



Российский медицинский
государственный
университет,
кафедра
оториноларингологии
педиатрического
факультета,
Москва

Опыт лечения острых риносинуситов у детей топическими препаратами

Д.м.н., проф. Г.Л. БАЛЯСИНСКАЯ, к.м.н. С.Р. ЭДГЕМ

Общеизвестно, что для ОРВИ, в том числе у детей, характерна ярко выраженная сезонность, что связано с ослаблением иммунитета, повышением вирулентности вирусов и многими другими факторами.

Так, только в 2000 г. заболеваемость гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями среди детей первых трех лет жизни составила 19 985 случаев на 100 тыс. детского населения России [1].

Максимальная заболеваемость ОРВИ в детском возрасте приходится на возраст от шести месяцев до шести лет. Среди школьников она снижается до двух-шести случаев в год, а у взрослых не превышает двух-пяти заболеваний за тот же период.

Последствия перенесенных ОРВИ гораздо опаснее и тяжелее первичного заболевания. К наиболее частым осложнениям ОРВИ у детей относятся вторичные бактериальные поражения средне-

го уха, горла, носа и околоносовых пазух. Такая высокая частота заболеваемости связана с тем, что большую часть времени ребенок проводит в организованном коллективе – детском саду, школе, где большую роль играет теснота контакта. Немалое значение имеет ухудшение экологической обстановки, особенно в крупных городах. Ослабление организма, переохлаждение, наличие хронических очагов инфекций (например, кариеса) – факторы, способствующие возникновению респираторных заболеваний.

Полость носа имеет чрезвычайно сложное строение, множество полостей и карманов и, соответственно, очень большую поверхность, с которой соприкасается поток по-

ступающего в дыхательные пути воздуха. Обеззараживание воздуха как защитная функция носа осуществляется благодаря движению ресничек эпителия, выстилающего всю слизистую оболочку полости носа, которая первая встречается с агрессивными факторами окружающей среды. Кроме того, полость носа заселена сапрофитной и условно-патогенной микрофлорой. Когда человек здоров, эти микроорганизмы не причиняют ему никакого вреда, организм мирно с ними сосуществует. Ситуация меняется, когда развивается вирусная инфекция. Во время заболевания эпителий верхних дыхательных путей вырабатывает очень много слизи, респираторные вирусы оказывают влияние на местные защитные механизмы слизистой оболочки верхних дыхательных путей, изменяют мукоцилиарный клиренс, и реснички теряют подвижность, защитная функция носа нарушается. Это предрасполагающий фактор задержки бактериальной микрофлоры на поверхности слизистой оболочки ВДП, ее колонизации и активного размножения. Таким образом, на вторые-третьи сутки к вирусному заболеванию присоединяется бактериальная микрофлора, и это проявляется в виде осложнений.

Заболеваемость синуситами до настоящего времени не имеет тен-

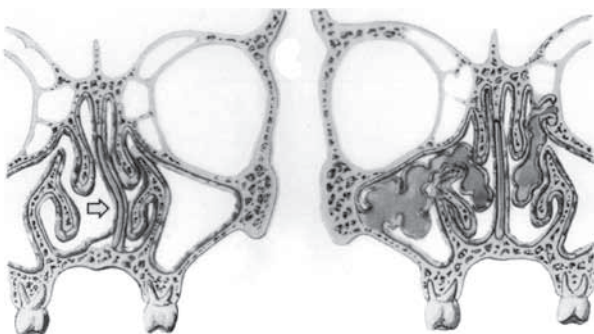


Рис. 1. Причины закупорки придаточных пазух носа



денции к снижению. Так, острый синусит составляет 10–20% всех ЛОР-заболеваний у детей, хронический синусит – от 16 до 34%. Среди больных, находящихся на лечении во взрослых ЛОР-стационарах, 15–36% составляют люди, страдающие синуситами.

В воспалительный процесс может быть вовлечена любая из околоносовых пазух. У детей до 7 лет чаще всего в процесс вовлекаются клетки решетчатого лабиринта и гайморовы пазухи, отмечается также их сочетанное поражение.

Развитию процесса в околоносовых пазухах способствуют условия общего и местного характера. Среди местных факторов – те, которые нарушают дренажную функцию выводных отверстий. Это шипы и гребни носовой перегородки, гипертрофия средних и нижних носовых раковин, гиперплазия слизистой оболочки и полипы (рис. 1). Все это ведет к нарушению вентиляции околоносовых пазух, и давление воздуха в них ведет к отеку слизистой оболочки выводных отверстий в области среднего хода, затем появляется секрет слизистых желез, активация условно-патогенной микрофлоры, начинаются экссудативные процессы. При присоединении бактериальной инфекции экссудат становится гнойным (рис. 2).

