



Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ, Е.К. ОНУФРИЕВА, С.Ф. ГАСПАРЯН, А.М. СТЕКЛОВ, Н.В. ЩЕПИН, С.Н. ПОПОВА
Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Детская городская клиническая больница св. Владимира, г. Москва

Эффективность препарата «Ринорин» в комплексном лечении хронического аденоидита у детей

Солдатский Юрий Львович

доктор медицинских наук, профессор, научная группа при кафедре болезней уха, горла и носа
107014, г. Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3. ДГКБ св. Владимира, тел. (499) 268-83-81, ysoldatsky@mail.ru

В работе анализируется эффективность лечения хронического аденоидита у детей при помощи комплексного препарата «Ринорин» (Орион, Финляндия) по сравнению с традиционными методами лечения как с использованием, так и без применения ирригационной терапии. Полученные результаты показывают, что применение в комплексном лечении хронического аденоидита препарата «Ринорин» значительно повышает ее эффективность, существенно уменьшая выраженность клинической симптоматики и способствуя уменьшению частоты рецидивов заболевания. При этом использование современного комплексного препарата «Ринорин» благодаря удобству применения оценивается пациентами значительно выше по сравнению с традиционными препаратами и повышает комплаентность.

Ключевые слова: дети, хронический аденоидит, лечение, ринорин.

J.L. SOLDATSKY, E.K. ONUFRIEVA, S.F. GASPARIAN, A.M. STEKLOV, N.V. SHCHEPIN, S.N. POPOVA
First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov
Children`s Clinical Hospital of St. Vladimir, Moscow

Effectiveness of Rinorin in treatment of chronic adenoiditis in children

It was analyzed the effectiveness of the treatment of chronic adenoiditis in children with complex preparation Rinorin (Orion, Finland) as compared with conventional treatments, as with or without the use of irrigation treatment. The results show that the use in treatment of chronic adenoiditis, drug Rinorin greatly increases its efficiency, significantly reducing the severity of clinical symptoms and helping to reduce the frequency of relapses. In this case, the use of modern complex preparation Rinorin, thanks to convenience of application, patients estimated to be significantly higher compared with conventional therapy and improve compliance.

Keywords: children, chronic adenoids, treatment, rinorin.

615.03: 616.323-007.61-053.2

Хронический аденоидит — хроническое воспалительное полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины, часто протекающее на фоне ее гиперплазии, проявляющееся частыми насморками, затруднением носового дыхания и способствующее развитию воспалительной патологии носа, околоносовых пазух, уха и нижних дыхательных путей, деформации лицевого скелета и др. [1, 2]. Гипертрофия глоточной миндалины и хронический аденоидит являются одними из наиболее распространенных заболеваний детского возраста. По данным профилактического осмотра, эту патологию выявляют у 35,3% детей в возрасте до 7 лет [3]. Хронический аденоидит сопутствует хроническим и рецидивирующим заболева-

ниям бронхолегочной системы у 50% детей с этой патологией, а у 40% детей выявляют так же и синусит [4]. Кроме того, в детском возрасте к развитию хронического аденоидита может приводить кислото-зависимая патология желудочно-кишечного тракта, широко распространенная в развитых странах: воспаление глоточной миндалины сопутствует ГЭРБ у 70% детей [5, 6].

Существующие методы лечения подразделяют на хирургические и консервативные. При выборе метода лечения необходимо учитывать, что глоточная миндалина является вторичным периферическим органом иммунной системы и обладает уникальной структурной организацией, позволяющей не только функционировать в качестве иммунного барьера, но



и осуществлять лимфопоз, обеспечивая слизистую оболочку верхних и нижних дыхательных путей иммунокомпетентными клетками. Активное участие глоточной миндалины в онтогенетическом становлении иммунитета определяет бережное отношение к органу. В связи с этим при хроническом аденоидите, даже сопровождающемся стойким нарушением носового дыхания, целесообразно проведение комплексной консервативной терапии, включающей ирригационные методы лечения, антисептические препараты, антибактериальные препараты, муколитики, топические глюкокортикоиды, иммуномодуляторы, фитопрепараты, комплексные гомеопатические средства, физиотерапию и т.д. [7].

