

# Местная симптоматическая терапия при ОРВИ у детей

**При современном развитии медицинских технологий проблемы, связанные со многими тяжелыми инфекционными и социально опасными заболеваниями, отходят на второй план, и все больше акцентируется внимание на патологиях, которые ранее человечество особо не замечало. К таковым в первую очередь относятся острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ).**

В условиях высокой урбанизации и специфичности путей передачи ОРВИ заняли главенствующее место в списке инфекционных патологий. ОРВИ, как правило, вызывают обратимые нарушения здоровья, в связи с чем на короткое время могут вывести из работоспособного состояния большую группу людей, что, в свою очередь, обуславливает высокие экономические потери. Особенно чувствительными в отношении восприимчивости к инфекциям являются дети и лица пожилого возраста. Несмотря на то что дети не входят в когорту трудоспособного населения, уход за ними налагает финансовое бремя, которое в государствах с высокой социальной ответственностью резко возрастает в период эндемий и пандемий ОРВИ. Поэтому оптимизация лечения данной патологии у детей является ключевым моментом в уменьшении экономических затрат.

В аспекте улучшения качества и эффективности лечения следует обратить внимание на механизмы иммунитета при ОРВИ. Иммуные механизмы в организме человека условно разделяют на системные и местные. Нарушение баланса про- и противовоспалительных цитокинов, необходимого для формирования адекватного адаптивного иммунитета и системных механизмов естественной резистентности организма, может привести к значительной локальной активации воспалительного процесса и даже его генерализации с последующим быстрым истощением. Однако подобные реакции при ОРВИ проявляются редко, чаще ведущую роль играют местные защитные механизмы.

Возбудители ОРВИ тропны к слизистой оболочке верхних дыхательных путей. Проникая в клетки эпителия, вирусы при благоприятных условиях активно реплицируются, что сопровождается цитопатическим эффектом и выраженным воспалительным процессом. Последний сопровождается вазодилатацией с увеличением проницаемости сосудистой стенки и усиленной экссудацией, что клинически выражается катаральными симптомами.

Вследствие узости и малого вертикального размера носовой полости у новорожденных и детей раннего возраста даже небольшое набухание слизистой оболочки вызывает нарушение или прекращение носового дыхания. В связи с этим резко затрудняется и даже становится невозможным сосание, нарушается сон, ребенок становится беспокойным, у него развивается диспепсия (рвота, жидкий стул), повышается температура тела, резко снижается масса тела. Ротовое дыхание приводит к аэрофагии с метеоризмом и еще большему затруднению дыхания, нарушению общего состояния ребенка. У детей раннего возраста симптомы, связанные с ринореей, могут стать причиной отказа от грудного вскармливания, снижения массы тела, развития ложного опистотонуса с напряжением родничков. Из-за отека слизистой оболочки носа нарушается адекватный дренаж параназальных синусов, а отек слизистой в области плоточного устья слуховой трубы может приводить к снижению аэрации среднего уха. Все это создает предпосылки для активации у словно-патогенной бактериальной флоры и повышает риск развития осложнений (синусит, евстахиит, средний отит). Таким образом, у детей грудного возраста эффективная терапия ринита и своевременное купирование заложенности носа являются жизненно важными компонентами комплексной программы ведения таких пациентов.

Лечение ОРВИ вне зависимости от индивидуальных особенностей организма ребенка включает назначение симптоматической терапии, в частности сосудосуживающих средств. Поэтому рациональное использование в педиатрической практике назальных сосудосуживающих препаратов является актуальным вопросом. Применение лекарственных средств, купирующих ринорею, не только положительно влияет на самочувствие ребенка, но и предупреждает развитие тяжелых осложнений.

В педиатрической практике в целях быстрого, эффективного и безопасного уменьшения катаральных явлений в носовых ходах применяются местные назальные деконгестанты воспалительных симптомов. Большинство топических деконгестантов – селективные  $\alpha_2$ -адреномиметики; системные деконгестанты обладают менее направленным эффектом, действуя также на  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ - и  $\beta_2$ -адренорецепторы. Деконгестанты различаются по выраженности и продолжительности сосудосуживающего действия, а также побочных эффектов. В настоящее время в общей практике практически не используются препараты, содержащие адреналин и эфедрин, предпочтение отдается имидазолинам. В группе имидазолинов особое положение занимают лекарственные средства, действующим веществом которых является оксиметазолин.

Оксиметазолин – современный назальный деконгестант длительного действия, обладающий низкой биодоступностью, лишь незначительная часть введенного в полость носа раствора всасывается со слизистой оболочки и попадает в системный кровоток. Результаты исследований с меченым радиоактивным изотопом оксиметазолина показали, что данный препарат практически не обладает системным действием. Его концентрация в плазме настолько мала, что не определяется современными аналитическими методами.

