



Лечение и профилактика обострений хронического аденоидита у детей

Д.м.н., проф. Е.П. КАРПОВА, к.м.н. Д.А. ТУЛУПОВ

Изучена клиническая эффективность препарата Ринофлуимуцил® в лечении острого ринита у детей в возрасте от 4 до 9 лет с хроническим аденоидитом. Показано, что по сравнению с контролем добавление мукоактивного препарата для местного применения к стандартной терапии уменьшает выраженность и продолжительность проявления основных симптомов заболевания: затруднения носового дыхания, ринореи, обусловленного постназальным синдромом кашля, а также снижает риск развития таких осложнений, как риносинуситы и отиты. Комплексный препарат Ринофлуимуцил® (N-ацетилцистеин 1 г и туаминогептан 0,5 г) может быть рекомендован в качестве средства патогенетической терапии и профилактики обострений хронического аденоидита у детей.

Хронический аденоидит – это хроническое полиэтиологическое заболевание с преобладающей симптоматикой постназального синдрома (англ. post-nasal drip), в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины. По данным отечественных авторов, доля детей с хроническим аденоидитом составляет от 3% [1] до 50% [2] в общей детской популяции и до 70% в группе часто болеющих детей [3].

Аденоидит далеко не всегда является патологическим состоянием. У здоровых детей дошкольного и младшего школьного возраста аденоидит в большинстве случаев является физиологической реакцией глоточной миндалины, как органа регионарного мукозального иммунитета, на антигенную стимуляцию (чаще всего вирусом) [4, 5].

Реактивные изменения в глоточной миндалине возникают на 3–5-й день от начала острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), развиваются и постепенно исчезают в течение 2–3 недель. При отсутствии сопряженных осложнений со стороны среднего уха, клинических признаков присоединения гнойной бактериальной инфекции и значимого влияния на качество жизни ребенка это состояние не является патологией и не требует какого-либо лечения.

У ребенка с хроническим аденоидитом имеет место патологическая «гиперреактивность» глоточной миндалины, проявляющаяся персистирующим воспалением аденоидов, усиливающимся под воздействием респираторных вирусов с последующей активацией бактериальных патогенов. Согласно современным представ-

лениям, в этиологии хронического аденоидита значимую роль играет хроническая бактериальная инфекция [6]. Именно патогенной бактериальной микрофлорой обусловлено персистирующее воспаление в носоглотке и развитие осложнений. Данные последних исследований свидетельствуют: одним из маркеров хронической бактериальной инфекции являются бактериальные биопленки, роль которых в настоящее время дискутируется. Частое и необоснованное применение топических антибактериальных препаратов и антисептиков оказывает выраженный цитоотоксический эффект, провоцируя застой патологического секрета в носоглотке. Как следствие, длительное время сохраняются такие симптомы аденоидита, как кашель (вызывается стеканием слизи по стенке носоглотки – постназальный синдром) и заложенность носа (по причине скопления вязкого густого секрета в носоглотке). Кроме того, частое и неконтролируемое применение этих препаратов в лечении аденоидитов у часто болеющих детей приводит к стойкому нарушению микробиоценоза поверхности глоточной миндалины и создает предпосылки для повторной колонизации носоглотки высокопатогенной микрофлорой [7, 8]. В этой связи представляется актуальным поиск альтернативных подходов в терапии и профилактике обострений хронического аденоидита у детей.



На сегодняшний день клиническая эффективность применения мукоактивных препаратов в лечении патологии носоглотки у детей изучалась лишь в небольшом числе исследований [9]. Тем не менее доказанный выраженный муколитический и антиоксидантный эффект N-ацетилцистеина, а также имеющиеся данные о влиянии препарата на бактериальные биопленки [10] (рис. 1) позволяют говорить о патогенетически обоснованном применении назальных форм N-ацетилцистеина в профилактике и лечении хронического аденоидита у детей.

Цель нашего исследования: оценить эффективность мукоактивной терапии в профилактике рецидивирующего и обострений хронического аденоидита у детей.

Материалы и методы

В открытое рандомизированное исследование было включено 100 детей в возрасте от 4 до 9 лет с клиникой острого ринита и имеющих клинико-anamnestические признаки часто рецидивирующего или хронического аденоидита (по данным анамнеза и эндоскопического исследования).

В соответствии с принципом рандомизации пациенты были распределены на 2 группы. В первую группу (основную) было включено 50 пациентов, которые помимо стандартной терапии острого ринита (изотонические растворы стерильной морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля интраназально) ежедневно применяли препарат Ринофлуимуцил® интраназально 3 раза в день по 1 впрыскиванию в каждую половину носа в течение 7 дней. Вторую группу (контрольную) составили 50 пациентов, которым проводили орошение полости носа изотоническим раствором стерильной морской воды в форме мелкодисперсного аэрозоля и интраназальное закапывание 2% раствора Протаргола по 3–5 капель 3 раза в день в течение 7 дней.

