



¹ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Росздрава, кафедра детской оториноларингологии, Москва

²Консультативно-диагностический центр Северо-Западного административного округа Москвы на базе детской городской поликлиники № 94, оториноларингологическое отделение

Новый подход к лечению острого ринита у детей с тубарной дисфункцией

Д.м.н., проф. Е.П. КАРПОВА¹, к.м.н. Д.А. ТУЛУПОВ¹,
к.м.н. М.П. БОЖАТОВА¹, И.Е. КАРПЫЧЕВА²

ОРВИ – самые распространенные инфекционные заболевания у детей. Значительный уровень заболеваемости ими обусловлен высокой восприимчивостью, особенно в раннем возрасте, к возбудителям данных инфекций. Распространенность острых инфекций дыхательных путей в целом составляет 18 тыс. на 100 тыс. человек, в детской популяции уровень заболеваемости в 3,6 раза выше – более 67 тыс. случаев на 100 тыс. населения детского возраста [1].

В подавляющем большинстве случаев острые вирусные инфекции, сопровождающиеся ринитом, являются пусковым механизмом для развития дисфункции слуховой трубы. Ключевым моментом в развитии данных функциональных нарушений является отек слизистой носа и носоглотки, а также скопление секрета, что ведет к нарушению вентиляционной функции слуховой трубы (в норме при носовом дыхании воздух через слуховую трубу попадает в среднее ухо, уравновешивая давление по обе стороны барабанной перепонки) и снижению интратимпанального давления. Данные изменения приводят к снижению активности цилиарного транспорта в слуховой трубе и среднем

ухе, повышая риск инфицирова-

ния среднего уха и развития острого среднего отита [2]. Среди существующего ряда клинических проявлений тубарной дисфункции самым легким является евстахеит (тубоотит). Данное состояние при отоскопии проявляется втяжением барабанной перепонки без признаков ее воспаления (мирингита). При евстахеите ребенок может предъявлять жалобы на заложенность уха или неприятные тянущие ощущения в нем. Однако в большинстве случаев дети дошкольного возраста жалоб не предъявляют [3].

В ряде случаев евстахеит переходит в острый средний катаральный отит, обязательным клиническим проявлением которого является ушная боль. Острый средний катаральный

отит чаще отмечается у детей дошкольного возраста. По данным отечественных авторов, в первые три года жизни хотя бы один эпизод острого среднего катарального отита переносят 90% детей [4]. При этом в последние годы увеличилось число ятрогенных острых средних катаральных отитов, возникающих как следствие назначения пациенту методов струйной ирригации полости носа без учета анамнеза со стороны отиатрической патологии [5].

При длительно сохраняющейся тубарной дисфункции у детей возможно развитие экссудативного среднего отита. Еще А. Politzer в 1862 г. описал болезнь уха, которая по характерным клиническим симптомам напоминала это заболевание. G. Bezold в 1906 г. разработал научные основы клиники заболевания, которые послужили толчком для последующих исследований. Существует множество синонимов названия этого заболевания, в зависимости от точки зрения автора на преобладающее значение того или иного фактора в развитии болезни: «хроническая тубарная дисфункция», «туботимпанит», «отосальпингит», «секреторный отит», «клейкое ухо», «острый негнойный средний отит» и т.д. [6]. По последним данным, распространенность экссудатив-



ного среднего отита в детской популяции составляет 6–8% [7–8]. Большую проблему педиатрической оториноларингологии представляет недостаточно высокая клиническая эффективность как консервативных, так и хирургических методов лечения экссудативного среднего отита [9].

