

Сравнительная эффективность фрамицетина в комплексной терапии аденоидита у детей

Д.м.н., проф. Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ^{1, 2*}, к.м.н. О.А. ДЕНИСОВА², к.м.н. А.М. ИВАНЕНКО²

¹Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета (зав. — член-корр. РАМН, засл. деятель науки, д.м.н., проф. М.Р. Богомильский) РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия, 117997; ²Морозовская ДГКБ (гл. врач — д.м.н., проф. И.Е. Колтунов) Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия, 119049

The comparative effectiveness of framycetin included in combined therapy of adenoiditis in the children

Yu.L. SOLDATSKY, O.A. DENISOVA, A.M. IVANENKO

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, 117997, Russia; Morozovskaya City Children's Clinical Hospital, Moscow Health Department, 119049 Moscow, Russia

Цель работы — изучение эффективности фрамицетина в терапии хронического аденоидита у детей. Проведено лечение 67 детей (средний возраст 6,9±2,7 года). В 1-ю группу вошло 35 детей, получавших в качестве топической терапии аденоидита фрамицетин; детям 2-й группы было назначено эндоназальное введение 2% раствора протеината серебра. Использование фрамицетина в комплексном лечении аденоидита повышает эффективность и комплаентность лечения по сравнению с терапией традиционными антибактериальными топическими препаратами.

Ключевые слова: фрамицетин, аденоидит, детский возраст.

The objective of the present study was to evaluate the effectiveness of framycetin included in combined therapy of adenoiditis in the children. The study involved 67 children at the mean age of 6.9±2.7 years. Group 1 was comprised of 35 children given framycetin as topical therapy, the patients of group 2 were treated by the endonasal administration of a 2% silver proteinate solution. It was shown that the use of framycetin as a component of combined therapy of adenoiditis enhances the effectiveness of the treatment and compliance to therapy in comparison with the same parameters in the case of the application of traditional topical antibacterial preparations.

Key words: framycetin, adenoiditis, children

Глоточная миндалина является одним из наиболее значимых элементов лимфаденоидного глоточного кольца в детском возрасте. Ее гипертрофию и хроническое воспаление, вызывающие различные клинические проявления, в том числе сопряженные и сопутствующие заболевания, отмечают приблизительно у половины детей дошкольного и младшего школьного возраста, а среди часто болеющих детей частота этой патологии возрастает до 70% [1–3]. В отличие от острого аденоидита, основной причиной которого обычно являются респираторные вирусные инфекции, хронический аденоидит — полиэтиологическое воспалительное заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических иммунных процессов глоточной миндалины, часто протекающее на фоне ее гиперплазии [4, 5]. Основными этиологическими факторами, приводящими к развитию хронического аденоидита, являются вирусная (аденовирусы, цитомегаловирусы, вирусы герпеса и др.), бактериальная инфекция, аллергия, иммунодефицитные состояния, кислотозависимая патология желудочно-кишечного тракта и др. [6–8]. Несмотря на то, что основной этиологический фактор развития хронического аденоидита выделить трудно, наибо-

лее значимыми являются частые респираторные вирусные инфекции и хроническая персистенция добавочных (коагулозоотрицательные стафилококки (*S. epidermidis*, *S. saprophyticus*), некоторые виды средне-патогенных α -гемолитических стрептококков (*Str. bovis*, *Str. oralis*, *Str. sanguis*, *Str. suis*, *Str. mutans*), коринебактерии (*C. pseudodiphtheriticum*, *C. xerosis*, *C. ulcerans*), гемофилы (*H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *H. aphrophilus*), дрожжеподобные грибы рода *Candida*) и транзитных микроорганизмов, преимущественно кокков (*S. aureus*, *Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes*, микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae* (*K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, *E. coli*), *Moraxella* (*M. catarrhalis*), *Pseudomonas*, *Bacillus*, *Micrococcus* и др.), с одновременным угнетением индигенной микрофлоры (α -гемолитические стрептококки (*Str. salivarius*, *Str. mitis*, *Str. vestibularis*, *Str. faecium*, *Str. uberis*), нейссерии (*N. sicca*, *N. mucosa*, *N. lactamica*, *N. flava*, *N. subflava*) и т.д.). Ассоциации микробов высевают чаще, чем монофлору, а степень бактериальной обсемененности достигает 10^4 – 10^5 КОЕ/мл [4, 6]. Этим можно объяснить упорный характер течения хронического аденоидита и трудность его лечения.

