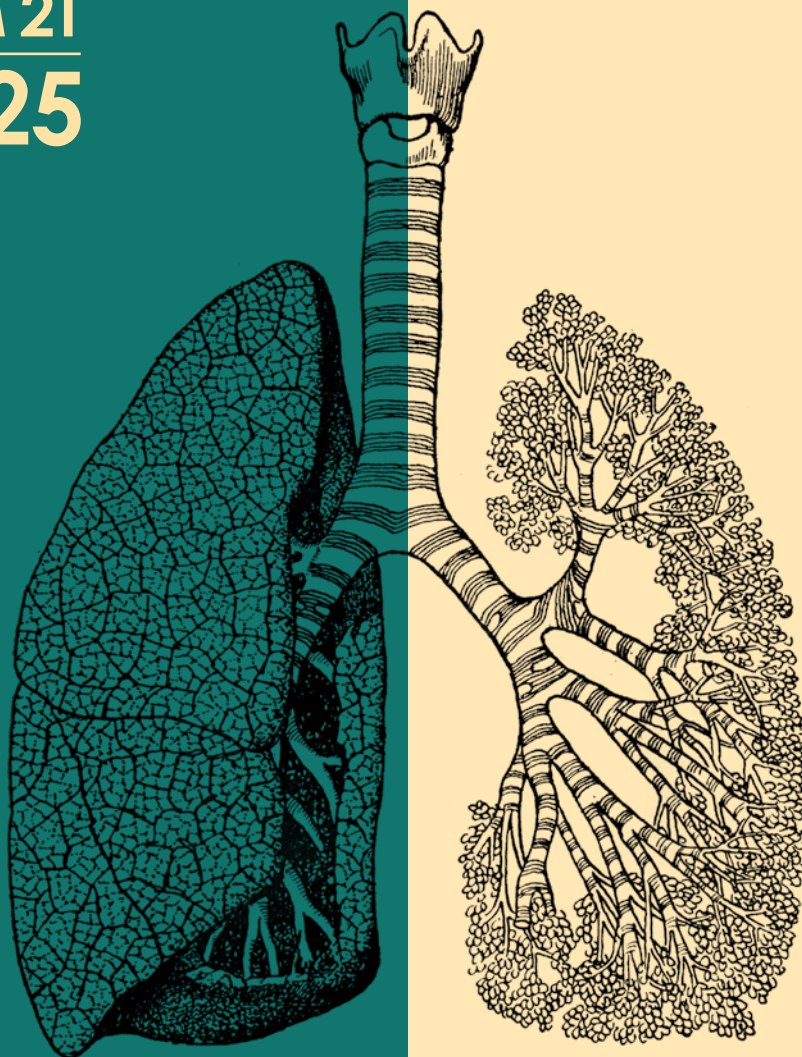


# ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

# ТЕРАПИЯ

№ **5** **ТОМ 21**  
**2025**



## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ № 1

Эффективность комбинации эфирных масел и средств традиционной медицины в лечении и профилактике риносинуситов

6

Ринобронхиальный синдром: как купировать кашель и улучшить сон с помощью топической терапии

28

Возможности новых комплексных топических препаратов в снижении риска бактериальных осложнений

36



umedp.ru

Свежие выпуски  
и архив журнала



# Медицинский портал для врачей uMEDp.ru



## Новости, вебинары, интервью, конференции

- Более 5500 научных статей
- 300 000 посетителей в месяц
- Разделы по 19 специальностям
- Онлайн-трансляции медицинских мероприятий
- Профессиональный авторский контент
- Интерактивные задачи

## Присоединяйтесь, чтобы быть в курсе



**МЕДИЦИНСКИЙ  
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**  
UMEDP.RU



<https://vk.com/vk.medforum>



<https://www.youtube.com/umedportal>



<https://ok.ru/group/68846800994349>

Эффективная фармакотерапия. 2025.

Том 21. № 5.

Пульмонология и оториноларингология

ISSN 2307-3586

© Агентство медицинской информации «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34

www.medforum-agency.ru

**Научный редактор выпуска**

А.Ю. ОВЧИННИКОВ, д.м.н., проф.

**Руководитель проекта**

«Пульмонология и оториноларингология»

А. ПЕРЕВЕЗЕНЦЕВА

(a.perevezentseva@medforum-agency.ru)

Effective Pharmacotherapy. 2025.

Volume 21. Issue 5.

Pulmonology & Otorhinolaryngology

ISSN 2307-3586

© Medforum Medical Information Agency

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

**Scientific Editor of the Issue**

A.Yu. OVCHINNIKOV, PhD, Prof.

**Advertising Manager**

«Pulmonology & Otorhinolaryngology»

A. PEREVEZENTSEVA

(a.perevezentseva@medforum-agency.ru)

## Редакционная коллегия

Ю.Г. АЛЯЕВ (*главный редактор*),  
*член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.С. БАЗИН (*ответственный секретарь*), *д.м.н. (Москва)*  
Ф.Т. АГЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.Б. БЕЛЯЕВА, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*  
Д.С. БОРДИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Н.М. ВОРОБЬЕВА, *д.м.н. (Москва)*  
О.В. ВОРОБЬЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
М.А. ГОМБЕРГ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
В.А. ГОРБУНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.В. ГОРЕЛОВ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
Н.А. ДАЙХЕС, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
Л.В. ДЕМИДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.А. ЗАЙЦЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
В.В. ЗАХАРОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.Н. ЗАХАРОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Д.Е. КАРАТЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.В. КАРАУЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
Ю.А. КАРПОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Е.П. КАРПОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.В. КНЯЗЕВ, *д.м.н. (Москва)*  
В.В. КОВАЛЬЧУК, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.М. КОРСУНСКАЯ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
И.В. КУЗНЕЦОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.М. ЛЕСНЯК, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*  
И.А. ЛОСКУТОВ, *д.м.н. (Москва)*  
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*  
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.Н. МИНУШКИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.М. МКРТУМЯН, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
Н.М. НЕНАШЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
А.Ю. ОВЧИННИКОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*  
К.В. ОРЛОВА, *к.м.н. (Москва)*  
Н.А. ПЕТУНИНА, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*

## Editorial Board

Yury G. ALYAEV (*Editor-in-Chief*),  
*Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Igor S. BAZIN (*Executive Editor*), *MD, PhD (Moscow)*  
Fail T. AGEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina B. BELYAYEVA, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*  
Dmitry S. BORDIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Natalya M. VOROBYOVA, *MD, PhD (Moscow)*  
Olga V. VOROBYOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Mikhail A. GOMBERG, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Vera A. GORBUNOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Aleksandr V. GORELOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Nikolay A. DAIKHES, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Lev V. DEMIDOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Andrey A. ZAYTSEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Vladimir V. ZAKHAROV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina N. ZAKHAROVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Dmitry Ye. KARATEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Aleksandr V. KARAULOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Yury A. KARPOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Yelena P. KARPOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Oleg V. KNYAZEV, *MD, PhD (Moscow)*  
Vitaly V. KOVALCHUK, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina M. KORSUNSKAYA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Grigory G. KRIVOBORODOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Irina V. KUZNETSOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Olga M. LESNYAK, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*  
Igor A. LOSKUTOV, *MD, PhD (Moscow)*  
Dmitry Yu. MAYCHUK, *MD, PhD (Moscow)*  
Aleksandr B. MALAKHOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Sergey Yu. MARTSEVICH, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Oleg N. MINUSHKIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Ashot M. MKRTUMYAN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
David V. NEBIERIDZE, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Natalya M. NENASHEVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Andrey Yu. OVCHINNIKOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Olga Sh. OYNOTKINOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*  
Kristina V. ORLOVA, *PhD (Moscow)*  
Nina A. PETUNINA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*

## Редакционная коллегия

В.И. ПОПАДЮК, профессор, д.м.н. (Москва)  
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)  
О.А. ПУСТОТИНА, профессор, д.м.н. (Москва)  
В.И. РУДЕНКО, профессор, д.м.н. (Москва)  
С.В. РЯЗАНЦЕВ, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
С.В. СААКЯН, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
М.С. САВЕНКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)  
О.М. СМIRНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.С. СНАРСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)  
Н.А. ТАТАРОВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)  
Н.С. ТАТАУРЩИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)  
В.Ф. УЧАЙКИН, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)  
Е.И. ШМЕЛЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

## Редакционный совет

### Акушерство и гинекология

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА, В.Е. БАЛАН, К.Р. БАХТИЯРОВ,  
В.Ф. БЕЖЕНАРЬ, О.А. ГРОМОВА, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,  
С.А. ЛЕВАКОВ, Л.Е. МУРАШКО, Т.А. ОБОСКАЛОВА,  
Т.В. ОВСЯННИКОВА, С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,  
В.Н. СЕРОВ, Е.В. СИБИРСКАЯ, И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

### Аллергология и иммунология

Т.У. АРИПОВА, О.И. ЛЕТЯЕВА, Н.Б. МИГАЧЕВА, И.В. НЕСТЕРОВА,  
Н.С. ТАТАУРЩИКОВА, И.А. ТУЗАНКИНА, М.С. ШОГЕНОВА

### Гастроэнтерология

М.Д. АРДАТСКАЯ, И.Г. БАКУЛИН, С.В. БЕЛЬМЕР, С. БОР,  
И.А. БОРИСОВ, Е.И. БРЕХОВ, Е.В. ВИННИЦКАЯ,  
Е.А. КОРНИЕНКО, Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ,  
М. ЛЕЯ, М.А. ЛИВЗАН, И.Д. ЛОРАНСКАЯ,  
В.А. МАКСИМОВ, Ф. Ди МАРИО

### Дерматовенерология и дерматокосметология

А.Г. ГАДЖИГОРОВА, В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,  
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА, С.А. МАСЮКОВА,  
А.В. МОЛОЧКОВ, В.А. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,  
И.Б. ТРОФИМОВА, А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,  
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

### Кардиология и ангиология

Г.Е. РОЙТБЕРГ, С.Т. МАЦКЕПЛИШВИЛИ, М.Н. МАМЕДОВ,  
А.В. ПОГОЖЕВА (заместители главного научного редактора),  
С.А. ДЕРБЕНЕВА (ответственный секретарь),  
Э.З. ОГЛЫ АЛЕКПЕРОВ, Б.Г. АЛЕКЯН, С.А. БОЙЦОВ,  
Г.А. БАРЫШНИКОВА, Ю.И. БУЗИАШВИЛИ,  
М.Г. БУБНОВА, Ю.А. ВАСЮК, Я.Л. ГАБИНСКИЙ, М.Г. ГЛЕЗЕР,  
Ю.И. ГРИНШТЕЙН, М.В. ЖУРАВЛЕВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,  
Л.С. КОКОВ, И.А. КОМИССАРЕНКО, В.В. КУХАРЧУК,  
В.Н. ЛАРИНА, А.Н. ЛИЩУК, Ю.М. ЛОПАТИН, О.М. МАСЛОВА,  
Д.Б. НИКИТЮК, Н.Х. ОЛИМОВ, О.Д. ОСТРОУМОВА,  
А.Ш. РЕВИШВИЛИ, Т.З. СЕЙСЕМБЕКОВ,  
В.В. СКИБИЦКИЙ, Е.В. ШЛЯХТО, М.Ю. ЩЕРБАКОВА  
(сердечно-сосудистая хирургия, диетология, нутрициология)

### Неврология и психиатрия

Е.С. АКАРАЧКОВА, А.Н. БАРИНОВ, Н.В. ВАХНИНА,  
В.Л. ГОЛУБЕВ, О.С. ДАВЫДОВ, А.Б. ДАНИЛОВ, Г.Е. ИВАНОВА,  
Н.Е. ИВАНОВА, А.И. ИСАЙКИН, П.Р. КАМЧАТНОВ,  
С.В. КОТОВ, О.В. КОТОВА, М.Л. КУКУШКИН, О.С. ЛЕВИН,  
А.Б. ЛОКШИНА, А.В. НАУМОВ, А.Б. ОБУХОВА,  
М.Г. ПОЛУЭКТОВ, И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, А.А. СКОРОМЕЦ,  
И.А. СТРОКОВ, Г.Р. ТАБЕЕВА, Н.А. ШАМАЛОВ,  
В.А. ШИРОКОВ, В.И. ШМЫРЕВ, Н.Н. ЯХНО

### Психиатрия

А.Е. БОБРОВ, Н.Н. ИВАНЕЦ, С.В. ИВАНОВ, Г.И. КОПЕЙКО,  
В.Н. КРАСНОВ, С.Н. МОСОЛОВ, Н.Г. НЕЗНАНОВ,  
Ю.В. ПОПОВ, А.Б. СМУЛЕВИЧ

## Editorial Board

Valentin I. POPADYUK, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Vera N. PRILEPSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Olga A. PUSTOTINA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Vadim I. RUDENKO, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Sergey V. RYAZANTSEV, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)  
Svetlana V. SAAKYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yelena A. SABELNIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Marina S. SAVENKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Aleksandr I. SINOPALNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Olga M. SMIRNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yelena S. SNARSKAYA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)  
Nina A. TATAROVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)  
Natalya S. TATAURSHCHIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Vasily F. UCHAYKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)  
Yevgeny I. SHMELYOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

## Editorial Council

### Obstetrics and Gynecology

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA, V.Ye. BALAN, K.R. BAKHTIYAROV,  
V.F. BEZHENAR, O.A. GROMOVA, Yu.E. DOBROKHOTOVA,  
S.A. LEVAKOV, L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA,  
T.V. OVSYANNIKOVA, S.I. ROGOVSKAYA, O.A. SAPRYKINA,  
V.N. SEROV, Ye.V. SIBIRSKAYA, I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

### Allergology and Immunology

T.U. ARIPOVA, O.I. LETYAEVA, N.B. MIGACHEVA, I.V. NESTEROVA,  
N.S. TATAURSHCHIKOVA, I.A. TUZANKINA, M.S. SHOGENOVA

### Gastroenterology

M.D. ARDATSKAYA, I.G. BAKULIN, S.V. BELMER, S. BOR,  
I.A. BORISOV, Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA,  
Ye.A. KORNIYENKO, L.N. KOSTYUCHENKO, Yu.A. KUCHERYAVY,  
M. LEYA, M.A. LIVZAN, I.D. LORANSKAYA,  
V.A. MAKSIMOV, F. Di MARIO

### Dermatovenereology and Dermatocosmetology

A.G. GADZHIGOROYEVA, V.I. KISINA, S.V. KLYUCHAREVA,  
N.G. KOCHERGIN, Ye.V. LIPOVA, S.A. MASYUKOVA,  
A.V. MOLOCHKOV, V.A. MOLOCHKOV, Yu.N. PERLAMUTROV,  
I.B. TROFIMOVA, A.A. KHALDIN, A.N. KHEBNIKOVA,  
A.A. KHRYANIN, N.I. CHERNOVA

### Cardiology and Angiology

G.Ye. ROITBERG, S.T. MATSKEPLISHVILI, M.N. MAMMADOV,  
A.V. POGOZHEVA (Deputy Chief Scientific Editor),  
S.A. DERBENEVA (Responsible Secretary),  
E.Z. ALEKPEROV, B.G. ALEKYAN, S.A. BOYTISOV,  
G.A. BARYSHNIKOVA, Yu.I. BUZIASHVILI,  
M.G. BUBNOVA, Yu.A. VASYUK, Ya.L. GABINSKY, M.G. GLEZER,  
Yu.I. GRINSHTEIN, M.V. ZHURAVLEVA, Zh.D. KOBALAVA,  
L.S. KOKOV, I.A. KOMISSARENKO, V.V. KUKHARCHUK,  
V.N. LARINA, A.N. LISHCHUK, Yu.M. LOPATIN, O.M. MASLOVA,  
D.B. NIKITYUK, N.Kh. OLIMOV, O.D. OSTROUMOVA,  
A.S. REVISHVILI, T.Z. SEISEMBEKOV,  
V.V. SKIBITSKY, Ye.V. SHLYAKHTO, M. Yu. SHCHERBAKOVA  
(cardiovascular surgery, dietetics, nutritionology)

### Neurology and Psychiatry

#### Neurology

Ye.S. AKARACHKOVA, A.N. BARINOV, N.V. VAKHNINA,  
V.L. GOLUBEV, O.S. DAVYDOV, A.B. DANILOV, G.Ye. IVANOVA,  
N.Ye. IVANOVA, A.I. ISAYKIN, P.R. KAMCHATNOV,  
S.V. KOTOV, O.V. KOTOVA, M.L. KUKUSHKIN, O.S. LEVIN,  
A.B. LOKSHINA, A.V. NAUMOV, A.B. OBUKHOVA,  
M.G. POLUEKTOV, I.S. PREOBRAZHENSKAYA, A.A. SKOROMETS,  
I.A. STROKOV, G.R. TABEYEVA, N.A. SHAMALOV,  
V.A. SHIROKOV, V.I. SHMYREV, N.N. YAKHNO

#### Psychiatry

A.Ye. BOBROV, N.N. IVANETS, S.V. IVANOV, G.I. KOPEYKO,  
V.N. KRASNOV, S.N. MOSOLOV, N.G. NEZANNOV,  
Yu.V. POPOV, A.B. SMULEVICH

### **Онкология, гематология и радиология**

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, Е.В. АРТАМОНОВА, М.Б. БЫЧКОВ,  
С.Л. ГУТОРОВ, И.Л. ДАВЫДКИН, А.А. МЕЩЕРЯКОВ,  
И.Г. РУСАКОВ, В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ, А.Г. ТУРКИНА

### **Офтальмология**

Д.Г. АРСЮТОВ, Т.Г. КАМЕНСКИХ, М.А. КОВАЛЕВСКАЯ,  
Н.И. КУРЫШЕВА, А.В. МАЛЫШЕВ, А.В. МЯГКОВ,  
М.А. ФРОЛОВ, А.Ж. ФУРСОВА

### **Педиатрия**

И.В. БЕРЕЖНАЯ, Н.А. ГЕППЕ, Ю.А. ДМИТРИЕВА,  
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА, Д.А. ТУЛУПОВ

### **Пульмонология и оториноларингология**

А.А. ВИЗЕЛЬ, Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, С.В. КОЗЛОВ,  
Е.В. ПЕРЕДКОВА, Е.Л. САВЛЕВИЧ, О.И. СИМОНОВА

### **Ревматология, травматология и ортопедия**

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА, Р.М. БАЛАБАНОВА,  
Б.С. БЕЛОВ, В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ, И.С. ДЫДЫКИНА,  
Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, И.А. ЗБОРОВСКАЯ, Е.Г. ЗОТКИН,  
А.Е. КАРАТЕЕВ, Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,  
Н.В. ЯРЫГИН

### **Урология и нефрология**

А.Б. БАТЬКО, А.З. ВИНАРОВ, С.И. ГАМИДОВ, О.Н. КОТЕНКОВ,  
К.Л. ЛОКШИН, А.Г. МАРТОВ, А.Ю. ПОПОВА, И.А. ТЮЗИКОВ,  
Е.М. ШИЛОВ

### **Эндокринология**

М.Б. АНЦИФЕРОВ, И.А. БОНДАРЬ, Г.Р. ГАЛСТЯН, С.В. ДОГАДИН,  
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО, Е.Л. НАСОНОВ, А.А. НЕЛАЕВА,  
В.А. ПЕТЕРКОВА, В.А. ТЕРЕЩЕНКО, Ю.Ш. ХАЛИМОВ,  
М.В. ШЕСТАКОВА

### **Эпидемиология и инфекции**

Н.Н. БРИКО, Г.Х. ВИКУЛОВ, Л.Н. МАЗАНКОВА, Е.В. МЕЛЕХИНА,  
А.А. НОВОКШОНОВ, Т.В. РУЖЕНЦОВА, Н.В. СКРИПЧЕНКО,  
А.В. СУНДУКОВ, Д.В. УСЕНКО

## Редакция

### **Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС**

**Выпускающие редакторы** Н. РАМОС, Н. ФРОЛОВА, С. ЧЕЧИЛОВА

**Журналисты** А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

**Корректоры** О. ГЛАЗКОВА, В. КАЛИНИНА, Е. ПЕРВУШИНА

**Дизайнеры** Т. АФОНЬКИН, А. ВИТАЛЬЕВА, Н. НИКАШИН

Тираж 25 000 экз. Выходит 4 раза в год. Свидетельство о регистрации  
СМИ ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005.

Бесплатная подписка на электронную версию журнала  
на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных  
материалов. Любое воспроизведение материалов и их фрагментов  
возможно только с письменного разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны быть  
ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским  
договором. Информация размещена на сайте [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен в перечень  
рецензируемых научных изданий ВАК и индексируется в системе РИНЦ.

### **Oncology, Hematology and Radiology**

B.Ya. ALEXEYEV, Ye.V. ARTAMONOVA, M.B. BYCHKOV,  
S.L. GUTOROV, I.L. DAVYDKIN, A.A. MESHCHERYAKOV,  
I.G. RUSAKOV, V.F. SEMIGLAZOV, A.G. TURKINA

### **Ophthalmology**

D.G. ARSYUTOV, T.G. KAMENSKYKH, M.A. KOVALEVSKAYA,  
N.I. KURYSHEVA, A.V. MALYSHEV, A.V. MYAGKOV,  
M.A. FROLOV, A.Zh. FURSOVA

### **Pediatrics**

I.V. BEREZHNYAYA, N.A. GEPPE, Yu.A. DMITRIYEVA,  
O.V. ZAYTSEVA, V.A. REVYAKINA, D.A. TULUPOV

### **Pulmonology and Otorhinolaryngology**

A.A. VIZEL, N.P. KNYAZHESKAYA, S.V. KOZLOV,  
Ye.V. PEREDKOVA, Ye.L. SAVLEVICH, O.I. SIMONOVA

### **Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics**

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA, R.M. BALABANOVA,  
B.S. BELOV, V.I. VASILYEV, L.N. DENISOV, I.S. DYDYKINA,  
N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA, Ye.G. ZOTKIN,  
A.Ye. KARATEYEV, N.V. TOROPTSOVA, N.V. CHICHASOVA,  
N.V. YARYGIN

### **Urology and Nephrology**

A.B. BATKO, A.Z. VINAROV, S.I. GAMIDOV, O.N. KOTENKOV,  
K.L. LOKSHIN, A.G. MARTOV, A.Yu. POPOVA, I.A. TYUZIKOV,  
Ye.M. SHILOV

### **Endocrinology**

M.B. ANTSIFEROV, I.A. BONDAR, G.R. GALSTYAN, S.V. DOGADIN,  
V.S. ZADIONCHENKO, Ye.L. NASONOV, A.A. NELAYEVA,  
V.A. PETERKOVA, V.A. TERESHCHENKO, Yu.Sh. KHALIMOV,  
M.V. SHESTAKOVA

### **Epidemiology and Infections**

N.N. BRIKO, G.Kh. VIKULOV, L.N. MAZANKOVA, Ye.V. MELEKHINA,  
A.A. NOVOKSHONOV, T.V. RUZHENTSOVA, N.V. SKRIPCHENKO,  
A.V. SUNDUKOV, D.V. USENKO

## Editorial Staff

### **Editor-in-Chief T. CHEMERIS**

**Commissioning Editors** N. RAMOS, N. FROLOVA, S. CHECHILOVA

**Journalists** A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

**Correctors** O. GLAZKOVA, V. KALININA, Ye. PERVUSHINA

**Art Designers** T. AFONKIN, A. VITALYEVA, N. NIKASHIN

Print run of 25 000 copies. Published 4 times a year.  
Registration certificate of mass media ПИ № ФС77-23066 of 27.09.2005.  
Free subscription to the journal electronic version  
on the website [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

The Editorials is not responsible for the content of advertising materials.  
Any reproduction of materials and their fragments is possible only  
with the written permission of the journal. The Editorials' opinion  
may not coincide with the opinion of the authors.

Authors submitted articles for the publication should be acquainted  
with the instructions for authors and the public copyright agreement.  
The information is available on the website [www.umedp.ru](http://www.umedp.ru).

'Effective Pharmacotherapy' Journal is included in the list of reviewed  
scientific publications of VAK and is indexed in the RSCI system.

# Содержание

## Клинические рекомендации

- Ю.О. НИКОЛАЕВА, А.В. ОВЧИННИКОВА  
Использование эфирных масел в комбинированной терапии  
риносинусита 6

## Оригинальные исследования

- А.Ю. ОВЧИННИКОВ, Н.А. МИРОШНИЧЕНКО,  
Ю.О. НИКОЛАЕВА, Е.М. ХОН, А.В. БАКОТИНА  
Подводные рифы медикаментозного ринита 12

## Клинические исследования

- А.Ю. ОВЧИННИКОВ, Н.А. МИРОШНИЧЕНКО,  
Ю.О. НИКОЛАЕВА, С.С. ЕГИЯН, Л.В. АКОПЯН  
Роль пробиотической терапии в купировании  
и предотвращении аденоидита у детей 20

- А.Ю. ОВЧИННИКОВ, Н.А. МИРОШНИЧЕНКО,  
Ю.О. НИКОЛАЕВА, А.Р. УМАРОВ, А.В. МАСЛЕННИКОВА  
Ринобронхиальный синдром – новые возможности  
топической терапии 28

- А.Ю. ОВЧИННИКОВ, Н.А. МИРОШНИЧЕНКО,  
Ю.О. НИКОЛАЕВА, Д.С. СТЕГАЧЕВА, А.Р. МАХМУДОВ  
О реальной возможности снизить риск бактериальных  
осложнений у больных острым риносинуситом 36

- К.И. НЕСТЕРОВА, А.А. НЕСТЕРОВА, А.Ю. АГАРКОВА,  
Р.Г. МИРАКЯН, А.Р. ВОЛОСНИКОВА, М.В. ЕРМОЛАЕВА,  
В.В. ТЕРРЕ, В.В. ГОЛТЯПИН  
Сравнительное исследование эффективности комбинаций  
«антибиотик – глюкокортикостероид» при наружном  
диффузном отите 44

## Клиническая практика

- Д.В. СПЕКОВ, М.В. ДРОЗДОВА, В.В. ДВОРЯНЧИКОВ,  
А.М. КОРКМАЗОВ  
Продленное дренирование слуховых труб в лечении  
экссудативного среднего отита у детей 54

# Contents

## Clinical Recommendations

- Yu.O. NIKOLAEVA, A.V. OVCHINNIKOVA  
The Use of Essential Oils in Combination Therapy  
of Rhinosinusitis

## Original Studies

- A.Yu. OVCHINNIKOV, N.A. MIROSHNICHENKO,  
Yu.O. NIKOLAEVA, E.M. KHON, A.V. BAKOTINA  
Underwater Reefs of Drug-Induced Rhinitis

## Clinical Studies

- A.Yu. OVCHINNIKOV, N.A. MIROSHNICHENKO,  
Yu.O. NIKOLAEVA, S.S. EGIYAN, L.V. HAKOBYAN  
The Role of Probiotic Therapy in the Relief and Prevention  
of Adenoiditis in Children

- A.Yu. OVCHINNIKOV, N.A. MIROSHNICHENKO,  
Yu.O. NIKOLAEVA, A.R. UMAROV, A.V. MASLENNIKOVA  
Rhinobronchial Syndrome – New Possibilities of Topical  
Therapy

- A.Yu. OVCHINNIKOV, N.A. MIROSHNICHENKO,  
Y.O. NIKOLAEVA, D.S. STEGACHEVA, A.R. MAKHMUDOV  
About the Real Possibility of Reducing the Risk of Bacterial  
Complications in Patients with Acute Rhinosinusitis

- K.I. NESTEROVA, A.A. NESTEROVA, A.Yu. AGARKOVA,  
R.G. MIRAKYAN, A.R. VOLOSNIKOVA, M.V. ERMOLAEVA,  
V.V. TERRE, V.V. GOLTIAPIN  
Comparative Study of the Effectiveness of «Antibiotic –  
Glucocorticosteroid» Combinations for Diffuse Otitis  
Externa

## Clinical Practice

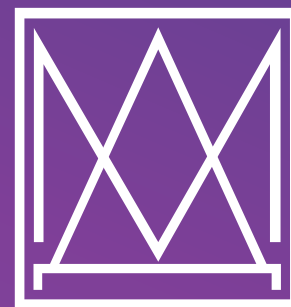
- D.V. SPECKOV, M.V. DROZDOVA, V.V. DVORYANCHIKOV,  
A.M. KORKMAZOV  
Prolonged Drainage of the Auditory Tubes in the Treatment  
of Exudative Otitis Media in Children

XVII ВСЕРОССИЙСКИЙ  
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА

27–29 МАЯ 2025 ГОДА

ТЕХНОПАРК СКОЛКОВО  
Г. МОСКВА, ТЕР. СКОЛКОВО ИННОВАЦИОННОГО ЦЕНТРА,  
БУЛ. БОЛЬШОЙ, Д. 42, СТР. 1



МЕДИЦИНСКАЯ  
ДИАГНОСТИКА

2025



**БЕСПЛАТНОЕ УЧАСТИЕ. ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО РЕГИСТРАЦИЯ!**

## В РАМКАХ ФОРУМА

- XIX Всероссийский национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2025»
- XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Функциональная диагностика – 2025»
- XVIII Научно-практическая конференция интервенционных онкорадиологов
- XVII Международная специализированная выставка оборудования, техники, фармпрепаратов для диагностики заболеваний человека «МЕДиагностика – 2025»



**МНЭ МЕДИ Экспо** Конгресс-оператор: 000 «МЕДИ Экспо» | Тел.: +7 (495) 721-88-66 | E-mail: expo@mediexpo.ru



# Использование эфирных масел в комбинированной терапии риносинусита

Ю.О. Николаева, А.В. Овчинникова

Адрес для переписки: Анна Владимировна Овчинникова, hypermetropia@mail.ru

Для цитирования: Николаева Ю.О., Овчинникова А.В. Использование эфирных масел в комбинированной терапии риносинусита. Эффективная фармакотерапия. 2025; 25 (5): 6–10.

DOI: 10.33978/2307-3586-2025-25-5-6-10

*Целебные свойства растений и их эфиров были известны всем народам древних цивилизаций и благополучно применяются по сей день. Как и ученые древности, современные научные деятели, а также врачи-практики отмечают пользу эфирных масел, открывают новые способы их применения, развивают фито- и ароматерапию. И сегодня интерес к эфирным маслам и ароматерапии не угас, а увеличение числа работ, посвященных эффективности этого вида терапии, иллюстрирует рост заинтересованности медицинского сообщества в комплементарной медицине, востребованность этой области знаний. В данной статье будут рассмотрены возможности и способы применения эфирных масел в терапии различных состояний и заболеваний. Приведен клинический пример из практики, доказывающий, что можно эффективно сочетать средства как традиционной, так и альтернативной медицины для лечения и профилактики различных заболеваний и неблагоприятных состояний.*

**Ключевые слова:** ароматерапия, эфирные масла, противовирусное действие, комплементарная медицина, эфиры, острый риносинусит

## Введение

Народы всех континентов с древности использовали целебные свойства растений и их эфиров. Например, в Древнем Египте эфирные масла активно применяли не только жрецы в религиозных целях, но и врачи в повседневной практике. Гиппократ, древнегреческий целитель и философ, вошедший в историю, как «отец медицины», описал 236 растений и способов их применения в медицине. Арабы благодаря Авиценне стали основоположниками метода паровой дистилляции растений, одного из основных способов получения эфирных масел до настоящего времени. Наряду с ними древние китайцы и индийцы, а также представители европейской фитотерапии заложили основу современного понимания и применения ароматерапии [1, 2]. Однако сам термин «ароматерапия» был введен в обиход только в начале XX в.: его предложил французский химик Рене Морис Гаттефоссе, открывший целебные свойства лавандового масла при лечении ожогов [3]. Тема становления и развития ароматерапии в том виде, как мы знаем ее сегодня, неразрывно связана с французскими учеными и медиками.

