

Топическая терапия острого вирусного риносинусита на фоне незавершенной эпителизации в отдаленном периоде хирургии глоточной миндалины

А.Б. Киселев^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-0319-8222>, kislor@list.ru

В.А. Чаукина¹, <https://orcid.org/0000-0001-8944-8546>, vict.chau@mail.ru

В.А. Краснов², <https://orcid.org/0009-0001-3860-944X>, v.krasnov@inbox.ru

Е.В. Иконникова³, <https://orcid.org/0000-0001-9314-9602>, elenalor123@mail.ru

¹ Новосибирский государственный медицинский университет; 630091, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 52

² ООО «ПРИМА-МЕД»; 628624, Россия, Югра, Нижневартовск, ул. Героев Самотлора, д. 24

³ ООО «Альтра» (частная клиника Effi); 660018, Россия, Красноярск, ул. Историческая, д. 111, стр. 3/2

Резюме

Введение. Острая респираторная инфекция (ОРИ) верхних дыхательных путей при незавершенной эпителизации носоглотки после хирургии глоточной миндалины с применением холодной натриевой плазмы – малоизученная проблема.

Цель. Оценить клиническую эффективность и адекватность топической терапии острого вирусного риносинусита 2% протеинатом серебра (препарат Сиалор®, таблетки для приготовления раствора для местного применения, 200 мг, во флаконе с насадкой-распылителем) взамен использования системной и местной антибиотикотерапии в периоде неполной эпителизации операционной раны после хирургического лечения хронического аденоидита, сопряженного с гипертрофией глоточной миндалины, физическими факторами деструкции лимфоаденоидной ткани.

Материалы и методы. Проведено наблюдение за 64 пациентами после хирургического вмешательства на глоточной миндалине, выполненного разными техниками. Состояние эпителизации операционной раны носоглотки визуализировано на 10, 20 и 30-е сут. после операции осмотром носоглотки гибким риноларингофиброскопом 2,4 мм. Оценена частота возникновения ОРИ в течение первого месяца наблюдения, особенности клинического течения ОРИ по дневнику пациента. В лечении использована топическая терапия деконгестантами по требованию и лекарственным препаратом на основе 2% протеината серебра Сиалор.

Результаты и обсуждение. Длительность ОРИ, выраженность назальных симптомов сопоставимы с течением ОРИ легкой и средней степени тяжести у детей с сохраненной глоточной миндалиной.

Выводы. Топическая терапия препаратом Сиалор является адекватным выбором взамен местной и системной антибиотикотерапии для подавления активности патогенной микрофлоры при ОРИ, для оказания местного противовоспалительного эффекта в отдаленном периоде хирургии глоточной миндалины в условиях незавершенной эпителизации. Незавершенная эпителизация носоглотки не является показанием для использования системных антибиотиков при появлении признаков ОРИ верхних дыхательных путей после хирургии глоточной миндалины.

Ключевые слова: острая респираторная инфекция, аденотомия, аденоидэктомия, холодная натриевая плазма, 2% протеинат серебра, Сиалор

Для цитирования: Киселев АБ, Чаукина ВА, Краснов ВА, Иконникова ЕВ. Топическая терапия острого вирусного риносинусита на фоне незавершенной эпителизации в отдаленном периоде хирургии глоточной миндалины. *Медицинский совет.* 2024;18(7):64–70. <https://doi.org/10.21518/ms2024-049>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Topical therapy of acute viral rhinosinusitis in case of incomplete epithelialization of surgical wound during the long-term period of adenoid surgery

Alexey B. Kiselev^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-0319-8222>, kislor@list.ru

Victoria A. Chaukina¹, <https://orcid.org/0000-0001-8944-8546>, vict.chau@mail.ru

Vladimir A. Krasnov², <https://orcid.org/0009-0001-3860-944X>, v.krasnov@inbox.ru

Elena V. Ikonnikova³, <https://orcid.org/0000-0001-9314-9602>, elenalor123@mail.ru

¹ Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny Ave., Novosibirsk, 630091, Russia

² MC PRIMA-MED LLC; 24, Heroes of Samotlor St., Nizhnevartovsk, Yugra, 628624, Russia

³ Altra LLC (private clinic Effi); 111, Build. 3/2, Istoricheskaya St., Krasnoyarsk, 660018, Russia

Abstract

ute respiratory infection (ARI) of the upper respiratory tract with incomplete epithelialization of the nasopharynx after surgery of the pharyngeal tonsil using cold sodium plasma is a little-studied problem.

Aim. To evaluate the clinical efficacy and adequacy of topical therapy of acute viral rhinosinusitis with 2% silver proteinate (Sialor® preparation, tablets for preparation of a solution for topical use, 200 mg, in a bottle with a spray nozzle) instead of using systemic and local antibiotic therapy in the period of incomplete epithelialization of an operating wound after surgical treatment of chronic adenoiditis associated with hypertrophy of the pharyngeal tonsil, by physical factors of destruction of lymphadenoid tissue.

Materials and methods. We observed 64 patients who underwent surgical intervention in the site of the pharyngeal tonsil using different techniques. The epithelialization status of the surgical wound in the nasopharynx was visualized using 2.4 mm flexible rhino-laryngo fiberscope examination of the nasopharynx performed on postoperative days 10, 20 and 30. We assessed the frequency rates of ARI during the first month follow-up period and the features of the clinical course of ARI according to the patient's diary. The treatment included on-demand topical therapy with decongestants and Sialor (2% silver proteinate).

