ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ВЫПУСК № 6 2013

Московское научно-практическое общество оториноларингологов

Издательский дом «НЬЮ ТЕРРА»

Главный редактор:
Магомедов М. М.

Редакционная коллегия:
Гуров А. В.
Косяков С. Я.
Красножен В. Н.
Крюков А. И.
Лучихин Л. А.
Носуля Е. В.
Огородников Д. С.
Пальчун В. Т.

Ответственный секретарь:
Мужичкова А. В.

Корректор:
Курючина Е. Н.

Размещение рекламы:
Заседателев А. А.
тел.: 8(495) 223-71-01

Московское научно-практическое общество оториноларингологов

ООО «НЬЮ ТЕРРА»
E-mail: info@lor-school.ru
оригинал-макет, 2012
Адрес редакции: 129515,
г. Москва, а/я 98

ФИОТ
Тел./факс: (495) 223-71-01
ФОНД СОДЕЙСТВИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Носуля Е. В.
Применение антибиотиков в ринохирургии 3

Тарасова Г. Д.
Проблема выбора топической терапии при острой боли в глотке 25

Яковлев С. В.
Современные принципы рациональной антибактериальной терапии в ЛОР практике 41

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Пропагандируя и поддерживая концепцию непрерывного образования врачей, мы представляем вам новый медицинский журнал «Постдипломное образование в оториноларингологии», выпуск которого начался с 2011 года. Журнал следует тематическому принципу публикуемого материала который любезно представляется авторами ведущих научных школ, врачами практической медицины. Материал формируется в виде тезисов, статей, презентаций докладов, схем и т. д., что на наш взгляд полностью раскрывает обсуждаемую тему и не умаляет ее качественную сторону. Источником поступления материалов являются многочисленные общероссийские форумы по проблемам верхних дыхательных путей и уха, ежемесячные заседания Московского общества оториноларингологов и другие значимые медицинские события. Журнал сотрудничает с лечебными учреждениями и известными школами по специальности и стремится к активному участию в формировании образовательного пространства на территории России.

На страницах журнала в 2014 году появятся материалы наиболее значимых российских и международных конгрессов, телеконференций и научных школ которые по существу являются высоко профессиональным инструментом очного и дистанционного образования врачей России.

Приглашаем коллег к сотрудничеству. Всем желаем успехов и профессионального роста.

Главный редактор журнала
профессор М. М. Магомедов

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В РИНОХИРУРГИИ

Носуля Е. В.

профессор, кафедра оториноларингологии РМАПО

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ:
НАИБОЛЕЕ ПРОБЛЕМНАЯ ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ:

- **антибиотики являются одной из наиболее широко применяемых групп лекарств, используемых в различных областях медицины.**
- **антибиотики относятся к дорогостоящим препаратам,** на закупку которых тратится в среднем 25—50 % всех расходов на лекарственные средства, закупаемые многопрофильной больницей. По расходам на лечение инфекции занимают в стационарах общего профиля первое место среди всех патологий.

Bog F, Pechula M, Muhlebach S, Conen D. Beein-flussbarkeit des Antibiotikaverbrauchs in einer medi-zinischen Klinik. Schweiz-Med-Wochenschr 1996; 126:2078-81.

- **антибиотики являются жизненно важными**, но небезопасными средствами, потенциально способными вызывать тяжелые побочные эффекты.
- **антибиотики используются наиболее нерационально.** По данным ВОЗ, нерационально применяется до 75 % антимикробных средств, что способствует повышению частоты побочных и токсических реакций, росту бактериальной резистентности, удлинению времени госпитализации, а также становится причиной назначения других лекарственных препаратов для лечения основного заболевания и устранения ятрогенных последствий неправильного выбора и применения антибиотика. Все это в свою очередь требует значительных финансовых затрат.

Action Programme on Essential Drugs. WHO Report of the Biennium, 1996-1997. Rifenburg RP, Paladino JA, Hanson SC, et a/. Benchmark analysis of strategies hospitals use to control antimicrobial expenditures. Am J Health Syst Pharm 1996:53:2054-62.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Частота инфекционных осложнений в ринохирургии составляет 5 - 18%[1]
(СТШ[2], гематома,[3] абсцесс[4], хондроперихондрит[5] НП, гипертермия[6], бактеремия с метастатической инфекцией[7], эндокардит[8], остеомиелит[9], и др.

Mithell F.B. et al2. Cohen B.J. et al9. Wagner R.,Toback J.M.2 Huang I.T. et al2. Jacobson J.A., Kasworm E.M.2 Teichgraeber J.F., Russo R.C1. Silk K.L. et al7. Leonard D.W., Thompson D.H8. Makitie A. et al.3,4,5,6

ухудшают результаты хирургического лечения

увеличивают летальность

увеличивают длительность госпитализации

увеличивают длительность госпитализации

СИМПТОМЫ П / ОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- локальная гиперемия, болезненность припухлость
- расхождение краев оп. раны (при нар. доступе)
- пат. отделяемое в п / оп. полости (ране)
- длительная гипертермия (вторая волна лихорадки)
- резкая болезненность в обл. вмешательства
- замедление репаративных процессов
- лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- симптомы интоксикации

ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 1

Индивидуальные характеристики пациента

- возраст > 70 лет
- состояние питания (гипотрофия, ожирение)
- наличие сопутствующей инфекционной патологии
- нарушение иммунного статуса (лечение КС, иммуносупрессорами)
- алкоголизм, наркомания
- сопутствующие хронические заболевания
- (диабет, недостаточность кровообращения и др.)

ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 2

Периоперационные факторы

- длительность предоперационного периода
- неправильная подготовка операционного поля
- антибиотикотерапия за несколько дней до операции

ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 3

Интраоперационные факторы

- длительность вмешательства
- степень повреждения тканей
- избыточное применение электрокоагуляции
- недостаточный гемостаз
- имплантация / реимплантация
- нарушение стерильности
- вид тампонады
- нарушение дренирования полости
- нарушение гемодинамики и газообмена во время операции
- уровень квалификации хирурга

КЛАССИФИКАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
[NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1964]

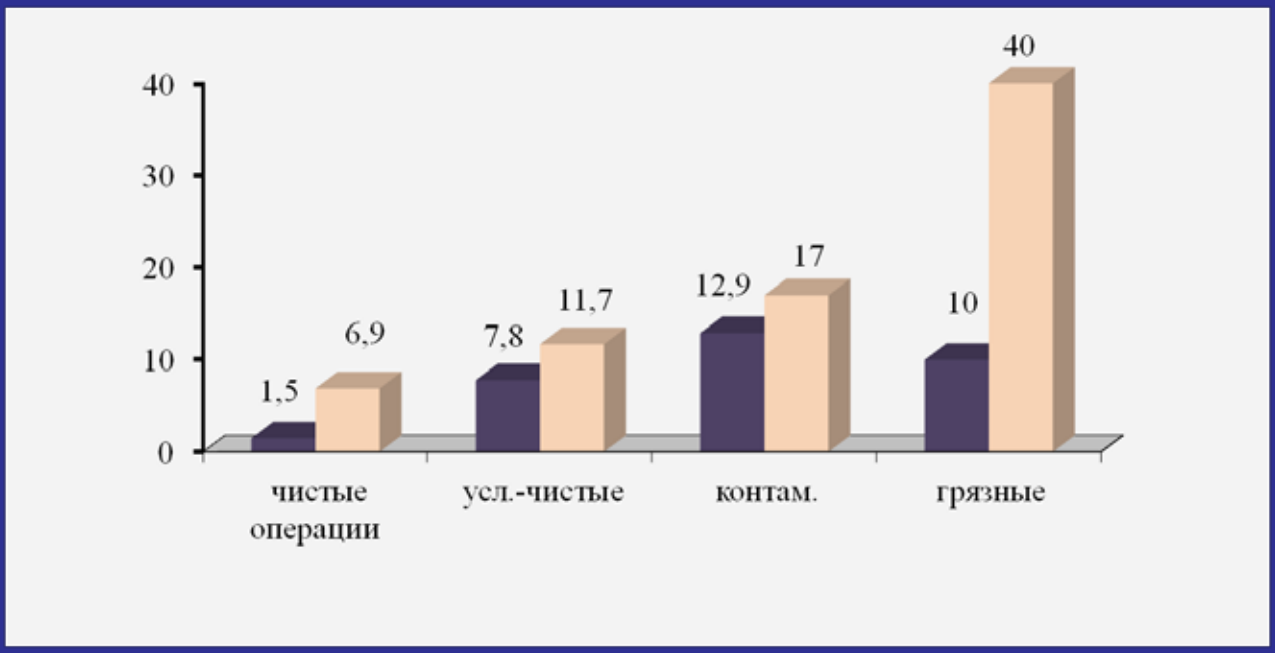
Чистые операции - операции, выполненные на неинфицированных тканях (без вскрытия полости полого органа).

Условно чистые операции - сопровождаются вскрытием полости (просвета дыхательных путей др.).

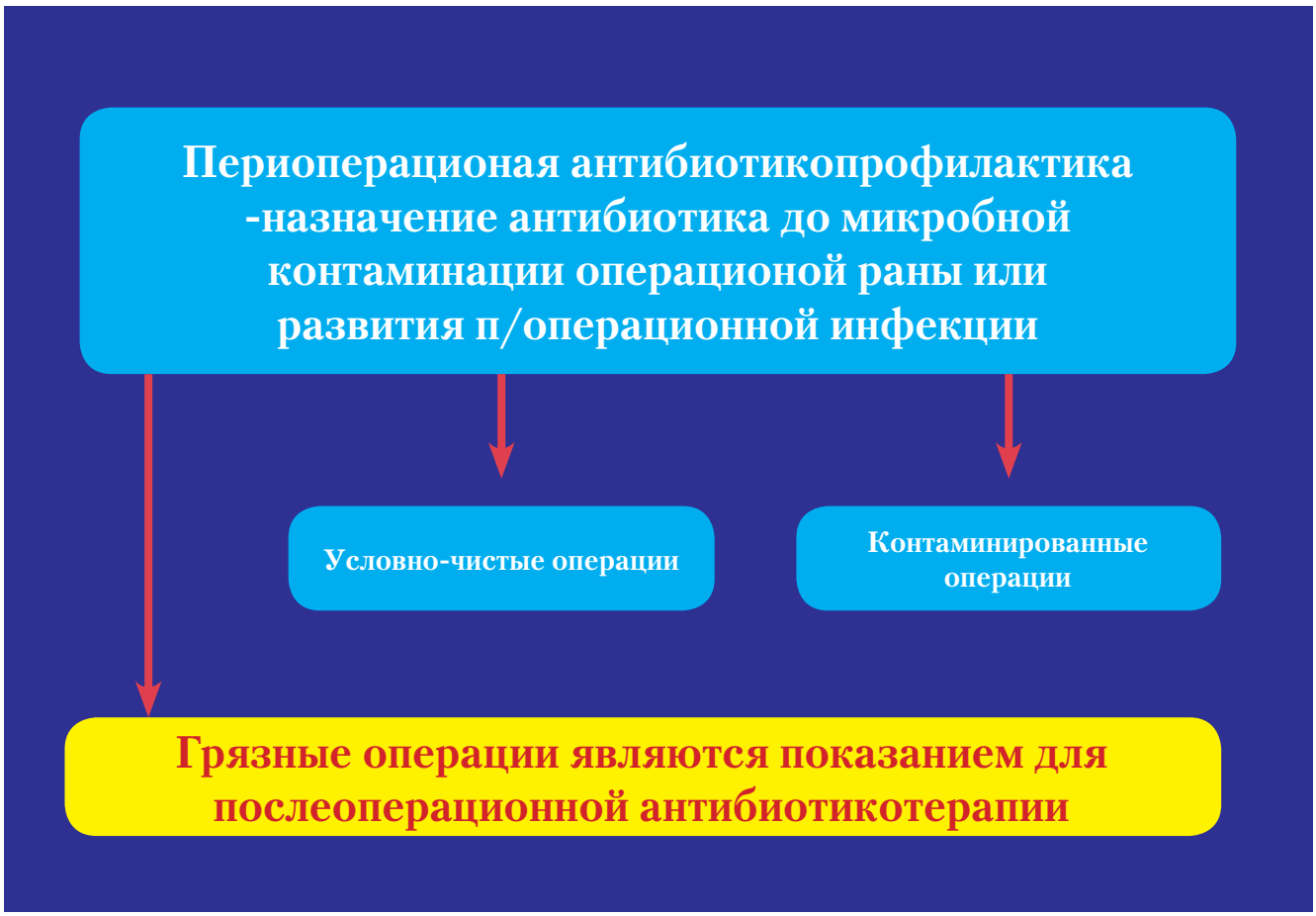
Контаминированные операции - сопровождаются попаданием инфекта на стенки операционной полости (в рану).

