

Основы рациональной фармакотерапии в оториноларингологии

Н.А. Арефьева

Кафедра оториноларингологии БГМУ, Уфа

Слизистая оболочка верхних дыхательных путей и слуховой трубы является физиологическим барьером для различных патогенных агентов. Агрессивные свойства возбудителя могут реализоваться лишь при условии нарушения этих барьеров, поэтому болезнь и ее рецидивы служат индикатором различных иммунопатологических состояний. Сказанное объясняет необходимость обоснования рациональной фармакотерапии, направленной не только на микроорганизм-патоген, но и на восстановление исходного состояния компрометированной иммунной системы больного.

Воспаление верхних дыхательных путей и уха (ринит, синусит, тонзиллит, отит) вызывают различные возбудители: вирусы, микробы, грибы и их ассоциации. Патогены могут быть внеклеточными и внутриклеточными. К внеклеточным относятся грамположительные бактерии (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus sanguis*, *Proteus vulgaris* и др.) и грамотрицательные бактерии (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria meningitidis* и др.). К внутриклеточным патогенам относятся вирусы. В эту же группу входят некоторые бактерии: хламидии, микоплазмы, легионеллы, листерии и др.

Из всех патогенов – возбудителей острых респираторных вирусных инфекций в числе первых следует назвать вирусы гриппа, аденовирусы, риновирусы и др. Бактериальные инфекции в оториноларингологии вызываются преимущественно пневмококками (*Streptococcus pneumoniae*) и гемофильной палочкой (*Haemophilus influenzae*), реже – моракселлой (*Moraxella Catarrhalis*). Вместе с тем эти микроорганизмы признаны частью нормальной назофарингеальной флоры, и у 5–70 % людей их носительство не сопровождается какими-либо симптомами.

Патогенные свойства микроорганизмы могут проявлять только при определенных условиях. Бактериальное инфицирование в большинстве случаев развивается после острой вирусной инфекции. К тому же само заболевание или его осложнение возникает тогда, когда нарушены локальные или системные механизмы защиты и возбудитель проникает в места, которые в нормальном состоянии являются стерильными (синусы, полости среднего уха, паратонзиллярная клетчатка).

Современные взгляды на причины возникновения острого воспаления, его рецидивы и хронизацию обращены на изучение состояния иммунитета. Местный иммунитет представлен комплексом естественных защитных приспособлений, уровень которых настолько совершенен, что вероятность заболевания минимальна. Инвазия патогена в эпителиальные клетки, репродукция вируса, размножение бактерий, инициация активности грибов возможны только в условиях снижения защитных механизмов периферических адаптивных систем.

Таким образом, развитие острого воспаления в слизистых есть проявление недостаточности в различных звеньях многоступенчатого барьера пограничных тканей. В возникновении рецидивов или самоподдерживающегося хронического воспалительного процесса играют роль многие факторы, в т. ч. проведенное лечение.

Клинические проявления острого воспаления (ринит, синусит, отит) при сохранении существенных для каждого заболевания различий имеют общие клинические симптомы – воспаление и интоксикацию. Заболевание характеризуется периодами, заметно отличающимися местными и общесоматическими проявлениями. Начальный период – это этап интенсивной агрессии возбудителя. Клинически он имеет мало симптомов: могут быть неприятные ощущения в полости носа (сухость, жжение), в ухе (ощущение заложенности), в горле (першение, сухость, боль). Второй период – самый яркий по наличию симптомов (обильная секреция в носу, интенсивные боли в ухе, горле). Нарушаются функции вовлеченных в патологический процесс органов: затрудняется носовое дыхание, снижается слух и др. В этой стадии воспалительного процесса активно вовлекается эндотелий микроциркуляторного русла, повышается его проницаемость и, как следствие, усиливается экссудация. Из сосудистого русла в очаг воспаления привлекаются иммунокомпетентные клетки (нейтрофилы, лимфоциты и др.). В третьем периоде острого процесса клиническую картину определяют ассоциации возбудителей (вирусы плюс микробы, микробы плюс грибы и др.). Они определяют клинические симптомы этого периода. Выделения становятся слизисто-гнойными или гнойнными (стадия нагноения).