Одним из основных направлений в лечении тубарной дисфункции принято считать противовоспалительную терапию, при этом наиболее популярным методом лечения тубоотитов в России является применение назальных сосудосуживающих препаратов [2]. Преимуществами вазоконстрикторов являются простота применения и быстрое наступление эффекта. Однако существует множество побочных эффектов, связанных с применением назальных сосудосуживающих препаратов у детей. В отличие от взрослых, у детей осложнением применения назальных сосудосуживающих препаратов чаще является не развитие медикаментозного ринита, а острое отравление α-адреномиметиками. По последним данным, в структуре госпитализируемых в педиатрические токсикологические отделения детей не менее 20–30% составляют случаи отравления нафазолином [10]. Помимо воздействия на сосудистую систему полости носа вазоконстрикторы отрицательно действуют и на функцию мерцательного эпителия. Экспериментальные исследования показали, что большинство деконгестантов замедляет частоту биения ресничек [11]. Наибольшей цилиотоксичностью обладают препараты нафазолина, оксиметазолина и препараты тетризолина на масляной основе [12]. Однако последние исследования показали, что львиная доля цилиотоксического эффекта назальных сосудосуживающих препаратов обеспечивается консервантами-антисептиками (бензалкония хлорид, моногидрат лимонной кислоты, цитрат натрия), входящими в состав большинства деконгестантов [13–14]. Возникновение жжения, явления

раздражения и сухости слизистой полости носа при применении назальных сосудосуживающих препаратов также определяются действием консервантов-антисептиков. Последними исследованиями было установлено, что разные консерванты-антисептики в составе сосудосуживающих препаратов имеют различную степень цилиотоксичности: угнетение частоты биения ресничек мерцательного эпителия полости носа в меньшей степени проявляется при применении носовых капель, содержащих бензалкония хлорид, чем при наличии в качестве консерванта-антисептика комплекса моногидрата лимонной кислоты и натрия цитрата [14].

Возможной альтернативой назальным сосудосуживающим препаратам в лечении воспалительных заболеваний полости носа являются комплексные гомеопатические препараты, среди них – Коризалия («Лаборатория Буарон», Франция). Благодаря своему составу Коризалия устраняет не только воспалительные изменения полости носа (действие *Belladonna*, *Gelsemium*), но и нормализует количество (действие *Alium sera*, *Sabadilla*, *Belladonna*) и реологию секрета (действие *Kalium bichromicum*, *Pulsatilla*) в полости носа и носоглотке, быстро и эффективно устраняя симптомы ринита и аденоидита. При этом ранее накопленный клинический опыт применения препарата Коризалия в педиатрической практике говорит об отсутствии противопоказаний и побочных эффектов, связанных с его использованием [15–16]. В проведенном исследовании повышения клинической эффективности терапии детей с острым ринитом и тубарной дисфункцией приняли участие 150 детей в возрасте от 3 до 15 лет с клиническими признаками острого ринита и тубарной дисфункции. Исследуемые дети были распределены на три группы. В 1-й группе 50 пациентам ежедневно проводили промывание полости носа препаратом Аквалор® Софт (не менее 3 раз в сутки), а также дава-

ли препарат Коризалия по схеме (1-й день – 1 таблетка рассасывать под язык каждый час; 2–5-й дни – 1 таблетка каждые 2 часа); во 2-й группе 50 пациентам в качестве терапии было назначено интраназальное применение физиологического раствора и дозированного спрея 0,05%-ного (до 6 лет) и 0,1%-ного раствора ксилометазолина на семидневный курс лечения; в 3-й группе 50 пациентов получали монотерапию препаратом Коризалия в течение 5–7 дней.

*Альтернативой назальным сосудосуживающим препаратам в лечении воспалительных заболеваний полости носа являются комплексные гомеопатические препараты, среди них – Коризалия («Лаборатория Буарон», Франция). Благодаря своему составу Коризалия устраняет не только воспалительные изменения полости носа (действие *Belladonna*, *Gelsemium*), но и нормализует количество (действие *Alium sera*, *Sabadilla*, *Belladonna*) и реологию секрета (действие *Kalium bichromicum*, *Pulsatilla*) в полости носа и носоглотке, быстро и эффективно устраняя симптомы ринита и аденоидита.*

Критериями исключения из исследования были приняты: клинически подтвержденные первичные и вторичные иммунодефициты; онкологические заболевания; гипертрофия аденоидных вегетаций III степени; клинически значимые изменения архитектоники полости носа (искривления носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин); хронические формы ринитов и риносинуситов; гнойные формы средних отитов; самовольное или самостоятельное применение лекарственных препаратов, которые не включены в схему лечения по протоколу исследования.