По течению синуситы делятся на острые (до трех месяцев), рецидивирующие, подострые (эпизоды острого синусита более двух раз в год), хронические (длительные эпизоды заболевания, более трех месяцев). Особенно тяжело протекают этмоидиты у детей в связи с развитием интраорбитальных осложнений: абсцесса век, флегмоны орбиты, ретробульбарных флегмон.

Чаще всего возбудителями являются грамположительные и грамотрицательные кокки и палочки, анаэробы и другие микроорганизмы. Но с учетом того, что в последнее время у детей все чаще встречается дисбактериоз кишечника как следствие неправильного питания, неблагоприятной эко-

логической обстановки, бесконтрольного применения различных лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков, меняется микробиоценоз и слизистой оболочки носа, ее начинает заселять необычная микрофлора. Все большую роль в развитии инфекции верхних дыхательных путей играют такие микробы, как *Str. pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Morxella catarrhalis* и особенно *Haemophilus influenzae*.

Из наиболее частых осложнений при ОРВИ встречается острый риносинусит. Полость носа граничит с околоносовыми пазухами – гайморовыми и пазухами решетчатой кости, лобными и основными.

Самые распространенные осложнения у детей – гайморит и этмоидит. Гайморит – воспаление гайморовой пазухи – наиболее частый вариант развития синусита. Мы видим на рентгенограмме затемнение правой гайморовой пазухи (с уровнем стояния экссудата) и фронтальной пазухи (рис. 3).

Этмоидит – воспаление слизистой оболочки клеток решетчатого лабиринта, клетки которого расположены в области внутреннего угла глаза. Это заболевание протекает очень тяжело и особенно опасно для ребенка. Этмоидит важно диагностировать вовремя, его клиническое проявление начинается с покраснения и отека век (реактивный отек век) (рис. 4 и 5), поэтому многие педиатры путают его с конъюнктивитом, а это чревато такими осложнениями, как флегмона орбиты (рис. 6), флегмона ретробульбарного пространства и даже внутрочерепными риногенными осложнениями.

Клиническими проявлениями острого синусита являются: боль в области пораженной пазухи, отек и гиперемия слизистой оболочки, заложенность носа, гнойное или слизисто-гнойное отделяемое из-под средней носовой раковины.

Лечение риносинусита должно быть направлено не только на устранение этиологического

фактора, но и на ослабление симптомов воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию назальных проходов и обеспечению адекватного дренажа слизи из полости носа и околоносового пространства (ОНП).

Заболееваемость синуситами до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Так, острый синусит составляет 10–20% всех ЛОР-заболеваний у детей, хронический синусит – от 16 до 34%. Среди больных, находящихся на лечении во взрослых ЛОР-стационарах, 15–36% составляют люди, страдающие синуситами.

Начинать лечение надо с проведения элиминационной терапии (Аквармарис, Аквалор, Физиомер и т. д.) с целью механического удаления вирусов, бактерий, пылевых агентов со слизистой оболочки носа, что приводит к нормализации работы полости носа: улучшается мукоцилиарный транспорт, реологические свойства



Рис. 2. Развитие воспалительного процесса в околоносовых пазухах



Лечение риносинусита должно быть направлено не только на устранение этиологического фактора, но и на ослабление симптомов воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию назальных проходов и обеспечению адекватного дренажа слизи из полости носа и околоносового пространства (ОНП).

слизи, повышается местный иммунитет за счет микроэлементов морской воды, устраняются побочные эффекты (сухость, кровотечения и т. д.) на фоне приема любых топических средств, полость носа очищается от слизи перед введением любых топических препаратов. После чего мож-

но рекомендовать (для снятия отека и разжижения секрета) препарат Ринофлуимуцил.

Ринофлуимуцил – препарат, механизм действия которого обеспечивают антиоксидант и муколитик N-ацетилцистеин и вазоконстриктор туаминогептана сульфат.

