



¹ Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
научная группа
при кафедре болезней
уха, горла и носа

² Детская городская
клиническая больница
св. Владимира,
Москва

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

Д.м.н., проф. Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ¹, Е.К. ОНУФРИЕВА²,
Е.К. ИСАЕВА², И.Е. ПОГОСОВА¹

Воспалительные заболевания глотки являются одной из основных причин обращения к педиатрам, терапевтам и оториноларингологам. В зависимости от локализации воспалительного очага в различных отделах глотки выделяют различные нозологические формы заболевания, например аденоидит или эпиглоттит, однако в большинстве случаев причиной обращения пациента является поражение, локализующееся в ротоглотке, и в первую очередь – тонзиллит или фарингит.

В большинстве случаев эти состояния обусловлены респираторными вирусными инфекциями, которые широко распространены. Только в Москве, по данным Роспотребнадзора, за период с января по март 2010 г. зарегистрировано более 810 тыс. заболеваний ОРВИ и гриппом, при этом более 530 тыс. – у детей. Основным симптомом, характерным для тонзиллофарингитов, является наличие боли или дискомфорта в горле различной интенсивности. До 80% острых хронических респираторных заболеваний и их обострений могут сопровождаться этим симптомом; более того, острые тонзиллофарингиты являются причиной 1,1% всех посещений пациентами врачей и 6% всех визитов к педиатру [1, 2].

Обычно острые фарингиты вызваны вирусами, поражающими слизистую оболочку верхних дыхательных путей, в первую очередь риновирусами, коронавирусами, аденовирусами и т.д., иногда в ассоциации с условно-патогенной микрофлорой, колонизирующей верхние дыхательные пути [3]. Основным бактериальным агентом, вызывающим острые тонзиллиты и фарингиты, является β -гемолитический стрептококк группы А, который выявляют у 15–36% детей с болью в горле. Другими частыми причинами бактериальных тонзиллофарингитов являются иные стрептококки, стафилококки, *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae* и т.д. [2, 5]. Принципы рациональной антибактериальной терапии острых тонзиллитов и фарингитов пред-

усматривают назначение системных антибиотиков при выявлении бактериальной этиологии заболевания. В большинстве случаев при вирусной этиологии заболевания и отсутствии выраженной общей реакции организма достаточно использовать симптоматическую терапию. Традиционно для лечения острых тонзиллофарингитов используют обильное теплое питье, местные антисептики в форме таблеток для рассасывания, лекарственных аэрозолей, полоскание горла настоями трав, дезинфицирующими, щелочными растворами и т.д. [1, 5, 6, 8]. Однако у детей, особенно младшего возраста, во многих случаях применение элиминационного метода лечения невозможно или крайне затруднено в связи с неумением полоскать горло. Кроме того, приготовленные в домашних условиях растворы для полоскания могут быть нестерильными и содержать потенциально токсичные вещества. В связи с этим несомненно важной является возможность использовать для элиминационной терапии официально приготовленные препараты. В последние годы на российском фармацевтическом рынке широко представлены спреи и капли для интраназальной элиминационной терапии, приготовленные из на-

аквалор®

ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА И ГОРЛА

Натуральная гипертоническая морская вода с алоэ вера и римской ромашкой

Лечение и профилактика:

- ✓ фарингитов
- ✓ тонзиллитов
- ✓ стоматитов

НЕ СОДЕРЖИТ
ЭТАНОЛ



На правах рекламы. Товар сертифицирован.

PharmaMed®

www.aqualor.ru

Сделано во Франции. Европейский сертификат качества CE 0457

Реклама

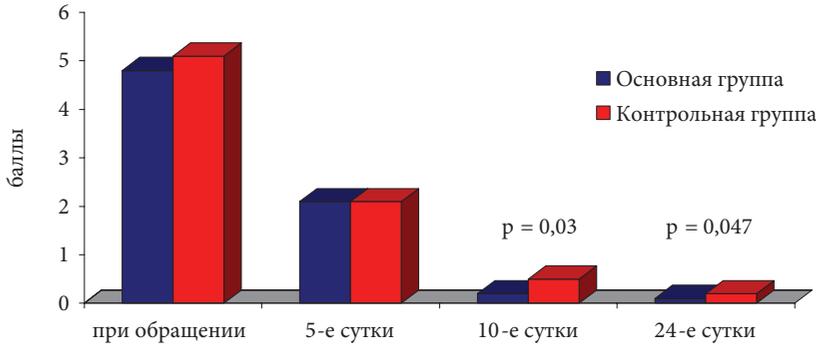


Рис. 1. Динамика оценки больными болевого синдрома (в баллах) по данным визуально-аналоговой шкалы (среднее значение)

