



Современный подход к терапии верхних дыхательных путей – как предупредить осложнения

«Благодаря фитонингу мы приближаем людей к целительной силе природы».

Михаэль А. Попп, профессор, доктор естественных наук, фармацевт, генеральный директор и владелец компании «Бионорика СЕ»

В рамках XX Съезда оториноларингологов России, проходившего в Москве в Центре международной торговли 6–9 сентября 2021 г., состоялся симпозиум компании «Бионорика», посвященный крайне важной и актуальной теме лечения воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей. В ходе мероприятия профессиональные ЛОР-специалисты рассмотрели вопросы лечения острых респираторных заболеваний (ОРЗ) – риносинуситов и тонзиллитов, сфокусировав внимание на том, как лечить, чтобы не только облегчить процесс выздоровления, но и не допустить развития осложнений.

Риносинуситы и тонзиллиты, входящие в общую структуру ОРЗ у детей, являются самыми распространенными воспалительными заболеваниями. Оба этих диагноза, как и острый бронхит, являющийся третьим в острой респираторно-вирусной триаде, относятся к так называемым самоограниченным заболеваниям и проходят в большинстве случаев самостоятельно, без лечения.

В такой, казалось бы, предельно простой клинической ситуации остается несколько важных вопросов, особенно актуальных у детей: как облегчить симптомы и сократить время болезни? как не допустить развития супер- и реинфицирования? как лечить безопасно и при этом эффективно? Именно этот круг вопросов на симпозиуме обсудили три профессионала – ЛОР-специалисты Ольга Витальевна КАРНЕЕВА и Александр Владимирович ГУРОВ, а также врач-педиатр Георгий Игоревич ДРЫНОВ.

Симпозиум начался с освещения темы риносинусита. Заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии» ФМБА России по учебной и научной работе, д.м.н. О.В. Карнеева выступила с докладом «Острый риносинусит у детей: лечебная тактика, что нового?» В начале выступления она напомнила, что ЛОР-специалисты всего мира придерживаются классификации риносинуситов, предложенной в 2012 г. Европейским обществом ринологов в международном согласительном документе EPOS. На основании этой классификации выделяют:

- ✓ острый вирусный риносинусит (банальная простуда, насморк) – при длительности симптомов менее десяти дней;
- ✓ острый поствирусный риносинусит – при усилении симптомов после пяти дней или сохранении симптомов после десяти дней, но с общей продолжительностью менее 12 недель (при этом именно острый риносинусит может быть разделен на острый вирусный и острый поствирусный в зависимости от продолжительности острой симптоматики);
- ✓ острый бактериальный риносинусит – при наличии как минимум трех симптомов: бес-

цветные выделения из носа (преимущественно односторонние) и гнойный секрет в полости носа; сильная локальная боль (преимущественно односторонняя); лихорадка (> 38 °С); повышение скорости оседания эритроцитов/уровня С-реактивного белка; «удвоение болезненности» (то есть резкое ухудшение после более легкого течения заболевания);

- ✓ хронический риносинусит – при сохранении симптомов ≥ 12 недель.

О.В. Карнеева подчеркнула, что бактериальный риносинусит встречается редко и развивается лишь у 0,5–2% пациентов с острым



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

вирусным/поствирусным риносинуситом, и именно поэтому антибиотикам нет места в лечении острого неосложненного риносинусита.

Эксперт также отметила, что острый риносинусит у детей, согласно определению EPOS, является воспалением слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующимся двумя или более симптомами, один из которых либо затрудненное носовое дыхание/заложенность носа/скопление отделяемого, либо наличие непрозрачных окрашенных выделений из носа (в том числе по задней стенке глотки) ± боль в области лица/чувство давления, а также ± кашель, с общей продолжительностью симптомов менее 12 недель. При этом острый синусит составляет до 70% всех ЛОР-заболеваний у детей, количество осложнений достигает 10–12%, чаще болеют дети от двух до шести лет.

