

научно-практический  
медицинский  
журнал  
№2 2023

# Детская оториноларингология



## В НОМЕРЕ:

- Паратонзиллярные абсцессы в эпоху SARS-COV2-инфекции
- Распространенность хронического фарингита у детей
- Эктопия щитовидной железы у пациента 11 лет

## Научно-практический журнал «Детская оториноларингология»

Журнал выходит при поддержке Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов (НМАО) (президент ассоциации – акад. РАН, д.м.н., проф. **Янов Ю.К.**), ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (директор – д.м.н., проф. **Дайхес Н.А.**)

Главный научный редактор издания:  
**Гаращенко Т.И.** – д.м.н., проф.

Научные редакторы:  
**Карпова Е.П.** – д.м.н., проф.  
**Юнусов А.С.** – д.м.н., проф.

Отдел по работе с зарубежными изданиями  
**Асманов А.И.**  
**Исмагилова Т.М.**

### Редакционная коллегия

**Абабий И.И.** – д.м.н., проф. (Молдова)  
**Аманов Ш.Э.** – д.м.н., проф. (Узбекистан)  
**Арефьева Н.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Атамурадов М.А.** – к.м.н., проф. (Туркменистан)

**Байменов А.Ж.** – д.м.н. (Казахстан)  
**Бакрадзе М.Д.** – д.м.н. (Россия)  
**Баранов К.К.** – к.м.н. (Россия)  
**Быкова В.П.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Вавилова В.П.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Гагауз А.М.** – д.м.н., проф. (Молдова)  
**Гелпе Н.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Гусейнов Н.М.** – д.м.н., проф. (Азербайджан)

**Дроздова М.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Заболотная Д.Д.** – д.м.н. (Украина)  
**Зайцева О.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Ивойлов А.Ю.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Изаева Т.А.** – д.м.н., проф. (Киргизия)  
**Извин А.И.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Ильенко Л.И.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Исмагулова Е.К.** – д.м.н., проф. (Казахстан)  
**Калюжин О.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Карабаев Х.Э.** – д.м.н., проф. (Узбекистан)  
**Карнеева О.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Карпова Е.П.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Климова И.И.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Козлов Р.С.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Козлова Л.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Колядич Ж.В.** – д.м.н. (Беларусь)  
**Кузнецова Н.Е.** – к.м.н. (Россия)  
**Макарина-Кибак Л.Э.** – д.м.н. (Беларусь)  
**Маланичева Т.Г.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Манюк М.К.** – д.м.н., проф. (Молдова)  
**Маркова Т.П.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Меркулов О.А.** – д.м.н., проф. (Россия)

**Меркулова Е.П.** – д.м.н., проф. (Беларусь)  
**Милешина Н.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Мхеидзе Г.Р.** – к.м.н. (Грузия)  
**Накатис Я.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Насретдинова М.Т.** – д.м.н. (Узбекистан)  
**Насыров В.А.** – д.м.н., проф. (Киргизия)  
**Насыров М.В.** – к.м.н., доц. (Киргизия)  
**Османов И.М.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Павлов П.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Панахиан В.М.** – д.м.н., проф. (Азербайджан)

**Песоцкая М.В.** – к.м.н. (Беларусь)  
**Петрова Л.Г.** – д.м.н., проф. (Беларусь)  
**Радциг Е.Ю.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Разумовский А.Ю.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Ревякина В.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Розенсон Р.И.** – чл. корр. НАН РК, проф. (Казахстан)  
**Русецкий Ю.Ю.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Рымша М.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Савенкова М.С.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Сандул А.М.** – д.м.н., проф. (Молдова)  
**Сапожников Я.М.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Сидоренко И.В.** – к.м.н., доц. (Беларусь)  
**Солдатский Ю.Л.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Спичак Т.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Тальшинский А.М.** – д.м.н., проф. (Азербайджан)

**Топурия Г.Д.** (Грузия)  
**Тулебаев Р.К.** – академик НАН РК, проф. (Казахстан)  
**Харитонов Л.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Худиев А.М.** – д.м.н., проф. (Азербайджан)  
**Шамшева О.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Шиленкова В.В.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Школьников М.А.** – д.м.н., проф. (Россия)  
**Шукурян А.К.** – д.м.н., проф. (Армения)  
**Юсифов К.Д.** – к.м.н. (Азербайджан)

### Редакция журнала:

Руководитель проекта  
**Бухаровская Наталья**  
farmeffectiv@mail.ru  
+7-965-232-67-13

Ответственный секретарь  
**Воронкова Екатерина**  
+7-967-017-03-78  
mediamedici@mail.ru

Выпускающий редактор  
**Беляева Светлана**  
1204sab@gmail.com

Дизайн-концепт  
**Гуров Евгений**

Верстка и дизайн  
**Курбасова Елена**

Корректор  
**Шабанов Андрей**

ООО «**Медиа Медичи**»,  
115477, РФ, г. Москва,  
ул. Кантемировская,  
д. 53, корп. 1  
Издание зарегистрировано  
Федеральной службой  
по надзору в сфере связи,  
информационных технологий  
и массовых коммуникаций  
ПИ № ФС77-46485  
от 08 сентября 2011

Отпечатано  
типографии «**Perfetto print**»  
Тираж 5 000 экз.

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.

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





### Уважаемые читатели!

Мы рады представить вашему вниманию весенний номер журнала «Детская оториноларингология». Весна для врачей многих специальностей, в частности оториноларингологов, педиатров, аллергологов-иммунологов, – непростой период, связанный с ростом заболеваемости респираторными инфекциями, с обострениями аллергических заболеваний. Хотя бывают ли у медиков спокойные времена? Новые штаммы коронавируса, вспышки кори – любые вызовы российские ученые и практикующие врачи принимают достойно. Несмотря на серьезную круглогодичную нагрузку, наши уважаемые авторы из разных российских регионов и стран СНГ находят возможность для того, чтобы на страницах журнала поделиться собственным опытом по самым актуальным проблемам оториноларингологии. Мы очень ценим ваш труд и выражаем огромную благодарность!

В этот выпуск вошло несколько работ, посвященных ринитам. Принципам лечения острого ринита у детей с респираторной аллергией посвящена статья московских ученых В.А. Белова, Е.П. Карповой, А.И. Асманова, О.Г. Наумова, А.А. Трошиной. Авторский коллектив из Новосибирска (А.Б. Киселев, В.А. Чаукина, О.В. Андамова, А.С. Автушко, Е.В. Гаршина) поделились результатами собственных наблюдений за влиянием местного применения 2% протеината серебра на потребность в интраназальных деконгестантах при комплексной терапии острого инфекционного ринита у детей. Кроме того, в этом номере опубликована резолюция консенсуса по назальной обструкции у детей от 0 до 3 лет – важный документ в практике педиатра. Тюменские специалисты Н.Е. Кузнецова, И.М. Вешкурцева, А.И. Извин, М.Н. Пономарева провели огромную работу по изучению клинко-микробиологических особенностей паратонзиллярных абсцессов у детей в период пандемии SARS-CoV-2-инфекции и тактики их лечения. Авторы показали, что паратонзиллярные абсцессы имеют полимикробную этиологию (*S. pyogenes*, *S. aureus*, *Fusobacteria*, *Prevotella*, *Veillonella*, *S. pneumoniae*), что необходимо учитывать при выборе эмпирической антибактериальной терапии.

Коллеги из Азербайджанского медицинского университета Дж.С. Джалилов, В.М. Панахиан, Дж.Л. Гасымов, А.Дж. Суджаддинова поделились собственным наблюдением весьма редкой в практике оториноларингологов патологии – эктопия щитовидной железы в области корня языка у 11-летнего пациента.

Уверены, эти работы будут вам, уважаемые читатели, интересны! Приглашаем вас делиться собственными наблюдениями на страницах нашего журнала.

С уважением, редакция журнала «Детская оториноларингология»

# Содержание

## A linea\_С новой строки

### Непрерывное медицинское образование

Расписание обучающих мероприятий «Медиа Медичи» на 2023 год 4

### События

Зарубежный опыт 6

Новости здравоохранения 10

### Юбилей

Рузам. 20 лет на службе здоровья 12

## Ars Phoebea\_Врачебное искусство

### Актуальная тема

Резолюция консенсуса по назальной обструкции у детей от 0 до 3 лет 14

### Академия

#### **А.Б. Киселев, В.А. Чаукина**

Распространенность хронического фарингита у детей 19

#### **Н.Е. Кузнецова, И.М. Вешкурцева, А.И. Извин, М.Н. Пономарева**

Паратонзиллярные абсцессы у детей в эпоху SARS-COV2-инфекции 24

#### **А.Б. Киселев, В.А. Чаукина, О.В. Андамова, А.С. Автушко, Е.В. Гаршина**

Влияние местного применения 2% протеината серебра  
на потребность в интраназальных деконгестантах  
при комплексной терапии острого инфекционного ринита у детей 27

#### **В.А. Белов, Е.П. Карпова, А.И. Асманов, О.Г. Наумов, А.А. Трошина**

Принципы лечения острого ринита у детей с респираторной аллергией 31

### Из собственной практики

#### **Дж.С. Джалилов, В.М. Панахиан, Дж.Л. Гасымов, А.Дж. Суджаддинова**

Эктопия щитовидной железы у ребенка 11 лет 35



*A linea*  
*С новой строки*

---



## Расписание обучающих мероприятий «Медиа Медичи» на 2023 год

*Дорогие друзья!*

*Пожалуйста, ознакомьтесь с расписанием обучающих мероприятий, проводимых компанией «Медиа Медичи» в 2023 году. Школы-семинары аккредитованы по системе НМО.*

*Программы мероприятий, ссылки для регистрации Вы найдете на сайте [www.mediamedichi.ru](http://www.mediamedichi.ru) в разделе «Обучающие мероприятия».*

*Присоединяйтесь, будет интересно!*

### Школа-семинар «Круговорот инфекций верхних дыхательных путей: от ринита до фарингита»

*Лектор:*



**ГАРАЩЕНКО  
Татьяна Ильинична,**  
д.м.н., врач-оторино-  
ларинголог, про-  
фессор кафедры  
оториноларингологии  
РНИМУ  
им. Н.И. Пирогова,  
ученый секретарь  
ФГБУ «НМИЦ  
оториноларинго-  
логии» ФМБА России

#### ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ:

оториноларингологи, аллергологи-иммунологи, инфекционисты, сурдологи, терапевты, педиатры, врачи общей практики.

Хотя школы-семинары «Круговорот инфекций верхних дыхательных путей: от ринита до фарингита» транслируются на определенные регионы, подключиться к трансляции мы приглашаем и врачей из других городов, ограничений для регистрации нет. Благодаря этому можно еще раз прослушать актуальную для вас информацию и задать вопрос лектору.

Дата	Начало мероприятия (московское время)	Формат мероприятия	Регион проведения
28.01.2023	08.00	Вебинар	Екатеринбург, Сургут, Тюмень, Ханты-Мансийск, Челябинск
11.02.2023	09.00	Вебинар	Брянск, Воронеж, Иваново, Курск, Липецк, Брянск
11.03.2023	09.00	Вебинар	Казань, Саранск, Уфа, Чебоксары
08.04.2023	09.00	Вебинар	Санкт-Петербург, Ленинградская обл., Великий Новгород, Калининград, Псков
22.04.2023	05.00	Вебинар	Дальний Восток (Владивосток, Хабаровск, Хабаровский край, Благовещенск, Амурская обл.
25.04.2023	10.00	Очная школа-семинар	г. Санкт-Петербург, пл. Александра Невского, д. 2, гостиница «Москва» (в рамках ЛОР форума)
20.05.2023	07.00	Вебинар	Новокузнецк, Новосибирск, Кемерово, Омск
03.06.2023	09.00	Вебинар	Краснодар, Геленджик, Майкоп, Новороссийск, Пятигорск, Симферополь, Сочи, Ялта
09.09.2023	09.00	Вебинар	Москва, Московская обл.
30.09.2023	09.00	Вебинар	Волгоград, Казань, Самара, Саратов
21.10.2023	09.00	Вебинар	Астрахань, Краснодар, Ростов-на-Дону, Сочи, Крым
11.11.2023	09.00	Вебинар	Казань, Нижний Новгород, Тверь, Чебоксары, Ярославль
09.12.2023	08.00	Вебинар	Екатеринбург, Магнитогорск, Тюмень, Челябинск, Уфа

## Школа-семинар «Три аккорда в педиатрии. Детские болезни с позиции инфекциониста, аллерголога-иммунолога и оториноларинголога»

**ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ:** аллергологи-иммунологи, инфекционисты, оториноларингологи, педиатры, врачи общей практики, сурдологи, неонатологи.

Школы-семинары «Три аккорда в педиатрии. Детские болезни с позиции инфекциониста, аллерголога-иммунолога и оториноларинголога» проводятся в гибридном формате: очное мероприятие дополнено прямой трансляцией. Это позволяет присоединиться слушателям из разных регионов, при необходимости повторно прослушать материал и задать в ходе лекций вопросы экспертам.

Лекторы:



**РЕВЯКИНА Вера Афанасьевна**, д.м.н., профессор, врач аллерголог-иммунолог, педиатр, зав. отделением аллергологии в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»



**САВЕНКОВА Марина Сергеевна**, д.м.н., врач-педиатр, профессор кафедры клинической функциональной диагностики в педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Дата	Начало мероприятия	Формат мероприятия	Место проведения
25.02.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Екатеринбург, ул. Розы Люксембург, д. 49, гостиница «Онегин»
25.03.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Санкт-Петербург, пл. Ал. Невского, д. 2, гостиница «Москва»
15.04.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Уфа, ул. Аксакова, д. 4, гостиница «Хилтон Гарден Инн»
13.05.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Ставрополь, пр. Карла Маркса, д. 42, гостиница «Интурист»
27.05.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Москва, ул. Смоленская, д. 5, гостиница «Золотое кольцо»
10.06.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Волгоград, пр. Ленина, д. 56а, гостиница «Хилтон Гарден Инн»
16.09.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Самара, ул. Алексея Толстого, д. 99, гостиница «Холидей Инн»
14.10.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Нижний Новгород, ул. Советская, д. 12, «Маринс парк отель»
18.11.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Казань, ул. Петербургская, д. 1, гранд-отель «Казань»
25.11.2023	10.00 местное время	Очная школа-семинар с прямой трансляцией	г. Воронеж, у. Кирова, д. 6а, гостиница «Меркьюри»
09.12.2023	5.00 московское время	Вебинар	Владивосток, Магадан, Сахалин, Хабаровский край, Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре, Амурская область, Благовещенск
16.12.2023	7.00 московское время	Вебинар	Новосибирск, Кемерово, Омск, Новокузнецк, Иркутск

Технический организатор мероприятий – ООО «Медиа Медици»

Руководитель проекта: БУХАРОВСКАЯ Наталья Николаевна  
farmeffectiv@mail.ru +7 (965) 232-67-13

Ведущий специалист: БЕЛЯЕВА Светлана,  
mediamedici@mail.ru +7 (967) 017-03-78

Информационная поддержка – журнал «Детская оториноларингология» (издатель ООО «Медиа Медици»)

## Плоскоклеточная метаплазия трахеи у детей с эндотрахеальной интубацией или трахеостомой

Tracheal squamous metaplasia in children with endotracheal intubation or tracheostomy

Knaneh-Monem H.,  
Osterbauer B.,  
Hochstim C.

Int. J. Pediatr.  
Otorhinolaryngol.  
2021;140:110549.

**ЦЕЛЬ.** Сравнение клеточной метаплазии эпителия по степени дифференцировки биоптатов эпителия трахеи интубированных детей, детей с трахеостомой и контрольной группой неинтубированных детей

**МЕТОДЫ.** Биопсия эпителия трахеи была проведена интубированным новорожденным, перенесшим трахеотомию, детям с трахеостомой, перенесшим иссечение супрастомальной гранулемы, и неинтубированным детям контрольной группы, перенесшим ларингоскопию и бронхоскопию. Блоки парафиновой ткани были разрезаны толщиной 5 мкм и окрашены гематоксилин-эозином. Также был проведен иммуноблоттинг с соответствующими анти-

телами маркеров дифференцировки эпителия, включая V-тубулин, CC10, Muc5ac, P63, кератин 5 и кератин 14.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Плоскоклеточная метаплазия наблюдалась у всех интубированных младенцев и у детей с трахеостомиками трубками, подвергшихся иссечению супрастомальной гранулемы. При контрольных биопсиях эпителия трахеи у неинтубированных детей метаплазия не наблюдалась.

**ВЫВОДЫ.** Наши результаты показывают четкую связь между интубацией или трахеостомией и наличием плоскоклеточной метаплазии эпителия трахеи. У детей с интактной трахеей клеточной метаплазии эпителия диагностировано не было.

## Отдаленные результаты кохlearной имплантации у детей с врожденной односторонней глухотой

Long-term results of cochlear implantation in children with congenital single-sided deafness

Rauch A.-K.,  
Arndt S.,  
Aschendorff A.,  
Beck R., Speck I.,  
Ketterer M.C.,  
Jacob T.F.,  
Hasepass F.

Eur. Arch.  
Otorhinolaryngol.  
2021;278(9):3245–  
55.

**ЦЕЛЬ.** Определение критического возраста для кохlearной имплантации при врожденной односторонней глухоте (ВОГ), а также изучение отдаленных результатов.

**МЕТОДЫ.** В проспективное исследование вошло 11 детей с ВОГ, которым была проведена кохlearная имплантация. Всем пациентам проводилось аудиологическое обследование, а также субъективная оценка в соответствии с опросником по шкале речи, пространственному анализу версии IOI-HA (Internationales Inventar zur Evaluation von Hörgeräten [IIEH, версия для CI]).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Долгосрочное наблюдение (в среднем в течение 3,5 года) показало, что 9 детей используют кохlearный имплант (>8 ч/день), 2 ребенка им поль-

зоваться перестали. У детей, перенесших оперативное вмешательство в возрасте до 3,2 года, были достигнуты наилучшие результаты в речевой и слуховой реабилитации, в то время как дети в возрасте 4 лет реабилитированы были неполностью. Среди пациентов старше 5 лет отмечались самые низкие оценочные результаты по шкалам, в долгосрочной перспективе отмечалась незначительная положительная динамика в речевом развитии этих пациентов.

**ВЫВОДЫ.** Наши данные свидетельствуют о том, что критический возраст для проведения кохlearной имплантации составляет менее 3 лет у детей с ВОГ для успешной реабилитации слуха.

## Острая нейросенсорная тугоухость у детей: лечение и результаты. Метаанализ

Sudden sensorineural hearing loss in children-management and outcomes: A meta-analysis

Wood J.W.,  
Shaffe A.D.,  
Kitsk D., Chi D.H.

Laryngoscope.  
2021;131(2):  
425–34.

**ЦЕЛЬ.** Определить, какие клиничко-анатомические особенности пациентов и методы лечения связаны с улучшением прогноза при острой нейросенсорной тугоухости (ОНСГ) у детей.

