



¹ГОУ ВПО
«Кемеровская
государственная
медицинская
академия Росздрава»

²ГОУ «Федеральный
научно-клинический
центр
оториноларингологии
ФМБА России»

Роль топических стероидов при сочетанной патологии лимфоидного кольца у детей

Д.м.н., проф. В.П. ВАВИЛОВА¹,
д.м.н., проф. Т.И. ГАРАЩЕНКО²,
к.м.н. О.А. ВАЙМАН¹, д.м.н. Н.И. ТАРАСОВ¹

Хронические воспалительные заболевания лимфоидного глоточного кольца являются наиболее частыми в структуре хронических заболеваний носоглотки в детском возрасте. Гипертрофия глоточной миндалины, поддерживающая хронический насморк и затрудняющая носовое дыхание, способствует уменьшению сопротивляемости ребенка к внешним раздражителям, что приводит к развитию многих хронических заболеваний: синуситов, тонзиллита, отитов, поражений бронхолегочной системы, сердечно-сосудистой патологии и других заболеваний [1].

Хронические очаги воспаления в носоглотке изменяют иммунобиологическую реактивность детского организма и обуславливают развитие вторичных иммунопатологических состояний и иммунной недостаточности [2].

У детей хронические заболевания лимфоидного глоточного кольца характеризуются определенными особенностями. Они редко распознаются в первые 2–3 года жизни, когда чаще проявляются гипертрофией миндалин (в большинстве случаев – это гипертрофический тонзиллит и аденоидит). Однако внимание врачей концентрируется на таких проявлениях этих заболеваний, как подверженность частым респираторным вирусным инфекциям (часто болеющие дети) или нарушения дыхания (апноэ

во время сна, нарушения носового дыхания). Хронические воспалительные заболевания лимфоидного глоточного кольца выявляются у 47% часто болеющих детей, что в два раза превышает их частоту у детей в общей популяции [3]. Известен тот факт, что хронические заболевания полости носа, околоносовых пазух и носоглотки часто сочетаются между собой. Течение хронических аденоидитов, как правило, сопровождается хроническими ринитами, в частности аллергическими. Аллергическое воспаление глоточной миндалины и ее последующая гиперплазия значительно усугубляют назальную обструкцию. При аллергическом рините глоточная миндалина становится «шоковым органом», где задерживаются ингаляционные агенты (респираторные аллер-

гены) [4]. Распространенность гиперплазии аденоидных вегетаций при аллергическом рините у детей превышает таковую в общей популяции в 2–3 раза. При аллергологическом обследовании детей с высокой степенью гиперплазии глоточной миндалины более чем в 70% случаев регистрируется положительная реакция на неинфекционные аллергены, а при морфологическом и иммуногистохимическом изучении лимфаденоидной ткани носоглотки выявляются характерные признаки их аллергического воспаления (аллергического аденоидита).

Терапевтическая тактика при аллергическом рините регламентирована многими международными согласительными документами. Однако отсутствие в них рекомендаций по ведению пациентов с сопутствующей патологией лимфаденоидной ткани носоглотки определяет многочисленные разночтения в подходе к такой категории больных: от необоснованно широкого применения аденотомии до недопустимой в данной ситуации выжидательной тактики. Частота рецидивов аденоидных вегетаций у детей после аденотомии колеблется от 4 до 75%. Рецидивы аденоидов после аденотомии развиваются даже при самом тщательном удалении лимфаденоидной гипертрофированной ткани носоглотки.



Сложной проблемой является и тактика лечения хронического аденонозиллита у детей. До последнего времени имеет место недооценка методов консервативного лечения, при этом неоправданно расширены показания для применения антибиотиков, а также для хирургического вмешательства (аденонозиллэктомия, аденоэктомия, тонзиллэктомия). Таким образом, лечение больных с хроническим аденоидитом и сопутствующим аллергическим ринитом является достаточно трудной задачей. Поиск и внедрение новых, щадящих методов лечения данной патологии является оправданным.

