

О профилактике сезонного всплеска респираторной вирусной инфекции и ЛОР-осложнений у детей

Д. м. н. Е.Ю. Радциг

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) широко распространены (до 90% всей детской инфекционной заболеваемости) [1—4], регистрируются повсеместно и в любое время года, но в период с октября по февраль-март приобретают особенно массовый характер. Под этим термином подразумевают группу инфекций, объединенных общим патогенезом и путем передачи (чаще воздушно-капельным). В клиническом диагнозе может быть указание на возможную этиологию заболевания (вирусное, бактериальное) или на органное поражение (ринит, фарингит, ларингит). При этом заболевания ЛОР-органов могут быть как симптомами (ринит, фарингит), так и осложнениями ОРВИ (синусит, отит, паратонзиллит). Следует заметить, что именно воспаление ЛОР-органов, наряду с ОРВИ, формируют ту группу, которую педиатры называют «часто болеющие дети».

Число осложнений при ОРВИ, особенно в период эпидемий, достигает 20—30%. Чем младше ребенок, тем более вероятно развитие осложнений. Частота их развития уменьшается на 20% каждые последующие 6 лет жизни ребенка [1—4]. Среди осложнений инфекций верхних дыхательных путей на первом месте стоят синуситы, на втором — отиты. Различные формы острого среднего отита (ОСО) встречаются довольно часто, особенно у детей грудного и раннего возраста. По данным М.Р. Богомильского и соавт., ОСО может встречаться и у новорожденных детей (0,4—2,8%). За первые 6 мес жизни частота его возникно-

вения возрастает до 43,2—85,5%. Пик заболеваемости приходится на возраст 5—6 мес [5]. Большинство исследователей отмечает, что чаще ОСО подвержены мальчики (L. Birch, O.A. Elbrod, 1987), вследствие недостаточной активности мукоцилиарного клиренса. Данные о преобладании мальчиков среди заболевших ОСО детей подтверждают и другие исследователи [5].

Заболеваемость ОСО неоднородна в течение календарного года. Наибольшее количество ОСО регистрируется в осенне-зимний период, что совпадает с сезонным подъемом заболеваемости острыми респираторными инфекциями (как вирусными, так и бактериальными).

Частота и тяжесть течения ОСО зависит и от состояния носоглотки. Тубарный путь инфицирования связан с анатомо-физиологическими особенностями строения глоточного устья слуховой трубы, физиологической гиперплазией структур лимфо-глоточного кольца и с особенностями микроиоценоза носоглотки у детей. Последние исследования показывают, что у детей с гиперплазией глоточной миндалины в мазках из носоглотки выявлено повышение и количества, и типов патогенных микроорганизмов, в основном кокков, и одновременное уменьшение представителей индигенной (нормальной) микрофлоры [6]. Кроме этого следует не забывать о возможности микроорганизмов формировать биопленки, о забросе химических агрессивных факторов из желудочно-кишечного тракта и о роли аллергенов и поллютантов в формировании патологии

верхних дыхательных путей. Поэтому использование препаратов для элиминационной (ирригационной) терапии как с лечебной, так и с профилактической целью не теряет своей значимости и актуальности. Интересно использование их не только индивидуально, но и в рамках программ «коллективной» профилактики ОРВИ в организованных детских коллективах.

Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ в течение ряда лет активно участвует в реализации подобных программ [7—9]. Одним из направлений является оценка эффективности профилактики ОРВИ и ЛОР-осложнений у детей, посещающих детские дошкольные учреждения, с использованием различных средств для элиминации. Препараты этой группы с течением времени лишь укрепляют свои позиции на фармацевтическом рынке. Они практически идеальны для профилактических программ, так как безопасны и не имеют побочных эффектов, даже при длительном применении (в течение всего осенне-зимнего периода). Устраняя различные патогены (вирусы, бактерии, ингаляционные аллергены) и поллютанты со слизистых оболочек верхних дыхательных путей, некоторые из препаратов этой группы обладают и противоотечным действием [10].