Results and discussion. The duration of ARI and the severity of nasal symptoms are comparable to the course of mild to moderate ARI in children with preserved pharyngeal tonsil.

Conclusion. Sialor topical therapy is an adequate choice instead of local and systemic antibiotic therapy to suppress the pathogenic microflora activity in ARI, to provide a local anti-inflammatory effect during the long-term period of pharyngeal tonsil surgery with incomplete epithelialization. The incomplete epithelialization of the nasopharynx is not an indication to administer systemic antibiotics in the presence of signs of ARI of the upper respiratory tract after pharyngeal tonsil surgery.

Keywords: acute respiratory infection, cold-plasma adenoidectomy, cold sodium plasma, 2% silver proteinate, Sialor

For citation: Kiselev AB, Chaukina VA, Krasnov VA, Ikonnikova EV. Topical therapy of acute viral rhinosinusitis in case of incomplete epithelialization of surgical wound during the long-term period of dissectional cold-plasma adenotomy. *Meditsinskiy Sovet.* 2024;18(7):64–70. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-049>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Современные способы хирургии глоточной миндалины отличаются как объемом вмешательства, так и видами физического фактора воздействия на ткань миндалины [1–6]. Хирургическое лечение миндалин глоточного кольца проводится круглогодично, включая в себя неблагоприятный санитарно-эпидемиологический период по простудным заболеваниям. В Сибири повышенная заболеваемость острой респираторной инфекцией (ОРИ) наблюдается с конца октября до начала апреля. По этой причине сохраняется риск заболевания ОРИ в позднем послеоперационном периоде хирургии глоточной миндалины. Основная проблема лечения таких детей – вопрос системной антибактериальной терапии, поскольку клинических рекомендаций по данному вопросу нет. Опыт наблюдений особенностей течения ОРИ в послеоперационном и восстановительном периодах у каждого специалиста только личный. Обобщенного опубликованного опыта нет. На наш взгляд, отсутствие широкого обсуждения практики послеоперационного наблюдения порождает склонность к перестраховке и назначению системных антибиотиков при первых признаках простудного заболевания. Индивидуальное общение со специалистами, оперирующими аденоиды современными физическими факторами воздействия на лимфоаденоидную ткань, говорит в пользу достаточно широкого назначения системных антибиотиков в послеоперационном периоде с целью профилактики «активации гнойной инфекции» или простудных заболеваний. Известно, что системная антибактериальная терапия не профилактирует развитие острой вирусной

инфекции [7]. Антибактериальная терапия при неосложненных ОРВИ (в т. ч. при риносинусите, крупе, бронхите, бронхообструктивном синдроме) не рекомендована в первые 10–14 дней заболевания [8–13]. Регенерирующая рана слизистой оболочки, по нашему мнению, не является предрасполагающим фактором развития или фактором, усиливающим течение острого бактериального воспалительного процесса, если оперативное вмешательство проведено в период отсутствия признаков активного воспалительного процесса в области полости носа, околоносовых пазух и носоглотки. Однако подкрепить свою уверенность возможно только тем, что в клинических рекомендациях не упоминаются системные антибиотики как фармакотерапия послеоперационного периода аденотомии и тонзиллотомии [14]. Наличие примеси крови в назальном секрете в современной оториноларингологии также не рассматривается как фактор, предрасполагающий к активации контaminationной микрофлоры. По этой причине при носовом кровотечении сокращены показания для системной антибактериальной терапии. Сохраняется использование системной парентеральной антибактериальной терапии только при выполнении задней тугой тампонады полости носа ввиду грубого нарушения дренажной функции носоглотки, полости носа и слуховых труб тампоном [15, 16]. Дети с хроническим аденоидитом/синуситом, как правило, при подготовке к операции уже получили курс системной и местной антибактериальной терапии. Фармацевтическое обеспечение общей анестезии и эмоциональные переживания, связанные с операцией, формируют существенный стресс для детского организма, а второй курс антибиотика в течение

месяца способен его увеличить. По этой причине целесообразно определить адекватность местной терапии острого вирусного риносинусита, назофарингита, возникших как часть ОРИ верхних дыхательных путей у детей после хирургии глоточной миндалины. Мы полагаем, что проведенное наблюдение послужит для выработки тактики местной интраназальной терапии ОРИ в случае ее возникновения после хирургии глоточной миндалины до завершения эпителизации операционной раны.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность и адекватность топической терапии острого вирусного риносинусита 2% протеинатом серебра (препарат Сиалор®, таблетки для приготовления раствора для местного применения, 200 мг, во флаконе с насадкой-распылителем, производитель АО «ПФК Обновление», Россия) взамен использования системной и местной антибиотикотерапии в периоде неполной эпителизации операционной раны после хирургического лечения хронического аденоидита, сопряженного с гипертрофией глоточной миндалины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В наблюдательное неинтервенционное многоцентровое исследование включены дети, которым выполнено хирургическое лечение хронического аденоидита, сопряженного с гипертрофией глоточной миндалины. Всего под наблюдением находились 22 детей после диссекционной холодноплазменной аденотомии, 15 детей после классической холодноплазменной аденоидэктомии, 24 ребенка после классической механической аденотомии аденотомом Бэкмана под зрительным контролем, 3 детей после молекулярно-резонансной аденоидэктомии. Всего – 64 пациента после хирургического лечения аденоидита с использованием разных физических факторов деструкции ткани миндалины. Возраст пациентов соответствовал периоду 5–8 лет, в среднем составил $6,5 \pm 0,97$ лет. Гипертрофия миндалины 2-й степени определена у 43 пациентов; аденоиды 3-й степени установлены у 21 пациента. Показанием для хирургического лечения считалось рецидивирующее течение синусита, средних отитов при неэффективности консервативной терапии и профилактики простудных заболеваний [17].