Внедрение в клиническую практику интраназальных кортикостероидов революционным образом изменило подходы к лечению аллергических ринитов. Приоритетным выбором топического стероида для лечения аллергических заболеваний у детей является соотношение эффективности и безопасности, которое наиболее значимо в педиатрической оториноларингологии, а также удобство применения.

Назальные глюкокортикостероиды обладают выраженным противовоспалительным эффектом, эффективны в отношении всех симптомов аллергического ринита, назначаются 1–2 раза в сутки, имеют превосходство над антигистаминными препаратами и являются препаратами выбора у больных со среднетяжелым/тяжелым персистирующим ринитом с преобладанием назальной обструкции [5]. Для местной глюкокортикоидной терапии хронического аденоидита с аллергическим ринитом важен комплаенс. Данным требованиям отвечает флутиказона пропионат (Назарел, «Тева»).

Цель исследования

Оценить эффективность применения сочетанной противовоспалительной терапии у детей с хроническим аденоидитом на фоне аллергического ринита и сопоставить исходы оперативного и консервативного лечения детей, больных хроническим аде-

ноидитом на фоне аллергического ринита, по частоте рецидивов аденоидных вегетаций и другим параметрам.

Методы исследования

В качестве показателя оценки состояния местного иммунитета исследовали содержание секреторного компонента (SC) иммуноглобулинов класса А (SIgA) в назальном секрете (по Манчини). Исследование неспецифических факторов защиты слизистой верхних дыхательных путей с изучением активности лизоцима в слюне и назальном секрете проводилось нефелометрическим способом по методу В. Г. Дорофейчук (1968), цитологический анализ назального секрета – по методике А. А. Матвеевой (1986), А. Я. Осина (1986).

Были выделены три группы детей дошкольного возраста (6–7 лет) с аллергическим ринитом и хроническим аденоидитом:

- I группа ($n = 103$): дети, получающие флутиказона пропионат (Назарел 50 мкг интраназально в каждый носовой ход, 1 раз в день, 30 дней);
- II группа ($n = 101$): дети, получающие монтелукаст (Сингуляр) – жевательные таблетки 5 мг на ночь 1 раз в день, в течение 30 дней, и флутиказона пропионат (Назарел) 50 мкг интраназально в каждый носовой ход 1 раз в день в течение 1 месяца;
- контрольная III группа ($n = 107$): дети, получающие симптоматическую терапию сосудосуживающими препаратами в течение недели, промывание носоглотки изотоническим раствором хлорида натрия 0,9%.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту детей, этиологии, характеру воспаления и состоянию местных факторов защиты.

Мониторинг местных и неспецифических факторов защиты, пикфлоуметрию, осмотр специалистов, эндоскопию носоглотки с помощью эндоскопа Eleps проводили до назначения терапии и после проведенной терапии через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Для изучения отдаленных последствий аденотомии также были выделены несколько групп детей:

а) дети, страдающие атопией (атопический дерматит, аллергический ринит):

- группа, в которой была выполнена аденотомия по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени ($n = 52$);
 - группа, в которой аденотомия не выполнялась, а применялось симптоматическое лечение по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени ($n = 51$);
- б) без атопии:
- группа, в которой была выполнена аденотомия по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени ($n = 49$);
 - группа, в которой аденотомия не выполнялась, а применялось симптоматическое лечение по поводу гипертрофии глоточной миндалины II степени ($n = 50$).

Внедрение в клиническую практику интраназальных кортикостероидов революционным образом изменило подходы к лечению аллергических ринитов. Приоритетным выбором топического стероида для лечения аллергических заболеваний у детей является соотношение эффективности и безопасности, которое наиболее значимо в педиатрической оториноларингологии, а также удобство применения.

