

Е.Ю. Радциг, Н.В. Ермилова, Н.В. Сапаева, М.Р. Богомилский

Российский государственный медицинский университет, Москва

Альтернатива топическим деконгестантам при симптоматическом лечении острого ринита у детей

ОБСУЖДАЮТСЯ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ. ПОКАЗАНО, ЧТО ТРАДИЦИОННО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РИНИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТОПИЧЕСКИЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ — ГРУППА ПРЕПАРАТОВ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ СИМПАТОМИМЕТИКИ И СЕЛЕКТИВНЫЕ α_1 -АДРЕНОМИМЕТИКИ. ВМЕСТЕ С ЭТОМ ИЗВЕСТНО, ЧТО ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКОНГЕСТАНТОВ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЕРЬЕЗНЫМИ ПОБОЧНЫМИ РЕАКЦИЯМИ (ПАРЕЗ СТЕНОК СОСУДОВ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ НОСА, МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ РИНИТ И ДР.). КРОМЕ ТОГО, ВЫСОКА ЧАСТОТА ОТРАВЛЕНИЙ, РЕГИСТРИРУЕМЫХ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. АЛЬТЕРНАТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РИНИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИНГАЛЯЦИЯ КОМПЛЕКСА ЭФИРНЫХ МАСЕЛ, ОБЛАДАЮЩИХ БАКТЕРИЦИДНЫМ И БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЯМИ. ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ДАННЫЙ КОМПЛЕКС КАК БЕЗОПАСНОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО РИНИТА.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ, ОСТРЫЙ РИНИТ, ТОПИЧЕСКИЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ, ЭФИРНЫЕ МАСЛА.

92

Контактная информация:

Радциг Елена Юрьевна,
доктор медицинских наук,
доцент кафедры детской
оториноларингологии
Российского государственного
медицинского университета
Адрес: 117049, Москва,
4-й Добрынинский пер., д. 1,
тел. (495) 959-87-58
Статья поступила 05.03.2007 г.,
принята к печати 01.10.2007 г.

Ринит (насморк) — это воспаление слизистой оболочки носа, сопровождающееся затруднением носового дыхания и выделениями (экссудата) из носовых ходов. Наиболее часто ринит служит первым симптомом острых респираторных инфекций (ОРИ), на долю которых приходится более 70% всей патологии дыхательных путей у детей. Частота ОРВИ в первые 2–4 года жизни достигает 4–9 эпизодов в год [1, 2].

Ринит может быть острым и хроническим, неинфекционного или инфекционного характера, вирусной, бактериальной или аллергической этиологии. Возбудителями ринита могут быть: вирусная инфекция респираторной группы, вирусно-бактериальная инфекция из группы детских инфекционных заболеваний (корь, краснуха, дифтерия и др.). Иногда ринит может быть непостоянным симптомом заболеваний, вызванных одним из кишечных вирусов: ротавирусами, энтеровирусами. В таких случаях насморк и болезненные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, понос) могут являться признаками одного и того же заболевания.

У детей старшего возраста и у взрослых инфекционный насморк бывает самостоятельным заболеванием, тогда как у детей раннего возраста, особенно грудного, острый насморк протекает в виде ринофарингита. У малышей воспалительный процесс значительно чаще, чем у взрослых и детей старшего возраста, распространяется на слизистую оболочку гортани и трахеи. Болезнь может осложниться отитом, бронхитом и даже пневмонией.

Кроме инфекционных агентов, активации которых способствуют переохлаждение или другие болезни, причиной острого и хронического насморка