Доктор Ж. Вальне, французский военный хирург, столкнувшись с нехваткой медикаментов, стал использовать эфирные масла, а когда заметил положительные результаты их применения, стал активным популяризатором фитотерапии и ароматерапии [4]. Маргерит Мори и Роберт Тиссеран также продвигали ароматерапию, разрабатывая новые методы применения и техники смешивания эфирных масел [5]. Отечественные ученые не отставали от зарубежных коллег. А.И. Лушников впервые использовал термин «ароматерапия» в докладе, с которым он выступил 4 октября 1941 г. на собрании научных работников Абхазского научно-исследовательского института и научного медицинского общества медицинских работников в г. Сухуми. Материалы доклада были изданы под названием «Ароматерапия (лечение эфирными маслами)» [6]. И сегодня интерес к эфирным маслам и ароматерапии не угас, а увеличение числа работ, посвященных эффективности данного вида терапии, иллюстрирует рост заинтересованности медицинского сообщества в комплементарной медицине, востребованность этой области знаний.





## Основные понятия

*Аромакология/ольфактология* – изучение воздействия ароматов на физиологическое и психологическое состояние людей (при ольфакторном использовании).

*Ароматерапия* – терапия эфирными маслами (при ингаляционном, трансдермальном и внутреннем применении).

*Ароматология* – изучение биохимического состава эфирных масел и его связи с их терапевтическими свойствами.

*Аромадиагностика* – эффективный метод диагностики психоэмоционального и физического состояния человека по эффектам воздействия на него эфирных масел (основан на механизмах обоняния).

*Эфирные масла* – высококонцентрированные, чрезвычайно сильные летучие ароматические соединения. Обладают рядом интересных свойств:

- практически нерастворимы в воде;
- хорошо растворяются в летучих соединениях, таких как спирты эфиры и жирные масла;
- в основном бесцветные или слабоокрашенные жидкости;
- самый распространенный и древний метод получения эфирных масел, содержащих только летучие молекулы, – паровая дистилляция ароматических растений [7].

## Какие эфирные масла выбирать

Именно эфирные масла определяют аромат и вкус растения, являются частью их иммунной системы и биологически активными компонентами. Лучшими по концентрации и силе полезных качеств считаются эфирные масла дикорастущих растений.

## Функциональные группы эфирных масел (ЭМ) и их функции

Способы применения	Спирты	Альдегиды	Алкены
Ингаляционный	Расслабляет, помогает снизить тревогу	Успокаивает, расслабляет, защищает	Множество уникальных и приятных ароматов
Трансдермальный	Репеллент, обладает очищающими свойствами, помогает коже выглядеть моложе, поддерживает ее здоровье	Помогает бороться с дефектами кожи, поддерживает здоровье и гигиену ротовой полости, оказывает местный согревающий эффект	Антиоксидант для кожи и тканей организма
Внутренний	Здоровье сердечно-сосудистой системы, успокаивает нервную систему	Здоровье сердечно-сосудистой, пищеварительной, иммунной и нервной систем. Поддержание обмена веществ	Антиоксидант для внутренних органов; здоровье нервной, иммунной, пищеварительной, репродуктивной, покровной и сердечно-сосудистой систем
Основа эфирных масел	Представители групп		
Монотерпеновая	Чайное дерево, герань, кориандр, базилик, лаванда	Кассия, корица, мелисса, лемонграсс, лайм	Ладан, дугласова пихта, голубая пажма, лимон, дикий апельсин
Сесквитерпеновая	Сандал, ветивер, кедр, пачули	–	Иланг-иланг, черный перец, копейба, мелисса, имбирь
Способы применения	Сложные эфиры	Эфиры	Кетоны
Ингаляционный	Расслабляют, смягчают, помогают обрести баланс	Успокаивают чувства, облегчают дыхание	Одни придают энергию и поднимают настроение, другие стабилизируют и заземляют. Некоторые кетоны облегчают дыхание
Трансдермальный	Разглаживают кожу, защищают от негативного воздействия окружающей среды	Очищают поверхности, улучшают состояние кожи	Репелленты, улучшают состояние кожи
Внутренний	<b>Некоторые сложные эфиры не рекомендованы для внутреннего использования!</b> Здоровье сердечно-сосудистой, иммунной, пищеварительной и нервной систем	<b>Некоторые эфиры не рекомендованы для внутреннего использования!</b> Антиоксидантное действие, здоровье иммунной системы	<b>Сесквитерпеновые кетоны не рекомендуются для внутреннего применения!</b> Здоровье пищеварительной и нервной систем
Основа эфирных масел	Представители групп		
Монотерпеновая	Лаванда, римская ромашка, бессмертник, туя, грушанка	Кардамон, эвкалипт, розмарин, чайное дерево, мята перечная	Мята колосистая (садовая), укроп, мята перечная, герань и тмин
Сесквитерпеновая	Обычно не встречаются в эфирных маслах	Мирра, ветивер	Нард, ладан
Способы применения	Фенолы	Фенилпропены	
Ингаляционный	Бодрящий аромат	Бодрящий аромат	
Трансдермальный	Мощные очищающие свойства, улучшают состояние кожи	Улучшают состояние кожи	
Внутренний	Антиоксиданты, поддерживают здоровье сердечно-сосудистой, пищеварительной, иммунной, нервной и дыхательной систем	Поддерживают сердечно-сосудистую систему и стимулируют кровообращение	
Основа эфирных масел	Представители групп		
Монотерпеновая	Тимьян, орегано, гвоздика, кора корицы, базилик	Фенхель, мирт, анис, звездчатый анис, базилик	
Сесквитерпеновая	Встречаются редко	–	



Им требуется сила для выживания, которая во многом и заключается в эфирах. Однако получение одновременно дикорастущего и биологически чистого сырья в настоящее время сопряжено с трудностями и не позволяет производить эфирные масла в требующихся масштабах. Поэтому наиболее популярный вариант – эфирные масла биологически чистого качества. Выращивание растений по строгим правилам в экологически благоприятных регионах без применения промышленных средств (пестицидов, инсектицидов и пр.), их правильные сбор и транспортировка позволяют получить чистый, эффективный и удовлетворяющий требованиям ароматерапии продукт.

Для контроля качества могут быть использованы различные подходы и их сочетание:

- органолептический анализ;
- микробиологический тест;
- газовая хроматография;
- масс-спектрометрия;
- инфракрасная спектроскопия с преобразованием Фурье;
- проверка хиральности;
- изотопный анализ;
- проверка на наличие тяжелых металлов и пр.

Все эти методы входят в протокол качества «Стандарт чистого терапевтического класса» (CPTG), который использует для своих эфирных масел крупнейшая на сегодняшний день компания, представленная на российском рынке, – doTerra. Такой подход позволяет исключить попадание к пользователям масел с синтетическими наполнителями, тяжелыми металлами или примесями.

Для результативного применения эфирных масел необходимо понимать их физико-химические свойства и потенциальные эффекты (таблица). Присутствие микрокомпонентов может добавить эфирному маслу полезные свойства, не связанные с основными компонентами, так как благодаря синергии

и взаимодополнению веществ свойства масел могут отличаться от простой суммы свойств компонентов. При этом химический состав зависит от географического положения, сезона и условий сбора. Для того чтобы ознакомиться с качеством и химическим составом (хроматограммой) каждой бутылочки эфирного масла, можно воспользоваться специальным сайтом компании: [sourcetoyou.com/en](http://sourcetoyou.com/en).

## Способы применения

Есть некоторые правила, которые стоит соблюдать независимо от того, какой выбран способ применения эфирных масел. Это позволит повысить их эффективность и снизить риск развития неблагоприятных последствий (рис. 1).

### Ингаляционное применение

Этот способ прост и удобен в использовании. Помогает очистить воздух с помощью диффузора. Создает комфортную обстановку и даже способствует управлению настроением и эмоциями. Можно сразу ощутить преимущества, так как масло быстро и эффективно рассеивается в воздухе.

- одна-две капли на ладони;
- одна капля на 5 м<sup>2</sup> помещения в диффузоре;
- 0,5–1 капля на одежду, волосы, аромакулон и пр.

## **NB!** Эфирные масла запрещено использовать в небулайзерах!\*

\*При попадании в нижние дыхательные пути масла, в том числе эфирные, закупоривают бронхи

### Местное, или трансдермальное, применение

Эффективно воздействует на кожу. Оказывает успокаивающее, согревающее, охлаждающее или заряжающее энергией действие на организм. Эфирные масла хорошо работают при нанесении на кожу в проекции выбранного органа. Например, нанесение эфирного



Рис. 1. Основные правила безопасного применения эфирных масел



масла на низ живота быстро помогает при вздутии, метеоризме. Нанесение эфирного масла на определенные точки оказывает действие на весь организм и способно помочь справиться с вирусной атакой. Возможно воздействие на определенные области тела, органы и системы в зависимости от необходимого эффекта. Одновременно с трансдермальным происходит и ингаляционное воздействие.

#### Внутреннее применение

Помните, что, если даже эфирное масло считается безопасным для внутреннего применения [8, 9], необходимо соблюдать надлежащую дозировку.

**NB!** Есть эфирные масла, которые **НЕ БЕЗОПАСНЫ** при внутреннем применении из-за своего химического профиля.

Это такие масла, как масло туй, дулассии, нарда, кедра, кипариса, грушанки, эвкалипта

На сегодняшний день эффективность эфирных масел в борьбе со многими воспалительными заболеваниями, соматической патологией, а также их благотворное влияние на психоэмоциональное состояние не вызывают сомнений и подтверждается многими специалистами и многочисленными исследованиями [10].

Эфирные масла активно применяют в самых разных отраслях медицины при различных заболеваниях, в том числе и в оториноларингологии. Проверить действие ароматерапии на практике решили на одной из самых распространенных патологий – остром риносинусите. Поскольку каждое эфирное масло уникально по своему составу и воздействию, подобрали наиболее подходящие для составления рецептов и получения выраженного бактерицидного и антисептического, противовирусного и противовоспалительного, а также умеренного иммуномодулирующего действия.

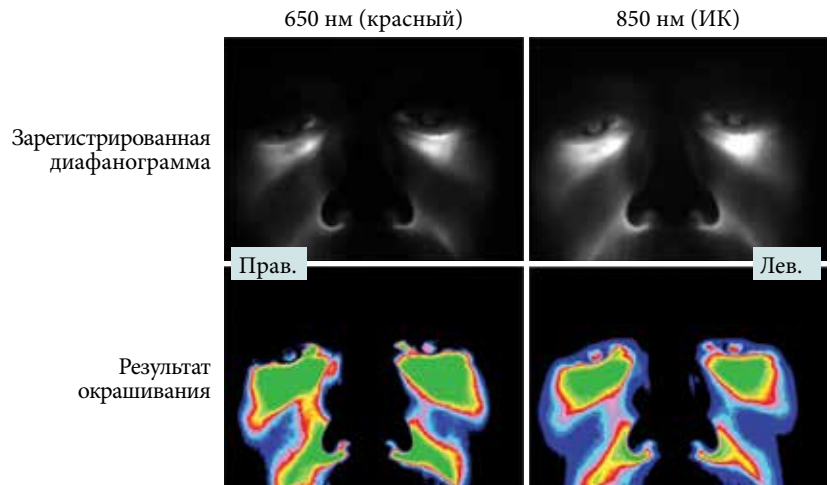
#### Клинический случай

Пациент К. (возраст – 24 года) обратился с жалобами на слабость, утомляемость, головную боль, затруднение носового дыхания, снижение обоняния, обильное слизистое отделяемое из полости носа. Появление данных симптомов отмечает в течение двух дней. Указанные жалобы появились менее чем через сутки после контакта с родственником со схожими симптомами.

*Осмотр:* перкуссия и пальпация стенок пазух носа безболезненны. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон.

*Риноскопия:* нижние носовые раковины умеренно увеличены, сокращаются после анемизации. Слизистая оболочка полости носа гиперемированная, отечная, влажная. В полости носа обильное слизистое отделяемое. Перегородка умеренно S-образно искривлена. Носоглотка свободная.

Выполнена цифровая диафаноскопия (рис. 2), чтобы исключить наличие патологического содержимого в полости верхнечелюстных пазух и необходимости



#### Расчетные параметры

Наименование	650 нм (красный)	850 нм (ИК*)
Параметр интенсивности, отн. ед.	96,27	142,47
Коэффициент асимметрии, отн. ед.		
Решающее правило f:		
f > 0 – присутствие патологии ВЧП	-2,08	-6,52
f < 0 – отсутствие патологии ВЧП		

\*ИК – инфракрасный.

**Заключение:** патология верхнечелюстных пазух отсутствует.

*Рис. 2. Результат цифровой диафаноскопии: прозрачность обеих верхнечелюстных пазух сохранена, патология верхнечелюстных пазух отсутствует*

проведения инвазивных методов лечения и/или назначения системной антибактериальной терапии.

*Поставлен диагноз «острый риносинусит».*

Представленный клинический случай интересен тем, что молодой человек имел некоторые особенности психоэмоциональной сферы и категорически отказался от лечения любыми синтетическими препаратами. В связи с этим было решено провести курс ароматерапии и скорректировать тактику выбранного лечения в зависимости от достигнутых результатов.

Проведено комплексное лечение острого риносинусита:

- Приготовление настоя. Брли базовое масло (25 капель), растворяли в нем по одной капле масла лаванды и чайного дерева, настаивали в течение двух часов. Закапывали по одной капле три-четыре раза в день, смазывали крылья носа и наносили на кожу в проекции верхнечелюстных и лобных пазух в течение семи дней.
- Паровая ингаляция: добавляли в 100 мл горячей воды (85–90 °С) по две капли эфирных масел перечной мяты, лимона, орегано и чайного дерева. Процедуру проводили ежедневно по три-четыре раза в день в течение семи дней.
- Элиминационно-ирригационная терапия стерильным раствором морской воды. По три-четыре капли в каждую половину носа три-четыре раза в день в течение семи дней.
- Деконгестанты на основе ксилометазолина или оксиметазолина по необходимости.

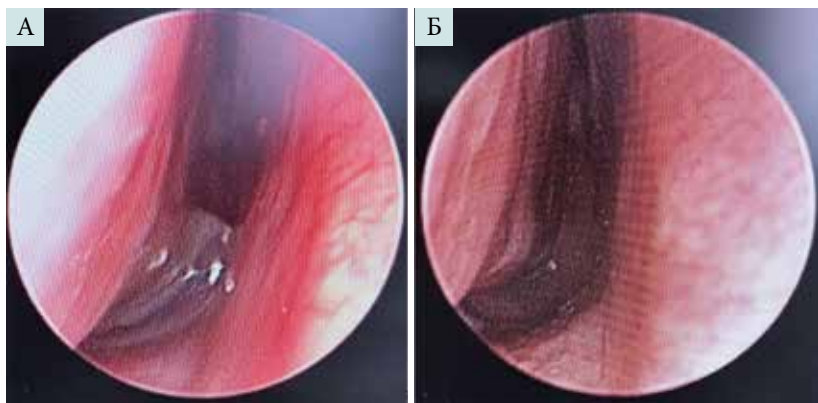


Рис. 3. Эндоскопическое исследование полости носа пациента: А – до терапии; Б – после терапии

Через семь дней пациент был приглашен в центр для контрольного обследования. Активных жалоб не предъявлял. Деконгестантом воспользовался дважды:

по одному применению в первые два дня терапии, далее необходимости в препарате не было. Остальных рекомендаций придерживался в полном объеме.

*Осмотр:* перкуссия и пальпация стенок пазух носа безболезненны. Носовое дыхание свободное.

*Риноскопия:* нижние носовые раковины не увеличены. Слизистая оболочка полости носа бледно-розовая, влажная. Перегородка умеренно S-образно искривлена. Носоглотка свободная (рис. 3).



На сегодняшний день ароматерапия имеет научное обоснование, наращивает подтверждение своей эффективности не только в частных случаях, но и в скрупулезно выполненных клинических исследованиях. Нет нужды категорично выбирать из традиционной и альтернативной медицины одну и полностью отрицать другую. Можно эффективно сочетать их в своей практике для лечения и профилактики различных заболеваний и неблагоприятных состояний. ☺

## Литература

1. Vora L.K., Gholap A.D., Hatvate N.T., et al. Essential oils for clinical aromatherapy: A comprehensive review. *J. Ethnopharmacol.* 2024; 330: 118–180.
2. Farrar A.J., Farrar F.C. Clinical Aromatherapy. *Nursing Clinics of North America.* 2020; 55 (4): 489–504.
3. Gattefosse R.M. Gattefosse's aromatherapy. Random House, 2012; 163.
4. Боду Д. Ароматерапия. Лечение эфирными маслами. М.: Планета Ароматика, 2022. 248.
5. Bensouilah J. The history and development of modern-British aromatherapy. *Int. J. Aromather.* 2005; 15 (3): 134–140.
6. Федотов С.В. О мифотворчестве и нескольких фактах появления терминов «ароматерапия» и «фитонциды» // Аромакоррекция психофизического состояния человека. Материалы V Международной научно-практической конференции (Ялта, 27–29 октября 2015). 2015: 84–93.
7. Dhifi W., Bellili S., Jazi S., et al. Essential oils' -chemical characterization and investigation of some biological activities: A critical review. *Medicines.* 2016; 3 (4): 25.
8. Doukas D.J., McCullough L.B., Wear S., Flexner R. Re-visioning Flexner: educating physicians to be clinical scientists and humanists. *Am. J. Med.* 2010; 123: 1155–1156.
9. Horrigan B., Lewis S., Abrams D.I., Pechura C. Integrative medicine in America – how integrative medicine is being practiced in clinical centers across the United States. *Glob. Adv. Health Med.* 2012; 1 (3): 18–94.
10. Шутова С.В. Ароматерапия: физиологические эффекты и возможные механизмы (обзор литературы). *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье.* 2020; 2: 57–70.

## The Use of Essential Oils in Combination Therapy of Rhinosinusitis

Yu.O. Nikolaeva, A.V. Ovchinnikova

*Russian University of Medicine*

Contact person: Anna V. Ovchinnikova, hypermetropia@mail.ru

*The healing properties of plants and their esters were known to all the peoples of ancient civilizations and are successfully used to this day. Ancient and modern scientists, as well as practitioners, noted the benefits of essential oils, developed phyto- and aromatherapy, and discovered new ways to use essential oils. Even today, interest in essential oils and aromatherapy has not faded, and the increase in the number of works devoted to the effectiveness of this type of therapy illustrates the growing interest of the medical community in complementary medicine and the relevance of this field of knowledge. This article will discuss the possibilities and ways of using essential oils in the treatment of various conditions and diseases. In addition, here is a clinical case study that proves that it is possible to effectively combine both traditional and alternative medicine for the treatment and prevention of various diseases and adverse conditions.*

**Keywords:** aromatherapy, essential oils, antiviral effect, complementary medicine, esters, acute rhinosinusitis



Первый Санкт-Петербургский  
государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова



**Глубокоуважаемые коллеги!**

Приглашаем Вас принять участие  
во Второй научно-практической конференции с международным участием

# «Университетская медицина в оториноларингологии: междисциплинарные вопросы»

**27–28 марта 2025 года**

## Формат проведения

очный, с онлайн трансляцией на сайте  
[congress.1spbgtmu.ru](http://congress.1spbgtmu.ru)

## Место проведения

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России  
Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8,  
корпус № 4, 1 этаж, конгресс центр

## Целевая аудитория конференции

- оториноларингологи
- сурдологи-оториноларингологи
- онкологи
- нейрохирурги
- офтальмологи
- рентгенологи
- хирурги-стоматологи
- челюстно-лицевые хирурги
- педиатры
- врачи-рентгенологи
- врачи-сомнологи
- врачи общей практики

*Планируется подача заявки на аккредитацию  
в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов  
для НМО на соответствие установленным требованиям  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**Регистрация доступна на сайте [congress.1spbgtmu.ru](http://congress.1spbgtmu.ru)**

**Будем рады видеть Вас!**





# Подводные рифы медикаментозного ринита

А.Ю. Овчинников, Н.А. Мирошниченко, Ю.О. Николаева, Е.М. Хон,  
А.В. Бакотина

Адрес для переписки: Андрей Юрьевич Овчинников, lorent1@mail.ru

Для цитирования: Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. Подводные рифы медикаментозного ринита. Эффективная фармакотерапия. 2025; 25 (5): 12–18.

DOI: 10.33978/2307-3586-2025-25-5-12-18

*Медикаментозный ринит – это заболевание, спровоцированное длительным применением лекарственных средств. Критерии определения у пациента медикаментозного ринита: сбор анамнеза, который показывает, что причиной заболевания может стать длительное применение лекарственных препаратов, прежде всего деконгестантов, а также других веществ. Кроме того, фиксируют наличие постоянной назальной обструкции, уменьшение отека слизистой оболочки полости носа при воздействии сосудосуживающих средств. Сегодня у медикаментозного ринита нет клинических рекомендаций, нет четкого определения понятия, нет единой теории патогенеза.*

*Однако есть пациенты, которых, по подсчетам специалистов, 6,7–8,5% от всего населения, требующие помощи и лечения. Кроме того, в последнее время данная патология значительно помолодела. Постоянное использование деконгестантов отмечается не только у взрослых, но и у подростков и даже детей. Длительность использования сосудосуживающих капель колеблется от нескольких месяцев до нескольких десятилетий.*

*Часть пациентов требуют хирургического лечения, но других можно вести консервативно с положительной динамикой. Однако все еще очень ограничен выбор препаратов, которые могут помочь врачу в борьбе с изменениями слизистой оболочки при медикаментозном рините. Для оценки эффективности применения препарата Эуфорбиум композитум Назентропфен С спрей назальный у пациентов с медикаментозным ринитом на кафедре оториноларингологии Российского университета медицины было проведено простое открытое неинтервенционное сравнительное проспективное наблюдательное исследование.*

*Анализ данных, полученных при проведении наблюдательного исследования, продемонстрировал, что наибольшую эффективность в купировании назальной обструкции, улучшении носового дыхания и снижении нагрузки деконгестантами (либо полном отказе от применения данной группы препаратов) оказывает комбинированная терапия: Эуфорбиум композитум Назентропфен С спрей назальный + Мометазона фууроат спрей. Монотерапия Эуфорбиумом композитумом Назентропфеном С спреем назальным имела несколько меньшую эффективность, однако также позволила достичь положительной динамики в исследуемой группе пациентов.*

**Ключевые слова:** медикаментозный ринит, хронический ринит, деконгестанты, консервативное лечение, интраназальные глюкокортикостероиды, спрей назальный, Эуфорбиум композитум Назентропфен С

## Введение

Медицина достаточно точная наука, поэтому любую патологию специалисты досконально изучают и классифицируют. Но есть заболевания, которые часто встречаются на амбулаторном приеме, в клинике, при этом не подходят под рубрику Международной

классификации болезней. Также до конца не изучены их этиология и патогенез [1–3], поэтому тактика лечения четко не определена. К таким патологиям относится медикаментозный ринит. Среди населения он определяется как зависимость от капель, хронический насморк. Согласно современной научной концепции,



медикаментозный ринит – это заболевание, спровоцированное длительным применением лекарственных средств [4], не обязательно деконгестантов и даже не обязательно топических. Критерии установления у пациента медикаментозного ринита были сформулированы J.S. Walker еще в 1952 г. и с тех пор не претерпели изменений. Это сбор анамнеза, а именно:

- история длительного применения лекарственных препаратов, прежде всего деконгестантов;
- включение других веществ, которые также могли стать причиной заболевания;
- наличие постоянной назальной обструкции;
- уменьшение отека слизистой оболочки полости носа при воздействии сосудосуживающих средств [5].

И в итоге исследователи пришли к выводу, что у медикаментозного ринита нет клинических рекомендаций, нет четкого определения понятия, нет единой теории патогенеза.

Кроме того, в последнее время данная патология значительно помолодела. Постоянное использование деконгестантов отмечается не только у взрослых, но и у подростков и даже детей. Длительность использования сосудосуживающих капель колеблется от нескольких месяцев до нескольких десятилетий [6–9]. При формировании гипертрофического ринита, выраженного искривления перегородки носа и других отягчающих состояние изменений таким пациентам показано хирургическое лечение. В остальных случаях следует вести пациентов консервативно с положительным эффектом. Но терапия медикаментозного ринита все равно остается крайне сложной задачей, поскольку самостоятельное восстановление слизистой оболочки является продолжительным процессом [10], и пациенты, отказывающиеся от использования сосудосуживающих препаратов, как правило, плохо переносят этот период. Золотым стандартом лечения пока остаются интраназальные глюкокортикостероиды [11]. Кто-то дополняет их применением гипертонических или изотонических растворов морской воды, иногда с добавлением декспантенола или других препаратов, участвующих в восстановлении слизистой оболочки. Однако поиск средств, помогающих добиться главной цели консервативной терапии медикаментозного ринита – уменьшения жалоб при сохранении функции – остается актуальной задачей для оториноларингологов на сегодняшний день.

*Цель* – для оценки эффективности применения препарата Эуфорбиум композитум Назентропфен С спрей назальный у пациентов с медикаментозным ринитом на кафедре оториноларингологии Российского университета медицины Минздрава России было проведено проспективное наблюдательное исследование.

## Материал и методы

В исследование вошли три клинические группы. Пациенты первой группы ( $n = 10$ ) получали Эуфорбиум композитум Назентропфен С спрей назальный по две дозы в каждую половину полости носа пять раз в день в течение 14 дней + Оксиметазолин спрей по две дозы в каждую половину полости носа по необходимости.

Пациенты второй группы ( $n = 10$ ) получали Мометазона фуруат по две дозы в каждую половину полости носа два раза в день в течение 14 дней + Оксиметазолин спрей по две дозы в каждую половину полости носа по необходимости.

Пациенты третьей группы ( $n = 10$ ) получали Эуфорбиум композитум Назентропфен С спрей назальный по две дозы в каждую половину носа пять раз в день в течение 14 дней + Мометазона фуруат по две дозы в каждую половину полости носа два раза в день + Оксиметазолин спрей по две дозы в каждую половину носа по необходимости.

Оценка динамики носового дыхания и применения деконгестанта проводилась в следующие дни терапии: 0 (1), 3, 7, 14. На второй день для контроля результатов с пациентом проводили беседу по телефону. Субъективная оценка носового дыхания проводилась по 4-балльной шкале, где 0 – свободное носовое дыхание, а 3 – тяжелая назальная обструкция. Для объективного подтверждения субъективной оценки выполнялась передняя активная риноманометрия (ПАРМ) и учитывались результаты суммарного носового сопротивления и суммарного носового потока на вдохе и на выдохе.

Субъективная и объективная оценка носового дыхания выполнялась утром до применения любых исследуемых препаратов. Пациенты самостоятельно в течение дня заполняли дневники самонаблюдения с отметками о кратности и длительности приема деконгестантов.

## Результаты

В первой группе (Эуфорбиум композитум Назентропфен С) во время визита в первый в день 0 (1) наблюдались следующие клинические признаки:

- восемь пациентов отметили свое носовое дыхание как умеренно затрудненное (2 балла);
- два пациента – как тяжелую назальную обструкцию (3 балла).

Ко второму визиту в день  $3 \pm 1$  эти показатели в данной группе сохранялись, а во время третьего визита в день  $7 \pm 1$  у пациентов уже была отмечена положительная динамика:

- три человека оценили носовое дыхание как незначительно затрудненное (1 балл);
- шесть человек – как умеренно затрудненное (2 балла);
- только у одного пациента сохранилась тяжелая назальная обструкция (3 балла).

К четвертому визиту результаты были такими:

- шесть пациентов – незначительно затрудненное дыхание (1 балл);
- трое – умеренно затрудненное (2 балла);
- один пациент – тяжелое дыхание (3 балла).

К моменту пятого (телефонного) контакта с врачом в день  $21 \pm 2$  четыре пациента первой группы отмечали назальную обструкцию легкой степени (1 балл), пять пациентов – средней степени (2 балла), один пациент испытывал тяжелую обструкцию (3 балла).

Результаты объективной оценки носового дыхания с помощью объективной риноманометрии на первом



визите в день 0 (1) продемонстрировали, что у пациентов первой группы назальная обструкция соответствовала референсным значениям от умеренной до сильной, что подтверждало субъективную оценку.

Ко второму визиту в день  $3 \pm 1$  показатели ПАРМ улучшились, хотя все еще сохранялись в пределах от умеренной до тяжелой обструкции. Однако к третьему визиту в день  $7 \pm 1$  у части пациентов на фоне общей положительной динамики были отмечены результаты, соответствующие слабой назальной обструкции, что также подтверждала субъективная оценка самих пациентов.

Во время четвертого визита в день  $14 \pm 2$  сохранялась положительная динамика по показателям ПАРМ.

Пациенты первой группы в день 0 (1) применяли деконгестанты два – шесть раз в сутки. На втором визите в день  $3 \pm 1$  общая кратность была такой же, однако отдельные пациенты уменьшили использование деконгестантов до одного-двух раз в сутки.

Во время третьего визита в день  $7 \pm 1$  частота применения деконгестантов в группе составляла один – три раза в сутки, а во время четвертого визита в день  $14 \pm 2$  частота применения составила ноль – три раза. Во время пятого (телефонного) контакта с врачом в день  $21 \pm 2$  пациенты первой группы указывали на применение деконгестантов от одного до трех раз в сутки (рис. 1).

Во второй группе (Мометазона фураат) во время первого визита к врачу в день 0 (1) семь пациентов отметили, что их носовое дыхание умеренно затруд-



Рис. 1. Частота применения деконгестантов в первой группе (Эуфорбиум композитум Назентропфен С) в период наблюдения (n = 10)

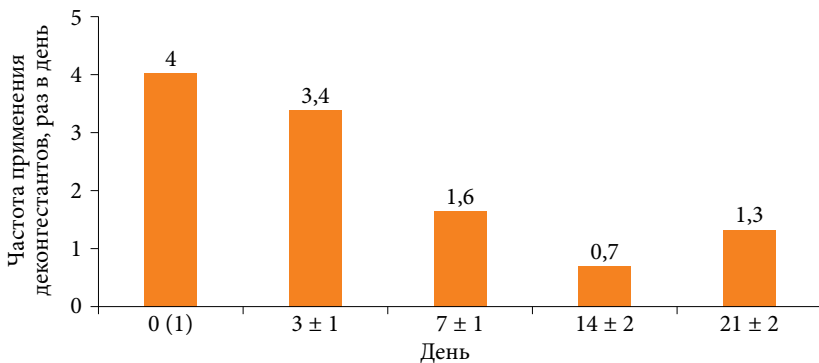


Рис. 2. Частота применения деконгестантов во второй группе (Мометазона фураат) в период наблюдения (n = 10)

ненное (2 балла), три пациента назвали свое дыхание тяжелой назальной обструкцией (3 балла).

Ко второму визиту в день  $3 \pm 1$  у двух пациентов отмечена положительная динамика: умеренно затрудненное дыхание отмечали уже девять пациентов (2 балла), у одного сохранялась тяжелая обструкция (3 балла).

К третьему визиту в день  $7 \pm 1$  легкая назальная обструкция (1 балл) отмечена у двух пациентов, у семи сохранялось умеренно затрудненное носовое дыхание (2 балла) и один пациент страдал тяжелой назальной обструкцией (3 балла).

К четвертому визиту в день  $14 \pm 2$  один пациент отмечал свое дыхание как свободное (0 баллов), три пациента – как незначительно затрудненное (1 балл), пятеро – как умеренное (2 балла) и один пациент продолжал страдать тяжелой обструкцией (3 балла).

После окончания терапии во время пятого контрольного контакта с врачом в день  $21 \pm 2$  четыре пациента оценивали свое дыхание как незначительно затрудненное (1 балл) и шесть пациентов – как умеренно затрудненное (2 балла).

