижается суммарный объемный поток и увеличивается суммарное сопротивление, что свидетельст-

вует о нарастании расстройств в системе микроциркуляции слизистой оболочки полости носа у детей. Подобных расстройств на фоне применения средства Аквалор форте не наблюдалось. При использовании препарата ксилометазолин у 20 (40%) пациентов возникли нежелательные явления (головная боль, сухость в носу, геморрагические корки, чувство жжения в носу и др.). В то же время в группе больных, использовавших средство Аквалор форте, нежелательные явления не зарегистрированы, что говорит о более высокой безопасности данного средства.

В заключение профессор Т.И. Гаращенко констатировала, что полученные результаты обосновывают целесообразность применения средства Аквалор форте даже на начальных этапах инфекционного риносинусита в качестве альтернативы топическим сосудосуживающим препаратам.

Заключение

Представленные клинические результаты показали, что применение препарата Исмиген у пациентов с инфекционно-воспалительными и хроническими рецидивирующими бактериальными заболеваниями дыхательных путей снижает клинические симптомы, длительность заболевания, риск развития рецидивов, потребность в антибактериальной и противовоспалительной терапии. Способность механического бактериального лизата Исмиген повышать специфический иммунный ответ и активизировать неспецифическую защиту, а также высокая безопасность обуславливают его применение у пациентов с заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей.

В топической терапии риносинуситов, тонзиллофарингитов и других заболеваний носа и ротоглотки широко применяются средства ирригационно-элиминационной терапии, среди которых особого внимания заслуживают средства линии Аквалор (натуральные изотонические и гипертонические средства на основе морской воды). Результаты исследований подтвердили эффективность Аквалора в комплексной терапии острых неосложненных риносинуситов, тонзиллофарингитов, целесообразность использования средства Аквалор форте при острых инфекционных риносинуситах в качестве альтернативы топическим сосудосуживающим средствам у детей. ☺

¹³ Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д., Тулина А.С. и др. Сравнительная эффективность различных методов терапии острого инфекционного риносинусита у детей // Вопросы практической педиатрии 2017. Т. 12. № 6. С. 31–39.

ВСЕРОССИЙСКАЯ ЕЖЕГОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ,

посвященная 100-летию преподавания медицинской паразитологии в России



11-12 декабря 2018 г., отель "Санкт-Петербург"
(Санкт-Петербург, Пироговская наб., д. 5/2, ст. м. Пл. Ленина)

ОРГАНИЗАТОРЫ

- Главное военно-медицинское управление МО РФ
- Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
- Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области
- ОО «Человек и его здоровье»

К участию приглашены главные специалисты Министерства здравоохранения и Министерства обороны Российской Федерации, профессорско-преподавательский состав медицинских вузов, врачи медицинских учреждений Санкт-Петербурга, Ленинградской области, других регионов РФ

НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

- Этиотропная терапия:
 - вирусных инфекций
 - бактериальных инфекций
 - паразитарных болезней
 - микозов
 - госпитальных инфекций
- Резистентность микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам
- Вакцинопрофилактика актуальных инфекций

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

- Прием тезисов до **6 ноября 2018 г.**
- Предварительная регистрация до **23 ноября 2018 г.**
- Бронирование и оплата проживания в отеле до **23 ноября 2018 г.**



ОО «Человек и его здоровье»
+7 (812) 380 3155; 380 3156

welcome@congress-ph.ru
www.congress-ph.ru

Реклама





Новые российские технологии импортозамещения в оториноларингологии

Одной из приоритетных задач современного российского здравоохранения является замещение импортных лекарственных препаратов отечественными аналогами. В нашей стране российскими специалистами разрабатывается и выводится на фармацевтический рынок все больше высококачественных лекарственных средств. В рамках VII Петербургского форума оториноларингологов России состоялся сателлитный симпозиум компании «ВЕРТЕКС», посвященный вопросам применения новых российских технологий импортозамещения в оториноларингологической практике. Участники симпозиума рассмотрели преимущества современных отечественных лекарственных средств компании «ВЕРТЕКС» для лечения пациентов с распространенными заболеваниями ЛОР-органов.