Завершенность острого воспаления определяется уровнем иммунологического дисбаланса. Возникновению рецидивов и хронизации заболевания способствуют врожденные и приобретенные изменения в функционировании иммунной системы. В результате нарушений местного иммунитета сохраняется вирусное персистирование, нарушается «колонизационный» иммунитет, возникают микстинфекции. Сказанное служит основанием при определении алгоритма лечения острых или хронических заболеваний в оториноларингологии. Наряду с этиологическими, необходимо учитывать иммунологические аспекты патогенеза воспаления.

Современные комплексные методы лечения воспалительных заболеваний в оториноларингологии включают различные комбинации медикаментозных препаратов и способы воздействия на первичный очаг.

Объем лечебного пособия в зависимости от стадии заболевания состоит в следующем: в острой стадии (до 4 недель) часто можно достичь улучшения преимущественно медикаментозным лечением. Оно включает этиотропные и симптоматические препараты, а также их комбинации. В случаях неубедительной положительной динамики и в этой стадии показаны манипуляции, применяемые в подострой стадии (до 8 недель), – инвазивные манипуляции (блокады, инцизии, пункции, катетеризация, шунтирование) и применение медикаментозных препаратов (этиотропных, симптоматических). Возможно включение в комплекс препаратов иммунонаправленного действия. При хроническом течении заболевания (более 8 недель) наряду с инвазивными показаны хирургические методы (эндоскопические, микрохирургические или полостные операции) и медикаментозные препараты, преимущественно симптоматические и иммунонаправленного действия.

Анализируя объем лечебного пособия при различных стадиях заболевания, можно предположить, что интенсивность и качество лечения каждого этапа определяют его завершенность. Отсюда следует, что основы рациональной современной фармакотерапии инфекционного процесса в оториноларингологии предполагают необходимость использования антибактериальных препаратов, препаратов иммунонаправленного действия и симптоматических средств.

Проведено изучение, каким препаратам врачи отдают предпочтение. Как оказалось, проводимое сегодня антибактериальное лечение в режиме эмпирической терапии инфекций верхних дыхательных путей и уха ограничивается использованием «ранних» пенициллинов (ампициллин, ампи-окс), линкомицина и др.

Назначение этих «традиционных» антибиотиков объясняется их доступностью, умеренной стоимостью, а также недостаточной информированностью врачей о современных группах антибактериальных препаратов. В этой связи считаем необходимым рассмотреть возможность оптимизации рациональной антибактериальной терапии.

Антибиотики – вещества, которые продуцируются микроорганизмами и способны избирательно подавлять жизнедеятельность других микроорганизмов. Существуют также препараты, созданные синтетическим путем и обладающие антибактериальным действием.

Различают следующие группы антибиотиков:

- пенициллины:
 - а) оксациллин, ампициллин, амоксициллин;
 - б) ингибитор-защищенные пенициллины – амоксициллин/клавуланат (аугментин, флемоклав и др.);
- цефалоспорины:
 - первого поколения – цефазолин (кефзол), цефалексин и др.;
 - второго поколения – цефлор, зиннат и др.;
 - третьего поколения – супракс, клафоран, цедекс, лендацин и др.;
 - четвертого поколения – кейтен;
- аминогликозиды: стрептомицин, гентамицин, неомицин, амикацин и др.;
- макролиды: эритромицин, мидекамицин (макропен), рокситромицин (рулид), азитромицин (сумамед), кларитромицин (клацид), джозамицин (вильпрафен) и др.;
- тетрациклины: доксициклин (юнидокс);

- линкосамиды: линкомицин, клиндамицин;
- карбапенемы: иминепем, меропенем;
- фторхинолоны первого поколения – ципрофлоксацин (ципробай, ципролет).

