

РОЛЬ ТОПИЧЕСКИХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ

На сегодняшний день диагностика и лечение острого ринита у детей не потеряли своей актуальности. Полиморфность причин, вызывающих острый ринит, диктует поиск новых алгоритмов лечения этой патологии, что отражено в согласительных документах как отечественных, так и зарубежных авторов. В статье приводятся обобщенные принципы ведения больных с различными формами ринита и возможные его осложнения с точки зрения европейских и отечественных рекомендаций.

Ключевые слова: ринит у детей, риносинусит у детей, лечение ринита у детей, топические деконгестанты.

I.M. KIRICHENKO, MD, Russian Peoples' Friendship University, Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology of Federal Medical-Biological Agency of Russia, Moscow

THE ROLE OF TOPICAL DECONGESTANTS IN THE TREATMENT OF ACUTE RHINITIS IN CHILDREN

The diagnostics and treatment of acute rhinitis in children remains a live issue today. Polymorphy of reasons for acute rhinitis requires the search for new algorithms for the treatment of this disease, which is reflected in the consensus papers of both domestic and foreign authors.

The article summarizes the principles of management of patients with various forms of rhinitis and its possible complications from the views of the European and national guidelines.

Keywords: rhinitis in children, rhinosinusitis in children, treatment of rhinitis in children, topical decongestants.

Значение достаточного носового дыхания трудно переоценить, особенно в детском возрасте. С точки зрения физиологии, слизистая оболочка полости носа является надежным барьером, ограждающим организм от неблагоприятных воздействий окружающей среды. Воздух, попадая в полость носа при дыхании, очищается, согревается, увлажняется и поступает в нижние дыхательные пути организма в комфортном состоянии. Нарушение процессов очищения слизистой при повышенной вирулентности патогенов может быть причиной развития локального воспаления или возникновения невоспалительных аллергических заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. Таким образом, от правильного функционирования слизистой полости носа зависит здоровье всего организма в целом. При развитии воспаления барьерная функция носа утрачивается, что влечет за собой распространение воспалительного процесса. Среди воспалительных заболеваний носа на первое место выходит острый ринит. Наиболее часто это заболевание развивается на фоне острой респираторной вирусной инфекции, но может иметь и бактериальную природу. По данным как отечественных, так и зарубежных авторов, за год каждый взрослый переносит до 5 случаев острого ринита, в особенности в холодный период года. Дети болеют ринитами чаще, чем взрослые. По данным М.Р. Богомильского и Т.И. Гарашенко, за последние годы частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 28–30% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей. Этому способствуют возрастные особенности анатомического строения полости носа и иммунного ответа детского организма [1].

Особенности строения полости носа у детей

Носовые ходы у детей уже, чем у взрослых, особенно в раннем периоде жизни, а нижние носовые раковины утолщены и занимают большую часть объема полости носа, верхний носовой ход не развит, средний и нижний – развиты слабо. Нижняя носовая раковина касается дна полости носа. Поэтому любой воспалительный процесс, приводящий к отеку слизистой оболочки полости носа, вызывает затруднение дыхания. К 6 месяцам жизни высота полости носа увеличивается до 22 мм, и формируется средний носовой ход, к 2 годам – нижний, а после 2 лет – верхние носовые ходы [2].

Слизистая оболочка полости носа у новорожденного очень нежная и обильно снабжена кровеносными сосудами, кавернозная ткань под ней, отвечающая в том числе и за согревание поступающего через нос воздуха, развита слабо. Околоносовые пазухи у малышек развиты недостаточно (верхнечелюстная пазуха и решетчатый лабиринт) или вообще отсутствуют (лобные пазухи). Слуховая труба, соединяющая носоглотку со средним ухом, у новорожденных намного прямее и короче, чем у взрослого или ребенка старшего возраста, и проходит в одной плоскости с глоткой. Вследствие того, что новорожденный почти постоянно находится в горизонтальном положении, слизь из носоглотки вместе с содержащимися в ней болезнетворными микроорганизмами легко попадает в слуховую трубу. Именно поэтому отиты достаточно часты в раннем детском возрасте. Носослезный канал у детей ранней возрастной группы широкий, с не развитой до конца клапанной системой, поэтому любое воспаление может переходить на область конъюнктивы.