**МЕТОДЫ.** Анализ статей PubMed, Web of Science, Библиотека Кохрейна, PsycINFO опубликованных до 5 февраля 2019 года. Учитывали демографические данные пациентов, симптомы, методы лечения, а также аудиологические показатели.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Было включено 13 исследований, в общей сложности 605 пациентов (670 ушей). Слух не улучшился в 46,7% случаев (доверительный интервал [ДИ]: от 34,4 до 59,0%). По данным серологических методов исследования

наиболее часто диагностировали IgG или IgM к цитомегаловирусу (34,3% обследованных пациентов, ДИ: от -2,9 до 71,6%). При односторонней тугоухости, наличии жалоб на шум в ушах, возрасте старше 12 лет прогноз был благоприятный. Напротив, глубокая потеря слуха и задержка лечения более 6 дней от начала заболевания были связаны со снижением шансов на улучшение.

**ВЫВОДЫ.** Несмотря на лечение, у половины пациентов положительной динамики отмечено не было. Прогностические факторы, связанные с улучшением слуха, в целом соответствовали тем, которые были установлены у взрослого населения.



## Микробиотическая картина дыхательных путей у детей с трахеостомой

### Airway microbiology in tracheostomized children

**ЦЕЛЬ.** Описание микробиологического состава верхних дыхательных путей при посеве эндотрахеального аспирата у детей с трахеостомой; сравнительный анализ полученных данных с микробиологией нижних дыхательных путей.

**МЕТОДЫ.** Мы ретроспективно проанализировали результаты лабораторных данных детей, находящихся под наблюдением в Детской больнице Квинсленда. В исследование были включены дети с множественной лекарственной резистентностью. С целью оценки микробиологического состава нижних дыхательных путей в качестве биоматериала для культурального посева была использована жидкость бронхоальвеолярного лаважа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 43 детей (18 девочек), средний возраст 5,5 года, 14 находились на искусственной вентиляции легких, было выделено 15 патогенных микроорганизмов (среднее значение  $\pm$  SD: 3,30 $\pm$ 2,23), с преобладанием *S. aureus* (n=33, 77%) и *P. aeruginosa* (n=29, 67%).

Значительно больше видов патогенных микроорганизмов было выделено у детей, находящихся на ИВЛ. Микроорганизмы с множественной лекарственной резистентностью присутствовали у 12 (28%) детей. Метициллинрезистентный *S. aureus* был выделен у 9 (21%) детей. Для выделения *P. aeruginosa* и *S. aureus* эндотрахеальный аспират обладал высокой чувствительностью (95 и 100% соответственно), но низкой специфичностью (64,7 и 33,3% соответственно) по сравнению с бронхоальвеолярной лаважной жидкостью.

**ВЫВОДЫ.** У детей с трахеостомой преобладающими респираторными бактериальными патогенами были *P. aeruginosa* и *S. aureus*, причем метициллинрезистентный *S. aureus* выделяли реже, чем описано ранее. Микробиология эндотрахеального аспирата является хорошим методом скрининга, при этом отрицательный результат потенциально исключает *S. aureus* и *P. aeruginosa* в нижних отделах дыхательных путей.

McLaren D.,  
Chitaki M.,  
Burns H.,  
Kapur N.

Respir. Care.  
2021;66(2):281–5.

## Средний отит у детей: какие фенотипы в наибольшей степени связаны с аллергией? Систематический обзор

### Otitis media in children: Which phenotypes are most linked to allergy? A systematic review

**ВВЕДЕНИЕ.** Аллергический ринит является одним из наиболее распространенных заболеваний в детской практике, оказывающим значительное влияние на качество жизни и ресурсы здравоохранения. Было предложено много гипотез для объяснения связи между аллергией и средним отитом, но окончательный механизм выявлен не был. В этом обзоре были приведены литературные данные лабораторных и клинических исследований, связывающих аллергию с различными клиническими формами среднего отита у детей.

**МЕТОДЫ.** Из 3010 статей было подготовлено 20 рукописей, полные тексты которых были включены в качественный анализ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Клинические данные и анализ биомаркеров показали, что аллергия может быть связана с некоторыми клиническими формами среднего отита и, в частности с острым средним гнойным отитом (ОСГО) и рецидивирующими средними отитами у детей. Провести анализ взаимосвязи аллергии и хроническим средним гнойным отитом не представлялось возможным из-за скудости и неоднородности данных.

**ВЫВОДЫ.** Аллергические заболевания следует учитывать при диагностическом обследовании детей с ОСГО, а также ОСГО следует исключать у детей с персистирующими аллергическими заболеваниями средней и тяжелой степени течения. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения предположения о том, что противоаллергическое лечение может быть эффективным в отношении терапии и прогноза среднего отита у детей.



De Corso E.,  
Cantone E.,  
Galli J., Seccia V.,  
Licidi D.,  
Di Cesare T.,  
Ottaviano G.,  
Sergi B.,  
Paludetti G.,  
Fetoni A.R.

Pediatr. Allergy  
Immunol.  
2021;32(3):524–34.

## Эффективность и безопасность монтелукаста у детей с обструктивным апноэ сна: систематический обзор и метаанализ

The efficacy and safety of montelukast in children with obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis

Ji T.,  
Lu T.,  
Qiu Y.,  
Li X et al.

Sleep Med.  
2021;78:193–201.  
doi: 10.1016/  
j.sleep.2020.11.009.  
Epub 2020 Nov 10.

**ЦЕЛЬ.** Эффективность и безопасность монтелукаста у детей с обструктивным апноэ сна (СОАС) остаются спорными. Поэтому целью данного системного обзора и метаанализа является получение актуальных данных по этой проблеме для клинической практики.

**МЕТОДЫ.** В период до 30 сентября 2019 года был проведен поиск в 7 базах данных для рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Скрининг литературы и получение данных были проведены двумя независимыми исследователями. Все побочные эффекты в ходе исследований также были зафиксированы. По результатам материалов был проведен метаанализ. Для оценки методов и степени доказательности применялись методики в соответствии с руководством Кокрейна.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В общей сложности было проведено 4 РКИ, в которые вошли 305 детей с легкой и средней степенью СОАС. Было показано, что по сравнению с плацебо пероральный монтелукаст позволил значительно улучшить параметры мониторинга полисомнографии (ПСГ), типичные и релевантные симптомы, включая храп и дыхание через рот, а также состояние аденоидов у детей с СОАС. По сравнению с пациентами, получавшими только рутинные препараты, у пациентов с СОАС, получавших комбина-

цию перорального монтелукаста и рутинных препаратов, были улучшены не только параметры мониторинга ПСГ и состояние аденоидов, но и показатели опросника, связанные с нарушением дыхания во сне. Кроме того, настоящее исследование также показало, что в сравнении с однократным применением назального спрея мометазона фуurato пероральный монтелукаст в сочетании с назальным спреем мометазона фуurato значительно улучшает параметры мониторинга ПСГ, симптомы храпа и ротового дыхания, а также позволяет уменьшить размер миндалин у детей с СОАС. Что касается безопасности лечения, то в 1 исследовании сообщалось о побочных реакциях на пероральный монтелукаст, таких как головная боль, тошнота и рвота, в то время как в другом исследовании не сообщалось о побочных явлениях после лечения пероральным монтелукастом.

**ВЫВОД.** В качестве классического антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаст может быть использован для лечения детей с легкой и умеренной степенью СОАС в краткосрочной перспективе и улучшения клинических характеристик. Применение перорального монтелукаста в клинической практике является неинвазивным методом лечения, позволяющим избежать хирургического вмешательства.

## Оценка обонятельной функции у детей с весенним кератоконъюнктивитом

Evaluation of olfactory function in children with vernal keratoconjunctivitis

Elsürer Ç.,  
Bozkurt B.,  
Aksoy Md C.,  
Bozkurt M.K.

Am. J. Rhinol.  
Allergy.  
2021;35(4):535–40.

**ВВЕДЕНИЕ.** Весенний кератоконъюнктивит (ВКК) – хроническое тяжелое аллергическое заболевание конъюнктивы. Среди пациентов с ВКК отмечается высокая частота встречаемости бронхиальной астмы, аллергического ринита (АР) и экземы. Неизвестно, есть ли у пациентов с ВКК аномальная обонятельная дисфункция, и если да, имеется ли взаимосвязь с АР.

**ЦЕЛЬ.** Оценить обонятельную функцию у детей с ВКК с сопутствующим АР и без АР по сравнению со здоровыми детьми.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование были включены 39 пациентов с ВКК и 32 здоровых ребенка. После клинического оториноларингологического и офтальмологического осмотров были проведены акустическая риноманометрия и модифицированные тесты Коннектикутского центра хемосенсорных клинических исследований (CCCRC). Результаты тестов были сопоставлены между опытной и контрольной (здоровыми детьми) группами, а также между детьми с ВКК и АР и детьми с ВКК и без АР. Значение  $p < 0,05$  расценивалось как статистически значимое.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В группу ВКК вошло 25 мальчиков (64,1%), средний возраст  $11,13 \pm 3,22$  года, в контрольную группу вошло 26 мальчиков (81,3%), средний возраст  $12,50 \pm 2,13$  года ( $p > 0,05$  как для возраста, так и для пола). У 14 пациентов с ВКК (35,9 %) был диагностирован либо положительный прик-тест, либо повышенный уровень специфических IgE в сыворотке крови против клещей домашней пыли и пыльцы. Средние пороги запаха не различались между двумя группами ( $p = 0,084$ ), в то время как средняя идентификация запаха и оценка CCCRC были статистически значимо ниже в группе ВКК ( $6,00 \pm 1,02$  и  $6,81 \pm 0,75$  соответственно) по сравнению с контрольной группой ( $7,06 \pm 0,77$  и  $7,5 \pm 0,41$  соответственно) ( $p < 0,05$ ). У 13 пациентов с ВКК был сопутствующий АР (33,3%). У пациентов с ВКК и АР средний порог запаха и баллы идентификации были еще ниже ( $5,31 \pm 0,95$  и  $6,23 \pm 0,78$  соответственно) ( $p < 0,05$ ).

**ВЫВОДЫ.** Снижение обонятельной функции у детей с ВКК следует расценивать как экстраокулярный симптом течения ВКК.

## Частота речевых дисфункций у детей с изолированной расщелиной губы

Incidence of cleft-related speech problems in children with an isolated cleft lip

**ВВЕДЕНИЕ.** С клинической точки зрения изолированная форма расщелины губы представляет наиболее легкий вариант врожденной лицевой расщелины. Тем не менее именно это зачастую является причиной того, что состояние детей с данной патологией может быть ошибочно недооценено со стороны врачей. К сожалению, для детей с изолированной заячьей губой риск проблем, связанных с этой патологией, недооценен. Эти дети не получают необходимого последующего наблюдения в катамнезе, в ряде случаев – реабилитации, что приводит к трудностям в процессе роста и развития. В этом исследовании изучается частота встречаемости проблем с речью и слухом у детей с изолированной формой расщелины губы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проспективное исследование детей, родившихся с изолированной формой расщелины губы и проходивших лечение в детской больнице Вильгельмины в Утрехте (Нидерланды) в период с января 2007 по апрель 2014 года. Были собраны данные о поле, дате рождения, генетике, форме лицевой расщелины, дате реконструктивной операции, виде оперативного пособия, наличии затруднений в речевом развитии, наличии патологии со стороны ушей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В исследование было включено 75 пациентов (59% мальчиков). Средний возраст детей на момент исследования речи составлял 32,5 месяца (SD 6,1). 18 из 75 детей (24%) нуждались в речевой реабилитации, однако



только у одного ребенка (1,3%) были проблемы с речью, связанные с расщелиной. 16 из 75 пациентов (21%) сообщили об одном или нескольких эпизодах острого среднего отита (ОСО) в течение первых 6 лет.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ/КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ.** Это первое проспективное исследование, в котором анализируется частота речевых проблем, связанных с изолированной формой расщелины верхней губы. У этих детей нет более высокого риска задержки речевого развития или ОСО по сравнению с общей популяцией. Тем не менее дети с изолированной формой расщелины верхней губы действительно чаще обращаются к логопеду.

Smarius B.J.A.,  
Haverkamp S.,  
de Wilde H.,  
van Wijck-  
Warnaar A.,  
Mink van  
der Molen A.B.,  
Breugem C.C.

Clin. Oral  
Investig. 2021  
Mar;25(3):823–31.

## Чрескожное мониторирование уровня CO<sub>2</sub> у детей, перенесших тонзиллэктомию

Transcutaneous CO<sub>2</sub> monitoring in children undergoing tonsillectomy for sleep disordered breathing

**ЦЕЛЬ.** Применение наркотических препаратов у детей, перенесших тонзиллэктомию по поводу апноэ сна, может повлечь за собой ряд тяжелых сопутствующих осложнений вплоть до летального исхода. Целью этого проспективного исследования явилась оценка актуальности и информативности чрескожного мониторинга диоксида углерода (ЧМ CO<sub>2</sub>) интраоперационно и в послеоперационном периоде.

**МЕТОДЫ.** В исследование было включено 29 детей с синдромом апноэ сна, которым была проведена адено-тонзиллэктомию. Интраоперационные измерения (tcP CO<sub>2</sub>) сравнивали с образцом венозной крови (Pa CO<sub>2</sub>) до начала операции и в раннем послеоперационном периоде (ET CO<sub>2</sub>). Различия между показателями ET CO<sub>2</sub>, tcP CO<sub>2</sub> и Pa CO<sub>2</sub> были исследованы с использованием непарных t-тестов и шкалы линейной регрессии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Была отмечена высокая корреляция между показателями ET CO<sub>2</sub>, tcP CO<sub>2</sub> и Pa CO<sub>2</sub>. Дети

с более низким уровнем насыщения кислорода (O<sub>2</sub>) имели более высокие пиковые уровни CO<sub>2</sub> во время операции и проводили большую часть времени с CO<sub>2</sub>>50 мм рт. ст. в раннем послеоперационном периоде (P<0,01 и P<0,08). Другие показатели (индекс апноэ-гипопноэ, индекс десатурации O<sub>2</sub> и пик CO<sub>2</sub>) не имели какой-либо существенной корреляции. Частые эпизоды гиперкапнии отмечали во время операции и в раннем послеоперационном периоде, и средние значения tcP CO<sub>2</sub> в течение обоих периодов были значительно выше исходного уровня (P<0,001).

**ВЫВОДЫ.** Чрескожный мониторинг CO<sub>2</sub> эффективен у детей, перенесших адено-тонзиллэктомию, и может быть информативен в отношении гиповентиляции легких. Измерение tcP CO<sub>2</sub> особенно актуально в послеоперационном периоде для диагностики риска респираторных осложнений у детей.

Don D.,  
Osterbauer B.,  
Nour S.,  
Matar M.,  
Margolis R.,  
Bushman G.

Laryngoscope.  
2021;131(6):  
1410–5.



## Ученые ФМБА России вышли на борьбу с цитокиновым штормом

Успешно завершена III фаза клинических исследований препарата Лейтрагин, разработанного учеными ФМБА России. Это первый представитель принципиально новой группы лекарственных противовоспалительных средств для лечения вирусных пневмоний, он направлен на профилактику и борьбу с цитокиновым штормом, отягчающим течение новой коронавирусной инфекции. Цитокиновый шторм предшествует возникновению острого респираторного дистресс-синдрома, полиорганной недостаточности, а также нарушениям свертывающих свойств крови, которые являются основными причинами смертности при COVID-19. Принципиальным отличием Лейтрагина от других антицитокиновых препаратов, подавляющих отдельные цитокины, является то, что он безопасно подавляет высвобождение множества цитокинов и других медиаторов воспаления, воздействуя сразу на несколько

основных сигнальных путей в иммунной системе. Кроме того, применение «Лейтрагина» характеризуется отсутствием нежелательных побочных эффектов в отличие от других антицитокиновых препаратов, используемых для лечения COVID-19. Успешно завершено многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое проспективное рандомизированное сравнительное исследование по изучению безопасности и эффективности применения препарата Лейтрагин, раствор для ингаляций, 1 мг/мл при лечении пациентов, госпитализированных с COVID-19 среднего течения. Исследование показало, что применение препарата в 1,5 раза сокращает время выздоровления и продолжительность госпитализации. Кроме того, была подтверждена безопасность препарата – в группе пациентов, принимающих Лейтрагин, не было зарегистрировано серьезных нежелательных явлений.

## Каждый шестой человек в мире страдает бесплодием



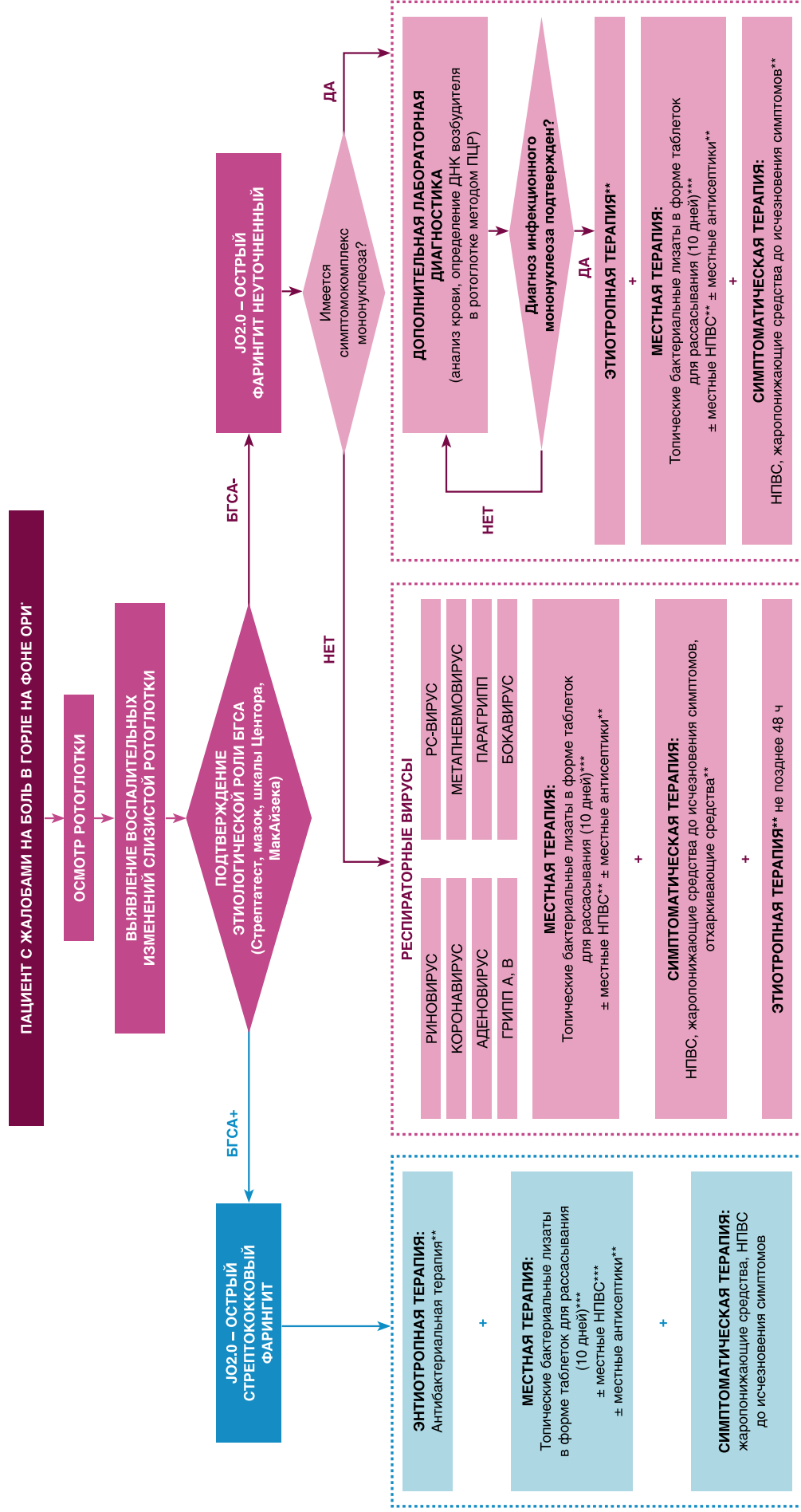
В начале апреля Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) опубликован доклад, в котором отражена устрашающая статистика: бесплодием страдает около 17,5% взрослого населения, то есть примерно каждый шестой человек в мире. Новые данные свидетельствуют об отсутствии существенных различий в показателях распространенности бесплодия между разными регионами мира. В странах с высоким, средним и низким уровнем дохода показатели сопоставимы, и это означает, что бесплодие представляет собой серьезную проблему здравоохранения для всех стран и всех регионов.