Эти препараты применяются для лечения воспалительных заболеваний урогенитальной системы. В настоящее время создана группа респираторных фторхинолонов (третье поколение) для лечения заболеваний верхних дыхательных путей – левофлоксацин (таваник), моксифлоксацин и др.

По механизму действия антибиотики разделяют на ингибиторы синтеза клеточной стенки микроорганизма (пенициллины, цефалоспорины и др.) и антибиотики, подавляющие синтез белка и нуклеиновых кислот (макролиды, линкомицин, клиндамицин, аминогликозиды и др.).

По типу действия на микробную клетку антибиотики разделяют на бактерицидные (пенициллины, цефалоспорины, комбинированные с ингибиторами β-лактамаз препараты, аминогликозиды, рифампицин и др.) и бактериостатические (макролиды, тетрациклины, линкомицин и др.). Тип действия антибиотиков следует учитывать в тех случаях, если заболевание имеет хроническое, рецидивирующее или тяжелое течение. Назначение бактериостатических антибиотиков в этих случаях не показано, так как эти препараты не позволяют элиминировать патоген, сохраняется риск рецидивов.

При заболеваниях уха, носа, глотки и гортани рациональным следует, прежде всего, признать местное применение медикаментозных препаратов. Системное специфическое противомикробное лечение показано в случаях тяжелого течения бактериальной инфекции. Часто врачи допускают ошибку при назначении антимикробных препаратов, когда ставят знак равенства между лихорадкой и наличием инфекционного процесса бактериальной этиологии.

Выбор стартового препарата при среднетяжелом течении воспаления осуществляется с учетом микробиологического мониторинга и особенностей клинической направленности каждого класса антибиотиков.

Эмпирический выбор этиотропного антибактериального препарата основывается на принципах рациональной антибиотикотерапии и варианте чувствительности микроорганизмов, наиболее частых возбудителей патологии носа, глотки, гортани и уха. Так, стрептококк сохраняет чувстви-

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Антибактериальное широкого спектра, антибактериальное (бактерицидное). Блокирует синтез пептидогликана оболочки чувствительных микроорганизмов. Активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий: *S. haemolyticus*, *S. pneumoniae*, *C. tetani*, *C. welchii*, *N. gonorrhoeae*, *N. meningitidis*, *S. aureus*, *B. anthracis*, *L. monocytogenes*, *Helicobacter pylori*. Менее активен в отношении *S. faecalis*, *E. coli*, *P. mirabilis*, *S. typhi*, *S. sonnei*, *V. cholerae*. Спектр действия не включает микроорганизмы, продуцирующие пенициллиназу, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, индолположительные *Proteus*, *Enterobacter*.

ПОКАЗАНИЯ

Бактериальные инфекции органов дыхания, мочеполовой системы, органов ЖКТ, кожи и мягких тканей, гонорея.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутрь, до или после приема пищи, таблетку можно проглотить целиком, разделить на части или разжевать, запив стаканом воды или

ФЛЕМОКСИН СОЛЮТАБ (Yamanouchi, Нидерланды)

Амоксициллин

Растворимые таблетки 125, 250 или 500 мг

развести в воде с образованием сиропа (в 20 мл) или суспензии (в 100 мл). Взрослым и детям старше 10 лет (при инфекциях легкой и средней тяжести) – по 50–750 мг 2 раза в сутки или по 375–500 мг 3 раза в сутки. Детям от 3 до 10 лет – по 375 мг 2 раза в сутки или по 250 мг 3 раза в сутки. Детям в возрасте до 1 года – по 125 мг 2 раза в сутки или по 100 мг 3 раза в сутки. Суточная доза для детей – 30 мг/кг; кратность назначения – 2–3 раза. При хронических заболеваниях, рецидивах, тяжелых инфекциях: взрослым – до 0,75–1 г 3 раза в сутки, детям – до 60 мг/кг в сутки. При острой гонорее – 3 г, однократно, в сочетании с 1 г пробенецида. При инфекциях легкой и средней тяжести течения лечение проводят в течение 5–7 дней, при инфекциях, вызванных стрептококком, – не менее 10 дней. Прием препарата продолжают в течение 48 часов после исчезновения симптомов заболевания. При лечении инфекций, локализующихся в трудных для проникновения местах, назначают 3 раза в сутки. Пациентам с Cl креатинина ниже 10 мл/мин дозу уменьшают на 15–50 %.