РИНИТ: ПРИЧИНЫ И СИМПТОМЫ

В амбулаторной практике ринит у детей является доминирующей патологией. Большинство пациентов при своевременном лечении выздоравливают. В случаях распространения инфекции возможны развитие острого риносинусита, аденоидита, острого отита или хронизация процесса.

Чаще всего инфекции верхних дыхательных путей вызываются вирусами (90%) и лишь незначительное количество – бактериями (10%), адгезия которых на слизистую полости носа вызывает воспалительные реакции. В случаях иммунодефицита различного генеза, секреторной недостаточности или развития аллергии у детей, имеющих анатомические предпосылки (искривление носовой перегородки, аденоидные вегетации, аллергический ринит и др.), первыми страдают защитные функции местного иммунитета, нарушается выработка IgA, затрудняется транспортная функция реснитчатого эпителия, что влечет за собой снижение защитных свойств слизистой оболочки полости носа.

При несостоятельности защитного барьера слизистой оболочки вирус проникает в клетку, и происходит освобождение его нуклеиновых кислот от белковой оболочки. В клетке вирионы созревают и выходят наружу одновременно с гибелью клетки. Целостность слизистой оболочки нарушается, и она становится проницаемой для вирусов и постоянно вегетирующей в верхних дыхательных путях бактериальной микрофлоры.

Клиника острого ринита включает в себя три стадии:

■ Заболевание начинается остро, с общего ухудшения состояния больного: повышается температура тела до субфебрильных цифр, появляется головная боль, изменяется тембр голоса (закрытая гнусавость), снижается обоняние. Первая стадия называется «сухой» и может продолжаться от нескольких часов до 1–2 сут. В носу появляются раздражение, ощущение жжения, пощипывания, сухости, возможно развитие чихания. При осмотре носа определяются гиперемия слизистой оболочки, без выделений, сужение носовых ходов и затруднение дыхания.

■ Во второй стадии появляются серозные выделения бесцветного, прозрачного секрета, пропотевающего через стенки сосудов. Постепенно количество отделяемого увеличивается, становится серозно-слизистым за счет увеличения количества и усиления секреторной активности бокаловидных клеток и слизистых желез. Обилие содержащихся в секрете солей способствует раздражению кожи преддверия носа и верхней губы: появляются эритематозная сыпь, возможны трещины кожи в области колумелы. Дыхание через нос становится еще более затрудненным, продолжается чихание, беспокоят заложенность ушей и дискомфорт при глотании. При передней риноскопии отмечается гиперемия слизистой оболочки, выражен отек носовых раковин (за счет вазодилатации, отека стромы, переполнения венозной кровью пещеристых сплетений). Отек слизистой оболочки полости носа приводит к нарушению дренажа околоносовых пазух носа и среднего уха, что создает благоприятные условия для активизации

условно-патогенной флоры и способствует развитию бактериальных осложнений – аденоидита и отита. Характерны слезотечение за счет раздражения чувствительных рефлексогенных зон слизистой оболочки полости носа, развитие конъюнктивита.

■ Третья стадия – стадия слизисто-гнойных выделений (разрешения) наступает на 5–7-й день от начала заболевания. Эта стадия характеризуется изменением цвета, характера и консистенции секрета. Он становится густым, мутным, тягучим, приобретает слизисто-гнойный или гнойный характер.

В случае нарастания симптомов, внезапного повышения температуры на фоне улучшения общего самочувствия, появления головной и лицевой боли, обильных гнойных выделений из носа следует заподозрить развитие острого (чаще всего поствирусного) синусита. Возможно возникновение постназального затека и, как следствие, кашля, особенно в ночные часы.

По определению EPOS [3, 4], острый синусит – воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью <12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, к которым относятся:

- + затруднение носового дыхания (заложенность носа) или выделения из носа;
- ± давление/боль в области лица;
- ± снижение или потеря обоняния;

а также:

риноскопические/эндоскопические признаки:

- слизисто-гнойное отделяемое, преимущественно в среднем носовом ходе и/или
- отек/слизистая обструкция преимущественно в среднем носовом ходе и/или

изменения при проведении компьютерной томографии:

- изменения слизистой в пределах остиомеатального комплекса и/или пазух;
- полное исчезновение симптомов не позднее, чем через 12 недель от начала заболевания.