Несмотря на большой масштаб проблемы, методы профилактики, диагностики и лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии, такие как экстракорпоральное оплодотворение, остаются недофинансированными и недоступными для многих людей ввиду их высокой стоимости, связанной с ними социальной стигматизации и ограниченного предложения таких услуг. В настоящее время в большинстве стран лечение бесплодия чаще всего финансируется людьми из собственных средств. Необходимость нести такие высокие расходы часто либо не позволяет людям получить доступ к лечению бесплодия, либо, напротив, ввергает их в нищету в результате обращения за медицинской помощью.

Несмотря на наличие в новом докладе ВОЗ убедительных свидетельств высокой распространенности бесплодия в мире, в нем также подчеркивается систематическая нехватка данных о положении дел во многих странах и некоторых регионах. В докладе содержится призыв к повышению доступности национальной статистики о бесплодии в распределении по возрасту и причинам, что позволило бы более точно рассчитать показатели распространенности бесплодия, а также выявить тех, кто нуждается в лечении бесплодия, и выработать стратегии по снижению риска развития бесплодия.

**О докладе.** В докладе представлены данные о распространенности бесплодия в мире и отдельных регионах, рассчитанные на основе анализа всех исследований по этой теме, опубликованных за период с 1990 по 2021 гг., с учетом различий в методах оценки. Поиск литературы позволил установить 12 241 наименование представляющих потенциальный интерес исследований по всему миру, из них в ходе обзора было отобрано 133 исследования, которые стали объектом анализа в рамках подготовки данного доклада. Почерпнутые из них данные были использованы для расчета агрегированных показателей распространенности бесплодия на протяжении жизни и в течение определенных периодов.

# АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА БОЛЬ В ГОРЛЕ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ



\* В алгоритме представлена тактика ведения пациента с клиническими признаками недостаточности противоинфекционной защиты (частые и/или затяжные и/или тяжелые респираторные инфекции в анамнезе и хронические инфекции верхних и нижних дыхательных путей) при выявлении наиболее частых возбудителей боли в горле на фоне ОРИ;

\*\* длительность курса лечения определяется инструкцией по медицинскому применению конкретного лекарственного препарата;

\*\*\* наиболее целесообразно для пациентов с клиническими признаками недостаточности противоинфекционной защиты: частыми и/или затяжными и/или тяжелыми респираторными инфекциями в анамнезе, хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями дыхательных путей и ротоглотки.

БГСА – β-гемолитический стрептококк; ГВИ – герпесвирусная инфекция; ПЦР – полимеразная цепная реакция; НПВС – нестероидные противовоспалительные средства; РС-вирус – респираторно-синцитиальный вирус.

Горелов А.В., Калужин О.В., Рязанцев С.В., Савенкова М.С., Мелехина Е.В., Гуров А.В. Оптимизация лечения инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей в условиях меняющегося характера циркуляции сезонных патогенов. *Вопросы практической педиатрии. 2023; 18(3): 137–149. DOI: 10.20953/1817-7846-2023-3-137-149*

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. МАТЕРИАЛ ПОДГОТОВЛЕН ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ООО «ЭББОТТ ЛАБОРАТОРИЗ».



## Рузам. 20 лет на службе здоровья

Терапия пептидами является актуальным направлением в клинической аллергологии, что нашло отражение в научно-практической программе «РАДАР. Аллергический ринит у детей». Эту группу препаратов на российском рынке представляет разработка отечественных ученых препарат Рузам. Биологически активные пептиды – новое направление в медицине, однако Рузам в практике врачей уже более 20 лет. В этом материале представлена история создания препарата, описаны механизм действия и перспективы создания новых лекарственных форм препарата.

Препарат Рузам разработан группой российских ученых во главе с академиком А.Г. Чучалиным и профессором Н.А. Колгановой, приготовлен по оригинальной технологии (патент №2641293 а/с 873684 и 43320 38/28-14 1978 и 1087), имеет международный приоритет (PTS).

История создания препарата берет истоки в середине XX века, когда микробиолог профессор Б.Л. Мазур предположил, что термофильные формы бактерий вырабатывают особые факторы защиты и их продукты жизнедеятельности в микродозах стимулируют иммунную систему иначе, чем продукты жизнедеятельности обычных штаммов. Он разработал методику выращивания термофильных штаммов. На кафедре терапии РГМУ им. Н.И. Пирогова был выделен и изучен низкомолекулярный пептидный комплекс из термофильного штамма *Staphylococcus aureus*. Выделенный комплекс пептидов назван в честь ученого, разработавшего методику роста бактерий при высоких температурах (Рузам – это фамилия профессора Б.Л. Мазура, читаемая наоборот). Оригинальный производственный штамм стафилококка имеет идентификационный номер и хранится в Государственной коллекции микроорганизмов и клеточных культур.

Рузам – негормональный противоаллергический иммуноотропный препарат, обладающий противовоспалительным, мембраностабилизирующим и иммуномодулирующим действием [1, 2]. По химической структуре Рузам

представляет собой биологически активные пептиды, не содержит микроорганизмов, стерилен. Механизм действия направлен на устранение иммунологической дисфункции и подавление аллергического воспаления за счет влияния на клеточный, гуморальный иммунитет и неспецифическую резистентность организма путем переключения иммунного ответа от Th2- к Th1-клеткам и регуляции экспрессии ключевых цитокинов (ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ФНО, ИНФ-γ и др.), а также снижения уровня IgE антител в крови. Под его влиянием уменьшается реакция пассивной кожной анафилаксии, снижается уровень IgE антител в крови. Препарат оказывает противовоспалительное действие, повышая концентрацию секреторного IgA на слизистых оболочках. Повышение уровня ИНФ-γ, IgG4 и IgA-антител в крови объясняет противоинфекционный эффект препарата. Уменьшается отек слизистых оболочек и кожи, снижается цитоз и количество эозинофилов в бронхоальвеолярном смыве, нормализуется содержание эозинофилов, базофилов и тучных клеток в межальвеолярных перегородках, снижается индекс дегрануляции тучных клеток и базофилов [3–5].

Рузам показан при различных аллергических заболеваниях, защищено 10 диссертаций, включая 2 докторские. Препарат выпускается по стандартам GMP, каждая партия проходит контроль по 12 параметрам, включая биологическую активность и стерильность. Компания разработала форму назальных капель (стадия регистрации). ■

## Литература

1. Колганова Н.А. Бронхиальная астма и мультиформные проявления атопии. Новые терапевтические подходы. Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2001.
2. Осипова Г.Л. Оптимизация патогенетической терапии бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний. Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 220 с.
3. Терехов Д.В. Эффективность неспецифической ингаляционной иммунотерапии Рузамом при атопической бронхиальной астме. Дисс. канд. мед. наук. М., 2012. 168 с.
4. Терехова Е.П., Колганова Н.А., Манина И.В., Терехов Д.В. Применение препарата Рузам в терапии аллергических заболеваний дыхательных путей и частых респираторных инфекций. Поликлиника. Инфекционные болезни органов дыхания. 2016; Сецвыпуск 3:40–4.
5. Новикова Н.В., Масленников В.В., Резни-
6. Ненашева Н.М., Терехова Е.П., Новикова Н.В., Колганова Н.А. Возможности лечения аллергических заболеваний с помощью препарата Рузам. Фарматека. 2014; s6-14:27–33.





*Ars Phoebea*  
*Врачебное искусство*

# Резолюция консенсуса по назальной обструкции у детей от 0 до 3 лет

## ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Геппе, Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, О.В. Карнеева, Т.И. Гаращенко, А.Л. Заплатников, А.Б. Малахов, А.М. Алискандиев, В.П. Вавилова, А.Р. Денисова, И.Н. Ермакова, В.В. Зеленская, Н.А. Ильина, Н.А. Ильенкова, О.В. Калюжин, А.В. Камаев, Т.Н. Кожевникова, Н.Г. Колосова, Е.И. Конратьева, Ю.Л. Мельяновская, Е.Г. Кондюрина, Е.Б. Копилова, М.А. Малахова-Капанадзе, Г.М. Махонина, И.М. Мельникова, Ю.Л. Мизерницкий, Л.И. Мозжухина, Н.Д. Одинаева, Е.Б. Павлинова, А.Н. Пампура, Т.М. Пивикина, В.А. Ревякина, А.Ю. Ртищев, О.И. Симонова, Р.М. Файзуллина, С.А. Царькова, Т.А. Гутырчик, А.Ю. Седова, С.И. Шаталина, П.В. Бережанский, Д.Б. Новиков, В.В. Кулагина, Л.И. Ильенко.

*Затрудненное дыхание – одна из ведущих проблем в педиатрии, а назальная обструкция относится к числу ключевых симптомов большинства респираторных инфекций у пациентов педиатрического профиля. Практически все респираторные инфекции начинаются с воспаления верхних дыхательных путей [1–8, 10]. При этом у детей первых трех лет жизни с учетом особенностей анатомии, физиологии и течения респираторных заболеваний эта проблема встает более остро и заболевание протекает тяжелее, т.к. нарушаются жизненно важные функции (дыхание, повседневная активность, сон и кормление); кроме того, могут возникать серьезные осложнения в связи с анатомо-физиологическими иммунологическими особенностями строения и развития полости носа и околоносовых пазух у детей этой возрастной группы [4, 6, 9].*

Первичная публикация в журнале «Вопросы практической педиатрии». 2023;18(1):144-52.

**П**роблема острой назальной обструкции у детей до трех лет была вынесена на обсуждение на Междисциплинарном консенсусе экспертов по ведению, диагностике и лечению острой назальной обструкции у детей первых трех лет жизни, который проходил в рамках XI Образовательного международного консенсуса по респираторной медицине в педиатрии 6–8 июля 2022 г. в г. Владимире под эгидой Российского педиатрического респираторного общества и Федерации педиатров стран СНГ. В консенсусе приняли участие более 40 экспертов в области педиатрии, пульмонологии, оториноларингологии, аллергологии, иммунологии и других специальностей. Перед специалистами стояла задача адаптации и внесения существующих схем лечения назальной обструкции у детей раннего возраста в амбулаторную практику врача-педиатра.

### Задачи, вынесенные на Консенсус:

1. систематизировать основные направления, алгоритмы диагностики и лечения респираторных болезней, сопровождающихся назальной обструкцией у детей до трех лет;
2. разработать маршрутизацию пациентов в соответствии с диагнозом и внедрить согласительные схемы в амбулаторную практику;
3. определить роль узких специалистов в лечении проблем затрудненного дыхания у детей первого года жизни и детей раннего возраста;
4. определить тактику консервативного лечения назальной обструкции при острых респираторных инфекциях у

детей до трех лет, а также роль и место основных фармакологических средств восстановления носового дыхания, таких как сосудосуживающие препараты, противовирусные, антибактериальные средства и др.

### Оценка текущей ситуации по проблеме назальной обструкции у детей

Условно причины ринита у детей до трех лет можно разделить на 4 группы (**таблица**):

1. острые процессы, чаще вызванные острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ);
2. острые процессы, связанные с аллергическими реакциями;
3. хронические заболевания;
4. транзиторные возрастные состояния, сопровождающиеся назальной обструкцией.

Узость и малый вертикальный размер полости носа, небольшой просвет носоглотки, обильная васкуляризация слизистой оболочки обуславливают затруднение либо прекращение носового дыхания даже при незначительных воспалительных изменениях слизистой оболочки полости носа [4, 6].

Процессы становления иммунной системы у детей первых лет жизни, в том числе особенности системы местного мукозального иммунитета слизистых оболочек верхнего отдела дыхательных путей, определяют повышенную восприимчивость ребенка к инфекционным заболеваниям. Особенно это анатомии полости носа, околоносовых пазух и ротовой

Таблица. Причины насморка у ребенка первого года жизни

Частые острые заболевания / патологические состояния	Редкие острые заболевания / патологические состояния	Хронические заболевания	Транзиторные возрастные изменения
Острый назофарингит как симптом ОРВИ	Реактивные явления слизистой полости носа как следствие механического (травма), физического (термический ожог) или химического воздействия	Ятрогенные изменения (в первую очередь синехии полости носа)	Как следствие регулярных срыгиваний у детей первых 6 месяцев жизни
Острый поствирусный и бактериальный риносинусит	Инородное тело полости носа	Хронический риносинусит Новообразования полости носа и носоглотки Врожденные аномалии полости носа (в первую очередь различные формы атрезии хоан)	На фоне прорезывания зубов

полости затрудняют дыхание через рот у ребенка при появлении назальной обструкции. Даже незначительный отек и/или скопление секрета в полости носа могут существенно влиять на сон, возможность приема пищи и повседневную активность ребенка. У младенцев возрастные особенности, такие как срыгивание, гиперсаливация при прорезывании зубов, могут приводить к кратковременному затруднению носового дыхания [6].

Необходимость разработки четкого алгоритма ведения детей с острыми назальными симптомами была подтверждена результатами онлайн-опроса, проведенного среди врачей-педиатров, членов Педиатрического респираторного общества более чем в 15 регионах России. При анализе результатов опроса были выявлены следующие проблемы:

- этиология назальной обструкции у детей первого года жизни многообразна. Респонденты отметили, что в 36% случаев причиной являются инфекции верхних дыхательных путей, в 20% – физиологические возрастные особенности, а в 16% случаев к острой назальной обструкции приводят нарушения гигиены полости носа родителями ребенка;
- всего 13% респондентов считают деконгестанты обязательным элементом лечения в качестве симптоматической и/или разгрузочной терапии для детей до 3 лет вне зависимости от степени тяжести обструкции. Из них только половина врачей считают необходимым их использование у детей до года, в том числе для профилактики осложнений ринитов;
- 87% врачей используют деконгестанты коротким курсом только при наличии у ребенка выраженной назальной обструкции, влияющей на жизненно важные функции;
- менее 65% педиатров при выборе деконгестанта для детей первого года жизни отдают предпочтение препаратам, предназначенным для данной возрастной категории, 35% респондентов не учитывают возрастные особенности при выборе формы выпуска препарата, рекомендуя деконгестанты в виде назального спрея, особенно для детей младше 1 года;
- 80% опрошенных врачей сообщили о несоблюдении родителями назначенных схем терапии;
- только 56% болеющих детей находятся под динамическим врачебным контролем, всего 13% врачей имеют возможность контролировать течение заболевания в режиме телекоммуникаций;
- 94% респондентов подтвердили, что им требуются четкие систематизированные алгоритмы для оптимизации схем лечения и маршрутизации детей первого года жизни и детей раннего возраста с симптомами острой назальной обструкции.

Таким образом, на амбулаторном этапе лечения перед участковым педиатром встает целый ряд проблем:

1. сложности контроля динамики состояния пациентов при лечении острой назальной обструкции на амбулаторном этапе; отсутствие единого согласованного алгоритма ведения детей с этой проблемой;
2. не всегда корректное использование симптоматической фармакотерапии, в частности применение сосудосуживающих средств, а также несоблюдение родителями пациентов кратности применения и дозировок препаратов в соответствии с врачебными рекомендациями;
3. остро стоящие вопросы безопасности лекарственных средств.

Для представления объективной текущей ситуации по ведению пациентов с острыми назальными симптомами выступили эксперты в сфере оториноларингологии, пульмонологии, инфекционных заболеваний и др. в формате докладов и дискуссии. Актуализация проблемы назальной обструкции и последние данные по эпидемиологии были освещены в докладе проф. Н.А. Геппе. Подробно рассмотрены особенности верхних дыхательных путей у детей первого года жизни в сообщении проф. А.Л. Заплатникова. Сделан акцент на особенностях течения заболеваний верхних дыхательных путей и на принципах дифференциальной диагностики у детей раннего возраста (проф. Е.П. Карпова). Отдельно были освещены особенности симптоматической терапии затрудненного носового дыхания, а также значимость применения деконгестантов и вопросы их безопасного применения у детей младшего возраста при различных острых респираторных заболеваниях (проф. Т.И. Гаращенко, доц. Д.А. Тулупов).

Эксперты пришли к выводу о том, что на сегодняшний день нет единой схемы лечения острой назальной обструкции у детей первых лет жизни, актуальны систематизация подходов к терапии с особым выделением вопросов безопасности используемых препаратов и создание четких алгоритмов маршрутизации.

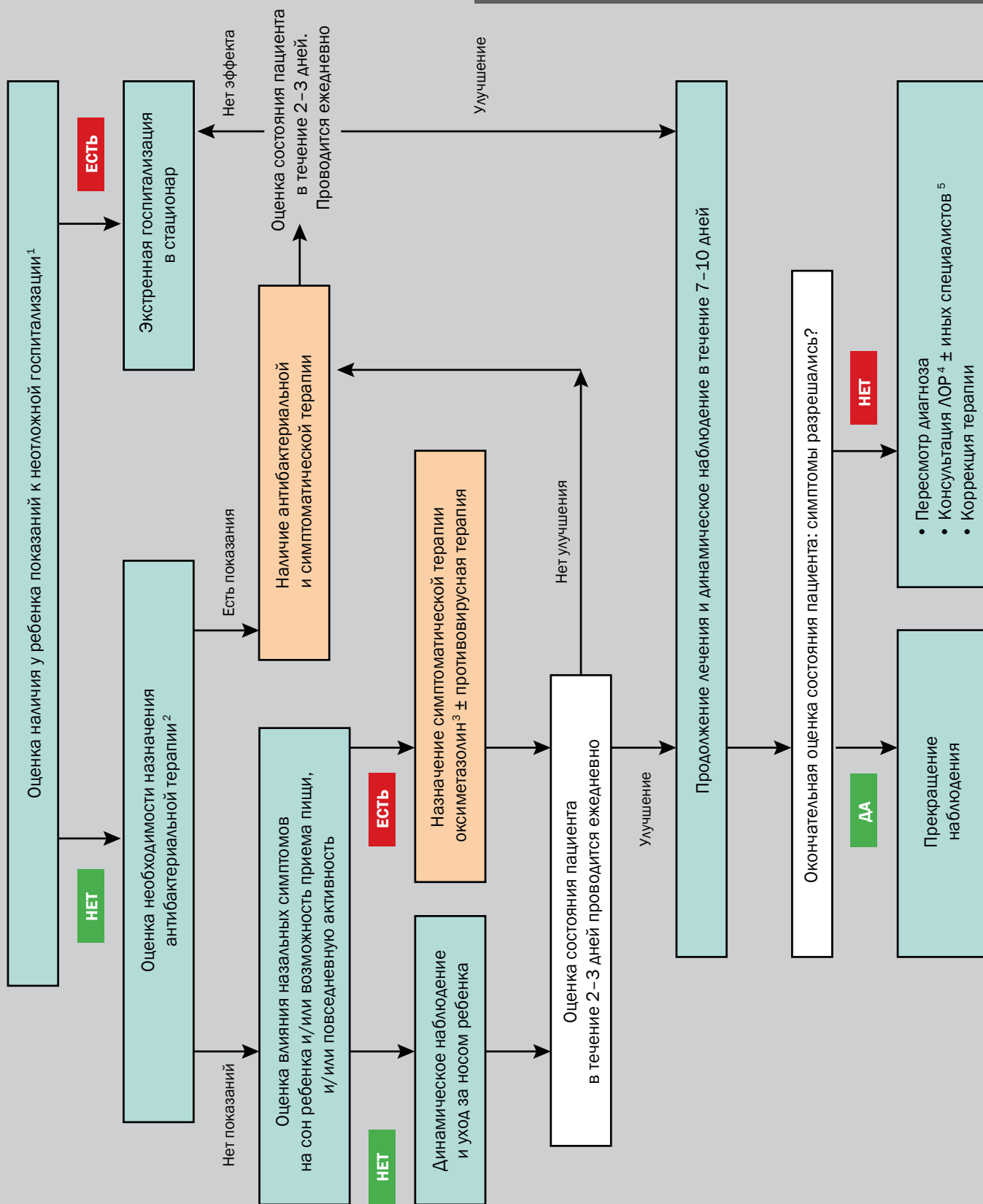
По многочисленным просьбам практикующих врачей-педиатров рабочей группой экспертов (Н.А. Геппе, Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов, О.В. Карнеева, Т.И. Гаращенко, А.Л. Заплатников, Е.Г. Кондюрина, В.А. Ревякина, Л.И. Ильенко) был предложен проект алгоритмов ведения детей до трех лет с острым ринитом/назофарингитом и острым риносинуситом на амбулаторном этапе.

