

Возможности стартовой терапии острых синуситов у детей

Т.И.Гарашченко^{1,2}, О.В.Карнеева^{1,2}, А.С.Тулина¹, И.Ю.Серебрякова¹, А.О.Ахиян¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии

Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация;

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация

Острый синусит (ОС) является одним из самых распространенных клинических проявлений острой инфекции верхних дыхательных путей. Топическая противовоспалительная терапия представляет важное патогенетическое звено лечения ОС.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения комплексного гомеопатического препарата Циннабсин в комбинации с топическими деконгестантами при лечении острого синусита у детей.

Пациенты и методы. В исследование включены 120 пациентов в возрасте от 5 до 13 лет с ОС. Все пациенты были разделены на 2 группы по 60 пациентов в каждой. Пациенты 1-й группы в качестве терапии получали ксилометазолин и Циннабсин. Пациенты 2-й группы получали в качестве монотерапии раствор ксилометазолина. Каждый пациент наблюдался в исследовании 26 суток. За время наблюдения осуществлялось 3 визита-встречи врача-исследователя с каждым участником исследования. Для оценки степени нарушения носового дыхания проводилась передняя активная риноманометрия с помощью риноманометра Otopront, также исследовалась транспортная функция назального мерцательного эпителия.

Заключение. Доказано, что применение препарата Циннабсин в комбинации с топическим деконгестантом способствует более быстрому восстановлению носового дыхания.

Ключевые слова: острый синусит, Циннабсин, носовое дыхание, ринометрия

Для цитирования: Гарашченко Т.И., Карнеева О.В., Тулина А.С., Серебрякова И.Ю., Ахиян А.О. Возможности стартовой терапии острых синуситов у детей. Вопросы практической педиатрии. 2021; 16(5): 61–67. DOI: 10.20953/1817-7646-2021-5-61-67

Opportunities of starting therapy for acute sinusitis in children

T.I.Garashchenko^{1,2}, O.V.Karneeva^{1,2}, A.S.Tulina¹, I.Yu.Serebryakova¹, A.O.Ahinyan¹

¹Research and Clinical Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency, Moscow, Russian Federation

²N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Acute sinusitis (AS) is one of the most common clinical manifestations of acute upper respiratory tract infection. Topical anti-inflammatory therapy is an important component in the treatment of AS.

Objective. To assess the efficacy and safety of Cinnabsin, a comprehensive homeopathic drug, in combination with topical decongestants in the treatment of acute sinusitis in children.

Patients and methods. This study included 120 AS patients aged between 5 and 13 years. Study participants were divided into two groups (60 patients in each). Patients in Group 1 received xylometazoline and Cinnabsin. Patients in Group 2 received xylometazoline alone. Patients were followed-up for 26 days; during this time, they had 3 visits with a medical researcher. To evaluate the impairments of nasal breathing, we performed active rhinomanometry using the Otopront rhinomanometer. In addition to that, we assessed the transport function of the nasal ciliated epithelium.

Conclusion. We found that Cinnabsin in combination with topical decongestants facilitated the recovery of nasal breathing.

Key words: acute sinusitis, cinnabsin, nasal breathing, rhinometry

For citation: Garashchenko T.I., Karneeva O.V., Tulina A.S., Serebryakova I.U., Ahinyan A.O. Opportunities of starting therapy for acute sinusitis in children. *Vopr. prakt. pediatr. (Clinical Practice in Pediatrics)*. 2021; 16(5): 61–67. (In Russian). DOI: 10.20953/1817-7646-2021-5-61-67

Для корреспонденции:

Гарашченко Татьяна Ильинична, доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России; профессор кафедры ФДПО оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 123182, Москва, Волоколамское шоссе, 30, корп. 2

E-mail: 9040100@mail.ru

ORCID: 0000 0002-5024-6135

Статья поступила 08.09.2021 г., принята к печати 28.10.2021 г.

© Издательство «Династия», 2021

Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

For correspondence:

Tat'yana I. Garashchenko, MD, PhD, DSc, Professor, Scientific Secretary Research and Clinical Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency; Professor of the Department at the Faculty of Continuing Professional Education of Otorhinolaryngology, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University

Address: 30/2 Volokolamskoe highway, Moscow, 123182, Russian Federation

E-mail: 9040100@mail.ru

ORCID: 0000 0002-5024-6135

The article was received 08.09.2021, accepted for publication 28.10.2021

Проблема лечения острых синуситов (ОС) в настоящее время остается актуальной в мире, в связи с высокой заболеваемостью данной патологией. Так, в странах Европы синуситы ежегодно возникают у каждого седьмого человека [1–7]. В России регистрируется свыше 10 млн случаев ОС в год, причем с этим заболеванием часто сталкиваются не только оториноларингологи, но и терапевты, педиатры, а также врачи общей практики [1, 8].