Методы исследования включали в себя осмотр носоглотки гибким риноларингофиброскопом Pentax FNL-7RP3 диаметром 2,4 мм при трансназальном доступе к носоглотке на 10, 20 и 30-е сут. с целью визуализации состояния операционной раны, а именно процесса рубцевания и эпителизации слизистой оболочки носоглотки. Родители участников исследования первые 10 дней после операции ежедневно заполняли дневник пациента, где в баллах отражалось состояние носового дыхания, запах из носа, выделения из носа, наличие болевых ощущений, температура тела. Выраженность субъективных симптомов определяли по ВАШ от 0 до 10 баллов, где 0 – отсутствие симптома; 5 – умеренное проявление симптома; 10 – мучительное/очень сильное/невыносимое проявление симптома. Дневник пациента помогал

оценить гладкость течения позднего послеоперационного периода. При развитии ОРИ фиксировался период начала клиники ОРИ от дня операции. Всем детям использованы широко назначаемые врачами в лечении ОРИ противовирусные средства для приема внутрь, назальные деконгестанты, приготовленный водный раствор протеината серебра 2% во флаконе с насадкой-распылителем (Сиалор), сироп ибупрофена при наличии лихорадки [18–22].

Препарат Сиалор оказывает вяжущее, антисептическое и противовоспалительное действие, он активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов: *B. cereus*, *C. albicans*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *A. niger*, *S. abony* и других возбудителей гнойного воспаления. Широкий спектр антисептического действия препарата обусловлен способностью ионов серебра подавлять размножение различных бактерий, а также тем, что серебра протеинат образует пленку, которая уменьшает адгезию бактерий на слизистую оболочку полости носа, что в свою очередь способствует быстрой регенерации ткани [23–27].

Препарат Сиалор (2% протеинат серебра, в виде таблетки для приготовления раствора для местного применения, в комплекте с флаконом и насадкой-распылителем) для топической терапии ОРИ на фоне незавершенной эпителизации в отдаленном периоде диссекционной холодноплазменной аденотомии у детей 5–8 лет выбран вместо системной и местной антибиотикотерапии, чтобы исключить дополнительный лекарственный стресс на детский организм, а также для того, чтобы не провоцировать усиление антибиотикорезистентности из-за необоснованного повторного назначения антибиотиков. Курс лечения препаратом Сиалор составил 5 дней трехкратного ежедневного впрыска препарата в каждую ноздрю.

Эффективность проведенной терапии ОРИ оценена по срокам купирования (в днях) назальных симптомов, выраженности и длительности выделений из полости носа, лихорадки; по случаям появления окрашенных назальных выделений и случаев развития бактериального синусита. Адекватность терапии оценена по факту развития клиники острого бактериального воспалительного процесса лор-органов (вторая волна лихорадки, сужение локуса поражения, асимметрия поражения, наличие гнойного экссудата).

Этические аспекты включали в себя подписание информационного листа и листа добровольного согласия на участие несовершеннолетнего в исследовании, обезличивание данных. Анализируемое наблюдение представляет собой избранные аспекты диссертационных исследований, одобренных Комитетом по этике ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России (протокол №148 от 17.11.2022 г. и протокол №155 от 29.11.2023 г.).

Статистическая обработка сравнительных характеристик проведена по статистике хи-квадрат; усредненные показатели показаны с учетом стандартного отклонения ($\pm S$) и медианы (Me); абсолютные показатели дополняют данные долевого участия (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сроки полной эпителизации операционной раны имеют широкие индивидуальные отличия и отличаются в зависимости от методики исполнения операции. В демонстрируемых случаях срок выполнения фото – 30 дней после операции. На *рис. 1* отображено состояние регенерации операционной раны после диссекции глоточной миндалины холодной натриевой плазмой на уровне дна центральной лакуны [28]. На *рис. 2* демонстрируется состояние регенерации операционной раны после классической холодноплазменной аденоидэктомии методом послойного выпаривания в направлении «снаружи – внутрь» миндалины. Хорошо визуализируется часть поверхности раны, покрытая фибрином. Состояние операционной раны на 30-е сут. после аденотомии, проведенной аденотомом Бэкмана, продемонстрировано на *рис. 3*. Таким образом, в зависимости от техники исполнения через 30 дней после операции площадь участка без восстановленного эпителиального слоя может составлять примерно 2/3–1/5 операционной раны.

У наблюдаемых пациентов после классической и диссекционной холодноплазменной хирургии глоточной миндалины, после молекулярно-резонансной аденоидэктомии эпителизация операционной раны наблюдалась в сроки от 20 до 45 дней. После механической диссекции аденотомом Бэкмана – в сроки от 20 до 30 дней.