### Были выделены следующие моменты:

1. все пациенты должны быть оценены врачом на предмет наличия у них «тревожных симптомов», при выявлении которых пациента необходимо госпитализировать в экстренном порядке;



Рисунок.  
Тактика ведения детей первого года жизни и раннего возраста с назальной обструкцией на амбулаторном этапе врачами-педиатрами и врачами оториноларингологами



## Примечания к рисунку:

### <sup>1</sup> Показания к неотложному стационарному лечению ребенка с симптомами острой назальной обструкции:

- Фебрильная лихорадка у ребенка младше 3 месяцев.
- Наличие любого из следующих симптомов (основные опасные признаки): неспособность пить / сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в минуту или апноэ; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности; тяжелое обезвоживание.
- Сложные фебрильные судороги (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов).
- Фебрильная лихорадка (или гипотермия) и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию, имеющие следующие сопутствующие симптомы: вялость, сонливость; отказ от еды и питья; геморрагическая сыпь на коже; рвота.
- Выраженная дыхательная недостаточность (частота дыхания более 60 в минуту у детей младше 2 месяцев, >50 в минуту в возрасте 2–11 месяцев, ребенка старше 1 года >40 в минуту, сатурация <92%).
- Односторонние периорбитальные изменения (отек верхнего века и внутреннего угла глаза, отек щеки, верхнего и нижнего века, экзофтальм, снижение подвижности глазного яблока), признаки остеомиелита верхней челюсти и лобной кости (у детей первых месяцев жизни), возникшие на фоне насморка.
- Дети из семей, где невозможно обеспечить соответствующий уход и наблюдение.

### <sup>2</sup> Показания к системной антибактериальной терапии при остром риносинусите:

- Наличие (или подозрение) на любые тяжелые осложнения риносинусита (орбитальные и внутричерепные осложнения) и острый средний отит у детей до 2 лет.
- Наличие сопутствующей патологии, повышающей риск «неблагоприятного» течения заболевания.
- Отсутствие эффекта от местного лечения в течение 2–5 дней или прогрессивное ухудшение в течение суток на любых сроках лечения.
- Наличие «второй волны» заболевания (только у детей младше 1 года).
- Наличие 3 и более признаков острого бактериального риносинусита:
  - 1) гнойные выделения из носа или выделения в течение 3 дней и более только из одной половины носа любого характера;
  - 2) головная боль, припухлость, болезненность или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух, внутреннем углу орбиты, гиперемия век;
  - 3) температура тела 38,0°C и выше;
  - 4) вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов после временного улучшения);
  - 5) повышение показателя С-реактивного белка (более 30 мг/л) и/или лейкоцитоз в клиническом анализе крови (более 15 10<sup>9</sup>/л).

### <sup>3</sup> Симптоматическая терапия

Заложенность носа (назальная обструкция):

- 1 этап – орошение носа изотоническим раствором морской воды с последующим туалетом полости носа;
  - 2 этап – назальные сосудосуживающие препараты.
- Предпочтителен оксиметазолин (например Називин): детям от 0–1 года оксиметазолин в концентрации 0,01%, детям от 1 до 6 лет – оксиметазолин 0,025% курсом до 7 дней.
- Водянистые выделения из носа: аспирационный туалет полости носа по потребности.
- Густые выделения из носа: орошение носа изотоническим раствором морской воды с последующим туалетом полости носа.
- Дополнительные консультации узких специалистов:
- <sup>4</sup> в случае, если пациента наблюдает врач-педиатр или семейный врач;
  - <sup>5</sup> при подозрении наличия первичных иммунодефицитных состояний, подозрении на ранний дебют аллергического ринита или в сложных диагностических случаях целесообразно в плановом порядке рекомендовать консультацию врача-аллерголога-иммунолога.
- Лечение острых воспалительных заболеваний полости носа у детей раннего возраста (первых 2 лет жизни) требует более частого врачебного контроля.

2. все пациенты должны динамически активно наблюдаться врачом до момента полного выздоровления, необходимо исключить ситуации бесконтрольного лечения пациента. Также нужно контролировать соблюдение родителями назначенных схем терапии на повторных осмотрах, задавая вопросы о кратности использования лекарственных препаратов и их дозе, для снижения рисков развития нежелательных явлений. При сложностях в организации динамического контроля за состоянием пациентов с легким течением заболевания на территории лечебно-профилактического учреждения или консультации на дому возможной альтернативой могут стать современные телемедицинские технологии;

3. назначение системной антибактериальной терапии пациентам младше трех лет с острым риносинуситом должно проводиться строго по показаниям, прописанным в национальных клинических рекомендациях; в сомнительных случаях целесообразно начинать лечение с симптоматической терапии, с повторной оценкой состояния пациента в течение 2–3 дней и, при наличии тревожных симптомов, пересмотром вопроса об антибактериальной терапии;

4. поскольку большая часть острых респираторных заболеваний верхних дыхательных путей имеет вирусную этиологию, в педиатрии возможно использование противовирусных препаратов, с учетом возрастных показаний, подтвержденных методами доказательной медицины соответствующих всем требованиям безопасности и эффективности;

5. с целью улучшения качества жизни пациентов младше трех лет с нарушением носового дыхания при наличии выделений возможно использование ирригационной терапии препаратами в форме капель, а не спреев. Приоритетным представляется назначение симптоматической терапии. Для устранения назальной обструкции рекомендовано использовать безопасные, высокоэффективные деконгестанты, обладающие длительным сосудосуживающим действием до 12 часов, противовоспалительным и противовирусным действием, которые необходимо подбирать в соответствии с возрастом ребенка, строго соблюдая курс, дозировку и форму выпуска. Всем этим требованиям соответствует оригинальный оксиметазолин (Називин), который может быть рекомендован как деконгестант выбора. Детям первого года жизни от рождения рекомендован Називин в форме назальных капель 0,01%, а детям от года – Називин назальные капли в концентрации 0,025%. Оксиметазолин следует применять короткими курсами 3–5 дней в строгом соответствии с дозировками, согласно возрасту ребенка (рисунок).

## Членами консенсуса экспертов были приняты следующие решения:

1. принять за основу предложенный проект алгоритма ведения детей младше трех лет с острой назальной обструкцией с включением ключевых аспектов диагностики и лечения назальной обструкции при острых респираторных заболеваниях у детей в формате схем и алгоритмов действия для удобства врача-педиатра в амбулаторной практике;

2. внести в проект алгоритма необходимые коррективы, принятые в рамках консенсуса междисциплинарной коллегии экспертов;

3. издать согласительные алгоритмы;

4. утвердить окончательную версию согласительных алгоритмов;

5. опубликовать согласительные алгоритмы в федеральных и региональных медицинских журналах при поддержке членов консенсуса;

6. подготовить презентационные материалы и доклады с включением материалов консенсуса с последующей образовательной программой среди педиатров России;

## Актуальная тема

7. разработать расширенную научно-практическую программу, включающую руководство и алгоритмы действия врача при острых респираторных заболеваниях, связанных с назальной обструкцией;

8. в течение 2023 г. провести анкетирование врачей с целью получения информации об использовании представленного алгоритма и его эффективности. ■

## Литература

1. Гелпе Н.А., Горелов А.В., Кондюрина Е.Г., Козлова Л.В., Малахов А.Б., Дронов И.А. и др. Острые инфекции дыхательных путей у детей: диагностика, лечение, профилактика. Клиническое руководство. 2-е изд. Москва, 2020.
2. Dykewicz M.S., Wallace D.V., Amrol D.J., Baroody F.M., Bernstein J.A., Craig T.J. et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. J. Allergy Clin. Immunol. 2020;146(4):721–67.
3. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020;58(Suppl. S29):1–464.
4. Радциг Е.Ю. Особенности течения и лечения острого ринита у детей грудного и раннего возраста. РМЖ. 2011;19(22):1391–4.
5. Гелпе Н.А., Карпова Е.П., Дронов И.А., Тулулов Д.А., Карнеева О.В., Чеботарева Т.А. и др. Консенсус по затрудненному дыханию у детей. Назальная обструкция – мультидисциплинарная проблема. Резолюция совета экспертов. Вопросы практической педиатрии. 2021;16(6):149–60.
6. Гулиева А.П., Карпова Е.П., Заплатников А.Л., Тулулов Д.А. Ринит у ребенка первого года жизни. Практика педиатра. 2022;1:43–8.
7. Николаева С.В., Усенко Д.В., Шабалина С.В., Хлыповка Ю.Н., Горелов А.В. Инфекции респираторного тракта от мено- и сочетанной этиологии у детей – актуальность проблемы в период пандемии COVID-19. Инфекционные болезни. 2021;19(1):135–8.
8. Колосова Н.Г., Дронов И.А., Сбоева С.Г. Симптоматическая терапия острых респираторных инфекций у детей. Вопросы практической педиатрии. 2019;14(6):72–7.
9. Колосова Н.Г., Фролкова Е.В. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей (круп): диагностика и лечение. Вопросы практической педиатрии. 2019;14(5):139–44.
10. Гелпе Н.А., Карпова Е.П., Д.А. Тулулов и др. Резолюция консенсуса по назальной обструкции у детей от 0 до 3 лет. Первичная публикация в журнале «Вопросы практической педиатрии». 2023;18(1):144-52.



На правах рекламы

# Називин. С любовью к носикам!



- Помогает сокращать продолжительность насморка<sup>1</sup>
- Может действовать до 12 часов<sup>1</sup>
- Доказан хороший профиль безопасности<sup>2</sup>
- Воздействует на причину насморка – риновирус<sup>3</sup>



1. Инструкция по медицинскому применению препаратов Називин Сенситив спрей назальный дозированный 22,5 мкг/доза и Називин Сенситив капли назальные дозированные 0,01%. 2. Reinecke und Tschalkin, MMW original papers III/2005: 113–118. 3. Koelsch S et al. 2007. Per №ЛП-001156 от 14.11.2016



# Распространенность хронического фарингита у детей

А.Б. Киселев, В.А. Чаукина

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»,  
кафедра оториноларингологии, г. Новосибирск

*На основе анализа амбулаторных карт за двенадцать месяцев консультативной работы в оториноларингологическом кабинете педиатрического поликлинического отделения была изучена частота регистрации обращений детей по поводу хронического фарингита (J31.2). Выявлено, что основным диагнозом хронический фарингит вынесен в 3,9% всех обращений к оториноларингологу. В статье рассмотрены особенности активных жалоб детей при хроническом фарингите, результаты анализа причинно-следственных связей в развитии хронического фарингита, особенности примененной диагностики и лечения.*

## Введение

Исследование проблемы распространенности хронического фарингита (ХФ) у детей интересно по нескольким причинам, а именно: отсутствие в публикациях эпидемиологических данных, установленных причин развития ХФ, отсутствие однозначного определения нозологии и рекомендуемой диагностической и лечебной тактики. В литературе отмечается, что распространенность ХФ среди населения нашей страны составляет до 78% и ежегодно растет [1], однако найти однозначное определение термину «хронический фарингит» не удалось; также отсутствуют и клинические рекомендации по данной нозологии.

Согласно определению В.Т. Пальчуна, ХФ – это воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки, развивающееся как следствие острого воспаления при неадекватном лечении и неустранимых этиологических факторах [2]. Однако общеизвестна склонность острых заболеваний ЛОР-органов к саморазрешению и есть экспертные оценки, что только 1–2% острых воспалений глотки прогрессируют и приводят к рецидивирующим или хроническим заболеваниям. В большинстве случаев острый фарингит возникает при острой респираторной вирусной инфекции и не требует никакого лечения, т.к. проходит самостоятельно за несколько дней, поэтому трудно представить, чтобы острый процесс в ротоглотке переходил в хронический [3]. Определение, данное профессором А.С. Лопатиным, несет в себе только клиническую оценку глотки: ХФ – это хроническое воспаление слизистой оболочки глотки, которое сопровождается болями, першением или дискомфортом в горле [4]. Е.В. Носуля определяет ХФ по визуальным признакам – это длительное воспаление слизистой оболочки глотки, характеризующееся при гипертрофическом фарингите гиперемией, утолщением задней и боковых стенок, язычка, нередко – наличием скудного слизистого отделяемого на поверхности задней стенки глотки, гиперплазией лимфаденоидной ткани (гранул на задней стенке глотки и боковых валиков, расположенных за задними небными дужками) [5]. С.Я. Косяков рассматривает ХФ как клиническую ситуацию воспаления слизи-

стой оболочки ротоглотки, при котором боль в горле беспокоит пациентов более 4 недель в году [3]. Все предложенные определения не дают понимания причины развития ХФ, длительности процесса и мало помогают в понимании тактики диагностики и лечения. Отдельные эксперты отстаивают позицию существования одного заболевания, именуемого как «хронический тонзиллофарингит» или «хронический фаринготонзиллит», в зависимости от превалирования симптомов [6].

Большинство оториноларингологов не рассматривают инфекционные причины в качестве ведущего фактора развития ХФ. Достаточно полно современное представление о причинах развития ХФ изложили С.Я. Косяков и соавт.: «Развитие хронического воспалительного процесса в глотке, во многом, определяется состоянием макроорганизма и местного иммунитета, микробиотопа глотки, степенью вирулентности возбудителей, особенностями иннервации, кровообращения, наличием сопутствующей патологии (гастроэзофагеальной рефлюксной болезни) и внешних повреждающих факторов, пищевыми предпочтениями и некоторыми другими параметрами» [3].

Все авторы сходятся в одном мнении, что развитие ХФ происходит на фоне длительного местного раздраже-

*Слизистая оболочка глотки, особенно ее задней и боковых стенок, обладает богатой чувствительной иннервацией, поэтому патологические процессы глотки сопровождаются мучительными для больного симптомами, а длительное течение заболевания приводит к тому, что у многих пациентов эта симптоматика становится доминирующей проблемой, неизбежно отражаясь на качестве жизни.*

ния слизистой оболочки глотки. К неинфекционным причинам развития ХФ относят очень широкий круг внешнего воздействия на организм человека, но указанные возможные причины сложно рассматривать предиктором ХФ у взрослых и тем более – у детей. Так, к причинам ХФ относят: неблагоприятные климатические и экологические факторы (пыль, сухой жаркий климат, загазованность атмосферы), вредные производственные условия (запыленность, низкие или высокие температуры), вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, постоянное употребление острой пищи), заболевания внутренних органов (желудочно-кишечного тракта [ЖКТ], органов дыхания, сердечно-легочная и почечная

*Опрос показал, что эпизоды абдоминальных болей, изжога, отрыжка имели место у 42% обратившихся, прием 2 курсов антибиотика и более за последние 3 месяца отметили 23,6% пациентов.*

недостаточность, туберкулез), эндокринные и гормональные нарушения (сахарный диабет, менопауза, гипотиреоз), заболевания верхних дыхательных путей и полости рта (частые острые заболевания глотки, хронические риниты, синуситы, аллергические риниты, искривления перегородки носа, полипозные риносинуситы, хронический тонзиллит, кариозные зубы) [7]. В отличие от острого фарингита, который признан преимущественно инфекционным заболеванием, ХФ может быть отнесен к ряду ведущих неинфекционных заболеваний глотки, однако многие авторы подчеркивают важность роли дисбиотических изменений микробиома глотки в развитии ХФ [3, 7–11].

Слизистая оболочка глотки, особенно ее задней и боковых стенок, обладает богатой чувствительной иннервацией. В связи с этим патологические процессы глотки сопровождаются мучительными для больного симптомами – болью, ощущением инородного тела, сухости, дискомфортом, першением. Длительное течение заболевания приводит к тому, что у многих пациентов эта симптоматика становится доминирующей проблемой, неизбежно отражаясь на качестве жизни [12].

**Цель исследования:** на основе анализа амбулаторных карт по J31.2 за период 12 месяцев выявить частоту ХФ у детей, провести клинический анализ случаев ХФ у детей, оценить эффективность рутинной диагностической и лечебной тактики оториноларинголога.

**Таблица.** Активные жалобы пациентов с хроническим фарингитом, n=39

Активные жалобы	Обращения, %
Дискомфорт в глотке (боль, першение, сухость)	71
Периодически утренняя осиплость голоса	36,8
Поверхностный кашель	29
Периодически неприятный запах изо рта	21
Частое желание откашляться	18,4
Частые респираторные инфекции за последние полгода	10,5
Сильные боли в горле по утрам в течение 2–6 месяцев	7,9
Чувство инородного тела в глотке	5,35

## Материалы и методы

Проведена консультативная работа в оториноларингологическом кабинете педиатрического поликлинического отделения в течение года. В нашем исследовании для установки диагноза мы опирались на активные жалобы пациентов на частые боли в горле мучительного характера, общая длительность эпизодов болей в горле – 6 месяцев и более. При осмотре выявляли характерные для хронического воспалительного процесса диффузные катаральные, гипертрофические изменения слизистой оболочки глотки и/или формирование гипертрофии лимфоидных гранул на задней стенке глотки, что наиболее согласуется с рекомендациями В.И. Бабияка, Я.Л. Накатиса [13].

## Результаты и обсуждение

По нашим данным, длительный мучительный глоточный болевой синдром, обусловленный патологическими изменениями стенок глотки у детей встречается достаточно редко. Из осмотренных в 2022 году 987 детей возраста 5–17 лет в течение года ХФ (J31.2) вынесен диагнозом в 3,9% всех обращений, тогда как хронические болезни миндалин глоточного кольца (J35) составили 18,5% обращений к оториноларингологу. Обращаемость к оториноларингологу по поводу ХФ в основном выявлена осенью – с сентября по ноябрь и весной (март–апрель) при полном отсутствии таких пациентов в летние месяцы. Среди детей с ХФ явно доминировали дети возраста 7–8 лет и 13–17 лет.