Применялись следующие критерии исключения из исследования: клинически подтвержденные первичные и вторичные иммуно-

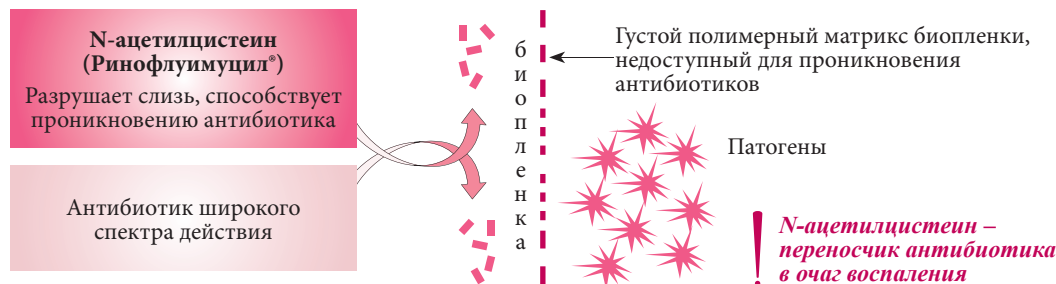


Рис. 1. Действие N-ацетилцистеина (Ринофлуимуцил®) при инфекции верхних дыхательных путей

дефициты; онкологические заболевания; клинические признаки острой бактериальной инфекции, требующей проведения системной антибактериальной терапии или стационарного лечения ребенка; патология бронхолегочной системы, требующая применения ингаляционных и/или системных мукоактивных препаратов (бронхиальная астма в стадии обострения, острый ларинготрахеит, острый бронхит и др.); хронические риниты и риносинусит; гипертрофия аденоидных вегетаций III степени; аденомотия в анамнезе; выраженное искривление перегородки носа; наличие у ребенка состояний, оговоренных в разделе «Противопоказания» в инструкции по медицинскому применению препарата Ринофлуимуцил®. В качестве критериев оценки эффективности лечения использовалась субъективная оценка пациентами выраженности симптомов заболевания (заложенность носа, кашель, выделения из носа) по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и общего результата лечения, оценка врача по данным стандартного оториноларингологического осмотра, включающего риноэндоскопическое исследование, и данным о частоте развития осложнений острого ринита (риносинуситы, отиты) и затяжных (более 10 дней) обострений хронического аденоидита.

Контрольный осмотр пациента проводили на 5-й и 21-й день от начала лечения. Субъективная оценка симптомов ринита (ВАШ) проводилась пациентами самостоятельно (без визита к врачу) на 14-й день от начала лечения, данные учитывались ретроспективно. Анализ

побочных эффектов, связанных с применением препарата Ринофлуимуцил®, и осложнений острого ринита проводили ретроспективно при контрольном осмотре. Назначение терапии осложнений острого ринита осуществляли врачи районных поликлиник согласно общепринятым схемам.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica v.6.0. Для сравнения количественных показателей использовали t-критерий Стьюдента, для сравнения качественных (балльных) показателей – χ^2 Пирсона. Разницу считали статистически достоверной при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По причине несоблюдения назначения врача-куратора (неявка на контрольные осмотры) в ходе динамического наблюдения из исследования были исключены 2 ребенка основной группы и 4 – контрольной.

При первичном осмотре не выявлено статистически достоверного различия между основными симптомами заболевания по данным ВАШ ($p > 0,05$) у пациентов основной и контрольной групп.

При анализе данных субъективной оценки пациентами эффективности лечения (показатели ВАШ) отмечена разница выраженности симптомов на 5-й день от начала лечения у детей основной и контрольной групп ($p > 0,05$). При этом выявлена значительная разница в выраженности затруднения носового дыхания в основной группе по сравнению с группой контроля – $3,6 \pm 0,6$ и $5,2 \pm 1,0$ балла соответственно. Достоверное различие ($p < 0,05$) показателей выраженности

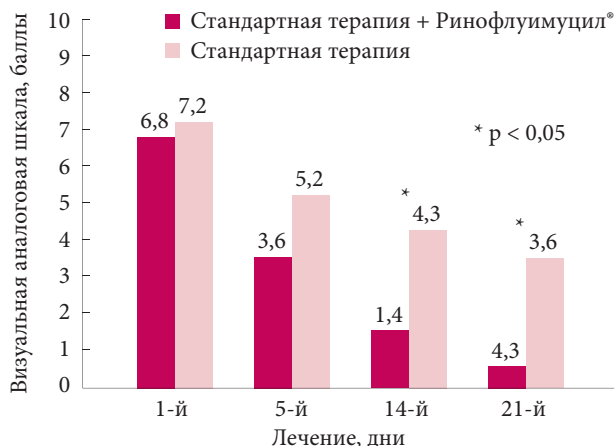


Рис. 2. Динамика выраженности затруднения носового дыхания в сравниваемых группах