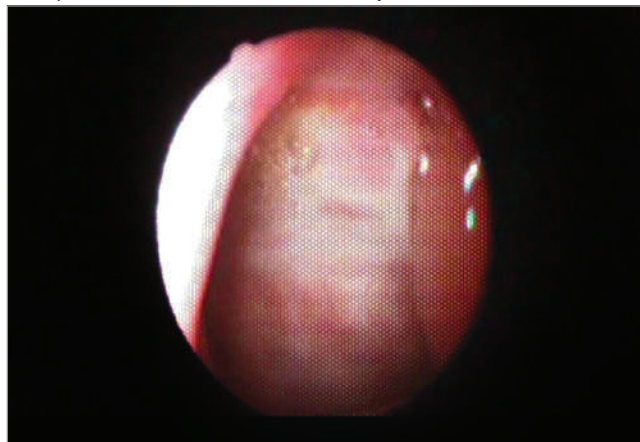
До завершения эпителизации раны ОРИ развилась у 3 детей после диссекционной холодноплазменной аденотомии, что составило 12,5% от количества оперированных пациентов указанным методом. Первые признаки ОРИ появились на 21, 26 и 32-й день после операции (в среднем на $26,33 \pm 5,51$ день). После классической холодноплазменной аденоидэктомии до завершения эпителизации ОРИ заболели 2 детей (13,3% от количества оперированных пациентов указанным методом). ОРИ началась на 18-й и 24-й день после операции (в среднем $21 \pm 4,25$ день). После классической механической аденотомии с визуальным контролем ОРИ до завершения эпителизации возникла у 4 пациентов, что составило 16,67% от числа пациентов, оперированных указанным способом. Клиника ОРИ появилась, соответственно, на 20, 23, 25 и 26-й день после операции (в среднем $23,5 \pm 2,65$ дней). После молекулярно-резонансной аденоидэктомии заболевших ОРИ до окончания эпителизации не было.

Сравнение однородности групп по частоте возникновения ОРИ в зависимости от примененного метода хирургии показало отсутствие значимых статистических отличий (при $\alpha = 0,05$, $k = 1$, $\chi_{набл}^2 = 0,587$ при $\chi_{крит}^2 = 0,38$, $p > 0,05$ – найденное максимальное отличие). Следовательно, на вероятность развития ОРИ метод хирургического вмешательства не оказывает влияния.

Согласно дневникам пациента, которые родители заполняли ежедневно в течение 10 дней после хирургического лечения, у 58 детей из 64 оперированных (90,63%) к 10-му дню жалобы на заложенность носа, болевые ощущения, запах, кашель, лихорадку или выделения из носа

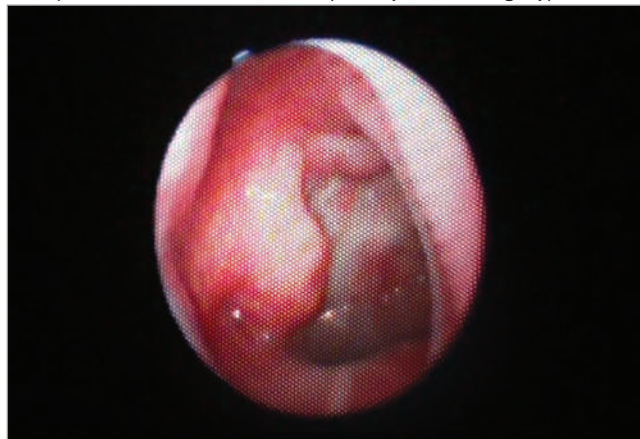
● **Рисунок 1.** Трансназальный обзор состояния носоглотки на 30-й день после холодноплазменной коблации аденоидов приемом диссекции

● **Figure 1.** Transnasal view of the nasopharynx on day 30 after cold plasma coblation of adenoids by dissection



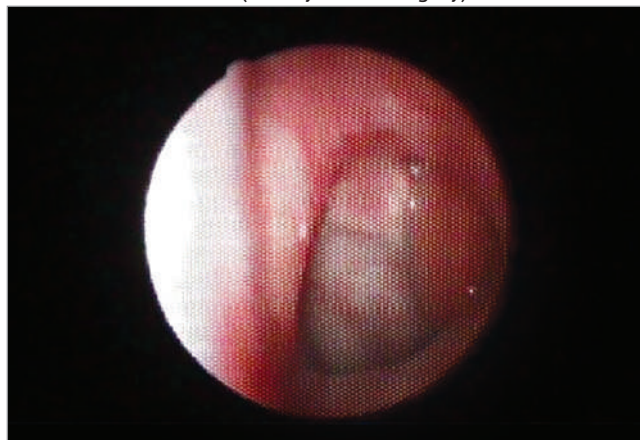
● **Рисунок 2.** Трансназальный обзор состояния носоглотки после классической холодноплазменной коблации аденоидов (30-е сут. после операции)

● **Figure 2.** Transnasal view of the nasopharynx after classical cold plasma adenoid coblation (30 days after surgery)



● **Рисунок 3.** Трансназальный обзор состояния носоглотки после аденотомии, проведенной аденотомом Бэкмана, под контролем зеркала (30-е сут. после операции)

● **Figure 3.** Transnasal view of the nasopharynx after adenotomy performed by Backman's adenotome, under the control of a mirror (30 days after surgery)



отсутствовали. У 7 детей отмечены отдельные указанные жалобы, но выраженность симптомов не превышала 2 балла и длительность симптомов ограничивалась 1–3 днями. Кратковременные маловыраженные системные и назальные симптомы в послеоперационном периоде возможны и не являются признаками развития осложнений.

Развитие острого вирусного риносинусита, а именно возникновение назальных/назофарингеальных симптомов и общей системной реакции в виде лихорадки у 9 пациентов, произошло на 18-й день послеоперационного периода и позднее. Учитывая, что предыдущие 8 дней жалобы отсутствовали, а врачебным осмотром и родителями на 10-й день после операции зафиксировано отсутствие признаков воспалительного процесса лор-органов, изменение общего состояния пациентов не относится к осложнениям, сопряженным с хирургическим лечением.