Грязные операции - выполняются по поводу гнойно-воспалительных процессов

ЧАСТОТА П/ОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА ОПЕРАЦИИ (%)



ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РИНОХИРУРГИИ


Периоперационая антибиотикопрофилактика
-назначение антибиотика до микробной контаминации операционой раны или развития п/операционной инфекции
Условно-чистые операции
Контаминированные операции
Грязные операции являются показанием для послеоперационной антибиотикотерапии

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА В ХИРУРГИИ
ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ОТВЕТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ (АБП)
В каких случаях следует проводить АБП?
Какие препараты использовать?
Когда необходимо начинать введение антибиотиков?
Сколько препаратов необходимо назначить?
Какова должна быть продолжительность АБП?
Dellinger E.P. Prophylactic Antibiotics in Surgery. KMAX. 2001; №3, T.3:260-265

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА:

при 1 типе операций - только при наличии 2 и более факторов риска

↓

при 2 и 3 типе операций – всем больным

↓

при 4 типе – необходима антибактериальная терапия

ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЫ ПРИ ИОХВ

NNIS, 1990-1996.

ВЫБОР АНТИБИОТИКА

Спектр активности антибиотика должен быть узким, и включать только наиболее частых возбудителей ИОХВ

Исключаются препараты широкого спектра, используемые для антибактериальной терапии (ЦС III-IV и др.)

Препарат должен иметь сравнительно длинный T1/2

Хороший профиль безопасности

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА В ХИРУРГИИ

Препараты выбора

Ингибиторозащищенные аминопенициллины - амоксициллин/ клавуланат.

Цефалоспорины I-II поколения - цефазолин, цефуроксим.

НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫ с ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ и БЕЗОПАСНОСТИ

Dellinger E.P. Prophylactic Antibiotics in Surgery. КМАХ, №3, Т.3, 2001; с.260-265.

Проект «Политика применения антибиотиков в хирургии, 2003». http://www.antibiotic.ru Страчунский Л.С., Розенсон О.Л.

В кн.: Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М., 2002, с.276

ПОЧЕМУ III ПОКОЛЕНИЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ НЕ СТОИТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ?

- В 2-4 раза меньшая активность против стафилококков (наиболее часто встречающихся возбудителей хирургической раневой инфекции
- Уступают цефалоспоринам I-II поколений с позиции стоимость/эффективность
- Широкий спектр воздействия
- Возможность влияния на внутреннюю среду организма (усиление кровотечения, гранулоцитопения, гемолитическая анемия, суперинфекция, угнетение иммунитета и др.)
- Выведение с желчью повышает риск дисбактериоза кишечника
- Быстрое формирование резистентности микроорганизмов

Манграм А.Дж. и др. Профилактика инфекций в области хирургического вмешательства. (Руководство HICPAC). Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. №1, том 5, 2003; Gielbert D.N. et al. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2004 (34th edition) Antimicrobial Therapy, Inc, 2004 p.58-59.; Шалимов А.А. и др. Инфекционный контроль в хирургии. Киев 2001г. стр.95, 96.

ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ

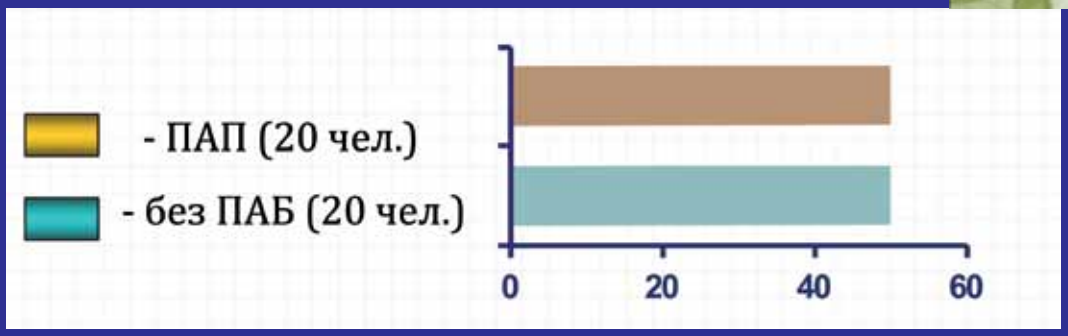
- В большинстве исследований показано, что одна доза антибиотика так же эффективна, как и несколько,

- Пролонгирование профилактики показано очень редко
- Ни одно исследование не показало полезности пролонгирования профилактики свыше 72 ч
- Нет исследований, подтвердивших полезность профилактики при наличии дренажей и катетеров

ПАЦИЕНТЫ

Обследовано 40 пациентовв возрасте 6 - 55 лет

- ФЭРСХ
- эндоскопическая аденотомия
- риносептопластика



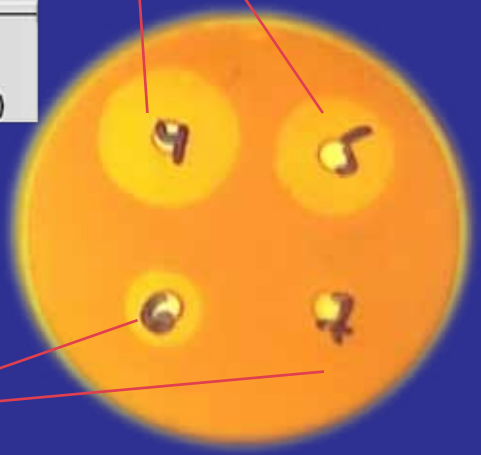
МЕТОДЫ

Режим периоперационной антибиотикопрофилактики

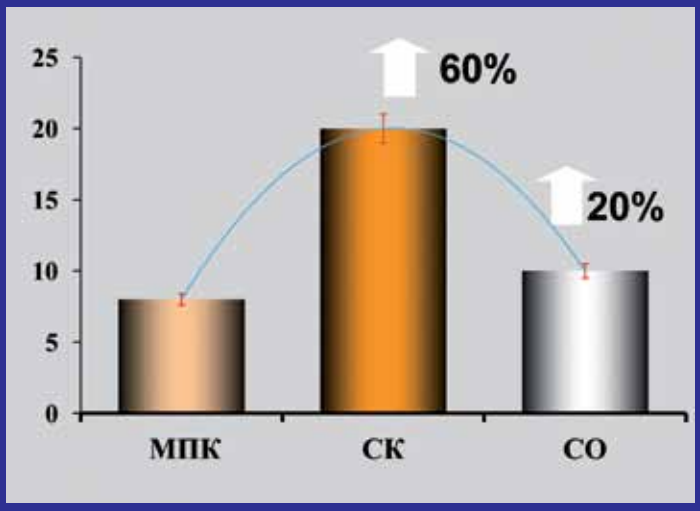
- Цефазолин - 2,0 внутримышечно за 30 мин. до начала хирургического вмешательства

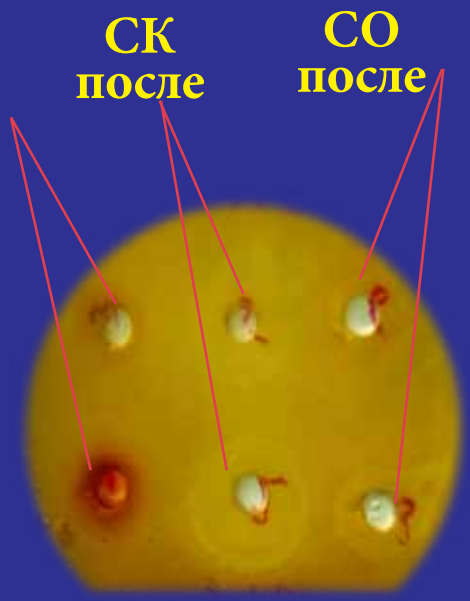
- Содержание антибиотика в сыворотке крови и фрагментах слизистой оболочки носа, отобранных через 30 мин. после начала вмешательства
- Количественная оценка антибиотика в образцах методом диффузии в агар (тест-микроб - эталонный штамм S. Aureus ^{209})
- Клиническое тестирование системных реакций организма на воспалительный процесс (гипертермия, увеличение СОЭ, лейкоцитоз), риноэндоскопических изменений до и после операции

