



# Актуальные проблемы педиатрии

15 февраля этого года в рамках XV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» состоялся спутниковый симпозиум «Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей».

**П**рофессор, д.м.н., директор НИИ антимикробной химиотерапии ГОУ ВПО СмГМА Р.С. Козлов выступил с лекцией «Аспекты антибиотикорезистентности у детей в разных регионах России».

В начале выступления докладчик охарактеризовал ситуацию с лекарственными препаратами в России, назвав ее уникальной. 61% от общего числа используемых в клинической практике так называемых лекарственных средств применяются в качестве лекарств только в нашей стране. 27% от общего числа препаратов составляют дженерики. «Мы не против дженериков, если речь идет о тех препаратах, которые доказали свою терапевтическую эквивалентность оригинальным препаратам», – отметил профессор Р.С. Козлов. Примерно 10% применяемых в практике средств – оригинальные препараты, на основе которых выпускаются дженерики, это так называемые оригиналь-

ные лекарства с общим сроком патентной защиты.

По словам докладчика, появление в педиатрической практике препарата с серьезной доказательной базой – большое достижение. Существует ряд лекарственных средств, которые нельзя использовать в педиатрии, и это абсолютно обоснованно. К таким препаратам относятся, в частности, респираторные фторхинолоны. В некоторых клинических ситуациях (полирезистентные инфекции ЖКТ, инфекции мочевых путей и др.) мы вынуждены использовать хинолоны и ципрофлоксацины, однако в таком случае следует проявлять осторожность. В любом случае предпочтение необходимо отдавать тем препаратам, которые доказали свою эффективность, подчеркнул докладчик.

Когда говорят о проблемах антибиотикорезистентности, речь прежде всего идет об инфекциях дыхательных путей, поскольку именно в этих ситуациях вероятность развития устойчивости к антибиотикам высока вследствие их частого назначения.

В лечении ЛОР-заболеваний педиатры придерживаются более сбалансированной позиции, чем оториноларингологи, лечащие взрослых пациентов. Много говорится о том, что при тонзиллитах, фарингитах у взрослых не требуется назначение антибиотиков. Однако, согласно фармакоэпидемиологическим исследованиям, 90,7% взрослых пациентов их получают. «Поэтому нет ничего удивительного, что

мы встречаемся с антибиотикорезистентностью и в детской, и во взрослой практике, тем более что наше население имеет прямой доступ к антибактериальным препаратам», – заметил Р.С. Козлов. Он также подчеркнул необходимость пропаганды медицинских знаний среди населения. Недавно было проведено исследование ВЦИОМ, в котором было опрошено 1500 человек из 138 населенных пунктов 46 областей, краев и республик России. Результаты исследования были опубликованы в газете «Комсомольская правда» от 12 февраля этого года. Людям был задан очень простой вопрос: «Убивают ли антибиотики вирус?» Практически половина опрошенных ответили утвердительно.

Далее профессор обратил внимание аудитории на некоторые эпидемиологические особенности ЛОР-заболеваний в России. По данным всех зарубежных источников, третьим по частоте возбудителем острых риносинуситов, острых и средних отитов является моракселла. В России этот возбудитель встречается редко, главным образом у часто болеющих детей. Основные возбудители – это пневмококки и гемофильная палочка, с чем связана необходимость профилактики инфекций. Что касается приобретенной резистентности к антибиотикам, то в России ситуация относительно сбалансированная, отметил докладчик. В 1999 г. резистентность пневмококков к пенициллину определялась у 10% штаммов, в

Профессор  
Р.С. Козлов





## Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей

2005 г. – у 8%, в 2009 г. – у 10,2%.

Хорошо работают цефалоспорины третьего поколения (к примеру, Цефтрибутен), но они не всегда активны в отношении штаммов со сниженной чувствительностью к пенициллину. Цефалоспорины третьего поколения эффективны в отношении высокочувствительных к пенициллину штаммов. Резистентность к цефалоспорином определяется на уровне 4%, что является хорошим показателем.

Профессор Р.С. Козлов обратил внимание слушателей, что значимого роста резистентности к макролидам на сегодняшний день нет, что очень важно для педиатрической практики.

Один из главных вопросов – существуют ли различия в антибиотикорезистентности между разными регионами страны? Спектр использования антибиотиков отличается в разных регионах, но в целом устойчивость к основным антибактериальным препаратам, используемым в педиатрии, находится на сравнительно низком уровне.

Мнение специалистов о резистентности пиогенных стрептококков разделилось: 17% врачей считают, что существуют штаммы пиогенных стрептококков, устойчивых к пенициллину, однако профессор Р.С. Козлов убежден, что эти возбудители не обладают устойчивостью ни к пенициллину, ни к цефалоспорином третьего поколения.

Таким образом, подытожил докладчик, микробные популяции в нашей стране относительно стабильны. При этом качество антибактериальных препаратов остается одной из центральных проблем, особенно в педиатрии, поскольку использование малоизвестных дженериков может вместо ожидаемого лекарственного эффекта привести к ухудшению течения заболевания.

Завершая свое выступление, профессор Р.С. Козлов подчеркнул, что арсенал средств (включая со-

временные аминопенициллины, современные безопасные пероральные цефалоспорины третьего поколения, современные макролиды), которым располагают сегодня специалисты, позволяет эффективно лечить практически любые инфекции: ЖКТ, мочевых путей, респираторных заболеваний. «Наша с вами задача – использовать эти препараты рационально, чтобы устойчивость к антибиотикам сохранилась на низком уровне», – отметил докладчик.