Разделы: Противопоказания, Побочные действия, Взаимодействие, Передозировка – см. в инструкции по применению препарата.

тельность к группе пенициллинов последнего поколения (амоксициллин, Флемоксин Солютаб); стафилококк чувствителен к оксациллину, ванкомицину; анаэробная флора – к клиндамицину, амоксициллину/клавуланату; синегнойная палочка – к аминогликозидам, карбопенемам, цефтазидиму; кишечная палочка – к нитрофуранам; клебсиелла и протей – к цефалоспорином третьего поколения; хламидии, микоплазмы и другие – к макролидам.

При этом следует учитывать высокую устойчивость микробов к следующим антибиотикам: стрептококка – к тетрациклину, доксициллину; пневмококка – к «ранним» пенициллинам: доксициллину, тетрациклину, ко-тримазолу (бисептол), стрептомицину, гентамицину; гемофильная палочка – к пенициллину, ко-тримазолу (бисептол).

Приведенные данные представляются важными для практики, так как в большинстве случаев, как показывает анкетирование врачей амбулаторного звена, чувствительность и резистентность флоры мало учитываются.

Принципы рациональной антибиотикотерапии:

- 1) антибиотики следует применять, если возбудитель заболевания к нему чувствителен;
- 2) антибиотик следует вводить таким путем, чтобы обеспечить его непосредственный контакт с возбудителем заболевания;
- 3) выбор антибиотика и способ его введения должны ограничивать повреждающее действие препарата на больного.

Следует учитывать возраст пациента. У детей возрастные дозы лекарственных препаратов четко определены, а у лиц пожилого возраста редко учитываются возрастные особенности: снижение

функции почек, детоксикационные функции печени. Поэтому даже при отсутствии видимой патологии доза препарата у лиц старше 60 лет должна быть уменьшена на 25 %, а старше 70 лет – на 50 % суточной дозы взрослого.

Важным моментом рациональной антибактериальной терапии является необходимость выполнения курса антибиотикотерапии, продолжительность которого определена характером и особенностями действия выбранного антибиотика и составляет при острых процессах 7–10 дней. Длительный прием может способствовать селекции устойчивых штаммов микроорганизмов и развитию токсических эффектов. Не оправдан короткий курс, так как возникает риск развития рецидивов заболевания. Следует помнить о возможности проведения ступенчатой терапии, когда препарат вводится больному сначала в вену 5–7 дней, а при наступлении клинического и лабораторного улучшения больные переходят на пероральный прием (даже при тяжелых заболеваниях).

В оториноларингологии рациональным лечением воспаления в замкнутых полостях (синусы, среднее ухо, паратонзиллярная клетчатка) следует признать, прежде всего, хороший дренаж очага воспаления и преимущественно местное применение антимикробных препаратов – спрея, инстилляций, аппликаций, а по показаниям – системные антибактериальные препараты.

Препараты для местного использования

За последние годы возросло число экзематозных поражений наружного уха, поэтому важно учитывать, что в этиологии этого заболевания мог-



Флемоксин Солютаб®

амоксициллина тригидрат

– высокое доверие врачей и пациентов

- Стабильное, контролируемое высвобождение действующего вещества при любом способе приема препарата
- Уровень биодоступности (93%), не уступающий инъекционным формам
- Снижение вероятности развития резистентности
- Снижение медикаментозной нагрузки на нормальную микрофлору кишечника в четыре раза
- Возможность выбора удобного способа приема

**Если есть выбор –
выбирайте Солютаб !**



РУ П № 013650/01-2002 от 24.01.2002
Создана слиянием Yamanouchi и Fujisawa

ут играть роль как кокковая флора, так и грибы. Часто присутствует и компонент сенсibilизации.

