

1-й МГМУ им.
И.М. Сеченова,
кафедра болезней
уха, носа и горла,
Москва

Главный
клинический
военный
госпиталь ФСБ
России

Место респираторных фторхинолонов в лечении больных гнойным гайморитом, протекающим на фоне бронхиальной астмы

Д. м. н., проф. А.Ю. Овчинников, к. м. н. Е.А. Шевцов, к. м. н. М.А. Панякина

Синуситы продолжают оставаться актуальной проблемой оториноларингологии несмотря на значительные достижения в их диагностике и лечении. За последние 10 лет заболеваемость синуситами выросла в 3 раза, а больные, госпитализированные по поводу болезней околоносовых пазух, составляют примерно 2/3 от общего числа пациентов специализированных стационаров [1]. При этом вовлечение верхнечелюстных пазух в патологический процесс может составлять до 75% [2, 3].

Традиционным способом терапии гнойных верхнечелюстных синуситов в России до настоящего времени является пункционный метод. Однако этот сравнительно простой и привычный способ лечения имеет ряд существенных отрицательных сторон, среди которых можно выделить страх перед неприятной процедурой, риск проникновения пункционной иглы в пограничные области, значительное снижение качества жизни в период противополоказания [4].

Наконец, пункционное лечение, как инвазивный метод, может негативно отражаться на сопутствующих заболеваниях нижних дыхательных путей, так как в структурном и функциональном плане верхний и нижний отделы дыхательного тракта представляют собой единое целое. Доказано, что хирургическое лечение ЛОР-органов при бронхиальной астме (БА) часто приводит к утяжелению бронхолегочного процесса и к бронхоспазмам во время операции, особенно это происходит

при неустановленной БА, когда присутствуют типичные жалобы, а показатели ФВД и других пульмонологических методов обследования не подтверждают данный диагноз, и наоборот, в случаях скрытой бронхоконстрикции, когда нет типичных жалоб даже при тщательном опросе, а диагноз подтверждается при обследовании [5, 6].

Таким образом, следует ограничить пункционный подход к лечению верхнечелюстного синусита, особенно у больных так называемых «проблемных» категорий, к которым, прежде всего, следует отнести пациентов с коморбидно протекающей БА.

Альтернативой пункционному лечению справедливо считают комплексные консервативные мероприятия, основным звеном которых является адекватная антибиотикотерапия. Выбор антибиотика для лечения бактериального риносинусита остается довольно трудной задачей, несмотря на обилие антимикробных средств различных химических групп. Трудности выбора определяются вынужденным эмпирическим подходом к антибиотикотерапии, изменением спектра возбудителей в зависимости от эпидемиологической ситуации. Эмпирический подход к лечению основан не только на отсутствии возможности идентификации возбудителя в амбулаторных условиях. Даже в хорошо оборудованных стационарах на выяснение этиологически значимого микроорганизма и определение его антибиотикоустойчивости уходят 3-4 дня (а в случае «атипичных» патогенов и более), в течение

которых больной не может оставаться без лечения. Таким образом, врачи сталкиваются с проблемой выбора антибиотика в условиях, когда провести качественный бактериологический анализ невозможно. Учитывая основные патогены, фигурирующие в этиологии острого синусита, можно выделить следующие группы препаратов, перспективных для использования: бета-лактамы (пенициллины, цефалоспорины), азалиды, макролиды и современные фторхинолоны [7].

Однако в последние годы среди исследователей проявляется тенденция не только к ретроспективной оценке всего, что сделано за время полувекового триумфального внедрения антибиотиков в лечебную практику, но и к прогнозированию будущих событий, причем с выводами, не носящими оптимистического характера. Основной или даже единственной причиной тревоги является глобальность проблемы антибиотикорезистентности [8].

Именно эта проблема была поставлена во главу угла при решении задачи — свести к минимуму использование пункционной тактики лечения гнойных гайморитов у лиц с сопутствующей БА. Решить эту проблему позволило использование в комплексе консервативных мероприятий респираторных фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин).

Хинолоны (в том числе фторированные представители — фторхинолоны) используются в клинической практике с начала 1960-х гг. и классифицируются по времени введения в практику новых препаратов

с улучшенными антимикробными свойствами.