МЕТОДЫ

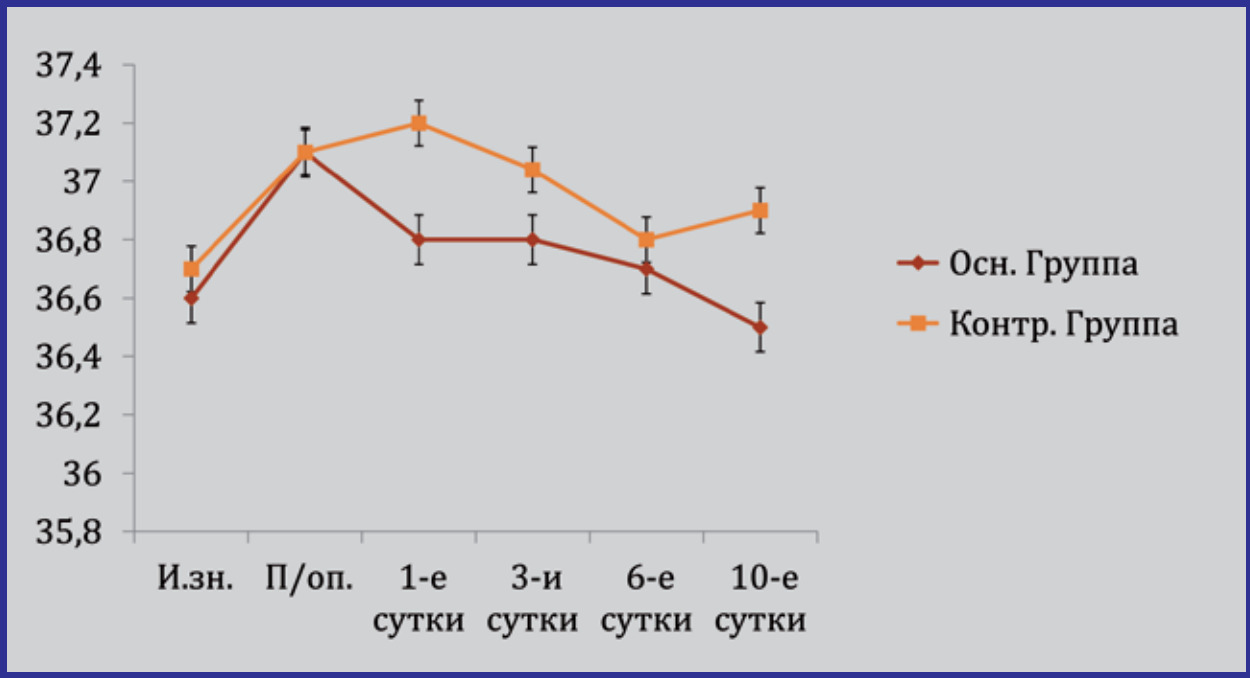


КОНЦЕНТРАЦИЯ А/Б В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ НОСА ЧЕРЕЗ 30 МИН ПОСЛЕ НАЧАЛА ОПЕРАЦИИ

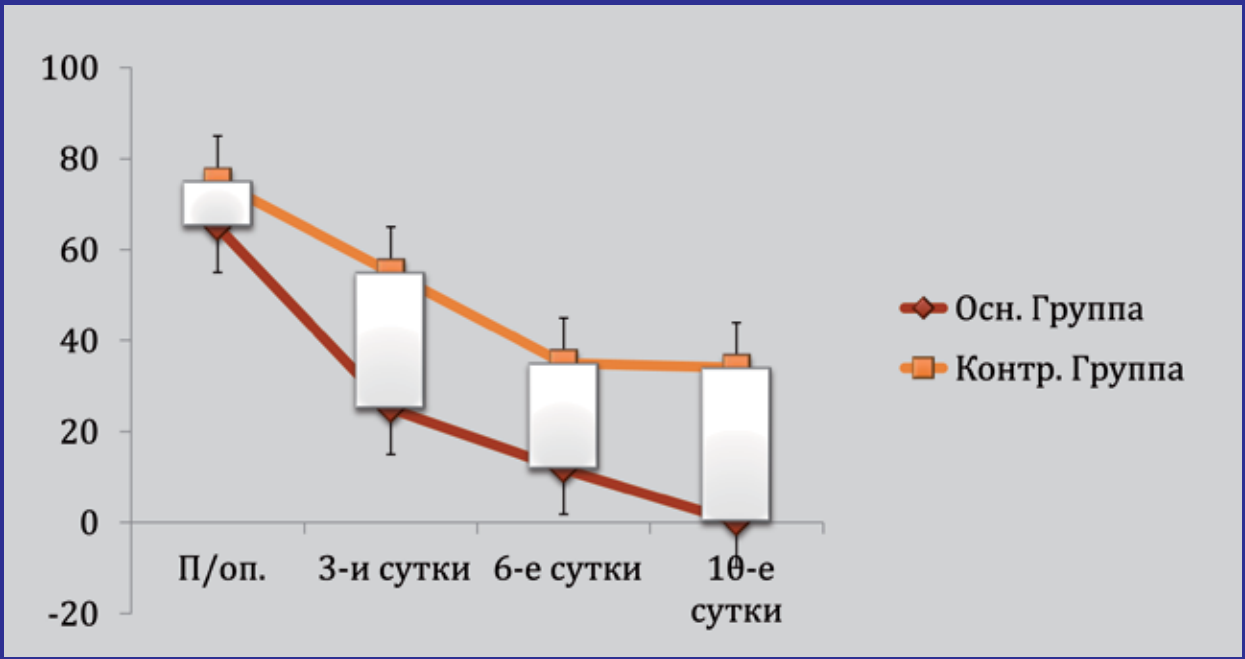




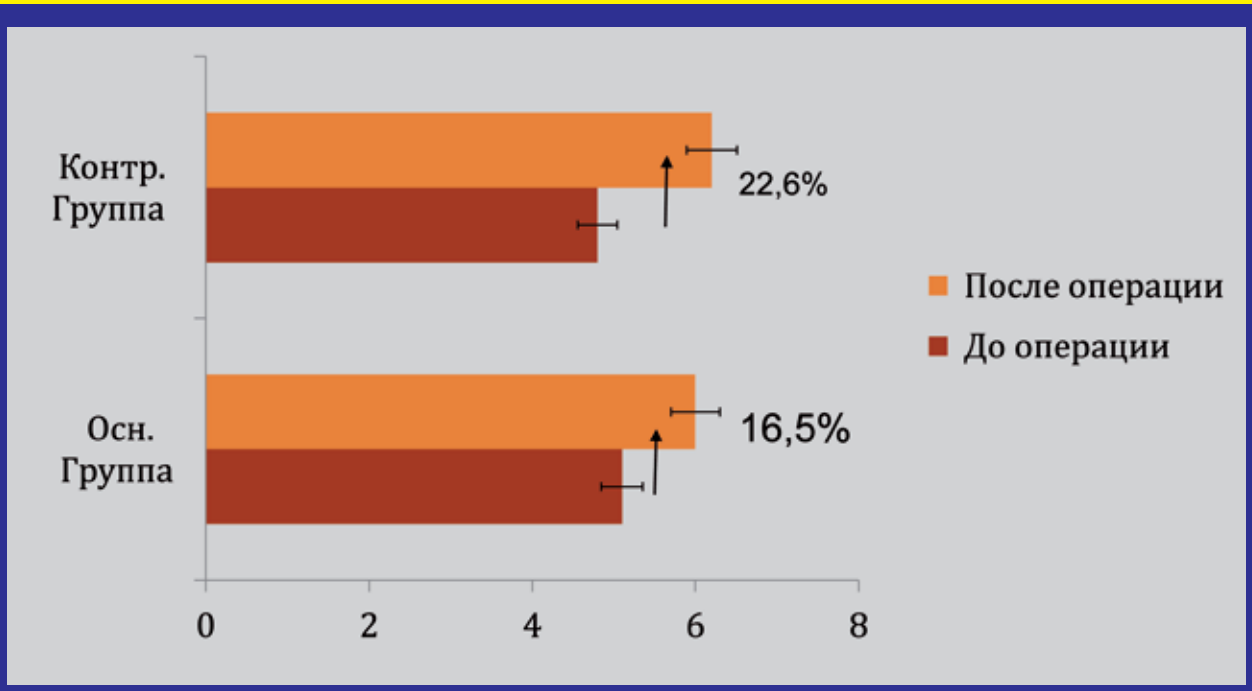
СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ Т^{O} ТЕЛА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ



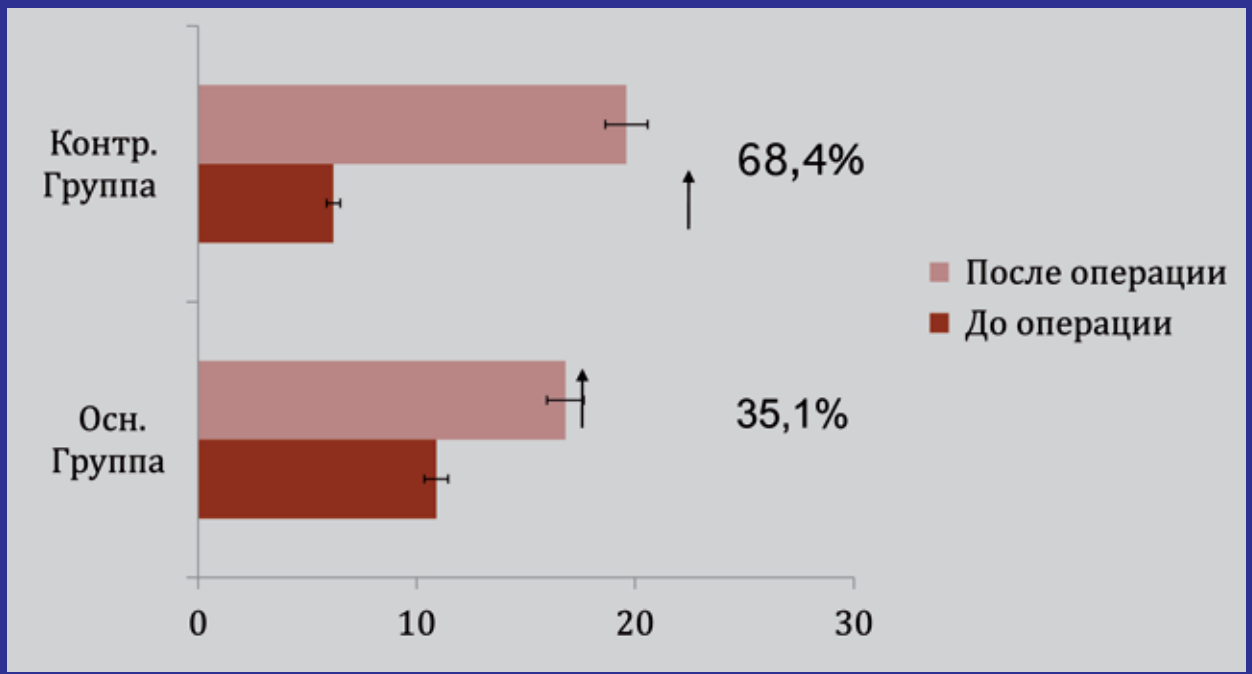
ЧАСТОТА ПОВЫШЕНИЯ Т^{O} ТЕЛА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ



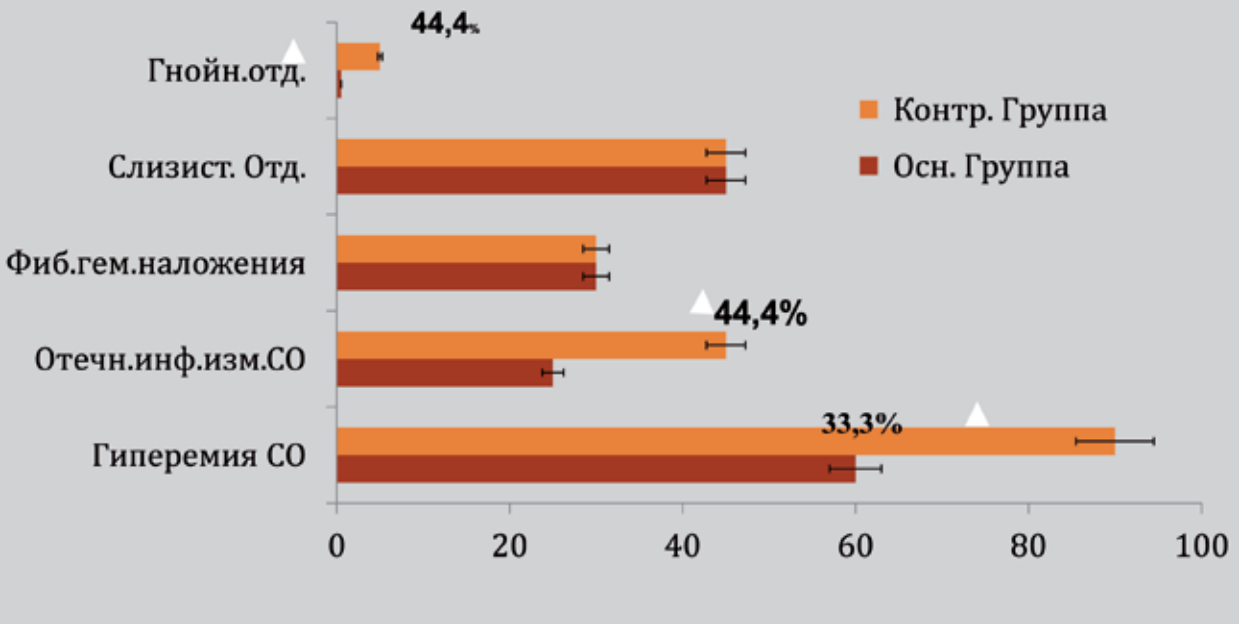
СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ



ДИНАМИКА СОЭ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ



ЧАСТОТА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ



ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ РЕЖИМ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ОКАЗЫВАЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТКАНЕВОЙ БИОДОСТУПНОСТИ АНТИБИОТИКА И ХАРАКТЕР ЛОКАЛЬНОГО И СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ДИНАМИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПАРОКСА

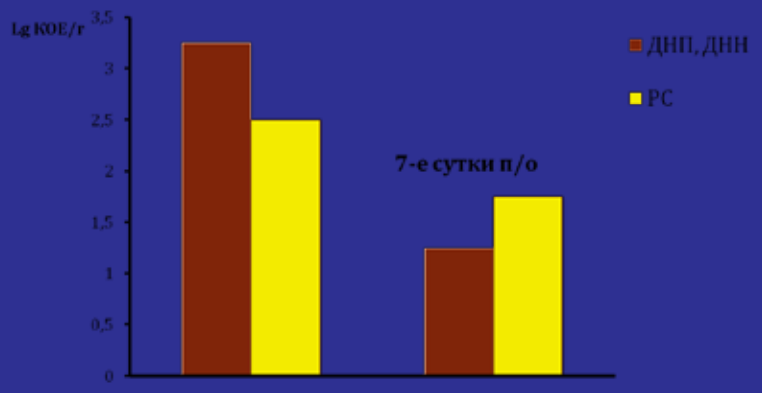
- После 7 дней применения Биопарокса у всех оперированных больных наблюдалось уменьшение высеваемости из носовой полости аэробной и анаэробной микрофлоры. При этом, в группе больных синуситом наблюдалось статистически достоверное ($p < 0,001$) уменьшение количества микроорганизмов, колонизирующих СО носовой полости.

