

Особенности лечения пациентов с патологией ЛОР-органов в амбулаторной практике

30-31 октября в г. Киеве проходила научно-практическая конференция с международным участием «Настоящее и будущее семейной медицины», в рамках которой состоялось обсуждение вопросов организации работы профильной службы, подготовки семейных врачей, а также диагностики, профилактики и лечения наиболее распространенных инфекционных и соматических заболеваний. Интересной информацией о диагностике и нюансах выбора антибактериального препарата в лечении пациентов с острым бактериальным синуситом (ОБС) с позиций доказательной медицины со всеми присутствующими на секционном заседании «Ведение пациентов с заболеваниями ЛОР-органов в амбулаторно-поликлинической практике» поделился доцент кафедры оториноларингологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук Александр Викторович Дихтярук.



А.В. Дихтярук

Современная концепция лечения пациентов с патологией ЛОР-органов в условиях поликлиники предусматривает использование подхода SMART, подразумевающего выбор антибиотика в соответствии с положениями Национальных рекомендаций (Standard), соблюдение требований к его высокой эффективности в отношении основного возбудителя (Mind), назначение лекарственного препарата в адекватных дозах (Adequate), с учетом данных о локальной резистентности ведущих патогенов (Resistance), а также своевременное начало антибактериальной терапии и оптимальную длительность курса лечения (Time). Безусловно, немаловажное значение имеет простота и удобство приема антибиотика, поскольку согласно результатам систематического обзора 76 исследований приверженность пациентов к терапии при однократном приеме лекарства в сутки достигает 84% и снижается соответственно увеличению кратности приема препарата вплоть до 59% при необходимости его использования 4 раза в сутки (Slaxton A.J. и соавт., 2013). Как известно, одним из способов повышения комплаенса является применение инъекционных форм препаратов, сопряженное с риском развития ряда осложнений. При этом современные формы доставки лекарственных средств для перорального применения позволили добиться повышения степени их биодоступности до уровня, сопоставимого с инъекционными формами этих лекарственных средств. Кроме того, инновационные лекарственные формы гарантируют удобство применения лекарств, обеспечивая высокий уровень комплаенса, а оптимизация их фармакокинетики снижает риск развития нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта.

Необходимо отметить, что в настоящее время одной из наиболее актуальных проблем в области инфекционных поражений верхних отделов респираторного тракта является ОБС, частота госпитализаций по поводу которого ежегодно увеличивается на 2%. Доказано, что самые большие экономические потери, обусловленные временной нетрудоспособностью, связаны с инфекционными заболеваниями (40%), 18% из которых составляют инфекции дыхательных путей. При этом

острые синуситы относятся к числу наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов, с одинаковой частотой (17-25%) встречающихся во всех возрастных группах.

В основе развития синуситов лежит воспалительный процесс в слизистой оболочке, подслизистом слое, а иногда в надкостнице и костных стенках околоносовых пазух. В зависимости от локализации и частоты возникновения патологического процесса среди синуситов выделяют гайморит (находится на первом месте по распространенности у взрослых), этмоидит (занимает лидирующую позицию в структуре заболеваемости синуситами у детей младшего возраста), фронтит и сфеноидит. Согласно результатам эпидемиологических исследований основными патогенами, ответственными за развитие ОБС, являются *Streptococcus pneumoniae* (42%), *Haemophilus influenzae* (29%), *Moraxella catarrhalis* (22%) и ряд других, в том числе внутриклеточных, бактерий (7%).

В ходе изучения процесса патогенеза ОБС было установлено, что возникновение первичных изменений в респираторном тракте при данном заболевании связано с продукцией медиаторов воспаления (гистамина, фактора активации тромбоцитов, простагландинов, лейкотриенов, цитокинов) в ответ на микробную колонизацию слизистой оболочки дыхательных путей, приводящую к активации клеточного звена иммунной системы и сосудистой реакции, сопровождающейся явлениями выраженной экссудации и отека. В дальнейшем в результате влияния бактерий, вирусов или аллергенов нарушается процесс транспортировки слизи и изменения качества продуктов секреции в околоносовой пазухе. Слизь становится более концентрированной и легче подвергается высыханию, что приводит к затруднению ее эвакуации и создает благоприятные условия для размножения в ней патогенных микроорганизмов. Обструкция соустьев придаточных пазух носа обуславливает ухудшение их вентилиации и дренажа, застой и изменение состава секрета, нарушение газообмена в слизистой оболочке, что приводит к усугублению дисфункции мерцательного эпителия, тем самым замыкая порочный круг патогенеза заболевания.