С учетом особенностей работы слизистой и иммунной систем маленьких детей воспалительные процессы у них протекают по инфекционно-аллергическому пути, что при неадекватности лечения банальных острых респираторных заболеваний с риносинуситом и их частых рецидивах отчасти объясняет 4–6-кратный рост встречаемости аллергического ринита в России за последние 20 лет. Очевидно, что повсеместное и массовое нерациональное использование антибиотиков в ситуациях, когда в них нет необходимости, не улучшает ситуацию с ростом заболеваемости аллергическим ринитом, которым в России страдает каждый третий взрослый и каждый четвертый ребенок. Это потребовало поиска новых способов рациональной терапии острых риносинуситов.

Влияние интраназальных глюкокортикостероидов на рост

Препарат	Возраст, лет	Доза, мкг/сут	Количество детей, абс.	Изменение роста, см/год
Беклометазон	6–9,5	336	100	-1,45
Триамцинолон	3–9	110	299	-0,45
Флутиказона фураат	5–8,5	110	474	-0,27
Будесонид	4–8	64	229	-0,25
Флутиказона пропионат	3–9	200	150	-0,14
Мометазона фураат	3–9	100	82	-0,61

Все более прочные позиции в этой нише занимает фитотерапия. При этом врачу предлагается на выбор ряд средств для топического интраназального применения, среди которых интраназальные глюкокортикостероиды. Последние, будучи, пожалуй, наиболее эффективными топическими средствами, имеют ряд неприятных побочных эффектов. Наиболее важный из них, особенно для маленьких детей, задержка роста (таблица)¹.

Не следует забывать и о деконгестантах, чья эффективность и быстрый симптоматический эффект в отношении заложенности носа нашли подтверждение в последнем обновлении Европейского ринологического консенсуса EPOS-2020 с уровнем доказательности Ia в лечении острого вирусного риносинусита у взрослых и детей. Важный момент: назальный деконгестант для ребенка необходимо подбирать с учетом безопасности его применения в педиатрической практике. Кроме того, следует учитывать наличие в составе деконгестанта консерванта бензалкония хлорида, который, по данным ряда исследований, оказывает цилио-депрессивное действие, нарушая и без того нарушенную работу реснитчатого эпителия слизистой оболочки носа и замедляя мукоцилиарный клиренс у детей².

Итак, если с топическими средствами все более или менее понятно, то препаратам системного действия сейчас главной альтернативой становятся растительные лекарственные препараты, которые упоминались еще в предыдущей редакции EPOS-2012, правда со степенью доказательности С. Говоря о современных рекомендациях, О.В. Карнеева отметила, что доверие врачей к фитотерапии за прошедшие восемь лет значительно возросло. К тому же за эти годы накоплен достаточный клинический опыт применения растительных лекарственных препаратов. Не случайно в EPOS-2020 некоторые из них рассматриваются как препараты, которые значительно влияют на симптомы риносинусита без существенных нежелательных явлений и безопасность применения которых особенно важна у детей³. Так, для лечения острого вирусного риносинусита у взрослых и детей со степенью доказательности Ib EPOS-2020 рекомендует применение экстрактов BNO-1016 (Синупрет экстракт), цинеол и андрографис метельчатый (SHA-10). Последние два экстракта не представлены в России, а BNO-1016 является лекарственной формой препарата Синупрет, применяемой в России в двух лекарственных формах: капли для приема внутрь (для детей с двух лет) и таблетки (для детей с шести лет).

¹ Derendorf H., Meltzer E.O. Molecular and clinical pharmacology of intranasal corticosteroids: clinical and therapeutic implications // Allergy. 2008. Vol. 63. № 10. P. 1292–1300.

² Крюков А.И., Архангельская И.И. Острый ринит у детей // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2004. № 3. С. 7–10.

³ Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 // Rhinology. 2020. Vol. 58. Suppl. S29. P. 1–464.