- У пациентов без воспалительных изменений микробное заселение полости носа на седьмые сутки послеоперационного периода также отличалось от исходных показателей, однако различия не достигали статистической дос- товерности ($p > 0,05$).

Е.В.Носуля, И.А.Ким, Р.В.Киборт, Н.Ю.Григорьева, Л.А.Духовникова. Клиническая эффективность применения Биопарокса после ринохирургических вмешательств. Рос. ринология. 2001; 3: 17–22.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ БИОПАРОКС

- Наблюдалось достоверное снижение времени МЦТ в группе больных, оперированных по поводу синусита
- У пациентов с деформацией носовой перегородки и / или наружного носа улучшение мукоцилиарной активности на 7 сутки послеоперационного периода составило 14,2%, по сравнению с исходным уровнем ($p > 0,05$)

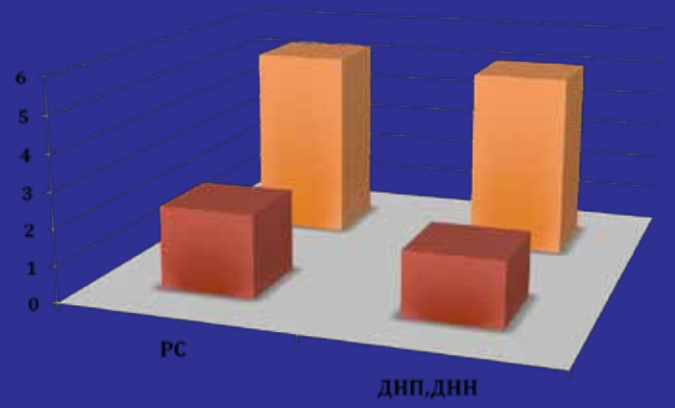


Е.В.Носуля, И.А.Ким, Р.В.Киборт, Н.Ю.Григорьева, Л.А.Духовникова. Клиническая эффективность применения Биопарокса после ринохирургических вмешательств. Рос. ринология. 2001; 3: 17–22.

ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ БИОПАРОКС

(% обследованных с нормальными показателями носового дыхания)

- К 7 суткам после операции как у больных синуситом, так и у лиц со структурными нарушениями носовой полости и / или наружного носа наблюдалось статистически подтвержденное улучшение носового дыхания ($p < 0{,}001$).

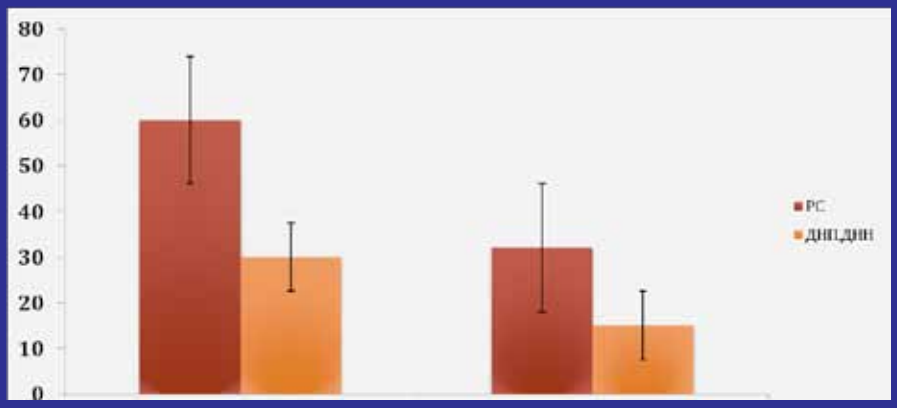


Е.В.Носуля, И.А.Ким, Р.В.Киборт, Н.Ю.Григорьева, Л.А.Духовникова. Клиническая эффективность применения Биопарокса после ринохирургических вмешательств. Рос. ринология. 2001; 3: 17–22.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБОНЯНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ БИОПАРОКС

(% обследованных с нарушением обоняния)

- Наблюдалась тенденция к уменьшению частоты гипосмии у оперированных больных, однако статистически достоверные раличия в группах наблюдения отсутствовали ($p>0{,}05$)
- **Выраженные антибактериальные и противовоспалительные свойства Биопарокса определяют целесообразность его использования в качестве компонента патогенетической терапии послеоперационных изменений слизистой оболочки носа**



Е.В.Носуля, И.А.Ким, Р.В.Киборт, Н.Ю.Григорьева, Л.А.Духовникова. Клиническая эффективность применения Биопарокса после ринохирургических вмешательств. Рос. ринология. 2001; 3: 17–22.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БИОПАРОКСОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПОЛОСТИ НОСА И НА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ

- Больным основной группы проводили предоперационный курс профилактического лечения: 4 ингаляции биопарокса 4 раза в день в течение 7-10 дней перед операцией, затем продолжали лечение в течение недели после удаления тампонов из носа.

- В контрольной группе предоперационная профилактика не проводилась; после операции - введение в полость носа турунд со сложной мазью (димедрол, гидрокортизон, ланолин) 2 раза в сутки.

А.С. Лопатин И.В.Георгиевский ВОРЛ.-2006.-N 6.-С.63-65.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ДИНАМИКАЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПАРОКСА

- Суммарная выраженность клинических симптомов (затруднение носового дыхания, головная боль и выделения из носа) на 3-и сутки после операции была 6 баллов в основной и 6,5 в контрольной группе, на 5-е сутки суммарная выраженность клинических симптомов в основной группе в среднем была на 2 балла меньше, чем в контрольной (4,3±0,2 балла и 6,1±0,15, $p<0,005$).

- В основной группе отечность СО была минимальной / умеренной.
В контрольной группе - умеренной / сильной

- В основной группе кровоточивость СО при проведении туалета полости носа отсутствовала / была умеренной. В контрольной группе кровоточивость слизистой оболочки была умеренной у 18 и отсутствовала у 2 больных

- Образование фибриновых пленок в полости носа у больных основной группы не отмечалось / единичные нити фибрина на раневых поверхностях.
В контрольной группе единичные нити /частичная обтурация носовой полости налетами фибрина.

А.С. Лопатин И.В.Георгиевский ВОРЛ.-2006.-N 6.-С.63-65.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ СО НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПАРОКСА

- При исследовании микрофлоры полости носа на 5-е сутки после операции у 11 из 20 пациентов, прошедших профилактические лечение биопароксом, **степень колонизации слизистой оболочки носа была ниже предоперационного показателя либо не превышала его.**

- В контрольной группе такая степень контаминации полости носа на 5-е сутки зарегистрирована только у 4 из 20 пациентов. У остальных 16 было **отмечено нарастание бактериальной колонизации слизистой оболочки**.

А.С. Лопатин И.В.Георгиевский ВОРЛ.-2006.-N 6.-С.63-65.

ПОТРЕБНОСТЬ В СИСТЕМНОЙ АБ-ТЕРАПИИ И СРЕДНИЙ КОЙКО-ДЕНЬ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПАРОКСА

- Применение биопарокса для периоперационной профилактики при «условно чистых» ринохирургических вмешательствах существенно облегчает течение послеоперационного периода, уменьшает выраженность реактивных явлений в полости носа. Курс предоперационной подготовки с использованием ингаляций биопарокса уменьшает контаминацию слизистой оболочки носа патогенными микроорганизмами

А.С. Лопатин И.В.Георгиевский ВОРЛ.-2006.-N 6.-С.63-65.

БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ ВДП

Микроорганизм	$МИК_{90}$ (мг/мл)
Streptococcus pneumoniae	16
Streptoccocus pyogenes	32
Staphylococcus aureus	32
Moraxella catarrhalis	15
Mycoplasma pneumoniae	30
Candida albicans	32

- Биопарокс обладает высокой активностью в отношении основных патогенных микроорганизмов, вызывающих инфекции ВДП
- Биопарокс обладает стабильным спектром действия, не вызывает прямой и перекрестной резистентности

German-Fattal M. Ann Pharm Fr. 1990;48:295-305.

German-Fattal M. Clin Drug Invest. 1996;12:308-317.

ИНГИБИРОВАНИЕ ВЫБРОСА МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ[1]

Биопарокс устраняет симптомы воспаления слизистой носоглотки и сохраняет фагоцитоз

1. German-Fattal M. Clin Drug Invest. 2001;21:653-670.

ВЫРАЖЕННЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СВОЙСТВА БИОПАРОКСА ОПРЕДЕЛЯЮТ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА

Будьте здоровы!

Хьюмер

- для профилактики гриппа и ОРВИ
- для разжижения слизи и очищения полости носа
- для увлажнения полости носа в условиях сухого воздуха (отопление, кондиционеры)
- для профилактики и облегчения симптомов аллергии

Неразбавленная морская вода с микроэлементами – чтобы нос дышал!

Р.Н. ФС3 2011/10449
Р.Н. ФС3 2011/10451

URGO

Delta Medical

123001, Москва, Трехпрудный переулок 4, стр.1, (495) 981-53-54
www.delta-medical.ru

Реклама

Победа в три хода

Хемомицин

Азитромицин

250 мг 6 капсул

500 мг 3 таблетки

Порошок для приготовления суспензии 100 мг/5 мл, 200 мг/5 мл

Лиофилизат для приготовления раствора для инфузий 500 мг

- Хемомицин – единственный азитромицин, представленный во всех лекарственных формах оригинального препарата
- Хемомицин производится в Европе (Сербия) в соответствие со стандартами GMP
- Эффективность Хемомицина доказана в собственных клинических исследованиях

реклама
www.stada.ru

STADA
C I S

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ БОЛИ В ГЛОТКЕ

Тарасова Г. Д.

Д.м.н., ФГБУ «НКЦ Оториноларингологии ФМБА России»

БОЛЬ – СТОРОЖЕВОЙ ПЕС ЗДОРОВЬЯ

БОЛЬ – СИГНАЛ ОБ ОПАСНОСТИ

БОЛЕЕ 80% ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ БОЛЬЮ В ГОРЛЕ.

НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ВЛИЯЮТ:

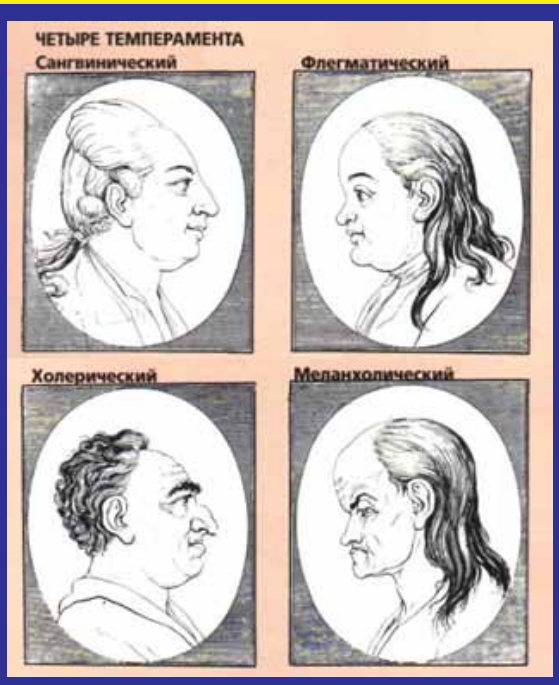
ПОЛ

НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ВЛИЯЮТ:

ВОЗРАСТ

НАСТРОЕНИЕ, ЭМОЦИИ

НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ВЛИЯЮТ:



ТЕМПЕРАМЕНТ

НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ВЛИЯЮТ:

РАСА,
НАЦИОНАЛЬНОСТЬ

НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ВЛИЯЮТ:

КУЛЬТУРА

ВОСПИТАНИЕ

НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ВЛИЯЮТ:

ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ОПЫТ

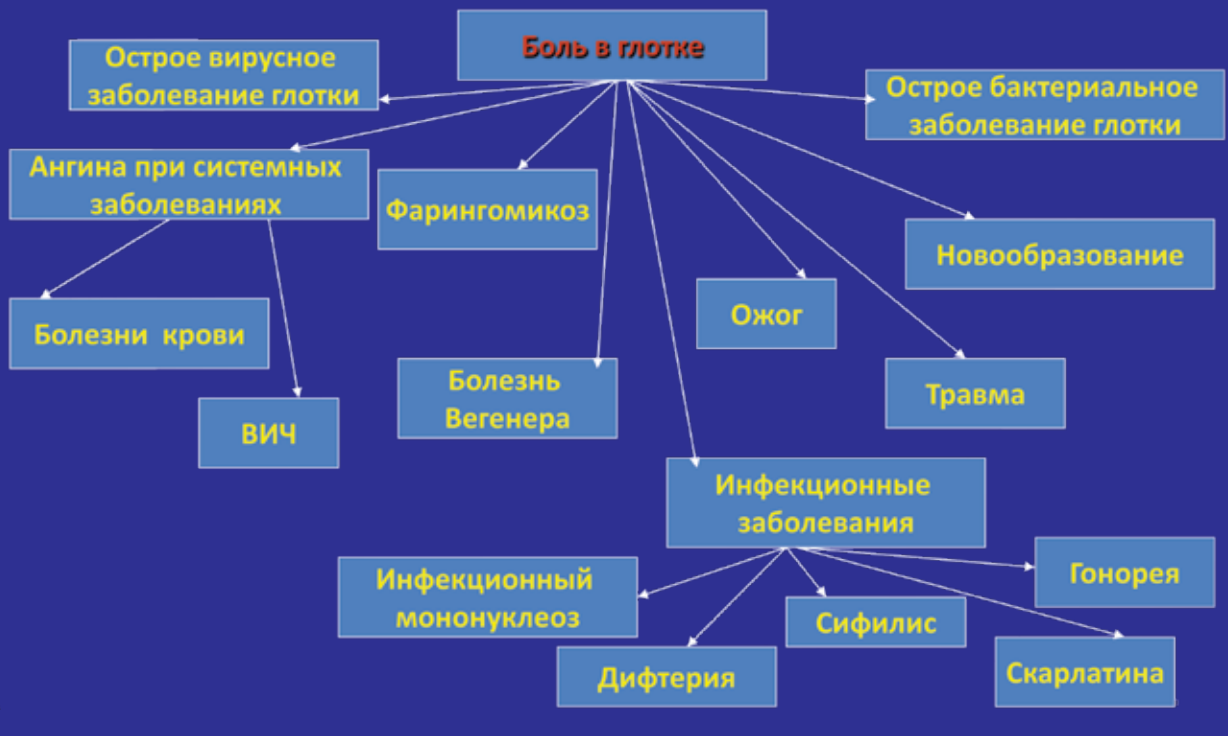
БОЛЬ ВЫЗЫВАЕТ:

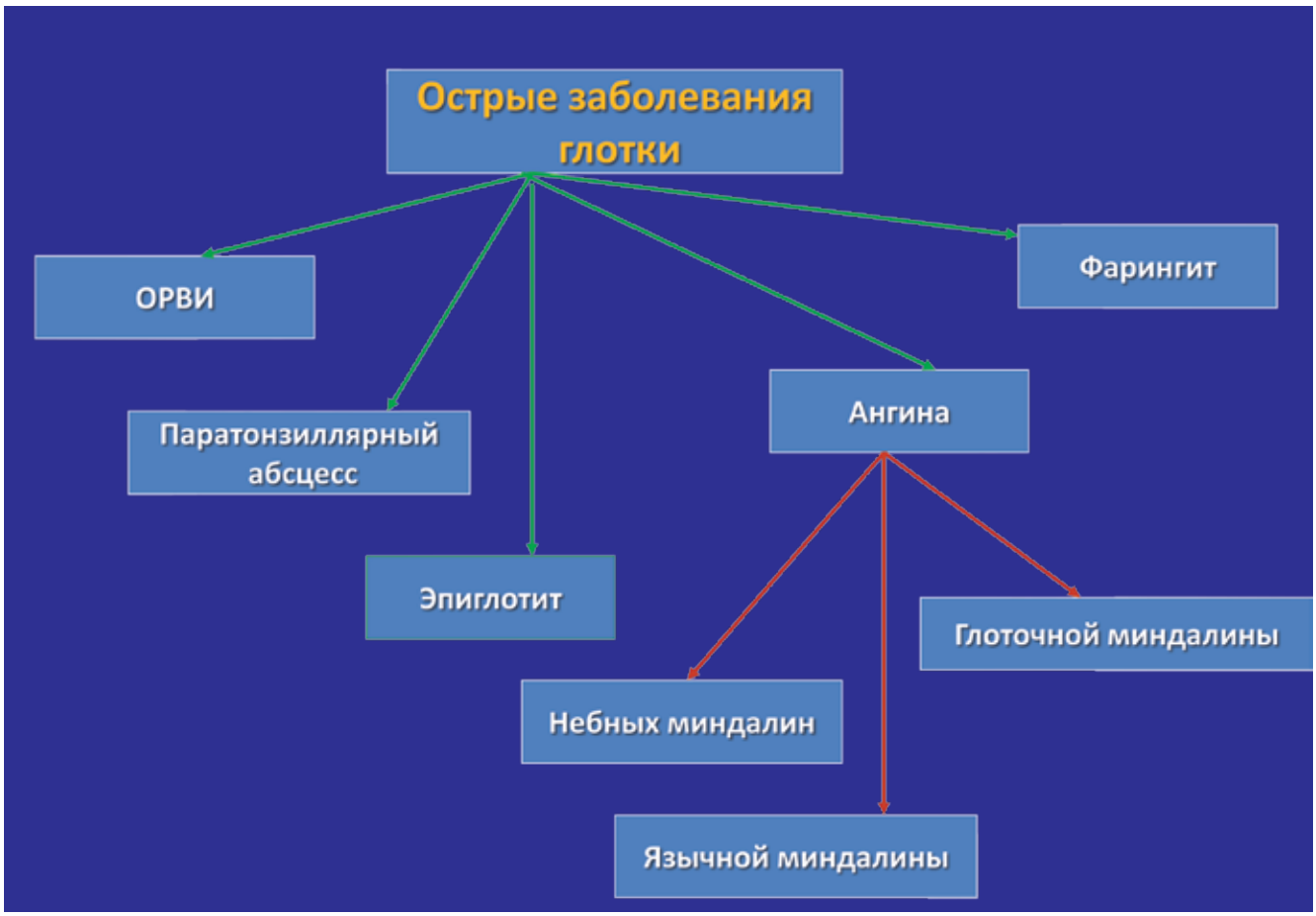
- Расстройство сна
- Снижение когнитивных функций (внимания, памяти и др.)
- Ухудшение профессиональной и поведенческой деятельности
- Снижение материального уровня жизни
- Нарушение качества жизни

БОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ

- Действия, по которым обычно можно понять, что у индивида имеется боль (вокализация, мимические, жестикуляционные, позные проявления, прием анальгетиков, прекращение работы, обращение за медицинской помощью)

ПРИЧИНЫ





ТРЕБОВАНИЯ К ОБЕЗБОЛИВАНИЮ

- Скорость развития обезболивания.
- Продолжительность обезболивающего эффекта.
- По возможности местное воздействие.
- Использование различных видов воздействия (для возможности выбора).
- Отсутствие возрастных ограничений.

ОЦЕНКА БОЛИ

- Шкала вербальной оценки – ШВО.
- Шкала нумерической оценки – ШНО.
- Визуально аналоговая шкала – ВАШ.
- Шкала наблюдений за поведенческим дистрессом – ШНПД.
- Шкала предпочтения\отвержения цвета по Люшеру – по восьми цветам (синий, зеленый, красный, желтый, фиолетовый, коричневый, черный, серый). Позволяет описать сенсорный и эмоциональный характер боли в силу заложенных в цвете семиотических возможностей и семантического потенциала.

ОЦЕНКА БОЛИ

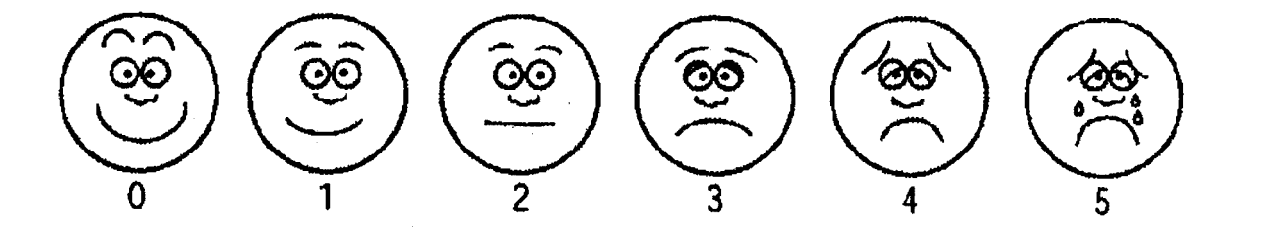
Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)

Пожалуйста, отметьте на отрезе прямой ниже точку, соответствующую интенсивности Вашей боли на настоящий момент

«_____»

слабая невыносимая

(Длина линии 10 см)



Разновидность ВАШ – от максимально негативного до максимально позитивного. Оценивают в баллах, единицах или процентах.

ПУТИ УСТРАНЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Воздействие:

- На уровне медиаторов боли и воспаления.

- На уровне рецепторов и волокон чувствительных нервов слизистой оболочки.

ТАНТУМ ВЕРДЕ

Основное действующее вещество - бензидамина гидрохлорид (группа индазолов).

Относят к группе НПВС

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Противовоспалительное действие за счет подавления медиаторов – снижает синтез простагландинов на уровне фосфолипазы за счет подавления высвобождения арахидоновой кислоты из фосфолипидов и частично на уровне циклооксигеназы.