Целесообразность применения ирригационной терапии обусловлена не только необходимостью элиминации антигенов со слизистой оболочки. В последние годы многочисленные исследования показали, что бактериальные ассоциации таких значимых в развитии хронического аденоидита микроорганизмов, как *S.aureus*, *Str.pneumoniae* и *Ps.aeruginosa*, образуют так называемые биопленки, на порядок повышающие резистентность бактерий к антибактериальным препаратам, способствуя персистенции воспаления. Биопленки обнаруживают у 85% детей, страдающих хроническим воспалением глоточной миндалины [8]. Биопленки покрывают в среднем 93,5% поверхности аденоидных вегетаций у пациентов, страдающих хроническим аденоидитом в сочетании с рецидивирующими острыми средними отитами, что статистически достоверно выше ($p < 0,0001$) по сравнению с детьми, страдающих синдромом обструктивного апноэ во сне, обусловленным гипертрофией аденоидных вегетаций без рецидивирующих отитов, у которых биопленками покрыто в среднем лишь 1% поверхности глоточной миндалины [9]. Необходимо также учитывать, что в педиатрической практике на сегодняшний день доказана эффективность ирригационной терапии только изотоническими соляными растворами [1].

При назначении комплексной терапии, особенно в педиатрии, необходимо помнить о снижении комплаентности лечения при увеличении числа рекомендуемых препаратов. Поэтому целесообразно, по возможности, назначать препараты, оказывающие комплексное воздействие. Одним из таких средств, предназначенных для ирригационной терапии, является препарат «Ринорин» (Орион, Финляндия). Помимо солей натрия, калия и кальция хлорида, создающих изотоничность раствора, в состав препарата «Ринорин» входит бензалкония хлорид, который, нарушая целостность клеточных мембран микроорганизмов, обладает широким спектром антимикробной и противогрибковой активности, а также замедляет размножение вирусов. Наряду с присущей ему антибактериальной активностью бензалкония хлорид оказывает неблагоприятное влияние на клеточное дыхание бактерий, которое, вероятно, обусловлено разобщением окислительного фосфорилирования. Эта способность в дальнейшем позволяет добиться разрушения и элиминации биологических пленок, представляющих определенную проблему у пациентов с хроническими бактериальными заболеваниями.

Цель работы:

Изучить эффективность лечения хронического аденоидита у детей при помощи комплексного препаратом «Ринорин».

Пациенты и методы:

Критериями включения в исследование являлись клинико-анамнестические данные хронического аденоидита: наличие характерных жалоб (заложенность носа, выделения из носа, ощущение стекания слизи по задней стенке глотки, ночной и утренний кашель); аденоидные вегетации I-II степени, вы-

являемые при помощи эндоскопии; сглаженность и гиперемия слизистой оболочки глоточной миндалины; наличие слизистогнойного экссудата на аденоидах; стекание слизистогнойного отделяемого по задней стенке глотки или его «свисание» из-за мягкого неба; длительность заболевания не менее 1 месяца. Для исследования полости носа и носоглотки использовали жесткие риноскопы «K.Storz» с углом зрения 0° и 30° и педиатрические фибриноларингоскопы «Pentax» FNL-7RP3, диаметром 2,5 мм (осмотр производили при первичном обращении и на завершающем визите).

Критериями исключения являлись: аденоидные вегетации III степени; синдром обструктивного сонного апноэ; необходимость в системной антибактериальной терапии при первичном обращении или в течение проведения исследования; самостоятельно прекращение лечения или неявка на контрольный осмотр.