Результаты исследования

Нами проведен анализ отдаленных последствий аденотомии у детей г. Кузбасса. Практически у половины (48,8%) детей с атопией, которым была проведена аденотомия, выявлены рецидивы аденоидных вегетаций в течение первого года после проведенной операции (рис. 1). У де-

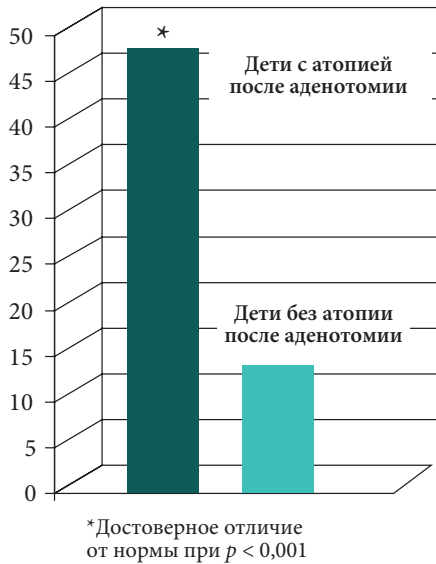


Рис. 1. Частота рецидивов аденоидов (%) вследствие аденотомии

тей без атопии после проведенной аденотомии рецидивы аденоидных вегетаций выявлены достоверно реже (в 14,3% наблюдений) ($p < 0,001$). Результаты данного исследования доказывают, что склонность к рецидивам аденоидных вегетаций у детей с ато-

пией более выражена, чем у детей без атопии, то есть можно заключить, что на фоне атопии аденотомия была неэффективной практически в половине случаев.

Дети с атопией в течение первого года после аденотомии достоверно чаще болели обструктивными бронхитами (53,8%) по сравнению с группой детей с атопией, но без аденотомии (29,4%) ($p < 0,001$), что отражено в таблице 1. В течение первого года после аденотомии 11 детям из 52 (17,3%) был впервые поставлен диагноз «бронхиальная астма», в то время как в группе детей с атопией, но без аденотомии данный диагноз был впервые поставлен лишь 4 детям из 51 (7,8%). Это может свидетельствовать о сохранении и усилении гиперреактивности бронхов после операции аденотомии. В противоположность этому в группе детей без атопии после аденотомии отмечалось снижение частоты обострений хронических синуситов (8,2%), в то время как без аденотомии их частота оставалась высокой (28,0%) ($p < 0,05$).

Дети после аденотомии имели достоверно больше дней непосещения образовательных учреждений в году ($38,3 \pm 1,87$) по сравнению с детьми, которым проводилось консервативное лечение ($27,2 \pm 1,74$) ($p < 0,05$).

Показатели неспецифических факторов защиты слизистой оболочки верхних дыхательных путей (активность лизоцима в слюне и содержание SIgA в назальном секрете) представлены в таблице 2. Отмечено достоверное снижение активности лизоцима в слюне и содержания SIgA в назальном секрете детей, которым проведена аденотомия, как в группе с атопией, так и без атопии. У детей, получавших консервативную терапию топическим стероидом или его сочетанием с монтелукастом, уровни данных неспецифических местных факторов защиты не отличались от нормы после курса лечения.

Данный факт подтверждает предположение о том, что аденотомия ведет к иммуносупрессивному эффекту в отношении слизистых верхних дыхательных путей.

Таблица 1. Последствия аденотомии у детей по данным наблюдения в течение года

Критерии	Дети								
	с атопией				без атопии				
	после аденотомии (n = 52)		без аденотомии (n = 51)		после аденотомии (n = 49)		без аденотомии (n = 50)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Рецидивы аденоидов	25	48,8	—	—	7	14,3	—	—	
ОРВИ в течение года		354,0		172,0		257,0		149,0	
Пневмония	9	17,3	3	5,8	5	10,2	2	4,0	
Обструктивные бронхиты	28	53,8** (2)	15	29,4	17	34,7	9	18,0	
Острые синуситы	14	26,9	7	13,7	10	20,4	5	10,0	
Обострение хронич. синуситов	12	23,1	13	25,5	4	8,2* (4)	14	28,0	
Возникновение БА в течение года	11	17,3* (2)	4	7,8	3	6,1	1	2,0	
Дни непосещения ДООУ и школы		38,29 ± 1,87* (2)		27,21 ± 1,74		37,34 ± 1,17* (4)		29,35 ± 1,37	
Число дней нетрудоспособности родителей по уходу за ребенком		25,36 ± 1,72		27,39 ± 1,47		17,48 ± 1,14		14,34 ± 1,57	