Профессор, д.м.н.
С.В. Рязанцев

Заместитель директора по научной и координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института (НИИ) уха, горла, носа и речи, главный внештатный оториноларинголог Северо-Западного федерального округа, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова Сергей Валентинович РЯЗАНЦЕВ рассказал о современных стандар-

Обновленные стандарты лечения аллергического ринита в оториноларингологии. Итоги совета экспертов (2–4 марта 2018 г.)

тах лечения аллергического ринита (АР).

В марте 2018 г. состоялся совет экспертов Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (НМАО) с участием ведущих специалистов из разных регионов нашей страны по проблеме аллергии в оториноларингологии. Экспертам предстояло обсудить ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения АР. Первая секция мероприятия была посвящена разработке маршрутной карты больного АР, вторая – вопросам фармакологических стандартов лечения АР. В рамках мероприятия также состоялось обсуждение роли и места топических и системных глюкокортикостероидов (ГКС), топических антигистаминных препаратов (АГП) в алгоритме лечения АР, значения элиминационной и барьерной терапии АР, вопросов разработки нового отечественного оригинального

лекарственного препарата для лечения пациентов с АР. Были также подготовлены методические рекомендации по диагностике и лечению АР оториноларингологами. Как известно, АР – широко распространенное заболевание и его лечением занимаются разные специалисты – оториноларингологи, аллергологи, пульмонологи, терапевты, педиатры. Возникает закономерный вопрос: к какому специалисту больной АР должен обратиться в первую очередь? Безусловно, к аллергологу – для подтверждения или исключения аллергической природы заболевания. Однако аллергологическая служба в нашей стране недостаточно укомплектована. Так, в Санкт-Петербурге на 5 млн населения приходится около 30 специалистов-аллергологов. Как следствие – гиподиагностика АР в регионах РФ. Согласно результатам обследования 1000 боль-



Сателлитный симпозиум компании «ВЕРТЕКС»

оториноларингология

ных, только у 12% пациентов диагноз АР установлен в первый год заболевания, у 50% – в первые пять лет заболевания, у остальных – более чем через 9–30 лет после появления симптомов. Это приводит к развитию осложнений, ухудшению прогноза заболевания, а также значительному снижению качества жизни. Среди основных причин гиподиагностики АР – низкая обращаемость пациентов с минимальными симптомами, недостаточность специализированной помощи и схожая с острыми респираторными вирусными инфекциями симптоматика.

В резолюции совета экспертов НМАО подчеркивается необходимость повышения роли оториноларингологов в вопросах дифференциальной диагностики АР и значения эндоскопического оториноларингологического обследования для постановки окончательного диагноза АР.

В настоящее время разработаны стандарты лечения АР. Тем не менее основные методы лечения имеют свои особенности и ограничения.

Элиминационная терапия – один из важнейших способов лечения АР, в основе которого лежит предотвращение контакта больного с причинно-значимым аллергеном. Устранение аллергена уменьшает тяжесть АР и потребность в медикаментозном лечении. Распространенным методом элиминационной терапии АР считается удаление аллергена с поверхности слизистой оболочки полости носа с помощью специальных назальных препаратов в форме капель или спреев, созданных на основе изотонического раствора морской воды. Эффективность барьерной терапии АР с применением масок или носовых фильтров не подтверждена, а использование интраназальных препаратов,

в состав которых входит порошок, преобразующийся в полости носа в гель, нередко приводит к появлению побочных эффектов (чувство жжения, ощущение инородного тела в полости носа). Для проведения элиминационных процедур в области верхних дыхательных путей наиболее приемлемым способом барьерной терапии считается использование эктоина. Эктоин – компонент, который в природных условиях вырабатывается галофильными микроорганизмами, способными существовать в крайне неблагоприятных условиях внешней среды. Эктоин из жидкости полости носа создает не проницаемый для аллергена барьер. Защита от воздействия аллергена сохраняется в течение четырех часов. В резолюции совета экспертов НМАО сказано, что элиминационная и барьерная терапия АР – важный профилактический фактор и фактор снижения лекарственной нагрузки.