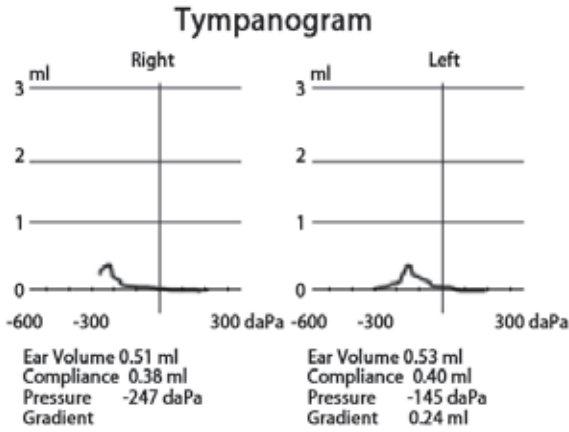


Рис. 1. Тимпанограмма типа С (нарушение тубарной функции)

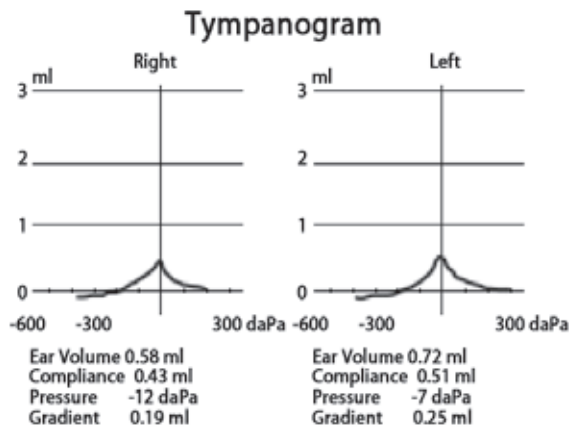


Рис. 2. Тимпанограмма типа А (норма)

Оценку эффективности лечения проводили на основании как субъективных, так и объективных критериев. Субъективная оценка эффективности лечения (степень затруднения носового дыхания, количество выделений из носа) давалась родителями пациентов по десятибалльной ВАШ, в которой отсутствие симптома соответствовало 0 баллов, максимальная его выраженность равнялась 10 баллам. Также учитывались жалобы пациентов (или со слов их родителей) на заложенность уха или снижение слуха. На стадии «визит 0» (1-й день) учитывали особенности строения носоглотки (степень гипертрофии аденоидных вегетаций, состояние устья слуховой трубы). На стадии «визит 3» (21-й день) родители пациентов давали свою оценку результату лечения (положительный или отрицатель-

ный). Объективную оценку получали на основании результатов эндоскопического исследования полости носа и носоглотки: определяли степень отечности слизистой полости носа (по десятибалльной ВАШ).

Риноэндоскопическое исследование осуществлялось жесткими эндоскопами диаметром 2,7 мм с 0° торцевым сечением по стандартной методике. Оценку функции слуховой трубы проводили по данным акустической тимпанометрии по стандартной методике на импедансометре Interacustics AT235 h. Типы тимпанограмм определялись в соответствии с классификацией Jerger (1970): тип А – отсутствие патологии среднего уха и нормально функционирующая слуховая труба, давление в барабанной полости равно атмосферному (поэтому максимальная податливость регистрируется при создании в наружном слуховом проходе такого же давления, принимаемого за «0»); тип В – полость среднего уха заполнена экссудатом (поэтому изменение давления в наружном слуховом проходе не приводит к существенному изменению податливости – тимпанограмма выглядит как ровная или слегка выпуклая линия без видимого пика); тип С – нарушение вентиляции полости среднего уха и возникновение в нем отрицательного давления ниже -100 мм вод. ст. (рис. 1–2).

