

Т.В. МАЛЯРЕНКО

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ФРОМІЛІД-УНО» ПРИ БАКТЕРІАЛЬНИХ РИНОСИНУІТАХ

*Від. запальних захворювань ЛОР-органів
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України»
(дир. – чл.-кор. АМНУ, проф. Д.І. Заболотний)*

Гострий риносинусит (ГРС) – це запалення слизової оболонки порожнини носа та, як мінімум, однієї з навколоносових пазух [1]. Гострий риносинусит займає одне з провідних місць серед захворювань ЛОР-органів за кількістю звертань по медичну допомогу. В останні десятиріччя захворюваність на ГРС зросла майже у 3 рази, а питома вага госпіталізованих з цього приводу щорічно збільшується у 1,5-2 рази [2]. У більшості випадків ГРС виникає на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), що зареєстровано у 2-5% пацієнтів. Приблизно у 0,5-2% випадків ГРВІ ускладнюється бактеріальною інфекцією навколоносових пазух, тобто виникає гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС) [1].

Поряд з вірусною інфекцією, факторами, що сприяють розвитку ГБРС, можуть бути наступні [3]:

- алергічний риніт;
- інфекції одонтогенного походження;
- анатомічні особливості будови порожнини носа (викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин і т.п.);
- медичні маніпуляції (назотрахеальна інтубація, назо-стравохідний зонд, тампонада носа);
- гормональні зміни (риніт вагітних);
- несприятливі фактори зовнішнього середовища (тютюновий дим, професійні шкідливості на виробництві);
- імунодефіцитний стан.

Ефективність антибактеріальної терапії при ГРС часто обговорюється з критичних позицій, а дані контрольованих плацебо досліджень дають суперечливі результати,

що пов'язано з переважно вірусною етіологією захворювання та тенденцією до спонтанного одужання. Показанням для призначення антибактеріального препарату повинно бути задокументоване існування бактеріальної інфекції або підозра на її наявність.

Мікробіологічне дослідження вмісту навколоносових пазух далеко не завжди виявляє дійсного збудника ГБРС, а результати чутливості до антибіотиків виявленого мікроорганізму *in vitro* не завжди корелюють з клінічною ефективністю цих препаратів. Причинами такого може бути значне посилення антибактеріальної активності в результаті однонаправленого ефекту антибіотика та його метаболіту і здатність препарату ціленаправлено досягати бактерицидних концентрацій в осередку інфекції. Ці якості характерні для макролідних антибіотиків, а саме – для кларитроміцину, клінічна ефективність якого значно перевищує результати лабораторного дослідження чутливості до нього [4].

В останні роки з'являється все більше публікацій про протизапальну, імуномодуючу та бронхолітичну активність макролідних антибіотиків. Вперше про протизапальні властивості макролідів почали говорити у кінці 80-х років після публікації японських дослідників про успішне лікування хворих на дифузний панбронхіоліт низькими дозами еритроміцину [10]. Ефективність цієї терапії пов'язувалась не з бактеріальною активністю препарату, бо застосовані дози не підтримували бактерицидної концентрації у дихальних шляхах, а з невідомими на той час механізмами дії макролідів. Було помічено значне зниження гіпер-

секреції у дихальних шляхах. При поглибленому вивченні цього процесу показано, що макроліди взаємодіють з хлоридними каналами епітеліальних клітин, блокують рух іонів хлору крізь клітинну мембрану. Це призводить до пригнічення гіперсекреції води. Пригнічується також секреція бокаловидних клітин, покращуються реологічні властивості секрету, зменшується його кількість [11]. Існує ряд доказів бронхолітичної активності кларитроміцину у осіб з бронхіальною астмою і гіперреактивністю бронхів, що спровокована вірусною інфекцією [13]. Бронходилатаційна дія кларитроміцину обумовлена пригніченням експресії еозинофілами цитокінів (IL-4, IL-8 та ін.), що є ключовими медіаторами еозинофільного запалення при бронхіальній астмі. Неспецифічний протизапальний ефект кларитроміцину пов'язаний із здатністю пригнічувати прозапальні медіатори, що знижує міграцію нейтрофілів в осередок запалення. Препарат також має антиоксидантні властивості, стимулює ендогенну продукцію глюкокортикостероїдів [12].

Антибіотикотерапію необхідно проводити у пацієнтів з тривалістю захворювання більше 7 днів та при наявності 2 або більше клінічних критеріїв ГБРС (гнійні виділення з носових ходів, біль у ділянці верхньої щелепи або лицевий біль, особливо однобічний, болючість при пальпації верхньощелепної пазухи або посилення симптомів після початкового послаблення) чи у осіб з тяжкою формою захворювання [8].