**С докладом «Заболевания ЛОР-органов и их осложнения у детей: риносинуситы – диагностика и терапия» выступила профессор Е.П. Карпова, заведующая кафедрой детской оториноларингологии РМАПО г. Москвы.**

В начале выступления профессор Е.П. Карпова напомнила о функциональном единстве дыхательной системы, что необходимо учитывать в клинической практике. Согласно принципам доказательной медицины, при установлении диагноза «риносинусит» обязательно нужно обследовать в том числе и нижние отделы дыхательных путей. Более того, не исключена вероятность развития патологии слуховой трубы. В таких случаях правильнее говорить о патологии риносинуситогубарного комплекса.

При лечении риносинуситов очень часто невозможно определить первичный фактор, вызвавший воспаление: это могут быть вирусы, бактерии, аллергены, химический или какой-либо другой фактор. Воспаление нужно рассматривать как процесс, обусловленный воздействием разных причин.

По статистике, риносинусит – очень распространенная во всем мире патология. Хронизация заболевания ежегодно увеличивается на 1,5–2%, и, несмотря на современные возможности фармакотерапии, контролировать си-



*Профессор  
Е.П. Карпова*

туацию пока не удастся. Риносинусит также нередко осложняется развитием пневмонии, как острой, так и хронической.

Профессор Карпова подчеркнула особую роль фактора аллергии в развитии риносинуситов. Термины «аллергонастроенность», «отягощенный аллергоанамнез» подразумевают наличие персистирующего воспаления. У «аллергонастроенных» детей в четыре раза чаще встречаются риносинуситы и отиты. Причем когда речь идет об аллергическом риносинусите, чаще всего имеются в виду его тяжелые и среднетяжелые формы, поскольку легкие формы составляют всего 4% в структуре заболеваемости.

Некоторое время назад считалось, что воспаление является нормальной защитной реакцией организма. На сегодняшний день взгляды изменились: воспаление свидетельствует о несостоятельности защитных систем организма – иммунологической, вегетативной, антиоксидантной.

Риносинусит – это генетически детерминированное заболевание. В Европе уже проводят диагностику генома у лиц, страдающих хроническим риносинуситом, однако в России пока таких возможностей нет. Тем не менее уже понятно, что перспективы лечения заболевания связаны не с развитием противовоспалительной и антимикробной терапии, а с выявлением и устранением генных дефектов.



## Возможности современной фармакотерапии в лечении заболеваний ЛОР-органов у детей

Е.П. Карпова обратила внимание слушателей также на то обстоятельство, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь часто коррелирует с риносинуситом, и таких детей необходимо отправлять к гастроэнтерологу.

Профессор Карпова напомнила, что в МКБ-10 дано определение риносинусита как воспаления, которое характеризуется двумя и более симптомами. В документе указаны эндоскопические и КТ-признаки заболевания. По продолжительности выделяют острый и хронический риносинусит; по тяжести течения – легкую, среднетяжелую и тяжелую степени заболевания.

Вопрос о необходимости антибактериальной терапии хронического риносинусита в настоящее время является дискуссионным, сообщила Е.П. Карпова. Последнее исследование, посвященное этой проблеме, проводилось в Великобритании. Были выделены две группы больных с осложненными формами течения риносинусита. В одной группе пациенты получали амоксициллин, в другой – нет. Результаты лечения в группах не отличались.

При остром риносинусите у детей пероральная антибактериальная терапия необходима, утверждает профессор. Антибиотикотерапия назначается при длительности заболевания свыше пяти дней или тяжелом течении. Показано применение топических глюкокортикостероидов с хорошим уровнем доказательности (мометазона фураат), в особенности в сочетании с топическими деконгестантами и ирригационной терапией.

У взрослых пациентов довольно часто деконгестант используется как симптоматическая терапия, несмотря на его неэффективность. Ирригационная терапия, которая активно применяется в педиатрии, к сожалению, также не эффективна и не рекомендуется во взрослой практике.

При детском хроническом риносинусите пероральная антибакте-



риальная терапия эффективна и доказана.

В лечении взрослых пациентов краткосрочная антибактериальная терапия не эффективна и не рекомендована. При необходимости назначают длительный, продолжительностью 12 недель, курс антибактериальной терапии в сочетании с топическими кортикостероидами. При этом уровень резистентности к назначаемым антибиотикам не должен превышать 20–30%. Другими факторами, которые необходимо учитывать при выборе препарата, являются комплайнс, удобство применения и частота возможных побочных эффектов, в первую очередь диарейного синдрома.

Е.П. Карпова рассказала о существующих в настоящее время стандартах лечения пациентов с риносинуситом.

При легком течении заболевания назначается амоксициллин, при легком и среднетяжелом течении – пенициллины, при среднетяжелом и тяжелом – цефалоспорины третьего поколения, которые имеют хорошую доказательную базу.

Однако наиболее эффективным является сочетание антибактериальных препаратов и глюкокортикостероидов, что доказано

в многочисленных клинических исследованиях. В настоящее время успешно стали применяться топические глюкокортикостероиды. Они должны соответствовать определенным требованиям: эффективность, отсутствие системного воздействия, минимальная частота побочных действий.

Проводились исследования по сравнению эффективности антибактериальной монотерапии и антибактериальной терапии в сочетании с Назонексом® (мометазона фураат). Более быстрое купирование симптомов (в течение 4 часов) наблюдалось у пациентов, получавших Назонекс®. Кроме того, исследование подтвердило высокий профиль безопасности препарата.

Исследования эффективности топических глюкокортикостероидов проводились также у детей с риносинуситом и аденоидитом. Как известно, аденоидит – один из немаловажных факторов, способствующих развитию риносинусита.

Результаты исследования продемонстрировали эффективность топических ГКС и в лечении аденоидита. ☺

Подготовила  
Наталья Прокопович