АГП остаются важной составляющей фармакологического лечения АР. К недостаткам большинства АГП относится неспособность избавить пациентов от основного симптома АР – заложенности носа. Популярно также применение топических ГКС. С одной стороны, данный метод лечения позволяет эффективно контролировать симптомы АР, с другой – его применение ограничено из-за риска развития побочных эффектов. В то же время кромоны при АР назначают только в том случае, если АР сочетается с бронхиальной астмой. Иммунотерапия АР – процедура сложная и дорогостоящая, поэтому в клинической практике применяется редко. Таким образом, основу терапии среднетяжелых и тяжелых форм АР составляют топические ГКС, АГП, кромоны (стабилизаторы мембран тучных клеток), сосудосуживающие препараты, антихолинэргические

средства. Монотерапия АГП возможна только при легких формах АР.

Профессор С.В. Рязанцев отметил, что в ходе совета экспертов НМАО были затронуты вопросы недопустимости использования в клинической практике АГП первого поколения с седативным эффектом. Как известно, АГП первого поколения способны вызывать не только седативный эффект, но и ряд нежелательных явлений, таких как нарушение памяти и внимания, координации движений, снижение уровня артериального давления, повышение уровня внутриглазного давления, развитие тахикардии. За рубежом АГП первого поколения практически не используются. На российском фармацевтическом рынке их доля остается значительной – 65%. Кроме того, продолжается агрессивная телевизионная реклама этих препаратов, что является прямым нарушением этических законов. Широкое использование АГП первого поколения способствует увеличению числа автотранспортных происшествий, возникновению проблем в процессе обучения детей и школьников. Согласно современным российским и международным рекомендациям, схема лечения АР предусматривает назначение АГП второго поколения, лишенных седативного эффекта.

Внедрение интраназальных ГКС в клиническую практику коренным образом изменило подходы к лечению АР¹. Системные ГКС не нашли широкого применения в России из-за развития стероидофобии у большинства населения. Многие больные АР не используют топические ГКС из-за отсутствия мгновенного терапевтического эффекта и необходимости регулярного применения независимо от наличия симптомов ринита.

¹ Waddell A.N., Patel S.K., Toma A.G., Maw A.R. Intranasal steroid sprays in the treatment of rhinitis: is one better than another? // J. Laryngol. Otol. 2003. Vol. 117. № 11. P. 843–845.



Идеальный топический ГКС должен обладать высоким сродством с ГКС-рецепторами, низкой системной биоактивностью в терапевтических дозах, минимальной абсорбцией из желудочно-кишечного тракта, высокой степенью инактивации при первом прохождении через печень и быстрой системной элиминацией.

Группа специалистов из Германии провела метаанализ исследований интраназальных ГКС и разработала для них терапевтический индекс (ТИХ), отражающий соотношение эффективности и безопасности². Метаанализ показал, что наиболее высокий балл эффективности имеет будесонид – 8, далее следует мометазона фурурат – 7 баллов, затем флутиказона фурурат – 1 балл. Наиболее безопасным интраназальным ГКС является мометазона фурурат. Максимальный терапевтический индекс был получен именно для мометазона фурурата (ТИХ 7), что указывает на его высокую эффективность и низкий потенциал побочных эффектов.

На основании изложенного можно сделать вывод, что мометазона фурурат не имеет конкурентов в лечении АР. Препарат Нозефрин («ВЕРТЕКС», Россия) разработан в Санкт-Петербурге. Это первый российский мометазона фурурат в форме назального спрея. Нозефрин обладает низкой биодоступностью, низким риском развития нежелательных явлений, высокой системной безопасностью. Для интраназального применения препарат показан при сезонном и круглогодичном АР у взрослых, подростков и детей с двух лет, остром синусите или обострении хронического синусита у взрослых и подростков с 12 лет, а также полипозе носа, сопровождающемся нарушением носового дыхания и обоняния у взрослых.