З урахуванням спектру типових збудників ГБРС та результатів визначення їх антибіотикорезистентності препаратом вибору при ГРС є амоксицилін. Критерієм ефективності емпіричної антибіотикотерапії повинна бути, в першу чергу, динаміка клінічних проявів (головний біль, закладання носа, характер виділень з порожнини носа), а також загального стану хворого. Препаратами другої лінії можуть бути цефалоспорины (цефтриаксон, цефуроксим). Окрім амоксициліну та цефалоспоринов, при ГБРС можуть використовуватись сучасні макроліди, зокрема кларитроміцин (Фромілід), які можуть бути препаратами вибору при непереносимості АБ пеніцилінового ряду, а вра-

ховуючи можливість розвитку перехресної алергії, також і препаратів цефалоспоринового ряду [4]. Треба сказати про зростаючу роль хламідій як чинників розвитку запальних захворювань ЛОР-органів [5]. В останні роки хламідійна інфекція набула значної актуальності і є серйозною проблемою міжнародних та національних служб охорони здоров'я [6].

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності лікування хворих на гострі риносинусити із застосуванням антибактеріального препарату «Фромілід-Уно» у поєднанні з традиційними методами лікування.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилось 30 пацієнтів віком від 20 до 57 років з діагнозом: гострий бактеріальний риносинусит. У всіх хворих проводилось загальне отоларингологічне обстеження, що включало в себе огляд, збір анамнезу, передню та задню риноскопію, фарингоскопію, непрямую ларингоскопію, отоскопію. Крім цього, у всіх обстежуваних виконувалось бактеріологічне дослідження вмісту з порожнини носа або з верхньощелепних пазух на початку та в кінці лікування, загальноклінічні лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, глюкоза крові, загальний аналіз сечі), рентгенографія або ультразвукове дослідження навколоносових пазух, діагностична пункція верхньощелепних пазух при необхідності. Після обстеження пацієнтів були отримані наступні результати: гострий гнійний гайморит діагностований у 11, гострий гнійний гайморит з етмоїдитом – у 8, гострий гнійний гемісинусит – у 6, гострий гнійний гайморит з фронтитом – у 3. У 2 осіб гострий гнійний гайморит поєднувався з гострим середнім отитом.

При мікробіологічному дослідженні одержано такі результати: *S. Pneumoniae* ідентифіковано у 9 (30%) пацієнтів, *H. influenzae* – у 7 (23,3%), *M. catarrhalis* – у 4 (13,3%), *S. aureus* – у 2 (6,6%), *S. epidermidis* – у 1 (3,3%), *E. coli* – 2 (6,6%), у 5 (16,6%) росту мікроорганізмів не виявлено.

Всім хворим призначався антибактеріальний препарат «Фромілід-Уно» по 500 мг 1 раз на добу протягом 7 днів. Окрім цього, вони отримували стандартну тера-

пію, що включала в себе місцеві деконгестанти у вигляді спрею (нок-спрей), загальні деконгестанти (трайфед, активфед), десенсибілізуючі засоби (цетрин), пункції верхньощелепних пазух або промивання порожнини носа за Proetz розчинами антисептиків. Протизапальні нестероїдні препарати не призначались.

Результати та їх обговорення

Ефективність лікування оцінювалась на основі аналізу суб'єктивних скарг пацієнтів, даних об'єктивного обстеження та динаміки змін лабораторних показників.

Огляд хворих проводився щоденно. При аналізі суб'єктивних скарг обстежуваних було відмічено зменшення больового синдрому та гнійних виділень з порожнини носа вже на другу добу від початку лікування. Пацієнти самостійно оцінювали скарги за трибальною шкалою, де бали розподілялись наступним чином: 0 – відсутність ознаки, 1 – незначний ступінь вираженості, 2 – помірний ступінь, 3 – значний ступінь вираженості.

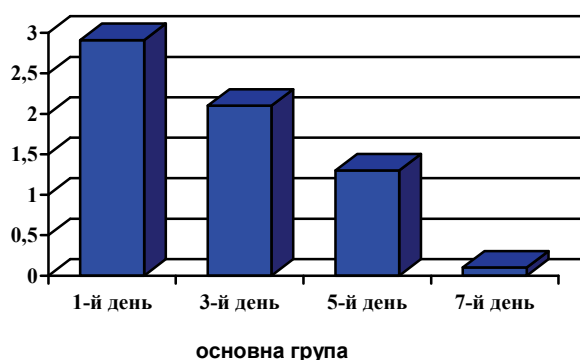
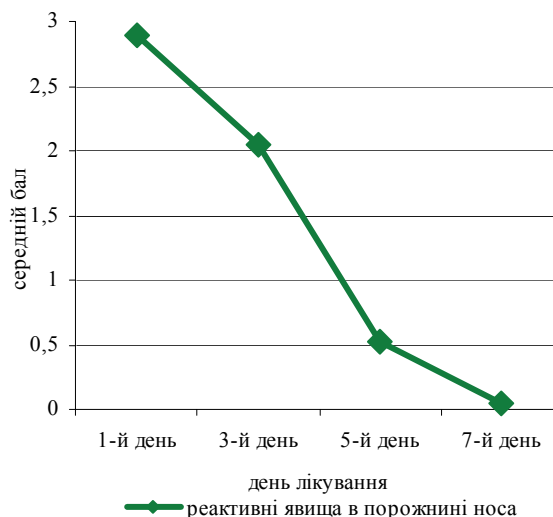


Рис. 1. Динаміка зміни суб'єктивних скарг пацієнтів в процесі лікування (середній бал).