Сказанное позволяет очертить круг рекомендаций рациональной терапии острого риносинусита у взрослых и детей. Лечение должно быть комплексным, с применением топических средств, проведением элиминационно-ирригационной терапии, обязательным подключением системной мукорегулирующей терапии препаратом Синупрет. Основная ценность последнего заключается в доказанном комплексном действии: секретолитическом и противоотечном, противовоспалительном, противовирусном и умеренном антибактериальном.

Комплекс эффектов Синупрета, доказанный в ряде фармакологических исследований, и хорошая переносимость позволяют применять его и при затяжном насморке у детей (поствирусном риносинусите). Подтверждение тому – исследование профессора В.И. Поповича, в котором применение препарата у детей 6–11 лет ускорило процесс выздоровления (рис. 1)⁴.

Эффективность Синупрета при остром вирусном риносинусите у детей наглядно демонстрируют результаты большого немецкого наблюдательного исследования, проведенного в условиях реальной клинической практики, с участием 3109 пациентов (рис. 2)⁵.

Согласно данным российских авторов, Синупрет у детей не только сокращает время болезни и прием деконгестантов, но и оказывает профилактическое действие, снижая частоту острой респираторной инфекции после курса лечения в 1,7 раза (рис. 3)⁶.

В заключение О.В. Карнеева отметила, что применение Синупрета с первого дня банальной простуды с насморком, хорошо сочетается с любым топическим средством, не только способствует эффективному лечению острого процесса, но и предотвращает развитие осложнений и его хронизацию. При этом эксперт особо подчеркнула отрицательную роль нерациональной антибиотикотерапии. Уверенность в безопасности и клинической эффективности препарата Синупрет подкрепляется исключительной концепцией его производства – фитонирингом, обеспечивающим стабильно высокое качество препаратов на основе растительных экстрактов.

Симпозиум продолжил профессор, д.м.н. А.В. Гуров. В своем

докладе «Оптимальные подходы к лечению воспалительных заболеваний ротоглотки, принципы профилактики осложнений» он затронул тему рационального лечения тонзиллитов и фарингитов, являющихся самым частым заболеванием органов ротоглотки и относящихся к воспалительной триаде острых респираторных вирусных инфекций. Профессор отметил, что в Международной классификации болезней 10-го пересмотра отдельно выделены тонзиллит и фарингит. Тем не менее клинически часто используют обобщающий термин – тонзиллофарингит, обосновывая это тем, что слизистая оболочка глотки так или иначе воспаляется вместе с небными миндалинами, и наоборот. В случае с тонзиллофарингитом, как и с риносинуситом, несмотря на его обозначенную склонность к саморазрешению (тонзиллофарингит, равно как и риносинусит, относится к самоограниченным заболеваниям), при назначении лечения следует учитывать вероятность развития осложнений, исключая при этом стрептококковую этиологию заболевания – единственную из причин, требующих 100%-ного применения антибиотиков.

Профессор А.В. Гуров напомнил, что самой распространенной формой острого воспаления слизистой оболочки глотки является именно катаральный фарингит. В 80% случаев фарингит вызывается вирусами. Назначая лечение, необходимо учитывать, что вирусное воспаление предшествует бактериальному, которое вполне может развиваться, если назначенная терапия не соответствует основным целям лечения острых воспалений глотки – облегчению симптомов и воздействию на патогенез процесса.

Выполненная врачом оценка симптомов заложенности носа на визитах 1–4

Самооценка симптомов ринореи пациентами (статистически значимая разница между группами с 3-го по 7-й день, $p < 0,05$)

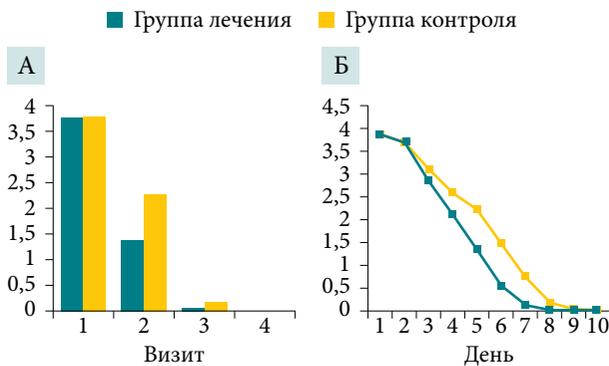


Рис. 1. Эффективность Синупрета при затяжном рините у детей



Рис. 2. Оценка эффективности Синупрета у детей

⁴ Попович В.И., Кошель И.В. Синупрет® в комплексе с ирригационной терапией для лечения детей с острым риносинуситом // Оториноларингология. Восточная Европа. 2017. Т. 7. № 2. С. 20–24.

