



# Риниты и риносинуситы: актуальность, возможности, перспективы

Увеличение числа больных аллергическим ринитом обуславливает его медико-социальную значимость и активный поиск традиционных и хирургических способов лечения. В рамках сателлитного симпозиума обсуждались вопросы диагностики аллергического ринита, особенности эпидемического сезона 2017–2018 гг., методы ирригационной, антигистаминной и хирургической терапии ринитов, а также лечение маленьких пациентов с ЛОР-заболеваниями и роль микробиоты кишечника в развитии иммунной системы.



Профессор, д.м.н.  
В.М. Свистушкин

Директор клиники, заведующий кафедрой болезней Духа, горла и носа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор Валерий Михайлович СВИСТУШКИН обратил внимание аудитории на высокую распространенность острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в мире. Согласно статистике, каждый взрослый переносит ОРЗ два-три раза в год, школьник – три-четыре раза, дошкольник – пять-шесть, грудной ребенок – до 10–12 раз в год.

## Назальная обструкция

Назальная обструкция – наиболее яркое проявление ОРЗ вызвана воспалением слизистой оболочки (ОРЗ, синусит, аллергический ринит), структурными нарушениями (искривление перегородки носа, атрезия хоан, *concha bullosa*) и другими причинами (опухоль, инородное тело, аденоидная гипертрофия, длительное использование деконгестантов).

В эпидсезоне 2017–2018 гг., пик которого пришелся на апрель, зафиксировано превышение недельных эпидемических порогов заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и гриппом по совокупному населению в 29 субъектах Российской Федерации. Среди вирусов гриппа преобладали вирусы А (H1N1) pdm09 (29,08%) и В (21,46%).

Клиническая особенность пандемического гриппа вируса А состоит в том, что он может протекать без выраженной интоксикации, маскируясь под другие респираторные инфекции. Поэтому при пандемическом гриппе А редко назна-

чают базисную противовирусную терапию, показанную при гриппе. Следует отметить, что в педиатрической популяции при гриппе H1N1 в 30–40% случаев имеют место расстройства желудочно-кишечного тракта<sup>1,2</sup> и педиатры нередко ставят диагноз ротавирусной инфекции.

Среди вирусов негриппозной этиологии в эпидсезоне 2017–2018 гг. преобладали респираторно-синцитиальный (РС) – 40,4%, вирус парагриппа – 15,5%, аденовирус – 16,5%. Бокавирус, риновирус и метапневмовирус, совокупная доля которых составила 27,6%, относятся к так называемым новым вирусам, открытым в 2006 г. Показано, что 14% ОРЗ у детей обусловлено метапневмовирусом и бокавирусом<sup>3</sup>. Острый средний отит у детей до трех лет в 61% случаев вызван метапневмовирусом<sup>4</sup>. В педиатрической популяции с бокавирусом ассоциированы обострения респираторных заболеваний, вызванных другими возбудителями, более тяжелая вирусная нагрузка<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Dilantika C., Sedyaningsih E.R., Kasper M.R. et al. Influenza virus infection among pediatric patients reporting diarrhea and influenza-like illness // BMC Infect. Dis. 2010. Vol. 10. ID3.

<sup>2</sup> Николаева И.В. Новый противовирусный препарат с комбинированным действием в терапии ОРВИ у детей // Детские инфекции. 2014. № 3. С. 45–50.

<sup>3</sup> Husted J.W., Vazquez M. The changing face of pediatric respiratory tract infections: how human metapneumovirus and human bocavirus fit into the overall etiology of respiratory tract infections in young children // Yale J. Biol. Med. 2010. Vol. 83. № 4. P. 193–200.

<sup>4</sup> Heikkinen T., Osterback R., Peltola V. et al. Human metapneumovirus infections in children // Emerg. Infect. Dis. 2008. Vol. 14. № 1. P. 101–106.

<sup>5</sup> Martin E.T., Fairchok M.P., Kuypers J. et al. Frequent and prolonged shedding of bocavirus in young children attending daycare // J. Infect. Dis. 2010. Vol. 201. № 11. P. 1625–1632.