При проведенні передньої риноскопії було відмічено значне зменшення гіперемії та набряку слизової оболонки порожнини носа, а також змінився характер виділень з порожнини носа з гнійних на серозні у середньому на 3-ю добу від початку лікування.

У 85% пацієнтів, у яких виконувались лікувальні пункції верхньощелепних пазух, на 5-у добу від початку лікування гнійний вміст у пазухах був відсутній.



Мал. 2. Динаміка зміни реактивних явищ у процесі лікування (середній бал)

У всіх обстежуваних після закінчення лікування на 7-у добу робилися контрольні лабораторні дослідження крові, сечі та повторне мікробіологічне дослідження вмісту порожнини носа, а також рентгенографія або УЗ дослідження навколоносових пазух.

Аналізуючи отримані лабораторні дані, ми виявили нормалізацію показників крові: зменшення кількості лейкоцитів, зокрема паличкоядерних, моноцитів, ШОЕ у 23 (76,6%) пацієнтів. За даними антибіотикограми виділені збудники були чутливими до кларитроміцину (діюча речовина препарату «Фромлід-Уно») у 93,3% випадків. При проведенні повторного мікробіологічного дослідження у 26(86,6%) осіб росту патологічної мікрофлори не спостерігалось. За даними контрольного рентгенологічного дослідження, лише у 2 (6,6%) хворих рентгенологічна динаміка була слабкою.

Побічні реакції на препарат відмічені у 1 пацієнта у вигляді диспептичних розладів шлунково-кишкового тракту, які були нівельовані шляхом відміни препарату.

На 7-у добу від початку лікування клінічне одужання визначалось у 28 (93,4%) обстежених.

Висновки

1. Лікування хворих на гострі риносинусити із застосуванням препарату «Фромлід-Уно» є ефективним.

2. Препарат зручний у використанні, приймається один раз на добу, що забезпечує високий комплайенс.

3. Препарат «Фромлід-Уно» добре переноситься хворими, частота побічних реакцій низька.

4. Відмічена висока протизапальна дія препарату, що дозволило виключити необ-

хідність застосування нестероїдних протизапальних засобів.

5. Препарат «Фромлід-Уно» може бути рекомендований для лікування хворих на ГБРС, особливо у котрих відмічається непереносимість антибактеріальних препаратів пеніцилінового та цефалоспоринового ряду.

1. D.C. Schied, R.M. Острый бактериальный риносинусит у взрослых // Журн. медицина неотложных состояний. Научный обзор. – 2006. – №5(6).
2. Косяков С.Я., Алексеевская О.А., Пискунов Г.З. Современные принципы антибактериального лечения риносинуситов // Здоров'я України. – 2007. – №3. – С. 40-45.
3. Тарасов А.А., Каманин Е.И., Крюков А.Л., Страчунский Л.С. ОБРС: современные подходы к диагностике и антибактериальной терапии в амбулаторных условиях // КМАХ. – 2002. – Том 4, №1.
4. Лопатин А.С. Антибактериальная терапия при острых инфекциях ЛОР- органов // Рус. мед. журн. – 2004. – Том. 12, №2.
5. Журавлев Н.М., Сидоренко А.С. Роль хламидий при запальних захворюваннях верхньощелепних пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №4. – С. 86-88.
6. Гранатов В.М. Хламидиозы. Учебное пособие. – М., 2002. – 192 с.
7. Полякова Т.С., Нечаева С.В., Поливода А.М. Роль хламидийной и микоплазменной инфекции в этиологии заболеваний ЛОР-органов // Вестн. оториноларингологии. – 2004. – №1. – С. 24-27.
8. Hickner J.M., Bartlett J.G., Besser R.E., Gonzales R., Hoffman J.R., Sande M.A. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: background // Ann. Intern. Med. – 2001. – 134. – P. 498-505.
9. Brook I., Gooch III W.M., Jenkins S.G., et al. Medical management of acute bacterial sinusitis // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2000; 109: S1-S20.
10. Kudoh S., Uetake T, Hagiwara M. et al. // Jpn J. Thorac. Dis. – 1987; 25: 632-634.
11. Kadota J.-J et al. // Am. R. Respir. Dis. – 1993; 1155: 2018-2023.9.
12. Goswami S.K., Kivity S., Am.R. Resp. Dis. – 1990; 141, 72-8.
13. Gotfried M.H. et al. // J. Antimicrob. Chemother. 1999; 44 (Suppl. A): 100.

Надійшла до редакції 26.03.09.

© Т.В. Маляренко, 2009