ЦИТОКИН-ПОДАВЛЯЮЩЕЕ ПВС

- Бензидамин подавляет высвобождение ответственных за воспаление (провоспалительных) цитокинов: (больше всего TNF-a фактор некроза опухолей, менее интерлейкина IL-1b,MCP-1 и хемотаксического фактора моноцитов)
- Не влияет на концентрацию противовоспалительных цитокинов
- По градиенту pH хорошо проникает в очаг воспаления, где pH ниже, и накапливается в тканях в терапевтических концентрациях

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Быстрое местное болеутоляющее действие. Эффект развивается в течение 15 секунд и продолжается 30-40 минут.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Противовоспалительные:

- 1. Противозастойное действие.
- 2. Уменьшает экссудацию.
- 3. Препятствует развитию бактерий и грибов.
- 4. Усиливает эффект антибиотиков.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БЕНЗИДАМИНА

- Противовоспалительное без раздражающего эффекта действие
- Быстрое противоотечное и болеутоляющее
- Противозастойное действие: снимает симптомы гиперемии, уменьшает отек
- Уменьшает процессы экссудации в воспаленных тканях
- Стимулирует процессы репарации и регенерации
- Препятствует развитию патогенных бактерий и грибов, усиливает эффект назначения антибиотиков

БЫСТРОЕ МЕСТНОАНЕЛЬГЕЗИРУЮЩЕЕ

Болеутоляющее действие **Тантум Верде** является локальным, причем только в тканях, затронутых воспалительным процессом, и никогда в неповрежденных. Этим бензидамин также, как и остальные НПВП, отличается от анальгетиков, действующих на центральную нервную систему.

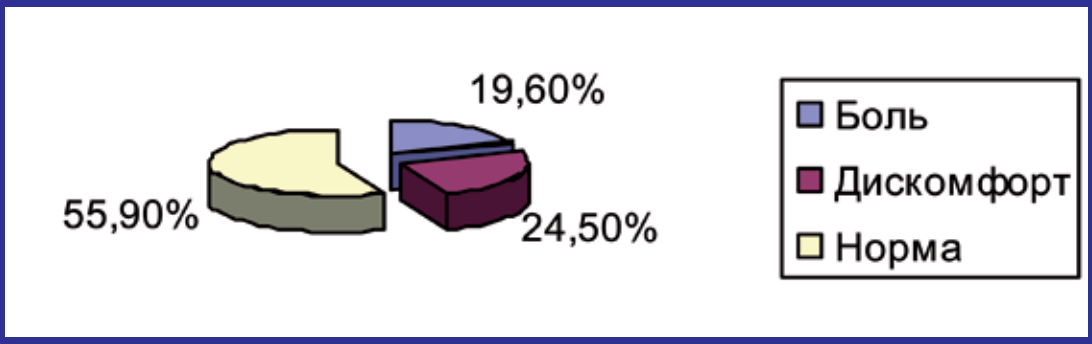
ПРЕИМУЩЕСТВА

- Местное воздействие.
- Возможность использования аэрозоля или полоскания по желанию.
- Быстрое наступление обезболивания.
- Достаточная продолжительность обезболивающего эффекта.
- Использование с младенческого возраста.

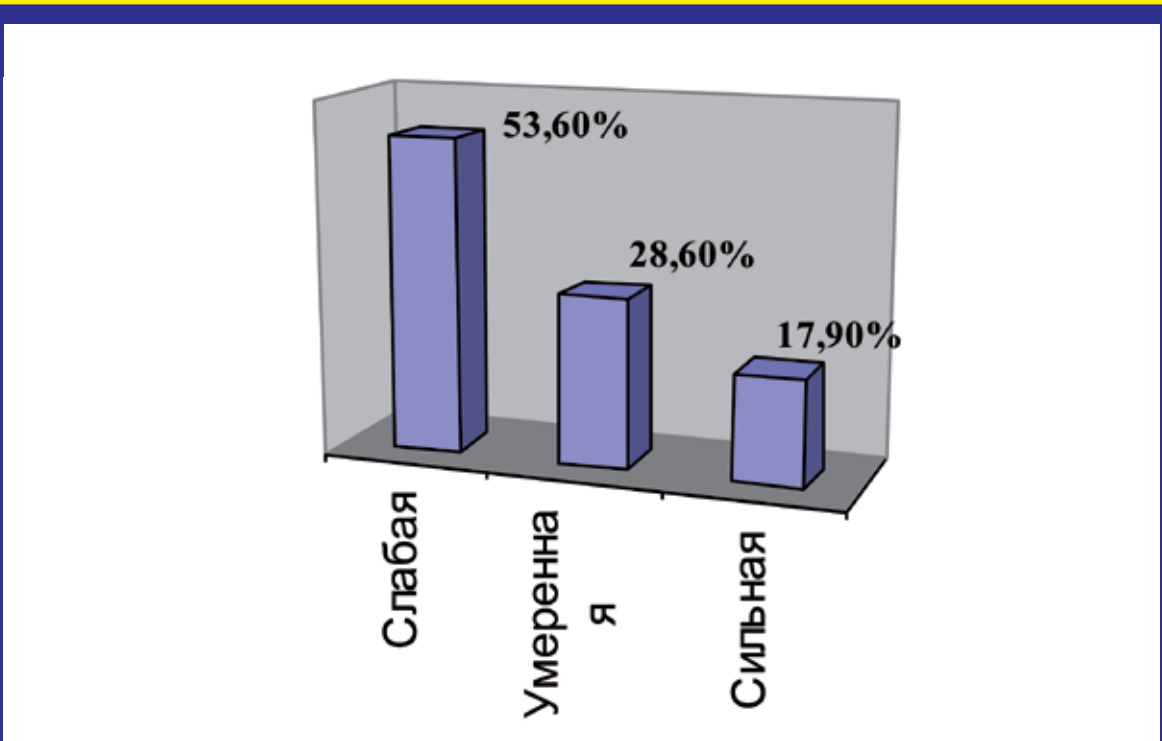
ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

70 пациентов с хроническим компенсированным тонзиллитом в возрасте от 18 до 53 лет.
Испытывали боль во время процедур 19,6 % из них.

ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ПРОМЫВАНИИ МИНДАЛИН



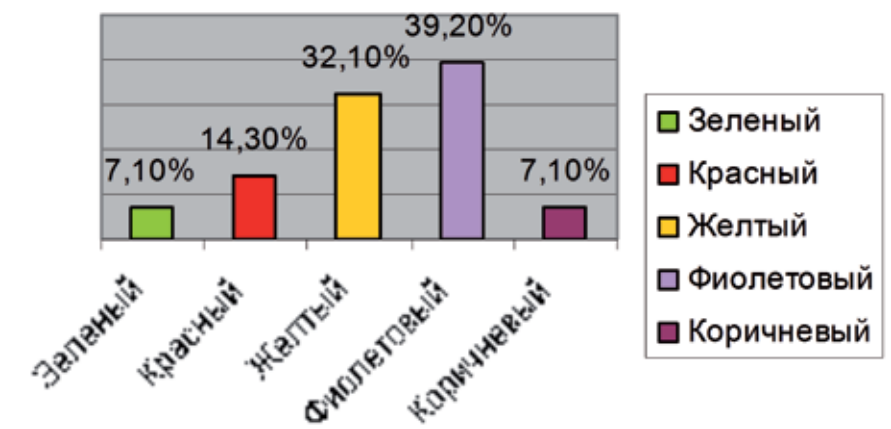
РЕЗУЛЬТАТ ВЕРБАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ



ОЦЕНКА БОЛИ

Средняя оценка боли по отметке на линии = 2,8
Средняя нумерическая оценка боли = 2,2
Средняя оценка боли по аналоговой шкале = 2.3

ОЦЕНКА БОЛИ ПО ЛЮШЕРУ



РЕЗУЛЬТАТЫ

1. **Снижение уровня боли во время проведения процедур**
2. **Снижение отказов от проведения процедур**
3. **Повышение качества жизни**

ТАНТУМ ВЕРДЕ

Побочные эффекты:

1. **Онемение.**
2. **Сухость во рту.**
3. **Сонливость.**
4. **Аллергические реакции.**

ФОРМЫ ВЫПУСКА

В России зарегистрирован с 1997 года и в настоящее время на рынке представлен:

ДОЗИРОВАННЫЙ СПРЕЙ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ (П №014279/01-2002)

30 мл во флаконе из полиэтилена снабженном помпой, нажимным устройством и складывающейся канюлей

ФОРМЫ ВЫПУСКА

РАСТВОР ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ (П №014279/03-2002)

120 мл раствора во флаконе из бесцветного стекла, в комплекте с крышкой –градуированным мерным стаканчиком

ФОРМЫ ВЫПУСКА

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ РАССАСЫВАНИЯ 3 МГ (П №014279/03

10 таблеток, каждая из которых завернута в парафиновую бумагу, помещены в двухслойную алюминиевую фольгу
2 обертки по 10 таблеток находятся в картонной коробке

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ РАССАСЫВАНИЯ

- Каждая таблетка для рассасывания содержит 3 мг действующего вещества - бензидамина гидрохлорид
- Концентрация активного ингредиента больше по сравнению с другими формами
- Спрей 0,255 мг/доза. Рекомендован взрослым 4-8 доз. Содержание действующего вещества в дозе 1,02 мг-2,04 мг.
-

Препарат в форме таблеток для рассасывания прост в применении и позволяет:

- Принимать препарат пациентам, для которых глотание твердых лекарственных форм или прием растворов является затруднительным по функциональным, органическим или психологическим причинам;
- Улучшить фармокологическую переносимость детьми или пожилыми пациентами, которым может не нравиться местное применение спрея или пероральных растворов в форме полоскания

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

ЛОР-практика:

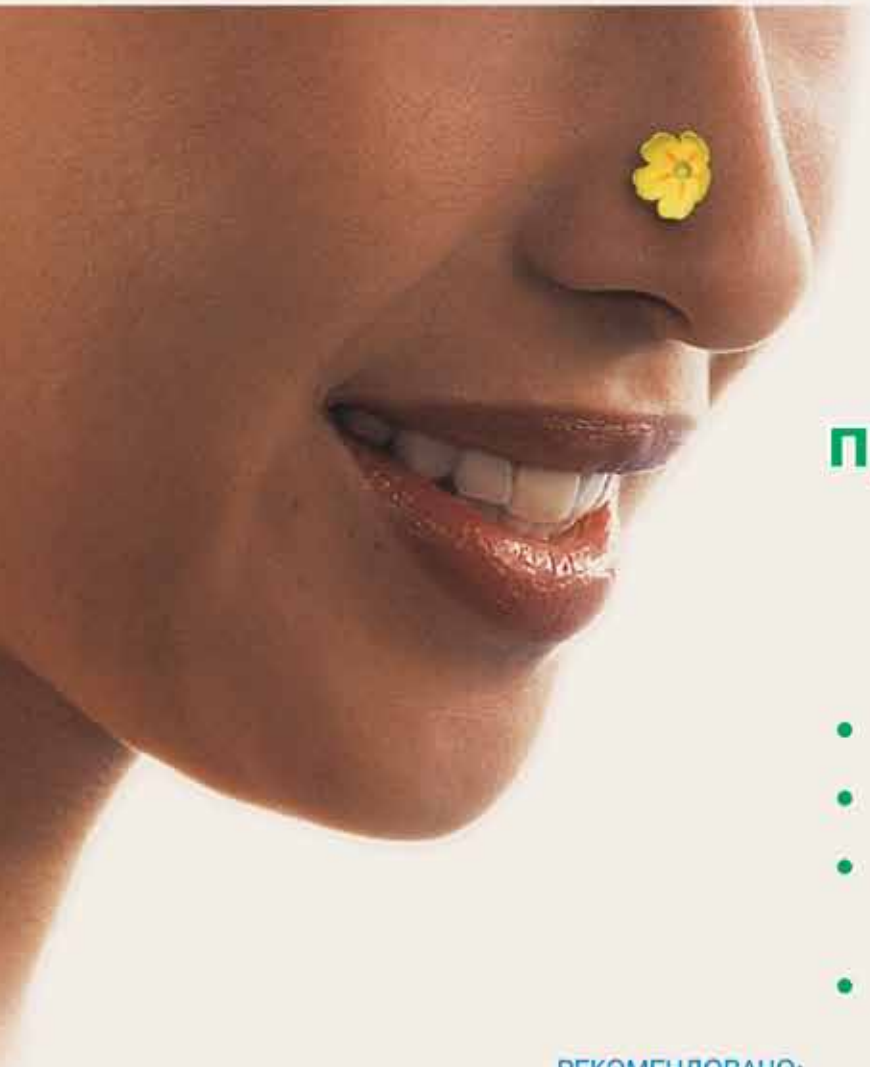
- ангина
- фарингит
- ларингит
- тонзиллит
- глоссит
- афтозные язвы
- После тонзиллэктомии

