

УДК 614.211:615.371
ББК 56.8

В.А. РОДИОНОВ, Е.О. ШУТОВА, Е.И. СМИРНОВА,
Т.С. ЛУТКОВА, Н.П. АНДРЕЕВА

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: дети, риносинусит, бактериальная этиология, иммунотерапия, бактериальные лизаты, антибиотикотерапия.

Представлен опыт лечения респираторных инфекций у детей, осложненных присоединением гнойных риносинуситов. В исследование включены 35 детей 12-15 лет. У всех пациентов при проведении пункции верхнечелюстных пазух было получено гнойное содержимое. Всем детям назначались стандартная антибиотикотерапия и местная противовоспалительная терапия, направленная на санацию и восстановление дренажа синусов. После купирования острого процесса пациентам назначены иммуностимулирующие препараты. Использование бактериальных лизатов приводило к статистически значимому уменьшению количества риносинуситов бактериальной этиологии, осложняющих течение ОРЗ, и способствовало уменьшению количества риносинуситов бактериальной этиологии, требующих системной антибиотикотерапии.

V. RODIONOV, E. SHUTOVA, E. SMIRNOVA,
T. LUTKOVA, N. ANDREEVA

TREATMENT OF RHINOSINUSITIS IN CHILDREN

Key words: children, rhinosinusitis, bacterial etiology, immunotherapy, bacterial lysates, antibiotics treatment.

The paper reflects the experience in treatment of respiratory infections in children, complicated by purulent rhinosinusitis. The study included 35 children aged 12-15 years. In all patients puncture of maxillary sinuses gave pus. All children were prescribed a standard antibiotics treatment and a local anti-inflammatory therapy aimed at sanitation and restoring drainage of sinuses. After acute process arresting patients were prescribed immunotropic drugs. The use of bacterial lysates resulted in a statistically significant reduction in the number of rhinosinusitis of bacterial etiology requiring systemic antibiotics therapy.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) остаются наиболее распространенными патологическими состояниями, несмотря на значительные успехи современной медицины в их диагностике и лечении. Наиболее сложными в плане купирования воспалительного процесса остаются варианты осложненного течения респираторной инфекции с присоединением гнойного риносинусита. Современная классификация предполагает варианты течения синуситов по длительности: острый (менее 4 недель); подострый (4–12 недели); рецидивирующий острый: 4 и более эпизодов острого синусита за год (каждый длится не менее 7 дней, бессимптомный период – свыше 2 месяцев); хронический (более 12 недель). По тяжести течения классификация предполагает формы легкие (заложенность носа, слизистые или слизисто-гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, температура тела до 37,5°C, головная боль, слабость, гипосмия; на рентгенограмме околоносовых синусов – толщина слизистой оболочки менее 6 мм); среднетяжелые (заложенность носа, гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, температура тела выше 37,5°C, боль и болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, гипосмия, может быть иррадиация боли в зубы, уши, общее недомогание; на рентгенограмме околоносовых синусов – утолщение слизистой оболочки более 6 мм, полное затемнение или уровень жидкости в 1 или 2 синусах) и тяжелые (заложенность носа, часто обильные гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку, температура тела выше 38°C, сильная болезненность при пальпации в проекции синуса, головная боль, аносмия, выраженная слабость; на рентгенограмме околоносовых синусов – полное затем-

нение или уровень жидкости более чем в 2 синусах; в общем анализе крови – повышенный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ; орбитальные, внутричерепные осложнения или подозрение на них) [5]. По данным ряда авторов, в структуре заболеваемости верхних дыхательных путей риносинуситы (41,2%) занимают основное место, на втором месте тонзиллофарингиты (33,5%), затем отиты (22,6%) и ларингиты (2,5%). ОРВИ осложняются бактериальным риносинуситом в 0,5-2% случаев у взрослых и в 5-10% случаев у детей [2, 4]. Имеется тесная зависимость роли возбудителей от варианта течения заболевания: при остром риносинусите и обострении хронического риносинусита основное значение имеют *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) (20-35%) и *Haemophilus influenzae* (нетипируемые штаммы, 6-26%) [3]. Острый риносинусит часто переходит в хроническую форму, которая может носить у некоторых детей персистирующий характер, даже несмотря на оптимальную терапию пероральными и внутривенными антибиотиками. Специфическая и неспецифическая иммунотерапия выступает основным методом профилактики рецидивирующего риносинусита, поскольку основным возбудителем заболевания является *S. pneumoniae* [1, 6, 7].