## VII Петербургский форум оториноларингологов России

Уровень собственного интерферона человека достигает максимума через два дня после начала иммунного ответа, поэтому рекомендуется как можно раньше начинать противовирусную терапию (ПВТ). ПВТ в ранние сроки болезни направлена на подавление репликации вируса гриппа, а следовательно, на уменьшение вирусной нагрузки, облегчает степень тяжести болезни, снижает риск развития осложнений<sup>6</sup>. У пациентов, получающих ПВТ, осложнения регистрируются значительно реже, симптомы купируются в три раза быстрее, чем у пациентов, не получающих ПВТ (2,3 против шести дней)<sup>7</sup>.

К факторам риска развития осложнений также относятся позднее обращение за медицинской помощью, применение препаратов с низкой эффективностью и сопутствующие заболевания<sup>8</sup>.

В схему противовирусного лечения входят препараты, непосредственно влияющие на респираторные вирусы (Римантадин, Осельтамивир, Занамивир, Ингавирин, Арбидол), препараты интерферонового ряда (человеческий лейкоцитарный интерферон (ИФН), Виферон, Реаферон) и препараты-индукторы ИФН (Циклоферон, Амиксин, Неовир). При этом если препараты Тамифлю, Реленза, Арбидол и Ингавирин начинают действовать уже через 1,5 часа после применения, то индукторы ИФН – только через 24–48 часов.

При среднетяжелой форме гриппа рекомендуется назначение осель-

тамивира 75 мг два раза в сутки в течение пяти дней, занамивира 5 мг два раза в сутки в течение пяти дней, Ингавирина 90 мг/сут в течение 5–7 дней, Арбидола 0,2 г четыре раза в сутки в течение 5–7 дней. При тяжелой (осложненной) форме гриппа применяют осельтамивир 150 мг два раза в сутки или занамивир 5 мг два раза в сутки в комбинации с Ингавирином 180 мг/сут. Курс терапии при тяжелой форме гриппа – не менее десяти дней<sup>9</sup>.

Помимо осельтамивира (Тамифлю), который назначают детям начиная с возраста одного-двух лет, и занамивира (Реленза), используемого с пяти лет, к базисной ПВТ относятся умифеновир (Арбидол) и Ингавирин. Эти препараты применяются у детей с 3–7-летнего возраста. Эффективность умифеновира и Ингавирина доказана в отношении не только гриппа, но также рино-, адено- и РС-вирусов.

При сохранении клинической картины гриппа курс лечения осельтамивиром должен быть более длительным по сравнению с курсом традиционного лечения. Увеличение дозы осельтамивира не рекомендуется, поскольку на течение заболевания это не влияет<sup>10,11</sup>. В 2009 г. Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA) одобрило применение осельтамивира 3 мг/кг два раза в день у детей первого года жизни (по жизненным показаниям)<sup>12</sup>.

Для профилактики гриппа используется как классическая медикаментозная, так и ирригационная терапия. Эффективность последней в профилактике гриппа и ОРВИ доказана у детей и взрослых<sup>13</sup>. Одно из преимуществ данного метода в том, что водно-солевые растворы разрешены при беременности и лактации. Эффективность ирригационной терапии доказана также при использовании в составе комбинированной терапии при гриппе и ОРВИ<sup>14</sup>.

Предпочтительно полное объемное промывание полости носа с использованием стандартизованных растворов промывающей жидкости. Подобная процедура обеспечивает гигиену полости носа: механическое удаление с поверхности слизистой оболочки факторов внешней среды, вызывающих чрезмерную антигенную нагрузку, механическое удаление инфекционных агентов, восстановление мукоцилиарного клиренса за счет нормализации вязкости интраназальной слизи и частоты биения ресничек мерцательного эпителия. Наиболее эффективными препаратами ирригационной терапии являются Долфин и Физиомер.

