

УДК 616-053.4/-071(616.211-002/.193+616.323-007.61-036.12):616-08-07

DOI: 10.36604/1998-5029-2026-99-68-75

## К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ У ДЕТЕЙ

А.А.Скродерис<sup>1</sup>, О.Г.Андросова<sup>1</sup>, Н.В.Симонова<sup>1,2</sup>, Д.Р.Аллазов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского», медицинский институт, 248023, г. Калуга, ул. Степана Разина, 26

**РЕЗЮМЕ. Введение.** Согласно клиническим рекомендациям, пациентам с хроническим аденоидитом в сочетании с аллергическим ринитом назначают глюкокортикостероидные средства, при этом их длительное применение повышает вероятность развития осложнений и негативно влияет на иммунный статус ребенка. В этой связи представляется актуальным изучение динамики клинических проявлений данных заболеваний при применении антигистаминных препаратов с исключением из схемы лечения глюкокортикостероидов. **Цель.** Оценить возможность оптимизации фармакотерапии хронического аденоидита, ассоциированного с аллергическим ринитом, в педиатрической практике. **Материалы и методы.** На базе ГАУЗ АО «АОДКБ» (г. Благовещенск) было сформировано две группы пациентов в возрасте 6–15 лет с диагностированной гипертрофией аденоидов и аллергическим ринитом. Пациенты контрольной группы (n = 15) получали стандартную терапию с применением назального спрея мометазон по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (суммарно 100 мкг/сут) курсом от 1 до 3 месяцев. В основной группе (n = 12) был исключен мометазон и назначен дезлоратадин перорально, суточная доза 2,5 мг (для детей 6–11 лет) или 5 мг (для детей старше 12 лет) однократно в день. Мониторинг симптоматики (ринорея, заложенность носа, затруднение дыхания) проводился пациентами и их родителями на повторных осмотрах на 7-й, 14-й, 21-й и 28-й день терапии с использованием критериев: «полное купирование симптомов», «улучшение» или «состояние без изменений». **Результаты.** В группе, получавшей дезлоратадин (по сравнению с контрольной), был зафиксирован статистически значимый рост количества пациентов с полным отсутствием клинических симптомов к концу второй (на 40%,  $\chi^2 = 14,25$ ,  $p = 0,00016$ ), третьей (на 42%,  $\chi^2 = 18,11$ ,  $p = 0,00002$ ) и четвертой недель терапии (на 43%,  $\chi^2 = 26,10$ ,  $p = 0,00000$ ). Подтверждением эффективности модифицированной терапии стали результаты эндовидеоскопии носоглотки на 28-й день исследования, которые свидетельствовали о положительной динамике практически у всех пациентов основной группы. **Заключение.** Результаты исследования подтверждают возможность оптимизации лекарственной терапии хронического аденоидита, ассоциированного с аллергическим ринитом, у детей включением в стандартную терапию антагониста гистаминовых рецепторов дезлоратадина без использования топического глюкокортикостероидного средства. Необходимы дальнейшие исследования с увеличением объема выборок для достижения статистически значимых выводов.

**Ключевые слова:** хронический аденоидит, аллергический ринит, фармакотерапия, мометазон, дезлоратадин, клинические показатели, дети.

## ON OPTIMIZING PHARMACOTHERAPY OF CHRONIC ADENOIDITIS COMBINED WITH ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

A.A.Skroderis<sup>1</sup>, O.G.Androsova<sup>1</sup>, N.V.Simonova<sup>1,2</sup>, D.R.Allazov<sup>1</sup>

### Контактная информация

Ольга Геннадьевна Андросова, канд. мед. наук, доцент кафедры физиологии и патофизиологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, Россия, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: shiza\_2025@mail.ru

### Correspondence should be addressed to

Olga G. Androsova, PhD (Med.), Associate Professor of Department of Physiology and Pathophysiology, Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation. E-mail: shiza\_2025@mail.ru

### Для цитирования:

Скродерис А.А., Андросова О.Г., Симонова Н.В., Аллазов Д.Р. К вопросу оптимизации фармакотерапии хронического аденоидита в сочетании с аллергическим ринитом у детей // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2026. Вып.99. С.68–75. DOI: 10.36604/1998-5029-2026-99-68-75

### For citation:

Skroderis A.A., Androsova O.G., Simonova N.V., Allazov D.R. On optimizing pharmacotherapy of chronic adenoiditis combined with allergic rhinitis in children. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniâ = Bulletin Physiology and Pathology of Respiration* 2026; (99):68–75 (in Russian). DOI: 10.36604/1998-5029-2026-99-68-75