* Достоверные отличия при $p < 0,05$ (в скобках указана группа сравнения). ** То же при $p < 0,01$



Снижение активности лизоцима в слюне и назальном секрете у детей с атопией и без атопии после аденотомии может способствовать проникновению патогенной микрофлоры в нижние отделы дыхательных путей.

Частота высеваемости *Staphylococcus aureus* со слизистой носа у детей после аденотомии и на фоне консервативного лечения достоверно не изменялась. Таким образом, можно заключить, что аденотомия у детей с атопией в ряде случаев способствовала увеличению частоты заболеваний obstructивными бронхитами и бронхиальной астмой и у половины пациентов оказывалась неэффективной, то есть разрастания аденоидов рецидивировали. У детей без атопии рецидивы разрастания аденоидов отмечались значительно реже, и, кроме того, аденотомия у них способствовала снижению частоты обострений хронических синуситов.

Отмечено достоверное снижение активности лизоцима в слюне и содержания SIgA в назальном секрете у детей, которым проведена аденотомия, в то время как у детей, получавших консервативную терапию, уровни данных неспецифических местных факторов защиты не отличались от нормы после курса лечения.

Оценена эффективность применения топического стероида флути-

Таблица 2. Активность лизоцима в слюне и содержание SIgA в назальном секрете детей после аденотомии и на фоне консервативного лечения

Группы детей	Показатели	
	Лизоцим, % (M ± m)	SIgA, г/л (M ± m)
С атопией после аденотомии (n = 52)	43,2 ± 2,10*	0,13 ± 0,02*
С атопией, получавшие флутиказона пропионат (через 1 месяц) (n = 103)	70,2 ± 2,40	0,19 ± 0,004
Без атопии после аденотомии (n = 49)	44,3 ± 1,98*	0,14 ± 0,001*
С атопией, получавшие монтелукаст и флутиказона пропионат (через месяц) (n = 101)	69,3 ± 2,30	0,20 ± 0,003
Норма (у эпизодически болеющих детей)	62,3 ± 2,45	0,22 ± 0,001

* Достоверное отличие от нормы при $p < 0,001$

казона пропионата (Назарела) в сочетании с антилейкотриеновой терапией с аллергическим ринитом и хроническим аденоидитом.

На фоне применения флутиказона пропионата в I и II группах отмечена более благоприятная динамика клинических симптомов заболевания по сравнению с пациентами контрольной группы (табл. 3). Носовое дыхание нормализовалось у всех больных I (4,25 ± 0,45 дня) и II групп (2,35 ± 0,25 дня), в контрольной группе нормализации носового дыхания не произошло. Во всех группах у 1/3 детей наблюдался ночной храп, после проведенного лечения остался ночной симптом у 6,5 и 2,3% пациентов соответственно в I и II группах, в III группе положительной динамики не было.

После проведенного лечения в течение месяца у всех пациентов от-

мечено уменьшение степени гипертрофии глоточной миндалины (табл. 3), причем во II группе отмечалось максимальное уменьшение степени аденоидов ($p < 0,001$). Ни в одном случае применения не отмечено общих либо местных реакций. Положительная динамика размеров глоточной миндалины, улучшение носового дыхания, купирование ночного храпа сохранялись в течение трех месяцев в I и II группах ($p < 0,01$). У 1/3 детей хорошие клинические результаты и размеры глоточной миндалины в I и II группах сохранялись полгода ($p < 0,01$).

Объективными показателями проходимости носовых ходов у детей с гиперплазией глоточной миндалины на фоне аллергического ринита были изменения показателей назальной пикфлоуметрии (табл. 4).