Свидетельством остроты проблемы лечения и профилактики ОС служит все большее число различных согласительных документов, основанных на результатах новых доказательных исследований и данных мета-анализа. Основным европейским согласительным документом по лечению острого и хронического синусита и назальных полипов является European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasalpolyps – EPOS 2020. В России таким документом являются клинические рекомендации по острому синуситу, утвержденные Национальной медицинской ассоциацией оториноларингологов и Министерством здравоохранения РФ в 2021 г. [1, 2].

В педиатрической практике вирусные риносинуситы составляют до 80% среди всех заболеваний верхних дыхательных путей [9, 10]. Несмотря на внедрение в практику новых методов лечения патологии околоносовых пазух, заболеваемость в детском возрасте сохраняется на высоком уровне и имеет тенденцию к увеличению [1, 8]. Высокий процент осложнений ОС – таких, как острый средний отит, развитие бактериальных синуситов.

Много вопросов оставляет стартовая терапия при ОС у детей, учитывая рецидивирующий характер течения заболевания, особенно в детской практике, а также глобальную антибиотикорезистентность [11–16].

Одним из важных компонентов лечения ОС (J01) является так называемая разгрузочная терапия с использованием деконгестантов (сосудосуживающие препараты). Топические деконгестанты являются одними из наиболее распространенных препаратов симптоматической и патогенетической терапии данной патологии. Активным действующим веществом данных препаратов выступают α -адреномиметики различной селективности.

Эти препараты обладают быстрым сосудосуживающим и противоотечным действием. Однако их применение связано с рядом ограничений и нежелательных реакций: угнетение функции мерцательного эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, местное раздражающее действие, в случае бесконтрольного и неадекватного применения – развитие токсических системных реакций, особенно в раннем возрасте [6, 8, 12–20].

Комплексный препарат природного происхождения Циннабсин содержит комбинацию из четырех компонентов, оказывает доказанное противовоспалительное, противоотечное, секретолитическое действие, что способствует быстрому улучшению клинической симптоматики при ОС.

Благодаря восстановлению активной функции мерцательного эпителия и повышению местного иммунитета предотвращается развитие осложнений ОС и сокращается частота рецидивов [17–21].

Учитывая вышеизложенное, целесообразно оценить эффективность комплексного применения препарата природного

происхождения Циннабсин с топическим деконгестантом для улучшения морфофункционального состояния слизистой оболочки полости носа и профилактики развития рецидивирующих риносинуситов у детей.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения препарата природного происхождения Циннабсин в комбинации с топическим деконгестантом при лечении острого синусита у детей.

Пациенты и методы

Были обследованы и пролечены 120 пациентов в возрасте от 5 до 13 лет с ОС (J01) (небактериальным), без ограничений по доле пациентов разного пола. Исследование проводилось в поликлиническом отделении Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства с 2018 по 2021 г.

В процессе выполнения данной работы все исследователи руководствовались Правилами проведения качественных клинических испытаний в РФ, Правилами надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза (Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 3.11.2016 №79) Европейскими предписаниями по GCP и Хельсинкской декларацией.

Подписали информированное согласие и были рандомизированы в исследование 120 пациентов. Все пациенты были разделены на 2 группы по 60 больных. Полностью завершили участие в исследовании в соответствии с процедурами протокола 120 пациентов. Однако в окончательный анализ оценки эффективности лечения были включены данные только 108 пациентов. Данные остальных не учитывали в связи с нарушением ими графика посещения.

Таким образом, в 1-ю группу вошли 53 пациента, в качестве терапии получавшие местно ксилометазолин и препарат Циннабсин;

2-ю группу составили 55 больных ОС, которые получали в качестве монотерапии ксилометазолин.

Анализ безопасности проводили на основании данных всех 120 рандомизированных пациентов выборки ИТТ (Intention-to-treat), получивших хотя бы одно применение препаратов из исследуемых схем терапии.

Каждый пациент наблюдался в исследовании 26 суток (скрининг, рандомизация, начало терапии – первые сутки, период исследуемой терапии – 1–17-е сутки, отсроченный звонок – через 9 суток). Циннабсин (регистрационный номер в России 013317_01, производство фармацевтической компании Дойче Хомеопати-Унион ДХУ-Арцнаймиттель ГмбХ & Ко.КГ, Германия) в лекарственной форме «таблетки гомеопатические для рассасывания».