<sup>1</sup>Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kaluga State University named after  
K. E. Tsiolkovski", Medical Institute, 26 Razin Str., Kaluga, 248023, Russian Federation

**SUMMARY. Introduction.** According to current clinical guidelines, glucocorticosteroids are recommended for children with chronic adenoiditis combined with allergic rhinitis. However, their prolonged use increases the risk of adverse effects and may negatively impact the child's immune status. Therefore, it is clinically relevant to evaluate the dynamics of disease symptoms when replacing glucocorticosteroids with antihistamines. **Aim.** To assess the feasibility of optimizing pharmacotherapy for chronic adenoiditis associated with allergic rhinitis in pediatric practice. **Materials and methods.** Two groups of children aged 6–15 years with diagnosed adenoid hypertrophy and allergic rhinitis were formed at the Amur Regional Children's Clinical Hospital (Blagoveshchensk). The control group (n = 15) received standard therapy with intranasal mometasone furoate spray–1 dose (50 µg) per nostril once daily (total 100 µg/day)–for 1 to 3 months. In the main group (n = 12), mometasone was discontinued and oral desloratadine was administered once daily at 2.5 mg (for children 6–11 years) or 5 mg (for children ≥12 years). Symptom monitoring (rhinorrhea, nasal congestion, breathing difficulty) was performed by patients and their parents at follow-up visits on days 7, 14, 21, and 28 using three criteria: "complete symptom resolution", "improvement", or "no change". **Results.** By the end of the second week, the proportion of patients with complete symptom resolution in the desloratadine group was 40% higher than in the control group ( $\chi^2 = 14.25$ ,  $p = 0.00016$ ); by the third week, the difference increased to 42% ( $\chi^2 = 18.11$ ,  $p = 0.00002$ ); and by the fourth week, it reached 43% ( $\chi^2 = 26.10$ ,  $p < 0.00001$ ). Endoscopic nasopharyngeal examination on day 28 confirmed therapeutic efficacy, revealing positive dynamics in nearly all patients in the main group. **Conclusion.** The study demonstrates that pharmacotherapy for chronic adenoiditis associated with allergic rhinitis in children can be optimized by incorporating the histamine H1-receptor antagonist desloratadine into the treatment regimen while omitting topical glucocorticosteroids. Larger-scale studies with increased sample sizes are warranted to confirm these findings and establish robust statistical conclusions.

*Key words:* chronic adenoiditis, allergic rhinitis, pharmacotherapy, mometasone, desloratadine, clinical indicators, children.

Известно, что диапазон факторов, способствующих хронизации воспалительного процесса в носоглотке, включает частые эпизоды респираторно-вирусной инфекции, снижение иммунитета, несостоятельность аэрации носоглотки, сенсбилизацию организма с формированием аллергических реакций, неблагоприятную экологическую обстановку и др. [1]. Согласно клиническим рекомендациям, пациентам с гипертрофией аденоидов при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение аденотомии по специальным показаниям с целью восстановления аэрации носоглотки [2–6]. Однако вопрос хирургического лечения аденоидов продолжает оставаться весьма дискуссионным ввиду теоретического обоснования значимости глоточной миндалины в иммунном ответе и клинической оценки степени эффективности операции и риска операционных и послеоперационных осложнений [7]. По данным Ю.Ю. Русецкого и соавт. [7], проведение аденотомии улучшает качество жизни детей, нормализует их физическое и умственное развитие, однако хирургическое лечение показано при условии неэффективности всех возможностей консервативного.

Как показывают исследования, консервативная терапия хронического аденоидита в 90,8% случаев (у детей) позволяет достичь стойкой ремиссии [1]. При этом персонализированный подход к фармакотерапии, учитывающий индивидуальные генетически-биохимические особенности детского организма, формирующие молекулярный портрет ребенка, позволяет повысить эффективность лечения [8, 9]. В фокусе обозначенной проблемы следует подчеркнуть, что в 20%

случаев у детей гипертрофия глоточной миндалины сочетается с аллергическим ринитом [10]. Отмечается, что назальная обструкция вызвана не истинной гипертрофией глоточной миндалины, а отеком слизистой оболочки полости носа и носоглотки аллергического генеза. В этой связи патогенетически обоснованным представляется первоочередное купирование проявлений аллергического ринита. Согласно А.Ю. Овчинникову и Н.А. Мирошниченко, именно аллергические реакции являются причиной в дальнейшем гипертрофии глоточной миндалины [11].