Контрольные осмотры проводились на 5-й, 10-й и 21-й день после начала лечения.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Statistica v.6.0. Для сравнения результатов использовали критерий Вилкоксона. Разницу считали статистически достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Анализ динамики субъективных данных в процессе лечения выявил более значительные положительные сдвиги у детей в 1-й группе по сравнению с детьми во 2-й и 3-й группах. Так, степень затруднения носового дыхания у пациентов в группах исследования, со-

гласно показателям ВАШ, до начала лечения составила: в 1-й группе – $8,1 \pm 1,5$ балла; во 2-й группе – $8,7 \pm 1,3$; в 3-й группе – $7,9 \pm 1,6$ балла. При контрольном осмотре на 5-й день лечения отмечали положительную динамику во всех группах наблюдения: показатель ВАШ в 1-й группе составил $2,2 \pm 0,6$ балла; во 2-й группе – $2,6 \pm 1,2$; в 3-й – $3,2 \pm 0,8$. При этом не было выявлено статистически достоверного различия между пациентами во 2-й группе, получавшими традиционную терапию острого ринита, и пациентами в 1-й и 3-й группах, получавших комплексное лечение препаратом Коризалия и препаратом изотонического раствора стерильной морской воды Аквалор® Софт. При этом достоверное различие между группами было получено при контрольном осмотре на 10-й день лечения. Так, показатель ВАШ у пациентов во 2-й группе, получавших в качестве симптоматической терапии ринита дозированый спрей ксилометазолина, составил $3,4 \pm 1,1$ балла, тогда как в 1-й группе – $0,8 \pm 0,4$ и в 3-й группе – $1,4 \pm 0,4$ балла ($p < 0,05$). Подобное соотношение показателей ВАШ отмечали и при контрольном осмотре на 21-й день лечения: в 1-й группе – $1,3 \pm 0,5$ балла, во 2-й группе – $3,8 \pm 1,4$ и в 3-й группе – $1,5 \pm 0,6$ балла ($p < 0,05$) (рис. 3). Выраженность ринореи, согласно показателям ВАШ, в 1-й группе до начала лечения составила $7,8 \pm 0,45$ балла, во 2-й группе – $6,8 \pm 1,3$ и в 3-й группе – $8,2 \pm 0,8$ балла. На 5-й день лечения отмечалась статистически достоверная разница между пациентами во 2-й группе, получавшими традиционную терапию острого ринита, и пациентами в 1-й и 3-й группах. Так, у пациентов во 2-й группе показатель ВАШ составил $3,6 \pm 1,6$ балла, тогда как у детей в 1-й группе данный показатель был $0,6 \pm 0,2$, а в 3-й группе – $1,4 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$). При контрольном осмотре на 10-й день лечения показатель ВАШ у пациентов в группах исследования уже не имел статистически до-



статистически достоверной разницы: в 1-й группе – $0,8 \pm 0,3$ балла, во 2-й – $1,2 \pm 0,5$, в 3-й – $1,4 \pm 0,3$ балла ($p > 0,05$). Однако на 21-й день наблюдения разница между показателями в 1-й и 2-й группах вновь была статистически достоверна: в 1-й группе – $1,0 \pm 0,4$ балла, во 2-й – $2,2 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). В 3-й группе показатель составил $1,6 \pm 0,4$ балла и не имел достоверного различия с пациентами во 2-й группе ($p > 0,05$) (рис. 4). По данным риноэндоскопической картины отек слизистой оболочки полости носа пациентов был выражен в баллах ВАШ. До начала лечения данный показатель составил в 1-й группе исследования $9,2 \pm 0,6$ балла, во 2-й группе – $9,4 \pm 0,6$ и в 3-й группе – $9,5 \pm 0,6$ балла. На 5-й день исследования данные показатели составили: в 1-й группе – $5,5 \pm 1,6$ балла, во 2-й группе – $4,8 \pm 1,2$ и в 3-й группе – $5,8 \pm 1,2$ балла ($p > 0,05$). Не было получено достоверной разницы между показателями ВАШ у пациентов групп исследования и на 10-й день после начала лечения: 1-я группа – $3,8 \pm 1,4$ балла, 2-я группа – $3,6 \pm 1,5$ и 3-я группа – $4,2 \pm 1,8$ балла ($p > 0,05$). При контрольном осмотре на 21-й день была отмечена отрицательная динамика у пациентов во 2-й группе исследования, где показатель ВАШ составил $4,4 \pm 1,6$ балла, тогда как у пациентов в 1-й и 3-й группах исследования значительной отрицательной динамики выявлено не было, и показатель ВАШ в 1-й группе составил $3,2 \pm 1,2$ балла, в 3-й группе – $4,0 \pm 1,6$ балла. При этом было получено статистически достоверное различие между показателями ВАШ в 1-й и 2-й группах исследования ($p < 0,05$) (рис. 5). По данным эндоскопического обследования носоглотки выявлена гипертрофия аденоидных вегетаций II степени у 117 (78%) пациентов, I степени – у 33 (22%). При эндоскопическом осмотре носоглотки наиболее часто встречались различные варианты обструкции глоточных устьев слуховых труб аденоидными вегетациями II степени: у 46 из 117 детей (31%). А у 38 (25%) пациентов аденоиды II сте-