⁵ Biebach K., Kramer A. Sonderdruck aus pad // Praktische Paediatric. 2004.

⁶ Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона Н для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Детский доктор. 2001. № 4. С. 25–29.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

Сказанное относится и к острому тонзиллофарингиту, большинство случаев которого также вызывается вирусами. Бактерии являются возбудителями только 30–40% острых тонзиллофарингитов у детей и лишь 5–10% – у взрослых. Эксперт обратил внимание на то, что практически все бактериальные тонзиллофарингиты вызываются бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), что делает диагностическую ценность его экспресс-диагностики и подтверждения/исключения критически важной для успешного и рационального лечения. В этиологии как острого, так и хронического тонзиллита, являющегося общим инфекционным заболеванием, БГСА (*Streptococcus pyogenes*) имеет преобладающее значение, достигая распространенности 76,3% по данным ПЦР-тестирования. Один из главных факторов рецидивирования и хронизации воспалительного процесса в миндалинах – способность БГСА образовывать устойчивые колонии в крипах – биопленки, что делает крайне важными лечебные мероприятия, направленные на минимизацию периода его нахождения в миндалинах. Именно поэтому необходима адекватная комплексная терапия БГСА-инфекции с максимально полным удалением патогена и последующим восстановлением и усилением местной иммунной защиты, препятствующей его персистенции в миндалинах, еще одного фактора, приводящего к хронизации процесса и развитию постстрептококковых осложнений.

Говоря о рациональной и адекватной терапии острого и обострений хронического тонзиллита, а также отвечая на вопрос, существует ли лекарственное средство комплексного действия, позволяющее закрыть все вопросы о лечении острых воспалительных заболеваний глотки, профессор А.В. Гуров отметил следующее. Всеми основными свойствами обладает комбинированный лекарст-

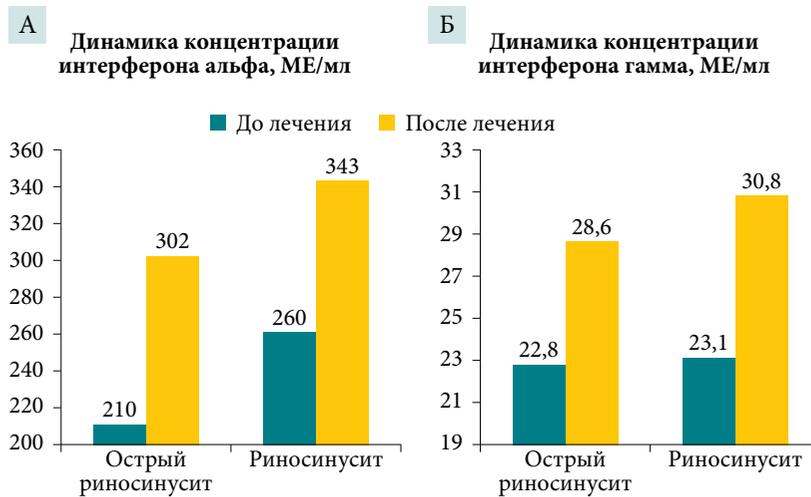


Рис. 3. Повышение противовирусного иммунитета, уменьшение частоты острой респираторной инфекции

венный растительный препарат Тонзилгон Н, на фоне применения которого удается достигать основных целей лечения острых и хронических тонзиллитов:

- облегчения симптомов (симптоматический эффект);
- воздействия на патогенез развития воспаления (повышение иммунитета);
- снижения частоты рецидивов/обострений (профилактический эффект).

