



Актуальные вопросы ЛОР-заболеваний в педиатрической практике

В рамках XXII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» состоялся симпозиум по актуальным вопросам ЛОР-заболеваний в педиатрической практике, прошедший под председательством Михаила Рафаиловича БОГОМИЛЬСКОГО, д.м.н., профессора, заслуженного деятеля науки РФ, члена-корреспондента РАН, заведующего кафедрой оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Ведущие эксперты в области оториноларингологии рассмотрели подходы к лечению детей с заболеваниями ЛОР-органов, представили алгоритмы лечения среднего отита, синусита и тонзиллофарингита с использованием современных препаратов отечественного производства с доказанной эффективностью и безопасностью.



Профессор, д.м.н.
Е.Ю. Радциг

Как отметила профессор кафедры оториноларингологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор Елена Юрьевна РАДЦИГ, в соответствии с определением Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (НМАО), синусит – воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух и полости носа длительностью до 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, такими как заложенность носа/затрудненное носовое дыхание, бесцветные/светлые выделения из носа, кашель (в дневное или ночное время). Острый синусит – один из десяти наиболее распространенных диагнозов в амбулаторной практике, занимает пятое

Синусит как осложнение инфекционного ринита: лечение и профилактика

место среди заболеваний, по поводу которых назначаются антибиотики. До 15% взрослого населения в мире страдает различными формами острого синусита, у детей он встречается чаще. В России данное заболевание ежегодно переносят около 10 млн человек. В структуре заболеваний ЛОР-стационаров синусит составляет 15–36%¹.

В Европейском согласительном документе по риносинуситу и назальным полипам (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) 2012 г. сказано, что риносинусит в 98% случаев вызывается вирусами и лишь в 0,5–2% имеет бактериальную этиологию. Исходя из этого документа, острый поствирусный риносинусит является по сути острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). Безусловно, вирусы играют большую роль в генезе острого синусита. Однако при анализе данных микробиологических исследований аспириатов из околоносовых пазух и назальных смывов начинаются разночтения. Комплексное микробиологическое исследование назальных смывов всегда показывает присутствие различных возбудителей, и это соответствует положению, что носовая полость не может быть стерильна. В то же время исследование аспириатов из околоносовых пазух демонстрирует, что

в ряде случаев встречается так называемый микробиологически негативный синусит. Кроме того, результаты российского исследования, выполненного на кафедре оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, показали, что частота именно бактериального синусита выше, чем указано в европейском согласительном документе. Более того, у детей встречается и вирусный, и вирусно-бактериальный, и микробиологически негативный синусит.

К наиболее частым бактериальным возбудителям острого синусита относятся *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, реже встречаются бета-гемолитические стрептококки группы А (БГСА, *S. pyogenes*), *S. aureus*. Среди вирусов лидирует риновирус².

Чтобы определить этиологию острого синусита и назначить адекватное лечение, необходимо учитывать данные анамнеза пациента, рутинного ЛОР-осмотра, эндоскопии и клинического анализа крови.

В исследовании особенностей клинических признаков и лабораторных показателей при остром синусите различной этиологии были выявлены маркеры бактериального процесса при остром синусите – гипертрофия аденоидов, острый средний отит (ОСО) или острый средний гнойный отит, а также соматическая патология (атопиче-

¹ Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, 2016.

² Малыгина Л.В. Острый синусит у детей: этиология, диагностика, лечение: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2017.



Сателлитный симпозиум компании Solopharm

ский диатез, аллергический ринит, гастроэнтерит). Маркерами вирусной этиологии воспалительного процесса являлись искривление носовой перегородки, евстахиит или тубоотит. Была разработана балльная шкала прогноза частоты развития острого бактериального синусита и предложен алгоритм ведения пациентов с острым синуситом. Исследователи пришли к заключению, что не следует торопиться с назначением системного антибактериального препарата, особенно при легком и неосложненном среднетяжелом течении заболевания². Эти выводы полностью совпадают с клиническими рекомендациями НМАО по ведению пациентов с острым синуситом.

В рекомендациях НМАО обозначены три степени тяжести синусита: легкая, среднетяжелая и тяжелая. Системная антибактериальная терапия показана при среднетяжелой или тяжелой форме синусита, при легкой – только в случае рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматике более 5–7 дней. Кроме того, согласно клиническим рекомендациям, больным острым синуситом показана местная антибактериальная терапия (уровень доказательности А). Топический антибактериальный препарат может назначаться в качестве стартовой терапии, в комплексе с другими системными и топическими препаратами, а также после приема деконгестантов или комплексных интраназальных препаратов. Фрамицетин – антибиотик группы