Таблица 3. Динамика клинической картины через 1 месяц на фоне изучавшихся вариантов лечения хронических заболеваний глоточной миндалины

Показатели	Терапия больных с хроническим аденоидитом (случаи на 100)					
	Назарелом		Назарелом и Сингуляром		симптоматическая	
	до терапии	через месяц	до терапии	через месяц	до терапии	через месяц
	I группа (n = 103)		II группа (n = 101)		III группа (n = 107)	
Затрудненное носовое дыхание	96,0 ± 6,38	15,0 ± 5,64 ^{ooo}	98,5 ± 6,45	10,1 ± 3,1 ^{ooo}	97,7 ± 2,30	89,2 ± 7,62
Ночной храп	35,3 ± 3,34	6,5 ± 1,23 ^{oo***}	33,2 ± 2,91	2,3 ± 0,45 ^{oo***}	29,2 ± 2,35	28,9 ± 3,11
Гипертрофия глоточной миндалины:						
— II степени	75,0 ± 6,84	40,0 ± 6,32 ^{ooo}	72,2 ± 6,20	29,1 ± 4,7 ^{oo***}	51,5 ± 7,62	54,5 ± 7,59
— I степени	25,0 ± 6,85	60,0 ± 6,32 ^{ooo}	28,8 ± 3,1	70,9 ± 7,2 ^{ooo}	48,5 ± 7,62	45,4 ± 7,59
Признаки аденоидита	80,0 ± 6,32	40,0 ± 5,64 ^{ooo}	83,1 ± 6,4	21,2 ± 3,1 ^{oo***}	97,7 ± 2,30	78,4 ± 6,66

Примечание. Достоверность различия между показателями:

— до и после терапии: ^{oo}p < 0,01; ^{ooo}p < 0,001;

— I и II групп: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001;

— I, II и контрольной групп: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.



Таблица 4. Динамика назальной пикфлоуметрии у детей с разными вариантами лечения

Период	Данные назальной пикфлоуметрии (л/мин)			
	I группа (Назарел) (n = 103)	II группа (Назарел и Сингуляр) (n = 101)	III группа (симптоматическая терапия) (n = 107)	Норма (у эпизодически болеющих детей)
До лечения	50,1 ± 1,15	52,3 ± 1,35	51,4 ± 1,97	100,3 ± 2,35
Через 1 мес.	78,3 ± 1,95**	98,9 ± 1,85**	50,3 ± 1,85	
Через 3 мес.	67,2 ± 2,17**	85,3 ± 1,9**	49,4 ± 1,87	
Через 6 мес.	58,2 ± 2,18**	74,7 ± 2,1**	49,4 ± 1,88	
Через 12 мес.	52,1 ± 2,54	67,9 ± 1,9**	44,3 ± 1,54	

* Достоверные отличия от показателей до лечения при $p < 0,01$. ** То же при $p < 0,001$

Таблица 5. Динамика показателей местного иммунитета и неспецифических факторов защиты у детей

Период	Факторы защиты	
	Лизоцим, % (M ± m)	SIgA, г/л (M ± m)
I группа (n = 103) (получающие Назарел)		
До лечения	52,9 ± 1,88	0,18 ± 0,005
Через 1 месяц	70,2 ± 2,40****	0,19 ± 0,004
Через 3 месяца	66,3 ± 2,20****	0,18 ± 0,004
Через 6 месяцев	59,9 ± 1,88***	0,19 ± 0,005
II группа (n = 101) (получающие Назарел и Сингуляр)		
До лечения	54,3 ± 1,93	0,18 ± 0,005
Через 1 месяц	69,3 ± 2,30****	0,20 ± 0,003
Через 3 месяца	68,8 ± 2,18****	0,19 ± 0,003
Через 6 месяцев	66,8 ± 2,35****	0,18 ± 0,004
III группа, контрольная (n = 107) (симптоматическое лечение)		
До лечения	49,2 ± 0,60	0,17 ± 0,002
Через 1 месяц	49,1 ± 1,98	0,18 ± 0,005
Через 3 месяца	51,1 ± 1,68	0,18 ± 0,004
Через 6 месяцев	49,2 ± 0,60	0,18 ± 0,005

Примечание. Достоверность различия цитологических показателей:

— до и после лечения: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

— между I и II группами: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

— между I, II и III группами: ° $p < 0,05$; °° $p < 0,01$; °°° $p < 0,001$.