Цель исследования – изучить эффективность назначения бактериальных лизатов при лечении риносинуситов бактериальной этиологии у пациентов 12-15 лет.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено исследование эффективности назначения иммунотропных препаратов у 35 детей в возрасте от 12 до 15 лет. У всех пациентов при проведении пункции верхнечелюстных пазух было получено гнойное содержимое. Всем пациентам в период клинических проявлений гнойного синусита назначались стандартная антибиотикотерапия и местная противовоспалительная терапия, направленная на санацию и восстановление дренажа синусов. После купирования острого процесса назначена иммунотропная терапия. Пациентов разделили на две группы: дети I группы ($n = 19$) получили иммунотропную терапию препаратом бронхомунал по схеме: 1 капсула 7,0 мг утром натощак – 10 дней, курс повторяли 3 раза с интервалом между курсами в 20 дней. Дети II группы ($n = 16$) получили один курс ИРС-19: по 1 дозе препарата в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 2 недель. Всем пациентам проводились стандартные местные процедуры в кабинете отоларинголога, направленные на восстановление дренажа верхнечелюстного синуса. Анализ клинической эффективности проводили по количеству эпизодов ОРЗ и по потребности в антибактериальной терапии до и после проведенного иммунотропного и симптоматического лечения. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента, в качестве вероятности ошибки допущалась величина, равная 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении данных анамнеза было выявлено, что среди пациентов, вошедших в исследование, все дети имели частые эпизоды ОРЗ (4 и более случая в год). Средний возраст пациентов I группы – $13,1 \pm 0,32$ года. Во II группе исследования средний возраст составил $12,9 \pm 0,22$ года.

Клинический эффект оценивался путём сравнения количества ОРЗ за год до и после иммунотерапии и формирования риносинуситов бактериальной этиологии за 6 месяцев до и 6 месяцев после иммунотерапии. Согласно данным таблицы, в I группе детей, получивших бронхомунал, количество ОРЗ уменьшилось, соответственно, с $2,4 \pm 0,14$ до $1,3 \pm 0,11$ ($p < 0,001$), а рецидивов риносинуситов с $1,5 \pm 0,19$ до $1,2 \pm 0,66$ ($p < 0,2$).

Количество острых респираторных заболеваний и их осложненного течения в виде риносинуситов в течение 6 месяцев до и после иммунотерапии

Группы детей	Количество ОРЗ		Количество риносинуситов	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I. Бронхомунал (n = 19)	2,4±0,14	1,6±0,11*	1,5±0,19	1,2±0,66
II. ИРС-19 (n = 16)	2,2±0,10	1,8±0,21	1,8±0,17	1,0±0,11*

Примечание. * – различие данных «до» и «после» иммунотерапии значимо $p < 0,001$.

В II группе детей, получивших ИРС-19, также отмечено уменьшение количества ОРЗ и риносинуситов в среднем, соответственно, с $2,2±0,10$ до $1,8±0,21$ ($p < 0,1$), и с $1,8±0,17$ до $1,0±0,11$ ($p < 0,001$).

Таким образом, установлено, что терапия препаратом бронхомунал приводила к снижению количества ОРВИ в 1,5 раза, а частоты осложнений в виде риносинуситов – в 1,25 раза. Терапия препаратом ИРС-19 привела, в целом, к снижению частоты ОРЗ в 1,2 раза, а частоты осложнений в виде риносинуситов бактериальной этиологии – в 1,8 раза.

Положительная клиническая динамика подтверждается также снижением частоты применения антибактериальных препаратов. Количество случаев применения системных антибиотиков для лечения риносинуситов бактериальной этиологии в I группе больных, получивших бронхомунал, снизилась с $1,4±0,11$ до $0,7±0,09$ ($p < 0,01$), во II группе детей, получивших ИРС-19, – с $1,6±0,16$ до $1,0±0,12$ ($p < 0,001$).

Таким образом, кратность использования антибиотиков в целом в I группе уменьшилась в 2 раза, во II группе – в 1,6 раза.

Выводы. В детском возрасте осложненное течение респираторных инфекций с присоединением риносинуситов – насущная проблема. В планировании терапии такого больного необходим индивидуальный алгоритм лечения. Цель такого лечения – снизить количество пациентов с формированием рецидивирующих и хронических форм заболевания, в перспективе направляемых на хирургическое лечение. Использование в лечении риносинуситов бактериальной этиологии у детей наряду с антибиотикотерапией и традиционными мероприятиями, направленными на улучшение дренажа синусов, показывает свою эффективность. Так, использование бактериальных лизатов приводит к статистически значимому уменьшению количества ОРЗ и рецидивов риносинуситов. Проведение иммунотропной терапии препаратом бронхомунал способствует уменьшению количества ОРЗ, а препаратом ИРС-19 рецидивов риносинуситов. Исходя из полученных данных, возможна рекомендация последовательного применения данных препаратов для суммации эффекта. Оба препарата способствуют уменьшению потребности в системной антибиотикотерапии.