Деконгестанты в комбинации с муколитиком более эффективно проникают через воспаленную слизистую. Широкое применение в лечении острых риносинуситов получил препарат Полидекса с фенилэфрином, активными веществами которого являются два антибиотика различных групп – неомицин (антибиотик из группы аминогликозидов, действует бактерицидно, активен в отношении основных грамотрицательных и грамположительных возбудителей заболеваний полости носа и ОНП) и полимиксин В (полипептидный антибиотик из группы полимиксинов с высокой активностью в отношении грамотрицательных организмов, особенно в отношении *P. aerogenosae*, *H. influenza*, *K. pneumonia*). Кроме того, в состав препарата входят дексаметазон (глюкокортикостероид с выраженным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием) и фенилэфрин (адреномиметик, который оказывает мягкое пролонгированное сосудосуживающее дей-

ствие, не вызывает сухости слизистой оболочки, не угнетает транспортную функцию мерцательного эпителия).

Хорошо зарекомендовал себя спрей назальный Изофра, который не имеет возрастных ограничений и может быть использован у детей с периода новорожденности. Форма выпуска в виде спрея предполагает удобство применения (распыляется путем нажатия на стенки флакона) и экономичность (не заглатывается и не вытекает). Препарат эффективен в терапии риносинуситов, ринофарингитов, аденоидитов, а также для профилактики и лечения бактериальных осложнений в послеоперационном периоде. Изофра – это раствор фрамцитина и, кроме того, антибиотик аминогликозидного ряда, активен в отношении основных грамотрицательных и грамположительных возбудителей заболеваний носа и ОНП, обладает бактерицидным типом действия, безопасен в отношении ото- и вестибулотоксичности. При применении препарата Изофра отсутствует абсорбция в системный кровоток.

С целью муколитического эффекта применяется карбоцистеин, который обладает рядом преимуществ: влияет на образование, транспорт и свойства секре-

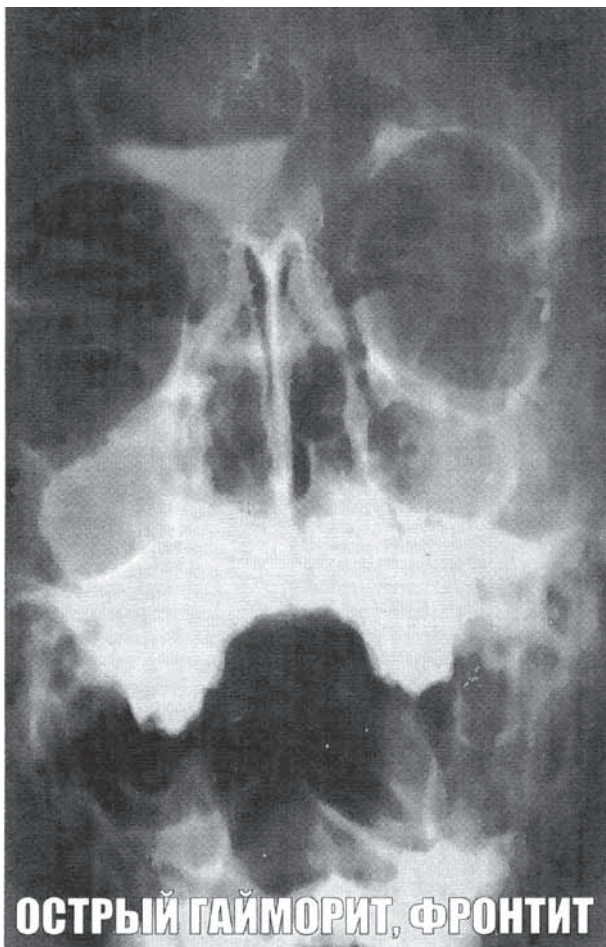


Рис. 3. Воспаление гайморовой пазухи



Рис. 4. Реактивный отек орбитальной клетчатки и век

МЕСТНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И НОСОВЫХ ПАЗУХ



ВСЯ ПАЛИТРА В ВАШИХ РУКАХ

Препарат выбора для местной терапии хронических процессов в носоглотке, обладающий широким антибактериальным спектром действия

Синуситы
Ринит
Ринофарингит

- Быстрое и пролонгированное восстановление носового дыхания
- Длительная экспозиция в очаге поражения
- Возможность применения у детей с 2,5 лет



РУП № 015492/01

Препарат выбора для местной терапии острых процессов в носоглотке

Аденоидиты
Риниты
Ринофарингиты
Синуситы

- Широкий спектр действия
- Эффективная эрадикация возбудителей
- Высокий профиль безопасности
- Отсутствие возрастных ограничений



РУП № 015454/01



Рис. 5. Реактивный отек век при этмоидите



Рис. 6. Флегмона орбиты: внешний вид больного

Отмечены достаточно быстрое наступление эффекта, отсутствие увеличения объема патологического секрета, хорошая переносимость препарата Флюдитек и хорошая его сочетаемость с наиболее часто используемыми в ЛОР-практике препаратами: антибиотиками, деконгестантами.