В результате проведенной пикфлоуметрии было установлено, что применение флутиказона пропионата, особенно в сочетании с монтелукастом достоверно снижает выраженность назальной обструкции, но через полгода-год при изо-

лированном применении монтелукаста эффект практически нивелируется, а при сочетанном лечении – еще сохраняется. Симптоматическая терапия практически не оказывала влияния на выраженность назальной обструкции. В контрольной группе степень гипертрофии глоточной миндалины не изменялась. Оценка местных факторов защиты представлена согласно выделенным группам (табл. 4). В назоцитограммах после применения флутиказона пропионата адсорбция плоского эпителия микробной флоры достоверно не отличалась от нормальных значений, отмечалось уменьшение количества эозинофилов до нормы и сохранялось таковым 4–6 месяцев ($p < 0,001$). В контрольной группе у детей не происходило нормализации фагоцитирующей активности нейтрофилов и эозинофилов.

Изменение местного иммунитета и неспецифических факторов защиты слизистых верхних дыхательных путей на фоне проводимого лечения документировано динамикой лизоцима, SIgA (табл. 5). Лечение с применением флутиказона пропионата сопровождалось увеличением через месяц уровня лизоцима в назальном секрете с 52,9 до 70,2 ± 2,4 ($p < 0,001$), во II группе лечение с применением флутиказона пропионата и монтелукаста сопровождалось увеличением

уровня лизоцима в назальном секрете с 54,3 ± 1,93% до 69,3 ± 2,30% ($p < 0,001$). Причем через полгода при лечении флутиказоном пропионатом и монтелукастом уровень лизоцима оставался в пределах нормальных величин (66,8 ± 2,35), при лечении флутиказоном пропионатом снижение лизоцима отмечалось в период с 3 до 6 месяцев после проведенного лечения. В контрольной группе на фоне симптоматической терапии показатели, характеризующие состояние местного иммунитета, достоверно не изменялись. Показатели секреторного иммуноглобулина А в динамике во всех группах не имели статистически значимых отличий.

Заключение

Аденомотия при аденоидах I и II степени у детей с атопией в половине случаев (48,8%) неэффективна (аденоидные разрастания рецидивируют) и способствует учащению обструктивных бронхитов (53,8% детей) и развитию бронхиальной астмы (17,3% детей). У детей без атопии аденомотия приводила к снижению частоты обострений хронических синуситов до 8,2% (в группе без аденомотии их частота составила 28%).

На фоне применения флутиказона пропионата (Назарела) в течение месяца у детей с хроническим аденоидитом в сочетании с аллергическим ринитом значительно снизилось количество жалоб, уменьшилась гипертрофия глоточной миндалины у 2/3 детей.

Сочетание терапии флутиказоном пропионатом (Назарелом) и монтелукастом, применяемое в течение месяца, оказывало более значимый и продолжительный эффект у детей с хроническим аденоидитом.

Успех терапии хронического аденоидита на фоне аллергического ринита определяется своевременным назначением местных глюкокортикостероидов. ☺

ЛСР-005468/08-150708



Современная базисная терапия аллергических ринитов:

- Быстрое устранение симптомов заболевания
- Высокое качество
- Хорошая переносимость
- Доказанная эффективность

НАЗАРЕЛ®

флутиказона пропионат, 50 мкг/доза, 120 доз
спрей назальный дозированный

Реклама

Способ применения и дозы

Взрослым и детям 12 лет и старше: по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, желательно утром. В некоторых случаях необходимо вводить по 2 дозы в каждый носовой ход 2 раза в день (максимальная суточная доза 400 мкг). После достижения терапевтического эффекта можно вводить поддерживающую дозу по 50 мкг в сутки в каждый носовой ход (100 мкг). Максимальная суточная доза не должна превышать 400 мкг (по 4 дозы в каждый носовой ход).