Существующие методы лечения подразделяют на хирургические и консервативные. При выборе метода лече-

ния 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 лимфопоез, обеспечивая слизистую оболочку верхних и нижних дыхательных путей иммунокомпетентными клетками. Активное участие глоточной миндалины в онтогенетическом становлении иммунитета определяет необходимость бережного отношения к органу. Абсолютным показанием к аденоотомии является лишь гипертрофия глоточной миндалины II—III степени, сопровождающаяся синдромом обструктивного апноэ сна или хроническим гнойным средним отитом. Экссудативный средний отит, рецидивирующий средний отит, рецидивирующие риносинуситы, сопутствующие заболевания со стороны нервной системы являются показанием лишь при отсутствии или кратковременном эффекте проводимой консервативной терапии. В связи с этим при хроническом аденоидите, даже сопровождающемся стойким нарушением носового дыхания, целесообразно проведение комплексной консервативной терапии, включающей ирригационные методы лечения, антибактериальные препараты, топические глюкокортикоиды, муколитики, иммуномодуляторы, фитопрепараты, комплексные гомеопатические средства, физиотерапию и т.д. [6].

Несмотря на широкий спектр групп препаратов, применяемых для лечения аденоидита, обязательным условием комплексной терапии является применение ирригационной терапии и антибактериальных средств, которые обычно назначают эмпирически. В подавляющем большинстве наблюдений препаратами выбора являются топические антибактериальные препараты, которые должны отвечать следующим требованиям: широкий спектр действия на патогенную бактериальную флору, низкая токсичность, отсутствие угнетения мукоцилиарного клиренса, оптимальная форма доставки (дозированный спрей), хорошие аппликативные свойства на слизистой оболочке полости носа, возможность применения у детей раннего возраста.

К антибактериальным средствам топического интраназального применения относится препарат изофра (производства компании «Лаборатория Бушара—Рекордати», Франция). Основу назального спрея составляет антибиотик аминогликозидного ряда фрамицетин, содержание которого в 1 мл препарата составляет 8000 Ед. Фрамицетин оказывает бактерицидное действие на большинство грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов — возбудителей инфекций верхних отделов респираторного тракта. Обладает низкой системной абсорбцией, возможно его применение у детей любого возраста, в том числе первого года жизни. Единственным противопоказанием к его применению является повышенная чувствительность к фрамицетину и другим антибиотикам из группы аминогликозидов. Средство выпускается в виде спрея, что делает его удобным в применении.

Цель работы — изучить эффективность фрамицетина в терапии хронического аденоидита у детей.

Пациенты и методы

В исследование были включены 67 детей (35 мальчиков и 32 девочки) в возрасте от 2,5 до 13 лет (средний воз-

раст $6,9 \pm 2,7$ года). Критериями включения в исследование являлись клиничко-anamnestические 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—III степени, выявляемые при помощи эндоскопии; сглаженность и гиперемия слизистой оболочки глоточной миндалины; наличие слизистого экссудата на аденоидах; стекание слизистого отделяемого по задней стенке глотки или его «свисание» из-за мягкого неба; длительность заболевания не менее 1 мес. Для исследования полости носа и носоглотки использовали педиатрические фиброноларингоскопы «Pentax» FNL-7RP3, диаметром 2,5 мм (осмотр производили при первичном обращении и на завершающем визите).