Данные регистрационного клинического исследования на базе Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова показали сопоставимость эффективности Нозефрина и оригинального препарата мометазона фурурата Назонекса. При этом стоимость Нозефрина примерно в четыре раза ниже стоимости оригинального препарата. Терапевтический эффект Нозефрина увеличивается благодаря инновационной упаковке. Уплотненный наконечник предотвращает засорение и обеспечивает мягкое однородное распыление. Отсутствует контакт между содержимым продукта и металлическими деталями: металл не окисляется, продукт сохраняет свои свойства длительное время. Мембрана в вентиляционном канале фильтрует поток воздуха и препятствует загрязнению продукта. Инновационные особенности упаковки надежно сохраняют качество продукта на протяжении всего срока годности (три года). Стоимость одного месяца терапии острого синусита Нозефрином (120 доз 50 мкг/доза в упаковке) – 410 руб., что в два раза меньше стоимости терапии оригинальным препаратом (820 руб.).

На основании анализа зарубежных источников совет экспертов НМАО постановил признать наиболее эффективным и безопасным по сравнению с другими топическими ГКС мометазона фурурат – как оригинальный, так и генерический.

Профессор С.В. Рязанцев отметил, что во время встречи эксперты обсуждали новую инновационную отечественную разработку в области лечения АР. В состав оригинального комбинированного спрея Фринозол для лечения заболеваний носа и околоносовых пазух (компания «ВЕРТЕКС») входят два компонента, обеспечи-

вающих двойное действие, – фенилэфрин и АГП второго поколения цетиризин. Фенилэфрин оказывает мягкий сосудосуживающий эффект, снимает заложенность носа и обеспечивает свободное дыхание. Цетиризин уменьшает отек слизистой оболочки, уменьшает и купирует симптомы – зуд, жжение, чихание, выделения из носа. В мировой практике цетиризин в состав препарата в форме спрея введен впервые. По стоимости Фринозол сопоставим с обычными препаратами для лечения острого ринита. Фринозол применяют при всех видах ринита и синусита. В отличие от других топических ГКС препарат начинает действовать сразу после применения. Его также можно использовать для снятия отека слизистой оболочки носа до и после хирургических операций.

В производственном портфеле компании «ВЕРТЕКС» свыше 220 лекарственных препаратов, косметических средств, биологически активных добавок. Из 160 позиций лекарственных средств около 80 входят в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Компания «ВЕРТЕКС» использует высококачественные технологии, производство осуществляется по полному циклу – от разработки до выпуска молекулы. Строгий контроль качества проводится на всех этапах производственного процесса.

Компания «ВЕРТЕКС» – партнер ведущего научно-исследовательского центра РФ в области оториноларингологии – Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России. Сотрудничество предусматривает взаимодействие по вопросам разработки и проведения доклинических, клинических, фармакоэкономических исследований

² 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.



Сателлитный симпозиум компании «ВЕРТЕКС»

лекарственных средств, а также планирование и реализацию мероприятий по изучению, разработке и выводу на рынок совместно созданных препаратов.

Среди лекарственных препаратов оториноларингологического направления в портфеле компании Нозефрин, Эладон, Фринозол.

Эладон – препарат фенспирида для лечения заболеваний дыхательных путей и ЛОР-органов. Он воздействует на все звенья патогенеза воспаления и быстро

снимает симптомы заболеваний дыхательных путей. Одно из преимуществ препарата – стоимость, которая на 35% ниже стоимости оригинального средства.

Подводя итог, профессор С.В. Рязанцев подчеркнул, что в связи с широким распространением случаев гиподиагностики и неадекватного лечения АР совет экспертов НМАО постановил:

- расширить обучение врачей-оториноларингологов в области дифференцированной диаг-

ности и лечения данного заболевания;

- включить данные темы в обязательную программу факультетов усовершенствования врачей и непрерывного медицинского образования;
- подготовить и опубликовать статьи, пособия, методические и клинические рекомендации для врачей-оториноларингологов по различным аспектам дифференцированной диагностики и лечению АР.

Проявления воспалительных дерматозов в практике врача-оториноларинголога

Как отметила врач-дерматовенеролог, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, заведующая дерматологическим отделением микологической клиники Любовь Павловна КОТРЕХОВА, пациенты с воспалительными дерматозами встречаются в клинической практике врачей разных специальностей, в том числе оториноларингологов.