СТОМАТОЛОГИЯ:

- стоматит, парадонтит, гингивит
- воспаление и кровоточивость десен
- оперативные вмешательства (операции в полости рта экстракция зубов, удаление зубного камня)
- посттравматические состояния
- калькулезное воспаление слюнных желез

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ

Синупрет®



Целебная сила растений против затяжного насморка и гайморита

- Устраняет отек и воспаление
- Снимает заложенность носа
- Обладает противовирусным действием
- Рекомендован с 2-х летнего возраста

РЕКОМЕНДОВАНО:

СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
МОСКВА

BIONORICA®
The phytoneering company

БИОНОРИКА, Германия

Тел./факс: (495) 502-90-19
http://www.bionorica.ru
e-mail: bionorica@co.ru

реклама

ДВОЙНОЙ УДАР ПРОТИВ БОЛИ В ГОРЛЕ!

Уникальный препарат с Флурбипрофеном* — НПВС местного действия

Обладает противовоспалительными и анальгезирующими свойствами

- Показан при боли в горле вирусного, бактериального и воспалительного происхождения.**
- Обеспечивает быструю доставку активного компонента в очаг воспаления, даже в участки, недоступные для спреев и полосканий.***

Способ применения:

- Взрослым и детям старше 12 лет по 1 таблетке по мере необходимости
- Не применять более 5 таблеток в сутки
- Не применять более 3 дней

* по данным ООО «ЦМИ "Фармэксперт"» на 06.06.2012 г. Стрепсилс Интенсив является единственным в России лекарственным средством от боли в горле с флурбипрофеном

** Sedinkin AA, Balandin AV and Dimova AD. Results of an open prospective controlled randomized comparative trial of efficacy and tolerance of sublingual tablets flurbiprofen (Strepfen) and paracetamol in patients with throat pain in acute infectious-inflammatory diseases of the upper respiratory tracts Vestn Otorhinolaryngol 2004;5:52–3

*** Limb M, Connor A, Pickford M et al. Scintigraphy can be used to compare efficacy of sore throat formulations. Int J Clin Pract 2009; 63: 606-12

№ 000057 Дата 23.08.12

реклама регистрационное удостоверение ЛСР-000884/09

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛОР ПРАКТИКЕ

Яковлев С. В.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов

НАСКОЛЬКО ДОКАЗАТЕЛЬНЫ РАНДОМИЗИРОВАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ?

- Обоснование выбора антибиотика – результаты контролируемых исследований, проведенных в разные годы и разных регионах
- Суждение об эффективности антибиотика основано на результатах исследований, проведенных на «идеальной» группе пациентов
- Плацебо-контролируемые исследования невозможны
- Эффективен ли препарат сравнения?

- Возможности выявления различий в эффективности антибиотиков ограничены
- Большинство рекомендаций по антимикробной терапии основаны на мнении экспертов

Яковлев С.В., 2010

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ ВДП В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Способность обеспечивать эрадикацию возбудителя из очага инфекции

Необходимы другие критерии эффективности антибиотиков

ЦЕЛЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

Эрадикация возбудителя:

- Более быстрое исчезновение симптомов заболевания
- Предотвращение осложнений
- Уменьшение риска селекции резистентных микроорганизмов
- Более длительный безрецидивный период при хронических заболеваниях

ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ДОСТИЖЕНИЕ ЭРАДИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ?

- Природная активности антибиотика против наиболее вероятных возбудителей
- Состояние антибиотикорезистентности
- Фармакодинамическое обоснования режима терапии и дозирования
- Наличие фоновой патологии и риска резистентной флоры

НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДП

Определенные

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae* (о.синусит, ОСО)
- *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes* (БГСА) (тонзиллит)

Возможные

- *S. aureus*, Грам(-) бактерии, анаэробы
  хронический синусит; осложненный фон

Не значимые

- *Streptococcus viridans*
- *S. epidermidis*, другие коагулазонегативные

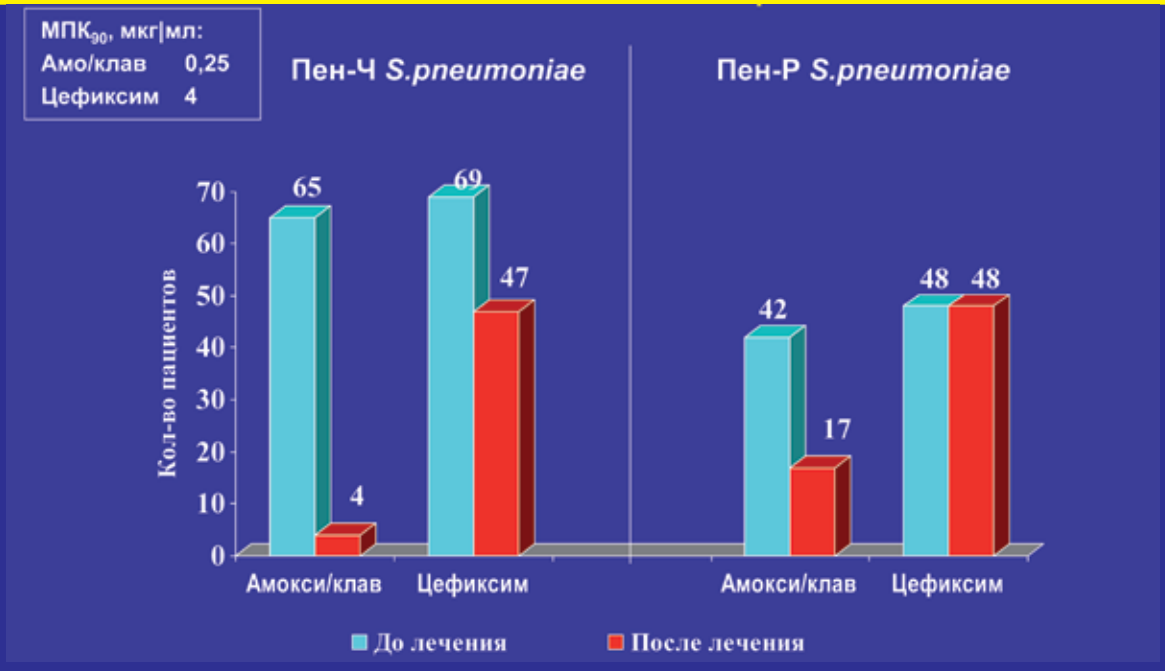
Bartlett JG, 2001; Pankey GA, e.a., 2004

АКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ ПРОТИВ S.PNEUMONIAE В РОССИИ (МПК$_{50}$, МКГ/МЛ)

Антибиотики	1998-2000* МПК$_{50}$	1998-2000* %НЧ	2006-2007** МПК$_{50}$	2006-2007** %НЧ
Амоксициллин	0.03	0	0.016	0
Цефуроксим	0.03	1	0.03	12
Цефаклор	1	9	-	-
Цефиксим	0.25	6	0.125	11
Цефотаксим	0.03	1	0.016	3
Азитромицин	0.12	6	0.064	11
Кларитромицин	0.03	6	0.032	11
Офлоксацин	2	4	2	11
Левофлоксацин	-	-	1	0.5
Моксифлоксацин	-	-	0.125	0

** Alexander Project. J Antimicrob Chemother 2003;52:229-46, ** Сидоренко С.В., 2008*

АКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ ПРОТИВ S.PNEUMONIAE В РОССИИ (МПК$_{50}$, МКГ/МЛ)



Dabernat H. e.a. J Antimicrob Chemother 1998;41:253-8

АКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ ПРОТИВ H.INFLUENZAE В РОССИИ (МПК$_{50}$, МКГ/МЛ)

Антибиотики	1998-2000*	2006-2007**
Амоксициллин	0.5	0.5
Амоксициллин/КК	0.5	0.5
Цефуроксим	1	1
Цефаклор	4	-
Цефиксим	0.03	0.06
Цефотаксим	0.004	0.016
Азитромицин	1	1
Кларитромицин	8	8
Офлоксацин	0.03	0.03
Левофлоксацин	-	0.016
Моксифлоксацин	-	0.008

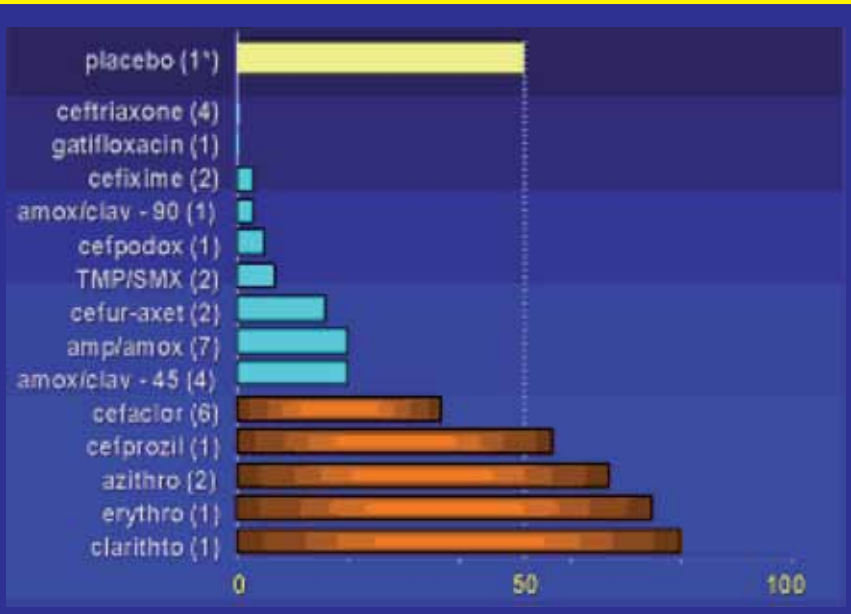
** Alexander Project. J Antimicrob Chemother 2003;52:229-46, ** Сидоренко С.В., 2008*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ H. INFLUENZAE

Dagan, Pediatr Infect Dis J 2000; 19:95–104

Dvoretsky L, Yakovlev S, Dubrovskaya N. ECCMID 2006

ЧАСТОТА ПЕРСИСТЕНЦИИ H. INFLUENZAE В ПОЛОСТИ СРЕДНЕГО УХА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ



Dagan R., FDA, 2002

ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОВ?

