

Лечение острых ринитов у детей

С.В. Рязанцев

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи; 190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9

Острые риниты – одни из самых распространенных заболеваний детского возраста. Основной причиной возникновения острых ринитов у детей является риновирусное инфицирование слизистой оболочки полости носа. Не менее значимым фактором является воздействие аллергенов. Но тема аллергического ринита весьма многогранна и заслуживает отдельного разговора, поэтому вопросы этиопатогенеза и лечения аллергических ринитов в данной работе рассматриваться не будут.

Острый ринит является наиболее частым симптомом ОРВИ, который требует особого внимания врача. Дети до 3 мес. могут дышать только носом, поэтому насморк осложняется нарушениями сна и питания ребенка, часто становится причиной отказа от грудного вскармливания и даже дыхательной недостаточности.

К основным симптомам острого ринита относятся: расстройство общего состояния, выделения из носа и затруднение носового дыхания. Эти симптомы могут быть выражены в различной степени в зависимости от стадии заболевания.

Можно выделить три стадии острого ринита:

- I – сухая стадия раздражения;
- II – стадия серозных выделений;
- III – стадия слизисто-гнойных выделений.

При острых респираторных инфекциях (ОРИ) вирусы (аденовирусы, риновирусы и др.) воздействуют на слизистую оболочку полости носа, нарушая систему мукоцилиарного клиренса.

Происходит это в первую очередь на фоне снижения общей и местной резистентности организма и общего и местного переохлаждения.

Проникновение вируса при ОРИ в слизистую оболочку полости носа приводит к снижению иммунитета под воздействием вирусной инфекции и увеличению количества рецепторов для прикрепления инфекционных агентов (*H. influenzae*, *S. aureus* и др.). Далее происходит активное прикрепление бактерий к эпителию дыхательных путей и развитие вторичной бактериальной инфекции. Таким образом, вирусы нарушают мукоцилиарный клиренс и способствуют колонизации бактериальной флоры (рис. 2).

Основной целью терапии острого ринита является эффективное устранение отека слизистой носа, которое позволяет предотвратить бактериальные осложнения (рис. 3).

Отек слизистой оболочки полости носа может привести к отеку устья слуховых труб, вплоть до их полного закрытия. В свою очередь это может привести к нарушению аэрации барабанной полости, резкому падению давления в ней, что является причиной ощущения заложенности уха и появления болезненных (иногда значительно) ощущений.