Воспалительные дерматозы условно подразделяют на инфекционные и неинфекционные. К инфекционным относят вирусные (герпесвирусные, вирус папилломы человека), бактериальные (пиодермии) дерматозы, паразитарные (чесотка, педикулез, демодекоз), грибковые (дерматомикозы, дрожжевые, плесневые) дерматозы, а также туберкулез. В группу неинфекционных дерматозов входят аллергические (атопический дерматит, аллергические дерматиты, крапивница, токсикодермия), аутоиммунные (буллезные дерматозы, диффузные заболевания соединительной ткани), аутовоспалительные (псориаз, атопический дерматит, красный плоский лишай, пруриго) дерматозы и дерматиты, вызванные факультативными раздражителями. Красный плоский

лишай, дискоидная красная волчанка часто манифестируют в полости рта, глотке, иногда в гортани, ушных раковинах. Буллезный дерматоз (вульгарная пузырчатка), как правило, манифестирует на слизистых оболочках полости рта. Диагноз, установленный на этапе появления первых симптомов воспалительного дерматоза ЛОР-органов, гарантирует пациентам благоприятный прогноз и предотвращает развитие серьезных осложнений.

Особый интерес представляют инфекционные дерматозы ЛОР-органов. Прежде всего речь идет о микотическом поражении глотки – кандидозе, микотических отитах, вызванных плесневыми грибами, аспергиллезе. Среди дерматозов вирусного генеза распространены, особенно в детском возрасте, вирусные бородавки, локализирующиеся сначала на руках, затем на слизистой оболочке полости носа.

Дерматозы, протекающие с поражением ушных раковин, наружного слухового прохода, – атопический дерматит, псориаз, себорейный дерматит, себорейная пузырчатка, красная волчанка, туберкулез кожи. Локализация в области глотки характерна для таких видов дерматозов, как вульгарная пузырчатка, красный плоский лишай, болезнь Бехчета. Крылья



К.м.н.
Л.П. Котрехова

носа поражаются вследствие себорейного дерматита, вульгарной пузырчатки, псориаза, атопического дерматита, а слизистые оболочки носа – вследствие туберкулеза, простого герпеса первого типа, вируса папилломы человека, буллезного дерматоза.

В последние годы в подходах к терапии поражений кожи наметились изменения. Появились эффективные препараты с выраженным иммуносупрессивным действием. Использование таких препаратов, с одной стороны, позволяет контролировать симптомы тяжелых хронических заболеваний, например псориаза и псориатического артрита, с другой – способствует увеличению инфекционных осложнений дерматозов. Кроме того, доступность антибактериальных препаратов и ГКС приводит к их неоправданному использованию и самолечению. Позднее обращение к спе-



циалистам опасно развитием распространенных, осложненных форм воспалительных дерматозов с нетипичным течением, трудно поддающихся диагностике и лечению.

Диагностика дерматозов основана на следующих критериях:

- жалобы больного;
- клинические проявления;
- данные анамнеза;
- результаты инструментальных и лабораторных исследований.

Лидирующая роль в диагностике принадлежит визуальной оценке клинических симптомов дерматозов. В связи с этим важным компонентом ведения больного является междисциплинарный подход, включающий консультации дерматологов и других специалистов. Это позволяет в более короткие сроки диагностировать заболевание и назначить адекватную терапию.

Л.П. Котрехова рассказала о наиболее распространенных дерматозах ЛОР-органов.

Себорейный дерматит – хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся возникновением эритематозно-сквамозных пятен и бляшек в местах наибольшего салоотделения. Считается, что себорейный дерматит вызывает иммуноопосредованное воспаление, обусловленное колонизацией кожи грибами рода *Malassezia* spp. и активацией комплемента. Характер поражения при наличии грибов рода *Malassezia* spp. может варьироваться от субклинических проявлений в виде поверхностного шелушения волосистой части головы или кожи ушных раковин, наружного слухового прохода до тотального поражения всего кожного покрова с развитием эксфолиативной эритродермии. Себорейный дерматит характеризуется появлением пятен и бляшек разной интенсивности и вы-

раженности шелушения. Чаще заболевание встречается у подростков пубертатного возраста и взрослых среднего возраста. Себорейный дерматит отличается хроническим рецидивирующим течением.

