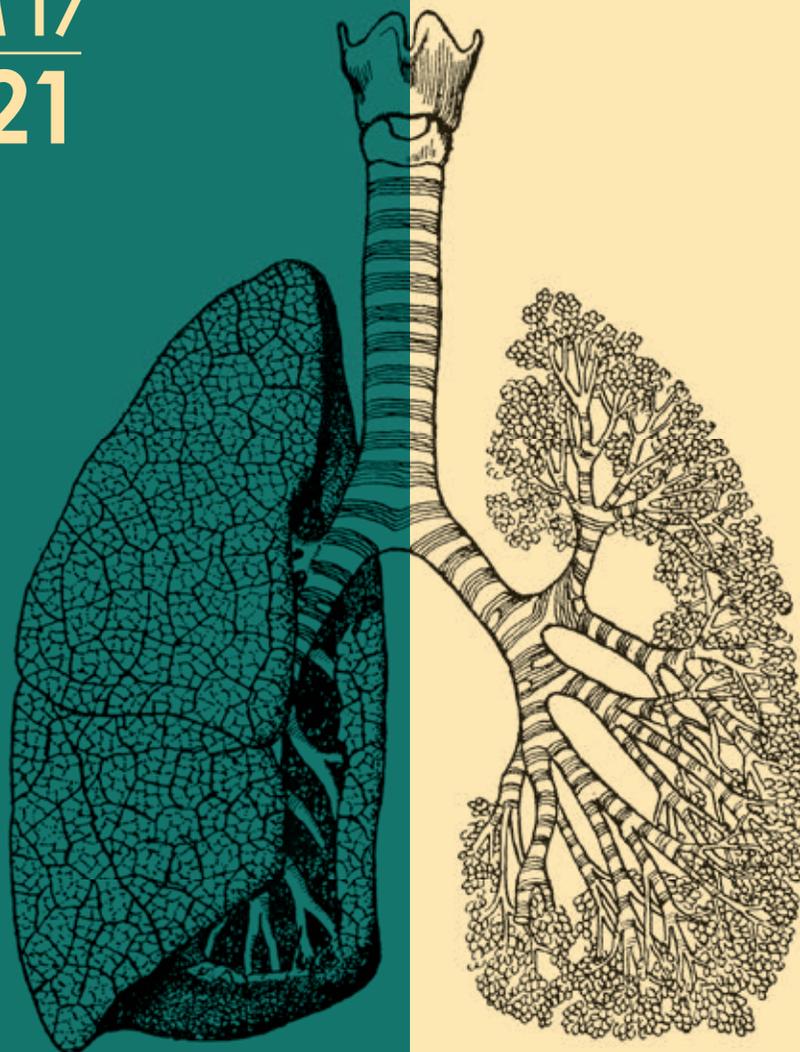


# ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

# ТЕРАПИЯ

№ **27** **ТОМ 17**  
**2021**



## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ №2

О.В. СЕБЕКИНА  
о месте современных  
антигистаминных  
препаратов в схеме  
лечения пациентов  
с аллергическим ринитом

6

Воспалительные  
заболевания  
ротоглотки:  
принципы лечения  
и профилактики  
осложнений

16

Последствия  
нерационального  
назначения  
антибиотиков  
в период пандемии  
COVID-19

22

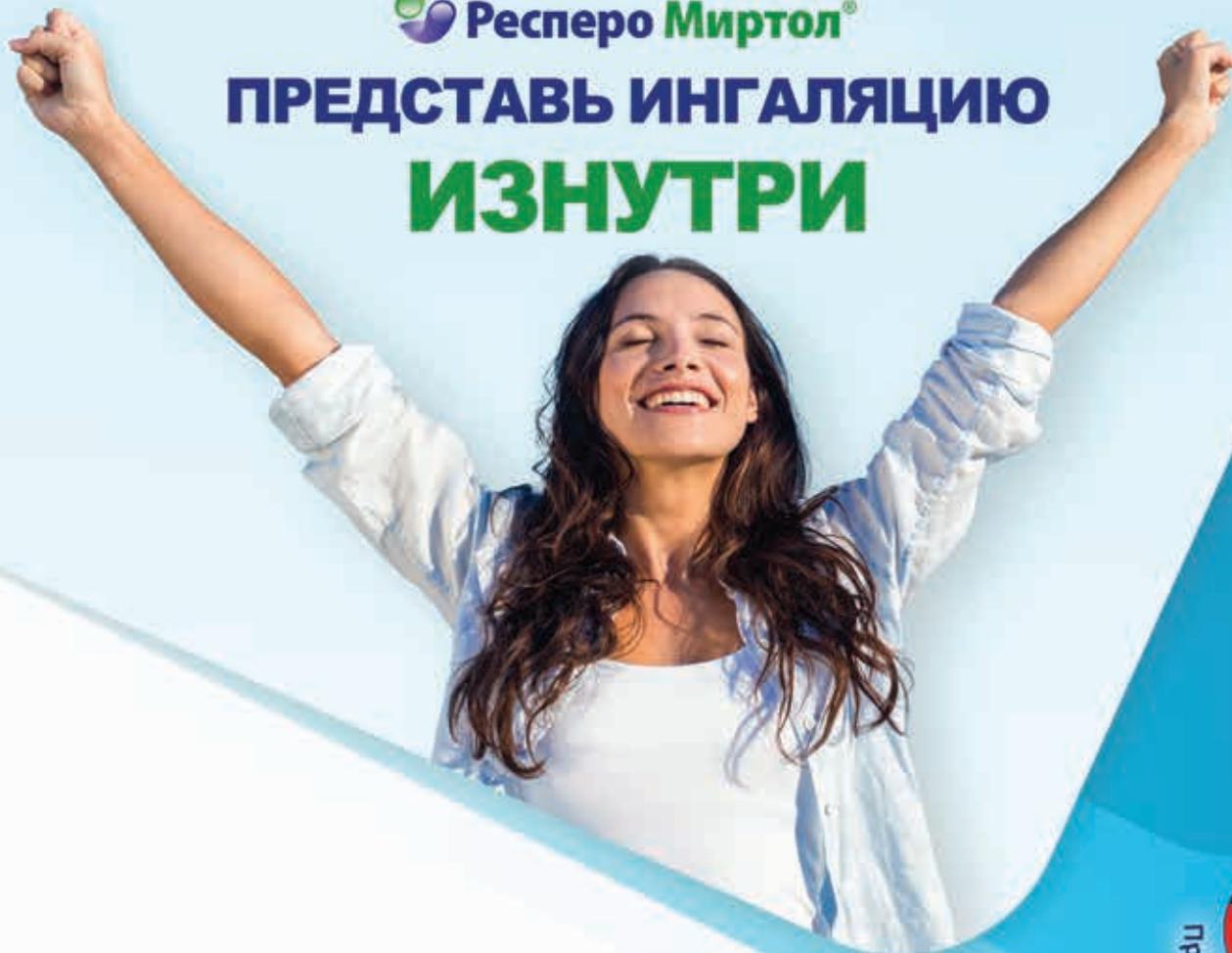


[umedp.ru](http://umedp.ru)

Свежие выпуски  
и архив журнала

 Респеро Миртол®

# ПРЕДСТАВЬ ИНГАЛЯЦИЮ ИЗНУТРИ



 Произведено в Германии<sup>1,2</sup>

## 3 ЭФФЕКТА В ОДНОЙ КАПСУЛЕ<sup>1,2</sup>:

- Муколитический
- Противовоспалительный
- Антибактериальный

## ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНИСИТА<sup>1,2</sup>

 Респеро Миртол®

Препарат на основе  
натуральных активных веществ  
с клинически доказанной эффективностью.<sup>1-5</sup>



1. Rесперо Миртол® 120 mg. Instructions for medical use. Russia 06/2020. G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG. 2. Rесперо Миртол® 300 mg. Instructions for medical use. Russia 12/2019. G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG. 3. Wittig T, ed. Ergebnisse Verlag; 2005:42-43. 4. Li YY, et al. Int Forum Allergy Rhinol. 2016;7(3):304-311. 5. Rantzsch U, et al. Eur J Med Res. 2009;14 (Suppl 4):205-209. Краткая инструкция по применению лекарственного препарата Респеро Миртол® форте и Респеро Миртол®. Показания к применению: применяют в комплексной терапии воспалительных заболеваний дыхательных путей (опухоли, острый и хронический бронхиты). Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, желчекаменная болезнь, мочекаменная болезнь, бронхиальная астма, 1-ый триместр беременности, период грудного вскармливания, детский возраст до 6 лет (для Респеро Миртол®) детский возраст до 10 лет (для Респеро Миртол® форте). Побочное действие: часто боль в желудке. Подробная информация о препаратах содержится в инструкции по применению препарата Респеро Миртол® форте (П N013682/01-101219) и Респеро Миртол® (П N012303/01-100620). Отпускается без рецепта. Материал предназначен для специалистов здравоохранения. RU\_MYR\_40\_2021\_V01 Утверждено 07.2021. ООО «Берлин-Хемми/А.Менарини», Россия 123112, г. Москва, Пресненская набережная, дом 10, БЦ «Башня на Набережной», Блок Б, тел. (495) 785-01-00, факс (495) 785-01-01. <https://www.berlin-chemie.ru/>

 **БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ**

Эффективная фармакотерапия. 2021.

Том 17. № 27.

Пульмонология и оториноларингология

ISSN 2307-3586

© Агентство медицинской информации «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34

www.medforum-agency.ru

**Научные редакторы выпуска**

Н.А. ДАЙХЕС, д.м.н., проф., член-корр. РАН,

О.В. КАРНЕЕВА, д.м.н., проф.

**Руководитель проекта**

«Пульмонология и оториноларингология»

А. ПЕРЕВЕЗЕНЦЕВА

(a.perevezentseva@medforum-agency.ru)

## Редакционная коллегия

Ю.Г. АЛЯЕВ (*главный редактор*),

член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

И.С. БАЗИН (*ответственный секретарь*), д.м.н. (Москва)

Ф.Т. АГЕЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

И.Б. БЕЛЯЕВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)

М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ, член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

Д.С. БОРДИН, профессор, д.м.н. (Москва)

Н.М. ВОРОБЬЕВА, д.м.н. (Москва)

О.В. ВОРОБЬЕВА, профессор, д.м.н. (Москва)

М.А. ГОМБЕРГ, профессор, д.м.н. (Москва)

В.А. ГОРБУНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)

А.В. ГОРЕЛОВ, член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

Л.В. ДЕМИДОВ, профессор, д.м.н. (Москва)

А.А. ЗАЙЦЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

В.В. ЗАХАРОВ, профессор, д.м.н. (Москва)

И.Н. ЗАХАРОВА, профессор, д.м.н. (Москва)

Д.Е. КАРАТЕЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

А.В. КАРАУЛОВ, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

Ю.А. КАРПОВ, профессор, д.м.н. (Москва)

Е.П. КАРПОВА, профессор, д.м.н. (Москва)

О.В. КНЯЗЕВ, д.м.н. (Москва)

В.В. КОВАЛЬЧУК, профессор, д.м.н. (Москва)

В.С. КОЗЛОВ, профессор, д.м.н. (Москва)

И.М. КОРСУНСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)

Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, профессор, д.м.н. (Москва)

И.В. КУЗНЕЦОВА, профессор, д.м.н. (Москва)

О.М. ЛЕСНЯК, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)

И.А. ЛОСКУТОВ, д.м.н. (Москва)

Л.В. ЛУСС, академик РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)

Д.Ю. МАЙЧУК, д.м.н. (Москва)

А.Б. МАЛАХОВ, профессор, д.м.н. (Москва)

С.Ю. МАРЦЕВИЧ, член-корр. РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)

О.Н. МИНУШКИН, профессор, д.м.н. (Москва)

А.М. МКРТУМЯН, профессор, д.м.н. (Москва)

Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, профессор, д.м.н. (Москва)

Н.М. НЕНАШЕВА, профессор, д.м.н. (Москва)

А.Ю. ОВЧИННИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)

О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)

Н.А. ПЕТУНИНА, член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

Effective Pharmacotherapy. 2021.

Volume 17. Issue 27.

Pulmonology & Otorhinolaryngology

ISSN 2307-3586

© Medforum Medical Information Agency

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

**Scientific Editors of the Issue**

N.A. DAYKHES, PhD, Prof., RASci Corr. Mem.,

O.V. KARNEYEVA, PhD, Prof.

**Advertising Manager**

«Pulmonology & Otorhinolaryngology»

A. PEREVEZENTSEVA

(a.perevezentseva@medforum-agency.ru)

## Editorial Board

Yury G. ALYAEV (*Editor-in-Chief*),

Prof., MD, PhD (Moscow)

Igor S. BAZIN (*Executive Editor*), MD, PhD (Moscow)

Fail T. AGEYEV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Irina B. BELYAYEVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

Mikhail R. BOGOMILSKY, Prof., MD, PhD (Moscow)

Dmitry S. BORDIN, Prof., MD, PhD (Moscow)

Natalya M. VOROBYOVA, MD, PhD (Moscow)

Olga V. VOROBYOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Mikhail A. GOMBERG, Prof., MD, PhD (Moscow)

Vera A. GORBUNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Aleksandr V. GORELOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Lev V. DEMIDOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Andrey A. ZAYTSEV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Vladimir V. ZAKHAROV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Irina N. ZAKHAROVA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Dmitry Ye. KARATEYEV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Aleksandr V. KARAULOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Yury A. KARPOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Yelena P. KARPOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Oleg V. KNAYZEV, MD, PhD (Moscow)

Vitaly V. KOVALCHUK, Prof., MD, PhD (Moscow)

Vladimir S. KOZLOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Irina M. KORSUNSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Grigory G. KRIVOBORODOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Irina V. KUZNETSOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Olga M. LESNYAK, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

Igor A. LOSKUTOV, MD, PhD (Moscow)

Lyudmila V. LUSS, Prof., MD, PhD (Moscow)

Dmitry Yu. MAYCHUK, MD, PhD (Moscow)

Aleksandr B. MALAKHOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Sergey Yu. MARTSEVICH, Prof., MD, PhD (Moscow)

Oleg N. MINUSHKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)

Ashot M. MKRTUMYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)

David V. NEBIERIDZE, Prof., MD, PhD (Moscow)

Natalya M. NENASHEVA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Andrey Yu. OVCHINNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Olga Sh. OYNOTKINOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)

Nina A. PETUNINA, Prof., MD, PhD (Moscow)

## Редакционная коллегия

В.И. ПОПАДЮК, профессор, д.м.н. (Москва)  
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)  
О.А. ПУСТОТИНА, профессор, д.м.н. (Москва)  
В.И. РУДЕНКО, профессор, д.м.н. (Москва)  
С.В. РЯЗАНЦЕВ, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
С.В. СААКЯН, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
М.С. САВЕНКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)  
О.М. СМIRНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.С. СНАРСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)  
Н.А. ТАТАРОВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
В.Ф. УЧАЙКИН, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.И. ШМЕЛЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

## Редакционный совет

### Акушерство и гинекология

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА, В.Е. БАЛАН, К.Р. БАХТИЯРОВ,  
В.Ф. БЕЖЕНАРЬ, О.А. ГРОМОВА, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,  
С.А. ЛЕВАКОВ, Л.Е. МУРАШКО, Т.А. ОБОСКАЛОВА,  
Т.В. ОВСЯННИКОВА, С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,  
В.Н. СЕРОВ, И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

### Аллергология и иммунология

Н.Г. АСТАФЬЕВА, О.С. БОДНЯ, Л.А. ГОРЯЧКИНА,  
А.В. ЕМЕЛЬЯНОВ, Н.И. ИЛЫНА, О.М. КУРБАЧЕВА,  
В.А. РЕВЯКИНА, О.И. СИДОРОВИЧ, Е.П. ТЕРЕХОВА,  
Д.С. ФОМИНА

### Гастроэнтерология

М.Д. АРДАТСКАЯ, И.Г. БАКУЛИН, С.В. БЕЛЬМЕР, С. БОР,  
И.А. БОРИСОВ, Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA,  
Е.А. КОРНИЕНКО, Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ,  
М. ЛЕЯ, М.А. ЛИВЗАН, И.Д. ЛОРАНСКАЯ, В.А. МАКСИМОВ,  
Ф. Ди МАРИО