Продолжительность терапии исследуемым препаратом

Циннабсин принимался участниками исследования в зависимости от возраста: детьми в возрасте 5–6 лет – по 1 таблетке под язык каждые 2 ч (но не более 6 раз в сутки) до наступления улучшения, затем по 1/2 таблетки 3 раза в день до полного выздоровления; детям 6–12 лет –

по 1 таблетке каждый час (но не более 7–8 раз в день) до наступления улучшения, в дальнейшем – по 1 таблетке 2 раза в день до полного выздоровления; детям старше 12 лет – по 1 таблетке каждый час (но не более 12 раз в день) до наступления улучшения, затем – по 1–2 таблетке 3 раза в день (до полного выздоровления).

В качестве топического деконгестанта применялся ксило-метазолин (Ринонорм, спрей назальный): детям от 5 до 10 лет (0,05%) – по одной дозе, выпущенной в ходе одного нажатия, в каждый носовой ход не более 3 раз в сутки (с интервалом не менее 6 ч). Детям старше 6 лет (0,1%) – по одной дозе, выпущенной в ходе одного нажатия, в каждый носовой ход не более 3 раз в сутки (с интервалом не менее 6 ч). Курс – 5–7 дней (по состоянию ребенка).

Дети со своими родителями/представителями обратились к врачу по поводу признаков острой инфекции верхних дыхательных путей, включавших клинические признаки ОС: затруднение носового дыхания и/или слизисто-серозные или слизисто-гнойные выделения из носовых ходов, кашель и боль/чувство давления или тяжести в области проекции носовых пазух или головы, возникшими в первые 3-е суток от начала заболевания.

Диагноз ОС был поставлен на основании типичных клинических проявлений.

За время наблюдения осуществлялось 3 визита-встречи врача-исследователя с каждым участником исследования (Визит 1 осуществлялся одновременно с включением ребенка в исследование, Визит 2 – на 5-й (± 2) день исследования, Визит 3 – на 14-й (± 3) день наблюдения).

На первом визите (Визит 1) был собран анамнез, проведено физикальное и инструментальное обследование, назначалось лечение в соответствии с результатами рандомизации и ограничениями данного протокола. Родителям/представителям пациента выдавался дневник пациента (ДП) и инструкция по его ежедневному заполнению на протяжении всего периода между Визитами 1 и 3.

В ДП отмечались результаты утренней термометрии, проводимой в аксиллярной впадине, а также, в упрощенной форме в баллах, наличие и выраженность следующих признаков: самочувствие (0 – хорошее, 1 – снижено, 2 – плохое, 3 – очень плохое), головная боль и боль / ощущение давления в области лица (0 – нет, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная), кашель (0 – нет, 1 – слабый, 2 – умеренный, 3 – сильный), гнусавость голоса (0 – нет, 1 – есть), заложенность носа (0 – нет, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная), выделения из носа (0 – нет, 1 – слабые, 2 – умеренные, 3 – сильные) и их характер (1 – прозрачные, 2 – непрозрачные, 3 – кровянистые).

На втором и третьем визитах проводилось физикальное и инструментальное обследование, оценивалось состояние пациента, динамика течения ОС (наличие и выраженность жалоб и объективных симптомов), выявлялись и учитывались признаки развития осложнений и нежелательных реакций на проводимое лечение.

На третьем визите принимался от родителей/представителей пациента заполненный ДП.

Дополнительно для оценки степени нарушения носового дыхания трижды (Визиты 1–3) проводилась передняя актив-

ная риноманометрия с помощью риноманометра Otopront Rhinosys.

В ходе исследования проводилась стандартизированная оценка транспортной функции назального мерцательного эпителия (СОТФНМЭ). Определение скорости мукоцилиарного транспорта (МЦТ) осуществлялось по методу СОТФНМЭ [22]. Для проведения оценки использовалось устройство, описанное авторами метода, представляющее собой тонкий металлический стержень цилиндрической формы, закрепленный в ручке. После нанесения на слизистую оболочку окрашенной метки (например, частиц угольного порошка) по рискам, нанесенным на устройство с шагом в 1 мм, оценивалось время, за которое метка продвигалась по слизистой на 5 мм. Результаты были приведены к единому показателю – время, за которое метка продвигалась на 5 мм, выражалось в минутах.