пени имели преимущественно горизонтальный рост, не прикрывали при этом устья слуховых труб, но плотно прилегали к трубным валикам. Гипертрофия трубных валиков обнаружена у 27 (18%) детей.

При анализе отиатрических симптомов до начала лечения было выявлено, что на периодическую заложенность ушей предъявляли жалобы по 47 (94%) пациентов в 1-й и 2-й группах и 44 (88%) пациента в 3-й группе. При контрольном осмотре через 5 дней после начала лечения подобные жалобы сохранились у 14 (28%) пациентов в 1-й группе исследования, у 19 (38%) – во 2-й группе, у 23 (46%) детей – в 3-й группе. На 10-й день наблюдения периодическую заложенность ушей отмечали 4 (8%) ребенка во 1-й группе, 17 (34%) – во 2-й и 14 (28%) – в 3-й группах исследования. Сохранение данных жалоб на 21-й день отмечали у 7 (14%) детей в 1-й группе исследования, у 21 (42%) – во 2-й и у 15 (30%) пациентов – в 3-й группе (рис. 6).

По данным тимпанометрии до начала лечения были получены следующие результаты (табл. 1). Тимпанометрия, соответствующая:

- типу А (норма): у 17 (17%) пациентов в 1-й группе, 14 (14%) – во 2-й группе, 19 (19%) – в 3-й группе;
- типу С: у 79 (79%) пациентов в 1-й группе, 85 (85%) – во 2-й группе, 77 (77%) – в 3-й группе;
- типу В: у 4 (4%) пациентов в 1-й группе, 1 (1%) – во 2-й группе, 4 (4%) – в 3-й группе.

При контрольном осмотре на 5-й день лечения были получены тимпанограммы:

- типа С в 51 (51%) случае, типа В – в 3 (3%) в 1-й группе исследования;
- типа С в 62 (62%); типа В – в 1 (1%) случае во 2-й группе,
- типа С в 64 (64%), типа В – в 4 (4%) случаях в 3-й группе.

При контрольном осмотре на 10-й день лечения были получены тимпанограммы:

- типа С в 19 (19%), типа В – в 2 (2%) случаях в 1-й группе исследования;