### Дерматовенерология и дерматокосметология

А.Г. ГАДЖИГОРОЕВА, В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,  
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА, С.А. МАСЮКОВА,  
А.В. МОЛОЧКОВ, В.А. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,  
И.Б. ТРОФИМОВА, А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,  
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

### Кардиология и ангиология

Г.А. БАРЫШНИКОВА, М.Г. БУБНОВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,  
М.Ю. СИТНИКОВА, М.Д. СМIRНОВА, О.Н. ТКАЧЕВА

### Неврология и психиатрия

#### Неврология

Е.С. АКАРАЧКОВА, А.Н. БАРИНОВ, Н.В. ВАХНИНА,  
В.Л. ГОЛУБЕВ, О.С. ДАВЫДОВ, А.Б. ДАНИЛОВ, Г.Е. ИВАНОВА,  
Н.Е. ИВАНОВА, А.И. ИСАЙКИН, П.Р. КАМЧАТНОВ,  
С.В. КОТОВ, О.В. КОТОВА, М.Л. КУКУШКИН, О.С. ЛЕВИН,  
А.Б. ЛОКШИНА, А.В. НАУМОВ, А.Б. ОБУХОВА,  
М.Г. ПОЛУЭКТОВ, И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, А.А. СКОРОМЕЦ,  
И.А. СТРОКОВ, Г.Р. ТАБЕЕВА, Н.А. ШАМАЛОВ,  
В.А. ШИРОКОВ, В.И. ШМЫРЕВ, Н.Н. ЯХНО

#### Психиатрия

А.Е. БОБРОВ, Н.Н. ИВАНЕЦ, С.В. ИВАНОВ, Г.И. КОПЕЙКО,  
В.Н. КРАСНОВ, С.Н. МОСОЛОВ, Н.Г. НЕЗНАНОВ,  
Ю.В. ПОПОВ, А.Б. СМУЛЕВИЧ

## Editorial Board

Valentin I. POPADYUK, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Vera N. PRILEPSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Olga A. PUSTOTINA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Vadim I. RUDENKO, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Sergey V. RYAZANTSEV, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)  
Svetlana V. SAAKYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yelena A. SABELNIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Marina S. SAVENKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Aleksandr I. SINOPALNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Olga M. SMIRNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yelena S. SNARSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Nina A. TATAROVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)  
Vasily F. UCHAYKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yevgeny I. SHMELYOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

## Editorial Council

### Obstetrics and Gynecology

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA, V.Ye. BALAN, K.R. BAKHTIYAROV,  
V.F. BEZHENAR, O.A. GROMOVA, Yu.E. DOBROKHOTOVA,  
S.A. LEVAKOV, L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA,  
T.V. OVSYANNIKOVA, S.I. ROGOVSKAYA, O.A. SAPRYKINA,  
V.N. SEROV, I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

### Allergology and Immunology

N.G. ASTAFYEVA, O.S. BODNYA, L.A. GORYACHKINA,  
A.V. YEMELYANOV, N.I. ILYINA, O.M. KURBACHYOVA,  
V.A. REVYAKINA, O.I. SIDOROVICH, Ye.P. TEREKHOVA,  
D.S. FOMINA

### Gastroenterology

M.D. ARDATSKAYA, I.G. BAKULIN, S.V. BELMER, S. BOR,  
I.A. BORISOV, Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA,  
Ye.A. KORNIYENKO, L.N. KOSTYUCHENKO, Yu.A. KUCHERYAVY,  
M. LEYA, M.A. LIVZAN, I.D. LORANSKAYA, V.A. MAKSIMOV,  
F. Di MARIO

### Dermatovenereology and Dermatocosmetology

A.G. GADZHIGOROYEVA, V.I. KISINA, S.V. KLYUCHAREVA,  
N.G. KOCHERGIN, Ye.V. LIPOVA, S.A. MASYUKOVA,  
A.V. MOLOCHKOV, V.A. MOLOCHKOV, Yu.N. PERLAMUTROV,  
I.B. TROFIMOVA, A.A. KHALDIN, A.N. KHLEBNIKOVA,  
A.A. KHRYANIN, N.I. CHERNOVA

### Cardiology and Angiology

G.A. BARYSHNIKOVA, M.G. BUBNOVA, Zh.D. KOBALAVA,  
M.Yu. SITNIKOVA, M.D. SMIRNOVA, O.N. TKACHEVA

### Neurology and Psychiatry

#### Neurology

Ye.S. AKARACHKOVA, A.N. BARINOV, N.V. VAKHNINA,  
V.L. GOLUBEV, O.S. DAVYDOV, A.B. DANILOV, G.Ye. IVANOVA,  
N.Ye. IVANOVA, A.I. ISAYKIN, P.R. KAMCHATNOV,  
S.V. KOTOV, O.V. KOTOVA, M.L. KUKUSHKIN, O.S. LEVIN,  
A.B. LOKSHINA, A.V. NAUMOV, A.B. OBUKHOVA,  
M.G. POLUEKTOV, I.S. PREOBRAZHENSKAYA, A.A. SKOROMETS,  
I.A. STROKOV, G.R. TABEYEVA, N.A. SHAMALOV,  
V.A. SHIROKOV, V.I. SHMYREV, N.N. YAKHNO

#### Psychiatry

A.Ye. BOBROV, N.N. IVANETS, S.V. IVANOV, G.I. KOPEYKO,  
V.N. KRASNOV, S.N. MOSOLOV, N.G. NEZANOV,  
Yu.V. POPOV, A.B. SMULEVICH

### **Онкология, гематология и радиология**

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, Е.В. АРТАМОНОВА, Н.С. БЕСОВА,  
М.Б. БЫЧКОВ, А.М. ГАРИН, С.Л. ГУТОРОВ, И.Л. ДАВЫДКИН,  
А.А. МЕЩЕРЯКОВ, И.Г. РУСАКОВ, В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ,  
А.Г. ТУРКИНА

### **Офтальмология**

О.А. КИСЕЛЕВА, М.А. ФРОЛОВ

### **Педиатрия**

И.В. БЕРЕЖНАЯ, Н.А. ГЕППЕ, Ю.А. ДМИТРИЕВА,  
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА, Д.А. ТУЛУПОВ

### **Пульмонология и оториноларингология**

А.А. ВИЗЕЛЬ, Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, С.В. КОЗЛОВ,  
Е.В. ПЕРЕДКОВА, Е.Л. САВЛЕВИЧ,  
О.И. СИМОНОВА

### **Ревматология, травматология и ортопедия**

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА, Р.М. БАЛАБАНОВА,  
Б.С. БЕЛОВ, В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ, И.С. ДЫДЫКИНА,  
Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, И.А. ЗБОРОВСКАЯ, Е.Г. ЗОТКИН,  
А.Е. КАРАТЕЕВ, Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,  
Н.В. ЯРЫГИН

### **Урология и нефрология**

А.Б. БАТЬКО, А.З. ВИНАРОВ, С.И. ГАМИДОВ, О.Н. КОТЕНКОВ,  
К.Л. ЛОКШИН, А.Г. МАРТОВ, А.Ю. ПОПОВА, И.А. ТЮЗИКОВ,  
Е.М. ШИЛОВ

### **Эндокринология**

М.Б. АНЦИФЕРОВ, И.А. БОНДАРЬ, Г.Р. ГАЛСТЯН, С.В. ДОГАДИН,  
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО, Е.Л. НАСОНОВ, А.А. НЕЛАЕВА,  
В.А. ПЕТЕРКОВА, В.А. ТЕРЕЩЕНКО, Ю.Ш. ХАЛИМОВ,  
М.В. ШЕСТАКОВА

### **Эпидемиология и инфекции**

Н.Н. БРИКО, Г.Х. ВИКУЛОВ, Л.Н. МАЗАНКОВА, Е.В. МЕЛЕХИНА,  
А.А. НОВОКШОНОВ, Т.В. РУЖЕНЦОВА, Н.В. СКРИПЧЕНКО,  
А.В. СУНДУКОВ, Д.В. УСЕНКО, Ф.С. ХАРЛАМОВА

## Редакция

**Шеф-редактор** Т. ЧЕМЕРИС

**Выпускающие редакторы** Н. РАМОС, Н. ФРОЛОВА

**Журналисты** А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

**Корректор** Е. САМОЙЛОВА

**Дизайнеры** Т. АФОНЬКИН, Н. НИКАШИН

**Фотосъемка** Е. ДЕЙКУН

### **Oncology, Hematology and Radiology**

B.Ya. ALEXEYEV, Ye.V. ARTAMONOVA, N.S. BESOVA,  
M.B. BYCHKOV, A.M. GARIN, S.L. GUTOROV, I.L. DAVYDKIN,  
A.A. MESHCHERYAKOV, I.G. RUSAKOV, V.F. SEMIGLAZOV,  
A.G. TURKINA

### **Ophthalmology**

O.A. KISELYOVA, M.A. FROLOV

### **Pediatrics**

I.V. BEREZHNYAYA, N.A. GEPPE, Yu.A. DMITRIYEVA,  
O.V. ZAYTSEVA, V.A. REVYAKINA, D.A. TULUPOV

### **Pulmonology and Otorhinolaryngology**

A.A. VIZEL, N.P. KNYAZHESKAYA, S.V. KOZLOV,  
Ye.V. PEREDKOVA, Ye.L. SAVLEVICH,  
O.I. SIMONOVA

### **Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics**

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA, R.M. BALABANOVA,  
B.S. BELOV, V.I. VASILYEV, L.N. DENISOV, I.S. DYDYKINA,  
N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA, Ye.G. ZOTKIN,  
A.Ye. KARATEYEV, N.V. TOROPTSOVA, N.V. CHICHASOVA,  
N.V. YARYGIN

### **Urology and Nephrology**

A.B. BATKO, A.Z. VINAROV, S.I. GAMIDOV, O.N. KOTENKOV,  
K.L. LOKSHIN, A.G. MARTOV, A.Yu. POPOVA, I.A. TYUZIKOV,  
Ye.M. SHILOV

### **Endocrinology**

M.B. ANTSIFEROV, I.A. BONDAR, G.R. GALSTYAN, S.V. DOGADIN,  
V.S. ZADIONCHENKO, Ye.L. NASONOV, A.A. NELAYEVA,  
V.A. PETERKOVA, V.A. TERESHCHENKO, Yu.Sh. KHALIMOV,  
M.V. SHESTAKOVA

### **Epidemiology and Infections**

N.N. BRIKO, G.Kh. VIKULOV, L.N. MAZANKOVA, Ye.V. MELEKHINA,  
A.A. NOVOKSHONOV, T.V. RUZHENTSOVA, N.V. SKRIPCHENKO,  
A.V. SUNDUKOV, D.V. USENKO, F.S. KHARLAMOVA

## Editorial Staff

**Editor-in-Chief** T. CHEMERIS

**Commissioning Editors** N. RAMOS, N. FROLOVA

**Journalists** A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

**Corrector** Ye. SAMOYLOVA

**Art Designers** T. AFONKIN, N. NIKASHIN

**Photography** Ye. DEYKUN

Тираж 25 000 экз. Выходит 4 раза в год. Свидетельство о регистрации  
СМИ ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005.

Бесплатная подписка на электронную версию журнала  
на сайте [www.umedp.ru](http://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](http://www.umedp.ru).

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен в перечень  
рецензируемых научных изданий ВАК и индексируется в системе РИНЦ.

Print run of 25 000 copies. Published 4 times a year.  
Registration certificate of mass media ПИ № ФС77-23066 of 27.09.2005.

Free subscription to the journal electronic version  
on the website [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

The Editorials is not responsible for the content of advertising materials.

Any reproduction of materials and their fragments is possible only  
with the written permission of the journal. The Editorials' opinion  
may not coincide with the opinion of the authors.

Authors submitted articles for the publication should be acquainted  
with the instructions for authors and the public copyright agreement.

The information is available on the website [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

'Effective Pharmacotherapy' Journal is included in the list of reviewed  
scientific publications of VAK and is indexed in the RSCI system.

# Содержание

## Люди. События. Даты

О.В. СЕБЕКИНА: «Концепция лечения аллергического ринита предполагает прежде всего достижение контроля над симптомами заболевания» 6

## Клиническая эффективность

С.В. РЯЗАНЦЕВ, Г.П. ЗАХАРОВА, С.С. ПАВЛОВА, Н.И. ИВАНОВ  
Препараты с комбинацией лидокаина/феназона как один из ключевых элементов терапии неосложненного острого среднего отита 10

## Медицинский форум

Современный подход к терапии верхних дыхательных путей – как предупредить осложнения 16  
Секретные материалы 22

# Contents

## People. Events. Dates

O.V. SEBEKINA: 'The Concept of Treating Allergic Rhinitis Involves First of All Achieving Control over the Symptoms of the Disease' 6

## Clinical Efficacy

S.V. RYAZANTSEV, G.P. ZAKHAROVA, S.S. PAVLOVA, N.I. IVANOV  
Drugs with a Combination of Lidocaine/Phenazone as One of the Key Elements of the Treatment of Uncomplicated Acute Otitis Media 10

## Medical Forum

Modern Approach to Upper Respiratory Tract Therapy – How to Prevent Complications 16  
Secret Materials 22



# 24–26 МАЯ

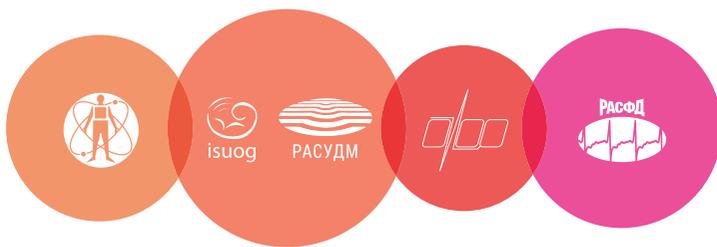
МВЦ «КРОКУС ЭКСПО»,  
ПАВИЛЬОН 3, ЭТАЖ 4, ЗАЛ 20

XIV ВСЕРОССИЙСКИЙ  
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА 2022



Регистрация  
и подробная информация  
на сайте [mediexpo.ru](http://mediexpo.ru)



## В РАМКАХ ФОРУМА

XVI Всероссийский национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2022»

11-й Московский международный курс под эгидой ISUOG и RASUDM  
«Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в медицине матери и плода»

XV Юбилейная научно-практическая конференция интервенционных онкорadiологов

XIV Всероссийская научно-практическая конференция «Функциональная диагностика – 2022»

XIV Международная специализированная выставка оборудования, техники, фармпрепаратов  
для диагностики заболеваний человека «МедФармДиагностика – 2022»

## ОРГАНИЗАТОРЫ

- ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
- ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий» Департамента здравоохранения города Москвы
- ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России
- Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
- Российское общество рентгенологов и радиологов
- Общество интервенционных онкорadiологов
- Российская ассоциация маммологов
- АНО «Национальный конгресс лучевых диагностов»
- Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

МЕДИ Экспо

## По вопросам участия в научной программе

Организационный комитет национального конгресса  
лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2022»  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
Минздрава России (Сеченовский Университет)

## Кафедра лучевой диагностики и терапии

[radiolog@inbox.ru](mailto:radiolog@inbox.ru)  
+7 (499) 248-77-91, +7 (499) 248-75-07

Секретарь конференции  
«Функциональная диагностика – 2022»

**Анна Плясункова**  
+7 (925) 857-28-16

Менеджер проекта  
**Светлана Ранская**  
[svetlana@mediexpo.ru](mailto:svetlana@mediexpo.ru)  
+7 (495) 721-88-66 (доб. 108)  
+7 (926) 610-23-74

Участие компаний в выставке  
«МедФармДиагностика – 2022»

**Анна Романова**  
[romanova@mediexpo.ru](mailto:romanova@mediexpo.ru)  
+7 (495) 721-88-66 (доб. 109)  
+7 (926) 612-48-79

Регистрация участников и подача тезисов

**Николай Скибин**  
[reg@mediexpo.ru](mailto:reg@mediexpo.ru)  
+7 (495) 721-88-66 (доб. 111)  
+7 (929) 646-51-66

Бронирование гостиниц, заказ  
авиа- и ж/д билетов

**Елена Лазарева**  
[lazareva@mediexpo.ru](mailto:lazareva@mediexpo.ru)  
+7 (495) 721-88-66 (доб. 119)  
+7 (926) 095-29-02

Аккредитация СМИ  
**Ольга Еремеева**  
[pr@mediexpo.ru](mailto:pr@mediexpo.ru)  
+7 (495) 721-88-66 (доб. 125)  
+7 (926) 611-23-59



## О.В. СЕБЕКИНА: «Концепция лечения аллергического ринита предполагает прежде всего достижение контроля над симптомами заболевания»



*Аллергический ринит (АР) – аллергическое заболевание слизистой оболочки носа первого типа, характеризующееся пароксизмальным повторяющимся чиханием, водянистой ринореей и заложенностью носа. АР оказывает существенное негативное влияние на повседневную активность, сон и в целом на качество жизни пациентов. В последние годы отмечается рост заболеваемости АР. Результаты эпидемиологических исследований подтверждают повышение полиморбидности АР и бронхиальной астмы (БА). По мнению ряда исследователей, аллергический ринит, развившийся в раннем детском возрасте, служит фактором высокого риска БА, что диктует необходимость своевременной диагностики заболевания и адекватной фармакотерапии. Каков алгоритм ведения пациентов с АР? Какие препараты относятся к первой линии терапии АР? На эти и другие вопросы отвечает к.м.н., врач аллерголог-иммунолог высшей категории, доцент кафедры аллергологии и иммунологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Оксана Владимировна СЕБЕКИНА.*

**– В последние десятилетия эпидемиологические исследования демонстрируют неуклонный рост заболеваемости аллергическим ринитом (АР) во всем мире. Россия не исключение. Каковы основные факторы риска развития АР?**

– На сегодняшний день распространенность АР в разных странах мира варьируется в пределах 4–32%, в России – от 10 до 24%. По данным эпидемиологических исследований, основными факторами риска развития АР являются семей-

ный анамнез атопии, курение матери во времени беременности и в течение первого года жизни ребенка, рождение ребенка во время сезона палинации, мужской пол, ребенок от первых родов, раннее искусственное вскармливание и применение антибиотиков, а также высокая экспозиция бытовых аллергенов (клещей домашней пыли). К триггерным факторам АР относятся атмосферные загрязнители в виде выхлопных газов, побочных продуктов промышленного производства и сгорания дизельного топлива, а также загрязнители внутри помещений, в частности газообразные продукты и табачный дым. Все они способны увеличивать выработку иммуноглобулина Е и провоцировать аллергическое воспаление.