На 21-й (± 5) день от начала исследования проводился заключительный визит (Визит 4) в форме телефонного звонка. В ходе телефонного разговора выясняли у родителей/представителей ребенка общее состояние ребенка, наличие жалоб, типичных для ОС, факт развития осложнений синусита или инфекции верхних дыхательных путей в целом, факт получения дополнительной медицинской помощи, в том числе скорой медицинской помощи, а также госпитализации.

Если в ходе проведения исследования у пациента возникали показания к назначению антибактериальных препаратов, данные препараты назначались без ограничений, факт назначения антибактериальных препаратов и показания к их назначению отражались в индивидуальной регистрационной карте.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациентов отмечались резкое нарушение носового дыхания, ринорея, кашель, у некоторых – небольшая головная боль и/или боль в области лица, гнусавость. Все пациенты обратились к врачу на 3-и сутки от начала возникновения заболевания ($2,5 \pm 1,99$) с удовлетворительным общим состоянием, у некоторых пациентов отмечалась субфебрильная температура тела. Характеристика состояния и выраженность клинических симптомов острого ринита/риносинусита при включении пациентов в исследование представлены в табл. 1.

У 96,2% ($n = 50$) пациентов в группе 1 и 98,1% ($n = 54$) пациентов в группе 2 определялась ринорея, при этом более чем в 60% случаев выделения имели слизисто-серозный характер: 69% ($n = 38$) и 65% ($n = 35$) в группах 1 и 2 соответственно (рисунок). Гнусавость на момент включения в исследование отмечалась более чем у 80% пациентов каждой группы (рисунок).

Выраженность и частота встречаемости воспалительных симптомов ОС в баллах представлена в табл. 2.

Как видно из приведенной таблицы, объективные признаки воспаления слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в группах сравнения были выражены и не имели достоверных различий в группах.

В ходе исследования не были зарегистрированы сообщения о нежелательных явлениях и нежелательных реакциях межлекарственного взаимодействия.

Таблица 1. Характеристика состояния и выраженность клинических симптомов острого ринита/риносинусита при включении пациентов в исследование
Table 1. Characteristics of patients' condition and severity of clinical symptoms of acute rhinitis/rhinosinusitis upon recruitment into the study

Показатель / Parameter	Группа 1 / Group 1 (n = 55)	Группа 2 / Group 2 (n = 53)	Характеристики статистического критерия / Characteristics of the statistical criterion
Нарушение носового дыхания, баллы / Impaired nasal breathing, score	2,4 ± 0,63 (1,0–3,0)	2,4 ± 0,63 (1,0–3,0)	U = 3411,5; Z = -0,36; p = 0,714
Отделяемое из носа, баллы / Nasal discharge, score	1,8 ± 0,80 (0,0–3,0)	1,9 ± 0,68 (0,0–3,0)	U = 3431,0; Z = -0,30; p = 0,760
Кашель, баллы / Cough, score	1,2 ± 0,78 (0,0–3,0)	1,2 ± 0,91 (0,0–3,0)	U = 3267,0; Z = -0,82; p = 0,409
Боль / давление в области головы / лица, баллы / Pain/pressure in the head/face, score	1 ± 0,63 (0,0–2,0)	0,9 ± 0,68 (0,0–2,0)	U = 3383,5; Z = 0,45; p = 0,648
Общее состояние, баллы / Overall condition, score	0,8 ± 0,78 (0,0–2,0)	0,9 ± 0,75 (0,0–2,0)	U = 3334,0; Z = 0,61; p = 0,540
Среднее значение температуры тела, баллы* / Mean body temperature, score*	0,9 ± 0,48 (0,0–1,0)	0,8 ± 0,51 (0,0–2,0)	U = 3403,0; Z = 0,39; p = 0,694

*Т° тела – 0 баллов < 37,0°C; 1 балл = 37–37,9°C; 2 балла > 38°C.

*Body temperature: 0 points = < 37.0°C; 1 point = 37–37.9°C; 2 points = > 38°C.

Таблица 2. Частота встречаемости и выраженность объективных воспалительных симптомов острого синусита при включении пациентов в исследование
Table 2. Frequency and severity of objective inflammatory symptoms of acute sinusitis in patients upon their recruitment