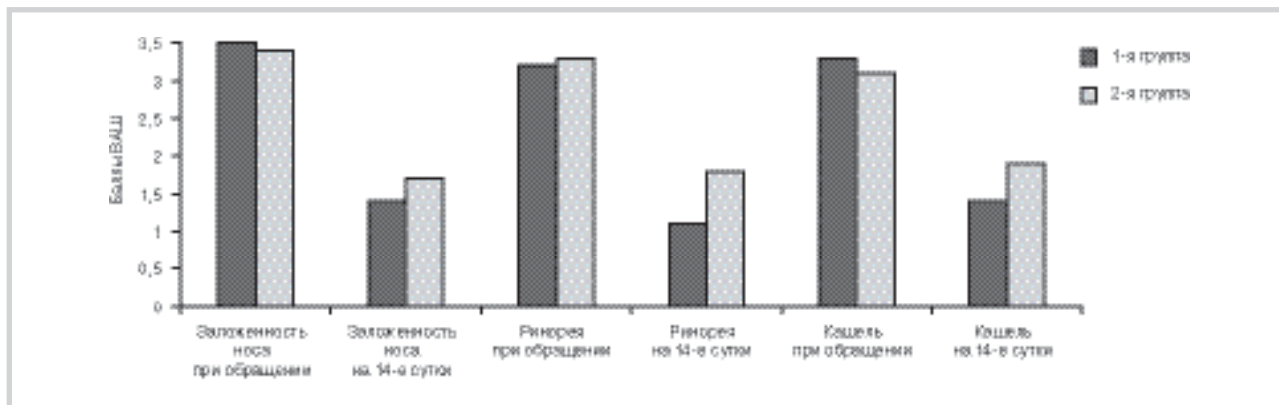
Критериями исключения являлись необходимость в системной антибактериальной терапии при первичном обращении или в течение проведения исследования; самостоятельное прекращение лечения или неявка на контрольный осмотр. Необходимости в проведении плановой аденоотомии (синдром обструктивного апноэ сна, аденоидные вегетации III степени и т.д.) не являлись критериями исключения ребенка из исследования, так как часть детей получала терапию в качестве предоперационной подготовки.

Все пациенты были объединены в две группы. В 1-ю группу вошли 35 детей (средний возраст $6,7 \pm 2,9$ года), получавших топическую антибактериальную терапию препаратом изофра по 1 впрыскиванию в каждую ноздрию 3 раза в день в течение 10 суток; детям 2-й группы (32 ребенка, средний возраст $7,1 \pm 2,5$ года) было назначено эндоназальное введение 2% раствора протеината серебра по 2—3 капли в каждую ноздрию 3 раза в день в течение 10 сут. Дополнительно всем пациентам была назначена ирригационная терапия физиологическим раствором по 3—5 мл в каждую половину носа перед каждым введением антибактериального препарата. Кроме того, всем пациентам в течение 2 нед назначали в возрастной дозировке комбинированный препарат растительного происхождения синупрет («Бионорика», Германия), обладающий секретолитическим, секретомоторным, противовоспалительным и иммуностимулирующим действием.

Контрольный осмотр производили через 14 дней после начала лечения. Критериями эффективности лечения явились: субъективная оценка (степень заложенности носа; наличие, характер и количество отделяемого, оценивавшиеся пациентом или его родителями с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), где 0 баллов — отсутствие симптома, а 5 — его максимальная выраженность), объективная оценка, которую производили на основании ринофарингоскопии и эндоскопии носа и носоглотки; наличие или отсутствие рецидива аденоидита. Дополнительно на завершающем визите родители пациентов оценивали комплаентность лечения по 3-балльной ВАШ, где оценке «3 балла» соответствовало полное удовлетворение назначенной терапией.

Результаты и обсуждение

На момент включения в исследование выраженность жалоб и клинических симптомов в группах были статистически сопоставима ($p > 0,05$). В частности, жалобы на



Динамика симптомов аденоидита на фоне лечения (по данным визуально-аналоговой шкалы).