Детям в возрасте от 4 до 12 лет: по одной дозе (50 мкг) один раз в сутки в каждый носовой ход, желательно утром. Максимальная суточная доза не должна превышать 200 мкг в каждый носовой ход.

Показания: профилактика и лечение сезонного и круглогодичного аллергических ринитов. Взрослым и детям с 4-х лет.

Данная информация предназначена для медицинских специалистов. Перед назначением препарата ознакомьтесь с подробной инструкцией по применению.

За дополнительной информацией обращаться:
Общество с ограниченной ответственностью «Тева»
Россия, 119049 Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 1 |
Тел. +7.495.6442234 | Факс +7.495.6442235 | www.teva.ru
Группа компаний Teva: ООО «Тева» | ООО «ГЛИВА РУС» |
ООО «ратиофарм РУС» | IVAX | PLIVA | ratiopharm



Литература

В.П. ВАВИЛОВА, Т.И. ТАРАЩЕНКО, А.О. ВОЙМАН, Н.И. ТАРАСОВ

Роль топических стероидов при сочетанной патологии лимфоглочного кольца у детей

1. Марочко С.П., Чаукина В.А., Киселев А.Б. Возможности консервативного лечения хронического аденоидита у детей с респираторным аллергозом // Российская оториноларингология. 2008. Прил. 2. С. 82–87.
2. Карлова Е.П., Соколова М.В. Лечебно-диагностический алгоритм ведения детей с хроническим аденоидитом, гипертрофией глоточной миндалины и аллергическим ринитом в сочетании с бронхиальной астмой // Российская оториноларингология. 2007. Приложение. С. 144–148.
3. Таращенко Т.И. Роль элиминационной терапии в профилактике острых респираторных заболеваний в организованных детских коллективах // Педиатрия. 2008. Т. 87. № 5.
4. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-медиа, 2001. 431 с.
5. Ильина Н.И., Козлов В.С., Павлова К.С. и др. Флутиказона пропионат (Назарел) – новый топический назальный глюкокортикостероид // Рос. аллерголог. журн. 2009. № 1. С. 85–89.

Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ, Е.К. ОНУФРИЕВА, Е.К. ИСАЕВА, И.Е. ПОГОСОВА

Сравнительная эффективность различных способов элиминационной терапии в комплексном лечении тонзиллофарингитов у детей

1. Таращенко Т.И., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОР-заболеваний в детском возрасте / Детская оториноларингология: Руководство для врачей / Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. В 2 томах. Т. 2. М.: Медицина, 2005. С. 275–317.
2. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита // РМЖ. 2001. № 9 (16–17). С. 765–769.
3. Bisno A.L., Gerber M.A., Gwaltney J.M. et al. Practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis // Clin. Infect. Dis. 2002. Vol. 35. № 2. P. 113–125.
4. Cherry D.K., Woodwell D.A. National Ambulatory Medical Care Survey: 2000 summary // Adv. Data. 2002. Vol. 328. P. 1–32.
5. Linder J.A., Bates D.W., Lee G.M., Finkelstein J.A. Antibiotic treatment of children with sore throat // JAMA. 2005. Vol. 294. № 18. P. 2315–2322.
6. McIsaac W.J., Kellner J.D., Aufricht P. et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults // JAMA. 2004. Vol. 291. № 13. P. 1587–1595.
7. Nash D.R., Harman J., Wald E.R., Kelleher K.J. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2002. Vol. 156. № 11. P. 1114–1119.
8. Park S.Y., Gerber M.A., Tanz R.R. et al. Clinicians' management of children and adolescent with acute pharyngitis // Pediatrics. 2006. Vol. 117. № 6. P. 1871–1878.