Литература →
С. 107

та (муколитическое действие), улучшает местный иммунитет, действует на всем протяжении дыхательных путей и в ЛОР-

органах, где есть мерцательный эпителий и секретопродуцирующие клетки (верхние и нижние дыхательные пути, среднее ухо). Не увеличивает объем секрета, отсутствует риск синдрома «затопления», совместим с антибиотиками, КС, бронхолитиками. При совместном приеме оказывает синергичное действие. Возможен более длительный, чем у других групп мукоактивных препаратов, курс лечения препаратом. Один из немногих муколитиков, применение которого разрешено с одомесячного возраста у детей.

Отмечены достаточно быстрое наступление эффекта, отсутствие увеличения объема патологического секрета, хорошая пе-

реносимость препарата Флюдитек и хорошая его сочетаемость с наиболее часто используемыми в ЛОР-практике препаратами: антибиотиками, деконгестантами.

Выводы

Таким образом, в этиопатогенетическом лечении показан ряд таких препаратов, как деконгестанты, муколитики, топические антибиотики местного действия, которые позволяют улучшить мукоцилиарный клиренс и способствуют очищению полости носа. Применяемые препараты местного действия, в состав которых входят антибактериальные препараты с широким спектром действия, позволяют решить эту сложную проблему. 🌀



Литература

Т.И. ГАРАЩЕНКО, М.В. ГАРАЩЕНКО

Витаминно-растительные комплексы в сезонной профилактике гриппа и острых респираторных инфекций у детей

1. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. Пособие для врачей / Под ред. А.А. Баранова. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2004. 70 с.
2. Заболеваемость населения Российской Федерации // Здоровье населения и среда обитания. 2007. Т. 1. № 166. С. 50–51.
3. Карпухин Г.И. Грипп. Л.: Медицина, 1996. 345 с.
4. Учайкин В.Ф. Стандарт диагностики, лечения и профилактики гриппа и острых респираторных заболеваний у детей: Пособие для врачей. М., 2001. 12 с.
5. Гаращенко М.В. Новые технологии в медикаментозной профилактике острых респираторных заболеваний у детей школьного возраста в условиях мегаполиса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 23 с.
6. Чувиров Г.Н. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций // Медицинский вестник. 2008. № 1. С. 8.

Г.Л. БАЛЯСИНСКАЯ, С.Р. ЭДГЕМ

Опыт лечения острых риносинуситов у детей топическими препаратами

1. Бялясинская Г.Л., Минасян В.С., Качкаева Е.Д. Опыт применения Ринофлуимуцила и Флуимуцила-антибиотика при лечении синуситов у детей // Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапия болезней ЛОР-органов: Сб. трудов сотрудников кафедры. М., 2001. С. 162–164.
2. Бялясинская Г.Л. и др. Клинические формы острых респираторных заболеваний. Острые респираторные заболевания у детей (лечение, профилактика). М., 2002. С. 25–36.
3. Горбунов В.А., Олейник П.А. Лечение параназальных синуситов // Военно-медицинский журнал. Т. GGGXIX. № 1019982. С. 34–35.
4. Качкаева Е.Д., Коробко Л.М. Применение препарата Флуимуцил-антибиотик для лечения воспалительных явлений верхних дыхательных путей после длительной назотрахеальной интубации у детей // Материалы Конгресса «Человек и лекарство».
5. Люманова С.Р., Бялясинская Г.Л. Отдаленные результаты лечения острых и обострений хронического синуситов // Материалы Конгресса ринологов. Санкт-Петербург, май 2005.
6. Люманова С.Р., Бялясинская Г.Л. Опыт применения Флуимуцила-антибиотика ИТ при лечении острых и обострений хронического синуситов // Материалы X Съезда отоларингологов Украины. г. Судак, май 2005.
7. Рязанцев С.В. Острый синусит: подходы к терапии: Метод. рекомендации. М., 2003.
8. Самсыгина Т.Л. и др. Применение препарата Ацетилцистеин в терапии острых и хронических заболеваний дыхательных путей у детей // Педиатрия. 1995. № 3. С. 76.
9. Ярлыков Е.Н. Ринофлуимуцил, Флуимуцил-антибиотик, Анауран в ЛОР-практике // Тезисы докладов на конференции «Медикаментозное лечение заболеваний уха, горла и носа». М., 1996.
10. Пиццато Д. Аэрозольные антибиотики для лечения респираторных инфекций // Терапевт. 2001. № 9. С. 1–6.
11. Albin E. et al. In vitro antibacterial activity of thiamphenicol glycinate acetylcysteinate against respiratory pathogens // Arzneimittel-Forsch. Drug Res. 1999. Vol. 49. P. 533–535.
12. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity? And initial antimicrobial therapy // Am. Rev. Respir. Dis. 1993. Vol. 148. P. 1418–1426.
13. Bartlett J. et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults (Document from the Infectious Diseases Society of America) // Clin. Infect. Dis. 2000. Vol. 31. P. 347–382.
14. Mazzei T. Thiamphenicol: pharmacokinetic and safety considerations // GIM-MOC. 2000. Vol. 4. C&M 2. P. 15–19.