Результаты объективной оценки носового дыхания с помощью передней активной риноманометрии на первом визите в день 0 (1) продемонстрировали, что у пациентов второй группы назальная обструкция соответствовала значениям от умеренной до сильной, что подтверждало субъективную оценку, и во время второго визита в день  $3 \pm 1$  такие показатели ПАРМ сохранялись.

На третьем визите в день  $7 \pm 1$  показатели были в пределах легкой и умеренной назальной обструкции.

Как показал четвертый визит в день  $14 \pm 2$  согласно ПАРМ, отмечена продолжающаяся положительная динамика и уже у трех пациентов данные соответствовали легкой обструкции, а у двух – умеренной.

Пациенты второй группы в день 0 (1) применяли деконгестанты два – шесть раз в сутки. На втором визите в день  $3 \pm 1$  кратность приема была такой же, как и на первом визите, на третьем визите в день  $7 \pm 1$  частота применения деконгестантов составляла один – три раза в сутки.

К четвертому визиту в день  $14 \pm 2$  пациенты пользовались сосудосуживающими препаратами ноль – два раза в сутки.

При контроле во время телефонного разговора в день  $21 \pm 2$  пациенты отметили, что использовали деконгестанты всего один-два раза в сутки (рис. 2).

В третьей группе (Эуфорбиум композитум Назентропфен С + Мометазона фураат) на первом визите в день 0 (1) пациенты так охарактеризовали свое состояние:

- пятеро назвали свое носовое дыхание умеренно затрудненным (2 балла);
  - пятеро – как тяжелую назальную обструкцию (3 балла).
- Ко второму визиту в день  $3 \pm 1$  ситуация была такая:
- у шести пациентов отмечено незначительно затрудненное носовое дыхание (1 балл);
  - у двух – умеренно затрудненное (2 балла);
  - еще у двух – тяжелое дыхание (3 балла).





К третьему визиту в день  $7 \pm 1$  у пациентов отмечена положительная динамика:

- свободное носовое дыхание (0 баллов) – у одного пациента;
- легкая назальная обструкция (1 балл) – у шести;
- умеренно затрудненное носовое дыхание (2 балла) сохранялось у двоих;
- тяжелое дыхание (3 балла) – у одного пациента.

Во время четвертого визита в день  $14 \pm 2$ :

- три пациента охарактеризовали носовое дыхание как свободное (0 баллов);
- пятеро – как легкую назальную обструкцию (1 балл);
- два пациента – как умеренную назальную обструкцию (2 балла).

В результате контрольного, пятого контакта с врачом (телефонный разговор) в день  $21 \pm 2$  отмечено сохранение достигнутых результатов на основании субъективной оценки носового дыхания.

Результаты объективной оценки носового дыхания с помощью передней активной риноманометрии на первом визите в день 0 (1) продемонстрировали, что у пациентов третьей группы назальная обструкция соответствовала референсным значениям от умеренной до сильной, что подтверждало субъективную оценку.

Ко второму визиту в день  $3 \pm 1$  показатели ПАРМ соответствовали назальной обструкции от слабой до тяжелой. На третьем визите в день  $7 \pm 1$  показатели сохранялись в пределах достигнутых значений.

На четвертом визите в день  $14 \pm 2$  данные ПАРМ были в пределах свободного носового дыхания,

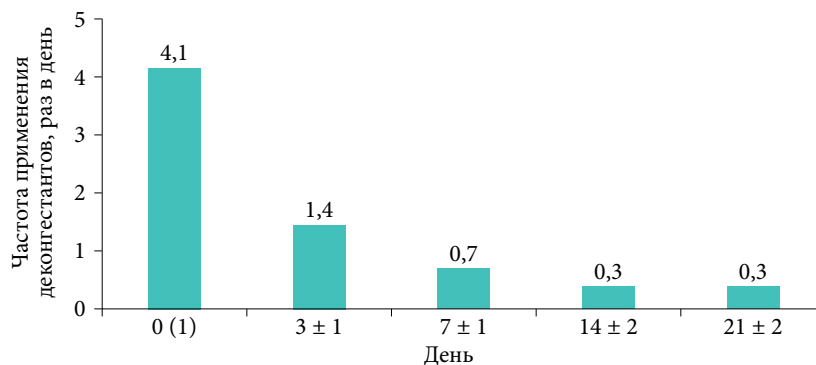


Рис. 3. Частота применения деконгестантов в третьей группе (Эуфорбиум композитум Назентропфен С + Мометазона фуорат) в период наблюдения ( $n = 10$ )

у части – в пределах слабой и умеренной назальной обструкции.

В день 0 (1) пациенты третьей группы применяли деконгестанты два – семь раз в сутки. На втором визите в день  $3 \pm 1$  кратность составляла один – четыре раза, на третьем визите в день  $7 \pm 1$  – один – три раза в сутки. К четвертому визиту в день  $14 \pm 2$  четыре пациента отказались от применения сосудосуживающих препаратов и одному потребовалось однократное их использование в течение дня. На пятом визите в день  $21 \pm 2$  такие результаты сохранялись (рис. 3).

Для большей наглядности и удобства сравнения между группами был проведен анализ субъективной оценки носового дыхания в зависимости от варианта терапии (табл. 1).

Таблица 1. Анализ субъективной оценки носового дыхания в зависимости от варианта терапии ( $n = 30$ )

Показатель	Категория	Вариант лечения		
		1-я группа ( $n = 10$ )	2-я группа ( $n = 10$ )	3-я группа ( $n = 10$ )
Субъективная оценка носового дыхания, день 0 (1)	Свободное носовое дыхание	0	0	0
	Легкая назальная обструкция	0	0	0
	Умеренная назальная обструкция	8	7	5
	Тяжелая назальная обструкция	2	3	5
Субъективная оценка носового дыхания, день $3 \pm 1$	Свободное носовое дыхание	0	0	0
	Легкая назальная обструкция	0	0	6
	Умеренная назальная обструкция	8	9	2
	Тяжелая назальная обструкция	2	1	2
Субъективная оценка носового дыхания, день $7 \pm 1$	Свободное носовое дыхание	0	0	1
	Легкая назальная обструкция	3	2	6
	Умеренная назальная обструкция	6	7	2
	Тяжелая назальная обструкция	1	1	1
Субъективная оценка носового дыхания, день $14 \pm 2$	Свободное носовое дыхание	0	1	3
	Легкая назальная обструкция	6	3	5
	Умеренная назальная обструкция	3	5	2
	Тяжелая назальная обструкция	1	1	0
Субъективная оценка носового дыхания, день $21 \pm 2$	Свободное носовое дыхание	0	0	3
	Легкая назальная обструкция	4	4	5
	Умеренная назальная обструкция	5	6	2
	Тяжелая назальная обструкция	1	0	0



Таблица 2. Анализ СНП на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (n = 30)

Показатель	Вариант лечения	Среднее значение	n
СНП на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 0 (1), мл/с	1-я группа	403	10
	2-я группа	360	10
	3-я группа	342	10
СНП на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 3 ± 1, мл/с	1-я группа	416	10
	2-я группа	392	10
	3-я группа	480	10
СНП на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 7 ± 1, мл/с	1-я группа	474	10
	2-я группа	469	10
	3-я группа	576	10
СНП на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 14 ± 1, мл/с	1-я группа	554	10
	2-я группа	541	10
	3-я группа	680	10

Таблица 3. Анализ СНС на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (n = 30)

Показатель	Вариант лечения	Среднее значение	n
СНС на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 0 (1), мл/с	1-я группа	0,39	10
	2-я группа	0,44	10
	3-я группа	0,47	10
СНС на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 3 ± 1, мл/с	1-я группа	0,38	10
	2-я группа	0,40	10
	3-я группа	0,35	10
СНС на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 7 ± 1 (мл/с)	1-я группа	0,36	10
	2-я группа	0,33	10
	3-я группа	0,29	10
СНС на вдохе при давлении 150 Па, визит в день 14 ± 1, мл/с	1-я группа	0,29	10
	2-я группа	0,28	10
	3-я группа	0,23	10

Таблица 4. Анализ СНП на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (n = 30)

Показатель	Вариант лечения	Среднее значение	n
СНП на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 0 (1), мл/с	1-я группа	403	10
	2-я группа	356	10
	3-я группа	345	10
СНП на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 3 ± 1, мл/с	1-я группа	444	10
	2-я группа	407	10
	3-я группа	495	10
СНП на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 7 ± 1, мл/с	1-я группа	473	10
	2-я группа	470	10
	3-я группа	586	10
СНП на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 14 ± 1, мл/с	1-я группа	566	10
	2-я группа	509	10
	3-я группа	695	10

Таблица 5. Анализ СНС на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (n = 30)

Показатель	Вариант лечения	Среднее значение	n
СНС на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 0 (1), мл/с	1-я группа	0,39	10
	2-я группа	0,43	10
	3-я группа	0,48	10
СНС на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 3 ± 1, мл/с	1-я группа	0,36	10
	2-я группа	0,40	10
	3-я группа	0,35	10
СНС на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 7 ± 1, мл/с	1-я группа	0,36	10
	2-я группа	0,33	10
	3-я группа	0,28	10
СНС на выдохе при давлении 150 Па, визит в день 14 ± 1, мл/с	1-я группа	0,29	10
	2-я группа	0,31	10
	3-я группа	0,23	10

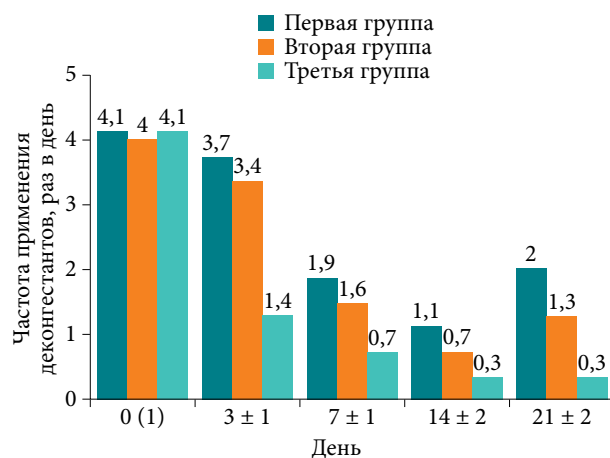


Рис. 4. Частота применения деконгестантов в зависимости от варианта терапии в период наблюдения (n = 30)

Авторы выполнили анализ суммарного носового потока (СНП) на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 2), проанализировали суммарное носовое сопротивление (СНС) на вдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 3).

Далее выполнили анализ СНП на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 4) и анализ СНС на выдохе при давлении 150 Па в зависимости от варианта терапии (табл. 5).

Также были проанализированы частота и длительность применения деконгестантов в зависимости от терапии (рис. 4).

### Заключение

Анализ данных, полученных при проведении наблюдательного исследования, продемонстрировал, что наибольшую эффективность в купировании назальной обструкции, улучшении носового дыхания и снижении нагрузки деконгестантами (либо полном отказе от применения данной группы препаратов) оказывает комбинированная терапия: Эуфорбиум композитум Назентропфен С спрей назальный + Мометазона фуолат спрей. Монотерапия препаратом Эуфорбиум композитум Назентропфен С спрей назальный имела эффективность, сравнимую с группой Мометазона, однако также позволила достичь положительной динамики в исследуемой группе пациентов.

Таким образом, спрей Эуфорбиум композитум Назентропфен С может быть рекомендован к применению при медикаментозном рините как монотерапия в качестве альтернативы применению ГКС (например, при наличии противопоказаний к их использованию), а также в комплексной терапии с препаратами ГКС для повышения эффективности лечения. ☺

# ДЛЯ СЛИЗИСТОЙ НОСА при рините и синусите

## Эуфорбиум®



### Поддержка функции слизистой оболочки носа

Благодаря противовирусным и противовоспалительным свойствам, Эуфорбиум композитум® Назентропфен С, способствует восстановлению нормального функционирования слизистой оболочки<sup>1-4</sup>.



### Противовоспалительное действие<sup>4</sup>

Компоненты Эуфорбиум композитум® Назентропфен С влияют на выработку как противовоспалительных (ИФН-у, ФНО-а), так и противовоспалительных (ИЛ-10) медиаторов иммунной системы.



### Ингибирование репликации вирусов<sup>1-3</sup>

- Может воздействовать на ряд вирусов, являющихся распространенными причинами инфекций верхних дыхательных путей РСВ, ВПГ-1, вирус парагриппа - 2.
- Показано влияние на активность РВЧ и вируса гриппа А.



Может применяться для детей с 4 лет<sup>5</sup>, не вызывает привыкания<sup>4</sup>.



Реклама

РВЧ - риновирус человека

ВПГ - вирус простого герпеса

РСВ - респираторно-синцициальный вирус ИФН-у - интерферон-гамма

ФНО-а-фактор некроза опухоли ИЛ-10 - интерлейкин-10

1. Glatthaar-Saalmuller B. Forschende Komplementarmedizin und Klass Naturheilkd. 2001.

2. Glatthaar-Saalmuller B, et al. Biol Medizin. 2

3. Metelmann H, et al. Biomed Ther. 2000.

4. Schmolz M, et al. Biomedical Therapy, 1999 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Эуфорбиум композитум® Назентропфен С спрей назальный гомеопатический ЛП-№(000283)-(РГ-Ви) от 18.06.2021



С полной инструкцией по медицинскому применению можно ознакомиться на сайте [www.heel-russia.ru](http://www.heel-russia.ru)

ООО «Хеель РУС» 125040, г. Москва, Ленинградский проспект, дом 15, стр.12, этаж 3, помещение IV, комнаты №2-4.  
[www.traumeel.ru](http://www.traumeel.ru), [www.heel-doctor.ru](http://www.heel-doctor.ru)

RU-MED.HCP.Euph.02.28062022

## -Heel

Healthcare designed by nature

# МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



## Литература

1. Ramey J.T., Bailen E., Lockey R.F. Rhinitis medicamentosa. J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2006; 16 (3): 148–155.
2. Lockey R.F. Rhinitis medicamentosa and the stuffy nose. J. Allergy. Clin. Immunol. 2006; 118 (5): 1017–1018.
3. Graf P., Hallén H. Effect on the nasal mucosa of long-term treatment with oxymetazoline, benzalkonium chloride, and placebo nasal sprays. Laryngoscope. 1996; 106 (5): 605–609.
4. Шиленкова В.В. Медикаментозный ринит: вопросы и ответы. Медицинский совет. 2017; 8: 112–115.
5. Walker J.S. Rhinitis medicamentosa. J. Allergy. 1952, 23 (2): 183–186.
6. Graf P. Rhinitis medicamentosa: Aspects of pathophysiology and treatment. Allergy. 1997; 52: 28–34.
7. Fleece L., Mizes J.S., Jolly P.A., Baldwin R.L. Rhinitis medicamentosa. Conceptualization, incidence, and treatment. Ala. J. Med. Sci. 1984; 21 (2): 205–208.
8. Archontaki M., Symvoulakis E.K., Hajioannou J.K., et al. Increased frequency of rhinitis medicamentosa due to media advertising for nasal topical decongestants. B-ENT. 2009; 5 (3): 159–162.
9. Toohill R.J., Lehman R.H., Grossman T.W., et al. Rhinitis medicamentosa. Laryngoscope. 1981; 91 (10): 1614–1621.
10. Кунельская Н.Л., Царапкин Г.Ю., Артемьев М.Е. и др. Медикаментозный ринит. РМЖ. 2013; 11: 558.
11. Крюков А.И., Туровский А.Б., Колбанова И.Г. и др. Медикаментозный ринит – предотвратимое заболевание. Медицинский совет. 2019; (20): 27–30.

### Underwater Reefs of Drug-Induced Rhinitis

A.Yu. Ovchinnikov, N.A. Miroshnichenko, Yu.O. Nikolaeva, E.M. Khon, A.V. Bakotina

*Russian University of Medicine*

Contact person: Andrey Yu. Ovchinnikov, lorent1@mail.ru

*Drug-induced rhinitis is a disease caused by prolonged use of medications. Criteria for determining a patient's medical rhinitis: collection of an anamnesis, which shows that the cause of the disease may be prolonged use of medications, primarily decongestants, as well as other substances. In addition, the presence of permanent nasal obstruction is recorded, a decrease in swelling of the nasal mucosa when exposed to vasoconstrictors. Today, medical rhinitis has no clinical recommendations, there is no clear definition of the concept, and there is no unified theory of pathogenesis.*

*However, there are patients, of whom experts estimate 6,7–8,5% of the total population, who require help and treatment. In addition, this pathology has recently become much younger. The constant use of decongestants is noted not only in adults, but also in adolescents and even children. The duration of use of vasoconstrictor drops ranges from several months to several decades. Some patients require surgical treatment, but others can be managed conservatively with positive dynamics. However, there is still a very limited choice of medications that can help the doctor in combating mucosal changes in rhinitis. To evaluate the effectiveness of using Euphorbium compositum Nazentropfen with nasal spray in patients with drug-induced rhinitis, a simple open-label, non-interventional, comparative prospective observational study was conducted at the Department of Otorhinolaryngology at the Russian University of Medicine. An analysis of the data obtained during an observational study demonstrated that combination therapy: Euphorbium compositum Nazentropfen With nasal spray + Mometasone furoate spray has the greatest effectiveness in relieving nasal obstruction, improving nasal breathing and reducing the load of decongestants (or completely abandoning the use of this group of drugs). Monotherapy with Euphorbium compositum Nazentropfen with nasal spray was somewhat less effective, but it also allowed to achieve positive dynamics in the study group of patients.*

**Keywords:** *drug-induced rhinitis, chronic rhinitis, decongestants, conservative treatment, intranasal glucocorticosteroids, nasal spray, Euphorbium compositum Nazentropfen with C*

РОССИЙСКОЕ  
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО



актуальные вопросы  
**эндоскопии**  
Санкт-Петербург



16-я научно-практическая конференция

# ЭНДОСКОПИЯ

будущее медицины

26 – 29  
марта 2025

Санкт-Петербург  
ГОСТИНИЦА  
«Московские ворота»

[rusendo.ru](http://rusendo.ru)  
#ЭНДОСКОПИЯ♥



# Роль пробиотической терапии в купировании и предотвращении аденоидита у детей

А.Ю. Овчинников, Н.А. Мирошниченко, Ю.О. Николаева, С.С. Егиян,  
Л.В. Акопян

Адрес для переписки: Андрей Юрьевич Овчинников, lorent1@mail.ru

Для цитирования: Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. Роль пробиотической терапии в купировании и предотвращении аденоидита у детей. Эффективная фармакотерапия. 2025; 25 (5): 20–26.

DOI: 10.33978/2307-3586-2025-25-5-20-26

*В детском возрасте несовершенство местных и общих факторов защиты организма способствует формированию хронической патологии лор-органов. Так, например, более трети детей в возрасте до семи лет страдают от сочетания гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита. В последние годы перспективным и эффективным направлением является использование пробиотиков при многих патологиях.*

*В оториноларингологии хорошо зарекомендовал себя пробиотик для полости рта, содержащий в составе стрептококки саливариус (*S. salivarius*), вырабатывающие саливарцины, которые успешно восстанавливают нормобиоз в носо- и ротоглотке.*

*Клинические исследования подтверждают его реальную работу при различных патологиях. Известны также зарубежные исследования о его действенном применении у часто болеющих детей. На кафедре оториноларингологии Российского университета медицины Минздрава России решили определить эффективность его применения у детей с хроническим аденоидитом. Для этого было проведено наблюдательное исследование в группе из 50 пациентов.*

*Критериями оценки стали результаты субъективных и объективных данных, эндоскопического осмотра носоглотки, микробиологического исследования мазка из носоглотки, тимпано- и аудиометрии. За прошедшее время по заключению тимпанометрии и аудиометрии у 12 пациентов отмечена положительная динамика, за прошедшее время их не беспокоили клинические проявления аденоидита.*

*При анализе посевов мазков из ротоглотки на первом визите рост патогенной микрофлоры не выявлен у трех пациентов, ко второму визиту количество таких пациентов составило восемь. При этом за прошедшие три месяца отмечено снижение количества патогенных возбудителей при бактериологическом исследовании, частично удалось достичь эрадикации бактерий в этиологически значимых количествах. И в то же время выросло число пациентов с нормальной микрофлорой глотки.*

**Ключевые слова:** микробиота, пробиотик, аденоидит, аденоиды, *S. salivarius*, Бактоблосс



## Введение

Существует много понятий и выражений, связанных с детством, но, к сожалению, кроме «счастливого детства» на ум приходит и выражение: «сопливое детство». Часто болеющие дети или дети с аденоидами относятся к этой категории. Однако в ряде речь идет об одном и том же ребенке.

Гипертрофия аденоидов (ГА) – это увеличение размера глоточной миндалины, сопровождающееся стойким затруднением носового дыхания, а также прочими осложнениями: различными формами obstructивных нарушений сна, экссудативным средним отитом, деформацией лицевого скелета и др. (Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России).

Обзор современной научной литературы подтвердил факт, что в детском возрасте несовершенство местных и общих факторов защиты организма способствует формированию хронической патологии лор-органов. Так, например, более трети детей в возрасте до семи лет страдают от сочетания гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита [1, 2]. Активное участие глоточной миндалины в онтогенетическом становлении иммунитета определяет необходимость бережного отношения к органу [2, 3]. Это в свою очередь определяет значимость качественной и своевременной диагностики аденоидита и точного выбора тактики ведения больного [4].

Множество исследований доказало, что воздействие желудочного сока вследствие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни может способствовать гипертрофии аденоидов, особенно у новорожденных и детей младшего возраста.

Также существует устойчивое равновесие между естественной флорой носоглоточной миндалины и иммунным ответом, однако оно может быть нарушено при рецидивирующих вирусных и бактериальных инфекциях и колонизации патогенными микроорганизмами. Постоянные инфекции или аллергические реакции, поражающие верхние дыхательные пути, порой приводят к гипертрофическим процессам. Чаще всего из тканей аденоидов выделяют следующие бактерии: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus aureus*. При хронических инфекциях присутствуют и анаэробные бактерии [5].

В последние годы перспективным и эффективным направлением стало использование пробиотиков при многих патологиях. В основном применяют кишечные пробиотики, которые оказывают благоприятное воздействие на организм в целом.

Революция в оториноларингологии произошла после появления пробиотика для полости рта Бактоблис. Содержащиеся в препарате стрептококки саливариус, вырабатывающие саливарцины, успешно восстанавливают нормобиоз в носо- и ротоглотке. Клинические исследования подтверждают его реальную работу при различных патологиях [6–9]. Существуют также зарубежные исследования о его

действенном применении у часто болеющих детей. На кафедре оториноларингологии Российского университета медицины Минздрава России решили провести наблюдательное исследование в группе исследуемых из 50 пациентов, чтобы определить эффективность применения Бактоблис у детей с хроническим аденоидитом.

*Цель* – оценка переносимости, безопасности, клинической эффективности и влияния на частоту обострений аденоидитов и тяжесть их течения у детей и подростков с показаниями к аденотомии при приеме пробиотика Бактоблис в течение трех месяцев.

## Задачи исследования

- Установить по клиническим данным, результатам бактериологических посевов и субъективной оценке пациента и/или его родителей влияние на частоту и клиническую выраженность обострений аденоидита в течение года при приеме пробиотика Бактоблис на протяжении трех месяцев.
- Изучить изменение микрофлоры носоглотки при приеме пробиотика Бактоблис через 3, 6 и 12 месяцев от начала приема препарата.
- Оценить функцию слухового анализатора в динамике по данным аудиометрии и тимпанометрии.
- Определить переносимость и удовлетворенность пациентов и/или родителей лечением.

## Материал и методы

*Критерии включения больных в исследуемые группы:*

- включают пациентов в возрасте 7–18 лет с гипертрофией глоточной миндалины 2-й и 3-й степени, ожидающих операции в объеме аденотомии, с развившимся аденоидитом;
- наличие в анамнезе постоянных или рецидивирующих аденоидитов сроком от шести месяцев до двух лет;
- подписанное родителем или законным представителем информированное согласие.

*Критерии исключения больных из испытуемых групп:*

- непереносимость и гиперчувствительность, включая аллергию, на любые компоненты исследуемого препарата;
- наличие противопоказаний, указанных в утвержденной инструкции по применению лекарственного препарата, используемого в исследовании;
- невозможность соблюдать требования протокола и назначений врача;
- участие в предшествующие 30 дней в исследованиях иных лекарственных средств.

## Дизайн обследования

1. Первичное обследование (первичный осмотр). Осмотр, проведение инструментальных методов исследования с учетом критериев включения в исследование и исключения из исследования. Подпись согласия родителя или законного представителя на участие в исследовании. Забор биоматериала для выполнения бактериального посева. Проведение



эндоскопического осмотра носоглотки, аудиометрии и тимпанометрии. Выдача листов наблюдения для родителей. Назначение терапии.

2. Промежуточное обследование в день  $90 \pm 3$ . Анализ листа наблюдения. Забор биоматериала для выполнения бактериального посева. Субъективная и объективная оценка состояния пациента, проведение эндоскопического осмотра носоглотки, выполнение аудиометрии и тимпанометрии.

3. Промежуточное обследование в день  $180 \pm 7$ . Анализ листа наблюдения. Забор биоматериала для выполнения бактериального посева. Субъективная и объективная оценка состояния пациента, проведение эндоскопического осмотра носоглотки, выполнение аудиометрии и тимпанометрии.

4. Окончательное обследование через год. Анализ листа самонаблюдения. Забор биоматериала для выполнения бактериального посева. Субъективная и объективная оценка состояния пациента, проведение эндоскопического осмотра носоглотки, выполнение аудиометрии и тимпанометрии. Оценка побочных явлений и нежелательных реакций при их наличии.

5. Лечение пациентов во время исследования: пробиотик Бактоблис в таблетках назначается ежедневно перед сном в течение трех месяцев. При необходимости можно использовать изотонический раствор на основе морской воды, деконгестанты и жаропонижающие средства.

*Критерии выведения больных из исследования в процессе лечения:*

- индивидуальная непереносимость препарата;
- нарушение пациентом условий и схемы лечения;
- отказ больного от дальнейшего участия в исследовании.

### Сопутствующее лечение

Если у пациента имеются сопутствующие заболевания, назначают соответствующее лечение и отмечают в индивидуальной карте больного название лекарственного средства, дозы, длительность применения. Разрешенная фармакотерапия: симптоматическая фармакотерапия сопутствующих заболеваний, не оказывающая влияния на ход изучаемого патологического процесса, а также фармакотерапия для купирования болевых ощущений. По требованию назначают анальгетики, по требованию – нестероидные противовоспалительные средства за исключением курсового приема.

### Критерии оценки клинической эффективности

*Клиническая эффективность оценивается:*

- по количеству эпизодов развития аденоидита;
- по длительности и тяжести заболевания;

- по необходимости приема системных антибиотиков.

### Критерии оценки безопасности

Нежелательные побочные эффекты – выявление у больного любых непредвиденных симптомов, жалоб, заболеваний, возникших на фоне применения препарата Бактоблис. Побочные реакции можно разделить на связанные с приемом исследуемого препарата и не связанные с приемом исследуемого препарата. Сведения о них заносят в индивидуальные карты. Побочные реакции фиксируются пациентом и лечащим врачом при очередных обследованиях, в том числе учитывается субъективная оценка переносимости.

Распределение больных по полу и возрасту в группах представлено в табл. 1. Возраст пациентов в диапазоне от 7 до 17 лет. Распределение больных по полу и возрасту в клинических группах было сопоставимым. В исследовании преобладали представители женского пола.

### Результаты и обсуждение

Для формирования клинической группы из 50 часто болеющих детей с аденоидитами на фоне гипертрофии глоточной миндалины, был проведен скрининг 81 ребенка. У 31 ребенка отсутствовали временные противопоказания к аденотомии. У 50 пациентов отмечены клинические признаки аденоидита, в связи с чем операцию отложили и они были включены в исследование.

*Первый визит в день 0 (1).* У включенных в исследование пациентов из сопутствующей патологии лор-органов выявлена гипертрофия небных миндалин у 29 человек. Также отмечено искривление перегородки носа без выраженного нарушения носового дыхания у 12 человек.

После включения в исследование был проведен опрос родителей и ретроспективный анализ эпизодов клинических проявлений аденоидита за предыдущие три-четыре месяца. Было установлено, что три пациента, включенных в исследование, за прошедшее время не имели клинических проявлений аденоидита, 47 человек отмечали проявления аденоидита, 36 из них – более одного раза. При этом антибактериальная терапия потребовалась 31 пациенту, а пяти – нет.

Всем участникам исследования было проведено эндоскопическое исследование носоглотки с фоторегистрацией и взятием мазка на микрофлору с поверхности глоточной миндалины, а также отомикроскопия. Было выполнено исследование функций органа слуха: тимпанометрия и тональная пороговая аудиометрия. По результатам тимпанометрии

Таблица 1. Распределение пациентов по полу ( $n = 50$ )

Пол	Мужской	Женский	Всего
Количество	19 (38%)	31 (62%)	50





Таблица 2. Результаты микробиологического исследования мазка из носоглотки на первом визите в день 0 (1) (n = 50)

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений	Количество пациентов	Этиологически значимое количество	Количество пациентов
<i>S. pneumoniae</i>	$< 1 \times 10^6$	18	$\geq 1 \times 10^6$	6
<i>H. influenzae</i>	$< 1 \times 10^6$	12	$\geq 1 \times 10^6$	3
<i>M. catarrhalis</i>	$< 1 \times 10^6$	9	$\geq 1 \times 10^6$	5
<i>S. aureus</i>	$< 1 \times 10^6$	9	$\geq 1 \times 10^6$	1
<i>Str. pyogenes</i>	$< 1 \times 10^6$	7	$\geq 1 \times 10^6$	2
Дрожжеподобные грибы <i>P. candida</i>	$< 1 \times 10^2 - 10^3$	6	$\geq 1 \times 10^3$	1
<i>Str. mitis</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	11	$> 1 \times 10^9$	2
<i>Str. sanguinis</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	7	$> 1 \times 10^9$	1
<i>Str. agalactiae</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	4	$> 1 \times 10^9$	2
<i>Str. bovis</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	4	$> 1 \times 10^9$	5
<i>Str. salivarius</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	2	$> 1 \times 10^9$	–

Примечание: рост микрофлоры не выявлен у трех пациентов.

Таблица 3. Результаты микробиологического исследования мазка из носоглотки на втором визите (n = 50)

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений	Количество пациентов	Этиологически значимое количество	Количество пациентов
<i>S. pneumoniae</i>	$< 1 \times 10^6$	11	$\geq 1 \times 10^6$	2
<i>H. influenzae</i>	$< 1 \times 10^6$	7	$\geq 1 \times 10^6$	2
<i>M. catarrhalis</i>	$< 1 \times 10^6$	8	$\geq 1 \times 10^6$	2
<i>S. aureus</i>	$< 1 \times 10^6$	5	$\geq 1 \times 10^6$	–
<i>Str. pyogenes</i>	$< 1 \times 10^6$	3	$\geq 1 \times 10^6$	–
Дрожжеподобные грибы <i>P. candida</i>	$< 1 \times 10^2 - 10^3$	1	$\geq 1 \times 10^3$	1
<i>Str. mitis</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	15	$> 1 \times 10^9$	–
<i>Str. sanguinis</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	7	$> 1 \times 10^9$	–
<i>Str. agalactiae</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	4	$> 1 \times 10^9$	–
<i>Str. bovis</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	8	$> 1 \times 10^9$	–
<i>Str. salivarius</i>	$< 1 \times 10^5 - 10^9$	21	$> 1 \times 10^9$	–

Примечание: рост микрофлоры не выявлен у восьми пациентов.

установлено: тип А выявлен у четырех участников, тип В – у 11 и тип С – у 35 пациентов.