У осмотренных пациентов выявлен полиморфизм активных жалоб, ни одна из которых не может считаться патогномоничной для ХФ. Общая картина активных жалоб при ХФ, которые стали основной причиной обращения к оториноларингологу, отражена в **таблице**. Активно у каждого ребенка звучали от 2 до 4 жалоб со стороны глотки, в среднем  $2,8 \pm 0,61$  на одного пациента. На фоне полиморфизма жалоб явно доминировал глоточный болевой синдром. Все варианты дискомфорта в глотке носили выраженный или мучительный характер.

Важную роль показал опрос самого пациента и его родителей по жалобам, имеющим отношение к сопутствующей патологии, особенно патологии ЖКТ, вегетативной нервной системы и дыхательных путей. Дополнительные сведения из опроса показали, что эпизоды абдоминальных болей, изжога, отрыжка имели место у 42% обратившихся, прием 2 курсов антибиотика и более за последние 3 месяца отметили 23,6% пациентов, на склонность к затяжному течению респираторных инфекций жаловались 13,2% пациентов, частая головная боль выявлена у 13,2%, храп – у 5,3% пациентов. Базовая ингаляционная терапия бронхиальной астмы глюкокортикостероидными препаратами имела место у 5,2% пациентов.

При анализе причинно-следственных связей формирования ХФ у обратившихся детей было установлено, что:

- ХФ является первичным процессом в 0% случаев;
- предполагаемый первичный процесс – патология ЖКТ – 81,6% случаев;
- предполагаемый первичный процесс – патология полости носа, носоглотки – 13,2% случаев;
- локализация первичного процесса – нижние дыхательные пути – 5,3%.

Ведущую роль в постановке диагноза имеют данные осмотра глотки. Особенностью детского возраста следует считать, что изменения лимфоидных структур слизистой оболочки стенок глотки у подавляющего большинства детей сопровождаются какими-либо визуальными изменениями миндалин глоточного кольца. Макроскопическое состояние небных миндалин не было расценено как хронический тонзиллит в виду выявления не более, чем 1 патоло-

гического признака, поскольку при выявлении 2 из 5 классических симптомов хронического тонзиллита (по И.Б. Солдатову) пациенту устанавливался код диагноза тонзиллярной патологии как основной диагноз. Глоточное лимфаденоидное кольцо функционально – единое образование. Лимфатические фолликулы задней стенки глотки центральной и периферической локализации («боковые валики» при гипертрофии лимфоидных структур в данной области) рассматриваются как девятая миндалина лимфаденоидного глоточного кольца. Изменения слизистой оболочки глотки соответствуют преимущественно гипертрофическому фарингиту, реже – катаральной форме хронического фарингита. Выявленные при инструментальном осмотре объективные симптомы, на основании которых установлен основной диагноз, представляли характерное для ХФ увеличение гранул задней стенки глотки и/или боковых валиков, расширение сосудистой сети задней стенки глотки, изменение влажности и характера гиперемии патологических зон слизистой оболочки глотки. Наличие вязкого отделяемого на задней стенке глотки определено у 15,4% осмотренных детей. У 55,3% пациентов на языке выявлен различной окраски налет.

Поскольку ХФ у школьника по патогенезу отнесен нами к вторичным патологическим состояниям, для устранения заболевания важно провести усиленную диагностику первичного патологического процесса. Наиболее часто таким первичным процессом определена патология ЖКТ. Со студенческой скамьи известна поговорка «Язык – отражение живота, глотка – зеркало желудка». Рецидивирующий сильный болевой глоточный синдром – прямое показание для гастроэнтерологического обследования и исключения, в первую очередь, высокого гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). Помимо ГЭР, у школьников с выраженным болевым глоточным синдромом часто диагностируют нейроциркуляторную дистонию, дискинезию желчевыводящих путей при аномалиях формы желчного пузыря. Проведенный статистический анализ заболеваемости показал, что у детей с ХФ на фоне патологии ЖКТ ЛОР-врач часто был первым специалистом, кто направил ребенка-школьника на консультативный осмотр к гастроэнтерологу (хотя продолжительность жалоб составила не менее 6 месяцев). По нашим наблюдениям, впервые выявленная патология ЖКТ по направлению оториноларинголога в 8 раз преобладала над случаями ранее установленных заболеваний ЖКТ у осмотренных детей с ХФ на фоне патологии ЖКТ.

Определенный полиморфизм жалоб со стороны глотки (болевой синдром, першение, кашель) выявлен у детей с нейроциркуляторной дистонией по смешанному типу. В этих случаях болевой синдром умеренный, но «мигрирующей» локализации. Ребенок подтверждал наличие периодических болей в животе, в горле, головную боль. В данной ситуации заболевание вегетативной нервной системы, как правило, было уже установлено. Однако рекомендации по организации режима дня и питанию пациенты не соблюдали, приверженности родителей соблюдать лечебные рекомендации врача-невролога не было прослежено.

Першение, зуд неба и глотки, навязчивые движения, указывающие на дискомфорт в глотке, часто насморк и боль в горле могут быть проявлением аллергического заболевания дыхательной системы. Данные симптомы сопутствуют как аллергическому риниту, так и бронхиальной астме. В случае аллергического ринита зуд неба связан с патогенезом заболевания и быстро купируется интраназальными топическими кортикостероидами и приемом внутрь антигистаминных препаратов. Боль в горле связана с прямым деструктивным действием патологически измененного

назального секрета на слизистую оболочку глотки. В случае развития жалоб на фоне бронхиальной астмы першение/дискомфорт/зуд в глотке являются следствием длительной ингаляционной кортикостероидной терапии, при которой максимальное количество лекарственного средства попадает на слизистую оболочку глотки. В данной ситуации жалобы отнесены к следствиям локального дисбиоза и избыточным ростом грибковой микрофлоры.

Изменение реологических свойств назальной слизи может быть нежелательным явлением регулярного использования сочетания β-блокаторов и ингаляционных (в том числе интраназальных) кортикостероидов, что приводит к образованию вязкой, с высокой адгезивной способностью мокроты. Периодическое выделение небольшого количества вязкой слизи из носоглотки является причиной чувства комка в горле и частого желания откашляться.

Диагностика и лечение первичного патологического процесса при глоточном синдроме – основа успешной ликвидации жалоб со стороны глотки. На это требуется время, иногда достаточно продолжительное, поэтому оториноларинголог вынужден назначать терапию ХФ вторичного генеза так, чтобы она потенциально сочеталась с терапией основного заболевания.

---

### *Рецидивирующий сильный болевой глоточный синдром – прямое показание для гастроэнтерологического обследования и исключения, в первую очередь, высокого гастроэзофагеального рефлюкса.*

---

Глотка в силу своего физиологического значения является многофункциональным органом. Нарушение одной из функций влечет за собой нарушение других функций. В первую очередь реагирует система иммунитета, поэтому дети с рецидивирующим глоточным синдромом часто болеют «простудой». В комплексе лечебных мероприятий наиболее привлекательно выглядят натуральные лекарственные препараты комплексного действия, работающие как на быстрое устранение жалоб (противовоспалительное действие), так и на перспективу – повышение устойчивости к респираторным инфекциям в виду иммунорегуляторного влияния на функцию лимфаденоидного глоточного кольца.

Использовать именно такой подход к терапии ХФ у школьников побудило исследование влияния лекарственного средства Тонзилгон Н (Бионорика, Германия) на частоту и длительность обострений хронического тонзиллита у часто болеющих детей, выполненное профессором Т.И. Гаращенко и соавт. (2003). В проспективном наблюдательном сравнительном исследовании с участием 50 детей было показано, что на фоне приема препарата (капли для приема внутрь в возрастных дозах 3 раза в день в течение 1 месяца) у часто болеющих детей (n=30) снизилось (по сравнению с аналогичным периодом прошлого года) не только число заболеваний ЛОР-органов и обострений хронического тонзиллита (с 2,1 до 0,06 эпизода), но и общая заболеваемость (длительность ОРВИ с 62,9 до 35 дней, из них хронического тонзиллита – с 21 до 0,63 дней) [14].

Тонзилгон Н – лекарственный растительный препарат комплексного действия для лечения и профилактики острых респираторных инфекций и воспалительных заболеваний ротоглотки у взрослых и детей от 1 года. Препарат устраняет воспаление и боль в горле, сокращает число



*В комплексе лечебных мероприятий наиболее привлекательно выглядят натуральные лекарственные препараты комплексного действия, работающие как на быстрое устранение жалоб (противовоспалительное действие), так и на перспективу – повышение устойчивости к респираторным инфекциям в виду иммунорегуляторного влияния на функцию лимфаденоидного глоточного кольца.*

рецидивов инфекций ротоглотки, повышает местный и системный иммунитет. Фармакологическое действие реализуется как противовоспалительное, антисептическое, иммуномодулирующее, местное обволакивающее/анальгезирующее. Показаниями к назначению Тонзилгона Н являются острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей (тонзиллит, фарингит, ларингит), а также профилактика осложнений при респираторных вирусных инфекциях и дополнение к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях.

В нашем наблюдении Тонзилгон Н был назначен на фоне ограничительных рекомендаций в диете и режиме дня как средство монотерапии в сниженной суточной дозировке для детей школьного возраста (старше 6 лет) – по 15 капель или 1 таблетке 3 раза в день в течение 4 недель. В этот срок

вошел период дополнительных профильных обследований первичного патологического процесса и период наблюдения оториноларинголога за ребенком при комплексном лечении первичного очага и вторичного ХФ.

На фоне 4-недельной терапии Тонзилгоном Н у 97,9% пациентов объективные симптомы ХФ полностью прошли. 97% пациентов отметили хорошую или очень хорошую переносимость, комплаентность проводимой терапии была высокой и составила 88,2%.

## Выводы

Длительный многомесячный характер жалоб со стороны глотки с акцентом на выраженность или мучительность симптома при наличии характерных визуальных изменений слизистой оболочки задней и боковых стенок глотки вынуждает констатировать хроническое воспаление слизистой оболочки глотки у детей школьного возраста.

Генез хронического фарингита у детей школьников – вторичный. Наиболее частым первичным патологическим процессом является патология ЖКТ хронического течения, на втором месте – функциональные нарушения вегетативной нервной системы и ассоциированная с ними дисфункция ЖКТ, на третьем месте – аллергические заболевания дыхательной системы.

Тонзилгон Н является безопасным и эффективным препаратом для лечения вторичного хронического фарингита у детей школьного возраста, отмечена его хорошая переносимость и эффективность. ■

*Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.*

## Литература

1. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Под ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1024 с. (Серия «Национальные руководства»).
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник для вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 656 с.
3. Косяков С.Я., Анготова И.Б., Исамов А.Н. Неинфекционные причины хронического фарингита. Медицинский совет. 2018;20:112–5.
4. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита. Русский медицинский журнал. 2001;16:694.
5. Носуля Е.В. Диагностика и лечение заболеваний глотки: Учеб. пособие. М.: Аванпорт, 2014. С. 19.
6. Кузнецова В.С., Холодина О.С., Мирзоева Е.З., Вашневская Н.А. Оценка диагностической значимости симптомов хронического тонзиллита и хронического фарингита посредством информационных технологий. Тверской медицинский журнал. 2018;5:39–40.
7. Михайлов Ю.Х., Михайлова И.В. Хронический фарингит: причины и диагностика. Росс. оториноларингология. 2014;71 (4):78–80.
8. Крюков А.И., Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б., Бессараб Т.П., Мачулин А.И., Красникова Д.И., Андреевкова О.А. Роль микробиоты при хроническом фарингите. Вестник оториноларингологии. 2018;83(3):61–4.
9. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гуров А.В., Изотова Г.Н., Старостина А.Е., Лапченко А.С. Клинико-микробиологическая характеристика дисбиотических изменений слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Медицинский совет. 2016;6:32–5.
10. Пирогов Н.Н., Портенко Е.Г., Столяров Д.И. К вопросу о роли микробиоты в этиопатогенезе развития хронического фаринготонзиллита. Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. 2016;22 (3):63–71.
11. Kalra M.G., Higgins K.E., Perez E.D. Common questions about streptococcal pharyngitis. Am. Fam. Physician. 2016;94 (1):24–31.
12. Мирзоева Е.З., Портенко Е.Г., Портенко Г.М., Шматов Г.П. Многомерные методы статистического анализа в оценке диагностической значимости симптомов хронического тонзиллита и хронического фарингита. Успехи современной науки. 2017;2(2):177–84.
13. Бабиак В. И., Накатис Я.Л. Клиническая оториноларингология. СПб.: Питер, 2012. 832 с.
14. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Гаращенко М.В. Тонзилгон в сезонной профилактике ОРВИ и их осложнений в организованных детских коллективах. Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. 2005;2 (4):57–9.

## Об авторах

■ **КИСЕЛЕВ Алексей Борисович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск.

■ **ЧАУКИНА Виктория Александровна**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск. Автор, ответственный за переписку. E-mail: vict.chau@mail.ru.



Bionorica®

ВКЛЮЧЕН  
в Клинические  
Рекомендации  
МЗ РФ<sup>3,4</sup>

Растительный лекарственный препарат

# Тонзилгон® Н

- ☝ Способствует уменьшению воспаления и боли в горле
- ☝ Помогает снизить количество обострений хронического тонзиллита<sup>1</sup>
- ☝ Предупреждает развитие осложнений при ОРВИ

Для детей  
от 1 года  
и взрослых<sup>2</sup>



Природа. Наука. Здоровье.

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



Реклама. Рекламодатель  
ООО «Бионорика».

1. Дроздова М. В., Рязанцев С. В. Опыт применения препарата Тонзилгон Н при лечении хронического тонзиллита у часто болеющих детей. Российская оториноларингология, 2016; №5(84):120-125. DOI: 10.18692/1810-4800-2016-5-120-125. 2. Тонзилгон® Н (капли) – для взрослых и детей от 1 года, Тонзилгон® Н (таблетки) – для взрослых и детей старше 6 лет. РУ: П N014245/02 ОТ 30.12.2011, П N014245/01 ОТ 29.12.2011. 3. КР306. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит), 2021 г. 4. КР683. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Хронический тонзиллит, 2021 г.

Материал предназначен для медицинских и фармацевтических работников

# Паратонзиллярные абсцессы у детей в эпоху SARS-CoV2-инфекции

Н.Е. Кузнецова<sup>1</sup>, И.М. Вешкурцева<sup>2,4</sup>, А.И. Извин, М.Н. Пономарева<sup>3</sup>  
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»,

<sup>1</sup>кафедра оториноларингологии Института стоматологии,

<sup>2</sup>кафедра клинической фармакологии и доказательной медицины  
Института фармации,

<sup>3</sup>кафедра офтальмологии Института клинической медицины, г. Тюмень

<sup>4</sup> ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень

С целью изучить клинко-микробиологические особенности паратонзиллярных абсцессов (ПА) у детей в период пандемии SARS-CoV-2-инфекции и тактику лечения авторами было проведено проспективное исследование, включившее всех пациентов, которым был поставлен диагноз: Паратонзиллярный абсцесс, находившихся на стационарном лечении в 2020–2022 гг. в детском оториноларингологическом отделении ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» г. Тюмени, изучена распространенность ПА и других заболеваний глотки. Показано, что ПА имеют полимикробную этиологию (*S. pyogenes*, *S. aureus*, *Fusobacteria*, *Prevotella*, *Veillonella*, *S. pneumoniae*), что необходимо учитывать при выборе эмпирической антибактериальной терапии. Распространенность ПА у детей в эпоху Sars-Cov2-инфекции составляют 3,2%, при этом отмечается значительный рост тяжелых форм, особенно у детей младшего возраста.

## Введение

Паратонзиллярный абсцесс (ПА) – это скопление гноя в клетчатке, расположенной между капсулой небной миндалины и верхним констриктором глотки, одно из наиболее распространенных отоларингологических состояний, требующих экстренной госпитализации в отделения оториноларингологии [1]. ПА чаще встречается у молодых пациен-

*Паратонзиллярные абсцессы чаще встречаются у пациентов в возрасте от 15 до 40 лет, но они могут возникать и у детей младшего возраста, составляя 14 случаев на 100 тыс. детского населения.*

тов, в возрасте от 15 до 40 лет, но может возникать и у детей младшего возраста, составляя 14 случаев на 100 тыс. детского населения [2–4]. ПА редко сосуществует с SARS-CoV-2-инфекцией, однако изменения функционального состояния иммунной системы при COVID-19 создает условия для ко- или суперинфицирования другими микроорганизмами. Наиболее частым источником ко- или суперинфекции являются дыхательные пути, в том числе и околоминдаликовая клетчатка с формированием ПА. Развитие супер/коинфекции при новой коронавирусной инфекции может существенно повлиять на прогноз для пациента [5]. SARS-

CoV-2-инфекция, так же как и ПА в педиатрической популяции встречаются реже и составляют до 10% в структуре инфицированных и до 2% в структуре пациентов с диагностированными клиническими проявлениями заболевания [6]. ПА имеет полимикробную этиологию (*S. pyogenes*, *S. aureus*, *Fusobacteria*, *Prevotella*, *Veillonella*, *S. pneumoniae*), что необходимо учитывать при выборе эмпирической антибактериальной терапии [2, 7, 8]

**Цель исследования:** изучить клинко-микробиологические особенности ПА у детей в период пандемии SARS-CoV-2-инфекции и тактику лечения пациентов.

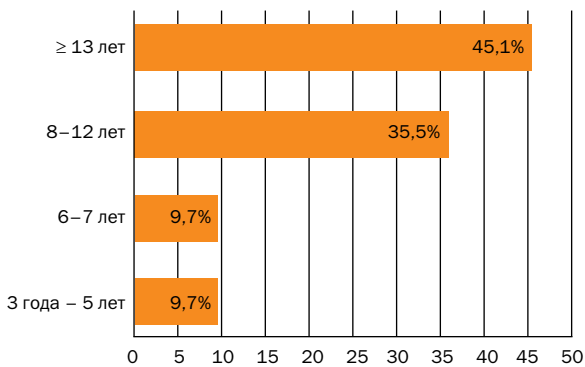
## Материалы и методы

Проведено проспективное исследование, включившее всех пациентов, которым был поставлен диагноз ПА (МКБ-10), находившихся на стационарном лечении в 2020–2022 гг. в детском оториноларингологическом отделении

**Таблица.** Распространенность паратонзиллярного абсцесса за 2020–2022 гг.

Год	Выписано детей	Патология глотки	ПА
2020	1147	469	40 (3,5%)
2021	1678	753	30 (1,8%)
2022	2009	1042	86 (4,3%)
Всего	4034	2264	156 (3,2%)





**Рисунок 1.** Частота встречаемости ПА в возрастном аспекте

«ГБУЗ ТО ОКБ № 2» г. Тюмени, изучена распространенность ПА и других заболеваний глотки. Были проанализированы пол, возраст, локализация патологического процесса, лабораторные показатели, результаты микробиологического исследования материала, взятого во время оперативного вмешательства общепринятыми унифицированными методами, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения СССР № 535 от 22.04.1985 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». Изучался характер системной антибактериальной терапии. При сборе анамнеза уточнялась информация о недавно перенесенной новой коронавирусной инфекции.