Фторхинолоны, разрешенные для клинического применения с начала 1980-х гг. (II поколение), отличаются широким спектром антимикробного действия, включая стафилококки, высокой бактерицидной активностью и хорошей фармакокинетикой, что позволяет применять их для лечения инфекций различной локализации. Фторхинолоны, введенные в практику с середины 1990-х гг. (III—IV поколение), характеризуются еще более высокой активностью в отношении грамположительных бактерий (прежде всего пневмококков), внутриклеточных патогенов, анаэробов, а также еще более оптимизированной фармакокинетикой [9].

Для подтверждения клинической эффективности и безопасности использования фторхинолонов последних генераций мы остановили свое внимание на левовлоксацине (Таваник).

В исследование включено 60 больных в возрасте от 18 до 65 лет с острым гайморитом и обострением хронического, протекающего на фоне БА или скрытой бронхоконстрикции, что подтверждалось данными анамнеза, предварительным пульмонологическим обследованием, исследованием ФВД. У 34 (56,7%) пациентов выявлен острый гайморит, у 26 (43,3%) — обострение хронического гайморита.

Сопутствующая БА зарегистрирована у 45 (75%) больных. Скрытая бронхоконстрикция выявлена у 15 (25%) пациентов.

С целью оценки эффективности применяемых нами методов лечения все больные были разделены на две группы.

1-ю группу составили 30 больных, которым проводилась комплексная беспункционная терапия, включающая современные антибактериальные средства (левофлоксацин / Таваник/ по 500 мг в сутки), а также антигистаминные препараты последних поколений, деконгестанты и топические глюкокортикостероиды, которые в составе комплексной терапии потенцируют действие друг друга и, таким образом, положительный эффект в виде уменьшения воспалительной инфильтрации, а следовательно, отека слизистой оболочки пазухи, выражен в большей степени и достигается быстрее. Курс лечения 8 дней.

2-ю группу составили 30 больных с аналогичной патологией, которым проводилось традиционное пункционное лечение с установкой дренирующего катетера на период лечения.

Больным 1-й группы не исключалось проведение пункционного лечения в случаях: нарастания клинической симптоматики в ходе консервативного лечения или отсутствия эффекта в течение первых 3 сут в качестве диагностической манипуляции для уточнения характера патологических изменений и микробного пейзажа в пазухе.

В результате проведенного лечения выраженный лечебный эффект получен в 1-й группе, где отмечено 76,7% случаев выздоровления. Во 2-й группе число пациентов с полным купированием клинических проявлений гайморита достигло 66,7%. Результаты подтверждены бактериологическим исследованием. Однако купирование болевого синдрома возникало быстрее во 2-й группе, так как наилучшие условия эвакуации патологического содержимого обеспечивались именно пункционным методом.

В результате проведенного исследования у больных с острым гайморитом отмечено превалирование пневмококка, пиогенного стрептококка и гемофильной палочки (см. таблицу). Стафилококковая флора встречалась гораздо реже и была представлена штаммами, чувствительными к большинству антибактериальных средств. Грибковая флора при острых гайморитах была представлена *Candida albicans* и встречалась только у больных, прошедших курс антибактериальной терапии непосредственно до настоящего лечения. Из атипичных возбудителей при остром процессе в 5 случаях была выделена *Mycoplasma pneumoniae*.

У больных с обострением хронического гайморита превалировала стафилококковая флора. При сопутствующем полипозном риносинусите отмечена высокая резистентность микрофлоры к боль-

Микробный пейзаж у исследуемых больных

Возбудитель	Острый гайморит		Обострение хронического гайморита	
	число штаммов	степень обсемененности	число штаммов	степень обсемененности
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	13	10 ⁴ —10 ⁶	6	10 ² —10 ⁴
<i>Haemophilus influenzae</i>	10	10 ⁴ —10 ⁶	4	10 ² —10 ⁴
<i>Streptococcus pyogenes</i>	8	10 ⁴ —10 ⁶	7	10 ² —10 ⁴
<i>Streptococcus viridans</i>	5	10 ⁴	11	10 ⁶
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	4	10 ² —10 ³	16	10 ⁴ —10 ⁴
<i>Candida albicans</i>	4	10 ⁴ —10 ⁶	7	10 ⁴ —10 ⁶
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	10 ² —10 ³	12	10 ⁴ —10 ⁴
<i>Moraxella catarrhalis</i>	7	10 ⁵	3	10 ²
<i>Enterococcus faecalis</i>	1	10 ²	4	10 ²
<i>Escherichia coli</i>	1	10 ² —10 ³	5	10 ² —10 ³
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	—		6	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	5		2	
Всего	62		83	

В данной работе мы постарались, по возможности, досконально определить характер микробного пейзажа у исследуемых больных. Тем самым дать ответ на ряд вопросов, а именно: качественный и количественный спектр микроорганизмов в зависимости от формы синусита, чувствительность выделенных микроорганизмов к современным антибактериальным средствам. Также нас интересовали проблемы, противоречиво освещенные в литературе, например, роль атипичной микрофлоры при синуситах, характер выделенной микрофлоры при сопутствующих АР и ПР.

