

Эффективность Нозакар Осмо в лечении детей с хроническим аденоидитом

Петрова Л.Г.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Petrova L.G.

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk

Effectiveness of Nosacare Osmo in the treatment of children with chronic adenoiditis

Резюме. Рассмотрены этиология, патогенез, клиническое течение и варианты лечения хронического аденоидита. Применение Нозакар Осмо позволяет сократить число эпизодов ОРВИ у детей с хроническим аденоидитом, благодаря чему стабилизируется положительный эффект от проведенной консервативной терапии.

Ключевые слова: хронический аденоидит, ОРВИ, Нозакар Осмо.

Медицинские новости. – 2017. – №5. – С.

Summary. The etiology, pathogenesis, clinical course, and treatment options for chronic adenoiditis have been considered. The use of Nosacare Osmo allows reducing the number of episodes of ARVI in children with chronic adenoiditis, thus stabilizing the beneficial effect of conservative therapy.

Keywords: chronic adenoiditis, ARVI, Nosacare Osmo.

Meditsinskie novosti. – 2017. – N5. – P.

Хронический аденоидит занимает одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и наблюдается примерно у 20–50% детского населения, а в группе часто болеющих детей этот показатель достигает 70% [1].

Причины развития хронического аденоидита и гипертрофии глоточной миндалины разнообразны. Клинические наблюдения показывают, что часто быстрое увеличение аденоидов провоцируют инфекционные болезни (корь, коклюш, скарлатина, дифтерия, грипп и др.), часто повторяющиеся вирусные и микробные воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, вызывающие воспалительную реакцию со стороны слизистой оболочки носа и носоглотки и дающие толчок к развитию гипертрофии миндалин [3, 4]. Имеют значение иммунодефицитные состояния, склонность к аллергии, не исключается роль наследственного фактора.

Наибольшей величины аденоиды достигают к 5–7 годам. В этом возрасте у детей отмечаются наибольшая инфекционная заболеваемость и повышенная потребность в защите от инфекций. В этот период детям проводят наибольшее число профилактических прививок, которые мобилизуют лимфоидную ткань на выработку иммунитета. Гипертрофия лимфоидной ткани обусловлена интенсивным формированием активного иммунитета с местной выработкой антител при эндо- или экзогенном пути проникновения инфекционного агента. По мере накопления в организме антител и совершенствования иммунной системы после 9–10 лет у ребенка начинается возрастная инволюция лимфоидной ткани с частичной ее

дегенерацией и заменой на фиброзную, соединительную.

Локализация глоточной миндалины на пересечении дыхательного и пищеварительного тракта, где она подвергается массивному антигенному воздействию (как инфекционному, так и неинфекционному), приводит к тому, что в лимфоидной ткани носоглотки развивается воспалительный процесс, постепенно переходящий в хронический – хронический аденоидит. При этом изменения глоточной миндалины могут выражаться в увеличении ее размера (гипертрофия) и/или ее воспалении (аденоидит). Хронический аденоидит может протекать на фоне любой степени гипертрофии глоточной миндалины, включая самые начальные. Обычно два этих процесса идут параллельно, оказывая взаимное влияние друг на друга [2, 4].

В глоточной миндалине возникают два различных по характеру процесса – гипер-

при обострении хронического аденоидита и характеризуется отеком аденоидов и, как следствие, – увеличением их размера. При гистологическом исследовании выявляется уменьшение количества фолликулов, появление в паренхиме миндалины значительного количества соединительнотканых элементов, воспалительные явления наблюдаются не только в поверхностных слоях, но и в самой паренхиме аденоидов [5, 8]. При этом глоточная миндалина увеличивается в размерах из-за воспалительного отека и может ошибочно приниматься за истинную гипертрофию.

Основные причины гипертрофии глоточной миндалины

1. Физиологическая гиперплазия в возрасте 3–6 лет.
2. Острая вирусная инфекция.
3. Хронические вирусные инфекции (герпес 1-го, 2-го и 6-го типа, цитомегаловирус, вирус Эпштейна – Барра, аденовирусы, RS-вирусы).

Хронический аденоидит занимает одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и наблюдается примерно у 20–50% детского населения, а в группе часто болеющих детей этот показатель достигает 70%

трофический и воспалительный. В связи с этим различают «истинную» и «ложную» гипертрофию аденоидных вегетаций. «Истинная» гипертрофия обусловлена гиперплазией лимфоидной ткани носоглотки с очаговыми воспалительными изменениями. При гистологическом исследовании выявляется большое количество фолликулов с многочисленными митозами, элементы воспаления наблюдаются ограниченно и только на поверхности глоточной миндалины. «Ложная» гипертрофия развивается

4. Внутриклеточные инфекции респираторного тракта (хламидия, микоплазма).