В исследование было включено 90 детей (44 девочек и 46 мальчиков) в возрасте от 2,5 до 14 лет (средний возраст $5,6 \pm 2,98$ лет), рандомизированных на 3 группы. В 1-ю группу вошло 30 детей (средний возраст $6,0 \pm 3,22$ лет), которые проводили ирригационную терапию препаратом «Ринорин» по 3 дозы (впрыскивания) в каждую половину носа 3 раза в день в течение как минимум 1 месяца. Во 2-ю группу — 30 детей (средний возраст $5,8 \pm 3,0$ лет), которым была назначена ирригационная терапия физиологическим раствором по 3-5 мл в каждую половину носа 3 раза в день в течение как минимум 1 месяца; дополнительно пациентам этой группы назначали эндоназальное введение 2%-ного раствора протеината серебра по 2-3 капли после промывания носа в течение первых 2 недель. Пациентам 3-й группы (средний возраст $5,9 \pm 2,68$ лет) назначали эндоназальное введение 2%-ного раствора протеината серебра по 2-3 капли 3 раза в день в течение 2 недель. По возрасту и полу группы были статистически сопоставимы ($p > 0,05$). Кроме того, всем пациентам в течение 2 недель назначали в возрастной дозировке комбинированный препарат растительного происхождения Синупрет (Бионорика, Германия), обладающий секретолитическим, секретомоторным, противовоспалительным и иммуностимулирующим действием.

Критериями эффективности лечения явились: субъективная оценка (степень заложенности носа, наличие, характер и количество отделяемого), оценивавшаяся пациентом или его родителями с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), где 0 баллов — отсутствие симптома, а 5 баллов — его максимальная выраженность; объективная оценка производилась на основании ринофарингоскопии и эндоскопии носа и носоглотки; наличие или отсутствие рецидива аденоидита. Дополнительно на втором и завершающем визите родители пациентов оценивали комплаентность лечения по 5-балльной ВАШ, где оценке «5 баллов» соответствовало полное удовлетворение назначенной терапией.

Контрольный осмотр производили через 14 дней и 3 месяца после начала лечения.

Результаты:

На момент включения в исследование выраженность жалоб и клинических симптомов в группах были статистически сопоставимы ($p > 0,05$) (таблица 1). В частности, жалобы на заложенность носа различной степени выраженности предъявляли родители всех детей в 1-й группе (выраженность симптома по оценке ВАШ составила $3,2 \pm 1,27$ балла); 26 пациентов (86,7%) — во 2-й группе (выраженность симптома $2,6 \pm 1,54$ балла); и 27 больных (90%) — в 3-й группе (выраженность симптома $3,0 \pm 1,48$ балла). Слизистые и слизистогнойные выделения из носа имелись у 19 (63,3%) больных в 1-й группе; у 25 (83,3%) — во 2-й группе; и у 22 (73,3%) — в 3-й группе.



Выраженность симптомов по ВАШ родители пациентов оценивали соответственно: в $2,1 \pm 1,8$ балла; в $2,8 \pm 1,64$ балла и в $2,1 \pm 1,68$ балла. Ночной и утренний кашель отмечался у 17 (56,7%) детей в 1-й группе; у 15 (50%) — во 2-й группе; и у 13 (43,3%) — в 3-й группе. При эндоскопии носоглотки аденоидные вегетации I степени диагностированы у 6 (20%) пациентов 1-й группы; у 10 (33,3%) пациентов — во 2-й и 3-й группах. У остальных больных была выявлена гипертрофия глоточной миндалины II степени.

Диаграмма 1.
Степень затруднения носового дыхания (Me), по данным визуально-аналоговой шкалы