Возникшие случаи острого вирусного риносинусита соответствовали средней степени тяжести ввиду короткого периода (1–3 сут.) лихорадки от 37,2 до 38 °С. Усредненные показатели выраженности и обратной динамики симптомов приведены в *таблице*.

Выраженность заложенности носа оценена в пределах 4–9 баллов ($Me = 6$), длительность наблюдения симптома составила от 5 до 15 дней ($Me = 7$). Количество выделений из носа оценено в пределах 2–7 баллов ($Me = 4$), длительность наблюдения выделений – от 1 до 15 дней ($Me = 4$). Проявления кашля оценено в диапазоне от 1 до 7 баллов ($Me = 5$), длительность кашля – от 2 до 15 дней ($Me = 5$). Болевой синдром заключался в наличии головной боли/лицевой боли у всех заболевших и боли в горле у 4 заболевших. Выраженность болевого синдрома соответствовала 1–7 баллам ($Me = 4$), длительность симптома определена 1–6 дней ($Me = 2$). Таким образом, выраженность симптомов вирусного риносинусита соответствовала преимущественно уровню проявления симптомов между легким и умеренным уровнем (т. е. до 5 баллов). Окрашенные назальные выделения отмечены у 6 пациентов, при этом длительность окрашенных выделений составила от 1 до 6 дней ($2,33 \pm 1,97$ дней). Клинически развитие ОРИ в клинику острого бактериального гнойного синусита оценили в одном случае при отсутствии явного улучшения со стороны назальных симптомов на 6-е сут. При этом наблюдалась существенная асимметрия визуального состояния

● **Таблица.** Симптомы острого вирусного синусита и их длительность ($M \pm S$)

● **Table.** Symptoms of acute viral sinusitis and their duration ($M \pm S$)

Симптом	Выраженность жалоб согласно ВАШ, баллы	Длительность наблюдения симптома, дни
Заложенность носа	$6 \pm 1,87$	$7,89 \pm 2,93$
Выделения из носа	$4,44 \pm 1,51$	$4,56 \pm 4,09$
Кашель	$4,00 \pm 1,87$	$5,78 \pm 3,70$
Боль (головная/лицевая)	$4,22 \pm 2,05$	$2,55 \pm 1,57$

носовой полости, с преимущественным расположением гнойных выделений в одной половине носа и наличием гнойной полоски в среднем носовом ходу. Учитывая, что у данного ребенка показанием для аденотомии послужили рецидивы гнойного синусита (т. е. имеет место наличие хронического гнойного синусита), ситуация расценивается как обострение хронического синусита. Был назначен курс системной антибактериальной терапии при сохранении объема топической фармакотерапии. Выздоровление пациента с гнойным синуситом достигнуто к 15-му дню наблюдения с момента первой клиники ОРИ. Общая длительность ОРИ у наблюдаемых пациентов до выздоровления составила от 8 до 15 дней ($Me = 10$), в среднем $10,33 \pm 2,40$ дней.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наблюдение за клиникой ОРИ верхних дыхательных путей, возникшей в первый месяц после хирургии глоточной миндалины, показало отсутствие явных отличий клинического течения от преобладающих клинических особенностей ОРИ у детей, не переносивших оперативного лечения. Например, публикация И.Е. Моисеевой в качестве характерных особенностей течения ОРИ у детей указывает длительность лихорадки до 3 дней при выраженности до 38 °С, общую длительность ОРИ как не превышающую 10–14 дней [29]. Родители особо отметили удовлетворенность от сокращения длительности ОРИ от привычных им сроков, что отражает нормализацию функционального состояния носоглотки и косвенно указывает на существенный вклад дренажной функции носоглотки для полости носа и околоносовых пазух при ОРИ. Обращает на себя внимание достаточно короткая длительность периода фиксируемых родителями назальных выделений при ОРИ у оперированных детей при возрастном диапазоне пациентов от 5 до 8 лет, в среднем 4 дня, а также умеренное или малое количество назальных выделений. Наблюдение отражает улучшение дренажной функции и подтверждает традиционное отношение к аденотомии как средству профилактики гнойных осложнений ОРИ [30].

Наше наблюдение немногочисленно, однако достаточно убедительно демонстрирует адекватность выбранной топической терапии острого вирусного риносинусита в восстановительном периоде после хирургического лечения хронического аденоидита с использованием препарата Сиалор (приготовленный водный раствор серебра протеинат 2% во флаконе с насадкой-распылителем – для обеспечения большего контакта) взамен системной и местной антибиотикотерапии.

Для склонности врача к назначению системной/местной антибактериальной терапии при ОРИ у детей, возникшей в течение месяца после хирургии глоточной миндалины, скорее всего, имеет значение отсутствие визуализации и возможности контроля над заживающей операционной раной, отсутствие соответствующих указаний в клинических рекомендациях, посвященных болезням миндалин глоточного кольца [14].

Продemonстрированные фото отражают в целом динамику фибринозно-гранулирующего заживления раны после вмешательства на глоточной миндалине натриевой холодной плазмой, после которого раневая поверхность покрыта слоем карбонизата. Неотъемлемо от регенеративной фазы происходит процесс эпителизации. Наблюдаемая картина полностью соответствует неосложненному течению заживления операционной раны под струпом [31, 32]. Фибрин и грануляции – временные защитные ткани с барьерными свойствами [33]. Поэтому факт наличия регенерирующей раны в условиях ее хорошего дренажа не должен считаться показанием для системной антибактериальной терапии. К сожалению, публикаций, посвященных изучению клиники ОРИ и фармакотерапии ОРИ, возникших после пережитых детьми критических или операционных состояний, крайне мало [34], что не позволяет опираться на коллегиальный опыт. На наш взгляд, только отсутствие в профессиональной среде обсуждения проблемы ОРИ после операции на глоточном кольце и недостаточная осведомленность

оториноларингологов амбулаторной сети о длительности и особенностях регенерации операционной раны носоглотки склоняют врача к перестраховке и назначению антибиотиков при ОРИ.