5. Инфицирование носоглотки микрофлорой желудочно-кишечного и урогенитального тракта (рефлюксный эзофагит – кампилобактерии + грибковая микрофлора, *E. coli* и др., уреоплазма с развитием дисбиоза носоглотки).

6. Высокая степень обсеменения патогенной и условно-патогенной микрофлорой респираторного тракта из-за постоянного контакта с носителями (детский

коллектив в яслях, детском саду, школе) *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, β -hemolytic streptococcus, *Staphylococcus aureus*.

7. Аллергические аденоидиты у детей с персистирующими круглогодичными аллергическими ринитами (АР); среднетяжелое и тяжелое течение персистирующих АР.

8. Конституционально обусловленная гиперплазия глоточной миндалины – проявления иммунных диатезов (лимфатический, гипоиммунный, аутоиммунный).

9. Новообразования глоточной миндалины.

Ведущим симптомом при гипертрофии аденоидных вегетаций является затруднение носового дыхания, что отрицательно сказывается на функции жизненно важных органов и систем, на формировании грудной клетки и лицевого скелета, а также на интеллектуальном развитии ребенка. Аденоидные разрастания имеют большое значение в патологии верхних дыхательных путей и органа слуха. Гипертрофия глоточной миндалины и ее хроническое воспаление повышают частоту вирусных инфекций, нарушают работу мерцательного эпителия носа. Хронический аденоидит и гипертрофия глоточной миндалины нарушает физиологию среднего уха, так как перекрыто устье слуховой трубы. Также в данной ситуации создаются условия для проникновения и развития инфекции в среднем ухе. Поэтому ребенок, страдающий гипертрофией аденоидов, часто переносит катаральные и гнойные средние отиты.

Дети младшего возраста (до 3 лет) нередко болеют острым отитом после каждого обострения аденоидита. Родители иногда указывают на то, что во время насморка или после него ребенок начинает хуже слышать – переспрашивает, делает громче телевизор. Спустя некоторое время слух восстанавливается до следующего обострения аденоидита. Доказана

первичного гнойного синусита патологический секрет транспортируется из пазух непосредственно на глоточную миндалину, которая, в свою очередь, не может не ответить на эту агрессию адекватным воспалением. В итоге синусит приводит

Хронический аденоидит протекает длительно, как правило, обострение возникает после перенесенной респираторной вирусной инфекции. В период обострения появляется затруднение носового дыхания, выделения из носа, стекание слизи по задней стенке глотки, кашель. Помимо клиники аденоидита возникают проявления патологии со стороны уха (дисфункция слуховых труб, острый средний отит), околоносовых пазух, нижних дыхательных путей и т. д. В период ремиссии носовое дыхание улучшается или вообще восстанавливается до нормы

к развитию острого аденоидита, а затем и хронического. Глоточная миндалина гипертрофируется, блокируя тем самым носоглотку и полость носа. Ухудшение носового дыхания приводит к снижению аэрации околоносовых пазух и, как следствие, ухудшению течения синусита. При первоначальном развитии бактериального воспаления глоточной миндалины создаются более чем благоприятные условия для возникновения синусита. Следовательно, эффективность лечения синусита при хроническом аденоидите и лечение аденоидита при сопутствующем синусите представляет достаточно серьезную проблему.

Ведущая роль в развитии хронического воспаления в носоглотке принадлежит патогенным штаммам стрептококков, стафилококков, *Haemophilus influenzae*. В последнее время появились данные об этиологической значимости внутриклеточной инфекции (хламидии, микоплазмы) в развитии заболеваний носоглотки [1, 5].

