



ГБОУ ДПО
«РМАПО»
Минздравсоц-
развития России

Ирригационная терапия в профилактике респираторно-вирусных инфекций и комплексном лечении заболеваний верхнего отдела дыхательных путей у детей

К.м.н. Л.И. УСЕНЯ, д.м.н., проф. Е.П. КАРПОВА

В статье обсуждается место гипертонических солевых растворов для интраназального применения в ирригационной терапии ринологической патологии в педиатрии. На примере назального спрея Квикс® («Берлин-Хеми АГ (Менарини Груп)», Германия) показано: применение ирригационной терапии в профилактических целях приводит к снижению заболеваемости детей в эпидемический и межэпидемический периоды, а в составе комплексного лечения заболеваний верхних дыхательных путей – к более быстрому и выраженному ослаблению и купированию всех симптомов заболевания. Применение гипертонического раствора Квикс® безопасно в отношении развития системных побочных явлений, нежелательных лекарственных взаимодействий, риска привыкания.

Наиболее актуальной проблемой в практике врача-педиатра и оториноларинголога являются заболевания верхнего отдела дыхательных путей, которые занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и встречаются, по данным разных авторов, примерно у 25–50% детского населения [1, 2, 3]. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении этих заболеваний, распространенность их среди детей и подростков неуклонно растет. В связи с этим важными социально-экономическими задачами являются изучение причин возникновения, разработка методов диагностики, лечения и профилактики данной патологии. Возбудителями острых заболеваний верхнего отдела дыхательных пу-

тей могут быть различные вирусы, бактерии и грибки, нередко случаи сочетанной и суперинфекции [2, 4, 5, 6]. При этом ведущим этиологическим фактором в развитии данных заболеваний следует считать вирусную инфекцию. Группа острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) относится к полиэтиологическим заболеваниям, которые вызываются более чем 300 возбудителями [1, 2, 5]. Основными из них являются вирусы гриппа А, В и С, парагриппа 1, 2 и 3 типов, респираторно-синцитиальный (RS), адено-, пикорна-, коронавирусы [1, 5]. К этой группе можно также отнести вирусы ЕСНО, Коксаки В, реовирусы, цитомегаловирусы и ряд других [5, 7, 8]. Все эти вирусные агенты тропны к эпителию верхних дыхательных путей, в част-

ности, полости носа, носоглотки и околоносовых пазух.

Вирус вызывает повреждение клеток мерцательного эпителия и воспаление слизистой оболочки респираторного тракта. Это приводит к нарушению механизма мукоцилиарного транспорта, продукции вязкой слизи, что способствует адгезии возбудителей (пневмококк, гемофильная палочка, моракселла и др.) на слизистых оболочках, создавая благоприятные условия для вторичного бактериального инфицирования. Недостаточный уровень мукоцилиарного клиренса, а также нарушение проходимости естественных соустьев в результате воспаления приводят к скоплению секрета в околоносовых пазухах и развитию риносинуситов [3, 9, 10]. Важным направлением неспецифической профилактики ОРВИ у детей является проведение в эпидемически опасные периоды элиминационной (ирригационной) терапии с целью активного снижения количества вирусных и бактериальных патогенов на слизистых оболочках верхних дыхательных путей. Особенно это важно в группах детей младшего школьного возраста, у которых наиболее распространенной патологией являются заболевания полости носа и околоносовых пазух (аденоидиты, острые и рецидивирующие риносинуситы и др.). С этой целью используют солевые растворы.

В настоящее время ирригационная терапия является неотъемлемой ча-



стью терапии ринологической патологии в педиатрии, что отражено в таких международных согласительных документах, как EPOS (2011) и ARIA (2008) [11, 12]. Ирригация полости носа – один из самых древних методов лечения и профилактики простудных заболеваний. История современной ирригационной терапии началась в 1930–1940-х годах с работ А. Ласквича и А. Проетца. В отечественной оториноларингологии наиболее значимыми в систематизации и разработке новых методов промывания носа являются труды А.И. Кюлева [8], который выделил следующие процедуры: носовое орошение, назальный душ, ретроназальный душ, назофарингеальные ванночки, назофарингеальное аспирационное промывание, промывание носа методом перемещения по Проетцу. С появлением современных готовых солевых растворов в устройствах, обеспечивающих мелкодисперсное распыление жидкости в полости носа, использование большинства этих процедур стало историей. На российском фармацевтическом рынке до настоящего времени были представлены только гипо- и изотонические солевые растворы для промывания носа. В то же время в странах Западной Европы, Северной Америки и Австралии давно и широко применяются гипертонические растворы для интраназального применения [13, 14, 15, 16, 17, 18]. Отечественные ЛОР-врачи традиционно использовали «домашний» способ приготовления гипертонического солевого раствора: чайная ложка поваренной соли на стакан кипяченой воды. Преимущества гипертонических растворов обусловлены механизмом их действия: они уменьшают отек слизистой за счет осмотического эффекта, способствуя облегчению носового дыхания, в то время как изотонические солевые растворы просто очищают и увлажняют слизистую оболочку. В Северной Америке и Западной Европе проведено большое количество исследований, посвященных анализу клинической эффективности гипертонических растворов в ринологии. Важно, что значительная часть этих работ от-