По результатам аудиометрии было установлено: у пяти пациентов слух не нарушен (N), у остальных 45 пациентов выявлена кондуктивная тугоухость. Среднее значение костно-воздушного интервала  $12,55 \pm 3,5$  дБ.

По результатам микробиологического исследования на первом визите был зарегистрирован следующий спектр микрофлоры (табл. 2).

Второй визит в день  $45 \pm 3$ . По результатам тимпанометрии было установлено: тип А выявлен у 12 пациентов, тип В – у двух, тип С – у 36 пациентов. По результатам аудиометрии было установлено, что у пяти участников слух не нарушен (N), у остальных 45 пациентов выявлена кондуктивная тугоухость, однако среднее значение костно-воздушного интервала для всей группы сократилось до  $7,87 \pm 3,2$  дБ.

В результате опроса всех включенных в исследование выявлено, что у 12 наблюдаемых за прошедшее время

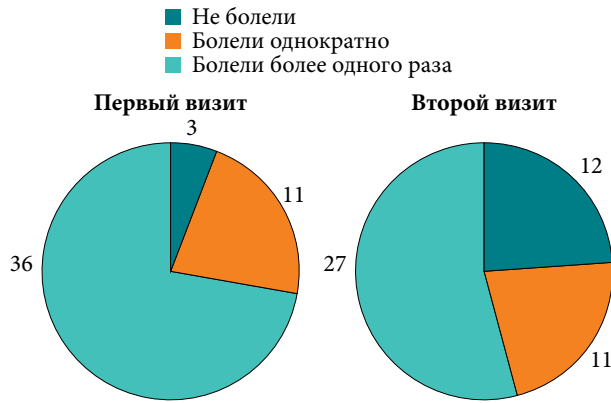


Рис. 1. Распределение не болевших и перенесших эпизоды аденоидита в период наблюдения между первым и вторым визитами (n = 50)

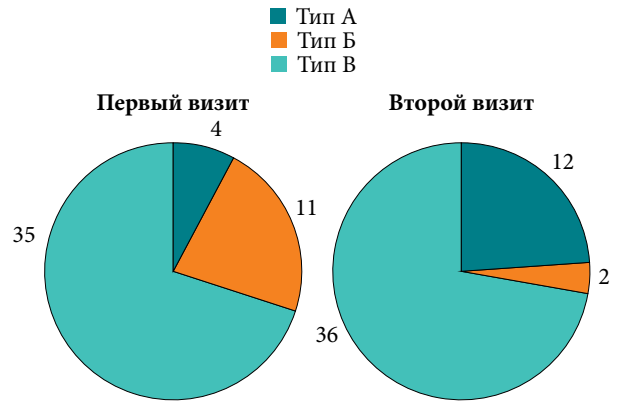


Рис. 2. Динамика результатов тимпанометрии между первым и вторым визитами (n=50)

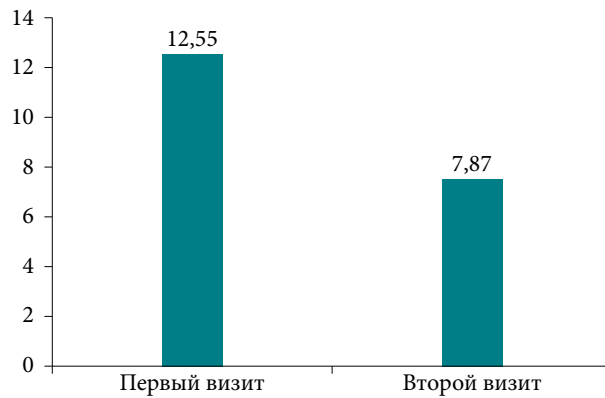


Рис. 3. Динамика результатов аудиометрии у пациентов с нарушениями слуха между первым и вторым визитами (средние значения костно-воздушного интервала) (n = 50)

не наблюдалось клинических проявлений аденоидита. После анализа дневников самонаблюдения установлено, что 38 человек отмечали проявления аденоидита, 27 из них – более одного раза. При этом применение антибактериальной терапии потребовалось десяти пациентам, а 28 – нет. Результаты обследования во время второго визита, а также сравнительная характеристика результатов обследования на первом и втором визитах отображены в табл. 3 и рис. 1–4.

### Выводы (по состоянию на второй визит)

Таким образом, за прошедшее время по заключению тимпанометрии и аудиометрии у пациентов отмечена положительная динамика. Количество пациентов с нормальной тимпанограммой (тип А) увеличилось в три раза, в то время как с тимпанограммой типа В уменьшилось в 5,5 раз. По аудиометрии

■ Первый визит (норма) ■ Второй визит (норма) ■ Первый визит (ЭЗК) ■ Второй визит (ЭЗК)

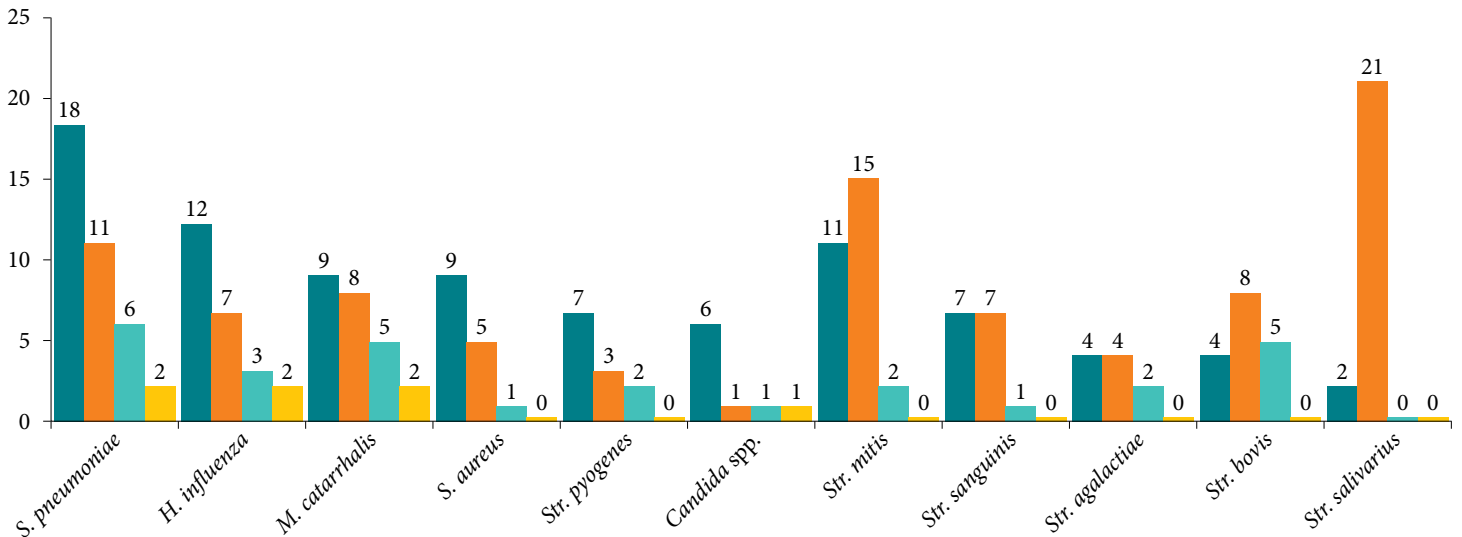


Рис. 4. Сравнение количества пациентов, у которых была выявлена патогенная флора на первом и втором визитах (n = 50)

# БактоБЛИС+

пробиотические бактерии *S. salivarius* K12 + витамин Д

РАССАСЫВАТЬ ВО РТУ  
1 РАЗ В СУТКИ



для ВЗРОСЛЫХ и  
ДЕТЕЙ от  
1,5 ЛЕТ



- + механизм защиты от проникновения инфекций
- + восстановление естественной защиты ЛОР-органов
- + механизм вытеснения болезнетворных бактерий
- **СНИЖЕНИЕ РИСКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЛОР-ОРГАНОВ:**

bactoblis.ru



@BACTOBLIS



Входящие в состав компоненты способствуют снижению заболеваемости тонзиллофарингитом на 80-90%<sup>1,2</sup> снижению заболеваемости острым средним отитом на 70%<sup>3</sup>

Ссылки: 1. Di Piero F, et al. Clinical evaluation of the oral probiotic Streptococcus salivarius K12 in the prevention of recurrent pharyngitis and/or tonsillitis caused by Streptococcus pyogenes in adults. 2013. Expert Opin. Biol Ther; 13(3): 339-343. 2. Di Piero F, et al. Use of Streptococcus salivarius K12 in the prevention of streptococcal and viral pharyngotonsillitis in children. Drug Health Patient Saf. 2014; 6: 15-20. 3. Di Piero F et al. Use of Streptococcus salivarius K12 to reduce the incidence of pharyngo-tonsillitis and acute otitis media in children: a retrospective analysis in non-recurrent pediatric subjects. Minerva Pediatr. 2018;70:240-5 / Ди Пьерро Ф. и соавт. Использование Streptococcus salivarius K12 для снижения заболеваемости фарингитотонзиллитом и острым средним отитом у детей: ретроспективный анализ у не рецидивирующих детей. Минерва педиатрика, 2018;70:240-5



Производитель: «Medico domus d.o.o.» 18116 Nis, Svetog Cara Konstantina 82-86, Республика Сербия для компании «Bluestone Pharma» Rathausstr. 14, CH-6340 Baar, Швейцария  
Импортер: Акционерное общество «Р-Фарм» (АО «Р-Фарм»), Россия, 123154, г. Москва, ул. Берзарина, д. 19, корп. 1  
Официальный представитель Производителя в России: Акционерное общество «Р-Фарм» (АО «Р-Фарм»), Россия, 123154, г. Москва, ул. Берзарина, д. 19, корп. 1  
Телефон: +7 (495) 956-79-37, факс: +7 (495) 956-79-38

Р-ФАРМ  
Иновационные  
технологии  
здоровья

СВИДЕТЕЛЬСТВО О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ «БактоБЛИС+»: AM.01.01.01.003.R.000409.08.22 от 15.08.2022

СВИДЕТЕЛЬСТВО О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ «БактоБЛИС саше»: AM.01.01.01.003.R.000410.08.22 от 15.08.2022

Реклама

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



отмечено уменьшение средних значений костно-воздушного интервала с  $12,55 \pm 3,5$  дБ на первом визите 1 до  $7,87 \pm 3,2$  дБ на втором визите.

Кроме того, 12 наблюдаемых за прошедшее время не имели клинических проявлений аденоидита. После анализа дневников самонаблюдения установлено, что 38 человек отмечали проявления аденоидита, 27 из них – более одного раза. При этом применение антибактериальной терапии потребовалось десяти пациентам, а 28 –

нет. При анализе посевов мазков из ротоглотки на первом визите рост патогенной микрофлоры не выявлен у трех пациентов, ко второму визиту таких пациентов было уже восемь. При этом за прошедшие три месяца отмечено снижение количества патогенных возбудителей при бактериологическом исследовании, частично удалось достичь эрадикации бактерий в этиологически-значимых количествах. И в то же время выросло число представителей нормальной микрофлоры глотки.

## Литература

1. Преображенская Ю.С., Дроздова М.В. Особенности лечения пациентов с патологией лимфоэпителиального глоточного кольца, осложненной развитием экссудативного среднего отита. Российская оториноларингология. 2014; 3 (70): 89–96.
2. Дроздова М.В., Преображенская Ю.С., Тырнова Е.В., Ларионова С.Н. Особенности этиологической диагностики лимфопролиферативного синдрома у детей. РМЖ. 2018; 26 (10): 63–67.
3. Янов Ю.К., Мальцева Г.С., Дроздова М.В., Захарова Г.П., Гринчук О.Н. Выбор лечебной тактики у больных хроническим тонзиллитом стрептококковой этиологии и длительным субфебрилитетом. Вестник оториноларингологии. 2019; 84 (1): 64–67.
4. Преображенская Ю.С., Дроздова М.В., Рязанцев С.В. Этиологические аспекты хронической патологии лимфоэпителиального глоточного кольца у детей на современном этапе. Медицинский совет. 2021; 18: 100–105.
5. Niedzielski A., et al. Adenoid hypertrophy in children: a narrative review of pathogenesis and clinical relevance. BMJ Paediatrics Open. 2023; 7 (1): e001710.
6. Di Pierro F, Adami T, Rapacioli G., et al. Clinical evaluation of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12 in the prevention of recurrent pharyngitis and/or tonsillitis caused by *Streptococcus pyogenes* in adults. Expert Opin. Biol. Ther. 2013; 13 (3): 339–343.
7. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. Возможность снижения заболеваемости острыми респираторными инфекциями у взрослых с позиции доказательной медицины. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (41): 6–12.
8. Bertuccioli A., Cardinali M., Micucci M., et al. Efficacy of *Streptococcus salivarius* Blis K12 in the Prevention of Upper Respiratory Tract Infections in Physically Active Individuals: A Randomized Controlled Trial. Microorganisms. 2024; 12 (11): 2164.
9. Wang Q, Zhang Y, Cheng X., et al. Expert consensus on the use of oropharyngeal probiotic *Bactobliis* in respiratory tract infection and otitis media: available clinical evidence and recommendations for future research. Front Pediatr. 2025. 12: 1509902.

## The Role of Probiotic Therapy in the Relief and Prevention of Adenoiditis in Children

A.Yu. Ovchinnikov, N.A. Miroshnichenko, Yu.O. Nikolaeva, S.S. Egiyan, L.V. Hakobyan

Russian University of Medicine

Contact person: Andrey Yu. Ovchinnikov, lorent1@mail.ru

*In childhood, the imperfection of local and general body defense factors contributes to the formation of chronic pathology of ENT organs. For example, more than a third of children under the age of seven suffer from a combination of pharyngeal tonsil hypertrophy and chronic adenoiditis. In recent years, the use of probiotics in many pathologies has been a promising and effective direction.*

*In otorhinolaryngology, a probiotic for the oral cavity has proven itself, containing streptococcus salivarius (*S. salivarius*), which produces salivarcins that successfully restore normobiosis in the nasopharynx and oropharynx. Clinical studies confirm its real work in various pathologies. There are also known foreign studies on its effective use in frequently ill children. The Department of Otorhinolaryngology at the Russian University of Medicine of the Russian Ministry of Health decided to determine the effectiveness of its use in children with chronic adenoiditis. For this purpose, an observational study was conducted in a group of 50 patients.*

*When analyzing oropharyngeal smear cultures at the first visit, no growth of pathogenic microflora was detected in three patients, by the second visit the number of such patients was eight. At the same time, over the past three months, a decrease in the number of pathogenic pathogens has been noted during bacteriological examination, and bacterial eradication in etiologically significant amounts has partially been achieved. At the same time, the number of patients with normal pharyngeal microflora has increased.*

**Keywords:** microbiota, probiotic, adenoiditis, adenoids, *S. salivarius*, *Bactobliis*

XXXII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

# ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

CHELOVEKILEKARSTVO.RU

#ЧИЛ2025

14.04 - 15.04  
ТВЕРСКАЯ УЛ., 3, МОСКВА

16.04 - 17.04  
ТОЛЬКО ТРАНСЛЯЦИИ

Реклама

Онлайн-трансляция на официальном сайте

Секретариат конгресса [info@chelovekilekarstvo.ru](mailto:info@chelovekilekarstvo.ru). Тел./факс: +7 (499) 584-45-16

Подробная информация в вашем личном кабинете на официальном сайте конгресса

[www.chelovekilekarstvo.ru](http://www.chelovekilekarstvo.ru)



# Ринобронхиальный синдром – новые возможности топической терапии

А.Ю. Овчинников, Н.А. Мирошниченко, Ю.О. Николаева, А.Р. Умаров,  
А.В. Масленникова

Адрес для переписки: Андрей Юрьевич Овчинников, lorent1@mail.ru

Для цитирования: Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. Ринобронхиальный синдром – новые возможности топической терапии. Эффективная фармакотерапия. 2025; 25 (5): 28–34.

DOI: 10.33978/2307-3586-2025-25-5-28-34

*Кашель является наиболее частой причиной обращения к врачам самых разных специальностей. Причина кашля в 54% случаев – синдром постназального затека (СПЗ), вызванный заболеваниями лор-органов. Несмотря на то что аллергический и вазомоторный ринит – наиболее частые заболевания верхних дыхательных путей, приводящие к развитию СПЗ, кашель может сопровождать вирусный, бактериальный и полипозный риносинусит. Кашель при СПЗ беспокоит пациента в основном в ночные и утренние часы. Это объясняется тем, что ночью, во время сна, в горизонтальном положении отделяемое стекает в гортаноглотку, раздражает рефлексогенные зоны и вызывает кашель. В вертикальном положении тела отделяемое рефлекторно проглатывается, почти не попадая на надгортанник и голосовые складки и не вызывая кашля. Лечение СПЗ в настоящее время все еще представляет непростую задачу. Для расширения возможностей консервативной терапии СПЗ с кашлем на фоне острого риносинусита легкого или среднетяжелого течения с применением комплексного назального спрея Полидекса с фенилэфрином на кафедре оториноларингологии Российского университета медицины было проведено клиническое исследование. Исследование показало быстрое купирование кашля и улучшение качества сна пациентов, сокращение кратности приема сосудосуживающих средств и ранний отказ от их применения, эффективное подавление роста патогенной микрофлоры на фоне применения спрея Полидекса с фенилэфрином.*

**Ключевые слова:** дыхательные пути, риносинусит, кашель, синдром постназального затека, консервативное лечение, Полидекса с фенилэфрином

## Введение

Заболевания лор-органов, которые сопровождаются синдромом постназального затека (СПЗ), относятся к частым причинам кашля (по данным ряда авторов, СПЗ является причиной кашля в 54% случаев) [1]. В большинстве случаев СПЗ не самостоятельная нозологическая форма. Этим термином обозначают воспалительные процессы верхних дыхательных путей (носоглотки, полости носа, околоносовых пазух), при которых отделяемое из полости носа стекает по задней стенке в гортанную часть глотки, где происходит механическая стимуляция афферентной части дуги кашлевого рефлекса, что и вызывает появление кашля.

Осведомленность врачей в отношении СПЗ очень важна, поскольку кашель при этом состоянии часто ошибочно принимают за проявления хронического бронхита.

Данный синдром является результатом нарушения работы регионарных экзокринных желез, продуцирующих слизь. Гиперпродукцию слизи могут провоцировать воспалительные реакции различной этиологии. Чаще всего это аллергические, бактериальные или вирусные риносинуситы, вазомоторные или медикаментозные риниты, риниты беременных, в детском возрасте – аденоидит. При исключении у пациента вышеперечисленных заболеваний и состояний и невозможности найти объективную причину возникновения СПЗ используется термин «идиопатический постназальный синдром».

СПЗ имеет особое эпидемиологическое значение в связи с тем, что, по данным ряда авторов, является причиной хронического кашля в 20–34% случаев [2–4]. А по официальной статистике западных стран, СПЗ выступает ведущей причиной хронического кашля с распространенностью 24–52% [5].



В свою очередь кашель – это одна из наиболее частых причин обращения к врачу. Чтобы понять патофизиологическую связь между СПЗ и кашлем, необходимо понять механизмы развития кашля.

Кашель является врожденным безусловным рефлексом, способствующим эвакуации крупных частиц и инородных тел, которые не могут быть удалены путем мукоцилиарного клиренса. Кашель при СПЗ появляется преимущественно ночью или утром. Это связано с тем, что ночью, во время сна, в горизонтальном положении отделяемое стекает в гортаноглотку, раздражает рефлексогенные зоны и вызывает кашель. Днем в вертикальном положении тела отделяемое также стекает в гортаноглотку, но проглатывается рефлекторно, почти не попадая на надгортанник и голосовые складки и не вызывая кашля [4, 6]. Патогенез кашля при СПЗ обусловлен тем, что отделяемое из полости носа, стекая по задней стенке глотки в трахеобронхиальное дерево, приводит к механической стимуляции афферентной части дуги кашлевого рефлекса [7, 8]. Также имеются результаты исследования, подтверждающие повышенную чувствительность задней стенки глотки к раздражающим факторам у пациентов, имеющих различные заболевания полости носа в совокупности с СПЗ. У этих пациентов обнаружены специальные рецепторы TRPV1, широко представленные на слизистой оболочке верхних и нижних дыхательных путей. Раздражение данных рецепторов приводит к достоверному увеличению частоты кашля у таких пациентов [5].

Считается, что в группе некурящих пациентов всех возрастов, не принимающих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента для лечения артериальной гипертензии и имеющих нормальную рентгенограмму грудной клетки, хронический кашель более чем в 90% случаев развивается на фоне трех имеющихся заболеваний: СПЗ, бронхиальной астмы, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [9, 10].

Помимо кашля клиническими проявлениями постназального затека могут быть одышка и хрипы в легких при аускультации, но у части пациентов кашель бывает единственным симптомом СПЗ [1, 2]. Также пациенты могут предъявлять жалобы на ощущение скопления слизи в задних отделах полости носа и чувство стекания ее по задней стенке глотки. Данный симптом отмечается преимущественно в утренние часы и сопровождается ощущением дискомфорта в глотке. Могут наблюдаться явления фарингита, которые связаны со стеканием патологического секрета из полости носа или околоносовых пазух по задней стенке глотки. Еще одним проявлением СПЗ является частое отхождение слизистых сгустков оранжево-коричневого цвета. При мезофарингоскопии определяются слизистые тяжи по задней стенке глотки. Несколько реже можно обнаружить увеличение и гиперемии лимфоидных фолликулов задней стенки глотки [8].

Диагностика СПЗ, помимо сбора жалоб, включает эндоскопическое исследование носа и носоглотки, по результатам которого выявляется эндоскопически

позитивный или эндоскопически негативный СПЗ [1, 3]. Характерными находками являются застойные скопления слизи в задних отделах полости носа (обычно на дне, под задними концами нижних носовых раковин), либо потоки густого секрета, который транспортируется из полости носа или из соустьев околоносовых пазух в глотку, минуя заднюю поверхность мягкого неба или глоточные отверстия слуховых труб. В данном случае устанавливается эндоскопически позитивный СПЗ. При отсутствии патологических скоплений слизи синдром определяют как эндоскопически негативный [8]. Лечение СПЗ в настоящее время все еще представляет непростую задачу. В первую очередь лечебная тактика зависит от причины, вызвавшей СПЗ. В зависимости от этого могут быть использованы как консервативные, так и хирургические методы, направленные на лечение основного заболевания. Также крайне важно исключить воздействие этиологических факторов, способных приводить к возникновению данного синдрома, таких как профессиональные вредности, курение, заболевания нижних дыхательных путей или желудочно-кишечного тракта [7].

### Цель исследования

Для оценки клинической эффективности, переносимости и безопасности препарата комплексного назального спрея Полидекса с фенилэфрином (Полидекса с ФЭ) у пациентов с кашлем на фоне острого риносинусита легкого или среднетяжелого течения с СПЗ проведено клиническое исследование. Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную, в каждой по 25 больных с острым риносинуситом легкого или среднетяжелого течения с СПЗ и кашлевым синдромом.

### Материал и методы

Пациентам основной группы был назначен препарат Полидекса с ФЭ по одному впрыску в обе половины полости носа четыре раза в день в течение десяти дней, орошение изотоническим солевым раствором по две дозы в каждую половину полости носа три раза в день. В контрольной группе лечение проводили мометазона фураатом (инГКС) по две дозы в обе половины полости носа два раза в день в течение десяти дней, антисептик из группы протеината серебра по две-три капли в каждый носовой ход три раза в день в течение семи дней, орошение изотоническим солевым раствором по две дозы в каждую половину полости носа три раза в день. В обеих группах при необходимости было разрешено использовать местно сосудосуживающие препараты и системные жаропонижающие средства, анальгетики.

Всем пациентам, включенным в исследование, на первом визите проводилась цифровая диафаноскопия для исключения острого экссудативного риносинусита.

Для оценки общего самочувствия пациентов использовали ВАШ и Питтсбургский опросник определения качества сна. Больные оценивали общее самочувствие,



количество эпизодов дневного и ночного кашля. Чтобы установить корреляцию между субъективными и объективными симптомами (гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа, отделяемое в полости носа), всем пациентам на всех визитах выполнялось эндоскопическое исследование полости носа. Для анализа результатов исследования использовались методы описательной статистики.

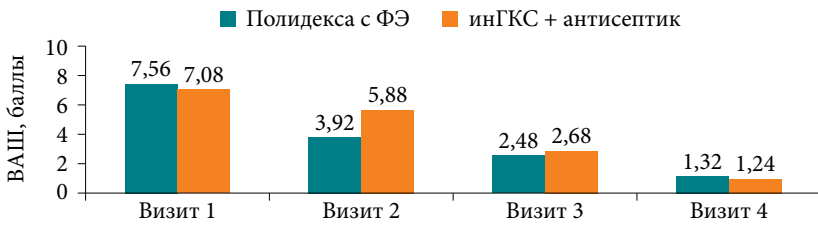


Рис. 1. Оценка общего самочувствия по ВАШ у пациентов в группах сравнения (n = 50)

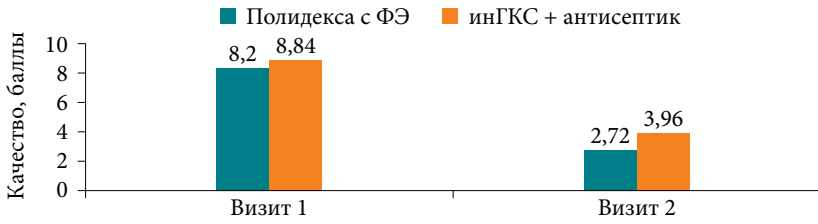


Рис. 2. Оценка качества сна с помощью опросников PSQI у пациентов в группах сравнения (n = 50)

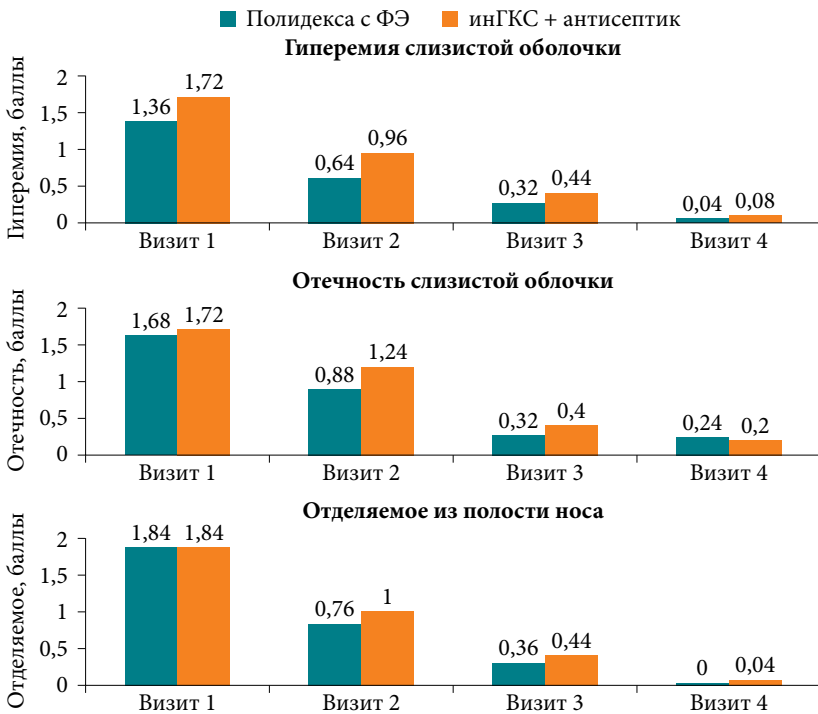


Рис. 3. Оценка показателей воспаления в полости носа (гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, отделяемое в полости носа) у пациентов в группах сравнения (n = 50)

## Результаты

На фоне проводимого лечения положительная динамика общего самочувствия с учетом эпизодов дневного и ночного кашля по шкале ВАШ отмечена в обеих группах, однако в основной группе она была более выраженной в отношении всех симптомов уже ко второму визиту (третий день лечения). В контрольной группе явное улучшение больные отмечали только к третьему визиту (седьмой день лечения) (рис. 1).

Все пациенты заполняли опросник по качеству сна (рис. 2). Данная анкета заполнялась дважды – на первом визите и на 14-й день при контрольном визите. Питтсбургский опросник определения качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) разработан D.J. Buysse и соавт. Для исследования была использована одобренная правообладателем невалидизированная русскоязычная версия. Данный опросник используется в качестве самодиагностики и позволяет оценить сон по семи различным компонентам, каждый из которых оценивается в диапазоне от 0 до 3 баллов. Путем суммирования семи составляющих баллов получается общий балл в диапазоне от 0 до 21, где более низкие баллы указывают на более здоровое качество сна. Согласно данным исследований, балл PSQI имеет диагностическую чувствительность 89,6% и специфичность 86,5% ( $p < 0,001$ ) в оценке хорошего и плохого сна, положительно зарекомендовав себя в комплексном анализе качества сна. Данный опросник также позволяет дополнить информацию о динамике ночного кашля и составить более полную картину о самочувствии пациента.

По полученным в ходе исследования данным, у основной группы удалось быстрее достичь более низких значений по опроснику, что свидетельствует о более высоком качестве сна в этой группе по сравнению с контрольной. Поскольку пациенты на первом визите связывали плохой сон с выраженным кашлем, улучшенные показатели сна свидетельствуют в первую очередь об эффективности купирования ночного кашля. При объективном осмотре пациентов также было отмечено наличие изменений слизистой оболочки полости носа по балльной системе. Гиперемия оценивалась от 0 баллов (отсутствие признака) до 3 баллов (сильно выраженная гиперемия). Отечность слизистой оболочки оценивалась от 0 баллов (отсутствие признака) до 3 баллов (сильно выраженная отечность). Наличие слизистого отделяемого также оценивалось от 0 баллов (отсутствие признака) до 3 баллов (сильно выраженное).

Различия в купировании воспалительных изменений между группами были зарегистрированы уже ко второму визиту (3-й день терапии). В основной группе (с применением препарата Полидекса с ФЭ) эффект наступал раньше (рис. 3).

Также был проведен забор биоматериала со слизистой оболочки полости носа для определения спектра микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам перед началом терапии и на седьмой день лечения.