Псориаз – многофакторное, генетически детерминированное заболевание иммуновоспалительного генеза, в основе которого лежит нарушение пролиферации и дифференцировки кератиноцитов. Органами-мишенями псориаза являются кожа и суставы. Среди частых клинических симптомов псориаза – поражение ушных раковин и наружного слухового прохода, нередко с развитием вторичной инфекции. Обычно возбудителями инфекции при псориазе являются грибы родов *Candida* и *Malassezia*.

Атопический дерматит (АтД) – хроническое, рецидивирующее, генетически детерминированное заболевание кожи иммуновоспалительного генеза. АтД чрезвычайно распространен в мире. Считается, что в общей популяции населения земного шара АтД страдает около 20% детей³. До сих пор единого мнения о природе этого заболевания нет. Несмотря на то что АтД относят к аллергическим заболеваниям, в ряде случаев аллергические реакции минимальны. В основе клинических проявлений АтД лежат нарушение барьерной функции кожи, иммуноопосредованное воспаление и нарушение микробиоценоза кожи⁴. При нарушении эпидермального барьера при АтД формируются благоприятные условия для развития хронического воспаления и инфекционных осложнений. У больных АтД часто возникают микст-инфекции. Иногда к воспалительному процессу присоединяется вирусная инфекция, например герпетическая.

Частота инфекционных осложнений дерматозов за последние несколько лет значительно возросла. Одна из возможных причин – развитие осложнений на фоне иммуносупрессивной терапии. Применяемые при дерматозах лекарственные средства оказывают иммуносупрессивное действие и подавляют общую иммунореактивность организма. Нарушается состав микробиома кожи и увеличивается количество патогенной флоры. Вторичное инфицирование значительно осложняет течение воспалительного процесса при дерматозах и требует назначения определенных препаратов, в частности комбинированных. Возрастает частота микст-инфекций среди больных дерматозами различной этиологии.

Алгоритм терапии воспалительных дерматозов, в том числе с локализацией в области ушных раковин и наружного слухового прохода, зависит от наличия инфекционного процесса. При инфекционных дерматозах первоочередной является этиотропная терапия. Для облегчения состояния назначают симптоматическую терапию, устраняют и минимизируют факторы риска, проводят противоэпидемические мероприятия. Пациентам с воспалительными дерматозами неинфекционной природы назначают патогенетическую терапию – иммуносупрессивные препараты. При вторичном инфицировании дополнительно применяют этиотропную терапию с учетом видов возбудителей. Основу наружной терапии в таких ситуациях составляют комбинированные ГКС.

Сегодня на российском фармацевтическом рынке представлен новый уникальный препарат для лечения дерматозов воспалительного генеза с сопутствующей

³ Carroll C.L., Balkrishnan R., Feldman S.R. et al. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society // *Pediatr. Dermatol.* 2005. Vol. 22. № 3. P. 192–199.

⁴ Flohr C., Mann J. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis // *Allergy.* 2014. Vol. 69. № 1. P. 3–16.

ТЕТРАДЕРМ®

крем для наружного применения

ПЕРВЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ГКС, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ

- Оригинальный 4-х компонентный препарат
- Современные действующие вещества
- Полноценная схема лечения инфицированных дерматозов в одном средстве

Мометазон

нефторированный
глюкокортикоид
3 класса

Эконазол
современный
противогрибковый
компонент

Гентамицин

эффективный
антибактериальный
компонент

Декспантенол

противовоспалительное
регенерирующее
средство

Производитель: АО «ВЕРТЕКС», 199106, Россия,
Санкт-Петербург, В.О., 24-я линия, д. 27А.
Горячая линия: 8-800-2000-305
(звонок по России бесплатный)
www.vertex.spb.ru

j.-s.Co WERTEKS, 27A, line 24, Vasilevskiy island,
Saint Petersburg, Russia, 199106
Phone/Fax: +7 (812) 329-30-41
e-mail: vertex@vertex.spb.ru