Нами было оценена эффективность элиминационной терапии в профилактике простудных заболеваний в эпидемиологически неблагоприятный сезон в организованных детских дошкольных коллективах. Детский сад, в котором прово-

с первых дней жизни

Природное решение для свободного дыхания

ФИЗИОМЕР®

Профилактика и лечение:

- **ОРВИ и грипп**
- **Риниты и риносинуситы**
- **Ринофарингит**
- **Аденоидиты**
- **Другие заболевания**



Перед использованием ознакомьтесь с инструкцией



www.physiomer.ru

www.platkoff.net

дилось данное исследование, является отделением восстановительно-го лечения (ОВЛ, дневным стационаром на 100 койко-мест) для детей дошкольного возраста, страдающих заболеваниями дыхательных путей (бронхиальная астма, часто болеющие дети), т.е. детей, которые по состоянию здоровья не могут посещать обычный детский сад. Дети от 3 до 6 лет, проживающие в СВАО, по направлению из районных поликлиник поступают на курс лечения, посещают отделение ежедневно, как обычное детское дошкольное учреждение, где также поделены на возрастные группы (младшая, средняя, старшая).

С детьми занимаются педагоги, воспитатели, психолог, логопед. В штате отделения есть врачи-педиатры, медсестры, врач ЛФК, физиотерапевт, которые проводят лечебно-оздоровительные мероприятия: галотерапию, гипокситерапию, ароматерапию, лазеротерапию, фитотерапию, ЛФК, массаж, гимнастику по Бутейко. При необходимости назначается медикаментозное лечение. Срок пребывания в таком отделении составляет в среднем 3—6 мес. Данное ОВЛ функционирует на базе детской городской поликлиники № 102 СВА (гл. врач Л.Р. Картавцева).

Для элиминационной терапии нами использовались физиологический раствор и препарат «Физиомер».

«Физиомер» выпущен на мировой рынок в 1988 г., в России появился в 2003 г. Это назальный спрей, являющийся натуральной морской водой, обработанной специальным образом (избавлен от планктона и бен-тоса, превращен из гипертонического в изотонический раствор), помещенный в функциональную упаковку с насадкой. «Физиомер» предназначен для активного орошения, промывания и очищения полости носа у детей и взрослых, у новорожденных «Физиомер» рекомендуется в качестве гигиенического средства для промывания носовой полости. Существуют разные формы выпуска препарата для детей и взрослых.

Для оценки профилактической эффективности были набраны две группы детей (по 50 человек в каждой), сопоставимые по возрасту (от 3 до 6 лет) и полу. Детям ежедневно проводилось промывание полости носа и носоглотки физиологическим раствором и препаратом «Физиомер 115» в условиях детского сада в течение 1 мес.

При этом ежедневно оценивались: — состояние носового дыхания (по 3-бальной шкале, где 0 — симптом

отсутствует, 3 — выражен максимально);

— выделения из полости носа и их характер (по 3-бальной шкале, где 0 — симптом отсутствует, 3 — выражен максимально);

— температура тела;

— наличие простудных (или иных заболеваний) на момент осмотра.

Эти же параметры оценивались на 60-й и 90-й день от начала применения препарата.

Состояние носового дыхания, наличие и характер выделений у детей обеих групп представлены на рис. 1, 2. Как видно из полученных данных на момент начала исследования заложенность носа была выражена в легкой форме и составляла 1,3 балла в основной и 0,9 балла в контрольной группах. Через 1 мес промывания полости носа препаратом «Физиомер 115» этот показатель оценивался в 0,1 балла, у детей контрольной группы — в 0,9 балла. На 60-й день наблюдения заложенность носа у детей основной группы составляла 0,38 балла (0,7 балла — в контрольной). На 90-й день наблюдения заложенность носа у детей составляла 0,22 и 0,62 балла в основной и контрольной группах соответственно.