**E.U. Radtsig, N.V. Ermilova, N.V. Sapaeva,
M.R. Bogomil'sky**

Russian State Medical University, Moscow

**Alternative to topical
decongestants for
symptomatic treatment
of children's acute rhinitis**

THE ARTICLE DISCUSSES MECHANISMS OF OCCURRENCE AND CLINICAL COURSE OF CHILDREN'S ACUTE RHINITIS. IT SHOWS THAT TRADITIONALLY, TOPICAL DECONGESTANTS ARE USED FOR CURING ACUTE RHINITIS — A GROUP OF MEDICATIONS INCLUDING SYMPATHOMIMETICS AND SELECTIVE α_1 -ADRENOCEPTOR AGONIST. AT THE SAME TIME IT IS KNOWN THAT LONG-TIME USAGE OF DECONGESTANTS IS ACCOMPANIED WITH SERIOUS SIDE-REACTIONS (PARESIS OF VESSEL WALLS OF NASAL MUCOUS, MEDICAMENT RHINITIS, ETC). BESIDES, THE POISONING FREQUENCY IS HIGH, ESPECIALLY AMONG INFANTS AND YOUNGER SCHOOL AGE CHILDREN. AN ALTERNATIVE CURING METHOD FOR ACUTE RHINITIS IS AN INHALATION WITH VOLATILE OILS COMPLEX WITH BACTERICIDAL AND BACTERIOSTATIC ACTIVITY. ACCORDINGLY, THIS COMPLEX CAN BE RECOMMENDED AS A SAFE AND EFFICIENT MEANS FOR CURING AND PROPHYLAXIS OF ACUTE RHINITIS
KEY WORDS: CHILDREN, ACUTE RHINITIS, TOPICAL DECONGESTANTS, VOLATILE OILS.

могут быть раздражающие факторы механического (например, инородное тело или травма слизистой оболочки носовой полости) или химического (дым, гарь, вещества с едким запахом) происхождения.

В начале заболевания появляются жалобы на заложенность носа, нарушение носового дыхания и выделения из носа (ринорея). В зависимости от вида возбудителя и особенностей реактивности ребенка ринит может сопровождаться лихорадочной реакцией. Средняя продолжительность заболевания в неосложненных случаях составляет 7–14 дней. Обычно на 5–7-й день отделяемое из носа становится более густым, слизисто-гнойного характера, а носовое дыхание улучшается, затем постепенно уменьшаются выделения из носа, и наступает выздоровление. Дифференциальная диагностика ринита при ОРВИ проводится при затяжном течении, когда нельзя исключить неинфекционную природу заболевания — аллергический или вазомоторный ринит.

С целью предотвращения развития осложнений и для быстрого купирования основных симптомов ринита лечение необходимо проводить как можно раньше. Терапию различных форм ринита у детей любого возраста начинают, как правило, с назначения топических деконгестантов. Кратность их приема варьирует. Длительность лечения составляет в среднем от 3 до 10–14 дней. Однако встречаются случаи и более длительного непрерывного применения этих препаратов.

Под термином «топические деконгестанты» объединяют препараты разных групп. К ним относятся симпатомиметики и селективные α_1 -адреномиметики. Механизм действия всех средств этой группы одинаков — стимуляция α -адренорецепторов. Общий механизм обуславливает и общие свойства, характерные для препаратов этой группы. Все они при местном применении оказывают сосудосуживающее действие; способствуют уменьшению отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа; снижают количество отделяемого секрета и облегчают носовое дыхание. Препараты этой группы различаются по степени выраженности системного действия, и, следовательно, по частоте нежелательных эффектов — таких как повышение нервно-мышечной возбудимости и АД, нарушения сна, головная боль, раздражительность, тремор, снижение аппетита. Симпатомиметики (селективные α_1 -адреномиметики) характеризуются значительно менее выраженным влиянием на ЦНС. Они избирательно влияют на α_1 -адренорецепторы, в результате чего при местном применении оказывают сосудосуживающее действие; способствуют уменьшению отека и гиперемии слизистой оболочки полости носа; уменьшают количество отделяемого секрета; облегчают носовое дыхание.

В таблице представлены активные ингредиенты препаратов из группы симпатомиметиков и селективных α_1 -адреномиметиков.