аминогликозидов для местного применения в оториноларингологии, действует бактерицидно. Устойчивость к фрамицетину развивается медленно и в небольшой степени. Препарат характеризуется широким спектром действия и противомикробной активностью. Активен в отношении микроорганизмов, устойчивых к пенициллинам и другим антибиотикам. Не оказывает системного эффекта. Среди показаний к применению фрамицетина – инфекционно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, в том числе ринит, ринофарингит, синусит (в отсутствие повреждений носовой перегородки), профилактика и лечение послеоперационных инфекций. На российском фармацевтическом рынке представлен отечественный назальный спрей Трамицент (фрамицетин). Это препарат с доказанной эффективностью, который успешно используется в составе комбинированной терапии при инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей у пациентов с ринитом, ринофарингитом, синуситом (без повреждений перегородки). Профессор Е.Ю. Радциг напомнила, что ринит подразделяют на инфекционный, аллергический, медикаментозный, гормональный, атрофический. При аллергическом рините применяют так называемый назальный душ. Часто для этой цели используется изотонический раствор морской воды, например отечественный препарат ЛинАква, со-

державший натуральную морскую воду. Он используется для орошения и промывания полости носа, рта и горла. Сегодня в арсенале врачей-оториноларингологов появилось отечественное инновационное средство для увлажнения и восстановления слизистой оболочки полости носа на основе гиалуроновой кислоты. В состав назального дозированного спрея Олифрин кроме гиалуроновой кислоты входят глицерол, эфирное масло лимона, витамин Е. Средство может применяться у взрослых и детей с трех лет. Олифрин создает защитный барьер и увлажняет слизистую оболочку полости носа. Препарат применяют для устранения симптоматических проявлений сухости (зуд, жжение, раздражение) слизистой оболочки носа, связанных с воздействием окружающей среды, сухого воздуха (кондиционирование, отопление) или послеоперационным заживлением. Кроме того, Олифрин используют при повышенной кровоточивости вследствие истончения и сухости слизистой оболочки носа, для ускорения регенерации после операций, при изменении слизистой оболочки на фоне длительного использования местных сосудосуживающих препаратов, а также для удаления избыточных выделений и корок из носовой полости. Подводя итог, профессор Е.Ю. Радциг подчеркнула, что лучшая профилактика синусита – рациональное и своевременное лечение ринита любой этиологии.

Острый тонзиллофарингит. Работа над ошибками

Заведующий детским оториноларингологическим отделением Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России, к.м.н. Дмитрий Петрович ПОЛЯКОВ остановился на проблеме лечения острого тонзиллофарингита у детей. Он отметил, что основная ошибка в фармакотерапии тонзиллофарингита

на амбулаторном этапе – широкое и нерациональное назначение антибактериальной терапии. Частота назначения антибиотиков при остром тонзиллите в отечественной амбулаторной практике достигает 95%. Аналогичная тенденция в фармакотерапии острого тонзиллита наблюдается во всем мире. Так, в США антибактериальная терапия назначается в 73% случаев³, в Турции –



К.м.н.
Д.П. Поляков

³ Linder J.A., Stafford R.S. Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians: a national survey, 1989–1999 // JAMA. 2001. Vol. 286. № 10. P. 1181–1186.

XXII Конгресс педиатров России с международным участием
«Актуальные проблемы педиатрии»

в 95%⁴. Вместе с тем в Швеции эта цифра уже составляет 45% случаев при минимизации нерационального применения антибиотиков (18%)⁵.

Пример Швеции показывает, что рациональное назначение антибиотикотерапии для лечения острого тонзиллофарингита – выполнимая задача. Тогда в чем проблема?

В мире издано множество клинических рекомендаций по применению антибактериальной терапии. В нашей стране экспертами НМАО в 2016 г. подготовлены клинические рекомендации по лечению острого тонзиллофарингита (КР-306), которые в этом году готовятся к обновлению. Однако, несмотря на наличие рекомендаций, подход к лечению больных тонзиллофарингитом в реальной практике не меняется в лучшую сторону. По мнению Д.П. Полякова, это может быть связано с огромным объемом информации, включенным в большинство изданных клинических рекомендаций. Более доступная форма предоставления информации, например изложенная в формате вопросов и ответов, позволяет быстрее донести до практического врача актуальные данные о тактике лечения тонзиллофарингита.

Д.П. Поляков представил основные рекомендации по лечению больных острым тонзиллофарингитом. Прежде всего сегодня следует отказаться от устаревшего термина «ангина» и пользоваться терминами «стрептококковый тонзиллит» или «острый тонзиллит, вызванный другими неуточненными возбудителями».