Показатель / Parameter	Группа 1 / Group 1 (n = 55)	Группа 2 / Group 2 (n = 53)	Характеристики статистического критерия / Characteristics of the statistical criterion
Отек слизистой оболочки полости носа, баллы / Swelling of the nasal mucosa, score	2,1 ± 0,62 (1,0–3,0)	2,1 ± 0,60 (1,0–3,0)	U = 3439,0; Z = -0,28; p = 0,780
Гиперемия слизистой оболочки полости носа, баллы / Hyperemia of the nasal mucosa, score	1,7 ± 0,50 (0,0–2,0)	1,8 ± 0,39 (0,0–2,0)	U = 3078,5; Z = -1,42; p = 0,155
Наличие и характер отделяемого в области остиомеатального комплекса % (абс.) / Presence and type of discharge in the area of the ostiomeatal complex, % (abs.)	45% (37) 35% (29) 20% (17)	40% (34) 35% (30) 25% (21)	$\chi^2 = 0,36$; df = 1; p = 0,548 $\chi^2 = 0,00$; df = 1; p = 0,961 $\chi^2 = 0,43$; df = 1; p = 0,513
Отек слизистой оболочки носоглоточного устья устья слуховой трубы, % (абс.) / Swelling of the nasopharyngeal orifice and Eustachian tube orifice, % (abs.)	54% (45)	54% (46)	$\chi^2 = 0,00$; df = 1; p = 0,989

Оценка эффективности

Пациенты обеих групп продемонстрировали положительную клиническую динамику к Визиту 3. Доля пациентов, у которых на данном визите улучшение скорости МЦТ достигло 30% и более, увеличились. В группе 1 уровня первичного критерия оценки эффективности достигло 50% (n = 30) пациентов, в группе 2 аналогичный показатель был зарегистрирован у 23,3% (n = 14) участников.

Различия выраженности эффекта в группах продолжали сохранять высокую статистическую значимость (χ^2 , p < 0,0001).

По данным передней активной риноманометрии показатели сопротивления внутриносовых структур снижались в обеих группах на протяжении трех визитов, что объективно отражает улучшение носового дыхания с каждым последующим визитом.

Следует отметить, что в группе детей, получавших препарат Циннабсин, эти показатели были более выражены, а суммарный объемный поток воздуха полностью восстановился в 78,3% (n = 47) случаев от основной группы исследования.

Заключение

Применение комплексного гомеопатического препарата Циннабсин в схеме лечения острого синусита позволяет добиться быстрого клинического эффекта, восстановить транспортную функцию мерцательного эпителия



Рисунок. Частота и выраженность некоторых клинических симптомов острого синусита при включении пациентов в исследование.

Figure. Frequency and severity of some clinical symptoms of acute sinusitis in patients upon their recruitment.

слизистой оболочки верхних дыхательных путей, значительно улучшить носовое дыхание в течение первых 3 суток лечения. Комплексное лечение острого синусита, включая гомеопатический препарат Циннабсин позволяет предотвратить развитие осложнений и затяжного течения заболевания.

Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

Financial support

No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The authors declare that there is no conflict of interest.

Информированное согласие

При проведении исследования было получено информированное согласие пациентов или их родителей либо законных представителей.

Informed consent

In carrying out the study, written informed consent was obtained from all patients or their parents or legal representatives.

Литература

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464. DOI: 10.4193/Rhin20.600
2. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. Клинические рекомендации «Острый синусит». Утверждены Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации. 2021.
3. Русецкий ЮЮ, Малявина УС, Латышева ЕН, Спиранская ОА, Полунина ТА, Намазова-Баранова ЛС. Жизнь после EPOS: сравнительный анализ современных рекомендательных документов по диагностике и лечению острых синуситов у детей. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского*. 2017;96(2):81-89.
4. Рязанцев СВ, Фанта ИВ, Павлова СС. Патогенетическая терапия синуситов в практике врача-оториноларинголога. *Медицинский Совет*. 2019;6:68-73. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-6-68-73
5. Карпищенко СА, Верещагина ОЕ, Теплова ЕО. Клинический подход к выбору топических деконгестантов в детской оториноларингологической практике. *Медицинский Совет*. 2019;2:168-172. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-2-168-172
6. Карпова ЕП, Вагина ЕЕ. Лечение риносинусита у детей. *Вопросы практической педиатрии*. 2015;10(5):61-67.
7. Рязанцев СВ, Павлова СС. Затрудненное носовое дыхание в практике оториноларинголога: чем помочь? *Российская оториноларингология*. 2020; 19(2/105):107-115. DOI: 10.18692/1810-4800-2020-2-107-115
8. Шиленкова ВВ. Терапия риносинусита: настоящее и будущее. *Медицинский Совет*. 2017;16:96-100. DOI: 10.21518/2079-701X-2017-16-96-100
9. Крюков АИ, Кунельская НЛ, Ивойлов АО, Мачулин АИ, Яновский ВВ. Применение топической терапии в лечении риносинусита у детей. *РМЖ*. 2017;19:1357-1359.
10. Карнеева ОВ, Гаращенко ТИ, Карпова ЕП, Рязанцев СВ, Никифорова ГН, Геппе НА, и др. Современные тенденции и проблемы безопасности применения деконгестантов в детском возрасте. Резолюция совета экспертов. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2018;1:32-35. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.1.32-35
11. Пшеничная ЕВ, Дудчак АП, Усенко НА. Деконгестанты и их побочные действия в лечении острого ринита у детей (клинический пример). *Мать и дитя в Кузбассе*. 2018;3(74):50-53.
12. Абатуров АЕ, Агафонова ЕА, Петренко ЛЛ, Бабич ВЛ. Место назальных деконгестантов в лечении острых инфекционных синуситов у детей. *Здоровье ребенка*. 2018;13(7):691-697. DOI: 10.22141/2224-0551.13.7.2018.148923
13. Кривопапов АА, Рязанцев СВ, Шамкина ПА. Комплексная терапия острого инфекционного ринита. *Медицинский Совет*. 2019;8:38-42. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-8-38-42
14. Карпова ЕП, Воробьева МП, Тулулов ДА. Возможности применения деконгестантов у детей. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2018;1:43-45. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.1.43-45
15. Мальцева ГС, Будковая МА. Обоснование патогенетических аспектов и клинического применения топических деконгестантов. *Consilium Medicum*. 2016;18(11):49-54. DOI: 10.26442/2075-1753_2016.11.49-54
16. Безшапочный СБ, Подовжный ОГ, Лобурец ВВ. Применение препарата Циннабсин для лечения больных риносинуситом. *Ринология*. 2006;2:24-29