Таблица. Активные ингредиенты препаратов из группы симпатомиметиков и селективных α_1 -адреномиметиков

Симпатомиметики	Селективные α_1 -адреномиметики
Фенилпропаноламин	Оксиметазолин Тетризолин Ксилометазолин
Псевдоэфедрин	Трамазолин Нафазолин Фенилэфрин

Следует помнить, что у всех деконгестантов сосудосуживающий эффект через некоторое время сменяется усилением притока крови к слизистой оболочке носа (реактивная гиперемия) и возобновлением выделения секрета. При длительном применении сосудосуживающих средств возможны нарушение нормального функционального состояния реснитчатого слоя и атрофия слизистой оболочки носа. Возможной причиной блока мукоцилиарного клиренса является не только длительность применения, но и введение избыточного количества препарата, которое не является необходимым для уменьшения отека слизистой оболочки носа и ликвидации обструкции. Срок введения деконгестантов обычно ограничивается 5–7 днями, более длительное применение может привести к парезу сосудов слизистой оболочки полости носа или аллергической реакции, а бесконтрольное — к развитию медикаментозного ринита.

По данным А.Ф. Фадеева и В.И. Демченко, в последние годы отмечается увеличение частоты токсических реакций после применения сосудосуживающих средств по сравнению с другими лекарственными средствами [3]. Остановимся на этом более подробно, так как традиционно считается, что сосудосуживающие капли, оказывая только местное воздействие на слизистую оболочку полости носа, относительно безвредны и находятся в списке препаратов для безрецептурного отпуска. К этому можно добавить незнание родителями побочного действия этих медикаментов, их широкая доступность, отсутствие должного контроля со стороны медицинских работников при назначении ими сосудосуживающих препаратов.

Отравления деконгестантами составляют в среднем 23% всех медикаментозных интоксикаций. Ежегодно их частота увеличивается: в 2000 г. они отмечались лишь у 4,5% детей, в 2004 г. — у 26% [3]. Почти все отравления регистрируются среди детей раннего и младшего школьного возраста. Причиной более частой интоксикации последних можно считать незрелость у них механизма обратного нейронального захвата адреномиметиков в пресинаптических окончаниях и недостаточную активность инактивирующих ферментов. Это приводит к увеличению концентрации деконгестантов в крови и появлению симптомов отравления. Полное созревание механизмов синтеза, захвата, депонирования и инактивации катехоламинов происходит только к 6–8-му году жизни. Поэтому у детей старшего возраста и взрослых реже наблюдаются признаки передозировки деконгестантами [3]. Более высокая частота отравлений отмечается в осенне-зимний период и совпадает с подъемом заболеваемости ОРВИ. Причиной отравления деконгестантами были их передозировка, бесконтрольное применение, использование «взрослых» дозировок в педиатрической практике. Напомним, что относительная площадь слизистой оболочки полости носа у детей значительно больше, чем у взрослых, поэтому при попадании на нее «стандартного» количества сосудосуживающего средства грудной ребенок получит дозу в 30 раз выше в пересчете на 1 кг массы тела, чем взрослый.

При анализе клинических проявлений установлена двухфазность состояния отравления деконгестантами. В 1-й фазе действия α -адреномиметиков отмечаются общая слабость, тошнота, рвота, головокружение, головная боль, беспокойство и чувство страха. У детей

определяются умеренная бледность кожных покровов (спазм периферических сосудов), тахикардия (усиление сократительной способности миокарда и повышение артериального давления). При нарастании концентрации деконгестантов в крови развивается 2-я фаза с типичными симптомами отравления: мышечная гипотония, усиление бледности кожных покровов, снижение температуры тела, брадикардия и др.

Сказанное выше объясняет стремление ограничить использование деконгестантов у детей первых лет жизни. Одним из альтернативных вариантов симптоматического лечения острого ринита является ингаляция, в том числе эфирными маслами. Этот способ имеет ряд преимуществ:

- безопасность и удобство метода позволяют использовать его у детей всех возрастных групп;
- введение лекарственного вещества максимально физиологичное (вместе с вдыхаемым воздухом);
- прямое действие на слизистую оболочку органов дыхания, купирование застойных и воспалительных реакций;
- смягчающее действие микрочастиц масла на слизистые оболочки;
- снижение степени раздражения слизистой оболочки и мацерации кожных покровов, развивающихся при длительном применении лекарственных средств в полость носа.