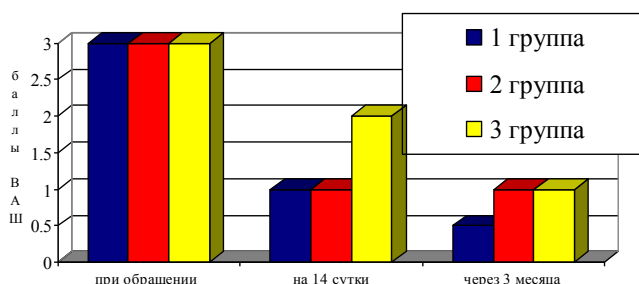


Диаграмма 2.
Выраженность ринореи (Me), по данным визуально-аналоговой шкалы

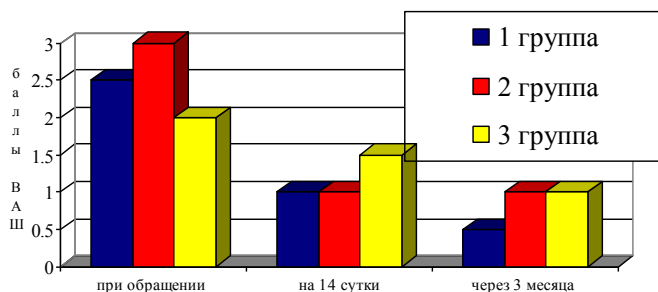
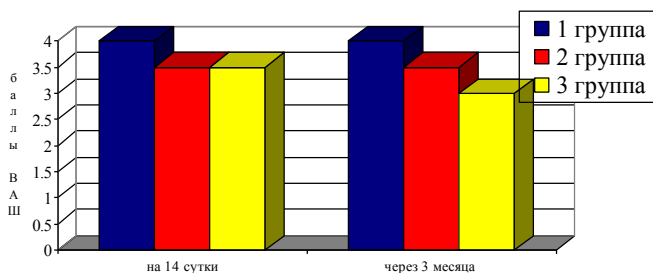


Диаграмма 3.
Оценка терапии (Me), по данным визуально-аналоговой шкалы



К 14-м суткам выбыли из исследования (в связи с неявкой на контрольный осмотр или в связи с необходимостью системной антибактериальной терапии) по 5 пациентов из 1-й и 3-й групп и 7 — из 2-й группы. Во всех группах отмечалась статистически достоверная ($p < 0,05$) положительная динамика по сравнению

Таблица 1.
Динамика данных клинического исследования

показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа
<i>при обращении</i>			
число больных	30	30	30
заложенность носа	30 (100%)	26 (86,7%)	27 (90%)
выраженность с-ма (в баллах)	$3,2 \pm 1,27$	$2,6 \pm 1,54$	$3,0 \pm 1,48$
ринорея	19 (63,3%)	25 (83,3%)	22 (73,3%)
выраженность с-ма (в баллах)	$2,1 \pm 1,8$	$2,8 \pm 1,64$	$2,1 \pm 1,68$
кашель	17 (56,7%)	15 (50%)	13 (43,3%)
размер аденоидов:			
Аденоиды I ст.	6 (20%)	10 (33,3%)	10 (33,3%)
Аденоиды II ст.	24 (80%)	20 (66,7%)	20 (66,7%)
<i>на 14-е сутки</i>			
число больных	25	23	25
заложенность носа *	18 (72%)	14 (60,9%)	19 (76%)
выраженность с-ма (в баллах) * #	$1,2 \pm 1,02$	$1,1 \pm 1,04$	$1,6 \pm 1,11$
ринорея *	16 (64%)	16 (69,6%)	17 (68%)
выраженность с-ма (в баллах) *	$1,04 \pm 0,99$	$1,13 \pm 0,95$	$1,46 \pm 1,15$
кашель *	7 (28%)	7 (30,4%)	9 (36%)
оценка терапии §	$4 \pm 0,96$	$3,5 \pm 0,97$	$3,3 \pm 1,07$
<i>через 3 месяца</i>			
число больных	20	17	17
заложенность носа *	10 (50%)	10 (58,8%)	11 (64,7%)
выраженность с-ма (в баллах) *	$0,75 \pm 0,89$	$1,0 \pm 1,03$	$1,2 \pm 1,11$
ринорея *	10 (50%)	11 (64,7%)	11 (64,7%)
выраженность с-ма (в баллах) *	$0,7 \pm 0,84$	$1,0 \pm 0,91$	$1,2 \pm 1,09$
кашель *	6 (30%)	5 (29,4%)	7 (41,2%)
размер аденоидов:			
Аденоиды I ст.	12 (60%)	11 (64,7%)	12 (70,6%)
Аденоиды II ст.	8 (40%)	6 (35,3%)	5 (29,4%)
рецидив ^			
число б-х;	6 (30%);	7 (41,2%);	9 (52,9%);
диапазон	1-2	1-3	1-3
M ± s	$0,35 \pm 0,57$	$0,7 \pm 0,95$	$0,8 \pm 0,92$
оценка терапии §	$4,1 \pm 0,79$	$3,5 \pm 1,09$	$3,5 \pm 0,91$