заложенность носа различной степени выраженности предъявляли родители всех детей; выраженность симптома по оценке ВАШ составила в 1-й группе $3,5 \pm 1,27$ балла и во 2-й группе — $3,4 \pm 1,48$ балла. Слизистые и слизисто-гнойные выделения из носа или стекание слизи по задней стенке глотки при первичном осмотре отмечены у 25 (71,4%) больных 1-й группы и у 22 (68,7%) — 2-й группы; выраженность симптомов по ВАШ родители оценили в $3,1 \pm 1,69$ и $3,3 \pm 1,51$ балла соответственно. Ночной и утренний кашель отмечался у 21 (60%) пациентов в 1-й группе (оценка выраженности симптома по шкале ВАШ $3,3 \pm 1,05$ балла) и у 23 (71,8%) — во 2-й группе (оценка ВАШ $3,1 \pm 1,32$ балла). При эндоскопии носоглотки аденоидные вегетации I степени были выявлены у 6 (17,1%) больных в 1-й группе и у 4 (12,5%) — во 2-й группе; аденоиды II степени — у 17 (48,6%) и 15 (46,8%), а III степень гипертрофии диагностирована у 12 (34,3%) и у 13 (40,6%) детей соответственно.

К 14-м суткам выбыли из исследования 5 (14,3%) пациентов 1-й группы и 7 (21,9%) 2-й группы. В обеих группах отмечалась статистически достоверная ($p < 0,05$) положительная динамика по сравнению с первичным осмотром. Хотя заложенность носа сохранялась у 18 (60%) пациентов 1-й группы и 17 (68%) — 2-й группы, выраженность симптома у больных 1-й группы была статистически досто-

верно меньше ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем у детей 2-й группы, составив $1,4 \pm 1,35$ и $1,8 \pm 1,52$ балла ВАШ соответственно. Сходные результаты были получены и по остальным анализируемым параметрам: выраженность ВАШ-оценки ринореи уменьшилась до $1,1 \pm 0,95$ и $1,9 \pm 1,64$ балла; ночного и утреннего кашля — до $1,4 \pm 0,95$ и $1,9 \pm 1,32$ балла соответственно (см. рисунок). Оценка комплаентности терапии родителями детей 1-й группы также была статистически достоверно выше ($p < 0,05$): оценку хорошо и удовлетворительно дали 93,3% (28 пациентов) в 1-й группе и 80% (20 больных) — во 2-й группе. При контрольной эндоскопии носоглотки гипертрофия глоточной миндалины I степени диагностирована у 7 (23,3%) больных в 1-й группе и у 4 (16%) — во 2-й; гипертрофия II степени у 15 (50%) и 13 (48%); аденоиды III степени — по 8 (26,7% и 32%) пациентов соответственно в каждой группе (разница между группами статистически недостоверна, $p > 0,05$). Нежелательных явлений во время проводимой терапии не было отмечено ни в одном случае.

Таким образом использование препарата изофра в комплексном лечении аденоидита, в том числе у детей, направленных на аденотомию, несомненно целесообразно, так как повышает эффективность и комплаентность лечения, по сравнению с традиционными антибактериальными топическими препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей. Новости оторинолар и логопатол 2002; 1: 3—8.
2. Маккаев Х.М. Хронический аденотонзиллит у детей как проблема педиатрии и детской оториноларингологии. Рос вестн перинатал и педиат (Приложение) 2002; 7—11.
3. Цветков Э.А., Веселов Н.Г., Агаджанова С.Н. Социально-гигиеническая характеристика ЛОР-патологии у детей, посещающих дошкольные учреждения Санкт-Петербурга. Вестн оторинолар 1996; 6: 33—37.
4. Карпова Е.П., Тулунов Д.А. Хронический аденоидит у детей. Пособие для врачей. М: РМАПО 2009.
5. Рымша М.А., Чаукина В.А. Хронические воспалительные заболевания глотки у детей. В кн.: Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: национальное руководство. Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. М: ГЭОТАР-Медиа 2008; 336—356.
6. Борзов Е.В. Аденоиды. В кн.: Детская оториноларингология: Руководство для врачей. Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. Т. 1. М: Медицина 2005; 296—307.
7. Карпова Е.П., Тулунов Д.А., Вагина Е.Е., Захарова И.Н., Солдатский Ю.Л. Профилактика хронического аденоидита у детей с кислотозависимой патологией желудка. Вестн оторинолар 2009; 5: 55—58.
8. Цветков Э.А. Аденотонзиллиты и их осложнения у детей: лимфоплителиальное глоточное кольцо в норме и патологии. Руководство для врачей. СПб: ЭЛБИ-СПб 2003.