Профессор В.М. Свистушкин представил краткий алгоритм лечения пациентов с вирусным и бактериальным синуситом. Таким пациентам назначают этиотропное лечение (противовирусные препараты, системные антибиотики), фенспирид, нестероидные противовосо-

<sup>6</sup> Селькова Е.П., Оганесян А.С., Гудова Н.В., Лыткина И.Н. Новые возможности профилактики острых респираторных вирусных инфекций у детей и подростков // Педиатрия. 2011. № 6. С. 76–82.

<sup>7</sup> Redlberger-Fritz M., Hirk S., Buchinger D. et al. Distinct differences in clinical manifestation and viral laboratory parameters between children and adults with influenza A(H1N1)pdm09 infection – a retrospective comparative analysis // J. Med. Virol. 2014. Vol. 86. № 6. P. 1048–1055.

<sup>8</sup> Львов Д.К., Колобухина Л.В., Щелканов М.Ю. Грипп: история, клиника, патогенез // Лечащий врач. 2011. № 10. С. 33–38.

<sup>9</sup> Методические рекомендации по диагностике и лечению гриппа. М., 2016.

<sup>10</sup> Leekha S., Zitterkopf N.L., Espy M.J. et al. Duration of influenza A virus shedding in hospitalized patients and implications for infection control // Infect. Control. Hosp. Epidemiol. 2007. Vol. 28. № 9. P. 1071–1076.

<sup>11</sup> Fiore A.E., Fry A., Shay D. et al. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza – recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // MMWR Recomm. Rep. 2011. Vol. 60. № 1. P. 1–24.

<sup>12</sup> Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 17 декабря 2009 г. № 01/19421-9-32 «О направлении обновленных рекомендаций CDC по использованию противовирусных препаратов».

<sup>13</sup> Гаращенко Т.И. Лечение аллергических ринитов у детей // Вестник оториноларингологии. 2005. № 3. С. 66–69.

<sup>14</sup> Karadag A. Nasal saline for acute sinusitis // Pediatrics. 2002. Vol. 109. № 1. P. 165.

оториноларингология



палительные препараты (НПВП), интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС), деконгестанты (не более семи-восьми дней), мукоактивную терапию (местно, системно), назальный душ (водно-солевые растворы) и дренирование пазух<sup>15</sup>. Применяется также метод «кукушка» (перемещение жидкости по Проетцу). К преимуществам такого метода относятся простота и доступность, к недостаткам – распространение процесса на здоровые пазухи, повреждение слизистой оболочки полости носа, носовое кровотечение, развитие евстахиита и острого среднего отита, невозможность удалить вязкое содержимое в полном объеме. По мнению профессора В.М. Свистушкина, этот метод в большей степени приемлем для педиатрической практики. Хирургическое лечение синусита у взрослых пациентов предусматривает дренирование верхнечелюстной пазухи.

При гнойном синусите выполняется ряд операций: Caldwell-Luc, FESS и BSP. Caldwell-Luc обеспечивает

хороший доступ к верхнечелюстным пазухам и остается стандартом лечения уже 80 лет. Однако сегодня на смену такой операции постепенно приходит эндоскопическая техника. FESS – подход, основанный на физиологических принципах, позволяет добиться четкой визуализации пазух. Метод BSP, характеризующийся высоким уровнем безопасности, гарантирует сохранность анатомии и функции пазух.

Лечение больных неполипозным синуситом направлено на улучшение дренажа и аэрации пазух и прицельное вмешательство.

Выбирая метод лечения при полипозном риносинусите, необходимо учитывать ряд моментов. Если полипы полностью блокируют носовые ходы, целесообразно удалить их, а затем назначить ГКС. При нейтрофильных полипах проводят санацию очага инфекции, назначают антибиотики и ГКС. Начальные формы полипозного риносинусита с небольшими отечными полипами в верхнем и среднем носовом ходе не исключают использование

местных ГКС. При аспириновой триаде (непереносимость аспирина, астма, полипозный риносинусит) как ГКС, так и хирургические методы малоэффективны. Тем не менее предпочтение отдается ГКС и антилейкотриеновым препаратам<sup>16</sup>.

