



Комплексная терапия вирусных ринитов у детей

М.П. ЕМЕЛЬЯНОВА, д.м.н., проф. Е.П. КАРПОВА,
к.м.н. Д.А. ТУЛУПОВ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – самые распространенные инфекционные заболевания у детей. Значительный уровень заболеваемости ОРВИ обусловлен высокой восприимчивостью детей, особенно раннего возраста, к возбудителям данных инфекций. Острый ринит, как симптом ОРВИ, является одной из самых частых причин применения лекарственных препаратов в педиатрической практике.

Распространенность острых инфекций дыхательных путей в целом составляет 18 тыс. на 100 тыс. человек, в педиатрической популяции уровень заболеваемости в 3,6 раза выше – более 67 тыс. случаев на 100 тыс. детского населения [3].

Входными воротами для возбудителей ОРВИ являются слизистые верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань). Респираторные вирусы, проникая в клетки эпителия верхних отделов респираторного тракта, начинают активно реплицироваться. Размножение вирусов сопровождается цитопатическим эффектом, степень выраженности которого обусловлена особенностями возбудителя. В слизистых респираторного тракта при этом развивается воспаление, сопровождающееся вазодилатацией с увеличением проницаемости сосудистой стенки и усиленной экссудацией.

В клинической картине ОРВИ у детей преобладают симптомы, вызванные воспалением слизистой оболочки полости носа (чихание, ринорея, заложенность носа), иногда сопровождающиеся выраженной интоксикацией, что проявляется астенией, миалгией, головной

болью и лихорадкой. Очень часто на фоне острого ринита развивается воспалительная реакция в околоносовых пазухах за счет отека слизистой оболочки полости носа и, как следствие, происходят 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. Это приводит к развитию различных проявлений тубарной дисфункции – экссудативного среднего отита либо острого среднего отита.

Лечение детей с ОРВИ строится в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и клинической картины заболевания. Так, у детей с неблагоприятным преморбидным фоном, независимо от состояния, а также у пациентов с тяжелыми вариантами инфекции показано использование не только симптоматических средств, но и заместительной этиотропной терапии – противовирусных препаратов (препараты рекомбинантного интерферона $\alpha 2$). Однако применение препаратов рекомбинантного интерферона для лечения лег-

ких форм вирусных инфекций считается нерациональным. Стоит отметить, что большие споры вызывает доказательность клинической эффективности в лечении и профилактике ОРВИ назальных форм интерферона и препаратов – индукторов синтеза эндогенного интерферона [1, 2].

В последние годы активно обсуждаются алгоритмы выбора и особенности применения у детей различных симптоматических лекарственных средств. Высокая частота заболеваемости ОРВИ, многочисленные осложнения, а также экономический ущерб от болезни заставляют исследователей и практикующих специалистов искать новые способы и схемы их лечения. Главное внимание уделяется разработке подходов воздействия на причину ОРВИ. Около 70% всех эпизодов вирусных назофарингитов ассоциированы с риновирусом [4]. Возбудитель использует различные механизмы разрушения эпителиального барьера, но в любом случае для дальнейшей жизнедеятельности вирусам необходимо внедриться в клетки слизистой оболочки носа. Уменьшение количества вирусов на слизистой оболочке, а также препятствие его внедрению в клетки предотвращают развитие патологического процесса. В этой связи применение средств, механически удаляющих микробы со слизистой, а также препятствующих их проникновению в клетки, является патогенетически обоснованным и останавливает заболевание в самом его начале. Ирригационно-элиминационная терапия при помощи изотониче-



ского раствора морской воды, направленной на снижение вирусной и бактериальной обсемененности верхних отделов дыхательных путей, зарекомендовала себя как один из наиболее эффективных методов профилактики и лечения воспалительных заболеваний носа и носоглотки. Особое место в терапии воспалительных заболеваний носа и носоглотки занимает препарат нового поколения Маример, который, в отличие от ряда других препаратов для промывания полости носа, бережно, но максимально эффективно воздействует на всю слизистую оболочку полости носа. Маример представляет собой изотонический стерильный раствор океанической воды, добываемой в экологически чистой зоне на севере Франции. Двойная ультрафильтрация, применяемая при производстве аэрозоля Маример, обеспечивает стерильность препарата и позволяет сохранить все богатство сбалансированного комплекса минеральных солей и микроэлементов океана. Благодаря богатому химическому составу Маримера (хлориды, натрий, магний, кальций, калий, фтор, медь, марганец и др.) препарат обладает широким спектром фармакологического действия. Так, выявлено, что входящие в состав микроэлементы селен и цинк обладают антиоксидантным и противовоспалительным эффектами, участвуют в процессах регенерации, магний оказывает мембраностабилизирующее действие, марганец нормализует иммунную реактивность и снижает выраженность аллергических реакций. Препарат выпускается в виде одноразовых флаконов-капельниц по 5 мл для детей с первых дней жизни и аэрозоля 100 мл для детей старше одного года и взрослых. Маример вводится интраназально. В аэрозольном баллоне изотонический раствор океанической воды и инертный газ под давлением разделены водогазоупорной мембраной, которая обеспечивает стабильность состава и свойств в течение всего срока годности, предотвращает попадание воздуха или пропеллента в раствор, а при ингаляции – и на слизистую оболочку и воздухоносные пути. Таким образом, Маример со-