На первом визите в день 0 (1) получены следующие результаты микробиологического исследования в основной группе: *Haemophilus influenzae* (24%),





Таблица 1. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при первичном обследовании пациентов группы Полидексы с ФЭ ( $n = 25$ ) в день 0 (1)

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений	Количество пациентов	Этиологически значимое количество	Количество пациентов
<i>H. influenzae</i>	$< 10^4$	2	$> 1 \times 10^4$	4
<i>S. pneumoniae</i>	$< 10^2$	2	$> 1 \times 10^2$	2
<i>P. aeruginosa</i>	$< 10^2$	1	$> 1 \times 10^2$	1
<i>S. aureus</i>	$< 10^4$	3	$> 1 \times 10^4$	1
<i>M. catarrhalis</i>	$< 10^3$	1	$> 1 \times 10^3$	0
Нет роста патогенной микрофлоры	8			

Таблица 2. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при первичном обследовании пациентов группы инГКС + антисептик ( $n = 25$ ) в день 0 (1)

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений	Количество пациентов	Этиологически значимое количество	Количество пациентов
<i>H. influenzae</i>	$< 10^4$	5	$> 1 \times 10^4$	2
<i>S. pneumoniae</i>	$< 10^2$	4	$> 1 \times 10^2$	2
<i>P. aeruginosa</i>	$< 10^2$	0	$> 1 \times 10^2$	1
<i>S. aureus</i>	$< 10^4$	2	$> 1 \times 10^4$	2
<i>M. catarrhalis</i>	$< 10^3$	2	$> 1 \times 10^3$	0
Нет роста патогенной микрофлоры	5			

Таблица 3. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при контрольном обследовании пациентов группы Полидексы с ФЭ ( $n = 25$ ) в день  $7 \pm 1$

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений	Количество пациентов	Этиологически значимое количество	Количество пациентов
<i>H. influenzae</i>	$< 10^4$	1	$> 1 \times 10^4$	0
<i>S. pneumoniae</i>	$< 10^2$	0	$> 1 \times 10^2$	0
<i>P. aeruginosa</i>	$< 10^2$	1	$> 1 \times 10^2$	0
<i>S. aureus</i>	$< 10^4$	1	$> 1 \times 10^4$	0
<i>M. catarrhalis</i>	$< 10^3$	0	$> 1 \times 10^3$	0
Нет роста патогенной микрофлоры	22			

Таблица 4. Результаты микробиологического исследования мазка из полости носа при контрольном обследовании пациентов группы инГКС + антисептик ( $n = 25$ ) в день  $7 \pm 1$

Вид возбудителя	Количество в пределах референсных значений	Количество пациентов	Этиологически значимое количество	Количество пациентов
<i>H. influenzae</i>	$< 10^4$	3	$> 1 \times 10^4$	1
<i>S. pneumoniae</i>	$< 10^2$	4	$> 1 \times 10^2$	0
<i>P. aeruginosa</i>	$< 10^2$	2	$> 1 \times 10^2$	1
<i>S. aureus</i>	$< 10^4$	0	$> 1 \times 10^4$	0
<i>M. catarrhalis</i>	$< 10^3$	0	$> 1 \times 10^3$	1
Нет роста патогенной микрофлоры	16			

*Streptococcus pneumoniae* (16%), *Pseudomonas aeruginosa* (8%), *Staphylococcus aureus* (16%), *Moraxella catarrhalis* (4%). Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 32% случаев (табл. 1).

В группе контроля: *H. influenzae* (28%), *S. pneumoniae* (24%), *P. aeruginosa* (4%), *S. aureus* (16%), *M. catarrhalis* (8%). Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 20% случаев (табл. 2).

На третьем визите в день  $7 \pm 1$  от начала терапии выполнялся повторный забор отделяемого из полости носа. В основной группе высевались: *H. influenzae* (4%),

*S. pneumoniae* (0%), *P. aeruginosa* (4%), *S. aureus* (4%), *M. catarrhalis* (0%). При этом у всех пациентов патогенные возбудители высевались в этиологически незначимых количествах. Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 88% случаев (табл. 3).

В группе контроля высевались: *H. influenzae* (16%), *S. pneumoniae* (16%), *P. aeruginosa* (12%), *S. aureus* (0%), *M. catarrhalis* (4%). У части (12%) пациентов патогены определялись в этиологически значимых количествах. Не было выявлено роста патогенной микрофлоры в 64% случаев (табл. 4).

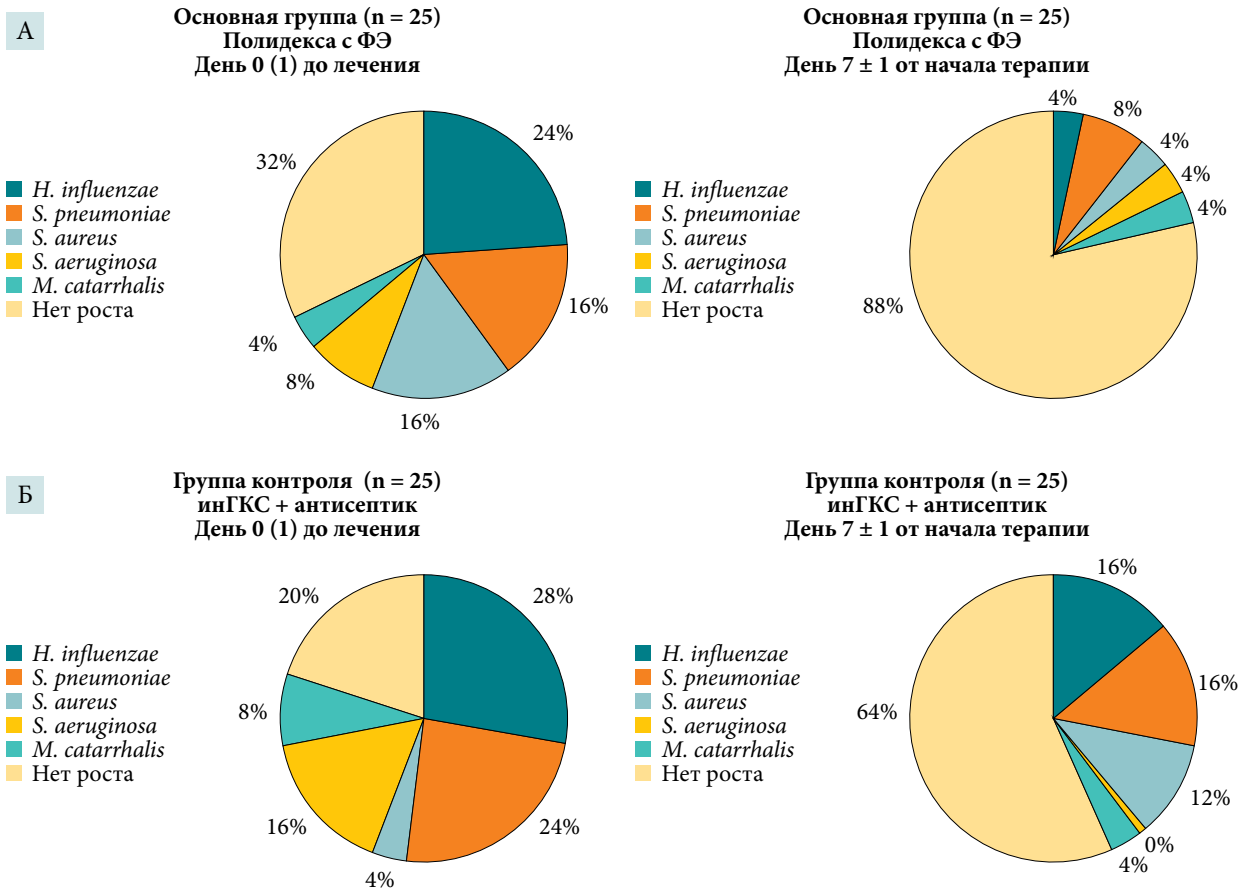


Рис. 4. Динамика изменения микробного состава отделяемого из полости носа при остром риносинусите: А – в группе Полидексы с ФЭ (n = 25); Б – в группе инГКС + антисептик (n = 25)

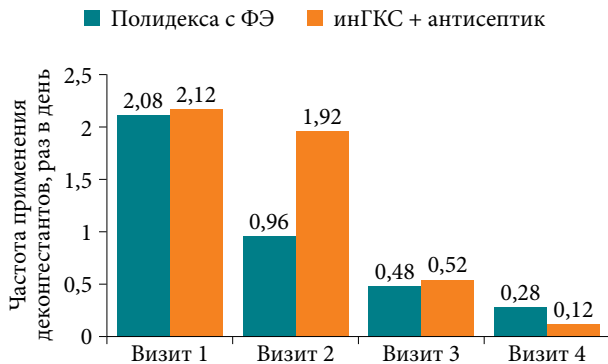


Рис. 5. Частота применения деконгестантов в период наблюдения (n = 50)

Динамика результатов микробиологического исследования мазков из полости носа по группам между визитами отображена на рис. 4.

Также в обеих группах проводился контроль частоты и длительности использования сосудосуживающих капель (рис. 5). По дневникам пациентов была проанализирована частота и длительность применения деконгестантов. Сосудосуживающие препараты применялись один – три раза в день.

В основной группе пациенты в более ранние сроки стали уменьшать применение деконгестантов и уже ко второму визиту часть пациентов от них отказалась. С третьего визита схожая положительная динамика отмечалась и в контрольной группе, сохраняясь в обеих группах до конца исследования.

В ходе исследования в обеих группах не было отмечено известных или вновь выявленных нежелательных явлений. Кроме того, следует отметить, что пациенты основной группы были более привержены лечению, поскольку кратность применения препарата и схема лечения оказалась более удобной и простой, тогда как в контрольной группе применялись два препарата с разной кратностью введения, из-за чего отмечены эпизоды нарушения режима: два пациента пропустили применение антисептика в последние дни терапии. Кроме того, два пациента из группы контроля жаловались на жжение при введении протеината серебра, которое купировалось самостоятельно.

### Выводы

Анализ результатов сравнительного наблюдательного исследования, проведенного на клинических базах



кафедры оториноларингологии Российского университета медицины Минздрава России, продемонстрировал эффективность комплексного назального спрея Полидекса с ФЭ в лечении пациентов с острым риносинуситом легкого или среднетяжелого течения с синдромом постназального затека.

У пациентов основной группы, получавших лекарственный препарат Полидекса с ФЭ, согласно полученным результатам, быстрее купировался кашель (уже ко второму визиту, в день  $3 \pm 1$ ), чем у больных контрольной группы, где пациенты получали топический интраназальный глюкокортикостероид с антисептиком из группы протеината серебра.

Контрольное обследование показало также лучшую динамику качества сна по опроснику PSQI, у пациентов основной группы.

Тщательная оценка использования деконгестантов в обеих группах позволила выявить, что больные основной группы быстрее сокращали кратность приема сосудосуживающих средств и полностью отказывались от их применения: уже ко второму визиту девять (36%) больных не нуждались в препаратах для облегчения носового дыхания в сравнении с группой контроля, где все пациенты продолжали использовать деконгестанты.

Результаты исследования микрофлоры полости носа показали, что Полидекса с ФЭ эффективно подавляет рост патогенной микрофлоры.

При повторном исследовании мазков на контрольном визите в день  $7 \pm 1$  у 22 (88%) пациентов основной группы рост патогенной флоры не отмечен, среди остальных трех (12%) пациентов патогенная флора была в пределах референсных значений, этиологически незначимых.

В ходе исследования в группах сравнения не отмечено нежелательных явлений. Кроме того, пациенты основной группы были более привержены лечению, поскольку кратность применения препарата и схема лечения была более удобной и простой, тогда как в контрольной группе с применением двух препаратов с разной кратностью приема были отмечены нарушения режима и жалобы на преходящее жжение при введении протеината серебра.

Таким образом, в группе применения комплексного топического назального спрея Полидекса с ФЭ в лечении острого риносинусита легкого и среднетяжелого течения с синдромом постназального затека выздоровление наступало раньше в сравнении с группой контроля:

- быстрее (в день  $3 \pm 1$ ) улучшалось самочувствие пациентов и разрешались объективные и субъективные симптомы острого риносинусита;
- раньше (в день  $3 \pm 1$ ) купировался кашель, разрешались симптомы СПЗ;
- раньше улучшалось качество сна;

## РИНИТ, СИНУСИТ, РИНОФАРИНГИТ<sup>1</sup>



polydexa.ru

# ПОЛИДЕКСА

с фенилэфрином –

**КОМПЛЕКСНЫЙ<sup>2</sup>**

назальный спрей  
с антибактериальным,  
противовоспалительным  
и сосудосуживающим действием<sup>1,2</sup>

**ОДИН ВМЕСТО ЧЕТЫРЕХ<sup>2\*</sup>**

<sup>1</sup> Общая характеристика лекарственного препарата Полидекса с фенилэфрином от 27.03.2024, <http://eec.eaeunion.org/>.

<sup>2</sup> Гарашенко Т.И. и соавт. Монотерапия поствирусного риносинусита в детском возрасте. Педиатрия. 2019; 98 (2).

\* Под «Один вместо четырех» подразумевается наличие четырех действующих веществ в составе препарата Полидекса с фенилэфрином.



- снижалась частота дополнительного использования деконгестантов (в два раза ко второму визиту);
- эффективнее подавлялся рост патогенной микрофлоры.

Отмечается хороший профиль безопасности – отсутствие нежелательных явлений за весь период наблюдения в исследовании и высокая комплаентность.

## Заключение

Комплексный топический антибактериальный назальный спрей Полидекса с фенилэфрином показал превосходящую клиническую эффективность и лучшую комплаентность в сравнении с интраназальным глюкокортикостероидом и антисептиком не только в лечении острого риносинусита легкого и среднетяжелого течения, но и в купировании симптомов постназального затека. 🌟

## Литература

1. Кулякин Е.В. Постназальный синдром: этиология, клиника, диагностика, лечение. Медицинский журнал. 2020; 1: 10–18.
2. Шиленкова В.В. Кашель в практике оториноларинголога. Фармакология & Фармакотерапия. 2022; S1: 16–22.
3. Авербух В.М. Дифференциальная диагностика и лечение пациентов с постназальным синдромом. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, 2010.
4. Киселев В.В., Лукашевич М.Г. Кашель как проявление синдрома постназального затека. Российская ринология. 2020; 28 (1): 10–14.
5. Максимова А.В., Смолкин Ю.С. Постназальный затек как причина кашля при аллергическом рините. Российский аллергологический журнал. 2019; 16 (4): 57–64.
6. Долинина Л.Ю. Коррекция синдрома постназального затека в контексте биорегуляционной медицины. Consilium Medicum. 2018; 20 (3): 77–79.
7. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Митюк А.М. и др. Новые возможности терапии хронического кашля при постназальном затеке. Вестник оториноларингологии. 2017; 82 (2): 60–64.
8. Авербух В.М., Лопатин А.С. Постназальный синдром. Consilium Medicum. 2008; 10 (10): 101–108.
9. Webb D.R., et al. Ann. Allergy Asthma Immunol. 2002; 88 (4): 385.
10. Руководство для врачей общей практики (семейных врачей): Кашель. Год утверждения (частота пересмотра): 2015 (пересмотр каждые 3 года). Профессиональные ассоциации: Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации.

## Rhinobronchial Syndrome – New Possibilities of Topical Therapy

A.Yu. Ovchinnikov, N.A. Miroshnichenko, Yu.O. Nikolaeva, A.R. Umarov, A.V. Maslennikova

Russian University of Medicine

Contact person: Andrey Yu. Ovchinnikov, lorent1@mail.ru

*Cough is the most common reason for contacting doctors of various specializations. The cause of cough in 54% of cases is «postnasal congestion syndrome» (PDS) caused by diseases of the ENT organs. Despite the fact that allergic and vasomotor rhinitis are the most common diseases of the upper respiratory tract (VDP), leading to the development of postnasal congestion syndrome, coughing can be accompanied by viral, bacterial and polypous rhinosinusitis. Cough in postnasal congestion syndrome worries the patient mainly at night and in the morning. This is due to the fact that at night, during sleep, in a horizontal position, the discharge flows into the larynx, irritates the reflexogenic zones and causes coughing. In the vertical position of the body, the discharge is reflexively swallowed and almost does not get on the epiglottis and vocal folds and does not cause coughing. Currently, the treatment of SDR is still a difficult task.*

*A clinical trial was conducted at the Department of Otorhinolaryngology of the Russian University of Medicine to expand the possibilities of conservative treatment of SPD with cough in the context of mild or moderate acute rhinosinusitis using a complex nasal spray Polydex with phenylephrine (Polydex with PHE). The study showed rapid relief of cough and improvement in the quality of sleep of patients, reduction in the frequency of taking vasoconstrictors and early withdrawal from their use, effective suppression of the growth of pathogenic microflora against the background of the use of Polydex spray with PE.*

**Keywords:** respiratory tract, rhinosinusitis, cough, postnasal congestion syndrome, conservative treatment, Polydex with phenylephrine

# ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



[umedp.ru/magazines](http://umedp.ru/magazines)



[elibrary.ru/contents](http://elibrary.ru/contents)



ИЗДАЕТСЯ С 2005 ГОДА

ПО ВАШЕМУ ПРОФИЛЮ

- Журнал «Эффективная фармакоterapia» включен в перечень рецензируемых научных изданий **ВАК** по научным специальностям: акушерство и гинекология; болезни уха, горла и носа; гастроэнтерология; глазные болезни; внутренние болезни; инфекционные болезни; кардиология; клиническая иммунология, аллергология; кожные и венерические болезни; нервные болезни; онкология; педиатрия; пульмонология; ревматология; урология; эндокринология
- Онлайн-версия на медпортале [umedp.ru](http://umedp.ru) и в электронных рассылках
- Информационный партнер главных медицинских мероприятий
- Распространяется бесплатно





# О реальной возможности снизить риск бактериальных осложнений у больных острым риносинуситом

А.Ю. Овчинников, Н.А. Мирошниченко, Ю.О. Николаева, Д.С. Стегачева,  
А.Р. Махмудов

Адрес для переписки: Андрей Юрьевич Овчинников, lorent1@mail.ru

Для цитирования: Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. О реальной возможности снизить риск бактериальных осложнений у больных острым риносинуситом. Эффективная фармакотерапия. 2025; 25 (5): 36–42.

DOI: 10.33978/2307-3586-2025-25 5-36-42

*Вопрос терапии инфекционно-воспалительных заболеваний лор-органов не теряет своей актуальности из-за широкой распространенности по всему миру. В последние годы большой интерес вызывают новые комплексные топические препараты, которые применяются как в профилактических, так и в лечебных целях. При риносинуситах наилучшим образом себя зарекомендовали такие активные компоненты, как гипертоническая морская вода и декспантенол. Совместно они оказывают на слизистую оболочку полости носа защитное, очищающее, увлажняющее действие, уменьшают ее отечность, улучшают восстановление. Усилить данные эффекты и дополнить их антимикробное воздействие можно с помощью эфирных масел. Появились доказательства медицинской важности эфирных масел для облегчения инфекционных заболеваний дыхательных путей – простуды, пневмонии и гриппа.*

*Все три компонента соединил в себе назальный спрей Аспектон. Препарат давно и успешно применяется во многих странах, но в России появился недавно. Для изучения его эффективности, переносимости и безопасности у пациентов с острым риносинуситом в качестве профилактики бактериальных осложнений со стороны лор-органов сотрудники кафедры оториноларингологии Российского университета медицины Минздрава России провели проспективное наблюдательное исследование.*

*На фоне применения препарата уже к третьему дню лечения отмечалось выраженное улучшение самочувствия пациентов: восстанавливалось носовое дыхание, уменьшались заложенность и выделения из полости носа за счет купирования воспалительных проявлений заболевания.*

*Это подтверждено не только субъективными, но и объективным методом обследования.*

*Результаты позволили сделать вывод, что назальный спрей Аспектон клинически эффективен не только в терапии вирусного риносинусита, но и в снижении риска развития бактериальных осложнений.*

*Цель исследования – оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности назального спрея Аспектон у пациентов с острым риносинуситом в качестве профилактики бактериальных осложнений со стороны лор-органов.*

**Ключевые слова:** инфекционно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, острый риносинусит, вирусный риносинусит, топическая терапия, гипертонический раствор, Аспектон



## Введение

Инфекционно-воспалительные заболевания лор-органов распространены в мире неравномерно: чаще встречаются в странах с низким уровнем дохода, нехваткой специалистов-оториноларингологов, более высокой распространенностью инфекций, нарушением иммунной системы (ВИЧ, недоедание) и низким уровнем жизни (курение сигарет, употребление бетеля и алкоголя).

В странах с высоким уровнем дохода в XX в. эпидемиологическая и демографическая ситуация привела к повышенной смертности из-за хронических дегенеративных заболеваний, особенно среди стареющего населения. Однако не следует пренебрегать тем значительным влиянием, которое по-прежнему оказывают на население инфекционные заболевания дыхательных путей [1]. По статистическим данным, острый средний отит и инфекции верхних дыхательных путей являются одними из наиболее частых причин ежегодных обращений к врачу [2].

В последние годы большой интерес вызывают новые комплексные топические препараты, которые можно применять как в профилактических, так и в лечебных целях. Гипертонические растворы морской воды уверенно вошли в нашу ежедневную клиническую практику. Их используют в сочетании с деконгестантами или как альтернативу сосудосуживающим средствам, а также на стадии послеоперационного периода после вмешательств на структурах полости носа и околоносовых пазух.

Гипертонические растворы на основе морской воды сочетают в себе два основных действия: 1) механическое очищение и удаление слизи и вредных агентов, что приводит к вымыванию пыли, загрязняющих веществ, аллергенов, микробов, воспалительных медиаторов и избытка слизи из носа и придаточных пазух носа; 2) осмотическое действие из-за разницы в солевом содержании между распыляемой жидкостью и тканями носа, что вызывает естественный эффект снятия заложенности.

Гипертоническая морская вода также приводит к значительно большему увеличению концентрации эпидермального фактора роста и значительно большему снижению трансформирующего фактора роста альфа (TGF-альфа) и интерлейкинов 8 (ИЛ-8) по сравнению с изотоническим раствором. Поврежденная слизистая оболочка носа восприимчива к бактериальной инфекции, а острое воспаление приводит к защелачиванию слизи в полости носа. При использовании гипертонического раствора происходит закисление среды, что затрудняет размножение микроорганизмов. Отсутствие инфекции также приводит к нормальному процессу эпителизации [3].

Кроме того, гипертонические растворы за счет явления осмоса при промывании полости носа могут частично разгружать соустья придаточных пазух носа и тем самым снижать нагрузку деконгестантами, порой заменяя их.

Большой интерес в последние годы вызывает Декспантенол как компонент комплексных препаратов, так как он обладает многими полезными свойствами и усиливает действие других компонентов. Структурно в основе Декспантенола лежит пантотеновая кислота. Пантотеновая кислота – витамин группы В, необходимый для нормальной физиологии эпителиальных клеток. В результате ферментативной реакции Декспантенол превращается в пантотеновую кислоту, которая затем используется для образования коэнзима А, участвующего в синтезе белков. Кроме того, он оказывает защитное действие, увлажняя слизистую и уменьшая воспалительную реакцию. Декспантенол абсорбирует и удерживает большое количество воды (гигроскопичность), что благоприятно влияет на восстановление слизистой оболочки, поэтому препараты, содержащие Декспантенол, улучшают гидратацию эпителиальной ткани.

Исследование показало, что применение Декспантенола перед использованием Ксилометазолина резко снижает цитотоксичность. Примечательно, что когда Декспантенол употребляют после Ксилометазолина, наблюдается лишь 50% снижения токсичности. Доказано, что Декспантенол в форме назального спрея увеличивает пролиферацию эпителия и выполняет защитную функцию. Добавление Декспантенола в противоотечные назальные средства приводит к снижению нарушения цилиарного клиренса, стимулирует пролиферацию [4].

Эфирные масла широко известны тем, что помогают улучшить состояние дыхательных путей в холодное время года или во время эпидемии гриппа. Ученые доказали медицинское значение эфирных масел в облегчении инфекционных заболеваний дыхательных путей – простуды, пневмонии и гриппа [5].

Если взять известные эффективные компоненты, которые работают в синергии друг с другом, и соединить, то получится препарат Аспектон – спрей назальный на основе гипертонического раствора морской соли с эфирными маслами тимьяна, эвкалипта и мяты. Эфирные масла усиливают другие положительные свойства спрея, повышая их антимикробное воздействие [6–9].

Таким образом, препарат оказывает мягкое противоотечное, очищающее и защитное действие. Его использование эффективно и для профилактики, и при лечении уже развившейся острой респираторной инфекции как монотерапия или вместе с сосудосуживающими средствами. Его также можно применять при сухости слизистой оболочки полости носа. Препарат давно и успешно применяется во многих странах, но в России он появился недавно. Поэтому ученые кафедры оториноларингологии Российского университета медицины Минздрава России решили исследовать эффективность этого спрея в терапии острого



вирусного поражения полости носа и околоносовых пазух.

*Цель исследования* – оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности назального спрея Аспектон у пациентов с острым риносинуситом в качестве профилактики бактериальных осложнений со стороны лор-органов.

Исследователи поставили перед собой следующие задачи:

- 1) оценить частоту развития бактериальных осложнений со стороны лор-органов и их тяжесть в основной и контрольной группах;
- 2) определить по клиническим данным, результатам передней активной риноманометрии и субъективной оценке пациентом динамику выраженности клинических признаков заболевания, в том числе заложенности носа при применении назального спрея Аспектон;
- 3) оценить необходимость и кратность использования деконгестантов в основной и контрольной группах во время терапии;
- 4) установить сроки наступления эффекта – купирования назальной обструкции по объективным данным и субъективным симптомам при использовании назального спрея Аспектон в лечении пациентов, страдающих острым риносинуситом;
- 5) проанализировать переносимость препарата и удовлетворенность пациентов лечением.

**Таблица 1. Выраженность клинических симптомов при включении пациентов в исследование (n = 60)**

Симптом	Основная группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 30)
Заложенность носа	2,7 ± 0,44	2,6 ± 0,29
Затруднение носового дыхания	2,2 ± 0,36	2,3 ± 0,12
Слизистые выделения из полости носа	2,1 ± 0,27	1,9 ± 0,36

**Таблица 2. Характеристика нарушения функции носового дыхания по данным ПАРМ, проведенной при включении пациентов в исследование (n = 60)**

Показатель	Группа	Средние значения по группам пациентов	n
СНП <sup>1</sup>	Основная	416	30
	Контрольная	438	30
СНП	Основная	464	30
	Контрольная	459	30
СНС <sup>2</sup>	Основная	0,42	30
	Контрольная	0,46	30
СНС	Основная	0,38	30
	Контрольная	0,35	30

<sup>1</sup> СНП – суммарный носовой поток на выдохе при давлении 150 Па (мл/с).

<sup>2</sup> СНС – суммарное носовое сопротивление на вдохе при давлении 150 Па (мл/с).

**Таблица 3. Динамика жалоб пациентов на третий день лечения по сравнению с исходным уровнем (n = 60)**

Показатель	Основная группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 30)
Заложенность носа	1,4 ± 0,32	1,9 ± 0,41
Затруднение носового дыхания	1,5 ± 0,26	1,8 ± 0,37
Слизистые выделения из полости носа	1,2 ± 0,67	1,7 ± 0,33

**Таблица 4. Характеристика нарушения функции носового дыхания по данным ПАРМ, проведенной на третий день исследования (n = 60)**

Показатель	Группа	Средние значения по группам пациентов	n
СНП	Основная	758	30
	Контрольная	551	30
СНП	Основная	632	30
	Контрольная	576	30
СНС	Основная	0,21	30
	Контрольная	0,28	30
СНС	Основная	0,20	30
	Контрольная	0,32	30

## Материал и методы

Наблюдательное исследование. Были сформированы две группы (основная и контрольная) по 30 больных в возрасте от 18 до 70 лет с диагнозом острый риносинусит. Длительность заболевания – один – четыре дня.

В основной группе пациентам назначали назальный спрей Аспектон ежедневно по два впрыска в каждую половину носа два раза в день. В контрольной группе больные применяли протеинат серебра ежедневно по две-три капли в каждую половину носа три раза в день. При необходимости разрешено было использовать местно сосудосуживающие средства и жаропонижающие препараты.

В группах проводилась оценка динамики нарушений носового дыхания и клинических проявлений риносинусита, а также степени выраженности субъективных (заложенность носа, затруднение носового дыхания, слизистые выделения из полости носа) и объективных проявлений (отечность и гиперемия слизистой оболочки полости носа, наличие отделяемого в полости носа).

Оценка клинических проявлений риносинусита регистрировалась по шкале от 0 (нет) до 3 (сильно выраженные проявления). С помощью передней активной риноманометрии проводилась оценка динамики нарушений носового дыхания до лечения, на третьи и седьмые сутки терапии.

Был проведен анализ субъективной оценки носового дыхания в зависимости от варианта терапии. Исходная выраженность симптомов по шкале от 0 до 3 баллов соответствовала двум-трем баллам (табл. 1). Также во время визитов пациентам, включенным в исследование, проводили переднюю активную риноманометрию для объективной оценки носового дыхания (табл. 2).

По протоколу наблюдения первая оценка изменений симптоматики у пациентов проводилась на промежуточном осмотре на 3 ± 1 день лечения (табл. 3, 4).





Таким образом к третьему дню была замечена явная положительная динамика в основной группе и улучшение состояния в контрольной группе. Пациенты в основной группе отмечали приятное ощущение в полости носа после введения препарата Аспектон, тогда как в контрольной группе были жалобы на проходящее жжение при введении протеината серебра.

Такие результаты позволяют утверждать, что терапия в основной группе эффективнее в купировании назальной обструкции как по субъективной, так и по объективной оценке.

Далее следовал очный осмотр во время контрольного визита на  $7 \pm 1$  день по окончании терапии (табл. 5, 6). По результатам осмотра и анализа дневников, к седьмому дню терапии в основной группе выраженность симптомов по шкале от 0 до 3 баллов соответствовала 0–1 баллу, в контрольной группе – 0–2 баллам.

При анализе динамики объективных и субъективных показателей носового дыхания, согласно представленным таблицам, в основной группе эффект выраженного улучшения носового дыхания сохранялся к третьему визиту. Для большей наглядности сводные данные по субъективной и объективной динамической оценке носового дыхания в зависимости от группы терапии отображены на рисунках 1 и 2.

По дневникам пациентов группа исследователей проанализировала частоту и длительность применения деконгестантов. Сосудосуживающие препараты применялись один-два раза в день. В контрольной группе больные применяли сосудосуживающие препараты чаще, необходимость в них сохранялась до четвертого – шестого дня, тогда как в основной группе многие пациенты с первого дня отказывались от деконгестантов в пользу препарата Аспектон (рис. 3).

Однако в обеих группах были пациенты, у которых развился бактериальный риносинусит. В основной группе у одного пациента – легкой степени, в контрольной группе у двух пациентов – легкой степени и у одного – средней степени на  $7 \pm 1$  день наблюдения. Всем четверым пациентам проведен курс системной антибактериальной терапии с положительным эффектом.

На  $14 \pm 1$  день состоялся контрольный телефонный контакт с пациентами. В обеих группах повторно заболевших не отмечено.

Достоверные различия в купировании воспалительных изменений между группами были зарегистрированы уже ко второму визиту (третий день терапии). В основной группе, с применением препарата Аспектон, эффект был более выраженный и наступал раньше. Хотелось бы отметить, что по некоторым критериям эти различия сохранялись до конца наблюдения.