Наиболее частыми возбудителями острого тонзиллита являются респираторные вирусы. Среди бактериальных возбудителей первостепенное значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Согласно американским статистическим данным, с БГСА связано 5–15% случаев

острых тонзиллофарингитов во взрослой популяции и 20–30% – в детской⁶. В России в большинстве случаев по-прежнему диагноз «ангина» – острый тонзиллофарингит у врачей ассоциируется с бактериальным воспалением, требующим немедленного назначения антибиотика. Изолированная оценка наличия того или иного симптома, в частности налетов на миндалинах, также часто приводит к нерациональному назначению антибиотиков. В клинической оториноларингологической практике нередко налет на миндалинах, представленный фибрином, принимают за налет гнойного содержания. Бесконтрольное назначение антибактериальной терапии при катаральном синдроме приводит к росту антибиотикорезистентности патогенной флоры. На фоне нерациональной антибиотикотерапии могут развиваться нежелательные явления, токсико-аллергические реакции.

Для определения вероятности стрептококковой этиологии тонзиллофарингита традиционно продолжают использоваться ориентировочные клинические шкалы. В педиатрии наиболее распространена шкала МакАйзека. Чем выше суммарная оценка, тем выше вероятность выделения БГСА. Однако даже при максимальной оценке по шкале МакАйзека нельзя с полной уверенностью диагностировать стрептококковый тонзиллит. Соответственно нельзя назначать антибиотики, опираясь исключительно на данные клинических шкал. Необходимость антибактериальной терапии при стрептококковом тонзиллите доказана очень давно. Еще в середине XX в. (1951 г.) было проведено исследование эффективности применения пенициллина в рядах американской армии. Солдат с экссудативным тонзиллитом или фарингитом разделили на группы – получавших и не

получавших антибиотикотерапию. Результаты подтвердили роль профилактики острой ревматической лихорадки путем лечения предшествующей стрептококковой инфекции⁷.

Необходимо помнить, что при остром тонзиллите маркеры воспаления неспецифичны. Даже лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$, уровни С-реактивного белка свыше 60 г/л и прокальцитонина более 2 нг/мл не могут быть ориентиром для дифференциальной диагностики между бактериальными и вирусными тонзиллитами⁸.

Чтобы своевременно определить этиологию острого тонзиллита, обязательно ждать результаты бактериологического исследования мазка из ротоглотки. Целесообразно использовать экспресс-диагностику с помощью тестов второго поколения, основанных на методах иммуноферментного анализа или иммунохроматографии. При невозможности проведения экспресс-диагностики рекомендуется выделять БГСА в материале с небных миндалин и задней стенки глотки путем бактериологического культурального исследования.

Исследование уровня антистрептолизина-О (АСЛО) сыворотки крови при остром тонзиллофарингите нецелесообразно, поскольку результат может быть использован только для ретроспективной диагностики.

Иммунокомпетентным лицам, без ВИЧ-инфекции и первичного врожденного иммунодефицита, с острым тонзиллитом системную антибактериальную терапию необходимо назначать только при верифицированной БГСА-инфекции. При нерациональном назначении антибиотиков развивается дисбиоз ротоглотки, происходит эрадикация альфа-гемолитических стрептококков, снижается уровень бактериоцинов, что повышает восприимчивость к повторному инфицированию БГСА

⁴ Leblebicioglu H., Gunaydin M., Esen S. et al. Surveillance of antimicrobial resistance in gram-negative isolates from intensive care units in Turkey: analysis of data from the last 5 years // J. Chemother. 2002. Vol. 14. № 2. P. 140–146.

⁵ Neumark T., Brudin L., Engstrom S., Molstad S. Trends in number of consultations and antibiotic prescriptions for respiratory tract infections between 1999 and 2005 in primary healthcare in Kalmar County, Southern Sweden // Scand. J. Prim. Health. Care. 2009. Vol. 27. № 1. P. 18–24.

⁶ Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W. et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America // Clin. Infect. Dis. 2012. Vol. 55. № 10. P. e86–e102.

⁷ Wannamaker L.W., Rammelkamp C.H., Denny F.W. et al. Prophylaxis of acute rheumatic fever by treatment of the preceding streptococcal infection with various amounts of depot penicillin // Am. J. Med. 1951. Vol. 10. № 6. P. 673–695.

⁸ Дарманян А.С. Совершенствование методов диагностики и лечения острых тонзиллитов у детей: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010.

ТРАМИЦЕНТ

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ
ПРЕПАРАТ
ДЛЯ ПОЛОСТИ
НОСА



[Фрамицетин 1,25%]

Форма выпуска:
Спрей назальный
15 мл

Широкий спектр противомикробной активности в отношении микроорганизмов, устойчивых к пенициллинам и другим антибиотикам

Воздействует непосредственно в очаге инфекции

Удобная форма выпуска – назальный спрей

Без возрастных ограничений





(бактериальная интерференция). При выборе антибактериальной терапии следует учитывать, что БГСА высокочувствителен к пенициллинам. В большинстве национальных руководств при выявлении острого тонзиллофарингита бактериального генеза рекомендована стартовая антибактериальная терапия препаратами класса бета-лактамов – феноксиметилпенициллином/амоксциллином⁹.