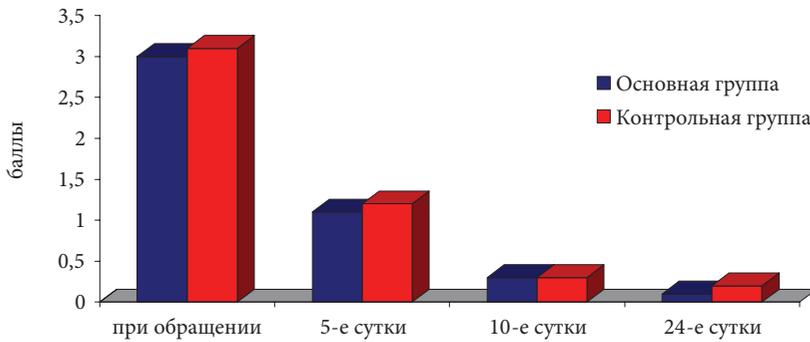


Рис. 2. Динамика оценки больными дискомфорта в горле (в баллах) по данным визуально-аналоговой шкалы (среднее значение)

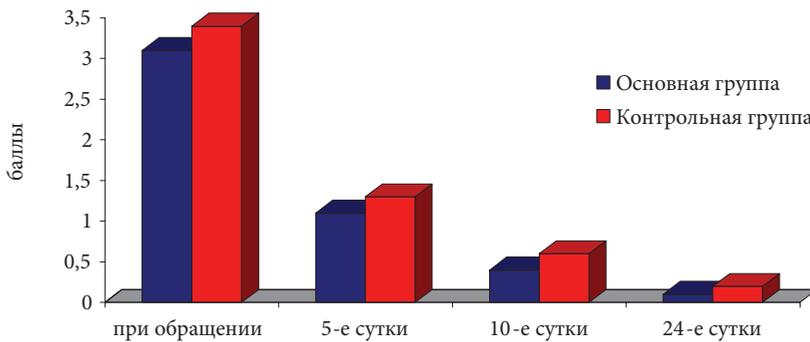


Рис. 3. Динамика фарингоскопической картины (в баллах) по данным визуально-аналоговой шкалы (среднее значение)

туральной морской воды. Недавно разрешены к применению подобные спреи для горла. Одним из таких препаратов является Аквалор для горла с алоэ и ромашкой (YS Lab, Франция), изготовленный из натуральной стерильной гипертонической морской воды. Препарат содержит все активные вещества и микроэлементы (K, Mg, Na, Cl, Se, I, Ca, Zn, Cu, Fe и др.) морской воды; дополнительно в состав препарат входят природные экстракты алоэ вера

и римской ромашки. Препарат не содержит консервантов и этанола и разрешен к применению с 6-месячного возраста. Нами была оценена эффективность элиминационной терапии в комплексной терапии заболеваний, проявляющихся синдромом боли в горле в детском возрасте. Исследование завершили 84 ребенка (40 девочек и 44 мальчика) в возрасте от 3 до 16 лет (в среднем $9,8 \pm 3,24$ лет), обратившихся в клинику по поводу боли в гор-

ле, связанной с воспалительным заболеванием ротоглотки. В соответствии с процедурой рандомизации пациенты были распределены в 2 группы. В основную группу вошли 43 ребенка (24 девочки и 19 мальчиков; средний возраст $9,7 \pm 3,24$ года), в том числе с острым фарингитом – 21 больной (48,8%), с острым тонзиллитом – 9 (20,9%), с обострением хронического фарингита – 9 (20,9%) и с обострением хронического тонзиллита – 4 (9,3%) пациента. Срок от начала заболевания до обращения в клинику составил в среднем $2 \pm 1,51$ суток. Контрольную группу составили 41 пациент (16 девочек и 25 мальчиков; средний возраст $9,9 \pm 3,12$ года), в том числе с острым фарингитом – 19 (46,3%), с острым тонзиллитом – 5 (12,2%), с обострением хронического фарингита – 10 (24,4%) и с обострением хронического тонзиллита – 7 (17,1%) детей (длительность заболевания на момент обращения в среднем $1,8 \pm 1,14$ суток). Группы были статистически сопоставимы по параметрам «возраст», «пол», «клинический диагноз», «срок обращения в клинику» ($p > 0,05$). Всем больным назначали местные антисептики. Пациентам с острым и обострением хронического тонзиллита дополнительно к местным антисептикам назначали системную антибактериальную терапию (препараты группы пенициллинов, цефалоспорины, при аллергии на пенициллины – макролиды). При необходимости допускалось применение других препаратов, выбор которых зависел от конкретного клинического наблюдения. Больные основной группы, наряду со стандартной терапией, получали элиминационную терапию препаратом Аквалор для горла с алоэ и ромашкой – орошение задней стенки глотки и небных миндалин не реже 5–6 раз в сутки в течение минимум 10 дней; больные контрольной группы ежедневно полоска-



ли горло раствором фурациллина с такой же частотой и продолжительностью.

При обращении, а также на 5-е, 10-е и 24-е сутки по данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) производилась субъективная оценка выраженности симптомов (боль в горле, першение / ощущение инородного тела в горле / желание «прочистить горло») и результата лечения. Объективная оценка включала данные фарингоскопии и микробиологического исследования.