ВЫВОДЫ

1. Топическая терапия препаратом Сиалор является адекватным выбором взамен местной и системной антибиотикотерапии для подавления активности патогенной микрофлоры при ОРИ, для оказания местного противовоспалительного эффекта в отдаленном периоде хирургии глоточной миндалины в условиях незавершенной эпителизации. 2. Незавершенная эпителизация носоглотки не является показанием для использования системных антибиотиков при появлении признаков ОРИ верхних дыхательных путей после хирургии глоточной миндалины.



Поступила / Received 18.01.2024

Поступила после рецензирования / Revised 08.02.2024

Принята в печать / Accepted 13.02.2024

Список литературы / References

- Зябкин ИВ, Карпова ЕП, Щеглов АО. Шейверная аденоидэктомия. *Российская ринология*. 2003;(2):67–68. Zhabkin IV, Karpova EP, Shcheglov AO. Cervical adenoidectomy. *Russian Rhinology*. 2003;(2):67–68. (In Russ.)
- Богомильский МР, Чистякова ВР. *Детская оториноларингология: руководство для врачей. В 2 томах. Т. 1.* М.: Медицина; 2005. 660 с.
- Пискунов ГЗ, Пискунов СЗ. *Руководство по ринологии*. М.: Литерра; 2011. 960 с.
- Карпов ВА, Козлов ВС. Аденомотомия под контролем гортанного зеркала. *Российская ринология*. 2000;(4):27–30. Режим доступа: <http://elib.fesmu.ru/eLib/Article.aspx?id=55420&ysclid=lsww4qzpw4372543>.
- Карпов ВА, Козлов ВС. Аденомотомия под контролем гортанного зеркала. *Российская ринология*. 2000;(4):27–30. (In Russ.) Available at: <http://elib.fesmu.ru/eLib/Article.aspx?id=55420&ysclid=lsww4qzpw4372543>.
- Русецкий ЮЮ, Чернышенко ИО, Седых ТК. 10-летний опыт эндоскопической органосохраняющей аденомотомии. *Российская ринология*. 2012;(20)(3):4–8. Режим доступа: <https://elibrary.ru/tbvwyg>.
- Русецкий ЮЮ, Чернышенко ИО, Седых ТК. 10 years of experience in endoscopic organ-preserving adenotomy. *Russian Rhinology*. 2012;(20)(3):4–8. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/tbvwyg>.
- Русецкий ЮЮ, Лопатин АС, Чернышенко ИО, Седых ТК. Эволюция аденомотомии (обзор литературы). *Вестник оториноларингологии*. 2013;(4):23–26. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2013/4/030042-4668201345>.
- Русецкий ЮЮ, Лопатин АС, Чернышенко ИО, Седых ТК. Эволюция аденомотомии (обзор литературы). *Вестник оториноларингологии*. 2013;(4):23–26. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2013/4/030042-4668201345>.
- Баранов АА, Лобзин ЮВ, Намазова-Баранова ЛС, Таточенко ВК, Усков АН, Куличенко ТВ и др. *Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей: клинические рекомендации*. М.: Союз педиатров России; 2018. Режим доступа: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/OPV1%20dety%20CPRv1%20+%20T%20+%20K%20_2018.pdf?ysclid=lswwdbx068775285877.
- Short S, Bashir H, Marshall P, Miller N, Olmschenk D, Prigge K, Solytjes L. *Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults: health care guideline*. Institute for Clinical Systems Improvement; 2017. 77 p. Available at: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/Respllness.pdf>.
- Яковлев СВ, Сидоренко СВ, Рафальского ВВ, Спичак ТВ (ред.). *Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации*. М.: Пре100 Принт; 2016. 144 с. Режим доступа: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/antib.pdf>.
- Яковлев СВ. Новая концепция рационального применения антибиотиков в амбулаторной практике. *Антибиотики и химиотерапия*. 2019;(64)(3-4):48–58. <https://doi.org/10.24411/0235-2990-2019-100017>. Yakovlev SV. New concept of rational use of antibiotics in outpatient practice. *Antibiotiki i Khimioterapiya*. 2019;(64)(3-4):48–58. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/0235-2990-2019-100017>.
- Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Таточенко ВК, Полякова АС, Куличенко ТВ и др. *Острый бронхит у детей: клинические рекомендации*. М.: Союз педиатров России; 2016. Режим доступа: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/Ostryy%20bronhity%20dety%20CPRv1.pdf?ysclid=lswwqxnxae328568893>.
- Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Таточенко ВК, Бакрадзе МД, Куличенко ТВ, Вишнева ЕА и др. *Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит у детей: клинические рекомендации*. М.: Союз педиатров России; 2016. Режим доступа: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/Obstp%20ларингит%20и%20Эпиглоттит%20дети%20CPR%2026.10.2016.v2%20правка%2013.06.17_без%20редактир.pdf?ysclid=lswwu6eer8173895509.
- Крюков АИ, Кунельская НЛ, Товмасьян АС, Ивойлов АО, Царапкин ГЮ, Арзамасов СГ, Кишиневский АЕ. *Аденоиды. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство для врачей*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2022. 96 с.
- Карпова ЕП, Тулупов ДА, Карнеева ОВ, Поляков ДП. *Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин: клинические рекомендации*. М.: Минздрав РФ; 2021. Режим доступа: <http://glav-otolar.ru/assets/images/docs/clinical-recommendations/2022/Гипертрофия%20аденоидов.pdf?ysclid=lsww8jkg133212216>.
- Журова ОН, Подпалов ВП. *Носовое кровотечение в общей врачебной практике*. Витебск: ВГМУ; 2016. 82 с. Режим доступа: https://www.elib.vsmu.by/bitstream/123/11091/1/Zhurova-ON_Nosovoe%20krovotечение%20v%20obshchevrachebnoy%20praktike_2016.pdf?ysclid=lst21si2ot299168426.
- Волков АГ, Бойко НВ, Киселев В.В. *Носовые кровотечения*. М.: АПП «Джангар»; 2002. 276 с.
- Николаева СВ, Хлыповка ЮН, Горелов АВ. Острые респираторные инфекции у детей: оптимизация тактики терапии. *РМЖ*. 2019;(10):42–45. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatric/Ostrye_respiratornye_infekcii_u_detey_optimizaciya_taktiki_terapii?ysclid=lsxx-5ps75m254804524. Nikolaeva SV, Khlypovka YuN, Gorelov AV. Acute respiratory infections in children: optimizing treatment strategy. *RMJ*. 2019;(10):42–45. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/pediatric/Ostrye_respiratornye_infekcii_u_detey_optimizaciya_taktiki_terapii?ysclid=lsxx-5ps75m254804524.
- Осикад ЛВ (ред.). *Острые респираторные инфекции у детей и подростков: практическое руководство для врачей*. 2-е изд., доп. СПб.: ИнформМед; 2010. 216 с. Режим доступа: <https://www.gripp.spb.ru/files/ari-in-children-teens-2010-contents-ru.pdf>.
- Александрович ЮС, Козлова ЕМ, Новопольцева ЕГ. *Острые респираторные инфекции у детей. Осложнения и жизнеугрожающие состояния*. СПб.: СПбГПМУ; 2021. 72 с. Режим доступа: https://petrovax.ru/upload/iblock/c97/Metodichka_Aleksandrovich_2021_ORI.pdf?ysclid=lst24q80m6347322656.