носится к педиатрической практике (D. Parsons, 1996) [18]. Исследования А. Talbot и соавт. (1997) [19] показали, что гипертонический (рН 7,6) 3% раствор хлорида натрия стимулирует мукоцилиарный транспорт. В группе здоровых добровольцев, промывавших полость носа гипертоническим раствором, время транспорта сахараина уменьшилось в среднем на 3,1 минуты (17%), в то время как у лиц, использовавших для промывания изотонический раствор, оно практически не изменилось. Результаты двойного слепого исследования D. Shoseyov и соавт. (1998) [20] продемонстрировали, что промывания гипертоническим (3,5%) раствором у детей с хроническим синуситом более эффективны, чем промывания изотоническим раствором. После 4-недельного курса ирригаций гипертоническим раствором отмечено существенное уменьшение выраженности симптомов (выделения из носа, кашель, постназальное затекание), а также улучшение рентгенологической картины. Этого не наблюдалось в группе больных, получавших промывания изотоническим раствором: статистически достоверной была только динамика симптома постназального затекания. В рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном D. Rabago и соавт. (2002) [21, 22], отмечена более высокая эффективность длительного (6 месяцев) ежедневного применения препарата гипертонического солевого раствора по сравнению с изотоническим раствором у больных хроническим синуситом. Это выражалось более значимым улучшением самочувствия пациентов, уменьшением клинических проявлений заболевания и частоты использования других лекарственных препаратов. В исследовании 2005 г. этих же авторов были получены аналогичные результаты, при этом длительность применения гипертонического раствора составила 12 месяцев. Отдельно изучался эффект гипертонического раствора солей Мертвого моря. Так, проспективное рандомизированное единично слепое плацебоконтролируемое исследование, проведенное S. Cordray, J. Harjo и

L. Miner (2005) [14], показало высокую эффективность лечения аллергического ринита (улучшение показателей качества жизни и снижение выраженности клинических симптомов) с помощью промывания носа гипертоническим раствором солей Мертвого моря. Эффективность лечения пациентов в данной группе исследования была сравнима с таковой у больных, у которых в качестве терапии применялся спрей водного раствора триамцинолона. R. Jarvey и соавт. (2007) в своей работе, посвященной эффективности назальной ирригации, сделали вывод, что данный метод лечения может быть использован в качестве дополнительного лечения хронических синуситов [23]. При этом гипертонический раствор оказался более эффективным, чем изотонический. Чрезвычайно перспективным и актуальным является применение стерильных растворов морской воды для профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций. Так, исследование, проведенное М.Р. Богомилским и Т.И. Гаращенко (2007), с участием 150 детей младшего школьного возраста показало, что использование препаратов данной группы с элиминационной целью приводило к достоверному снижению заболеваемости детей в эпидемический и межэпидемический периоды [24]. Механизмы, приводящие к нормализации мукоцилиарного транспорта при промывании гипертоническим раствором, нуждаются в изучении. Возможно, они связаны со стимуляцией продукции желез слизистой оболочки и усилением осмотического ионного потока через апикальную поверхность эпителиальных клеток. Это, с одной стороны, улучшает реологические свойства слизи, а с другой – уменьшает содержание жидкости в слизистой оболочке, что приводит к улучшению носового дыхания [9, 25]. Приоритетное значение при выборе средств терапии имеет баланс между эффективностью лечения и отсутствием побочных эффектов, что особенно важно в педиатрической практике. При лечении детей с затрудненным носовым дыханием следует избегать применения

недидактика



назальных или системных деконгестантов (сосудосуживающих препаратов), которые имеют ряд побочных действий [3, 4, 26]. Известно, что относительная площадь слизистой оболочки носа у детей раннего возраста больше, чем у взрослых. Соответственно, при попадании на слизистую оболочку носа ребенка одной взрослой дозы деконгестанта доступная концентрация препарата увеличивается до 30 раз по сравнению с таковой у взрослого. Передозировка может вызвать такие побочные явления, как повышение артериального давления, тремор, судороги, кома. Длительное (более 5–7 суток) использование сосудосуживающих средств приводит к назальной гиперреактивности и развитию медикаментозного ринита. Именно поэтому сосудосуживающие препараты у детей, особенно младшего возраста, должны применяться с большой осторожностью и в минимальных дозах.