Хронический аденоидит протекает длительно, как правило, обострение возникает после перенесенной респираторной вирусной инфекции. В период обострения появляется затруднение

Консервативное лечение гипертрофии аденоидов направлено на ликвидацию местного воспалительного процесса глоточной миндалины, терапию сопутствующих и сопряженных заболеваний, стимуляцию местного и общего иммунитета

связь между хроническим аденоидитом и частотой возникновения синусита. При этом отмечается, что величина глоточной миндалины может иметь второстепенное значение, а микробиологический анализ нередко показывает идентичность флоры на поверхности аденоидов и латеральной стенке полости носа. Параллельное течение аденоидита и синусита образует порочный круг. В случае развития острого

нососового дыхания, выделения из носа, стекание слизи по задней стенке глотки, кашель. Помимо клиники аденоидита возникают проявления патологии со стороны уха (дисфункция слуховых труб, острый средний отит), околоносовых пазух, нижних дыхательных путей и т. д. В период ремиссии носовое дыхание улучшается или вообще восстанавливается до нормы.

Основным методом лечения гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита является аденотомия. При всей своей несомненной необходимости аденотомия имеет отрицательные стороны. Глоточная миндалина – орган

иммунной системы, заселение слизистых оболочек носа и околоносовых пазух иммунокомпетентными клетками в основном происходит из аденоидов. Отсутствие этого органа ведет к местной иммунологической недостаточности. Аденотомия обуславливает иммунную недостаточность слизистой оболочки не только локального участка носа и глотки, но и организма в целом. Следует отметить, что аденотомия у детей, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), в связи с развивающейся местной иммунологической недостаточностью ведет к увеличению количества эпизодов ОРВИ [5, 6]. Иммунологическая активность аденоидных вегетаций особенно значима у детей до 5 лет, в связи с чем хирургическое лечение в этом возрасте является нежелательным.

Консервативное лечение гипертрофии аденоидов направлено на ликвидацию местного воспалительного процесса глоточной миндалины, терапию сопутствующих и сопряженных заболеваний, стимуляцию местного и общего иммунитета. При консервативном лечении требуется постоянное динамическое наблюдение за ребенком.

Для лечения хронического аденоидита широко используется элиминационная терапия, заключающаяся в закапывании в полость носа изотонических солевых растворов. Этот метод эффективен при инфекционных и аллергических аденоидитах, поскольку позволяет удалять большую часть вирусов, бактерий, аллергенов и других микрочастиц с поверхности слизистой оболочки полости носа и носоглотки, устраняя тем самым причину развития воспалительного процесса [2]. Препараты, используемые для элиминационной терапии, не оказывают угнетающего действия на мерцательный эпителий, не раздражают слизистую оболочку носа и носоглотки, поэтому могут применяться достаточно длительно в профилактических целях. Но

неправильно считать, что элиминационная терапия – это только механическое удаление бактерий и вирусов. Она должна также стимулировать естественные механизмы защиты организма.

В основе терапии хронического аденоидита лежит также применение местных глюкокортикостероидов [4–6]. Сокращение аденоидных вегетаций происходит в результате противовоспалительного действия глюкокортикостероидов, что способствует снижению воспалительных явлений аденоидов, уменьшению отека и, как следствие, уменьшению размеров глоточной миндалины. Эффективность терапии, по данным различных авторов, составляет 67,2–84,5% [5, 6].

Однако при рецидивах ОРВИ воспалительный процесс может вернуться вновь и привести к увеличению аденоидной ткани, что потребует проведения повторного курса лечения или аденотомии.

В связи с этим особенную актуальность приобретают препараты, обладающие противовирусными свойствами. Таким лекарственным средством является назальный спрей Нозакар Осмо. Уникальным компонентом препарата Нозакар Осмо является экстракт ирландских водорос-

обусловливающий регенерацию слизистой оболочки, и глицерин, обладающий смягчающим действием.

Одним из самых интересных свойств препарата Нозакар Осмо является его противовирусное действие. Действительно, Нозакар Осмо – безопасный местный противовирусный препарат. Каррагинан в составе экстракта ирландских водорослей обеспечивает прямое вирулицидное действие, а также ингибирование прикрепления, проникновения и репликации вирусов. Также происходит усиление местного иммунного ответа [7, 9, 10]. Каррагинан представляет собой крупный полимер (сульфатированный полисахарид, который содержится в некоторых видах красных водорослей), не проникающий в системный кровоток после нанесения на слизистую оболочку носа.