В соответствии с клиническими рекомендациями, при вышеуказанной сочетанной патологии при наличии клинических симптомов, в частности заложенности носа, зуда и чихания, лечение рекомендуется начинать с комбинации лекарственных средств, включающих топические глюкокортикостероидные препараты [2]. Многочисленными исследованиями последних лет продемонстрирована эффективность назального спрея, содержащего мометазон, и безопасность его применения у детей старше 3-х лет, более того, отмечается положительное влияние препарата на размер аденоидных вегетаций и клинические проявления заболевания [12–14]. Однако не стоит забывать о фармакокинетических и фармакодинамических характеристиках препарата, относящегося к глюкокортикостероидным средствам последнего поколения. Несмотря на низкую системную биодоступность мометазона (менее 1%), продолжительное использование (по показаниям) интраназальной формы, несоблюдение соответствия принимаемой дозы рекомендуемой

схеме, использование препарата при наличии нелеченой локализованной инфекции с вовлечением слизистой оболочки носа формирует известную фармакологическую нагрузку на организм ребенка, затрагивая, кроме прочего, и его иммунный статус. При этом повышается вероятность развития осложнений глюкокортикостероидной терапии и местных побочных эффектов, включающих головную боль, носовое кровотечение, фарингит и язвенные дефекты слизистой оболочки носа, чувство жжения и раздражение, чихание, снижение обоняния.

Общеизвестно, что основным медиатором аллергического воспаления является гистамин. Поэтому применение селективных антагонистов H1-гистаминовых рецепторов третьего поколения, которые характеризуются выраженным антифлогенным действием при наименьшем количестве побочных эффектов, в терапии аллергического ринита у детей представляется обоснованным [15]. Дезлоратадин представляет собой трициклический антагонист гистамина длительного действия, обладающий высоким аффинитетом к гистаминовым H1-рецепторам человека, при этом, по мнению отдельных исследователей, противовоспалительное действие дезлоратадина может модулировать аспекты воспаления по другим механизмам, отличающимся от блокады H1-гистаминовых рецепторов [16]. Так как аллергическая реакция связана с гипертрофией глоточной миндалины и дальнейшей хронизацией процесса, изучение влияния гистаминоблокатора дезлоратадина на клиническую картину хронического аденоидита в сочетании с аллергическим ринитом явилось целью настоящего исследования.

### Материалы и методы исследования

В соответствии с Правилами надлежащей клинической практики Евразийского союза, утвержденными решением Евразийской экономической комиссии (№ 79 от 03.11.2016), с положениями Хельсинкской декларации и руководства по надлежащей клинической практике, разработанной на Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации фармацевтических продуктов, предназначенных для человека (ICH-GCP – International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Human Use), с разрешения локального этического комитета ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (протокол № 3 от 06.12.2023), с разрешения врачебной комиссии (протокол № 1198 от 03.11.2023) на базе оториноларингологического отделения Амурской областной детской клинической больницы (ГАУЗ АО «АОДКБ», г. Благовещенск) было проведено проспективное открытое исследование с участием 27 пациентов в возрасте от 6 до 15 лет с гипертрофией аденоидов (МКБ: J35.2), ассоциированной с аллергическим ринитом (МКБ: J30.2, J30.3). Наблюдение за пациентами осуществляли в течение месяца, при этом контрольными точками служили конец первой (7-й день), вто-

рой (14-й день), третьей (21-й день), четвертой (28-й день) недели лечения для определения эффективности терапии, которая оценивалась на основании результатов мониторинга клинической симптоматики (оценочные категории: «полное купирование симптомов», «улучшение», «состояние без изменений», «качество жизни»), риноскопии и эндовидеоскопии носоглотки. Критерии включения в исследование: наличие письменного информированного согласия одного из родителей/законного представителя пациента на участие в исследовании; дети старше 3-х лет; гипертрофия аденоидов в сочетании с аллергическим ринитом; отсутствие признаков бактериальной инфекции (слизисто-гнойные выделения из носа и по задней стенке глотки) и необходимости применения топической антибактериальной терапии; отсутствие тяжелой и средней степени тяжести общесоматической патологии; отсутствие гиперчувствительности к лекарственным средствам, используемым в схеме терапии. Критерии невключения в исследование: отказ от подписания письменного информированного согласия одного из родителей/законного представителя пациента на участие в исследовании; дети младше 3 лет; отсутствие аллергического ринита в качестве сопутствующего хроническому аденоидиту заболевания; наличие признаков бактериальной инфекции, требующих назначения топических антибактериальных средств; острые инфекции, в том числе вызванные ДНК- (вирус гепатита В) и РНК-содержащими (вирус гепатита С, вирус иммунодефицита человека) вирусами; наличие сопутствующей патологии и нестабильные гемодинамические показатели; гиперчувствительность к лекарственным средствам, используемым в схеме терапии. Критерии исключения: отказ одного из родителей/законного представителя пациента от дальнейшего участия в исследовании; присоединение бактериальной инфекции в процессе обследования с наличием слизисто-гнойных выделений из носа с назначением антибактериальной терапии; гиперчувствительность к лекарственным средствам, зарегистрированная в течение наблюдения.