В большинстве используемых антибиотиков. Грибковая инфекция, представленная *Candida albicans*, а также нетипичные для данной локализации *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli*, встречались только у больных, прошедших курс антибактериальной терапии непосредственно до настоящего лечения. Среди атипичных возбудителей при хроническом процессе встречались в 2 случаях — *Mycoplasma pneumoniae*, в 6 — *Chlamydia pneumoniae*.

В связи с возрастающим в последнее время интересом к роли хламидийной и микоплазменной инфекции в



Хронический
бронхит



Острый
синусит

Острый
цистит
Простатит



Пневмония



Раневая
инфекция



Перитонит



 **ТАВАНИК®**
(левофлоксацин)

оригинальный фторхинолон для эффективной терапии
широкого круга инфекций

sanofi aventis
Пыльное – здоровье

Представительство акционерного общества «Санофи-авентис груп» (Франция).
Адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2. Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11. www.sanofi-aventis.ru

Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению.

RU.LEV.10.01.01

развитии ЛОР-заболеваний, мы решили проанализировать полученные нами данные.

В целом, атипичная микрофлора была выделена у 18,3% больных и представлена только *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*. По литературным данным в полости носа паразитируют как представители тропные к респираторному эпителию, так и чуждые ему виды, например урогенитальные хламидии [10, 11].

Сопоставление формы гайморита и частоты встречаемости атипичной микрофлоры позволило выявить определенные зависимости. Так, статистически достоверно ($p < 0,01$) *Mycoplasma pneumoniae* более часто выделялась при остром гайморите. *Chlamydia pneumoniae*, напротив, чаще обнаруживалась у больных с обострением хронического гайморита.

Во всех случаях нашего исследования гайморит развился на фоне острой или хронической патологии со стороны нижних дыхательных путей, что не противоречит мировым данным о том, что у больных хламидийной и микоплазменной пневмониями наблюдаются умеренные признаки пора-

жения верхних дыхательных путей — риносинусит, фарингит, ларингит [10—12].

На фоне пункционного лечения у 12 (20%) больных 2-й группы отмечено ухудшение показателей ФВД.

Отдаленные результаты были прослежены у всех больных на протяжении 2 лет. Наименьшее количество рецидивов и переходов в хроническую форму отмечено в 1-й группе (23,3% против 33,3%, при $p < 0,05$).

Выводы

1. Применение адекватно подобранной схемы комплексной беспункционной терапии больных острым гайморитом и обострением хронического гайморита, включающей системные антибиотики (фторхинолоны, Таваник), блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов и топические глюкокортикостероиды, привело к выздоровлению или стойкой ремиссии у 23 (76,7 %) больных (срок наблюдения 2 года), в то время как пункционное лечение сопровождалось выздоровлением или стойкой ремиссией у 20 (67,3%) пациентов.

2. Атипичная микрофлора, представленная *Mycoplasma pneumoniae*

и *Chlamydia pneumoniae*, в целом выделена у 18,3% больных, вошедших в исследование. При этом клинической особенностью у пациентов с *Chlamydia pneumoniae* являлось наличие хронического риносинусита с многократными, малоэффективными курсами пункционного лечения в анамнезе. *Mycoplasma pneumoniae* выделялась только у пациентов с острым риносинуситом.

3. Наиболее часто возбудителями острого гайморита являлись: *Streptococcus pneumoniae* (21,6%), *Haemophilus influenzae* (18,9%) и *Streptococcus pyogenes* (17,5%); а при обострении хронического гайморита: *Staphylococcus epidermidis* (17%), *Staphylococcus aureus* (14%), *Streptococcus pyogenes* (12%), *Streptococcus viridans* (12%).