Агрессивная хирургия околоносовых пазух при полипозном риносинусите не дает максимального эффекта. Минимально инвазивная эндоскопическая техника позволяет добиться тех же результатов, что и более радикальные методы. Консервативные методы наиболее предпочтительны, поскольку позволяют избежать серьезных осложнений<sup>15</sup>.

Европейские и американские эксперты настаивают на более радикальном хирургическом вмешательстве при полипозном риносинусите и рекомендуют максимальное удаление пораженной зоны, создание единой синоназальной полости (включая удаление средней раковины, фронтотомию минимум Draf 2A), обеспечение условий для эффективного промывания.



Профессор, д.м.н.  
Н.М. Ненашева

### Аллергический ринит и бронхиальная астма: роль антигистаминных препаратов

(РМАНПО) Наталья Михайловна НЕНАШЕВА, аллергический ринит (АР) – междисциплинарная проблема, над решением которой работают отоларингологи, аллергологи и иммунологи. АР – мощнейшее эозинофильное воспаление, требующее активного противовоспалительного лечения.

За последние несколько десятилетий в Европе и России распространенность аллергических заболеваний увеличилась в два-три раза, достигнув масштабов эпидемии<sup>17,18</sup>. На рост распространенности аллергических заболеваний влияет множество факторов, в частности изменение характера окружающей среды

(появляется больше аллергенов и поллютантов, количество инфекционных заболеваний, наоборот, сокращается) и образа жизни (возрастает уровень стресса, увеличивается число лиц с ожирением, снижается физическая активность). На частоту респираторных и аллергических заболеваний влияет изменение климата. Так, с глобальным потеплением связано изменение сезона пыления (удлинение, увеличение интенсивности, раннее начало). Кроме того, в результате сокращения количества холодных дней снижается восприимчивость к инфекциям верхних дыхательных путей. При изменении

<sup>15</sup> Методические рекомендации «Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов». М. – СПб., 2014.

<sup>16</sup> Рязанцев С.В. Современные взгляды на терапию полипозных риносинуситов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2007. № 4. С. 22–26.

<sup>17</sup> Burr M.L., Wat D., Evans C. et al. Asthma prevalence in 1973, 1988 and 2003 // Thorax. 2006. Vol. 61. № 4. P. 296–299.

<sup>18</sup> Brozek G., Lawson J., Szumilas D., Zejda J. Increasing prevalence of asthma, respiratory symptoms, and allergic diseases: four repeated surveys from 1993–2014 // Respir. Med. 2015. Vol. 109. № 8. P. 982–990.



## VII Петербургский форум оториноларингологов России

процессов циркуляции атмосферы возрастает число случаев переноса пыльцы на дальние расстояния. Усиление атмосферных осадков приводит к «эпидемиям» астмы<sup>19</sup>. Проблема АР имеет медико-социальное значение. Среднетяжелые и тяжелые симптомы АР снижают активность пациентов, способность к обучению<sup>20, 21</sup>, затрудняют выполнение повседневных обязанностей, вызывают чувство усталости, нарушают сон<sup>22</sup>. АР тесно связан с такими заболеваниями, как бронхиальная астма (БА), острый и хронический риносинусит, средний экссудативный отит, аллергический конъюнктивит. Около 80% больных БА страдают АР, 10–40% пациентов с АР имеют БА<sup>23, 24</sup>. Свыше 80% пациентов с БА страдают АР. Не случайно на фоне АР увеличиваются частота обострений БА, обращений за помощью, госпитализаций, приступов и потребность в бронхолитических препаратах<sup>25, 26</sup>. Целями лечения АР являются достижение контроля симптомов, профилактика осложнений, повышение качества жизни.

Алгоритм лечения АР включает предупреждение контакта с аллергенами, фармакотерапию, аллерген-специфическую иммунотерапию и обучение пациента<sup>24</sup>. Контроль над заболеванием считается достигнутым при отсутствии симптомов заболевания и нормальной назальной пиковой скорости вдоха<sup>27</sup>. Ступенчатая терапия АР основана на контроле симптомов. При легких и умеренных симптомах лечение начинается с первой ступени. Если контроль недостаточный, переходят на следующую ступень. При этом на каждой ступени целесообразно использовать пероральные антигистаминные препараты (АГП), снижающие выраженность зуда, ринореи, заложенности, глазных симптомов<sup>28</sup>. Рекомендуется использовать только АГП второго поколения (лоратадин, цетиризин, фексофенадин и т.д.), лишённые недостатков своих предшественников. Как известно, АГП первого поколения характеризуются множеством побочных эффектов, в том числе негативным влиянием на когнитивные функции.

Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии выдвигает строгие требования к АГП второго поколения, а именно:

- высокая селективная блокада H<sub>1</sub>-рецепторов;
- высокий антиаллергический эффект;
- наступление эффекта в течение получаса;
- продолжительный период действия (24 часа);
- отсутствие тахифилаксии и клинически значимых взаимодействий с пищей и лекарственными препаратами<sup>29, 30</sup>.

Перечисленным требованиям полностью соответствует АГП второго поколения эбастин (Кестин). Препарат обладает очень высокой антигистаминной активностью, хорошим фармакокинетическим профилем, абсолютно линейным повышением концентрации. Одобрённая доза эбастина – 20 мг. Преимущество препарата в том, что он не взаимодействует с алкоголем и бензодиазепинами<sup>31</sup>. Эбастин эффективен как при сезонном<sup>32</sup>, так и круглогодичном АР<sup>33</sup>.

<sup>19</sup> D'Amato G., Holgate S.T., Pawankar R. et al. Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization // World Allergy Organ. J. 2015. Vol. 8. № 1. P. 25.

<sup>20</sup> Vuurman E.F., van Veggel L.M., Sanders R.L. et al. Effects of semprex-D and diphenhydramine on learning in young adults with seasonal allergic rhinitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1996. Vol. 76. № 3. P. 247–252.

<sup>21</sup> Walker S., Khan-Wasti S., Fletcher M., Cullinan P. Seasonal allergic rhinitis is associated with a detrimental effect on examination performance in United Kingdom teenagers: case-control study // J. Allergy Clin. Immunol. 2007. Vol. 120. № 2. P. 381–387.

<sup>22</sup> Canonica G.W., Bousquet J., Mullol J. et al. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe // Allergy. 2007. Vol. 62. Suppl. 85. P. 17–25.

<sup>23</sup> Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N., Aria Workshop Group, World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma // J. Allergy Clin. Immunol. 2001. Vol. 108. № 5. Suppl. P. S147–334.

<sup>24</sup> Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // Allergy. 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8–160.

<sup>25</sup> Demoly P., Rullier-Meyer P., Godard P. et al. Nasal allergy and asthma: one or two diseases? // Bull. Acad. Natl. Med. 2005. Vol. 189. № 7. P. 1461–1473.

<sup>26</sup> Price D., Zhang Q., Kocivar V.S. et al. Effect of a concomitant diagnosis of allergic rhinitis on asthma-related health care use by adults // Clin. Exp. Allergy. 2005. Vol. 35. № 3. P. 282–287.

<sup>27</sup> Papadopoulos N.G., Bernstein J.A., Demoly P. et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report // Allergy. 2015. Vol. 70. № 5. P. 474–494.

<sup>28</sup> Turner P.J., Kemp A.S. Allergic rhinitis in children // J. Paediatr. Child Health. 2012. Vol. 48. № 4. P. 302–310.

<sup>29</sup> Bousquet J., Bindlev-Jensen C., Canonica G.W. et al. The ARIA/EAACI criteria for antihistamines: an assessment of the efficacy, safety and pharmacology of desloratadine // Allergy. 2004. Vol. 59. Suppl. 77. P. 4–16.

<sup>30</sup> Bousquet J., van Cauwenberge P., Bachert C. et al. Requirements for medications commonly used in the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) // Allergy. 2003. Vol. 58. № 3. P. 192–197.

<sup>31</sup> Mattila M.J., Kuitunen T., Plétan Y. Lack of pharmacodynamic and pharmacokinetic interactions of the antihistamine ebastine with ethanol in healthy subjects // Eur. J. Clin. Pharmacol. 1992. Vol. 43. № 2. P. 179–184.