При поступлении пациенты (или их официальные представители) предъявляли жалобы на стойкое затруднение носового дыхания, сухость во рту, периодические эпизоды продуктивного кашля в ночное и утреннее время, заложенность носа, приступы чихания и зуда крыльев носа. На основании классических ринологических, аллергологических и функциональных исследований, проведенных ранее (до включения в настоящее исследование), у всех детей выставлен диагноз «Аллергический ринит» (МКБ: J30.2, J30.3). При осмотре полости носа у всех пациентов отмечались характерные воспалительные изменения: «застойная» гиперемия слизистой оболочки с резко выраженным отеком носовых раковин с инъекциями сосудов; на фоне большого количества густого вязкого секрета слизистая оболочка полости носа имела цианотичный ха-

ракти с редкими участками «мраморности», причем очаги находились главным образом в области носовой перегородки (в средних и в задних её отделах); гипертрофия глоточной миндалины различных степеней выраженности обнаруживалась у всех пациентов, при этом миндалины характеризовались умеренным покрытием слизью, наличием участков гиперемии, отека и инфильтрации слизистой оболочки.

Для проведения исследования пациенты были рандомизированы на 2 группы случайным образом с помощью таблицы случайных чисел. Пациенты контрольной группы (n = 15) получали стандартную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России, согласно которым, а также инструкции по медицинскому применению, курс лечения мометазоном в виде назального спрея составляет от 1 месяца по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1

раз в сутки (суммарно 100 мкг/сут); в основной группе (n = 12) пациенты получали дезлоратадин перорально 1 раз в сутки в виде сиропа 2,5 мг/сут (для детей 6–11 лет) или в таблетированной форме 5 мг/сут (для детей старше 12 лет); в обеих группах длительность курса терапии составила 1 месяц. При этом для сравнения показателей в контрольной и основной группах контрольными точками эффективности проводимой терапии служили 7-й, 14-й, 21-й и 28-й дни наблюдения от начала лечения; до настоящего обследования пациенты обеих групп не получали мометазон и/или дезлоратадин  $\geq 4$  недели.

Между пациентами контрольной и основной групп по нозологической форме, возрасту и полу не регистрировалось статистически значимых различий, что подтверждают данные таблицы 1.

Таблица 1

Количественное соотношение пациентов по группам в зависимости от нозологической формы, возраста и пола (n = 27)

№	Показатели	Группы		Статистические критерии
		Контрольная абс. (%)	Основная абс. (%)	
1	Хронический аденоидит. Гипертрофия глоточной миндалины I степени. Другие аллергические риниты (J30.3)	7 (47)	6 (50)	$\chi^2 = 0,83$ p = 0,36131
2	Хронический аденоидит. Гипертрофия глоточной миндалины II степени. Другие аллергические риниты (J30.3)	3 (20)	2 (17)	$\chi^2 = 0,90$ p = 0,34278
3	Хронический аденоидит. Гипертрофия глоточной миндалины I степени. Другие сезонные аллергические риниты (J30.2)	3 (20)	2 (17)	$\chi^2 = 0,90$ p = 0,34278
4	Хронический аденоидит. Гипертрофия глоточной миндалины II степени. Другие сезонные аллергические риниты (J30.2)	2 (13)	2 (17)	$\chi^2 = 0,03$ p = 0,56224
5	Возраст, 6–11 лет	10 (67)	8 (67)	$\chi^2 = 0,75$ p = 0,38648 $\chi^2 = 0,75$ p = 0,38648
	12–15 лет	5 (33)	4 (33)	
6	Пол, Мальчики	9 (60)	7 (58)	$\chi^2 = 0,77$ p = 0,37978 $\chi^2 = 0,96$ p = 0,29855
	Девочки	6 (40)	5 (42)	