### Результаты и обсуждение

Всего за прошедший период пролечено 4834 пациента, патология глотки составила 47% (2264), из них 156 пациентов с ПА, что составило 3,2% от общего количества пролеченных в детском ЛОР-отделении за изученный период. Результаты исследования представлены в **таблице**.

Средний возраст пациентов с ПА составил 11,3±4,3 года (с колебаниями от 3,5 года до 17 лет), что согласуется с литературными данными об увеличении встречаемости ПА у детей дошкольного и младшего школьного возраста [7]. Распределение детей по возрасту представлено на **рис. 1**.

Распределение пациентов по половому признаку продемонстрировало, что среди детей с ПА с небольшим перевесом преобладали девочки (51,6%). При сборе анамнеза ни в одном случае не было указаний о перенесенной новой коронавирусной инфекции. Исследование на антигены COVID-19 экспресс-тестом также был отрицательным во всех случаях. При анализе сроков с момента заболевания до момента обращения за стационарной медицинской помощью детей с ПА было выявлено, что они составили в среднем 5,4±3,8 дня с максимальными показателями в 14 дней, что, вероятно, было связано с масштабными карантинными мероприятиями и изоляцией и самоизоляцией населения в период пандемии SARS-CoV-2-инфекции. Все дети до поступления в стационар в домашних условиях получали симптоматическую терапию (антипиретики, антисептики), иммуномодуляторы, в 19,4% случаях по рекомендации педиатра – пероральные антибиотики, такие как амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, азитромицин. Среди всех пролеченных пациентов в 6,5% случаев у детей младшего возраста развивался глубокий ретро- и парафарингеальный абсцесс, требующий сложного комбинированного подхода с участием челюстно-лицевых хирургов, с дренированием клетчатки глотки наружным доступом и

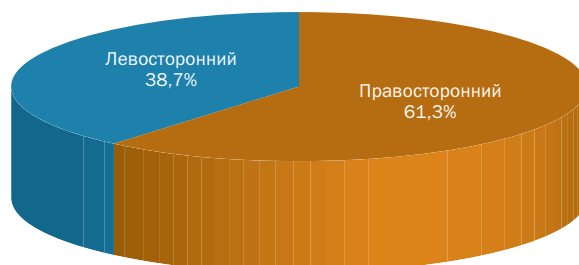
последующей интенсивной терапией в условиях отделения реанимации. В 9,7% ПА сопровождался шейным лимфаденитом. Локализация ПА представлена на **рис. 2**.

Анализ жалоб и клинических данных на момент поступления пациентов с ПА в приемное отделение стационара показал незначительное повышение температуры тела со средними показателями 37,1±0,48°C (с максимальными цифрами в 38,3°C), что, вероятнее всего, связано с приемом на амбулаторном этапе жаропонижающих средств, тризм жевательной мускулатуры, нарушение глотания, боль в горле. При этом со стороны лабораторных показателей были выявлены более выраженные изменения, характерные для воспалительного процесса: средний уровень лейкоцитов в общем анализе крови составил 14,19±3,90×10<sup>9</sup>/л (от нормальных показателей до гиперлейкоцитоза – 23,38×10<sup>9</sup>/л), показатели С-реактивного белка – 45,85±18,65 мг/мл с максимальными показателями 131,2 мг/мл.

Всем пациентам с ПА выполняли дренирование патологического очага, у детей младшего и дошкольного возраста оперативное лечение проводили в условиях общей анестезии. Во время оперативного вмешательства в 100% случаев забирали материал для микробиологического исследования и определения антибиотикочувствительности выделенной микрофлоры. В каждом третьем случае были получены отрицательные результаты.

*В данном исследовании при паратонзиллярных абсцессах встречались не только типичные стрептококки и стафилококки, но и микроорганизмы, более характерные для инфекций мочевых путей, кровотока и органов брюшной полости – Enterococcus spp. и Enterobacterales, в единичных случаях высевались неферментирующие грамотрицательные микроорганизмы (P. aeruginosa) и грибы рода Candida.*

Анализ положительных результатов микробиологического исследования материала из раны представлен на **рис. 3**. При ПА в нашем исследовании встречались не только типичные стрептококки и стафилококки, но и микроорганизмы, более характерные для инфекций мочевых путей, кровотока и органов брюшной полости – Enterococcus spp. и Enterobacterales [8–10]. В единичных случаях высевались неферментирующие грамотрицательные микроорганизмы (P. aeruginosa) и грибы рода Candida. Результаты микробиологического исследования частично перекликаются с работами ряда авторов [7].



**Рисунок 2.** Распределение ПА по локализации

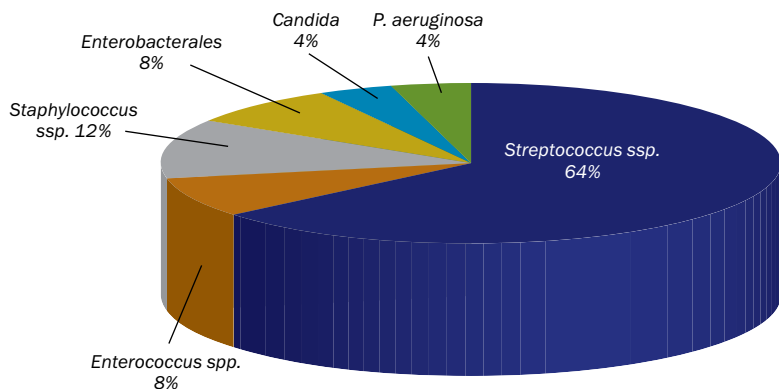


Рисунок 3. Микробный пейзаж при ПА у детей

Анализ антибиотикочувствительности показал высокую активность титруемых антибиотиков в отношении выделенной микрофлоры. Всем детям с ПА при поступлении назначалась эмпирическая антибактериальная терапия с учетом предполагаемой микрофлоры (*S. pyogenes*, *S. aureus*, *Fusobacteria*, *Prevotella*, *Veillonella*, *S. pneumoniae*), что необходимо учитывать при выборе эмпирической антибактериальной терапии [2, 7, 8]. Анализ стартовой терапии выявил, что в 93,5% случаев назначались рекомендуемые ингибиторзащищенные аминопенициллины (ампициллин/сульбактам или амоксициллин/клавуланат), которые характе-

ризуются высокой активностью в отношении большинства этиологически значимых при ПА микроорганизмов [6–8]. Если ребенок в амбулаторных условиях уже получал защищенные аминопенициллины, то в качестве стартовой терапии ему назначалась комбинация цефалоспоринов 3-й генерации (цефтриаксон) в сочетании с метронидазолом, обладающим антианаэробной активностью [8, 11, 12]. При получении результатов микробиологического исследования производили коррекцию антибактериальной терапии – при высеве *P. aeruginosa* пациентам назначался препарат с антисинегнойной и антианаэробной активностью – цефоперазон/сульбактам, при обнаружении *Enterococcus spp.* или *Enterobacteriales* терапия продолжалась ингибиторзащищенными аминопенициллинами либо цефалоспорины 3-й генерации.

## Заключение

ПА у детей в эпоху Sars-Cov2-инфекции составляют 3,2%, отмечается значительный рост тяжелых форм, особенно у детей младшего возраста. Своевременная клинико-лабораторная диагностика, качественный микробиологический анализ, комбинированный оперативный подход, междисциплинарная тактика лечения позволяет добиться уменьшения воспалительных процессов и стойкого выздоровления в оптимальные для пациента сроки. ■

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

## Литература

1. Сиренко Н.В., Корнеев А.А., Алексеенко С.И., Артюшкин С.А. Клинические особенности паратонзиллярного абсцесса у детей в условиях многопрофильного стационара. Российская оториноларингология. 2019;18;5(102): 67–73.
2. Паратонзиллярный абсцесс. Клинические рекомендации МЗ РФ, 2021 г.
3. Millar K.R., Johnson D.W., Drummond D., et al. Suspected peritonsillar abscess in children. *Pediatr. Emerg. Care.* 2007;23 (7):431–8.
4. Klug T.E. Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess. *Dan. Med. J.* 2017;4 (3):B5333.
5. Yamagishi T., Arakawa N., Toyoguchi Sh., Mizuno K., Asami Y., Yamanaka Y., Yamamoto H., Tsuboi K. Peritonsillar abscess caused by *Prevotella bivia* during home quarantine for coronavirus disease 2019. *Medicine.* 2022;101 (21):e29469.
6. Методические рекомендации «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей». Москва, 03.07.2020. Версия 2 (утв. МЗ РФ).
7. Сиренко Н.В., Алексеенко С.И., Цурикова Г.П., Волкова М.О. Паратонзиллярные абсцессы у детей. Клинико-микробиологические методы исследования. *Антибиотики и химиотерапия.* 2017;62 (1–2):35–9.
8. Брэдли Дж., Нельсон Дж. Антимикробная терапия у детей по Нельсону. 2-е русское издание. М.: Грант, 2020. 383 с.
9. Козлов С.Н., Козлов П.С. Современная антимикробная химиотерапия: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. М.: МИА, 2017. 400 с.
10. Гилберт Д. Антимикробная терапия по Джею Сэнфорду. М.: Грант, 2019. 784 с.
11. Hoffman R.J., Wang V.J., Scarfone R.J., Godambe S.A., Nagler J., Scott H.F., Hennelly K., Kim J.Y. 5-minute pediatric emergency medicine consult. 2021:748–50.
12. Справочник по антимикробной терапии. [Электронный ресурс], <http://www.girls.AMRbook.ru> (ссылка актуальна на 31.01.2023).

## Об авторах

■ **КУЗНЕЦОВА Надежда Ефимовна**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии Института стоматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень. Автор, ответственный за переписку. E-mail: kne61@mail.ru.

■ **ВЕШКУРЦЕВА Изабелла Михайловна**, к.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины Института фармации ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России; ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень.

■ **ИЗВИН Александр Иванович**, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии Института стоматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень.

■ **ПОНОМАРЕВА Мария Николаевна**, д.м.н., доцент, заведующая кафедрой офтальмологии Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень.

# Влияние местного применения 2% раствора протеината серебра на потребность в интраназальных деконгестантах при комплексной терапии острого инфекционного ринита у детей

А.Б. Киселев, В.А. Чаукина, О.В. Андамова, А.С. Автушко, Е.В. Гаршина  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»,  
кафедра оториноларингологии, г. Новосибирск

*В рамках рандомизированного сравнительного исследования была оценена эффективность фармакотерапии острого инфекционного ринита у детей препаратами из перечня лекарственных средств Стандарта J00 и при дополнении указанной фармакотерапии препаратом протеината серебра – Сиалор, таблетки для приготовления раствора для местного применения, 200 мг. В исследовании было показано снижение потребности использования интраназально деконгестантов в комплексной терапии острого ринита на фоне острой респираторной инфекции множественной локализации.*

## Введение

Острый инфекционный ринит (ОИР) – практически постоянный симптом острой инфекции верхних дыхательных путей [1, 2]. Доступность очага воспаления делает привлекательным использование средств местной терапии. В перечне лекарственных препаратов Стандарта оказания медицинской помощи при J00 для местного использования прописаны только деконгестанты. Активным действующим веществом данных препаратов выступают  $\alpha$ -адреномиметики различной селективности [3–9]. Эти препараты обладают быстрым сосудосуживающим и противоотечным действием, для некоторых описано наличие противовоспалительной и противовирусной активности. Однако их применение связано с рядом ограничений и нежелательных реакций, в числе которых можно отметить быстрое развитие тахифилаксии, угнетение функции мерцательного эпителия слизистой носоглотки и околоносовых пазух (цилиотоксический эффект), развитие синдрома отмены (синдрома рикошета), местное раздражающее действие, а в случае бесконтрольного применения – развитие токсических системных реакций (характерно для детей раннего возраста) [6, 7, 11–13]. Альтернативы деконгестантам на сегодняшний день нет. Интраназальные деконгестанты относятся к безрецептурным формам лекарственных средств, поэтому повсеместно распространено бесконтрольное использование сосудосуживающих капель и спреев «для носа». Неограниченное исполь-

зование этих препаратов привело к повсеместному распространению «нафтизиновой» зависимости, которая является прямым следствием синдрома отмены интраназальных деконгестантов. Не редкость и случаи обращений за неотложной помощью для детей при передозировке сосудосуживающими препаратами [8–13]. По этой причине вызывает огромный интерес любое усовершенствование терапии ринита, в результате которого уменьшается потребность в интраназальных деконгестантах.

**Цель исследования:** показать клиническую эффективность дополнения современной фармакотерапии ОИР у детей лекарственным препаратом протеината серебра (Сиалор, таблетки для приготовления раствора для местного применения, 200 мг, производитель АО «Производственная фармацевтическая компания Обновление», Россия) для местного применения в отношении потребности применения интраназальных деконгестантов.

**Вид исследования:** проспективное открытое рандомизированное сравнительное клиническое исследование. Положительное заключение ЛЭК ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, выписка из протокола №123 от 20.02.2020.

## Материалы и методы

В исследование были включены 48 несовершеннолетних пациентов обоего пола в пределах возраста 6 лет – 12 лет 11 месяцев 29 дней с клиническими проявлениями



ями острого ринита, возникшими как часть острой инфекции верхних дыхательных путей в первые 3 суток от начала данного эпизода инфекции, нуждающиеся в амбулаторном лечении. Средний возраст участников исследования составил  $8,84 \pm 1,78$  года. Критерием включения в исследование также определено наличие подписанного листка добровольного согласия родителей на осмотр и обследование, участие в исследовании ребенка; подтверждение нарушения носового дыхания риноманометрией. Согласно Протоколу рандомизации пациенты распределены в группы сравнения.

1-я группа пациентов (группа исследования, 24 ребенка) получала лечение:

1. Негормональный противовоспалительный препарат ибупрофен в течение 1–3 дней.
2. Аскорбиновая кислота в течение 14 дней.
3. Фитопрепарат с противовоспалительным, иммуномодулирующими, муколитическими свойствами из растительного сырья в течение 14 дней в соответствии с инструкцией.
4. Сосудосуживающее средство ксилометазолин 0,05% в течение 1–7 дней (по потребности, по 1 впрыску в каждую ноздрю до 3 раз в день). За 1 раз можно использовать только 1 впрыск препарата в каждую ноздрю. Однодозовая доза ксилометазолина – 2 впрыска (1 впрыск в левую ноздрю + 1 впрыск в правую ноздрю).
5. Лекарственное средство Сиалор, таблетки для приготовления раствора для местного применения, 200 мг – приготовленный раствор 2% серебра протеинат согласно инструкции во флаконе с насадкой-распылителем, в течение 5 дней в соответствии с инструкцией, прилагаемой к препарату.

Пациенты 2-й группы (24 ребенка) получали аналогичную схему терапии, но без местного использования препарата Сиалор.

## *Местное применение лекарственного препарата Сиалор с 3 дня терапии способствует сокращению потребности использования интраназальных деконгестантов в местной терапии острого ринита, развившегося как часть острой респираторной инфекции верхних дыхательных путей.*

Оценка изучаемых параметров проведена трехкратно (первый осмотр, через 5 дней – второй осмотр, на 14 день – третий осмотр). Клинические признаки ринита (наличие, количество и окрас выделений, заложенность носа, кашель, гнусавость, общее самочувствие) оценивали ежедневно в дневнике пациента, по шкале баллов, нарастающей со степенью выраженности симптома. Индекс, характеризующий выраженность всех жалоб в сумме (СИЖ), рассчитывали как сумму балльных оценок самочувствия, кашля, гнусавости голоса, нарушения носового дыхания, выраженности и характера выделений из носовых ходов и болезненных ощущений в области головы и лица. Носовое дыхание оценено при передней активной риноманометрии (ПАРМ). Использование интраназальных сосудосуживающих средств определено протоколом – ежедневно, 1–3 раза в день, согласно потребности, с фиксацией количества использования деконгестантов в дневнике наблюдения за пациентом. Скорость мукоцилиарного транспорта (МЦТ) оценена в передних отделах полости носа с исполь-

зованием частиц золы размеров 0,01–0,03 мм в течение 1 минуты. Условно принято для оценки изменения скорости МЦТ считать прирост (или убыль) скорости МЦТ с шагом в 1 мм/мин. Эффективность лечения оценена независимо врачом и законным представителем пациента. Ежедневное количество доз и кратность интраназального использования деконгестанта отмечали родители пациента в дневнике пациента ежедневно в течение 14 дней наблюдения за состоянием ребенка.

**Статистическая обработка.** Нулевая гипотеза в данном исследовании состояла в том, что доли пациентов, у которых клиника острого ринита купирована к 7 суткам (отсутствие жалоб, восстановление субъективное и объективное носового дыхания, нормализация цвета слизистой оболочки носа, отсутствие выделений из носа, отсутствие необходимости в терапии после 7 дня), в параллельных группах будут равны или отличаться менее, чем на 10%. Diff C-T, % Diff – разница между эффектами двух препаратов; C – сравниваемая схема терапии (топические деконгестанты); T – тестируемая схема терапии (комбинация топических деконгестантов с препаратом Сиалор). Альтернативная гипотеза являлась односторонней: различие не менее, чем на 10% в пользу группы участников, получивших интраназально лекарственный препарат Сиалор (приготовленный водный раствор серебра протеинат 2% во флаконе с насадкой-распылителем). Для проверки этой пары гипотез была использована оценка однородности групп по  $\chi^2$ . Для оценки безопасности терапии применена выборка ITT – Intention-to-treat («все пациенты, начавшие получать лечение»). Выборка включала в себя всех пациентов, подписавших информированное согласие и получивших хотя бы 1 дозу исследуемого препарата. Для исследования клинической эффективности терапии использована выборка PP – Per Protocol («все пациенты, выполнившие требования протокола»). Выборка включала всех пациентов, получивших предусмотренную протоколом терапию в полном объеме, прошедших все предусмотренные визиты и не имевших значительных отклонений от протокола.

## **Результаты и обсуждение**

Общее самочувствие детей при включении в исследование оценено в пределах 0–1 балл, что соответствовало состоянию удовлетворительному или легкой степени тяжести. Усредненный показатель СИЖ при первом осмотре в 1-й группе – 7,06 балла, во 2-й группе СИЖ – 6,9 балла. Лихорадка, при ее наличии, находилась в пределах 37,0–37,9°C. При включении в исследование доля детей с температурой тела ниже 36,4°C составила 68,1%. Во всех случаях при пониженном показателе температура тела определена в пределах 36,0–36,3°C. Наиболее постоянными симптомами, которые демонстрировали более 90% детей, определены назальная обструкция (96,6% в 1-й группе и 100% – в 2-й группе), выделения из носа (100% в обеих группах). Доля детей, демонстрировавших закрытую гнусавость голоса, составила 46% в 1-й группе и 54% во 2-й группе; кашель имел место у 58% пациентов в каждой группе, головная боль – у 58% участников 1-й группы и 67% участников 2-й группы. По данным ПАРМ преобладала сильная степень назальной обструкции. Измерение скорости МЦТ (суммарно левая-правая половина полости носа) при включении в исследование находилось в пределах от 0 до 8 мм/мин. Общее самочувствие несовершеннолетних участников исследования улучшалось в группах сравнения сопоставимо: при втором осмотре самочувствие детей в 1-й группе оценено, как  $0,19 \pm 0,47$  балла, во 2-й группе –  $0,19 \pm 0,47$  балла; при третьем осмотре –  $0,02 \pm 0,14$

и 0,04±0,20 балла соответственно. Также в группах сравнения сопоставима динамика лихорадки, кашля, чихания, интенсивности ринореи.