Для определения эффективности спрея Нозакар Осмо в лечении пациентов с хроническим аденоидитом проведено сравнительное исследование, в котором наблюдали две группы детей с хроническим аденоидитом с гипертрофией глоточной миндалины. Группы были идентичны по полу и возрасту (дети в возрасте 4–5 лет). В первой группе (21 пациент) лечение заключалось в назначении местного глю-

из носа, улучшении носового дыхания, уменьшении размеров аденоидов по завершению курса лечения, отмечен у 91% пациентов в обеих группах. При наблюдении в течение 6 месяцев установлено, что в первой группе 16 (76%) детей перенесли ОРВИ 3–4 раза, что привело к ухудшению результатов лечения у 5 (24%) пациентов и потребовало провести повторный курс лечения. В группе детей, получавших Нозакар Осмо, только 1 (4%) пациент перенес 3 эпизода ОРВИ, 1 эпизод ОРВИ отмечен у 12 (52%) детей, что не ухудшило результаты лечения и позволило сохранить полученный эффект.

Выводы:

1. Применение спрея Нозакар Осмо позволяет сократить число эпизодов ОРВИ у детей с хроническим аденоидитом.

2. Назначение Нозакар Осмо эффективно и целесообразно при лечении пациентов с хроническим аденоидитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. – М., 2001. – 432 с.
2. Гаращенко Т.И., Ильенко Л.И., Гаращенко М.В. // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, №1. – С.52–55.
3. Клинико-иммунологические особенности патологии носоглоточных миндалин у детей / А.С. Вышлова, А.Н. Вышлов, И.Д. Сафронов, И.И. Климова // Вестник оториноларингологии. – 2006. – №5. – С.292–293.
4. Петрова Л.Г., Чекан В.Л., Лосев А.В. Методы лечения хронического аденоидита: Методич. рекомендации. – Минск, 2010. – 12 с.
5. Петрова Л.Г., Лосев А.В. // ARS medica. – 2012. – №19 (55). – С.9–13.
6. Berlucchi M., et al. // Pediatrics. – 2007. – Vol.119, №6. – P.1392–1397.
7. Harden E.A., et al. // Antiviral Research. – 2009. – Vol.83, №3. – P.282–289.
8. Passali D., Damiani V. // Clin. Diagn. Lab. Immunol. – 2004. – Vol.11, №6. – P.1154–1157.
9. Talarico L.B., Damonte E.B. // Virology. – 2007. – Vol.363, №2. – P.473–485.
10. Wang W., et al. // Antiviral Res. – 2011. – Vol.92, №2. – P.237–246.

Поступила 09.02.2017 г.

Статья размещена
на сайте www.mednovosti.by (Архив МН)
и может быть скопирована в формате Word.

Уникальным компонентом препарата Нозакар Осмо является экстракт ирландских водорослей. Ирландские водоросли – это объект современных научных исследований лет. Ирландские водоросли обладают противовирусным действием, способствуют увлажнению слизистой оболочки полости носа. Минеральные соли, входящие в состав Нозакар Осмо, способствуют очищению слизистой оболочки носа, смыванию вирусов, бактерий, аллергенов и загрязнений с ее поверхности. В состав спрея также входят Д-пантенол, обусловливающий регенерацию слизистой оболочки, и глицерин, обладающий смягчающим действием

лей. Ирландские водоросли – это объект современных научных исследований последних лет. Ирландские водоросли обладают противовирусным действием, способствуют увлажнению слизистой оболочки полости носа. Минеральные соли, входящие в состав Нозакар Осмо, способствуют очищению слизистой оболочки носа, смыванию вирусов, бактерий, аллергенов и загрязнений с ее поверхности. В состав спрея также входят Д-пантенол,

кортикостероида (мометазона фураат) по 1 дозе 1 раз в день в течение месяца и промыванию носа физиологическим раствором 3 раза в день. Во второй группе (23 пациента) назначался тот же местный глюкокортикостероид и орошали слизистую оболочку носа препаратом Нозакар Осмо по 1–2 дозы в каждый носовой ход 3 раза в день.

Положительный эффект терапии, заключавшийся в прекращении выделений



Международные Обзоры:

клиническая практика и здоровье

МЕЖДУНАРОДНЫЙ МУЛЬТИМЕДИЙНЫЙ ЭЛЕКТРОННЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Ресурсы сайта www.mednovosti.by

www.obzory.mednovosti.by

Электронный журнал предназначен для врачей и руководителей здравоохранения; просматривается в режиме листания страниц; позволяет публиковать полноцветные статьи со звуковым сопровождением (музыка, вступительное слово автора, руководителя центра), с иллюстрациями, с эффектом слайд-шоу, видеороликами, анимацией. Подписка бесплатная на сайте www.mednovosti.by.

Минск, пл. Свободы, 23–35. Тел. +375 (017) 327-09-02