<sup>32</sup> Ratner P., Hampel F.Ir., Gispert J. Efficacy of ebastine in the control of nasal congestion associated with allergic rhinitis // Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol. 2003. Vol. 25. № 2. P. 111–115.

<sup>33</sup> Davies R.J. Efficacy and tolerability comparison of ebastine 10 and 20mg with loratadine 10mg: a double-blind, randomised study in patients with perennial allergic rhinitis // Clin. Drug. Investig. 1998. Vol. 16. № 6. P. 413–420.

оториноларингология



На кафедре клинической аллергологии РМАНПО с 1 июня по 31 июля 2016 г. проводилось открытое рандомизированное сравнительное постмаркетинговое исследование в параллельных группах. В исследовании участвовали 30 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст  $28,1 \pm 13,1$  года) с легкими симптомами сезонного аллергического ринита (САР), имевшего место не менее года подряд, и положительными кожными пробами на пыльцевые аллергены (злаковые травы). Исследователи сравнивали эффективность, безопасность и влияние на качество жизни оригинального АГП второго поколения эбастина 20 мг и воспроизведенных АГП второго поколения цетиризина и лоратадина 10 мг. Критериями эффективности служила оценка влияния исследуемых препаратов на назальные и неназальные симптомы САР. Для этого использовались шкалы назальных (Total Nasal Symptom Score, TNSS) и неназальных (Total Non-Nasal Symptom Score, TNNSS) симптомов. Субъективное состояние пациентов оценива-

ли с помощью опросника RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire). Динамику уровня эозинофильного катионного протеина определяли в назальных смывах.

В группе эбастина выраженность назальных симптомов снизилась на 87%, неназальных – на 86%. У пациентов, получавших цетиризин и лоратадин, также отмечалось уменьшение симптомов, но не такое выраженное, как у пациентов, получавших эбастин. При использовании эбастина наблюдалась хотя и недостоверная, но устойчивая тенденция к снижению уровня эозинофильного катионного протеина (-37,9% исходных значений), в то время как на фоне применения цетиризина и лоратадина изменение содержания эозинофильного катионного протеина оказалось незначительным. Все препараты показали высокий профиль безопасности. Таким образом, скорость наступления и выраженность эффекта в отношении как назальных, так и неназальных симптомов были значительно выше у пациентов, получавших эбастин<sup>34</sup>.

В заключение профессор Н.М. Ненашева подчеркнула, что АГП второго поколения, являющиеся первой линией терапии АР, положительно влияют на симптомы БА<sup>35</sup>.

Аллергический ринит и бронхиальная астма – часто сочетающиеся заболевания, в основе которых лежит аллергическое воспаление. В патогенезе заболеваний ведущую роль играет гистамин. Не случайно выбор первой линии терапии АР падает на антигистаминные препараты. Эбастин – классический представитель данной группы лекарственных средств. Он характеризуется высоким терапевтическим индексом и хорошим профилем безопасности, позволяющим достигать контроля симптомов АР и повышать качество жизни больных как с изолированным АР, так и с АР, сочетающимся с БА. Быстро растворимая таблетка эбастина обеспечивает быстрое наступление эффекта. Удобство и простота применения повышают приверженность пациентов лечению.



Профессор, д.м.н.  
И.Ю. Мельникова

Доклад д.м.н., профессора, ведущей кафедрой педиатрии и детской кардиологии Северо-Западного государственного медицинского университета им.

### ЛОР-заболевания и нарушения микробиоты. Нужна ли коррекция?

И.И. Мечникова Ирины Юрьевны МЕЛЬНИКОВОЙ был посвящен лечению ЛОР-заболеваний в педиатрической популяции.

По словам докладчика, дети, которые часто переносят ОРЗ, составляют группу часто болеющих детей (ЧБД). ЧБД – это дети второй группы здоровья с проблемами функционального характера и сниженной сопротивляемостью острым и хроническим заболеваниям.