Согласно Европейским рекомендациям по лечению риносинусита и полипоза носа (EPOS) 2007 г., сосудосуживающие препараты не входят в схемы лечения острого и хронического риносинусита у детей, поскольку доказано, что вред от их использования превышает пользу [27]. Альтернативой назальным деконгестантам является использование гипертонических солевых растворов. Недавно в аптеках появился назальный спрей Квикс® (производство компании «Берлин-Хеми АГ (Менарини Групп)», Германия), который представляет собой гипертонический раствор, содержащий 2,6% соли, созданный на основе воды Атлантического океана.

Основным отличием спрея Квикс® от изотонических растворов на основе морской воды является то, что он способен за счет осмотического эффекта облегчать носовое дыхание. Квикс® содержит более высокую концентрацию соли, чем слизистая оболочка полости носа (0,9%). Вследствие разницы концентраций создается осмотический градиент, благодаря которому избыточная жидкость из слизистой оболочки перемещается в полость носа. В результате отек носовой полости уменьшается и дыхание облегчается.

Спрей помогает устранить заложенность носа, активно очищает носовые ходы, увлажняет слизистую оболочку полости носа. Благодаря осмотическому механизму действия Квикс® обеспечивает поддержание оптимальной влажности слизистой оболочки в течение более длительного времени, чем при обычном увлажнении, поэтому он рекомендуется пациентам, у которых наблюдается повышенная сухость носовых полостей.

Спрей Квикс® содержит минералы и микроэлементы, такие как медь, марганец, золото и серебро, которые способствуют улучшению обменных энергетических процессов в реснитчатых клетках эпителия слизистой оболочки полости носа, а также разжижению слизи. Муколитический эффект спрея Квикс® усиливается за счет выпота тканевой жидкости в носовой секрет согласно осмотическому градиенту.

К преимуществам спрея Квикс® относится возможность мелкодисперсного распыления, которое обеспечивает равномерное орошение большей поверхности слизистой носа, в отличие от обычных аэрозольных спреев, а также точное дозирование.

Поскольку Квикс® не содержит сосудосуживающих компонентов и консервантов, он является безопасным в применении у детей (от 3 месяцев), не имеет ограничений при беременности и лактации. Результаты клинических исследований показали, что спрей Квикс® оказывает исключительно местное действие, не вызывая системных побочных явлений, а также нежелательных лекарственных взаимодействий. В период с марта по май 2010 г. было проведено когортное многоцентровое обсервационное эпидемиологическое исследование, целью которого являлось изучение клинической эффективности гипертонического спрея Квикс® как средства ирригационной терапии при лечении заболеваний верхнего отдела дыхательных путей. Под наблюдением находились 549 пациентов, средний возраст которых составил 9 лет. Показаниями к назначению Квикс® были: острый назофарингит – 31%, острый вазомоторный и аллергический ринит – 21%,

острый синусит – 15%, гипертрофия аденоидов – 13%, острый ринит – 6% и др. Спрей Квикс® назначался в составе комплексной терапии в дозе от 3 до 18 ирригаций в день в оба носовых хода, чаще всего – в дозировке 6 орошений в день (55% от общего числа пациентов). Оценка клинической эффективности проводилась на основании субъективных данных (динамики таких показателей, как затруднение носового дыхания, количество отделяемого из носа, чихание и зуд в полости носа) и результатов эндоскопического обследования (отек слизистой оболочки полости носа, количество секрета). Результаты показали, что применение ирригационной терапии (спреем Квикс®) в комплексном лечении заболеваний верхних дыхательных путей приводило к более быстрому и выраженному ослаблению или купированию всех симптомов заболеваний.

Спрей Квикс® может длительно применяться без риска возникновения привыкания. Препарат выпускается во флаконе, снабженном антибактериальным фильтром, встроенным в насос. Это препятствует попаданию внутрь флакона микроорганизмов, находящихся в воздухе, и гарантирует отсутствие микробной контаминации в течение всего периода использования и хранения спрея.

Применение спрея Квикс® позволяет исключить или уменьшить использование сосудосуживающих средств, избежать осложнений, присущих деконгестантам, и сократить общую длительность лечения. Спрей не взаимодействует с другими лекарственными средствами, благодаря чему может применяться в составе комплексной терапии.

Таким образом, спрей Квикс® можно рекомендовать в качестве неспецифической профилактики острых респираторных вирусных инфекций в периоды повышенной сезонной заболеваемости и эпидемии, а также в составе комплексной терапии острых и хронических ринитов, риносинуситов и аллергических ринитов у детей. Применение гипертонического раствора Квикс® высокоэффективно, безопасно и позволяет сократить лекарственную нагрузку. ◉