Оценивая данный показатель в течение всего периода наблюдения, отметим, что заложенность носа уменьшилась до 1 балла (легкая заложенность) уже к 5-6 дню приема препарата «Физиомер 115», в то время как на фоне применения физиологического раствора заложенность уменьшилась до легкой степени к 27-28 дню.

Выделения из носа присутствовали у детей обеих групп на начало включения в исследование и оценивались в 1,1 балла в основной и 0,7 балла в контрольной группе. Начиная с 5-го дня приема препарата интенсивность выделений оценивалась в 0,8 балла в обеих группах (до 8-го дня в основной группе и 21-29-го дня в контрольной) и составила на 60-й день 0,38 и 0,7 балла, а на 90-й день — 0,2 и 0,6 балла в основной и контрольной группах соответственно. Интересен анализ заболеваемости детей обеих групп (по сравнению с показателями заболеваемости этих детей за аналогичный период прошлого года). Результаты представлены в табл. 1, 2.

Как видно из табл. 1, на фоне проводимой элиминационной терапии (физиологический раствор, группа контроля) наступило снижение заболеваемости ОРВИ вдвое. Использование для элиминационной терапии препарата Физиомер сократило забо-

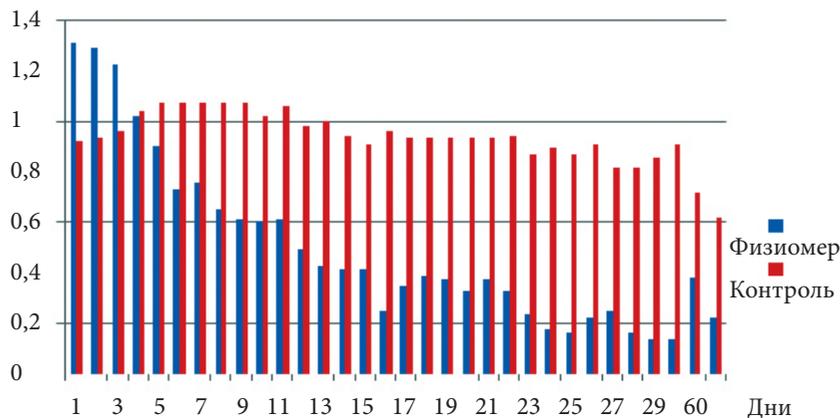


Рис. 1. Динамика бальной оценки заложенности носа у детей основной и контрольной групп

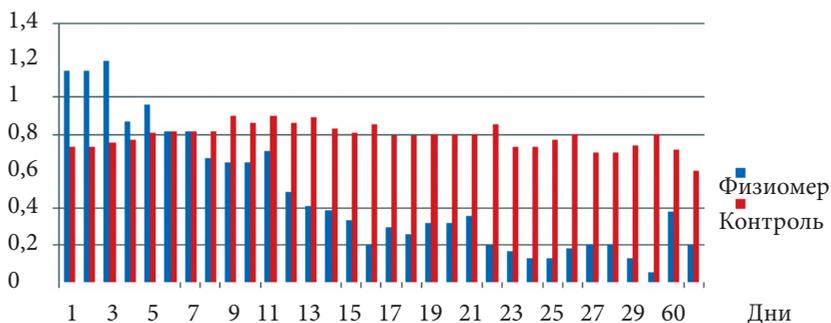


Рис. 2. Динамика бальной оценки слизистых выделений из носа у детей основной и контрольной групп

леваемость более чем в 5 раз (со 145 до 26 эпизодов ОРВИ). Напомним, что исследование проводилось в эпидемиологически неблагоприятный период (вспышка гриппа в Москве). В то же время особенности использования препарата Физиомер (промывание при наклоне головы в сторону, специфика подачи струи жидкости) могут в незначительном количестве случаев стать причиной патологии тубоотита у детей. Во избежание этого мы рекомендуем следующее:

- не использовать препарат при обострении острых инфекционных и/или аллергических ринитов;
- перед введением препарата необходимо удалить содержимое из носовой полости, при необходимости — провести анемизацию носовых ходов;

- перед введением (особенно первым) рекомендуется провести исследование слуха у детей старше 3-4 лет шепотной речью.

