

НАЗАЛЬНЫЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются самыми частыми заболеваниями как у детей, так и у взрослых, но наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Среди всех детей удельный вес часто болеющих может составлять от 15 до 50%, что зависит от возраста, эпидемиологических и социальных условий. Значительный уровень заболеваемости ОРИ обусловлен высокой восприимчивостью детей, особенно раннего возраста, к возбудителям данных инфекций, большим многообразием этиологических агентов, а также воздушно-капельным путем передачи.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, Пиносол, слизистая носа

Входными воротами для возбудителей ОРИ являются слизистые верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань). В слизистых респираторного тракта развивается воспаление, сопровождающееся вазодилатацией с увеличением проницаемости сосудистой стенки и усиленной экссудацией. Клиническими проявлениями этих процессов являются катаральные симптомы (насморк, кашель, гиперемия слизистых небных миндалин, глотки и др.). Отек слизистой оболочки полости носа может быть следствием воспаления, вирусного или же бактериального, аллергической реакции на респираторные аллергены. Особым состоянием, проявляющимся в набухании носовых раковин невоспалительного характера, следует считать вазомоторный (нейровегетативный) ринит. Следует отметить, что ринит, особенно у детей раннего возраста, может становиться причиной нарушения сна и аппетита. При этом у новорожденных и детей грудного возраста затрудненное носовое дыхание может привести к отказу от грудного вскармливания.

Инфекционное воспаление является основным патогенетическим звеном клинических проявлений ОРИ. Развитие воспаления слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей способствует гиперсекреции вязкой слизи, формированию отека слизистой оболочки респираторного тракта, нарушению мукоцилиарного транспорта. Часто на фоне острого ринита развивается воспалительная реакция в околоносовых пазухах за счет отека слизистой оболочки полости носа и, как следствие, блокирование естественных соустьев пазух, нарушение вентиляции и задержка секрета в их просвете. Воспаление слизистой оболочки носоглотки и нарушение мукоцилиарного клиренса в данном отделе сопровождаются изменениями защитных механизмов слуховой трубы, что приводит к развитию осложнений — евстахиита, экссудативного среднего отита либо острого среднего гнойного отита.

В связи с высокой распространенностью ОРИ, их тяжелым течением и многочисленными осложнениями исследователи и практикующие специалисты продолжают разработку новых схем лечения. Накопленные знания об этиологии и патогенезе оториноларингологической патологии, а также технологические возможности фарминдустрии обеспечили появление на рынке большого количества препаратов местного действия, что особенно важно в педиатрической практике.

Учитывая особенности патогенеза заболевания, рациональной тактикой лечения респираторных инфекций является назначение противовоспалительной и местной, а в ряде случаев системной антибактериальной терапии, а также симптоматической терапии. Среди препаратов местного действия для эндоназального применения на первое место вышли α -адренеметики и топические глюкокортикостероидные препараты, обеспечивающие противоотечное и противовоспалительное действие. Сосудосуживающие лекарственные средства входят в стандарты лечения острого и хронического ринита и риносинусита, аллергического ринита, острого и хронического среднего отита, тубоотита, экссудативного среднего отита [4–7] и активно рекомендуются врачами разных специальностей. Однако следует отметить ряд существующих ограничений и противопоказаний для назначения назальных сосудосуживающих препаратов. Топические деконгестанты не рекомендованы лицам с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями, хронической почечной недостаточностью. Противопоказаниями к применению этой группы препаратов являются: атрофический ринит, медикаментозный ринит, артериальная гипертензия. Существуют ограничения [8] к использованию топических деконгестантов в раннем детском и пожилом возрасте, а также при одновременном назначении других групп препаратов (например, противостудные средства и средства для похудения, в состав которых входят симпатомимикрирующие амины: псевдоэфедрин, фенилпропаноламин, фенилэфрин или эфедрин, составляющие группу риска повышения артериального давления).

Улучшение носового дыхания, достигаемое при использовании сосудосуживающих капель, наступает вследствие снижения кровенаполнения сосудов, питающих слизистую оболочку полости носа. Продолжительность этого терапевтического эффекта зависит от состава лекарственного препарата. Известно также, что при длительном спазме сосудов в зоне действия препарата развивается кислородное голодание, что может привести к повышению артериального давления — как регионарного, так и общего, повышению внутриглазного и внутричерепного давления.

Большинство деконгестантов продаются в отделах безрецептурного отпуска аптек, и многие больные применяют их самостоятельно, без предварительной консультации с врачом, часто нарушая режим дозирования и период возможного применения не более 5–7 дней. Именно с этим связано большое количество осложнений и неоднозначное отношение специалистов к этой группе препаратов [2].

