

Е.П. КАРПОВА, д.м.н., профессор, Е.Е. ВАГИНА, к.м.н.,

ГБУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», кафедра детской оториноларингологии, Москва

РОЛЬ НАЗАЛЬНЫХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух обратили на себя внимание ученых еще в XVII в. Риносинусит – полиэтиологичное воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, сопровождающееся застоем секрета и нарушением аэрации околоносовых пазух.

Наиболее часто у детей острый синусит является осложнением вирусной инфекции (70–80%). Схемы лечения включают медикаментозную терапию и манипуляции, направленные на механическое удаление патологического отделяемого из пораженных синусов с последующим введением в них лекарственных препаратов.

Ключевые слова: риносинуситы, дети, терапия, деконгестанты

В настоящее время заболеваемость риносинуситами (РС) продолжает оставаться высокой. По данным литературы, за последние 10 лет она выросла в три раза [2, 3], а данная категория больных составляет от 15 до 36% пациентов оториноларингологических стационаров [3, 4]. В среднем около 5–15% взрослого населения и 5% детей страдают той или иной формой РС. При этом следует отметить, что истинная заболеваемость РС неизвестна. Это обусловлено тем, что вирусные РС, как правило, не диагностируются в качестве самостоятельного заболевания, а рассматриваются как проявление ОРВИ. Нозологическая же верификация РС в подавляющем большинстве случаев осуществляется лишь при развитии симптоматики бактериального воспаления. Клинические исследования последних лет показывают, что, несмотря на успехи и достижения практической медицины, тенденция к уменьшению заболеваемости РС не прослеживается [3, 6, 9].

■ Ведущим этиологическим фактором РС у детей являются вирусы: риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцициальный вирус, вирус парагриппа, коронавирус и др.

Актуальность изучения проблемы РС обусловлена и тем, что основные симптомы этого заболевания – лицевая и головная боль, затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа и нарушение обоняния – значительно отягощают общее состояние пациента. Кроме того, отмечается тенденция к затяжному течению синуситов, переходу процесса в хроническую форму, возможному развитию грозных осложнений со стороны нижних дыхательных путей, внутричерепных и внутриорбитальных осложнений.

Ведущим этиологическим фактором РС у детей являются вирусы: риновирусы, аденовирусы, респираторно-синци-

циальный вирус, вирус парагриппа, коронавирус и др. При этом в подавляющем большинстве случаев регистрируются риновирусная (около 70%) или аденовирусная (около 15%) инфекции. В большинстве случаев вирусные РС протекают под маской ОРВИ и не диагностируются врачами. Бактериальные РС обычно являются осложнением вирусных синуситов или ОРВИ. В среднем они составляют 5–7% случаев от всех РС и вызываются чаще всего следующими возбудителями: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* (у детей младшего возраста), представленными как монофлорой, так и бактериальными ассоциациями [1, 15].

Наиболее часто у детей острый синусит является осложнением вирусной инфекции (70–80%). В развитии вирусной инфекции у ребенка играет множество факторов. Однако основная роль принадлежит уровню вирулентности инфекционного агента и состоянию иммунной системы ребенка. Бактериальная инфекция при остром РС в большинстве случаев является вторичной. Адгезия и инвазия бактерий в слизистую оболочку становится возможной при изменениях, возникающих в результате воздействия вирусов.

Лечебные мероприятия при инфекционном РС включают этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Схемы лечения включают медикаментозную терапию и манипуляции, направленные на механическое удаление патологического отделяемого из пораженных синусов с последующим введением в них лекарственных препаратов [9, 10, 16].

Медикаментозное лечение, как правило, состоит из антибактериальных препаратов, разгрузочной терапии с назначением сосудосуживающих, мукоактивных средств, противовоспалительной терапии. Применяются препараты как системного, так и местного действия. Необходимо отметить, что все лекарственные средства системного действия в той или иной степени могут вызывать нежелательные явления со стороны других органов и систем. Особенно это важно для детей с сопутствующей патологией и аллергической предрасположенностью. Местные препараты, как правило, лишены

этих недостатков, но эффективность их действия зависит от степени контакта с возбудителем в очаге воспаления, что невозможно, если пораженная пазуха заполнена слизистым или слизисто-гноим отделяемым.

Для комплексного воздействия на слизистую носа и околоносовых пазух, включающего удаление патологического отделяемого и введение лекарственных препаратов, применяется пункционное лечение, ЯМИК-метод и ирригационная терапия.

Отношение к пункционному лечению и ЯМИК-методу в настоящее время неоднозначное. Ряд авторов считает, что риск развития описанных осложнений превышает степень эффективности от их воздействия.