ЦИННАБСИН

- Восстанавливает носовое дыхание
- Уменьшает отёк слизистой носа и пазух
- Разжижает и выводит слизь из носа





ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА

17. Friese KH, Zabalotnyi DI. Homöopathie bei akuter Rhinosinusitis: Eine doppelblinde, placebokontrollierte Studie belegt die Wirksamkeit und Verträglichkeit eines homöopathischen Kombinationsarzneimittels [Homeopathy in acute rhinosinusitis: a double-blind, placebo controlled study shows the efficiency and tolerability of a homeopathic combination remedy]. HNO. 2007 Apr;55(4):271-7. German. DOI: 10.1007/s00106-006-1480-x
18. Пискунов ГЗ. Опыт применения Циннабсина в лечении острого и хронического синусита. Российская ринология. 1998;2:40.
19. Гарашченко ТИ. Обоснование возможностей применения комплексных гомеопатических препаратов в лечении аллергических ринитов у детей. Детская оториноларингология. 2012;2:31-37.
20. Безшапочный СБ, Сонник НБ, Лобурец ВВ. Тактика консервативного лечения хронического аденоидита у детей. Вестник проблем биологии и медицины. 2016;2(1):67-71.
21. Соколов ВВ, Чаукина ВА, Киселев АБ. Стандартизация исследования транспортной функции назального мерцательного эпителия. Медицина и образование в Сибири. 2012;4:16.
22. Шамкина ПА, Крипалов АА, Рязанцев СВ, Шнайдер НА, Гайдуков СС, Шарданов ЗН. Эпидемиология хронического риносинусита. Современные проблемы науки и образования. 2019;3:188.
23. Abaturov AE, Agafonova EA, Petrenko LL, Babich VL. The place of nasal decongestants in the treatment of acute infectious rhinosinusitis in children. The child's health. 2018;13(7):691-697. DOI: 10.22141/2224-0551.13.7.2018.148923
24. Krivopalov AA, Ryazansev SV, Shamkina PA. Complex homeopathic therapy of acute infectious rhinitis. Medical Council. 2019;8:38-42. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-8-38-42 (In Russian).
25. Karpova EP, Vorobyeva MP, Tulupov DA. Possibilities of using decongestants in children. Pediatrics. Consilium Medicum. 2018;1:43-45. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.1.43-45(In Russian).
26. Mal'ceva GS, Budkovaya MA. Substantiation of pathogenetic aspects and clinical application of topical decongestants. Medical Council. 2016;18(11):49-54. DOI: 10.26442/2075-1753_2016.11.49-54 (In Russian).
27. Bezshapochnyj SB, Podovzhnyj OG, Loburecz BV. The use of the drug Cinnabsin for the treatment of patients with rhinosinusitis. Rhinology. 2006;2:24-29. (In Russian).
28. Friese KH, Zabalotnyi DI. Homeopathy in acute rhinosinusitis: a double-blind, placebo controlled study shows the efficiency and tolerability of a homeopathic combination remedy. HNO. 2007 Apr; 55(4):271-7. DOI: 10.1007 / s00106-006-1480-x
29. Piskunov GZ. Experience of using Cinnabsin in the treatment of acute and chronic sinusitis. Russian rhinology. 1998;2:40. (In Russian).
30. Garashchenko TI. Substantiation of the possibilities of using complex homeopathic drugs in the treatment of allergic rhinitis in children. Detskaya otorinolaringologiy. 2012;2:31-37. (In Russian).
31. Bezshapochnyj SB, Sonnik NB, Loburecz VV. Tactics of conservative treatment of chronic adenoiditis in children. Bulletin of Problems of Biology and Medicine. 2016;2(1):67-71. (In Russ.).
32. Sokolov VV, Chaukina VA, Kiselev AB. Standardization of the study of the transport function of the nasal atrial epithelium. Medicine and education in Siberia. 2012;4:16. (In Russian).
33. Shamkina PA, Kripalov AA, Ryazancev SV, Shnajder NA, Gajdukov SS, Shardanov ZN. Epidemiology of chronic rhinosinusitis. Modern problems of science and education. 2019;3:188. (In Russian).