Низкая природная активность - не обеспечивают эрадикации

Streptococcus pneumoniae:

- Ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин)
- Пероральные цефалоспорины III поколения

Haemophilus influenzae

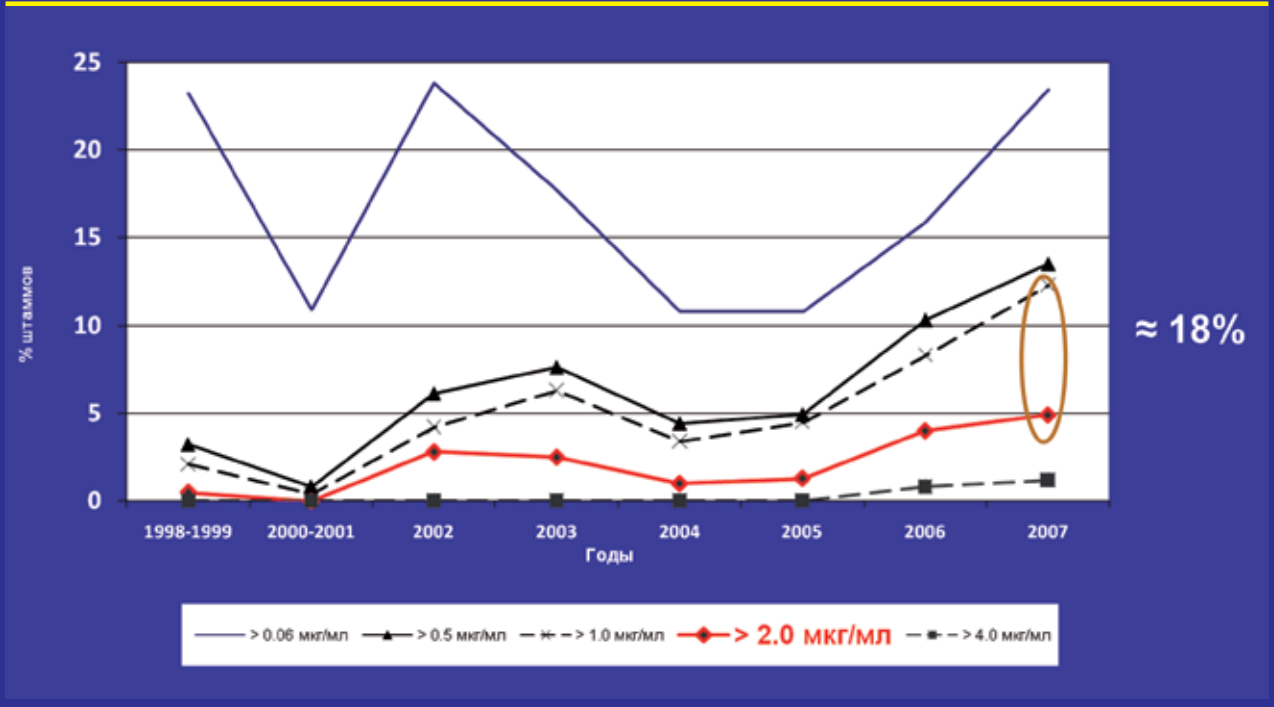
- Макролиды

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МПК ПЕНИЦИЛЛИНА В ОТНОШЕНИИ S. PNEUMONIAE И КРИТЕРИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ EUCAST

Сидоренко С.В., 2010

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ S. PNEUMONIAE К ПЕНИЦИЛЛИНУ В МОСКВЕ



Сидоренко С.В., 2010

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ S.PNEUMONIAE: ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

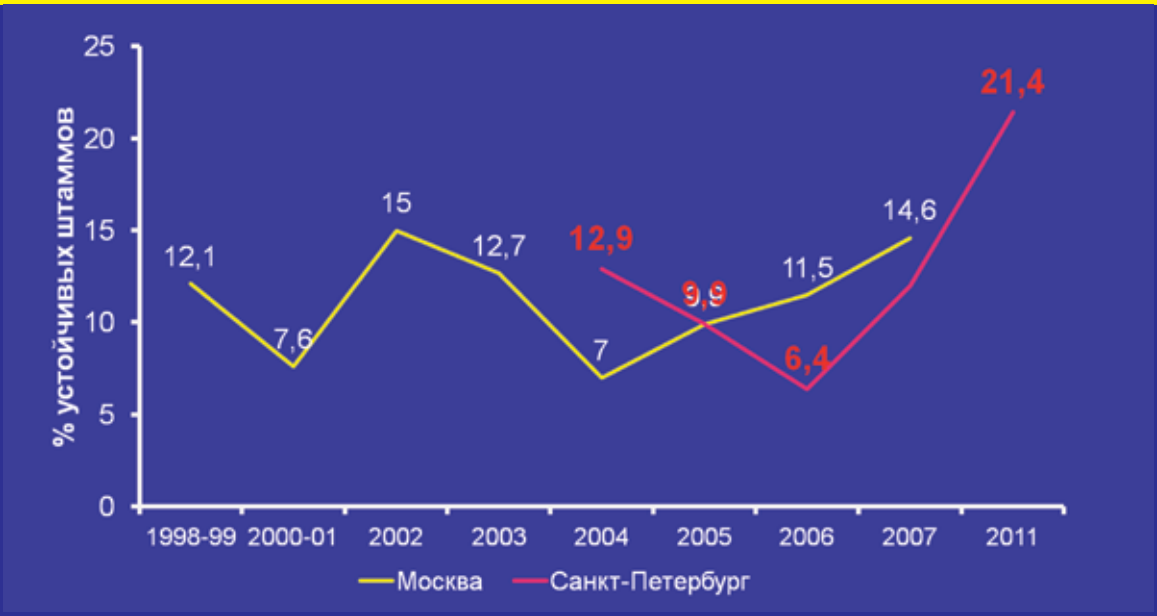
Использование бета-лактамов в увеличенной дозе:

- Амоксициллин вн. 2-3 г/сут
- Амоксициллин/клавуланат вн. 2 – 3 – 4 г/сут
- Цефтриаксон в/в, в/м 2 г/сут

Новые «респираторные» фторхинолоны (реком. FDA)

- Левофлоксацин 750 мг
- Моксифлоксацин 400 мг

ДИНАМИКА УСТОЙЧИВОСТИ РЕСПИРАТОРНЫХ ПНЕВМОКОККОВ К МАКРОЛИДАМ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И МОСКВЕ



Сидоренко С.В., персональное сообщение

ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ

на основе популяционной фармакокинетики и распределения МПК позволяет оценивать вероятность достижения эффекта (эрадикации)и риск селекции устойчивости

- 1. Целесообразность применения антибиотика
- 2. Оптимальное дозирование

ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, НАИБОЛЕЕ ТОЧНО КОРРЕЛИРУЮЩИЕ С КЛИНИЧЕСКИМ/БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ

Антибиотики	Показатели	Значение
Бета-лактамы, Макролиды	T > МПК	>50% ИД
Фторхинолоны, Азитромицин	ПФК/МПК (AUC/MIC)	>30 (Грам+)

Craig WA, 1995

ФАРМАКОДИНАМИКА (T>МПК, % ИНТЕРВАЛА ДОЗИР.) БЕТА-ЛАКТАМОВ ПРОТИВ S.PNEUMONIAE

	Пен – Чувств.	Пен – Устойч.
Амоксициллин 1,5 г	100	43
Амоксициллин 3 г	100	88
Цефаклор 1,5 г	60	0
Цефуроксим 1 г	75	0
Цефиксим 0,4 г	59	0
Цефтриаксон 1 г	100	42

Предиктор эффекта: fT>МПК ≥ 50% ИД

Craig W. Respir Med 2001;95(SupplA):S12-9

Nuemberger E & Bishai W. Clin Infect Dis 2004;38(Suppl4):363-71

ФАРМАКОДИНАМИКА БЕТА-ЛАКТАМОВ В ОТНОШЕНИИ H. INFLUENZAE

Препарат	Доза	T>МПК (% от интервала доз.)
Амокс/клав	875/125 x 2	42
Цефаклор	500 x 3	0
Цефуроксим	500 x 2	35
Цефиксим	400 x 1	88
Цефтриаксон	1 г x 1	100

Предиктор эффекта: fT>МПК ≥ 50% ИД

Craig W. Respir Med 2001;95(SupplA):S12-9

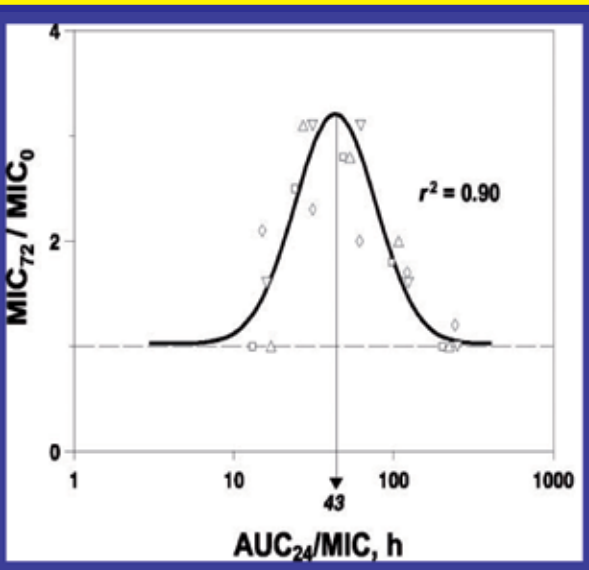
ФАРМАКОДИНАМИКА ФТОРХИНОЛОНОВ

Agent (dose)	MIC_{90}, mg/L	AUC_{24}, mg/h/L	Free drug, %	Free AUC, mg/h/L	Free AUC:MIC
Ciprofloxacin (750 b.i.d.)	1.0	40	70	28	28
Levofloxacin (500 q.d.)	1.0	48	70	34	34
Levofloxacin (750 q.d.)	1.0	101	70	70	70
Gatifloxacin (400 q.d.)	0.25	33	80	26	106
Moxifloxacin (400 q.d.)	0.12	48	50	24	200

Предиктор эрадикации: **AUC/MIC > 30**

Wispelwey B., CID, 2005

ВЕРОЯТНОСТЬ СЕЛЕКЦИИ УСТОЙЧИВОСТИ ГРАМ+ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ФТОРХИНОЛОНАМИ



Необходимая суточная доза ФХ для предотвращения мутаций

	AUC24/MIC	Сут. доза
Ципро	123	4.3
Лево	97	1
Мокси	107	0.3

Для лечения Грам+ инфекций более целесообразно применять моксифлоксацин

Firsov A. et al., AAC, 2003

ФАРМАКОДИНАМИКА МАКРОЛИДОВ ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Показатель	S. pneum		H. influenzae	
	Эри	Клар	Эри	Клар
$МПК_{90}$	0.06	0.06	8	4
T > МПК (%)	88	100	0	0
Эрадикация	14/15	12/12	3/20	3/15
	93%	100%	15%	20%

- Макролиды формируют уровень, достаточный для эрадикации *S. pneumoniae*
- Макролиды не обеспечивают эрадикации *H. influenzae*

A. Craig, 2000

ВЕРОЯТНОСТЬ СЕЛЕКЦИИ УСТОЙЧИВОСТИ ГРАМ+ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ФТОРХИНОЛОНАМИ

Острые инфекции, неосложненный фон, нет риска R (S.pneu+H.flu)

- Амоксициллин 1,5-2 г

Осложненный фон (+ S.aureus, Грам-)

- Амоксициллин\клавуланат 2-3 г
- Моксифлоксацин 0,4 г
- Левофлоксацин 0,5-0,75 г

Риск резистентных возбудителей*

- Моксифлоксацин 0,4 г
- Левофлоксацин 0,75 г
- Цефтриаксон 2 г
- Амоксициллин 3 г
- Амоксициллин/клавуланат 3-4 г

*** 1. Антибиотики или госпитализация в предшествующие 6 мес**
2. Дети дошкольного возраста в организованных коллективах и проживающие с ними взрослые
3. Врачи ЛПУ?