Е.П.КАРПОВА, д.м.н., профессор, **М.П.БОЖАТОВА**, к.м.н.,
ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Современные аспекты терапии и профилактики

ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА У ДЕТЕЙ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — самые частые инфекционные заболевания у детей, они являются причиной 90% обращений за амбулаторной педиатрической помощью.

Наиболее высокий уровень заболеваемости ОРВИ отмечается у детей дошкольного и младшего школьного возраста (особенно в первый год посещения организованного коллектива).

Частые и особенно тяжело протекающие ОРВИ могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития детей, а также способствовать дальнейшему снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Кроме того, частые ОРВИ требуют значительных материальных затрат, нанося серьезный экономический ущерб, связанный как непосредственно с затратами на лечение, так и с потерей трудового времени родителей.

Среди этиологических факторов острых инфекций дыхательных путей ведущее место (до 95% случаев) занимают вирусы. Наиболее частой причиной ОРВИ у детей раннего возраста являются респираторно-синтициальный вирус (РС-вирус), аденовирус, коронавирус, миксовирус гриппа, миксовирус парагриппа, энтеровирус.

При этом в последние годы отмечено, что наиболее часто инфицированность слизистой оболочки носоглотки у часто болеющих детей обусловлена смешанной флорой (37%), в 15% — микоплазмами, в 9% — хламидиями и в 5% — грибками рода Candida.

Входными воротами для возбудителей ОРВИ являются слизистые верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань). Вирусы разных типов используют различные механизмы разрушения эпителиального барьера и развития воспалительных реакций. Одни вирусы, такие как вирус гриппа, риносинтициальный, парагриппа и аденовирус, разрушают клетки мерцательного эпителия, другие, такие как риновирус, запускают каскад воспалительных реакций без разрушения эпителиальных структур. Результатом является типичный для ОРВИ симптомокомплекс: сочетание местных (насморк, кашель, заложенность носа, боль и першение в горле, изменение тембра голоса) и общетоксических (головная боль, слабость, вялость, повышение температуры, боли в мышцах) реакций.

Терапия ОРВИ в целом складывается из этиотропной, патогенетической и симптоматической.

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

В настоящее время существует более 10 групп препаратов, действие которых основано на подавление репликации вирусов. У детей 1 года жизни можно использовать рекомбинантный альфа-интерферон — виферон и гриппферон. Указанные препараты продемонстрировали высокую безопасность. Виферон вводится в свечах по 150000 МЕ (виферон 1) ректально 2 раза в сутки в течение 3—5 дней детям до 5 лет и по 500000 МЕ (виферон 2) 2 раза в сутки детям старше 5 лет. Гриппферон назначают интраназально детям 1—3 лет — по 2 капли в каждый носовой ход 3—4 раза в сутки, 3—14 лет — по 2 капли 4—5 раз в сутки в течение 5 дней. У детей старше 6 мес. может быть использован анаферон по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 5 дней. С 2 лет может быть использован арбидол, с 4-летнего возраста — циклоферон, а с 7-летнего — амиксин. Новым направлением является биорегулирующая терапия комплексным препаратом цитовир-3, в состав которого входят 2 активных иммуномодулирующих средства — тимоген и дибазол, способных активировать систему неспецифической защиты от вирусных и бактериальных инфекций, и аскорбиновая кислота, обладающая антиоксидантным действием. Применение цитовира-3 во время ОРВИ позволяет снизить заболеваемость и предупредить постинфекционные осложнения.

Наиболее высокий уровень заболеваемости ОРВИ отмечается у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Поскольку подавляющее большинство ОРВИ имеет вирусную природу, они не требуют проведения системной антибактериальной терапии. Современные антибактериальные препараты для лечения ОРВИ принято делить на препараты местного и системного действия. Показанием к назначению системных антибактериальных препаратов является развитие явного бактериального воспалительного процесса в дыхательных путях: гнойного среднего отита, синусита, ангины, ларингита с явлениями стеноза гортани, бронхита, пневмонии.