При наружных отитах назначаются комбинированные препараты для местного применения: ушные капли полидекса (неомицин сульфат, полимиксин В, дексаметазон), кандибиотик (клотримазол, хлорамфеникол, бекламетазон дипропионат, лидокаин гидрохлорид и др.). Лечение должно проводиться до стойкого клинического выздоровления, затем следует профилактика.

При остром воспалении среднего уха в доперфоративной стадии (1 стадия) назначается: отипакс (спирт 96°, феназон, лидокаин, глицерин); полидекса, анауран (неомицин, полимиксин, лидокаин), гаразон (бекламетазон натрия фосфат и гентамицин сульфат) по 5 капель 2–4 раза в день в больное ухо. Не потерял своего значения и спиртовой раствор борной кислоты 3 %. Эти препараты не рекомендуются при наличии перфорации барабанной перепонки.

При острых и хронических отитах с перфорацией медикаментозные средства не должны иметь ототоксического эффекта или раздражать слизистую оболочку среднего уха. Из применяемых в настоящее время средств рекомендуется отофа (рифамицин натрия и нейтральные ингредиенты) и ципромед (ципрофлоксацин). Они выпускаются во флаконах по 10 мл. После вливания лекарства в ухо следует надавить на козелок для его перераспределения в ячейки сосцевидного отростка и слуховую трубу.

Антибактериальные препараты местного применения на слизистую носа – это изофра (фрамицетин 1,25 % спрей назальный), полидекса с фенилэфрином, биопарокс в виде спрея на слизистую оболочку носа и глотки.

Группа деконгестантов (сосудосуживающих препаратов) – нафтизин, санорин, називин, тизин, вибракил и другие – имеет ограничения в показаниях и сроках использования, так как при длительном, более 5–7 дней, вливании их в нос может развиваться медикаментозный ринит. Данные препараты показаны в случаях длительного отека слизистой носа для профилактики обструкции соустьев околоносовых пазух.

Антигистаминные средства с деконгестантами – колдакт (капсулы), ринопронт (капсулы), ринза (таблетки). Их длительное применение также может вызывать осложнения в виде нервозности, бессонницы.

Системное введение антибиотиков показано, если эффект после 48–72 часов местного лечения отсутствует, имеется температурная реакция более 38 °С и выражен болевой синдром.

При дебюте заболевания обоснован выбор препарата соответственно предполагаемому возбудителю болезни, как было указано выше. Здесь следует обратить внимание на проблему резистентности к антибиотикам и ее клиническое значение. Современная литература свидетельствует, что при терапии адекватными дозами пенициллинов они сохраняют свое значение как стартовые препараты. Группа пенициллинов начиная с 1944 г. постепенно совершенствовалась: с 1961 г. появился ампициллин, а с 1977 г. – амоксициллин. В 1988 г. разработана новая лекарственная форма амоксициллина – Флемоксин Соллютаб, который выпускается в таблетках в дозах 125, 250 и 500 мг, что позволяет использовать нужную дозировку для лечения пациентов любых возрастов. Другим отличительным свойством Флемоксина Соллютаб является возможность растворить таблетку, приготовить приятную на вкус суспензию, что очень важно для детей, у пожилых пациентов и др. При этом эффективность препарата не снижается.

В настоящее время появилась также новая форма Соллютаб, которая пополнила группу защищенных пенициллинов – Флемоклав. Особенностью лекарственной формы Флемоклав служат следующие показатели: замедленное высвобождение активных микрочастиц в полости рта и последующее быстрое отделение и всасывание активных ингредиентов в двенадцатиперстной кишке, что обеспечивает его высокую активность и безопасность для кишечной флоры. Биодоступность препарата не зависит от способа приема (таблетка, раствор, суспензия).