References

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464. DOI: 10.4193/Rhin20.600
2. Natsional'naya meditsinskaya assotsiatsiya otorinolaringologov. Klinicheskie rekomendatsii «Ostryi sinusit». Utverzhdeny Nauchnym sovetom Ministerstva Zdravookhraneniya Rossijskoi Federatsii. 2021. (In Russian).
3. Rusetsky YY, Malyavina US, Latysheva EN, Spiranskaya OA, Polunina TA, Namazova-Baranova LS. Life after EPOS: a comparative analysis of current guidance documents on diagnostics and treatment of acute rhinosinusitis in children. Pediatrics. The journal named after G.N.Speransky. 2017;96(2):81-89. (In Russian).
4. Ryazancev SV, Fanta IV, Pavlova SS. Pathogenetic therapy of rhinosinusitis in the practice of otorhinolaryngologist. Medical Council. 2019;6:68-73. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-6-68-73 (In Russian).
5. Karpishchenko SA, Vereshhagina OE, Teplova EO. Clinical approach to the selection of topical decongestants in paediatric otolaryngology practice. Medical Council. 2019;2:168-172. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-2-168-172 (In Russian).
6. Karpova EP, Vagina EE. Treatment of rhinosinusitis in children. of practical pediatrics. 2015;10(5):61-67. (In Russian).
7. Ryazancev SV, Pavlova SS. Difficult nasal breathing in the practice of an otorhinolaryngologist: how can I help? Russian otorhinolaryngology. 2015; 10(5):61-67. (In Russian).
8. Shilenkova VV. Rhinosinusitis therapy: present and future. Medical Council. 2017;16:96-100. DOI: 10.21518/2079-701X-2017-16-96-100 (In Russian).
9. Kryukov AI, Kunel'skaya NL, Ivojlav AY, Machulin AI, Yanovsky VV. The topical therapy in the treatment of rhinosinusitis in children. RMJ. 2017;9:1357-1359. (In Russian).
10. Karneeva OV, Garashchenko TI, Karpova EP, Ryazancev SV, Nikiforova GN, Geppe NA, et al. Modern trends and problems of safety in the use of decongestants in childhood. Resolution of the Council of Experts. Pediatrics. Consilium Medicum. 2018;1:32-35. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.1.32-35 (In Russian).
11. Pshenichnaya EV, Dudchak AP, Usenko NA. Decongestants and their side effects in the treatment of acute rhinitis in children (clinical example). Mother and Baby in Kuzbass. 2018;3 (74):50-53. (In Russian).
12. Karneeva Olga Vital'evna, doctor of medical sciences, docent, deputy director for science and education of the National Medical Research Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia; professor of the Department of Otorhinolaryngology of the Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov. Address: 123182, Moscow, Volokolamskoye shosse, 30, corp. 2. E-mail: olya.karneeva@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-5721
13. Tulina Anna Sergeevna, head of the polyclinic department of the National Medical Research Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia. Address: 123182, Moscow, Volokolamskoye shosse, 30, corp. 2. E-mail: tulina.anna@inbox.ru. ORCID: 0000-0001-6161-5293
14. Serebryakova Irina Yur'evna, candidate of medical sciences, leading scientific employee of the Department of Scientific Secretary of the National Medical Research Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia. Address: 123182, Russia, Moscow, Volokolamskoye shosse, 30, corp. 2. E-mail: 79032919680@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-1164-092X
15. Axinjan Anzhela Olegovna, junior scientific employee of the Department of Scientific Secretary of the National Medical Research Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical and Biological Agency of Russia. Address: 123182, Russia, Moscow, Volokolamskoye shosse, 30, corp. 2. E-mail: axinjan.a.o@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-1754-451X