Примечания:

* — статистически достоверная разница ($p < 0,05$) по сравнению с выраженностью признака в группе при обращении;

— статистически достоверная разница ($p < 0,05$) между 2-й и 3-й группами;

§ — статистически достоверная разница ($p < 0,05$) между 1-й и 2-й; 1-й и 3-й группами;

^ — статистически достоверная разница ($p < 0,05$) между 1-й и 3-й группами.



с первичным осмотром. Хотя жалобы на заложенность носа сохранялись у 18 из 25 (72%) детей 1-й группы, у 14 из 23 (60,9%) — 2-й группы и у 19 из 25 (76%) — 3-й группы, выраженность симптома по оценке ВАШ достоверно снизилась и составила в среднем, соответственно, $1,2 \pm 1,02$, $1,1 \pm 1,04$ и $1,6 \pm 1,11$ балла (диаграмма 1). При этом была отмечена статистически достоверная разница ($p=0,038$) в выраженности симптома между пациентами 2-й и 3-й групп. Слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа сохранялись у 16 (64%) детей в 1-й группе; у 16 (69,6%) — во 2-й группе; и у 17 (68%) — в 3-й группе; их выраженность по ВАШ родители оценивали в среднем соответственно: в $1,04 \pm 0,99$; $1,13 \pm 0,95$; и $1,46 \pm 1,15$ балла (разница между группами статистически недостоверна, $p>0,05$) (диаграмма 2). Ночной и утренний кашель сохранялся у 7 (28%) больных в 1-й группе; у 7 (30,4%) — во 2-й группе; и у 9 (36%) — в 3-й группе (разница между группами статистически недостоверна, $p>0,05$). Несмотря на сопоставимые, в основном, результаты лечения оценка родителями комплаентности терапии на 14-е сутки лечения у больных в 1-й группе (средний балл $4 \pm 0,96$ балла) была статистически достоверно выше по сравнению с показателем во 2-й (средний балл $3,5 \pm 0,97$ балла) и 3-й (средний балл $3,3 \pm 1,07$ балла) группах (соответственно $p=0,038$ и $p=0,015$); при этом данный показатель между пациентами 2-й и 3-й групп был статистически сопоставим ($p=0,32$) (диаграмма 3).