**– Оксана Владимировна, как бы вы охарактеризовали динамику коморбидности АР и бронхиальной астмы (БА)?**

– АР часто ассоциирован с БА, которая, по данным разных источников, выявляется у 15–38% больных АР. Развившийся в раннем детском возрасте АР увеличивает риск астмы в несколько раз. С целью разработки рекомендаций по мультиморбидности ринита и астмы была создана международная организация ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) по изучению аллергического ринита и его влияния на развитие астмы. По данным отчета Института Роберта Коха, подготовленного в 2019 г., в последние годы заметно увеличилась популяция детей раннего детского возраста (младше шести лет), страдающих астмой и сезонным аллергическим ринитом. Оказалось, что поллиноз, развивающийся в раннем детском возрасте, увеличивал риск астмы в 3,6 раза у мальчиков и в 2,3 раза у девочек. Такая негативная динамика заболеваемости и высокие риски БА у больных сезонным АР подтверждают необходимость ранней терапии АР, поскольку риск аллергического марша наиболее высок, если заболевание дебютирует в раннем детстве.

**– Аллергический ринит относят к аллергическим заболеваниям первого типа. Каковы особенности патогенеза этого заболевания?**

– АР – это аллергическое заболевание, характеризующееся первым типом аллергической реакции. После контакта со специфическим аллергеном клинические симптомы возникают через 15–20 минут. Развивающееся в слизистой оболочке носа аллергическое воспаление сохраняется в течение нескольких недель и характеризуется накоплением в ней активированных тучных клеток, эозинофилов, дендритных клеток и Т-лимфоцитов, активацией эпителиальных клеток, увеличением продукции эндотелиальными клетками адгезивных молекул. На этой ранней фазе аллергического ответа тучные клетки секретируют гистамин, гепарин и другие медиаторы (простагландины D2, лейкотриены B4, C4 и D4), которые при взаимодействии с рецепторами нервных оконча-



## Актуальное интервью

ний и сосудов вызывают назальные симптомы: зуд, чихание, выделения из носа, заложенность носа. Ключевую роль при аллергическом воспалении слизистой оболочки носа играют эозинофилы, которые аккумулируются и активируются преимущественно в ее эпителии. Активация эозинофилов сопровождается высвобождением особых белков («большой основной белок» – МВР, эозинофильный катионный белок, нейротоксин) и провоспалительных цитокинов (интерлейкинов (ИЛ) 3, 5, 8, 6, гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (ГМ-КСФ)), которые оказывают повреждающее действие на ткани. Наряду с эозинофилами Th2-лимфоциты также выделяют провоспалительные цитокины: ИЛ-3, ИЛ-5, ГМ-КСФ. Продуцируемые эпителиальными клетками ИЛ-8 способствует еще большей аккумуляции тучных клеток в слизистой оболочке носа. Формируется порочный круг, который определяет персистенцию аллергического воспаления.

При повторном контакте с этиологически значимыми аллергенами активация тучных клеток приводит к обострению воспалительного процесса. Это поздняя фаза аллергического воспаления. На этой фазе вследствие увеличения количества эозинофилов, базофилов и Th2-клеток при сохранении высокой активности тучных клеток повышается общая реактивность слизистой. Развивается так называемый прайминг-эффект: последующие воздействия аллергена даже в меньших концентрациях приводят к более выраженным клиническим симптомам АР.

**– Согласно международным и отечественным рекомендациям по ведению пациентов с АР, препаратами первой линии фармакотерапии АР являются неседативные антигистаминные препараты 2-го поколения. Какие требования предъявляются к современному антигистаминному средству?**

– Современное антигистаминное средство, предназначенное для лечения АР, должно характеризоваться отсутствием седативного эффекта, быстрым началом и длительным действием, быть высокоселективным в отношении H<sub>1</sub>-рецепторов. Важен также однократный прием препарата в сутки. Такой режим способствует приверженности терапии, что существенно повышает ее эффективность. Современные антигистаминные препараты должны иметь надежный профиль безопасности, позволяющий назначать их пациентам любого возраста, в том числе пациентам с хроническими заболеваниями печени, почек и сердечно-сосудистой системы.

В аллергологической практике применяются различные неседативные антигистаминные препараты (H<sub>1</sub>-АГП) 2-го поколения и препараты, в той или иной мере обладающие всеми преимуществами этой фармакологической группы. В специальном исследовании показано, что существует выраженная индивидуальная чувствительность обследуемых лиц к H<sub>1</sub>-АГП, выявленная в условиях *in vivo* по степени торможения реакций, вызванных гистамином или аллергеном. Поэтому разнообразие H<sub>1</sub>-АГП дает возможность персонализировать терапию, применяя тот или иной препарат с учетом не только общих характеристик, но и индивиду-

альной чувствительности пациента. Например, биластин, один из хорошо изученных современных неседативных H<sub>1</sub>-АГП 2-го поколения, имеет весьма выигрышные особенности фармакокинетики. Биластин относится к классу пиперидинов, но при этом не является производным какого-либо другого противогистаминного средства. В отличие от H<sub>1</sub>-АГП 1-го поколения этот препарат высокоселективен в отношении H<sub>1</sub>-рецепторов и не захватывает другие рецепторы, не проходит через гематоэнцефалический барьер, не подвергается значительному печеночному метаболизму. Биластин не взаимодействует с системой цитохрома CYP450, что объясняет отсутствие межлекарственных взаимодействий и обеспечивает высокий профиль безопасности. Эти свойства позволяют применять препарат у пациентов любого возраста без коррекции дозы, в том числе у больных с нарушениями функции почек и печени. Препарат выпускают в таблетированной форме. Рекомендуемая суточная доза составляет 20 мг. При приеме внутрь биластин быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте. Время достижения максимальной концентрации в плазме крови – 1,3 часа. Терапевтический эффект препарата наступает уже в течение часа, и противогистаминное действие сохраняется в течение 24 часов и более. Биластин воздействует на такие симптомы, как чихание, назальная обструкция, зуд слизистой оболочки носа, ринорея, ощущение жжения в глазах, зуд век, гиперемия конъюнктивы, слезотечение, кожный зуд. При АР препарат применяют в течение всего периода контакта с аллергенами.

**– Проводились ли сравнительные исследования эффективности и безопасности биластина и других H<sub>1</sub>-АГП 2-го поколения?**

– Биластин имеет обширную доказательную базу. Его эффективность и безопасность подтверждены многими клиническими исследованиями, проведенными с участием пациентов и здоровых добровольцев. В 2016 г. были опубликованы результаты двойного слепого плацебоконтролируемого сравнительного исследования эффективности биластина и других H<sub>1</sub>-АГП. В исследовании приняли участие 24 здоровых добровольца в возрасте от 18 до 40 лет. Участники исследования получали однократно биластин 20 мг, либо дезлоратадин 5 мг, либо рупатадин 10 мг, либо плацебо. В ходе исследования оценивали скорость наступления, выраженность и длительность эффекта препаратов по результатам внутрикожного тестирования с гистамином в дозе 5 мкг до приема препарата и через 0,5, 1, 2, 4, 6, 9, 12 и 24 часа по выраженности волдырной реакции, гиперемии и зуда кожи. В сравнении с дезлоратадином и рупатадином биластин продемонстрировал более значимое воздействие на волдырную реакцию, более ранние сроки снижения выраженности гиперемии ( $p < 0,001$ ) и более выраженный противозудный эффект.

Эффективность и безопасность биластина в терапевтической дозе 20 мг были подтверждены результатами исследований длительного лечения сезонной и круглогодичной форм АР (от 12 до 52 недель), в которых биластин продемонстрировал эффективность в отношении назальных



## Актуальное интервью

и сопутствующих симптомов аллергического риноконъюнктивита, хорошую переносимость и высокий уровень безопасности.

В ходе фармакодинамических исследований, проводившихся в условиях провокации аллергеном, биластин также показал быстрое начало действия (в течение часа) и длительный фармакологический эффект (в течение более 26 часов).

Оценка седативного действия противогистаминных препаратов легла в основу многих исследований, так как этот эффект, связанный с ингибированием гистаминовых рецепторов нейронов головного мозга, может существенно отразиться на приверженности пациента терапии, его профессиональной деятельности и бытовом комфорте. Согласно результатам исследования, опубликованного в 2019 г., биластин, оцененный по индексу блокирования  $H_1$ -рецепторов головного мозга, был охарактеризован как неседативный препарат, причем отрицательной динамики регистрируемых показателей не было отмечено даже при двукратном превышении суточной терапевтической дозы биластина. В многоцентровом проспективном исследовании, результаты которого опубликованы в 2018 г., также было продемонстрировано отсутствие седативного действия биластина, который применяли в течение семи дней в дозе 20 мг в сутки у пациентов с АР. Выводы были сделаны по результатам анализа физиологических параметров, которые регистрировали при тестировании в условиях симуляции экстремального вождения на фоне приема биластина. Таким образом, биластин не оказывает существенного воздействия на центральную нервную систему (ЦНС) и соответственно не вызывает значимого седативного эффекта. Было отмечено, что комбинация биластина с некоторыми препаратами, обладающими седативным действием, не приводит к усилению эффекта последних. В частности, при одновременном применении биластина и транквилизатора лоразепама не отмечено усиления подавляющего влияния лоразепама на ЦНС, что позволяет комбинировать вышеуказанные лекарственные препараты. Биластин не усиливает действие этанола на ЦНС, что также является важным свойством, позволяющим его применение в сочетании с этанол-содержащими препаратами. Одним из существенных преимуществ биластина является отсутствие значимых различий фармакокинетических показателей у пациентов молодого и пожилого возраста. Это имеет большое значение в реальной клинической практике, поскольку стабильная фармакокинетика позволяет применять биластин без редукции дозы не только у молодых, но и у пожилых пациентов, нередко имеющих коморбидную патологию.

**– В России, как и во всем мире, используют четырехступенчатый подход к терапии АР. В чем состоит основной принцип такого алгоритма?**

– Современная концепция лечения АР предполагает прежде всего достижение контроля над симптомами заболевания и, как следствие, повышение качества жизни пациента. Для достижения контроля назальных симптомов при АР используют повышающий ступенчатый алгоритм применения препаратов различных фармакологических групп

с оценкой эффекта терапии по визуальной аналоговой шкале. В национальных клинических рекомендациях по АР и документе ВОЗ ARIA принципу ступенчатой терапии следуют в зависимости от формы и степени тяжести АР. При легком течении АР назначают монотерапию  $H_1$ -АГП 2-го поколения или топические АГП. При недостаточной эффективности  $H_1$ -АГП 2-го поколения их заменяют препаратами кромогликата или антилейкотриеновыми препаратами. При среднетяжелом течении АР, а также отсутствии эффекта на первой ступени лечения назначают терапию второй ступени – топические (назальные) глюкокортикоиды. Но прежде чем увеличивать терапию (step-up), важно оценить приверженность лечению, влияние сопутствующих заболеваний и анатомических аномалий, например, необходимо исключить искривление носовой перегородки. При тяжелом течении или неэффективности второй ступени лечения АР, согласно актуальным федеральным клиническим рекомендациям Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, применяют комбинацию назальных топических стероидов,  $H_1$ -АГП 1-го поколения и антагонистов лейкотриеновых рецепторов. При тяжелой форме АР, коморбидного по БА, недостаточно поддающегося лечению на второй ступени, целесообразно назначение терапии биологическим препаратом омализумабом. При этом врачу рекомендуется разработать индивидуальный план лечения пациента на основе принципов персонализированной медицины с учетом доминирующего или самого неприятного для пациента клинического симптома/симптомов АР, данных анамнеза о ранее проводимой терапии и ответа на лечение, эндотипа воспаления (воспаление типа Th2, смешанное воспаление), а также сопутствующих заболеваний (конъюнктивит, астма) и предпочтений пациента. Рекомендуется также наблюдение за пациентом с целью оценки ответа на терапию и при необходимости коррекции фармакотерапии.

**– АР – это заболевание длиною в жизнь или полное излечение возможно?**

– АГП, равно как и антагонисты лейкотриеновых рецепторов, топические (назальные) глюкокортикоиды, – это средства симптоматической терапии АР. Чтобы изменить характер течения АР, проводят аллерген-специфическую иммунную терапию (АСИТ). АСИТ действует на все звенья патогенеза аллергического воспаления, изменяя течение АР в долгосрочной перспективе. Принцип АСИТ АР основан на последовательном введении возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у каждого конкретного больного. Эффективность АСИТ АР выражается в уменьшении или полном купировании клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена, снижении продолжительности обострений и потребности в лекарственных препаратах базисной и симптоматической терапии. АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА, расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента. Всем пациентам с АР рекомендуется рассмотреть вопрос о целесообразности проведения АСИТ.

# Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар



Агентство «Медфорум» ведет трансляции на <https://umedp.ru/online-events/> из видеостудий и подключает спикеров дистанционно (из рабочего кабинета, дома). По всем основным направлениям медицины мы создаем интегрированные программы, используя собственные ресурсы и привлекая лучшую экспертизу отрасли.