Проблемы, которые развиваются при применении местных сосудосуживающих средств, можно разделить на 2 группы: местные симптомы и общетоксическое действие топических деконгестантов [1, 3]. К местным негативным эффектам топических деконгестантов относятся:

- преходящее ощущение сухости, жжения в полости носа и носоглотки. Сухость слизистой оболочки связана с сокращением выработки секрета бокаловидными клетками и слизистыми железами вследствие снижения ее кровоснабжения [9–15];
- замедление частоты биения ресничек [14];
- снижение мукоцилиарного клиренса [15];
- нарушение механизмов местного иммунитета из-за уменьшения продукции назального секрета [15]. У детей формирование местного иммунитета, свойственного взрослому организму, происходит к 14 годам, а до этого периода защитные свойства еще несовершенны;
- нарушение трофики слизистой оболочки более выраженное при использовании средств с более длительным эффектом.

При применении назальных сосудосуживающих препаратов у детей самым частым осложнением является острое отравление. Наиболее серьезной проблемой, конечно, является развитие медикаментозной зависимости. Механизм связан с возникновением рефрактерности сосудов слизистой оболочки носа к адреномиметикам, что приводит к развитию вторичной назальной вазодилатации. Клинически медикаментозный ринит характеризуется повторным появлением гиперемии и отека слизистой носа с нарушением носового дыхания, а также заложенностью, несмотря на проводимую терапию. В результате сосуды вторично расширяются и становятся нечувствительны к терапии деконгестантами [16–19].

Все большее внимание в последнее время привлекают альтернативные варианты лечения насморка.

Одним из возможных вариантов снижения риска развития вышеуказанных осложнений является применение в качестве симптоматической терапии ринита препаратов местного действия на основе природных компонентов, витаминов и эфирных масел.

Пиносол — комбинированный препарат, в состав которого входит смесь эфирных масел с натуральными веществами в растительном масле. Препарат оказывает антисептическое, противовоспалительное, противомикробное действие, усиливает грануляцию. Пиносол улучшает состояние больного, облегчая носовое дыхание за счет снижения секреции и повышения проходимости носовых ходов. При хроническом течении заболевания препарат усиливает кровообращение слизистой оболочки носа, гортани, трахеи и способствует восстановлению ее функции.

Препарат рекомендован для лечения острого и хронического ринита, а также для восстановления физиологического состояния слизистой оболочки и ресничного эпителия носа в послеоперационной стадии (диагностические и лечебные пункции при синуситах и т.д.). Препарат выпускается в форме капель, назального спрея, а также в форме мази и крема, что обеспечивает удобство применения, в т.ч. и у детей.

Комплексный лечебный эффект обеспечивается благодаря входящим в состав Пиносола компонентам: композиции эфирных масел сосны, эвкалипта, мяты, чабреца, а также α -токоферола ацетата (витамина Е) и масляной основы.

Эфирные масла придают лекарству мягкий и терпкий запах и отвечают за его фармакологическую активность в отношении патогенных бактерий. При этом бактерицидные свойства препарата (масло эвкалипта и масло сосны горной) наилучшим образом сочетаются с легким обезболивающим эффектом, которым наделяет Пиносол масло мяты.

Экстракты растительных масел, входящие в состав лекарства, обладают сосудосуживающим, иммуномодулирующим, антисептическим и биотропным действием, обеспечивая гибель болезнетворных бактерий, защиту и восстановление свойств слизистой. При этом Пиносол не вызывает сухости слизистой, системных побочных явлений, привыкания, зависимости, медикаментозных ринитов. Пиносол показан для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний носа и носоглотки, а также состояний, сопровождающихся сухостью слизистой оболочки носа. Хорошо зарекомендовал себя Пиносол в терапии состояний после оперативного вмешательства или тампонады полости носа.

Новая форма — Пиносол спрей обеспечивает равномерное орошение слизистой и удобство применения, а более традиционная форма (Пиносол в виде капель) подходит как для закапывания, так и для ингаляций при лечении воспалительных заболеваний носа и носоглотки.

В условиях *in vitro* установлена высокая антибактериальная активность в отношении клинически важных штаммов

■ Все большее внимание в последнее время привлекают альтернативные варианты лечения насморка с применением в качестве симптоматической терапии ринита препаратов местного действия на основе природных компонентов, витаминов и эфирных масел.