храняет распыление в течение всего срока пользования и максимально полную ирригацию.

Клиническими исследованиями доказано, что Маример очищает и увлажняет слизистую полости носа, восстанавливает фильтрующие и барьерные функции, подвижность реснитчатого эпителия, нормализует регенеративные возможности за счет входящих в его состав микроэлементов. Благодаря технологии микродиффузии увеличиваются площадь контакта микрокапель (средний размер капель – от 2 до 20 мкм, что в 20 раз меньше обычных спреев) со слизистой и время действия микроэлементов. Образно говоря, Маример образует «облако» микроэлементов в полости носа. Технология микродиффузии увеличивает вероятность воздействия микрокапель на все отделы верхних воздухоносных путей, более того, они лучше достигают зоны верхних и нижних носовых раковин, а также носоглотки. При применении помповых спреев с большими размерами капель не происходит их депонирование в полости носа и придаточных пазухах.

При выраженной заложенности носа на фоне вирусного ринита целесообразно дополнить элиминационную терапию средствами, которые, с одной стороны, устраняют симптомы заболевания, с другой – препятствуют дальнейшему проникновению вирусов в клетки. Эти сосудосуживающие лекарственные средства называются назальными деконгестантами. В зависимости от способа применения различают системные и местные деконгестанты. При этом в последние годы при ОРВИ предпочтение отдается имидазолинам. К имидазолинам относятся такие препараты, как оксиметазолин (Називин), ксилометазолин, тетризолин, инданазолин и нафазолин. Эти средства активируют α_2 -адренорецепторы сосудов слизистой носа, что приводит к назальной вазоконстрикции, благодаря чему уменьшаются гиперемия и отек слизистой. Однако несмотря на сходный механизм действия, анализируемые препараты имеют существенные отличия, которые и определяют их клиническую эффективность.

Острый ринит, как симптом ОРВИ, является одной из самых частых причин применения лекарственных препаратов в педиатрической практике. Использование в комплексном лечении изотонического препарата стерильной морской воды Маример и назального деконгестанта Називина позволяет улучшить самочувствие пациентов и снизить продолжительность клинических проявлений ринита на несколько дней.

В зависимости от продолжительности антиконгестивного эффекта выделяют препараты короткого, среднего и длительного действия. Производные нафазолина, тетризолина, инданазолина характеризуются непродолжительным сохранением сосудосуживающего эффекта (не более 4–6 ч), что требует более частого их использования – до 4 раз в сутки. К назальным деконгестантам средней продолжительности действия (до 8–10 ч) относятся производные ксилометазолина. Эти препараты не рекомендованы для применения у новорожденных, младенцев и у детей первых двух 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.

Действие оригинального оксиметазолина (Називин) сохраняется на протяжении 10–12 ч. Благодаря этому клинический эффект достигается при более редком введении – обычно бывает достаточным их использование не чаще чем 2–3 раза в течение суток. Следует отметить, что у Називина терапевтическая эффективность оксиметазолина достигается в более низких концентрациях, чем у других сосудосуживающих средств. Благодаря этому были созданы лекарственные формы в низкой концен-



трации 0,01%, которые эффективны у новорожденных и детей грудного возраста. Высокая эффективность и хорошая переносимость низких концентраций оксиметазолина 0,01% позволили рекомендовать его использование даже при лечении новорожденных детей [7]. Большой интерес представляют данные последних лабораторных исследований, в результате которых были доказаны невазоконстрикторные свойства Називина. Так, было установлено, что оригинальный препарат оксиметазолина (Називин) обладает противовирусным действием в отношении некоторых РНК-вирусов. В основе данного эффекта лежит ингибирование экспрессии молекул ICAM-1, обеспечивающих адгезию вирусных частиц к клеткам респираторного эпителия [8]. Дальнейшие исследования показали, что Називин обладает также антиоксидантными и противовоспалительными свойствами [6].