Совокупность признаков: длительная, более 3 дней фебрильная температура, лейкоцитоз, нейтрофилез свидетельствуют в пользу бактериального воспаления, что требует назначения системной антибактериальной терапии. В качестве стартовой терапии у детей назначается амоксициллин-клавуланат (аугментин, амоксиклав, флемоклав), характеризующиеся высокой активностью в отношении стрептококков и гемолитической палочки. В лечении ОРВИ применяются препараты местного антибактериального действия, в частности биопарокс. Назначение биопарокса наиболее оправданно при ОРВИ у детей, относящихся к группам высокого риска с хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки. Биопарокс назначается детям с 2,5 лет в дозировке: по 4 ингаляции через рот и по 4 ингаляции в носовой ход 4 раза в сутки в течение 7—10 дней.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

К патогенетическим средствам терапии ОРВИ относятся противовоспалительные препараты. Противовоспалительный препарат с оригинальным механизмом действия, направленным на подавления инфекционного и неинфекционного воспаления, с преимущественным воздействием на слизистую дыхательного тракта, — эреспал. Он тормозит воспаление как в первой, сосудистой, так и в следующей за ней клеточной фазе. Отсутствие возрастных ограничений и высокий терапевтический эффект позволяет рассматривать эреспал в качестве препарата выбора. Его назначают в дозе 4 мг/кг массы тела: детям с массой тела до 10 кг — 2—4 чайных ложки, свыше 10 кг — 2—4 столовых ложки в сутки в течение 7 дней.

Симптоматическая терапия. Терапевтическая тактика при лихорадке у детей с ОРВИ определяется комплексом клинических и анамнестических факторов. Принятие решения о необходимости использования антипиретиков не должно быть основано на результатах измерения температуры тела. Должны быть оценены все клинические симптомы и самочувствие ребенка. Важно руководствоваться официальными рекомендациями, согласно которым антипиретиками выбора являются парацетамол и ибупрофен. Ибупрофен целесообразно применять в качестве стартовой терапии в тех случаях, когда лихорадка сопровождается симптомами системного воспаления (миалгии, артралгии и др.), а также при низкой эффективности парацетамола. Рекомендованные разовые дозы: парацетамол — 10—15 мг/кг массы тела, ибупрофен — 5—10 мг/кг массы тела, повторное использование жаропонижающих препаратов возможно не ранее, чем через 4—6 ч. При гипертермии невоспалительного генеза жаропонижающие препараты не оказывают антипиретического эффекта.

Противокашлевым средствам уделяют большое количество внимания при лечении инфекций респираторного тракта. Для адекватного выбора эффективных средств необходим детальный анализ данного симптома. В зависимости от фармакодинамики выделяют противокашлевые, муколитические и отхаркивающие средства. При этом их рациональное применение требует дифференцированного подхода в каждой клинической ситуации. Использование аэрозолей уменьшает раздражение рецепторов слизистой оболочки. При кашле с густой мокротой показано назначение препаратов, обладающих муколитическим действием (амброксола, бромгексина, ацетилцистеина и др.) При малопродуктивном кашле назначают отхаркивающие средства (фитосборы в виде отваров, микстур). Противокашлевые лекарственные средства центрального действия (синекод) показаны только при мучительном, болезненном кашле, сопровождающемся нарушением сна, аппетита, рвотой.

Насморк — наиболее частый симптом ОРВИ, свидетельствующий о воспалении слизистой оболочки носа. В результате воспаления слизистой оболочки носа уменьшается просвет носовых ходов и ухудшается носовое дыхание. У детей 1 года жизни это существенно затрудняет процесс кормления. Очень часто на фоне острого ринита развивается воспалительная реакция в околоносовых пазухах за счет отека слизистой оболочки полости носа и, как следствие, происходит блокирование естественных соустий пазух, нарушение вентиляции и задержка секрета в их просвете. Воспаление слизистой оболочки носоглотки и наруше-

ние мукоцилиарного клиренса в данном отделе сопровождаются изменениями защитных механизмов слуховой трубы. Вследствие этого может развиться евстахиит, экссудативный средний отит либо острый гнойный средний отит. Часто на фоне ОРВИ наблюдаются первичные бактериальные поражения верхних дыхательных путей: фолликулярная и лакунарная ангина, ассоциируемая прежде всего с В-гемолитическим стрептококком группы А, а они, в свою очередь, ведут к развитию таких осложнений, как ревматизм, постстрептококковый гломерулонефрит.