Таблица 5. Динамика жалоб пациентов на седьмой день лечения по сравнению с исходным уровнем (n = 60)

Показатель	Основная группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 30)
Заложенность носа	0,3 ± 0,31	1,1 ± 0,62
Затруднение носового дыхания	0,3 ± 0,17	0,6 ± 0,26
Слизистые выделения из полости носа	0,2 ± 0,26	0,4 ± 0,74

Таблица 6. Характеристика нарушения функции носового дыхания по данным ПАРМ, проведенной на седьмой день исследования (n = 60)

Показатель	Группа	Средние значения по группам пациентов	n
СНП	Основная	865	30
	Контрольная	732	30
СНП	Основная	941	30
	Контрольная	763	30
СНС	Основная	0,15	30
	Контрольная	0,20	30
СНС	Основная	0,14	30
	Контрольная	0,18	30

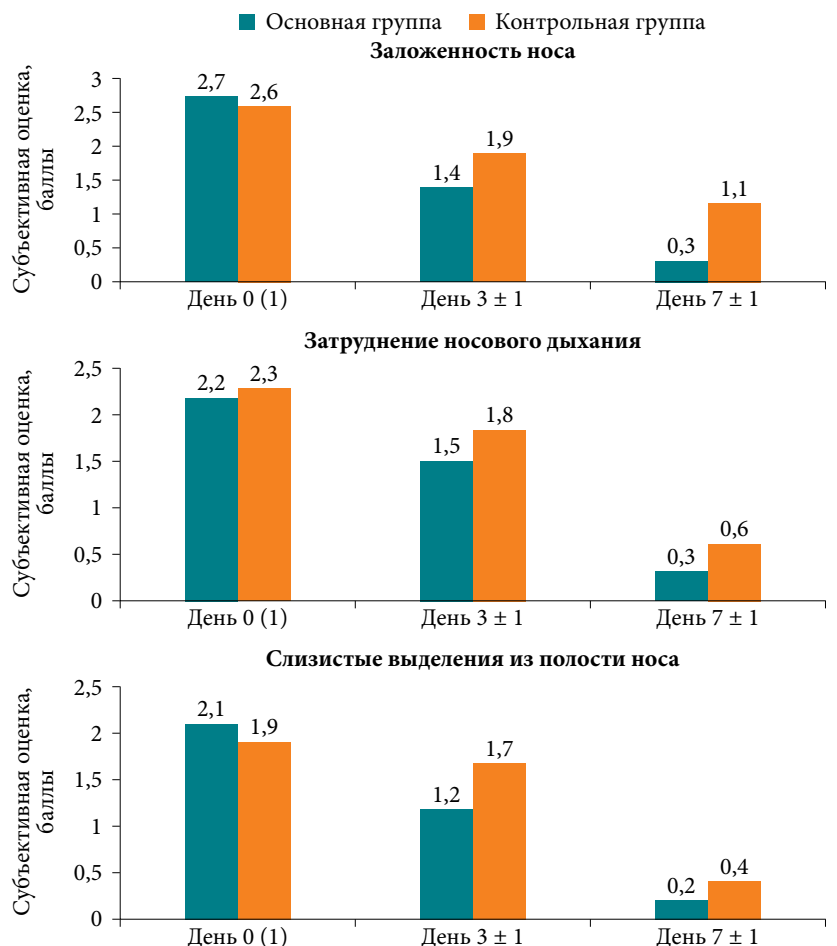


Рис. 1. Сравнение субъективной оценки носового дыхания в зависимости от группы терапии (n = 60)

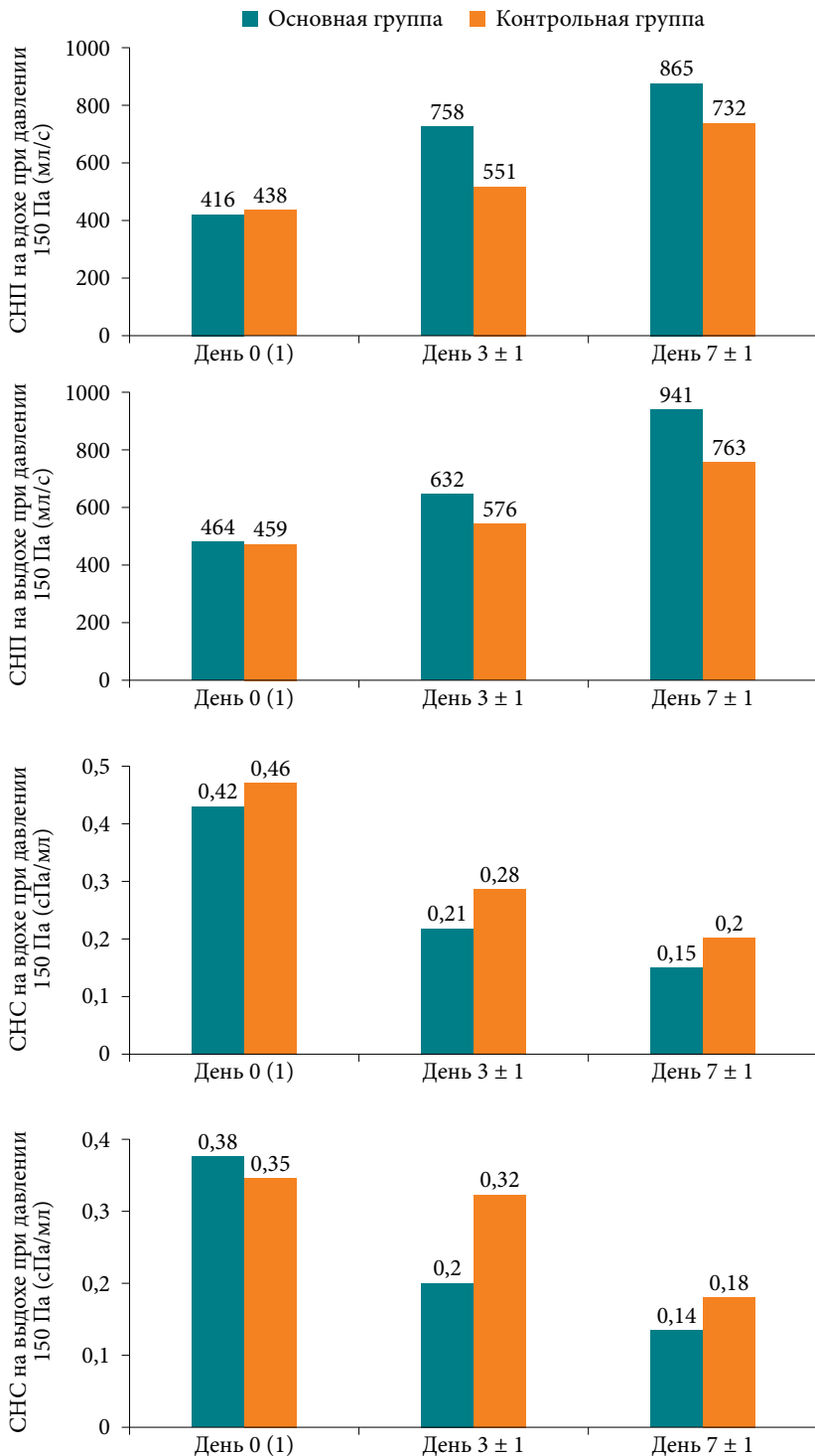


Рис. 2. Сравнение объективной оценки носового дыхания в зависимости от группы терапии (n = 60)

### Выводы

Анализ результатов сравнительного наблюдательного исследования, проведенного на клинических базах кафедры оториноларингологии Российского университета медицины Минздрава России, показал

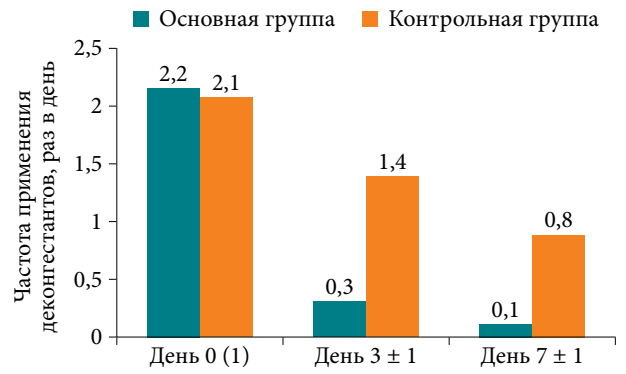


Рис. 3. Частота применения деконгестантов в период наблюдения (n = 60)

высокую эффективность препарата Аспектон в лечении пациентов с острой респираторной вирусной инфекцией – острым риносинуситом.

На фоне применения препарата уже к третьему дню лечения отмечалось выраженное улучшение самочувствия пациентов, которое проявлялось восстановлением носового дыхания, уменьшением заложенности и выделений из полости носа в сравнении с группой контроля (протеинат серебра) за счет купирования воспалительных проявлений заболевания. Это подтверждено не только субъективными, но и объективным методом обследования пациента – с помощью передней активной риноманометрии (ПАРМ).

В основной группе ко второму визиту (день 3 ± 1) прирост суммарного носового потока и уменьшение суммарного носового сопротивления были более выражены. К третьему визиту (день 7 ± 1) эта разница сохранялась. В контрольной группе также была заметна положительная динамика по уменьшению назальной обструкции на протяжении всего наблюдения, однако с менее выраженным эффектом.

Аспектон подтвердил свою эффективность в профилактике бактериальных осложнений. Лишь у одного пациента из 30 развился бактериальный риносинусит легкой степени, тогда как в группе контроля таких было трое – два случая легкой и один случай средней степени тяжести.

Выраженное противоотечное действие препарата Аспектон позволяет быстро нормализовать носовое дыхание с минимальным добавлением или, в большинстве случаев, без добавления в терапию деконгестантов с первых дней применения.

Также необходимо отметить, что пациенты основной группы отмечали приятное ощущение в полости носа после введения препарата Аспектон и были более привержены лечению, тогда как в контрольной группе пациенты жаловались на проходящее жжение при введении протеината серебра.

Таким образом, препарат Аспектон клинически эффективен не только в терапии вирусного риносинусита, но и в снижении риска развития бактериальных осложнений. ☺

# АСПЕКТОН®

Я ВДЫХАЮ ЭТУ ЖИЗНЬ ВО ВСЕЙ ЕЕ ПОЛНОТЕ И БОГАТСТВЕ



ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАСМОРКА  
ПРИ ОРВИ, ПРОСТУДЕ И ГРИППЕ



ПОМОЩЬ ПРИ НАСМОРКЕ С  
ЗАЛОЖЕННОСТЬЮ И ЗАВИСИМОСТЬЮ  
ОТ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ  
ПРЕПАРАТОВ



ПОДХОДИТ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ  
И ДЕТЕЙ СТАРШЕ 8 ЛЕТ



С ДЕКСПАНТЕНОЛОМ, ГИПРОМЕЛЛОЗОЙ  
И ЭФИРНЫМИ МАСЛАМИ, ВКЛЮЧАЯ МАСЛО  
ТИМЬЯНА, ЭВКАЛИПТА И МЯТЫ

ФСЗ 2012/12850 от 02 июня 2022  
РЕКЛАМА ООО "Кревель Мойзельбах"

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ!



## Литература

1. Касаткин А.Н., Фомина А.В. Анализ распространенности заболеваний лор-органов и их медико-социальная значимость. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024; 2: 338–351.
2. Scasso F, Ferrari G, Vincentiis G.C., et al. Emerging and re-emerging infectious disease in otorhinolaryngology. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2018; 38 (2) (suppl 1): S1–S106.
3. Perić A., Gaćeša D., Kovačević S.V., et al. The effect of nasal douching by hypertonic 2.3 per cent sea water with algae extracts on the concentration of epidermal growth factor, transforming growth factor- $\alpha$  and interleukin-8 in nasal secretions of patients with nasal polyposis following endoscopic surgical treatment. J. Laryngol. Otol. 2024; 138 (5): 520–526.
4. Necati D.O., Dilber M., Bayar M.N., et al. The superiority of Dexpanthenol or Vaseline as excipient in nasal formulations. Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2022; 26 (2) (suppl 1): 124–133.
5. Oriola A.O., Oyedeji A.O. Essential Oils and Their Compounds as Potential Anti-Influenza Agents. Molecules. 2022; 27 (22): 7797.
6. Wińska K., Mączka W., Łyczko J., et al. Essential Oils as Antimicrobial Agents-Myth or Real Alternative? Molecules. 2019; 24 (11): 2130.
7. Sakkas H., Papadopoulou C. Antimicrobial Activity of Basil, Oregano, and Thyme Essential Oils. J. Microbiol. Biotechnol. 2017; 27 (3): 429–438.
8. Dhakad A.K., Pandey V.V., Beg S., et al. Biological, medicinal and toxicological significance of Eucalyptus leaf essential oil: a review. J. Sci. Food. Agric. 2018; 98 (3): 833–848.
9. Zhao H., Ren S., Yang H., et al. Peppermint essential oil: its phytochemistry, biological activity, pharmacological effect and application. Biomed. Pharmacother. 2022; 154: 113559.

### About the Real Possibility of Reducing the Risk of Bacterial Complications in Patients with Acute Rhinosinusitis

A.Yu. Ovchinnikov, N.A. Miroshnichenko, Yu.O. Nikolaeva, D.S. Stegacheva, A.R. Makhmudov

Russian University of Medicine

Contact person: Andrey Yu. Ovchinnikov, lorent1@mail.ru

*The issue of treatment of infectious and inflammatory diseases of the ENT organs does not lose its relevance due to its wide prevalence around the world. In recent years, new complex topical drugs that are used for both preventive and curative purposes have aroused great interest. In rhinosinusitis, such active ingredients as hypertensive seawater and dexpanthenol have proven themselves to be the best. Together, they have a protective, cleansing, and moisturizing effect on the nasal mucosa, reduce its puffiness, and improve recovery. Essential oils can enhance these effects and complement their antimicrobial effects. Evidence has emerged of the medical importance of essential oils for the relief of infectious respiratory diseases such as colds, pneumonia, and flu. All three components are combined by the nasal spray Aspecton. The drug has been successfully used in many countries for a long time, but it has recently appeared in Russia. To study its effectiveness, tolerability and safety in patients with acute rhinosinusitis as a prevention of bacterial complications from ENT organs, the staff of the Department of Otorhinolaryngology of the Russian University of Medicine of the Ministry of Health of Russia conducted a prospective observational study. Against the background of the drug, by the third day of treatment, a marked improvement in the well-being of patients was noted: nasal breathing was restored, congestion and discharge from the nasal cavity decreased due to the relief of inflammatory manifestations of the disease. This is confirmed not only by subjective, but also by an objective examination method. The results led to the conclusion that Aspecton nasal spray is clinically effective not only for the treatment of viral rhinosinusitis, but also for reducing the risk of bacterial complications.*

*The aim is to evaluate the clinical efficacy, tolerability and safety of Aspecton nasal spray in patients with acute rhinosinusitis as a prevention of bacterial complications from the ENT organs.*

**Keywords:** *infectious and inflammatory diseases of the upper respiratory tract, acute rhinosinusitis, viral rhinosinusitis, topical therapy, hypertensive solution, Aspecton*



Нужна медицинская книга?  
Закажите:

- на сайте [www.mbookshop.ru](http://www.mbookshop.ru)
- по телефону 8 (967) 026-11-09
- по эл. почте [zakaz@medcongress.ru](mailto:zakaz@medcongress.ru)

**У НАС ДЕШЕВЛЕ!**  
**СРАВНИТЕ ЦЕНЫ**  
**И УБЕДИТЕСЬ**  
**САМИ!**





<sup>1</sup> Омский  
государственный  
медицинский  
университет

<sup>2</sup> Центр  
оториноларингологии –  
хирургия головы и шеи

<sup>3</sup> Клинический  
медико-хирургический  
центр Министерства  
здравоохранения  
Омской области

<sup>4</sup> Институт  
математики  
им. С.Л. Соболева  
Сибирского  
отделения РАН

# Сравнительное исследование эффективности комбинаций «антибиотик – глюкокортикостероид» при наружном диффузном отите

К.И. Нестерова<sup>1</sup>, А.А. Нестерова<sup>2</sup>, А.Ю. Агаркова<sup>2</sup>, Р.Г. Миракян<sup>2</sup>,  
А.Р. Волосникова<sup>3</sup>, М.В. Ермолаева<sup>3</sup>, В.В. Терре<sup>3</sup>, В.В. Гольтяпин<sup>4</sup>

Адрес для переписки: Климентина Ивановна Нестерова, [knesterova@gmail.com](mailto:knesterova@gmail.com)

Для цитирования: Нестерова К.И., Нестерова А.А., Агаркова А.Ю. и др. Сравнительное исследование эффективности комбинаций «антибиотик – глюкокортикостероид» при наружном диффузном отите. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (5): 44–52.

DOI: 10.33978/2307-3586-2025-21-5-44-52

*Наружный отит (otitis externa) – обширная группа воспалительных заболеваний наружного уха – ушной раковины, наружного слухового прохода (НСП) и эпидермального слоя барабанной перепонки, вызываемых как травмами его отделов (в том числе в результате неправильной гигиены уха), так и дерматологическими заболеваниями (экземой, псориазом, герпесом кожи), с присоединением бактериальной и/или грибковой флоры.*

*Заболевания могут протекать в виде хондропериходрита ушной раковины, фурункула уха и диффузной формы, захватывающей наружные слои кожи и барабанной перепонки. В концепции данной статьи мы подразумеваем под наружным отитом именно эту последнюю форму.*

**Ключевые слова:** *наружный отит, наружный диффузный отит, хронический наружный отит, антибиотикотерапия, фторхинолоны, аминогликозиды*

## Введение

Наружные диффузные отиты (НДО) составляют 17–30% от общей патологии лор-органов и около половины всех отитов. Считается, что каждый десятый житель в мире хотя бы раз в жизни перенес НДО [1–4]. Подавляющее большинство (> 95%) случаев наружного отита являются острыми [5], с длительностью течения до шести недель. Хронический наружный отит встречается у 3–5% населения в основном на фоне общих заболеваний: аутоиммунных и обменных расстройств, псориаза, аллергического контактного дерматита и др. [3, 5]. Его симптомы сохраняются свыше трех месяцев либо имеется более четырех рецидивов в год [1, 6]. При НДО пациенты жалуются на зуд, выделения из уха, боль и заложенность [3, 4, 7, 8].

Более 90% случаев НДО вызваны бактериями в монофлоре и в ассоциации с бактериями и грибами. Превалирующими считают *P. aeruginosa* (22–62%) и *S. aureus* (11–34%) [7]. Грибы, как правило,

бывают причиной хронического и рецидивирующего наружного отита [2]. Типичными возбудителями являются *Aspergillus* (60–90%) и виды *Candida* (10–40%) [1, 2, 7].

Поскольку большинство случаев острого наружного отита вызваны бактериальной инфекцией, основным лечением является антибиотикотерапия [8]. При этом показания к применению системных антибиотиков для лечения НДО в настоящее время не подтверждены убедительными доказательствами [8], и основной лекарственной формой являются ушные капли. Местное применение позволяет создать высокую местную концентрацию препарата без побочных эффектов системного лечения [3, 4, 8, 9].

В российской аптечной сети продается значительное количество лекарственных средств (в форме ушных капель) на основе антибактериальных препаратов или их комбинаций для местного лечения отитов, из-за чего пациенты часто выбирают их самостоятельно, без рекомендаций врача.



Местные антибактериальные препараты должны охватывать наиболее распространенные патогены, такие как *P. aeruginosa* и *S. aureus*, и быть адаптированы к лекарственной устойчивости и чувствительности культивируемого патогена, если это возможно [1, 2, 10]. С учетом чувствительности для местного применения при наружном отите российскими и зарубежными клиническими рекомендациями одобрены капли, содержащие фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин), аминогликозиды (неомицин, гентамицин, фрамицетин) или полимиксины (полимиксин В) [1, 2, 6, 7]. Фторхинолоны высокоэффективны, не вызывая местного раздражения, но длительное или неконтролируемое применение может привести к развитию резистентности к этому важному классу антибактериальных препаратов. Аминогликозиды эффективны, но ототоксичны, поэтому их должны назначать только при неповрежденной барабанной перепонке. Некоторые из них могут вызывать контактный дерматит [2, 8, 9].

Помимо синтетических антибактериальных препаратов, антибиотиков и антисептиков в состав ушных капель часто входят противовоспалительные препараты, в частности глюкокортикостероиды (ГКС). Все авторы однозначно отмечают высокую эффективность ГКС для снятия зуда, отека и воспаления при всех формах отитов [2, 10–12], особенно в первые два дня лечения [10, 13]. Однако в отношении длительности применения топических ГКС у исследователей имеются диаметрально противоположные мнения. Некоторые отечественные авторы считают, что местные ГКС помимо положительного действия угнетают иммунитет, снижают репаративные способности тканей организма и повышают риск развития вторичных (грибковых) инфекций, и призывают к кратковременному их использованию с заменой на третий – пятый день на другие ушные капли (что значительно повышает стоимость лечения для пациента) [4].

Их оппоненты, как российские, так и зарубежные, назначают комбинированные препараты с ГКС на полный курс лечения [2, 14], не отмечая роста нежелательных явлений [2], и даже предлагают варианты монотерапии каплями с ГКС [12]. Отчеты и результаты метаанализа начала XXI в. не находили доказательств превосходства какого-либо варианта местной монотерапии при использовании синтетических антибактериальных препаратов, антибиотиков, антисептических препаратов или ГКС [8, 12]. Но несколько рандомизированных контролируемых исследований последних лет показывают, что лечение топическими комбинациями антибиотиков и ГКС уменьшало отек, эритему и секрецию более эффективно, чем только антибиотики. Наибольшая разница была замечена в течение первых нескольких дней лечения [13].

Однако, несмотря на наличие высокоэффективных современных препаратов, повсеместно отмечается

рост числа рецидивирующих форм НДО. Это, помимо других причин, связано с бесконтрольным применением одновременно или последовательно нескольких лекарственных средств, несоблюдением схем введения, что приводит к низкой приверженности пациента проводимому лечению, недостижению эрадикации патогена и дискредитации самого лечения, затяжному течению НДО. Поэтому обоснование эмпирического выбора препарата для местной стартовой терапии НДО является актуальной задачей современной отиатрии.

*Цель исследования:* оценить сравнительную эффективность местного применения в виде ушных капель комбинации кортикостероида с фторхинолонами или антибиотиками аминогликозидного ряда при наружном диффузном отите.

### Материал и методы

В Москве и Западной Сибири при ретроспективном изучении структуры заболеваемости отитами и их болезненности был проведен анализ 1095 карт, который показал, что пациенты с явлениями НДО (в том числе и в сочетании со средними отитами) составляют на амбулаторном приеме до 76,4%, в стационаре – 20,8%. Это говорит о высокой актуальности исследования, проведенного в течение восьми месяцев с апреля по ноябрь 2024 г. на базе трех клинических центров Омска и Москвы. В исследовании участвовали 74 больных острым НДО в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст  $41,2 \pm 13,7$  года), 36 женщин и 38 мужчин.

### Дизайн исследования

Было проведено рандомизированное контролируемое проспективное исследование.

*Критерии включения пациентов в исследование:*

- больные с установленным диагнозом – острый наружный диффузный отит;
- продолжительность заболевания – менее 21 дня.

*Критерии исключения:*

- наличие у пациента аллергии на фторхинолоны и/или антибиотики аминогликозидного ряда;
- острое течение заболевания или обострение хронического воспалительного процесса другой локализации или системного заболевания;
- использование системной и местной антибактериальной или глюкокортикостероидной терапии менее трех месяцев до исследования;
- наличие у пациента психического заболевания;
- неспособность самостоятельно выполнить лечение по назначенной схеме.

В зависимости от применяемого препарата для местного лечения пациенты были распределены в три группы (рандомизация по месту оказания специализированной помощи).

1. Пациенты первой группы ( $n = 26$ , средний возраст  $42,3 \pm 13,6$  года) получали препарат ципрофлоксацина гидрохлорид + дексаметазон (Комбинил, Sentiss Pharma, Индия).



2. Пациенты второй группы (n = 25, средний возраст 40,0 ± 14,5 года) получали неомидина сульфат + полимиксин В + дексаметазона метасульфобензоат натрия (Полидекса, ООО «Русфик», группа компаний Recordati (Россия).

3. Больным третьей группы (n = 23, средний возраст 41,3 ± 13,4 года) назначали фрамицетина сульфат + грамицидин + дексаметазона натрия метасульфобензоат. Все комбинации включены в клинические рекомендации по лечению наружного отита [6]. Группы были равноценны по численности, полу, возрасту, характеру и тяжести патологического процесса, а также наличию сопутствующих заболеваний.

## Схема лечения

Все пациенты получали влажный туалет уха с 3%-ным раствором перекиси водорода в течение трех дней, а затем – по показаниям (по мере сохранения значимого количества отделяемого). Местное медикаментозное лечение уха заключалось во введении в НСП пораженного уха по четыре капли лекарственного препарата два раза в день – для пациентов первой группы, четыре раза в день – для пациентов второй и третьей групп в соответствии с инструкцией.

Капли пациентам вводили в положении лежа на спине, с поворотом головы в сторону пораженного уха. После этого ухо закрывали ватным тампоном на 20 минут. Лечение продолжалось в течение десяти дней, после исчезновения симптомов оно было прекращено. Весь период наблюдения за пациентом составлял четыре недели.

Перед началом лечения, во время первого визита, проводили скрининг больных, назначали лечение. Оценивали состояние больных во время контрольных визитов:

- второго (на третий день);
- третьего (на пятый день);
- четвертого (на десятый день, когда лечение официально было завершено).

А также дополнительных визитов:

- пятого – на 21-й день (проверка излечения);
- шестого – на 28-й день (по необходимости).

Учитывали оценку клинических признаков заболевания, аллергических реакций и нежелательных явлений (во время каждого визита), данные клинического анализа крови (по показаниям), цитогаммы и результаты бактериологического исследования (во время первого и четвертого визитов либо по выздоровлению, если оно наступило ранее чем через десять дней), субъективную оценку состояния самим пациентом (во время первого – шестого визитов). Дополнительные визиты проводились при недостаточном результате лечения.

## Методы исследования

Обследование включало сбор анамнеза, осмотр, отомикроскопию для оценки состояния слуховых проходов, а также исследование кожи наружного слухового прохода на наличие инфильтрации и эритемы. Кроме того, проводилось микробиологическое исследование отделяемого из уха для выявления чувствительности к антибиотикам и антимикотикам. Также было проведено аудиологическое обследование, а в случае необходимости – лучевое, включая компьютерную томографию.

Все пациенты ежедневно заполняли лист самоконтроля, где оценивали выраженность боли, зуда, заложенности и выделений из уха, а также головную боль и общее недомогание по сенсорно-аналоговой шкале. Жалобы и объективные данные оценивались по четырехбалльной шкале:

- 0 баллов – отсутствие симптомов;
- 1 балл – легкие проявления;
- 2 балла – умеренные проявления;
- 3 балла – значительные проявления.

Если возникали нежелательные явления, их записывали в отдельную графу.

Для объективной оценки определяли клинический индекс (КИ), который представлял собой среднее арифметическое балльной оценки выраженности симптомов.

У больных констатировали «выздоровление», если суммарная оценка субъективных жалоб составляла до 1 балла, а объективных – 0 баллов (по КИ).

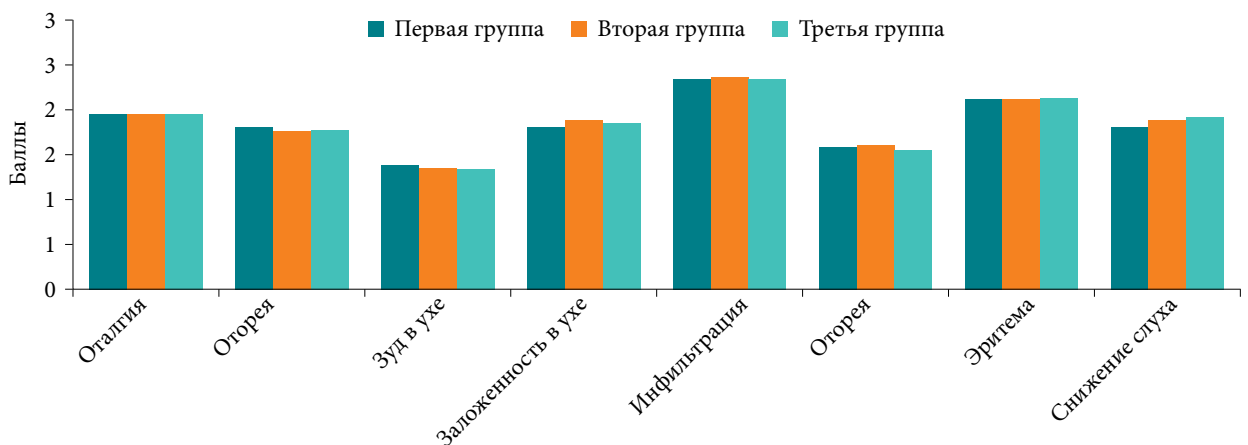


Рис. 1. Выраженность жалоб и симптомов на начало лечения по группам в баллах





«Улучшение» диагностировали при оценке жалоб до 2 баллов и КИ – до 2 баллов. «Без эффекта» означало отсутствие улучшения или кратковременное улучшение с последующим рецидивом в течение месяца. Также это может быть связано с применением системной антибиотикотерапии. Полученные данные обрабатывались с использованием пакета Statistica 10. Проверка нормальности распределения количественных признаков проводилась с использованием критерия Колмогорова – Смирнова и критерия Шапиро – Уилка. Данные представлены в виде среднего, его относительного отклонения ( $M \pm \sigma$ ). Для сравнения выборки использовали двусторонний t-критерий. Уровнем статистической значимости различий считали  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Выраженность клинических проявлений НДО в баллах на первом визите представлена на рис. 1. Большинство пациентов (93%) жаловались на боль и выделения из уха, в половине случаев умеренно выраженные. Значительную боль испытывали 25,7%, а оторея была у 16,2% пациентов. При этом по объективной оценке значительная или умеренная оторея присутствовала у всех пациентов. Легкий или умеренный зуд в ухе отмечали 83% пациентов, 5% участников испытывали сильный зуд. Более 80% больных жаловались на заложенность уха. Эти показатели совпадали с результатами объективного исследования слуха. У всех пациентов имелась умеренная (79,7%) или выраженная (16,2%) гиперемия кожи НСП. При микробиологическом исследовании отделяемого НСП превалировали *P. aeruginosa* (28,1%), *S. aureus* (19,3%), бактерии семейства *Moraxella catarrhalis* (14,2%).

При практически одинаковой выраженности на начало лечения уже ко второму визиту суммарный балл жалоб в первой группе уменьшился на 40% и стал лучше в 1,3 раза, чем во второй группе, в 1,5 раза лучше, чем в третьей группе (рис. 2), в основном за счет более быстрого купирования зуда и боли в ухе ( $1,38 \pm 0,85$  балла против  $0,27 \pm 0,6$  и  $1,96 \pm 0,87$  балла против  $0,69 \pm 0,62$  соответственно) (рис. 3).

Наиболее наглядно различия в ответе на проводимое лечение в группах проявились на третьем визите. Выраженность жалоб в первой группе снизилась еще на 70% по сравнению с предыдущим визитом и стала в 1,9 раза лучше, чем во второй группе, и в 2,6 раза лучше, чем в третьей.

В первой группе основным симптомом была заложенность носа ( $0,46 \pm 0,65$  балла), в то время как остальные жалобы значительно уменьшились. Во второй группе помимо заложенности носа, которая сохранялась с прежней интенсивностью ( $0,48 \pm 0,59$  балла), наблюдались выделения из уха ( $0,48 \pm 0,51$  балла) и зуд, который у четырех пациентов возобновился после улучшения на предыдущем визите, а у одного даже усилился с 1 до 2 баллов.

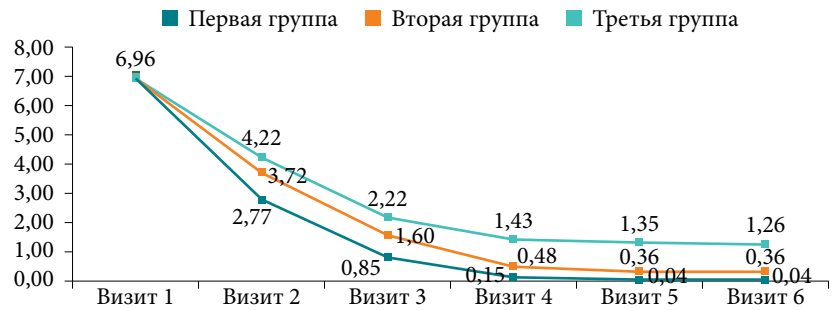


Рис. 2. Динамика суммарного показателя жалоб у пациентов на первом – шестом визитах по группам

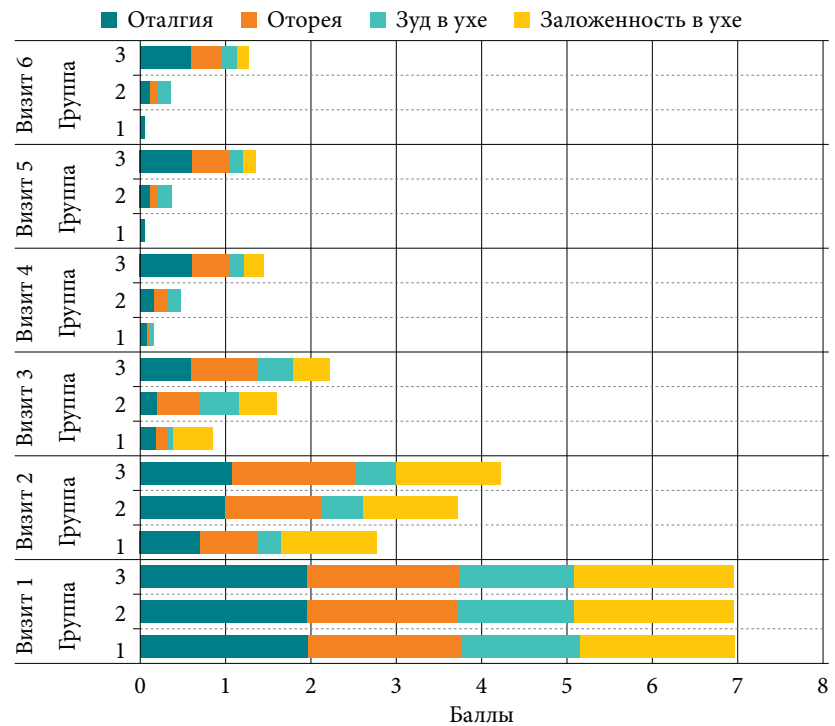


Рис. 3. Динамика жалоб у пациентов по группам на первом – шестом визитах

Эти изменения были связаны с возможным раздражением от входящего в состав препарата неомицина. Однако поскольку объективные признаки не соответствовали признакам сильной аллергической реакции, а пациенты были настроены на продолжение лечения, капли не были отменены.