Баллы ВАШ

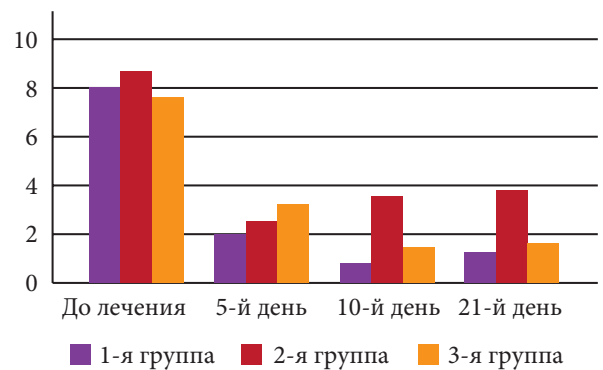


Рис. 3. Динамика затруднения носового дыхания у детей в группах исследования

Баллы ВАШ

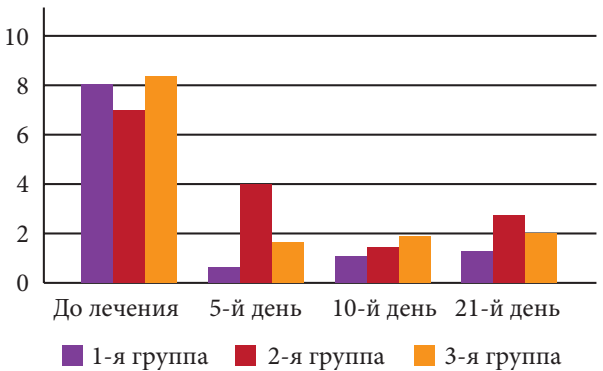


Рис. 4. Динамика ринореи у детей в группах исследования

Баллы ВАШ

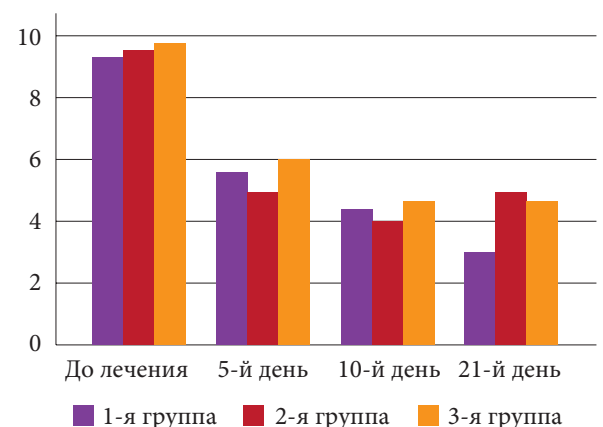


Рис. 5. Динамика отека слизистой полости носа у детей в группах исследования

- типа С в 47 (47%) случаев, типа В – в 1 (1%) случае во 2-й группе;
- типа С в 39 (39%), типа В – в 3 (3%) случаях в 3-й группе.

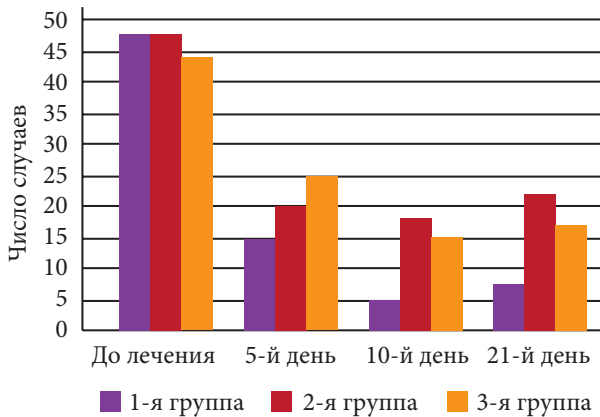


Рис. 7. Частота жалоб на заложенность ушей у детей в группах исследования

При контрольном осмотре на 21-й день от начала лечения были получены тимпаногаммы:

- типа С в 17 (17%) случаях, типа В – в 2 (2%) случаях в 1-й группе исследования;
- типа С в 54 (54%) случаях, типа В – в 3 (3%) случаях во 2-й группе;
- типа С в 34 (34%) случаях, типа В – в 3 (3%) случаях в 3-й группе.

При субъективной оценке пациентами и их родителями результатов лечения на 21-й день от начала наблюдения результат охарактеризован как положительный в 1-й группе в 39 (78%) случаях; во 2-й группе – в 31 (62%) случае, в 3-й – в 35 (70%) случаях. Основными причинами, мотивирующими дать отрицательную оценку результатам лечения, являлись сохранение жалоб пациентов на заложенность уха,

появление болей в нем, затяжное проявление симптомов ринита.

В ходе наблюдения за пациентами в течение исследования был выявлен ряд осложнений ринита. Сохранение его симптомов (негнойная форма) после 10-го дня наблюдения отмечали: 1 пациент (2%) в 1-й группе исследования, 7 (14%) пациентов во 2-й и 6 (12%) в 3-й группах исследования. При контрольном осмотре на 21-й день наблюдения данным больным была проведена коррекция терапии и рекомендовано дальнейшее наблюдение оториноларинголога. У 2 пациентов во 2-й группе был диагностирован острый риносинусит, что потребовало проведения антибактериальной терапии и динамического наблюдения ЛОР-врача.