В настоящее время из-за большого количества ЛС, рекомендуемых в качестве терапии острого ринита при ОРВИ, остро стоит вопрос о выборе таких средств, назначение которых было бы наиболее эффективно и целесообразно. Применение ЛС, купирующих насморк при ОРВИ, не только улучшает самочувствие ребенка, но и предупреждает развитие возможных осложнений. Среди топических сосудосуживающих средств наиболее часто используют имидазолы, к которым относятся такие препараты, как оксиметазолин (називин), ксилометазолин, нафазолин и др. Несмотря на сходный механизм действия, они имеют существенные различия, которые и определяют их клиническую эффективность. В зависимости от продолжительности антиконгестивного действия выделяют препараты короткого, среднего и длительного действия. Производные нафазолина (нафтизин, санорин) характеризуются непродолжительным сосудосуживающим эффектом (не более 4—6 ч), что требует более частого их использования — до 4 раз в сутки. Эти препараты оказывают наибольшее токсическое действие на клетки реснитчатого эпителия слизистых носа и разрешены в применении только у детей старше 2 лет. При этом нужно подчеркнуть, что для детей в возрасте от 2 до 6 лет необходимо использовать 0,025% раствор нафазолина. Однако на практике выполнение данных рекомендаций проблематично, т.к. официальные растворы нафазолина и его аналогов соответствуют 0,05 и 0,1% концентрации. С учетом этого нецелесообразно применение нафазолина и его производных у детей раннего возраста и дошкольников. К назальным деконгестантам средней продолжительности действия (до 8—10 ч) относятся производные ксилометазолина (ксимелин). Эти препараты не рекомендованы для применения у новорожденных, младенцев и у детей первых 2 лет жизни. У детей в возрасте от 2 до 12 лет может использоваться 0,05% раствор ксилометазолина, а у детей старше 12 лет — 0,1% раствор. Учитывая продолжительность действия препаратов, кратность их применения не должна превышать 3 раз в сутки. Производные оксиметазолина (називин) относятся к сосудосуживающим препаратам продолжительного действия (до 12 ч). Благодаря этому клинический эффект достигается при более редком введении — не чаще 2—3 раз в сутки. В связи с высокой эффективностью и хорошей переносимостью низких концентраций оксиметазолина (0,01% називина), он рекомендован в использовании при лечении новорожденных детей. Следует отметить, что 0,01% називин в настоящее время является единственным топическим деконгестантом, разрешенным МЗ РФ к применению у новорожденных и детей грудного возраста. При строгом соблюдении режима дозирования и способов применения (интраназальное введение в виде капель или спреев) и продолжительного использования (не более 3—5 дней) побочные и нежелательные явления встречаются редко. Клинические исследования показали благоприятный эффект ирригационно-элиминационной терапии. Орошение полости носа изотоническими растворами механически удаляют слизь вместе с бактериями, тем самым сдерживая рост патогенных микроорганизмов. В результате проведения клинических исследований доказано, что изотонический раствор океанической воды (маример) увлажняет и очищает слизистую полости носа, восстанавливает фильтрующие и барьерные функции носа, подвижность реснитчатого эпителия, нормализует регенеративные возможности за счет входящих в его состав микроэлементов. Входящие в состав маримера селен и цинк обладают антиоксидантным и противовоспалительным действием и участвуют в процессах регенерации, а магний обладает мембраностабилизирующим действием.

Совокупность признаков: длительная, более 3 дней фебрильная температура, лейкоцитоз, нейтрофилез свидетельствует в пользу бактериального воспаления, что требует назначения системной антибактериальной терапии.

В комплексной терапии воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей также применяются препараты на растительной основе, обладающие противовоспалительным, противомикробным и отхаркивающим действием, например, таблетки или раствор шалфея назначают детям по 2—3 таблетки с интервалом в 4 и более часов, взрослым — по 6 таблеток в день с интервалом в 2 ч.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Для проведения иммунокоррекции предложены препараты, воздействующие на различные звенья иммунного статуса. Современные иммуномо-

дуляторы бактериального происхождения не требуют предварительного иммунологического обследования и характеризуются хорошей переносимостью. Такие препараты, как рибомунил, ИРС-19, бронхо-мунал, имудон, открывают новые возможности реабилитации детей при ОРВИ. Они стимулируют иммунную систему и практически полностью лишены побочных действий.

При гиперсекреции ушной серы ОРВИ часто протекает с поражением слухового прохода. Более 10% обращений за скорой отоларингологической помощью составляют проблемы, вызванные уплотнением серных пробок. Серные пробки — это скопление ушной серы, секрета сальных желез и чешуек слущенного эпителия, представляющие собой массу коричневато-бурого или черного цвета и довольно мягкой консистенции. В норме ушная сера удаляется из слухового прохода благодаря происходящим при разговоре и жевании движениям передней его стенки.

Наружный слуховой проход состоит из перепончато-хрящевого и костного отделов. Место перехода одного отдела в другой очень узкое и называется перешеек. Сера вырабатывается только в перепончато-хрящевом отделе, защищая кожу слухового прохода от повреждений и воспаления. В результате попыток очищения ушей ватными палочками происходит проталкивание серных масс за перешеек, к барабанной перепонке и «прессованию» серы, что и приводит к серным пробкам.