На втором осмотре количество пациентов с субъективной назальной обструкцией составило в 1-й группе 15 пациентов (63%), во 2-й группе – 21 пациент (88,2%). Diff C-T, % составила -25,2%. При третьем осмотре существенные отличия по этому показателю между группами увеличилась: в 1-й группе количество пациентов с субъективной назальной обструкцией составило 4 пациента (16,8%), во 2-й группе – 14 пациентов (58,8%). Diff C-T, % составила 42%, при этом  $\chi^2=3,84$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ . По данным ПАРМ в среднем на втором визите показатель суммарного воздушного потока соответствовал клинической норме «700 см<sup>3</sup>/с и выше» в обеих группах. Однако важно отметить, что на этапе второго осмотра все пациенты 2-й группы (100%) получали деконгестанты, в среднем 2,28±0,72 дозы в сутки, тогда как в 1-й группе деконгестанты получали 16 пациентов (67,2%) и среднее количество доз составляло 0,74±0,78 в сутки. То есть во 2-й группе показатель суммарного воздушного потока при ПАРМ снят, когда носовые раковины у 100% детей находились в состоянии анемизации под действием ксилометазолина, действие которого длится 6–8 часов. На 5 день наблюдения количество детей, использующих ксилометазолин хотя бы однократно в сутки, в 1-й группе составило 8 человек, а во 2-й группе – 19 ( $\chi^2=2,93$ ,  $df=1$ ,  $p<0,1$ ); на 7 день в 1-й группе 1 пациент использовал деконгестант, а во 2-й группе – 6 пациентов ( $\chi^2=3,14$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ).

Анализ дневников пациента показал значимые отличия в частоте использования деконгестантов с 3 дня терапии ( $\chi^2=8,35$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ) до 11 дня терапии. В период до 4 суток в 1-й группе кратность использования деконгестанта составляла 0–2 раза в день, далее – 0–1 раз в день. Во 2-й группе до 5 дня терапии дети использовали деконгестант 2–3 раза в день, далее с 6 до 11 день терапии – 0–3 раза в день. Важно отметить, что этап 5 суток терапии ОИР отражает именно эффективность терапии, а не состояние выздоровления, которое мы ожидаем увидеть на 7–14 сутки лечения ОРЗ в зависимости от изначальной степени выраженности назального синдрома. На данном этапе все пациенты продолжают получать лечение. Указанный результат достигнут именно на фоне продолжающейся терапии, которая существенно отличается в группах сравнения по интраназальному использованию деконгестантов. На этапе второго визита пациенты 2-й группы получают достоверно большее количество доз деконгестантов.

Количество пациентов, испытывающих назальную обструкцию различной степени, выявлено существенно меньше в 1-й группе на 5, 6, 7 дни наблюдения (таблица). Далее показатели сравнивались.

Таким образом, в 1-й группе проводимая терапия способствовала субъективному восстановлению носового дыхания на 5 день терапии у 43,75% пациентов. Во 2-й группе максимально близкий показатель, а именно 38,3% пациентов со свободным носовым дыханием от количества пациентов в группе, достигнут на 7 сутки. К 14 суткам в 1-й группе остался 1 пациент, субъективно чувствующий легкую степень назальной обструкции. Статистическая оценка субъективной назальной обструкции на 14 сутки по  $\chi^2$  в группах сравнения не показала статистически значимого отличия  $\chi^2=0,99$ ,  $df=1$ ,  $p=0,4$ .

Купирование субъективной назальной обструкции – важный симптом для терапии острого ринита, поскольку именно с этим симптомом тесно коррелирует использование пациентами интраназальных деконгестантов ( $g_{кор}=0,999$  в 1-й группе;  $g_{кор}=0,997$  во 2-й группе). В 1-й

группе не использовали интраназальные деконгестанты более 40% пациентов с 5 дня терапии и 75% пациентов – с 6 дня терапии. Во 2-й группе более 40% пациентов перестали использовать интраназальные деконгестанты с 8 дня терапии.

На первом осмотре у большинства детей (PP-выборка) отмечена скорость МЦТ в пределах 0–4 мм/мин, при этом существенных отличий между группами сравнения не выявлено. На втором осмотре отмечено, что большинство детей в 1-й группе демонстрировали скорость МЦТ в диапазоне 5–7 мм/мин, во 2-й группе скорость МЦТ у большинства детей соответствовала диапазону 4–6 мм/мин. Появились участники исследования в 1-й группе, демонстрирующие МЦТ 9 мм/мин (4,2% от числа детей в группе). Отсутствовали в обеих группах участники, демонстрирующие скорость МЦТ 0 мм/мин. Количество детей со скоростью МЦТ на втором осмотре более 5 мм/мин в 1-й группе существенно больше, чем во 2-й группе ( $\chi^2=4,22$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ).

Все пациенты на этапе второго осмотра получали системную терапию мукоактивным фитопрепаратом, который стимулирует секреторную активность желез слизистой оболочки полости носа. Скорость МЦТ зависит не только от морфологической целостности ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа, но также от количества и реологии назального секрета. Действие интраназального деконгестанта проявляется за счет снижения кровотока в слизистой оболочке полости носа, что оказывает неблагоприятное угнетающее влияние, в том числе на железы слизистой оболочки полости носа. Снижение активности слизистых желез существенно сказывается на скорости МЦТ (замедляет МЦТ). Согласно полученным данным гипоксия слизистой оболочки полости носа под действием интраназального деконгестанта нивелирует эффект принимаемого мукоактивного лекарства, стимулирующего работу слизистых желез. Наблюдаемое статистически достоверное большее количество пациентов с восстановившейся скоростью МЦТ на 5 день наблюдения в 1-й группе можно объяснить как прямым протекторным действием препарата Сиалор, так и опосредованным эффектом препарата Сиалор – за счет меньшего использования деконгестантов с 1 дня терапии.

На третьем осмотре усредненные показатели скорости МЦТ определены в 1-й группе, как 6,59±0,91 мм/мин, во 2-й группе – 5,95±2,19 мм/мин. Таким образом, на фоне ОИР у детей наблюдалась тенденция к замедлению скорости МЦТ, вплоть до полной остановки МЦТ в передних отделах полости носа. По мере выздоровления усредненный показатель скорости МЦТ увеличивался. Значимые отличия в группах сравнения определены для МЦТ на втором осмотре, когда все дети из 2-й группы (100%) получали интраназально деконгестанты. Местное прямое действие деконгестантов нивелирует эффективность мукоактивного препарата, который пациенты получали системно для активации работы слизистых желез. Исход заболева-

Таблица. Доля пациентов с субъективной назальной обструкцией, %

Группа	5 день	6 день	7 день
1 группа (n=24)	54,6	25,2	8,4
2 группа (n=24)	92,4	75,6	63,0
Характеристика статистического критерия	$\chi^2=6,64$ , $df=1$ , $p<0,01$	$\chi^2=6,71$ , $df=1$ , $p<0,01$	$\chi^2=6,78$ , $df=1$ , $p<0,01$
Diff C-T, %	-37,8	-50,4	-54,6

ния на 14 день лечения по независимой оценке врача и законного представителя – выздоровление во всех случаях наблюдения.

Сочетанное применение препарата Сиалор с топическими деконгестантами, иммуномодулирующими препаратами, антипиретиками и аскорбиновой кислотой не привело к клинически выявляемым реакциям фармакологической несовместимости или антагонистическому действию.

По Стандарту терапии ОРВИ врач широко назначает пациентам с ОИР, возникшем как часть респираторной инфекции дыхательных путей, мукоактивные препараты. В нашем исследовании мы следовали Стандарту, и в комплексе терапии пациенты получали мукоактивный фитопрепарат. Однако деконгестанты сокращают эффективность мукоактивных препаратов в виду того, что уменьшают кровоток в слизистой оболочке полости носа и угнетают активность слизистых желез. Опосредованно, через сокращение использования интраназальных деконгестантов, препарат Сиалор достоверно создал наилучшие условия для реализации эффективности мукоактивных препаратов, что

подтверждено существенным улучшением МЦТ в группах исследования на 5 день наблюдения. Также нельзя исключить, что препарат Сиалор непосредственно обладает цитопротекторным действием на реснитчатый эпителий в условиях инфекционного воспаления.

## Выводы

Сиалор, таблетки для приготовления раствора, 200 мг (с использованием флакона и насадки-распылителя) в комбинации с топическими деконгестантами эффективен и безопасен в лечении острого ринита, развившегося как часть острой инфекции верхних дыхательных путей.

Местное применение лекарственного препарата Сиалор с 3 дня терапии способствует сокращению потребности использования интраназальных деконгестантов в местной терапии острого ринита, развившегося как часть острой респираторной инфекции верхних дыхательных путей. ■

*Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.*

## Литература

1. Русецкий Ю.Ю., Малявина У.С., Латышева Е.Н. и др. Жизнь после ЕРОС: сравнительный анализ современных рекомендательных документов по диагностике и лечению острых риносинуситов у детей. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2017;96(2):81–9.
2. Рязанцев С.В., Фанта И.В., Павлова С.С. Патогенетическая терапия риносинуситов в практике врача-оториноларинголога. Медицинский совет. 2019;6:68–73.
3. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Теплова Е.О. Клинический подход к выбору топических деконгестантов в детской оториноларингологической практике. Медицинский совет. 2019;2:168–72.
4. Карпова Е.П., Вагина Е.Е. Лечение острого риносинусита у детей. Вопросы практической педиатрии. 2015;10(5):61–7.
5. Рязанцев С.В., Павлова С.С. Затрудненное носовое дыхание в практике оториноларинголога: чем помочь? Российская оториноларингология. 2020;19(2/105):107–15.
6. Гаращенко Т.И., Бойкова Н.Э., Зеленкин Е.М. Выбор сосудосуживающих препаратов при риносинуситах у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016;61(3):124–31.
7. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю. и др. Применение топической терапии в лечении риносинусита у детей. Русский медицинский журнал. 2017;25(19):1357–9.
8. Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Карпова Е.П., Рязанцев С.В. и др. Современные тенденции и проблемы безопасности применения деконгестантов в детском возрасте. Резолюция совета экспертов. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2018;1:32–5.
9. Пшеничная Е.В., Дудчак А.П., Усенко Н.А. Деконгестанты и их побочные действия в лечении острого ринита у детей (клинический пример). Мать и дитя в Кузбассе. 2018;3(74):50–3.
10. Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Петренко Л.Л., Бабич В.Л. Место назальных деконгестантов в лечении острых инфекционных риносинуситов у детей. Здоровье ребенка. 2018;13(7):691–7.
11. Кривопапов А.А., Рязанцев С.В., Шамкина П.А. Комплексная терапия острого инфекционного ринита. Медицинский совет. 2019;8:38–42.
12. Карпова Е.П., Воробьева М.П., Тулупов Д.А. Возможности применения деконгестантов у детей. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2018;1:43–5.
13. Мальцева Г.С., Будковая М.А. Обоснование патогенетических аспектов и клинического применения топических деконгестантов. Consilium Medicum. 2016;18(11):49–54.

## Об авторах

■ **КИСЕЛЕВ Алексей Борисович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск.

■ **ЧАУКИНА Виктория Александровна**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск. Автор, ответственный за переписку. E-mail: vict.chau@mail.ru.

■ **АНДАМОВА Ольга Владимировна**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск.

■ **АВТУШКО Александр Сергеевич**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск.

■ **ГАРШИНА Евгения Владимировна**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск.



# Принципы лечения острого ринита у детей с респираторной аллергией

В.А. Белов<sup>1,2</sup>, Е.П. Карпова<sup>1</sup>, А.И. Асманов<sup>2</sup>, О.Г. Наумов<sup>1</sup>, А.А. Трошина<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», кафедра детской оториноларингологии им. проф. Б.В. Шеврыгина, г. Москва

<sup>2</sup> Институт педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», г. Москва

*У детей с различными аллергическими заболеваниями, как правило, отмечается более высокая восприимчивость к острым респираторным инфекциям, склонность к рецидивирующему течению. Вирусное и бактериальное воспаление благоприятствует обострению клинических симптомов аллергии, что усугубляет течение заболевания. В статье представлены особенности этиологических факторов, клинической картины при сочетании острого и аллергического ринита у детей. Освещены основные терапевтические возможности и алгоритмы для лечения этих состояний.*

Ринит является частой проблемой в детском и подростковом возрасте и негативно сказывается как на физическом, так и на психологическом состоянии ребенка. Группа ринитов в детском возрасте неоднородна. Чаще всего мы встречаемся с острым ринитом, который является одним из самых распространенных проявлений острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей. Поражение слизистой оболочки полости носа имеет место в 70,7% случаев ОРИ [1].

Наряду с острыми ринитами, в клинической практике мы часто сталкиваемся с аллергическими поражениями слизистой носа. В ряде стран более 50% населения имеют клинические проявления аллергического ринита (АР). Больные АР составляют 23–30% популяции в Западной Европе и 12–30% в США [2, 3]. Согласно отечественным данным, распространенность АР в России по разным регионам составляет 10–40% от всей детской популяции [4]. Частота встречаемости различных вариантов ринита у детей зависит от возраста. Наиболее часто АР возникает в возрасте 2–3 лет. До 6-летнего возраста АР начинается у 70% больных, но, к сожалению, у половины из них правильный диагноз ставится лишь через 5–6 лет от начала заболевания и необоснованно назначается антибактериальная терапия [1, 5]. К этому возрасту у большинства детей иммунологические параметры уже близки к уровню взрослых. Иммунная система ребенка имеет достаточный персональный опыт по организации специфической защиты от естественной локальной и системной инфекции, а также иммунного ответа на вакцинные препараты. Обычно к этому возрасту четко формируется группа часто и длительно болеющих респираторной патологией детей.

Следует отметить, что у детей с различными аллергическими заболеваниями отмечается более высокая восприимчивость к острым респираторным инфекциям, склон-

ность к рецидивирующему течению респираторных инфекций. Вирусное и бактериальное воспаление благоприятствует обострению клинических симптомов аллергии, что в совокупности приводит к более тяжелому течению воспалительных проявлений, в том числе острого ринита. Это обусловлено особенностями иммунного ответа при аллергических заболеваниях [6–8].

В основе развития аллергических болезней лежат иммунологические механизмы, среди которых доминирует немедленный, реакциозависимый тип аллергических реакций. Запуск иммунологических реакций возможен при наличии атопии (склонности организма к выработке повышенного уровня IgE). Этот признак генетически детерминирован. В целом следует отметить, что предрасположенность к атопии наследуется как полигенный признак, хотя имеются сообщения о моногенном аутосомнодоминантном типе наследования [5, 9]. Не менее важным, а иногда определяющим для развития заболевания является присутствие антигенов во внешней среде. Именно антигенные детерминанты различных аллергенов (пыльца растений, домашняя пыль, эпидермальные аллергены животных, плесневые грибы и т.д.) потенцируют развитие пролиферативного ответа с выработкой специфических реагинов, что приводит к запуску каскада реакций гиперчувствительности I типа.

При аллергических заболеваниях имеет место дисбаланс выработки цитокинов, обусловленный превалированием Th2 клона лимфоцитов (Т-хелперов 2-го типа) и относительным снижением активности Th1-клона (Т-хелперов 1-го типа). В настоящее время именно Т-хелперным лимфоцитам 2-го типа отводится ключевая роль в возникновении и поддержании хронического аллергического воспаления [2, 10].

Th1 продуцируют интерферон, интерлейкин-2 и занимают центральное место в клеточном иммунном ответе.



*Наиболее часто аллергический ринит возникает в возрасте 2–3 лет. До 6-летнего возраста аллергический ринит начинается у 70% больных, но половины из них правильный диагноз ставится лишь через 5–6 лет от начала заболевания и необоснованно назначается антибактериальная терапия.*

Генерация Th 1-го типа не принимает участия в развитии аллергических заболеваний и преобладает у здоровых лиц без признаков атопии. Второй тип клеток (Th2) преимущественно продуцирует интерлейкин-4 и интерлейкин-5 и принимает непосредственное участие в развитии иммунного ответа аллергического типа. Этот подкласс клеток способен к выработке целого спектра цитокинов, осуществляющих межклеточное взаимодействие, что приводит в дальнейшем к развитию и созреванию эозинофилов, базофилов и тучных клеток. Интерлейкин-4, секретируемый Th2 лимфоцитами, является промотером синтеза IgE. Именно реагены (IgE) способны фиксироваться к поверхности тучных клеток, расположенных во всех органах и тканях, а также к поверхности базофильных лейкоцитов, циркулирующих в крови. Соединение аллергена с IgE, фиксированном на тучных клетках и базофилах, является сильным возбуждающим стимулом для этих клеток. Известно, что при аллергических заболеваниях имеет место дисбаланс в системе Т-хелперных лимфоцитов с превалированием субпопуляции Т-хелперных лимфоцитов 2-го типа (Th2) и относительным снижением активности популяции Т-хелперных лимфоцитов 1-го типа (Th1). В свою очередь снижение интенсивности синтеза интерферона (ИФН), концентрация которого во многом определяет тяжесть течения atopического заболевания, способствует снижению противовирусной и противомикробной защиты. Это в значительной степени объясняет склонность больных аллергией к частым ОРВИ. Безусловно, все эти факты могут играть важную роль в повышении восприимчивости пациентов к вирусной и вирусно-бактериальной инфекции [2, 3, 10].

При контакте с возбудителями вирусных инфекций у пациентов, склонных к аллергическим реакциям, может наступить усиление выраженности аллергических симптомов, т.к. респираторные вирусы обладают способностью

индуцировать образование специфических IgE-антител. В результате сенсибилизации у детей с АР может возникать обострение этого хронического заболевания.

У больных с аллергией в организме имеет место постоянный уровень минимального аллергического воспаления. Минимальное персистирующее воспаление (Minimal Persistent Inflammation, MPI) может быть определено как воспалительный процесс, который постоянно протекает (даже при отсутствии симптоматики) у пациентов с аллергией, подвергающихся воздействию аллергенов. Минимальное персистирующее воспаление характеризуется инфильтрацией тканей «воспалительными клетками» (эозинофилами и нейтрофилами), а также экспрессией (активацией) молекул межклеточной адгезии (ICAM-1). В свою очередь молекулы ICAM-1 служат рецепторами для большой группы риновирусов (до 90%), которые используют межклеточные адгезивные молекулы для пенетрации (проникновения) в эпителиальные клетки человека. Минимальное персистирующее воспаление у детей, склонных к аллергии, не выражается в каких-то ярких клинических проявлениях. Однако при попадании в организм аллергена или возбудителя ОРВИ воспалительный процесс активируется [7, 11].

Таким образом, у пациентов формируется «порочный круг»: склонность к аллергии способствует внедрению респираторных вирусов, а затем вирусы благоприятствуют развитию клинических симптомов аллергии. Все это, безусловно, необходимо учитывать при назначении терапии.