Одним из используемых при данном методе средств является комплексный препарат «Олбас» (АКВИОН, Россия) с подобранными в определенной концентрации эфирными маслами для ингаляционного пассивного введения в полость носа при вдохе. В его состав входят натуральные чистые эфирные масла растительного происхождения:

- мятное (без ментола) 34,45% (болеутоляющий, дезодорирующий и легкий антисептический эффект);
- эвкалиптовое 35,45% (один из сильнейших антисептиков в группе эфирных масел, широко используется в составе различных ингаляций, применяемых при респираторных инфекциях верхних дыхательных путей; оказывает иммуностимулирующее действие);
- каепутовое 18,5% (обладает высокой гермецидной активностью по отношению к *S. aureus*, противовоспалительной активностью и тонизирующим эффектом);
- винтергриновое (гаультерии лежачей или зимолюбки) 3,7% (противовоспалительный и тонизирующий эффект);
- можжевельное 2,7% (противомикробное действие);
- гвоздичное 0,1% (антисептическое и болеутоляющее действие);
- левоментол 4,1%.

Клиническому применению данного комплекса эфирных масел предшествовали исследования, целью которых были изучение его бактериостатического и бактерицидного действий на микрофлору верхних дыхательных путей и оценка возможности реализации этих свойств при ингаляционном способе введения препарата [5–7]. С этой целью *in vitro* определяли бактерицидную и бактериостатическую концентрации комплекса эфирных масел в отношении 40 основных патогенов и грибов рода *Candida*. Экспериментально установлено, что бактериостатический эффект указанного комплекса при воздействии на патогенные микроорганизмы дыхательных путей, в 1,5 раза слабее бактерицидного. Уничтоже-

ние микроорганизмов в верхних дыхательных путях отмечалось при ингаляционном применении препарата уже в концентрации 1,25%. Подтверждена активность комплекса эфирных масел и в отношении таких патогенов, как грамположительные (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *pyogenes*, *anginosus*) и грамотрицательные (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Bacterocera aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*) бактерии. В. Kedzia et al. установили, что после 14-дневного применения концентрата эфирных масел происходит элиминация перечисленных выше патогенов, что подтверждается результатами микробиологического исследования (мазки из полости носа и носоглотки) [5].

Исследования на здоровых добровольцах позволили авторам заключить, что эфирные масла, входящие в состав комплексного препарата, не оказывают негативного влияния на обонятельную и мукоцилиарную функции, в преобладающем большинстве случаев хорошо переносятся [6]. Изучение эффективности комплексного препарата у взрослых при остром рините на фоне ОРВИ показало, что признаки острого ринита (выделения и заложенность носа) полностью исчезли у 64,3% обследованных на 7-й день лечения; у 35,7% больных сохранились незначительные выделения из носа [7].

Нами в клинике оториноларингологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета была оценена эффективность масла «Олбас» при остром рините у 30 детей в возрасте от 2 до 14 лет. У всех больных оценивали общее состояние, проводили осмотр ЛОР-врача (с выполнением ринофарингоотоскопии), оценивали выраженность симптомов ринита в баллах (0 — симптом отсутствует, 3 — выражен максимально). Комплекс эфирных масел назначали в виде ингаляций (2–3 капли препарата на марлю или вату) 3 раза в день в качестве монотерапии.

Через 7 дней приема препарата симптомы ринита были устранены у 13 (43,3%) больных; при этом продолжения терапии не требовалось. У 15 (50%) детей сохранялись симптомы ринита, требовавшие назначения дополнительной медикаментозной терапии. На рис. 1 представлены результаты балльной оценки выраженности симптомов ринита. Врачами эффективность комплекса эфирных масел как средства для монотерапии острого ринита оценена как отличная в 17%, хорошая — в 45%, удовлетворительная — в 38% случаев (рис. 2). Необходимо отметить, что только у 2 (6,7%) детей на фоне при-

Рис. 1. Балльная оценка выраженности симптомов ринита на фоне приема комплекса эфирных масел

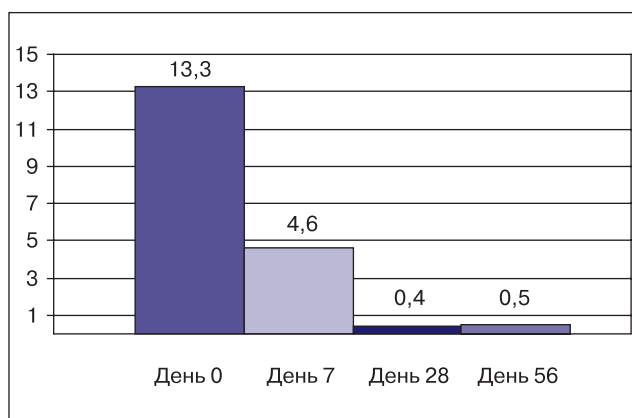
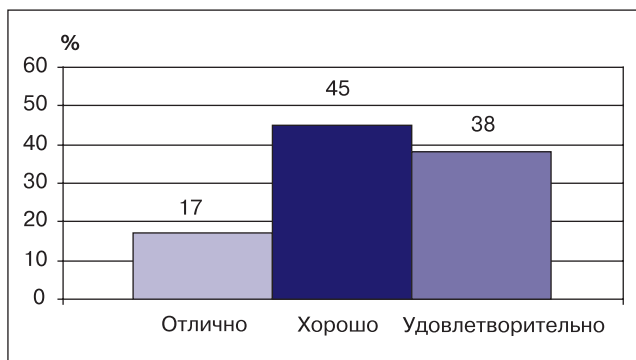


Рис. 2. Оценка врачами эффективности комплекса эфирных масел



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — 431 с.
2. Самсыгина Г.А., Богомилский М.Р. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. — М.: Миклош, 2006. — 268 с.
3. Фадеев А.А., Демченко В.И. Острые отравления назальными сосудосуживающими препаратами у детей // Детская больница. — 2007. — № 1. — С. 41–44.
4. Маркова И.В., Калиничева В.И. Педиатрическая фармакология. — Л.: Медицина, 1980. — С. 48–62.

ема препарата отмечались побочные явления (чихание, жжение в носу, слезотечение; покраснение кожи носогубного треугольника, усиление выделений из носа). Всё это позволило рекомендовать данный препарат как безопасное и эффективное средство и для монотерапии, и для комплексной терапии острого ринита.

Таким образом, комплекс эфирных масел «Олбас», обладая достаточной эффективностью при остром рините у детей, одновременно лишен отрицательных свойств сосудосуживающих препаратов, вводимых в виде капель или спрея в носовую полость. Важно, что длительность курса лечения не имеет ограничений даже при ежедневной ингаляции. Кроме того, комплекс эфирных масел эффективен не только для лечения, но и для профилактики острого ринита у детей, начиная с грудного возраста.

5. Kedzia B., Alkiewicz J., Holderna-Kedzia E., Zawadzka D. Studies on the bacteriostatic and bactericidal effect of Olbas oil preparation on the upper respiratory tract microorganisms // Otolaryngol. Pol. — 1997. — V. 51 (Suppl. 27). — P. 354–355.
6. Olsewska-Ziaber A., Zalewski P., Olsewski J. Clinical examination of Olbas oil tolerance and effect on nasal mucosa in healthy volunteers // Otolaryngol. Pol. — 1997. — V. 51 (Suppl. 25). — P. 353–355.
7. Zalewski P., Olsewski J., Olsewska-Ziaber A. et al. Clinical evaluation of Olbas effect on nasal mucosa in acute rhinitis patients during common cold // Otolaryngol. Pol. — 1997. — V. 51 (Suppl. 23). — P. 312–314.

Олбас

Средство профилактики и комплексной терапии инфекционных ринитов

- Естественный и безопасный способ облегчения дыхания при насморке у детей.
- Натуральное средство – состоит из эфирных масел.
- Обладает бактерицидным и бактериостатическим действием.
- В отличие от капель и аэрозолей не вызывает привыкания, не раздражает слизистую носа.
- 30-летний опыт применения в Англии.

Эффективность и безопасность масла Олбас в комплексной терапии инфекционных ринитов у детей подтверждена клиническими исследованиями на базе Морозовской детской клинической больницы под руководством члена-корреспондента РАМН, д.м.н., профессора РГМУ Богомилского М.Р.



Телефон горячей линии:
8-800-200-86-86 (звонок по РФ бесплатный)
www.akvion.ru