- препарат следует вводить при положении ребенка на боку поочередно. После введения ребенок должен находиться на спине в течение 5-10 мин.

Таким образом, на основании полученных данных можно утверждать, что использование специально изотонического раствора морской

Таблица 1. Заболеваемость детей в период наблюдения в сравнении с аналогичным временным периодом прошлого года

Патология	Контроль		Физиомер	
	2007	2008	2007	2008
ОРВИ	127	63	145	26
Бронхит	12	6	12	3
Ангина	3	—	1	1
Ринофарингит	13	6	5	5
Фарингит	—	2	—	1
Ринит	7	27	13	26
Евстахеит	—	—	—	6
Острый ларинготрахеит	—	1	3	2
Гайморит	—	1	1	1
Аллергический ринит, обострение	—	2	—	2

воды Физиомер позволяет снизить заболеваемость более чем в 5 раз. Препарат может быть рекомендован для применения в организованных детских коллективах для профилактики развития простудных заболеваний, в том числе в период эпидемий и/или сезонного всплеска заболеваемости, с учетом наших рекомендаций по профилактике тубоотита.

Литература → 77 с.

Таблица 2. Анализ заболеваемости детей (сравнение общего количества заболеваний за период наблюдения с заболеваемостью за аналогичный период прошлого года, %).

Критерий сравнения	Контроль	Физиомер
Повышение заболеваемости	6	—
Снижение заболеваемости	68	92
Без эффекта	26	4
Не болевшие дети	—	4



XII Российская конференция «Современные проблемы антимикробной химиотерапии»

Москва, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, 5-6 октября 2010 г.

На конференции предполагается обсудить актуальные вопросы антибактериальной терапии и профилактики внебольничных и госпитальных инфекций, современные отечественные данные по антибиотикорезистенции возбудителей инфекций.

В программе конференции 1 пленарное заседание, 6 симпозиумов и 2 круглых стола. Во время конференции будет организована выставка компаний — производителей фармацевтических препаратов

В ходе мероприятия будут обсуждаться следующие актуальные вопросы:

Темы конференции

- Трудности антибиотикотерапии
- Возможности повышения эффективности лечения нозокомиальных инфекций
- Рациональная антибиотикотерапия инфекций дыхательных путей
- Инфекции мочевыводящих путей
- Проблемы лечения резистентных грамположительных инфекций
- Новые возможности применения макролидных антибиотиков в хирургии и реанимации
- Нозокомиальные инфекции дыхательных путей

В рамках XII Российской конференции «Современные проблемы антимикробной химиотерапии»

Будет проводиться научно-практический семинар для клинических фармакологов, терапевтов и практических врачей разных специальностей.

Москва, Институт хирургии им. А.В. Вишневского, 7-8 октября 2010 г.

Участие в семинаре по предварительной заявке.

Количество участников: 30 человек

Стоимость участия в семинаре 15000-00 рублей с НДС

В стоимость включены обеды и учебно-методические пособия (справочник по антимикробным средствам, краткий справочник по антимикробной терапии, демонстрационные материалы).

Участникам семинара будут выданы сертификаты.

Программа научно-практического семинара для клинических фармакологов

Руководитель семинара: проф. Яковлев С.В.

1. Методология создания больничного Формуляра антибиотиков
2. Обзор антибактериальных препаратов для больничного Формуляра
3. Горячие точки антибиотикорезистентности (MRSA, VISA, VRE, БЛРС, металло-бета-лактамазы). О чем надо знать и что целесообразно контролировать?