“ Согласно результатам эпидемиологических исследований основными патогенами, ответственными за развитие ОБС, являются *Streptococcus pneumoniae* (42%), *Haemophilus influenzae* (29%), *Moraxella catarrhalis* (22%) и ряд других, в том числе внутриклеточных, бактерий (7%). ”

Рекомендации	Организация, страна, год	АБ	1-я линия	2-я линия	Длительность терапии
Острая боль в горле	ESCMID, Европа, 2012	Да	Амоксициллин	Макролиды	10 дней
БГСА-тонзиллофарингит	IDSA, США, 2012	Да	Амоксициллин	Макролиды, цефалоспорины	10 дней
ИНДП, взрослые	ESCMID, Европа, 2011	Да	Амоксициллин	Макролиды, тетрациклины	

Антибиотик	Клиническая эффективность, %	Микробиологическая эффективность, %
ОБС средней тяжести, без антибиотикотерапии в предшествующие 3 мес		
Амоксициллин/клавуланат	90-91	97-99
Амоксициллин	87-88	91-92
Цефуроксим	85	87
ОБС средней тяжести, с антибиотикотерапией в предшествующие 3 мес		
Респираторные фторхинолоны	92	100
Амоксициллин/клавуланат	91	99
Цефуроксим	91	100

Клинически острый синусит проявляется заложенностью и появлением гнойных выделений из носа, болезненностью при пальпации в проекции пораженной придаточной пазухи, снижением или полным отсутствием обоняния, слезотечением, субфебрильной температурой, недомоганием. С целью верификации диагноза применяются различные рентгенологические методики обследования, среди которых наиболее полную картину патологического процесса в пазухах позволяет получить компьютерная томография. Лечение пациентов с острым синуситом предполагает проведение базисной и симптоматической терапии, лечения зубов (при одонтогенном гайморите), пункции околоносовых пазух (при необходимости), физиопроцедур, а в случае некротической формы заболевания – хирургического лечения. Среди медикаментозных средств в терапии ОБС наиболее широко применяются антибактериальные и сосудосуживающие препараты, муколитики, антигистаминные и нестероидные противовоспалительные средства.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Украины препаратами выбора для базисного лечения неосложненных форм ОБС являются аминопенициллины – амоксициллин и амоксициллин/клавуланат, альтернативой которым служат макролиды, цефалоспорины II поколения и респираторные фторхинолоны. В общем, алгоритм выбора стартовой антибиотикотерапии при ОБС может быть представлен следующим образом: при легкой и средней степени тяжести заболевания и проведении антибиотикотерапии в предшествующие 3 мес предпочтение следует отдавать цефалоспориновым антибиотикам,

одним из высококачественных представителей которых является амоксициллин-клавуланат (Флемоклав Солютаб®); если пациент в течение предшествующих 3 мес не получал антибактериальных препаратов, а также в группе больных, не имеющих аллергии на β-лактамы антибиотиков, препаратом выбора может считаться амоксициллин (Флемоксин Солютаб®). В свою очередь людям, у которых в анамнезе отмечены аллергические реакции в ответ на прием β-лактамов антибиотиков, а также при подозрении на участие в инфекционном процессе атипичных возбудителей в качестве оптимального средства для стартовой противомикробной терапии может быть рекомендован Вильпрафен Солютаб (джозамицин). При неэффективности стартовой терапии при ОБС может быть назначен пероральный цефалоспорин – цефиксим (Цефорал Солютаб).

Выбор этих препаратов обусловлен их высокой эффективностью в отношении основных возбудителей ОБС, благоприятным профилем безопасности, удобством и простотой приема. Применение антибиотиков в форме диспергируемых таблеток Солютаб, за счет которой таблетка Цефорала Солютаб, Флемоклава Солютаб® или Вильпрафена Солютаб может быть растворена в воде или проглочена целиком, в зависимости от предпочтений больного, существенно облегчает реализацию персонализированного подхода к лечению пациента и положительно сказывается на его приверженности к лечению. При этом независимо от выбранного способа приема фармакокинетические свойства и клиническая эффективность антибиотиков остаются неизменными.

Подготовил Антон Пройдак