4. Помимо многочисленных негативных моментов, выявленных при анализе пункционного лечения, у больных БА подобное вмешательство привело к снижению показателей ФВД в 12 (20%) случаях, в то время как консервативная тактика лечения синуситов ни в одном случае не способствовала негативной реакции со стороны бронхолегочной системы.

Литература
→ 76 с.

Новый центр оториноларингологии в Москве

Крупнейший в России Центр оториноларингологии должен открыться в Москве до конца 2010 года, это будет не только ведущее медучреждение по профилю, но и первый в России центр хирургии головы и шеи, сообщил РИА Новости в четверг директор научно-клинического центра оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России, профессор Н. А. Дайхес.

По словам Дайхеса, новый центр оториноларингологии рассчитан на 320 коек, а общая площадь центра составит 42 тысячи квадратных метров.

«В центре будет учебная база с большим количеством аудиторий. Лекции и операции с помощью видеосвязи можно будет смотреть из любой точки мира», — заявил медик. Он добавил, что помимо ЛОР-

врачей и хирургов в новом медучреждении будут трудиться офтальмологи, эндокринологи, специалисты по онкологическим заболеваниям и аллергологи.

Согласно информации на сайте Научно-клинического центра оториноларингологии, Министерство здравоохранения Российской Федерации при поддержке Государственной Думы Российской Федерации и Правительства Российской Федерации приняло решение о строительстве первого в стране центра оториноларингологии, соответствующего лучшим мировым стандартам, учитывая высокую динамику роста показателей заболеваемости населения болезнями уха, горла и носа и важность научных-медицинских исследований в сфере оториноларингологии.

Начиная с 2001 г. Министерству здравоохранения Российской Федерации, государственному заказчику по проектированию и строительству комплекса зданий для Государственного учреждения «Научно-клинический центр оториноларингологии», в рамках Федеральной адресной инвестиционной программы по разделу «Здравоохранение» было открыто бюджетное финансирование. Уже в 2004 году по данному объекту были полностью выполнены предпроектные и проектные работы, проведены необходимые экспертизы, утверждения, согласования.

Окончание строительства и сдача объекта в эксплуатацию были запланированы на четвертый квартал 2007 года.

Источник: Medportal.ru

В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова

Проблема аллергического ринита в настоящее время

1. Ильина Н.И. Российская ринология 1999; 1: 23—24
2. Ильина Н.И., Польнер С.А. *Con medicum* 2001; 3(8): 384—393.
3. Ильина Н.И., Козлов В.С., Павлова К.С. и др. Российский аллергологический журнал 2009; 1: 85—89.
4. Лопатин А.С. РМЖ 2002; 10(17): 761—766.
5. Лопатин А.С. *Con medicum* 2004; 6(4).
6. Лусс Л.В. Лечащий врач. 2002; 4: 24—28.
7. Лусс Л.В. РМЖ 2003; 11: 12.
8. Протокол ведения больных. Аллергический ринит (Утв. Минздрав-соцразвития РФ 28.04.2006).
9. Ушкалова Е.А. Трудный пациент 2005; 6.
10. Феденко Е.С. *Consillium medicum* 2004; 3: 4.
11. Федоскова Т.Г. РМЖ 2007; 15(7): 608—611.
12. Хаитов Р.М., Богова А.В., Ильина Н.И. Иммунология 1998; 3: 4—9.
13. ARIA. Allergic rhinitis and its impact on asthma. WHO initiative, 2001.
14. ARIA. Allergic rhinitis and its impact on asthma. WHO initiative, 2008.
15. Bachert C., El-Akkad T. *Annals of Allergy Asthma Immunol* 2002; 89: 292—297.
16. Carney A., Davis A. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 1019—1030
17. Cirillo I., Vizzaccaro A., Tosca M.A. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2003; 35: 204—207
18. IVAX Pharmaceuticals. Fluticasone propionate 50 microgram nasal spray. The clinical review 2005. May.
19. Handley D., Magnetti A., Higgins A. *Exp Clin Invest Drugs* 1998; 7(7): 1045—1054.
20. Howarth P.H., Wilson S., Lau L. *Clin Exp Allergy* 1991; 21 (Suppl 21): 3—15.
21. Malling H.J. *Allergy*. 1998; 53(5): 461—72.
22. Philip G., Malmstrom K., Hampel F.C.Jr. *Clin Exp Allergy* 2002; 32: 1020—1028.
23. Varney V.A., Edwards J., Tabbah K. *Clin Exp Allergy*. 1997; 27(8): 860—867.