4. Организация мониторинга антибиотикорезистентности в стационаре
5. Практические вопросы контроля, рационализации терапии и возможности профилактики нозокомиальных инфекций
6. Практическое приложение фармакодинамики и обоснование режимов дозирования антибиотиков
7. Что мы знаем о сепсисе в 2010 году? Что мы умеем при сепсисе?
8. Нозокомиальные инфекции
9. Обоснование режимов терапии и профилактики проблемных инфекций в стационаре (пневмония, деструктивный панкреатит, перитонит, эндокардит)
10. Бессимптомная бактериурия, катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ:

ООО «Центр по биотехнологии, медицине и фармации»
117105 г. Москва, Загородное шоссе, д.18 а, стр.2, тел/факс: 633-92-61,
kiseleva.olga@list.ru, galina-izotova@yandex.ru

Литература

В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова

Возможности мукоактивной терапии в лечении больных ОРЗ

1. Делягин В.М., Быстрова Н.Ю. Антибактериальные и мукоактивные препараты. М: Алтус, 1999.
2. Ермакова И.Н. Педиатрия 2007; 1: 93–100.
3. Ермакова И.Н., Мизерницкий Ю.Л. Педиатрия 2008; 2: 123–125.
4. Зайцева О.В. Педиатрия 2007; 1: 33–37.
5. Мизерницкий Ю.Л. Отхаркивающие и муколитические средства в терапии бронхолегочных заболеваний у детей. В кн.: Фармакотерапия в педиатрической пульмонологии. Под ред. С.Ю.Каганова. М: Медпрактика-М, 2002; 123–140.

В.В. Вишняков, В. Н. Костюк

Современные методы консервативного лечения больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом

1. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Современные подходы к оптимизации лечения больных хроническим тонзиллитом // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: материалы Всероссийск. симпозиум. СПб, 1994. С. 5–7.
2. Иванова А.С. Экспериментальное изучение специфической (иммуномодулирующей) и общей фармакологической активности «полиоксидония» и его лекарственной формы: отчет института иммунологии МЗ и МП РФ. М., 1994.
3. Клячко Л.Л., Анхимова Е.С. Показатели иммунитета в прогнозировании течения хронического тонзиллита // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: материалы Всерос. симпозиум. СПб., 1994. С. 12–13.
4. Константинова Н.П., Морозова С.В. Практикующий врач. 1999. №12. С. 4–6.

Ю.Л. Солдатский, Е.К. Онуфриева, Т.Г. Завикторина, И.Е. Погосова, С.Ф. Гаспарян, С.Н. Попова

Взаимосвязь между хронической патологией верхних отделов дыхательных путей и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

1. Алексеева О.П., Пикулев Д.В., Долбин И.В. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Нижний Новгород: НГМА, 2006. 76 с
2. Баранов А.А., Щербаков П.Л. Вопросы современной педиатрии 2002; 1: 1: 12–16.
3. Белоусов С.С., Муратов С.В., Ахмад А.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс. Нижний Новгород: НГМА, 2005. 120 с.
4. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. и др. Кислотозависимые состояния у детей. М., 1999. 112 с.
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пособие для врачей. М., 2005. 30 с.
6. Осадчук М.А., Усик С.Ф., Чиж А.Г. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике клинициста. Саратов: СГМУ, 2004. 196 с.
7. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (клиника, диагностика, лечение): Метод. рек. СПб, 2000. 32 с.
8. Щербаков П.Л. Русский медицинский журнал 2007; 9: 2: 42–47.

Е.Ю.Радциг

Лечение и профилактика ЛОР-осложнений ОРВИ у детей

1. Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. Педиатрия. 2006; 1: 24–27.
2. Селькова Е.П., Учайкин В.Ф., Шумилов В.И. и др. Организационно-методические подходы к совершенствованию профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ. Русский мед журн 2002. Репринт: 3–7.
3. Гончарова О.В. Приложение «Педиатрия» к журналу Consilium medicum, №1, 2010. С. 12–16.
4. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика острых респираторных заболеваний (Пособие для врачей). М 2001: 14 с.
5. Богомильский М.Р., Самсыгина Г.А., Минасян В.С. острый средний отит у новорожденных и грудных детей. Монография. М 2007; 190 с.