20. Баранов АА (ред.). *Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии*. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 592 с.
21. Белов ВА, Белова ОИ. Выбор препаратов серебра при лечении риносинусита в детском возрасте. *Медицинский совет*. 2016;(16):60–63. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-16-60-63>.
Belov VA, Belova OI. Choice of silver drugs in therapy of rhinosinusitis at children age. *Meditsinskiy Sovet*. 2016;(16):60–63. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-16-60-63>.
22. Данилова ЕИ, Трусова ОЮ, Суменко ВВ. Эффективность применения комбинированной терапии острого риносинусита у детей. *Медицинский совет*. 2018;(17):118–123. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-17-118-123>.
Danilova EI, Trusova OYu, Sumenko VV. Efficacy of combined treatment of acute rhinosinusitis in children. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(17):118–123. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-17-118-123>.
23. Крюков АИ, Царапкин ГЮ, Товмасын АС, Горова ЕВ, Вершинина ЕА. Применение местных антимикробных средств в комплексном лечении патологии верхних дыхательных путей. *ПМЖ*. 2020;(5):32–36. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Primenenie_mestnyh_antimikrobnih_sredstv_v_kompleksnom_lechenii_patologii_verh_nih_dyhatelnyh_putey/#ixzz8OrCDf4hL.
Kryukov AI, Zarapkin GYu, Tovmasyan AS, Gorovaya EV, Vershinina EA. Administration of topical antimicrobial agents in the complex treatment of upper respiratory tract pathology. *RMJ*. 2020;(5):32–36. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Primenenie_mestnyh_antimikrobnih_sredstv_v_kompleksnom_lechenii_patologii_verh_nih_dyhatelnyh_putey/#ixzz8OrCDf4hL.
24. Матроскин АГ. Применение препарата Сиалор в лечении острого ринита у детей различного возраста. *Практика педиатра*. 2018;(2):43–47. Режим доступа: https://medi.ru/pp/arhiv/zhurnal_praktika_pediatra_arhiv_zh_2018_god/sentyabr_-oktyabr_2018/15200.
Matroskin AG. The use of the drug Sialor in the treatment of acute rhinitis in children of various ages. *Paediatric Practice*. 2018;(2):43–47. (In Russ.) Available at: https://medi.ru/pp/arhiv/zhurnal_praktika_pediatra_arhiv_zh_2018_god/sentyabr_-oktyabr_2018/15200.
25. Карпищенко СА, Шумилова НА. Перспективы применения препаратов на основе серебра при ринитах. *ПМЖ*. 2018;(10):92–96. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Perspektivy_primeneniya_preparatov_na_osnove_serebra_pri_rinitah/?ysclid=issxjd6wrv694571809.
Karpishchenko SA, Shumilova NA. Prospects for the use of silver-based drugs for rhinitis. *RMJ*. 2018;(10):92–96. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Perspektivy_primeneniya_preparatov_na_osnove_serebra_pri_rinitah/?ysclid=issxjd6wrv694571809.
26. Хрусталева ЕВ., Педдер ВВ. Возможности применения протеината серебра в комплексной терапии риносинуситов. *ПМЖ. Медицинское обозрение*. 2019;3(2-2):54–58. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vozmoghnosti_primeneniya_proteinata_serebra_v_kompleksnoy_terapii_rinosinusitov/?ysclid=issxks9o2q197395162.
Khrustaleva EV, Pedder VV. The possibility of using silver proteinate in complex therapy of rhinosinusitis. *RMJ. Medical Review*. 2019;3(2-2):54–58. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Vozmoghnosti_primeneniya_proteinata_serebra_v_kompleksnoy_terapii_rinosinusitov/?ysclid=issxks9o2q197395162.
27. Рязанцев СВ, Захарова ГП, Иванов НИ. Эффективность использования препарата на основе протеината серебра при остром и обострении хронического риносинусита. *Медицинский совет*. 2023;17(19):82–89. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2023-17-82-89>.
Ryazantsev SV, Zakharova GP, Ivanov NI. The effectiveness of the use of the drug based on silver proteinate in acute and exacerbation of chronic rhinosinusitis. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(19):82–89. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2023-17-82-89>.
28. Киселев АБ, Чаукина ВА, Соколов ВВ, Краснов ВА. *Способ хирургического лечения хронического аденоидита, сопряженного с гипертрофией глоточной миндалины, путем холодоплазменной коагуляции с применением приема диссекции*. Патент RU 2828927 C1 27.03.2023.
29. Моисеева ИЕ. Острые респираторные вирусные инфекции у детей. *Российский семейный врач*. 2019;23(3):19–22. <https://doi.org/10.17816/RFD2019319-22>.
Moiseeva IE. Acute respiratory viral infections in children. *Russian Family Doctor*. 2018;23(3):19–22. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/RFD2019319-22>.
30. Меркулова ЕП. Особенности клиники и осложнения ОРИ у детей. *Медицинский совет*. 2019;(2):95–99. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-95-99>.
Merkulova EP. Features of clinical manifestations and complications of acute respiratory infections in children. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;(2):95–99. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-2-95-99>.
31. Савельев ВС (ред.). *Клиническая хирургия. Национальное руководство в 3 т.* М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 1008 с.
32. Зезарахова МД. *Раневая инфекция: диагностика, лечение*. Майкоп: Изд-во МГТУ; 2014. 52 с. Режим доступа: https://mkgtu.ru/vikon/sveden/files/RANEVAYA_INFEKCIYA.pdf?ysclid=lst288pytu832478658.
33. Никанорова ВГ, Криштон ВВ, Румянцев ТА. Грануляционная ткань как разновидность соединительных тканей. *Журнал медико-биологических исследований*. 2022;10(2):167–179. <https://doi.org/10.37482/2687-1491-Z098>.
Nikanorova VG, Kryshpton VV, Rumyantseva TA. Granulation tissue as a type of connective tissue (Review). *Journal of Medical and Biological Research*. 2022;10(2):167–179. (In Russ.) <https://doi.org/10.37482/2687-1491-Z098>.
34. Сербрякова ЕН, Беляева ИА, Волосников ДК. Острые респираторные инфекции у детей, перенесших в неонатальном периоде критические состояния с разной тяжестью органических дисфункций: ретроспективное когортное исследование. *Педиатрическая фармакология*. 2017;14(6):469–477. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i6.1830>.
Serebryakova EN, Belyaeva IA, Volosnikov DK. The Incidence of Acute Respiratory Infections in Children who Have Undergone Critical Conditions in the Neonatal Period, Depending on the Severity of Organ Dysfunction. Retrospective Cohort Study. *Pediatric Pharmacology*. 2017;14(6):469–477. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/pf.v14i6.1830>.