На Кафедре оториноларингологии Башкирского государственного медицинского университета подтверждена клиническая эффективность Флемоксина Соллютаб, основанная на его применении в амбулаторной практике. Лечение получили 48 больных в возрасте от 25 до 67 лет (мужчин – 20, женщин – 28). По нозологии заболевания группы определились: 30 человек – острый гнойный синусит, 17 человек – острый гнойный средний отит и один пациент с острым ларинго-трахеитом. Флемоксин Соллютаб назначался в дозировке 500 мг два раза в сутки на протяжении 7 дней. Бактериологические исследования показали преимущественное преобладание в секретах *S. pneumoniae* – 28 случаев, *S. hyicus* – 10 случаев, *S. epidermidis* – 6 случаев, у 4 пациентов выделить возбудитель не удалось. Чувствительность флоры сохранялась к пенициллинам, цефалоспорином, левофлоксацину. Положительная клиническая субъективная (по жалобам больного) и объективная эндоскопическая картина состояния слизистых носа, глотки, а также барабанной перепонки отмечена к 5 дню лечения. Сорок два пациента жалоб не предъявляли. Значительное улучшение отмечено у 4 больных. У 2 пациентов лечение пересмотрено. Следовательно, высокая чувствительность пневмококка к пенициллинам позволила получить убедительные положительные результаты лечения Флемоксином Соллютаб в 95,8 % наблюдений.

Ошибками антибактериальной терапии являются:

- 1) отсутствие показаний к назначению антибиотика;
- 2) выбор неадекватного антибиотика. Выше указана группа препаратов, к которым не чувствительны самые частые возбудители инфекции ЛОР-органов;
- 3) назначение слишком длительного приема антибиотика;
- 4) позднее назначение эффективных препаратов уже после того, как первоначально традиционно применяемые дешевые и доступные антибиотики не принесли ожидаемого результата;
- 5) назначение антибиотиков с профилактической целью.

Важно учитывать, что не по показаниям назначенный антибиотик или длительная антибактериальная терапия (более 10 дней) провоцирует активацию грибковой флоры – кандидозы. На фоне неадекватной антибактериальной терапии появляются условия для генерализации кандидоза. К этому предрасполагает сочетанное назначение антибиотика и гормонов и длительная катетеризация синусов, вен и др.

При выполнении рекомендации по системной терапии антибиотиками следует обратить внимание на необходимость отсроченной антибактериальной терапии, а именно их назначение обосновано после третьего дня, так как адекватный адаптивный иммунный ответ формируется в сроки от 48 до 56 часов. Раннее лечение антибиотиками подавляет иммунный ответ на микроб и может оставить пациента без иммунологической па-

мгнот на инфицирующй штатм. Вот почему немедленное назначение феноксиметилпенициллина повышает риск рецидивирующих инфекций.

Значительные трудности испытывают клиницисты в выборе антибактериальной терапии рецидивирующих инфекций. В основе рецидивов инфекции лежит персистенция возбудителя и наличие смешанной инфекции, участниками которой могут быть грамположительная флора – стрептококк, стафилококк, грамотрицательная флора – гемофильная палочка и моракселла, а также анаэробы. Для клинического излечения этих пациентов требуется эрадикация патогена. Поэтому для лечения рецидивирующих инфекций в период обострения необходимо сразу же назначать защищенные пенициллины – амоксициллин/клавулановую кислоту и новые препараты – респираторные фторхинолоны.

Таким образом, рациональная антибактериальная терапия является серьезной проблемой при лечении воспалительной патологии в оториноларингологии. Другой не менее важной проблемой является реабилитация иммунной системы.

В настоящее время не вызывает сомнений необходимость учитывать состояние и функцию иммунной системы пациента. Своевременное выявление иммунных нарушений и их устранение является залогом успешного лечения рецидивирующих заболеваний. Для назначения препаратов иммунонаправленного действия необходимо учитывать данные клинических проявлений заболевания и результаты лабораторных исследований.

Выбор способа и метода иммунной реабилитации определяется стадией инфекционного процесса: острое, рецидивирующее или хроническое течение, а выбор препарата связан с его ожидаемым эффектом: иммунное замещение, иммунная стимуляция, иммуносупрессия. К этапам реабилитации иммунной системы относятся: острый период – стационар, период реконвалесценции – амбулатория, период профилактики и реабилитации – санаторий или курорт.