Рис. 3. Динамика выраженности выделений из носа (ринореи) в сравниваемых группах

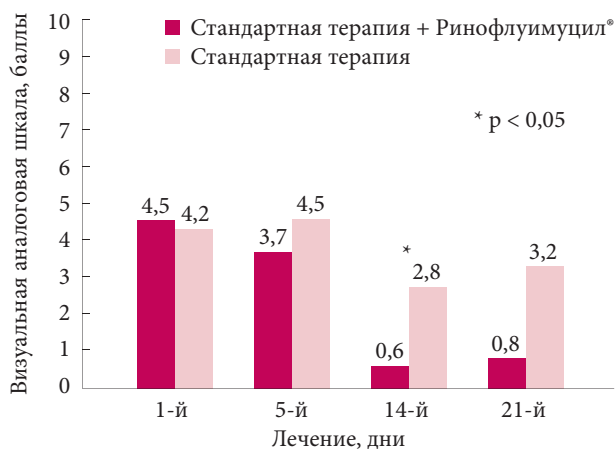


Рис. 4. Динамика выраженности кашля в сравниваемых группах

ти данного симптома (оценка по ВАШ) было установлено также на 14-й и 21-й день наблюдения. Так, выраженность затруднения носового дыхания в группе пациентов, применявших Ринофлуимуцил®, на 14-й день от начала лечения составила $1,4 \pm 0,4$ балла, а в группе контроля – $4,3 \pm 0,4$ балла. К 21-му дню выраженность затруднения носового дыхания в основной группе уменьшилась до $0,6 \pm 0,2$ балла. В группе контроля также отмечали положительную динамику, однако средний показатель выраженности симптома оставался достаточно высоким – $3,6 \pm 0,5$ балла (рис. 2).

Анализ показателей ВАШ, отражающих выраженность ринореи, не выявил достоверного различия между группами исследования ни на 14-й (основная группа – $0,9 \pm 0,3$ балла, контрольная – $1,5 \pm 0,6$ балла), ни на 21-й день наблюдения (основная группа – $0,4 \pm 0,1$ балла, контрольная – $0,8 \pm 0,6$ балла) (рис. 3). В отношении такого симптома, как выраженность кашля, возникающего вследствие стекания патологического секрета по задней стенке глотки, отмечено достоверное различие ($p < 0,05$) показателей ВАШ между группами на 14-й день наблюдения: $0,6 \pm 0,3$ балла в основной группе и $2,8 \pm 0,6$ балла в контрольной. На 21-й день разница показателей ВАШ, отражающих параметр «выраженность кашля», также была значительной: $0,8 \pm 0,5$ балла в основной группе и $3,2 \pm 1,2$ балла в группе контроля. Однако по причине высокого разброса значений в группе контроля данная разница не была достоверной ($p > 0,05$) (рис. 4).

По завершении наблюдения в рамках проведенного исследования родители детей дали субъективную оценку результата лечения. Как «положительный» результат лечения оценили родители 42 (87,5%) детей основной группы и только 24 (52,2%) – контрольной группы.

В результате динамического наблюдения за пациентами было диагностировано несколько случаев осложнений. Так, у 3 (6,3%) детей основной группы и 7 (15,2%) ($p > 0,05$) детей контрольной были

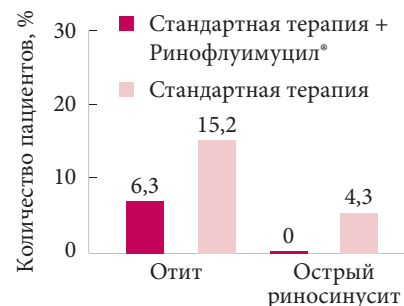


Рис. 5. Осложнения, развившиеся на фоне терапии

установлены отоскопические изменения со стороны барабанных перепонок (без жалоб на ушную боль). Данные тимпанометрии подтвердили наличие у этих пациентов тубарной дисфункции, что потребовало динамического наблюдения за пациентами по завершении исследования. У 2 (4,3%) пациентов контрольной группы при осмотре на 21-й день от начала лечения на основании сохраняющихся жалоб на заложенность носа и выделения из носа и данных риноэндоскопического исследования был поставлен диагноз «острый риносинусит», ни у одного ребенка основной группы этого осложнения не возникло (рис. 5). В дальнейшем дети с острым риносинуситом находились под динамическим наблюдением оториноларинголога и получали терапию заболевания по общепринятой схеме.

Выводы

Данные литературных источников, а также результаты собственного исследования позволяют сделать вывод об обоснованности применения препарата Ринофлуимуцил® (Zambon S.p.A., Италия) в лечении острого ринита у детей с хроническим аденоидитом. Ринофлуимуцил® уменьшает выраженность и продолжительность проявления основных ринологических симптомов и симптомов хронического аденоидита, а также снижает риск развития сопряженных осложнений в виде риносинуситов и отитов. Необходимо дальнейшее изучение эффективности применения препарата Ринофлуимуцил® в комплексной терапии патологии носоглотки у детей. ◊

Литература
→ С. 57