Подобные свойства Тонзилгона Н реализуются за счет доказанного комплекса эффектов: иммуномодулирующего, противовоспалительного и антисептического. Тонзилгон Н демонстрирует эффективность и, согласно многочисленным клиническим данным, облегчает симптоматику, ускоряя выздоровление и препятствуя развитию обострений и рецидивов как острого, так и хронического тонзиллита.

Завершая выступление, профессор А.В. Гуров подчеркнул, что Тонзилгон Н – один из немногих, если не единственный растительный лекарственный препарат, который может применяться для лечения любого воспалительного заболевания глотки, включая вирусные, поствирусные и бактериальные, как острые, так и хрониче-

ские процессы. Причем препарат может с успехом применяться по показаниям не только в монотерапии, но и в комплексном лечении воспаления. Применение препарата предусмотрено не только национальными руководствами по оториноларингологии, но и новыми клиническими рекомендациями Минздрава России (2021) при остром и хроническом тонзиллите у взрослых и детей. Именно поэтому в выборе лекарственного средства, особенно растительного, предпочтение следует отдавать официально признанным лекарственным препаратам, а не многочисленным биологически активным добавкам, даже имеющим схожий состав, но при этом не являющимся лекарственными средствами. К собственному здоровью надо относиться серьезно.

В заключительном докладе, прозвучавшем в рамках симпозиума, профессор Г.И. Дрынов ответил на вопрос, имеется ли эффективное решение глобальной проблемы возрастающей антибиотикорезистентности.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, проблема увеличивающейся антибиотикорезистентности, резко обострившаяся в период пандемии коронавируса, представляет для



человечества большую опасность и требует оперативного разрешения. Следует отметить, что проблема антибиотикорезистентности развивается на фоне кризиса производства новых антибактериальных препаратов, большинство из которых представлены формулами, разработанными и открытыми к 1980-м гг.

Развитие устойчивости бактерий к антибиотикам обусловлено их длительным применением. Это один из механизмов адаптации живых организмов к различным факторам внешней среды: бактерии привыкли к антибиотикам и выработали множество механизмов защиты от них. Таким образом, антибиотикорезистентность приводит к неэффективности антибиотиков, культивированию бактерий, содержащих ген множественной лекарственной устойчивости, и в конечном итоге появлению супербактерий, устойчивых ко всем классам антибактериальных препаратов. Конечно, все это требует не только строгого рационального подхода к назначению антибиотиков, но и оперативной разработки альтернативных методов лечения бактериальных инфекций.

По назначению антибиотиков в мире лидируют респираторные инфекции. Хотя в таких ситуациях назначение антибиотиков строго регламентировано. Несмотря на четкие показания к их применению, более чем в половине случаев назначение данных препаратов не оправданно.

Еще один крайне важный момент, касающийся нерационального применения антибиотиков, – их негативное воздействие на устойчивые микробные сообщества человеческого организма (микробиом), играющие немаловажную роль в его функционировании. Наиболее ярким примером служит воздействие антибиотиков на кишечную микрофлору – кишечный микробиом. Интересно, что уже доказана и изучена связь между его состоянием и имму-

нитетом, что следует учитывать при назначении антибиотиков маленьким детям, у которых повреждения микробиома в раннем возрасте способны вызвать нарушения иммунитета на всю жизнь. Немаловажно, что повреждения микробиома у детей может вызывать и прием антибиотиков матерью во время беременности. Это накладывает особую ответственность на врача, назначающего их. Профессор Г.И. Дрынов отметил, что для эффективной борьбы с антибиотикорезистентностью недостаточно разработки новых классов антибиотиков – в силу фармакологических особенностей этих препаратов и особенностей самих бактерий антибиотикорезистентность будет всегда постепенно развиваться. Нужен принципиально другой подход. Но где черпать идеи? Вот главный вопрос. Профессор Г.И. Дрынов призвал обратить взор на растения, фитохимические вещества которых доказанно могут быть эффективны против бактерий как в монорежиме, так и в комбинации с антибиотиками. И это не удивительно – растения древнее человека и научились эффективно противостоять внешней среде.