Чаще всего инфекции верхних дыхательных путей вызываются вирусами (90%) и лишь незначительное количество – бактериями (10%), адгезия которых на слизистую полости носа вызывает воспалительные реакции

По этиологическому фактору острые синуситы делятся на:

- вирусные;
- поствирусные;
- бактериальные.

По тяжести течения процесса синуситы делятся на:

- легкие;
- среднетяжелые;
- тяжелые.

Острый синусит может иметь инфекционную этиологию: вирусную, бактериальную или грибковую, а также вызываться различными факторами: аллергенами и/или раздражителями окружающей среды.

Таблица. Рекомендации по лечению острого риносинусита у детей

Терапия	Категория доказательств	Сила рекомендации	Целесообразность применения
Антибиотик внутрь	Ia	A	Да, при сохранении симптомов более 5 дней или в тяжелых случаях
Стероиды местно	IV	D	Да
Стероиды местно в сочетании с антибиотиками внутрь	Ib	A	Да
Местно деконгестант	III(-)	C	Нет
Промывание носа физиологическим раствором	IV	D	Да

Острый риносинусит в 2–10% случаев имеет бактериальную этиологию, а в 90–98% случаев, так же как и острый ринит, вызывается вирусами. По рекомендациям EPOS лечение острого риносинусита у детей должно проводиться с учетом уровня доказательности эффективности применения лекарственных препаратов различных групп (табл.).

Как следует из таблицы, целесообразность применения местных деконгестантов даже при остром риносинусите у детей неубедительна. Однако не нужно забывать, что основной причиной осложнений, в том числе и развития острого поствирусного синусита на фоне острого ринита у детей, является отек слизистой оболочки полости носа. С этой целью в педиатрической практике используют преимущественно местные деконгестанты (сосудосуживающие препараты). Механизм их действия заключается в активации α -адренорецепторов сосудов слизистой оболочки носа. Как следствие, уменьшается выраженность гиперемии и отека слизистой оболочки, снижая уровень начальной секреции, улучшается дренаж околоносовых пазух, давление в них нормализуется, улучшаются носовое дыхание, аэрация среднего уха, уменьшаются проявления заложенности носа. Использование назальных деконгестантов за счет уменьшения секреции и отека слизистой оболочки носоглотки способствует не только предупреждению осложнений (отитов, евстахиита, синуситов), но и улучшению самочувствия ребенка, в особенности новорожденного, нормализации сна и аппетита, что немаловажно. Следует отметить, что в последние годы при остром рините у детей не рекомендуется применять сосудосуживающие препараты короткого действия: теофедрин, нафазолин и тетризолин. Это связано с тем, что после применения сосудосуживающих препаратов короткого действия наблюдается так называемый «синдром рекошета» – возвратный отек слизистой оболочки носа. Также не нужно забывать о рекомендациях по применению деконгестантов – недопустимо превышать кратность

и длительность применения, указанную в инструкции [5, 6]. При неправильной дозе и частоте применения возможно развитие системного токсического воздействия на организм ребенка, что может привести к тяжелым последствиям. В настоящее время предпочтение отдается сосудосуживающим препаратам более длительного действия в соответствующих возрасту ребенка концентрациях и комплексным препаратам.

Одним из таких препаратов является Виброцил®, содержащий ангистаминный (диметинден) и сосудосуживающий (фенилэфрин) компоненты. Основанием для составления такой комбинации явилось частое возникновение на фоне банальных острых ринитов инфекционно-аллергических процессов или развитие обострений у детей с хроническими аллергическими ринитами. При лечении аллергических ринитов подобная комбинация компенсирует главный недостаток антигистаминных препаратов – слабое воздействие на отек слизистой оболочки полости носа. Активируя альфа-адренорецепторы сосудов слизистой оболочки носа, фенилэфрин вызывает уменьшение ее гиперемии и отека, снижает уровень секреции слизи, улучшает дренаж околоносовых пазух, что способствует нормализации давления в них. Важно, что фенилэфрин относится к альфа-адреномimetикам длительного действия и обеспечивает равномерный предсказуемый эффект на протяжении 8–12 ч, что отличает его от препаратов короткого действия (эфедрина, нафазолина, тетризолина).