Рисунок 1. Патогенез острого ринита

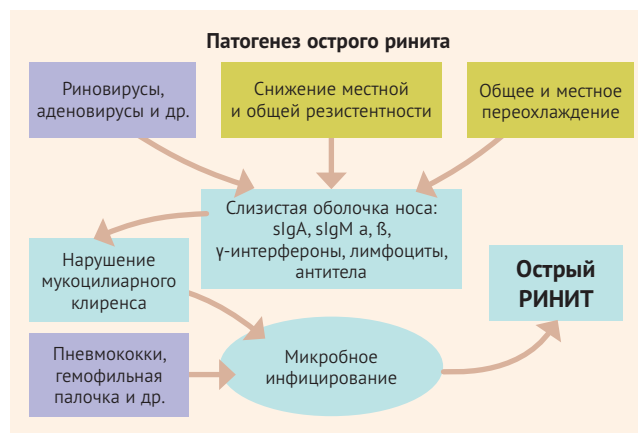


Рисунок 2. Инфицирование вирусом

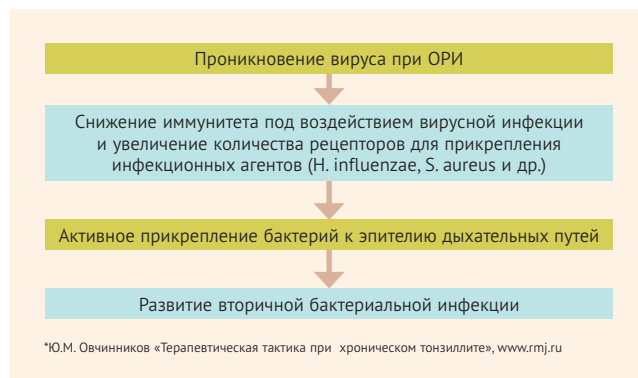
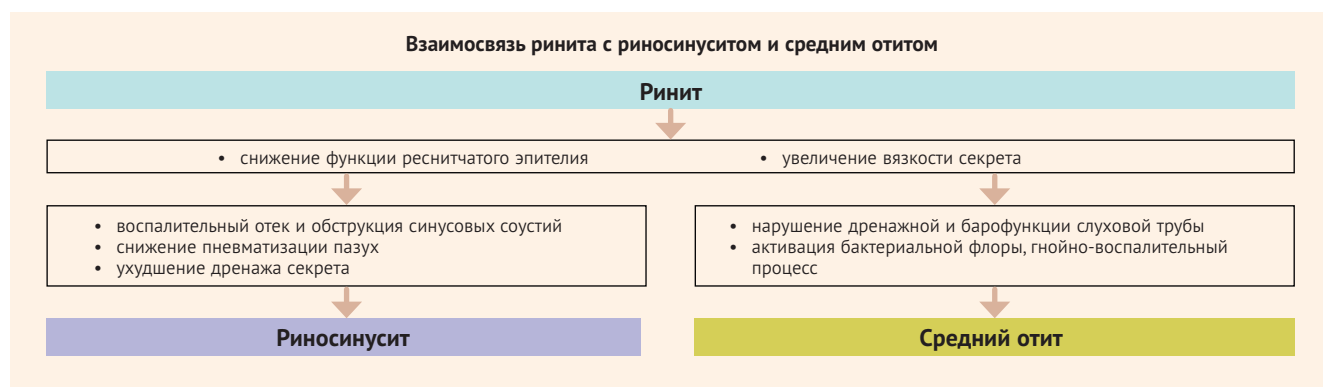


Рисунок 3. Цели терапии острого ринита



● **Рисунок 4.** Этиопатогенетическая связь острого ринита с синуситом и средним отитом

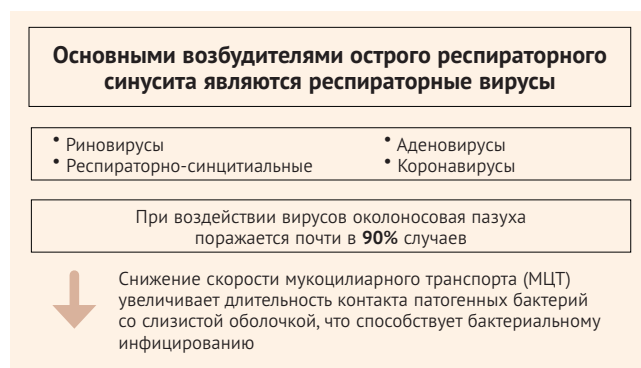


Отек слизистой оболочки полости носа может также явиться причиной нарушения аэрации околоносовых пазух. Если вовремя не принять меры к снижению отека слизистой оболочки полости носа и не разблокировать устье слуховой трубы, это может привести к возникновению острых синуситов и острых отитов (рис. 4).

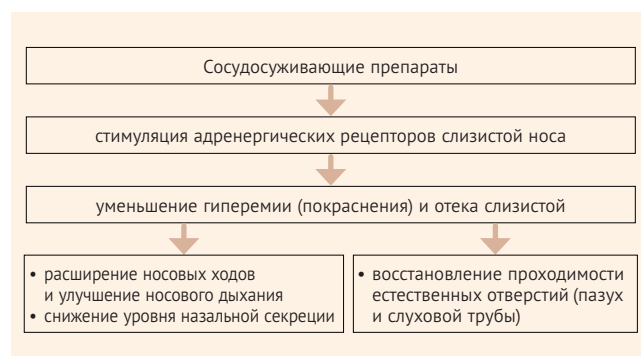
При воздействии вирусов околоносовая пазуха поражается почти в 90% случаев (рис. 5).

Снижение скорости мукоцилиарного транспорта (МЦТ) увеличивает длительность контакта патогенных бактерий со слизистой оболочкой, что способствует бактериальному инфицированию.