В структуре заболеваний ЧБД преобладают заболевания органов дыхания – 60–80% общей заболеваемости детей до 14 лет. Одна из причин такой высокой заболеваемости обусловлена тем, что

у членов семей ЧБД в 94% случаев выявляется инфицированность вирусом герпеса. Маркеры вируса герпеса обнаруживаются у 53,8% ЧБД. Кроме того, ОРЗ подвержены дети, посещающие детские дошкольные учреждения (ДДУ).

Профессор И.Ю. Мельникова акцентировала внимание аудитории на психологических особенностях ЧБД:

- ✓ неготовности к посещению ДДУ;
- ✓ длительном адаптационном периоде;
- ✓ неустойчивом аппетите и сне;
- ✓ низкой инициативности в общении;
- ✓ психологической незащищенности.

<sup>34</sup> Бодня О.С., Ненашева Н.М., Андренова Г.В. и др. Сравнительная эффективность различных антигистаминных препаратов II поколения у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом // Consilium Medicum. 2017. Т. 19. № 3. С. 101–108.

<sup>35</sup> Bachert C., Maspero J. Efficacy of second-generation antihistamines in patients with allergic rhinitis and comorbid asthma // J. Asthma. 2011. Vol. 48. № 9. P. 965–973.

# ДОЛФИН®

ДЫШИ ОТ ДУШИ

Доказано, что Долфин®  
улучшает  
носовое  
дыхание на **96%**<sup>3</sup>



- 🐬 ОЧИЩАЕТ НОС ОТ ВИРУСОВ, МИКРОБОВ, СЛИЗИ И АЛЛЕРГЕНОВ<sup>2</sup>
- 🐬 УМЕНЬШАЕТ ВОСПАЛЕНИЕ И ОТЕК СЛИЗИСТОЙ НОСА<sup>2</sup>
- 🐬 СНИЖАЕТ ПОТРЕБНОСТЬ В СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВАХ<sup>4</sup>

**Alvogen**

ООО «АЛВОГЕН ФАРМА»  
123112, г. Москва, Пресненская наб., 6, стр. 2  
МФК «Башня Империя», оф. 1708, тел.: +7 (499) 350-13-48  
[www.dolphin.ru](http://www.dolphin.ru), [www.alvogen.ru](http://www.alvogen.ru)

1. РУ №ФСР 2008/02703 от 15 октября 2014 г.;  
2. Аннотация на средство для промывания «Долфин» ТУ 944-003-39151933-2008;  
3. Г.Д.Тарасова, Е.В.Мирзабеян «Оценка использования полного объёмного промывания носа в работе практикующего врача», Российская оториноларингология №3, 2015 г.  
4. Л.А.Шагина, О.Н. Герасименко «Влияние промывания полости носа с использованием комплекса Долфин на клиническое течение аллергического и вазомоторного ринитов», Новосибирск 2016 г.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Эти факторы влияют на иммунную систему, приводя к иммунному дисбалансу. В большинстве случаев у детей с изолированными рецидивирующими вирусными инфекциями (восемь и более случаев в год) выявляют транзиторные нарушения иммунной системы.

Особую роль в развитии иммунной системы играет колонизация кишечника. Кишечная микрофлора выполняет метаболическую, защитную и эпигенетическую функции. Не следует забывать, что иммунитет ребенка начинает формироваться в перинатальном периоде и определяется иммунным статусом плаценты. Становление микробиоты обусловлено характером вскармливания, способом родоразрешения, генетическими и экологическими факторами, приемом антибиотиков, заболеваниями и стрессом во время беременности.

Устранить дисбиоз можно с помощью пробиотиков, содержащих полезные микроорганизмы (преимущественно лакто- и бифидобактерии), пребиотиков, содержащих вещества, способствующие росту полезных бактерий, и симбиотиков, сочетающих в себе свойства про- и пребиотиков<sup>36</sup>. Кроме того, можно использовать синбиотики, микроорганизмы с однонаправленным антагонистическим действием, и постбиотики – метаболиты, содержащие продукты метаболизма полезных организмов<sup>37</sup>.