При обращении в клинику выраженность болевого синдрома, дискомфорта в глотке и фарингоскопической картины у больных обеих групп были статистически сопоставимы ($p > 0,05$) и составляли в среднем соответственно: $4,8 \pm 2,03$ и $5,1 \pm 2,41$ баллов по шкале ВАШ; $3,0 \pm 2,94$ и $3,1 \pm 2,35$ баллов и $3,1 \pm 1,14$ и $3,4 \pm 1,28$ баллов. Таким образом, на момент обращения в клинику группы были сопоставимы не только по основным демографическим, но и по клиническим признакам.

При контрольном осмотре на 5-е сутки все больные отмечали значительное уменьшение болевого синдрома и дискомфорта в горле: в обеих группах выраженность этих симптомов по шкале ВАШ уменьшилась более чем в 2 раза; при этом на фоне терапии у всех больных отмечено значительное улучшение фарингоскопической картины (рис. 1–3).

На 10-е сутки пациенты основной группы отмечали статистически достоверно меньшую ($p = 0,03$) выраженность болевого синдрома по сравнению с больными контрольной группы: незначительные болевые ощущения сохранялись у 18,6% детей основной группы по сравнению с 34,1% в контрольной. Выраженность дискомфорта в горле у пациентов обеих групп была сопоставима. Эти симптомы сохранялись соответственно у 23,6% и 24,3% больных. В фарингоскопической картине основной группы были некоторые улучше-

ния, хотя и статистически недостоверные ($p = 0,058$): полная нормализация фарингоскопической картины произошла у 70,7% детей основной группы по сравнению с 48,8% в контрольной.

Следует отметить, что сходная динамика показателей получена и при осмотре на 24-е сутки. Пациенты основной группы статистически достоверно реже ($p = 0,047$) отмечали незначительные болевые ощущения по сравнению с детьми в контрольной группе (в обеих группах – до 1 балла по ВАШ) – соответственно в 7% и 19,5% наблюдений, хотя частота и выраженность дискомфорта в горле статистически не различалась. При этом фарингоскопические признаки заболевания сохранялись у 16,3% больных основной группы и у 14,6% контрольной группы; у всех этих больных на момент включения в исследование было диагностировано обострение хронического фарингита или тонзиллита.

По данным микробиологического исследования материала, полученного с поверхности задней стенки глотки/небной миндалины при первичном осмотре у 31 (72,1%) пациента основной группы, были выявлены следующие представители добавочной и транзитной микрофлоры: β -гемолитический стрептококк (со степенью обсеменения 10^3 – 10^6 КОЕ/мл) – у 9,3%; *Staphylococcus aureus* (10^3 – 10^7) – у 18,6%; *Streptococcus pneumoniae* (10^3 – 10^5) – у 23,3%; грибы рода *Candida* (10^2 – 10^4) – у 20,9% детей. Добавочная и транзитная микрофлора, выявленная у 27 (65,8%) детей контрольной группы, была представлена: β -гемолитическим стрептококком (со степенью обсеменения 10^3 – 10^6 КОЕ/мл) – у 7,3%; *Staphylococcus aureus* (10^3 – 10^7) – у 19,5%; *Streptococcus pneumoniae* (10^3 – 10^5) – у 19,5%; грибы рода *Candida* (10^2 – 10^4) – у 19,5% пациентов. При повторном микробиологическом исследовании, проведенном на 24-е сут-

ки, добавочная и транзитная микрофлора (во всех случаях в ассоциации с постоянной микрофлорой) была выделена у 7 (16,3%) больных основной группы и у 9 (21,9%) контрольной и была представлена: *Staphylococcus aureus* (10^1 – 10^3 КОЕ/мл) – у 11,6% детей основной группы и у 17,1% – контрольной; грибы рода *Candida* (10^1 – 10^3) соответственно у 4,6% и 7,3%.

Оценку эффективности и удобства применения препаратов элиминационной терапии пациенты (их родители) оценивали на 5-е, 10-е и 24-е сутки лечения. В течение всего периода наблюдения пациенты основной группы оценивали удобство применения препарата Аквалор с алоэ и ромашкой для горла статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем пациенты контрольной группы – традиционное полоскание горла раствором фурациллина. В частности, на 5-е сутки лечения отметили переносимость элиминационной терапии как «отличную» и «хорошую» 81,4% пациентов основной группы и лишь 53,7% контрольной; на 10-е сутки – соответственно 86% и 82,9%; на 24-е сутки – 95,4% и 85,3% больных.

Побочных эффектов или аллергических реакций в ходе исследования не было выявлено ни в одном случае.

Таким образом, на основании полученных результатов можно рекомендовать препарат Аквалор с алоэ и ромашкой для горла в качестве стартового препарата элиминационной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний ротоглотки у детей. Применение этого препарата статистически достоверно уменьшает выраженность болевой реакции на 10–24-е сутки лечения по сравнению с традиционным полосканием горла раствором фурациллина, а значительно лучшая оценка эффективности и удобства применения препарата пациентами (их родителями) повышает приверженность к лечению. ☺

оториноларингология



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.