Завершили исследование, явившись на контрольный осмотр через 3 месяца после начала лечения, 20 детей в 1-й группе и по 17 больных во 2-й и 3-й группах. Во всех группах больных при сравнении клинических результатов, полученных при предыдущем осмотре, с данными катамнеза сохранялся эффект от лечения. В частности, жалобы на заложенность носа оставались у 10 (50%) пациентов 1-й группы; у 10 (58,8%) — во 2-й группе; и у 11 (64,7%) — в 3-й группе, однако выраженность симптома по оценке ВАШ была незначительной и составляла в среднем соответственно: $0,75 \pm 0,89$; $1,0 \pm 1,03$; и $1,2 \pm 1,11$ балла. Слизистые выделения из носа оставались у 10 (50%) детей в 1-й группе (оценка по ВАШ, в среднем, $0,7 \pm 0,84$ балла); у 11 (64,7%) — во 2-й группе ($1,0 \pm 0,91$ балла); и у 11 (64,7%) — в 3-й группе ($1,2 \pm 1,09$ балла). Ночной и утренний кашель сохранялся у 6 (30%) больных 1-й группы; у 5 (29,4%) — во 2-й группе; и у 7 (41,2%) — в 3-й группе (разница по всем показателям между группами статистически недостоверна, $p>0,05$). Однако только у больных 1-й и 2-й групп при эндоскопии носоглотки было выявлено в целом по группе статистически значимое уменьшение размера глоточной миндалины по сравнению с исходным уровнем: аденоидные вегетации I степени диагностированы у 12 (60%) детей 1-й группы ($p=0,005$); у 11 (64,7%) — во 2-й группе ($p=0,46$); и у 12 (70,6%) — в 3-й группе ($p=0,087$). Как и при предыдущем осмотре, оценка родителями комплаентности терапии была статистически достоверно выше у пациентов 1-й группы (средний балл $4,1 \pm 0,79$) по сравнению с оценкой $3,5 \pm 1,09$ балла во 2-й группе и $3,5 \pm 0,91$ балла — в 3-й группе (соответственно $p=0,03$ и $p=0,01$); оценка удобства и эффективности терапии родителями больных 2-й и 3-й групп статистически не различалась ($p=0,43$).

При катамнестическом осмотре дополнительно проводили оценку частоты эпизодов острого и обострения хронического аденоидита. Наилучший результат отмечен у пациентов 1-й группы: лишь у 6 (30%) детей за время наблюдения отмечалось от 1 до 2 эпизодов заболевания (в среднем по группе — $0,35 \pm 0,57$), по сравнению с детьми во 2-й группе (от 1 до 3 обострений у 7 (41,2%), в среднем по группе — $0,7 \pm 0,95$) и в 3-й группе (от 1 до 3 обострений у 9 (52,9%), в среднем по группе — $0,8 \pm 0,92$, что статистически достоверно чаще по сравнению с 1-й группой ($p=0,043$).

Заключение:

Проведенное исследование показало, что применение в комплексном лечении хронического аденоидита — препарата «Ринорин» (Орион, Финляндия) значительно повышает ее эффективность, существенно уменьшая выраженность клинической симптоматики, и способствует уменьшению частоты рецидивов заболевания. При этом использование современных комплексных препаратов, таких как Ринорин, благодаря удобству применения оценивается пациентами значительно выше по сравнению с традиционными препаратами и повышает комплаентность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Хронический аденоидит у детей. — Пособие для врачей. — М., 2009. — 53 с.
2. Рымша М.А., Чаукина В.А. Хронические воспалительные заболевания глотки у детей / Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 336-356.
3. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 2001. — № 1 (29). — С. 3-5.
4. Фейгина В.М. ЛОР-патология при некоторых хронических неспецифических заболеваниях легких у детей: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 1999. — 25 с.
5. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Завикторина Т.Г. Микробиоценоз носоглотки у детей с хроническим аденоидитом, ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) / VII научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»: Материалы. — М., 2009. — С. 18.
6. Harris P.K., Hussey D.J., Watson D.I. et al. Reflux changes in adenoidal hyperplasia: a controlled prospective study to investigate its aetiology // Clin Otolaryngol. — 2009. — Vol. 34. — № 3. — P. 120-126.
7. Борзов Е.В. Аденоиды / Детская оториноларингология: Руководство для врачей / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. — В двух томах. — Т. 1. — М.: Медицина, 2005. — С. 296-307.
8. Al-Mazrou K.A., Al-Khattaf A.S. Adherent biofilms in adenotonsillar diseases in children // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. — 2008. — Vol. 134. — № 1. — P. 20-23.
9. Zuliani G., Carlisle M., Duberstein A. et al. Biofilm density in the pediatric nasopharynx: recurrent acute otitis media versus obstructive sleep apnea // Ann Otol Rhinol Laryngol. — 2009. — Vol. 118. — № 7. — P. 519-524.