Диметинден – блокатор гистаминовых H1-рецепторов первого поколения, зарекомендовавший себя как эффективный и безопасный антигистаминный препарат не только для топического, но и для системного применения.

Капли Виброцил® можно применять с 1 года. Доза препарата детям с 1 года до 6 лет – по 1–2 капли в каждый носовой ход 3–4 р/сут, старше 6 лет – по 3–4 капли в каждый носовой ход 3–4 р/сут. Перед применением препарата следует тщательно очистить полость носа. Капли назальные закапывают в нос, запрокинув голову. Это положение головы сохраняют в течение нескольких минут.


Основной причиной осложнений, в том числе и развития острого поствирусного синусита на фоне острого ринита у детей, является отек слизистой оболочки полости носа. С этой целью в педиатрической практике используют преимущественно местные деконгестанты

Побочные эффекты при назначении Виброцила® развиваются редко и представлены преимущественно местными реакциями в виде слабовыраженного и проходящего ощущения жжения и сухости слизистой оболочки носа. Системные реакции в виде повышения артериального давления, головной боли, тахикардии или рефлекторной брадикардии нехарактерны для терапевтических доз.

Сочетание противоаллергического, противоотечного и сосудосуживающего действия объясняет высокую клиническую эффективность препарата. Необходимо отметить, что Виброцил® не оказывает седативного действия, не влияя на функциональную активность мерцательного эпителия слизистой оболочки носовой полости.

Также к деконгестантам, полностью отвечающим требованиям, предъявляемым к современным медикаментам, относят Отривин® – лекарственную форму ксилометазолина с увлажняющими компонентами. Отривин® содержит сорбитол, который обладает свойствами увлажнителя, нормализует уровень жидкости в слизистой, не допуская пересыхания и раздражения, оказывая смягчающее действие, а также метилгидроксипропилцеллюлозу, способствующую увлажнению слизистой за счет усиления вязкости раствора. Преимуществами препарата Отривин® являются высокая эффективность, которая позволяет активно снимать заложенность носа за счет сужения кровеносных сосудов слизистой, не раздражая ее и не нарушая функцию реснитчатого эпителия носоглотки, продолжительное действие (до 12 ч), возможность применения до 10 дней при хроническом или затянувшемся насморке. Отривин® спрей (0,05%) назначается детям с 2 лет. Применяются по 1 (у детей 2–5 лет) и по 1–2 впрыскиванию (у детей 6–12 лет) 1–3 р/сут в каждый носовой ход. Спрей дозированный (0,1%), рекомендуется использовать у взрослых и детей старше 12 лет. Применяется по 1 дозированному впрыску 3 р/сут в каж-

дый носовой ход. Спрей равномерно орошает слизистую полости носа, распространяясь до самых верхних участков носовой полости, что является значимым преимуществом, в особенности у пациентов с полисинуситом.

Таким образом, рациональное применение топических деконгестантов позволяет прервать порочный патогенетический круг, приводящий к развитию осложнений при остром рините, в том числе у детей всех возрастных групп, и повысить качество жизни маленьких пациентов. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р., Маркова Т.П. Бактериальные иммунокорректоры в профилактике заболеваний верхних дыхательных путей и уха у часто болеющих детей. *Consilium Medicum. Педиатрия (приложение)*, 2002, 4(3): 7-14.
2. Детская оториноларингология: руководство для врачей: В 2 тт. Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистякова. М.: Медицина, 2005. 660 с.
3. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Лобеева Н.А., Богомильский М.Р. Особенности ведения больных с затяжными формами острого синусита. *Вопросы современной педиатрии*, 2008, 7(6): 11-15.
4. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2014. 28 с. http://193.232.7.120/fem/clinical_ref/0001405617S/HTML.
5. Decongestants, antihistamines and nasal irrigation for acute sinusitis in children (Review). Copyright© 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd <http://www.thecochranelibrary.com>.
6. The Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis. The Alberta Clinical Practice Guidelines Program, 2008. Administered by the Alberta Medical Association. Toward Optimized Practice Program. 12230 - 106 Avenue NW, Edmonton, AB T5N 3Z1.



РЕПРЕНТ

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.



ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
info@reprent.ru

www.remedium.ru