ВЕРТЕКС
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

*Больше,
чем лечение!*



ЛАУРЕАТ 2017



РЕКЛАМА





бактериальной и микотической инфекцией Тетрадерм, выпускаемый отечественной компанией «ВЕРТЕКС». В состав комбинированного препарата для наружного применения Тетрадерм входят четыре активных компонента: мометазона фураат, эконазол, гентамицин и декспантенол. Мометазона фураат – сильный галогенизированный ГКС, в котором атом фтора заменен атомом хлора. Препарат оказывает выраженный противовоспалительный эффект, быстро купирует проявления экссудативного воспаления, обладает высоким уровнем безопасности. Среди ГКС мометазона фураат признан наиболее эффективным и безопасным препаратом с высоким противовоспалительным действием. Не оказывает системного влияния на организм человека. Эконазол – современное противогрибковое средство широкого спектра действия для наружного применения. Эффективен в отношении дрожжей, дерматомицетов, плесневых грибов, стрептококков, стафилококков и коринобактерий. Оказывает фунгистатическое, а при длительном применении фунгицидное действие. Гентамицин – антибиотик широкого спектра действия, при наружном применении кроме бактериостатического оказывает бактерицидное действие. Декспантенол в клетках кожи быстро переходит в пантотеновую кислоту, которая является компонентом коэнзима А, обладает выраженным противовоспалительным и регенерирующим действием.

Благодаря противовоспалительному, противогрибковому, антибактериальному и восстанавливающему механизмам действия Тетрадерм успешно применяется при воспалении на фоне дерматоза, осложненного вторичной инфекцией. Применение Тетрадерма в комплексной терапии дерматозов, осложненных инфекцией, позволяет добиться достоверного

улучшения у большинства пациентов.

В заключение Л.П. Котрехова подчеркнула, что комбинированные многокомпонентные препараты для наружного применения являются эффективным средством в лечении пациентов с ин-

фицированными дерматозами. Уникальные свойства четырехкомпонентного препарата для наружного применения Тетрадерм позволяют использовать его при различных дерматологических патологиях, в том числе при поражении ЛОР-органов.

Заключение

Сегодня в нашей стране успешно создаются и применяются отечественные лекарственные препараты. В 2017 г. российской компании «ВЕРТЕКС» была вручена премия Правительства РФ в области качества – высшая государственная награда в этой сфере. Компания производит лекарственные препараты для лечения широкого спектра заболеваний, косметические средства, биологически активные добавки.

Нозефрин – назальный дозированный спрей для ингаляционного и интраназального применения. Ингаляционную форму используют в базисной терапии бронхиальной астмы любой степени тяжести и хронической обструктивной болезни легких. Спрей Нозефрин применяют при сезонном и круглогодичном аллергическом рините у взрослых, подростков и детей с двух лет, остром синусите или обострении хронического синусита у взрослых и подростков с 12 лет, остром риносинусите, для профилактики сезонного среднетяжелого и тяжелого АР у взрослых и подростков с 12 лет. В состав препарата Нозефрин входит ГКС мометазона фураат. Результаты исследований показали сопоставимость в отношении эффективности Нозефрина и оригинального препарата мометазона Назонекса. При этом стоимость отечественного препарата значительно ниже. Нозефрин оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие. Препарат обладает низкой биодоступностью, низким риском

развития нежелательных явлений, высокой системной безопасностью.

В состав нового уникального комбинированного спрея для лечения заболеваний носа и околоносовых пазух Фринозол входят активные вещества фенилэфрин и цетиризин. Фенилэфрин – альфа-1-адреномиметик вызывает сужение кровеносных сосудов слизистой оболочки, снимает заложенность носа, предупреждает развитие осложнений. Цетиризин – блокатор H_1 -гистаминовых рецепторов обладает противоаллергическим действием, снимает отек слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух носа. Фринозол показан для лечения ринитов различной этиологии, острого и хронического синусита, острого среднего отита (в качестве вспомогательного метода лечения), при подготовке к хирургическим вмешательствам и для устранения отека после хирургических вмешательств в области носа.