При выборе пробиотиков следует руководствоваться данными об их безопасности, биологической совместимости штаммов, корректирующих и протективных пробиотических свойствах *in vitro* и *in vivo*, устойчивости к желудочному и кишечному барьеру, антибиотикоустойчивости хромосомной природы<sup>38</sup>.

Перечисленным требованиям отвечает пробиотик ФлорОК, выпускаемый в двух формах – для детей и взрослых. В состав взрослой формы пробиотика входят *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium bifidum*, в состав детской – *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus paracasei* и *Streptococcus thermophilus*.

Входящую в состав ФлорОК культуру *Bifidobacterium BB-12* изучали в клинических исследованиях на протяжении более 25 лет<sup>39</sup>. Бактерия оказывает влияние на иммунную систему детей, значительно увеличивая выработку

специфического фактора защиты – иммуноглобулина А с пиком выработки на восьмой день лечения<sup>40</sup>.

Комбинация *B. lactis* BB-12 и *St. thermophilus* включена в рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации для предотвращения антибиотик-ассоциированной диареи и болевой инфекции у детей. *B. lactis* BB-12 и *St. thermophilus* TH-4, входящие в состав препарата ФлорОК Baby, существенно сокращают эпизоды диареи<sup>41</sup>. При использовании пробиотика *L. acidophilus* LA-5 в комбинации с *B. lactis* BB-12 микробиота кишечника восстанавливается<sup>42</sup>.

Завершая выступление, профессор И.Ю. Мельникова отметила, что у часто болеющих детей и подростков с ЛОР-заболеваниями при антибиотикотерапии должна обязательно проводиться коррекция микробиоты в целях профилактики антибиотик-ассоциированной диареи.

### Заключение

В целях профилактики аллергического ринита применяется эффективная и безопасная ирригационная терапия. Первой линией медикаментозной терапии аллергического ринита являются антигистаминные препараты, в частности эбастин, характеризующийся высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности.

Во избежание антибиотик-ассоциированной диареи алгоритм лечения пациентов с ЛОР-заболеваниями должен включать коррекцию микробиоты кишечника. К пробиотикам, эффективно устраняющим дисбиоз и предотвращающим антибиотик-ассоциированную диарею, относится ФлорОК. ☺

<sup>36</sup> Сафонова М.А., Кузнецов О.Ю. Пробиотические препараты для коррекции микробиологических нарушений кишечника // Вестник ИвГМА. 2012. № 1. С. 49–52.

<sup>37</sup> Бондаренко В.М., Воробьев А.А., Мельникова И.Ю. и др. Обоснование и тактика назначения в медицинской практике различных форм пробиотических препаратов // Сб. материалов международной конференции «Пробиотики, пребиотики, синбиотики и продукты функционального питания. Современное состояние и перспективы». М., 2004.

<sup>38</sup> Мельникова Н.Ю., Петров Л.Н., Вербицкая Н.Б. Теоретические предпосылки и практика клинического применения пробиотика Витафлор в педиатрии. Методическое пособие для врачей. СПб., 2004.

<sup>39</sup> Black F.T. Placebo-controlled double-blind trial of 4 lactobacilli strains (HIP) used as prophylactic agent against traveller's diarrhea (2 trials). Report by G. Nirnberger, Bioconsult, GmbH, Austria, 1996.

<sup>40</sup> Fukushima Y, Kawata Y, Hara H. et al. Effect of a probiotic formula on intestinal immunoglobulin A production in healthy children // Int. J. Food Microbiol. 1998. Vol. 42. № 1–2. P. 39–44.

<sup>41</sup> Saavedra J.M., Bauman N.A., Oung I. et al. Feeding of *Bifidobacterium bifidum* and *Streptococcus thermophilus* to infants in hospital for prevention of diarrhoea and shedding of rotavirus // Lancet. 1994. Vol. 344. № 8929. P. 1046–1049.

<sup>42</sup> Black F, Einarsson K, Lidbeck A. et al. Effect of lactic acid producing bacteria on the human intestinal microflora during ampicillin treatment // Scand. J. Infect. Dis. 1991. Vol. 23. № 2. P. 247–254.