микробов, характерных для верхних дыхательных путей. В доклинических исследованиях была выявлена низкая токсичность, хорошая переносимость и благоприятное местное иммуномодулирующее действие препарата на слизистую оболочку [43–44].

При сухости слизистой оболочки и рините с образованием корочек наиболее эффективно применять Пиносол в форме мази.

Кроме того, учитывая состав препарата, можно рекомендовать его для использования в виде ингаляций с применением ультразвуковых или компрессорных ингаляторов.

■ В отличие от сосудосуживающих средств Пиносол не вызывает сухости слизистой носа, привыкания и системных побочных эффектов, обеспечивает эффективное и бережное лечение насморка

Спрей

- Равномерное орошение слизистой.
- Экономичность.
- Удобство применения.

Капли

- Лечение острого и хронического ринита и ринофарингита.
- Традиционная привычная форма.
- Подходит для закапывания и ингаляций.

Мазь

- Наиболее концентрированная форма.
- Пролонгированное действие.
- Содержит ментол.

При правильном использовании препарат безопасен, поэтому разрешен к применению в качестве средств безрецептурного отпуска. Возможно применение препарата во время беременности и в период грудного вскармливания.

В случае выраженного отека носовых раковин вследствие воспаления, вызванного вирусной или бактериальной инфекцией, и значительной обструкции носовой полости возможно сочетание вазоконстрикторных препаратов и Пиносола (в форме носовых капель, крема или мази). Вазоконстрикторы, вследствие блокады адrenoцепторов и снятия отека носовых раковин, восстановят носовое дыхание (от 4 до 12 часов в зависимости от действующего вещества), а последующее (с небольшим интервалом от 15 до 30 минут) введение Пиносола купирует явления воспаления слизистой оболочки полости носа. Следует учитывать и антисептическое действие Пиносола на патогенную микрофлору полости носа. Предварительное сосудосуживающее действие вазоконстрикторных носовых капель позволит нанести препарат на самые отдаленные участки слизистой оболочки полости носа, ранее блокированные отеком.

В схему лечения ЛОР-заболеваний входит также ирригационная терапия солевыми растворами. Терапевтическая эффективность и переносимость ирригационной терапии солевыми растворами и мази Пиносол у пациентов, страдающих инфекционным и атрофическим ринитом, были сравнены в ходе открытого контролируемого исследования [49].

В данное исследование были включены 30 пациентов основной и 30 — контрольной группы. Критериями включения явились больные обоого пола в возрасте от 4 до 65 лет, страдающие атрофическим и инфекционным ринитом.

Критериями исключения в исследование были больные: страдающие гнойной формой синусита, аллергическим ринитом в стадии обострения; принимающие топические деконгестанты и местно средства, содержащие масла, а также препараты для увлажнения; получавшие топические препараты подобного действия в течение предыдущих 10 суток; с наличием аллергии к растениям; в состоянии, характеризующемся высоким риском смертельного исхода. Терапия пациентов основной группы включала введение в передние отделы полости носа соразмерного количества (около 0,5 см) мази Пиносол 3–4 раза в сутки с помощью готовых палочек с ватными тампонами. Больным рекомендовали после введения препарата прижать указательным пальцем крыло носа к перегородке и сделать при этом массирующее движение. Курс терапии составил 14 дней.

В контрольной группе пациенты использовали ирригацию полости носа, применяя готовые солевые растворы. Их вводили в нос 2 раза в сутки курсом 14 дней.

Контроль терапевтической эффективности осуществляли на основании констатации объективной симптоматики (риноскопическая картина, снижение выраженности проявления заболевания, укорочение продолжительности болезни) и изменений субъективного состояния пациента (жалобы на зуд, жжение, сухость и наличие выделений или корок в полости носа, а также болезненность при дотрагивании, снижение обоняния, затрудненное носовое дыхание).

Симптоматика АР в основной группе статистически достоверно изменялась в лучшую сторону по отношению к моменту вступления в исследование в среднем к 5-му дню терапии, а в контрольной группе — к 8-му дню. Клинические проявления ИР статистически достоверно уменьшались в процессе лечения в основной группе в среднем к 3-му дню, а в контрольной группе — к 11-му. У больных с АР особенно благоприятным воздействием мази оказалось ее смягчающее действие на образующиеся корки, что снимало ощущения зуда, жжения, боли и сухости. Следует отметить, что чувство влажности слизистой оболочки после введения мази обычно сохранялось в течение 5–6 часов. Следовательно, терапия мазью Пиносол значительно эффективнее и более выражена в отношении ИР, вероятно, за счет основных свойств.