Жалобы на боль в ухе за период наблюдения предъявляли 2 (4%) пациента в 1-й группе исследования, 5 (10%) детей во 2-й группе и 3 (6%) детей в 3-й группе. У всех пациентов был диагностирован острый средний катаральный отит, что потребовало назначения симптоматической терапии (с целью анальгезии) и 2 детям (в возрасте до 5 лет) – антибактериальной терапии. Ни у одного ребенка в ходе исследования не было выявлено клинических признаков гнойной формы среднего отита. Повторные эпизоды ОРВИ были отмечены только у 5 (10%) детей во 2-й группе исследования после 10-го дня наблюдения (табл. 2).

Всем пациентам, у которых после завершения исследования оставались жалобы на периодическую заложенность ушей, была проведена коррекция терапии (противовоспалительная терапия, мукоактивные препараты, физиотерапия, продувание слуховых труб по Политцеру, пневмомассаж барабанных перепонок) и рекомендовано дальнейшее наблюдение оториноларинголога.

Выводы

Результаты проведенного исследования подтверждают, что применение комплексного гомеопатического препарата Коризалия в лечении острых ринитов, осложненных легкой степенью тубарной дисфункции у детей, дает эффект, сравнимый с традиционно принятым применением таких современных селективных α_2 -адреномиметиков, как ксило-метазолин. При этом благодаря комплексному действию (противовоспалительный, мукоактивный эффект) и отсутствию побочных эффектов, сопровождающих применение α_2 -адреномиметиков, препарат Коризалия снижает риск развития осложнений острого ринита. В ходе исследования доказано, что применение препарата Коризалия в комплексе с регулярным орошением полости носа изотоническим раствором стерильной морской воды Аквалор® Софт значительно повышает клиническую эффективность терапии острого ринита и ассоциированной с ним тубарной дисфункции, а также достоверно снижает риск возникновения осложнений данной патологии у детей по сравнению с применением назальных форм α_2 -адреномиметиков, в том числе и на фоне ирригационно-элиминационной терапии изотоническим раствором натрия хлорида.

Литература →
С. 106

Таблица 1. Типы тимпанометрии у детей в группах исследования

Осмотры	Тип С	Тип В	Тип С	Тип В	Тип С	Тип В
	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
До лечения	79	4	85	1	77	4
5-й день	51	3	62	1	64	4
10-й день	19	2	47	1	39	3
21-й день	17	2	54	3	34	3

Таблица 2. Осложнения, диагностированные в ходе исследования у пациентов (n = 150)

Диагностированные осложнения	1-я группа, n = 50	2-я группа, n = 50	3-я группа, n = 50
ОРВИ	0	5 (10%)	0
Затяжное течение ринита	1 (2%)	7 (14%)	6 (12%)
Острый риносинусит	0	2 (4%)	0
Острый средний катаральный отит	2 (4%)	5 (10%)	3 (6%)

Заключение

Наилучший результат лечения был получен в группе пациентов, получавших комплексный гомеопатический препарат Коризалия в сочетании с орошением полости носа стерильным раствором морской воды Аквалор® Софт.

РАСКЛЕИЛИСЬ
от гриппа и простуды?



ОЦИЛЛОКОКЦИНУМ®

ТАК ПРОСТО

**БЫТЬ
ЗДОРОВЫМ!**

- Профилактика и лечение гриппа и простуды вне зависимости от стадии заболевания
- Для профилактики всего 1 доза гранул в неделю
- Отсутствие возрастных ограничений



РУ П №014236/01

КОРИЗАЛИЯ®

*Лечение ринитов
различной этиологии*



РУ П №015705/01



- Устраняет заложенность носа, ринорею
- Имеет таблетированную форму выпуска
- Не повреждает слизистую носа
- Не вызывает привыкания
- ✓ Имеет приятный вкус
- ✓ Не имеет возрастных ограничений



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. Радциг 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.