6. Карпунин Г.И., Карпунина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. СПб: Гиппократ, 2000: 180.
7. Митин Ю.В., Гомза Я.Ю. Исследования эффективности мукоактивного препарата Флюдитек у больных с острым гнойным средним отитом и синуситом. ЖУНГБ, 2005.
8. Федосеев Г.Б., Жихарев С.С. Основные механизмы защиты бронхолегочной системы. В кн.: Болезни органов дыхания. Под ред. Н.В. Путова. Т.1. М: Медицина, 1989; 112–143.
9. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. Рязань, 2000.

5. Пономарев Л.Е. Лечение детей с хроническим тонзиллитом с использованием немедикаментозных физических факторов: автореф. дисс... док. мед. наук. Краснодар, 2000.
6. Преображенский Б.С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. М., 1970. С. 384
7. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Практикующий врач. №9, 1997. С. 5–13.
8. Хмельницкая Н.М., Клячко Л.Л., Анхимова Е.С. и др. Новости оториноларингологии и логопатологии. 1997. С. 73.
9. Черныш А.В., Гофман В.Р. Хронический тонзиллит как вторичный признак иммунодефицитного состояния организма // Материалы 15 Всероссийского съезда оториноларингологов. 1995. Т. 2. СПб. С. 163–166.
10. Черныш А.В. Клинико-иммунологические аспекты хронического тонзиллита: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб, 1996. 36 с.

9. Barbero G.J. Gastroesophageal reflux and upper airway disease. Otolaryngol Clin North Am 1996; 29: 1: 27–38.
10. Book D.T., Rhee J.S., Toohill R.G., Smith T.L. Laryngoscope 2002; 112: 8: 1399–1406.
11. Chang A.B., Lasserson T.J., Kiljander T.O. BMJ 2006; 332: 1: 11–17.
12. DeMeester T.R., Wang C.I., Wernly J.A. J Thoracic Cardiovascular Surg 1980; 79: 5: 656–670.
13. DeMeester T.R., Chandrasoma P. Ann Rev Med 1999; 50: 469–506.
14. Ford C.N. JAMA 2005; 294: 12: 1534–1540.
15. Johnston N., Ross P.E., Bulmer D. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003; 112: 1606–1609.
16. Koufman J.A. Laryngoscope 1991; 101: 4 (Suppl. 53): 78.
17. Postma G.N. Ann Otol Rhinol Laryngol 2000; 109: 10 (Suppl.184): 10–14.
18. Rosbe K.W., Kenna M.A., Auerbach A.D. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery 2003; 129: 1213–1220.
19. Rozmanic V, Velepich M., Ahel V. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34: 3: 278–280.
20. Sontag S.J. Am J Med 1997; 103: 5A: 84–90.
21. Stavroulaki P. Int J Pediatr Otolaryngol 2006; 70: 579–590.
22. Tauber S., Gross M., Issing W.J. Laryngoscope 2002; 112: 5: 879–886.

6. Карпова Е.П., Тулунов Д.А. Хронический аденоидит у детей. Методическое пособие. М 2009; 38 с.
7. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Богомильский М.Р. Ирригационная терапия в профилактике сезонной заболеваемости у детей в дошкольных организованных детских коллективах. Педиатрия им Сперанского 2009; 1.
8. Гаращенко Т.И., Шишмарева Е.В. Cons. medicum 2004; 2: 46–48.
9. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Гаращенко М.В. Cons. medicum 2005; 3: 61–65.
10. Кюлев А.И. Ирригационная терапия верхних дыхательных путей. М: Медицина, 1987.