Эффективность терапии оценивалась пациентами и их родителями при повторных осмотрах на основе мониторинга клинической симптоматики (ринорея, заложенность носа, затруднение дыхания), при этом оценочными категориями выступали «полное купирование симптомов», «улучшение» или «состояние без изменений»; регистрировали качество жизни пациента

по воздействию клинических симптомов на сон и повседневную активность ребенка. До лечения и через четыре недели терапии проводили риноскопию и эндовидеоскопию носоглотки всем пациентам, включенным в основную и контрольную группы.

Для проведения статистической обработки результатов использовали программу Statistica 10.0. Проверка

на нормальность распределения проводилась визуально и с помощью критерия Шапиро-Уилка. Статистические расчеты производились с использованием непараметрических статистических критериев (оценка о равенстве/неравенстве долей пациентов при их сравнении, при анализе частот сравниваемых признаков). С помощью частотного анализа проводили сравнение эффективности терапии между контрольной и основной группами (критерий  $\chi^2$ ). Показатели представлены в виде абсолютных значений и частот (%). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с полученными результатами (табл. 2), в ходе терапии у 50% пациентов, получавших дезлоратадин, уже на 7-й день отмечалась положительная динамика (со слов пациента/матери), что проявлялось значительным улучшением носового дыхания, уменьшением выраженности зуда и чихания в сравнении с группой контроля, в которой улучшение зарегистрировано у 27% детей ( $\chi^2 = 4,83$ ,  $p = 0,02792$ ); при этом на отсутствие динамики к 7-му дню наблюдения указали 17% пациентов основной группы и 53% – контрольной ( $\chi^2 = 18,90$ ,  $p = 0,00001$ ).

Таблица 2

Количественное соотношение пациентов контрольной и основной групп в зависимости от динамики клинических симптомов в процессе терапии, абс. (%)

Дни наблюдения	Показатели	Группы		Статистические критерии	
		Контрольная (n = 15)	Основная (n = 12)	$\chi^2$	p
7-й день	Купирование симптомов	3 (20)	4 (33)	2,25	0,13361
	Улучшение	4 (27)	6 (50)	4,83	<b>0,02792</b>
	Без изменений	8 (53)	2 (17)	18,90	<b>0,00001</b>
14-й день	Купирование симптомов	4 (27)	8 (67)	14,25	<b>0,00016</b>
	Улучшение	6 (40)	3 (25)	3,00	0,08327
	Без изменений	5 (33)	1 (8)	16,09	<b>0,00006</b>
21-й день	Купирование симптомов	5 (33)	9 (75)	18,11	<b>0,00002</b>
	Улучшение	5 (33)	3 (25)	1,44	0,22942
	Без изменений	5 (33)	0 (0)	0,33	0,56370
28-й день	Купирование симптомов	6 (40)	10 (83)	26,10	<b>0,00000</b>
	Улучшение	6 (40)	2 (17)	8,10	0,00442
	Без изменений	3 (20)	0 (0)	0,12	0,99854

К концу второй недели терапии у 67% детей основной группы было зарегистрировано полное купирование симптомов, в отличие от числа пациентов (27%) с аналогичным параметром в контрольной группе ( $\chi^2 = 14,25$ ,  $p = 0,00016$ ); при этом на отсутствие изменений жаловался 1 (8%) пациент основной группы и 33% – контрольной ( $\chi^2 = 16,09$ ,  $p = 0,00006$ ). Необходимо отметить, что к 14-му дню наблюдения в контрольной группе у 2 пациентов (17%) наблюдалось развитие побочных эффектов в виде раздражения в носовой полости с изменениями обоняния и вкуса при введении мометазона.

Лечение на протяжении 3-х недель привело к увеличению количества пациентов без клинических симптомов заболевания в основной группе до 75%, что на 42% превысило аналогичный показатель в контроле ( $\chi^2 = 18,11$ ,  $p = 0,00002$ ).