В третьей группе пациенты продолжали предъявлять все типичные жалобы, при этом оталгия и оторея оставались наиболее выраженными, хотя их интенсивность уменьшилась на 44–45%, их оценка составила  $0,61 \pm 0,5$  и  $0,78 \pm 0,42$  балла соответственно. Выраженность зуда также снизилась и оказалась на 20% ниже, чем во второй группе ( $0,39 \pm 0,5$  балла). К четвертому контрольному визиту жалобы в первой и второй группах практически сравнялись, хотя в первой группе состояние отдельных пациентов было значительно лучше. В то же время в третьей группе жалобы оставались прежними: хотя оторея

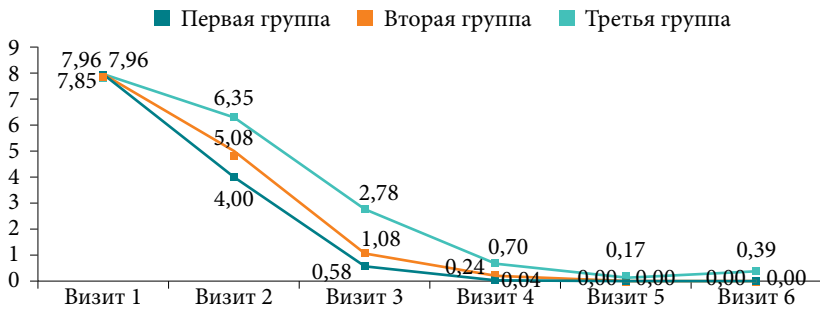


Рис. 4. Динамика клинического индекса у пациентов на первом – шестом визитах по группам

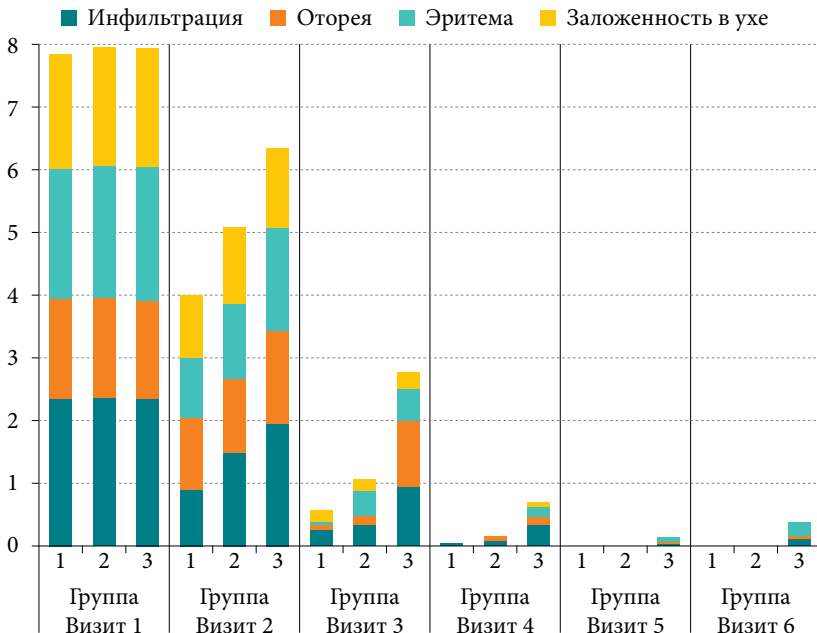


Рис. 5. Динамика объективных параметров у пациентов на первом – шестом визитах по группам

и зуд уменьшились в два раза, боль у двух пациентов сохранилась на прежнем уровне, что свидетельствовало о продолжающемся воспалительном процессе. На пятом и шестом контрольных визитах в первой группе никто не предъявлял жалоб. Во второй группе два пациента продолжали жаловаться на незначительную боль, зуд и выделения из уха. В то же время в третьей группе такие же жалобы предъявляли 35% пациентов (8 из 23) на пятом визите и 30% (7 из 23) – на шестом.

Динамика объективных данных в основном соответствовала жалобам, хотя носила менее пологий характер, судя по графику (рис. 4). Так, наблюдалось резкое улучшение КИ ко второму визиту в первой и второй группах – на 51% и 36% соответственно, и особенно к третьему визиту – на 93% и 86% от начальных величин соответственно. При этом показатели в первой группе были лучше на один пункт, а затем на 0,5 пункта в эти визиты, практически уравнившись к четвертому визиту (окончание лечения).

Лучшие результаты в первой группе были обусловлены главным образом резким уменьшением инфильтрации кожи – почти на 62%, что в два раза превышает показатели у пациентов второй группы. По другим симптомам показатели в обеих группах снижались симметрично (рис. 5).

К третьему визиту КИ в первой группе был в два раза лучше, чем во второй группе, но это были единичные пациенты. Иной была динамика КИ у пациентов третьей группы: к третьему визиту он снизился только на 20%, в основном за счет уменьшения эритемы (на 22%), инфильтрации кожи НСП (на 17%) и снижения слуха (на 21%) при незначительном улучшении по ототее (6%).

К третьему визиту КИ снизился на 15% от первоначального значения. К четвертому визиту он составлял 9%, а к пятому (контрольному) – всего 2% от начального значения. Однако к шестому визиту он увеличился в 2,5 раза.

Семь пациентов из этой группы пришли с жалобами на то, что симптомы НДО не прекратились или возобновились. При этом выраженность симптомов не превышала одного балла и в среднем к шестому визиту составила:

- по инфильтрации –  $0,13 \pm 0,34$  балла;
- по ототее –  $0,04 \pm 0,21$  балла;
- по эритеме –  $0,22 \pm 0,42$  балла.

При изучении динамики микробиома НСП на фоне лечения в первой группе была достигнута полная эрадикация патогена. Это подтверждает высокую бактерицидную активность ципрофлоксацина, который не вызывает параллельной выработки устойчивости к другим антибиотикам, не относящимся к группе ингибиторов гиразы. Именно этим объясняется его высокая эффективность по отношению к бактериям, устойчивым, например, к аминогликозидам, пенициллинам, цефалоспорином, тетрациклами и многим другим антибиотикам (из инструкции к препарату).

В контрольных посевах присутствовал *S. auricularis*, который является нормальной флорой [15] (рис. 6). Во второй группе у 12% (3 из 25) пациентов было зафиксировано появление грибковой флоры (рис. 7).

Синергическая активность комбинации антибиотиков неомицина сульфата и полимиксина В в целом перекрывает спектр чувствительности выделенных микроорганизмов. Полимиксин В в большей степени воздействует на грамотрицательную микрофлору, особенно на *P. aeruginosa*, которая в большинстве случаев обладает природной устойчивостью к неомицину [8, 16]. Неомицин, в свою очередь, обладает антистафилококковой активностью.

Известно, что сложность лечения синегнойной инфекции связана со способностью *P. aeruginosa* быстро приобретать устойчивость к антимикробным препаратам [16].

У 48% пациентов (11 из 23) третьей группы не удалось достичь полной эрадикации патогенной флоры



Бактериологический анализ № 30100645_240710		
Дата поступления	10.07.2024	
Отделение	Клиника "Ультрамет"	
Биоматериал <sup>1</sup>	Мазок из правого уха	
Диагноз	.....	
№№ Выделенные микроорганизмы	КОЕ/г	
PII   <i>Staphylococcus aureus</i>	1x10 <sup>8</sup>	
Антибиотикограмма <sup>2</sup>		
Пиперацillin/Тазобактам	I	
Тикарциллин/Клавулановая кислота	I	
Цефтазидим	I	
Цефепим	I	
Меропенем	S	
Ципрофлоксацин	I	
Левифлоксацин	I	
Амоксицилин	S	
Фаг Интестифаг	R	
Фаг Стафилофаг	S	
Комментарий	Результаты исследования не являются диагнозом, необходима консультация специалиста.	
Дата выдачи:	12.07.2024	Врач:
<sup>1</sup> По исходной пробе		
<sup>2</sup> I - чувствителен, S - умеренно-чувствителен, R - резистентен		

Бактериологический анализ № 651		
Дата поступления	16.07.2024	
Отделение	Клиника "Ультрамет"	
Биоматериал <sup>1</sup>	Отделение из ушей на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	
Диагноз	.....	
№№ Выделенные микроорганизмы	КОЕ/г	
PII   <i>Staphylococcus aureus</i>	1x10 <sup>8</sup>	
Антибиотикограмма <sup>2</sup>		
Бета-лактамолитики	S	
Амоксицилин	S	
Амоксициллин	S	
Пиперацillin	S	
Тикарциллин	S	
Цефалоспорины	S	
Цефалексин	S	
Цефотаксим	I	
Цефтриаксон	I	
Цефепим	S	
Левифлоксацин	I	
Моксифлоксацин	S	
Гентамицин	S	
Эритромицин	S	
Азитромицин	S	
Кларитромицин	S	
Клиндамицин	S	
Тетрациклин	S	
Доксицилин	S	
Фаг Стафилококкофаг	R	
Фаг Интестифаг	R	
Комментарий	S. aureus относится к нормальной и сопутствующей микрофлоре наружного слухового прохода. Результаты исследования не являются диагнозом, необходима консультация специалиста.	

Рис. 6. Типичный результат бактериологического анализа из НСП у пациентов первой группы, получавших ушные капли ципрофлоксацина гидрохлорид + дексаметазон

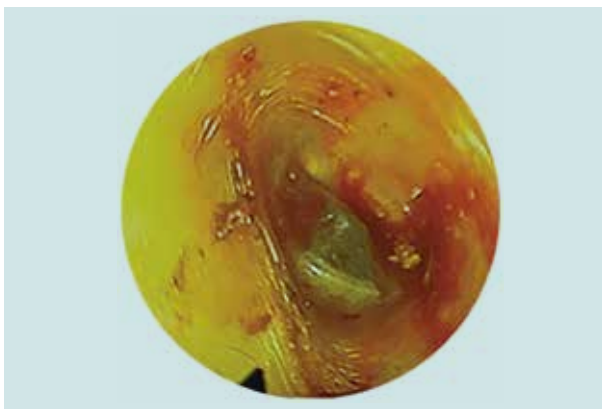


Рис. 7. Отомикроскопия пациента М. (вторая группа, седьмой день лечения ушными каплями неомицина сульфат + полимиксина В + дексаметазона метасульфобензоат натрия)

№№ Выделенные микроорганизмы	Концентрация	Выделенные микроорганизмы
(I) <i>Staphylococcus aureus</i>	10 <sup>8</sup> КОЕ/г	(I) <i>Staphylococcus aureus</i>
Антибиотикограмма *	PII МПК	Антибиотикограмма **
Бензилпенициллин	R	[1]
Амоксициллин	R	Интести бактериофаг
Пиперацillin	R	Пикокомплексный бактериофаг
Тикарциллин	R	Секста бактериофаг
Цефазолин	S	Стафилококковый бактериофаг
Цефалексин	S	Азитромицин
Цефотаксим	I	Амоксициллин
Цефтриаксон	I	Амоксициллин/Клавулановая кислота
Цефепим	S	Цефазолин
Левифлоксацин	I	Цефиксим
Моксифлоксацин	S	Цефоперазон/сульбактам
Гентамицин	S	Цефтибутен
Эритромицин	R	Цефтриаксон
Азитромицин	R	Цефокситин
Кларитромицин	R	
Клиндамицин	R	
Тетрациклин	S	
Доксицилин	S	
Фаг Стафилококкофаг	R	
Фаг Интестифаг	R	

Рис. 8. Типичный результат бактериологического анализа из среднего уха пациентов третьей группы, которые использовали ушные капли фрамицетина сульфат + грамицидин + дексаметазона натрия метасульфобензоат

к четвертой неделе лечения. Вместо этого была зафиксирована замена на более устойчивые бактерии (рис. 8).

Фрамицетин, входящий в состав ушных капель, используемых этой группой пациентов, как и другие аминогликозиды, оказывает бактерицидное действие на грамположительную флору. Грамицидин, антибиотик тиротрициновой группы, расширяет спектр антимикробного действия, особенно в отношении стафилококков, обладая противостафилококковым эффектом. Однако в целом эта комбинация менее активна против *P. aeruginosa*, чем ципрофлоксацин или полимиксин В.

### Обсуждение результатов

К концу курса лечения, на четвертом визите, в первой группе у четырех пациентов были незначительные жалобы на зуд и выделения (по одному человеку) и боль (два человека). У одного пациента сохранялась остаточная инфильтрация кожи НСП (КИ = 1), но в целом была достигнута полная эрадикация патогена. Выздоровление наступило у 96,1% пациентов (25 из 26), улучшение – у 3,9% (1 из 26).

Во второй группе у четырех пациентов были незначительные жалобы, оцененные в 1 балл, а у трех – в 2 балла. По КИ у одного пациента было 2 балла, а у троих – 1 балл. Выздоровление наступило у 84%

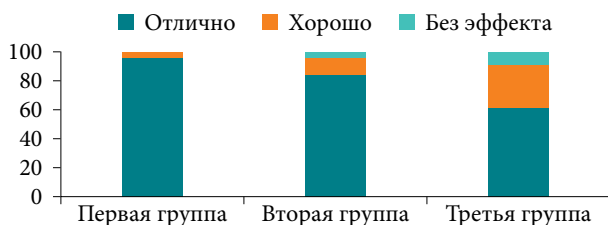


Рис. 9. Эффективность лечения по группам наблюдения

(21 из 25) пациентов, улучшение – у 12% (3 из 25), без эффекта – у 4% (1 из 25).

В третьей группе жалобы были более выраженными: 1 балл – у 11 человек, 2 балла – у семи человек, 3 балла – у двоих человек. По КИ 1 балл был у девяти человек, 2 балла – у двоих. Выздоровление наступило у 60,9% пациентов (14 из 23), улучшение – у 30,4% (7 из 23), без эффекта – у 8,7% (2 из 23).

В целом эффективность лечения в первой и второй группах к десятому дню была статистически сопоставима: разница в частоте ответа составила 12,15% ( $p = 0,03$ ). Она была выше, чем в третьей группе: разница в частоте ответов в первой и третьей группах – 35,2% ( $p = 0,0000$ ), во второй и третьей группах – 23,1% ( $p = 0,0000$ ) (рис. 9).

Однако пациенты первой и второй групп достигали выздоровления гораздо раньше, чем пациенты третьей группы. Уже на втором визите (через три дня после начала лечения) у 19,2% пациентов первой группы (5 из 26) и 8% второй группы (2 из 25) была балльная оценка, соответствующая выздоровлению. На третьем визите (на пятый день лечения) эти показатели составили 77% пациентов первой группы (20 из 26) и 52% второй группы (13 из 25), в то время как в третьей группе – только 17,4% (4 из 23).

Различия в сроках выздоровления можно объяснить главным образом антисинегнойной активностью антибиотиков, входящих в состав ушных капель. Однако быстрое достижение эффекта в первой группе связано со свойствами вспомогательных компонентов, особенно с гидроксипропил-бета-циклодекстрином. Циклодекстрин (гидроксипропил-бета-циклодекстрин), входящий в состав препарата Комбинил, повышает биодоступность и увеличивает фармакологическую активность дексаметазона [17], а также способствует растворимости, биодоступности и стабильности ципрофлоксацина [18].

Циклодекстрины обладают уникальным свойством регулировать скорость и степень высвобождения активных веществ. Благодаря этому ушные капли Комбинил обеспечивают пролонгированное действие, снижают раздражающий эффект и способствуют высокой приверженности пациентов лечению. Препарат отличается низкой токсичностью для клеток макроорганизма, что объясняется отсутствием в них ДНК-гиразы, как указано в инструкции по медицинскому применению.

В то же время, согласно источникам, неомицин, входящий в состав ушных капель для пациентов второй группы, может вызывать контактный дерматит у 15–30% пациентов, даже в сочетании с дексаметазоном [1]. С этим

побочным эффектом мы связываем жалобы на зуд и выделения из уха, которые сопровождалась объективными признаками: гиперемией и умеренной инфильтрацией кожи наружного слухового прохода (НСП), а также явлениями дисбиоза у 20% пациентов этой группы (5 из 25). В третьей группе ушные капли с антибиотиками показали невысокую эффективность, что привело к появлению устойчивых штаммов бактерий. В результате 26% пациентов (6 из 23) обратились за медицинской помощью повторно в течение месяца.

## Заключение

НДО – это распространенное заболевание, которое может проявляться как самостоятельно, так и в сочетании с острым средним отитом. В амбулаторных условиях оно встречается у 76% отоларингологических пациентов. В составе микробиома при НДО преобладающей флорой являются *P. aeruginosa* (28,1%), *S. aureus* (19,3%), бактерии семейства *Moraxella catarrhalis* и энтеробактерии – 14,2%.

Эффективность лечения НДО зависит от используемых препаратов. Лекарства, содержащие антибиотики и дексаметазон, показали хорошие результаты:

- комбинация дексаметазона с ципрофлоксацином – 96% на десятый день;
- комбинация неомицина и полимиксина В – 84%;
- комбинация фрамицетина и грамицидина – 61%.

При этом первые две комбинации демонстрируют более быстрый клинический эффект:

- первая комбинация: 20% – на третий день и 77% – на пятый день;
- вторая комбинация: 8% и 52% соответственно.

Третья комбинация показала более низкие результаты: 0% – на третий день, 17% – на пятый день.

Более быстрый результат в первой группе был достигнут благодаря высокой антибактериальной активности ципрофлоксацина. Этот препарат отличается медленным развитием устойчивости у патогенов, хорошей переносимостью пациентами и отсутствием раздражающего действия. Кроме того, в составе препарата присутствует циклодекстрин, который обеспечивает стабильную и продолжительную концентрацию и биодоступность активных компонентов в тканях, поврежденных воспалительным процессом. При использовании ушных капель, содержащих аминокликозиды, следует избегать длительного применения неомицина. Это связано с риском развития чувствительности кожи и повышенной перекрестной чувствительности к другим аминокликозидам. Если существует вероятность наличия *P. aeruginosa* в качестве возбудителя наружного отита (НДО), рекомендуется выбирать ушные капли с высокой антисинегнойной активностью. ☺

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов в разработку концепции.**

Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи.



# КОМБИНИЛ®

РУ ЛСР-006467/09 отпуск по рецепту

## Капли глазные и ушные 5 мл

Ципрофлоксацин 0,3%  
+ дексаметазон 0,1%

  
**РЕЗРЕШЕН  
ДЕТЯМ  
С 1 ГОДА**

**Первая и единственная в России комбинация фторхинолона и глюкокортикостероида с высокой антибактериальной и противовоспалительной активностью при лечении наружных отитов у взрослых и детей с 1 года<sup>1,2</sup>**

- + Высокая активность против возбудителей отита, включая синегнойную палочку (выше, чем у комплекса с неомицином)<sup>4</sup>
- + Выраженное противовоспалительное действие, достоверное уменьшение боли и отека<sup>5,6</sup>
- + Отсутствие ототоксичности<sup>3</sup>



  
**РЕЗРЕШЕН  
ДЕТЯМ  
С 1 ГОДА**

# ДАНЦИЛ®

РУ ЛСР-009895 отпуск по рецепту

## Капли глазные и ушные 5 мл

Офлоксацин 0,3%

**Для лечения наружного и среднего отитов, в том числе с перфорацией, у взрослых и детей с 1 года**

- + Максимально широкий спектр антибактериальной активности в отношении возбудителей отита, включая хламидии<sup>8</sup>
- + Водный раствор обеспечивает лучшее проникновение в ткани. Не окрашивает кожу и не маскирует клиническую картину<sup>7</sup>
- + Отсутствие ототоксичности<sup>7,3</sup>

  
**SENTISS**  
Ясный взгляд в будущее

**ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**

115432, Москва, Проектируемый 4062-й проезд, д. 6, стр. 16, этаж 4, ком. 12.  
Тел.: +7 (495) 229-76-63 / e-mail: [sentiss@sentiss.ru](mailto:sentiss@sentiss.ru) / [www.sentiss.ru](http://www.sentiss.ru)

1. Государственный реестр лекарственных средств. от 16.03.2021 г. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата КомбиниЛ® (<https://grls.rosminzdrav.ru>). 3. Косяков С.Я. и соавт. Местное применение фторхинолонов в фармакотерапии заболеваний наружного и среднего уха: учеб. пособие. М., 2014. 4. Dohar J.E., Roland P. et al. Differences in bacteriologic treatment failures in acute otitis externa between ciprofloxacin/ dexamethasone and neomycin/polymyxin B/hydrocortisone: results of a combined analysis. Curr Med Res Opin. 2009;25(2):287-91. 5. Mösges R., Schröder T., Baues C.M., Sahin K. Dexamethasone phosphate in antibiotic ear drops for the treatment of acute bacterial otitis externa. Curr Med Res Opin. 2008;24(8):1339-47. 6. Храпко Н.С. и соавт. Опыт использования ушных капель КомбиниЛ при лечении наружного диффузного отита. Вестник оториноларингологии. 2013;78(6):72-5. 7. Инструкция по медицинскому применению препарата ДанциЛ®. 8. Справочник по антимикробной терапии. Под ред. Козлова Р.С. и др. МАКСИМ, 2013.

11-23-RUS-001-ENT



## Литература

1. Wiegand S., Berner R., Schneider A., Lundershausen E., Dietz A. Otitis externa. Dtsch Arztebl Int. 2019; 116 (13): 224–234.
2. Schaefer P., Baugh R.F. Acute otitis externa: an update. American Family Physician. 2012; 86 (11): 1055–1061.
3. Радциг Е.Ю., Минасян В.С., Полуниин М.М. и др. Отит в педиатрической практике: виды, диагностика, дифференциальный диагноз, методы лечения. Учебное пособие / под ред. М.Р. Богомильского. М.: МАИ, 2022.
4. Крюков А.И., Гуров А.В., Шадрин Г.Б. и др. Эффективность и безопасность применения топической антибактериальной терапии у пациентов с острым наружным бактериальным отитом: результаты ретроспективного исследования. Вестник оториноларингологии. 2024; 89 (6): 24–27.
5. Wipperman J. Otitis Externa. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2014; 41 (1): 1–9.
6. Шадрин Г.Б., Гаров Е.В., Гуров А.В. и др. Наружные отиты. Клинические рекомендации. М., 2023.
7. Rosenfeld R.M., Schwartz S.R., Cannon C.R., et al. Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa. Otolaryngology – Head and Neck Surgery. 2014; 150 (suppl. 1): 1–24.
8. Tempera G., Mangiafico A., Genovese C., et al. In vitro evaluation of the synergistic activity of neomycin-polymyxin B association against pathogens responsible for otitis externa. Int. J. of Immunopath. Pharm. 2009; 22 (2): 299–302.
9. Fernandes T., Matias A.K., Brandão G.Á., et al. Iatrogenic contact dermatitis in a patient with atopic dermatitis. J. Skin. Stem. Cell. 2023; 10 (1): e126399.
10. Гуров А.В., Юшкина М.А. Особенности диагностики и лечения диффузного наружного отита. Медицинский совет. 2019; (20): 20–24.
11. Fedorova O.V., Shadrin G.B. The current view on the treatment of diffuse external otitis. Russian Bulletin of Otorhinolaryngology. 2016; (3): 51–53.
12. Emgard P., Hellstrom S., Holm S. External otitis caused by infection with *Pseudomonas aeruginosa* or *Candida albicans* cured by use of topical group III steroid, without any antibiotics. Acta Otolaryngol. 2005; (125): 346–352.
13. Mösges R., Schröder T., Baues C.M., et al. Dexamethasone phosphate in antibiotic ear drops for the treatment of acute bacterial otitis externa. Curr Med Res Opin. 2008; (24): 2339–2347.
14. Chu L., Acosta A.M., Aazami H., et al. Efficacy and safety of ciprofloxacin plus fluocinolone acetonide among patients with acute otitis externa: a randomized clinical trial. JAMA Network Open. 2022; 5 (7): e2221699.
15. Sjövall A., Aho V.T.E., Нyyrynen T., et al. Microbiome of the healthy external auditory canal. Otolology & Neurotology. 2021; 42 (5): E609–E614.
16. Чеботарь И.В., Бочарова Ю.А., Маянский Н.А. Механизмы резистентности *Pseudomonas aeruginosa* к антибиотикам и их регуляция. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2017; 19 (4): 308–319.
17. Кедик С.А., Панов А.В., Тюкова В.С. и др. Циклодекстрины и их применение в фармацевтической промышленности: обзор. Фармацевтическая технология и нанотехнологии. Разработка и регистрация лекарственных средств. 2016; 3 (16): 68–75.
18. Bozkir A., Denli Z. Effect of hydroxypropyl- $\beta$ -cyclodextrin on the solubility, stability and in vitro release of ciprofloxacin for ocular drug delivery. Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research. 2012; 69 (4): 719–724.

### Comparative Study of the Effectiveness of «Antibiotic – Glucocorticosteroid» Combinations for Diffuse Otitis Externa

K.I. Nesterova<sup>1</sup>, A.A. Nesterova<sup>2</sup>, A.Yu. Agarkova<sup>2</sup>, R.G. Mirakyan<sup>2</sup>, A.R. Volosnikova<sup>3</sup>, M.V. Ermolaeva<sup>3</sup>, V.V. Terre<sup>3</sup>, V.V. Goltiapin<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Omsk State Medical University Otorhinolaryngology

<sup>2</sup> Center — Head and Neck Surgery

<sup>3</sup> Clinical Medical and Surgical Center of the Ministry of Health of the Omsk Region

<sup>4</sup> Sobolev Institute of Mathematics, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences

Contact person: Klimentina I. Nesterova, [klnesterova@gmail.com](mailto:klnesterova@gmail.com)

*Otitis externa is an extensive group of inflammatory diseases of the outer ear – the auricle, the external auditory canal (OTI) and the epidermal layer of the eardrum, caused by trauma to its parts (including as a result of improper ear hygiene) and dermatological diseases (eczema, psoriasis, skin herpes), with the addition of bacterial and/or fungal flora.*

*Diseases can occur in the form of chondroperichondritis of the auricle, ear furuncle and diffuse form, affecting the outer layers of the skin and eardrum. In the concept of this article, we mean this last form by otitis externa.*

**Keywords:** external otitis media, external diffuse otitis media, chronic external otitis media, antibiotic therapy, fluoroquinolones, aminoglycosides

НОВОСТИ  
СТАТЬИ  
ЖУРНАЛЫ  
МЕРОПРИЯТИЯ  
ВИДЕО  
ПРЕСС-РЕЛИЗЫ  
ОНЛАЙН-МЕДИА



umedp.ru

## Медицинский портал для врачей

Акушерство  
и гинекология  
Аллергология  
и иммунология  
Анестезиология  
и реаниматология  
Гастроэнтерология  
Дерматовенерология  
Инфекционные  
болезни  
Кардиология  
Неврология  
Онкология  
Организация  
здравоохранения  
Оториноларингология  
Офтальмология  
Педиатрия  
Психиатрия  
Пульмонология  
Ревматология  
Терапия  
Урология  
Эндокринология

**uMEDp**  
(Universal Medical Portal) создан при участии ведущих экспертов различных областей медицины, много лет сотрудничающих с издательским домом «Медфорум». Собранные в рамках издательских проектов научно-медицинские материалы стали отправной точкой в развитии сетевого ресурса

*Информация на сайте uMEDp носит научный, справочный характер, предназначена исключительно для специалистов здравоохранения.*

*uMEDp – медицинский портал для врачей, объединяющий информацию о современных решениях для практики. Статьи экспертов по основным специальностям, обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости, видеоматериалы (в прямой трансляции или записи) составляют основное содержание портала.*



<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

<sup>2</sup> Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

# Продленное дренирование слуховых труб в лечении экссудативного среднего отита у детей

Д.В. Спеков<sup>1</sup>, М.В. Дроздова<sup>1</sup>, В.В. Дворянчиков<sup>1</sup>, А.М. Коркмазов<sup>2</sup>

Адрес для переписки: Дмитрий Валерьевич Спеков, d.spekov@yandex.ru

Для цитирования: Спеков Д.В. и др. Продленное дренирование слуховых труб в лечении экссудативного среднего отита у детей. Эффективная фармакотерапия. 2024; 25 (5): 54–60.

DOI: 10.33978/2307-3586-2025-25-5-54-60

*Статья посвящена лечению экссудативного среднего отита (ЭСО) у детей. Как следует из практического опыта членов авторского коллектива, не следует начинать с радикальных методов. Вначале стоит попробовать санацию миндалин лимфоидного кольца глотки, и только затем, если функции слуховой трубы в течение трех месяцев после операции не нормализовались, надлежит назначить продленное дренирование слуховых труб. В случае неэффективности переходят к тимпаностомии барабанной полости. Рассмотренное в материале продленное дренирование слуховых труб – эффективный и безопасный метод лечения тубарной дисфункции.*

**Цель** – наглядно продемонстрировать эффективность применения продленного дренирования слуховых труб у детей с ЭСО.

**Материал и методы.** Работа выполнена на базе отделения реконструктивной хирургии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи. Используются следующие источники научных баз за последние десятилетия: Medline, Scopus, Web of Science, специализированных изданий eLIBRARY. Продемонстрировано два наглядных клинических примера, с помощью которых возможно проследить современный клинко-аудиологический алгоритм диагностики и лечения различных слуховых нарушений у детей с экссудативным средним отитом.

**Результаты.** На примере клинических случаев двух детей с экссудативным средним отитом показана эффективность применения продленного дренирования слуховых труб в лечении тубарной дисфункции у пациентов с ранее проведенной тимпаностомией барабанной полости.

Клинический пример №1 демонстрирует применение данной методики у пациента четырех лет с аномальным расположением стенки внутренней сонной артерии с двух сторон.

Интерес клинического наблюдения №2 заключается в том, что лечение экссудативного среднего отита у ребенка начали с тимпаностомии барабанной полости, несмотря на ранний возраст (три года).

Хирургическая санация носоглотки была проведена только в возрасте девяти лет. Неоднократная установка шунтов в отдаленных сроках привела к формированию рубцового процесса со стороны барабанной перепонки с одной стороны и хронического гнойного среднего отита с другой.

**Заключение.** Повышение осведомленности врачей-оториноларингологов об эффективности продленного дренирования слуховых труб, позволит в более ранние сроки добиваться желаемых результатов в лечении экссудативного среднего отита у детей.