Литература

1. Андреева Н.П., Петрова Т.И., Родионов В.А., Леженина С.В., Волкова С.Ю. Место вакцинации против пневмококковой инфекции в тактике лечения синуситов // Практическая медицина. 2016. Т. 2, № 2. С. 12–14.
2. Зайцева С.В., Зайцева О.В. Острые респираторные инфекции у детей: этиопатогенетические возможности современной терапии // Медицинский совет. 2014. № 6. С. 22–30.
3. Иванченко О.А., Лопатин А.С. Хронический риносинусит: эпидемиология, классификация, этиология, патогенез. Современный взгляд на проблему // Вестник оториноларингологии. 2012. № 2. С. 91–96.
4. Каманин Е.И., Козлов Р.С., Веселов А.В. Острый бактериальный риносинусит // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2008. Т. 10, № 1. С. 43–54.

5. Foisy M., Martin B., Domino F., Becker A. The Cochrane Library and the treatment of sore throat in children and adolescents. *Evidence-based child health (a Cochrane review J.)*, 2011, no. 6(3), pp. 810–923.

6. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J., Bachert C. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology*, 2012, suppl. 23, pp. 1–299.

7. Wang D.Y., Wardani R.S., Singh K., Thanaviratananich S., Vicente G. et al. A survey on the management of acute rhinosinusitis among Asian physicians. *Rhinology*, 2011, vol. 49(3), pp. 264–271.

References

1. Andreeva N.P., Petrova T.I., Rodionov V.A., Lezhenina S.V., Volkova S.Yu. *Mesto vaksinatcii protiv pnevmokokkovoi infektsii v taktike lecheniya sinusitov* [The place of vaccination against pneumococcal disease in the tactics of treatment of sinusitis]. *Prakticheskaya meditsina* [Practical Medicine], 2016, vol. 2, no. 2, pp. 12–14.

2. Zaitseva S.V., Zaitseva O.V. *Ostrye respiratornye infektsii u detei: etiopatogeneticheskie vozmozhnosti sovremennoi terapii* [Acute respiratory infections in children: etiopathogenetical possibilities of modern therapy]. *Meditsinskii sovet* [Consilium medicum], 2014, no. 6, pp. 22–30.

3. Ivanchenko O.A., Lopatin A.S. *Khronicheskii rinosinit: epidemiologiya, klassifikatsiya, etiologiya, patogenez. Sovremennyy vzglyad na problemu* [Chronic rhinosinusitis: epidemiology, classification, etiology, pathogenesis. The modern view on the problem]. *Vestnik otorinolaringologii* [Bulletin of otorhinolaryngology], 2012, no. 2, pp. 91–96.

4. Kamanin E.I., Kozlov R.S., Veselov A.V. *Ostryi bakterial'nyi rinosinit* [Acute bacterial rhinosinusitis]. *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya* [Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy], 2008, vol. 10, no. 1, pp. 43–54.

5. Foisy M., Martin B., Domino F., Becker A. The Cochrane Library and the treatment of sore throat in children and adolescents. *Evidence-based child health (a Cochrane review J.)*, 2011, no. 6(3), pp. 810–923.

6. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J., Bachert C. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology*, 2012, suppl. 23, pp. 1–299.

7. Wang D.Y., Wardani R.S., Singh K., Thanaviratananich S., Vicente G. et al. A survey on the management of acute rhinosinusitis among Asian physicians. *Rhinology*, 2011, vol. 49(3), pp. 264–271.

РОДИОНОВ ВЛАДИМИР АНАТОЛЬЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии и детской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (vladimirodionov@yandex.ru).

RODIONOV VLADIMIR – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Pediatrics and Pediatric Surgery Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ШУТОВА ЕВГЕНИЯ ОЛЕГОВНА – клинический ординатор кафедры педиатрии и детской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (kafedrapediatrii@mail.ru).

SHUTOVA EVGENIYA – Resident Doctor of Pediatrics and Pediatric Surgery Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

СМИРНОВА ЕЛЕНА ИВАНОВНА – ассистент кафедры педиатрии и детской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (kafedrapediatrii@mail.ru).

SMIRNOVA ELENA – Assistant Lecturer of Pediatrics and Pediatric Surgery Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ЛУТКОВА ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА – врач аллерголог-иммунолог, Городская детская больница № 3, Россия, Чебоксары (kafedrapediatrii@mail.ru).

LUTKOVA TATYANA – Allergist-Immunologist, City Children's Hospital № 3, Russia, Cheboksary.

АНДРЕЕВА НАТАЛИЯ ПЕТРОВНА – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и детской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (kafedrapediatrii@mail.ru).

ANDREEVA NATALIYA – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Pediatrics and Pediatric Surgery Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