Если пациент имеет доказанную тяжелую аллергию на бета-лактамы препараты, можно использовать макролиды или линкосамиды. При этом необходимо помнить о возможной резистентности БГСА к данным группам препаратов. Резистентность к 14- и 15-членным макролидам выше, чем к 16-членным, за счет штаммов с М-фенотипом резистентности. При неанафилактической аллергической реакции на пенициллин можно применять альтернативные препараты – цефалоспорины второго и третьего поколения, поскольку частота перекрестных аллергических реакций с пенициллинами составляет 1,9 и менее 0,6% для второго и третьего поколения соответственно. Для эрадикации БГСА необходим десятидневный курс антибиотикотерапии.

Еще одной проблемой ведения больных острым тонзиллофарингитом является избыточная госпитализация при симптомах ОРВИ. Показаниями к госпитализации при остром тонзиллите являются гнойные осложнения (паратонзиллит, парафарингит, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит, сепсис, синдром Лемье-ра), заведомо низкая комплаентность в силу социальных факторов и эпидемиологическая необходимость изоляции из коллектива.

Полипрагмазия и избыточное назначение большого числа лекарственных форм для местной терапии острого тонзиллофарингита – частое явление в реальной практике. В клинических рекомендациях сформулированы три главных правила топической терапии:

- 1) она является симптоматической и не заменяет системную антибактериальную терапию при стрептококковом тонзиллите;
- 2) не влияет на исход заболевания и вероятность развития осложнений;
- 3) повышает качество жизни.

В связи с этим рекомендовано применение местных антисептиков, местных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и анестетиков.

Для местного применения в ЛОР-практике разработан отечественный препарат Ангидак, спрей для местного применения дозированный, в состав которого входит НПВП с доказанной эффективностью – бензидамин. Препарат обладает выраженным противовоспалительным, местноанестезирующим и противоотечным действием. Он характеризуется высокой липофильностью и по градиенту pH (слабощелочной) проникает в очаг воспаления (кислый).

Важным фактором, напрямую влияющим на эффективность лечения, является метод доставки топического средства. Российские ученые оценивали эффективность препаратов бензидамина при обострениях хронического тонзиллофарингита. В рамках исследования сравнивали эффективность стандартной терапии тонзиллофарингита, в состав которой в качестве местного противовоспалительного средства входил препарат Ангидак, и эффективность стандартной терапии, где в качестве местного НПВП использовался препарат Тантум Верде. Кроме того, ученые оценивали эффективность и эквивалентность доставки препарата Ангидак. Полученные результаты продемонстрировали не только схожую эффективность препаратов Ангидак и Тантум Верде, содержащих бензидамин, но и идентичность воспроизведенного метода доставки препаратов. Показано, что спрей Ангидак обеспечивает высокое качество распыления и доставки лекарственного вещества непосредственно в очаг воспаления при инфекционно-воспа-

лительных заболеваниях ротоглотки. При схожей эффективности и безопасности с препаратом Тантум Верде Ангидак отличается более доступной ценой по сравнению с зарубежными лекарственными средствами. Это позволяет рекомендовать спрей Ангидак для широкого применения во взрослой и детской оториноларингологической практике в комплексной терапии тонзиллофарингитов¹⁰.

Важной составляющей топической терапии заболеваний ротоглотки считаются препараты с антисептическим эффектом. Основными требованиями к ним являются широкий спектр действия в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, активность в отношении биопленок, грибов. В этом плане хорошо зарекомендовал себя гексэтидин – препарат с вирулицидным, антибактериальным и фунгицидным действием.

Отечественный препарат Гелангин, содержащий гесэтидин, характеризуется широким спектром антибактериального и противогрибкового действия, оказывает анестезирующий эффект на слизистую оболочку. Он предназначен для симптоматического лечения при воспалительном-инфекционных заболеваниях полости рта и гортани, в частности фарингите и тонзиллите. Гелангин отличает меньшая кратность применения (по одному впрыскиванию два раза в сутки), что повышает приверженность лечению.

Заключение

Изучение особенностей и поиск новых методов лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей остается одной из актуальных проблем в педиатрии. Возможности современной фармакотерапии и комплексный подход к рациональному лечению заболеваний ЛОР-органов снижают риск развития осложнений и повышают качество жизни пациентов. ✪

⁹ Chiappini E., Regoli M., Bonsignori F. et al. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children // Clin. Ther. 2011. Vol. 33. № 1. P. 48–58.

¹⁰ medblog.su/bolezni-uha-gorla-i-nosa-otorinolaringologiya/klinicheskaya-effektivnost-preparatov-benzidamina-v-terapii-obostrenij-hronicheskogo-tonzillofaringita-a-a-krivopalov-s-v-ryazantsev-s-a-eremin-p-a-shamkina.html.