Линейка лекарственных препаратов компании «ВЕРТЕКС» для лечения дерматологических заболеваний включает комбинированный препарат для наружного применения Тетрадерм. Благодаря многокомпонентному составу Тетрадерм оказывает противовоспалительный, противозудный, антиэкссудативный, антибактериальный, противогрибковый и регенерирующий эффекты. Препарат рекомендован для лечения дерматозов воспалительного генеза с сопутствующей бактериальной и микотической инфекцией, экземы, дерматомикоза. ☺

Ежегодная научно-практическая конференция

Персонализированный подход к лечению и профилактике социально значимых заболеваний в терапевтической и общей врачебной практике

29 октября 2018, Москва

Председатель

Профессор С.А. Чорбинская, заведующая кафедрой семейной медицины с курсом клинической лабораторной диагностики
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

В программе конференции

- ГЭРБ: клинические проявления, подходы к лечению и профилактике
- Новые возможности снижения сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией
- Вирусные пневмонии – самостоятельные заболевания или поражение легких при вирусных инфекциях?
- Перспективы лечения и профилактики социально значимых инфекций иммуномодуляторами
- Комплексное управление сахарным диабетом. От общего к частному
- Маски диабетической полинейропатии
- Заболевания билиарного тракта: от функциональных нарушений до органической патологии
- Современная противовирусная терапия хронического гепатита С на стадии цирроза печени
- Неалкогольная жировая болезнь печени как мультидисциплинарная проблема
- Рак молочной железы: клиника, диагностика, лечение
- Психические расстройства в структуре индуцированной менопаузы у пациенток с раком молочной железы

Место проведения

Здание правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36/9. Проезд до ст. метро Смоленская, Краснопресненская, Баррикадная

Регистрация и начало работы выставки в 09.00. Начало научной программы конференции в 10.00

Заявка на оценку мероприятия отправлена в координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (www.sovetnmo.ru)

Предварительная регистрация и подробная информация на сайте www.eecmedical.ru, по тел.: +7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29. Технический организатор – ООО «ИИСИ Медикал»



26

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

www.chelovekilekarstvo.ru



8-11 АПРЕЛЯ 2019 г.



Общероссийская общественная организация
«Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России»,
117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 6
Тел. (495) 518-31-09, www.adair.ru

23-24 НОЯБРЯ 2018
МОСКВА

IV ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД АДАИР И ПЕДИАТРОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России и ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» Федерального медико-биологического агентства приглашают:

- педиатров и аллергологов-иммунологов,
- детских дерматологов,
- детских пульмонологов,
- детских оториноларингологов,
- всех специалистов,

работающих в смежных областях,
принять участие в работе IV Всероссийского съезда

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗЛОЖЕНА НА САЙТЕ
WWW.ADAIR.RU



Эффективные терапевтические решения для лечения хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы



РУ: ЛП-003744



РУ: ЛП-003359



РУ: ЛП-002166



РУ: ЛП-003139



РУ: ЛП-003125



РУ: ЛП-003400



РУ: ЛП-003681



РУ: ЛП-003487



РУ: ЛП-003180



РУ: Р N000442/02



РУ: Р N002275/02



РУ: ЛП-004222



РУ: ЛП-002943



РУ: ЛП-002051

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



Компания «Натива» является исполнителем государственных контрактов Министерства промышленности и торговли Российской Федерации в рамках федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»

Информация предназначена только для специалистов здравоохранения. Для получения дополнительной информации обращайтесь в ООО «Натива» по адресу: 143402, Московская область, Красногорский р-н, г. Красногорск, ул. Октябрьская, д. 13, (495) 608-33-80, (495) 644-37-67, e-mail: info@nativa.pro, www.nativa.pro



ПРОИЗВОДСТВО ПОЛНОГО ЦИКЛА, СЕРТИФИЦИРОВАННОЕ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАНДАРТАМИ GMP