В оториноларингологии показанием к назначению иммунотерапии и иммунопрофилактики служат рецидивирующие и хронические инфекции, иммунодефицитные и аллергические заболевания. При этом многообразие биологических свойств микробов, возбудителей инфекционных заболеваний, определяет выбор средств и методов иммунотерапии.

В активный период с целью иммунокompенсации эффективны иммунные препараты с заместительными свойствами. Средства, стимулирующие антителообразование, предпочтительнее назначать после острого периода. В случаях внутриклеточного персистирования микроорганизмов индукция антителообразования играет вспомогательную роль, и больные нуждаются больше в активации Т-клеточного звена иммунной системы.

При вирусных инфекциях накопление вирусных частиц происходит внутри клетки организма

хозяина с использованием ее ресурсов, что может инициировать «вирусиндуцированные вторичные иммунодефициты». В связи с этим лечение вирусных инфекций предполагает применение интерферонов и их индукторов.

Следует отметить также, что нерациональная медикаментозная терапия инфекционного процесса может усугублять иммунодефицитное состояние и стать причиной хронического течения болезни. Более того, при инфекциях, вызванных микробами с внеклеточным типом паразитирования, гиперактивация Т-клеточных механизмов иммунитета на фоне угнетения антителообразования может явиться причиной формирования «гиперчувствительности замедленного типа».

Клинической идентификацией вариантов нарушений функции различных звеньев иммунной системы могут служить «маркеры» иммунодефицитных состояний. Показателями нарушения функции Т-клеточного звена иммунитета служат рецидивирующие вирусные, микотические и бактериальные инфекции с внутриклеточным паразитированием возбудителя. Изменения в В-звене иммунной системы можно ожидать при рецидивах бактериальных пиококковых инфекций и при возбудителях из числа условно-патогенной флоры.

Подводя итог сказанному, необходимо отметить, что в настоящее время в арсенале врача имеются эффективные средства этиотропной и патогенетической направленности. Рациональная моно- или комбинированная медикаментозная терапия поможет обеспечить более эффективное лечение больных с различной патологией, в основе которой лежит инфекционное или иммунное воспаление.

Литература

1. Гаращенко Т.И., Денисова О.А., Котов Р.В. Стартовая антибиотикотерапия при остром среднем отите и остром синусите у детей // Вестник оториноларингологии. 2005. № 3. С. 82–83.
2. Крюков А.И., Седанкин А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите // Российская оториноларингология. 2005. № 4(17). С. 15–17.
3. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: методические рекомендации. СПб., 2005.
4. Садовникова И.И. Некоторые вопросы клиники, диагностики и лечения ОРВИ // РМЖ. 2005. Т. 13. № 21(245). С. 1397–1399.
5. Сидоренко С.В. Проблемы этиотропной терапии внебольничных инфекций дыхательных путей // Эра антибиотикотерапии. 2005. № 1(1). С. 1–4.
6. Сидоренко С.В., Гучев И.А. Тонзиллофарингит: вопросы диагностики и антибактериальной терапии. 2004. Т. 6. № 4. С. 120–126.
7. Янов Ю.К., Рязанцев С.В. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов // Consilium medicum. 2005. Т. 7. № 4. С. 290–297.
8. Finlay J., Miller L., Poupard J.A. A review of the antimicrobial activity of clavulanate // J Antimicrob Chemother. 2003 Jul; 52 (1); 18–23.
9. German-Fattal M. How to improve current therapeutic standards in upper respiratory infections: value of fusafungine / M.German-Fattal, R.Mosges // Curr Med Res Opin. 2004. V.20. N 11. P. 1769–1776.
10. Dagan R. Johnson C et al. Bacteriologic and clinical efficacy of amoxicillin/clavulanate vs asithromycin in acute otitis media. Pediatr Infect Dis J 2000; 19: 95–104.