Information about co-authors:

Olga V. Karneeva, MD, PhD, DSc, Associate Professor, deputy director for science and education, Research and Clinical Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency; professor at the Pirogov Russian National Research Medical University
Address: 30/2 Volokolamskoe highway, Moscow, 123182, Russian Federation
E-mail: olya.karneeva@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5721

Anna S. Tulina, head of the outpatient department, Research and Clinical Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency
Address: 30/2 Volokolamskoe highway, Moscow, 123182, Russian Federation
E-mail: tulina.anna@inbox.ru
ORCID: 0000-0001-6161-5293

Irina U. Serebryakova, MD, PhD, leading research fellow at the Department of Academic Secretary, Research and Clinical Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency
Address: 30/2 Volokolamskoe highway, Moscow, 123182, Russian Federation
E-mail: 79032919680@yandex.ru
ORCID: 0000-0003-1164-092X

Angela O. Ahinyan, junior research fellow at the Department of Academic Secretary, Research and Clinical Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency
Address: 30/2 Volokolamskoe highway, Moscow, 123182, Russian Federation
E-mail: axinian.a.o@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-1754-451X

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

Употребление сладкой пищи как фактор риска нарушения обменных процессов в эмали зуба у детей и возможность улучшения стоматологического здоровья

Целью исследования, результаты которого опубликованы в четвертом номере журнала «Вопросы детской диетологии» за 2021 год было определение особенности употребления сладкой пищи подростками г. Воронежа с помощью Европейской глобальной системы индикаторов стоматологического здоровья (EGOHID 2005), учитывая их морфобиохимические исследования зубного налета и эмали зуба. Проведен стоматологический осмотр 200 школьников из г. Воронежа в возрасте 12–15 лет без сопутствующей соматической патологии, у большинства из которых визуально были обнаружены пигментированные фиссуры на жевательных поверхностях зубов, которые соответствовали кариесу эмали или дентина. Также проведено анонимное анкетирование с использованием опросников ВОЗ (2013). Для оценки объективных и субъективных критериев стоматологического здоровья детей и подростков использована система EGOHID 2005. Для верификации морфологических образований эмали 15 удаленных по ортодонтическим показаниям зубов использована электронная микроскопия с рентген-спектральным микрохимическим анализом. С помощью световой микроскопии определяли биополимеры и гиалуроновую кислоту. Количественная оценка окраски микропрепарата шлифа зуба проводилась на основе программы ImageJ. Для определения короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) в мазках зубного налета использовали клинический микрометод с хлорным железом. Оценивали кариесогенность зубного налета сразу после и через 1 ч после приема конфеты колориметрическим методом с оценкой изменения окраски метиленового красного на зубах по 3-балльной шкале.

При выборочном обследовании детей и подростков распространенность кариеса зубов составила 84%, при этом имело место частое употребление сладостей у 79% детей, сладких напитков – у 58%, как правило, между основными приемами пищи. Кариесогенность зубного налета у детей, употребивших во время приема пищи сладости, возрастает до 3 по 3-балльной шкале, при этом содержание КЦЖК в таком налете соответствует $0,10 \pm 0,05$ оптической плотности. Через час кариесогенность зубного налета снижалась до 1 балла, содержание КЦЖК возрастало до $0,32 \pm 0,01$. Частое употребление в пищу легкоусвояемых углеводов способствует созданию в полости рта кариесогенной ситуации, поэтому употребление сладостей рекомендовано только во время завтрака, обеда и ужина. Основной принцип коррекции пищевого поведения в целях профилактики кариеса эмали зуба сводится к тому, чтобы заменять содержащие сахар продукты и напитки, потребляемые в промежутках между основными приемами пищи, таковыми, но без присутствия сахара.

*Ипполитов Ю.А., Хавкин А.И., Голощапов Д.Л., Алёшина Е.О., Беркович М.В.
Употребление сладкой пищи как фактор риска нарушения обменных процессов
в эмали зуба у детей и возможность улучшения стоматологического здоровья.*

Вопросы детской диетологии. 2021; 19(4): 81–88.

DOI: 10.20953/1727-5784-2021-4-81-88

Источник: www.phdynasty.ru