К концу четвертой недели наблюдения купирование симптомов было зарегистрировано у 83% детей основ-

ной группы и 40% – контрольной ( $\chi^2 = 26,10$ ,  $p = 0,00000$ ); при этом на улучшение состояния указывали 6 пациентов, получавших мометазон, и 2 пациента, получавшие дезлоратадин ( $\chi^2 = 8,10$ ,  $p = 0,00442$ ). Подтверждением эффективности модифицированной терапии стали результаты эндоскопии носоглотки на 28-й день исследования, которые свидетельствовали о положительной динамике практически у всех пациентов основной группы: слизистая оболочка глоточной миндалины была розовая без признаков воспаления на фоне сохраненной гипертрофии. При риноскопии у большинства пациентов контрольной группы отмечалось значительное уменьшение количества назального секрета и сухость слизистой оболочки, которая приняла «лаковый» вид в хрящевом отделе носовой перегородки, эндоскопическое исследование носоглотки позволило установить наличие невыраженной инфильтрации слизистой оболочки гипертрофированной глоточной миндалины; в основной группе подоб-

ных изменений не было зарегистрировано. Полное купирование клинических симптомов заболевания в основной группе определило отмену лекарственных препаратов и снижение фармакологической нагрузки на организм в сравнении с детьми, применявшими мометазон.

Отсутствие выраженной редукции клинических симптомов заболевания в контрольной группе можно трактовать с позиции формирования местного иммунодефицита, обеспеченного глюкокортикостероидными средствами, что является благодатной почвой для активации сапрофитной флоры [9]. Это способствует усугублению клинической картины и развитию бактериальных осложнений. Вероятно, что с учетом основного диагноза, данное следствие не рассматривается в качестве побочного эффекта топической глюкокортикостероидной терапии, а в большей степени его связывают с нарушением вентиляции и гипоксией, формирующих порочный круг взаимоусугубляющих факторов воспаления [16]. Однако не стоит забывать фармакодинамическую составляющую стероидной терапии, требующей четкого обоснования при назначении, особенно у детей. И если имеется альтернатива глюкокортикоидам в конкретной схеме лечения, нужно предпринимать попытки и апробировать более эффективные и безопасные для ребенка лекарственные средства.

Таким образом, результаты исследования демонстрируют эффективность модификации фармакотерапии хронического аденоидита с сопутствующим аллергическим ринитом у детей путем включения в стандартную схему лечения антагониста гистаминовых рецепторов дезлоратадина и исключения топического глюкокортикостероидного средства. Необходимо проведение дальнейших исследований для увеличения объема клинических наблюдений и достижения стати-

стически значимых результатов относительно целесообразности назначения блокаторов H1-гистаминовых рецепторов.

### Выводы

1. Дополнение стандартной терапии хронического аденоидита в сочетании с аллергическим ринитом пероральным приемом гистаминоблокатора дезлоратадина в дозе 2,5 мг/сут (дети в возрасте 6–11 лет) и 5 мг/сут (дети старше 12 лет) 1 раз в день с исключением из схемы терапии назального спрея мометазон сопровождается статистически значимым увеличением числа пациентов без клинических симптомов заболевания к концу второй (на 40%,  $\chi^2 = 14,25$ ,  $p = 0,00016$ ), третьей (на 42%,  $\chi^2 = 18,11$ ,  $p = 0,00002$ ) и четвертой недель терапии (на 43%,  $\chi^2 = 26,10$ ,  $p = 0,00000$ ) в сравнении с пациентами группы контроля.

2. При эндоскопическом исследовании на 28-й день у большинства пациентов из контрольной группы наблюдалось выраженное уменьшение количества назального секрета и сухость слизистой оболочки носовой полости, невыраженная инфильтрация слизистой оболочки гипертрофированной глоточной миндалины; в то же время в основной группе практически у всех пациентов регистрировалось отсутствие проявлений воспаления.

### Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи

### Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest

### Источники финансирования

Исследование проводилось без участия спонсоров

### Funding Sources

This study was not sponsored

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунова А.С. Современные возможности терапии аденоидных вегетаций в педиатрической практике // Практика педиатра. 2019. №2. С.24–27. EDN: ZAKPWP.
2. Карпова Е.П., Юнусов А.С., Тулупов Д.А., Карнеева О.В., Зябкин И.В., Полуни И.М., Геппе Н.А., Поляков Д.П. Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин. Клинические рекомендации. М.: Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2024. URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/662\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/662_2)
3. Becking B.E., Verweij J.P., Kalf-Scholte S.M., Valkenburg C., Bakker E.W.P., van Merkesteyn J.P.R. Impact of adenotonsillectomy on the dentofacial development of obstructed children: a systematic review and meta-analysis // Eur. J. Orthod. 2017. Vol.39, №5. P.509–518. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjx005>
4. Boonacker C.W., Rovers M.M., Browning G.G., Hoes A.W., Schilder A.G., Burton M.J. Adenoidectomy with or without grommets for children with otitis media: an individual patient data meta-analysis // Health Technol. Assess. 2014. Vol.18, №5. P.1–118. <https://doi.org/10.3310/hta18050>
5. Ni J.S., Kompelli A.R., Nguyen S.A., Schlosser R.J., Clemmens C., Soler Z.M. Sinus and nasal quality of life survey (SN-5) in the management of pediatric chronic rhinosinusitis: a systematic review and meta-analysis // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2018. Vol.111. P.162–169. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.06.010>
6. Socarras M.A., Landau B.P., Durr M.L. Diagnostic techniques and surgical outcomes for persistent pediatric obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy: a systematic review and meta-analysis // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2019. Vol.121. P.179–187. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.02.030>
7. Русецкий Ю.Ю., Поляков Д.П., Латышева Е.Н., Полунина Т.А. О «вреде» аденотомии // Педиатрия. Журнал

им. Г.Н. Сперанского. 2015. Т.94, №6. С.82–86. EDN: VBBOOD.

8. Вавилова В.П., Вайман О.А., Чернюк О.С., Караульнова Т.А., Гаращенко Т.И. Тактика ведения детей с сочетанной патологией лимфоглоточного кольца и аллергией // *Детская оториноларингология*. 2011. №1. С.64–68.

9. Руководство по ринологии / под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтера, 2011. 960 с. ISBN: 978-5-4235-0028-3.

10. Абдулхаджиева Л.Р. Диагностика и лечение аденоидита у детей с атопией // *Российская оториноларингология*. 2008. №1(32). С.43–49. EDN: IJQFPB.

11. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А. Современный подход к лечению аденоидита // *Медицинский Совет*. 2016. №18. С.34–37. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-18-34-37>

12. Berlucchi M., Sessa M. Can adenoidal hypertrophy be treated with intranasal steroids? // *Rev. Recent. Clin. Trials*. 2010. Vol.5, №2. P.123–127. <https://doi.org/10.2174/157488710791233590>

13. Kuhle S., Urschitz M.S. Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnea in children // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011. Vol.19, №1. Article number:CD007074. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007074.pub2>. Update in: *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020. Vol.17, №1. Article number:CD007074. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007074.pub3>

14. Rezende R.M., Silveira F., Barbosa A.P., Menezes U.P., Ferriani V.P., Rezende P.H., Anselmo-Lima W.T., Valera F.C. Objective reduction in adenoid tissue after mometasone furoate treatment // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2012. Vol.76, №6. P.829–831. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.02.052>

15. Canonica G.W., Blaiss M. Antihistaminic, anti-inflammatory, and antiallergic properties of the non-sedating second-generation antihistamine desloratadine: a review of the evidence // *World Allergy Organ. J.* 2011. Vol.4, №2. P.47–53. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e3182093e19>

16. Ильина Н.И., Павлова К.С. Антигистаминные, противовоспалительные и противоаллергические свойства дезлоратадина // *Consilium Medicum*. 2015. Т.17, №3. С.79–83. EDN: TNXIAL.

#### REFERENCES

1. Piskunova A.S. [Modern possibilities for the treatment of adenoid vegetations in pediatric practice]. *Praktika pediatria = Pediatrician's Practice* 2019; 2:24–27 (in Russian).

2. Karpova E.P., Yunusov A.S., Tulupov D.A., Karneeva O.V., Zybkin I.V., Polunin I.M., Geppe N.A., Polyakov D.P. [Hypertrophy of the adenoids. Hypertrophy of the palatine tonsils. Clinical guidelines]. Moscow: Natsional'naya meditsinskaya assotsiatsiya otorinolaringologov; 2024 (in Russian). Available at: [https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/662\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/662_2)

3. Becking B.E., Verweij J.P., Kalf-Scholte S.M., Valkenburg C., Bakker E.W.P., van Merkesteyn J.P.R. Impact of adenotonsillectomy on the dentofacial development of obstructed children: a systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Orthod.* 2017; 39(5):509–518. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjx005>

4. Boonacker C.W., Rovers M.M., Browning G.G., Hoes A.W., Schilder A.G., Burton M.J. Adenoidectomy with or without grommets for children with otitis media: an individual patient data meta-analysis. *Health Technol. Assess.* 2014; 18(5):1–118. <https://doi.org/10.3310/hta18050>