В подтверждение своих слов профессор привел несколько ярких примеров. Так, известно, что хинолиновый алкалоид, выделенный из листьев грецкого ореха, демонстрирует разностороннюю антибактериальную активность, оказывая как бактерицидное, так и бактериостатическое действие. Аллицин, также являющийся фитохимическим веществом, содержащимся в чесноке, обладает не только антибактериальной, но и выраженной антифунгальной активностью (растения научились защищаться не только от бактерий, но и от грибов). Интерес представляют и фенольные соединения коры дуба, например кверцетин и апигенин, обладающие бактерицидным действием и свойством блокировать бактериальный эффлюкс (мощный ме-

ханизм выведения чужеродных веществ – антибиотиков из бактериальной клетки). Бактерицидное и фунгицидное действие оказывают органические кислоты ромашки. Установлено, что синергетический антибактериальный эффект экстракта вербены усиливает действие цефалоспоринов и пенициллинов на метициллин-резистентный золотистый стафилококк. Байкалеин, флавоноид, содержащийся в тимьяне обыкновенном, обладает разносторонними эффектами: оказывает антибактериальное действие, восстанавливает эффективность антибиотиков, оказывает синергетические эффекты с тетрациклином. Тимол, фенольное соединение, относящееся к классу терпенов, также выделенный из тимьяна, характеризуется не только самостоятельным фунгицидным действием, но и синергетическим эффектом с противогрибковыми препаратами (флуконазол). Еще одно неожиданное свойство тимола – подавление развития вирусно-бактериального симбиоза, что затрудняет проникновение вируса внутрь эпителиальных клеток и тормозит развитие вирусной инфекции. Тимол обладает еще одним дополнительным свойством: он способен блокировать связи между бактериями и препятствовать образованию биопленок, а также разрушать их. При этом тимол действует как на бактериальные, так и на грибковые биопленки. Сказанное не может не внушать оптимизм. Проблема возрастающей антибиотикорезистентности может быть решена путем объединения потенциала растений, данного природой, и современных способов изучения химико-фармакологических соединений и их воздействия на окружающий животный мир, включая не только микроорганизмы, но и главный макроорганизм на планете Земля – человека. Именно такая концепция, именуемая фитонингом, является философией компании «Бионорика». ☺

При затяжном насморке и риносинусите

Растительный лекарственный препарат

Синупрет®

- ☝ Способствует устранению заложенности носа
- ☝ Обладает противовирусным действием
- ☝ Предупреждает развитие осложнений



www.sinupret.com



РУ: П N014247/01 от 28.03.2007;
П N014247/02 от 28.03.2007.

При тонзиллитах и ОРВИ

Растительный лекарственный препарат

Тонзилгон® Н

- ☝ Способствует уменьшению воспаления и боли в горле
- ☝ Помогает снизить количество обострений хронического тонзиллита¹
- ☝ Предупреждает развитие осложнений при ОРВИ



www.tonsilgon.ru



РУ: П N014245/01 от 29.12.2011;
П N014245/02 от 30.12.2011.

* Синупрет® (капли) – для взрослых и детей от 2 лет; Синупрет® (таблетки) – для взрослых и детей от 6 лет.

** Тонзилгон® Н (капли) – для взрослых и детей от 1 года; Тонзилгон® Н (таблетки) – для взрослых и детей от 6 лет.

1. Дроздова М. В., Рязанцев С. В. Опыт применения препарата Тонзилгон® Н при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей. Российская оториноларингология, 2016; №5(84):120-125. doi: 10.18692/1810-4800-2016-5-120-125. 2. КР313. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Острый синусит, 2021 г. 3. КР306. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит), 2021 г. 4. КР683. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Хронический тонзиллит, 2021 г.

Природа. Наука. Здоровье.

РЕКЛАМА

www.bionorica.ru

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.