## Преимущества



**Качественная аудитория – в нашей базе действительно врачи** – более 100 тыс. контактов из всех регионов РФ. Источники контактов – регистрация на врачебных конференциях, регистрация на сайте с загрузкой скана диплома, подписки на научные журналы



**Таргетированная рассылка** – выбор врачей для приглашения по специальности, узкой специализации и региону



**Собственная оборудованная видеостудия** в Москве



**Качество подключений** к трансляции на неограниченное число участников



**Обратная связь с аудиторией** – текстовые комментарии (чат) во время трансляции для вопросов спикеру. Ответы в прямом эфире



**Учет подключений к просмотру и итоговая статистика**



**Запись видео публикуется** на <https://umedp.ru/> – портале с высокой посещаемостью (открытая статистика Яндекс.Метрики – 12 000 посетителей в день)



МЕДИЦИНСКИЙ  
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ  
UMEDP.RU



Диалог  
с экспертом



1000+  
онлайн-участников

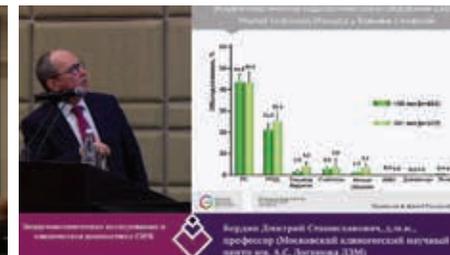


Изображения в 2 окнах  
(презентация, спикер)



700+  
просмотров записи  
вебинара на YouTube

## Еще больше возможностей предложим по вашему запросу



Реклама

Технический организатор ООО «Медфорум»,  
телефон (495) 234-07-34

[www.medforum-agency.ru](http://www.medforum-agency.ru)  
[info@medforum-agency.ru](mailto:info@medforum-agency.ru)





# Препараты с комбинацией лидокаина/феназона как один из ключевых элементов терапии неосложненного острого среднего отита

С.В. Рязанцев, д.м.н., проф., Г.П. Захарова, д.м.н., С.С. Павлова,  
Н.И. Иванов

Адрес для переписки: Светлана Сергеевна Павлова, s-ultraviolet@mail.ru

Для цитирования: Рязанцев С.В., Захарова Г.П., Павлова С.С., Иванов Н.И. Препараты с комбинацией лидокаина/феназона как один из ключевых элементов терапии неосложненного острого среднего отита // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 27. С. 10–14.  
DOI 10.33978/2307-3586-2021-17-27-10-14

*Актуальность совершенствования комплексной терапии пациентов с острым средним неосложненным отитом обусловлена высокой распространенностью (20–30%) заболевания, развитием осложнений (мастоидит, внутричерепные осложнения), переходом острого воспалительного процесса в хронический. Патогенетическое лечение на ранних стадиях острого среднего отита направлено на ликвидацию обструкции носовой полости и нормализацию дренажной функции слуховой трубы. В то же время в целях быстрого купирования воспаления и отека барабанной перепонки и слизистой оболочки барабанной полости, приводящих к острой, иногда нестерпимой боли, в комплексной терапии острого среднего отита применяются топические местноанестезирующие комбинированные препараты. В статье проанализированы результаты местного применения комбинации препарата на основе лидокаина/феназона у пациентов в доперфоративной стадии при остром среднем отите. Анализ данных литературы позволяет сделать заключение, что применение ушных капель на основе лидокаина и феназона способствует повышению эффективности лечения за счет сочетания противовоспалительного и анальгезирующего эффектов комбинации используемых препаратов. Данная комбинация представлена в виде спиртового раствора ушных капель, содержащего местный анестетик лидокаин и нестероидный противовоспалительный препарат феназон. Отипакс® – препарат выбора среди лидокаин/феназон-содержащих капель ввиду длительного опыта применения в России и за рубежом и наличия доказательной базы. Рекомендовано включение препарата в схему лечения острого среднего отита на доперфоративной стадии.*

**Ключевые слова:** острый средний неосложненный отит, лидокаин, феназон, местное анальгезирующее и противовоспалительное действие



## Введение

Острый средний отит (ОСО) – это воспалительный процесс слизистой оболочки полости среднего уха и слуховой трубы, нередко затрагивающий клетки сосцевидного отростка. Заболевание проявляется одним или несколькими симптомами – болью в ухе, повышением температуры, снижением слуха, выделениями из уха при перфоративной стадии заболевания [1].

Согласно статистике, от 20 до 70% всех респираторных инфекций у взрослых и детей осложняется развитием ОСО. Острый и хронический гнойный средний отит служит причиной развития сенсоневральной тугоухости у взрослых в 25,5% случаев [1].

## Этиология и патогенез

Согласно клиническим рекомендациям [1], основным причинным фактором развития ОСО служит попадание на слизистую оболочку полости среднего уха микроорганизмов бактериального или вирусного происхождения. В развитии воспаления важную роль играют вид микроорганизма, степень его патогенности и вирулентность, а также снижение общей реактивности организма. Однако следует учитывать, что на развитие и характер воспалительного процесса значительно влияют анатомические и физиологические особенности строения полости носа и среднего уха. Они являются предрасполагающими факторами развития острого воспаления и перехода в затяжное, вялотекущее и хроническое течение [1].

Основные теории патогенеза ОСО сводятся к нарушению вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы, обусловленному анатомическими особенностями и различными патологическими процессами в полости носа и носоглотке, такими как искривление носовой перегородки, аденоидные вегетации, вазомоторный ринит, особенности остиомеатального комплекса, затрудняющие физиологическую аэрацию околоносовых пазух и среднего уха. В большинстве случаев инфекция проникает в полость среднего уха через слуховую трубу. Известны и другие механизмы попадания инфекции в полость среднего уха: травматический, менингогенный – распространение инфекции через водопроводы ушного лабиринта в среднее ухо, гематогенный. Инфицирование может произойти при инфекционных заболеваниях, таких как сепсис, скарлатина, корь, туберкулез.

Несвоевременное лечение заболевания, нерациональное назначение антимикробной терапии (в частности, применение топических антибиотиков в виде ушных капель до перфорации барабанной перепонки), а также снижение иммунных свойств организма способствуют переходу процесса из острого в хронический, вялотекущему воспалению слизистой оболочки полости среднего уха, развитию хронического среднего отита и осложнений местного и общего характера [1].

К основным возбудителям ОСО относятся пневмококк и гемофильная палочка, которые составляют в совокупности около 60% бактериальных возбудителей заболевания, а также различные виды стрептококков. При этом биологические свойства пневмококков обуславливают выраженную клиническую симптоматику и риск развития осложнений ОСО [1].

## Клинические проявления

Как правило, течение ОСО подразделяют на три основные стадии. Первая – доперфоративная стадия воспалительного процесса сопровождается такими проявлениями воспалительного процесса, как отек, гиперемия, инфильтрация слизистой оболочки барабанной полости, барабанной перепонки, слуховой трубы с нарушением вентиляционной и дренажной функций последней. Основные клинические проявления на этой стадии – боль в ухе различного характера, заложенность уха. При своевременной и адекватной терапии воспалительный процесс на первой стадии можно купировать. При дальнейшем развитии воспалительного процесса в ухе заболевание переходит во вторую стадию – перфоративную. На этой стадии к клиническим симптомам присоединяются слизистые, слизисто-гнойные или гнойные выделения из уха. При несвоевременно назначенном и неадекватном лечении острый воспалительный процесс может затянуться и перейти в хроническую стадию. Третья, репаративная стадия характеризуется купированием клинических симптомов заболевания.

## Принципы терапии

По данным ряда авторов [1–3], одним из основных принципов патогенетического лечения ОСО на всех стадиях заболевания, в том числе доперфоративной, считается максимально раннее восстановление дренажной и вентиляционной функций слуховой трубы.

Исследователи сходятся во мнении о необходимости расстановки различных акцентов в лечении при разных стадиях заболевания и выраженности его клинических проявлений. В связи с этим на первой, доперфоративной стадии заболевания для непосредственного патогенетического воздействия и максимально раннего купирования воспалительного процесса необходимо использовать методы местного воздействия в виде туалета и анемизации полости носа и глоточного устья слуховой трубы. Важно также применять местные противовоспалительные препараты, действие которых направлено на уменьшение отека и болевых ощущений в области среднего уха. При этом особое внимание на доперфоративной стадии ОСО должно уделяться широкому использованию комбинации местных противовоспалительных, противоотечных и обезболивающих препаратов. Сочетание пато-



генетического и симптоматического принципов способствует повышению эффективности лечения и скорейшему выздоровлению.

Согласно клиническим рекомендациям [1], при остром среднем неосложненном отите применяют интраназальную, системную антибактериальную, системную или местную анальгезирующую терапию (алгоритм консервативного лечения острого среднего отита).

*Интраназальная терапия* включает в себя:

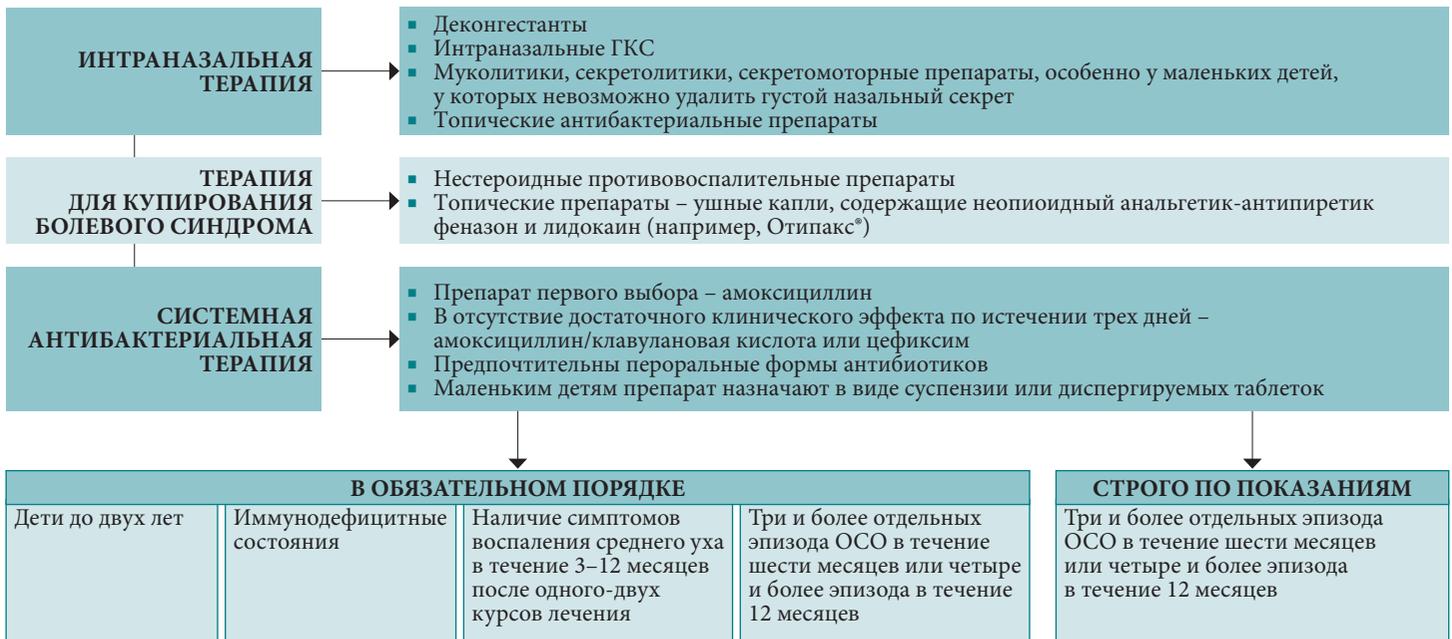
- сосудосуживающие средства (деконгестанты). Они назначаются местно в виде носовых капель или спрея, что, по мнению ряда авторов, наиболее безопасно, поскольку позволяет дозировать препарат, снижая риск передозировки [4–6], а также в виде геля и мази. По механизму действия деконгестанты относятся к альфа-адреномиметикам. На фоне их применения быстро купируется отек слизистой оболочки полости носа, носоглотки и слуховой трубы [2];
- интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС) с выраженным противовоспалительным действием;
- муколитические, секретолитические препараты. Они применяются в основном у детей младшего возраста, поскольку в этой когорте пациентов затруднено очищение полости носа от секрета [2]. Некоторые авторы [2] указывают на возможность применения комбинаций муколитического и сосудосуживающего препаратов;
- интраназальные топические антибактериальные средства. В целях профилактики бактериальных осложнений, а также лечения бактериальных инфекций полости носа рекомендуется применять

назальные спреи, содержащие топический антибактериальный препарат, особенно фрамицетин, содержащий комбинацию антибиотиков, деконгестанта и ГКС [2]. Ряд авторов не рекомендуют применять топические антибиотики в виде ушных капель до перфорации.

*Системная антибактериальная терапия.* Вопрос системного назначения антибактериальных препаратов в комплексном лечении острых средних доперфоративных отитов остается дискуссионным. С одной стороны, для профилактики осложнения при лечении ОСО антибактериальная терапия представляется необходимой [3], с другой стороны, использование системной антибактериальной терапии на первой, доперфоративной стадии ОСО, по мнению большинства авторов [7–10], преждевременно. Известно, что нерациональная антибактериальная терапия способствует возникновению устойчивых штаммов микроорганизмов к антибактериальным препаратам и увеличению случаев антимикробной резистентности [8–10]. Кроме того, в ряде плацебо-контролируемых исследований у взрослых пациентов и детей с острыми инфекционными воспалениями верхних дыхательных путей не выявлено преимуществ в использовании антибиотиков как по частоте выздоровления, так и по срокам купирования симптомов заболевания [8].

Если говорить о целесообразности применения антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях среднего уха, ряд авторов [11] указывают, что использование антибиотиков на стадии катарального воспаления угнетает развитие местной иммунной защиты, вследствие чего воспалительный процесс в слизистой оболочке сред-

## Алгоритм консервативного лечения острого среднего отита





него уха принимает характер затяжного течения. Как следствие – хронизация воспаления и развитие осложнений.

Сегодня считается оправданным назначение антибактериальных препаратов детям в возрасте до двух лет с двусторонним ОСО или отореей. В остальных случаях международные руководства по менеджменту пациентов с ОСО рекомендуют выжидательную тактику при ОСО в отношении назначения антибиотиков у детей с двухлетнего возраста [12, 13].

*Системная или местная анальгезирующая терапия* рекомендована для купирования болевого синдрома. Среди системных нестероидных противовоспалительных препаратов к применению рекомендованы парацетамол и ибупрофен.

В качестве местной анальгезирующей терапии в клинических рекомендациях предусмотрены ушные капли, содержащие неопиоидный анальгетик-антипиретик феназон и местный анестетик лидокаин. Примером оригинального комбинированного препарата на основе феназона (4%) и лидокаина гидрохлорида (1%) служит Отипакс® (регистрационный номер П N011568/01, производитель BIOCDEX, Франция). Отипакс® обладает благоприятным профилем безопасности и выраженным клиническим эффектом. Отипакс® разрешен к применению у детей с рождения, беременным и женщинам в период лактации при остром среднем отите в доперфоративной стадии, отите, осложненном после гриппа, и баротравматическом отите. Благодаря комбинированному составу препарат обладает двойным действием. Феназон – анальгетик-антипиретик оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. Лидокаин – местный анестетик.

В одном из исследований оценивалась биодоступность местных анестетиков в комбинации с феназоном [2]. По данным авторов, изменения, которые приводили к распаду мицелл лидокаина, способствовали увеличению биодоступности лидокаина. Следовательно, затрагивалось большее количество ионных каналов на мембранах нервных клеток, в частности натриевых каналов, блокировка которых вызывает усиление местного обезболивающего действия. Таким образом, комбинация фе-

назона и лидокаина способствует более быстрому наступлению глубокой и длительной местной анестезии.

Преимуществом препарата Отипакс® перед пероральными формами нестероидных противовоспалительных препаратов является быстрота снятия болевого синдрома. Действие препарата начинается через 5–7 минут после закапывания в ухо. Практически полное купирование болевого синдрома отмечается в среднем через 15–30 минут. По данным исследования, при проведении отоскопии отмечалось уменьшение гиперемии барабанной перепонки через 10 минут после закапывания препарата ( $p < 0,05$ ) с дальнейшей положительной динамикой на 20-й и 30-й минутах после введения ( $p < 0,01$ ). При оценке уровня кровенаполнения барабанной перепонки также наблюдалась положительная тенденция, что позволило говорить о противовоспалительном действии препарата.

Важно также отметить, что комбинация «лидокаин + феназон» не проникает в системный кровоток из наружного слухового прохода при неповрежденной барабанной перепонке [14].

Показаниями к применению комбинированного местноанестезирующего препарата Отипакс® являются местное симптоматическое лечение и обезболивание у детей с рождения и взрослых при среднем отите с неповрежденной барабанной перепонкой, в том числе при остром среднем гриппозном и парагриппозном, экссудативном вирусном и баротравматическом отитах. Продолжительность лечения препаратом составляет десять дней, после чего следует пересмотреть назначенное лечение [1].