Одним из методов лечения являются ирригационные процедуры, в частности носовой душ, который подразумевает промывания и спринцевания полости носа. Процедура необходима для увлажнения слизистой оболочки носа, механического удаления патологического отделяемого и подготовки слизистой оболочки для воздействия топических препаратов. Воздействуя на рецепторные окончания тройничного нерва, иннервирующего слизистую оболочку носа, носовой душ способствует сосудистому спазму и улучшению носового дыхания. К ирригационным мероприятиям, применяемым для лечения острого и обострения хронического РС, относится также метод перемещения по Простцу. Как правило, носовой душ выполняется раствором хлорида натрия. В последние годы на фармацевтическом рынке появилось множество устройств и готовых растворов, рекомендуемых для проведения носового душа. Так, комплекс Отривин Бэби, отличающийся простотой применения, эффективностью, безопасностью и высокой гигиеничностью, специально предназначен для облегчения дыхания и лечения ринита у новорожденных и детей до 2 лет.

Для купирования таких симптомов, как ринорея и заложенность носа, широко используют топические сосудосуживающие препараты (деконгестанты), среди которых в настоящее время наибольшее предпочтение отдают производным имидазолина (оксиметазолин, ксилометазолин и др.) и бензолметанола (фенилэфрин). В связи с быстрым облегчением носового дыхания деконгестанты очень популярны у больных с проявлениями ринита. Механизм действия указанных препаратов обусловлен преимущественно местным симпатомиметическим эффектом. В результате этого развивается спазм сосудов слизистой носа, что приводит к уменьшению ее гиперемии и отека. Все это способствует купированию ринореи, заложенности и улучшению носового дыхания.

Назначение деконгестантов возможно при выраженной заложенности носа в течение короткого промежутка времени с целью облегчения самочувствия пациента. Вся сложность вопроса заключается в том, что группа сосудосуживающих препаратов местного действия неоднородна. Деконгестанты различаются своими фармакодинамическими особенностями, по выраженности и продолжительности действия, частоте возникновения побочных эффектов. Эти препараты при длительном применении вызывают развитие синдрома рикошета.

По продолжительности действия назальные деконгестанты делятся на препараты:

- короткого действия (до 4–6 часов): нафазолин, тетризолин и инданазолин;
- средней продолжительности (8–10 часов): ксилометазолин;
- длительного действия (до 12 часов): оксиметазолин.

■ Лечебные мероприятия при инфекционном РС включают этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Схемы лечения включают медикаментозную терапию и манипуляции, направленные на механическое удаление патологического отделяемого из пораженных синусов с последующим введением в них лекарственных препаратов.

Нафазолин, тетризолин, инданазолин характеризуются непродолжительным сохранением сосудосуживающего эффекта (не более 4–6 часов), что требует более частого их использования – до 4 раз в сутки. Установлено, что среди всех назальных деконгестантов эти препараты оказывают наибольшее токсическое действие на клетки реснитчатого эпителия слизистых носа. Следует отметить, что в ряде стран производные нафазолина не рекомендованы для использования в педиатрической практике. В России применение нафазолина разрешено у детей старше 2 лет. При этом подчеркивается, что для детей в возрасте от 2 лет до 6 лет необходимо использовать 0,025%-ный раствор нафазолина. Однако на практике выполнение данных рекомендаций проблематично, т. к. официальные растворы нафазолина и его аналогов соответствуют 0,05%- и 0,1%-ной концентрации. Попытки самостоятельного, особенно со стороны родителей, доведения препарата до нужной концентрации таят в себе потенциальную угрозу передозировки. Учитывая это, использование нафазолина и его производных у детей раннего возраста и дошкольников нецелесообразно. В целом в последние годы сосудосуживающие препараты короткого действия у детей используются все реже.

К назальным деконгестантам средней продолжительности действия (до 8–10 часов) относятся производные ксилометазолина. К данной группе препаратов относится Отривин, выпускаемый компанией Novartis. Препарат представлен в форме назальных капель и назального спрея. Капли назальные Отривин 0,05%-ный назначают грудным детям и детям до 6 лет; Отривин 0,1%-ный в форме спрея назначают взрослым и детям старше 6 лет. У детей с грудного возраста по рекомендации врача может использоваться 0,05%-ный раствор ксилометазолина, выпускаемый в виде назального спрея (спрей Отривин 0,05%-ный), по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход не более 1–2 раз в день, а с 6 лет – по 2 впрыскивания 3–4 раза в день. Ксилометазолин в линейке

препаратов Отривин обладает выраженным сосудосуживающим действием и в отличие от ряда других деконгестантов α_2 -группы минимально выраженным влиянием на активность мукоцилиарного транспорта за счет вспомогательных увлажняющих компонентов, которые позволяют минимизировать воздействие деконгестанта на слизистую и увеличить активность ресничек мерцательного эпителия. Интраназальное введение препарата способствует быстрому устранению симптомов заложенности носа и нормализации эмоциональной напряженности, обусловленной нарушением носового дыхания.