### Особенности терапевтической тактики

Основные принципы лечения острого ринита у больных с аллергией предусматривают инициацию или продолжение базисной противовоспалительной терапии АР или других аллергических заболеваний. Наряду с этим сегодня для лечения ОРВИ в распоряжении врача имеется большой арсенал этиотропных препаратов, применение которых позволяет сократить длительность и снизить тяжесть инфекционного процесса. Однако следует помнить о возможности возникновения аллергических реакций у детей с АР и другими аллергическими заболеваниями, особенно при использовании сиропов.

Для лечения ОРВИ могут быть использованы противовирусные средства, интерфероны и их индукторы. Противовирусные химиотерапевтические средства обладают специфичностью в отношении подавления репродукции вирусных агентов, однако узкий спектр действия, возрастные ограничения, отсутствие возможностей выявления этиологии вирусного заболевания у ребенка значительно сокращают область их применения.

**Элиминационные мероприятия.** Элиминация (удаление) причинно-значимых аллергенов относится к этиопатогенетическим методам лечения АР. Особенно значимы эти мероприятия во время обострения воспалительного процесса. Устранять причинно-значимые ингаляционные аллергены достаточно трудно. Однако даже частичное выполнение мер, элиминирующих аллерген, может облегчить течение заболевания, уменьшить потребность в лекарствах.

Ирригационно-элиминационная терапия – это первый этап в лечении не только АР, но и практически любого заболевания верхних отделов дыхательных путей. Ирригационно-элиминационная терапия позволяет удалить большую часть вирусов, бактерий, аллергенов и других микрочастиц с поверхности слизистой оболочки полости носа и носоглотки, устраняя тем самым причину воспалительного процесса. Также доказано, что изотоническая и слабогипертоническая концентрация микроэлементов морской воды улучшает мукоцилиарный транспорт путем

ускорения репаративных процессов поврежденного вирусом мерцательного эпителия полости носа, активации биения ресничек и нормализации работы бокаловидных клеток [12]. В настоящее время используют средства на основе солевых растворов различной концентрации: гипотонический, изотонический и гипертонический.

**Барьерные методы.** Барьерные методы имеют определенные преимущества для профилактики обострений АР. Представляют собой мелкодисперсный порошок целлюлозы, который при попадании в полость носа связывается со слизью и формирует на слизистой оболочке гелеобразный слой. Препараты обладают барьерной и элиминирующей функциями, образуют защитный стабилизирующий слой на поверхности слизистой оболочки, препятствуют проникновению аллергенов, восстанавливают мукоцилиарный клиренс, нормализуют функции реснитчатого эпителия.

Таким образом, для успешного лечения острого и АР необходимо соблюдение всего комплекса элиминационных и фармакологических мероприятий.

**Антигистаминные препараты.** Прием антигистаминных препаратов первого поколения при АР ограничен их седативным и антихолинэргическим эффектами. Длительность их применения составляет 7–14 дней из-за снижения терапевтической эффективности.

Антигистаминные средства второго поколения не обладают побочными эффектами, характерными для антигистаминных препаратов первого поколения. Они могут использоваться более длительными курсами (от 14 до 28 дней и более) из-за отсутствия тахифилаксии. Эта группа препаратов действует от 12 до 24 часов, что позволяет назначать их 1–2 раза в сутки. Они оказывают выраженное действие и на коморбидные заболевания, такие как конъюнктивит и кожные проявления аллергии.

**Топические (назальные) антигистаминные препараты.** Используются азеластин и левокабастин для местного применения. Они характеризуются быстрым началом действия (<15 минут) и оказывают только местный эффект. Их рекомендуется назначать при легких формах заболевания. Препараты применяются у детей старше 5 лет в форме назального спрея. С успехом применяется комбинированные препараты, содержащие местные антигистаминный препарат – диметинден и сосудосуживающее средство – фенилэфрин гидрохлорид.

**Блокаторы лейкотриеновых рецепторов.** Цистенил-лейкотриены являются эндогенными медиаторами воспаления и играют важную роль в аллергических заболеваниях дыхательных путей, стимулируя бронхоспазм, выработку слизи, отек и воспаление слизистой оболочки, инфильтрацию дыхательных путей эозинофилами и созревание дендритных клеток. Роль цистенил-лейкотриенов в развитии аллергического процесса хорошо доказана. Они участвуют в развитии как ранней, так и поздней фазы ответа.

**Интраназальные глюкокортикостероиды.** Это самые эффективные средства лечения АР. При интраназальном их применении в слизистой оболочке носа создается высокая концентрация лекарственного вещества, а риск развития системных нежелательных эффектов минимальный по сравнению с пероральным применением кортикостероидов. Эффективность данных лекарственных средств обусловлена их противовоспалительным, противоаллергическим и противоотечным действием. При этом ингибируется пролиферация тучных клеток, эозинофилов, лимфоцитов, макрофагов и нейтрофилов, что сопровождается значительным уменьшением выработки медиаторов воспаления.

**Деконгестанты.** Деконгестанты делятся на две основные группы: для системного и топического применения,

причем некоторые из них (фенилэфрин, эпинефрин и др.) могут использоваться как местно (носовые капли и аэрозоли), так и системно. Короткие (не более 10 дней) курсы лечения топическими деконгестантами назначают для уменьшения сильной заложенности носа при обострении АР и для обеспечения доставки других препаратов (интраназальных антигистаминных и кортикостероидных средств). Они не оказывают влияния на зуд и чихание.

Деконгестанты принимают участие в регуляции тонуса кровеносных сосудов, их действие направлено на ткани с интенсивным кровоснабжением, имеющие богатую симпатическую иннервацию, в частности, на слизистую оболочку полости носа, в стенках сосудов которой присутствуют различные рецепторы симпатической нервной системы. Так,  $\alpha_2$ -адренорецепторы регулируют объем сосудистой сети носовых раковин, а  $\beta_2$ -адренорецепторы способны изменять интенсивность кровотока в слизистой оболочке. Основная функция в реализации симпатических стимулов в полости носа принадлежит  $\alpha_2$ -адренорецепторам и в меньшей степени  $\alpha_1$ - и  $\beta_2$ -адренорецепторам.

По механизму действия деконгестанты являются адреномиметиками и действуют преимущественно на постсинаптические  $\alpha$ -адренорецепторы. Поэтому большая часть топических деконгестантов – это селективные  $\alpha_2$ -адреномиметики. Существует несколько механизмов, при помощи которых деконгестанты осуществляют свой эффект. Первый из них – непосредственная стимуляция  $\alpha$ -адренорецепторов. Второй – за счет непрямого воздействия на выделение норадреналина и замедление процесса его распада. Соответственно, активность отдельных деконгестантов определяется тремя основными факторами:

- аффинностью к конкретным видам рецепторов;
- действием на процесс захвата норадреналина рецепторами;

*При попадании на слизистую оболочку носа грудного ребенка взрослой дозы сосудосуживающего препарата он получит дозу выше, чем взрослый.*

*Вследствие передозировки могут наблюдаться такие побочные явления, как повышение артериального давления, тремор, судороги.*





- участием в процессе распада (утилизации) норадреналина.

К  $\alpha_1$ -адреномиметикам относятся фенилэфрин, фенилэфрин гидрохлорид, фенилэфрин гидрохлорид+диметинден. К  $\alpha_2$ -адреномиметикам относятся ксилометазолин, оксиметазолин, нафозолин, тетразолин.

При всех видах ринита вследствие воспалительных изменений слизистой оболочки верхних дыхательных путей отмечается нарушение нормальной механики дыхания, т.к. сопротивление потоку воздуха в полости носа повышается. Быстрое восстановление проходимости верхнего отдела дыхательного тракта является одним из основополагающих принципов лечения разных видов ринитов.

Поскольку в момент обращения за медицинской помощью больные, как правило, имеют достаточно яркие клинические проявления в виде заложенности носа и ринореи, то перед врачом встает задача быстрого и эффективного купирования вышеперечисленных симптомов. Безусловно, препаратами выбора в данной ситуации являются группа деконгестантов. Следует отметить, что в последние годы при ринитах у детей не рекомендуют применять сосудосуживающие препараты короткого действия (эфедрин, нафазолин, тетризолин). Это связано с тем, что после применения сосудосуживающих препаратов короткого действия наблюдается так называемый возвратный отек слизистой оболочки носа. Предпочтение отдается сосудосуживающим препаратам более длительного действия, что позволяет снизить кратность назначения. Чрезвычайно важным представляется факт того, что относительная площадь слизистой оболочки носа у детей значительно больше, чем

у взрослых. При попадании на слизистую оболочку носа грудного ребенка взрослой дозы сосудосуживающего препарата он получит дозу выше, чем взрослый. Вследствие передозировки могут наблюдаться такие побочные явления, как повышение артериального давления, тремор, судороги. Поэтому сосудосуживающие препараты у детей, особенно младшего возраста, должны применяться с осторожностью, в минимальных дозах [12].

Острые респираторные вирусные инфекции – наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить, какова предполагаемая длительность имеющихся симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств [13].

Таким образом, терапевтические подходы для лечения остро ринита у детей должны учитывать наличие и активность сопутствующих атопических состояний. Применение тактики ведения пациентов с учетом не только оправданной противовирусной и симптоматической терапии, но и базового противоаллергического лечения, как правило, приводит к уменьшению продолжительности и тяжести заболеваний, снижает вероятность осложнений, что в результате способствует улучшению качества жизни пациентов. ■

*Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.*

## Литература

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Учебник для студентов медицинских вузов. М.: ГЭОТАР -Медиа, 2014. 498 с.
2. Schuler Iv C.F., Montejo J.M. Allergic Rhinitis in Children and Adolescents. *Pediatr. Clin. North Am.* 2019;66(5):981–93.
3. Клинические рекомендации. Аллергический ринит. Москва, 2021.
4. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Местная терапия инфекционных осложнений аллергического ринита у детей. *Вестник оториноларингологии.* 2013;5:73–6.
5. Roberts G., Hatzipsalti M., Borrego L., Custovic A. et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2013;68:1102–16.
6. Тарасова Г.Д., Гаращенко Т.И., Сапожников Я.М. Аллергический ринит в детской практике. *Медицинский совет.* 2019;17:192–6.
7. Зайцева О.В. Острые респираторные инфекции у детей с аллергией: проблемы выбора антибактериального препарата. *Вопросы современной педиатрии.* 2013;12(1):131–5.
8. Liva G.A., Karatzanis A.D., Prokopakis E.P. Review of Rhinitis: Classification, Types, Pathophysiology. *J. Clin. Med.* 2021;10(14):3183.
9. Асманов А.И., Пивнева Н.Д. Острый ринит у детей: тактика лечения и диагностики. *Практика педиатра.* 2017;4:67–70.
10. Белов В.А. Основные принципы терапии аллергического ринита в педиатрической практике. *Медицинский совет.* 2017;9:103–7.
11. Edwards M.R., Strong K., Cameron A., Walton R.P., Jackson D.J., Johnston S.L. Viral infections in allergy and immunology: How allergic inflammation influences viral infections and illness. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2017;140(4):909–20.
12. Тулупов Д.А. Острый ринит у детей. *Вопросы современной педиатрии.* 2012;11(5):124–8.
13. Клинические рекомендации. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей. Москва, 2021.

## Об авторах

■ **БЕЛОВ Владимир Алексеевич**, к.м.н., ассистент кафедры детской оториноларингологии им. проф. Б.В. Шеврыгина ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», г. Москва. Автор, ответственный за переписку. E-mail: detlor.rmanpo@yandex.ru.

■ **КАРПОВА Елена Петровна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской оториноларингологии им. проф. Б.В. Шеврыгина ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», г. Москва.

■ **АСМАНОВ Алан Исмаилович**, к.м.н., руководитель ЛОР-отдела НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», г. Москва.

■ **НАУМОВ Олег Геннадьевич**, к.м.н., доцент, зав. учебной частью кафедры детской оториноларингологии им. проф. Б.В. Шеврыгина ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», г. Москва.

# Эктопия щитовидной железы у ребенка 11 лет

Дж.С. Джалилов, В.М. Панахиан, Дж.Л. Гасымов, А.Дж. Суджаддинова  
Азербайджанский медицинский университет, учебно-хирургическая клиника,  
кафедра оториноларингологии, г. Баку, Азербайджанская Республика

*Авторы статьи приводят собственное наблюдение пациента в возрасте 11 лет с эктопией щитовидной железы в области корня языка, являющейся редкой патологией в повседневной практике оториноларингологов. Описаны клинические проявления, диагностика, а также схема лечения пациента.*

Одной из причин, вызывающих гипотиреоз у детей разных возрастных групп, являются пороки развития щитовидной железы, в частности атипичное расположение щитовидной железы – эктопия. Первый случай эктопии щитовидной железы, расположенной у корня языка, был описан в 1869 году Хикманом (Nickman). Около 70% больных с эктопией в области корня языка имеют бессимптомный гипотериоз [1]. При сильных нагрузках запускается процесс прогрессирования данной патологии.

В период эмбрионального развития щитовидная железа сначала образуется у основания языка, а впоследствии опускается под щитовидный хрящ. Если этот процесс нарушается, эктопия щитовидной железы может расположиться в любой точке этого пути развития [2, 3].

Приводим случай пациента с эктопией щитовидной железы в области корня языка.

## Клиническое наблюдение

Больной 11 лет обратился в клинический отдел кафедры оториноларингологии Азербайджанского медицинского университета с жалобами на затрудненное глотание, чувство инородного тела, рвотный рефлекс, головные боли, пониженный аппетит, сонливость и слабость.

Анамнез: со слов родителей, данное состояние у ребенка наблюдалось в последние 2 месяца. Ранее жалобы, которые предъявлялись ребенком, сводились лишь к чувству инородного тела в глотке. На первых порах родители к врачам не обращались, но после нарастания дисфагии консультация со специалистом стала необходимой.

Объективно: ребенок худощавый, рост соответствует возрасту, кожа сухая, при пальпации шеи щитовидная железа не определяется.

Раскрытие полости рта свободное, безболезненное. В области корня языка определяется объемное образование круглой формы, с широким основанием, полумяжкой консистенцией (рис. 1, 2). Слизистая оболочка над образованием истончена. Под слизистой оболочкой отчетливо обзримая сосудистая сеть. Пальпация безболезненна. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено.

Больному было проведено УЗИ щитовидной железы (рис. 3). При УЗИ в привычном месте щитовидная железа

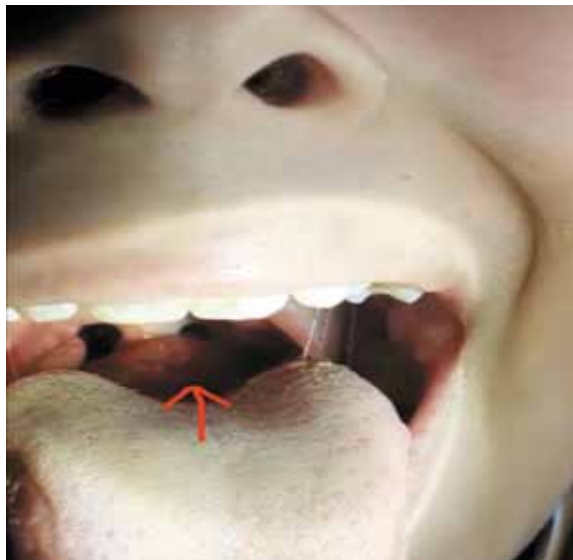


Рисунок 1. Эктопированная щитовидная железа



Рисунок 2. Эктопированная щитовидная железа. 1 – надгортанник, 2 – эктопированная щитовидная железа, 3 – язычок



Рисунок 3. Агенезия щитовидной железы



Рисунок 4. Вид больного после лечения (уменьшенная щитовидная железа)

не была выявлена. Это признаки агенезии щитовидной железы.

Пациент проконсультирован эндокринологом, была определена концентрация гормонов в крови. Уровень концентрации ТТГ увеличен в 3 раза, Т3-Т4 – в пределах нормы.

Больному назначено медикаментозное лечение в течение 2 месяцев (эутирокс 25 мкг).

При повторном осмотре: размеры эктопированной железы уменьшились (рис. 4), прием пищи улучшился. После консультации врачей (эндокринолог, оториноларинголог) было решено проводить дальнейшее наблюдение пациента.

### Заключение

Эктопия щитовидной железы – редко встречаемая патология в повседневной практике ЛОР-врачей. Лучевые методы исследования играют важную роль в диагностике.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими патологиями, которые тоже могут встречаться у корня языка (тиреоглоссальная киста, гипертрофия язычной миндалины, новообразования). ■

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

## Литература

1. Альмяшев А.З. Эктопированная щитовидная железа: обзор литературы и анализ клинического наблюдения. Опухоли головы и шеи. 2013;4:10–4.
2. Безруков О.Ф., Зима Д.В., Михайличенко В.Ю., Хабаров О.Р. Абберантный зуб (клинические наблюдения). Практическая медицина. 2019;17(4):170–3.
3. Ключихин А.Л., Чистяков А.Л., Кулешов Б.Ю. Клинический случай эктопии щитовидной железы в корень языка. Российская оториноларингология. 2015;2(75):38–40.

## Об авторах

■ **ДЖАЛИЛОВ Джаббар Саттар оглы**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии, Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджанская Республика.

■ **ПАНАХИАН Вафа Мустафа оглы**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии, Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджанская Республика.

■ **ГАСЫМОВ Джахангир Лятиф оглы**, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджанская Республика.

■ **СУДЖАДИНОВА Айнур Джахангир кызы**, ассистент кафедры оториноларингологии, Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Азербайджанская Республика.



# Геделикс®

Помощь  
от кашля  
при  
вирусном  
бронхите



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

# Сиалор®



СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА  
ПРОТЕИНАТА СЕРЕБРА<sup>1</sup>  
ПРИ ЗАТЯЖНОМ  
НАСМОРКЕ

На правах рекламы



- ПОДАВЛЯЕТ РАЗМНОЖЕНИЕ БАКТЕРИЙ И ГРИБОВ<sup>2</sup>
- ОТСУТСТВУЕТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ БАКТЕРИЙ<sup>3</sup>
- СОХРАНЯЕТ СОБСТВЕННЫЙ МИКРОБИОМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА<sup>2,4</sup>

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

<sup>1</sup> Новая лекарственная форма протеината серебра для симптоматического лечения назофарингита, синусита, острого ринита среди назальных лекарственных препаратов «ПФК Обновление» с июля 2018 г.

<sup>2</sup> Еремеева К.В., Петрова Е.И., Сливущикин В.М. Протеинат серебра в ЛОР-практике: новое – это хорошо забытое старое? // РМЖ. 2015. № 23. С. 1381-1383.

<sup>3</sup> Савин Е.И., Субботина Т.И., Хадарцев А.А., Хренов П.А., Честнова Т.В., Бузулуков Ю.П., Анциферова А.Н. Экспериментальное исследование антибактериальной активности наночастиц серебра на модели перитонита и менингоэнцефалита in vivo // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. № 1. С. 2-21.

<sup>4</sup> Киселев А. Б., Абдулкеримов Х. Т., Терскова Н. Е., Чаукина В. А. Клиническая эффективность лекарственного средства 200 мг протеината серебра в комплексной терапии острого инфекционного ринита у детей, возникшего как часть острой респираторной инфекции // Российская оториноларингология. 2021. № 20 (4). С. 88-95.

Полную информацию смотрите в инструкции по медицинскому применению препарата «Сиалор» № РУ ЛП-004958 от 27.07.2018 г.

**ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**