### Заключение

Отипакс® может быть рекомендован к использованию в качестве препарата выбора при комплексном лечении ОСО на доперфоративной стадии у детей грудного возраста и взрослых с целью купирования болевого синдрома и уменьшения воспаления. Применение препарата способствует сохранению выжидательной тактики в отношении назначения антибиотиков, что делает рациональным подход к терапии и снижает риск побочных эффектов. ☺

### Литература

1. Клинические рекомендации по лечению острого среднего отита, утвержденные Минздравом России, 2016 // [www.nmaoru.org/files/KR314](http://www.nmaoru.org/files/KR314).
2. Рязанцев С.В., Алексеев С.И. Выбор медикаментозной терапии при боли в ухе у ребенка // Медицинский совет. 2018. № 20. С. 18–23.
3. Фанта И.В., Павлова С.С., Шустова Т.И., Рязанцев С.В. Современная фармакотерапия воспалительных заболеваний наружного и среднего уха // РМЖ. 2017. Т. 25. № 23. С. 1725–1730.
4. Тулунов Д.А., Федотов Ф.А., Карпова Е.П., Грабовская В.А. Современные аспекты применения назальных сосудосуживающих и вспомогательных препаратов в педиатрической практике // Медицинский совет. 2018. № 2. С. 114–117.
5. Сакович А.Р. Назальные деконгестанты в ЛОР-практике // Медицинские новости. 2017. № 4. С. 21–22.



6. Поляков Д.П. Назальные деконгестанты: повышая эффективность и безопасность // Ремедиум Приволжье. 2016. № 10 (150). С. 31.
7. Venekamp R.P., Schilder A.G.M., van den Heuvel M., Hay A.D. Acute otitis media in children // BMJ. 2020. Vol. 371. ID m4238.
8. Холодова И.Н., Холодов Д.И. Как снизить резистентность к антибактериальной терапии? // Медицинский совет. 2017. № 19. С. 84–89.
9. Яковлев С.В. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике // Вестник практического врача. 2016. Спецвыпуск. № 1. С. 2–4.
10. Biedenbach D.J., Badal R.E., Huang M.-Y. et al. In vitro activity of oral antimicrobial agents against pathogens associated with community-acquired upper respiratory tract and urinary tract infections: a five country surveillance study // Infect. Dis. Ther. 2016. Vol. 5. № 2. P. 139–153.
11. Полякова С.Д., Батенева Н.Н., Некрасова Е.А. Диагностика и лечение затянувшегося острого среднего отита и его осложнений // Российская оториноларингология. 2019. Т. 18. № 3. С. 44–48.
12. Venekamp R.P., Sanders S.L., Glasziou P.P. et al. Antibiotics for acute otitis media in children // Cochrane Database Syst. Rev. 2015. Vol. 6. CD000219.
13. Deniz Y., van Uum R.T., de Hoog M.L.A. Impact of acute otitis media clinical practice guidelines on antibiotic and analgesic prescriptions: a systematic review // Arch. Dis. Child. 2018. Vol. 103. № 6. P. 597–602.
14. Григорьев К.И., Григорян А.К., Запруднов А.М. Отипакс при лечении острого среднего отита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. № 2. С. 45–48.

## Drugs with a Combination of Lidocaine/Phenazone as One of the Key Elements of the Treatment of Uncomplicated Acute Otitis Media

S.V. Ryazantsev, PhD, Prof., G.P. Zakharova, PhD, S.S. Pavlova, N.I. Ivanov

*Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech*

Contact person: Svetlana S. Pavlova, s-ultraviolet@mail.ru

*The relevance of improving the complex therapy of patients with acute uncomplicated medium otitis media up to the present time, is one of the most important problems in modern otorhinolaryngology. This is due to the high prevalence (20–30% of the population) of the disease, the frequency of complications (mastoiditis, intracranial complications), the transition of an acute inflammatory process into a chronic one. One of the most important causes of the onset of the disease is a decrease in aeration of the middle ear cavity, due to a violation of the drainage and ventilation function of the auditory tube. As a rule, this is facilitated by the anatomical features of the nasal cavity, including in the area of the osteomeatal complex (curvature of the nasal septum, options for the location of the uncinat process), as well as pathological processes of the nasal cavity and nasopharynx (adenoid vegetation, polyps of the nasal cavity, tumors, inflammation). Pathogenetic treatment in the early stages of acute otitis media is usually focused on eliminating obstruction of the nasal cavity and normalizing the drainage function of the auditory tube. At the same time, the fact of inflammation and edema of the tympanic membrane itself is important, which leads to acute, sometimes even difficult to tolerate pain in patients with the pathology under consideration. Therefore, for the speedy relief of pain symptoms, improvement of the patient's well-being, as well as his speedy recovery in acute uncomplicated otitis media, a number of authors suggest the use of topical local anesthetic combined drugs in the complex therapy of acute otitis media. In particular, our article analyzes the results of topical application of a combination of a drug based on lidocaine/phenazone in patients in the pre-perforative stage with acute otitis media. Based on the presented literature data, the efficacy and safety of using a combination of a drug based on lidocaine and phenazone is substantiated. Our analysis of the presented literature data allows us to conclude that the use of ear drops based on lidocaine and phenazone makes it possible to increase the effectiveness of the treatment of the disease by combining the anti-inflammatory and analgesic action of a combination of locally used drugs. This combination of drugs is presented in the form of an alcoholic solution of ear drops containing a local anesthetic lidocaine and a non-steroidal anti-inflammatory drug phenazone, which makes it possible to combine a local analgesic and anti-inflammatory effect.*

**Key words:** acute uncomplicated otitis media, lidocaine, phenazone, local analgesic and anti-inflammatory action

# ОТИПАКС®



## ПРЕПАРАТ №1

в рекомендациях педиатров  
и оториноларингологов  
при остром среднем отите<sup>1</sup>



## ВКЛЮЧЕН В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по лечению  
острого среднего отита<sup>2</sup>



ДЛЯ ДЕТЕЙ  
С РОЖДЕНИЯ<sup>3</sup>

## ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ<sup>3</sup>

- ✔ снимает болевой синдром
- ✔ уменьшает воспаление

## МИРОВОЕ ПРИЗНАНИЕ

- ✔ 5 торговых марок в 38 странах
- ✔ 25 лет доверия в лечении ушной боли

1. По рекомендациям отоларингологов и педиатров в России в январе-декабре 2020 г. среди препаратов, применяемых для лечения оталгии, группа S02, диагнозы МКБ-10: H65.0, H65.1, H66.0 Проксима, май 2021 г.

2. Клинические рекомендации "Отит средний острый" (утв. Минздравом России) от 2016 г.

3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Отипакс  
Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

РУ П N011568/01 от 05.10.2011  
ООО «БИОКОДЕКС»,  
119049, г. Москва, пер. Якиманский, д. 6, стр. 1.  
Тел.: +7(495)783-26-80  
E-mail: phv@biocodex-corp.ru  
Адрес в сети Internet: www.biocodex.ru



# 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 фуруат	5–8,5	110	474	-0,27
Будесонид	4–8	64	229	-0,25
Флутиказона пропионат	3–9	200	150	-0,14
Мометазона фуруат	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)<sup>1</sup>.

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 детей<sup>2</sup>.

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 детей<sup>3</sup>. 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).

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

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

<sup>3</sup> 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)<sup>4</sup>.

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)<sup>5</sup>.

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)<sup>6</sup>.

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,  $p < 0,05$ )

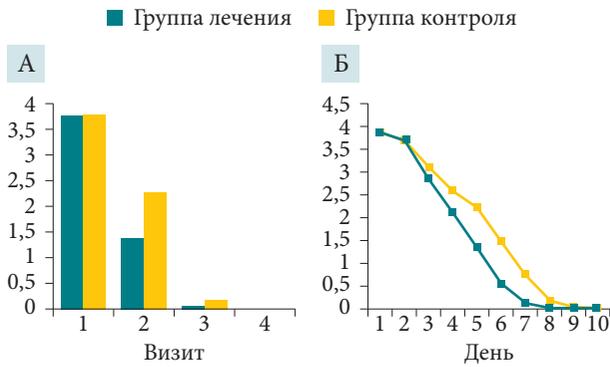


Рис. 1. Эффективность Синупрета при затяжном рините у детей

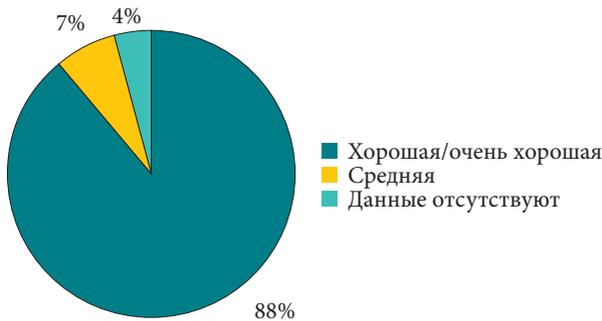


Рис. 2. Оценка эффективности Синупрета у детей

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>6</sup> 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-

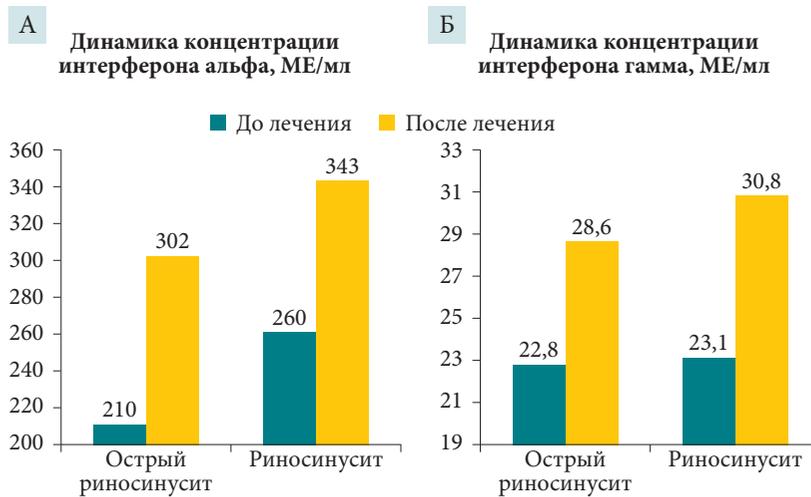


Рис. 3. Повышение противовирусного иммунитета, уменьшение частоты острой респираторной инфекции

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 повреждение 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](http://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 тонзиллита<sup>1</sup>
- ☝ Предупреждает развитие осложнений при ОРВИ



[www.tonsilgon.ru](http://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](http://www.bionorica.ru)

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.



# Секретные материалы

В рамках XX Съезда оториноларингологов России при поддержке компании «Алкалоид» состоялся симпозиум по актуальным вопросам оториноларингологии. Ведущие российские эксперты-оториноларингологи рассмотрели проблемы рациональной антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей. Докладчики представили новые данные о распространении и причинах антибиотикорезистентности в мире, обсудили данные доказательной медицины в отношении бактериологической активности и безопасности препарата цефиксим (Панцеф®) из группы цефалоспоринов третьего поколения.



Профессор, д.м.н.  
В.М. Свистушкин

Симпозиум открыл заведующий кафедрой, директор клиники болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, главный оториноларинголог Минздрава по Центральной России, д.м.н., профессор Валерий Михайлович СВИСТУШКИН. Он отметил, что во всем мире наблюдается неуклонный рост антибиотикорезистентности и распространения устойчивых штаммов микроорганизмов. Как следствие – ежегодное увеличение числа летальных исходов, обусловленных

## Персистирующая инфекция верхних дыхательных путей: как избежать и как лечить

инфекциями, вызванными полирезистентными возбудителями. При сохранении тенденции развития антибиотикорезистентности к 2050 г. количество летальных исходов, связанных с инфекциями, вызванными резистентными бактериями, достигнет 10 млн.

В последние годы в мире отмечается увеличение доли возбудителей инфекций дыхательных путей, в том числе *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, не чувствительных к макролидам<sup>1,2</sup>.

В России также наблюдается тенденция к увеличению уровня устойчивости к амоксициллину и макролидам возбудителей респираторных и ЛОР-инфекций. В настоящее время в лечении пациентов с внебольничной инфекцией дыхательных путей ведущую роль играют препараты группы бета-лактамов, макролиды рассматриваются как альтернативные препараты.

Последние данные свидетельствуют о продолжении эволюции резистентности бактериальных

возбудителей, возникновении микробной панрезистентности. Формированию и распространению резистентности микроорганизмов способствуют нерациональное использование антибиотиков, неправильный выбор препарата, дозы, продолжительности курса, несоблюдение пациентами режима лечения, использование некачественных медикаментов. Так, по данным американских ученых, в 51,7% случаев антибактериальные препараты назначаются необоснованно или в отсутствие показаний к их применению<sup>3</sup>.

Как показали результаты австралийского исследования, при острых инфекциях дыхательных путей антибактериальная терапия назначается в 4–9 раз чаще, чем рекомендовано. Например, в клинических рекомендациях отсутствуют указания на применение антибиотиков при остром бронхите/бронхиолите. Между тем в клинической практике их используют в 85% случаев<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Mandell L.A., Wunderink R.G., Antonio Anzueto A. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults // Clin. Infect. Dis. 2007. Vol. 44. Suppl. 2. P. S27–S72.

<sup>2</sup> Niederman M.S. Macrolide-resistant pneumococcus in community-acquired pneumonia. Is there still a role for macrolide therapy? // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2015. Vol. 191. № 11. P. 1216–1217.

<sup>3</sup> Chua K.-P., Fischer M.A., Linder J.A. Appropriateness of outpatient antibiotic prescribing among privately insured US patients: ICD-10-CM based cross sectional study // BMJ. 2019. Vol. 364.

<sup>4</sup> McCullough A.R., Pollack A.J., Hansen M.P. et al. Antibiotics for acute respiratory infections in general practice: comparison of prescribing rates with guideline recommendations // Med. J. Aust. 2017. Vol. 207. № 2. P. 65–69.



## Сателлитный симпозиум компании «Алкалоид»

Важную роль в развитии антибиотикорезистентности играет отношение населения к лечению. По данным опроса, проведенного в 2011 г. Всероссийским центром изучения общественного мнения, до 95% населения нашей страны, не имеющего медицинского образования, хранит в домашних аптечках в среднем семь видов антибактериальных препаратов. Наиболее распространенными являются бисептол и левомицетин. Кроме того, в многочисленных исследованиях последних лет доказана нерациональность применения антибактериальной терапии при острых респираторных вирусных инфекциях, особенно на ранних стадиях. Профилактическое назначение антибактериальных препаратов при респираторных вирусных заболеваниях повышает риск развития бактериальной инфекции. Респираторный тракт здорового человека содержит свыше 140 различных геномов микроорганизмов, бронхиальное древо – 2000 бактериальных геномов на 1 см<sup>2</sup> поверхности. Дисбиоз респираторного тракта, желудочно-кишечного тракта, кожи, возникающий на фоне антибиотикотерапии, способствует клиническому развитию патогенной бактериальной инфекции, а также аллергической предрасположенности<sup>5,6</sup>.

Среди ошибок, допускаемых при лечении, в частности, острого гнойного синусита средней степени тяжести, в нашей стране следует отметить использование линкомицина, ранних фторхинолонов (ципрофлоксацин), половинных доз макролидов, а также инъекционных форм антибиотиков.

Директор института антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии, президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), д.м.н., профессор Р.С. Козлов в информационном письме о состоянии антимикробной резистентности основных респираторных патогенов в России (2018) отметил, что в амбулаторной практике приоритетным считается использование пероральных лекарственных форм антибиотиков с высокой биодоступностью.

По данным российских экспертов, при лечении пациентов с острым стрептококковым тонзиллитом часто встречаются нарушения, приводящие к развитию антибиотикорезистентности. Речь прежде всего идет о пренебрежении врачей к выполнению микробиологических исследований, необоснованном предпочтении местного лечения в ущерб системной терапии, недооценке клинической и микробиологической эффективности и безопасности пенициллинов, назначении сульфаниламидных препаратов, ко-тримоксазола, тетрациклина, фузидина, а также сокращении курса антибиотикотерапии на фоне клинического улучшения<sup>7</sup>.

Исследователи проанализировали 225 случаев назначения антибактериальных препаратов при острой инфекции верхних дыхательных путей (острый ринофарингит, острый бронхит, острый тонзиллит, острый средний отит, острый синусит) в амбулаторной педиатрической практике, а также изучили тактику ведения

478 детей с внебольничной пневмонией. В ходе исследования был выявлен ряд ошибок: при острых респираторных вирусных инфекциях не проводилась отоскопия, при тонзиллитах не применялся Стрептатест, антибактериальные препараты назначались в дозах ниже рекомендованных, длительность антибиотикотерапии при тонзиллитах, риносинуситах и заболеваниях, вызванных атипичной флорой, составляла менее десяти дней. Необоснованное назначение антибактериальных препаратов имело место в 43,5% случаев острой респираторной патологии<sup>8</sup>.