При нарушении обмена веществ, частом туалете наружного слухового прохода, рефлекторном раздражении слухового прохода, экземе и дерматитах наблюдается гиперсекреция серы. Попадание воды ведет к затеканию серы в более глубокие отделы (костную часть), откуда она труднее удаляется. Излишняя узость и извилистость наружного слухового прохода также затрудняют нормальную очистку от серы. Избыточное накопление ушной серы в наружном слуховом проходе может вызвать расстройства, связанные с закупоркой слухового прохода и давлением на его стенки. Пока серная пробка не закрывает полностью просвет слухового прохода, она не вызывает никаких симптомов. При полной его закупорке сразу же появляются чувство заложенности и понижение слуха по типу звукопроведения. Полная закупорка чаще всего происходит при случайном попадании в слуховой проход воды во время мытья, купания, что приводит к разбуханию серной пробки. Иногда закупорка может наступить внезапно во время жевания или манипуляций. Неприятные ощущения возникают, если пробка оказывает давление на барабанную перепонку. В этих случаях могут появиться шум в ушах, кашель, кашлевой рефлекс,

рефлекторные головные боли и даже головокружение.

Прежде чем говорить о вопросе удаления серных пробок, следует напомнить о профилактике. Пациентам (или их родителям) нужно разъяснить, что ватные палочки предназначены для гигиены слухового прохода, а при попытке удаления ими серы происходит проталкивание ее вглубь. Пользование острыми предметами может привести к травме перепонки и стенок слухового прохода.

Для удаления серных пробок используют следующие методы: промывание, использование свечей, церуменолизис различными веществами (морской водой, маслом). Однако они не всегда эффективны, технически сложны, нередко имеют противопоказания (возбудимые больные, дети с хроническими средними отитами).

А-церумен — современное эффективное средство удаления серных пробок, гигиенического ухода и профилактики заболеваний наружного уха у детей и взрослых. Он представляет собой водную эмульсию трех сурфактантов: анионного — ТЕА-кокоилгидролизованный коллаген (обладающий превосходными чистящими свойствами), амфотерного — кокобетаин (оказывает увлажняющее действие) и неионного — П ЕГ 120 метилглюкоза-диолеат (уменьшает возможные раздражающие эффекты других компонентов, влияющих на поверхностное натяжение). Сурфактанты — вещества, уменьшающие поверхностное натяжение жидкости, «приклеиваются» к поверхности серной пробки, разрушая, за счет гидратации и лизиса, ее поверхность и уменьшая ее адгезивность к стенке слухового прохода. При этом происходит постепенный лизис и нормализация секреции серы, без риска вестибулярных и слуховых расстройств. Средство очень удобно для гигиены и профилактики. При наличии серных пробок рекомендуется закапывание дважды в день в течение 3—5 дней подряд (утром и вечером). При повышенном серообразовании или повышенном риске серообразования (пользование слуховыми аппаратами, вкладными гарнитурами) для профилактики образования серных пробок достаточно применять А-церумен 2 раза в нед. 1 флакона хватает на 2 уха.

Избыточное образование ушной серы — проблема, в равной мере касающаяся всех возрастов. Препарат хорошо переносится больными и может быть рекомендован для монотерапии при гиперсекреции ушной серы.

Таким образом, проблема ОРВИ в детском возрасте остается актуальной не только из-за частоты возникновения, но и в связи с необходимостью пересмотра и оптимизации лечебной тактики. Выбор медикаментозной терапии ОРВИ у детей определяется широким диапазоном ЛС с доказанным этиопатогенетическим действием, что позволяет снизить потребности в назначении неэффективного лечения и уменьшить частоту развития побочных и нежелательных явлений, предотвратить развитие обострений и осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. — М.: «Гэотар Медиа», 2001.
2. Государственный реестр лекарственных средств. — М.: МЗ РФ, 2004.
3. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Суздаленков А.В. Способ профилактики гриппа и острых респираторно вирусных заболеваний у часто болеющих детей. — М., 2000
4. Острые респираторные заболевания у детей, лечение и профилактика. /Научно-практическая программа Союза педиатров России. — М.: Международный Фонд охраны матери и ребенка, 2002.
5. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным заболеваниям у детей. — М.: «Гэотар Медиа», 2004.
6. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей. — М., 2002.
7. Баранов А.А. Здоровье детей России. — М., 1999.
8. Карпова Л.С., Маринич И.Г. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — М., 2006.