Нами было проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование клинической эффективности и безопасности нового метода топической терапии ОРВИ, основанного на комбинации микрокапельного промывания полости носа препаратом Маример с последующим введением сосудосуживающего препарата с противовирусной активностью Називин. Смысл комбинации состоял в объ-

единении физического удаления вирусов со слизистой оболочки носа и дальнейшим препятствованием их внедрению в клетки с целью оказать максимально возможное топическое противовирусное воздействие, затормозить прогрессирование ОРВИ и сократить сроки выздоровления. Препараты назначались строго по официальным рекомендациям. В исследование были включены 32 ребенка в возрасте от 3 месяцев и старше с симптомами катарального ринита при ОРВИ. Всем детям в поликлинических условиях проводилась стандартная консервативная терапия.

В основную группу входили 19 детей, которым проводилось микрокапельное промывание слизистой носа (Маример) с последующим введением препарата Називин (0,01%-ный раствор по 1 капле в каждую половину носа). Процедуру повторяли три раза в день. Группу контроля составили 13 детей, получавших изотонический солевой раствор в виде обычного спрея. Длительность ОРВИ на момент назначения терапии не превышала 5 дней. Курс лечения составлял 5 дней.

Оценка клинических данных проводилась согласно визуальной аналоговой шкале по 3-балльной системе, где 0 баллов – отсутствие симптомов, 1 – симптомы слабо выражены, 2 – умеренно, 3 – силь-

но. Уделяли внимание переносимости препарата субъективно (со слов родителей). Осмотр проводили до начала лечения, на 3-и и 5-е сутки. При передней риноскопии производили оценку состояния слизистой оболочки полости носа по следующим показателям: отечность слизистой оболочки полости носа, цвет слизистой полости носа (интенсивность гиперемии), количество отделяемого из полости носа, дыхание через нос методом передней ринометрии и акустической ринометрии прибором Rhinometrics 2000 (Дания).

По результатам предварительных данных, у детей группы сравнения дольше, чем в основной группе, сохранялись признаки воспаления слизистой оболочки полости носа и симптомы катарального ринита. Переносимость комплексного метода не отличалась от переносимости изотонического солевого раствора – в обеих группах не было выявлено побочных явлений (оценивалось наличие жжения, раздражения, дискомфорта в области носа). Сроки лечения в основной группе в среднем сокращались до 3–4 суток, в группе сравнения – до 4–5. У обследованных нами детей были обнаружены нарушения функционального характера, о чем свидетельствовало выявленное при риноманометрическом исследовании снижение суммарной скорости носового воздушного потока на 58,7% и повышение суммарной резистентности носовому воздушному потоку на 28,6% в исследуемой группе, на 40,6% и 39,3% соответственно в группе контроля. Таким образом, проблема ОРВИ в детском возрасте остается актуальной не только из-за частоты встречаемости, но и в связи с необходимостью пересмотра и оптимизации лечебной тактики. Использование микрокапельного промывания слизистой носа Маримером в комбинации с сосудосуживающим препаратом с противовирусным действием Називин позволяет достичь значительной экономии за счет сокращения сроков лечения и снизить частоту развития нежелательных явлений, предотвратить развитие обострений и осложнений. *

Литература
→ С. 63–64

NB

Називин® – оригинальный препарат оксиметазолина

Називин® (оксиметазолин) оказывает сосудосуживающее действие. При местном нанесении на воспаленную слизистую носа уменьшает ее отечность и выделения из носа.

Восстанавливает носовое дыхание.

Устранение отека слизистой способствует восстановлению аэрации придаточных пазух носа, полости среднего уха, что предотвращает развитие бактериальных осложнений (гайморита, синусита, среднего отита).

При местном интраназальном применении в терапевтических концентрациях не раздражает слизистую, не вызывает гиперемии.

При местном интраназальном применении препарат не обладает системным действием.

Препарат начинает действовать быстро (в течение нескольких минут).

Для обеспечения точности дозировки флакон Називина® 0,01% капле имеет градуированную пипетку с отметками количества капель. Например, если назначена 1 капля, то пипетку следует заполнить раствором до отметки 1.

Продолжительность действия Називина® – до 12 часов.