● **Рисунок 5.** Этиология острого риносинусита



● **Рисунок 6.** Механизм действия деконгестантов



Свободное носовое дыхание – ключ к решению многих проблем, вызванных ОРВИ. Поэтому в лечении острых ринитов большое значение имеет применение сосудосуживающих препаратов, в основном топических деконгестантов (рис. 6).

Избыточное назначение топических вазоконстрикторных препаратов может приводить к: ятрогенным ринитам, угрозе передозировки, синдрому рикошета, хроническому медикаментозному риниту.

В практике врачи часто используют назначение системных деконгестантов (фенилэфрин, фенилпропаноламин, псевдоэфедрин). Индивидуальная переносимость α-адреномиметиков значительно варьирует, однако считается, что эти препараты в меньшей степени действуют на заложенность носа, чем местные деконгестанты, при этом не вызывают «рикошетной» вазодилатации, развития медикаментозного ринита.

Их применение может сопровождаться следующими побочными эффектами: бессонницей, тахикардией и раздражительностью; возможно появление головной боли.

Наряду с применением вазоконстрикторных препаратов в лечении острых ринитов возможно применение препаратов серебра.

Начало медицинского применения серебра теряется в глубине веков. Заметив благотворное влияние «серебряной» воды, люди использовали самые разные способы ее получения. В Индии в 5 веке до н. э. в воду погружали раскаленный серебряный меч, хранили жидкости в серебряных сосудах. В Древнем Египте серебряную пластинку прикладывали к поверхности с целью ее обеззараживания. По прошествии времени люди открывали для себя все новые свойства серебра.

В средневековой медицине использованию препаратов серебра уделялось большое внимание. Авиценна (X в.) использовал серебряные опилки для активации дыхания. Парацельс (XIV в.), знаменитый алхимик, оставил множество разнообразных рецептов на основе серебра, некоторые из которых актуальны и в наши дни. Этот список имен и открытий в области действенных свойств серебра можно продолжать бесконечно.

● **Рисунок 7.** Механизм действия препаратов серебра



На рубеже XIX–XX столетий ученые начали изучать полезные свойства серебра лабораторными методами. К сожалению, открытие пенициллина в 1928 г. на несколько десятилетий отодвинуло эти исследования на второй план. Впоследствии выяснилось, что антибиотики широкого спектра действия вызывают гибель до 500 видов бактерий, в то время как протеинат серебра губительно действует на значительно большее число патогенных микроорганизмов.

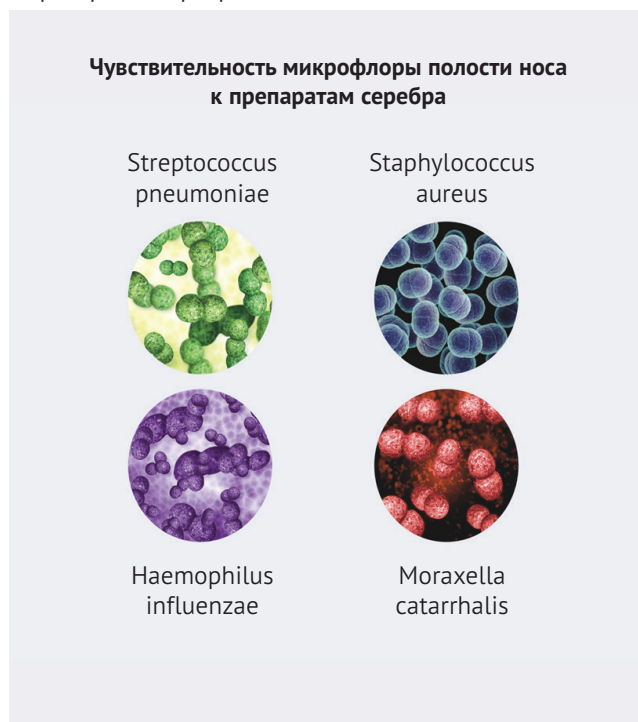
В аптечные прописи протеинат серебра вошел с 1964 г. в форме 2% раствора. За годы практики он зарекомендовал себя как высокоэффективное средство и получил положительные отзывы специалистов.

Протеинат серебра содержит ионы серебра. В сухом концентрате серебро неактивно, при смешивании с водой образуется коллоидный раствор с активными ионами металла. Эффективность препарата определяется его составом и механизмом действия ионов серебра, проникающих внутрь бактериальной клетки и прекращающих (тормозящих) ее жизнедеятельность. Единственным недостатком протеината серебра оставалась его труднодоступность – из-за ограниченного аптечного выпуска и малого срока годности (14 дней).

Механизм действия препаратов серебра заключается в следующем:

- Ионы серебра сорбируются на поверхности бактериальной клетки и проникают внутрь этой клетки.
- Далее ионы серебра ингибируют ферменты дыхательной цепи и тем самым разобщают процессы окисления и окислительного фосфорилирования.

● **Рисунок 8.** Микрофлора полости носа, чувствительная к препаратам серебра



■ Также ионы серебра атакуют ДНК бактерий и препятствуют их размножению (рис. 7).

Благодаря этим внутриклеточным механизмам в медицинской практике последних 50 лет устойчивости бактерий к препаратам серебра не проявлялось.

В 2013 г. была разработана и запатентована инновационная форма выпуска протеината серебра – таблетка для приготовления раствора. Именно она входит в стандартизированный комплект для индивидуального приготовления 2% раствора протеината серебра – лекарственного препарата Сиалор® и является первым¹ протеинатом серебра с подтвержденной безопасностью и клинической эффективностью.

Благодаря промышленному выпуску и длительному сроку годности (2 года) Сиалор® можно приобрести практически повсеместно.

В многочисленных исследованиях была показана высокая чувствительность микрофлоры полости носа к препаратам серебра. Практически все представители патогенной бактериальной флоры носовой полости, вызывающие острые риниты и их осложнения, чувствительны к препаратам серебра.

Установлено, что патогенная микрофлора более чувствительна к ионам серебра, чем непатогенная, что позволяет протеинату серебра воздействовать избирательно, не нарушая естественные процессы.

¹ Карпова Е.П., Наумов О.Г., Бурлакова К.Ю., Бычкова О.В., Царева А.И., Беруль А.Ю., Морозов Н.В. Применение антисептических препаратов в симптоматической терапии ринита и острого назофарингита у детей. Практика педиатра. 2019;(2):28–32.

Благодаря этому Сиалор® не вызывает нарушения баланса нормальной микрофлоры слизистой оболочки полости носа.

Следует отметить, что, в отличие от деконгестантов, практически мгновенно облегчающих состояние пациента за счет снятия отека, раствор серебра действует медленно. Но действие это не симптоматическое, а патогенетическое, направленное на эрадикацию патогенной флоры.

Кроме того, благодаря действию обволакивающей защитной пленки из альбуминатов серебра на мерцательный эпителий слизистой оболочки полости носа Сиалор® способствует процессам регенерации.

Сиалор® для лечения насморка полезно и правильно использовать, если ринит сопровождается гнойными выделениями из носа, осложняется фарингитом и вызван патологической бактериальной флорой.

Если же причина ринита – вирус, то носовые капли Сиалор®, полностью уничтожая бактериальную флору, обеспечивают комфортные условия существования вирусам, которые находятся с бактериями в конкурентных отношениях. Определить характер ринита можно довольно просто: прозрачные, жидкие, обильные выделения из носа характерны для вирусного насморка, а насморк, вызванный бактериальной флорой, сопровождается выделением зеленой гнойной слизи. Именно такой ринит чаще всего при отсутствии адекватного лечения переходит в гайморит.

Поэтому применение препарата при гнойном насморке показано и оправданно, а при вирусном – нет.

Следует обратить внимание на то, что применение препарата Сиалор® при ринитах не всегда имеет однозначное действие. Сиалор® не эффективен при лечении поллинозов и других аллергических ринитов, препарат даже противопоказан при данных заболеваниях вследствие высокой аллергенности.



Информация об авторе:

Рязанцев Сергей Валентинович, д.м.н., профессор, заместитель директора по научно-координационной работе с регионами, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 190013, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; e-mail: professor.ryazantsev@mail.ru

Information about the authors

Sergey V. Ryazantsev, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Deputy Director for Research Coordination Relationships with Regional Authorities, Federal State Budget Institution «Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; 9 Bronnitskaya St., St. Petersburg, 190013, Russia; e-mail: professor.ryazantsev@mail.ru