Вклад авторов: авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors: all authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Информация об авторах:

Киселев Алексей Борисович, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист-оториноларинголог Министерства здравоохранения Новосибирской области, заведующий кафедрой оториноларингологии, Новосибирский государственный медицинский университет; 630091, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 52; kislor@list.ru

Чаукина Виктория Александровна, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии, Новосибирский государственный медицинский университет; 630091, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 52; vict.chau@mail.ru

Краснов Владимир Анатольевич, заведующий оториноларингологическим отделением, врач-оториноларинголог, ООО «ПРИМА-МЕД»; 628624, Россия, Югра, Нижневартовск, ул. Героев Самотлора, д. 24; v.krasnov@inbox.ru

Иконникова Елена Владимировна, врач-оториноларинголог, ООО «Альтра» (частная клиника Effi); 660018, Россия, Красноярск, ул. Историческая, д. 111, стр. 3/2; elenalor123@mail.ru

Information about the authors:

Alexey B. Kiselev, Dr. Sci. (Med.), Professor, Honoured Physician of the Russian Federation, Chief External Expert in Otorhinolaryngology, Novosibirsk Healthcare Department, Head of the Department of Otorhinolaryngology, Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny Ave., Novosibirsk, 630091, Russia; kislor@list.ru

Victoria A. Chaukina, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology, Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny Ave., Novosibirsk, 630091, Russia; vict.chau@mail.ru

Vladimir A. Krasnov, Head of the Otorhinolaryngological Department, Otorhinolaryngologist, MC PRIMA-MED LLC; 24, Heroes of Samotlor St., Nizhnevartovsk, Yugra, 628624, Russia; v.krasnov@inbox.ru

Elena V. Ikonnikova, Otorhinolaryngologist, Altra LLC (private clinic Effi); 111, Build. 3/2, Istoricheskaya St., Krasnoyarsk, 660018, Russia; elenalor123@mail.ru