Во многих странах отпуск антибиотиков без рецепта запрещен законом и нормативно-правовыми актами. Тем не менее, по данным метаанализа, в мире 62% антибактериальных препаратов отпускается без рецепта. Чрезмерное бесконтрольное использование антибиотиков может способствовать развитию и распространению устойчивости к антибиотикотерапии<sup>9</sup>.

Стратегия сдерживания роста антимикробной резистентности прежде всего включает принципы рационального назначения антибактериальных препаратов. Их следует назначать только при бактериальной инфекции. Оптимальный режим антибактериальной терапии подбирают исходя из степени тяжести инфекции, фармакодинамических свойств антибактериального препарата, локальной резистентности возбудителей инфекции. Необходимо интегрировать данные о локальной бактериальной резистентности,

<sup>5</sup> Marsland B.J., Gollwitzer E.S. Host-microorganism interactions in lung diseases // Nat. Rev. Immunol. 2014. Vol. 14. № 12. P. 827–835.

<sup>6</sup> Wypych T.P., Wickramasinghe L.C., Marsland B.J. The influence of the microbiome on respiratory health // Nat. Immunol. 2019. Vol. 20. № 10. P. 1279–1290.

<sup>7</sup> Практические рекомендации по применению антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Выпуск 2 / под ред. А.А. Баранова. Смоленск: МАКМАХ, 2007.

<sup>8</sup> Ермакова М.К. Несоответствия терапии острой респираторной патологии у детей на амбулаторном этапе клиническим рекомендациям // РМЖ. 2020. № 4. С. 7–10.

<sup>9</sup> Auta A., Hadi M.A., Oga E. et al. Global access to antibiotics without prescription in community pharmacies: A systematic review and meta-analysis // J. Infect. 2019. Vol. 78. № 1. P. 8–18.



эффективности и экономической целесообразности антибиотикотерапии, способствовать повышению приверженности пациентов лечению<sup>10, 11</sup>.

Таким образом, медицинская общественность должна следить за выполнением рекомендаций, направленных на предупреждение распространения антимикробной резистентности. В нашей стране разработчиком клинических рекомендаций по ЛОР-болезням Минздравом России назначена Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. Российские эксперты периодически издадут практические рекомендации по стратегии и тактике рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике, публикуют новые данные об этиологической значимости и резистентности микроорганизмов. Так, последние данные демонстрируют, что, несмотря на небольшую распространенность *Moraxella catarrhalis* в нашей стране, этот возбудитель часто участвует в развитии респираторных инфекций, особенно у детей, в комбинации с гемофильной палочкой и пневмококком. Почти все штаммы *M. catarrhalis* продуцируют бета-лактамазы. При этом незащищенный амоксициллин неэффективен при инфекциях, в развитии которых участвуют *M. catarrhalis*<sup>12</sup>.

Получены новые данные о росте показателей устойчивости *S. pneumoniae* к амоксициллину: в среднем по России частота уме-

ренно резистентных штаммов превышает 20%, а резистентных – 11%. Распространение пенициллин-резистентных пневмококков сопровождается увеличением числа изолятов, не чувствительных к парентеральным цефалоспорином третьего поколения (цефтриаксону), – 17,6% умеренно резистентных и 6,9% резистентных<sup>13</sup>.

Итак, ведущую роль в терапии внебольничных респираторных и ЛОР-инфекций играют препараты группы бета-лактамов – аминопенициллины и цефалоспорины. При инфекциях дыхательных путей, в частности различных тонзиллофарингитах, крайне важно учитывать этиологию и тяжесть заболевания, чувствительность возбудителя, предшествующую антибактериальную терапию.

В национальных клинических рекомендациях по лечению острого синусита препаратом первого выбора для стартовой эмпирической терапии назван амоксициллин. Из альтернативных препаратов рекомендованы цефиксим, амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, цефуроксим<sup>14</sup>. Как известно, устойчивость *S. pneumoniae* к бета-лактамам антибиотикам не связана с продукцией бета-лактамаз.

Согласно резолюции совета экспертов Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, при назначении антибактериальной терапии необходимо придерживаться принципа минимальной достаточ-

сти: при равной эффективности преимущество отдается антибиотикам более узкого спектра. Необоснованное использование для стартовой терапии антибиотиков широкого спектра, в том числе ингибитор-защищенных аминопенициллинов, может способствовать более интенсивному росту микробной резистентности и снижению безопасности лечения. Предпочтительны цефалоспорины с высокой активностью в отношении пневмококка, гемофильной палочки и бета-гемолитического стрептококка.

Цефиксим – бактерицидный цефалоспорин третьего поколения с выраженной антибактериальной активностью против большинства грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. При инфекциях дыхательных путей цефиксим является подходящей альтернативой амоксициллину/клавуланату<sup>15</sup>.

В многочисленных исследованиях цефиксим продемонстрировал активность в отношении 100% штаммов *H. influenzae* и считается препаратом выбора при хронических и рецидивирующих респираторных инфекциях<sup>12, 16</sup>. Так, микробиологическая эффективность цефиксима в отличие от других антибиотиков при остром среднем отите достигает 100%<sup>17</sup>.

По данным метаанализа 35 исследований, десятидневная терапия стрептококкового тонзиллита у детей пероральными цефалоспоридами клинически и микробиологически эффективнее ана-

<sup>10</sup> Ball P. Conclusions: the future of antimicrobial therapy – Augmentin and beyond // Int. J. Antimicrob. Agents. 2007. Vol. 30. Suppl. 2. P. S139–S141.

<sup>11</sup> Levy-Hara G., Amabile-Cuevas C.F., Gould I. et al. 'Ten commandments' for the appropriate use of antibiotics by the practicing physician in an outpatient setting // Front. Microbiol. 2011. Vol. 2. ID 230.

<sup>12</sup> Яковлев С.В. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике // Вестник практического врача. Спецвыпуск. 2016. № 1.

<sup>13</sup> Андреева И.В., Стецюк О.У., Егорова О.А. Инфекции дыхательных путей в педиатрической практике: сложные ответы на простые вопросы // РМЖ. Мать и дитя. 2020. Т. 3. № 2. С. 105–111.

<sup>14</sup> Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. Клинические рекомендации. Острый синусит. М., 2016.

<sup>15</sup> Hedrick J.A. Community-acquired upper respiratory tract infections and the role of third-generation oral cephalosporins // Expert Rev. Anti Infect. Ther. 2010. Vol. 8. № 1. P. 15–21.

<sup>16</sup> Jansen W.T.M., Verel A., Beitsma M. et al. Longitudinal European surveillance study of antibiotic resistance of Haemophilus influenzae // J. Antimicrob. Chemother. 2006. Vol. 58. № 4. P. 873–877.

<sup>17</sup> Dagan R. Achieving bacterial eradication using pharmacokinetic/pharmacodynamic principles // Int. J. Infect. Dis. 2003. Vol. 7. Suppl. 1. P. S21–S26.



## Сателлитный симпозиум компании «Алкалоид»

логичных курсов пероральных пенициллинов на 14,9 и 17,2% соответственно<sup>18</sup>.

Подводя итог, профессор В.М. Свис-тушкин подчеркнул, что цефало-

спорины, в частности Панцеф®, также можно использовать, когда острый тонзиллит трудно дифференцировать с инфекционным мононуклеозом, имеются опасения

развития кожной сыпи на фоне применения амоксициллина, а также при наличии в анамнезе нетяжелых аллергических реакций на пенициллины.

### Коронавирусная пандемия и ее последствия

**П**рофессор кафедры оториноларингологии им. академика Б.С. Преображенского лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Александр Владимирович ГУРОВ акцентировал внимание коллег на последствиях нерационального назначения антибиотиков в период пандемии COVID-19.

Современная эпидемиологическая ситуация поставила перед медицинским сообществом множество вопросов, требующих немедленного решения. Речь прежде всего идет о проблемах влияния новой коронавирусной инфекции на течение хронической и острой патологии ЛОР-органов. По мнению большинства ученых, коронавирусная инфекция далеко не последняя пандемия. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, уже в ближайшие пять лет не исключено появление похожих респираторных вирусов, способных вызывать не менее выраженные пандемические изменения. Это обусловлено множеством факторов, среди которых ключевым считается появление новых вирусных мутаций. Коронавирусы имеют самую длинную по протяженности структуру генома среди вирусных субстанций в современной вирусологии. И поэтому появление новых вирусных частиц – естественный процесс, связанный с мутацией этих биологических объектов. Результаты исследований, проведенных до распространения COVID-19, проде-

монстрировали высокую частоту бактериального суперинфицирования после активности респираторных вирусов.

На фоне сформировавшегося хронического патологического процесса могут присутствовать вирусные патогены, также поддерживающие изменения в структуре слизистой оболочки респираторного тракта. Вирусы стимулируют регуляцию различных рецепторов, необходимых для бактериальной адгезии, а также последующую колонизацию, размножение и транслокацию микроорганизмов<sup>19</sup>.

Сообщество респираторных вирусов и бактерий постоянно подвергается эволюционно обусловленным синергетическим и конкурентным межвидовым взаимодействиям.

Важно, что респираторные вирусы вызывают стимуляцию различных рецепторов, являющихся точкой приложения разных вирусов. Они стимулируют последующую бактериальную колонизацию, размножение и даже транслокацию микробов, то есть их переход из одного локуса в другой, и возможность развития в нем патологического процесса.

Все эти явления эволюционно обусловлены. В процессе изучения вирусного и бактериального взаимодействия было установлено их общее эволюционное родство к структуре слизистой оболочки. Интересен факт, что большинство респираторных вирусов вызывает стимуляцию и появление в равной степени как пневмококка, так и гемофильной палоч-



Профессор, д.м.н.  
А.В. Гуров

ки. Единственным исключением из этого правила является коронавирус, который стимулирует появление только гемофильной палочки (рис. 1)<sup>19</sup>. Это и является ответом на вопрос, почему в настоящее время на фоне коронавирусной пандемии отсутствуют пациенты с ярко выраженной гнойно-воспалительной симптоматикой.

2020 г. стал переломной вехой в плане присутствия гемофильной палочки. Если на протяжении многих лет наблюдения отмечалось увеличение ее присутствия, то в 2020 г. впервые коронавирусная инфекция привела к значительному росту гемофильной инфекции и ее преобладанию над пневмококковыми патогенами.

Как известно, пневмококковая инфекция, вызванная *S. pneumoniae*, встречается часто, в основном при острой гнойной патологии ЛОР-органов. Основными факторами патогенности пневмококков являются токсины – пневмолизины, блокирующие фагоцитарные функции и обуславливающие воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа, околоно-

<sup>18</sup> Casey J.R., Pichichero M.E. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children // Pediatrics. 2004. Vol. 113. № 4. P. 866–882.

<sup>19</sup> Bosch A.A., Biesbroek G., Trzcinski K. et al. Viral and bacterial interactions in the upper respiratory tract // PLoS Pathog. 2013. Vol. 9. № 1. P. e1003057.

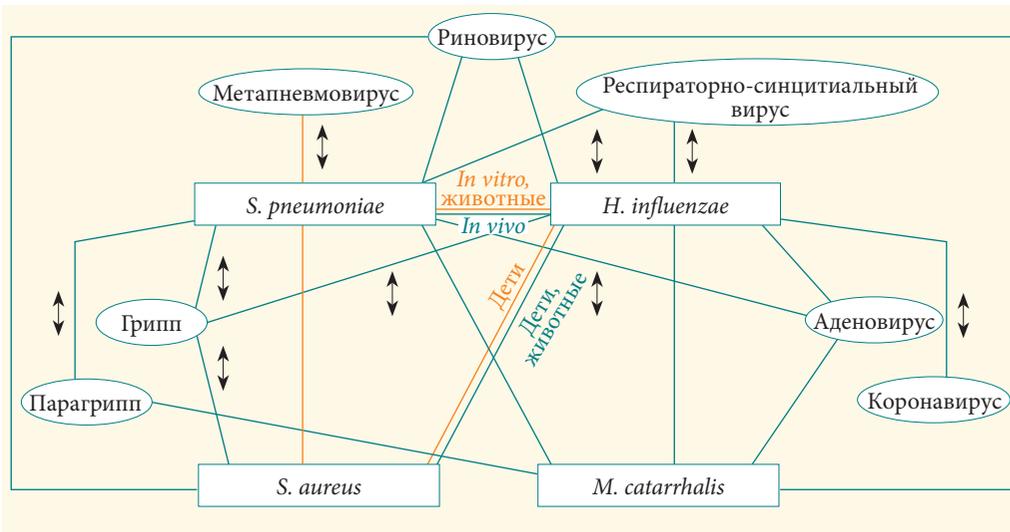


Рис. 1. Эволюционный синергизм респираторных вирусов и бактерий

совых пазух и полости среднего уха. Спонтанная эрадикация пневмококка не встречается. В свою очередь *H. influenzae* радикальным образом отличается по своим микробиологическим свойствам от пневмококков. Основным фактором патогенности гемофильной палочки – эндотоксин, или капсульный полисахарид клеточной стенки, обладающий прямым цилиотоксическим действием. Инфекция, вызванная *H. influenzae*, часто имеет субклинические формы, при этом происходят деструктивные изменения эпителия, цилиостаз, возникает высокий риск осложнений, ранней хронизации процесса. У пациентов, перенесших COVID-19, выявляются признаки поражения слизистой оболочки, вызванные *H. influenzae*, наблюдается рецидивирующий характер течения инфекции.

Кроме того, наиболее распространенным заболеванием среди инфекций глотки является стрептококковый тонзиллит, обусловленный *S. pyogenes*. При этом данный вид бактерий выявляют не только у пациентов с хронической тонзиллярной патологией, но и у клинически здоровых

пациентов. Основы патогенеза стрептококковой инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), связаны с антигенной структурой самого возбудителя, а также вырабатываемыми им экзотоксинами – О- и S-стрептолизинами. Стрептолизин S действует преимущественно в очаге поражения, а стрептолизин О – на весь организм в целом, вызывая его массивную сенсибилизацию и опосредуя таким образом развитие иммунокомплексной патологии.

В отличие от острого воспалительного процесса при хронической гнойной патологии ЛОР-органов микрофлора изменяется по типу суперинфицирования. При этом радикально меняется не только качественный состав самой микрофлоры, но и характер течения инфекционного процесса, выражающийся как в стойкой интоксикации организма, так и патоморфологических изменениях непосредственно в очаге поражения. Количественно-качественный состав микрофлоры при хронических гнойных заболеваниях ЛОР-органов отличается разнообразием.

Анаэробные бактерии также играют значительную роль в этиологии острого и хронического синусита. В условиях патоморфологических изменений при хроническом гнойно-воспалительном процессе отмечается активация облигатной анаэробной микрофлоры. В частности, в развитии одонтогенного синусита, одонтогенного гайморита участвуют микробные ассоциации анаэробных микроорганизмов.

Современные научные данные свидетельствуют о том, что в организме человека все бактерии существуют преимущественно в составе биопленок. Микробные биопленки – сообщества, образованные родственными и неродственными бактериями, отграниченными от внешней среды дополнительными оболочками, внутри которых клетки имеют специализацию и контактируют между собой<sup>20</sup>. В связи с этим возрастает необходимость в совершенствовании подходов к лечению инфекционных заболеваний и повышению эффективности антимикробной терапии.

На сегодняшний день разработаны рекомендации по применению системной антибактериальной терапии в лечении инфекционных заболеваний респираторного тракта и ЛОР-органов. Так, антибактериальная терапия показана при среднетяжелой и тяжелой форме острого синусита. При легкой форме антибиотики рекомендуются только в случае рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и сохранения клинической симптоматики свыше 5–7 дней. Кроме того, антибактериальная терапия назначается пациентам с тяжелой сопутствующей патологией и иммунокомпрометированным больным.

Среди актуальных проблем, связанных с эффективностью антибиотикотерапии, – хронизация

<sup>20</sup> Тец В.В., Тец Г.В. Микробные биопленки и проблемы антибиотикотерапии // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2013. № 4. С. 60–64.