**Ключевые слова:** экссудативный средний отит, дети, тубарная дисфункция, тимпаностомия, продленное дренирование слуховых труб





## Введение

Основная причина возникновения острого воспаления структур среднего уха и перехода его в рецидивирующую или хроническую формы течения с последующими нарушениями слуха, принадлежит дисфункции слуховой трубы [1, 2]. Рецидивирующие средние отиты по среднестатистическим показателям чаще встречаются у детей от двух до пяти лет, среди которых доминируют пациенты в возрасте двух лет, доля таких пациентов составляет 20%, в то время как в пятилетнем возрасте частота встречаемости меньше – 15% [1, 3]. Чем взрослее ребенок, тем заболеваемость ЭСО становится менее частым явлением [4]. По данным зарубежных авторов, эпидемиологические показатели также не утешительны. Так, например, ежегодно в США диагностируется около 2,2 млн новых случаев ЭСО, из которых от 50–90% приходится на пациентов пятилетнего возраста. У детей раннего возраста возникает около четырех эпизодов впервые возникшего ЭСО со средней продолжительностью 17 дней каждый [5].

К факторам риска развития острого рецидивирующего отита ряд авторов относит: возраст до двух лет, заболевание членов семьи респираторными вирусными инфекциями, курение родителей, посещение детского сада, длительное использование сосок и продолжительность грудного вскармливания менее трех месяцев [6, 7].

В первые два года жизни ЭСО наблюдается крайне редко (у 0,50–0,60% детей). В дошкольном возрасте (пять–шесть лет) при обследовании у лор-врача, примерно у одного из восьми детей при профилактическом осмотре обнаруживается жидкость в барабанной полости в одном или обоих ушах. Однако распространенность ЭСО у детей с синдромом Дауна или расщелиной неба гораздо выше и составляет 60–85% [8].

Наиболее частой причиной острых и рецидивирующих средних отитов, по данным авторов [9], является дисфункция слуховой трубы, в том числе из-за воспалительного процесса со стороны слизистой оболочки верхних дыхательных путей [10]. Следует учитывать, что отрицательное давление, которое образуется за счет быстрого роста атмосферного давления, само по себе может вызвать отек слизистой оболочки слуховой трубы. Дети младшей возрастной группы страдают от физиологической особенности – мышца, поднимающая мягкое небо, недостаточно активно открывает трубу. Анатомические особенности строения слуховой трубы: короткая и зияющая, врожденное или приобретенное костное сужение или стриктура за счет рубцов также вызывают тубарную дисфункцию с последующим острым или экссудативным средним отитом [11, 12].

Гипертрофия глоточной миндалины у детей не только вызывает дисфункцию слуховой трубы, но и является при хроническом воспалении резервуаром для патогенных микроорганизмов.

Этиопатогенез рецидивирующих острых средних отитов (ОСО) остается недостаточно изученным

вопросом в настоящее время [13]. По данным литературы, наиболее значимой причиной заболевания считается присутствие в организме таких микроорганизмов, как *Haemophilus influenzae* – 48%, *Streptococcus pneumoniae* – 42,9%, *Moraxella catarrhalis* – 4,8%, *Streptococci group A* – 4,3% [14]. Вирусная инфекция, согласно современным представлениям, сохраняет значимость для воспалительных процессов верхних дыхательных путей и полости среднего уха [15–18]. Существенную роль играют герпесвирусы, такие как герпесвирус 4-го типа, или вирус Эпштейна – Барр (EBV), цитомегаловирус (CMV). Отмечено, что у детей с персистирующей герпесвирусной инфекцией наблюдались различные проявления со стороны лор-органов и респираторного тракта, например: ринофарингиты (28,3%), фаринготонзиллиты (91,7%), аденоидиты (56,7%), отиты (11,7%), синуситы (20%), ларинготрахеиты (18,3%), бронхиты (38,3%), пневмонии (25%) [19–21]. Установлено, что до 90% человеческой популяции инфицировано вирусом Эпштейна – Барра, к трем годам уже 20–70% детей становятся носителями различных лимфотропных вирусов [10, 11].

Среди неинфекционных факторов, способствующих возникновению тубарной дисфункции у детей, следует отметить аллергические заболевания верхних дыхательных путей, хронические аденоидиты [22–25]. Возникновение ЭСО в детской практике увеличивается при наличии сопутствующих заболеваний. Так, у детей с синдромом Дауна наблюдается высокая частота рецидивирующего ОСО, хронического ЭСО, дисфункции слуховой трубы и стеноза слуховых проходов. У таких детей существует высокий риск развития сенсоневральной тугоухости. Клинические проявления, обусловленные ЭСО, могут сохраняться на протяжении всего детства и потребовать повторных установок тимпаностомических трубок [26].

Поэтому проверку слуха у детей с синдромом Дауна рекомендуется проводить каждые шесть месяцев начиная с рождения. Расщелина неба является распространенным пороком развития, составляет 1 на 700 живорождений, почти у всех младенцев и детей с расщелиной неба встречается ЭСО. Аномальное прикрепление мышцы, напрягающей небную занавеску (*tensor veli palatini*), ограничивает способность слуховой трубы активно открываться.

Большинство эпизодов ЭСО разрешаются спонтанно в течение трех месяцев, но примерно у 30–40% детей наблюдается повторное накопление жидкости, в том числе у 5–10% детей рецидивирующий ЭСО длится до одного года [27, 28]. Рецидивирующее течение заболевания приводит к снижению подвижности барабанной перепонки и служит барьером для звукоприведения, влияет на слух, успеваемость в школе, снижает качество жизни. Согласно проспективному отчету родителей, проведенному в США, 76% детей с ЭСО страдают оталгией, 64% – нарушениями сна, у 49% наблюдаются поведенческие расстройства, у 33–62% – проблемы с речью и слухом [29, 30].



Реже ЭСО может вызывать структурные повреждения барабанной перепонки, требующие хирургического вмешательства: ретракция/ателектаз барабанной перепонки, эрозия слуховых косточек, образование холестеатомы и т.д. [31].

Как правило, начинают лечение ЭСО с применения консервативных методов. Большинство авторов рекомендуют местную терапию, направленную на уменьшение отека со стороны слизистой оболочки верхних дыхательных путей (ВДП). Системное лечение ЭСО включает различные муколитические, противовоспалительные и противоаллергические препараты [20, 31]. Стратегия активного мониторинга состояния слуховой трубы и барабанной полости с динамическим наблюдением является, согласно рекомендациям Американской академии педиатров, одним из признанных методов лечения ЭСО у детей [32].

Некоторые клиницисты придерживаются мнения, что при длительности ЭСО более трех месяцев следует выполнить тимпаностомию барабанной полости, при которой шунт устанавливается на срок от трех месяцев до полутора лет. Но в то же время, по мнению коллег, у 59% пациентов после тимпаностомии барабанной полости наблюдались значительные нарушения динамической функции слуховой трубы. Наиболее частым осложнением после установки вентиляционной трубки является оторрея, которая наблюдается примерно у 16% детей в течение четырех недель после операции и у 26% детей в любой момент, когда трубка остается на месте (в среднем 12–14 мес). Осложнения включают закупорку просвета трубки у 7% интубированных ушей, преждевременное выведение трубки – у 4%, смещение трубки в среднее ухо у 0,5% детей. Отдаленные последствия установки тимпаностомической трубки включают видимые изменения внешнего вида барабанной перепонки в виде атрофии, ретракции, перфорации, мирингосклероза. Главное последствие установки тимпаностомической трубки, которое требует в дальнейшем хирургического вмешательства, – стойкая перфорация, встречающаяся у 2–3% детей [33].

Оторрея, блокировка вентиляционной трубки грануляциями, рубцовой тканью, стойкая перфорация барабанной перепонки являются наиболее частыми осложнениями шунтирования барабанной полости.

Наблюдения некоторых исследователей показали, что после шунтирования барабанной полости осложнения встречаются чаще, чем при разрешении воспалительного процесса без применения шунта. Метод продленного дренирования слуховых труб у детей позволяет вводить в барабанную полость лекарственные препараты через глоточное устье слуховой трубы через тонкий катетер. В специальной литературе есть сведения о применении данной методики в лечении дисфункции слуховой трубы у взрослых пациентов с хроническим средним гнойным отитом [21, 26, 33].

Для наглядной демонстрации эффективности продленного дренирования слуховых труб, приводится два клинических наблюдения успешного лечения детей дисфункцией слуховых труб на фоне хронического воспаления среднего уха.

### Клинический пример 1

Четырехлетний мальчик А. был направлен для консультации с целью выбора наиболее адекватной и эффективной лечебной тактики ЭСО. Родители ребенка жаловались на понижение его слуха и задержку речевого развития с двухлетнего возраста.

Известно, что пациенту в два года была проведена аденотомия с одномоментной тимпаностомией слева. Был установлен шунт-катюшка на 14 мес. На правое ухо установить шунт не удалось, учитывая резкое втяжение барабанной перепонки и узкий слуховой проход.

Ребенок состоит на диспансерном учете у нескольких специалистов с диагнозом: у нефролога – хронический пиелонефрит, у невролога – задержка речевого развития, у педиатра – часто болеющий ребенок.

По данным лабораторных исследований (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи) все показатели находились в пределах нормальных значений.

Пороги обнаружения методом коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) воздушной проводимости зарегистрированы справа при интенсивности сигнала 60 дБ, слева зарегистрированы при интенсивности сигнала 30 дБ, что соответствует поведенческим порогам справа 50 дБ и слева 20 дБ.

Микрофонный потенциал не зарегистрирован с двух сторон. Задержанная вызванная отоакустическая эмиссия (ЗВОАЭ) не зарегистрирована слева. Импедансометрия выявила уплощенные тимпанogramмы типа «В» справа и слева.

По данным игровой аудиометрии – двусторонняя смешанная тугоухость справа и слева 1–2-й степени. При отоскопии (рис. 1): правая барабанная перепонка мутная, левая барабанная перепонка резко втянута, с выраженными рубцовыми изменениями.

При проведении эндоскопии полости носа и носоглотки – в полости носа скудное слизисто-гнойное отделяемое, устья слуховых труб свободные, слизистое отделяемое в носоглотке.

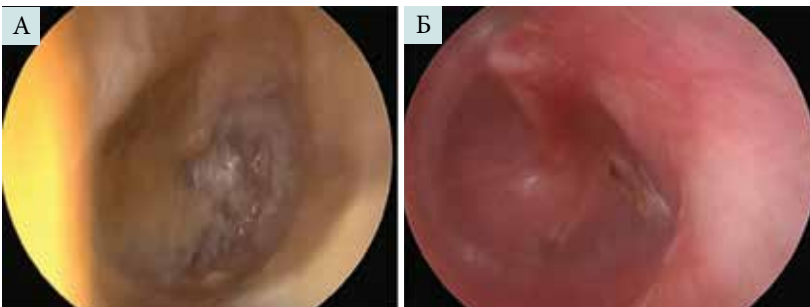


Рис. 1. При отоскопии: А – правая барабанная перепонка; Б – левая барабанная перепонка



По результатам компьютерной томографии височных костей (рис. 2), выполненной для уточнения диагноза, установлено:

- 1) *справа*: наружный слуховой проход сформирован; горизонтальный сегмент канала внутренней сонной артерии дистопирован, располагается в барабанной полости, частично образуя ее медиальную стенку в переднем отделе (латерализация канала внутренней сонной артерии); толщина стенки канала ВСА – 0,8–1,0 мм; патологическое содержимое неоднородной жидкостной и мягкотканной плотности частично заполняет сформировавшиеся ячейки сосцевидного отростка, барабанную полость, антрум; структуры внутреннего уха дифференцируются; свидетельств костно-деструктивных изменений на КТ не получено;
- 2) *слева*: высокое расположение луковицы внутренней яремной вены; горизонтальный сегмент канала внутренней сонной артерии (ВСА) дистопирован, располагается в барабанной полости, частично образуя ее медиальную стенку в переднем отделе (латерализация канала внутренней сонной артерии); толщина стенки канала ВСА составляет 0,9–1,1 мм; тимпанальная мембрана смещена к промонториуму; патологическое содержимое неоднородной жидкостной и мягкотканной плотности частично заполняет антрум, барабанную полость; внутренние слуховые проходы справа и слева с четкими ровными контурами, симметричны.

В зоне исследования визуализируются КТ-признаки риносинусита.

Поставлен основной диагноз: двусторонний хронический ЭСО, двусторонняя смешанная тугоухость справа – 2-й степени, слева – 1-й степени, острый риносинусит (катарально-отечная форма). Сопутствующий диагноз: аномальное расположение стенки внутренней сонной артерии с двух сторон. Хронический пиелонефрит.

В детском хирургическом отделении проведено двустороннее продленное дренирование слуховых труб с установкой микрокатетера в барабанную полость на двое суток. Дважды в сутки через дренажную трубку вводился раствор синтетических глюкокортикостероидов. Учитывая явления риносинусита и сопутствующего пиелонефрита, пациент получал антибактериальную терапию – цефалоспорины III поколения, муколитик – карбоцистеин, глюкокортикостероид местного применения.

После завершения лечения, во время контрольного осмотра на десятые сутки, отмечено улучшение слуховой и тубарной функции (тип «С») с увеличением статической податливости и градиента пика.

Достигнутый положительный эффект сохранялся через три месяца: акустическая импедансометрия – тип «С». Рекомендовано динамическое наблюдение с контролем через три месяца, а также наблюдение аллерголога и педиатра.

Таким образом, установка шунта барабанной полости слева у ребенка четырех лет на длительное

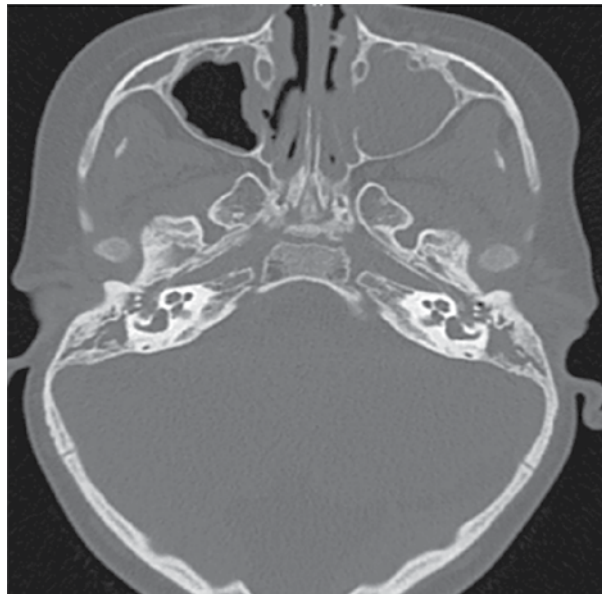


Рис. 2. Компьютерная томография височных костей

время (более года), сопровождалась образованием рубцового процесса со стороны барабанной перепонки. Учитывая аномальное расположение стенки внутренней сонной артерии с двух сторон, пациенту проведено дренирование слуховых труб без нарушения целостности барабанных перепонки, что привело к улучшению слуховой и тубарной функции.

### Клинический пример 2

В марте 2024 г. в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте уха, горла, носа и речи было проведено обследование 12-летнего пациента, страдающего от рецидивирующих отитов с ухудшением слуха. С трех лет ребенок находился под наблюдением врачей с диагнозом двусторонний экссудативный отит.

Из анамнеза известно, что с трехлетнего возраста ребенку проводили многократные тимпаностомии барабанных полостей (в общей сложности до девяти раз) с установлением шунтов на срок до шести месяцев, в девятилетнем возрасте мальчику была выполнена эндоскопическая аденотомия. Также в анамнезе присутствуют частые респираторные инфекции с заложенностью носа и ринореей. Ранее был поставлен диагноз персистирующий аллергический ринит, но базисная терапия не проводилась.

Лабораторные анализы, включая клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, не выявили отклонений. При отоскопии обнаружены следующие изменения: AD – наружный слуховой проход широкий и свободный, барабанная перепонка резко втянута, мутная с щелевидной перфорацией в переднем отделе (место установки шунта); AS – наружный слуховой проход широкий и свободный, барабанная перепонка с выраженными рубцовыми изменениями, выступание короткого отростка слухового молоточка, с укорочением светового конуса.



Тимпанограмма показала тип «В» с обеих сторон, акустический мышечный рефлекс не был зарегистрирован. Тональная пороговая аудиометрия выявила снижение слуха по кондуктивному типу 2-й степени на левое ухо.

На компьютерной томографии височных костей в аксиальной проекции с последующей реконструкцией отмечено:

- 1) *справа* – формирование ячеистой структуры сосцевидного отростка с отеком слизистой и жидкостным содержимым, заполняющим ячейки; в барабанных полостях и антруме обнаружено патологическое содержимое, которое блокировало ниши окон преддверия улитки и лабиринта, тимпанальное устье слуховой трубы; КТ не выявила костно-деструктивных изменений;
- 2) *слева* – аналогичные изменения: формирование ячеистой структуры сосцевидного отростка, отек слизистой оболочки, жидкостное содержимое, а также сохранение структуры внутреннего уха.

В зоне исследования отмечался отек слизистой оболочки клеток решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазух.

С учетом полученных клинических, аудиологических и рентгенологических результатов, установлен основной клинический диагноз: правосторонний адгезивный средний отит. Левосторонний хронический средний отит (мезотимпанит). Тубарная дисфункция. Кондуктивная двусторонняя тугоухость 2-й степени. Сопутствующий диагноз: нарушение билиарного тракта. Болезнь Жильбера? Круглогодичный аллергический ринит.

Было решено провести двустороннее продленное дренирование слуховых труб. Под общим наркозом и под контролем эндоскопа через глоточное отверстие слуховой трубы в барабанную полость был введен эластичный катетер диаметром 1 мм, через который два раза в день вводился синтетический глюкокортикоид с противовоспалительным и противоаллергическим действием. Спустя два дня после установки дренажной трубки удалили установленный микрокатетер из барабанной полости. Отмечено улучшение слуха согласно акустическим результатам. По окончании лечения назначен месячный курс консервативной терапии, включающий применение кортикостероида в носовую полость и муколитическое средство с противовоспалительным и противоаллергическим действием (аммония глицирризинат). Пациент направлен на консультацию к аллергологу. На контрольном осмотре через месяц после выписки отмечено улучшение слуха на 10–15 дБ в области речевых частот согласно аудиометрическим данным. Импедансометрия показала справа кривую типа «С». Состояние пациента оставалось стабильным в течение трех месяцев после лечения на основе отоскопической картины, результатов тональной пороговой и импедансной аудиометрии.

На втором этапе пациенту планируется слухоулучшающая операция правого уха.

## Обсуждение и выводы

Интерес первого клинического случая заключается в диагностике у четырехлетнего ребенка редкой патологии крупного кровеносного сосуда – прилегание внутренней сонной артерии в барабанной полости. Результаты КТ височных костей перед проведением хирургического вмешательства показали наличие тонкой костной стенки канала внутренней сонной артерии с толщиной 0,9–1,1 мм. Проведение хирургических манипуляций в барабанной полости при данной патологии может сопровождаться массивным кровотечением, опасным для жизни пациента. В данном конкретном случае при лечении ЭСО выбор был сделан в пользу проведения продленного дренирования.

Интерес клинического наблюдения № 2 в том, что лечение ЭСО у ребенка сразу начали с тимпаностомии барабанной полости, несмотря на ранний возраст. Хирургическая санация носоглотки была проведена только в возрасте девяти лет. Неоднократная установка шунтов в отдаленные сроки привела к формированию рубцового процесса со стороны барабанной перепонки слева и хронического гнойного среднего отита справа. Ребенок с круглогодичным аллергическим ринитом не наблюдался врачом-аллергологом и не получал базисную терапию.

## Заключение

Таким образом, тубарная дисфункция у детей с последующим формированием секрета в полостях среднего уха является многофакторным заболеванием. В настоящее время отсутствует единый взгляд на вопросы, связанные не только с этиопатогенезом, но и с лечением. Длительное течение заболевания при наличии сопутствующих проблем со стороны верхних дыхательных путей характеризуется устойчивостью к рекомендуемым консервативным стандартам лечения. Это обуславливает выбор хирургических методов лечения, направленных на эвакуацию секрета из полостей среднего уха.

ЭСО у детей, согласно практическому опыту членов авторского коллектива, следует начинать с санации миндалин лимфоидного кольца глотки, далее при отсутствии стойкой нормализации функции слуховой трубы в течение трех месяцев после хирургического лечения показано продленное дренирование слуховых труб. Только в случае неэффективности указанного подхода следует перейти к тимпаностомии барабанной полости. Повторная установка тимпаностомических трубок в барабанную полость может сопровождаться возникновением ряда осложнений – формированием рубцового процесса и стойкой перфорацией барабанной перепонки. Внедренное в педиатрическую практику продленное дренирование слуховых труб является эффективным и безопасным методом лечения тубарной дисфункции. ☺

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов



## Литература

1. Савенко И.В., Бобошко М.Ю. Экссудативный средний отит: основные причины развития в детском возрасте. Ч. I. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021; 66 (4): 32–38.
2. Зырянова К.С., Дубинец И.Д., Коркмазов М.Ю. и др. Дифференцированный подход к лечению экссудативного среднего отита с применением мукорегулирующей терапии в детском возрасте. Российская оториноларингология. 2014; 2 (69): 31–34.
3. Савенко И.В., Бобошко М.Ю. Экссудативный средний отит. СПб.: Диалог, 2020; 168.
4. Зырянова К.С., Дубинец И.Д., Ершова И.Д., Коркмазов М.Ю. Стартовая терапия острого среднего отита у детей. Врач. 2016; 1: 43–45.
5. Vanneste P, Page C. Otitis media with effusion in children: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. Areview. JOtol. 2019; 14 (2): 33–39.
6. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю. и др. К вопросу о лечении экссудативного среднего отита в детском возрасте. Вестник оториноларингологии. 2020; 85 (1): 14–21.
7. Гизингер О.А., Коркмазов М.Ю., Щетинин С.А. Анамнестические особенности детей с хроническим аденоидитом. Российская оториноларингология. 2017; 3: 24–29.
8. Матроскин А.Г., Рахманова И.В., Древаль А.А. и др. Анатомические особенности среднего уха, влияющие на формирование экссудативного среднего отита у грудных детей различного возраста. Вестник оториноларингологии. 2017; 82 (3): 9–13.
9. Probst R., Grevers G., Iro H. Basic otorhinolaryngology: a step-by-step learning guide. NY. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 2018.
10. Кротов С.Ю., Пугалова И.Н., Кротов Ю.А. и др. К вопросу о патогенезе затянувшегося течения экссудативного среднего отита. Российская оториноларингология. 2021; 20 (5): 40–47.
11. Рязанцев С.В., Преображенская Ю.С., Дроздова М.В. Особенности средних отитов у детей на современном этапе. Медицинский совет. 2017; 16: 84–87.
12. Красножен В.Н., Шахов А.В., Андреева И.Г. и др. Сравнительный цитологический анализ экссудата среднего уха у разных детских групп. Вестник оториноларингологии. 2020; 85 (3): 18–22.
13. Шамкина П.А., Кривопапов А.А., Панченко П.И. и др. Возможности топической терапии бактериальных лор-инфекций. Медицинский совет. 2021; 18: 4454.
14. Быкова А.В., Дроздова М.В., Ларионова С.Н. и др. Отражение современных концепций патогенеза экссудативного среднего отита у детей в клинической практике. Российская оториноларингология. 2019; 18 (5): 20–24.
15. Подкопаева Ю.Ю., Кривопапов А.А. Современные представления о диагностике и лечении хронических двусторонних паралимпических стенозов гортани (литературный обзор). Российская оториноларингология. 2013; 6: 146–155.
16. Карпищенко С.А., Кривопапов А.А., Еремин С.А. и др. Топическая антимикробная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. РМЖ. 2020; 28 (5): 26–30.
17. Коркмазов М.Ю., Корнова Н.В., Ленгина М.А. и др. Эффективная антибактериальная терапия внебольничной оториноларингологической респираторной инфекции (клиническое описание). Медицинский совет. 2022; 16 (20): 73–81.
18. Дубинец И.Д., Коркмазов М.Ю., Синицкий А.И. и др. Варианты модификации костной ткани при хроническом среднем отите по данным световой и электронной микроскопии. Вестник оториноларингологии. 2019; 84 (3): 16–21.
19. Chonmaitree T., Owen M.J., Patel J.A., et al. Presence of cytomegalovirus and herpes simplex virus in middle ear fluids from children with acute otitis media. Clin. Infect. Dis. 1992; 15 (4): 650–653.
20. Щетинин С.А., Коркмазов М.Ю., Гизингер О.А. и др. Эффективность терапии хронического аденоидита у детей, проживающих в городе Челябинске, по результатам передней активной риноманометрии и цитокинового профиля смывов с поверхности глоточной миндалины. Вестник Челябинской областной клинической больницы. 2015; 3 (30): 59–63.
21. Shinogami M, Ishibashi T. Presence of human herpesviruses in young children with acute otitis media. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2004; 68 (2): 205–210.
22. Byeon H. The association between allergic rhinitis and otitis media: A national representative sample of in South Korean children. SciRep. 2019; 9 (1): 1610.
23. Гизингер О.А., Коркмазов М.Ю., Щетинин С.А. Иммуностимулирующая терапия при хроническом аденоидите у детей. Врач. 2015; 9: 25–28.
24. Коркмазов М.Ю., Солодовник А.В., Коркмазов А.М. и др. Перспективы использования растительного препарата в сочетании с физическими методами при комплексной терапии хронического аденоидита. Медицинский Совет. 2021; 18: 19–27.
25. Рязанцев С.В., Кривопапов А.А., Еремин С.А. Особенности неспецифической профилактики и лечения пациентов с обострением хронического тонзиллита. РМЖ. 2017; 25 (23): 1688–1694.



26. Branco C., Monteiro D., Paço J. Predictive factors for the appearance of myringosclerosis after myringotomy with ventilation tube placement: randomized study. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2017; 274 (1): 79–84.
27. Айзенштадт А.А., Рязанцев С.В., Дроздова М.В. и др. Хронический экссудативный средний отит у детей: цитологические аспекты подтверждения стадий заболевания. *Российская оториноларингология.* 2019; 18 (4): 15–21.
28. Коркмазов М.Ю. Теории биорезонанса и возможности его применения в лор-практике. *Российская оториноларингология.* 2009; 2 (39): 92–96.
29. Михалевич А.Е., Корвяков В.С., Диаб Х.М. и др. Патологические механизмы отрицательного давления в полостях среднего уха вследствие дисфункции слуховой трубы. *Российская оториноларингология.* 2016; 4: 47–54.
30. Коркмазов М.Ю. Хронические тонзиллиты и анализ физических методов воздействия. *Вестник оториноларингологии.* 2006; S5: 299–300.
31. Арутюнян Г.С., Косяков С.Я. Современный подход к методам лечения экссудативного среднего отита. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae.* 2020; 26 (1): 12–22.
32. Дроздова М.В., Рязанцев С.В., Быкова А.В. Новые возможности терапии экссудативного среднего отита у детей. *Вопросы практической педиатрии.* 2022; 17 (2): 65–71.
33. Янов Ю.К., Дворянчиков В.В., Ивашин И.А. и др. Лечение острого среднего отита методом дренирования слуховой трубы. *Российская оториноларингология.* 2003; 4 (7): 118–122.

## Prolonged Drainage of the Auditory Tubes in the Treatment of Exudative Otitis Media in Children

D.V. Speckov<sup>1</sup>, M.V. Drozdova<sup>1</sup>, V.V. Dvoryanchikov<sup>1</sup>, A.M. Korkmazov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech, St. Petersburg

<sup>2</sup> South Ural State Medical University, Chelyabinsk

Contact person: Dmitry V. Speckov, d.spekov@nilor.ru

*The article is devoted to the treatment of exudative otitis media (ESO) the children. As follows from the practical experience of the members of the author's team, one should not start with radical methods. First, it is worth trying to sanitize the tonsils of the lymphoid ring of the pharynx, and only then, if the functions of the auditory tube have not returned to normal within three months after the operation, prolonged drainage of the auditory tubes should be prescribed. In case of inefficiency, they proceed to tympanostomy of the tympanic cavity. The extended drainage of the auditory tubes described in the article is an effective and safe method of treating tubar dysfunction.*

**Aim.** To demonstrate the effectiveness of prolonged drainage of the auditory tubes in children with exudative otitis media.

**Material and methods.** The work was performed on the basis of the Department of reconstructive Surgery of the St. Petersburg Scientific Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech. The literary sources of scientific databases over the past decade have been used: Medline, Scopus, Web of Science, and specialized publications eLibrary. Two illustrative clinical examples have been demonstrated, with the help of which it is possible to trace a modern clinical and audiological algorithm for the diagnosis and treatment of various auditory disorders in children with exudative otitis media.

**Results.** Using the clinical examples of two children with exudative otitis media, the effectiveness of prolonged drainage of the auditory tubes in the treatment of tubar dysfunction in people with previous tympanostomy of the tympanic cavity is shown.

*In the first clinical case, the use of this technique is considered in a four-year-old patient with an abnormal location of the internal carotid artery wall on both sides.*

*The interest of the second clinical observation is that earlier ESO treatment in a child began with tympanostomy of the tympanic cavity, despite the early age (three years). Surgical rehabilitation of the nasopharynx was performed only at the age of nine years. Repeated installation of shunts in the long term led to the formation of a scarring process on the part of the eardrum on the one hand and chronic purulent otitis media on the other.*

**Conclusion.** Increasing the awareness of otorhinolaryngologists about the effectiveness of prolonged drainage of the auditory tubes will allow achieving the desired results in the treatment of exudative otitis media in children at an earlier date.

**Keywords:** exudative otitis media, children, tubar dysfunction, tympanostomy, Prolonged drainage of the auditory tubes

# Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар



Агентство «Медфорум» ведет трансляции на <https://umedp.ru/online-events/> из видеостудий и подключает спикеров дистанционно (из рабочего кабинета, дома). По всем основным направлениям медицины мы создаем интегрированные программы, используя собственные ресурсы и привлекая лучшую экспертизу отрасли.



## Преимущества



**Качественная аудитория – в нашей базе действительно врачи** – более 100 тыс. контактов из всех регионов РФ. Источники контактов – регистрация на врачебных конференциях, регистрация на сайте с загрузкой скана диплома, подписки на научные журналы



**Таргетированная рассылка** – выбор врачей для приглашения по специальности, узкой специализации и региону



**Собственная оборудованная видеостудия** в Москве



**Качество подключений** к трансляции на неограниченное число участников



**Обратная связь с аудиторией** – текстовые комментарии (чат) во время трансляции для вопросов спикеру. Ответы в прямом эфире



**Учет подключений к просмотру и итоговая статистика**



**Запись видео публикуется** на <https://umedp.ru/> – портале с высокой посещаемостью (открытая статистика Яндекс.Метрики – 12 000 посетителей в день)



**Диалог с экспертом**



**1000+** онлайн-участников



**Изображения в 2 окна** (презентация, спикер)



**700+** просмотров записи вебинара на YouTube

## Еще больше возможностей предложим по вашему запросу





# Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru



## Онлайн-школы, онлайн-семинары, вебинары, конгрессы, конференции

- Все основные направления медицины
- Актуальные темы в выступлениях лучших экспертов
- Дискуссии, клинические разборы, лекции
- Качество подключений к трансляции
- Неограниченное число участников
- Обратная связь со спикером, ответы в прямом эфире
- Электронная рассылка с записью видео после эфира

Сетка вещания <https://umedp.ru/online-events/>



Реклама

Также на портале читайте научные обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости.

**Регистрируйтесь на портале, чтобы быть в курсе**



**МЕДИЦИНСКИЙ  
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**  
UMEDP.RU



<https://vk.com/vk.medforum>



<https://www.youtube.com/umedportal>