Г.Д. ТАРАСОВА

Результаты фитотерапии больных с патологией верхних дыхательных путей

1. Блоций А.А., Цепляев М.Ю. Оценка эффективности применения препарата Синупрет в комплексной терапии острого и хронического синусита // РМЖ. 2009. Т. 17. № 23 (362). С. 1570–1573.
2. Гаращенко Т.И. Мукоактивные препараты для лечения заболеваний носа и околоносовых пазух // РМЖ. 2001. Т. 9. № 19.
3. Дрынов Г.И., Ивановщина О.К., Пискун А.М. Лечение респираторных вирусных инфекций у больных аллергическими заболеваниями // Клиническая медицина. Медицинская помощь. 2002. С. 19–22.
4. Ёлкина Т.Н., Кондюрина Е.Г., Грибанова О.А., Татаренко Ю.А. Опыт применения Синупрета у часто болеющих детей с аллергическими заболеваниями // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. 2009. № 5. С. 103–107.
5. Системная энзимотерапия при лечении заболеваний дыхательных путей: Метод. руководство для врачей / Под ред. А.Л. Ракова. М., 2006. 40 с.
6. Рязанцев С.В., Захарова Г.П., Дроздова М.П. Применение секретолитического препарата Синупрет в оториноларингологии // Нов. оторинолар. и логопатол. 2002. № 2. С. 102–105.
7. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарова Г.П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: Метод. рекомендации. СПб.: Нац. Регистр, 2007. 40 с.
8. Савенко И.В. Лечение острых и рецидивирующих бактериальных риносинуситов у детей с признаками вторичной иммунологической недостаточности // Российская оториноларингология. Приложение. 2007. С. 190.
9. Смирнова Г.И. Опыт применения Синупрета и Тонзилгона для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Детский доктор. 2001. № 4. С. 25–29.
10. Тарасова Г.Д. Секретолитическое лечение при воспалении дыхательных путей в детском возрасте // Леч. врач. 2000. № 1. С. 35–37.
11. Тарасова Г.Д. Секретолитик Синупрет при воспалении дыхательных путей в детском возрасте // Материалы XVI Съезда оториноларингологов. РФ, Сочи, 21–24 марта 2001 г. С. 689–692.
12. Шахова Е.Г., Малова Т.В. Синупрет в комплексной терапии воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Рос. оториноларингология. 2005. С. 89–91.
13. Шахова Е.Г. Сравнительная эффективность комбинированной терапии антибиотиком и секретолитиком у пациентов с острым гнойным риносинуситом // Рос. оториноларингология. 2010. № 2 (45). С. 170–175.
14. Bals R. Cells types of respiratory epithelium: morphology, molecularbiology and clinical significance // Pneumologie. 1997. Vol. 51. P. 142–149.
15. Bron J. Relative bioavailability of carbocysteine from three dosage forms. Investigated in healthy volunteers // Biopharm. Drug Disposit. 1988. Vol. 9. P. 97–111.
16. Chalumeau M., Cheron G., Assathiany R. et al. Mucolytic agents for acute respiratory tract infections in infants: a pharmacoepidemiologic problem? // Arch. Pediatr. 2002. Vol. 9. P. 1128–1136.
17. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, 2007.
18. Henocq A., Moreau C., Mallet E. et al. Changes in IgA levels in nasal mucus after upper respiratory tract diseases in infant treated with carbocysteine // Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. 1985. Vol. 102. P. 373–375.
19. Martin L.D., Rochelle L.G., Fisher B.M. et al. Airway epithelium as an effector of inflammation: molecular regulation of secondary mediators // Eur. Respir. J. 1997. Vol. 10. P. 2139–2146.