Сателлитный симпозиум компании «Алкалоид»

процесса очаговых поражений ЛОР-органов. Прежде всего это касается нарастающей антибиотикорезистентности пневмококковых инфекций и ранней хронизации процесса при гемофильной инфекции. Сегодня на фоне массового заражения населения COVID-19 и высокой частоты постковидных осложнений данные проблемы усугубились. Последние два года стремительно увеличивается резистентность *S. pneumoniae* к амоксициллину, особенно к азитромицину. В 2020 г. за время тотальной азитромицинотерапии резистентность пневмококка к нему возросла с 8,4 до 38,5%. Начиная с 2020 г. азитромицин в клинических рекомендациях по лечению острого синусита, острого гнойного среднего отита, острого тонзиллита отсутствует в силу неэффективности. Еще один очень важный момент касается того, что происходит с левофлоксацином. О чувствительности пневмококка к левофлоксацину речь

не идет в принципе, поскольку используемые концентрации препарата, в том числе высокодозный левофлоксацин, не всегда отвечают требованиям достижения бактерицидного эффекта в клинической практике (рис. 2). Современные принципы выбора антибактериального препарата при гнойной патологии ЛОР-органов предусматривают:

- ✓ активность в отношении предполагаемых возбудителей инфекций ЛОР-органов;
- ✓ способность преодолевать потенциальную резистентность возбудителя;
- ✓ хорошее проникновение в слизистую оболочку синусов с достижением концентрации выше минимальной подавляющей концентрации (МПК) для данного возбудителя;
- ✓ сохранение концентрации в сыворотке крови выше МПК в течение 40–50% времени между приемами препарата.

Следует отметить, что при остром синусите в первые шесть недель

течения воспалительного процесса в равной степени встречаются *S. pneumoniae* и *H. influenzae*, тогда как в течение последующих шести недель в активации воспалительного процесса преобладающую роль играет *H. influenzae*. В этом периоде острого синусита, чтобы остановить необратимые изменения в структуре слизистой оболочки и развитие хронизации, необходимо назначать препараты с высокой антигемофильной активностью. Цефалоспорины третьего поколения характеризуются высокой активностью в отношении грамотрицательной флоры, в том числе *H. influenzae*. Они высокоэффективны в отношении грамположительной флоры, действуют на стрептококки, в том числе *S. pneumoniae*, БГСА и др. Цефалоспорины третьего поколения, в частности цефиксим (Панцеф®), рекомендованы в качестве препаратов второй линии терапии при остром риносинусите, обострениях хронического

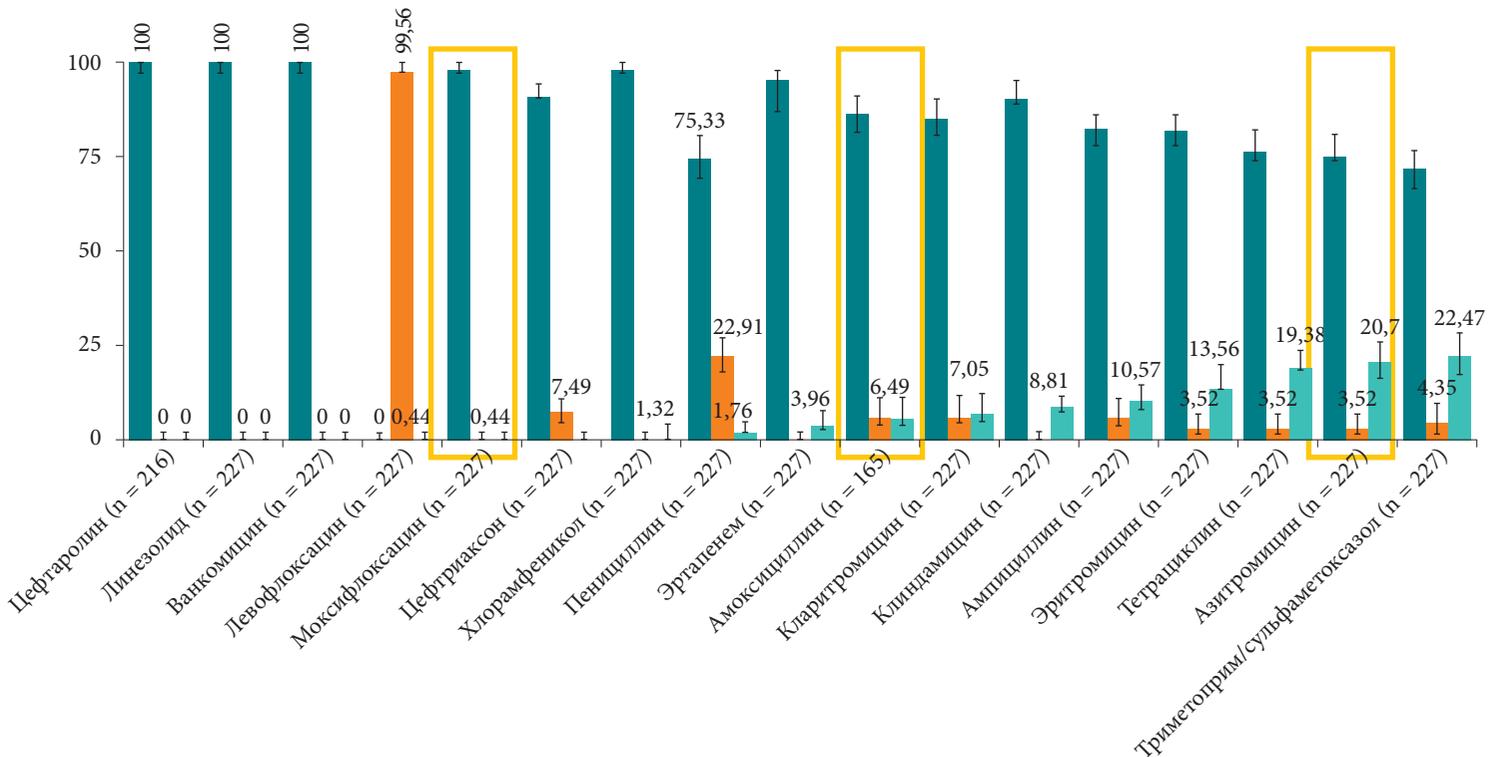


Рис. 2. Чувствительность к антибактериальным препаратам



синусита, остром среднем отите, остром тонзиллите, а также рецидивирующем А-стрептококковом тонзиллите.

Мишенью цефалоспоринов, относящихся к бета-лактамам антибиотикам, служат пенициллинсвязывающие белки – транспептидазы прокариотических клеток, обуславливающие процесс поперечного сшивания гетерополимерных цепей пептидогликана, важнейшего структурного компонента клеточной стенки прокариот. Вследствие инактивации транспептидаз сборка полноценной клеточной стенки становится невозможной, и клетка лизируется под избыточным осмотическим давлением цитоплазмы.

По словам докладчика, изучения требует проблема перекрестной реактивности у пациентов, в первую очередь сенсibilизированных к цефалоспорином и потенциально страдающих аллергией на пенициллины. Установлено, что вероятность перекрестной гиперреактивности между пенициллинами и цефалоспорином третьего и четвертого поколения не превышает 2%<sup>21</sup>.

Препарат цефиксим (Панцеф®) высокоэффективен в отношении пнев-

мококка, гемофильной палочки, микробактерии, *S. pyogenes* (таблица)<sup>16, 22–24</sup>. В международном исследовании бактериальной устойчивости к антибактериальным препаратам чувствительность 161 изолята *S. pneumoniae* к цефиксиму составила 93,8%. 100%-ную чувствительность к препарату продемонстрировали 143 изолята *H. influenzae* и 874 изолята *Moraxella catarrhalis*<sup>25</sup>.

Препарат Панцеф®, характеризующийся рядом преимуществ, считается препаратом выбора при респираторных заболеваниях в различных группах больных. В ряде исследований подтверждена безопасность применения цефиксима во время беременности. Использование препарата во время беременности не увеличивает риск врожденных аномалий<sup>26</sup>. Кроме того, в экспериментальных исследованиях доказано, что концентрации препарата, создаваемые в грудном молоке, не являются клинически значимыми для новорожденных, находящихся на грудном вскармливании<sup>27</sup>.

Препарат Панцеф® отличается хорошей переносимостью и удобством применения, выпускается в различных лекарственных формах и дозах для перорального применения: в таблетках и гранулах для приготовления суспензии.

В заключительной части своего выступления А.В. Гуров остановился на вопросах лечения респираторных инфекций с использованием антибактериальных

препаратов из группы хинолонов. Хинолоны – препараты выбора при неэффективности предыдущих курсов антибиотикотерапии, поражениях с высоким риском развития осложнений. Этот вид антибиотиков применяют при облитгатных анаэробных инфекциях, хронических воспалительных процессах. Хинолоны назначают пациентам с полисинуситом, изменениями citoархитектоники слизистой оболочки ЛОР-органов и рецидивирующими гнойно-воспалительными процессами.

В клинических рекомендациях хинолоны, в частности моксифлоксацин, рекомендованы в качестве средств третьей линии для лечения острого риносинусита, обострений хронического риносинусита.

Препарат Кимокс® (моксифлоксацин) относится к четвертому поколению фторхинолонов (респираторным и антианаэробным). Механизм действия моксифлоксацина обусловлен блокированием двух бактериальных топоизомераз II и IV, что приводит к нарушению процессов репликации, репарации и транскрипции биосинтеза ДНК микробной клетки. Кимокс® – антибактериальный препарат широкого спектра действия. По данным исследований, моксифлоксацин *in vitro* активен в отношении широкого спектра грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, анаэробов, кислотоустойчивых бактерий и атипичных бактерий, а также бактерий, резистентных

**Чувствительность основных возбудителей острых и рецидивирующих вирусных инфекций к наиболее часто используемым антибактериальным препаратам, %**

Препарат	<i>S. pneumoniae</i>	<i>H. influenzae</i>	<i>M. catarrhalis</i>
Цефиксим	–	93,2	100
Амоксициллин	83,8	99,6	83,6
Цефуросим	65,6	–	98,1

<sup>21</sup> Antunez C., Blanca-Lopez N., Torres M.J. et al. Immediate allergic reactions to cephalosporins: evaluation of cross-reactivity with a panel of penicillins and cephalosporins // J. Allergy Clin. Immunol. 2006. Vol. 117. № 2. P. 404–410.

<sup>22</sup> Biedenbach D., Badal R.E., Huang M.-Y. et al. In vitro activity of oral antimicrobial agents against pathogens associated with community-acquired upper respiratory tract and urinary tract infections: a five country surveillance study // Infect. Dis. Ther. 2016. Vol. 5. № 2. P. 139–153.

<sup>23</sup> 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. 329–341.

<sup>24</sup> Harrison C.J., Woods C., Stout G. et al. Susceptibilities of *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, including serotype 19A, and *Moraxella catarrhalis* paediatric isolates from 2005 to 2007 to commonly used antibiotics // J. Antimicrob. Chemother. 2009. Vol. 63. № 3. P. 511–519.

<sup>25</sup> Jacobs M.R., Felmingham D., Appelbaum P.C. et al. The Alexander Project 1998–2000: susceptibility of pathogens isolated from community-acquired respiratory tract infection to commonly used antimicrobial agents // J. Antimicrob. Chemother. 2003. Vol. 52. № 2. P. 229–246.

<sup>26</sup> Wilton L.V., Pearce G.L., Martin R.M. et al. The outcomes of pregnancy in women exposed to newly marketed drugs in general practice in England // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1998. Vol. 105. № 8. P. 882–889.

<sup>27</sup> Halperin-Walega E., Batra V.K., Tonelli A.P. et al. Disposition of cefixime in the pregnant and lactating rat. Transfer to the fetus and nursing pup // Drug Metab. Dispos. 1988. Vol. 16. № 1. P. 130–134.



## Сателлитный симпозиум компании «Алкалоид»

к бета-лактамам и макролидным антибиотикам. Кимокс® отличается высокой скоростью бактерицидного действия. Так, через два часа после приема препарата погибает 99,9% бактерий *S. pneumoniae* (рис. 3)<sup>28</sup>. Моксифлоксацин быстро проникает в ткани дыхательной системы, органы мочеполовой системы, костную ткань, спинномозговую жидкость, при этом уровни тканевых концентраций препарата выше, чем в крови. Моксифлоксацин избирательно накапливается в тканях: его концентрация в ткани синусов даже в отсутствие воспаления в несколько раз превышает концентрацию в плазме; концентрация внутри макрофагов в 8–12 раз выше плазменной. Важно, что моксифлоксацин сохраняет антимикробную ак-

тивность в стандартных дозах. Резистентность микроорганизмов к моксифлоксацину на протяжении почти 20 лет клинического применения остается крайне низкой и стабильной, доза не изменится на протяжении всего периода использования препарата<sup>29</sup>. Более того, воздействие препарата эквивалентно для перорального и внутривенного введения, что обеспечивает возможность переключения между режимами терапии без необходимости менять препарат или дозу. Таким образом, в период пандемии COVID-19 из-за возросшего применения антибактериальных препаратов перед населением планеты еще более остро встали вопросы антибиотикорезистентности. Только рациональное и обоснованное использование ан-

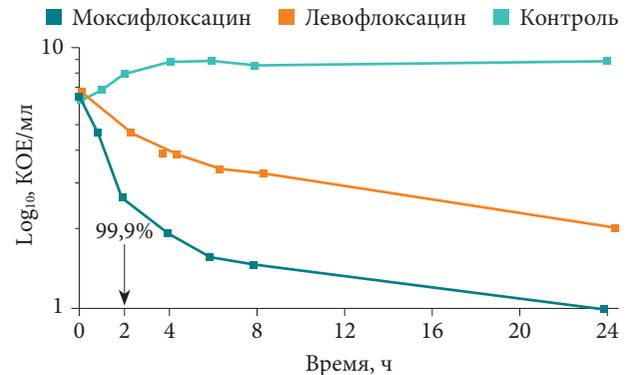


Рис. 3. Сравнительная скорость бактерицидного действия против *S. pneumoniae*

тибактериальных препаратов при респираторных и ЛОР-инфекциях с учетом данных о виде возбудителя инфекции и его чувствительности позволит предотвратить дальнейшее распространение антибиотикорезистентности.

### Дифференциальная диагностика заболеваний ротоглотки

Профессор кафедры болезней уха, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н. Галина Николаевна НИКИФОРОВА остановилась на вопросах диагностики и лечения заболеваний глотки. Она напомнила, что глотка выполняет важные функции в организме человека, участвуя в процессах пищеварения, дыхания, голосообразования, формирования речи, а также защитных механизмах. Защитный механизм глотки реализуется за счет активной работы лимфоэпителиального кольца, рефлекторного сокращения мускулатуры глотки, кашля. Среди факторов мукозальной иммунной системы глотки важную роль играет микробиом. Он участвует в обменных и защитных процессах, обеспечивает антагонизм по отношению к ряду патогенов, обеспечивает колонизационную резистентность

слизистой оболочки, препятствует выделению токсинов патогенными микроорганизмами, выполняет иммуногенную функцию. Глотка – один из наиболее сложных и многочисленных биоценозов макроорганизма. Фарингеальная лимфоидная ткань участвует в формировании местного и общего иммунитета. Все компоненты лимфоэпителиального глоточного кольца входят в состав единой иммунной системы, формируя иммунологическую резистентность организма. Такое формирование происходит на фоне реализации основных функций лимфаденоидного глоточного кольца: защитной барьерной функции и местного иммунитета миндалин и системного иммунного ответа, запущенного сенсibilизацией лимфоцитов миндалин. Миндалины – уникальные образования, которые создают условия для постоянной трансэпителиальной миграции макрофагов и других ан-



Профессор, д.м.н. Г.Н. Никифорова

тигенпрезентирующих клеток. Без механизма антигенпрезентации патогены, находящиеся на поверхности слизистой оболочки дыхательных путей, недоступны для запуска иммунного ответа. Иммунный ответ на инфекционный агент можно получить только после его внедрения в ткань, то есть в случае болезни. Миндалины и предназначены для того, чтобы организм мог реагировать на окружающую микрофлору без развития болезни.

<sup>28</sup> Lister P.D., Sanders C.C. Pharmacodynamics of moxifloxacin, levofloxacin and sparfloxacin against *Streptococcus pneumoniae* // J. Antimicrob. Chemother. 2001. Vol. 47. № 6. P. 811–818.

<sup>29</sup> Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Мирошниченко Н.А. и др. 15-летний опыт применения моксифлоксацина при лечении больных бактериальным риносинуситом // Вестник оториноларингологии. 2015. Т. 80. № 3. С. 75–79.