В.В.Вишняков

Лечение острого синусита

1. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит. Этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения: Клинические рекомендации. М., 2009.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М., 2008.
3. *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps* 2007 // *Rhinology*. 2007. Supplement.

А.Ю.Овчинников, Е.А. Шевцов, М.А. Панякина

Место респираторных фторхинолонов в лечении больных гнойным гайморитом, протекающим на фоне бронхиальной астмы

1. Шиленкова В.В., Козлов В.С., Шиленков А.А. Справочник поликлинического врача 2004; 2: 47—50.
2. Пискунов Г.З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002. 390 с.
3. Сакович А.Р. Синуситы: клинико-эпидемиологический анализ. http://bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=1603:2009-10-13-09-17-50&catid=116:32009&Itemid=196
4. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Овчинников А.Ю. и др. Рос. оторинолар. 2004; 3 (10): 150—152.
5. Овчинников А.Ю. Место, значение и роль воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в возникновении, течении и лечении сочетанной патологии верхних и нижних дыхательных путей: Автореф. дис. ... док. мед. наук. М., 2005.
6. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI / WHO Workshop, 2001.19 p.
7. Яковлев С.В., Яковлев В.П. *Consilium medicum* 2001; 1.
8. Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. *Consilium medicum* 2001; 3: 8: 23—25.
9. Яковлев С.В., Яковлев В.П. Левофлоксацин — новый антимикробный препарат группы фторхинолонов. М.: Дипак, 2006. 240 с.
10. Лайко А.А., Бредун А.Ю. Российская ринология 2005; 2: 188.
11. Пониделко С.Н., Позняк А.Л. *Новости оторинолар. и логопат.* 2001; 4 (28): 67—71.
12. Глазников Л.А., Пониделко С.Н. *Новости оторинолар. и логопат.* 2001; 4 (28): 82—86.

О.В. Зайцева

Диагностика и лечение кохлеовестибулярных нарушений

1. Бабияк В.И., Гофман В.Р. *Новости оториноларингологии и логопатологии* 2000; 4: 3—11.
2. Гринчук В.И. Головокружение и проблемы оториноларингологии. В кн.: Мат-лы научно-практической конференции «Головокружение: современные аспекты диагностики и терапии». М 1999; 2—7.
3. Еремина Н.В., Гришук В.Н. Роль активного выявления вестибулярных расстройств у населения в реализации программы реабилитации больных. В кн.: Мат-лы XVI съезда оториноларингологов РФ. М 2001; 293—296.
4. Кадьмова М.И., Полякова Т.С., Владимирова Т.Н. *Вести оторинолар* 1998; 5: 49—50.
5. Морозова С.В. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2003; 2: 1: 105—110.
6. Портенко Е.Г., Добрынин К.Б. *Новости оториноларингологии и логопатологии* 2000; 2: 55—57.
7. Пригун П.П. Головокружения. Минск: Беларусь 1988; 3, 5, 18—20, 20—22.
8. Хиллов К.Л. Функция органа равновесия и болезнь передвижения. Л: Медицина 1969; 278 с.
9. Храпто Н.С. Возможности реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью. Тез. докл. VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург 1990; 470—472.
10. Шеремет А.С. *Consilium medicum*. Приложение «Головокружение» 2001; 3—9.
11. Бертон М.Дж. Лечащий врач 1999; 4: 58—60.
12. Colledge N.R., Barr-Hamilton R.M. *BMJ* 1996; 313: 788—792.
13. El-Kashlan H.K., Shepard N.T., Asher A.M. *Laryngoscope* 1998; 108: 311—319.
14. Fukuda T. The stepping test. *Acta Otolaryngologica (Stokh)* 1959; 50: 95—108.
15. Monsell E.M., Furman J.M., Herdman S.J. *Otolaryngol-Head-Neck-Surg* 1997; 117: 394—398.
16. Ohinata Y. *Am Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106: 1: 27—32.
17. Timmerman H. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1994; 513: 28—32.
18. Yardley L., Britton J., Lear S. *Behav Res Ther* 1998; 33: 4: 435—439.
19. Meyer J.S., Mathew N.T., Hartmann A., Rivera V.M. *J Clin Pharmacology* 1974; 14.
20. Tighilet B., Lünard J., Lacour M. *J Vest Res* 1995; 5: 53—66.