■ Для купирования таких симптомов, как ринорея и заложенность носа, широко используют топические сосудосуживающие препараты (деконгестанты), среди которых в настоящее время наибольшее предпочтение отдают производным имидазолина (оксиметазолин, ксилометазолин и др.) и бензолметанола (фенилэфрин).

Производные оксиметазолина относятся к топическим сосудосуживающим препаратам, продолжительность действия которых сохраняется на протяжении 10–12 часов. Благодаря этому клинический эффект достигается при более редком введении – обычно бывает достаточным их использование не чаще чем 2–3 раза в течение суток.

Несмотря на широкое использование местных сосудосуживающих препаратов и ирригационной терапии в комплексном лечении инфекционных РС, в настоящее время продолжают проводиться исследования, посвященные поиску наиболее эффективных комбинаций топических деконгестантов и препаратов для проведения носового душа.

Одним из эффективных комплексных препаратов для эндоназального применения на основе фенилэфрина и диметиндена малеата, блокирующего H_1 -гистаминовые рецепторы, является препарат Виброцил. Благодаря наличию двух компонентов реализуются сосудосуживающий, противоотечный и противоаллергический эффекты. Препарат удовлетворяет основным требованиям физиологического лечения слизистой оболочки носа: благодаря естественному уровню pH и изотоничности Виброцил не нарушает функцию реснитчатого эпителия слизистой оболочки и при отмене лечения не вызывает реактивную гиперемии. Поэтому Виброцил может применяться дольше большинства деконгестантов – до 2 недель. Его используют как у детей первых 6 лет жизни – в виде капель в нос с грудного возраста (по 1 капле 3–4 раза в день), с 1 года до 6 лет (1–2 капли 3–4 раза в день), так и у пациентов старше 6-летнего возраста (3–4 капли 3–4 раза в день), а также в виде назального спрея (в каждую ноздрю по 1–2 впрыскивания 3–4 раза в сутки) или геля (по 1 аппликации в каждый

носовой ход 3–4 раза в день). Препарат начинает действовать через 5 минут, к 30-й минуте назальная резистентность снижается в 3 раза, достигая максимального эффекта к 60-й минуте. Максимальная продолжительность действия препарата до 6 часов.

Комплексное лечение острых РС у детей с использованием ирригационных процедур и препаратов с сосудосуживающим и противоаллергическим эффектами (комплекс Отривин Бэби, Виброцил) способствует повышению клинического эффекта лечения и позволяет улучшить самочувствие у детей раннего возраста.

Для практического применения удобны топические деконгестанты, выпускаемые в виде назальных спреев. Использование назальных спреев более эффективно благодаря равномерному распределению препарата на слизистой носоглотки. Однако до недавнего времени их использование в педиатрической практике было ограничено из-за отсутствия лекарственных форм, разрешенных к применению у детей. При этом большинство из них имеют возрастные ограничения.

При строгом соблюдении рекомендованного режима дозирования, способов применения и продолжительности курса побочные и нежелательные явления при использовании топических сосудосуживающих препаратов встречаются редко. При нарушении режима дозирования местных сосудосуживающих препаратов может развиваться медикаментозный ринит. При этом в качестве основной причины данного состояния обсуждается возникновение рефрактерности сосудов слизистой носа к адrenomиметикам, что приводит к развитию вторичной назальной вазодилатации. Чаще развитие данного осложнения встречается при использовании препаратов короткого действия. При длительном и бесконтрольном использовании местных деконгестантов возможно развитие атрофии слизистых носа.

Следует отметить, что у детей, особенно раннего возраста, несмотря на местный способ применения, использование деконгестантов может сопровождаться развитием системных нежелательных эффектов. Повышенному поступлению местных деконгестантов в системный кровоток также способствует травматизация слизистой, нередко возникающая из-за дефектов проводимого туалета носовых ходов. Нарушения рекомендуемого режима дозирования (увеличение разовых доз или частоты использования) могут привести к передозировке с развитием серьезных патологических состояний вплоть до угнетения ЦНС, гипотермии и комы. Аналогичные клинические проявления отмечаются и при случайном оральном приеме данных препаратов. Поэтому местные деконгестанты, как и все другие лекарственные средства, необходимо хранить в недоступном для детей месте, а их использование должно строго регламентироваться. При этом врач, назначая ребенку эти препараты, должен обязательно предупредить родителей о недопустимости превышения рекомендуемых доз.



Полный список литературы вы можете запросить в редакции.