Антигенная стимуляция глоточного лимфоэпителиального кольца осуществляется в несколько этапов:

- ✓ презентация антигена (антиген-презентирующая клетка периферических лимфоидных органов, в том числе региональных лимфоузлов, дренирующих кольцо Вальдейера);
- ✓ стимуляция и клональная экспансия В- и Т-эффекторных клонов, которые отвечают данному антигену;
- ✓ поддержание и регуляция иммунного ответа.

Докладчик отметила, что воспалительные процессы в глотке – одни из самых распространенных в мире. Особенно часто встречаются в детском возрасте, за исключением детей первого года жизни. В России на долю острого тонзиллофарингита приходится 3–7% общего числа регистрируемых заболеваний и 17–42% инфекций. Точных эпидемиологических данных об острых воспалительных процессах в глотке нет, что обусловлено необязательностью их регистрации и отсутствием единой терминологии при формулировке диагноза.

Самыми частыми жалобами у пациентов с заболеваниями глотки являются боль или дискомфорт в гортане, ощущение саднения, першения в покое, чувство инородного тела, затруднение носового дыхания, гнусавость. Имеют место такие симптомы и субъективные ощущения, как заложенность в ушах, поверхностный кашель, сухость или повышенная саливация, стекание слизи по задней стенке глотки, продуктивный кашель.

Выраженный болевой синдром при остром фарингите объясняется богатством иннервации глотки. Чувствительная, двигательная и вегетативная иннервация – глоточное сплетение, расположенное на наружной поверхности среднего констриктора глотки под щечно-глоточной фасцией – ветви языкоглоточного и блуждающего нервов, а также симпатических волокон верхнего шейного ганглия. В области устьев слуховых труб имеются нервные связи со второй ветвью тройничного нерва.

Болью в глотке может сопровождаться ряд патологических процессов. «Отраженные» боли в глотке отмечаются при заболеваниях щитовидной железы, невралгии языкоглоточного и/или верхнегортанного нерва, рефлюкс-эзофагите, сердечной патологии, патологии уха, инородных телах в респираторном тракте. Так, жалобы на боль в гортане предъявляют пациенты с синдромом Игла – Стерлинга, эпиглоттитом. Однако в большинстве случаев причинами боли в гортане становятся вирусы. У 5–15% взрослых и 30–40% детей заболевание вызывают невирусные инфекционные агенты. Среди невирусных возбудителей особое значение имеет БГСА (*S. pyogenes*). Нередко встречаются *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae* и другие патогены. Экономический ущерб, обусловленный инфекцией БГСА, в десять раз выше, чем ущерб от вирусных гепатитов вместе взятых.

Носителем БГСА являются более 20% детей школьного возраста. Чаше БГСА вызывает такие заболевания, как ангина, фарингит, скарлатина, рожистое воспаление, паратонзиллярный абсцесс, флегмона шеи, сепсис, отит, менингит.

Острый катаральный вирусный тонзиллофарингит характеризуется рядом различных жалоб на боль в глотке, локальную или мигрирующую, усиливающуюся при проглатывании слюны («пустой» глоток), симптомы дисфункции слуховой трубы, сухой поверхностный кашель, сопутствующую диарею. Как правило, при вирусном тонзиллофарингите интоксикация выражена незначительно, за исключением стрептококковой ангины.

Острый стрептококковый тонзиллофарингит (ангина) – острое общее инфекционное заболевание с преимущественным поражением лимфоаденоидной ткани глоточного кольца. Различают подтипы – ангину язычной миндалина, глоточной миндалина, гортанную ангину, ангину боковых валиков глотки. По механизму возникновения заболевания различают эпизодическую и эпидемическую формы.

При остром стрептококковом тонзиллофарингите интоксикация выражена в значительной степени, отмечаются болевые ощущения в глотке, усиливающиеся при приеме пищи, гиперемия слизистой глотки, миндалин, отек, экссудат, фибриновый налет в области лакун, зачелюстной лимфаденит.

Наличие других респираторных симптомов (кашель, ринит, охриплость), а также конъюнктивит, стоматит, диарея указывают на вирусную этиологию заболевания. Боль при «пустом» глотке, ощущение инородного тела, сухость в гортане – признаки вирусной инфекции.

Ангина при скарлатине отличается от других типов ангины характерными признаками: скарлатинозной маской – бледностью носогубного треугольника на фоне румянца щек, энантемой – выраженной гиперемией миндалин, мягкого неба, язычка, резким отграничением гиперемии, выраженным густым белым налетом на языке (малиновый язык при его очищении), экзантемой – мелкоочаговой ярко-красной сыпью, более выраженной на сгибах, не распространяющейся на лицо, шелушением с шестого дня заболевания.

Ангина при инфекционном мононуклеозе (болезнь Филатова, железистая лихорадка, моноцитарная ангина) может вызываться вирусом Эпштейна – Барр (вирус герпеса человека 4-го типа), цитомегаловирусом, вирусом герпеса человека 6-го типа. Явления тонзиллофарингита при инфекционном мононуклеозе развиваются, как правило, на 3–5-й день болезни на фоне имеющегося распространенного лимфаденита. Для данного вида ангины характерны белый налет на миндалинах, лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, гематологические изменения. Быстро и точно провести дифференциальный диагноз между инфекционным мононуклеозом и острым тонзиллофарингитом можно с помощью показателя соотношения числа лимфоцитов к общему числу лейкоцитов. У пациентов с инфекционным мононуклеозом в отличие от больных острым тон-

# Очевидная линия терапии

# Панцеф®



- Высокая клиническая и микробиологическая эффективность в отношении основных респираторных и урологических патогенов<sup>1-5\*</sup>
- Рекомендован взрослым и детям с 6 месяцев<sup>6</sup>
- Прием 1 раз в день<sup>6</sup>



\* Данные по эффективности лечения синусита, отита, тонзиллита, бронхита и ИМП согласно исследованиям Hausen et al. (3) и Kresken et al. (5); 1. Jansen et al. Longitudinal European surveillance study of antibiotic resistance of Haemophilus influenzae. Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2006) 58, 873-877; 2. Harrison C. J. et al. Susceptibilities of Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, including serotype 19A, and Moraxella catarrhalis paediatric isolates from 2005 to 2007 to commonly used antibiotics. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2009; 63 (3): 511-519; 3. Hausen T et al. Safety and efficacy of cefixime in treatment of respiratory tract infections in Germany. Infection. 1995; 23 Suppl 2: S65-9; 4. Палагин И.С. и соавт. Антибиотикорезистентность возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России. Клин микробиол антимикроб химioter 2012, Том 14, № 4; 5. Kresken M. et al. Comparative in vitro activity of oral antimicrobial agents against Enterobacteriaceae from patients with community-acquired urinary tract infections in three European countries. Clin Microbiol Infect 2016; 22: 63.e1-63.e5; 6. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Панцеф® таблетки, покрытые пленочной оболочкой (ЛП-№(000246)-(РГ-РУ)-250521), гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь (ЛП-№(000250)-(РГ-РУ)-260521), RU/CEP/211001

ООО «АЛКАЛОИД-РУС». 115114, Москва, Летниковская д.2, стр.1, этаж 10, пом. 1, ком. 1А.  
Тел./факс: (495) 502-92-97.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ  
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ  
ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

  
**ALKALOID**



зиллофарингитом выше средний показатель соотношения «лимфоциты/лейкоциты».

При коревой ангине на второй-третий день заболевания на мягком небе появляются мелкие красные пятна, а на слизистой оболочке щек – мелкие белые точечные пятна с красной каймой, напоминающие манную крупу. Они сохраняются 1–3 дня и исчезают во время появления сыпи на коже.

Тонзиллофарингит при дифтерии появляется в первые-вторые сутки. Гиперемия миндалин при этом заболевании носит застойный синюшный характер, наблюдаются умеренная боль в горле, значительный отек небных миндалин. Налет на небных миндалинах пленчатый, выступает над поверхностью тканей, снимается с трудом. У больных регистрируются зачелюстной лимфаденит, изменения гемограммы (нейтрофильный лейкоцитоз). Безусловно, дифтерия считается опасным заболеванием, поэтому ведение пациентов требует безотлагательного лечения с применением сывороточной терапии.

Герпетическая ангина характеризуется ярко-красной гиперемией миндалин, выраженной болью в горле, умеренным отеком небных миндалин. Налет на небных миндалинах представляет собой папулы, везикулы, которые, вскрываясь, образуют язвочки, не сливающиеся с красным венчиком, фибриноидным налетом. У пациентов наблюдаются зачелюстной лимфаденит, в показателях крови – нейтропения, лимфоцитоз. В ряде случаев у пациентов с острым тонзиллофарингитом обнаруживаются грибковые поражения глотки (фарингомикоз). Обычно они развиваются у детей раннего возраста. Причинами фарингомикоза могут быть перенесенное тяжелое инфекционное заболевание, системная антибиотикотерапия, длительное применение глюкокортикостероидов и иммунодепрессан-

тов. Фарингомикоз характеризуется острым началом с умеренным повышением температуры. Как правило, общие явления выражены слабо, пациентов беспокоят болезненность в горле, першение, сухость. При фарингоскопии определяются увеличение и невыраженная гиперемия миндалин, наложения творожистого вида, снимающиеся без повреждений подлежащей ткани. Могут выявляться твердые желтовато-белые образования, которые распространяются на другие отделы глотки. При поражении глотки *Candida albicans* симптомы тонзиллита развиваются на первые-вторые сутки. У больных отмечаются умеренная боль в горле и гиперемия миндалин, белый творожистый налет на небных миндалинах, лимфаденит, в анализах крови – умеренный лейкоцитоз.

Кроме того, боль в горле может быть одним из проявлений острой лихорадочной фазы ВИЧ-инфекции. При лейкозах и других заболеваниях крови ангина развивается в трети случаев. Характерны активные гнойно-геморрагические, некротические изменения. Проявления фарингита встречаются у пациентов с синдромом Маршалла.

При тонзиллофарингите назначают этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Показанием к назначению системных антибиотиков является острый стрептококковый тонзиллофарингит. На сегодняшний день БГСА сохраняет 100%-ную чувствительность ко всем бета-лактамам, включая пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы. Бета-лактамы остаются единственным классом антибактериальных препаратов, к которым у *S. pyogenes* не развилась резистентность. Актуальной на сегодняшний день остается проблема устойчивости микроорганизмов к макролидам, которая в ряде стран превышает 30%.

Макролиды могут быть использованы при инфекциях носоглотки, но только в случае аллергии на бета-лактамы, фармакодинамической неэффективности бета-лактамов и низкой приверженности пациентов терапии.

Цефиксим является препаратом выбора при остром тонзиллофарингите, вызванном БГСА. Следует отметить, что при инфекциях дыхательных путей цефиксим рассматривается в качестве подходящей альтернативы амоксициллину/клавуланату<sup>15</sup>.

Клиническая эффективность цефиксима в отношении острых и рецидивирующих инфекций при среднем отите, синусите, тонзиллите и бронхите, а также его безопасность доказаны в многочисленных отечественных и зарубежных клинических исследованиях. Согласно российским клиническим рекомендациям, цефиксим (Панцеф®) – эффективный препарат для лечения ЛОР-инфекций<sup>20</sup>.

Однократный прием цефиксима обеспечивает более высокую приверженность пациентов терапии по сравнению с двух- и трехкратным приемом амоксициллина/клавуланата<sup>31</sup>.

Результаты метаанализа 35 исследований с участием 7125 пациентов продемонстрировали, что клиническая эффективность цефиксима при стрептококковом тонзиллите у детей на 14,9% превышает таковую пероральных пенициллинов, а микробиологическая эффективность выше на 17,2%<sup>18</sup>.

В заключение профессор Г.Н. Никифорова подчеркнула, что Панцеф® (цефиксим) – эффективный препарат для лечения ЛОР-инфекций, согласно международным клиническим исследованиям и российским клиническим рекомендациям, с благоприятными фармакокинетическими характеристиками и широким спектром антимикробной активности. ☺

<sup>30</sup> Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Евразийские клинические рекомендации / под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского. М.: Пре100Принт, 2016.

<sup>31</sup> Синопальников А.И., Зайцев А.А. Комплаентность антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2008. Т. 10. № 1. С. 15–23.



# Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru



## Онлайн-школы, онлайн-семинары, вебинары, конгрессы, конференции

- Все основные направления медицины
- Актуальные темы в выступлениях лучших экспертов
- Дискуссии, клинические разборы, лекции
- Качество подключений к трансляции
- Неограниченное число участников
- Обратная связь со спикером, ответы в прямом эфире
- Электронная рассылка с записью видео после эфира

Сетка вещания <https://umedp.ru/online-events/>



Также на портале читайте научные обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости.

**Регистрируйтесь на портале, чтобы быть в курсе**



**МЕДИЦИНСКИЙ  
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**  
UMEDP.RU

- <https://vk.com/vk.medforum>
- <https://www.facebook.com/medforum.agency>
- [https://www.instagram.com/umedp\\_/](https://www.instagram.com/umedp_/)
- <https://www.youtube.com/umedportal>



# Никсар®

Биластин

Неседативный антигистаминный препарат, предназначенный для облегчения симптомов сезонного и круглогодичного аллергического риноконъюнктивита и крапивницы<sup>1</sup>



RU-NIX-01-2020-V-01-print. Одобрено: апрель 2020

Реклама

## Никсар улучшает качество жизни<sup>2-4</sup>

**Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Никсар®. МНН: Биластин.** Лекарственная форма: таблетки, 20мг. **Показания к применению:** Симптоматическое лечение аллергического (сезонного и круглогодичного) риноконъюнктивита: для облегчения чихания, ринореи, зуда и заложенности носа, ощущения зуда и жжения в глазах, покраснения глаз, слезотечения. Симптоматическое лечение крапивницы: для уменьшения кожного зуда и сыпи. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к биластину или вспомогательным компонентам препарата; возраст до 12 лет (эффективность и безопасность не установлены); беременность и период грудного вскармливания. Применение препарата Никсар® во время беременности противопоказано в связи с отсутствием клинических данных о безопасности применения у беременных. В связи с отсутствием данных о проникновении биластина в грудное молоко, при необходимости применения препарата Никсар® в период грудного вскармливания, на время приема грудное вскармливание рекомендуется прекратить. **Способ применения и дозы:** Внутрь. Если врачом не предписано иначе, для лечения симптомов аллергического риноконъюнктивита и крапивницы рекомендуются следующие дозы препарата Никсар®: Взрослые и дети старше 12 лет: по 1 таблетке препарата Никсар®, что соответствует 20 мг биластина, один раз в сутки. Максимальная суточная доза биластина составляет 20 мг. Таблетку принимают за один час до еды или через 2 часа после еды (или фруктового сока), запивая достаточным количеством воды. Риска на таблетке предназначена только для деления таблетки с целью облегчения проглатывания, но не для деления таблетки на две равные дозы. Рекомендуется принимать суточную дозу целиком за один прием. При аллергическом риноконъюнктивите препарат Никсар® применяется в течение всего периода контакта с аллергенами. При сезонном аллергическом риноконъюнктивите лечение может быть прекращено после исчезновения симптомов. При повторном появлении симптомов лечение можно возобновить. При круглогодичном аллергическом риноконъюнктивите лечение может продолжаться в течение периода контакта с аллергенами. При крапивнице лечение препаратом Никсар® продолжают до исчезновения или облегчения симптомов. **Побочные эффекты:** в клинических исследованиях у пациентов с аллергическим ринитом или хронической идиопатической крапивницей, получавших биластин в дозе 20 мг общая частота возникновения нежелательных явлений была сопоставима с таковой у плацебо.

**У пациентов с умеренным или тяжелым нарушением функции почек следует избегать одновременного применения биластина и ингибиторов P-гликопротеина.**

**Условия отпуска из аптек:** по рецепту. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Никсар®. Информация для специалистов здравоохранения

<sup>1</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Никсар® от 30.10.2019

<sup>2</sup> Jauregui I et al. J Invest Allergol Clin Immunol 2011; 21:16-23

<sup>3</sup> Bachert C et al. Allergy, 2009;64:158-65.

<sup>4</sup> Zuberbier T et al. Allergy 2010;65:516-28

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини», 123112, Москва, Пресненская набережная, 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01, www.berlin-chemie.ru.



**БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ**