



РЕМЕДИУМ

ГРУППА КОМПАНИЙ

НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ
РЫНКЕ РОССИИ
С 1995 ГОДА



РЕМЕДИУМ

ИЗДАТЕЛЬСТВО



КЛИФАР

БАЗЫ ДАННЫХ



РЕПРЕНТ

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ



- Профессиональные издания для всех участников фармрынка
- Создание электронных баз данных
- Комплексная рекламная поддержка клиентов
- Аутсорсинг и аутстаффинг персонала
- Организация и проведение мероприятий

С НАМИ ВЫ УСПЕШНЕЕ!

www.remEDIUM.ru

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426
remedium@remedium.ru



**МЕДИЦИНСКИЙ
СОВЕТ**

2016 | №6

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ



ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ • №6 (2016) • ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Carpe Jugulum. **ХВАТАЙ ЗА ГОРЛО!** Терри Пратчетт

Михаил Борзыкин **СЫТ ПО ГОРЛО**

Николай НЕКРАСОВ **МОРОЗ, КРАСНЫЙ НОС** поэма

Виталий Валентинович БИАНКИ **ЧЕЙ НОС ЛУЧШЕ?**

Н.В.Гоголь **НОС** повесть

В. И. Шапкин **КРАСНЫЕ УШИ** Советские профессиональные ламповые радиоприемники 1945 - 1970 гг.

Г.Троепольский **БЕЛЫЙ БИМ ЧЕРНОЕ УХО**

Лина Жутауте **ТОСЯ-БОСЯ И СБЕЖАВШИЕ УШИ**

Ведрана Рудан **УХО, ГОРЛО, НОЖ**

Гауф В. **КАРЛИК НОС** Зарубежная литература для детей

МУЗЫКА НОВЫХ НОМАДОВ **Горловое пение в Туве**

НОВИНКИ 2015

УНИКАЛЬНЫЕ ПЕРЕВОДНЫЕ ИЗДАНИЯ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ



Единственный
в России официальный
перевод Европейской
Фармакопеи

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФАРМАКОПЕЯ

издание 8
в ЧЕТЫРЕХ ТОМАХ

Полный перевод на русский язык
Европейской Фармакопеи 8.0,
включая Приложения 8.1-8.3.

Перевод и издание
осуществлены ООО «ГРУППА
РЕМЕДИУМ» в соответствии
с двусторонним соглашением
по контролю лекарственных
средств и медицинской помощи
Совета Европы.



The Merck Manual РУКОВОДСТВО ПО МЕДИЦИНЕ

ДЕВЯТНАДЦАТОЕ ИЗДАНИЕ

Старейшее и наиболее авторитетное
мировое руководство по
клинической медицине. Переводное
издание-справочник содержит
информацию по всем разделам
медицины, включая необходимые
для практикующего врача знания
о диагностике и подходах к лечению
заболеваний.

ФАРМАКОПЕЙНЫЕ СТАТЬИ
И ОБЩИЕ ФАРМАКОПЕЙНЫЕ СТАТЬИ
НА ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫЕ И ВАЖНЕЙШИЕ
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

ФАРМАКОПЕЙНЫЕ СТАТЬИ

ПО МАТЕРИАЛАМ ФАРМАКОПЕИ США –
НАЦИОНАЛЬНОГО ФОРМУЛЯРА
[USP38-NF33]

Впервые!

В соответствии с Перечнем
жизненно необходимых
и важнейших лекарственных
препаратов для медицинского
применения, вступившим в силу
1 марта 2015 г.



РЕМЕДИУМ

ГРУППА КОМПАНИЙ

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426
remedium@remedium.ru

С НАМИ ВЫ УСПЕШНЕЕ!

www.remedium.ru

ПОДПИСНАЯ КАМПАНИЯ НА 2016 ГОД



«МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ»:

профессиональный журнал для
практикующих врачей различных специальностей.
Периодичность выхода – **18 номеров в год.**

Годовая подписка на 2016 год – 6 534 руб.

Подписка на I полугодие 2016 года – 3 630 руб.

ВЫ МОЖЕТЕ ОФОРМИТЬ
ПОДПИСКУ В ЛЮБОМ
ПОЧТОВОМ ОТДЕЛЕНИИ
РОССИИ ПО КАТАЛОГАМ:

«Газеты, Журналы» Агентства «Роспечать» индексы 48562, 70223
«Пресса России» индекс 27871
«Каталог российской прессы Почта России» индекс 35610

у официальных дилеров:

Ремедиум Северо-Запад
тел. в г. Санкт-Петербурге:
(812) 971-72-13,

РМВС-Поволжье
тел. в г. Н. Новгороде:
(8312) 30-22-63

у наших партнеров – альтернативных подписных агентств:

ООО «Информнаука»,
тел. (495) 787-38-73, 152-54-81,
www.informnauka.com

ООО «Деловые издания»,
тел. (495) 685-59-78

ООО «Деловая пресса», г.
Киров, тел. (8332) 37-72-03

ЗАО «МК-Периодика»,
тел. (495) 672-70-89

ООО «Урал-пресс»,
(филиалы в 52
регионах России),
тел. (495) 789-86-36,
www.ural-press.ru

ЗАО «Руспресс»,
тел. (495) 729-47-00, тел. (495)
651-82-19

ЗАО «Прессинформ»,
тел. (812) 786-58-29

ПО ВСЕМ ИНТЕРЕСУЮЩИМ ВОПРОСАМ
ОБРАЩАЙТЕСЬ В ОТДЕЛ ПОДПИСКИ

☎ (495) 780-34-25 📠 (495) 780-34-26 ✉ podpiska@remedium.ru

Льготная подписка со скидкой

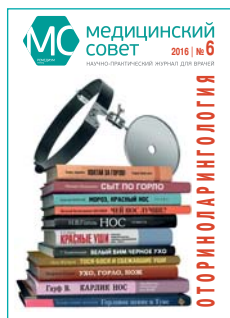
На наших сайтах: www.remedium.ru, www.med-sovet.pro,
на выставках и семинарах,
e-mail: podpiska@remedium.ru

СЧЕТ № МС/900-16				
№	Наименование товара	Ед. измерения	Кол-во	Цена, руб.
1	Подписка на журнал «Медицинский совет» №1-18 (январь – декабрь) 2016 год	комплект	1	6 534,00
			Итого	6 534,00
			Без налога (НДС)	–
			Сумма к оплате	6 534,00
К оплате: шесть тысяч пятьсот тридцать четыре рубля 00 коп.				
Руч. _____ (Косарева Т.В.)				

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ		
Получатель: ИНН7718825272\771801001 ООО «Ремедиум»	р/счет	40702810938290019569
Банк получателя: ПАО «Сбербанк России» г. Москва	БИК	044525225
	К/Сч. №	30101810400000000225

АРХИВ ЖУРНАЛА ДОСТУПЕН НА САЙТЕ

WWW.MED-SOVET.PRO



№6 2016

16+

СОДЕРЖАНИЕ

■ НОВОСТИ. ОТКРЫТИЯ И СОБЫТИЯ. 4

■ РИНОЛОГИЯ

А.И. КРЮКОВ, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, А.Ю. ИВОЙЛОВ, Г.Н. ИЗOTOVA, И.И. АРХАНГЕЛЬСКАЯ
Синдром назальной обструкции: алгоритм диагностики и терапии у детей и взрослых. 8

А.И. КРЮКОВ, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, А.В. ГУРОВ, Г.Н. ИЗOTOVA, М.А. ЮШКИНА, О.А. КИСЕЛЕВА
Возможности антибактериальной терапии затянувшихся и рецидивирующих форм риногенного синусита, а также синусита с наличием коморбидного фона 12

Н.Э. БОЙКОВА, С.В. РЫБАЛКИН
Острый риносинусит. Роль топической терапии . . . 18

А.А. КРИВОПАЛОВ
Риносинусит: классификация, эпидемиология, этиология и лечение 22

Н.А. МИРОШНИЧЕНКО, Е.М. ХОН, В.А. ЕКАТЕРИНЧЕВ
Применение препаратов серебра в терапии острого риносинусита. 26

А.Ю. ОВЧИННИКОВ, М.А. ЭДЖЕ, Е.М. ХОН, С.А. КОРОСТЕЛЕВ
Острый риносинусит: основные заблуждения и возможности стандартизированной фитотерапии . 28

■ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ И ГЛОТКИ

А.И. КРЮКОВ, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, А.В. ГУРОВ, Г.Н. ИЗOTOVA, А.Е. СТАРОСТИНА, А.С. ЛАПЧЕНКО
Клинико-микробиологическая характеристика дисбиотических изменений слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. 32

А.И. КРЮКОВ, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, А.В. ГУРОВ, Г.Н. ИЗOTOVA, С.Г. РОМАНЕНКО, О.Г. ПАВЛИХИН, Д.Л. МУРАТОВ
Возможности антисептических средств в терапии ларингеальной и тонзиллярной патологии 36

Н.А. МИРОШНИЧЕНКО, А.М. МИТЮК, В.А. РЯБИНИН
Фитотерапия в комплексном лечении упорного кашля 41

■ АЛЛЕРГИЯ

А.Б. ТУРОВСКИЙ
Аллергический ринит: новое решение старой проблемы. 44

■ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

В.Н. КРАСНОЖЕН
Радиоволновая хирургия в оториноларингологии. . 52

Е.Е. САВЕЛЬЕВА, Г.А. ТАВАРТКИЛАДЗЕ
Изучение анатомических особенностей наружного слухового прохода при электроакустической коррекции слуха. 56

К.Б. ЛИПСКИЙ, Д.А. СИДОРЕНКОВ, Г.А. АГАНЕСОВ, П.В. ПИМАНЧЕВ
Основные методики восстановления утраченной опороспособности носовой перегородки после первичной риносептопластики. 60

■ ПРАКТИКА

Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, Е.В. БАЙБАКОВА, М.А. ЧУГУНОВА, Я.Ю. НИКИТКИНА
Комплексный подход в лечении пациентов с хронической периферической вестибулярной гипопункцией. 64

А.И. КРЮКОВ, А.Ю. ИВОЙЛОВ, Ю.В. ЛУЧШЕВА, А.И. МАЧУЛИН
Место иммуномодуляторов в лечении заболеваний лор-органов. 68

А.И. КРЮКОВ, А.Ю. ОВЧИННИКОВ, Н.А. МИРОШНИЧЕНКО, Г.Б. ШАГРАМАНЯН, И.В. СМЕРНОВ
Применение цефалоспоринов при остром риносинусите в амбулаторно-поликлинической практике. 74

■ ДИССЕРТАНТ

С.Я. КОСЯКОВ, И.Д. ЛОРАНСКАЯ, И.Б. АНГОТОВА, А.А. МУЛДАШЕВА
Ларингофарингеальный рефлюкс: вчера, сегодня, завтра 78



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ: ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»

Главный редактор номера: А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Анциферов М.Б., академик РАЕН, д.м.н., профессор, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии

Аполихина И.А., д.м.н., профессор, руководитель отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова», Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии

Богачёв В.Ю., д.м.н., профессор, заведующий отделом ангиологии и сосудистой хирургии НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Блохин Б.М., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Гарашенко Т.И., д.м.н., профессор, НКЦО ФМБА России, РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Гасилина Е.С., д.м.н., заведующая кафедрой детских инфекций, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Гончарова О.В., д.м.н., профессор, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации

Захарова И.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ

Ильина Н.И., д.м.н., профессор, заместитель директора по клинической работе ФГБУ «ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России, главный врач клиники института

Ишмухаметов А.А., д.м.н., профессор, директор ФГУП «Предприятие по производству бактериальных и вирусных препаратов Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова», ФАНО

Коровина Н.А., академик РАМТН, д.м.н., профессор, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ, кафедра педиатрии

Крюков А.И., д.м.н., профессор, директор ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
Маев И.В., член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Мельникова И.Ю., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии и детской кардиологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова МЗ РФ

Мельниченко Г.А., академик РАН, д.м.н., профессор, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра эндокринологии; директор Института клинической эндокринологии ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ, заместитель директора ЭНЦ по науке

Минушкин О.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии Учебно-научного медицинского центра (УНМЦ) Управления делами Президента РФ (УДП РФ)

Мкртумян А.М., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Насонов Е.Л., академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ревматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Никитина И.Л., д.м.н., заведующая НИЛ детской эндокринологии, ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Никифоров В.С., д.м.н., профессор, ГБОУ ВПО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ

Носуля Е.В., д.м.н., профессор, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ, кафедра оториноларингологии

Недогода С.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и эндокринологии ФУВ ВолгГМУ

Парфенов В.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Прилепская В.Н., д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

Рачин А.П., д.м.н., профессор, заведующий отделом эволюционной неврологии и нейрофизиологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ

Русаков И.Г., д.м.н., профессор, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра онкологии и радиотерапии

Серов В.Н., президент Российского общества акушеров-гинекологов, академик РАН, д.м.н., профессор, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» МЗ РФ

Сухих Г.Т., академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Таранушенко Т.Е., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии ИПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Институт последипломного образования

Шестакова М.В., член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; заместитель директора ФГБУ «Эндокринологический научный центр» МЗ РФ по научной работе, директор Института диабета ФГБУ ЭНЦ

Шляхто Е.Б., академик РАН, д.м.н., профессор, генеральный директор Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова

Явелов И.С., д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической кардиологии НИИ физико-химической медицины

Главный редактор: Айдар Ишмухаметов, д.м.н., профессор

Директор по развитию ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»: Екатерина Кордубан

Редакция: ООО «РЕМЕДИУМ»

Генеральный директор: Татьяна Косарева

Шеф-редактор: Александр Хитров

Ответственный за выпуск: Ирина Филиппова

Редакционная коллегия: Людмила Головина, Наталия Марченко, Юлия Чередниченко

Ответственный секретарь: Мария Панарина

Корректоры: Сергей Палилов, Светлана Шведова

Отдел продвижения и распространения: Марина Ткачева, Андрей Качалин, rodpska@remedium.ru

Тел./факс: (495) 780-34-25/26/27 (многоканальный).

Для корреспонденции: Россия, 105082, Москва, а/я 8. www.remedium.ru,

med-sovet.pro

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-30814 от 26.12.2007.

ISSN 2079-701X

Входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов ВАК РФ.

Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции, исключительные (имущественные) права с момента получения материалов принадлежат редакции. Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия издательства не допускается.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Материалы, помеченные знаком , публикуются на правах рекламы.

Номер подписан в печать 10 мая 2016 г. Тираж 40 000 экз. Цена свободная.

© МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ, 2016

Автор обложки: Владимир Цеслер©

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ И ТЕЗИСАМ ДЛЯ ЖУРНАЛА «МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ» ИЗДАТЕЛЬСТВА «РЕМЕДИУМ»

В начале статьи указываются имя, отчество, фамилия автора, ученая степень, звание, место работы, город. К примеру: «И.И. ИВАНОВ, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, П.П. ПЕТРОВ, кандидат медицинских наук, доцент РМАПО, СПбГМУ, Москва, Санкт-Петербург. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ». Обязательно указывать ключевые слова и краткое содержание статьи. Для тезисов дополнительно указываются научный руководитель и заведующий кафедрой. Статья должна быть написана в виде рекомендательной лекции по лечению для практикующего врача. Объем статьи – 18 000 знаков (7 страниц шрифтом Times, кеглем 12 через 1,5 интервала на листе формата А 4). Поля: верхнее и нижнее – 2,5 см, левое – 3,5 см, правое – 1,5 см. Объем тезисов – 2 000 знаков (1 страница шрифтом Times, кеглем 12 через 1,5 интервала на листе формата А 4). К статье обязательно прилагаются сведения об авторе(ах): фамилия, имя, отчество; ученая степень, звание, должность, место работы (учреждение, отделение), а также адрес места работы с указанием почтового индекса, телефона. Все обозначения даются в системе СИ. Торговое название лекарственного средства указывается с заглавной буквы, действующего

вещества – со строчной («маленькой») буквы. Прилагаемый список литературы должен содержать не более 25 наименований. Рисунок, таблицы и схемы, иллюстрирующие материал статьи, должны быть пронумерованы, к каждому рисунку дается подпись и при необходимости объясняются все цифровые и буквенные обозначения. Малоупотребительные и узкоспециальные термины, встречающиеся в статье, должны иметь пояснения. Дозировки и названия должны быть тщательно выверены. Материал можно выслать по электронной почте на адрес filippova@remedium.ru или представить в редакцию на электронном носителе (с приложением копии в печатном виде). Редакция журнала подтверждает возможность публикации статьи только после ознакомления с материалом. Все материалы, поступающие в редакцию, рецензируются и при необходимости редактируются и сокращаются. Полученный редакцией оригинал статьи не возвращается. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или представленных для публикации в другие издания, не допускается. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. С аспирантов, молодых ученых и соискателей плата за публикацию не взимается.



Уважаемые коллеги!

Традиционно в мае проводится Московская научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». В этом году она посвящена 15-летию ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы. Мероприятие своей целью ставит информирование специалистов отрасли о новых данных и эффективных методах профилактики и лечения лор-заболеваний (внедрение современных медицинских технологий в клиническую и амбулаторно-поликлиническую практику, совершенствование специализированной медицинской помощи пациентам с лор-заболеваниями, повышение ее доступности, улучшение качества жизни пациентов).

На конференции планируется представить успехи и достижения Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского за 15 лет.

Наш коллектив по праву гордится оригинальными методиками в ринопластике и ринопластике, разработанными для лечения пациентов с патологией носа и околоносовых пазух, а также предложенными способами рационального ведения пациентов после оториноларингологических хирургических вмешательств. Стоит отметить и достижения сотрудников института в лечении гнойно-воспалительных заболеваний и их осложнений, микологических поражений. На конференции будут представлены новые подходы к ведению пациентов со стенозом гортани и трахеи различной этиологии, современные методы диагностики и лечения голосообразующей системы.

Очередной номер журнала «Медицинский совет. Оториноларингология», приуроченный к XIV Московской научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии», насыщен интересной и полезной информацией. Среди авторов специализированного номера журнала как сотрудники Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, так и ведущие специалисты-оториноларингологи из других центров и регионов России.

В представленных статьях рассматриваются актуальные проблемы лечения и диагностики наиболее распространенных заболеваний лор-органов с использованием научно-практического подхода. Так, несомненный интерес читателей привлекут современные данные по применению антибактериальных и антисептических средств в оториноларингологии. Не останутся незамеченными статьи, посвященные вопросам иммуномодуляции фитотерапии.

Андрей Иванович Крюков,
заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, директор ГБУЗ
«Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии
им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения города Москвы,
заведующий кафедрой оториноларингологии лечебного
факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ПЕМБРОЛИЗУМАБ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

На ежегодном конгрессе Американской ассоциации по изучению рака (AACR) представлены новые данные о результатах исследований применения препарата пембролизумаб (ингибитора сигнального пути PD-1) в терапии различных типов злокачественных опухолей как в монотерапии, так и в комбинациях. В настоящее время проводится более 250 клинических исследований с применением пембролизумаба в лечении более 30 типов онкологических заболеваний. В их числе более 100 исследований, в которых препарат применяется в комбинации с другими методами лечения. Более 30 клинических исследований, результаты которых будут включены в регистрационные досье и которые изучают эффективность и безопасность пембролизумаба в монотерапии и в комбинациях, проводятся с участием пациентов, страдающих немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ), меланомой, раком мочевого пузыря, молочной железы, пищевода, желудка, опухолями головы и шеи, колоректальным раком, лимфомой Ходжкина, множественной миеломой и другими онкологическими заболеваниями. Планируются исследования препарата и при других типах злокачественных опухолей. Представленные на конгрессе данные подтверждают стремление компании MSD изучить эффективность препарата пембролизумаб в лечении различных видов опухолей, чтобы полностью оценить его потенциал в долгосрочном контроле над заболеванием и увеличении продолжительности жизни пациентов. Являясь лидером в области иммуноонкологии, MSD активизирует и расширяет программу клинических исследований с целью предоставления врачам информации об эффективности пембролизумаба в терапии различных видов злокачественных опухолей.



МЕТФОРМИН МОЖЕТ СНИЖАТЬ ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ ОТ РАКА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

В International Journal of Cancer опубликованы результаты исследования, свидетельствующие о снижении риска смерти от онкологических заболеваний на фоне приема метформина – препарата, используемого для лечения диабета. Авторы работы проанализировали медицинские данные 145 826 женщин в постменопаузе (50–79 лет), страдающих диабетом. Было выявлено, что для данной группы пациентов риск развития колоректального рака, злокачественных опухолей эндометрия и неходжкинской лимфомы в среднем на 20–35% выше, а вероятность диагностирования рака печени и поджелудочной железы в два раза выше, чем в среднем по популяции. Вместе с тем было показано, что при приеме метформина риск смерти от рака был ниже, чем при прохождении терапии другими противодиабетическими лекарственными препаратами (относительный риск 1,08 против 1,45). В начале прошлого года группа исследователей из крупной медицинской организации Kaiser Permanente из США заявила, что длительное, более 5 лет, использование метформина связано со снижением заболеваемости аденокарциномой легкого у некурящих на 31 и увеличением на 82% риска мелкоклеточной карциномы у курящих пациентов.



ВЫЯВЛЕНЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИГИСТАМИННЫХ СРЕДСТВ

Препараты против аллергии способны вызывать у детей нарушения сердечной деятельности, изменения поведения и судороги. Доктор Тьяллинг де Врис (Tjalling W de Vries) из отделения педиатрии в Медицинском центре Леувардена (Medical Centre Leeuwarden) и доктор фармакологических наук Флоренс ван Хансел (Florence van Hunsel, PhD) из Нидерландского центра фармаконадзора Lareb (Netherlands Pharmacovigilance Centre Lareb) изучили данные детей в возрасте от рождения до 18 лет, у которых развились нежелательные явления (НЯ) при применении системных антигистаминных препаратов в период с 1991 по 2014 г. Критериям обзора соответствовали 228 сообщений о НЯ. Из них 16% были связаны с применением дезлоратадина, 15% – лоратадина и 13% – кетотифена. В пяти случаях сообщалось о серьезных побочных эффектах. Один из них наблюдался после введения повышенной дозы алимемазина (2 мг/кг вместо рекомендованных для лечения аллергии 0,25 мг/кг). У ребенка 4 лет развился злокачественный нейролептический синдром с летальным исходом. В другом случае у 14-летнего мальчика возникла атриовентрикулярная реципрокная тахикардия после лечения азитромицином и фексофенадином по поводу инфекции дыхательных путей. У троих детей (двух, одиннадцати и шестнадцати лет) после приема лоратадина и дезлоратадина наблюдались судороги. Из несерьезных НЯ было выявлено 16 эпизодов головной боли (после применения левоцетиризина, терфенадина, лоратадина, дезлоратадина, цетиризина и фексофенадина), 12 случаев сонливости (после применения цетиризина, левоцетиризина, дезлоратадина, астемизола, ципрогептадина, диметиндена, фексофенадина, оксатомида, оксомемазина и дексхлорфенирамина). У 9 детей возникало агрессивное поведение, связанное с применением кетотифена, дезлоратадина, цетиризина, левоцетиризина и ципрогептадина, а у 5 – гиперактивность (после применения дезлоратадина, кетотифена, терфенадина, лоратадина и диметиндена). Различные высыпания на коже наблюдались у 33 пациентов после применения цетиризина, дезлоратадина, лоратадина, терфенадина, кетотифена, оксомемазина, левоцетиризина, фексофенадина, астемизола, диметиндена, оксатомида и дексхлорфенирамина. «Изученные нами исследования безопасности антигистаминных препаратов спонсировались фармацевтическими компаниями, поэтому не исключено искажение данных, – отмечают авторы работы. – Кроме того, о побочных явлениях сообщают в добровольном порядке, что также могло стать причиной публикации неполной информации. Тем не менее врачи должны быть осведомлены обо всех возможных побочных реакциях».



ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ «ОБМАНЫВАЕТ» СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ

Исследователи университета Колорадо установили, что хроническое воздействие интерлейкина-1, высвобождающегося в условиях воспаления сигнала тревоги, заставляет гемопоэтические стволовые клетки костного мозга производить агрессивные иммунные клетки, необходимые для борьбы с инфекцией и восстановления повреждений в ущерб поддержанию нормального функционирования системы крови в целом.

Относящийся к классу цитокинов интерлейкин-1 давно известен как важная сигнальная молекула, используемая иммунной системой для привлечения и активации провоспалительных клеток, необходимых для защиты организма и восстановления повреждений при острых состояниях, вызванных инфекцией или повреждением. Однако повышение уровня интерлейкина-1 характерно и для хронического воспаления, сопровождающего старение, а также целый ряд заболеваний, ассоциированных с т. н. западной диетой и образом жизни, в т. ч. ожирением и сахарным диабетом 2-го типа.

Авторы поясняют, что в условиях хронического стресса эффективность работы человека снижается. Примерно то же самое происходит и с гемопоэтическими стволовыми клетками. Обычно эти клетки пребывают в покое в костном мозге, периодически активируясь для поддержания нормальных концентраций клеток крови. Эти клетки исключительно чувствительны к изменениям в окружающей среде и реагируют на эти изменения соответствующим образом.

В экспериментах на мышах исследователи продемонстрировали, что гемопоэтические клетки реагируют на повышение уровня интерлейкина-1 активным делением с формированием миелоидных клеток, необходимых для ликвидации последствий проникновения инфекции или повреждения. Если подаваемый интерлейкином-1 сигнал не прекращается, гемопоэтические стволовые клетки продолжают производить преимущественно миелоидные клетки, утрачивая способность поддерживать нормальное соотношение клеток крови.

Результатом этого является продукция чрезмерного количества агрессивных иммунных клеток, способных серьезно повреждать ткани. В то же время нарушение соотношения разных типов клеток крови чревато снижением эффективности снабжения тканей кислородом, развитием иммунодефицита, а также повышением предрасположенности к развитию рака. При этом экспериментаторы установили и полную обратимость эффектов, оказываемых интерлейкином-1. Однако на сегодняшний день неясно, какой период требуется для восстановления человеческим гемопоэтическим клеткам и насколько он зависит от продолжительности периода воздействия интерлейкина-1.

ВРАЧЕЙ В РФ БУДУТ АККРЕДИТОВАТЬ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЕ

В России постепенно будет внедрена новая международная система сертификации врачей. Медики, имеющие сертификаты, подтверждающие их квалификацию, после окончания срока действия документа должны будут проходить аккредитацию по новой системе.

«Поскольку мы не хотели бы, чтобы введение аккредитации вызвало турбулентность в отрасли, мы очень бережно и поэтапно ее внедряем. Те специалисты, которые работают сейчас в отрасли по сертификатам, они до окончания сертификата могут работать. А вот после окончания сертификата уже перейдут на новую процедуру аккредитации», – сказала министр Вероника Скворцова. Новый аккредитационный экзамен состоит из трех этапов. На первом этапе необходимо сдать персонализированный тест на теоретические знания. На втором этапе – отработка практических навыков. Третий этап – ситуационные задачи, где оценивается общение врача с пациентом, диагностические навыки и умение правильно интерпретировать результаты тестов.

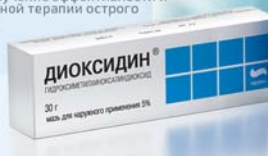
«Это новая процедура для нашей страны, но это и общепринятая международная процедура для многих стран мира», – уточнил министр.

ДИОКСИДИН®

ГИДРОКСИМЕТИЛХИНОКСАЛИНДИОКСИД

- Подавляет рост возбудителей ЛОР- и хирургических инфекций, в том числе устойчивых к антибиотикам^{1,2}
- Более 30 лет клинической эффективности^{2,3}

1. Исследование in vitro. Эффективность 1% раствора Диоксидина в отношении 23 видов возбудителей ЛОР- и хирургических инфекций. Выполнено: WuXi AppTec Company. Report for Valenta, 16.06.2015, DOF.
2. А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская и соавт. Изучение эффективности и безопасности местной антибактериальной терапии острого гнойного верхнечелюстного синусита. «Медицинский совет», 2015, 15, стр. 12–18.
3. Е.Н. Падейская. Антибактериальный препарат диоксидин: особенности биологического действия и значение в терапии различных форм гнойной инфекции. «Инфекции и антимикробная терапия», 2001, 5: 150–5.



Оригинальный отечественный
антимикробный препарат для
топической терапии
гнойных инфекций

- Pseudomonas aeruginosa*
- Staphylococcus aureus*
- Haemophilus influenzae*
- Streptococcus pneumoniae*
- Proteus mirabilis*
- Moraxella catarrhalis*
- Peptostreptococcus anaerobius*
- Bacteroides fragilis*



ОАО «Валента Фарм», московский офис: 119530, Москва, ул. Генерала Дорохова, д.18, корп.2. Тел.: +7(495) 933 60 80 / Факс.: +7(495) 933 60 81
ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению. ЛП 001038, Р N003934/01, Р 002534/01

ПРАВИТЕЛЬСТВО ВЫДЕЛИТ 6 МЛРД РУБЛЕЙ НА МЕДИЦИНСКОЕ СТРОИТЕЛЬСТВО

Премьер-министр РФ Дмитрий Медведев подписал распоряжение о распределении более 6 млрд руб. субсидий на строительство и реконструкцию медицинских учреждений в регионах.

«Подписанным распоряжением распределены субсидии в объеме 5 189,5 млн руб., предоставляемые в 2016 г. из федерального бюджета бюджетам 12 субъектов Федерации на софинансирование расходных обязательств при строительстве (реконструкции) объектов государственной собственности субъектов Федерации и муниципальной собственности», – говорится в сообщении на сайте правительства.

Согласно документу, субсидии будут направлены в Кабардино-Балкарию, Карачаево-Черкесию, Тыву, Чувашию, Красноярский край, Магаданскую, Омскую, Псковскую, Рязанскую, Тамбовскую, Челябинскую области и Москву.

Между тем столичные власти в рамках адресной инвестиционной программы намерены потратить на строительство 13 объектов здравоохранения порядка 7,5 млрд руб.

Кроме того, дополнительные субсидии в размере 1,2 млрд руб. кабмин распределил на пять субъектов Северо-Кавказского федерального округа (Дагестан, Карачаево-Черкесская Республика, Северная Осетия, Чечня и Ставропольский край). Эти средства предоставляются в рамках госпрограммы «Развитие Северо-Кавказского федерального округа» до 2025 г. В частности, субсидии направляются на строительство и реконструкцию семи медицинских объектов, среди которых онкологический диспансер и республиканская многопрофильная детская больница в Черкесске и Республиканская детская клиническая больница во Владикавказе.



С 2017 ГОДА ИЗМЕНИТСЯ ПОРЯДОК ФИНАНСИРОВАНИЯ ВМП

Правительство РФ внесло в Госдуму законопроект, вносящий изменения в механизм финансирования ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

Документом предлагается установить с 2017 г. механизм прямого финансирования из бюджета ФОМС высокотехнологичной помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях и не включенной в базовую программу ОМС.

При этом софинансирование расходов регионов на ВМП будет сохранено. Субсидии на оказание ВМП в медучреждениях, учредителями которых являются федеральные органы исполнительной власти, предлагается направлять из бюджета ФОМС на основе госзадания.

Законопроект «О внесении изменения в статью 781 Бюджетного кодекса Российской Федерации» направлен на создание правовых оснований для предоставления из бюджета ФОМС субсидий медицинским бюджетным и автономным учреждениям, учредителями которых являются федеральные органы исполнительной власти, на финансирование государственного задания, подчеркивают в правительстве.



ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ МОЖЕТ СТАТЬ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Результаты ранней фазы клинического исследования, проведенного специалистами Университета Джонса Хопкинса, свидетельствуют о том, что минимально инвазивная терапия для уменьшения массы тела, известная как бариатрическая эмболизация артерий, безопасно и эффективно способствует снижению массы тела у людей с клиническим ожирением.

Всего в ранней фазе исследования приняли участие 7 пациентов (6 женщин и 1 мужчина) в возрасте 31–59 лет, помимо диагноза тяжелого ожирения, признанные практически здоровыми. Показатели индекса массы тела (ИМТ) участников варьировали от 40 до 50, что значительно превышает пороговое значение для ожирения, равное 30. Через 1, 3 и 6 мес. после проведения процедуры всех участников обследовали на предмет изменения массы тела, уровня грелина, чувства голода и насыщения, а также на возможные побочные эффекты.

Каждый из участников был проконсультирован по поводу необходимости внесения критичных изменений в образ жизни и рацион питания до и после проведения процедуры. После этого все участники перенесли бариатрическую эмболизацию артерий, проводимую под визуальным контролем процедуру, представляющую собой инъекцию микроскопических шариков через тонкий катетер, вводимый в небольшой разрез кожи паха или запястья. Местом назначения этих шариков являются сосуды дна желудка – региона, продуцирующего основную часть грелина, являющегося одним из основных регулирующих чувство голода гормонов. Шарик затрудняет кровоток в этой области, ограничивая секрецию грелина, что способствует подавлению голода и запуску процесса снижения массы тела.

У всех семи участников исследования процедура не вызвала серьезных побочных эффектов. При этом у них наблюдалось снижение массы тела и радикальное подавление чувства голода, а также уменьшение концентрации грелина в крови.

В среднем через 1, 3 и 6 месяцев после проведения процедуры избыточная масса тела участников, рассчитываемая как количество килограммов, на которое реальный вес превышал идеальную массу тела, уменьшилась на 5,9; 9,5 и 13,3% соответственно.

Исследователи надеются, что бариатрическая эмболизация артерий сможет предоставить пациентам безопасную и эффективную альтернативу традиционным подходам к лечению ожирения. Однако они предупреждают, что, несмотря на многообещающие результаты пилотного исследования, для окончательного подтверждения безопасности и долгосрочной эффективности нового подхода необходимо проведение более крупных и продолжительных клинических исследований.



ДЛЯ ДЕТЕЙ ОПАСНЫ ДАЖЕ МИНИМАЛЬНЫЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ

Состояние функции легких детей могут существенно нарушать даже относительно небольшие примеси в атмосферном воздухе.

Согласно данным исследования, опубликованного American Journal of Respiratory and Critical Care, у детей, дышавших воздухом с высоким уровнем загрязнения, в т. ч. тонкодисперсными частицами (PM_{2,5}), и сажи, функция легких была хуже, чем у их ровесников, живущих в менее загрязненных регионах. В возрасте 8 лет функция легких у детей, живущих на расстоянии до 100 м от магистральной трассы, была в среднем на 6% ниже, чем у детей, живущих в 400 и более метров от дороги.

Исследователи изучили 614 детей, родившихся у матерей, набранных в 1999–2002 гг. в Project Viva – долгосрочное исследование здоровья женщин и детей в восточной части штата Массачусетс. Исследователи обнаружили, что у детей, живущих ближе к автомагистралям, наблюдается наиболее выраженное снижение функции легких; наиболее негативно на функцию легких влияли недавние по времени загрязнения; у детей, после года дышавших значительно более чистым воздухом, чем в течение первого года жизни (благодаря переезду или снижению загрязнения в месте проживания), функция легких была лучше, чем у тех, кто все время дышал загрязненным воздухом.

По мнению авторов сопроводительной статьи доктора Коры С. Сак (Cora S. Sack, MD) и доктора медицины, магистра в области здравоохранения Джоэла Д. Кауфмана (Joel D. Kaufman, MD, MPH), сотрудников Университета Вашингтона, полученные результаты указывают на необходимость изучения влияния воздействия низких уровней загрязнений на здоровье человека.



ПОЗДНЕЕ РОЖДЕНИЕ ВЫГОДНО ДЛЯ ДЕТЕЙ

Результаты большинства предшествующих исследований указывают, что риск для здоровья выше у детей немолодых матерей. Предполагается, что деторождение в более старшем возрасте способствует увеличению риска негативных исходов беременности, таких как рождение ребенка с синдромом Дауна, а также в дальнейшем увеличение у ребенка риска развития болезни Альцгеймера, гипертонии и сахарного диабета.

Однако, несмотря на риски, связанные с поздней беременностью, рождение у матери старшего возраста может принести ребенку и выгоды.

Это подтверждают опубликованные в Population and Development Review результаты исследования, проведенного Микко Мирскиля (Mikko Myrskylä), директором Института демографических исследований Макса Планка (Max Planck Institute for Demographic Research (MPIDR)), и его коллегой Кироном Беркли (Kieron Barclay) в Лондонском институте экономики (London School of Economics).

Во многих странах со временем улучшаются как общественное здравоохранение, так и социальные условия. В предыдущих исследованиях взаимосвязей между возрастом матери и состоянием здоровья ребенка игнорировалась важность таких изменений, происходящих на макроуровнях с течением времени. С точки зрения каждого отдельного родителя, отсрочка рождения ребенка означает, что ребенок будет более позднего года рождения. Но 10-летняя разница в возрасте матери означает и изменение социальных и окружающих условий. Учитывая такую точку зрения, это новое исследование MPIDR показывает, что, когда женщины откладывают рождение ребенка на более поздний срок, их дети становятся здоровее, выше и получают более качественное образование. Таким образом, связанные с поздним деторождением риски, обусловленные старением репродуктивной системы, уравновешиваются или даже перевешиваются благоприятными изменениями окружения в период, на который мать отложила рождение ее ребенка.

Для изучения взаимосвязи между возрастом матери на момент родов и ростом, физической подготовкой, успеваемостью в старших классах и уровнем образования детей, Беркли и Мирскиля использовали данные, полученные от более 1,5 млн шведских мужчин и женщин, рожденных в период между 1960 и 1991 гг. Физическая подготовка и рост являются хорошими прогностическими показателями общего здоровья, а уровень образования служит ключевым фактором, определяющим профессиональные достижения и возможности в дальнейшей жизни. Оказалось, что, когда матери откладывали рождение ребенка даже до возраста 40 лет, их дети были выше, лучше успевали в старших классах и вероятность поступления в университет у них была выше.



Сиалор® – протаргол в каждой аптеке

Готовая форма выпуска



Антибактериальное средство



Срок хранения 2 года



Удобная форма

www.sialor.ru



ЗАО «ПФК Обновление», Россия, Новосибирск
www.renewal.ru тел. 8-800-200-0995

*Гигиеническое средство. Не является лекарством
Реклама

А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, Н.Л. КУНЬСКАЯ, д.м.н., профессор, А.Ю. ИВОЙЛОВ, д.м.н., Г.Н. ИЗОТОВА, к.б.н., И.И. АРХАНГЕЛЬСКАЯ, к.м.н.
Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

СИНДРОМ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ:

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Проблема назальной обструкции у взрослых и детей на сегодняшний день остается одной из актуальных в оториноларингологии. Одной из наиболее частых жалоб пациентов, обращающихся к врачу-оториноларингологу, является затруднение носового дыхания. Основными причинами назальной обструкции являются острые вирусные инфекции верхних дыхательных путей, проявлением которых является острый ринит [1].

Ключевые слова:

*острые респираторные заболевания
назальная обструкция, дети, диагностика,
деконгестанты, ксилометазолина гидрохлорид
Отривин*

На долю острых респираторных заболеваний (ОРЗ) приходится более 90% всех болезней респираторной системы у детей, у них заболеваемость ОРЗ в 2,7–3,2 раза выше, чем у взрослых [2]. Высокая заболеваемость ОРЗ у детей, а следовательно, и развитие назальной обструкции отмечается у детей, начавших посещать дошкольные организованные коллективы. Низкая резистентность детского организма к инфекционным агентам объясняется особенностями функционирования его иммунной системы. При этом среди возрастных особенностей иммунитета рассматриваются такие факторы, как незрелость, «поздний старт», а также инертность специфических иммунных реакций из-за отсутствия предыдущих контактов с данными возбудителями.

У человека физиологическое дыхание происходит только через нос. На проходимость полости носа влияют многие факторы, в т. ч. температура и влажность окружающего воздуха; положение тела, физическая активность, изменения температуры тела, действие холода на различные части тела. При нормальном носовом дыхании вдыхаемый воздух, проходя через нос, согревается, увлажняется и очищается, а также выполняет защитную функцию, заключающуюся в обеспечении высокодифференцированной эффективной и поливалентной сопротивляемости к негативным внешним воздействиям на организм.

Полость носа регулирует количество и качество воздуха, доставляемого в легкие. Анатомические особенности полости носа – относительная узость, значительные изгибы носовых ходов и неровные латеральные стенки полости носа способствуют увеличению турбулентности потока, усилению аэродинамической фильтрации ингалируемых частиц за счет инерционных механизмов и максимальному проявлению мукоцилиарного клиренса носа [3].

Ключевую роль в регуляции дыхательного объема легких играют естественные образования полости носа – носовой клапан, носовые раковины, носовые ходы, носовая перегородка, которая играет важную роль в носовом цикле.

И.А. Тихомирова (2008) выделяет следующие причины затруднения носового дыхания (*табл.*) [4].

Многообразие причин нарушения носового дыхания определяет обязательное применение лечебно-диагностического алгоритма при обследовании пациентов с назальной обструкцией. Его целью является не только установление причины назальной обструкции, но и уточнение ее степени, а также определение вызываемых сопряженных заболеваний и проблем.

Диагностический алгоритм назальной обструкции включает в себя: анамнез заболевания, оториноларингологический осмотр, рентгенографию носоглотки, компьютерную томографию придаточных пазух носа, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, активную риноманометрию, аллерготесты и консультацию других специалистов.

Анамнез заболевания включает в себя подробную беседу (у детей – это беседа с родителями) и четко сформулированные вопросы по данной проблеме. В детском возрасте воспалительные заболевания респираторной системы протекают с характерными чертами ввиду анатомо-физиологических особенностей дыхательных путей. Большинство детей дышат только через нос, поэтому выраженное нарушение носового дыхания существенно влияет на их состояние, сон, качество жизни [5]. Дыхание через рот существенно изменяет структуру дыхательного цикла с сокращением автоматической паузы, что способствует развитию гипервентиляции, а это, в свою очередь, приводит к изменению газового состава крови.

Наружный осмотр. Постоянно открытый рот и связанное с этим напряжение мышц лица вызывают изменение конфигурации растущего черепа ребенка: скелет лица и головы удлиняется [6], нарушается формирование альвеолярного отростка верхней челюсти с его сужением и клинообразным выстоянием кпереди – прогностический признак; сужение и высокое стояние неба – готическое небо.

Риноскопия. Передняя риноскопия позволяет оценить состояние слизистой оболочки полости носа – степень отека, цвет, степень влажности, наличие кровоизлияний; величину носовых раковин, состояние перегородки носа, наличие и характер отделяемого. Передняя риноскопия не всегда позволяет выявить анатомические изменения задних отделов полости носа и перегородки носа, изменение латеральной стенки полости носа.

Задняя риноскопия не всегда выполнима технически, т. к. ребенок может не позволить осматривать задние отделы полости носа и носоглотки носоглоточным зеркалом, введенным через рот. У детей с выраженным глоточным рефлексом задняя риноскопия часто вызывает рвоту.

Носовые раковины у грудных детей развиты хорошо, поэтому общие носовые ходы довольно сужены. Такое несоответствие небольшому объему дыхательной области приводит к тяжелому течению острого ринита у новорожденных и грудных детей. Кроме резкого нарушения дыхания, легко возникает также расстройство акта сосания с соответствующими неблагоприятными последствиями.

Эндоскопия. В современных условиях исследование полости носа и носоглотки с помощью оптических систем является золотым стандартом в диагностике заболеваний

верхних дыхательных путей, сопровождающихся синдромом обструкции носового дыхания. В педиатрической оториноларингологии для снижения неприятных ощущений предпочтение отдают фиброскопии. С помощью эндоскопа осматривают преддверие полости носа: оценивают состояние носового клапана и отделяемого в полости носа, определяют цвет и степень отечности слизистой оболочки. Эндоскоп проводят по нижнему носовому ходу в носоглотку, оценивая цвет слизистой оболочки нижней носовой раковины, наличие и характер выделений на дне полости носа, размеры задних концов нижних носовых раковин. При осмотре носоглотки изучают состояние глоточной и трубной миндалин и устья слуховых труб. Проводят эндоскоп (обратное движение после осмотра носоглотки) по среднему носовому ходу, оценивая отделяемое и его характер в соустье верхнечелюстной и лобной пазухи, с внутренней стороны осматривают задний конец средней носовой раковины, доступную для осмотра часть латерального синуса, буллу, полунунную щель, крючковидный отросток, передний конец средней носовой раковины; затем осматривают область воронки и решетчатую буллу, верхний носовой ход, идентифицируют верхнюю носовую раковину, соустья основной пазухи и задние клетки решетчатого лабиринта.

Рентгенологическое исследование. Для диагностики назальной обструкции у детей с аденоидными вегетациями до сих пор применяют рентгенологический метод (боковая рентгенограмма носоглотки). В настоящее время постепенно происходит замещение рентгенографии носоглотки другими высокоинформативными методами исследования. Преимуществами рентгенографии являются доступность, безболезненность, информативность и возможность документирования результатов исследования. Недостаток заключается в наличии лучевой нагрузки, что не позволяет использовать данный метод несколько раз у одного ребенка.

Компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух и носоглотки является методом выбора при ринологических заболеваниях при необходимости подтвердить анатомические особенности и степень распространенности патологического процесса. КТ используют для оценки состояния внутриносовых структур, околоносовых пазух и их костных стенок, выявляя полипоз, новообразования, пороки развития носа и пазух.

Риноманометрия – объективная оценка функции носового дыхания. Передняя активная риноманометрия позволяет оценить трансназальное давление и воздушный поток при носовом дыхании путем вычисления сопротивления потока при заданном давлении [7].

Аллерготесты – кожные пробы, цитологическое исследование секрета полости носа, исследование уровня общего и аллергоспецифических Ig E в сыворотке крови радиоиммунологическими, иммуоферментными, хемолюминесцентными методами диагностики [8].

Консультации. Междисциплинарный подход к диагностике назальной обструкции включает консультации других специалистов: педиатра, аллерголога, невропатолога, челюстно-лицевого хирурга.

Таблица. Причины назальной обструкции у детей

Врожденная патология	Врожденная окклюзия входа в нос Врожденная хоанальная атрезия Стеноз хоан Челюстно-лицевой дизостоз Синдром Третчера Коллинза Синдром Крузона Расщелина нёба Врожденные кисты полости носа (дермоидные, одонтогенные) Менингоэнцефалоцеле Bursa pharynges (Tornvaldt) Гамартома Краниофарингеома Хондрома Тератома Врожденная плоскоклеточная карцинома носоглотки
Воспалительная патология (ринит, риносинусит, аденоидит)	Бактерии Вирусы Спирохеты Простейшие (лейшманиоз) Грибы (аспергиллез, мукормицетоз) Паразиты
Аллергическая патология	Аллергический ринит (персистирующий и интермиттирующий) Полипоз
Токсическая патология	Ингаляционные токсины (СО, химические реактивы) Медикаменты (йодиды, бромиды, гормоны) Медикаментозный ринит (деконгестанты)
Патология носоглотки	Гипертрофия глоточной миндалины
Травма	Деформация наружная и внутренняя (приобретенная внутриутробно, интра- и постнатально) Гематома/абсцесс носовой перегородки
Инородные тела	Инородное тело Ринолит
Новообразования	Эктодермального генеза Мезодермального генеза Нейрогенного генеза Одонтогенные Идиопатические (ювенильная ангиофиброма)
Метаболические нарушения	Кистозный фиброз Патология щитовидной железы (гипер- и гипотиреозидизм) Сахарный диабет Нарушения метаболизма кальция
Прочая патология	Цилиарная дискинезия (синдром Картагенера) Атрофический ринит Гранулематозы и васкулиты (ревматоидный артрит, псориаз, склеродермия, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, срединная летальная гранулема, синдром Чарджа – Стросса, пемфигид)

Таким образом, следует подчеркнуть важность применения системного подхода в диагностике синдрома нарушения носового дыхания, базирующегося, как правило, не только на полном представлении клинической картины, но и на доказательных методах, таких как эндовидеориноскопия и эпифарингоскопия, акустическая риноманометрия, компьютерная томография, аллерготесты.

Развитие ринита при ОРЗ проявляется следствием воспаления, гиперсекреции и отека слизистой оболочки полости носа, в результате чего уменьшается просвет носовых ходов. Клинически эти процессы проявляются чувством заложенности и затруднением носового дыхания. Однако ринит может стать причиной более серьезных осложнений. Отек слизистой носа приводит к нарушению дренажа околоносовых синусов, что способствует повышению в них давления и созданию условий для активации условно-патогенной флоры. В результате этого развиваются осложнения, наиболее часто – бактериальный синусит. Выраженный отек слизистой оболочки носоглотки приводит к обструкции евстахиевой трубы с возможным возникновением евстахиита, а также среднего отита.

Лекарственная терапия при воспалительной назальной обструкции включает в себя следующие задачи: восстановление носового дыхания; уменьшение секреции слизи; восстановление мукоцилиарного клиренса; потенцирование репаративных процессов в слизистой оболочке носовой полости.

Патогенетическое лечение на всех стадиях ринита должно быть сфокусировано на купировании симптомов обструкции и нормализации дренажа носовой полости. Для этих целей используются местные и системные деконгестанты (от *англ.* congestion – закупорка, застой, гиперемия).

Деконгестанты – это группа препаратов, вызывающих вазоконстрикцию сосудов слизистой оболочки [9, 10]. Представителем данной группы средств является препарат Отривин. В качестве основного действующего вещества в препарат Отривин введен ксилометазолина гидрохлорид, который обладает альфа-адреномиметическим действием и оказывает минимально выраженное влияние на активность мукоцилиарного транспорта за счет вспомогательных компонентов, позволяющих минимизировать воздействие деконгестанта на слизистую оболочку полости носа и увеличить активность ресничек мерцательного эпителия. Ксилометазолина гидрохлорид вызывает сужение кровеносных сосудов слизистой оболочки носа, устраняя, таким образом, отек и гиперемия слизистой оболочки носоглотки. Этот препарат облегчает носовое дыхание при ринитах [11]. Отривин имеет рН, характерный для полости носа. В состав препарата входят неактивные компоненты – сорбитол и гипромеллоза, которые являются увлажнителями. Таким образом, увлажняющая формула позволяет уменьшить симптомы раздражения и сухости слизистой оболочки носа. В терапевтических концентрациях Отривин не раздражает слизистую оболочку, не вызывает гиперемии. Действие наступает через 2 мин после применения и продолжается в течение 12 ч. Исследования *in vitro* показали, что ксилометазолин подавляет инфекционную активность риновируса человека, вызывающего катаральные явления.

На российском рынке препарат Отривин присутствует в трех лекарственных формах. Отривин спрей назальный дозированный 0,1%-ный назначают взрослым и детям старше 12 лет по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход, 3 впрыскивания в сутки. При местном применении в рекомендуемых дозировках препарат практически не абсорбируется, концентрации в плазме ниже предела обнаружения. К преимуществам спрея относят равномерное орошение слизистой оболочки носа, возможность достигать верхних участков носовой полости, четкие дозировки количества лекарства, экономичность.

Отривин спрей назальный дозированный с ментолом и эвкалиптом 0,1%-ный применяется у взрослых и детей с 12 лет по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход, 3 впрыскивания в сутки. Содержащиеся в препарате ментол и эвкалиптол оказывают охлаждающее действие на слизистую оболочку носа и дают ощущение свежести.

В педиатрии используется Отривин спрей назальный дозированный 0,05%-ный. Препарат разрешен к применению с 2 лет. Детям от 2 до 5 лет рекомендовано в каждый носовой ход 1–2 раза в сутки делать по 1 впрыскиванию. Начиная с 6-летнего возраста Отривин можно применять по 1–2 впрыскивания в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки. Стоит особо отметить, что препарат у детей должен использоваться только под наблюдением взрослых.

Таким образом, в терапию синдрома назальной обструкции (воспалительного характера) должны быть включены современные деконгестанты – Отривин, выбор которого базируется на принципе эффективности и безопасности. 

ЛИТЕРАТУРА

- Носуля Е.В., Винников А.К., Ким И.А., Молоков К.В. Назальная обструкция при остром рините: патогенез и современные терапевтические подходы. *РМЖ*, 2012, 3.
- Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Леписева И.В. и др. Современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. *Педиатрическая фармакология*, 2008, 5(1): 21–25.
- Ходзицкая В.К., Ходзицкая С.В. Назальная обструкция: анатомические и функциональные особенности, клиника, лечение. *Болезни и антибиотикотерапия*, 2012, 1(6).
- Тихомирова И.А. Синдром затруднения носового дыхания у детей. *Педиатрия*, 2008, 87(2): 107–111.
- Малахов А.Б., Архандеев А.В., Дронов И.А., Малахова-Капанадзе М.А., Фролова Е.В., Хабибуллина Е.В., Шишов А.Я. Назальная обструкция у детей: комплексный подход к лечению. *Consilium Medicum*, 2013, 11: 59–64.
- Basheer B, Hegde KS, Bhat SS, Umar D, Baroudi K. Influence of mouth breathing on the dentofacial growth of children: a cephalometric study. *J Int Oral Health*, 2014 Nov-Dec, 6(6): 50–5.
- Zicari AM, Occasi F, Giulia M, Indinimio L, De Castro G, Tancredi G, Duse M. Intranasal budesonide in children affected by persistent allergic rhinitis and its effect on nasal patency and Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) score. *Curr Med Res Opin*, 2015 Feb, 9: 1–6.
- Карпова Е.П. Лечение аллергического ринита у детей. Руководство для врачей. 2007. С.111.
- Taverner D., Latte J. Nasal decongestants for the common cold. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2007, 1. CD001953.
- Васина Л.А. Влияние местных деконгестантов, содержащих раствор ксилометазолина, на цилиарную активность реснитчатых клеток. *Российская ринология*, 2008, 3: 14–17.
- Заплатников А.Л. Топические деконгестанты в педиатрической практике: безопасность и клиническая эффективность. *Педиатрия*, 2006, 3(3): 69–75.



CHRU/CHOTRI/0018/16

Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников АО «ГласкоСмитКляйн Хелскер»,
РФ, 123317, г. Москва, Пресненская наб., д. 10; +7 (495) 777-98-50
РУ: П N011649/03 от 28.12.2009 (дата переоформления 10.03.2016), П N011649/05 от 11.09.2008, П N011649/04 от 10.09.2008 (дата переоформления 01.03.2016)

Статья опубликована при финансовой поддержке компании «ГласкоСмитКляйн». Включенная информация отражает мнение автора и может не совпадать с позицией «ГласкоСмитКляйн». Компания «ГласкоСмитКляйн» не несет ответственности за возможные нарушения авторских прав и иных прав третьих лиц в результате публикации и распространения данной информации.

НОВИНКА¹

ПОБЕЖДАЕТ СРАЗУ **4 СИМПТОМА**² ПРОСТУДЫ!

- ✓ ЗАЛОЖЕННОСТЬ
- ✓ ОТЕК СЛИЗИСТОЙ
- ✓ ТЕЧЕНИЕ ИЗ НОСА
- ✓ ЧИХАНИЕ³



Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников.

Отривин® Комплекс (спрей назальный). Ипратропия бромид + Ксилометазолин, 0,6 мг/мл + 0,5 мг/мл.

¹начало продаж в сентябре 2015 г. ²согласно инструкции по применению действующие вещества устраняют отек носоглотки, снимают заложенность, останавливают течение из носа. ³Hayden F.G., et al. Effectiveness and safety of Intranasal Ipratropium Bromide in Common Colds, Annals of Internal Medicine №2, 1996, 89-97.

А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, Н.Л. КУНЬСКАЯ, д.м.н., профессор, А.В. ГУРОВ, д.м.н., профессор, Г.Н. ИЗОТОВА, к.б.н.,
М.А. ЮШКИНА, к.м.н., О.А. КИСЕЛЕВА

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

ВОЗМОЖНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЗАТЯНУВШИХСЯ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ РИНОГЕННОГО СИНУСИТА,

А ТАКЖЕ СИНУСИТА С НАЛИЧИЕМ КОМОРБИДНОГО ФОНА

Проблема острого синусита (ОС) продолжает оставаться актуальной в условиях современного здравоохранения, что объясняется целым рядом причин. Прежде всего, за последние годы не только не отмечено снижения заболеваемости ОС, но и наблюдается устойчивая тенденция к росту данной патологии как в России, так и во всем мире. К примеру, ежегодно в США синусит регистрируется у 16% взрослого населения [1]. В России ОС ежегодно переносят 10 млн человек, хотя эту цифру можно считать заниженной, поскольку она учитывает только тяжелые манифестированные формы заболевания [2]. Согласно последним статистическим данным Департамента здравоохранения г. Москвы, распространенность синуситов составляет 1 420 случаев на 100 тыс. взрослого населения [3].

Ключевые слова:

риногенный синусит
антибактериальная терапия
цефалоспорины
Спектрацеф

Несмотря на кажущуюся простоту диагностики и лечения данной патологии, врачу-оториноларингологу все чаще приходится иметь дело с атипичным, стертым и затяжным течением ОС. Данное обстоятельство можно связать с ростом числа необоснованного использования современных антибактериальных и антисептических препаратов, что приводит к появлению полирезистентных штаммов микроорганизмов, а также значительному снижению клеточных и гуморальных факторов иммунитета [4]. Кроме того, характер клинического течения ОС может меняться в условиях коморбидности с хроническими соматическими заболеваниями – бронхиальной астмой, хроническим бронхитом, гипотиреозом и, конечно, сахарным диабетом (СД).

Повышенная восприимчивость к инфекционным и воспалительным заболеваниям является характерным осложнением СД [5, 6]. Это во многом объясняется тем, что нарушения метаболизма и иммунитета при СД тесно взаимосвязаны и развиваются параллельно, что приводит к формированию благоприятных условий для развития гнойной инфекции [7, 8].

Согласно данным американского эпидемиологического исследования NHIS от 1989 г., распространенность

хронического синусита среди больных СД в возрасте 18–44 лет составляет 28,4% (34% при СД1 и 25% при СД2) по сравнению с 18,4% среди остального населения того же возраста [9].

Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов, в т. ч. и синуситы, в условиях СД характеризуется более затяжным, а в ряде случаев малосимптомным течением, а также опасностью развития гнойных осложнений на фоне нерациональной антибактериальной и сахароснижающей терапии. К сожалению, далеко не всегда традиционно эффективные препараты дают желаемый клинический эффект в данной ситуации. Поэтому лечебная тактика в отношении ОС у больных с коморбидной патологией является непростой задачей, требующей индивидуального подхода и учета особенностей клинического течения и назначения лекарственных препаратов, в т. ч. и антибиотиков, которые имеют повышенную активность в отношении всех клинически значимых патогенов [8].

В структуре заболеваемости ЛОР-органов ОС занимает лидирующую позицию, а по количеству назначаемых антибактериальных препаратов в структуре общей гнойно-воспалительной патологии – пятое место [10].

ОС – это воспаление слизистой оболочки одной или нескольких околоносовых пазух (ОНП). Различают острое, подострое, затяжное и хроническое течение синуситов. И если постановка диагноза острого синусита, как правило, не вызывает каких-либо проблем, учитывая особенности течения данного процесса, то диагностика затяжного и рецидивирующего синусита обычно сопряжена с целым рядом сложностей. Основными критериями для постановки диагноза *затянувшийся синусит* является персистен-

ция клинической симптоматики от 3 до 6 нед., а для диагноза *рецидивирующий синусит* – появление 2–4 эпизодов острого синусита в год. Необходимо понимать, что в условиях затяжного и рецидивирующего течения воспалительного процесса постепенно развиваются не только изменения в самом очаге патологического процесса, но и трансформация микрофлоры и изменение ее биологических свойств. В частности, возрастает частота встречаемости ассоциативного течения инфекционного процесса с появлением в структуре микробных ассоциаций микроорганизмов, которые существенно реже встречаются в условиях банального острого воспаления (стафилококки, паразитофилы, нейссерии и др.), возрастает количество штаммов микроорганизмов, обладающих свойствами антибиотикорезистентности. При этом терапия таких состояний вызывает большое количество проблем, учитывая необходимость подбора антибактериальных препаратов с высокой активностью в отношении подобных микроорганизмов. Хронизация процесса в структуре слизистой оболочке пазух имеет строго определенную этапность.

ОС чаще всего является осложнением острого ринита, который в подавляющем большинстве случаев имеет вирусное происхождение и протекает в рамках ОРВИ. Ведущая роль в остром воспалении слизистой носа принадлежит риновирусам, аденовирусам, вирусам гриппа и парагриппа, обладающих наибольшей тропностью к клеткам эпителия слизистой полости носа и ОНП. Таким образом, вирусное поражение становится как бы первой стадией развития ОС. Данный тезис подтверждается тем, что почти у 90% больных ОРВИ при компьютерной томографии в слизистой оболочке пазух выявляются отек и застой секрета [12].

На фоне выраженного отека слизистой оболочки происходит блокада естественного соустья пазух и нарушение оттока секрета бокаловидных клеток и слизистых желез, а также снижение парциального давления кислорода в ОНП. В результате создаются благоприятные условия для развития уже бактериальной инфекции, чему способствует и нарушение анатомии внутриносовых структур (искривление перегородки носа, шипы и гребни перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, изменения в области остиомеатального комплекса). Таким образом, в пазухах создается отрицательное давление, начинается гиперпродукция патологического секрета и нарушается функция мерцательного эпителия. При этом необходимо помнить, что изменения цитоархитектоники полости носа всегда вызывают нарушение аэрации слизистой оболочки и способствуют, таким образом, развитию дисбиотических изменений слизистой оболочки, нарушению колонизационной резистентности, что в конечном счете приводит к хроническим изменениям в структуре слизистой оболочки, развитию затяжного, рецидивирующего течения процесса, а затем и хронических форм ринита и синусита [12].

Эпителий полости носа представляет собой псевдомногослойный эпителий, состоящий из мерцательных, бокаловидных, а также коротких и длинных вставочных

эпителиоцитов. Слизистая оболочка ОНП покрыта мерцательным цилиндрическим эпителием, ее толщина колеблется от 0,1 до 0,5 мм. Мерцательная клетка на своем свободном конце имеет многочисленные реснички, а также микроворсинки, которые ветвятся, увеличивая всасывающую поверхность реснитчатой клетки. В основаниях микроворсинок содержатся пиноцитозные пузырьки, что позволяет клеткам всасывать жидкость и регулировать количество слизи на поверхности эпителия [13, 14]. Реснички мерцательных клеток окружены тонким слоем перилимфарной жидкости, над которой лежит собственно слизь, продуцируемая бокаловидными клетками и железами собственного слоя слизистой оболочки. Так образуется мукоцилиарная транспортная система, которая осуществляет перемещение продуктов секреции слизистой оболочки, микроорганизмов и различных чужеродных частиц в сторону носоглотки и способствует ее очищению – клиренсу [13, 14].

При нарушении мукоцилиарного транспорта и блокады соустья происходит присоединение и размножение бактериальной микрофлоры. Сама слизь с видоизмененными свойствами служит прекрасным питательным субстратом для роста и развития транзитной бактериальной микрофлоры. При увеличении ее количества создаются все предпосылки для затяжного течения бактериального воспалительного процесса.

Существуют и другие механизмы развития синуситов: одонтогенный, травматический, а также вследствие длительной тампонады носа и назогастральной интубации.

Лечебная тактика в отношении ОС у больных с коморбидной патологией является непростой задачей, требующей индивидуального подхода и учета особенностей клинического течения и назначения лекарственных препаратов, в т. ч. и антибиотиков, которые имеют повышенную активность в отношении всех клинически значимых патогенов

Наиболее частыми жалобами у больных ОС являются затруднение носового дыхания, выделения из носа, гнусавость, снижение обоняния, тяжесть и дискомфорт в проекции пораженной пазухи, головная боль. Головная боль чаще локализуется в лобно-теменной области и усиливается при наклонах головы. В случае развития сфеноидита головная боль принимает упорный характер и локализуется в теменно-затылочной области. Нередко пациенты отмечают боль в области верхних челюстей, иррадиирующую в зубы, что становится поводом для обращения к стоматологу.

Температура при неосложненном течении обычно соответствует субфебрильным цифрам.

Диагностика ОС включает анализ жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, непосредственный осмотр ЛОР-органов и рентгенологическое исследование. Осмотр начинают с пальпации области проекции ОНП и проведения передней риноскопии. При осмотре слизистая поло-

сти носа, как правило, гиперемирована, отечна, носовые ходы сужены. Важным диагностическим признаком является наличие гнойного отделяемого в среднем носовом ходу. В случае поражения задних отделов решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи гнойное отделяемое может стекать по задней стенке глотки. При распространении гнойного процесса могут наблюдаться реактивные явления со стороны мягких тканей щеки, век.

Основным методом диагностики ОС является рентгенография ОНП в прямой и – при необходимости – боковой проекции. При этом чаще всего наблюдается гомогенное затемнение пазух или наличие уровней жидкости. Значительное утолщение слизистой, выявляемое при рентгенографии, свидетельствует о хроническом воспалении ОНП. Преимуществом данного метода является его доступность и экономичность, недостатком – плохая визуализация клиновидных пазух.

Компьютерная томография (КТ) является, несомненно, более информативным методом, но и существенно более затратным и менее доступным, т. к. далеко не все лечебные учреждения имеют на своем вооружении такое дорогостоящее оборудование. Следует помнить, что лучевая нагрузка при проведении КТ в десятки раз превышает таковую при обычной рентгенографии, поэтому использование КТ в диагностике ОС должно быть строго регламентировано. При этом характер изменений слизистой оболочки также имеет большое значение в уточнении диагноза и назначения адекватного антибактериального препарата. Так, при наличии экссудативного характера течения в очаге поражения находится преимущественно монофлора, при смешанном характере течения с выраженным пристеночным утолщением слизистой оболочки чаще всего встречается ассоциативное течение микробного процесса. Таким образом, результаты рентгендиагностики служат не только критерием для постановки диагноза, но и ориентиром в плане специфики выбора антимикробного препарата.

В последнее десятилетие все чаще в диагностике заболеваний носа и ОНП используются эндоскопические методы, позволяющие детально под увеличением рассмотреть анатомические структуры полости носа и соустья ОНП.

Важным, но не всегда используемым методом диагностики заболеваний ОНП является микробиологическое исследование. Идеальным материалом для исследования является содержимое самой пазухи, полученное в ходе пункции или оперативного вмешательства, поскольку микрофлора в полости носа может отличаться от микробного пейзажа непосредственно в очаге воспаления – пазухах носа. Микробиологическое исследование проводится с целью точной идентификации возбудителя (возбудителей) ОС, изучения его чувствительности к различным антимикробным препаратам и назначения (коррекции) оптимальной антибактериальной терапии. Недостатком данного метода можно считать его длительность – результаты обследования будут доступны врачу только через 3–5 дней, а иногда и дольше.

Основными возбудителями ОС являются *S. pneumoniae* и значительно реже другие виды стрептококков. Менее

значимую роль играют *H. influenzae* и *M. catarrhalis*. При хроническом синусите возбудители представлены широким спектром микроорганизмов, часто в виде ассоциаций. Помимо традиционных пневмококка и гемофильной палочки, в формировании хронического воспаления в пазухах принимают участие представители семейства *Enterobacteriaceae* и золотистый стафилококк [15]. В условиях коморбидности воспаления пазух с СД наибольшее значение приобретают сахаролитическая микрофлора – *S. aureus*, энтеробактерии, грибковые возбудители, а также неферментирующие микроорганизмы, не требовательные к факторам окружающей среды, – синегнойная палочка, процент высеваемости которой достигает 15% [8].

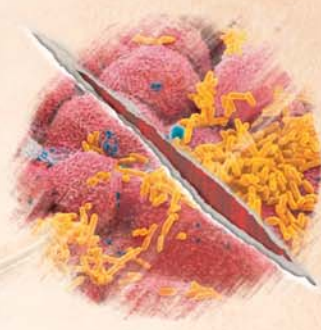
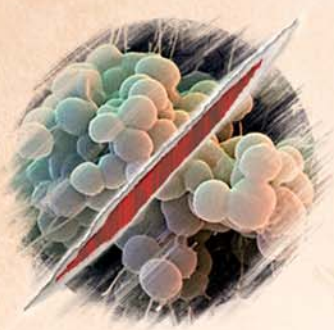
Необходимо отметить, что микрофлора, выделенная из пораженных пазух у больных СД, отличается повышенной резистентностью ко многим антибактериальным препаратам, что обусловлено частым приемом антибиотиков по поводу различных гнойно-воспалительных заболеваний, к которым данный контингент пациентов имеет повышенную восприимчивость. Наиболее чувствительными выделенные микроорганизмы были к препаратам группы цефалоспоринов III–IV поколения, респираторным фторхинолонам, современным макролидам, защищенным пенициллинам. Такие особенности выделенной микрофлоры диктуют необходимость обязательного проведения микробиологического исследования.

Консервативное лечение ОС предполагает назначение антибактериальной терапии, сосудосуживающих, муколитических, противовоспалительных препаратов. Сосудосуживающие препараты (ксилометазолин, оксиметазолин, фенилэфрин) способствуют восстановлению носового дыхания, значительно улучшая самочувствие больного, уменьшая количество отделяемого из носа и способствуя уменьшению явлений воспаления слизистой оболочки носа. Данные лекарственные средства позволяют уменьшить отек слизистой оболочки, что улучшает дренаж пазух через естественные соустья. Необходимо помнить, что длительное (свыше 8–10 дней) использование этих средств может стать причиной развития медикаментозного ринита.

Наличие густой, трудноотделяемой слизи является показанием для назначения муколитических средств (ацетилцистеин, карбоцистеин, растительные муколитики) как местно, так и в качестве системной терапии. Данные лекарственные средства способствуют разжижению вязкого секрета и облегчению его выделения, что улучшает дренаж заблокированных соустьев.

В последнее время в схему комплексного лечения синуситов включают топические назальные глюкокортикоиды, которые обладают высокоэффективным противовоспалительным и противоаллергическим действием, способствуя уменьшению отека слизистой оболочки и не вызывая в ней морфологических изменений, характерных для сосудосуживающих средств.

Затяжное течение гайморозтмоидита, особенно на фоне проводимого лечения, является показанием для лечебно-диагностической пункции верхнечелюстной пазухи. Этот метод позволяет получить содержимое пазу-



Спектрацеф

Цефдиторен

пероральный цефалоспори́н с высокой антипневмококковой активностью

Наиболее высокая активность* против *S.pneumoniae* (включая штаммы, резистентные к β -лактамам, макролидам, хинолонам) в сравнении с другими пероральными β -лактамами ¹

Активность* в отношении *H.influenzae*, сравнимая с левофлоксацином ²

Краткая инструкция по препарату Спектрацеф

Торговое название/МНН: Спектрацеф/Цефдиторен.

РУ: ЛП-001420

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Фармакотерапевтическая группа:

Антибиотик – цефалоспори́н.

Показания к применению:

Лечение инфекций, вызванных чувствительными к цефдиторену микроорганизмами:

- инфекции верхних дыхательных путей: острый тонзиллофарингит, острый гайморит;
- инфекции нижних дыхательных путей: обострение хронического бронхита, внебольничная пневмония;
- неосложненные инфекции кожи и подкожной жировой клетчатки: флегмона, инфицированные раны кожи, абсцесс, фолликулит, импетиго и фурункулез.

Способ применения и дозы:

Внутрь. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая достаточным количеством воды, предпочтительно после еды.

Рекомендуемая доза зависит от тяжести инфекции, исходного состояния пациента и потенциальных возбудителей инфекции.

Взрослые и дети старше 12 лет:

- Острый фарингитотонзиллит, острый гайморит и неосложненные инфекции кожи и подкожно-жировой клетчатки: по 200 мг каждые 12 часов в течение 10 дней.
- Обострение хронического бронхита: по 200 мг каждые 12 часов в течение 5 дней.
- Внебольничная пневмония: по 200 мг каждые 12 часов в течение 14 дней. В тяжелых случаях рекомендуют дозу по 400 мг каждые 12 часов в течение 14 дней.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к цефдиторену, другим цефалоспори́нам или любому другому компоненту препарата. Тяжелые аллергические реакции на пенициллины и другие бета-лактамы антибактериальные препараты. Печеночная недостаточность класса С по Чайлд-Пью. Пациентам, находящимся на гемодиализе. Реакции гиперчувствительности к белку казеину в анамнезе. Первичная недостаточность карнитина. Детский возраст до 12 лет. Одновременное применение цефдиторена пивоксила и блокаторов H2-гистаминовых рецепторов.

Наиболее частые побочные эффекты ($\geq 1/10$, $\geq 1/100$):

Головная боль, диарея, тошнота, боль в животе, диспепсия, кандидозный вагинит. Полный список побочных эффектов смотрите в инструкции по медицинскому применению препарата Спектрацеф.

Условия отпуска: По рецепту.

Данный материал является специализированным изданием для медицинских работников, не является инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата и ни в коей мере ее не заменяет. Перед применением следует обязательно ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению препарата Спектрацеф.

В случае развития нежелательных явлений, пожалуйста, сообщите о них по электронной почте safety@rpharm.ru, либо по телефону +7(495)956-79-37, добавочные 1126 или 1506, либо по факсу +7(495)956-79-38

* in vitro

Литература: 1. Clark et al. Activity of cefditoren against respiratory pathogens. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2002; 50: 33-41

2. G. Tempera et al. Antibiotic susceptibility of respiratory pathogens recently isolated in Italy: focus on Cefditoren. Journal of Chemotherapy 2010; 22 (3): 153-159

За дополнительной информацией обращайтесь в АО «Р-Фарм»
Россия, 123154, г. Москва, ул.Берзарина, д.19, корп.1
тел.: +7 (495) 956-79-37, факс: +7 (495) 956-79-38, www.r-pharm.com



хи для последующего микробиологического исследования и осуществить быструю и целенаправленную эвакуацию гнойного отделяемого. Необходимо отметить, что пункционное лечение до настоящего времени сохраняет свою актуальность и входит в отечественные рекомендации по лечению гнойных синуситов.

Все вышеперечисленные методы лечения могут применяться в виде комплексной комбинированной терапии, однако основное лечение ОС заключается в своевременной рациональной антибактериальной терапии.

Назначение антибактериальных препаратов при типичном течении ОС не вызывает особых проблем. В настоящее время разработаны схемы терапии с учетом дозировки, кратности и длительности приема антибиотиков.

Однако затяжное течение ОС, особенно в условиях снижения факторов специфической и неспецифической резистентности и колонизации верхних дыхательных путей устойчивыми штаммами микроорганизмов (СД, гипотиреоз, хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма), требует тщательного и дифференцированного подхода к назначению антибактериальной терапии.

В данной ситуации при выборе антимикробного препарата приходится учитывать не только предполагаемый возбудитель ОС, но и патогенетические особенности, обусловленные коморбидной патологией: состояние углеводного и жирового обменов, функции мочевыделительной системы и печени, что позволит выбрать эффективную и безопасную схему антибактериальной терапии. В таких условиях особое значение приобретают препараты с повышенной эффективностью в отношении ключевых патогенов. Среди них особо выделим Спектрацеф.

Спектрацеф относится к цефалоспорином 3-го поколения. Основное действующее вещество – цефдиторен, полусинтетический бета-лактамный антибиотик, механизм действия которого связан с ингибированием синтеза бактериальной стенки благодаря его родству с пенициллин-связывающими белками.

Важным отличием цефдиторена от других цефалоспоринов III поколения для перорального приема (цефиксим,

цефтибутен) является его высокая бактерицидная активность в отношении пневмококков, в т. ч. пенициллинрезистентных. По выраженности бактерицидного эффекта через 24 ч цефдиторен превосходит другие пероральные бета-лактамы, включая амоксициллин/клавуланат (АМК), цефуроксим, цефиксим, цефподоксим и по меньшей мере не уступает левофлоксацину.

Природная устойчивость к большинству наиболее распространенных хромосомных и плазмидных β -лактамаз грамотрицательных бактерий, которые могут вегетировать параллельно с основными возбудителями, поддерживая стойкий воспалительный процесс, обеспечивает цефдиторену высокую активность и в отношении грамотрицательных бактерий, в частности *H. influenzae*. Препарат обладает высокой биодоступностью и при назначении в дозе 200 мг 2 раза в день создает надежные бактерицидные концентрации в очаге поражения даже в случаях грубых патоморфологических изменений, возникающих в очаге поражения под действием факторов патогенности микроорганизмов. Анализ влияния цефдиторена и амоксициллина/клавуланата на *S. pneumoniae* и *H. influenzae* в составе биопленки показал, что цефдиторен вызывает статистически значимо большее снижение оптической плотности биопленки обоих микроорганизмов по сравнению как с контролем, так и с АМКК.

Немаловажно и то, что у цефдиторена благодаря отсутствию печеночного метаболизма нет значимых лекарственных взаимодействий, что необходимо учитывать при наличии коморбидной патологии.

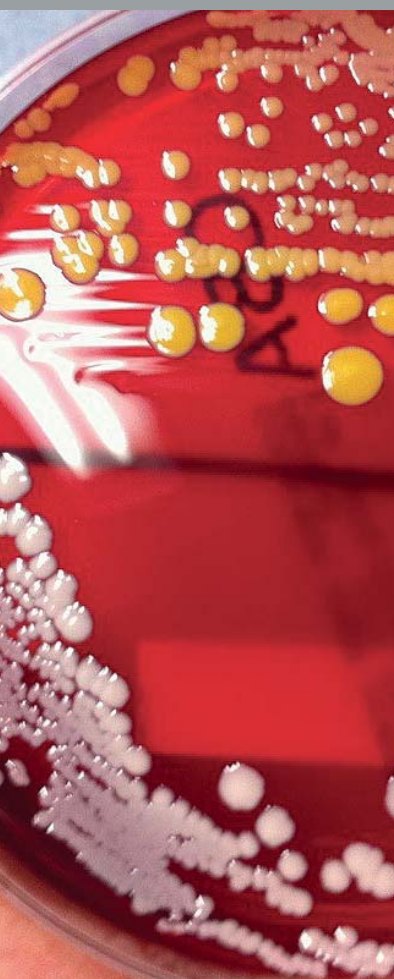
Длительность курса терапии цефдитореном должна составлять от 7 до 10 сут.; нежелательные лекарственные реакции возникают не часто и обычно не требуют отмены препарата.

Обобщая вышеизложенное, необходимо подчеркнуть, что Спектрацеф не только является эффективным препаратом для лечения банальных форм гнойного поражения околоносовых пазух, но и позволяет добиться хорошего результата при лечении затяжных, рецидивирующих форм синусита, а также при профилактике развития местных и генерализованных осложнений.



ЛИТЕРАТУРА

- Anand VK. Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*, 2004, 193: 3-5.
- Лопатин А.С. Принципы лечения острых и хронических синуситов. Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины: Лекционный образовательный курс. М., 2006. С. 15-23.
- Крюков А.И., Студеный М.Е., Артемьев М.Е. и др. Лечение пациентов с риносинуситами: возможности консервативного и оперативного воздействия. *Медицинский совет*, 2012, 11: 92-96.
- Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. М., 2000.
- Garrison MW, Campbell RK. Identifying and treating common and uncommon infections in the patient with diabetes. *Diabetes Educ*, 1993, 19(6): 522-529; quiz 530-1.
- Lin Y, Sun Z. Current views on type 2 diabetes. *J. Endocrinol.*, 2010, 204: 1-11.
- Wellen KE, Hotamisligil GS. Inflammation, stress, and diabetes. *J. Clin. Invest.*, 2005, 115: 1111-1119.
- Юшкина М.А. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов у больных сахарным диабетом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2012. 25 с.
- Boyko EJ, Lipsky BA. Infection and diabetes. M.I. Harris et al. (ed) *Diabetes in America*. 2nd ed. National Institute of Health, 1995: 485-500.
- Бойкова Н.Э., Элькун Г.Б. Острая гнойная патология ЛОР-органов: подходы к лечению. РМЖ, 2009, 17(2): 78-82.
- Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии. Под ред. Пальчуна В.Т., Крюкова А.И., Маромедова М.М. М.: Геотар-М., 2015, 224 с.
- Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной пазухе. *Вестник оториноларингологии*, 2011, 2: 5-7.
- Петухова П.В. Особенности метаболизма слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи в норме и при различных формах гайморита: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. С. 103.
- Владимирова Е.Б. Морфофункциональные изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух после радикального хирургического лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002, с. 24.
- Крюков А.И., Гуров А.В., Изотова Г.Н. Возможности современных макролидов в стартовой терапии острого бактериального синусита. РМЖ, 2012, 20(27): 1374-1377.

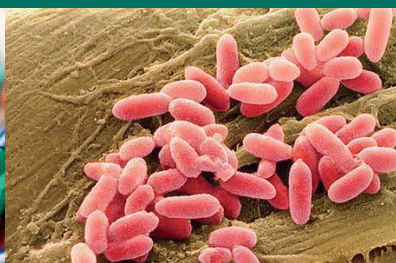


МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС МАКМАХ ПО АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ

| 25 • 27 мая | 2016 |
| Москва |

Включен в План
научно-практических
мероприятий Министерства
здравоохранения Российской
Федерации на 2016 год

Гостиница «Космос», пр-т Мира, 150,
ст. м. «ВДНХ»



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии
и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)

Европейское общество по клинической микробиологии
и инфекционным болезням (ESCMID)

Международный союз за разумное применение антибиотиков (APUA)

Международное общество по химиотерапии (ISC)

НИИ антимикробной химиотерапии (НИИАХ)

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

Гостиница «Космос», г. Москва, пр-т Мира, 150 (ст. м. ВДНХ)

СЕКРЕТАРИАТ

214019, Россия, г. Смоленск, а/я 5 Эл. почта: conference@antibiotic.ru
Тел.: (4812) 45 06 02, 45 06 03 www.antibiotic.ru/conference
Факс: (4812) 45 06 12 (доб. 123)

ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ

РОЛЬ ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Риносинусит – одно из наиболее распространенных заболеваний в клинической практике, в связи с которым пациенты обращаются за помощью. Подавляющее большинство острых риносинуситов вызвано вирусными агентами, тропными к респираторному эпителию. Симптоматическое лечение включает топические антибактериальные препараты, деконгестанты, топические кортикостероиды, ирригационно-элиминационную терапию при легком и среднетяжелом характере течения заболевания (умеренная боль, температура меньше 38,3 °С). Антибактериальные препараты широкого спектра действия, такие как амоксициллин, рекомендованы у пациентов с симптоматикой, не улучшающейся в течение 7 суток, или при ухудшении состояния. Рентгенологические исследования не рекомендуются при обследовании по поводу острого неосложненного риносинусита. Компьютерная томография также не должна быть использована в качестве рутинного метода обследования, хотя может применяться для выявления анатомических аномалий и при подозрении на осложнения острого бактериального риносинусита, такие как орбитальные, внутричерепные и поражения костных структур. Использование комплексных топических препаратов с широким антибактериальным, противовоспалительным и сосудосуживающим действием позволяет эффективно воздействовать на неосложненные формы острого вирусного, поствирусного и бактериального синуситов.

Ключевые слова:
 топическая терапия
 риносинусит

Синусит – одно из заболеваний, по поводу которого чаще всего к врачам общей практики обращаются пациенты. Каждый год в США диагноз синусита ставится одному из семи взрослых людей и диагностируется у 31 млн пациентов [10, 11] а в России – свыше 10 млн случаев в год [1].

Экономические затраты включают лекарственные препараты, обращение пациентов в поликлиническую службу или стационар, а также различное обследование, что в целом выливается в 3 блн долл. в год [3].

Синуситы занимают пятое место среди всех заболеваний, по поводу которых выписываются антибактериальные препараты [13].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Воспаление в околоносовых пазухах крайне редко встречается без сопутствующего воспалительного процесса на слизистой оболочке полости носа, поэтому термин *риносинусит* более соответствует описанию данной патологии. По этиологическому фактору острые синуситы делятся на: 1) вирусные; 2) поствирусные; 3) бактериальные. По тяжести течения процесса синуситы делятся на легкие, среднетяжелые и тяжелые (табл. 1). В 95% случаев бактериальный острый синусит развивается на фоне перенесенной респираторной вирусной инфекции.

Респираторные вирусы (риновирус, вирус парагриппа и др.) в процессе своей репродукции оказывают цитопатическое воздействие на клетки мерцательного эпителия, вызывая, таким образом, его реструктуризацию с замещением клеток реснитчатого эпителия бокаловидными клетками, что ведет к снижению активности мукоцилиарного транспорта, гиперпродукции секрета бокаловидных клеток и уменьшению в его составе факторов специфической и неспецифической резистентности. В соответствии с рекомендациями EPOS-2011 введено понятие *острый вирусный риносинусит* с длительностью характерной симптоматики до 5–7 дней с последующим улучшением.

Признаки и симптомы острого бактериального риносинусита и пролонгированной острой респираторной вирусной инфекции схожи, что может привести к гипердиагностике острого бактериального риносинусита

При этом рекомендовано на этом этапе применять противовирусные препараты, анальгетики, противовоспалительные препараты.

ЭТИОЛОГИЯ

Большинство случаев острого риносинусита вызывается вирусными агентами в сочетании с переохлаждением. Отек слизистой оболочки ведет к обструкции устья синусов. Кроме этого, вирусные и бактериальные агенты повреждают клетки реснитчатого эпителия, который участвует в транспортировке слизи. Обструкция и замедле-

Таблица 1. Степени тяжести течения острого риносинусита [1]

Степень тяжести	Симптомы
Легкая	Отсутствие лихорадочной реакции Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух. Отсутствие осложнений
Средне-тяжелая	Температура не выше 38,0 °С Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы. Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений
Тяжелая	Температура выше 38,0 °С Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи. Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений

ние мукоцилиарного транспорта вызывают стагнацию секрета и снижение кислородного насыщения в околоносовых пазухах. Это состояние является благоприятнейшей почвой для размножения бактерий и вирусов. Среди бактериальных агентов наиболее часто встречаются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* [2]. Наиболее частыми вирусами, вызывающими развитие вирусного острого риносинусита, являются риновирусы, аденовирусы, вирус гриппа и парагриппа.

ДИАГНОСТИКА

Признаки и симптомы острого бактериального риносинусита и пролонгированной острой респираторной вирусной инфекции схожи, что может привести к гипердиагностике острого бактериального риносинусита (ОБРС). Наличие гнойного отделяемого из полости носа – не единственный критерий, определяющий бактериальную инфекцию [1, 6]; клиника заболевания и длительность также имеют большое значение. У большинства пациентов вирусный риносинусит разрешается или имеет выраженное улучшение в сроки от 7 до 10 дней. Диагноз ОБРС ставится при персистировании симптомов более 10 дней или ухудшении состояния в сроки от 5 до 7 суток [6, 8].

Американская академия оториноларингологии – хирургии головы и шеи и Американская ассоциация терапевтов предложили следующие диагностические критерии риносинусита [13]. Эти критерии были поддержаны

рядом сообществ (Centers for Disease Control and Prevention, the Infectious Diseases Society of America, and the American Academy of Family Physicians). В *таблица 2* указана чувствительность и специфичность критериев, используемых при диагностике риносинусита. Бактериальное исследование выполняется при резистентности микроорганизмов к проводимой терапии или у пациентов с иммунодефицитом.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ

Рентгенологическое исследование не рекомендовано при обследовании пациентов с неосложненным острым риносинуситом [9]. Обзорная рентгенография околоносовых пазух не выявляет наличия вирусного или бактериального риносинусита; снижение прозрачности пазухи будет иметь место как при вирусной, так и при бактериальной этиологии заболевания. КТ околоносовых пазух не должна быть рутинным исследованием при диагностике острого бактериального риносинусита, но может быть полезной при выявлении анатомических изменений, а также подозрении на осложнения ОБРС. МРТ может быть полезной при подозрении на опухолевые процессы или грибковые синуситы, при которых происходит вовлечение мягкотканых структур.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Антибактериальная терапия назначается пациентам с симптомами и признаками ОРС, которые не улучшаются в течение 7 суток или имеют тенденцию к ухудшению течения заболевания, в т. ч. при выраженном болевом синдроме и повышении температуры тела свыше 38,3 °С, а также пациентам с иммунодефицитом (*табл. 3*). В клиническом обзоре 13 рандомизированных исследований по использованию системной антибактериальной терапии при ОРС

Таблица 2. Признаки и симптомы острого риносинусита

Признак/симптом	PPV (%)	NPV (%)	Чувствительность (%)	Специфичность (%)
ОРВИ в анамнезе	81	88	89	79
Лицевая боль, чувство давления или наполненности (боль при наклоне головы вперед)	77	75	75	77
Гнойные выделения из полости носа	61	55	35	78
Боль в зубах верхней челюсти	56	59	66	49
Затруднение носового дыхания	43	35	60	22
Примечание. NPV – негативный критерий (negative predictive value); PPV – позитивный критерий (positive predictive value). PPV и NPV основываются на превалировании симптомов острого риносинусита у 50% взрослых, обратившихся в клинику с симптоматикой ОРС.				

Таблица 3. Ключевые рекомендации для врачей общей практики (EPOS-2011)

Клинические рекомендации	Доказательная база	Ссылки
Радиографическое исследование у пациентов с острым риносинуситом не рекомендуется, за исключением осложнений или дифференциальной диагностики	C	1, 9, 10
Антибактериальная терапия рекомендована пациентам с острым риносинуситом при отсутствии клинической динамики в течение 7 суток или ухудшении состояния; при сильных болевых ощущениях или повышении температуры тела более 38,3 °C, а также у иммунокомпрометированных пациентов	B	1, 11–13
Амоксициллин является препаратом выбора для большинства пациентов с острым бактериальным риносинуситом	A	1, 13
Макролиды являются альтернативой амоксициллину при лечении пациентов с острым бактериальным риносинуситом с аллергией на пенициллин	C	1
Риносинусит легкой и среднетяжелой степени течения в сроки до 7 суток необходимо лечить поддерживающей терапией, включая анальгетики, деконгестанты короткого действия, ирригационно-элиминационной терапией и интраназальными глюкокортикоидами	A	1, 18, 31
Степень доказательности исследований. http://www.aafp.org/afpsort.xml		

Таблица 4. Уровень доказательности и рекомендаций по лечению риносинусита у взрослых (EPOS-2012)

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Антибиотики	Ia	A	Да, при ОБРС
Топические глюкокортикостероиды (ГКС) (интраназальные ГКС)	Ia	A	Да, в основном при поствирусном аллергическом риносинусите
Добавление интраназальных ГКС к антибиотикам, пероральных ГКС к антибиотикам	Ia	A	Да, при ОБРС
Промывание носа физраствором	Ia	A	Да
Антигистаминный препарат (АГП + деконгестант)	Ia	A	Да, при вирусном ОРС
Ипратропия бромид	Ia	A	При вирусном ОРС
Пробиотики	Ia	A	Для профилактики
Цинк, витамин С, эхинацея	Ib	C	Нет
Фитопрепараты, ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты, парацетамол	Ib (1 исследование)	A	Да, при вирусном и поствирусном ОРС
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией		B	Нет
Паровые ингаляции	Ia (-) – неэффективно	A (-) – не использовать	Нет
Кромоглициевая кислота	Ib (-) – неэффективно		Нет
Деконгестанты (монотерапия), муколитики	Нет данных	D	Нет
Степень доказательности исследований. http://www.aafp.org/afpsort.xml			

у взрослых показано, что более 70% пациентов имели улучшение симптоматики через 7 суток вне зависимости от того, использовали они системно антибактериальные препараты или нет [6]. Полное клиническое излечение без антибактериальных препаратов наступало у 8% пациентов в сроки от 3 до 5 суток, у 35% – от 7 до 12 суток и у 45% – к 14–15-м суткам. Использование антибиотиков увеличивало полное излечение на 15% по сравнению с плацебо в сроки от 7 до 12 суток (число нуждающихся в лечении – 7). К 14–15-м суткам антибактериальная терапия не выявляла преимуществ. Побочные эффекты при использовании антибиотиков были выше, чем в группе плацебо [4]. Наиболее часто встречались диарея, тошнота, рвота, аллергические кожные реакции, вагинальные выделения и головная боль.

Другой метаанализ показал небольшой терапевтический эффект при использовании антибиотиков с увеличением частоты побочных реакций при их применении [7]. Еще в одном рандомизированном двойном слепом клиническом исследовании не было выявлено улучшения по сравнению с плацебо при использовании антибиотиков в течение 14 суток [11]. Однако при анализе подгрупп, где достигнуто полное клиническое излечение, было выявлено, что в группе принимавших антибиотики на это потребовалось 8,1 против 10,7 дня в группе плацебо.

Однако выраженная лихорадка, периорбитальный отек, эритема и выраженная лицевая боль служат серьезными признаками в пользу раннего назначения системной антибактериальной терапии. Кроме того, возраст пациента, общесоматический статус, наличие сердечно-сосудистой патологии и сопутствующих заболеваний должны правильно оцениваться в пользу своевременного назначения антибактериальной терапии [1].

ВЫБОР АНТИБИОТИКА

Препаратом выбора при ОБРС является амоксициллин: он безопасен, эффективен и оптимален по соотношению *цена – качество*.

Альтернативной группой препаратов являются макролиды [1, 6, 13]. Рекомендуемая длительность лечения составляет 10 суток. Однако допускается и назначение более коротких курсов (3–5 суток), что ведет к меньшему развитию побочных эффектов [6, 15].

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

К средствам симптоматической терапии ОРС относятся анальгетики, деконгестанты, антигистаминные препараты, топические кортикостероиды, а также растворы для ирригационной терапии (табл. 4). В Российской Федерации большая роль также отводится муколитикам как системного, так и топического воздействия [1].

Использование топического воздействия на слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух перспективно в плане отсутствия системного воздействия, а также прицельного контакта с патогенной биопленкой, которая имеется на поверхности слизистой оболочки при наличии патологического процесса. Антимикробные препараты для местного воздействия на слизистые оболочки могут назначаться в комплексе с системным применением антибиотиков, а при неосложненных ОРС и как монотерапия. Включение в состав препарата кортикостероида позволяет существенно снижать отек и воспаление, которые создают препятствие для оттока патологического секрета из околоносовых пазух, а наличие деконгестанта усиливает противоотечный эффект препарата и купирует заложенность носа. Важную роль также играют свойства данного препарата, который должен характеризоваться минимальной резорбцией и не иметь местного раздражающего и системного действия.

В соответствии с современными требованиями топические антибактериальные препараты должны быть нетоксичными, обладать широким спектром антибактериальной активности, низкими резорбтивными свойствами

и аллергенностью. Кроме этого, локально применяемые препараты не должны оказывать раздражающее действие на слизистую оболочку верхних дыхательных путей и нарушать деятельность мерцательного эпителия. Антибактериальная топическая терапия в сочетании с интраназальными и/или системными противоотечными и противовоспалительными средствами, а также элиминационная терапия для удаления патологического секрета занимают основное место в лечении острого риносинусита [10, 12, 16, 17].

Антибактериальная топическая терапия в сочетании с интраназальными и/или системными противоотечными и противовоспалительными средствами, а также элиминационная терапия для удаления патологического секрета занимают основное место в лечении острого риносинусита

Многочисленные исследования отечественных отоларингологов по применению комплексных топических препаратов в случаях острых и хронических бактериальных воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух показали их высокую эффективность в отношении ускорения темпов выздоровления пациентов, купирования клинической симптоматики воспалительного процесса и в итоге в улучшении качества жизни.

Таким образом, при лечении воспалительной патологии полости носа и околоносовых пазух вирусной, поствирусной и бактериальной природы при их неосложненном течении целесообразно прибегать к местной антибактериальной терапии как обоснованной альтернативе системному применению антибиотиков. Решение о назначении этиотропного лечения должно быть строго взвешенным.



ЛИТЕРАТУРА

1. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. Под ред. С.В. Рязанцева. М.: СПб., 2014. 40 с.
2. Свистушкин В.М., Шевчик Е.А. Острый риносинусит – современный взгляд на проблему. *РМЖ*, 2014, 9: 643–648.
3. Ah-See KW, Evans AS. Sinusitis and its management. *BMJ*, 2007, 334(7589): 358–361.
4. Ahovuo-Saloranta A, Borisenko OV, Kovanen N et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, 2: CD000243.
5. Anon JB, Jacobs MR, Poole MD et al. Sinus and Allergy Health Partnership (SAHP). Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2004, 130(1 suppl): S1–S45.
6. Aring AM, Chan MM. Acute Rhinosinusitis in Adults. *Am Fam Physician*, 2011 May 1, 83(9): 1057–1063.
7. Falagas ME, Giannopoulou KP, Vardakas KZ, Dimopoulos G, Karageorgopoulos DE. Comparison of antibiotics with placebo for treatment of acute sinusitis: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Infect Dis*, 2008, 8(9): 543–552.
8. Fokkens W, Lund V, Bachert C et al. EAACI position paper on rhinosinusitis and nasal polyps executive summary. *Allergy*, 2005, 60(5): 583–601.
9. Lacroix JS, Ricchetti A, Lew D et al. Symptoms and clinical and radiological signs predicting the presence of pathogenic bacteria in acute rhinosinusitis. *Acta Otolaryngol*, 2002, 122(2): 192–196.
10. Meltzer EO, Bachert C, Staudinger H. Treating acute rhinosinusitis: comparing efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray, amoxicillin, and placebo. *J Allergy Clin Immunol*, 2005, 116(6): 1289–1295.
11. Merenstein D, Whittaker C, Chadwell T, Wegner B, D'Amico F. Are antibiotics beneficial for patients with sinusitis complaints? A randomized double-blind clinical trial. *J Fam Pract*, 2005, 54(2): 144–151.
12. Rabago D, Zgierska A, Mundt M, Barrett B, Bobula J, Maberry R. Efficacy of daily hypertonic saline nasal irrigation among patients with sinusitis: a randomized controlled trial. *J Fam Pract*, 2002, 51(12): 1049–1055.
13. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007, 137(3 suppl): S1–S31.
14. Rosenfeld RM, Singer M, Jones S. Systematic review of antimicrobial therapy in patients with acute rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007, 137(3 suppl): S32–S45.
15. Young J, De Sutter A, Merenstein D et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet*, 2008, 371(9616): 908–914.
16. Zelmanovici A, Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, 4: CD005149.
17. Williamson IG, Rumsby K, Bengt S et al. Antibiotics and topical nasal steroid for treatment of acute maxillary sinusitis: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2007, 298(21): 2487–2496.

РИНОСИНУСИТ:

КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Во всем мире регистрируется рост распространенности острых и хронических форм риносинуситов среди взрослого и детского населения. В статье отражены результаты современных исследований по распространенности риносинуситов, представлены классификации, этиологические аспекты, а также изложены основные тактические принципы ведения и антибактериальной терапии этого заболевания.

Ключевые слова:

риносинусит

антибактериальная терапия

Термин «риносинусит» сравнительно молод, он был введен в научный оборот в середине 90-х гг. специалистами из American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery (Американская академия хирургической отоларингологии головы и шеи); ими же были предложены определение, перечень основных и второстепенных симптомов, а также классификация [1–2].

В дальнейшем дефиниции риносинуситов, а также их классификации уточнялись и расширялись многопрофильными группами экспертов, в т. ч. из European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI – Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии) и Infectious Disease Society of America (IDSA – Американское общество по инфекционным болезням). Коллективный опыт клиницистов и исследователей обобщался в многочисленных согласительных документах и практических рекомендациях [3–7].

В настоящее время риносинусит взрослых в EPOS-2012 [7] определяется как воспаление слизистой оболочки, выстилающей носовые ходы и придаточные пазухи носа, характеризующееся двумя или более признаками. К ним относятся: заложенность носа вследствие отека слизистой оболочки и обструкции носовых ходов, а также выделения из передних и задних отделов полости носа (основные симптомы). Из числа второстепенных симптомов выделяют: боли либо ощущение давления (распирания) в области лица, снижение или потеря обоняния, наличие носовых полипов, гнойно-слизистых выделений, особенно из среднего носового хода, обструкцию носовых ходов (прежде всего – среднего) вследствие отека слизистой оболочки, а также выявляемые на КТ изменения слизистой оболочки в пределах остиомеатального комплекса и/или пазух носа. У детей к перечисленным второстепенным признакам добавляется кашель.

Специалисты из IDSA предложили сходное определение риносинусита, однако их перечень основных и второстепенных его признаков шире [6]. К числу основных признаков отнесены гнойные выделения из полости носа,

гнойные выделения по задней стенке глотки, заложенность носа, боль в области лица, чувство распирания (давления), снижение или потеря обоняния, лихорадка. К числу второстепенных – головная боль, боль в ухе, неприятный запах изо рта, зубная боль, кашель, утомляемость.

Оценивать степень тяжести течения риносинусита Л.С. Страчунский с соавт. (1999) [8] предлагали по следующим критериям:

■ легкая степень характеризуется заложенностью носа, слизистыми или слизисто-гнойными выделениями из носа и/или в ротоглотку, температурой тела до 37,5 °С, головной болью, слабостью, гипосмией; толщиной слизистой оболочки менее 6 мм, выявляемой на рентгенограмме околоносовых синусов;

■ средняя степень тяжести – заложенность носа, гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, температура тела выше 37,5 °С, боль и болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, гипосмия, может быть иррадиация боли в зубы, уши, общее недомогание, толщина слизистой оболочки более 6 мм; полное затемнение или уровень жидкости в 1 или 2 синусах на рентгенограмме околоносовых синусов;

■ тяжелая – заложенность носа, часто обильные гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку (но могут отсутствовать), температура тела выше 38 °С, сильная болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, аносмия, выраженная слабость, полное затемнение или уровень жидкости более чем в 2 синусах на рентгенограмме околоносовых синусов; в общем анализе крови – повышенный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ; орбитальные, внутричерепные осложнения или подозрение на них.

При этом в каждом конкретном случае степень тяжести клинического течения должна оцениваться по совокупности наиболее выраженных симптомов. Например, при подозрении на орбитальные или внутричерепные осложнения течение заболевания следует расценивать как тяжелое, независимо от выраженности других симптомов [9–11].

В EPOS-2012 [7] содержится рекомендация определять степень тяжести течения риносинусита на основании субъективной оценки состояния самим пациентом, с помощью визуальной аналоговой шкалы VAS (visual analog scale). Шкала представляет собой 10-см линейку,

где 0 см соответствует отсутствию жалоб, а 10 см – их максимальной выраженности. После инструктажа со стороны медицинского работника пациент отмечает на линейке точку, которая соответствует субъективной оценке своего самочувствия или выраженности того или иного конкретного симптома. Деления от 0 до 3 см соответствуют легкой степени, от 3 до 7 см – средней и от 7 до 10 см – тяжелой степени заболевания.

Классификация риносинуситов American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery [2] была предложена в 1995 г. Она выделяла следующие подвиды:

- острый (acute) – продолжительность не более 4 нед.;
- острый рецидивирующий (recurrent acute) – 4 либо более эпизодов в год с продолжительностью каждого эпизода не менее 1 и не более 4 нед.;
- подострый (subacute) – более 4 нед. с полным выздоровлением после эффективной медикаментозной терапии;
- хронический (chronic) – продолжительность более 12 нед.

В European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS) от 2012 г. [7] выделяют две формы риносинусита:

- острый – продолжительность не более 12 нед.;
- хронический – продолжительность более 12 нед.

Риносинуситы являются наиболее распространенными среди заболеваний ЛОР-органов как у взрослых, так и у детей. При этом они никогда не являются начальным звеном в цепи патологических изменений и чаще всего развиваются вследствие ОРВИ. В подавляющем большинстве случаев при ОРВИ поражаются околоносовые пазухи – возникает отек слизистой оболочки и застой секрета. Основные клинические симптомы синусита – заложенность носа и обильные выделения. У взрослых при этом, как правило, наблюдается нарушение обоняния, у детей – кашель. Если эти симптомы длятся не более 5 дней – состояние расценивается как ОРВИ. Если симптомы не исчезают в течение 10 дней либо по прошествии 5 дней становятся более выраженными, заболевание расценивается как острый риносинусит; при продолжительности более 4 нед. – как хронический [7–12].

Согласно IDSA [6], типичными признаками, позволяющими заподозрить острый бактериальный риносинусит, являются:

- начало заболевания с появления стойких симптомов острого риносинусита, которые сохраняются как минимум в течение 10 суток без видимых признаков клинического улучшения;
- клиническая манифестация: либо внезапное повышение температуры тела до 39 °С, появление гнойных выделений из носа и/или боли в области лица, которые сохраняются в течение 3–4 суток, либо «double sickening» (появление перечисленных симптомов после перенесенного вирусного риносинусита, который продолжался 5–6 суток).

Несмотря на то что риносинусит является одним из наиболее распространенных заболеваний, имеет существенное влияние на качество жизни человека и наносит существенный ущерб национальным экономикам, точные данные по эпидемиологии этого заболевания крайне немногочисленны.

В Европе в течение долгого времени значение риносинуситов недооценивалось. Данные об их распространенности в европейских популяциях встречаются редко. В 2005 г. Европейский союз запустил большой эпидемиологический проект – The Global Allergy and Asthma European Network (GA²LEN study). В 2011 г. были опубликованы результаты многоцентрового изучения заболеваемости хроническим риносинуситом в Европе, проведенного в рамках GA²LEN. В исследование вошли 57 128 респондентов из 12 стран. Примечательно, что лишь у 5,0% из них был уже установленный диагноз «хронический риносинусит», однако по результатам тестирования, в соответствии с критериями EP³OS [7], оказалось, что хроническим риносинуситом в действительности страдают 10,9% респондентов [13].

В Голландии заболеваемость риносинуситами составила 1 880 на 100 000 населения. Среди женщин она была выше, чем среди мужчин, – 2 310 против 1 440 на 100 000 населения. У большинства пациентов, вошедших в исследование (69,0%), был зарегистрирован один эпизод риносинусита, у 19,0% – один рецидив и лишь у 12,0% – 2 и более [14].

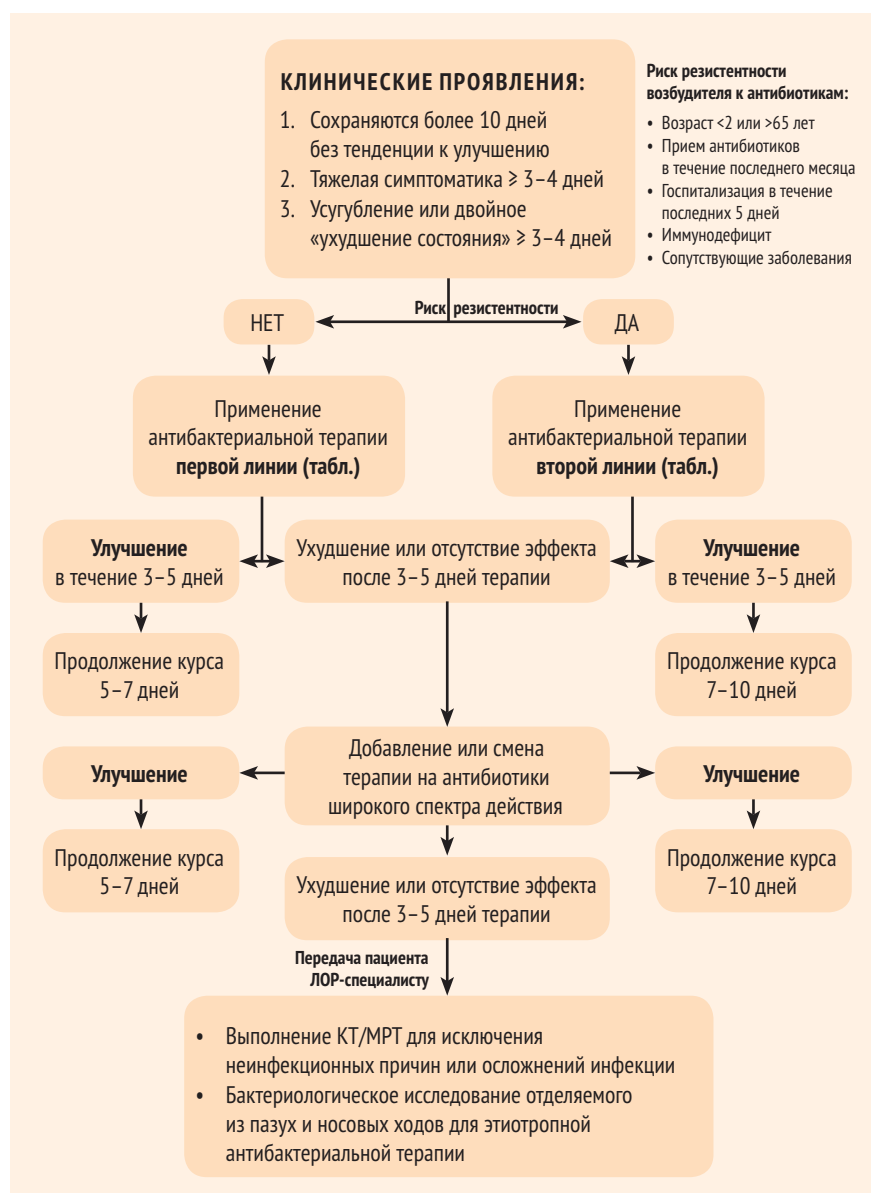
В США заболеваемость риносинуситами за последние 20 лет выросла многократно. Об этом свидетельствует, в частности, динамика количества ежегодных посещений врача: если в 1995 г. оно составляло около 12 млн [15–16], то к 2004 г. возросло до 32 млн [17].

Согласно клинко-практическим рекомендациям IDSA, в комплекс обследования при остром риносинусите должно входить обязательное выполнение риноскопии/риноэндоскопии, рентгенографии околоносовых пазух в 3 проекциях, КТ/МРТ полости носа, придаточных пазух, орбит, головного мозга – при малейшем подозрении на развитие осложнений и для контроля лечения

В 2003 г. были опубликованы результаты изучения распространенности хронического риносинусита в Канаде в 1996–1997 гг. [18]. Среди женщин она была выше и составляла 5,7% (среди мужчин – 3,4%). В 2013 г. заболеваемость острым риносинуситом в Канаде составила около 5 000 на 100 000 населения [19]. В Европе распространенность по разным странам оценивается в более широких пределах – от 6,9 до 27,1% [13]. По оценке А.М. Halawi et al. (2015) [20], распространенность хронического риносинусита в США составляет от 2 до 16%.

К сожалению, информация о заболеваемости риносинуситами в статистических отчетах Минздрава России отсутствует. По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы, распространенность синуситов составляет 1 420 случаев на 100 000 взрослого населения [21].

В исследовании Е.Ю. Радциг с соавт. (2014) приведены результаты исследования 50 аспиратов из околоносовых пазух. Риносинусит имел вирусную этиологию в 8% случаев,

Рисунок. Алгоритм ведения острого бактериального риносинусита**Таблица. Антибактериальные препараты для лечения острого бактериального риносинусита взрослых [6]**

Показание	Препараты первой линии (суточная доза)	Препараты второй линии (суточная доза)
Эмпирическая терапия	Амоксициллина клавуланат (500/125 мг PO ¹ tid ³ или 850/125 мг PO bid ⁴)	Амоксициллина клавуланат (2000/125 мг PO bid) Доксициклин (100 мг PO bid или 200 мг PO qd ⁵)
Аллергия на β -лактамы		Доксициклин (100 мг PO bid или 200 мг PO qd) Левифлоксацин (500 мг PO qd) Моксифлоксацин (400 мг PO qd)
Тяжелая инфекция, требующая госпитализации		Ампициллина сульбактам (1,5–3 г IV каждые 6 ч) Левифлоксацин (500 мг PO или IV qd) Моксифлоксацин (400 мг PO или IV qd) Цефтриаксон (1–2 г IV каждые 12–24 ч) Цефотаксим (2 г IV каждые 4–6 ч)

1PO – внутрь; 2IV – внутривенно; 3tid – 3 раза в день; 4bid – 2 раза в день; 5qd – 1 раз в день.

бактериальную – в 24%, вирусно-бактериальную – в 26% случаев. В 42% случаев возбудитель не был определен ни одним из используемых методов. В European Respiratory Journal авторы опубликовали результаты исследования 92 тестов. Вирусный риносинусит был определен в 14,1% случаев, бактериальный – в 33,7% случаев, смешанный – в 28,3% случаев, и в 23,9% случаев возбудитель не был определен [22]. В журнале «Эпидемиология и инфекционные болезни» опубликованы результаты уже 99 проб: бактериальная этиология подтверждена в 32,3% случаев [23]. В монографии Х.Т. Абдулкеримова с соавт. (2013) [10] представлены микроорганизмы, наиболее часто выступающие в качестве этиологического фактора в развитии острого риносинусита: Streptococcus pneumoniae (до 42,0 %), Haemophilus influenzae (20–25%), β -гемолитический стрептококк (15,5%), Streptococcus pyogenes (6,9%), Staphylococcus aureus (4,0%), H. parainfluenzae (2,3%), M. catarrhalis (1,1%).

Согласно клинко-практическим рекомендациям IDSA [6], в комплекс обследования при остром риносинусите должно входить обязательное выполнение риноскопии/риноэндоскопии, рентгенографии околоносовых пазух в 3 проекциях, КТ/МРТ полости носа, придаточных пазух, орбит, головного мозга – при малейшем подозрении на развитие осложнений и для контроля лечения. Алгоритм ведения пациента с острым риносинуситом представлен на рисунке.

При остром бактериальном риносинусите возникают абсолютные показания к назначению системной антибактериальной терапии пациентам всех возрастных групп. При эмпирической антибактериальной терапии препаратом первой линии является амоксициллин/клавуланат – полусинтетический пенициллин, содержащий ингибитор β -лактамаз, что обуславливает высокую активность в отношении основных возбудителей острого риносинусита (табл.) [6].

Амоксициллин/клавуланат характеризуется высокой биодоступностью при приеме внутрь, хорошим проникновением в различные ткани и

жидкости организма, что позволяет достичь в них концентраций антибиотика, многократно превосходящих значения МПК для чувствительных микроорганизмов. Прием пищи не влияет на полноту и скорость абсорбции, около 20% препарата связывается с белками плазмы. Быстро распределяется и создается терапевтическая концентрация в мокроте, секрете слизистых оболочек верхних дыхательных путей и уха, костях и спинномозговой жидкости [24].

Лечение пациентов с легкой формой острого риносинусита может осуществляться врачами-оториноларингологами, а также врачами общей практики в неспециализированных лечебно-профилактических учреждениях.

Пациенты со среднетяжелой формой острого риносинусита подлежат госпитализации на оториноларингологические койки дневного или круглосуточного стационара.

Госпитализация пациентов с тяжелыми формами риносинусита должна осуществляться в экстренном случае только в специализированные оториноларингологические отделения многопрофильных стационаров. При подозрении на осложнения риносинусита тактика дальнейшего ведения пациента определяется на основании решения экстренно созданного консилиума специали-

стов в составе: ЛОР-врач, невролог, нейрохирург, офтальмолог, анестезиолог-реаниматолог, инфекционист, врач лучевой диагностики с возможностью применения всех современных диагностических, хирургических и медикаментозных методов лечения.

Прогноз при легкой и среднетяжелой формах острого риносинусита относительно благоприятный. При тяжелых и осложненных формах большое значение в исходе заболевания имеет своевременность оказания экстренной специализированной помощи. Большое значение имеет возраст пациента, коморбидный фон, наличие заболеваний и состояний, существенно снижающих защитно-приспособительные возможности организма [25].

Одним из важнейших аспектов профилактики острого риносинусита является профилактика и своевременное лечение острых и рецидивирующих респираторных вирусных инфекций. При имеющейся патологии полости носа, носоглотки выполнение хирургического лечения, восстановление носового дыхания, защитной функции полости носа и околоносовых пазух имеет важнейшее значение в профилактике острых и рецидивирующих форм риносинусита [10–11].



ЛИТЕРАТУРА

- Hadley J.A., Schaefer S.D. Clinical evaluation of rhinosinusitis: history and physical examination. *Otolaryngology - Head Neck Surgery*. 1997;117(3)pt 2:S5-S11. doi: 10.1016/S0194-5998(97)70002-0.
- Lanza D., Kennedy D.W. Adult rhinosinusitis defined. *Otolaryngology - Head Neck Surgery*. 1997; 117(3)pt 2:S1-S7. doi:10.1016/s0194-5998(97)70001-9.
- Meltzer E.O., Hamilos D.L., Hadley J.A., Lanza D., Marple B., Nicklas R., Bachert C., Baraniuk J., Baroody F., Benninger M. Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *Otolaryngology - Head Neck Surgery*. 2004; 114(suppl.6):155-212. doi:10.1016/j.jaci.2004.09.029.
- Meltzer E.O., Hamilos D.L. Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: a synopsis of recent consensus guidelines. *Mayo Clinic. Proceedings*. 2011;86(5): 427-443. doi:10.4065/mcp.2010.0392.
- Thomas M., Yawn B., Price D., Lund V., Mullol J., Fokkens W. EPOS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 — a summary. *Primary Care Respiratory Journal*. 2008; 17(2):79-89. doi:10.5132/pcrj.2008.00029.
- Chow A., Benninger M., Brook I., Brozek J., Goldstein E., Hicks L., Pankey G., Seleznick M., Valturo G., Wald E., File T. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clinical Infectious Diseases*. 2012; 54(suppl.8):e72-e112. doi:10.1093/cid/cir1043.
- Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012; 50(1):1-12. Доступно по: www.rhinologyjournal.com; www.ep3os.org.
- Стречунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. Антибактериальная терапия синусита. Методические рекомендации для клиницистов. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 1999;1(1):83-88.
- Свиштушкин В.М., Гринев И.А., Стецюк О.У., Андреева И.В. Рекомендации по ведению взрослых пациентов с острым риносинуситом: достигим ли консенсус? *Лечащий врач*. 2012; 11:90-96.
- Абдулкеримов Х.Т., Гаращенко Т.И., Кошель В.И., Рязанцев С.В., Свиштушкин В.М. *Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов*. Под ред. С.В. Рязанцева СПб.: Полифорум Групп; 2015.
- Пискунов С.З., Пискунов Г.З. *Риносинусит* М.: ООО Издательство «МИА»; 2013.
- Thaler E., Kennedy D. Rhinosinusitis. New York, NY: Springer; 2008.
- Hastan D., Fokkens W., Bachert C., Newson R., Bislimovska J., Bockelbrink A., Bousquet P., Brozek G., Bruno A., Dahlén S., Forsberg B., Gunnbjörnsdóttir M., Kasper L., Krämer U., Kowalski M., Lange B., Lundbäck B., Salagean E., Todo-Bom A., Tomassen P., Toskala E., van Druenen C., Bousquet J., Zuberbier T., Jarvis D., Burney P. Chronic rhinosinusitis in Europe - an underestimated disease. A GA²LEN study. *Allergy*. 2011; 66(9):1216-1223. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02646.x.
- Hoffmans R., Schermer T., Van Weel C., Fokkens W. Management of rhinosinusitis in Dutch general practice. *Primary Care Respiratory Journal*. 2011;20(1):64-70. doi: 10.4104/pcrj.2010.00064.
- Kaliner M.A., Osguthorpe J.D., Fireman P., Anon J., Georgitis I., Davis M., Naclerio M., Kennedy D. Sinusitis: bench to bedside. Current findings, future directions. *Journal of Allergy Clinical Immunology*. 1997; 99(6):829-848. doi:10.1016/s0091-6749(97)70041-1.
- Osguthorpe J.D., Hadley J.A. Rhinosinusitis. *Medical Clinics of North America*. 1999;83(1):27-42. doi:10.1016/s0025-7125(05)70085-7.
- Sande M.A., Gwaltney J.M. Acute community-acquired bacterial sinusitis: Continuing challenges and current management. *Clinical Infectious Diseases*. 2004;39(suppl.3):151-158. doi:10.1086/421355.
- Chen Y., Dales R., Lin M. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians. *Laryngoscope*. 2003;113(7): 1199-1205. doi:10.1097/00005537-200307000-00016.
- The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada 2013: Infectious diseases - The never-ending threat. Ottawa ON: Public Health Agency of Canada. 2013: Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cph-orsphc-respcscsp/2013/assets/pdf/2013-eng.pdf>
- Halawi A.M., Smith S.S., Chandra R.K. Chronic rhinosinusitis: Epidemiology and cost. *Allergy and Asthma Proceedings*. 2013;34(4): 328-334. doi:10.2500/aap.2013.34.3675.
- Крюков А.И., Студенный М.Е., Артемьев М.Е., Чумаков П.Л., Рынков Д.Л., Горин Д.С. Лечение пациентов с риносинуситами: возможности консервативного и оперативного воздействия. *Медицинский совет*. 2012;11: 52-56.
- Радциг Е.Ю., Малыгина Л.В., Лапцкая А.С. Роль респираторных вирусов в этиологии риносинусита у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2014;6:39-40. doi:10.17116/otorino201439-40.
- Селькова Е.П., Радциг Е.Ю., Бугайчук О.В., Малыгина Л.В., Лапцкая А.С., Гудова Н.А., Гренкова Т.А. Респираторные вирусы в этиологии риносинусита и острого среднего гнойного отита у детей. *Эпидемиология и Инфекционные Болезни*. 2015;3: 21-23.
- Никулин А.А., Козлов Р.С., Синопольников А.И. Новая лекарственная форма амоксициллина/клавуланата. *Фарматека*. 2010;12: 53-60.
- Кривопапов А.А., Вахрушев С.Г. Система специализированной оториноларингологической помощи в Красноярском крае. *Российская оториноларингология*. 2013; 4: 50-54.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ СЕРЕБРА

В ТЕРАПИИ ОСТРОГО РИНОСИНУСИТА

Эпидемии гриппа и ОРВИ возникают ежегодно и поражают до 15% населения земного шара. Одним из наиболее частых заболеваний, которое ассоциировано с острой респираторной инфекцией, является острый риносинусит. По данным различных эпидемиологических исследований, проведенных за последние 5 лет в более чем 30 странах, заболеваемость риносинуситом увеличилась в два раза, а переход острого риносинусита в хронический процесс наблюдается в 10–15% всех наблюдений [3].

Ключевые слова:

*риносинусит
препараты серебра
протеинат серебра*

При развитии острого ринита в воспалительный процесс синхронно вовлекаются и слизистая оболочка полости носа, и слизистая оболочка околоносовых пазух, т. к. они представляют собой единую структурную и физиологическую систему.

Острое воспаление слизистой оболочки полости носа сопровождается выраженным патоморфологическим процессом, который включает в себя тканевую, клеточную и иммунные реакции. При отсутствии адекватного лечения в короткие сроки процесс может перейти в хроническую стадию.

На начальных этапах патологического процесса воспалительные изменения вызваны воздействием вирусных агентов, которые запускают патофизиологическую реакцию. Более чем в 80% встречаются риновирусы.

В первые часы и дни заболевания очень важным является местное лечение острого риносинусита, которое помогает быстро купировать явления воспаления и добиться выздоровления без применения системных антибактериальных препаратов.

При составлении плана местной терапии следует придерживаться принципа последовательного применения препаратов с различным фармакологическим действием.

Воспаление слизистых оболочек сопровождается компенсаторным увеличением образования слизи. Изменяется состав носового секрета: уменьшается содержание воды и повышается концентрация муцинов (нейтральных и кислых гликопротеинов), что приводит к увеличению вязкости носовой слизи.

Увеличение вязкости назального секрета способствует повышенной адгезии патогенных микроорганизмов на слизистых оболочках респираторного тракта, что создает благоприятные условия для их размножения.

Местное лечение острого риносинусита логично начинать с промывания полости носа. При промывании с

поверхности слизистой оболочки удаляется патологический секрет вместе с микробами, аллергенами и пылью, уменьшается отек, повышается тонус капилляров, за счет очищения значительно улучшается работа клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки, усиливается движение слизи, что повышает защитные свойства слизистой оболочки полости носа.

Широкое распространение для промывания получили препараты на основе морской воды, доведенные до изотонического раствора. Содержащиеся в морской воде соли и микроэлементы (Ca, Fe, K, Mg, Zn и др.) способствуют повышению двигательной активности ресничек, активизации репаративных процессов в клетках слизистой оболочки носа и нормализации функции ее желез.

Также в практике применяются препараты нескольких групп, направленных на нормализацию свойств слизи и усиление ее отхождения. Первая группа – муколитики. Они снижают вязкость экссудата, что способствует облегчению его естественной эвакуации. Вторая группа – мукокинетики, которые ускоряют транспорт слизи, и третья – мукорегуляторы, препараты, которые меняют свойства слизи, что способствует ее более простому отхождению.

Для активации механизмов местного иммунитета применяются иммуномодуляторы, часто в виде местных форм. Препараты состоят из лизатов бактерий и повышают уровень выработки иммуноглобулина А и лизоцима. Стимулирование собственных защитных сил организма позволяет добиваться терапевтических целей, не разрушая природных механизмов защиты.

В начальной стадии заболевания, при легких формах острого риносинусита, а также как дополнение к системной антибиотикотерапии могут использоваться топические антибактериальные препараты, растворы антисептиков.

Топические кортикостероиды применяются при среднетяжелых и тяжелых формах острого риносинусита, при поражении нескольких пазух. На клеточном уровне противовоспалительное действие кортикостероидов осуществляется за счет уменьшения количества тучных клеток и базофилов, выраженного снижения количества эозинофилов и их продуктов в эпителии, уменьшения продукции лейкотриенов в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух [1].

Заложенность носа рассматривают как состояние, возникающее в результате увеличения проницаемости капилляров слизистой оболочки полости носа, следствием чего является расширение пещеристых тел и чрезмерное увеличение объема слизистой оболочки. Такое состояние подтверждается активными жалобами больного, данными осмотра и объективными методами исследования.

Учитывая значительную роль обструкции естественных отверстий околоносовых пазух в патогенезе риносинусита, большое значение в его терапии приобретают сосудосуживающие препараты. Традиционно для устранения данного патологического состояния используются сосудосуживающие средства на основе α -адреномиметиков [5].

Кратковременные курсы лечения местными сосудосуживающими средствами не приводят к функциональным и морфологическим изменениям в слизистой оболочке полости носа. Однако длительное использование этих средств может стать причиной развития назальной гиперреактивности, изменения гистологического строения слизистой оболочки, т.е. вызвать развитие медикаментозного ринита.

Вяжущие средства на основе серебра образуют защитную пленку из молекул серебра, которые связываются с белковыми молекулами на поврежденной инфекционным процессом слизистой оболочке

При возможности лучше заменить сосудосуживающие капли вяжущими препаратами (2%-ным раствором колларгола или протаргола). В их состав входит коллоидное серебро в мелкодисперсном состоянии. Эти медикаменты не так токсичны, как лекарства на основе ионного серебра, и не вызывают ощущение жжения и раздражения слизистой оболочки. В оториноларингологии протаргол (протеинат серебра) получил более широкое применение, чем колларгол, который чаще применяется в урологии и гинекологии.

Вяжущие средства на основе серебра образуют защитную пленку из молекул серебра, которые связываются с белковыми молекулами на поврежденной инфекционным процессом слизистой оболочке. Это приводит к снижению чувствительности слизистой оболочки к инфекционным агентам, уменьшает просвет капилляров, снижает их проницаемость, тем самым тормозя воспалительные процессы, уменьшают отечность слизистой оболочки полости носа [2].

На базе ГКБ им. С.П. Боткина в 2014–2015 гг. было проведено исследование микрофлоры полости носа при остром риносинусите у 102 (100%) пациентов. Наиболее часто мы определяли: *Streptococcus pneumoniae* – 32%, *Haemophilus influenza* – 23%, *Moraxella catarrhalis* – 9%, *Staphylococcus aureus* – 7%, *Pseudomonas aeruginosa* – 3%, не выявлено роста микрофлоры – 26%.

При проведении клинических исследований многими авторами было отмечено наличие антисептических свойств протеината серебра по отношению к *Streptococcus*

pneumoniae, *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis* 9%, *Staphylococcus aureus*, т.е. к основным значимым микроорганизмам в этиологии острого риносинусита [4]. Также протаргол не вызывает нарушение баланса нормальной микрофлоры полости носа даже при достаточно долгом применении.

Кроме антисептических свойств, протаргол усиливает регенеративные свойства мерцательного эпителия за счет образования обволакивающей защитной пленки из альбуминатов серебра [2].

Прогресс не стоит на месте, и многие привычные вещи приходят к нам в новой форме, новом качестве, оставаясь при этом проверенным и надежным средством.

Протаргол используется в течение длительного времени. С одной стороны, он себя зарекомендовал как эффективный препарат, с другой – имеет ряд проблемных качеств.

К сожалению, у протаргола короткий срок действия – 30 сут. и его можно купить только в аптеках, имеющих собственный производственный отдел. С широким распространением сетевых аптек и аптечных киосков приобретение протаргола стало непростой задачей.

Появление в нашей практике доступного протеината серебра позволило с успехом решить проблемные вопросы. Он продается во всех аптеках, т.к. производится в заводских условиях. По составу и механизму действия он идентичен протарголу. Однако протаргол представлен в виде сухого вещества – протеината серебра (таблетка) и растворителя. При необходимости его активируют путем соединения компонентов, все очень просто и доступно, согласно инструкции по медицинскому применению средства. Таблетка смешивается с растворителем, и через 15 мин раствор готов.

Активный раствор протаргола эффективен в течение 30 сут. с момента активации, что подтверждено анализом стабильности протеината серебра в растворе.

Протаргол (протеинат серебра) хорошо сочетается с лекарственными препаратами, которые используются при остром риносинусите. Применяется как у детей, так и у взрослых. Выпускается в форме капель и спрея.

Таким образом, в отечественной оториноларингологии накоплен большой и положительный опыт применения протаргола (протеината серебра) в лечении острого риносинусита, а появление его в удобной и современной форме облегчает его широкое применение в клинической практике.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дайхес Н.А. и др. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. М.; СПб., 2014. 39 с.
2. Малявина У.С. Топические препараты для лечения воспалительных заболеваний носа и носоглотки в педиатрической практике. *РМЖ*, 2014, 26: 1921–1924.
3. Овчинников А.Ю. О чем следует помнить практическому врачу для успешного лечения бактериального риносинусита. *Дыхание*, М., 2013, 2: 11–14.
4. Сичинава И.В. Протаргол в лечении риносинусита у детей. *РМЖ*, 2015, 23(14): 844–846.
5. Фармакология. Под ред. Р.Н. Аляутдина. 2-е изд., испр. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 592 с.

А.Ю. ОВЧИННИКОВ¹, д.м.н., профессор, М.А. ЭДЖЕ¹, к.м.н., Е.М. ХОН¹, к.м.н., С.А. КОРОСТЕЛЕВ², д.м.н., профессор

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России

ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ:

ОСНОВНЫЕ ЗАБЛУЖДЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ ФИТОТЕРАПИИ

В статье представлены данные эффективности применения фитопрепаратов при остром риносинусите. Отмечены фармакологические преимущества Миртола стандартизированного, проявляющего, помимо мукоактивного действия, противовоспалительные, антиоксидантные и антибактериальные свойства. Приведены результаты открытого контролируемого исследования эффективности и переносимости препарата ГелоМиртол® форте в курсе терапии острого и обострения хронического риносинусита, в результате которого подтверждена целесообразность использования ГелоМиртол® форте в качестве монотерапии при остром риносинусите легкой степени тяжести.

Ключевые слова:

острый риносинусит

фитопрепарат

Миртол стандартизированный

ГелоМиртол® форте

ВВЕДЕНИЕ

Острый и хронический риносинусит (ОРС, ХРС) в настоящее время являются одними из наиболее частых поводов обращения пациентов к оториноларингологу как в амбулаторной практике, так и в условиях стационара. За последние 10 лет заболеваемость синуситами выросла в 3 раза, а удельный вес госпитализированных ежегодно увеличивается в среднем на 1,5–2% [1].

Существует ряд устоявшихся заблуждений, индуцированных как врачами, так и их пациентами в отношении синусита.

Заблуждение первое: синусит и гайморит – это разные заболевания.

На самом деле синусит обозначает воспаление в околоносовых пазухах без указания его конкретной локализации. В последнее время более употребим термин «риносинусит», подчеркивающий единый патогенез, согласно которому в воспалительный процесс синхронно вовлекается как слизистая оболочка полости носа, так и слизистая оболочка околоносовых пазух. Исследования, проведенные с использованием компьютерной томографии, показали наличие воспалительных изменений в околоносовых пазухах у 95% лиц, жаловавшихся на заложенность носа при ОРВИ [2]. Тем не менее термин «синусит» не знаком многим пациентам, но в то же время всем известен «гайморит», который расценивается как очень серьезное осложнение острой респираторной инфекции. Не совсем корректное обозначение воспаления в верхнечелюстной пазухе происходит от имени английского

врача Натаниэля Гаймора, впервые давшего его детальное описание.

Заблуждение второе: рентгенологическое подтверждение гнойного воспаления верхнечелюстного синуса требует обязательного проведения пункционного лечения.

Это далеко не так. Достижения современной фармакоиндустрии предоставили в распоряжение клиницистов достойные лекарственные препараты (антибиотики местного и системного действия, мукорегуляторы, деконгестанты, топические глюкокортикостероиды, лизаты бактерий и др.). Правильный выбор схемы лечения позволяет успешно лечить больных с острым бактериальным риносинуситом (ОБР), не прибегая к пункции [3]. Более того, существует возможность лечения ОРС без антибиотиков, что подтверждено современными рекомендательными документами – EPOS-2007 и 2012, в которых проанализирован весь мировой опыт диагностики и лечения риносинусита [4, 5]. В результате проведенного анализа эксперты заключили, что симптомы ОБР во многих случаях хорошо устраняются при использовании антибиотиков. В то же время можно ожидать хорошей эффективности симптоматической терапии и в отсутствии антибиотиков, особенно в отношении легкой формы риносинусита, критерии которой в рекомендациях EPOS определяют на основании субъективной оценки их выраженности посредством визуальной аналоговой шкалы (0–10 см):

- 0–3 – легкая степень,
- > 4–7 – умеренная,
- > 8–10 – выраженная.

Традиционно используемые системные антибактериальные препараты на сегодняшний день рекомендовано назначать пациентам с ОРС лишь при наличии убедительных клинических данных за вовлеченность в процесс патогенной бактериальной микрофлоры. Авторами EPOS были разработаны четкие критерии для обоснования постановки диагноза ОБР. Данные критерии включают в себя обязательное наличие у пациентов 3 и более симптомов, к которым относят: наличие гнойного отделяемого из

полости носа; лихорадочная реакция $> 38^{\circ}\text{C}$; фасциальные боли; наличие «второй волны» в клиническом течении заболевания; изменения в клиническом анализе крови (увеличение СОЭ и повышение С-реактивного белка) [5].

Тем не менее, ни в коем случае не умаляя роли антибиотиков при рассмотрении методов лечения больных ОР, данную статью мы решили посвятить исследованию возможности и эффективности иных методов терапии, особенно актуальных для риносинуситов легкой степени тяжести.

Среди многочисленных групп медикаментозных средств, которые используются при лечении больных острым риносинуситом, большую популярность среди врачей и пациентов в последнее десятилетие приобрели фитопрепараты, что обусловлено прежде всего их относительной безопасностью. Что касается эффективности этого метода лечения, то, согласно рекомендациям EPOS-2012, в большинстве из существующих исследований действующее вещество фитопрепаратов не является стандартизированным, и, соответственно, не ясен механизм его действия с позиций фармакокинетики и фармакодинамики. Имеющееся на сегодняшний день сравнительно небольшое количество рандомизированных плацебо-контролируемых исследований препаратов растительного происхождения с ясным механизмом действия активного компонента не является репрезентативным для оценки использования всего спектра фитотерапевтических лекарственных средств при ОР, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований в этом направлении [5].

Существует возможность лечения ОР без антибиотиков, что подтверждено современными рекомендательными документами – EPOS-2007 и 2012, в которых проанализирован весь мировой опыт диагностики и лечения риносинусита

Убедительным доводом в пользу применения стандартизированных препаратов растительного происхождения у пациентов с ОР могут быть результаты двойного слепого плацебо-контролируемого мультицентрового исследования (уровень доказательности Ib), в котором использовался ГелоМиртол® форте (Миртол стандартизированный 300 мг, 4 капсулы в день в течение 6 ± 2 дней). Количество пациентов составило 331 человек. Результаты исследования показали достоверные различия по сумме баллов выраженности клинических симптомов по сравнению с группой, получавшей плацебо. При этом необходимость дополнительного применения антибиотика в основной группе составила лишь 23% (в группе плацебо – 40%) [6]. Эти результаты позволили включить Миртол стандартизированный в рекомендации EPOS-2012 для лечения вирусного и поствирусного ОР у взрослых с высочайшим уровнем рекомендации (A) [5].

Фармакодинамический профиль мукоактивных препаратов обычно рассматривается в тесной связи с их муко-секретолитическими свойствами. В то время как большинство мукоактивных препаратов обладает каким-то опреде-

ленным вариантом мукоактивного действия, Миртол стандартизированный проявляет секретолитические, муко-литические и секретомоторные свойства. Помимо этого, препарат оказывает заметное противовоспалительное действие, нейтрализуя агрессивные свободные радикалы кислорода и снижая концентрацию лейкотриенов и простагландина E2 [7]. Также у Миртола стандартизированного были выявлены антимикробные свойства, в первую очередь в отношении возбудителей, которые наиболее часто встречаются при воспалительных заболеваниях дыхательных путей, – *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Еще одним преимуществом Миртола стандартизированного является лекарственная форма – препараты ГелоМиртол® и ГелоМиртол® форте выпускаются в виде кишечнорастворимых капсул, что приводит к высвобождению активного вещества только в тонком кишечнике и значительно увеличивает биодоступность препаратов, приближая ее к 100%-ной по сравнению с экспериментально созданной формой, всасывание которой происходило в желудке [8].

Таким образом, фармакокинетические и фармакодинамические свойства активного вещества – Миртола стандартизированного позволяют расценивать препарат не только как средство разнопланового влияния на мукоцилиарный транспорт, но и как эффективный антиоксидант, а также противовоспалительный и антибактериальный агент.

В связи с наличием столь многих точек клинического приложения Миртола стандартизированного большой интерес представляет сравнение эффективности препарата ГелоМиртол® форте и другого растительного секретолитика, проведенное в проспективном сравнительном исследовании T. Wittig (1998) с участием 569 пациентов с ОР, разделенных на 2 группы: 1-я группа – пациенты получали внутрь капсулы ГелоМиртол® форте ($n = 284$; 156 женщин, 128 мужчин); 2-я группа – пациенты получали внутрь другой растительный секретолитик ($n = 285$; 168 женщин, 117 мужчин). Продолжительность лечения составила около 2 недель. Анализ результатов лечения свидетельствует о достоверно лучшей эффективности препарата ГелоМиртол® форте при всех формах ОР, в то время как препарат сравнения был эффективен только при легких формах ОР. Среди клинических симптомов наиболее выраженные отличия отмечены в отношении динамики болезненности при надавливании на область околоносовых пазух, что коррелировало с данными ультразвуковой картины. Итоговая эффективность по оценке пациентов при применении препарата ГелоМиртол® форте составила 95 против 83% при лечении альтернативным препаратом. Необходимость в назначении антибиотиков в 1-й группе была ниже, чем во 2-й (19,0 против 23,9%) [9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Учитывая вышеизложенное, на кафедре оториноларингологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова проведено открытое контролируемое исследование эффективности и переносимости препарата ГелоМиртол® форте при лечении ОР и обострении ХРС легкой степени тяжести.

Предварительное (входное) обследование пациентов с целью решения вопроса о возможности включения их в программу исследования включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, оценку лечащим врачом субъективных и объективных данных о состоянии пациента (стандартный ЛОР-осмотр), рентгенологическое исследование.

Контрольная оценка состояния пациента проводилась в 1-й день (1-й визит), 3-й день (2-й визит), 5-й день (3-й визит) и 7-й день (4-й визит) от начала лечения (при отсутствии излечения на более ранних этапах) по визуально-аналоговой шкале, где за 0 баллов принимали отсутствие симптома, 4 балла – максимальная выраженность симптома. Рентгенологическое исследование околоносовых пазух проводилось до и после лечения (дважды).

Исследуемые пациенты были рандомизированы в две группы:

■ 1-я группа – пациенты с ОРС ($n = 12$) и обострением ХРС ($n = 18$), принимающие препарат ГелоМиртол® форте по 1 капсуле 3 раза в день в течение 7 дней. Средний возраст $34,76 \pm 12,19$ ($M \pm SD$); 15 мужчин и 15 женщин.

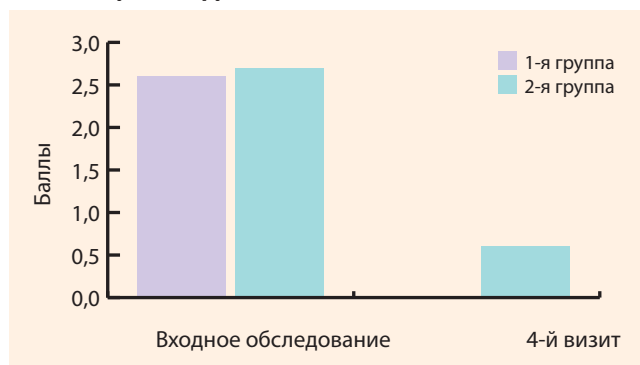
■ 2-я группа – пациенты с ОРС ($n = 12$) и обострением ХРС ($n = 18$), принимавшие препарат Синупрет® по 2 драже 3 раза в день в течение 7 дней. Средний возраст $32,03 \pm 7,43$ ($M \pm SD$); 13 мужчин и 17 женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

До начала терапии сумма средних значений общих клинических симптомов риносинусита была одинаковой в обеих группах. На фоне проводимого лечения положительная динамика отмечена в обеих группах, однако существовали и определенные различия (табл.).

При анализе полученных результатов отмечено, что ряд симптомов (головная боль, затруднение носового дыхания, храп, чихание, дискомфорт в полости носа) в результате лечения эффективно уменьшались в обеих

Рисунок. Динамика рентгенологической картины в исследуемых группах



группа: более чем на 50% уже ко 2-му визиту и более 70% от исходного уровня – к 4-му визиту.

По другим показателям результаты, полученные в исследуемых группах, статистически достоверно различались. Так, выделения из полости носа к 2-му визиту в 1-й группе уменьшились на 52%, во 2-й группе – на 35% ($p \geq 0,05$), а уже к 3-му визиту в 1-й группе – на 75%, а в 2-й – на 50% ($p \leq 0,05$). Достоверное различие сохранялось и к 4-му визиту.

Сходная тенденция отмечена и по показателю наличия отделяемого на задней стенке глотки, которое в 1-й группе ко 2-му визиту уменьшилась на 57%, а во 2-й группе – на 46% ($p \geq 0,05$). К 3-му визиту в 1-й группе – уменьшение составило уже 83%, а во 2-ой группе не изменилось, что позволило достичь статистической достоверности различий ($p \leq 0,05$). Указанное различие стойко сохранялось к 4-му визиту.

Динамика уменьшения рентгенологических признаков риносинусита была наилучшей в 1-й группе, что к окончанию исследования выражалось в достижении ста-

Таблица. Динамика симптомов риносинусита у пациентов 1-й и 2-й групп ($M \pm SD$)

	Входное обследование		1-й визит		2-й визит		3-й визит		4-й визит	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Головная боль	$1,8 \pm 0,6$	$2,0 \pm 0,7$	$0,9 \pm 0,8$	$1,0 \pm 1,0$	$0,4 \pm 0,8$	$0,5 \pm 0,9$	$0,06 \pm 0,2$	$0,1 \pm 0,3$	$0,06 \pm 0,2$	$0,03 \pm 0,1$
Слабость	$1,6 \pm 0,9$	$1,7 \pm 0,9$	$1 \pm 0,74$	$1,1 \pm 0,8$	$0,7 \pm 0,5$	$0,9 \pm 0,8$	$0,06 \pm 0,4$	$0,3 \pm 0,6$	-	-
Отделяемое на задней стенке глотки	$1,8 \pm 1,0$	$1,6 \pm 1,0$	$1,4 \pm 1,3$	$1,3 \pm 1,2$	$0,6 \pm 0,7$	$0,7 \pm 0,9$	$0,1 \pm 0,3^*$	$0,6 \pm 0,8^*$	$0,1 \pm 0,3^*$	$0,6 \pm 0,8^*$
Затруднение носового дыхания	$2,3 \pm 0,9$	$1,9 \pm 1,0$	$2,3 \pm 0,9$	$1,9 \pm 0,9$	$0,7 \pm 0,6$	$0,9 \pm 1,0$	$0,2 \pm 0,4$	$0,4 \pm 0,5$	$0,1 \pm 0,3$	$0,2 \pm 0,4$
Выделения из носа	$1,7 \pm 0,9$	$1,8 \pm 1,0$	$1,7 \pm 0,9$	$1,7 \pm 0,9$	$0,8 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,8$	$0,2 \pm 0,4^*$	$0,4 \pm 0,5^*$	$0,1 \pm 0,3^*$	$0,3 \pm 0,4^*$
Дискомфорт в полости носа	$1,6 \pm 1,1$	$1,6 \pm 1,1$	$1,5 \pm 1,1$	$1,5 \pm 1,1$	$0,7 \pm 0,8$	$1,1 \pm 1,0$	$0,3 \pm 0,7$	$0,6 \pm 0,7$	$0,2 \pm 0,6$	$0,3 \pm 0,7$
Храп	$1 \pm 1,4$	$0,9 \pm 0,9$	$1,2 \pm 1,5$	$0,9 \pm 0,7$	$0,7 \pm 0,9$	$0,3 \pm 0,6$	$0,2 \pm 0,6$	$0,3 \pm 0,8$	$0,4 \pm 0,6$	$0,2 \pm 0,6$
Чиханье	$1,2 \pm 1,5$	$1,1 \pm 1,1$	$0,4 \pm 0,6$	$0,5 \pm 0,5$	-	$0,1 \pm 0,2$	-	-	-	-

* Различия между группами статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

тистической достоверности между группами по данному показателю ($p \leq 0,05$) (рис.).

В 1-й группе пациентов на 3-й день исследования потребность в коррекции схемы лечения появилась у 7 пациентов, что потребовало дополнительного назначения деконгестанта всем этим пациентам, а антибиотиков 2 пациентам.

Во 2-й группе таких пациентов было 8, что потребовало дополнительного назначения деконгестанта всем этим пациентам, а 6 пациентам потребовалось назначение антибиотика.

Нежелательных явлений в течение исследования в обеих группах не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

■ Препарат ГелоМиртол® форте можно и целесообразно использовать в качестве монотерапии при острых и обострениях хронического риносинусита легкой степени тяжести.

■ Результаты проведенного исследования подтверждают эффективность препарата ГелоМиртол® форте при лечении пациентов с риносинуситом легкого течения, превышающую таковую при монотерапии препаратом Синупрет® и выражающуюся в более быстром облегчении кашля, уменьшении количества отделяемого из полости носа, уменьшении ощущения стекания слизи по задней стенке глотки, а объективно – в уменьшении отека слизистой оболочки полости носа и количества патологического отделяемого.

■ Применение препарата ГелоМиртол® форте позволило отказаться от проведения дополнительного лечения у 77% пациентов, потребность в назначении антибиотикотерапии в группе пациентов, принимающих ГелоМиртол® форте, была в 3 раза ниже, чем в группе сравнения.

■ Препарат ГелоМиртол® форте хорошо переносится пациентами и не вызывает нежелательных побочных явлений.



ЛИТЕРАТУРА

- Сакович А.Р. Синуситы: клинко-эпидемиологический анализ. 2009. Доступно на: http://bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=1603:2009-10-13-09-17-50&catid=116:32009&Itemid=196.
- Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002. 390 с.
- Свиштушкин В.М., Никифорова Г.Н., Овчинников А.Ю. и др. - Возможности беспункционного лечения гнойных гайморитов. *Рос. оторинолар.*, 2004, 3(10): 150-152.
- Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS). *Rhinology*, 2007, 45(suppl. 20): 139.
- Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS). *Rhinology*, 2012, 50(suppl. 23): 298.
- Federspil P, Wulkow R, Zimmermann T. Effects of standardized Myrtol in therapy of acute sinusitis-results of a double-blind, randomized multicenter study compared with placebo. *Laryngorhinootologie*, 1997 Jan, 76(1): 23-7.
- Виттиг Т. Миртол стандартизированный. Клиническая документация. Россия, 2009. 112 с.
- Zimmermann Th, Seiberling M, Thomann P, Karabelnik D. Untersuchungen zur relative Bioverfügbarkeit und zur Pharmakokinetik von Myrtol standardisiert, *Arzneim.-Forsch. Drug Res.*, 1995, 45(II), 11: 1198-1201.
- Wittig T, Gelomyrtol forte im Vergleich zu einem pflanzlichen Sekretolytikum bei akuter Rhinosinusitis: Eine prospektive vergleichende Anwendungsbeobachtung, Myrtol standardisiert Dokumentation. 1998.

ГелоМиртол®

Миртол стандартизированный

При острых и хронических синуситах

ДЛЯ ДЕТЕЙ
с 6 лет

ГелоМиртол® форте

20 капсул кишечнорастворимых. Для приема внутрь.

П N012303/01 П N013662/01

✓ Секретолитическое, секретомоторное и муколитическое действие [1-3]

✓ Антиоксидантный эффект в основе противовоспалительного действия [4-5]

✓ Антибактериальное действие на самые частые возбудители синуситов – **Str. Pneumoniae, Haemophilus influenzae**

¹ Beuscher N, Bien E, Elstner EF, Kietzmann M, and Aron UE, Myrtol standardized in treatment of sinusitis and bronchitis – Pharmacodynamics and pharmacokinetics, Zeitschrift für Phytotherapie, Abstractband, Kongress der Gesellschaft für Phytotherapie 1997, Seiten 9-10

² Lenders H et al., Suitability of various methods as pharmacodynamic models for the investigation of the efficacy of mucolytic agents on the maxillary sinus, Naunyn-Schmiedberg's Arch. Pharmacol. (1996) 353 (Suppl.) R151

³ App EM, Stellenwert der Mukusclearance für das Bronchialsystem – Pathophysiologie und therapeutische Ansätze, in: Meister R, Entzündliche Erkrankungen des Bronchialsystems, Springer Verlag, 1. Auflage 2000, Seiten 27-53

⁴ Grabmann J, Hippel S, Dornisch K, Rohnert U, Beuscher N, Elstner EF, Antioxidant Properties of Essential Oils, *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* (2000) 50 (I): 135-139

⁵ Hippel S et al., Freie Radikale in Pathogenese und Therapie von entzündlichen Erkrankungen des Bronchialsystems, in: Meister R, Entzündliche Erkrankungen des Bronchialsystems, Springer Verlag, 1. Auflage 2000, Seiten 1-25

ДОКАЗАНО

- Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, 2007 (Рекомендации Немецкой Лиги Дыхательных путей по лечению ХОБЛ, 2007)
- Rhinosinusitis-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, 2011 (Рекомендации по лечению риносинусита Немецкого общества отоларингологии, 2011)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008 (Рекомендации по риносинуситам Немецкого общества Семейной медицины, 2008)
- European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2012 (Европейские рекомендации по риносинуситам, 2012)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ СНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

РИНОЛОГИЯ

31

А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ, д.м.н., профессор, А.В. ГУРОВ, д.м.н., профессор, Г.Н. ИЗОТОВА, к.б.н., А.Е. СТАРОСТИНА, А.С. ЛАПЧЕНКО

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

ДИСБИОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

Дисбиоз ротовой полости и ротоглотки характеризуется снижением качественного и количественного состава микроорганизмов (бактерий, вирусов, грибов), в норме обитающих в ротовой полости, а также появлением других видов микроорганизмов, не характерных для данного биотопа. По данным зарубежных авторов, более чем 700 видов бактерий и других микроорганизмов обитают в ротовой полости человека, формируя сложные полимикробные ассоциации («био пленки») на различных биотических и абиотических поверхностях анатомических элементов, располагающихся в полости рта и ротоглотки [1, 2].

Ключевые слова:

дисбиоз, ротовая полость

Представителями нормальной микрофлоры ротовой полости являются аэробные и анаэробные кокковые формы, непатогенные коринебактерии, спирохеты, молочнокислые бактерии, бактероиды и др. Индигенная микрофлора слизистой оболочки ротоглотки представлена α - и γ -гемолитическими стрептококками. При этом титры микроорганизмов, колонизирующих данные биотопы у здорового человека, как правило, не превышают концентрации 10^2 – 10^3 КОЕ/мм². Однако в слюне и десневых карманах и слизистой оболочке ротоглотки вегетируют микроорганизмы в больших концентрациях (от 10^5 до 10^{11} КОЕ/мл). Данные микроорганизмы характеризуются преимущественно анаэробным типом метаболизма. Помимо этого, на слизистой оболочке ротоглотки и полости персистирует большое количество представителей транзитной микрофлоры, которая представлена коагулазонегативными негемолитическими стафилококками, нейссериями, грибами рода *Candida* и др., количественный состав которых не постоянен и зависит от разнообразных факторов окружающей среды [3].

Возникновение активного воспалительного процесса, характеризующегося распространением инфекции в глубокие слои ткани, обусловлено, как правило, наличием различных предпосылок [4]. К ним относятся неправильное питание, нерациональная антибиотикотерапия, хронические заболевания органов пищеварения, гиповитаминоз, возраст, иммунодефицитные состояния. Особую роль отводят также состоянию окружающей среды, курению, наличию в полости рта протезных металлоконструкций и др.

В настоящее время дисбиозы считают основной причиной возникновения острых и хронических инфекцион-

ных заболеваний верхних дыхательных путей, таких как ангина, острый фарингит, хронический тонзиллит, ларингит, синусит, евстахеит [5–9]. Быстрое возникновение и дальнейшее распространение воспалительного процесса в близлежащих органах обусловлено хорошей васкуляризацией и особенностями лимфооттока органов головы и шеи. Важно отметить также механизм иммунного воспаления органов ротовой полости и ротоглотки вследствие накопления продуктов жизнедеятельности, структурных элементов микробной клетки, высвобождающихся после ее гибели (эндо токсин), выступающих в роли антигена [4].

Дисбиозы слизистых оболочек, в т. ч. полости рта и ротоглотки, традиционно принято подразделять на четыре степени (по В.В. Хазановой) [10]: 1-я степень – дисбиотический сдвиг, при котором незначительно изменено количество одного вида условно-патогенного микроорганизма при сохранении нормального видового состава микрофлоры рта; такая форма называется латентной, или компенсированной, при этом выраженные клинические признаки заболевания отсутствуют; 2-я степень – субкомпенсированная форма: на фоне некоторого снижения титра лактобактерий выявляют 2–3 патогенных вида микроорганизмов; 3-я степень – субкомпенсированная форма: обнаружение патогенной монокультуры при резком снижении количества или полном отсутствии представителей индигенной (аутохтонной) микрофлоры; 4-я степень – декомпенсированная форма, которая характеризуется наличием ассоциаций патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами, титр которых существенно превышает нормальные значения.

По другой классификации дисбиоз полости рта разделяют на 3 степени (Т.Л. Рединова, Л.А. Иванова, О.В. Мартюшева, Л.А. Чередникова, А.Б. Чередникова) [8].

В этом случае для 1-й степени характерно изменение в большую или меньшую сторону количества лактобацилл и коринебактерий при снижении количества других

палочковидных форм (бактероидов, фузобактерий, лептотрихий), а также кокковой флоры (стрептококков, непатогенных стафилококков, вейлонелл, нейссерий) и грибов, при сохранении нормального титра условно-патогенных микроорганизмов (энтеробактерий), золотистого стафилококка. 2-я степень характеризуется значительными колебаниями уровня коагулазонегативных стафилококков, коринебактерий, бактероидов, фузобактерий и лептотрихий в сторону как снижения, так и повышения при резком снижении титра лактобацилл, вейлонелл, нейссерий и стрептококков, а также увеличением титра золотистого стафилококка и энтеробактерий при неизменном количестве грибов рода *Candida*. При 3-й степени происходит снижение титра лактобацилл, стрептококков, вейлонелл, нейссерий; отмечаются резкие колебания состава бактероидов и коринебактерий. При этом значительно повышено количество золотистого стафилококка, коагулазонегативных стафилококков, энтеробактерий, фузобактерий, лептотрихий и грибов рода *Candida*.

Клиническая значимость данных классификаций состоит в том, что при развитии III–IV степени дисбактериозов неминуемо возникают грубые формы инфекционного процесса, зачастую приводящие к развитию осложнений. Именно поэтому крайне важным аспектом является профилактика развития выраженных форм дисбиотических изменений.

Симптомы дисбиоза ротовой полости и ротоглотки могут быть различными – жжение во рту, запах изо рта, неприятный привкус во рту, кариозные изменения зубов, воспаление и кровоточивость десен, наличие зубного «камня», появление трещин и сухости губ («заеды»), отек слизистой оболочки полости рта и носа, появление язв (афт), затруднение носового дыхания, заложенность носа, появления корок в носу, частых носовых кровотечений и др.

Проявления стоматита, пародонтоза, фарингитов, ангины, хронического тонзиллита, аденоидита у детей, ринита и синусита также часто являются следствием дисбиоза ротовой полости.

Важно отметить, что дисбиотические нарушения ротовой полости и ротоглотки как начального отдела пищеварительного тракта носят характер диссеминированного дисбактериоза, который, в свою очередь, проявляется воспалительными изменениями соматических органов и систем (ревматоидным артритом, миокардитом, нарушением работы пищеварительной системы, мочекаменной болезнью, атеросклерозом и др.) [4].

В возникновении патологических процессов на слизистой оболочке полости рта и ротоглотки существенную роль играют неспорообразующие облигатно-анаэробные микроорганизмы. При этом среди других бактерий наиболее часто выселяют представителей семейства *Prevotellaceae* (*Prevotella intermedia*, *Prevotella melaninogenica*, *Prevotella buccae*, *Prevotella oralis*, *Prevotella denticola*), бактероиды *Bacteroides pyogenes*, *Porphyromonas endodontalis*, *Fusobacterium nucleatum*, а также штаммами *Veillonella parvula*, *Atopobium rimaе*, *Propionibacterium acnes*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Peptostreptococcus prevotii* и *Parviromonas micra*.

В условиях формирования дисбиотических нарушений, обусловленных стойкой персистенцией данных микроорганизмов, часто развиваются гнойно-воспалительные заболевания, при этом характер течения патологического процесса всегда связан с биологическими свойствами возбудителя. Зная эти свойства, можно прогнозировать дальнейшее течение патологического процесса.

Так, превотеллы – грамотрицательные неспорообразующие бактерии, преимущественно обитающие в полости рта, толстом кишечнике и мочеполовом тракте, образуют достаточно токсичный ЛПС в сравнении с другими грамотрицательными микроорганизмами, который может вызывать инфекционно-токсический шок. Данные микроорганизмы встречаются при развитии абсцедирующих поражений, могут вызывать гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области, остеомиелит, поражения органов брюшной полости и мочеполового тракта [11].

Бактероиды – род грамотрицательных анаэробных бактерий, типичных обитателей кишечника человека и составляющих более половины его микрофлоры. Присутствуя в других областях организма человека, бактероиды могут стать причиной перитонита, абсцессов различной локализации, эндокардита, сепсиса, тонзиллита, периодонтита, различных воспалительных вмешательств после травм, инструментальных и оперативных вмешательств. Бактероиды вызывают более чем половину внутрибрюшинных анаэробных инфекций.

Porphyromonas endodontalis часто обнаруживается в составе микробных ассоциаций в инфицированных корнях зубов, в субмукозных микроабсцессах эндодонтической области, периодонтальных карманах, при некротических изменениях пульпы зуба. Данный микроорганизм в более чем половине случаев является причиной неудачного эндодонтического лечения [11].

Fusobacterium nucleatum – обитатель ротовой полости человека и доминирующий вид среди 400 видов бактерий зубной бляшки («камня», налета), вызывающий гингивиты и периодонтит. Штаммы *Fusobacterium nucleatum* могут проникать между стенками клеток кровеносных сосудов и, перемещаясь с кровотоком, достигать различных органов организма хозяина и формировать там свои колонии, что обуславливает длительные воспалительные процессы, образуя при этом атеросклеротические бляшки, эрозии костных структур. Это может приводить к воспалительным заболеваниям легких, мозга, печени, грудной клетки, абсцессам гинекологической области. Кроме того, *Fusobacterium nucleatum* играет важную роль провоцирующего инфекционного агента в развитии колоректальной карциномы [12].

Вейлонеллы – неспорообразующие кокковидные бактерии, входящие в состав нормальной микрофлоры человека, обитают в желудке человека. Однако при определенных условиях вейлонелла может быть кариесогенным микроорганизмом, который избирательно накапливается на поверхностях зубов, наиболее часто поражающихся кариесом (фиссуры и межзубные поверхности). Вейлонелла вырабатывает большое количество молочной кислоты, способствующей деминерализации кости и образованию микрополо-

стей с последующей колонизацией другими микроорганизмами, что приводит к периодонтиту и периоститу.

Бактерии вида *Atopobium rimaе* являются грампозитивными аспорогенными анаэробами, обитающими на деснах ротовой полости и часто выделяемыми при наличии хронического периодонтита. При определенных условиях могут стать причиной бактериемии и септического шока.

Выделенные штаммы *Propionibacterium acnes* – грамположительные анаэробные неподвижные бактерии – главные возбудители акне человека. Они обитают в норме в глубине пор кожи человека и волосах фолликулах, не вызывая воспалительных реакций у многих носителей. Однако при неблагоприятных условиях могут распространяться в другие анатомические зоны, вызывать блефарит, эндофтальмит и другие гнойно-воспалительные заболевания глаз и приводить к потере зрения.

Пептострептококки (грамположительные неспорообразующие облигатные анаэробы – *Peptostreptococcus anaerobius*, *Peptostreptococcus prevotii*, представители нормофлоры желудочно-кишечного тракта) выделены из полостей абсцессов, деструктивных процессов в челюсти, паратонзиллярных абсцессов, а также при одонтогенном сепсисе и эндокардите. При определенных условиях могут вызывать воспалительные изменения в лимфоидной ткани.

Parvimonas micra – грамположительный аспорогенный периодонтальный патоген ротовой полости, способный к росту и пролиферации внутри биопленок и способствующий воспалению десен, костной потери альвеолярного отростка и мобильности зубов. При иммуносупрессии и травматических повреждениях данный микроорганизм способен к генерализации с развитием абсцессов легких, эмпиемы, аспирационной пневмонии, медиастинита, инфекционных процессов головного мозга и селезенки.

Помимо облигатно-анаэробных микроорганизмов, воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта и ротоглотки способны вызывать и грамположительные и грамотрицательные аспорогенные факультативные анаэробы: стафилококки, стрептококки, энтеробактерии, гемофильную бактерию. При этом традиционно лидирует стрептококковая и стафилококковая флора.

Стафилококки могут быть представлены как коагулазо-отрицательными штаммами: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus warneri*, *Staphylococcus capitis*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus lentus*, *Staphylococcus haemolyticus*, так и коагулазо-положительным *Staphylococcus aureus*.

Стафилококки – это группа микробных агентов, способных вызывать более сотни различных болезней, в любой системе органов, в любом виде ткани. Это уникальное свойство связано с наличием огромного комплекса факторов патогенности (адгезивных, факторов агрессии, экзотоксинов, аллергизирующих факторов, факторов, индуцирующих выработку антител и развитие аутоиммунных реакций, факторов, угнетающих фагоцитоз, энтеротоксинов). Они играют одну из ведущих ролей в развитии и течении риносинусита, ларингита и фарингита.

Госпитальные штаммы золотистого стафилококка ответственны за многие заболевания и раневые инфек-

ции в стационарах. Основным резервуаром золотистого стафилококка является полость носа и полость рта, но он может также встречаться и в гортани, анатомических карманах слизистой оболочки, на волосистой части эпидермиса и в желудочно-кишечном тракте [17, 18].

В ряде случаев высевает также микроорганизмы рода *Gemella*. Чаще других видов – *Gemella morbillorum* и *Gemella haemolysans* – род грамвариабельных аспорогенных неподвижных бактерий, относящихся к семейству стафилококков и обитающих в мукозных мембранах ротовой полости и пищеварительного тракта. *Gemella* способна вызывать кистозный фиброз, различную легочную патологию и эндокардит.

Среди условно-патогенных и патогенных видов стрептококков флоры у обследованных пациентов всегда преобладают α-гемолитические *S. pneumoniae*, а также β-гемолитические *S. pyogenes*, *S. anginosus* и *S. constellatus*. Среди γ-гемолитических стрептококков чаще высевает энтерококки. С данными бактериями связано развитие острых и хронических заболеваний полости рта, параназальных синусов, среднего уха, а также острой и хронической тонзиллярной патологии.

Слизистая оболочка полости рта и ротоглотки является первым (проксимальным) биотопом человеческого организма, где встречаются представители семейства энтеробактерий: *Enterobacter spp.*, *Hafnia spp.*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Serratia spp.*, а также *Escherichia coli* и др.

Энтеробактерии являются причинами множества заболеваний человека. Распространение *Escherichia coli* может вызывать инфекции желудочно-кишечного тракта с выраженной клинической симптоматикой (интоксикацией, лихорадкой, диареей и др.), геморрагический колит, гемолитико-уремический синдром, инфекции мочевыводящих и желчевыводящих путей, септические осложнения. *Klebsiella* – возбудитель пневмонии, инфекции мочевыводящих путей, заболеваний глаз, суставов, мозговых оболочек и легочного сепсиса.

Важную роль среди бактерий с факультативно-анаэробным типом метаболизма играет также *Haemophilus influenzae*.

Аэробный спектр бактерий чаще представлен грамотрицательными микроорганизмами: *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas stutzeri*, *Moraxella catarrhalis* и *Achromobacter xylosoxidans*.

Персистенция гемофильной палочки часто характеризуется стойким течением патологического процесса, выраженными инфильтративными изменениями слизистой оболочки, приводящими к нарушениям ее функции и хронизации процесса в дальнейшем.

Haemophilus influenzae и *Moraxella catarrhalis* являются ведущими патогенами целого ряда заболеваний. Они вызывают инфекции как верхних (острый средний отит, синусит), так и нижних (пневмония, бронхит, обострение хронического обструктивного заболевания легких) дыхательных путей. Кроме того, данные возбудители могут вызывать опасные для жизни состояния (менингит, сепсис, остеомиелит и др.).

Pseudomonas aeruginosa, или синегнойная палочка, вызывает до 20% всех внутригоспитальных, или нозоко-

миальных, инфекций, до 35% инфекций мочевыделительной системы и 25% гнойных хирургических процессов. В основном встречается у лиц с ослабленным иммунитетом и наличием сопутствующих инфекций. Наиболее часто вегетирует на поверхности эпидермиса слухового прохода и полостей среднего уха в условиях хронического воспаления. При ее распространении может происходить развитие гастроэнтероколита, аппендицита, холецистита. Синегнойная палочка устойчива ко многим антисептическим препаратам и часто переносится контактным путем через плохо дезинфицированные санузлы, руки медицинского персонала, медицинские инструменты [17, 18].

Грибковая микрофлора чаще всего бывает представлена родом *Candida*, наиболее часто выделяемым условным патогеном ротовой полости. Очень часто данные микроорганизмы высевают у пациентов с наличием каких-либо иммунодефицитных состояний на фоне соматических заболеваний (сахарный диабет и др.), а также при наличии инородного тела в верхнечелюстной пазухе (пломбировочный материал). При этом грибковые патогены в ротовой полости часто ассоциированы с микробными агентами и формируют стойкие грибково-бактериальные ассоциации.

Наиболее часто встречается ассоциирование грибов со стафилококками, стрептококками, протеом, нейссериями. При этом наиболее неблагоприятными считаются ассоциации грибов рода *Candida* с патогенными видами стафилококков [4]. Наличие таких грибково-микробных ассоциаций значительно усложняет лечение дисбиоза ротовой полости и ротоглотки.

Нередко в условиях формирования дисбиотических изменений высевают также актиномицеты: *Actinomyces oris*, *Actinomyces odontolyticus*, *Actinomyces naeslundii*, среди которых наиболее часто встречается *A. odontolyticus*. Актиномицеты – сапрофиты человека, род грамположительных факультативных анаэробных бактерий, способных к образованию мицелия и атипичных форм воспаления, связанного с образованием гранулематозных очагов – друз. Актиномицеты обнаруживаются в полости рта, в тонзиллярных «проб-

ках», кариесогенных зубных полостях, верхних дыхательных путях, бронхах, желудочно-кишечном тракте. Они присутствуют в десневых карманах и могут быть причиной абсцессов мягких тканей ротовой полости, желудочно-кишечного тракта или легких. Наличие актиномицетов часто связано с наличием свищевых ходов у пациентов.

Необходимо помнить, что формирующиеся на фоне дисбиозов слизистых оболочки тонзиллит, фарингит, ринит, синусит, а также ларингит, в силу близкого топографического расположения, могут вызывать генерализацию процесса с быстрым распространением инфекции на соседние анатомические структуры, вызывая тем самым комплексное воспаление верхних дыхательных путей, внутричерепные осложнения и сепсис. Поэтому своевременное местное лечение первичного очага воспалительного процесса и коррекция дисбиоза полости рта и ротоглотки как входных ворот инфекции помогают предотвратить дальнейшее ее распространение. Лечение дисбактериоза полости рта обязательно включает в себя санацию ротовой полости. В комплексной терапии дисбиоза ротовой полости и ротоглотки применяют следующие группы препаратов: местные антисептики; антибиотики и противомикробные препараты, эубиотики, местные препараты микробных лизатов, а также витамины.

При этом применение антисептических лекарственных препаратов – одна из первостепенных задач врачебной тактики при лечении воспалительных процессов полости рта и ротоглотки [15]. Для местного лечения дисбиоза полости рта и ротоглотки часто используют различные антисептики в виде полосканий, спреев, таблеток для рассасывания.

Обобщая все вышеизложенное, необходимо отметить, что восстановление микроэкологии ротовой полости и ротоглотки и борьба с микробными и грибковыми патогенами, вегетирующими на слизистой оболочке, имеют важное значение в устранении дальнейшего распространения множества ассоциированных между собой микроорганизмов, предотвращая, таким образом, генерализацию и хронизацию возникших очагов дисбиотических процессов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Aas JA, Paster BJ, Stokes LN, Olsen I, Dewhirst FE. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol*, 2005, 43: 5721-32.
2. Nath SG, Raveendran R. Microbial dysbiosis in periodontitis. *J Indian Soc Periodontol*, 2013 Jul-Aug, 17(4): 543-545.
3. Топчий Н.В. Проблема дисбиоза в общей врачебной (семейной) практике. *Фарматека*, 2007, 8/9.
4. Гуров А.В., Поливода А.М., Полякова Т.С. Современный взгляд на проблему терапии тонзиллофарингитов. *РМЖ*, 2007, 15(2): 146.
5. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Шипилина Е.Д., Некоторые особенности лабораторной диагностики дисбиотических состояний полости рта. *В мире научных открытий*, 2010, 4(10), часть 14: 7-8.
6. Бондаренко В.М., Воробьев А.А. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией. *Журн. микробиол.*, 2004, 1: 84-92.
7. Давыдова Т.Р., Карасенков Я.Н., Хавкина Е.Ю. К проблеме дисбиоза в стоматологической практике. *Стоматология*, 2001, 80(2): 23-24.
8. Редилова Т.Л., Иванова Л.А., Мартошова О.В. и др. Микробиологические и клинические характеристики дисбиотического состояния в полости рта. *Стоматология*, 2009, 6: 12-18.
9. Савичук Ю.Н., Савичук А.В. Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции. *Современная стоматология*, 2002, 4: 9-12.
10. Хазанова В.В., Рабинович И.М., Земская Е.А., Рабинович О.Ф., Дмитриева Н.А. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта. *Стоматология*. 1996, 75(2): 26.
11. Gomes BP, Jacinto RC, Pinheiro ET, Sousa EL, Zaia AA, Ferraz CC, Souza-Filho FJ. Porphyromonas gingivalis, Porphyromonas endodontalis, Prevotella intermedia and Prevotella nigrescens in endodontic lesions detected by culture and by PCR. *Oral Microbiol Immunol*, 2005 Aug, 20(4): 211-5.
12. Castellari M, Warren RL, Freeman JD, Dreolini L, Krzywinski M, Strauss J, Barnes R, Watson P, Allen-Vercos E, Moore RA, Holt RA. Fusobacterium nucleatum infection is prevalent in human colorectal carcinoma. *Genome Res.*, 2012 Feb, 22(2): 299-306.
13. Angelakis E. Human Case of Atopobium rimae Bacteremia. *Emerging Infectious Diseases*, 2009, 15(2): 354-355.
14. Gorospe L, Bermudez-Coronel-Prats I, Gomez-Barbosa CF, Olmedo-Garcia ME, Ruedas-Lopez A, Gomez del Olmo V. Parvimonas micra chest wall abscess following transthoracic lung needle biopsy. *Korean J Intern Med.*, 2014 Nov, 29(6): 834-837.
15. Кириченко И.М., Клиническая эффективность и безопасность применения препарата мирамистин раствор для местного применения (0,01%) у детей, страдающих обострением хронического тонзиллита и/или острым фарингитом. *Практическая медицина, Педиатрия*, 2011, 5: 11.
16. Zabolotnyy DI et al. Treating of chronic pharyngitis at the stage of aggravation: clinical, immunological and microbiological aspects. *Zdorovja Ukraini. The Medical Journal*, 2007, 19(176): 1-3.
17. Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Полякова Т.С., Гуров А.В. Динамическое исследование антибиотикорезистентности микробного фона в оториноларингологическом отделении. *Вестник оториноларингологии*, 2004, 1: 53.
18. Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Гуров А.В. Проблема госпитальной инфекции в условиях ЛОР-стационара. *Вестник оториноларингологии*, 2005, 6: 4-9.

А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, Н.Л. КУНЬСКАЯ, д.м.н., профессор, А.В. ГУРОВ, д.м.н., профессор, Г.Н. ИЗОТОВА, к.б.н., С.Г. РОМАНЕНКО, к.м.н., О.Г. ПАВЛИХИН, к.м.н., Д.Л. МУРАТОВ, к.м.н.

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

ВОЗМОЖНОСТИ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ТЕРАПИИ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ И ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Проблема очаговых поражений, вызванных бактериальными патогенами, актуальна для медицины в целом, однако особое значение она приобретает для медицинских специальностей, где основные нозологические формы составляют гнойно-воспалительные заболевания. Такой специальностью, в частности, является оториноларингология. Несмотря на современный арсенал лекарственных средств и применение новых медицинских технологий, летальность от развившихся генерализованных септических осложнений остается крайне высокой [9–12, 14].

Ключевые слова:

ларингеальная патология

тонзиллярная патология

антисептики, антибактериальные средства

Диоксидин

В свое время пенициллин и другие антибиотики совершили настоящий переворот в медицине. Их создание дало врачам возможность в абсолютном большинстве случаев успешно справляться с любыми инфекционными заболеваниями. Однако повсеместно начавшейся в 40-х гг. XX в. «эре антибиотиков» исполнилось всего 70 лет, и уже сейчас во всем мире широко стоит проблема резистентности к ним микроорганизмов, что дало ВОЗ основание назвать XXI в. «эрой антибиотикорезистентности».

Согласно результатам исследований, проведенных различными микробиологическими и медицинскими центрами, и прогнозам ВОЗ, уже через 10–20 лет практически все существующие микроорганизмы приобретут резистентность к антибиотикам. К этому приведет нерациональное применение антибиотиков не только в медицине, но и в ветеринарии и сельском хозяйстве.

«Антибиотики были одним из ключевых открытий двадцатого века, – заявил директор ВОЗ Гро Харлем Брундтланд. – Если мы лишимся их, мы окажемся в новом времени – лишенном хирургии и многих других процедур, связанных с риском инфицирования. Нам предстоит разработать новую концепцию антибиотикотерапии – научиться учитывать не только чувствительность возбудителя заболевания, но и вероятность развития резистентности в будущих его штаммах» [11–14].

В настоящее время летальность от антибиотикорезистентных инфекций достигает уровня доантибиотиковой эры, и уже очевидно, что основными причинами этого явления является комплекс факторов, включающий в себя

изменение характера патогенной микрофлоры с прогрессивно нарастающей устойчивостью ее к антибиотикам, иммуносупрессия, дисбактериозы, а также необоснованные назначения и прием препаратов, которые привели к заметному снижению их эффективности [1, 3, 9–11].

Устойчивость (резистентность) к антибиотикам может развиваться в результате естественного отбора посредством случайных мутаций и/или благодаря воздействию антибиотика. Микроорганизмы способны переносить генетическую информацию устойчивости к антибиотикам путем горизонтального переноса генов [11].

Для оториноларингологии эта проблема крайне актуальна. Заболевания инфекционной природы занимают ведущее место в патологии ЛОР-органов. Оценке роли микробного фактора в развитии гнойно-септических инфекций всегда уделялось большое внимание, т. к. от вида микроорганизма, вызывающего инфекционный процесс, как известно, зависит специфика течения последнего и особенность морфологических изменений в органах.

Известно, что возбудители гнойных заболеваний уха, глотки, носа и околоносовых пазух чрезвычайно многообразны, многие из них требуют специальных методов и дополнительных условий для выделения чистой культуры, в связи с чем отмечаются некоторые технические трудности, возникающие при бактериологических исследованиях материалов, взятых из ЛОР-органов.

Поскольку ведущими возбудителями этих заболеваний являются бактерии, основными лекарственными средствами терапии таких состояний остаются антибактериальные препараты. От правильного выбора антибиотика уже при первом обращении к врачу во многом зависит результат терапии. Однако далеко не всегда удается добиться желаемого эффекта при назначении антибактериальных препаратов в виде монотерапии. Достаточно часто в структуре микробных ассоциаций встречаются комбинации бактерий и грибов. В условиях сформировавшегося хронического процесса данные микроорганизмы прекрасно приспособляются к длительной персистенции в очаге пора-

жения, а на фоне часто проводимой в обострении таких процессов антибактериальной терапии они приобретают свойства антибиотикорезистентности. И тогда на помощь могут прийти антимикробные препараты, активные в отношении как бактериальной, так и грибковой микрофлоры, обладающие активностью в отношении антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, в частности антисептики [1, 3, 9–11, 14].

Антисептическими (от *греч.* против гниения) называют противомикробные средства, которые задерживают развитие микроорганизмов, а дезинфицирующими – вещества, которые убивают микробы. Соответственно этому различают бактериостатическое действие, когда происходит остановка развития микроорганизмов, и бактерицидное действие, когда микроорганизмы полностью погибают.

При использовании антисептиков обеспечивается доставка оптимальной дозы активного ингредиента непосредственно на слизистую оболочку дыхательных путей или в очаг воспаления. При этом преимуществами местной терапии при инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних отделов дыхательных путей и уха являются простота и доступность введения в зону патологических изменений, высокая концентрация лекарственного вещества в очаге воспаления при малой общей дозе препарата, минимальный риск системных побочных эффектов.

Большое число различных антисептиков можно систематизировать по многим признакам. По способам применения различают средства для антисептического воздействия на кожу, слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, дыхательных, мочевыводящих путей и т. д.

По химическому строению антисептики распределяются по классам тех соединений, к которым они относятся, что отражает их механизм действия. Это группа галогенов (антиформин, йодоформ, йодинол), окислители (перекись водорода, перманганат калия), кислоты (салициловая, бензойная, борная), щелочи (нашатырный спирт), альдегиды (формалин, лизоформ), спирты (этиловый), соли тяжелых металлов (препараты ртути, серебра, меди, цинка, свинца), фенолы (кислота карболовая, лизол, резорцин), красители (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), мыла (зеленое), дегти, смолы, продукты переработки нефти (АСД, ихтиол, нефть нафталанская, озокерит), растительные антибактериальные препараты (урзалин, настойка календулы, иманин) и др. [4, 7, 9].

Среди большого количества антисептических препаратов, представленных на нашем рынке, особого внимания заслуживает антимикробный химиопрепарат гидрокси-метилхиноксалиндиоксид (Диоксидин); химическая формула – $C_{10}H_{10}N_2O_4$. Диоксидин является производным ди-N-окси хиноксалина, обладает антибактериальной и антипротозойной активностью, характеризуется высокими реакционными свойствами, повышенной способностью к поляризации и окислительно-восстановительным реакциям. Производные ди-N-окси хиноксалина интенсивно разрабатывались и изучались еще с 1960-х гг. как в России, так и в других странах.

Во Всесоюзном научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте (в настоящее время – Центр по химии лекарственных средств (ЦХЛС ВНИХФИ), Москва) коллективом авторов под руководством А.С. Елиной в 1972 г. в результате фундаментальных поисковых исследований были синтезированы производные ди-N-окси хиноксалина, одним из которых является Диоксидин.

Диоксидин обладает избирательной активностью в отношении различных микроорганизмов – бактерий, вирусов, грибов, простейших. Дополнительным основанием рекомендации для использования Диоксидина в клинической практике явилась его высокая активность в отношении анаэробных бактерий.

По данным большого числа исследований, Диоксидин характеризуется широким спектром антибактериальной активности и бактерицидным типом действия. При этом основа его молекулярного действия – повреждение биосинтеза ДНК микробной клетки с глубокими нарушениями структуры нуклеоида – происходит уже при субингибирующих концентрациях Диоксидина. Необходимо отметить, что один из важных аспектов его действия состоит также в нейтрализации токсинов микроорганизмов, в частности гемолизина, способностью к синтезу которых обладают большинство грамотрицательных патогенов (стафилококки, стрептококки, клостридии и др.).

Диоксидин в терапевтических концентрациях активен в отношении абсолютного большинства исследованных штаммов микроорганизмов, включая поливалентнорезистентные к антибактериальным препаратам госпитальные штаммы микроорганизмов

Уникальной особенностью Диоксидина является его повышенная активность в анаэробных условиях. Данный феномен объясняется молекулярной структурой препарата (производное ди-N-окси хиноксалина, содержащее в своем составе нитрогруппу, нейтрализующую активность облигатно-анаэробных бактерий). Анаэробные инфекции крайне часто встречаются в оториноларингологической практике: при поражении клетчаточных пространств шеи, риногенном и одонтогенном гайморите, травматическом повреждении инородными телами, хроническом тонзиллите, хроническом гнойном среднем отите и др.

В анаэробных условиях Диоксидин, как и другие производные ди-N-окси хиноксалина, активирует свободнорадикальные процессы, индуцируя образование т. н. активных форм кислорода. Вероятно, именно данное свойство Диоксидина лежит в основе не только высокой антимикробной активности препарата *in vivo*, но и ряда других его биологических свойств. Такой эффект с потенцированием антимикробной активностью в анаэробных условиях не описан для других классов антимикробных веществ [2, 5, 6, 9].

Благоприятные клинические эффекты, связанные с применением Диоксидина, обусловлены хорошим про-

никновением в различные органы и ткани даже на фоне возникающих локальных патоморфологических изменений. Обработка ожоговых и гнойно-некротических ран способствует более быстрому очищению раневой поверхности, стимулирует репаративную регенерацию и краевую эпителизацию и благоприятно влияет на течение раневого процесса. Препарат экскретируется главным образом почками и при повторных введениях не кумулируется. Активность Диоксидина при введении внутрь и парентерально на различных моделях экспериментальных инфекций позволяет рассматривать его как мощный бактерицидный и фунгицидный химиотерапевтический препарат. Несмотря на длительный (более чем 30 лет) период применения Диоксидина для лечения гнойно-воспалительных процессов в клинической практике, эффективность данного препарата сохранилась, следовательно, резистентность микроорганизмов к нему практически не развивается. Это подтверждают результаты многоцентровых исследований, проведенных в 2011 и 2015 гг. Диоксидин в терапевтических концентрациях активен в отношении абсолютного большинства исследованных штаммов микроорганизмов, включая поливалентно-резистентные к антибактериальным препаратам госпитальные штаммы микроорганизмов [1, 2, 5, 6, 8, 9].

Учитывая все вышеизложенное, на базе Института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского было проведено исследование эффективности 1%-ного раствора Диоксидина в комплексном лечении ларингеальной и тонзиллярной патологии.

Вопрос: «Надо или не надо лечить острый ларингит?» – остается дискуссионным для некоторых специалистов. Действительно, неосложненный острый катаральный ларингит часто проходит без терапии. Симптомы острого ларингита бывают достаточно мучительны для больного, т. е., кроме изменения голоса, их часто беспокоят парестезии в проекции гортани, сухой мучительный кашель. Продолжительность острого ларингита колеблется обычно от 5 до 10 дней. Затянувшийся катаральный ларингит может приводить к формированию гипотонусного расстройства, а также к хронизации процесса и развитию предракового заболевания – хронического ларингита.

Известно, что острый ларингит сравнительно редко развивается как самостоятельное заболевание. Обычно ларингит является симптомом ОРВИ (гриппа, аденовирусной инфекции, парагриппа), при которой в воспалительный процесс вовлекается также слизистая оболочка носа и глотки, а иногда и нижних дыхательных путей (бронхи, легкие). Таким образом, лечение пациентов с острым ларингитом всегда требует комплексного подхода. С одной стороны, необходимо воздействовать на этиологический фактор возникновения заболевания, в т. ч. и бактериальную инфекцию, с другой стороны, необходимо создать условия для физиологической фонации, избавить пациента от парестезии и кашля. При этом нельзя недооценивать значение местной противовоспалительной терапии: физиолечения, вливания в гортань. Однако самую большую роль в повышении эффективности лечения пациентов с острыми и хроническими воспалитель-

ными процессами в гортани играет использование ингаляционной терапии.

Основным преимуществом ингаляционной терапии является возможность достижения быстрого и эффективного лечебного действия при использовании относительно небольшой дозы лекарственного препарата и минимальном риске системных побочных эффектов. Во время ингаляции происходит быстрое всасывание лекарственных препаратов слизистой оболочкой и депонирование их в подслизистом слое. Таким образом, создается высокая концентрация лекарственного средства непосредственно в очаге воспаления.

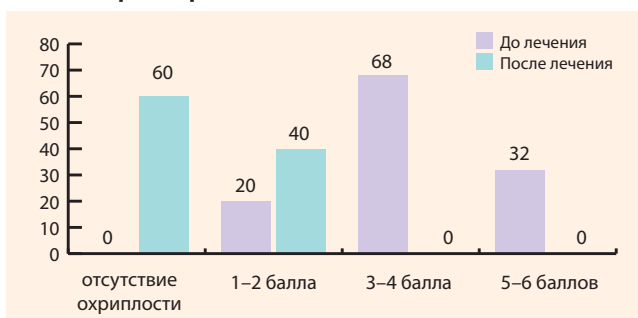
Ингаляции могут применяться в качестве монотерапии при неосложненных формах ларингита, в комплексе с другими методами лечения (системная антибактериальная терапия, физиотерапия) или как симптоматическое лечение, например для увлажнения слизистой оболочки гортани.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата Диоксидин 1%-ный в ингаляционной терапии у пациентов с острым ларингитом. В исследовании участвовали 25 пациентов (14 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст $44,88 \pm 2,9$ года) с диагнозом *острый ларингит*. Всем указанным пациентам в составе комплексной терапии были назначены ингаляции 1%-ного р-ра Диоксидина через небулайзер 5 мл 1 раз в день №6.

При сборе анамнеза было установлено, что впервые острый ларингит возник у 1 пациента, 13 пациентов перенесли 1–2 эпизода и 11 пациентов перенесли 3 и более эпизодов острого ларингита за последние 10 лет. Все пациенты обратились за помощью на ранних сроках заболевания, большинство (22) – на 1–2-е сутки появления клинической симптоматики.

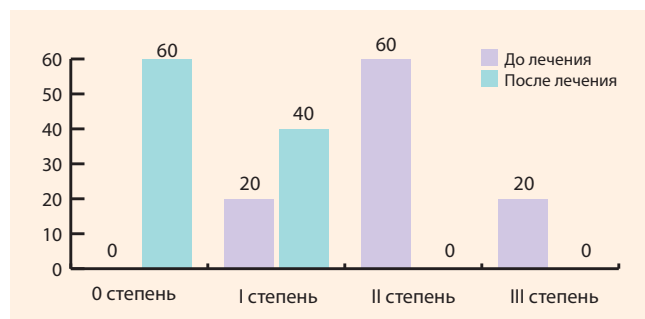
Все пациенты жаловались на охриплость разной степени выраженности. Так, по сенсорно-аналоговой шкале 5 пациентов оценили охриплость в 1–2 балла, 14 – в 3–4 и 6 – в 5–6 баллов (рис. 1). При оценке степени охриплости по Янагихара (0–5) врачом зарегистрирована I степень у 5 пациентов, II – у 15 и III – у 5 больных. На фоне лечения отмечали восстановление звучности голоса. После 6-й процедуры при оценке пациентами 15 человек оценили голос как звучный, 10 человек оценили охри-

Рисунок 1. Динамика степени охриплости (по сенсорно-аналоговой шкале) на фоне ингаляционной терапии 1%-ным раствором Диоксидина



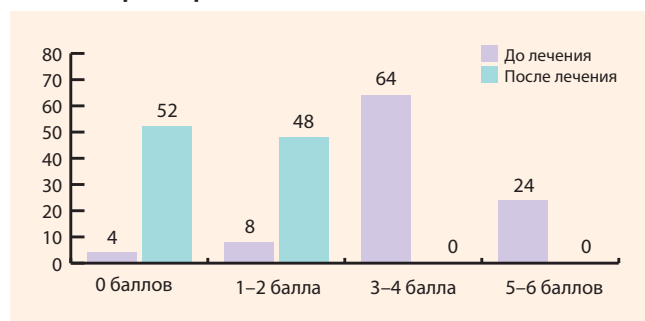
плоть в 1 балл, что полностью соответствовало оценке степени охриплости по Янагихара: отсутствие охриплости (0 степень) – у 15 пациентов, охриплость I степени – у 10 пациентов (рис. 2).

Рисунок 2. Динамика степени охриплости (по Янагихара) на фоне ингаляционной терапии 1%-ным раствором Диоксицина



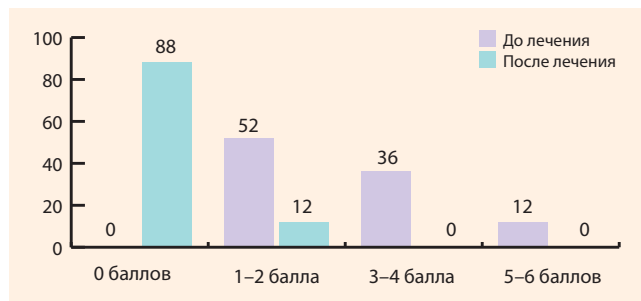
При микроларингоскопии отмечали гиперемию слизистой оболочки гортани, гиперемию слизистой оболочки голосовых складок и инфильтрацию голосовых складок. Гиперемия слизистой оболочки гортани отмечена у всех пациентов: у 13 пациентов – в 1 балл, у 9 – в 2–3 балла и у 3 – в 4–5 баллов. К концу лечения у 22 пациентов слизистая оболочка гортани была розового цвета и у 3 пациентов незначительная гиперемия в 1–2 балла (рис. 3).

Рисунок 3. Динамика гиперемии слизистой оболочки голосовых складок на фоне ингаляционной терапии 1%-ным раствором Диоксицина



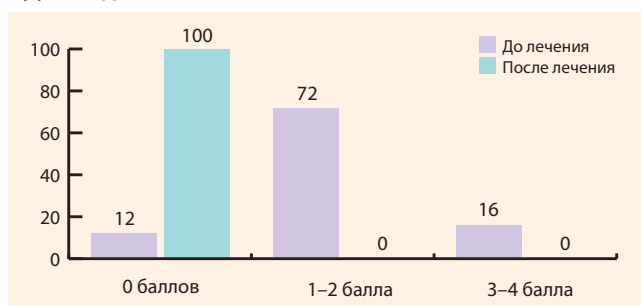
Гиперемия слизистой оболочки голосовых складок была выражена у 24 пациентов: у 16 – в 2–3 балла, у 6 – в 4–5 баллов, у 2 – в 1 балл. У одного пациента гиперемия голосовых складок отсутствовала, т. к. воспалительный процесс преимущественно затрагивал область надгортанника и черпало-надгортанных складок. После лечения у 13 пациентов отмечалось отсутствие гиперемии, голосовые складки имели белый цвет; у 12 пациентов отмечали небольшое остаточное усиление сосудистого рисунка, что придавало голосовым складкам бело-розовый цвет и было оценено в 1 балл (рис. 4). Инфильтрация голосовых складок отсутствовала у 3 пациентов, у 18 пациентов была средней степени выраженности (1–2 балла) и у 4 – выра-

Рисунок 4. Динамика гиперемии слизистой оболочки гортани на фоне ингаляционной терапии 1%-ным раствором Диоксицина



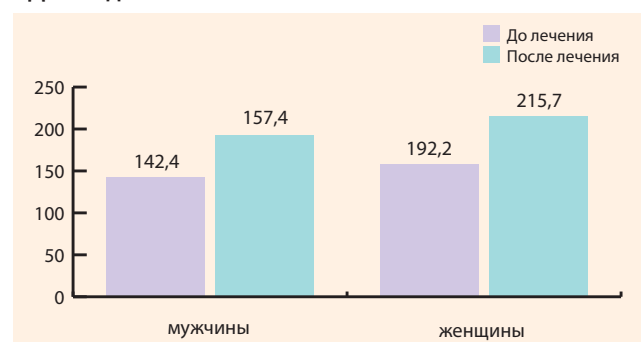
женной (3–4 балла). После лечения инфильтрация голосовых складок отсутствовала у всех пациентов (рис. 5).

Рисунок 5. Динамика инфильтрации голосовых складок на фоне ингаляционной терапии 1%-ным раствором Диоксицина



Акустические показатели голоса обрабатывали на Multi-Dimensional Voice Program всем пациентам до и после лечения. Сравнительную оценку эффективности лечения проводили по динамике частоты основного тона (ЧОТ). В норме ЧОТ для мужчин составляет 160–190 Гц, для женщин – 200–260 Гц. При обследовании мужчин до лечения средние значения ЧОТ составили $142,4 \pm 3,25$ Гц, после лечения – $157,4 \pm 3,4$ Гц; у женщин до лечения средние показатели ЧОТ – $192,2 \pm 3,1$ Гц, после лечения – $215,7 \pm 2,9$ Гц (рис. 6).

Рисунок 6. Динамика частоты основного тона (ЧОТ) на фоне ингаляционной терапии 1%-ным раствором Диоксицина



По результатам терапии 23 пролеченных пациента отметили хорошую переносимость процедуры. У 2 пациентов при первой ингаляции отмечалось небольшое першение в горле, связанное, вероятно, с нарушением техники – глубоким дыханием во время процедуры. Со второй процедуры першения в горле не возникало. Ни у одного пациента не возникало никаких нежелательных явлений, потребовавших бы отмены препарата.

Параллельно с этим исследованием было также проведено изучение эффективности и безопасности препарата Диоксидин 1%-ный у пациентов с хроническим тонзиллитом.

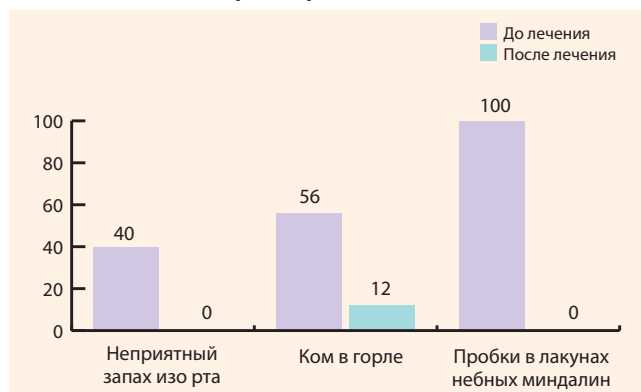
В данном исследовании участвовали 25 пациентов (9 мужчин и 16 женщин) с диагнозом *хронический тонзиллит* в возрасте от 19 до 60 лет (средний возраст $33,04 \pm 3,1$ года). При этом 15 пациентов страдали простой формой хронического тонзиллита и 10 пациентов – хроническим тонзиллитом, токсико-аллергической формой первой степени.

Всем указанным больным проводили промывание лакун небных миндалин 1%-ным раствором Диоксидаина 20 мл 1 раз в день №10.

На фоне проводимой терапии наблюдали яркую положительную динамику. Так, к 3–4-й процедуре исчез неприятный запах изо рта, который беспокоил 10 пациентов до начала лечения. Жалобы на ком в горле предъявляли при обращении 14 пациентов, и к 3–5-й процедуре у 10 больных эти явления прекратились полностью, а у 4 интенсивность данной жалобы значительно уменьшалась. Жалобы на першение, сухость и затруднение глотания имели 18 пациентов, и к 5–7-й процедуре интенсивность этих жалоб значительно уменьшилась (рис. 7).

Признаки хронического тонзиллита: гиперемия краев небных дужек, валикообразное утолщение краев небных дужек, отечность верхних отделов передних и задних небных дужек – на фоне проводимой терапии, разумеется, исчезнуть не могли, но их выраженность становилась меньше начиная с 3–4-й процедуры промывания лакун небных миндалин и до окончания лечения у всех пролеченных пациентов. На фоне проводимых процедур у всех

Рисунок 7. Динамика основных клинических симптомов хронического тонзиллита на фоне промывания лакун миндалин 1%-ным раствором Диоксидаина



больных к 3–4-й процедуре отмечалось значительное уменьшение количества пробок в лакунах небных миндалин, улучшение самочувствия, а к 8-й процедуре пробок в небных миндалинах не осталось ни у одного больного. Явления хронического фарингита наблюдались у 15 пациентов: катаральная форма – в 10 случаях, гранулезная – в 3, субатрофическая – у 2 больных. На фоне проводимой терапии интенсивность воспалительного процесса слизистой оболочки задней стенки глотки у всех пациентов уменьшилась. Субфебрильная температура наблюдалась у 4 пациентов и полностью нормализовалась на фоне проведенной терапии.

При этом все 25 пролеченных больных отметили хорошую переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов, которые потребовали бы его отмены.

Таким образом, ингаляционная терапия и промывание лакун небных миндалин 1%-ным раствором Диоксидаина являются безопасным и высокоэффективным методом лечения острого ларингита и хронического тонзиллита и могут быть широко рекомендованы для ЛОР-врачей как в амбулаторной, так и стационарной практике.



ЛИТЕРАТУРА

- Блатун Л.А., Костюченко Б.М., Шимкевич Л.Л. и др. Раны и раневая инфекция: Мат-лы Междунар. конф. М., 1998. С. 98–108.
- Большаков Л.В. Динамика чувствительности клинических штаммов бактерий к диоксидину с 1984 по 1988 г. *Антибиотики и химиотерапия*, 1990, 35(9): 17–18.
- Дайняк Л.Б., Цырульникова Л.Г., Загорянская М.Е., Кунельская В.Я. Раны и раневая инфекция: Мат-лы Междунар. конф. М., 1998. С. 108–113.
- Дадченко Б.М., Блатун Л.А., Перцев И.М. и др. Современные возможности и перспективы местного медикаментозного лечения ран: Мат-лы Всесоюз. конф. М., 1991. С. 20–22.
- Отчет о результатах оценки активности in vitro антимикробного препарата диоксидина на базах НЦССХ им. А.Н. Бакулева, при участии НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, НИИ хирургии им. А.В. Вишневского, ЦИТО им. Н.Н. Приорова, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.
- Падейская Е.Н., Шипилова Л.Д., Буданова Л.И. и др. Фармакокинетика диоксидаина, проникновение препарата в органы и ткани при однократном и повторном введении. *Хим.-фарм. журнал*, 1983, 6: 667–671.
- Падейская Е.Н. Диоксидин 25 лет в клинической практике. Значение и место среди других антибактериальных средств. *В мире лекарств*, 1999, 2(4): 42–46.
- Падейская Е.Н. Антибактериальный препарат диоксидин: особенности биологического действия и значение в терапии различных форм гнойной инфекции. *Инфекции и антимикробная терапия. Сложные вопросы антимикробной химиотерапии*, 2001, 3(5).
- Свиштушкин В.М., Никифорова Г.Н., Дедова М.Г. Возможности инфекционной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов. *РМЖ*, 2015, 6: 346–349.
- Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии. Под ред. Пальчуна В.Т., Крюкова А.И., Магомедова М.М. М.: Геотар-М., 2015, 224 с.
- Пальчун В.Т., Кафарская Л.И., Гуров А.В. Проблема госпитальной инфекции в условиях ЛОР-стационара. *Вестник оториноларингологии*, 2005, 6: 4–9.
- Brook I, Yocum P, Frazier EH. Bacteriology and beta-lactamase activity in acute and chronic maxillary sinusitis. *Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.*, 1996, 122(4): 418–422.
- Cassinat B, Nicolas MN. Comparison of antibiotic combinations against penicillin-resistant pneumococci. *J. Antimicrob. Chemotherapy*, 1994, 34(5): 785–790.
- Finegold M, Flynn M, Rose F et al. Bacteriologic findings associated with chronic bacterial maxillary sinusitis in adults. *Clinic. Infect. Dis.*, 2002, 35: 428–433.

ФИТОТЕРАПИЯ

В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УПОРНОГО КАШЛЯ

В настоящее время кашель является одной из наиболее частых причин обращения населения за медицинской помощью. Острый кашель сопровождает течение острых респираторных вирусных инфекций, а только в России ежегодно их регистрируется от 27,3 до 41,2 млн случаев системы [3].

Количество пациентов с хронической патологией бронхолегочной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, бронхиальная астма) не только велико, но и имеет тенденцию к росту, а кашель является одним из ведущих симптомов при этих патологиях.

Ключевые слова:

кашель
синдром постназального затекания
фитотерапия

Кашель представляет собой сложный рефлекторный акт, направленный на самоочищение и защиту органов дыхания от аспирации желудочного содержимого, инородных тел и различных эндогенных элементов (слизь, кровь, гной, продукты тканевого распада). Кашлевой рефлекс обеспечивает восстановление нормальной проходимости дыхательных путей, что является неременным условием для нормального дыхания человека, нарушение которого влечет за собой развитие серьезных заболеваний бронхолегочной системы [3].

Кашель следует рассматривать преимущественно не как патологический симптом, а как защитную реакцию организма, создающую человеку оптимальные условия для существования. Тем не менее достаточно часто кашель теряет свое физиологическое предназначение, становится хроническим и превращается в фактор, значительно снижающий качество жизни пациента.

Кашель при ОРВИ стимулируется стеканием отделяемого из носоглотки и раздражением слизистой оболочки гортани

Для постановки правильного диагноза и подбора адекватной терапии необходимо определить причину возникновения кашля. Для этого нужно оценивать все характеристики кашля. Каждая из них имеет определенное диагностическое значение. Ответ на первый вопрос, который врач задает пациенту: «Как давно кашель появился?», позволяет предположить причину его возникновения.

Острый кашель. Наиболее частыми причинами острого кашля являются такие инфекции верхних дыхательных

путей, как ОРВИ, острый бактериальный синусит, коклюш, обострение хронических обструктивных заболеваний легких, аллергический ринит. Вирусные инфекции верхних дыхательных путей – самая частая причина острого кашля. У больных с ОРВИ при отсутствии лечения частота этого симптома в первые 48 ч заболевания достигает 83%, а к 14-му дню снижается до 26% [2].

Кашель следует рассматривать преимущественно не как патологический симптом, а как защитную реакцию организма, создающую человеку оптимальные условия для существования

Основным симптомом острого ларингита является нарушение голоса различной степени выраженности: от легкой осиплости до полной потери звучности голоса – афонии. Но достаточно часто больные предъявляют жалобы на кашель. Воспалительные изменения в гортани выражаются в наличии отека и гиперемии слизистой оболочки голосовых складок. В начале заболевания воспалительный процесс в гортани вызывает у больного изнуряющий, сухой кашель. Возможно присутствие на поверхности слизистой оболочки гортани густого слизистого или гнойного секрета. Самостоятельно откашлять этот секрет часто не представляется возможным. Поэтому помимо стандартного лечения, включающего физиотерапевтические процедуры, ингаляционную терапию, используется и противокашлевая терапия.

Кашель при ОРВИ стимулируется стеканием отделяемого из носоглотки и раздражением слизистой оболочки гортани. При адекватной терапии ОРВИ кашель бесследно проходит. Однако возникают ситуации, когда кашель приобретает затяжное течение.

Затяжной кашель. Обычно начинается с инфекции верхних дыхательных путей и продолжается от 3 до 8 нед. Чаще всего он является т. н. постинфекционным либо служит проявлением бактериального риносинусита или астмы [3].

Хронический кашель. Одной из наиболее частых причин хронического кашля является курение, которое оказывает прямое раздражающее воздействие на кашлевые рецепторы дыхательных путей, а также вызывает раздражение и воспалительную реакцию в слизистой оболочке трахеобронхиального дерева. Однако существует ряд других причин, которые также могут привести к развитию хронического кашля.

Ведущими этиологическими факторами для развития синдрома постназального затекания являются различные формы хронических ринитов (аллергический, вазомоторный, гипертрофический), хронический риносинусит, деформация носовой перегородки, аденоиды, кисты носоглотки, опухоли

Синдром постназального затекания (ПНС) слизи в глотку вследствие ринита или синусита. Термином *синдром постназального затекания* (postnasal drip syndrom) обозначаются клинические ситуации, характеризующиеся воспалительным процессом верхних дыхательных путей (носоглотка, нос, околоносовые пазухи), при которых отделяемое из носа стекает по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево. Секрет вызывает стимуляцию кашлевых рецепторов, а развивающееся при этом воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки и гортани еще более усиливает чувствительность рецепторов к раздражителям.

Различают первичный, или идиопатический, ПНС, когда причина синдрома не установлена, и вторичный, вызванный наличием у пациента какой-либо патологии полости носа, ОНП и носоглотки. Ведущими этиологическими факторами для развития ПНС являются различные формы хронических ринитов (аллергический, вазомоторный, гипертрофический), хронический риносинусит, деформация носовой перегородки, аденоиды, кисты носоглотки, опухоли. Также разделяют ПНС на эндоскопически позитивный, когда имеется объективное эндоскопическое подтверждение факта скопления слизи в задних отделах полости носа и/или ее стекания по задней стенке глотки, и негативный ПНС, который не подтвержден при эндоскопии полости носа и носоглотки. Эндоскопически позитивный первичный ПНС встречается в 28% случаев, вторичный – в 49%. На долю эндоскопически негативного идиопатического и вторичного ПНС приходится 5 и 18% соответственно [5].

Лечение пациентов с ПНС часто представляет собой сложную задачу, особенно в случаях эндоскопически негативной и идиопатической формы синдрома. Стандартная схема включает три основных момента: терапию воспалительных заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, хирургическое устранение анатомических предпосылок синдрома и исключение возможных этиологических факторов, способствующих длительному течению ПНС, или их компенсацию. К таким факторам относятся курение, злоу-

потребление алкоголем, стрессовые ситуации, профессиональные вредности, болезни желудочно-кишечного тракта (прежде всего ГЭР), заболевания нижних дыхательных путей, эндокринные и метаболические нарушения.

Осведомленность врачей в отношении данного синдрома важна, поскольку кашель при этом состоянии трактуется не всегда правильно и ошибочно приписывается хроническому бронхиту. Этот синдром имеет место у 20–34% больных с хроническим кашлем.

Особый вариант бронхиальной астмы, который проявляется кашлем без удушья, чаще в ночное время. Так называемая «кашлевая бронхиальная астма» составляет 20–28% всех случаев хронического кашля.

Гастроэзофагеальный рефлюкс в результате гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Считается, что более чем у 20% больных с хроническим кашлем причиной последнего является гастроэзофагеальный рефлюкс.

Кашель может быть побочным эффектом при длительном приеме ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов (АПФ) при лечении у больных с артериальной гипертензией и недостаточностью кровообращения. Это связано с накоплением брадикинина, неблагоприятно влияющего на бронхи. Отмечено, что не все ингибиторы АПФ в равной степени обладают этим побочным действием. Значительно реже кашель возникает при применении пиридинола (Престариум) и моноприла [1].

Важным патогенетическим механизмом нарушения бронхиальной проходимости является образование вязкой трудно-отделяемой мокроты. Разжижение и удаление этого секрета занимает существенное место в лечении кашля

В большинстве случаев возникновение кашля связано с патологией дыхательной системы. Однако существуют такие его виды, при которых патология в дыхательных путях отсутствует. Это рефлекторный и нейрогенный кашель.

Для эффективного лечения кашля необходимо учитывать его этиологию, течение и характер.

Наиболее эффективной оказывается этиотропная терапия, которая предполагает либо устранение причины кашля (отмена лекарств, вызывающих кашель, отказ от курения, удаление серной пробки из наружного слухового прохода, устранение контакта с аллергеном и др.), либо ликвидацию патологического процесса, приведшего к кашлю (антибактериальная терапия пневмонии и других респираторных инфекций, лечение гастроэзофагеального рефлюкса и др.). В тех случаях, когда этиологическая и патогенетическая терапия по тем или иным причинам невозможна или недостаточно эффективна, проводят симптоматическую терапию кашля. Выбор лекарственных препаратов при этом зависит

прежде всего от характера кашля, его интенсивности и других особенностей.

Противокашлевые препараты по механизму действия подразделяются на: а) центрального наркотического и ненаркотического действия, вызывающие торможение кашлевого центра, и б) периферического действия, снижающие чувствительность кашлевых рецепторов (местные анестетики, препараты комбинированного действия и лекарственные средства, подавляющие высвобождение нейролептиков) [2].

Важным патогенетическим механизмом нарушения бронхиальной проходимости является образование вязкой трудноотделяемой мокроты. Разжижение и удаление этого секрета занимает существенное место в лечении кашля. Препараты, влияющие на образование мокроты, можно разделить на 4 группы.

1. Препараты рефлекторного действия, реализующие свой эффект со слизистой оболочки желудка (термописис) и через хеморецепторную триггерную зону (апоморфин). Они раздражают афферентные волокна парасимпатического нерва и слизистой оболочки желудка, что рефлекторно возбуждает дыхательный центр. В результате происходит стимуляция бронхиальных желез, что, в свою очередь, способствует эвакуации мокроты.
2. Лекарственные средства с прямым действием на слизистую оболочку дыхательных путей (солевые, щелочи, эфирные масла). Среди них наибольшее распространение получили йодиды. Выделяясь из крови, соли йода вызывают гиперемия слизистой бронхов, стимулируют бронхиальные железы, в связи с чем золь-слой становится более жидким.
3. Протеолитические ферменты.
4. Стимуляторы продуктов сурфактанта (амброксол и его производные).

В случае несостоятельного кашля у ослабленных больных используются средства, усиливающие кашель и выведение мокроты.

Большинство современных противокашлевых средств обладают комбинированным действием [4, 5].

Особый вариант бронхиальной астмы, который проявляется кашлем без удушья, чаще в ночное время. Так называемая «кашлевая бронхиальная астма» составляет 20–28% всех случаев хронического кашля

Несмотря на многообразие противокашлевых средств, поиск новых, эффективных и безопасных препаратов остается весьма актуальным. Особой проблемой нам представляется поиск эффективных средств лечения кашля, вызванного «синдромом постназального затекания».

Среди пациентов и врачей большой популярностью пользуются препараты растительного происхождения. Так, с эффектом в лечении кашля применяются экстракты подорожника и чабреца, эвкалиптовое и хвойное масла.

За счет фитонцидов и фенолов экстракт чабреца активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, в т. ч. антибиотикорезистентных форм, а также грибов. Флавоноиды чабреца способны изменять коллоидное состояние мокроты, разжижать вязкий секрет, снимать спазмы мускулатуры дыхательных путей, облегчать дыхание, а растительные муцины подорожника – уменьшать раздражение слизистой оболочки. Эвкалиптовое и хвойное масла оказывают комплексный неспецифический, противовирусный, антибактериальный и противогрибковый эффект, нормализуют микроциркуляцию, уменьшают бронхоспазм, разжижают секрет, стимулируют мукоцилиарный транспорт.

Среди пациентов и врачей большой популярностью пользуются препараты растительного происхождения. Так, с эффектом в лечении кашля применяются экстракты подорожника и чабреца, эвкалиптовое и хвойное масла

Фитопрепараты используются не только при остром и хроническом ларингите. Показаниями для их назначения являются любые воспалительные заболевания дыхательных путей, протекающие с кашлем, кроме бронхиальной астмы, коклюша и ложного крупа. В частности, растительные средства используют при синуситах, фарингитах, трахеитах, бронхитах, бронхолите.

Стоит отметить, что фитопрепараты обладают достаточно высокой лечебной эффективностью в отношении купирования кашля, вызванного «синдромом постназального затекания».



ЛИТЕРАТУРА

1. Зубков М.Н. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей. *РМЖ*, 2009, 17(2): 123–131.
2. Селькова Е.П., Лапицкая А.С., Гудова Н.В., Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В. Тактика лечения непродуктивного кашля у детей при заболеваниях респираторного тракта вирусной этиологии. *Лечащий врач*, 2013, 8: 99–103.
3. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Кашель. М.: МИА, 2013. 168 с.
4. Kehrl W, Sonnemann U, Dethlefsen U. Therapy for acute nonpurulent rhinosinusitis with cineole: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Laryngoscope*, 2004: 114.
5. Ashour HM. Antibacterial, antifungal, and anticancer activities of volatile oils and extracts from stems, leaves, and flowers of eucalyptus sideroxylon and eucalyptus torquata. *Cancer Biol Ther*, 2008: 7.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ:

НОВОЕ РЕШЕНИЕ СТАРОЙ ПРОБЛЕМЫ

В статье рассматриваются особенности клиники, диагностики и лечения аллергического ринита. Также в статье описаны преимущества топических кортикостероидов в сочетании с местными блокаторами H1-рецепторов, таких как Момат Рино Адванс, в лечении данной группы патологии.

Ключевые слова:

аллергический ринит
базисная терапия
топические кортикостероиды
мометазона фураат
азеластин

В последние годы проблема аллергического ринита приобретает все большее клиническое и социальное значение в связи с общим ростом числа аллергических заболеваний. Так, по данным ВОЗ, более 40% населения развитых стран имеют признаки т. н. аллергической готовности [2]. В настоящее время частота аллергического ринита в общей популяции составляет 10–20% [1]. При этом научные прогнозы свидетельствуют о дальнейшем росте уровня аллергических заболеваний [2].

Аллергический ринит (АР) – заболевание, связанное с различными ограничениями в физических, психологических и социальных аспектах жизни, являющееся причиной существенного снижения качества жизни, нарушений сна и в тяжелых случаях создающее проблемы в обучении и профессиональной карьере больного.

АР характеризуется наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном и клинически проявляющегося ежедневно в течение не менее часа двумя и более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханьем и нередко аносмией.

КЛАССИФИКАЦИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Формы аллергического ринита

Сезонный аллергический ринит возникает при сенсибилизации к пыльцевым (поллиноз) и грибковым аллергенам: пыльце деревьев, злаковых и сорных трав, спорам грибов *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* и др.

Круглогодичный аллергический ринит развивается у пациентов с сенсибилизацией к аллергенам клещей домашней пыли, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам,

аллергенам плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при постоянном их приеме, профессиональным аллергенам [3].

В ходе последнего пересмотра экспертами ВОЗ классификация аллергического ринита (Классификация международных согласительных документов по АР (EAACI//WAO, ARIA 2008)) предполагает выделение интермиттирующего и персистирующего АР на основании длительности сохранения симптомов, а также выделение легкой, среднетяжелой и тяжелой степени АР (табл. 1).

Этиология и патогенез АР. Пусковыми факторами АР в основном выступают воздушные аллергены. Наиболее частыми «домашними» аллергенами являются клещи домашней пыли, слюна и перхоть животных, насекомые и аллергены растительного происхождения. К основным «внешним» аллергенам относится пыльца растений и плесневые грибки [5]. Различают следующие виды пыльцевых аллергенов (сезон пыления указан для средней полосы России): пыльца деревьев (сезон пыления: начало апреля – конец мая); пыльца луговых трав (сезон пыления: начало июня – конец июля); пыльца сорных трав (сезон пыления: начало августа – начало сентября) [3].

Существует также профессиональный АР, который чаще всего сопровождается поражением нижних дыхательных путей и находится в компетенции врачей-профпатологов. Кроме воздушных аллергенов, причиной

Таблица 1. Классификация согласно международным согласительным документам по АР (EAACI//WAO, ARIA 2008) по характеру и тяжести течения [19]

Интермиттирующий	Персистирующий
- Менее 4 дней в неделю - Или меньше 4 нед. в году	- Более 4 дней в неделю - Или более 4 нед. в году
Легкий - Нормальный сон - Нормальные повседневная активность, занятия спортом, отдых - Нормальная профессиональная деятельность или учеба в школе - Отсутствие мучительных симптомов	Среднетяжелый/тяжелый Наличие по крайней мере одного из следующих признаков - Нарушение сна - Нарушение повседневной активности, невозможность занятий спортом, нормального отдыха - Нарушение профессиональной деятельности или учебы в школе - Мучительные симптомы

развития АР может быть аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты. В таком случае ринит рассматривается как элемент «аспириновой триады».

АР характеризуется наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном

Аллергены, попадая вместе с воздухом в полость носа, частично оседают на реснитчатом эпителии и, вступая в местный контакт, вызывают развитие сенсибилизации организма. При их повторном попадании на сенсибилизированную слизистую оболочку запускается аллергическая IgE-зависимая реакция. Главными участниками аллергического воспаления в слизистой оболочке носа являются тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, а также базофилы и эндотелиальные клетки. Участие этих клеток определяет раннюю, а затем и позднюю фазы аллергической реакции. На слизистую оболочку носа при дыхании оседают самые разнообразные инородные частицы. Аллергические реакции запускаются взаимодействием аллергена (пыльцы растений, спор низших грибов, домашней пыли и др.) с аллергическими антителами, относящимися к IgE. Это взаимодействие происходит на тучных клетках соединительной ткани и базофилах с последующим высвобождением затем из них биологически активных веществ, в частности гистамина, метаболитов арахидоновой кислоты, фактора активации тромбоцитов, лейкотриенов [7].

Гистамин – основной медиатор аллергических реакций немедленного типа, ответственный за развитие примерно половины клинических проявлений аллергического ринита. Тучные клетки высвобождают гистамин во время ранней фазы аллергической реакции, а базофилы – во время поздней фазы (через 4–6 ч). Известно также, что гистамин связывается с H1-рецепторами, расположенными на поверхности нервных волокон типа C (отвечающих за болевую чувствительность), которых очень много в слизистой оболочке и подслизистом слое. Слизистая оболочка носа обладает распознающим аллергены механизмом за счет фиксации аллергенспецифического IgE на его высокоаффинных рецепторах (Fcε-рецепторы I типа – Fcε RI) в тучных клетках [8]. Тучные клетки в физиологических условиях всегда присутствуют в подслизистом слое слизистой оболочки. Связывание аллергена с аллергенспецифическим IgE является толчком, запускающим активацию тучных клеток. Дегрануляция этих клеток приводит к выделению в межклеточное вещество медиаторов воспаления (гистамин, триптазы, простагландин D2, лейкотриены B4 и C4, кинины), которые, действуя на клеточные структуры, вызывают общеизвестные симптомы ринита. Именно действием медиаторов на нейрорецепторы и сосуды можно объяснить возникновение симптомов ринита в ранней фазе аллергического ответа.

Через несколько часов после разрешения ранней фазы без дополнительной экспозиции аллергена воз-

никает в той или иной степени выраженная поздняя, отсроченная фаза аллергического ответа. В этот период в собственном слое слизистой оболочки увеличивается содержание эозинофилов и базофилов, причем их появление фактически уже было индуцировано в ранней фазе медиаторами тучных клеток. Т-лимфоцитам приписывают участие в конечном звене патогенеза аллергического ринита.

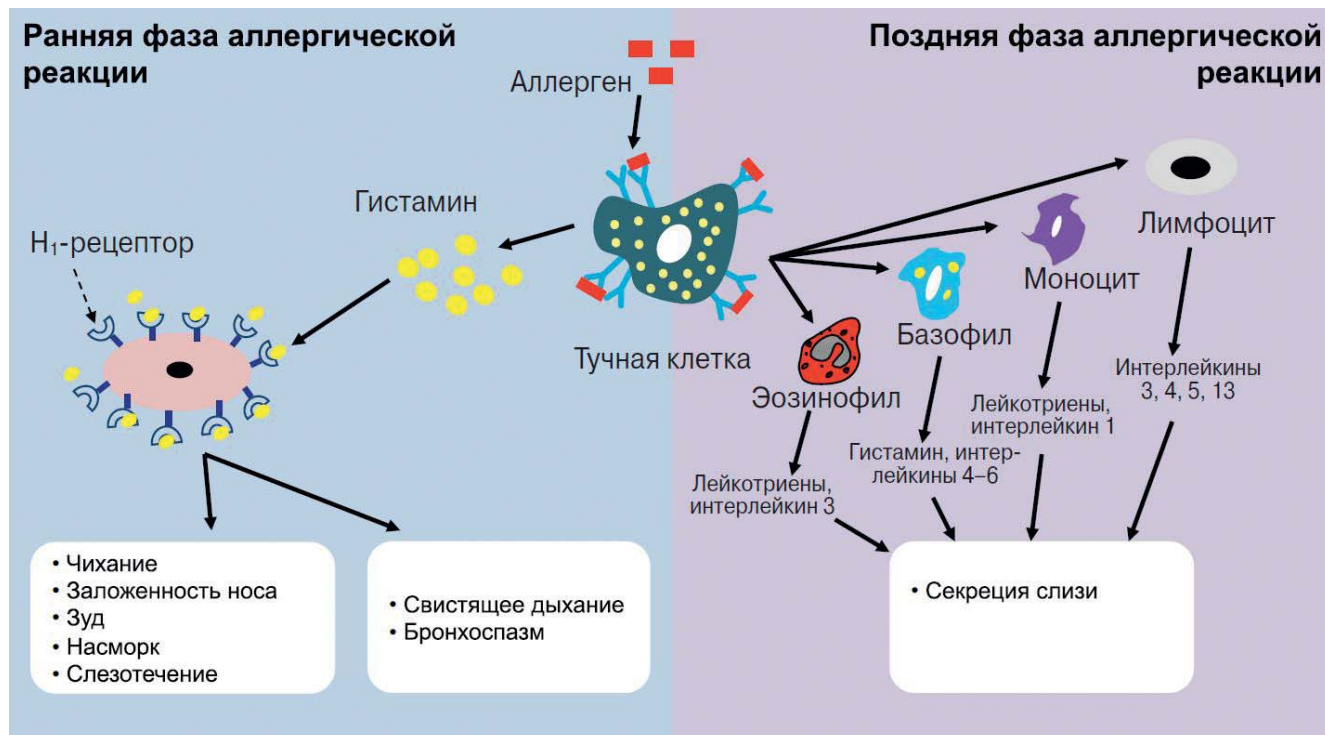
Принято считать, что изменения в клеточном составе во время поздней фазы аллергического ответа за счет поступления эозинофилов, базофилов, Th2-клеток и поддержания активности тучных клеток имеют отношение к сдвигу общей реактивности слизистой оболочки носа. На таком измененном фоне последующие воздействия аллергена вызывают более выраженные клинические симптомы. Однажды развившееся воспаление в слизистой оболочке носа сохраняется в течение нескольких недель после воздействия аллергена. При персистирующем аллергическом рините, когда имеет место длительное воздействие низких концентраций аллергена, развивается хроническое воспаление в слизистой оболочке носа.

Следует учитывать и наличие в патогенезе заболевания нейрогенного компонента, проявляющегося через высвобождение нейропептидов из окончаний холинергических и пептидергических нейронов [9]. Патологический механизм аллергического ринита представлен ниже (рис.).

Изучение механизмов развития заболевания создает основу для рациональной терапии, предполагающей воздействие на сложный воспалительный ответ, а не только на симптомы аллергии.

В ходе последнего пересмотра экспертами ВОЗ классификация аллергического ринита (Классификация международных согласительных документов по АР (EAACI//WAO, ARIA 2008)) предполагает выделение интермиттирующего и персистирующего АР на основании длительности сохранения симптомов

Клиническая картина АР. Основные жалобы больных: выделения из носа, заложенность носа и приступы чиханья. Положительным в отношении постановки диагноза является наличие двух или более симптомов продолжительностью не менее одного часа в сутки на протяжении длительного времени. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов АР можно выделить два варианта клинического течения заболевания: экссудативный и обструктивный. Они различаются по степени выраженности основных симптомов. Для экссудативного ринита характерным является ряд проявлений: частое, приступообразное чиханье; водянистые, жидкие выделения; постоянный зуд в носу; периодическая заложенность носа; нередко развитие конъюнктивита; облегчение состояния днем, ухудшение в ночные часы. Иначе выглядит клиническая картина при обструктивной форме:

Рисунок. Патофизиологический механизм аллергического ринита [6]

чихание практически отсутствует либо весьма незначительно; из носа выделяется густой секрет; отсутствует зуд; нос заложен постоянно, степень заложенности высокая; конъюнктивита нет; протекание болезни одинаково для ночных и дневных часов, возможно ухудшение состояния ночью.

Аллергическое воспаление иногда не ограничивается только слизистой оболочкой полости носа. Достаточно часто у пациентов, страдающих АР, диагностируются очаги хронической инфекции и другие заболевания верхних дыхательных путей (синусит, полипоз полости носа в сочетании с полипозным синуситом, как правило, гайморозомидитом; средний отит).

Диагностика АР. Диагностика состоит из комплекса клинических и лабораторных методов исследования. Большое значение имеет тщательный сбор анамнеза, анализ жалоб, местные и общие методы обследования. При осмотре полости носа при риноскопии, а по возможности при помощи эндоскопа определяются характерные изменения: преимущественный отек слизистой оболочки носовых раковин различной степени выраженности, цвет слизистой оболочки бледный, иногда с синюшным оттенком, водянистое или пенистое отделяемое. В клинической практике широко используются кожные пробы для определения вида аллергена. Благодаря стандартизации аллергенов и разработке диагностических тест-систем адекватного качества, удалось значительно улучшить диагностику в отношении большинства ингаляционных аллергенов. При правиль-

ном выполнении кожных проб можно с большой долей вероятности определить наличие гиперчувствительности к определенным агентам. Пробы должны проводиться в учреждении аллергологического профиля.

Гистамин – основной медиатор аллергических реакций немедленного типа, ответственный за развитие примерно половины клинических проявлений аллергического ринита

Из лабораторных методов самым достоверным является определение уровня аллергенспецифических IgE в сыворотке крови аллергосорбентными (RAST) и радиоиммуносорбентными тестами (PRIST). RAST – тест, позволяющий выявить повышение концентрации иммуноглобулинов класса E в сыворотке крови. Он показателен как в период обострения, так и в период ремиссии. PRIST – тест для определения радиоактивных комплексов с помощью счетчика гамма-излучателя. Определение уровня специфических IgE в сыворотке крови по диагностической значимости сопоставимо с кожными пробами. Также в практике применяется метод исследования мазков – отпечатков со слизистой оболочки полости носа. В цитограмме определяются скопления эозинофилов, бокаловидные и тучные клетки. Обследование пациентов с подозрением на АР целесообразно проводить с участием аллерголога.

Лечение АР. Цель лечения – полный контроль над симптомами АР. Лечение в большинстве случаев проводят в амбулаторно-поликлинических условиях. Госпитализация в стационар показана при тяжелом и/или осложненном течении заболевания, а также при необходимости проведения ускоренного курса аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ). Медикаментозное лечение аллергического ринита включает симптоматическую терапию (купирование обострения и базисное лечение) и патогенетическое лечение – АСИТ.

Основным методом профилактики АР является устранение контакта с аллергеном после идентификации последнего.

Учитывая многокомпонентную сложную схему аллергического процесса, целесообразно использование препарата, направленного на основные звенья патогенеза АР. Безусловно, основными препаратами для терапии аллергического ринита являются топиче-

ские кортикостероиды и местные блокаторы H1-рецепторов (табл 2, 3).

Мометазона фуруат – интраназальный глюкокортикостероид, эффективно купирует все симптомы аллергического ринита и начинает действовать уже в первые 12 часов после приема первой дозы, обладает выраженным противовоспалительным действием и оказывает влияние как на раннюю, так и на позднюю фазы аллергического ответа. В исследованиях *in vitro* было показано, что подавляет синтез и высвобождение гистамина, лейкотриенов, интерлейкинов (IL1, IL4, IL5, IL6, IL8), интерферона и фактора некроза опухоли клетками-мишенями первого и второго порядка. Препарат обладает выраженным противовоспалительным и противоаллергическим эффектом, обусловленным высоким сродством мометазона к глюкокортикостероидным рецепторам (в несколько раз превышающим этот показатель у других интраназальных стероидов), ингибирующим действием в отношении

Таблица 2. ЛС, предназначенные для лечения АР (на основе международного согласительного документа «Аллергический ринит и его влияние на астму – Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA)», 2008–2010 гг.)

Группа	Непатентованное название	Механизм действия	Побочные эффекты	Комментарии
Пероральные блокаторы H1-гистаминовых рецепторов	Второе поколение Акривастин Азеластин Цетиризин Дезлоратадин Эбастин Фексофенадин Левосетиризин Меквитазин Мизоластин Рупатадин Первое поколение Хлорфенирамин Клемастин Диметиндена малеат Гидроксизин	Блокада H1-гистаминовых рецепторов Обладают антиаллергической активностью Новые препараты можно назначать один раз в день Отсутствие тахифилаксии Отсутствие седативной активности у большинства препаратов Отсутствие антихолинергической активности Отсутствие кардиотоксичности	Второе поколение Акривастин оказывает седативное действие Меквитазин оказывает антихолинергическое действие Пероральный азеластин может вызвать седацию и имеет горький вкус Первое поколение Часто вызывают седацию и/или дают антихолинергический эффект	Пероральные антигистаминные средства второго поколения имеют преимущества в связи благоприятным профилем по эффективности/безопасности и фармакокинетике Быстро (<1 ч) уменьшают симптомы со стороны носа и глаз Умеренно эффективны при заложенности носа
Местные блокаторы H1-рецепторов (интраназальные, внутриглазные)	Азеластин Левакабастин Олопатадин	Блокатор H1-рецепторов Некоторая антиаллергическая активность у азеластина	Незначительные локальные побочные эффекты Азеластин: горький вкус	Быстро (<30 мин) уменьшают симптомы со стороны носа и глаз
Интраназальные кортикостероиды	Беклометазона дипропионат Будесонид Флутиказона пропионат Флутиказона фуруат Мометазона фуруат	Уменьшают воспаление слизистой носа Снижают гиперреактивность слизистой оболочки носа	Небольшие локальные побочные эффекты Низкий риск системных побочных эффектов Задержка роста возможна при применении беклометазона дипропионата только у маленьких детей	Отсутствие седативной активности у большинства препаратов Отсутствие антихолинергической активности Отсутствие кардиотоксичности
Антагонисты лейкотриенов	Монтелукаст Зафирлукаст	Блокируют рецепторы цистеиниловых лейкотриенов	Прекрасная переносимость	Эффективны при рините и астме Уменьшают все симптомы ринита и симптомы со стороны глаз
Местные кромоны (интраназальные, глазные капли)	Кромогликат	Механизм действия изучен плохо	Небольшие местные побочные эффекты	Кромоны в форме глазных капель высокоэффективны Интраназальные кромоны менее эффективны

Таблица 3. Клинические эффекты препаратов для лечения АР [19]

Характеристика	Препараты				
	пероральные	интраназальные			
	антигистаминные	антигистаминные	кортикостероиды	деконгестанты	кромоны
Ринорея	++	++	+++	-	+
Чиханье	+++	++	+++	-	+
Зуд	+++	++	++	-	+
Заложенность носа	+	+	+++	++++	+
Начало действия	30 мин	15 мин	6–12 ч	5–15 мин	Медленное развитие эффекта
Длительность действия (в часах)	12–24	6–12	12–24	3–6	2–6

провоспалительных цитокинов и продуктов метаболизма арахидоновой кислоты (циклических эндоперекисей и простагландинов) [12]. Современные интраназальные глюкокортикостероиды (беклометазона дипропионат, будесонид, флутиказона пропионат и мометазона фуруат) обладают низкой биодоступностью и хорошо переносятся больными.

БИОДОСТУПНОСТЬ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ [13]

Следует иметь в виду, что биодоступность интраназальных препаратов определяется не только их всасыванием через слизистую оболочку носа, но и абсорбцией проглатываемой части дозы (около половины от введенной). Поэтому биодоступность при пероральном и интраназальном приеме является важной характеристикой интраназальных кортикостероидов, которая в значительной степени определяет их терапевтический индекс, т. е. соотношение местной противовоспалительной активности и потенциала неблагоприятного системного действия.

Помимо биодоступности, интраназальные ГКС различаются липофильностью, определяющей объем их распределения в организме, сродством к рецепторам и силой действия. По степени сродства к рецепторам препараты располагаются в следующем восходящем порядке: дексаметазон, триамцинолона ацетонид, будесонид, флутиказона пропионат и мометазона фуруат [14].

Препараты с высокой липофильностью, например флутиказона пропионат или мометазона фуруат, лучше проникают в ткани и обладают большим объемом распределения в них. Они могут создавать в тканях резервуар, из которого медленно высвобождается активное вещество, что обуславливает их значительно более длительный конечный период полувыведения из организма [15].

Азеластин является мощным избирательным блоком Н1-рецептора гистамина, оказывает антигистаминное, противоаллергическое и мембраностабилизи-

рующее действие. Азеластин снижает проницаемость капилляров и экссудацию, стабилизирует мембраны тучных клеток и препятствует высвобождению из них биологически активных веществ (гистамин, серотонин, лейкотриены, тромбоцит-активирующий фактор и др.), вызывающих бронхоспазм и способствующих развитию ранней и поздней стадии аллергических реакций и воспаления. Азеластин практически не всасывается слизистыми носа, поэтому не оказывает системного действия и не вызывает тахифилаксии, безопасен при длительном приеме до 8 недель. Другим преимуществом препарата является быстрота действия – уже через 15 мин после интраназального введения уменьшается зуд и заложенность в носу, ринорея, действие продолжается 12 ч.

Медикаментозное лечение аллергического ринита включает симптоматическую терапию (купирование обострения и базисное лечение) и патогенетическое лечение – АСИТ

Возможно эмпирическое назначение препарата, поскольку многочисленными исследованиями доказана эффективность препарата как при сезонном, так и при круглогодичном аллергическом рините [16]. Данные сравнительных исследований демонстрируют некоторые преимущества интраназального применения азеластина по сравнению с цетиризином, дезлоратадином и лоратадином в пероральной форме в отношении симптомов заболевания и качества жизни пациентов с сезонным АР средней/тяжелой степени.

Добавление к терапии интраназальными ГКС антигистаминных препаратов оправданно при среднетяжелом и тяжелом течении АР, что связано с отсроченным эффектом ГКС при необходимости быстрого купирования симптомов. Наиболее рациональной комбинацией в этом случае представляется сочетание интраназального ГКС и местного антигистаминного препарата.

МОМАТ РИНО АДВАНС

назальный спрей дозированный (H₁-гистаминовых рецепторов блокатор + глюкокортикостероид)

УВЕРЕННЫЙ СТАРТ + СТОЙКИЙ КОНТРОЛЬ

начало через
15 минут^{1,2}

азеластин

СПРИНТЕР

действует
12–24 часа^{1,4}

мометазон

МАРАФОНЕЦ



➤ **Свобода дыхания: активный день + спокойный сон**^{3,4}
➤ **Для лечения сезонного аллергического ринита**⁵

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ. Торговое название: Момат Рино Адванс. Международное непатентованное наименование: азеластин + мометазон. Лекарственная форма: спрей назальный дозированный. Состав: 1 доза спрея содержит действующие вещества: азеластина гидрохлорид — 140 мкг, мометазона фуорат — 50 мкг. Фармакотерапевтическая группа: противоаллергическое средство — H₁-гистаминовых рецепторов блокатор + глюкокортикостероид для местного применения. Фармакологическое действие: азеластин, являясь противоаллергическим средством длительного действия; мометазон является синтетическим глюкокортикостероидом (ГКС) для местного применения, оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие при применении в дозах, при которых не возникает системных эффектов. Показания к применению: сезонные аллергические риниты у взрослых с 18 лет. Противопоказания: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата, недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны, возраст до 18 лет. С осторожностью: туберкулезная инфекция (активная и латентная) респираторного тракта, нелеченная грибковая, бактериальная, системная вирусная инфекция или инфекция, вызванная Herpes simplex с поражением глаз, наличие нелеченной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. Применение при беременности и в период кормления грудью: противопоказано. Способ применения и дозы: интраназально, по 1 дозе спрея (азеластина гидрохлорид — 140 мкг / мометазона фуорат — 50 мкг) в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером. Продолжительность курса лечения — 2 недели. Побочное действие: головная боль, дисгевзия (неприятный вкус) как следствие неправильного применения, носовые кровотечения, дискомфорт в полости носа (чувство жжения, зуд), изъязвление слизистой оболочки носа, чихание, фарингит, синусит, инфекции верхних дыхательных путей. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Влияние на способность управлять транспортными средствами и заниматься другими видами деятельности: в редких случаях утомление, усталость, головокружение и слабость, которые могут быть следствием самого заболевания, могут развиваться при использовании назального спрея Момат Рино Адванс. В таких случаях следует избегать управления транспортным средством и работы со сложными механизмами. Срок годности: 2 года. Условия отпуска: по рецепту. Регистрационный номер: ЛП-003328 от 23.11.2015.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МОМАТ РИНО АДВАНС, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА.

1. Крюков А. И., Туровский А. Б., Бондарева Г. П., Семкина О. В. Принципы лечения аллергического ринита // Медицинский совет. 2013. № 7. С. 42–47. 2. Энн К Эллис, Ифэй Чжу 3, Лиза М Steacy, Терри Уокер и Джеймс Н Дай. Двойное слепое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование с целью определения эффективности и скорости начала действия азеластина назальный спрей, по сравнению с селазатином и цетиризином у взрослых пациентов с сезонным аллергическим ринитом. Allergy, Asthma & Clinical Immunology 2013, 9:16. 3. Международный согласительный документ. Аллергический ринит и его влияние на астму — Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). 2008–2010 г. 4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Утверждено Президиумом РААКИ 23 декабря 2013 г. 18 с. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Момат Рино Адванс ЛП-003328-231115.

Реклама. 03-16-RUS-009-MRA

Информация для специалистов здравоохранения.

ООО «Гленмарк Импэкс», Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 3, бизнес-центр «Вивальди Плаза».

Тел.: +7 (499) 951-00-00. Факс: +7 (499) 951-00-00, доб. 7702/7703. www.glenmarkpharma.com, www.glenmark-pharma.ru

glenmark

Примером такого препарата является Момат Рино Адванс, представляющий собой назальный дозированный спрей, в состав которого входит фиксированная комбинация азеластина гидрохлорида 140 мкг и мометазона фуората 50 мкг. Этот назальный спрей – первый и пока единственный в России из подобных препаратов [17].

Основными препаратами для терапии аллергического ринита являются топические кортикостероиды и местные блокаторы H1-рецепторов

Момат Рино Адванс применяется интраназально. Ингаляция суспензии, содержащейся во флаконе, осуществляется при помощи специальной дозирующей насадки на флаконе. По 1 дозе спрея (азеластина гидрохлорид – 140 мкг/мометазона фуорат – 50 мкг) в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером. Продолжительность курса терапии – 2 недели.

В 2014 г. проведено открытое рандомизированное клиническое исследование эффективности, безопасности и переносимости препарата Момат Рино Адванс («Гленмарк Фармасьютикалз Лимитед», Индия) в сравнении с оригинальными

препаратами – азеластином и мометазоном (назальные спреи) у пациентов с сезонным АР. По результатам исследования было доказано, что схема с использованием препарата Момат Рино Адванс обладает не меньшей эффективностью и безопасностью по сравнению с применением комбинации оригинальных азеластина и мометазона (назальные спреи из разных флаконов) [18].

ВЫВОДЫ

В настоящее время существует необходимость повышения эффективности лечения пациентов АР среднего и тяжелого течения, когда требуется быстрый контроль над симптомами заболевания. В этой связи целесообразно использовать комбинацию нескольких препаратов сходной направленности, но отличающихся по механизму действия.

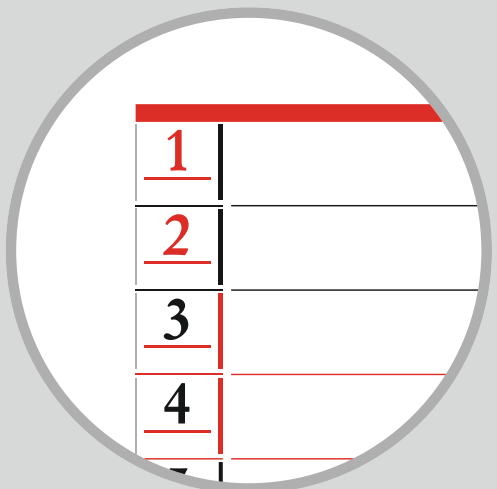
Безусловно, появление комплексного препарата Момат Рино Адванс, в состав которого входит ингаляционный глюкокортикостероид и топическое антигистаминное средство в виде фиксированной комбинации, будет способствовать не только более высокой эффективности терапии аллергического ринита, но и более высокой приверженности к лечению пациентов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кудайбергенова С.Ф. Информативность цитологического метода исследования при аллергическом рините с сопутствующей патологией со стороны ЛОР-органов. *Вестник оториноларингологии*, 2010, 3: 37.
2. Гуров А.В. Современные возможности диагностики и лечения аллергического ринита. *РМЖ*. 2008. 16. 2: 103–105.
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Утверждено Президиумом РААКИ 23 декабря 2013 г. 18 с.
4. Anolik R. *J. Asthma Allergy (ARIA)*. 2010. 3: 87–99.
5. Косарев В.В., Жестков А.В., Зайцева С.А., Еремина Н.В. Эпидемиология, клинико-иммунологические аспекты аллергических заболеваний респираторного тракта. Самара, 2002. 142 с.
6. Ramirez-Jiménez F, Pavón-Romero G, Juárez-Martínez LL et al. Allergic Rhinitis. *J Allergy Ther*. 2012; 55 (006): 2–7.
7. Лопатин А.С. Персистирующий аллергический ринит. *Consillium medicum*. 2002. 04. 9.
8. Corren J. Allergic rhinitis and asthma: how important is the link? *J Allergy Clin Immunol* 1997. 99: 781–6.
9. Des Roches A, Paradis L, Menardo JL, Bouges S, Daures JP, Bousquet J. Immunotherapy with a standardized *Dematophagoides pteronyssinus* extract: VI. Specific immunotherapy prevents the onset of new sensitizations in children. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: 450–3.
10. Hindmarch I. Эффекты антигистаминных средств на ЦНС – существуют ли препараты третьего поколения. Тезисы 2-го международного симпозиума по лечению аллергии. Канны, 2000: 10–11.
11. Handley D, Magnetti A, Higgins A. Терапевтические преимущества антигистаминных препаратов третьего поколения. *Exp. Opin. Invest. Drugs*. 1998. 7(7): 1045–1054.
12. Аллергический ринит – этиология, патогенез, особенности фармакотерапии. Методические рекомендации. ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». СПб., 2006.
13. Емельянов А.В., Лукьянов С.В. Назальные глюкокортикостероиды. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. М.: Литтера, 2004: 93–97.
14. Smith CL, Kreutner W. In vitro glucocorticoid receptor binding and transcriptional activation by topically active glucocorticoids. *Arzneimittelforschung. Drug Res*. 1998. 48: 956–960.
15. Lipworth BJ, Jackson CM. Safety of inhaled and intranasal corticosteroids: lessons for the new millennium. *Drug Saf*. 2000. 23 (1): 11–33.
16. Балаболкин И.И., Ксензова Л.Д., Лукина О.Ф. Аллергические риниты у детей с бронхиальной астмой. Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина, 2003: 137–151.
17. Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Хон Е.М. Оптимизация лечения больных аллергическим ринитом. *РМЖ*, 2016.
18. Ненашева Н.М. Эффективность препарата Момат Рино Адванс (фиксированной комбинации мометазона фуората и азеластина гидрохлорида в виде назального спрея) у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом: результаты рандомизированного открытого мультицентрового клинического исследования. *Рос. оториноларингология*. 2016. 2: 137–147.
19. Крюков А.И., Туровский А.Б., Бондарева Г.П., Семкина О.В. Принципы лечения аллергического ринита. *Медицинский совет*. 7, 2013. 42–47.

ДВАДЦАТЬ ВТОРАЯ ОБЪЕДИНЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ



1	
2	
3	
4	

Октябрь
2016



30

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Уважаемые коллеги!

Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА) приглашает вас принять участие в работе очередного съезда врачей-гастроэнтерологов страны – Двадцать второй Объединенной Российской гастроэнтерологической недели. Гастронеделя состоится в Москве **с 3 по 5 октября 2016 года** в Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ по адресу: проспект Вернадского, д. 84 (ст. метро «Юго-Западная»).

Программа Недели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гастроэнтерологии, эндоскопии, гепатологии, педиатрии, нутрициологии и других смежных с гастроэнтерологией дисциплин. Большинство приглашенных докладчиков – признанные отечественные и зарубежные лидеры мнения.

В рамках Объединенной Российской гастроэнтерологической недели в нескольких залах будут проходить научные симпозиумы. Как и на предыдущих Неделях, будет продолжено обсуждение стандартов и порядков оказания специализированной медицинской помощи и клинических рекомендаций по специальности «Гастроэнтерология»; лучшие специалисты проведут клинические симпозиумы Российской гастроэнтерологической ассоциации и выступят с лекциями мастер-класса. Планируется представление коллективов и школ, в течение многих лет развивающих отечественную медицину.

В период проведения Гастронедели будет работать выставка современных лекарственных препаратов, медицинской техники и технологий, применяемых в гастроэнтерологии и лечебном питании, и специализированных изданий.

Перед Неделями **с 30 сентября по 2 октября 2016 года** будет проведена Международная Осенняя сессия Национальной школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА.

Вход на научные заседания Гастронедели свободный.

Почтовый адрес для переписки и справок: 119146, Москва, а/я 31, «ГАСТРО».

Телефоны для справок: +7 926 213-25-52.

Электронная почта: fin.fin@ru.net, rga-org@yandex.ru.

Адреса в Интернете: www.gastro.ru, www.liver.ru.

В.Н. КРАСНОЖЕН, д.м.н., профессор, Казанская государственная медицинская академия

РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ

В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Актуальной проблемой оториноларингологии является купирование кровотечений при выполнении хирургических вмешательств. Для облегчения этой задачи служит радиоволновая энергия, реализованная в высокочастотном радиоволновом хирургическом генераторе и специальных электродах. Существует ряд рабочих режимов, которые позволяют выполнять малотравматичное, бескровное воздействие на ткани, что сокращает время операции и период реабилитации пациентов.

Ключевые слова:

*радиоволновая энергия
малая травматичность
короткий период реабилитации*

Одним из наиболее эффективных методов, применяемых при оперативных вмешательствах, является способ радиоволнового воздействия.

В 1967 г. Ирвинг Эллман (США), будучи не только дантистом, но и инженером-электронщиком, разработал для операций на нежной десневой ткани электрохирургический прибор, который вырабатывал частоту 3,8–4,0 МГц, позволявшую производить разрезы тканей с наивысшей точностью и наименьшим разрушением. При помощи кремниево-диодных выпрямителей д-р Эллман изменял форму генерированной волны, что приводило к усилению или ослаблению коагуляции при проведении разрезов. В 1973 г. на первый радиохирургический прибор был получен патент. В 1978 г. в эксперименте было выявлено, что после разреза волной с частотой 3,8 МГц ткани очень быстро заживают.

В 1980 г. прибор, изобретенный д-ром Эллманом, стали широко использовать в ветеринарной хирургии, в т. ч. в ветеринарной офтальмологии, для разреза и коагуляции в ходе операций на животных. В том же году высокочастотная низкотемпературная радиоволновая технология фирмы Ellman начала использоваться в дерматологии, затем – в пластической хирургии, акушерстве и гинекологии, общей хирургии, оториноларингологии, а с середины 90-х – в офтальмологии. Начало XXI в. – период проникновения радиохирургии в сферы медицины, требующие высочайшей точности: нейрохирургию, эндохирургию, операции на сетчатке.

Радиохирургия – бесконтактный метод разреза мягких тканей радиоволнами высокой частоты. Рассекающий эффект в этом случае достигается не за счет механического давления, а за счет тепла при сопротивлении тканей в момент проникновения в них высокочастотных волн. Благодаря этому клетки, встречающиеся на пути волн, подвергаются испарению. Рассекаемая ткань раздвигается в стороны и не подвергается термическому

воздействию. В зависимости от сочетания ряда факторов: мощности воздействия, вида тока, размера рабочей части активного электрода – возможны разрезание, коагуляция, фульгурация.

Если сравнивать его с лазером, то последний дает излучение, которое вызывает и ожог, и некроз тканей. Лазерный луч работает при температуре 300–400 °С, а радиоволна делает то же самое в среднем при 85 °С. Поэтому ткани после такой операции быстро регенерируют, что сокращает и период реабилитации больного [1].

Гемостаз не сочетается с глубокой коагуляцией и некрозом подлежащих тканей. Практически всегда достаточна местная анестезия. Поскольку используемая частота очень высокая, ток, производимый прибором, проходит через тело, не вызывая болезненных сокращений мышц или стимуляции нервных окончаний (эффект Фарадея). Механическая и термическая травма тканей и органов при применении «радионожа» минимальна и несравнима по своему малому повреждающему эффекту с действием других средств для рассечения. Этому способствуют материалы, из которых изготовлены электроды: латунь и вольфрам, тугоплавкие металлы, мгновенно отдающие тепловую энергию в окружающее пространство.

Радиохирургия обеспечивает разрез любой конфигурации без коагуляции и приложения к нему заметного мануального усилия, независимо от тургора кожи и тканей, наличия складок и анатомической локализации, не вызывает ожогов ткани в процессе рассечения при соприкосновении электрода с металлическими инструментами.

Разрезы на коже заживают без тенденции к формированию келоидного рубца, с высоким косметическим эффектом.

Перечисленные преимущества радиоволновой хирургии обеспечили ее широкое применение в медицинской практике, в т. ч. тех ее областях, где требуется качественное заживление операционных разрезов с преобладанием эпителизации над грануляцией, а также высокая эстетичность послеоперационного рубцевания и существует риск кровотечения.

В оториноларингологии радиохирургия применяется по многим показаниям: ринопатия, хронический тонзиллит, ринофима, аденоидные вегетации, экссудативный средний отит, хронический дакриоцистит и др. (рис. 1–5).

Началом применения радиохирургии в лечении непроходимости экскреторной системы слезных путей и дакриоцистита следует считать работы R.M. Javate (1995), применившего, кроме источника радиоволновой энергии, набор электродов собственной конструкции. Он отметил значительно меньшее кровотечение и операционную травму при замене хирургического скальпеля «радионожом». При работе лазером наблюдается обугливание средней степени, в то время как при использовании радиохирургического прибора происходит прекрасное заживление ткани без некроза и обугливания. При сравнительной оценке коэффициент эффективности эндоскопической лазерной ДЦР был определен R.M. Javate как 66%, наружной – 94%, что статистически не отличалось от коэффициента эффективности эндоскопической радиохирургической ДЦР (90%) [2].

В отечественной дакриологии, а именно при эндоназальном доступе к слезному мешку, радиохирургический прибор, дополнив его шейверной системой, начал применять В.Н. Красножен (рис. 6).

Этап вскрытия слезного мешка путем рассечения электродом Vari-Tip

У прибора 4 рабочих режима – три разные формы волны и фульгурационный ток. Режимы волны следующие: фильтрованная волна, полностью выпрямленная волна и частично выпрямленная волна (рис. 7).

Этим формам волн соответствуют чистый разрез (90% – разрез и 10% – коагуляция), одновременные разрез и коагуляция (50 и 50%) и гемостаз (90% – коагуляция) соответственно. Поверхностное прижигание осуществляется искрой переменного тока (фульгурация).

Радиохирургический разрез производится без давления на ткань, легким движением, сводя к минимуму повреждение ткани. Если все же оно происходит, то бывает поверхностным и сравнимо с повреждением ткани при обработке лазером. Этим радиохирургия диаметрально отличается от коагулизации, при которой повреждение ткани может быть сравнимо с ожогом 3-й степени.

Кроме этого, техника радиохирургии полностью исключает электроожог пациента. Вместо заземляющей пластины для фокусирования радиоволн используется антенная пластина. В отличие от электрохирургических приборов, этой пластине не нужно соприкасаться с кожей пациента, ее достаточно только разместить под пациентом вблизи от операционного поля.

Высокочастотная энергия концентрируется на кончике электрода, и, хотя сам электрод не нагревается, сильно сконцентрированная энергия повышает образование молекулярной энергии внутри каждой клетки, которые разрушает, вызывая нагревание ткани и фактически испаряя клетку. Очень важно помнить, что количество вырабатываемой теплоты зависит от времени контакта с тканью, размера электрода и формы волны.

Как правило, идеальной техникой разреза можно назвать разрез участка от 5 до 8 мм в 1 с. Если происходит искрение, то это означает, что установлена слишком большая мощность. Если движение электрода неровное, то это значит следующее: либо хирург производит разрез очень быстро, либо установлена слишком низкая мощность, либо загрязнился электрод (остатками карбонизации или распада клеток).

Таким образом, основными достоинствами радиоволновой хирургии, подтвержденными клиническими и морфогистологическими исследованиями многих авторов, являются: уменьшение кровопотери (при этом гемостаз не сочетается с глубокой коагуляцией и некрозом подлежащих тканей), обезболивающий эффект, обусловленный коагуляцией нервных окончаний, снижение всасывающей способности раневой поверхности и уменьшение истечения в рану тканевой жидкости, ускоряющие процессы заживления ран, коагуляция сосудов, обеспечивающая меньшую локальную реакцию тканей и улучшающая процессы регенерации. Механическая и термическая травма тканей и органов при применении «радионожа» минимальна и несравнима по своему

Рисунок 1. Электрод для подслизистой уволопалатоластики



Рисунок 2. Аспирационный электрод для тонзиллэктомии



Рисунок 3. Электрод для палатоластики

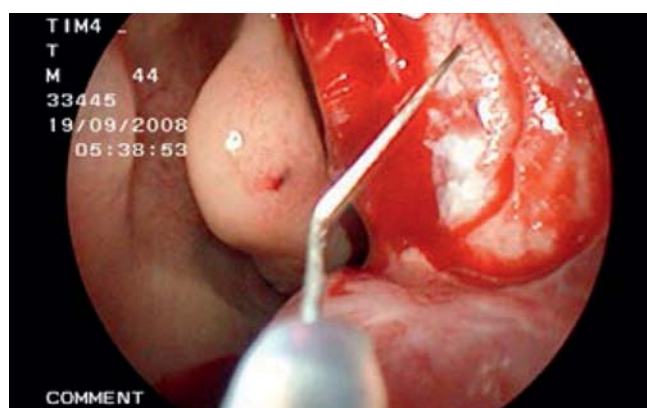


Рисунок 4. Аспирационный электрод для тонзиллэктомии



Рисунок 5. Аспирационные электроды для мириготомии



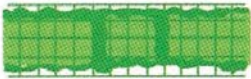
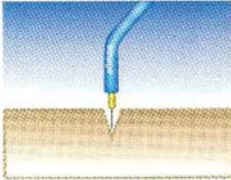
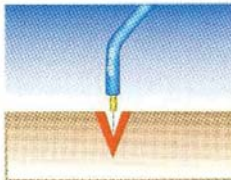
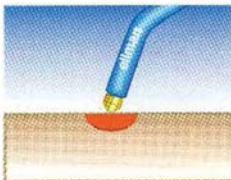
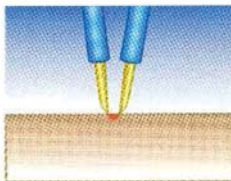
Рисунок 6. Эндоназальная дакриоцисториностомия слева

малому повреждающему эффекту с действием других средств для рассечения. Перечисленные свойства радиоволновой хирургии делает ее незаменимой в оториноларингологии на этапах хирургического лечения различных видов патологии.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Лейзерман М.Г. Применение новых технологий в ЛОР-хирургии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999. 35 с.
2. Javate RM, Compomanes BB, Co ND et al. The endoscopic and the radiofrequency unit in DCR surgery. *Ophthalmol. Plast. Reconstr. Surg.*, 1995, 11(1): 54-58.

Рисунок 7. Рабочие режимы (формы волны) высокочастотных радиоволновых хирургических генераторов и их применение

РАЗРЕЗ			
ПОЛНОСТЬЮ ВЫПРЯМЛЕННАЯ ФИЛЬТРОВАННАЯ ФОРМА ВОЛНЫ 90% РАЗРЕЗ – 10% КОАГУЛЯЦИЯ		• микроскопически ровный разрез • практическое отсутствие боковой теплоты • минимальное разрушение клеток • незаменим для разреза кожи и биопсии • ускоренное заживление • идеальный косметический эффект	
РАЗРЕЗ И КОАГУЛЯЦИЯ			
ПОЛНОСТЬЮ ВЫПРЯМЛЕННАЯ ФОРМА ВОЛНЫ 50% РАЗРЕЗ – 50% КОАГУЛЯЦИЯ		• одновременные разрез и коагуляция • идеален для подкожного рассечения и иссечения тканей, насыщенных сосудами, с минимальным количеством боковой теплоты и повреждением ткани	
КОАГУЛЯЦИЯ			
ЧАСТИЧНО ВЫПРЯМЛЕННАЯ ФОРМА ВОЛНЫ 10% РАЗРЕЗ – 90% КОАГУЛЯЦИЯ		• коагуляция/сморщивание тканей • надежный гемостаз • с минимальным повреждением ткани • идеальна для операций с высоким контролем кровотечения	
БИПОЛЯРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ			
ЧАСТИЧНО ВЫПРЯМЛЕННАЯ ФОРМА ВОЛНЫ 10% РАЗРЕЗ – 90% КОАГУЛЯЦИЯ		• точечная, микроскопическая коагуляция • отсутствие прилипания ткани к браншам пинцета • отсутствие обугливания или некроза тканей • необходима для коагуляции крупных сосудов • коагуляция внутри и вокруг анатомического образования	
ФУЛЬГУРАЦИЯ			
ПЕРЫВИСТО-ИСКРОВАЯ ФОРМА ВОЛНЫ		• разработана для искрового вырабатываемого тока • максимальная глубина проникновения с гемостазом • идеально подходит для целенаправленного разрушения тканей	



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
ПОСВЯЩЕННАЯ МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
«БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – СЕГОДНЯ И ЗАВТРА»
ТЕМАТИЧЕСКАЯ ВЫСТАВОЧНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ
Здание Правительства Москвы (ул. Новый Арбат, 36)

**30 МАЯ
2016 ГОДА**

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции, посвященной международному дню бронхиальной астмы, **«Бронхиальная астма - сегодня и завтра»**, которая проводится 30 мая 2016 года в Здании Правительства Москвы.

Данная конференция проводится в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение города Москвы и Московского региона».

Цель проведения:

- повышение профессионального уровня и квалификации врачей пульмонологов;
- повышение качества оказываемых услуг в ЛПУ;
- внедрение новых современных медицинских технологий в практическое здравоохранение, обмен опытом, достижениями, результатами;
- эффективное использование возможностей и средств ЛПУ;
- своевременная диагностика бронхиальной астмы, правильный выбор специалиста;
- улучшение качества жизни пациента с бронхиальной астмой.

Научно-практическая конференция проводится под патронатом:

- Московского отделения МОО «Российское Респираторное Общество»;
 - Кафедры пульмонологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.
- Заявка и документы на патронат Департамента здравоохранения города Москвы оформлены и поданы в соответствии с Приказом от 24.12.2014 № 1115-р «Об организации проведения конгрессно-выставочных мероприятий под патронатом Департамента здравоохранения города Москвы».

Основные вопросы:

1. Диагностика бронхиальной астмы;
2. Фенотипы бронхиальной астмы;
3. Функциональные методы обследования при бронхиальной астме;
4. Профилактика бронхиальной астмы;
5. Лечение бронхиальной астмы;
6. Обострение бронхиальной астмы.

Сопредседатели Оргкомитета:

Белевский Андрей Станиславович – главный внештатный специалист пульмонолог ДЗМ, зав. кафедрой пульмонологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор;

Чучалин Александр Григорьевич – Академик РАН, главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог МЗ РФ, директор ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА РФ, д.м.н., профессор.

Докладчики и аудитория:

В работе конференции примут участие руководители и врачи – специалисты больниц, клиник Москвы, Московской области, а также других регионов РФ (по статистике, в 2015 г. в конгрессно-выставочном мероприятии приняло участие около 300 человек, on-line – около 250 человек).

С докладами по тематике конференции выступят главные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущие ученые и практики.

Выставочная экспозиция:

В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, для лечения и профилактики бронхиальной астмы.

Организатор:

- Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

Время проведения:

30 мая 2016 г. с 9.00 до 18.00.

Адрес проведения:

Здание Правительства Москвы (г. Москва, ул. Новый Арбат, 36).

***Вход на мероприятие свободный, по приглашительным билетам.
Материалы конференции, пакет участника предоставляется при регистрации.
По окончании конференции выдается свидетельство участника.
Организована on-line трансляция конференции.***

***Приглашаем Вас принять участие в работе конференции и выставки.
Желаем Вам успешной работы!***

Дополнительная информация:

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
127055, Москва, ул. Суцевская, д. 25, корп. 1
Тел/факс: 8 (495) 797-62-92, 8 (499) 750-07-27, 8 (499) 750-07-47
E-mail: info@imfd.ru
Сайт: www.imfd.ru



Е.Е. САВЕЛЬЕВА ¹, к.м.н., Г.А. ТАВАРТКИЛАДЗЕ ², д.м.н., профессор

¹ Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

² Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования, Москва

ИЗУЧЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ПРИ ЭЛЕКТРОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СЛУХА

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2015 г., в мире 360 млн человек страдает от инвалидизирующей потери слуха, из них 328 млн взрослых людей и 32 млн детей [6]. Это составляет более 5% населения земного шара. Под инвалидизирующей потерей слуха ВОЗ определяет такую потерю, которая превышает 40 дБ у взрослых людей и 30 дБ у детей в лучшем слышащем ухе.

Ключевые слова:

тугоухость

глухота

слухопротезирование

электроакустическая коррекция слуха

гиперподвижная нижняя челюсть

Важнейшим и нередко единственным средством реабилитации лиц с тугоухостью и глухотой считается слухопротезирование, или электроакустическая коррекция слуха, являющаяся одной из самых сложных и малоразработанных проблем клинической оториноларингологии [3]. Мало изучены вопросы влияния подвижности нижней челюсти на динамические изменения конфигурации наружного слухового прохода. Работы J. Okeson (1985) и R. Oliveira (1992) показали необходимость учета подвижности нижней челюсти при слухопротезировании, т. к. гиперподвижная нижняя челюсть приводит к проблемам слухопротезирования – выпадению слухового аппарата или вкладыша из уха и появлению акустической обратной связи (свиста) [4, 5].

Слепок наружного уха, используемый для изготовления ушного вкладыша для слухового аппарата, в точности повторяет все особенности строения, изгибы и форму наружного слухового прохода и внутренней части ушной раковины (рис. 1).

Передняя стенка наружного слухового прохода граничит с височно-нижнечелюстным суставом, а движения сустава нижней челюсти передаются на переднюю перепончато-хрящевую часть наружного слухового прохода.

Цель исследования: изучение анатомических особенностей наружного слухового прохода при электроакустической коррекции слуха.

Задачи исследования:

1. Провести общеклиническое исследование височно-нижнечелюстного сустава и зубочелюстной системы у пользователей слуховых аппаратов.
2. Оценить влияние состояния височно-нижнечелюстного сустава на изменение архитектоники наружного слухового прохода при электроакустической коррекции слуха.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование в группе 79 взрослых пациентов с сенсоневральной тугоухостью, использующих слуховые аппараты. Всем пациентам провели общеклиническое обследование височно-нижнечелюстного сустава и зубочелюстной системы с тщательным сбором

Рисунок 1. Слепок наружного слухового прохода пациента К



жалоб, анамнеза, осмотром зубного ряда, аускультацией и пальпацией сустава. Для изучения влияния позиции нижней челюсти на размеры наружного уха мы использовали метод снятия слепков наружного слухового прохода при открытой и закрытой позициях нижней челюсти, предложенный J. Okeson в 1985 г. [4]. Для этого на каждое ухо изготавливали 2 слепка: с закрытым и открытым ртом, всего было изучено 182 слепка.

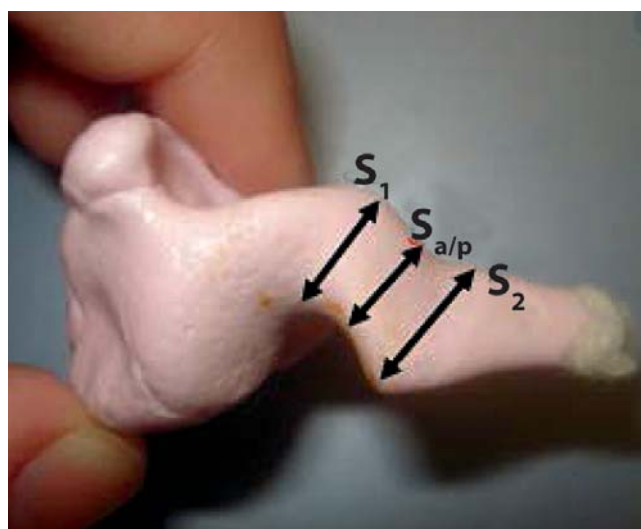
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При сборе жалоб лишь 7 пациентов (8,86%) предъявляли активно жалобы на дискомфорт или посторонние суставные шумы в проекции височно-нижнечелюстного сустава. Однако при общеклиническом обследовании сустава достаточно часто присутствовали аномалии прикуса – 39,24%, отсутствие одного или двух зубов на стороне исследования – у 36,71%, отсутствие трех-пяти зубов на стороне исследования – у 11,39%, отсутствие более 5 зубов – у 8,86%, наличие постороннего шума, щелчков при аускультации сустава – у 13,92%. Так, по данным З.П. Латий с соавт. (1977), потеря зубов ведет к изменению соотношения элементов сустава [2], а исследования, проведенные В.Н. Гиналии (1966) [1], показали, что на стороне отсутствующего моляра суставная головка наклоняется вперед, а на

Таблица 1. Результаты общеклинического исследования височно-нижнечелюстного сустава и зубочелюстной системы у пользователей СА

Состояние зубочелюстной системы	Количество пациентов, абс.	%
Жалобы пациента на дискомфорт при движениях нижней челюсти	4	5,06
Жалобы пациента на шум, щелчки при открывании рта	3	3,80
Наличие в анамнезе перелома нижней челюсти или травмы сустава	2	2,53
Гиперподвижность при пальпации сустава или чрезмерная подвижность суставной головки при пальцевом исследовании через переднюю стенку наружного слухового прохода	19	24,05
Наличие постороннего шума, щелчков при аускультации сустава	11	13,92
Невозможность широко открыть рот (менее 30 мм) при движениях нижней челюсти	2	2,53
Синдром гипермобильности нижней челюсти и открывание рта более чем на 50 мм	3	3,80
Отсутствие одного или двух зубов на стороне исследования	29	36,71
Отсутствие трех-пяти зубов на стороне исследования	9	11,39
Отсутствие более 5 зубов	7	8,86
Физиологические виды прикуса	48	60,76
Патологические виды прикуса	31	39,24

Рисунок 2. Поперечные размеры слепка



(S_1) – передне-задний размер в месте первого изгиба;
 (S_2) – передне-задний размер в месте второго изгиба;
 ($S_{a/p}$) – передне-задний (anterior/posterior) размер поперечного сечения второго колена

противоположной стороне – назад. Суставной диск становится тоньше, и происходит смещение головки нижней челюсти. Смещение суставной головки сустава назад способствует уменьшению передне-заднего размера поперечного сечения наружного уха, что вызывает изменение нормальных анатомических размеров последнего и зачастую является причиной проблем при слухопротезировании. Результаты исследования височно-нижнечелюстного сустава и зубочелюстной системы у пользователей слуховых аппаратов отражены в *таблице 1*.

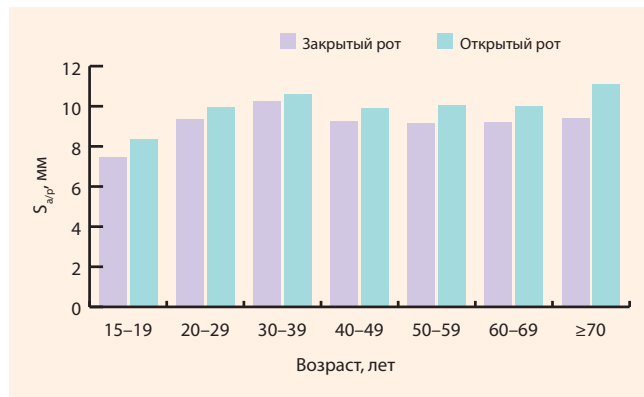
Гиперподвижность сустава при общеклиническом обследовании выявлена нами у каждого 4-го пользователя слухового аппарата (24,05%). Таким образом, общеклиническое обследование зубочелюстной системы показало высокую распространенность патологии височного сустава и зубных рядов, что обязательно должно учитываться при слухопротезировании. Методы же обследования сустава просты и быстровыполнимы (аускультация, пальпация, оценка зубного ряда и прикуса). Их использование предупреждает возникновение «потенциальных» проблем при электроакустической коррекции слуха.

Следующим этапом мы изучили слепки при открытой и закрытой позиции нижней челюсти. Изучались поперечные размеры слепка: ширина стебля в месте первого изгиба – это передне-задний размер вкладыша в месте первого изгиба (S_1); ширина стебля в месте второго изгиба – передне-задний размер в месте второго изгиба (S_2); ширина стебля в средней части второго колена – это передне-задний (anterior/posterior) размер поперечного сечения – ($S_{a/p}$) второго колена (*рис. 2*).

При анализе слепков при открытом и закрытом состоянии рта ($n = 182$) было выявлено, что самые существенные отклонения и изменение формы наружного слухового прохода происходят между 1-м и 2-м изгибами, а именно в области 2-го колена. Причем наиболее подвержен изменению передне-задний размер поперечного сечения второ-

го колена наружного слухового прохода ($S_{a/p}$). Изменение передне-заднего размера поперечного сечения наружного слухового прохода ($S_{a/p}$) отражено на *рисунке 3*.

Рисунок 3. Изменение поперечного передне-заднего размера 2-го колена наружного уха ($S_{a/p}$) при движениях нижней челюсти



Наибольшие изменения поперечного размера наружного слухового прохода при движениях нижней челюсти выявлены нами у пациентов в группе старше 70 лет (*рис. 3*). Это может быть связано с изменением у людей старшего возраста эластичности связок сустава или отсутствием зубов.

Сравнительная характеристика изменений поперечного сечения наружного слухового прохода в области 2-го колена в различных возрастных группах при движениях нижней челюсти отражена в *таблице 2*.

У пациентов всех возрастных групп имеется тенденция к увеличению поперечного размера наружного слухового прохода при движениях нижней челюсти (*табл. 2*). Среднее увеличение данного размера колеблется от $8,58 \pm 2,26$ до $26,75 \pm 5,13\%$. Причем наглядно видно, что с возрастом эта разница увеличивается. Наибольшие изме-

Таблица 2. Изменение поперечного сечения наружного слухового прохода при движениях нижней челюсти в различных возрастных группах

Возраст, лет	Рот закрыт	Рот открыт	Разница, мм $\Delta (S_{a/p} - S_{a/p})$	Разница, % $\Delta (S_{a/p} - S_{a/p})$
	$S_{a/p}$	$S_{o/a/p}$		
15-19 (n = 13)	$7,15 \pm 0,92$	$7,77 \pm 0,99$	$0,62 \pm 0,14$	$8,58 \pm 2,26$
20-29 (n = 11)	$8,64 \pm 0,61$	$9,55 \pm 0,58$	$0,91 \pm 0,16$	$11,48 \pm 1,99$
30-39 (n = 9)	$9,89 \pm 0,92$	$10,89 \pm 0,72$	$1,00 \pm 0,24$	$12,95 \pm 4,12$
40-49 (n = 10)	$8,70 \pm 0,76$	$9,60 \pm 0,72$	$0,90 \pm 0,23$	$11,75 \pm 2,79$
50-59 (n = 21)	$9,24 \pm 0,46$	$10,38 \pm 0,40$	$1,14 \pm 0,20$	$14,22 \pm 2,70$
60-69 (n = 16)	$9,31 \pm 0,49$	$10,50 \pm 0,42$	$1,19 \pm 0,26$	$14,54 \pm 3,37$
70 и более (n = 11)	$9,55 \pm 0,80$	$11,73 \pm 0,66$	$2,18 \pm 0,23$	$26,75 \pm 5,13$

нения при движениях нижней челюсти наблюдаются в возрастной группе людей старше 70 лет. То есть существенное изменение (более 20%) передне-заднего размера наружного слухового прохода свидетельствует о синдроме гиперподвижного сустава нижней челюсти. Данный тип строения наружного слухового прохода мы назвали «гиперподвижный наружный слуховой проход».

Распространенность гиперподвижного слухового прохода в различных возрастных группах в нашем наблюдении отражена в *таблице 3*.

Таблица 3. Распространенность гиперподвижного наружного слухового прохода у людей разного возраста

Возраст, лет	Распространенность гиперподвижного наружного слухового прохода, %
15-19 (n = 13)	15
20-29 (n = 11)	17
30-39 (n = 9)	22
40-49 (n = 10)	30
50-59 (n = 21)	29
60-69 (n = 16)	38
70 и более (n = 11)	55

Как следует из *таблицы 3*, с увеличением возраста увеличивается процент пациентов с синдромом гиперподвижного наружного слухового прохода. Наибольшее количество мы наблюдали в возрастной группе старше 60 лет. Это, по-видимому, обусловлено нарушением в зубочелюстной системе (потеря зубов) и потерей эластичности тканей сустава.

Изменение поперечного размера слухового прохода у пользователей слуховых аппаратов вызывают проблемы при слухопротезировании внутриушным слуховым аппаратом или твердым вкладышем, а именно: при открытии рта аппарат будет «свистеть», т. к. при увеличении поперечного размера исчезнет герметичность и появится обратная связь. Если же увеличить поперечный размер аппарата или вкладыша, то уменьшится обратная связь, однако возникает другая проблема: ощущение дискомфорта и инородного тела при жевании и разговоре. В нашей группе наблюдения все пациенты, имеющие «гиперподвижный наружный слуховой проход» предъявляли какие-либо жалобы при использовании слухового аппарата: свист аппарата при принятии пищи и разговоре, выскальзывание аппарата из уха, искажение звучания аппарата и разборчивости речи при движениях нижней челюсти. Трое пациентов были вынуждены отказаться от использования малозаметного внутриушного слухового аппарата в связи с постоянным его выскальзыванием из уха и появлением постороннего шума при движениях челюсти.

Верным решением является применение мягкого (сжимаемого) ушного вкладыша, который будет менять свои поперечные размеры при значительных изменениях попе-

речного сечения уха у лиц с «гиперподвижным наружным слуховым проходом». В случае применения внутриушного слухового аппарата у лиц с выраженной подвижностью нижней челюсти возможно применять модифицированный аппарат гибридного типа, состоящий из твердого несжимаемого корпуса для электронной части аппарата и мягкой кольцевидной муфты между первым и вторым изгибом наружного слухового прохода, предназначенной для компенсации движений нижней челюсти.

Таким образом, слепок, снятый дважды (при открытии и закрытии нижней челюсти), отражает изменение размера наружного слухового прохода и является показателем его «мобильности». «Мобильный слуховой проход» может являться индикатором проблем при слухопротезировании как заушным, так и внутриушным слуховым аппаратом.

ВЫВОДЫ

1. Гиперподвижность височно-нижнечелюстного сустава и «мобильный наружный слуховой проход» выявлен у каждого четвертого пользователя слухового аппарата (24,05%). С увеличением возраста увеличивается процент пациентов с синдромом гиперподвижного наружного слухового прохода.
2. При анализе слепков при открытом и закрытом состоянии рта существенные отклонения и изменение формы наружного слухового прохода происходят в «ключевой зоне» между первым и вторым изгибом в

области второго колена. Наиболее подвержен изменению передне-задний размер поперечного сечения наружного слухового прохода.

3. Для пациентов с «гиперподвижным наружным слуховым проходом» предпочтительнее использовать мягкий тип индивидуального ушного вкладыша. В случае слухопротезирования внутриушным слуховым аппаратом возможно использовать корпус внутриушного слухового аппарата гибридного типа, состоящий из твердого несжимаемого корпуса для электронной части аппарата и мягкой кольцевидной муфты между первым и вторым изгибом наружного слухового прохода, предназначенной для компенсации движений нижней челюсти.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гинали В.Н. Изменения височно-челюстного сустава при потере зубов. Под ред. А.Т. Бусыгина. Ташкент: Медицина, 1966. 32 с. 437.
2. Латий З.П., Осольский Г.И. Томографическое изучение височно-нижнечелюстных суставов при изменении высоты прикуса. Тезисы докладов итоговой научной конференции, посвященной 60-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Краснодар, 1977: 58-60.
3. Сапожников Я.М., Богомильский М.Р. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей. М.: Икар, 2001. 250 с.
4. Okeson GP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. Mosby, 2012. 504 p.
5. Oliveira R. The dynamic ear canal. Ed. by B. Ballachanda. San Diego: Singular Publ. Group, 1995: 83-112.
6. World Health Organization. Fact Sheet №300: Deafness and hearing impairment. 2015.



РЕПРЕНТ

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.



ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

**ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО**

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
info@reprent.ru

www.remedium.ru

К.Б. ЛИПСКИЙ, к.м.н., Д.А. СИДОРЕНКОВ, д.м.н., Г.А. АГАНЕСОВ, к.м.н., П.В. ПИМАНЧЕВ

Научно-исследовательский отдел пластической хирургии Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УТРАЧЕННОЙ ОПОРОСПОБНОСТИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ

Одной из основных причин повторной операции является потеря опороспособности носовой перегородки, при которой происходит ее деформация, в результате чего эстетические результаты первичной операции оказываются неудовлетворительными.

Несмотря на наличие различных способов хирургической коррекции носовой перегородки при ее искривлении, все они имеют те или иные недостатки, которые необходимо учитывать при выборе тактики ведения конкретного пациента, а поиск новых подходов к ее пластике является весьма актуальным.

Ключевые слова:

носовая перегородка

искривление

утрата опороспособности

реконструкция носовой перегородки

Анатомическое положение, разнообразие дефектов и деформации и стремление людей быть привлекательным считаются одними из основных причин распространенности операций на носу.

В ринопластической хирургии до сих пор продолжается поиск методик, которые приводят к надежному предсказуемому отдаленному результату [43, 44].

По данным иностранных авторов, частота различных эстетических осложнений после риносептопластики доходит до 22% [39, 45].

Получение более предсказуемых результатов ринопластики возможно при проведении открытой ринопластики, но эта методика связана с большей травматичностью вмешательства, чем закрытая ринопластика. При выполнении закрытой ринопластики получение предсказуемых хороших функциональных и эстетических результатов возможно лишь у весьма небольшого числа больных. Согласно имеющимся данным, в мире лишь 5–7% пациентов остаются удовлетворены результатами операции, остальным чаще всего требуется вторичная ринопластика [1].

В процессе выполнения повторной риносептопластики пластическим хирургам приходится иметь дело с тканями, подверженными рубцовым изменениям, нарушением анатомических структур и с небольшим объемом пластического материала. В частности, появившаяся в ходе предыдущей операции рубцовая ткань затрудняет

хирургическую отслойку. Кроме того, в ходе выполнения повторной операции необходимо учитывать, что существенная часть хрящевого и костного скелета может отсутствовать, усложняя операцию и повышая вероятность развития осложнений. Данные факторы не только ведут к отслойке слизистой оболочки и надкостницы, но и повышают риск появления разрывов слизистого лоскута. Соответственно, выполнять оперативное вмешательство приходится в технически более трудных условиях с меньшим числом возможностей для реконструкции.

Вторичная риносептопластика основывается на ряде принципов. Перед хирургами стоит цель устранить возникшие деформации, обеспечить свободную проходимость дыхательных путей, восстановить опорную функцию носовой перегородки и привести ее отклоненные части в их естественное, срединное положение.

Примечательно, что в отношении способов устранения деформации перегородки носа взгляды хирургов весьма разнообразны.

Самой известной среди описываемых методик является резекция по Killian (XIX в.), при которой рекомендуется сохранение «L-образной» подпорки шириной как минимум 1,5 см в дорсальной и каудальной частях четырехугольного хряща носовой перегородки [7, 16, 17, 21–24, 33, 39]. Данный технический аспект необходим для хороших долгосрочных косметических и функциональных результатов. Однако зачастую оставшиеся дорсальная и каудальная части перегородки под действием на нее различных сил: неправильного перераспределения осевой нагрузки, памяти хряща, рубцевания и контракции кожного чехла и т. д. – не способны обеспечить адекватную поддержку структур средней и нижней трети носа.

Несколько десятилетий спустя Metzenbaum, Peer, Hufmann и Lierle предложили проведение более консервативной септопластики с использованием септального

трансплантата. В 1958 г. Cottle внедрил максиллярно-премаксиллярный доступ. Его основные принципы основаны на сохранении слизистой оболочки, закрытии ее надрывов, произошедших во время отслойки, недопустимости круговых разрезов и замене костных и хрящевых фрагментов для реконструкции перегородки.

Все более популярной становится экстракорпоральная реконструкция перегородки, предложенная King, Ashley и Perret и усовершенствованная Gubish [26–28]. Она является хорошей альтернативой описанным выше методикам в случае сильно отклоненной перегородки и при ревизионной хирургии. При этой методике хрящевая и – при необходимости – костная часть носовой перегородки удаляется одним блоком. Удаленная перегородка исправляется в соответствии с имеющимися деформациями. В частности, она может быть исправлена при нанесении насечек, стягивающих швов либо шинированием с помощью хрящевых аутоотрансплантатов; в случае наличия избыточно деформированных участков кости или хряща прибегают к их резекциям. Хрящевые фрагменты могут использоваться для воссоздания опороспособной носовой перегородки, путем укрепления отдельных ее участков либо создания L-образной распорки. Также удаленные хрящевые фрагменты могут быть использованы для расширяющих трансплантатов спинки носа, распорки для колумеллы и укрепляющих трансплантатов для крыльных хрящей.

Реконструктивная хирургия носовой перегородки при вторичной риносептопластике является сложнейшей операцией, с заключительными шагами, включающими реконструкцию и фиксацию соответствующим образом воссозданную носовую перегородку в мукоперихондриальном кармане. Отсутствие адекватного количества перегородочного хряща (дорзальной или каудальной поддержки) может привести к девиациям наружного носа различной степени тяжести, седловидной деформации, опущению кончика, а также к нарушению дыхания. Неадекватную поддержку кончика можно преодолеть хрящевой каудальной подпоркой, устанавливаемой и подшиваемой между медиальными ножками. Эта подпорка перекрывает промежуток от ости до кончика между сводами. Если имеется седловидная деформация, то необходимо ремоделировать носовую перегородку; если она осталась в достаточном количестве, может потребоваться замещение хрящевой перегородки либо аутогенной перегородочной структурой, либо аутоотрансплантатом из ребра.

Многие ринохирурги после устранения деформаций носовой перегородки прибегают сегодня к одномоментному восстановлению резецированного остова различными пластическими материалами биологического и небιологического происхождения [2, 3].

Изучение литературных источников показывает, что основные подходы по восстановлению опороспособности перегородки носа можно разделить на два направления. С одной стороны, для этих целей используют различные биологические материалы: аутоотрансплантаты [7, 19, 20], гомотрансплантаты и гетеротрансплантаты [30]. С другой стороны, одновременно с использованием биологиче-

ских трансплантатов идут работы по использованию аллопластических материалов.

Естественно, аутопластический метод наиболее физиологичен, т. к. только при нем можно говорить об истинном приживлении трансплантата; однако существует возможность абсорбции аутогенного трансплантата и необходимость повторной операции.

Несомненно, заслуживает внимания использование гомотрансплантатов и гетеротрансплантатов. Этот путь обеспечивает неограниченные возможности заготовки материала.

Использование в ринопластике хрящевой и костной ткани, а также синтетического материала показало, что наиболее пригодной и приемлемой для тканей носа является аутохрящ, аутокость и далее гомохрящ, взятые из различных участков носовой перегородки.

В последнее время наиболее часто используются аутохрящевые графты [18, 29, 32, 38, 43, 44]. Основными их источниками являются: перегородочный хрящ, ушная раковина, реберный хрящ и цефалические фрагменты больших крыльных хрящей. Одним из специфических осложнений применения хрящевых аутографтов является резорбция, которая значительно ухудшает либо сводит на нет результаты операции [41]. Резорбция возникает в результате гибели основных клеток хряща – хондроцитов, которые поддерживают структуру эластического, гиалинового хрящевого матрикса. Перспективным с точки зрения профилактики резорбции аутографтов является использование васкуляризированных несвободных аутохрящевых трансплантатов (ВНАХТ) [4–6]. К преимуществам данных видов трансплантатов можно отнести оптимизацию процессов заживления, хороший эстетический и функциональный результат ринопластики в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Реконструктивная хирургия носовой перегородки при вторичной риносептопластике является сложнейшей операцией, с заключительными шагами, включающими реконструкцию и фиксацию соответствующим образом воссозданную носовую перегородку в мукоперихондриальном кармане

М.И. Жуковым и соавт. предложены варианты применения ВНАХТ из каудального отдела четырехугольного хряща (КО ЧХ) и цефалических отделов латеральных ножек большого крыльного хряща (ЦО БКХ) [4–6]. Основой их васкуляризации является поверхностная мышечно-апоневротическая система носа (SMAS) с сосудистой сетью, которая органически связана с надхрящницей указанных хрящей [42].

По данным исследователей, использование ВНАХТ ЦО БКХ в сравнении с использованием свободных аутохрящевых трансплантатов (САХТ) ЦО БКХ при открытой ринопластике уменьшает относительный риск развития осложнений, в частности резорбции, в отдаленном послеоперационном периоде на 78,8%. Использование ВНАХТ

КО ЧХ в сравнении с САХТ КО ЧХ уменьшает относительный риск развития осложнений, в частности резорбции, в отдаленном послеоперационном периоде на 68,6%. Вместе с тем вариант использования ВНАХТ ЦО БКХ при открытой ринопластике технически проще и выполняется быстрее по сравнению с ВНАХТ КО ЧХ [4–6].

В.С. Куницкий и соавт. предлагают использовать при септопластике трикотажный материал для восстановления костных и хрящевых структур (ТМВКХС) с покрытием из биоактивного материала в виде слоя истонченной и перфорированной пластины аутохряща, смоделированной из извлеченных деформированных фрагментов хряща перегородки носа. Согласно данным исследователей, при использовании описываемой методики повышается прочность и опорная функция перегородки носа и тем самым нивелируется возможных развития послеоперационных осложнений [9].

Применение новых технологий ринопластики представляет перспективным направлением развития ринопластической хирургии и позволяет значительно повысить эффективность операций за счет снижения процента остаточных и повторных деформаций носа

Однако аутоотканы носовой перегородки не всегда достаточны, а ткани, взятые из других участков организма, всегда связаны с дополнительной операцией и психической травмой, что крайне нежелательно для больных. В этом плане перспективным является применение гомохряща из носовой перегородки при условии его надежной консервации [12, 13].

Недостатками хрящевых аутоотрансплантатов (реимплантатов) является необходимость их забора путем хирургического вмешательства в еще одной операционной зоне, возможность их рассасывания, чувствительность к инфекции, при ненадлежащей фиксации неустойчивость в определенном положении с формированием вторичной деформации перегородки носа.

Хрящевые аллотрансплантаты являются чужеродными, однако зачастую используются в современной вторичной хирургии носа, т. к. позволяют воссоздать хрящевую ткань носовой перегородки нужной прочности. Однако В.В. Диденко считает, что они со временем рассасываются, чувствительны к нагноению и секвестрации. При консервировании их в формалине последний имеет канцерогенные свойства и пагубно действует на ДНК клеток, независимо от сроков и его концентрации. Кроме того, использование консервированных аллотрансплантатов не исключает передачу инфекционных заболеваний, в т. ч. и СПИДа, и поэтому их использование в хирургии в настоящее время запрещено. С другой стороны, известно, что все чужеродные тела, особенно несущие в себе антигенный стимул или биоактивность, вызывают в организме больного реакцию иммунного ответа как на местном, так и на системном уровне, что приводит к ликвидации (рассасыванию) и отторжению такого агента или изоляции его (инкапсуляции) [2, 3].

История применения аллопластических материалов насчитывает уже более 100 лет. Все существовавшие в природе вещества, более или менее пригодные по своим свойствам для имплантации, были изучены. Из ранних пластических материалов для исправления седловидного носа применяли камень, стекло, каучук, нержавеющую сталь, золото, серебро, платину, слоновую кость и другие материалы. В течение длительного времени отношение к использованию аллоимплантатов оставалось сдержанным, а порой и отрицательным из-за неудачных попыток их использования.

С появлением химии, когда стали появляться вещества, не существовавшие до того в природе, положение в корне изменилось. Некоторые из полимеров, введенные в организм, «вживали» значительно чаще и лучше ранее известных веществ, вызывая незначительную местную реакцию и не действуя вредно на живой организм. Все это побудило хирургов применить полимеры для аллопластики при восстановительных операциях [10].

Современные синтетические протезы отличаются по толщине, размерам пор, прочности на разрыв, степени жесткости при сгибании, структуре поверхности, электрическим зарядом. Однако выбор протезирующего материала во многом является следствием опыта и привычки хирурга.

Преимущество использования синтетических материалов, несомненно, связано с тем, что не наносится дополнительная травма больному в связи с забором материала, легко придается нужная форма до или во время операции. Однако необходимо отметить, что любое осложнение после применения аллоимплантата резко ухудшает условия дальнейшего оперативного вмешательства [8].

Развитие трикотажного производства дало определенные надежды на внедрение в ринопластику химически чистых, биоинертных, достаточно упругих и прочных, оптимально пористых имплантатов, в которые могли бы беспрепятственно проникать собственные ткани органов. Трикотажный способ находится вне конкуренции с другими текстильными процессами производства сетчатых полотен, кроме того, трикотажное полотно имеет весьма ценные физические и механические свойства, которые могут изменяться в широких пределах.

Хирургические сетчатые протезы классифицируются как текстильные изделия и, следовательно, оцениваются стандартными методами контроля текстиля (прочность, жесткость, толщина, пористость). В настоящее время в мировой практике для оценки сетчатых протезов используют американские стандартные контрольные методы, которые публикуются ежегодно. Синтетические сетчатые протезы можно условно разделить на рассасывающиеся (полное время рассасывания составляет не менее 90 дней) и нерассасывающиеся, которые, в свою очередь, делятся на монофиламентные и полифиламентные [8].

Сегодня достаточно популярным среди хирургов является волокно из полиэтилентерефталата (полиэфир). Полиэтилентерефталат гомополимер термопластического ряда является полимером, полученным путем реакции между этиленгликолем и терефталатной кислотой. Поли-

эфирные нити прочные, упругие, эластичные, обладают малой ползучестью. Нити полиэтилентерфталата отличаются высокой термостойкостью и светостойкостью, а также почти полностью гидрофобны. Благоприятным свойством полиэфирных волокон для использования в медицинской практике является низкая чувствительность к бактериальному воздействию и инкубации бактериальной флоры.

Применение новых технологий ринопластики представляется перспективным направлением развития ринопластической хирургии и позволяет значительно повысить эффективность операций за счет снижения процента остаточных и повторных деформаций носа [14, 15].

Период, когда ринопластикой занимались с целью улучшения именно эстетики наружного носа, без учета функциональных аспектов, подходит к концу [25, 31, 36].

Таким образом, несмотря на то что ринопластика является весьма распространенным вмешательством в пластической хирургии, вероятность возникновения осложнений и необходимость выполнения ревизионной операции весьма высока.

Одной из основных причин повторной операции является потеря опороспособности носовой перегородки, при которой происходит ее деформация, в результате чего эстетические результаты первичной операции оказываются неудовлетворительными.

Несмотря на наличие различных способов хирургической коррекции носовой перегородки при ее искривлении, все они имеют те или иные недостатки, которые необходимо учитывать при выборе тактики ведения конкретного пациента, а поиск новых подходов к ее пластике является весьма актуальным.



ЛИТЕРАТУРА

- Аристархов В.Г., Медведев В.А. Оценка результатов ринопластических операций, выполняемых пациентам с комбинированными посттравматическими деформациями носа. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*, 2007, 30: 56-57.
- Диденко В.В. Реконструктивно-пластическая хирургия остова перегородки носа — эффективный способ профилактики и устранения ее послеоперационной флотации. *Российская оториноларингология*, 2011, 5: 46-51.
- Диденко В.В., Гусаков А.Д., Диденко В.И. Эволюция морфо-функциональных проявлений флотации перегородки носа после хирургической коррекции ее деформации. *Российская оториноларингология*, 2011, 3(52): 40-45.
- Жуков М.И., Бреславцев А.В. Использование васкуляризированного несвободного перемещенного трансплантата из каудального отдела четырехугольного хряща при открытой эстетической ринопластике. *Пластична та реконструктивна хірургія*, 2011, 2: 16-19.
- Жуков М.И., Бреславцев А.В. Использование васкуляризированного перемещенного трансплантата из цефалического отдела крыльчатого хряща при открытой эстетической ринопластике. *Таврический медико-биологический вестник*, 2011, 14(4), ч. 2: 69-74.
- Жуков М.И., Бреславцев А.В. Сравнительная оценка результатов ринопластики с использованием аутохрящевых трансплантатов из каудального отдела четырехугольного хряща и цефалических отделов латеральных ножек больших рыхлых хрящей. *Украинский журнал хирургии*, 2013, 4(23): 40-43.
- Кицера А.Е., Борисов А.А. К вопросу о ринопластике. *Вестн. Оториноларингологии*, 1974, 4: 31-34.
- Криштопова М.А., Куницкий В.С., Мяделец О.Д. Экспериментально-морфологическое обоснование применения в септопластике имплантата из полиэфирных комплексных волокон: диагностика, лечение. *Новости хирургии*, 2006, 2: 45-56.
- Куницкий В.С., Криштопова М.А., Затолока Д.А. Септопластика с использованием трикотажного материала для восстановления костных и хрящевых структур. *Новости хирургии*, 2008, 1: 80-87.
- Курилин И.А., Федун Н.Ф. Восстановление спинки носа и носовой перегородки при деформации протезами и тefлона. *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*, 1967, 1: 25-30.
- Лопатин А.С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа. *Российская ринология*, 1994, Приложение 1: 3-28.
- Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки. *Вестник Авиценны*, 2012, 4: 56-61.
- Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. Функциональная и эстетическая хирургия при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией полости носа. *Здравоохранение Таджикистана*, 2009, 1: 49-51.
- Медведев В.А. Ринопластика при комбинированных деформациях пирамиды носа. Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XXIX междунар. науч.-практ. конф. №3(29). Новосибирск: СибАК, 2014.
- Медведев В.А. Хирургическая коррекция ринодеформации в виде горба и опущения кончика носа. *Российская оториноларингология*, 2013, 5: 78-81.
- Пшениснов К.П. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. В 2 т. Под ред. К. П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: Изд-во «Рыбинский дом печати» 2010. Т. 1: Общие вопросы. Кожа и ее поражения. Голова и шея. 2010: 628.
- Devaiah AK, Bounmany KK. Surgery of the nasal septum. *Rhinology and facial plastic surgery*, Chapt, 15: 183.
- Araco A et al. Autologous cartilage graft rhinoplasties. *Aesthetic. Plast. Surg.*, 2006, 30(2): 169-174.
- Bailey B. Nasal septal surgery 1896-1899: transition and controversy. *Laryngoscope*, 1997, Jan., 107(1): 10-14.
- Conley J. Intranasal composite grafts for dorsal support. *Arch. Otolaryngol.*, 1985, 111(4): 241-243.
- Dhingra PL. Diseases of ear, nose and throat. 4th Ed. Chapt., 2007, 26: 140.
- Dingman RO, Natvig P. The deviated nose. *Clin. Plast. Surg.*, 1977, 4: 145.
- Edwards N. Septoplasty. Rational surgery of the nasal septum. *J Laryngol Otol.*, 1975, 89(9): 875-897.
- Freer OT. The correction of deflections of the nasal septum with minimum of traumatization. *JAMA*, 1902, 4: 61-69.
- Gruber RP. Insearch of the ideal nose. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2000, 7: 2570-72.
- Gubisch W, Sinha V. Extracorporealseptoplasty-how we do it at marien hospital stuttgart germany. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2008 Mar, 60(1): 16-9.
- Gubisch W. Extracorporeal septoplasty for the markedly deviated septum. *Arch Facial Plast Surg.*, 2005 Jul-Aug, 7(4): 218-26.
- Gubisch W. Twenty-five yearsexperience with extracorporeal septoplasty. *FacialPlast Surg.*, 2006 Nov, 22(4): 230-9.
- Guy Lin. Complications using grafts and implants in rhinoplasty. *Operative Techniques in Otolaryngology*, 2007, 18: 315-323.
- Hellmich, S. Reconstruction of the destroyed septal infrastructure. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 1989, 100(2): 133-138.
- Huizing EH, DeGroot AM. Functional reconstructive nasal surgery Stuttgart. NewYork: Thieme, 2003.
- Karaaltin MV et al. Autologous fascia lata graft for contour restoration and camouflage in tertiary rhinoplasty. *J. Craniofac. Surg.*, 2012, 23: 719-723.
- Killian G. Die submucose Fensterresektion der Nasenscheidewand. *Arch Laryngol Rhinol.*, 1904, 16: 362-87.
- Kim HS et al. Problems Associated with Alloplastic Materials in Rhinoplasty. *Yonsei Med J.*, 2014, 55(6): 1617-1623.
- Kim JG et al. Absorbable plate as a perpendicular strut for acute saddle nose deformities. *Arch Plast Surg.*, 2012, 39: 113-117.
- Kirn DW, Rodriguez-Bruno K. Functional rhinoplasty. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, 2009, 1: 115-31.
- Mowlavi A et al. Septal cartilage defined: implications for nasal dynamics and rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2006, 117(7): 2171-2174.
- Muhlbauer WD, Schmidt-Tintemann U, Glaser M. The alar contour graft: Correction and prevention of alar rim deformities in rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2002, 109: 2495-2505.
- Phillips JJ. The cosmetic effects of submucous resection. *Clin. Otolaryngol.*, 1991, 16: 179-181.
- Phillips JJ. The cosmetic effects of submucous resection. *Clin. Otolaryngol.*, 1991, 16: 179-181.
- Quatela VC, Jacono A.A. Structural grafting in rhinoplasty. *Facial Plast. Surg.*, 2002, 18(4): 223-232.
- Rombaux P, Avram M, Lengelé B et al. The use of grafting material in rhinoseptoplasty. *B-ENT*, 2010, 6(Suppl. 15): 89-96.
- Romo TI, Pearson JM. Nasal implants. *Facial Plast. Surg. Clin. North Am.*, 2008, 16(1): 123-132.
- Romo T et al. Reduction Structured Rhinoplasty. *J. Facial plastic surgery*, 2003, 4: 573-577.
- Warner J et al. National interdisciplinary rhinoplasty. *Aesthet Surg J*, 2009, 29: 295-301.

Н.Л. КУНЕЛЬСКАЯ¹, д.м.н., профессор, Е.В. БАЙБАКОВА², к.м.н., М.А. ЧУГУНОВА², к.м.н., Я.Ю. НИКИТКИНА², к.м.н.

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

² Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ГИПОФУНКЦИЕЙ

Хроническое головокружение нередко является следствием острого периферического вестибулярного поражения. Данный синдром обусловлен отсутствием полноценной адаптации центральной нервной системы к потере вестибулярной функции одного из лабиринтов. Для формирования полноценных процессов центральной компенсации необходимо выполнение специальных упражнений (физическая вестибулярная реабилитация). Этот метод лечения требует индивидуального подхода, оценки исходной физической формы, сопутствующей патологии, в особенности патологии зрения, опорно-двигательного аппарата, когнитивной функции, которые влияют на длительность лечения и полноценность развития вестибулярной компенсации. При своевременном и правильном подборе курса вестибулярной реабилитации иногда в сочетании с препаратами, стимулирующими процессы центральной компенсации, можно добиться восстановления функции равновесия и стабилизации динамической остроты зрения.

Ключевые слова:

вестибулярная реабилитация

нарушение равновесия

центральная компенсация, адаптация

вестибулярное расстройство

На прием отоневролога нередко обращаются пациенты с хроническим головокружением. Они рассказывают похожую историю о перенесенном остром вестибулярном кризе, с которым они были госпитализированы в неврологическое или оториноларингологическое отделение, постепенно на фоне лечения острое головокружение прошло, и в покое пациенты чувствуют себя вполне хорошо, но полного выздоровления не наступило, симптоматика возобновляется при двигательной активности, при нахождении в насыщенной среде (много людей, движение транспорта). Беспокоит нарушение четкости зрения, «отставание картинки» при резких движениях головой. По данным исследования вестибулярной функции выясняется, что у пациентов имеет место односторонняя периферическая гипofункция, но отсутствует полноценная центральная компенсация этого дефицита. Почему же симптоматика возобновляется при движении? Чтобы ответить на этот вопрос вкратце коснемся нейрофизиологических основ периферической вестибулярной системы в норме и при патологии.

В норме при отсутствии движения головы существует постоянный базовый потенциал активности вестибулярных ядер, одинаковый с двух сторон, такой симметричный тонус сигнализирует центральной нервной системе (ЦНС) об отсутствии движений.

При повороте головы, например налево, в соответствии со вторым законом Эвальда, тоническая нейрональная активность слева нарастает и одновременно снижается активность справа, таким образом, возникает физиологическая асимметрия нервной импульсации, которая воспринимается ЦНС как поворот головы, и приводит к соответствующим вестибулоокулярным и вестибулоспиальным реакциям.

В норме при отсутствии движения головы существует постоянный базовый потенциал активности вестибулярных ядер, одинаковый с двух сторон, такой симметричный тонус сигнализирует центральной нервной системе об отсутствии движений

При острой односторонней периферической вестибулопатии происходит резкое снижение или выпадение функции периферической части вестибулярного анализатора. Данный синдром остро может возникнуть вследствие разных причин, например, вследствие вестибулярного нейронита, лабиринтита, при травматическом или хирургическом воздействии на структуры внутреннего уха, сосудистых поражениях. В такой ситуации развивается вестибулярный криз с симптоматикой длительного вращательного головокружения, вегетативными проявлениями в виде тошноты, рвоты, холодного пота и др. Эти симптомы являются следствием возникновения патологической вестибулярной асимметрии, когда при отсутствии движения головы происходит резкое снижение импульсации от периферических вестибулярных структур, с одной стороны, а с другой – тонус сохраняется на исходном уровне.

Центральная нервная система воспринимает такую асимметрию как движение в здоровую сторону, т. е. туда, где нервная импульсация сохранена, что приводит к развитию ощущения ложного движения – головокружению, а также соответствующих вестибулоокулярных (нистагм), вестибулоспинальных (латеропульсия в сторону поражения) и вегетативных реакций [1].

Процессы центральной компенсации острой периферической гипофункции начинают развиваться сразу же после возникновения острого периферического поражения. На первой стадии, которая в мировой литературе получила название «статической компенсации», происходит перераспределение тонической ядерной активности между вестибулярными ядрами для того, чтобы восстановить баланс. В результате чего симметричный тонус восстанавливается, и в покое пациент больше не испытывает вращательного головокружения, проходят тошнота и рвота, пропадает явный спонтанный нистагм. В среднем процессы статической компенсации занимают порядка 2–3 дней.

Процессы центральной компенсации острой периферической гипофункции начинают развиваться сразу же после возникновения острого периферического поражения

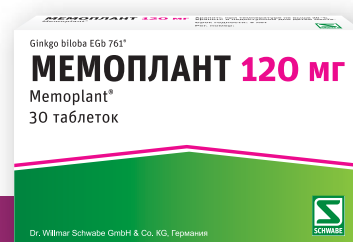
Однако при движении головой пациенты продолжают испытывать неприятные ощущения головокружения и нередко стремятся минимизировать в связи с этим двигательную активность, предпочитая лежать, уменьшить количество движений, приводящих к обострению симптоматики. К сожалению, это не способствует развитию второго этапа центральной компенсации, т. н. динамической компенсации, которая требует обязательной двигательной активности. Вестибулярный анализатор очень тесно связан с вестибулоглозодвигательной функцией, что обеспечивает моментальное противовращение глаз при любом повороте головы, когда эта связь разрывается, вестибулярные рецепторы больного уха перестают посылать сигналы о движении, поэтому при быстрых поворотах головы глаза следуют вместе с головой и лишь спустя какое-то время возвращаются к источнику фиксации, это приводит к неприятным ощущениям нечеткости или проскальзывания изображения во время двигательной активности, иными словами, нарушается стабилизация зрения в динамике. Процессы динамической компенсации связаны с приспособлением центральной нервной системы к условиям измененной периферической вестибулярной афферентации, поэтому развиваются только в ответ на зрительную, двигательную стимуляцию при условии сохранности срединных структур мозжечка [1, 2].

Таким образом, при ограничении двигательной активности пластические процессы развиваются медленно и неполноценно, часто присоединяется фобический компонент, когда пациенты начинают испытывать страх разви-

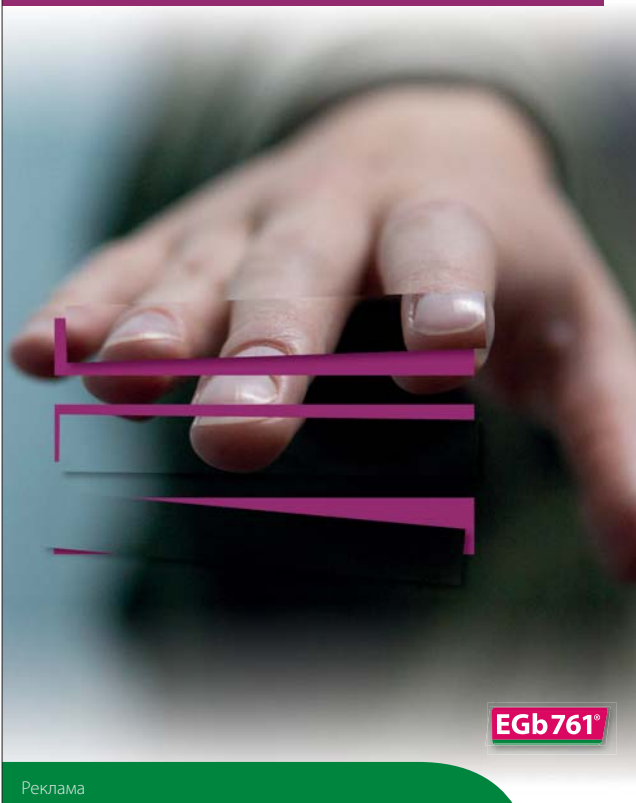


МЕМОПЛАНТ

**УЛУЧШАЕТ МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ
ПОВЫШАЕТ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН
УДАЛЯЕТ СВОБОДНЫЕ РАДИКАЛЫ**



- ▶ Сокращает интенсивность, частоту и продолжительность приступов головокружения
- ▶ Снижает выраженность субъективного дискомфорта



Egb761®

Реклама

тия головокружения в людных местах, при ходьбе в сложных условиях (спуск по лестнице или езда на эскалаторе), в темноте. Все это негативно сказывается на качестве жизни пациента, может привести к потере работы, ограничению социальной активности, изоляции [3].

Поэтому во избежание такого неблагоприятного исхода необходимо своевременно начать курс физической вестибулярной реабилитации, способствующей развитию правильных стратегий вестибулярной компенсации.

Процессы динамической компенсации связаны с приспособлением центральной нервной системы к условиям измененной периферической вестибулярной афферентации, поэтому развиваются только в ответ на зрительную, двигательную стимуляцию при условии сохранности срединных структур мозжечка

Для формирования адаптации к нарушению вестибуло-окулярного рефлекса необходима стимуляция в виде проскальзывания изображения по сетчатке, проще всего это достигается путем выполнения поворотов головы из стороны в сторону в горизонтальной, вертикальной плоскости и одновременной фиксации взгляда на неподвижно удерживаемой на вытянутой руке карточке. При регулярном выполнении это упражнение приводит к ускорению компенсаторной саккады возвращающий взгляд к точке фиксации при движении головой, что способствует стабилизации взгляда при движениях головой [2, 4].

Для повышения устойчивости выполняют различные упражнения, позволяющие более полно использовать зрительную и соматосенсорную составляющую интегральной функции равновесия, для этих целей существуют различные комплексы упражнений, тренирующие статическое равновесие и походку, упражнения, требующие координированных движений головы и глаз. Также используют упражнения, при которых выключают зрение (закрывание глаз) или соматосенсорную функцию (стойка на мягком вспененном коврике), тем самым усиливая нагрузку на соматосенсорное чувство или зрение, а при одновременном подавлении и того и другого основная нагрузка ложится на остаточную вестибулярную функцию (если выпадение периферической вестибулярной функции не является полным) [2, 4].

В настоящее время существуют компьютерные стабилотренажеры, позволяющие выполнять упражнения, улучшающие равновесие и координацию движений в виде компьютерных игр. Выполнение упражнений на таких тренажерах интереснее для пациентов, прогресс выполнения упражнений оценивают в баллах, что существенно повышает мотивацию [5].

Для уменьшения выраженности ощущений головокружения, возникающих при определенных условиях (нахождение в насыщенной движущимися объектами среде), существуют специальные упражнения, направленные на повышение толерантности к такого рода стимулам, например, медленное вращение с фиксацией взгляда на

движущейся одновременно с пациентом мишени, опто-кинетическая стимуляция. Эти упражнения способны уменьшить визуальную зависимость, полезны при синдроме укачивания [6].

Проведение курса физической реабилитации требует определенного времени, но даже при регулярном выполнении упражнений полноценная компенсация возникает неодинаково быстро и зависит от ряда факторов, таких как наличие патологии опорно-двигательной системы, выраженное нарушение зрения, проприоцепции, психо-эмоциональных особенностей и др. [7]. Так, при вестибулярном нейроните иногда хватает 2 недель для полного восстановления функций, в то же время у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями программа может длиться несколько месяцев [8, 9]. Нередко эффективность лечения снижена в связи с наличием умеренных когнитивных расстройств, которые являются проявлением сосудисто-атрофических процессов и нередко встречаются в пожилом возрасте. Эти расстройства не бросаются в глаза, но проявляются снижением внимания, способности к обучению, контролю за достижением запланированного результата, появляется замедленность, повышенная утомляемость. Все это негативным образом влияет на мотивацию и приверженность к лечению, пациенту трудно оценить свое состояние, понять необходимость регулярного и длительного выполнения упражнений, которые поначалу могут провоцировать неприятную симптоматику, но при этом способствуют улучшению равновесия в долгосрочной перспективе. Для оценки когнитивной функции мы в своей практике применяем скрининговый тест – Монреальскую шкалу оценки когнитивной функции, включающую в себя задания, направленные на разные аспекты, такие как память, внимание, абстрактное мышление и др. Если по данным тестирования выявляем снижение количества баллов (норма 26–30), то дополняем физическую реабилитацию назначением препарата, способствующего улучшению когнитивных процессов [10].

Проведение курса физической реабилитации требует определенного времени, но даже при регулярном выполнении упражнений полноценная компенсация возникает неодинаково быстро и зависит от ряда факторов

В нашей практике в этом отношении лучше всего показал себя препарат Мемоплант (Dr. Willmar Schwabe, Германия) действующим веществом которого является экстракт гинкго билоба EGb761®. Удобство его применения, по сравнению с аналогами, обусловлено рядом факторов, прежде всего это наличие формы с высокой дозировкой экстракта – 120 мг, что позволяет добиться оптимальной терапевтической дозы, принимая всего 2 таблетки в день. Учитывая, что препарат имеет растительное происхождение, является высокоочищенным и стандартизированным, его можно назначать на длительный срок, не опасаясь развития какого-то вреда для здоровья, а длительность

терапии так важна при вестибулярной реабилитации. Свойства Мемопланта как препарата, обладающего нейрометаболическим действием, хорошо известны. Он благотворно влияет на реологию крови, улучшая микроциркуляцию головного мозга, тормозит процессы атерогенеза и амилоидогенеза, а входящие в состав препарата флавоноидные гликозиды блокируют свободные радикалы и ингибируют протеинкиназу, реализуя его нейропротективные свойства [10–12]. По нашим данным, при проведении курса вестибулярной реабилитации в сочетании с приемом препарата Мемоплант в дозировке 240 мг/сут у пациентов с односторонней вестибулярной гипофункцией и легкими когнитивными нарушениями заметный терапевтический эффект в отношении вестибулярной компенсации возникает уже через 2–2,5 мес. от начала лечения как по данным объективных методов исследования (вестибулометрия, стабилметрия), так и по результатам анкеты субъективной симптоматики DHI.

Сочетание вестибулярной реабилитации с приемом данного препарата позволяет нам добиться максимально возможного эффекта как в отношении вестибулярных нарушений, так и в улучшении состояния когнитивной функции.

Помимо лекарственной терапии, таким пациентам необходимо детально объяснить и показать, как правильно выполнять упражнения. Также имеет смысл проведение нескольких последовательных занятий в стенах клиники, для того чтобы пациент адаптировался, научился выполнять упражнения без страха. В дальнейшем курс можно выполнять дома с периодическими визита-

ми к врачу для контроля эффективности, усложнения программы [13].

Следует помнить и предупреждать пациентов о том, что при возникновении выраженных стрессовых ситуаций, нарушении режима сна, заболеваниях, особенно сопровождающихся длительным постельным режимом, возможен сбой компенсации, при котором вновь появится вестибулярная симптоматика и ухудшится равновесие. Такое состояние не является следствием усугубления патологического процесса в вестибулярном анализаторе, и при исключении негативных факторов и повышении физической активности достигнутая ранее вестибулярная компенсация восстанавливается [13, 14].

Препарат Мемоплант является высокоочищенным и стандартизированным, его можно назначать на длительный срок, не опасаясь развития какого-то вреда для здоровья

Таким образом, комплексный подход, сочетающий в себе методы вестибулярной реабилитации и лекарственной терапии нейрометаболическими препаратами, такими как Мемоплант, обеспечивает полноценное развитие процессов адаптации ЦНС к уменьшению вестибулярной афферентации, приводящих к улучшению функции равновесия и динамической остроты зрения. А в повседневной жизни пациента это означает повышение физической и социальной активности, улучшение психоэмоционального настроя и в конечном итоге улучшение качества жизни. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Devin L. McCaslin. Electronystagmography and Videonystagmography Plural Publishing 2013, 39-40: 42-47
2. Herdman S.J., Whitney S.L., Interventions for the patient with vestibular hypofunction 309-326 в монографии S.J. Herdman *Vestibular Rehabilitation*. Philadelphia, Pa: FA Davis; 2007, ст.19-23, 314-315, 322
3. Романова М.В., Исакова Е.В., Котов С.В. Комплексное лечение пациентов с постуральным фобическим головокружением. *Альманах клинической медицины* 2013; 28: 3-8
4. Han BI, Kim JS. Vestibular rehabilitation therapy: review of indications, mechanisms, and key exercise *J. Clin. Neurol.* 2011, 7: 184-196.
5. Кубряк О.В., Гроховский С.С., Исакова Е.В., Котов С.В. Биологическая обратная связь по опорной реакции: метрология и терапевтические аспекты. М.: Издательство ИПЦ Маска, 2015.
6. Sémont A, Vitte E, Freyss G. Falls in the Elderly: a therapeutic approach by optokinetic reflex stimulation. In B.Vellas, M. Toupet, L. Rubenstein, J.L. Albaredo, Y. Christen. Falls, Balance and Gait disorders in the Elderly. Paris: Elsevier, 1992, 153-159
7. Anna Eleftheriadou Nikoleta Skalidi Georgios A. Velegrakis Vestibular rehabilitation strategies and factors that affect the outcome *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012, 269: 2309-2316
8. Замерград М.В. Особенности головокружения в пожилом возрасте *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2015, 115(6): 3-8
9. Caixeta G, Doná F, Gazzola J Cognitive processing and body balance in elderly subjects with vestibular dysfunction *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012, 78(2): 87-95.
10. Бойко А.Н., Лебедева А.В., Шукин И.А., Солдатов М.А., Исмаилов А.М., Шихеримов Р.К. и др. Возможности медикаментозной коррекции умеренного когнитивного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии* 2013, 2: 30-32
11. Dodge H, Zitzelberger T, Oken B. A randomized placebo-controlled trial of Ginkgo biloba for the prevention of cognitive decline. *Neurology* 2008, 70: 1809-1817.
12. Massoud F, Belleville S, Bergman H. Mild cognitive impairment and cognitive impairment, no dementia: Part B, therapy. *Alzheimers Dement* 2007, 3: 283-291.
13. Кунельская Н.Л., Байбакова Е.В., Чугунова М.А., Гусева А.Л. Использование методов вестибулярной реабилитации в комплексной терапии вестибулярных нарушений различного генеза. *Лечебное дело* 2015, 2: 52-55
14. Natalia A. Ricci; Mayra C. Arani; Flavia Dona; Camila Macedo; Heloisa H. Caovilla; Fernando F. Ganaca A systematic review about the effects of the vestibular rehabilitation in middle -age and older adults *Rev Bras Fisioter.* 2010, Sep-Oct; 14(5): 361-71.

А.И. КРЮКОВ, д.м.н., профессор, А.Ю. ИВОЙЛОВ, д.м.н., профессор, Ю.В. ЛУЧШЕВА, к.м.н., А.И. МАЧУЛИН, к.м.н.

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

МЕСТО ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ

В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

Острые и хронические заболевания ЛОР-органов занимают значительное место в структуре патологии как у взрослых, так и у детей. Так, например, в США синуситы стали самым массовым заболеванием, обогнав по распространенности артериальную гипертензию и артриты (данные Национального центра по статистике болезней США). Одновременно все актуальнее становится проблема неэффективности местной и системной противомикробной и противовирусной терапии за счет поливалентной резистентности отсутствия на рынке новых формул. Применение физиотерапевтических и хирургических методов далеко не всегда приводит к желаемому результату. Анализ причин недостаточной эффективности терапии заболеваний ЛОР-органов свидетельствует об изменении иммунологической реактивности пациентов с подобной патологией.

Ключевые слова:

заболевания ЛОР-органов

фармакотерапия

иммунологическая реактивность

иммуномодуляторы

Полиоксидоний

В настоящее время часто рецидивирующие вирусные, бактериальные и грибковые инфекции верхних дыхательных путей трактуются как клинические проявления вторичной иммунной недостаточности. Вторичная иммунная недостаточность (ВИН) означает наличие изменений в функционировании иммунной системы, развившихся в позднем постнатальном возрасте или у взрослых, не связанных с генетическими дефектами. Такие факторы, как инфекционные воспаления, аллергопатология (атопический дерматит, бронхиальная астма, поллиноз, экзема с инфекционным синдромом), аутоиммунная патология, заболевания желудочно-кишечного тракта, снижение функции симпатико-адреналовой системы, конституциональная предрасположенность, социально-бытовые условия, имеют наибольшее значение в развитии ВИН [1–3]. Синдром ВИН характеризуется склонностью к вялому упорному течению патологических процессов, неэффективностью стандартной терапии, преобладанием в качестве возбудителей оппортунистических или условно-патогенных микроорганизмов, а также патогенной флоры с атипичными биологическими свойствами, наличие антибиотикорезистентности. На фоне ВИН столь характерные для детского возраста заболевания, как аденоидиты, ангины, отиты, ОРВИ при отсутствии своевременного адекватного лечения, направленного на коррекцию иммунных нарушений, могут оставить след во взрослом возрасте в виде хронической патологии небных миндалин, ушей, придаточных пазух носа.

Стоит отметить, что процесс активного развития лимфоэпителиальной глоточной системы, являющейся частью

MALT-системы (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue), т. е. частью целостной иммунной системы, происходит в раннем детском возрасте. Антигенная стимуляция глоточной миндалины начинается с рождения. Заселение лактобацилл, анаэробных стрептококков, фузобактерий, α-гемолитического стрептококка, энтерококков, коринебактерий, нейссерий, коагулазонегативных стафилококков приводит к формированию глоточной и небных миндалин к году. Физиологический пик развития лимфоэпителиальной ткани глоточного кольца приходится на возраст 3–5 лет.

При проникновении в организм инфекционного агента в ответ на вызываемое им повреждение тканей возникает воспаление с целью устранить возникшее повреждение, уничтожить и/или элиминировать патогенный микроорганизм. Первым барьером на пути патогенного микроорганизма является слизистая оболочка верхних дыхательных путей, в частности глотки. Благодаря выработке слизи происходит механическая изоляция и элиминация инфекционного агента. Процессу элиминации способствуют и содружественные движения ресничек мерцательного эпителия слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Кроме того, в слизи содержатся полисахариды, блокирующие рецепторы адгезии микроорганизмов, а также различные бактерицидные вещества (лактоферрин, лизоцим и т. д.). Это важнейшие факторы неспецифической защиты. На следующем этапе развивается местная реакция, активирующая процесс миграции воспалительных клеток в патологический очаг и выработку и выброс в него различных медиаторов. Исследованиями показано, что герминативные центры фолликулов глоточной и небных миндалин представляют В-зону, участвуют в «обучении» В лимфоцитов, вырабатывающих IgA и IgM. В экстрафолликулярных зонах сосредоточены Т-лимфоциты [4]. Происходит активация специфического местного иммунитета за счет выделения секреторных IgA и IgM. При этом IgA отличается от циркулирующих в крови иммуноглобулинов того же класса присутствием в нем секреторного компонента (SC) и j-пептида. Основная функция последнего заключается в связывании мономер-

ных молекул IgA в димеры и полимеры и защите молекул IgA от протеолитической деградации [5]. Секреторные IgA и IgM образуют первую линию иммунной защиты слизистой оболочки респираторного тракта и лимфатического глоточного кольца.

При острой инфекции респираторного тракта вторичные изменения в иммунном статусе, как было показано многочисленными исследованиями, обычно не выявляются. Затянувшийся инфекционный процесс в дыхательных путях (хронический тонзиллит, хронический риносинусит и т. д.) нередко приводит к нарушениям как системной, так и местной защиты от инфекции.

Хронический тонзиллит (ХТ). По современным данным, ХТ представляет собой хроническое воспаление небных миндалин, сопровождающееся угнетением неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушением как гуморального, так и клеточного звеньев иммунитета. Заболевание является классическим примером вторичного иммунодефицитного состояния. ХТ широко распространен во всех возрастных группах населения: он встречается у 4–10% взрослых и 12–15% детей. Кроме того ХТ, характеризуется способностью провоцировать и поддерживать сопряженную патологию других органов и систем организма [6–8]. Стоит отметить, что клинически ХТ в большинстве случаев развивается незаметно, маскируясь частыми ОРВИ. Патогенез заболевания включает репаративное замещение паренхимы миндалин соединительной тканью за счет трансформации фибробластов, образование инкапсулированных очагов некроза и вовлечение в воспаление регионарных лимфатических узлов. Исследованию особенностей состояния системы иммунитета при ХТ посвящено большое количество работ [9–11].

Полиоксидоний включен в Клинические рекомендации по оториноларингологии при остром фарингите, хроническом тонзиллите, фарингомикозе, паратонзиллярном абсцессе, аденоидите, отомикозе, остром гнойном среднем отите, хроническом гнойном среднем отите с внутричерепными осложнениями, орбитальных и внутричерепных осложнениях риногенного происхождения

При этом заболевании происходит существенное изменение уровня секреторного IgA в ротоглоточном секрете, нарушение активности естественных киллеров и уровня высокоаффинной фракции Т-лимфоцитов крови, что определяет количественную и качественную недостаточность иммунного ответа. Одновременно формируются аутоиммунные реакции гуморального и клеточного типа по отношению к тканям миндалин и пролиферирующей соединительной ткани [12].

В связи с этим лечение ХТ должно затрагивать все патофизиологические звенья с обязательным акцентом на коррекции иммунных нарушений. В клинической практике с этой целью предпочтительно использовать неспецифические иммуномодулирующие средства, в

частности Полиоксидоний. Препарат оказывает прямое воздействие на фагоцитарное звено, активируя миграцию макрофагов, повышает их переваривающую способность в отношении патогенных микроорганизмов. Кроме того, препарат активирует продукцию цитокинов лейкоцитами, усиливает продукцию интерлейкинов, интерферонов, усиливает цитотоксичность NK-клеток, стимулирует антителообразование. Полиоксидоний регулирует иммунологическую активность организма (повышая пониженную и понижая завышенную), поэтому может назначаться без обязательного исследования иммунологического статуса. Препарат включен в Клинические рекомендации по оториноларингологии при остром фарингите, хроническом тонзиллите, фарингомикозе, паратонзиллярном абсцессе, аденоидите, отомикозе, остром гнойном среднем отите, хроническом гнойном среднем отите с внутричерепными осложнениями, орбитальных и внутричерепных осложнениях риногенного происхождения [13]. Разнообразие форм выпуска позволяет использовать разные способы введения Полиоксидония в зависимости от тяжести и локализации инфекционного процесса. Рекомендуемые схемы лечения при ангине предполагают применение Полиоксидония сублингвально, рассасывая по 2 таблетки во рту 2 раза в сутки в течение 10–14 дней. При сублингвальном применении препарат активизирует лимфоидные клетки верхних дыхательных путей, что обеспечивает повышение местной устойчивости к инфекции. Включение Полиоксидония в схему терапии способствует более быстрой нормализации состава микробного пейзажа ротоглотки с исчезновением β-гемолитического стрептококка, уменьшению размеров гипертрофированной глоточной миндалины, купированию гиперемии, уменьшению отека слизистой оболочки глотки и миндалин, уменьшению тяжести течения заболевания. Поскольку наряду с иммуномодулирующим действием Полиоксидоний обладает выраженной детоксикационной и противовоспалительной активностью, его прием позволяет уменьшить явления интоксикации, быстрее улучшить самочувствие пациента. При ХТ рекомендуется применять Полиоксидоний внутримышечно 6 мг 1 раз в день через 2 дня на 3-й, всего пять инъекций. Помимо прочих эффектов, данный препарат обеспечивает увеличение эффективности кооперативного взаимодействия лимфоцитов в реакциях антителообразования, а также позволяет предотвратить срыв противоинфекционного иммунитета в случае истощения резервных возможностей макрофагального звена при длительно текущем инфекционном процессе, который лежит в основе хронического тонзиллита. Также Полиоксидоний обладает высокими адсорбционными возможностями, тем самым снижая проявления токсической интоксикации.

Клинический случай 1

Пациентка С. 27 лет в декабре 2014 г. была направлена на консультацию врачом-оториноларингологом районной поликлиники в ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского

с диагнозом *хронический тонзиллит, компенсированная форма, с явлениями стертого обострения* для решения вопроса о дальнейшем лечении. Пациентка предъявляла жалобы на ощущение дискомфорта в глотке (боль при глотании, покалывание, сухость, першение, кашель), головную боль. За четыре дня до госпитализации на фоне простуды головная боль и боль в горле усилились, что заставило ее обратиться к терапевту по месту жительства. На приеме у врача артериальное давление было 120/80 мм рт. ст., цифры которого соответствовали постоянным значениям, температура 36,7 °С. Врач-терапевт, учитывая клиническую картину заболевания, рекомендовал консультацию оториноларинголога. В анамнезе у пациентки ангины 1–2 раза в год с детского возраста. В последние 3–4 года наблюдается изменение характера обострений: температура тела повышается лишь до субфебрильных цифр, боль в горле при глотании умеренная, продолжительность острого периода составляет 3–4 дня. Больная каждый раз при обострении получала системную антибактериальную терапию, сопровождавшуюся местным применением разнообразных антисептических средств. Проводимая терапия каждый раз купировала проявления острого процесса, однако субъективные жалобы и данные объективного обследования свидетельствовали о наличии хронического процесса. При поступлении пациентке произведена фарингоскопия, при которой отмечены утолщение и гиперемия слизистой оболочки, избыточное количество слизи, гнойные налеты на увеличенных в размерах миндалинах. Также было проведено микробиологическое исследование материала с поверхности небных миндалин и содержимого тонзиллярных лакун, общий и биохимический анализы крови и мочи, исследование иммунного статуса. В клиническом и биохимическом анализах крови патологических изменений не отмечено. При исследовании иммунного статуса до лечения выявлен вторичный иммунодефицит с нарушениями клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитарного процесса и количественным дефицитом натуральных киллеров.

На фоне лечения, включавшего антибактериальную терапию и промывание лакун растворами антисептиков, состояние пациентки улучшилось, однако фарингоскопическая картина спустя 7 дней лечения изменилась незначительно. Решено было продолжить терапию, усилив ее применением иммуномодулятора Полиоксидоний в дозе 48 мг/сут по 2 таблетки под язык 2 раза в день в течение 14 дней. Уже через сутки сублингвального введения препарата уменьшается интенсивность головной боли и интоксикации. По окончании курса пациентка не предъявляла жалоб. При осмотре на 4-й день применения Полиоксидония отмечена нормализация окраски небных миндалин и дужек и очищение лакун от патологического содержимого, уменьшение размеров миндалин произошло на 5-й день приема иммуномодулятора. Исследование после проведенного лечения выявило достоверную положительную динамику изменений основных параметров, характеризующих состояние иммунной системы и факторов неспецифической резистентности: увеличение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов,

Т-хелперов, нормализация баланса иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, повышение функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов в тестах кислородзависимого и кислороднезависимого фагоцитоза, увеличение количества НК-клеток. Пациентка продолжала наблюдаться в консультативно-поликлиническом отделении института. Спустя месяц практически исчезла гипертрофия глоточных миндалин, спустя 6 мес. наблюдения пациентка практически здорова, эпизодов обострения тонзиллита не отмечено. При обследовании в динамике указанные положительные сдвиги в системе иммунитета сохраняются.

Полиоксидоний имеет несколько форм выпуска, которые эффективно применяются в терапии ЛОР-органов, – таблетки, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения, который разрешено применять у детей с 6 мес. интраназально

Стоит отметить, что наше клиническое наблюдение подтверждается результатами клинических исследований. Так, по данным В.Н. Костюк, включение Полиоксидония в комплексную терапию больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом позволяет сократить продолжительность периода нетрудоспособности с 12,0 до 8,7 дней, добиться выраженного положительного клинического и иммунологического эффекта у 75,0% больных, сохранить его в течение года в 68,7% наблюдений, сократить продолжительность антибиотикотерапии с 10 до 5–7 дней. Кроме того, применение препарата Полиоксидоний дает возможность получить стойкий клинический эффект и нормализацию иммунологического статуса в течение 1 года и более [14].

В другом исследовании с участием 69 больных с компенсированной формой хронического тонзиллита, получавших Полиоксидоний на фоне стандартной терапии, была продемонстрирована более полная, быстрая положительная динамика клинкоиммунологических показателей, а также более стойкий терапевтический эффект в течение 6 мес. наблюдения. Полученные данные позволили рекомендовать включение Полиоксидония в комплексную терапию больных с хроническим тонзиллитом [15].

Сходные результаты получены в педиатрической практике. На фоне применения Полиоксидония была отмечена нормализация состава микробного пейзажа носоглотки с исчезновением бета-гемолитического стрептококка, уменьшились размеры гипертрофированной глоточной миндалины, снижались частота и тяжесть течения ОРВИ у детей. Наблюдалось благоприятное влияние Полиоксидония на течение хронических воспалительных заболеваний носоглотки и состояние лимфоэпителиального кольца на фоне вирусных инфекций. Ни в одном из наблюдений ни общих, ни местных побочных реакций не отмечено.

Хронический риносинусит. Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются одной из наиболее

актуальных проблем оториноларингологии. В последние десятилетия заболеваемость синуситами возросла почти в 3 раза, при этом наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты рецидивирующих и хронических форм синусита. Кроме того, хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух зачастую ведут к аллергизации организма, развитию бронхолегочной патологии, а также дисфункции многих внутренних органов и систем организма [17, 18]. Как и в случае хронического воспаления глоточных миндалин, в настоящее время утверждается мнение о том, что ведущим фактором патогенеза хронического рецидивирующего синусита является иммунная несостоятельность. В условиях острого воспалительного или обострения хронического процесса важная роль в фагоцитозе инфекционной пиогенной микрофлоры отводится нейтрофилам. Между тем хроническое воспаление отличается от острого преобладанием моноцитарно-макрофагальной реакции и лимфоидной инфильтрацией тканей в зоне воздействия патогенного фактора. В связи с этим очевидно, что в ряде случаев развития инфекционного воспалительного процесса, индуцируемого вирусами, грибами, хламидиями и другими возбудителями, макрофаги не обеспечивают завершеного фагоцитоза. При этом возникает, с одной стороны, персистенция инфекционных возбудителей, с другой – длительная антигенная стимуляция клеток мононуклеарно-фагоцитирующей системы, Т- и В-лимфоцитов приводит к усилению продукции специфических

иммуноглобулинов, развитию гиперэргических реакций клеточного типа, а также формированию синдрома системного воспалительного ответа. По литературным данным, основанным на клинических наблюдениях, у большинства пациентов с хроническим риносинуситом отмечаются различные отклонения в иммунологическом статусе с появлением признаков вторичного иммунодефицита [19].

Это является свидетельством необходимости включения иммуномодулирующих средств в состав комплексной терапии не только хронических риносинуситов, но и острых синуситов у пациентов, имеющих факторы риска хронизации воспалительного процесса (сопутствующие длительно текущие хронические заболевания и гиповитаминозы, аллергические заболевания, неблагоприятные бытовые, психологические условия и профессиональные факторы, злоупотребление алкоголем, курение, пассивное вдыхание табачного дыма, наркотическая зависимость, нерациональное, несбалансированное, недостаточное питание, применение лекарственных препаратов, обладающих побочным иммуносупрессивным действием).

Комплекс свойств Полиоксидония позволяет более быстро снять симптомы интоксикации, снизить температуру. За счет снятия отека слизистой оболочки улучшается дренирование околоносовых пазух, что, несомненно, повышает качество жизни пациентов. Немаловажным аспектом является тот факт, что Полиоксидоний имеет несколько форм выпуска, которые эффективно применя-



ЗАВЕДИ ИММУНИТЕТ

Полиоксидоний® достигает максимальной концентрации в плазме крови
В ТЕЧЕНИЕ ТРЁХ ЧАСОВ*

При хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях без активации иммунной защиты невозможно добиться удовлетворительных результатов лечения.

Иммуномодулятор Полиоксидоний® облегчает острую фазу инфекции, восстанавливает иммунитет и прерывает дальнейшую хронизацию инфекционного процесса.**

ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ:
8 (495) 410 6634

*Инструкция по медицинскому применению препарата Полиоксидоний® в таблетках.
**Лусс Л.В. «Полиоксидоний» – современный препарат для эффективной иммунотропной терапии заболеваний, протекающих с дисфункциями иммунной системы». Эффективная фармакотерапия. 20/2015, инструкция по медицинскому применению препарата Полиоксидоний®



polyoxidonium.ru

ООО «НПО Петровакс Фарм»
Российская Федерация, 142143, Московская область,
Подольский район, с. Покров, ул. Сосновая, д. 1
Тел./факс: 8 (495) 329-17-18, 8 (495) 926-21-07,
e-mail: info@petrovax.ru



**НПО
ПЕТРОВАКСФАРМ**

Препараты будущего – сегодня

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

ются в терапии ЛОР-органов, – таблетки, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения, который разрешено применять у детей с 6 мес. интраназально.

Клинический случай 2

Пациентка К. 50 лет поступила в отделение оториноларингологии городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения г. Москвы в экстренном порядке с жалобами на заложенность носа, снижение обоняния, резкую головную боль, периодическое ощущение стекания по задней стенке глотки. Из анамнеза известно, что заложенность носа большая стала отмечать последние 1,5–2 года, периодически беспокоили головные боли, по поводу которых принимала различные анальгетики самостоятельно. За четыре дня до госпитализации на фоне простуды головная боль усилилась, что заставило ее обратиться к терапевту по месту жительства. На приеме у врача артериальное давление было 130/80 мм рт. ст., цифры которого соответствовали постоянным значениям, температура 37,4 °С. Врач-терапевт, учитывая клиническую картину заболевания, рекомендовал консультацию оториноларинголога. При выполнении компьютерной томографии околоносовых пазух обнаружено субтотальное затенение левой верхнечелюстной пазухи с наличием жидкости, пневматизация остальных околоносовых пазух не нарушена.

При проведении риноскопии слизистая оболочка полости носа гиперемирована, умеренно отечная, перегородка носа по средней линии. В передних отделах полости носа умеренное количество сухих гнойных корок. Носовое дыхание затруднено. Со стороны других ЛОР-органов без признаков воспаления.

В клиническом анализе крови лейкоцитоза не отмечено, СОЭ в пределах референсных значений. Уровень глюкозы в венозной крови натощак – 7,8 ммоль/л. На основании клинической картины заболевания и данных компьютерной томографии околоносовых пазух больной выстав-

лен диагноз *левосторонний верхнечелюстной синусит*, давность возникновения которого установить невозможно.

Начата эмпирическая системная антибактериальная терапия и назначен иммуномодулятор Полиоксидоний по 24 мг (2 таблетки) сублингвально за 20–30 мин до еды 2 раза в сутки.

На фоне лечения антибиотиком и приема Полиоксидония самочувствие больной улучшилось. Постепенно исчезла головная боль, прекратилось стекание по задней стенке глотки, восстановилось носовое дыхание. На 10-й день лечения выполнена компьютерная томография околоносовых пазух, на которой определяется полное восстановление пневматизации левой верхнечелюстной пазухи. Стоит отметить, что при применении Полиоксидония интраназально 3 раза в день в течение 5–10 дней отмечены схожие клинические эффекты.

В современном обществе прослеживается отчетливая тенденция к изменению спектра возбудителей заболеваемости верхних дыхательных путей и увеличению резистентности микроорганизмов к антибактериальной терапии, а также возникновению атипичных, стертых форм течения заболевания на фоне вторичного иммунодефицита и развития сопутствующей грибковой инфекции. Полиоксидоний – иммуномодулятор выбора не только при обострении хронических заболеваний верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, но и в острый период заболеваний верхних дыхательных путей и ЛОР органов с целью снятия воспаления и интоксикации и предотвращения рецидивов, а также в случаях необходимости проведения лекарственной профилактики. Разнообразие форм выпуска позволяет использовать разные способы введения препарата в зависимости от тяжести и локализации инфекционного процесса. Особенно ценным является местный иммуностимулирующий эффект, оказывающий влияние на ЛОР-органы при интраназальном или сублингвальном введении. Препарат хорошо переносится, не вызывает общих или местных побочных и аллергических реакций.



ЛИТЕРАТУРА

- Frequency of pharyngeal reflux in children with adenoid hyperplasia. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 2005, 69(8): 1103–1107.
- Modrzynski M. Allergic tonsillitis: myth or reality. *Postepy Hig med Dosw (online)*, 2005, 59: 450–460.
- Modrzynski M. An analysis of the incidence of adenoid hypertrophy in allergic children. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 2007, 71(5): 713–719.
- Быкова В.П. Миндалины лимфаденоидного глоточного кольца в системе мукозального иммунитета верхних дыхательных путей. Проблема реабилитации в оториноларингологии: Тр. Всерос. конф., посвященная 80-летию И.Б. Солдатова. СГМУ, 2003. С. 344–345.
- Кунельская Н.Л., Изотова Г.Н., Лучшева Ю.В., Шадрин Г.Б., Кравчук А.П. Коррекция местного иммунитета в ЛОР-практике. *Медицинский совет*, 2015. 3: 40–45.
- Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Горовая Е.В., Селезнева Л.В. Лазерная тонзилэктомия. *РМЖ*, 2012, 27: 1349–1352.
- Пальчун В.Т., Полякова Т.С., Романова О.Н. Лечебно-диагностические подходы к проблеме хронического тонзиллита. *Вестник оториноларингологии*, 2001, 1: 4–7.
- Тырнова Е.В., Мальцева Г.С. Методы клинической биохимии в диагностике хронического тонзиллита. *Рос. оторинолар.*, 2005, 4(17): 108–111.
- Леонова М.В., Ефременкова О.В. Местная иммуномодуляция при заболеваниях верхних дыхательных путей. *Качественная клиническая практика*, 2002, 1: 1–12.
- Мухомедзянова Л.В., Андриянова И.В., Вахрушев С.Г. Динамика функциональных показателей небных миндалин у больных хроническим тонзиллитом на фоне консервативного лечения. *Российская оториноларингология*, 2004, 4: 135–138.
- Рязанцев С.В., Кочеровцев В.И. Этиопатогенетическая терапия заболеваний верхних дыхательных путей и уха: Методические рекомендации. СПб., 2008. 100 с.
- Pichihero ME. Group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Ann Emerg Med*, 1995, 25(3): 390–403.
- Оториноларингология. Под ред. В. Т. Пальчуна, А. И. Крюкова. М.: ЭОТАР-Медиа, 2014, 368 с.
- Костюк В.Н., Вишняков В.В. Современные методы консервативного лечения больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом. *Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология*, 2010, 1: 58–62.
- Кучиянц С.А., Гаппоева Э.Т., Болиева Л.З.. Дифференцированные подходы к лечению хронического тонзиллита на основании данных клиник о-иммунологического обследования. *Кубанский научный медицинский вестник*, 2014, 2(144): 76–79.
- Вавилова В.П., Чернюк О.С., Караульнова Т.А., Тарасов Н.И. Новые пути влияния на местные факторы защиты у детей с патологией лимфоглоточного кольца. *Лечащий врач*, 2011, 6: 32–36.
- Вишняков В.В. Возможности медикаментозного и хирургического лечения полипозного риносинусита. *Рос. ринология*, 2005, 2: 88.
- Corren J, Manning BE, Thompson SK. Rhinitis therapy and the prevention of hospital care for asthma: a case control study. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2004, 113(4): 415–419.
- Леонов А.К., Димитриенко А.И., Данини Г.В. и др. Роль вирусной инфекции в этиологии хронических синуситов. Материалы X VII съезда оториноларингологов России. СПб., 2006. С. 301.



**XIV Научно-практическая конференция
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ
И ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**
Тематическая выставочная экспозиция

19 – 20 МАЯ 2016 г.

Здание
Правительства Москвы
ул. Новый Арбат, 36

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе XIV Московской научно-практической конференции «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии», посвященной 15-летию ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ. Данная конференция проводится в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение».

Цель конференции:

- Информирование специалистов отрасли о новых данных и эффективных методах профилактики и лечения ЛОР-заболеваний;
- Внедрение современных медицинских технологий в клиническую и амбулаторно-поликлиническую практику;
- Совершенствование специализированной медицинской помощи пациентам с ЛОР-заболеваниями, повышение ее доступности, улучшение качества жизни пациентов.

Научно-практическая конференция проводится под патронатом:

- Департамента здравоохранения города Москвы
- ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ
- Кафедры оториноларингологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Заявка и документы на патронат Департамента здравоохранения города Москвы оформлены и поданы в соответствии с Приказом от 24.12.2014 № 1115-р «Об организации проведения конгрессно-выставочных мероприятий под патронатом Департамента здравоохранения города Москвы».

Основные тематические направления конференции:

На конференции планируется обсуждение следующих актуальных вопросов оториноларингологии:

1. Успехи и достижения ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ за 15 лет.
2. Рациональное послеоперационное ведение пациентов после оториноларингологических хирургических вмешательств.
3. Алгоритмы оптимального лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов и их осложнений.
4. ЛОР-микология – вчера, сегодня, завтра.
5. Современные тенденции ринохирургии и ринопластики, оригинальные разработки НИКИО им. Л.И. Свержевского в комплексном лечении пациентов с патологией носа и околоносовых пазух.
6. Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста.
7. Новые подходы к лечению больных стенозом гортани и трахеи различной этиологии.
8. Современные методы диагностики и лечения голосообразующей системы.
9. Синдром обструктивного апноэ сна: варианты комплексного решения проблемы.
10. Реабилитация пациентов с кондуктивной тугоухостью.
11. Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний височной кости с применением инновационных технологий.
12. Современные тенденции в санирующей хирургии хронического гнойного среднего отита.
13. Неврологические аспекты заболеваний ЛОР-органов.
14. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению пациентов с нарушениями функций внутреннего уха.

Докладчики и аудитория:

В работе конференции примут участие руководители и врачи-специалисты «Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского», руководители специализированных отделений многопрофильных больниц и клиник Москвы, специалисты оториноларингологических кабинетов лечебно-профилактических учреждений Москвы и Московской области. С докладами по тематике конференции выступят главные специалисты, заведующие кафедрами, директора центров, ведущие ученые и практики в оториноларингологии, а также в смежных медицинских специальностях (аллергологи, микробиологи, клинические фармакологи, ревматологи, патофизиологи, неврологи и др.). Планируются выступления ведущих профессоров ближнего и дальнего зарубежья.

В рамках конференции будут проходить симпозиумы, посвященные использованию современных медицинских препаратов и оборудования в практике ЛОР-врача.

В 2015 году мероприятие посетили 486 человек, on-line – 600 человек.

Организатор:

- Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФармДиалог»

Время проведения:

19-20 мая 2016 года с 09.00 до 18.00

Адрес проведения: Здание Правительства Москвы (г. Москва, ул. Новый Арбат, 36).

Вход на мероприятие свободный, по приглашительным билетам.

Материалы конференции, пакет участника предоставляется при регистрации.

Организована on-line трансляция конференции – подробная информация на сайте www.imfd.ru

Дополнительная информация:

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

127055, г. Москва, ул. Сушеская, д. 25, стр. 1

Тел./факс: 8 (495) 797-62-92; 8 (499) 750-07-27; 8 (499) 750-07-47

E-mail: info@imfd.ru

Сайт: www.imfd.ru



А.И. КРЮКОВ¹, д.м.н., профессор., А.Ю. ОВЧИННИКОВ², профессор д.м.н., Н.А. МИРОШНИЧЕНКО², д.м.н., Г.Б. ШАГРАМАНЫН², к.м.н., И.В. СМИРНОВ²

¹ Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения г. Москвы

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ ПРИ ОСТРОМ РИНОСИНУСИТЕ

В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В последние годы общепринятым является термин «риносинусит». Он объединяет группу воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух, т. е. доказано, что при развитии воспалительного процесса слизистой оболочки полости носа неизменно поражается также слизистая оболочка околоносовых пазух.

Ключевые слова:

острый риносинусит

антибактериальная терапия, цефалоспорины
Панцеф

Острый риносинусит относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека, и эта проблема с каждым годом становится все актуальнее. В странах Европы риносинуситы ежегодно возникают у каждого седьмого человека, в США регистрируется до 31 млн случаев риносинусита в год, а в России – свыше 10 млн случаев в год [1–3].

Высокий уровень заболеваемости связан с рядом негативных факторов, которые ведут к увеличению риносинуситов: рост числа вирусных заболеваний, увеличение антибиотикорезистентных штаммов бактерий, большая частота иммунодефицитных и аллергических заболеваний.

Неадекватное лечение воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух приводит к увеличению случаев хронических процессов, поэтому необходимо более тщательно подходить к выбору и назначению рациональной терапии воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазухах [5].

Основой этиопатогенеза острого риносинусита является риногенное инфицирование околоносовых пазух через естественные соустья. Пусковым моментом развития является вирусная инфекция, при которой пазухи поражаются почти в 90% случаев. Исследования последних лет показали, что основными возбудителями являются респираторные вирусы (риновирусы, респираторно-синцитиальные, аденовирусы, коронавирусы). Под воздействием вируса на мерцательный эпителий полости носа и пазух эпителиальные клетки теряют реснички, эпителий становится рыхлым, развивается отек слизистой оболочки. В результате данных процессов, а также активного выброса противовоспалительных медиаторов развивается воспалительная реакция. Следствием являются нарушение аэрации синусов, инактивация мукоцилиарного клиренса и скопление серозного экссудата в просвете синусов, что продлевает время контакта патогенных бактерий со слизистой оболочкой и способствует бактериальному инфицированию [5].

По данным многочисленных современных исследований, основными возбудителями острого бактериального риносинусита являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*, выявляемые у взрослых пациентов в 20–43, 22–35 и 2–10% случаев соответственно [6, 7].

В зависимости от длительности заболевания различают:

- 1) острый синусит (длительность болезни менее 3 мес. и полное исчезновение симптомов после выздоровления);
- 2) рецидивирующий синусит (от 1 до 4 эпизодов острого синусита в год, периоды между обострениями длятся не менее 8 недель, в это время симптомы заболевания отсутствуют, лечение не проводится);
- 3) хронический синусит (наличие симптомов в течение более чем 3 мес.).

При рутинном осмотре полости носа при остром риносинусите определяется патологическое отделяемое в среднем носовом ходе (передняя риноскопия), что, как правило, свидетельствует о возможном поражении лобной и верхнечелюстной пазух, а также передних и средних клеток решетчатого лабиринта, отделяемое в верхнем носовом ходе (задняя риноскопия) свидетельствует о возможном поражении задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи. Отделяемого в полости носа может и не быть (при блокировке соустьев и большой вязкости отделяемого). Современные типы эндоскопов, как жестких, так и гибких, позволяют осуществить более детальный осмотр полости носа, соустьев околоносовых пазух и носоглотки для четкой постановки диагноза.

Рентгенологические методы исследования околоносовых пазух являются самыми распространенными в диагностике риносинуситов. Рентгенологическим признаком синуситов является снижение пневматизации околоносовых пазух, от пристеночного отека слизистой оболочки до тотального понижения прозрачности. Компьютерная томография околоносовых пазух чаще всего используется при затянувшихся или хронических синуситах, при развитии осложнений.

Пункция околоносовых пазух как с диагностической, так и с лечебной целью нашла широкое применение в практике российских оториноларингологов. За рубежом в последнее время пункции применяются редко, в диагностике предпочтение отдается визуализационным методам.

Пункционный метод лечения имеет ряд недостатков: это часто негативная реакция больного, необходимость нахождения в стационаре или регулярные визиты в поликлинику; вероятность многократного пунктирования или установки дренажа; возможность проникновения иглы в пограничные области с последующим инфицированием. Также существуют прямые противопоказания для проведения пункции околоносовых пазух.

Однако совсем отказаться от пункционного лечения тоже не совсем правильно. Существуют четкие показания для пункции верхнечелюстной пазухи: отсутствие в течение 3–5 дней эффекта от беспункционной терапии или нарастание клинической симптоматики; тяжелое течение гайморита с угрозой развития внутричерепных осложнений; выраженный болевой синдром; стойкая, неподдающаяся консервативному лечению обструкция естественного соустья. Также пункция как диагностическая манипуляция применяется для оценки эффективности терапии при сохранении клинической симптоматики после курса лечения. Больным с верхнечелюстным синуситом пункция пазухи должна проводиться по строгим показаниям.

По данным Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И. Свержевского (директор – профессор А.И. Крюков), количество пункций верхнечелюстных пазух в амбулаторном звене г. Москвы постепенно снижается. В 2012 г. было выполнено 27 725 пункций, в 2013 г. – 19 555 пункций, в 2014 г. – 18 534, а в 2015 г. – 18 235. Это во многом связано с назначением адекватной комплексной терапии острого гнойного риносинусита, что позволяет добиться эрадикации возбудителя, не прибегая к пункционной тактике лечения.

Наряду с системной антибактериальной терапией, обязательно надо помнить о местном лечении. Хорошо себя зарекомендовало промывание полости носа солевыми растворами, применение деконгестантов, препаратов на основе серебра, а также местная муколитическая терапия. В качестве средства патогенетической терапии рекомендованы интраназальные глюкокортикостероиды, особенно у пациентов с аллергическим ринитом в анамнезе.

В лечении острого риносинусита на определенном этапе возникает вопрос о целесообразности применения системной антибактериальной терапии. Антибиотики обеспечивают достоверное улучшение исхода заболевания при бактериальном процессе, а пациенты с вирусным риносинуситом не нуждаются в системной антибиотикотерапии. Поэтому очень важным является интерпретация врачом жалоб, данных осмотра и результатов обследования больного. При необходимости назначения антибактериальных препаратов, в связи с трудностями получения материала для микробиологического исследования при остром гнойном бактериальном риносинусите, а также необходимостью ожидания результатов в течение 3–7 дней, антибиотики назначаются эмпирически. Основными принципами антибиотикотерапии являются: высокая активность антибиотика *in vitro* в отношении основных возбудителей острого риносинусита, отсутствие клинически значимой антибиотикорезистентности, подтвержденные эффективность и безопасность препарата.

ПАНЦЕФ®

цефиксим



для детей и взрослых

- Цефалоспорин третьего поколения
- Применяется у детей с 6 месяцев
- Возможность применения при беременности
- Пероральный прием 1 раз в сутки



реклама

RU № ЛСР – 009444/09
RU № ЛСР – 001308/09

**Высокая
антибактериальная
активность**


АЛКАЛОИД
Республика Македония

ООО «АЛКАЛОИД-РУС»
119048 Россия г. Москва,
ул. Усачева, д. 33, стр. 2,
тел.: +7 (495) 502–92–97

Среди антибиотиков, применяемых в клинической практике, лидирующую позицию занимают цефалоспорины, что объясняется многими их положительными свойствами, среди которых: широкий спектр антимикробного действия; бактерицидный механизм действия; низкая частота резистентности микроорганизмов; устойчивость к действию многих бета-лактамаз; хорошая переносимость и низкая частота побочных эффектов; простота и удобство дозирования, особенно препаратов последних поколений. Антибактериальная активность цефалоспоринов обусловлена торможением синтеза пептидогликана – структурной основы микробной стенки.

Предложены различные классификации цефалоспоринов, но наиболее удобной с практической точки зрения оказалась та, которая отражает антибактериальную активность: выделяют четыре поколения, причем первые три представлены препаратами как для парентерального, так и для перорального применения. Среди пероральных цефалоспоринов выделяют: I поколение препаратов (цефадроксил, цефалексин), II поколение (цефаклор, цефуроксим), III поколение (цефиксим, цефподоксим, цефтибутен).

Сегодня уже не является спорным тот тезис, что в амбулаторной практике основным путем введения препаратов должен стать пероральный как наименее травматичный. К преимуществам перорального пути проведения антибиотикотерапии можно отнести фармакоэкономический эффект (прямой и косвенный, связанный со стоимостью шприцов, систем и т. д.), в т. ч. связанный с возможностью терапии на дому и профилактики ятрогении, инфекционных осложнений.

Прежний стереотип назначения антибиотиков, несмотря на значительные изменения в бактериальном спектре возбудителей, приводит к усилению их резистентности к определенной группе антибактериальных препаратов, выполняя, таким образом, селекцию еще более устойчивых штаммов. Поэтому при подборе эффективного антибактериального препарата должны учитываться как этиология заболевания, возраст больного, соматические заболевания, тяжесть течения воспалительного процесса, иммунный статус, метаболические особенности печени и почек, так и широта спектра антибактериальной активности препарата, биодоступность, чувствительность микроорганизмов к препарату, незначительные побочные эффекты.

Всем вышеперечисленным требованиям отвечают цефалоспориновые пероральные антибиотики третьего поколения. Ярким представителем этой группы является препарат Панцеф (цефиксим). Он обладает широким спектром действия, высокой биодоступностью, минимальными побочными эффектами, удобен в применении. Механизм действия обусловлен угнетением синтеза клеточной мембраны возбудителя, устойчив к бета-лактамазам как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов [4].

Панцеф (цефиксим) относится к синтетическим антибиотикам, имеет усовершенствованное молекулярное строение. Благодаря этому побочные эффекты от применения таблеток практически отсутствуют. Кроме того, он практически не влияет на работу кишечника. Исключаются такие неприятности, как дисбактериоз и запор. Панцеф (цефиксим) пред-

ставлен в виде таблеток, покрытых пленочной оболочкой, и в виде гранул для приготовления суспензии. Если рассматривать цефалоспорины третьего поколения для детей, то о препарате Панцеф (цефиксим) стоит вспомнить в первую очередь. Ведь его можно назначать детям от 6 мес. Малышам, которые не умеют жевать, легко принимать суспензию. Побочные реакции практически не возникают. В редких случаях может появиться крапивница или же небольшой кожный зуд. Не следует его принимать людям с чувствительностью к отдельным элементам медикаментозного средства.

Применение цефиксима при беременности и лактации возможно в том случае, когда предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. При необходимости назначения в период лактации следует прекратить грудное вскармливание. Категория безопасности цефиксима при беременности, определенная FDA: «B» (во время всех триместров).

К сожалению, финансовые затраты на лечение с каждым годом увеличиваются, что является достаточно тяжелым бременем для населения. В этом плане среди множества антибактериальных препаратов выгодно отличается препарат Панцеф (цефиксим), который сочетает в себе высокое качество и невысокую цену.

В целом область клинического применения пероральных цефалоспоринов определяется исключительно спектром их антимикробной активности. При этом преимущественная сфера их применения – инфекции верхних дыхательных путей, вызванные чувствительными микроорганизмами. Острый бактериальный риносинусит является одним из показаний для клинического применения пероральных цефалоспоринов третьего поколения.

Эмпирический подход к назначению системной антибактериальной терапии при остром риносинусите основывается на оценке клинического состояния больного, анализе эпидемиологической обстановки, анамнестических данных и целесообразности. Благодаря бактерицидному действию, хорошим фармакокинетическим показателям, простоте и удобству дозирования, возможности сочетания с другими антибактериальными средствами, невысокой цене, препарат Панцеф (цефиксим) создает благоприятные условия для лечения и приверженности пациентов к проведению полного курса лечения острого риносинусита.



ЛИТЕРАТУРА

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. *Rhinology*, 2012, 50(1): 1-12.
2. Chow AW, Benninger MS, Brook I et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*, 2012, 54(8): 72-112.
3. Крюков А.И., Студеный М.Е., Артемьев М.Е. и др. Лечение пациентов с риносинуситами: возможности консервативного и оперативного воздействия. *Медицинский совет*, 2012, 11.
4. Отвагин И.В. Фармакоэпидемиологическое и клинико-бактериологическое обоснование применения цефалоспоринов у больных острым синуситом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Смоленск, 1998. 22 с.
5. Рязанцев С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов (метод. реком.). СПб., 2013. 40 с.
6. Страчунский Л.С., Тарасов А.А., Крюков А.И. с соавт. Возбудители острого бактериального риносинусита. Результаты многоцентрового биологического исследования SSSR. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*, 2005, 7(4): 337-349.
7. Hansen JG, Schmidt H, Rosborg J, Lund E. Predicting acute maxillary sinusitis in a general practice population. *BMJ*, 1995, 311: 233-236.



КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ

ГБОУ ДПО РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЗ РФ



IV Научно-практическая конференция Современные вопросы педиатрии

16 июня 2016

Здание Правительства Москвы

МЕДЗНАНИЯ⁺

+7(495) 614 43 63, 614 40 61
www.medQ.ru info@medQ.ru



MedQ+

С.Я. КОСЯКОВ, д.м.н., профессор, И.Д. ЛОРАНСКАЯ, д.м.н., профессор, И.Б. АНГОТОВА, к.м.н., доцент, А.А. МУЛДАШЕВА
Российская медицинская академия последиplomного образования Минздрава России, Москва

ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

В статье представлены результаты исследования состояния небных миндалин у пациентов с фарингеальными симптомами на фоне ларингофарингеального рефлюкса. Предложен алгоритм диагностики и лечения пациентов с хроническим тонзиллитом и ларингофарингеальным рефлюксом.

Ключевые слова:

*хронический тонзиллит
ларингофарингеальный рефлюкс*

Хронический тонзиллит является одним из самых распространенных заболеваний глотки, которое встречается в среднем у 5–6% взрослого населения и у 10–12% детей планеты [1–4], хотя до сегодняшнего дня отсутствуют объективные критерии диагностики данного заболевания. Хронический тонзиллит в настоящее время рассматривают как инфекционное заболевание, однако зарубежные эксперты указывают в качестве одной из причин возникновения тонзиллита ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) [5]. Существует ли простая форма хронического тонзиллита? Ведь многие пациенты предъявляют жалобы только на образование пробок в небных миндалинах, при этом ангина в анамнезе не выявляется. Может ли быть так, что простая форма хронического тонзиллита – это вовсе не воспалительный процесс, а реакция небных миндалин на химическое воздействие соляной кислоты и пепсина желудочного сока?

В настоящее время оториноларингологам на первичном приеме приходится все больше и больше сталкиваться с ларингофарингеальным рефлюксом, который является одной из составляющих гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [6–8]. Как реагирует лимфоглоточное кольцо при ЛФР? Актуальность проблемы обусловлена сложностью диагностики и лечения пациентов с простой формой хронического тонзиллита на фоне ЛФР, т. к. для оториноларингологов ЛФР является новой проблемой. Важно подчеркнуть, что на сегодняшний день не существует «золотого стандарта» диагностики ЛФР [9–11].

Для скрининг-диагностики ЛФР может применяться тестирование адаптированным для использования на русском языке клиническим опросником «Индекс симптомов рефлюкса» (ИРС), который имеет высокую чувствительность и валидность. Опросник состоит из 9 вопросов и включает в себя динамическую оценку по ряду показателей. Каждый симптом ИРС оценивается в течение последнего месяца в баллах от 0 (нет проблем) до 5 (серьезные проблемы). Число баллов (более 13) коррелирует с положительным результатом рН-мониторинга [9, 10, 12, 13]. Это

самоуправляемый инструмент, который помогает клиницистам оценить клиническую тяжесть симптомов ЛФР на момент постановки диагноза, а затем отследить динамику после лечения [9, 10]. Работу с этим опросником может осуществлять не только гастроэнтеролог, но и оториноларинголог, стоматолог, кардиолог, пульмонолог – все специалисты, которые могут встретить в клинической практике пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ [14].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние ларингофарингеального рефлюкса на состояние небных миндалин у пациентов с фарингеальными симптомами.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование было проведено в ЛОР-отделении Центральной клинической больницы гражданской авиации, клинике «Профлорцентр» (г. Москва). 101 пациент с фарингеальными симптомами, с положительными или сомнительными результатами анкетирования по опроснику ИРС и с нормальным носовым дыханием были включены в исследование, из них 52 женщины и 49 мужчин.

Фарингеальные симптомы как критерии включения в исследование:

- жалобы на боль и неприятные ощущения в горле, ощущение першения и комка в горле, образование пробок в небных миндалинах;
- казеозные пробки в лакунах небных миндалин, признаки Гизе, Зака, Преображенского при орофарингоскопии.

Критерии исключения из исследования для всех групп:

- инфекции верхних дыхательных путей в течение последних 4 нед.;
- аллергические заболевания;
- интраназальная патология и заболевания околоносовых пазух (ОНП);
- передняя активная риноманометрия (ПАРМ), суммарный объемный поток (СОП) менее 500 см³/с.

ДИЗАЙН И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование происходило в один день (T₀ период) и включало в себя: сбор жалоб и анамнеза; анкетирование по

опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» (ИСР); стандартный ЛОР-осмотр (орофарингоскопия, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, эндоскопическая ларингоскопия); переднюю активную риноманометрию (ПАРМ) (риноманометрический комплекс Otopront RHINO-SYS); консультацию гастроэнтеролога, проведение эзофагогастродуоденоскопии (видеогастроскопы: PENTAX EG-290Kp (Япония), FUJINON-4400 590 ZW (Япония), Olympus GIF-180 J EXERA 3 (Япония) под местной анестезией 10%-ного раствора лидокаина, а исследование на хеликобактерную инфекцию проводилось с применением хелпил-теста (ХП-тест)).

Обследование было продолжено на фоне медикаментозного лечения ЛФР, назначенного гастроэнтерологом (модификация образа жизни и медикаментозное лечение), через 1 мес. (период T_1), через 3 мес. (период T_2) и через 6 мес. (период T_3) от начала лечения и включало в себя орофарингоскопию, анкетирование по опроснику ИСР. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистической программы STATISTICA 8.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 49 пациентов результаты по опроснику ИСР были положительными (более 13 баллов) и у 52 пациентов – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов). Отрицательные результаты на период T_0 (1-й день) не были зарегистрированы. При изучении доминирующих жалоб по опроснику в большинстве (у 94% пациентов) случаев преобладали ощущение комка в горле, затекание из носа, чувство першения в горле. Только у 6% пациентов были выявлены изжога, кашель при переходе в горизонтальное положение. В процессе лечения отмечалось снижение баллов по всем перечисленным параметрам анкеты ИСР. На фоне лечения в период T_1 (через 1 мес.) у 29 пациентов результаты по опроснику ИСР сохранялись положительными (более 13 баллов), у 62 – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов), у 10 пациентов – отрицательный результат (менее 9 баллов). На период T_2 (через 3 мес.) у 10 пациентов результаты по опроснику ИСР сохранялись положительными (более 13 баллов), у 27 – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов), у 64 пациентов – отрицательный результат (менее 9 баллов). На период T_3 (через 6 мес.) положительных результатов по опроснику ИСР (более 13 баллов) не было отмечено, у 24 пациентов – сомнительный результат (от 9 до 13 баллов), у 77 – отрицательный результат (менее 9 баллов).

У пациентов в ходе лечения отмечалось достоверное снижение баллов по опроснику ИСР, а статистическая значимость различий результатов анкетирования по опроснику ИСР в процессе лечения сохранялась (критерий Вилкоксона: различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$). Большая часть пациентов через 6 мес. лечения стала иметь менее 9 баллов по анкете ИСР. Медиана показателя ИСР через 6 мес. лечения (в период T_3), равная 2 [0; 12], была статистически значительно меньше ($p < 0,0001$) медианы показателя ИСР через 3 мес. с начала лечения (в период T_2) 7 [0; 16] и медианы ИСР через 1 мес. с начала лечения (в период T_1), равного 9 [0; 18] ($p = 0,00002$) (различия статистически значимы при $p < 0,05$). Результаты анкетирова-

ния по опроснику ИСР статистически значимо уменьшались во всех контрольных точках наблюдения. Это говорит о том, что по результатам анкетирования по опроснику ИСР у пациентов на фоне лечения, назначенного гастроэнтерологом, отмечалось уменьшение симптомов заболевания.

При орофарингоскопии у 101 пациента были зафиксированы все признаки простой формы ХТ на период T_0 (в первый день): казеозные пробки, признаки Гизе, Зака, Преображенского. Однако цифровую оценку их изменения в динамике лечения было трудно фиксировать, поэтому мы учитывали изменение фарингоскопической картины только по признаку – казеозные пробки в небных миндалинах. На фоне лечения в период T_1 (через 1 мес.) казеозные пробки сохранялись у 52 пациентов, на период T_2 (через 3 мес.) – у 34, на период T_3 (через 6 мес.) – у 5.

Все пациенты имели неспецифические, трудно поддающиеся цифровой оценке признаки поражения гортани, обусловленные ЛФР: отечность, неравномерная гиперемия и рыхлость слизистой оболочки гортани, в частности слизистой черпаловидных хрящей и задней комиссуры, вязкое слизистое отделяемое на голосовых складках. При исследовании гортани в контрольных точках на фоне лечения ЛФР, назначенного гастроэнтерологом, выявлялось улучшение состояния слизистой оболочки гортани и исчезновение патологических признаков.

Из 101 пациента в 90 случаях диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) был подтвержден результатами эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) (эндоскопически позитивная форма), у 11 пациентов диагноз был поставлен гастроэнтерологом на основании анамнеза заболевания (со слов пациента ГЭРБ установлена ранее) и медицинской документации. Исследование на хеликобактерную инфекцию было выполнено у 29 пациентов с эндоскопическими признаками воспаления слизистой оболочки желудка, все пациенты имели отрицательные результаты (НР-).

Эндоскопически позитивная форма ГЭРБ проявлялась в виде эрозивного рефлюкс-эзофагита 1 ст. по классификации Savary-Miller у 4-х пациентов и катарального (неэрозивного) рефлюкс-эзофагита 1 ст. по классификации Savary-Miller у 86 пациентов (табл. 1).

Катаральный рефлюкс – эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивный) выявлялся изолированно только у 31 пациента, в остальных случаях сочетался с признаками грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), недостаточностью кардии, признаками поверхностного гастрита, дуоденита, дуоденогастральным рефлюксом (табл. 2).

Таблица 1. Показатели эзофагогастродуоденоскопии пациентов

Рефлюкс-эзофагит по данным гастроскопии	Количество пациентов
Катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по классификации Savary-Miller	86
Эрозивный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по классификации Savary-Miller	4
Всего	90

Таблица 2. Результаты эзофагогастродуоденоскопии пациентов

Показатель	Недостаточность кардиального отдела желудка	Признаки гастрита	Признаки катарального дуоденита	Дуодено-гастральный рефлюкс	НР-	НР+	ГПОД
Катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивный)	18	40	14	13	27	0	2
Эрозивный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller	1	3	1	3	2	0	0
Всего	19	43	15	16	29	0	2

Эрозивный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller изолированно не выявлялся, определялся в сочетании с недостаточностью кардии, признаками поверхностного гастрита, дуоденита (неэрозивного), дуоденогастральным рефлюксом (табл. 2).

Всем пациентам проводилось лечение ларингофарингеального рефлюкса, назначенное гастроэнтерологом: модификация образа жизни и медикаментозное лечение. 80 пациентов получали терапию: ингибитор протонной помпы (ИПП) (пантопразол – 40 мг 1 раз в день за 30–40 мин до еды) в течение 1 мес., антацид (по 10–15 мл по требованию) в течение 2 мес. Это были пациенты, которые по данным эзофагогастродуоденоскопии имели изолированный катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивная форма) (31 пациент) или катаральный рефлюкс-эзофагит 1 ст. по Savary-Miller (неэрозивная форма) в сочетании с поверхностным гастритом, дуоденитом (38 пациентов), а также пациенты, диагноз ГЭРБ которым был поставлен по анамнезу (11 пациентов).

21 пациент, результаты эзофагогастродуоденоскопии которых включали (помимо эрозивного и катарального рефлюкс-эзофагита 1 ст. по Savary-Miller, поверхностного гастрита, дуоденита) недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс, ГПОД – получали следующую терапию: ИПП (пантопразол – 40 мг 1 раз в день за 30–40 мин до еды) в течение 1 мес., антацид (по 10–15 мл по требо-

ванию) в течение 2 мес., прокинетики (итоприда гидрохлорид – 50 мг перед едой – 3 раза в день) в течение 1 мес.

В процессе лечения пациенты отмечали улучшение самочувствия, что подтверждалось результатами анкетирования по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса», орофарингоскопии, эндоскопической ларингоскопии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, все 101 обследованный пациент имели простую форму хронического тонзиллита на

фоне ларингофарингеального рефлюкса. Полученные результаты анкетирования по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» у данных пациентов в период T_0 (1-й день) (положительные и сомнительные результаты), указывавшие на ЛФР, в 100% случаев совпадали с заключением гастроэнтеролога. Медикаментозное лечение ЛФР, которое было назначено гастроэнтерологом, оказывало положительное влияние на клинику и течение простой формы ХТ на фоне ЛФР, что подтверждалось статистически значимым снижением баллов по результатам анкетирования по опроснику ИСР, улучшением орофарингоскопической картины на всех контрольных визитах больных.

В ходе данного исследования выявлены особенности диагностического подхода для пациентов при подозрении на ЛФР и простую форму ХТ, заключающиеся в необходимости проведения не только стандартного ЛОР-обследования, но и анкетирования по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса», консультации гастроэнтеролога, проведения эзофагогастродуоденоскопии. Доказано, что лечение, назначенное гастроэнтерологом пациентам с ХТ и подтвержденным ЛФР, улучшает состояние небных миндалин, что подтверждено результатами орофарингоскопии, анкетирования по опроснику ИСР. Мы полагаем, что простая форма ХТ – это результат воздействия ЛФР на небные миндалины. В связи с полученными новыми данными возникает необходимость в дальнейших исследованиях.



ЛИТЕРАТУРА

- Гогман В.Р., Соловьев А.В., Минько Ю.В. Изменение общей иммунологической реактивности у больных хроническим тонзиллитом. Тез. докл. науч. конф. «Роль очаговой инфекции в патологии внутренних органов». Л., 1984. С. 29–30.
- Рязанов В.Д., Дюков Л.А., Шульга И.А. и др. Способ диагностики различных форм хронического тонзиллита. Патент №2429477 от 2011 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.findpatent.ru/patent/242/2429477.html> (дата обращения: 06.09.2015).
- Солдатов И.Б. Хронический тонзиллит и другие очаги инфекции верхних дыхательных путей. Всесоюзный съезд оториноларингологов СССР. М.: Медицина, 1975.
- Цветков Э.А. Аденоидиты и их осложнения у детей. Лимфопролиферативное глоточное кольцо в норме и патологии. Руководство для врачей. СПб.: Элби, 2003. 124 с.
- Ruiz J, Doron S, Aronson MA et al. Tonsillectomy in adults Indication. Available at: <http://fed-exfedeuatd.esy.es/contents/mobipreview.htm?31/113/32651/abstract/7> Accessed May 1, 2015.
- El-Serag HB, Sonnenberg A. Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans. *Gastroenterology*, 1997, 113: 755–760.
- Hogan WJ. Spectrum of supraesophageal complications of gastroesophageal reflux disease. *Am J Med.*, 1997, 103: 77–83.
- Toohill RJ, Ulualp SO, Shaker R. Evaluation of gastroesophageal reflux in patients with laryngotracheal stenosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, 1998, 107: 1010–4.
- Плотникова Е.Ю. «Маски» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Ларингофарингеальный рефлюкс. *Doctor*, 2014. 6(25): 28–31. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/7632> (дата обращения: 06.09.2015).
- Плотникова Е.Ю., Краснова М.В., Краснов К.А., Баранова Е.Н. Ларингофарингеальный рефлюкс в гастроэнтерологической практике. *Лечащий врач*, 2014, 2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: ht63.
- Ткач С.М. Эффективность ингибиторов протонной помпы у больных с ларингофарингеальным рефлюксом. *Сучасна гастроентерологія*, 2011, 1: 85. <http://www.lvrach.ru/2014/02/15435897/> (дата обращения: 06.09.2015).
- Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*, 2001, 111: 1313–1317.
- Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice*, 2002, 16: 274–277.
- Анготева И.Б., Мулдашева А.А. Современные представления о проблеме ларингофарингеального рефлюкса. *Медицинский совет*, 2015, 15: 44–47.