Е.И. КРАСНОВА, С.О. КРЕТЪЕН

Оценка эффективности применения имудона в комплексной терапии острой и рецидивирующей стрептококковой инфекции у детей

1. Покровский В.И., Брико Н.И., Рятис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 541 с.
2. Белов Б.С., Черняк А.В., Сидоренко С.В., Макарова Р.А. Сравнительная оценка фармакокинетики различных лекарственных форм бензатин-бензилпенициллина // Антибиотики и химиотерапия. 2000. № 4. С. 18–21.
3. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день: Справочник. М., 1999. С. 125.
4. Феклисова Л.В. Микробиоценоз слизистых оболочек ротоглотки у детей, больных ангиной // Детские инфекции. 2006. Т. 5. № 2. С. 27–31.
5. Селимзянова Л.Р. Место топических бактериальных лизатов в педиатрической практике // Педиатрическая фармакология. 2009. Т. 6. № 2. С. 26–30.

КАРПОВА Е.П., ТУЛУПОВ Д.А., БОЖАТОВА М.П., КАРПЫЧЕВА И.Е.

Новый подход к лечению острого ринита у детей с тубарной дисфункцией

1. Самсыгина Г.А., Богомилский М.Р., Брашнина Н.П. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. М.: Миклош, 2006.
2. Дмитриев Н.С., Мелешина Н.А., Колесова Л.И. Экссудативный средний отит у детей: Методические рекомендации № 96/2. М., 1996. С. 18–20.
3. Таращенко Т.И., Корнеева О.В., Якушенкова А.П. Состояние слуховой трубы и проблема тугоухости у детей. М., 1995. Т. 1. С. 34–35.
4. Богомилский М.Р., Минасян В.С. Острый средний отит у детей. М., 2000. С. 10.
5. Chirico G., Beccagutti F. Nasal obstruction in neonates and infants // Minerva Pediatr. 2010. Vol. 62. № 5. P. 499–505.
6. Преображенский Н.А., Гольдман И.И. Экссудативный средний отит. М.: Медицина, 1987.
7. Leach A.J., Morris P.S., Mathews J.D. et al. Compared to placebo, long-term antibiotics resolve otitis media with effusion (OME) and prevent acute otitis media with perforation (AOMwP) in a high-risk population: a randomized controlled trial // BMC Pediatr. 2008. Vol. 2. № 8. P. 23.
8. Williamson I., Benge S., Barton S. et al. A double-blind randomised placebo-controlled trial of topical intranasal corticosteroids in 4- to 11-year-old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care // Health Technol. Assess. 2009. Vol. 13. № 37. P. 1–144.
9. Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита // РМЖ. 2002. Т. 10. № 20. С. 903–909.
10. Шилов В.В. и соавт. Отравление нафазолином (Нафтизином) у детей // <http://www.mrdou.ru/2008/03/09/otravleniya-nafazolinom-naftizinom-u-detej/>.
11. Boek W.M., Graamans K., van Rijk P.P. et al. Nasal mucociliary transport: new evidence for key role of ciliary beat frequency // Laryngoscope. 2002. Vol. 112. № 3. P. 570–573.
12. Hofmann T., Koidl B., Wolf G. In vitro studies of the effect of vasoconstrictor nose drops on ciliary epithelium of human nasal mucosa // Laryngorhinootologie. 1995. Vol. 74. № 9. P. 564–567.
13. Hofmann T., Koidl B., Wolf G. et al. Influence of preservatives and topical steroids on ciliary beat frequency in vitro // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2004. Vol. 130. № 4. P. 440–445.
14. Васина Л.А. Влияние местных деконгестантов, содержащих раствор ксилометазолина, на цилиарную активность реснитчатых клеток // Российская ринология. 2008. № 3. С. 14–17.
15. Радчик Е.Ю. Комплексные гомеопатические средства для лечения различных видов ринита // РМЖ. 2007. Т. 15. № 2. С. 152–156.
16. Картова Е.П., Тулупов Д.А., Божатова М.П. и соавт. Острый и обострение хронического аденоидита у детей // Consilium Medicum. Педиатрия. 2008. № 2. С. 3–6.