5. Ni J.S., Kompelli A.R., Nguyen S.A., Schlosser R.J., Clemmens C., Soler Z.M. Sinus and nasal quality of life survey (SN-5) in the management of pediatric chronic rhinosinusitis: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2018; 111:162–169. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.06.010>

6. Socarras M.A., Landau B.P., Durr M.L. Diagnostic techniques and surgical outcomes for persistent pediatric obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2019; 121:179–187. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.02.030>

7. Rusetskiy Yu. Yu., Polyakov D.P., Latysheva E.N., Polunina T.A. [On the «harm» of adenotomy]. *Pediatrics. Zhurnal imeni G.N. Speranskogo = Pediatrics. Journal named after G.N. Speransky* 2015; 94(6):82–86 (in Russian).

8. Vavilova V.P., Vayman O.A., Chernyuk O.S., Karaul'nova T.A., Garashchenko T.I. [Tactics of management of children with combined pathology of the lymphopharyngeal ring and allergies]. *Detskaya otorinolaringologiya* 2011; 1:64–68 (in Russian).

9. Piskunova G.Z., Piskunova S.Z. [Guide to rhinology]. Moscow: Littera; 2011 (in Russian).

10. Abdulkhadzhiyeva L.R. [Diagnosis and treatment of adenoiditis in children with atopy]. *Rossiiskaya otorinolaringologiya = Russian Otorhinolaryngology* 2008; 1:43–49 (in Russian).

11. Ovchinnikov A.Yu., Miroshnichenko N.A. [Modern approach to therapy of adenoiditis]. *Meditsinskiy sovet = Medical Council* 2016; 18:34–37 (in Russian). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-18-34-37>

12. Berlucchi M., Sessa M. Can adenoidal hypertrophy be treated with intranasal steroids? *Rev. Recent. Clin. Trials* 2010; 5(2):123–127. <https://doi.org/10.2174/157488710791233590>

13. Kuhle S., Urschitz M.S. Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnea in children. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011; 19(1):CD007074. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007074.pub2>. Update in: *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020; 17(1):CD007074. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007074.pub3>

14. Rezende R.M., Silveira F., Barbosa A.P., Menezes U.P., Ferriani V.P., Rezende P.H., Anselmo-Lima W.T., Valera F.C. Objective reduction in adenoid tissue after mometasone furoate treatment. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2012; 76(6):829–831. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.02.052>

15. Canonica G.W., Blaiss M. Antihistaminic, anti-inflammatory, and antiallergic properties of the non-sedating second-generation antihistamine desloratadine: a review of the evidence. *World Allergy Organ. J.* 2011; 4(2):47–53. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e3182093e19>

16. Пина Н.И., Павлова К.С. [Antihistamines, anti-inflammatory and anti-allergic properties of desloratadine]. *Consilium Medicum* 2015; 17(3):79–83 (in Russian).

---

**Информация об авторах:**

**Алексей Анатольевич Скродерис**, ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: A.Skroderis@yandex.ru

**Ольга Геннадьевна Андросова**, канд. мед. наук, доцент кафедры физиологии и патофизиологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: shiza\_2025@mail.ru

**Наталья Владимировна Симонова**, д-р биол. наук, профессор, профессор кафедры физиологии и патофизиологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; профессор кафедры медико-биологических дисциплин, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского»; e-mail: simonova.agma@yandex.ru

**Дмитрий Русланович Аллазов**, студент 4 курса лечебного факультета, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: alldruss@mail.ru

**Author information:**

**Alexey A. Skroderis**, Assistant of Department of Hospital Therapy with a Course in Pharmacology, Amur State Medical Academy; e-mail: A.Skroderis@yandex.ru

**Olga G. Androsova**, PhD (Med.), Associate Professor of Department of Physiology and Pathophysiology, Amur State Medical Academy; e-mail: shiza\_2025@mail.ru

**Natalia V. Simonova**, PhD, D.Sc. (Biol.), Professor, Professor of the Department of Physiology and Pathophysiology, Amur State Medical Academy; Professor of the Department of Medical and Biological Disciplines, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kaluga State University named after K. E. Tsiolkovski", Medical Institute; e-mail: simonova.agma@yandex.ru

**Dmitriy R. Allazov**, 4th year Student of Medical Faculty, Amur State Medical Academy; e-mail: alldruss@mail.ru

---

Поступила 20.10.2025  
Принята к печати 30.01.2026

Received October 20, 2025  
Accepted January 30, 2026