Результаты исследований, в которых у пациентов внутриартериально вводили отдельные вазоконстрикторы, показали, что по воздействию на кровоток в слизистой оболочке носа топические деконгестанты располагаются в последовательности оксиметазолин > норэпинефрин > фенилэфрин. В отношении воздействия на объем сосудистой сети полости носа и, соответственно, на размеры носовых раковин активность оксиметазолина, норэпинефрина и адреналина была сопоставимой, все эти препараты оказались активнее фенилэфрина (J.S. Lacroix, 1989). Установлено, что терапевтическая эффективность оксиметазолина достигается при более низких концентрациях по сравнению с другими сосудосуживающими средствами.

Установлено, что терапевтическая эффективность оксиметазолина достигается в более низких концентрациях, чем у других сосудосуживающих средств, например фенилэфрина. Благодаря этому были созданы лекарственные формы оксиметазолина в низкой концентрации 0,01%, которые в отличие от производных ксилометазолина и фенилэфрина эффективны и безопасны у новорожденных и детей грудного возраста.

Эффекты оксиметазолина сохраняются до 12 ч, что позволяет применять его всего несколько раз в сутки в отличие от производных нафазолина, тетризолина, инданазолина, которые характеризуются непродолжительным терапевтическим эффектом (не более 4–6 ч), и производных ксилометазолина – средней продолжительности

действия (до 8–10 ч). Поэтому в современной педиатрической практике отдают предпочтение именно препаратам оксиметазолина.

В ряде исследований было показано, что оксиметазолин, помимо основного вазоконстрикторного эффекта, обладает также противовоспалительным и антиоксидантным действием. В исследовании было показано, что добавление оксиметазолина сопровождалось угнетением продукции провоспалительных медиаторов – 5-липооксигены и лейкотриенов (B4), а также предотвращало развитие оксидативного стресса в альвеолярных макрофагах (I. Beck-Speier et al., 2006). Кроме того, оксиметазолин не оказывает негативного действия на внутриглазное давление. Пятидневное использование 0,05% аэрозоля оксиметазолина не повышало, а напротив, приводило к снижению внутриглазного давления как у больных глаукомой, так и у здоровых пациентов, а также не сказывалось на гемодинамических показателях ретробульбарных сосудов (O.K. Arikan et al., 2006).

Клинический опыт свидетельствует о том, что кратковременные курсы лечения топическими деконгестантами, такими как оксиметазолин, не приводят к значительным функциональным и морфологическим изменениям в слизистой оболочке носа (B. Petruson, H. Hansson, 1982). Курс лечения 0,025% и 0,05% растворами оксиметазолина, по данным электронной микроскопии, не вызывал заметных изменений в клетках мерцательного эпителия (Y. Teng et al., 2005).

Результаты открытых многоцентровых исследований по изучению клинической эффективности и безопасности применения

оксиметазолина, проведенных у грудных детей (n=638), показали, что в 97% случаев использования препарата наблюдалось восстановление носового дыхания на длительный период. При этом более чем в 70% случаев отмечалась нормализация ночного сна (G. Franke et al., 2000).

К топическим вазоконстрикторам, полностью отвечающим перечисленным требованиям, относится комплексное лекарственное средство для назального применения Нокспрей, действующим веществом которого является оксиметазолин. Линейка бренда Нокспрей включает ряд препаратов для детей различных возрастных групп. Нокспрей Малыш разработан для детей от 0 до 1 года (содержит 0,01% оксиметазолина) и выпускается в форме капель с аэрозольной пипеткой-дозатором. Для детей от 1 года до 6 лет – Нокспрей Беби (0,025%), в которой формула усилена эвкалиптом, обладающим антибактериальным и противовоспалительным эффектами. Благодаря наличию активных компонентов эфирных масел в Нокспрей Актив (0,05%), а также сверхточному дозатору раствор применяется у детей в возрасте старше 6 лет и взрослых.

Таким образом, семейные врачи и педиатры могут эффективно и безопасно применять линейку препаратов Нокспрей для лечения у детей разных возрастных групп. Кроме того, удобство в использовании значительно повышает приверженность к лечению маленьких пациентов и их родителей, а также улучшает качество их жизни в период заболевания.

Подготовил Владимир Савченко



**НОКСПРЕЙ МАЛЮК**  
Оксиметазолин 0,01%

Ніжна форма для ніжного віку

«Чистий» оксиметазолин 0,01%

зменшені ризики алергічної реакції

Атравматична піпетка-дозатор

зручне і чітке дозування

**НОКСПРЕЙ МАЛЮК**  
звільняє дихання через ніс, зменшує виділення, а також попереджає серйозні ускладнення риніту: бактеріальний синусит, середній отит, евстахіїт тощо.

1. Матерія на увазі, це активна діюча речовина Нокспрей Малюк, виключно Оксиметазолин 0,01%.  
2. У порівнянні з багатоконпонентними препаратами

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Протипоказання та можливі побічні дії наведені в інструкції для медичного застосування. Ріп.НЦУ/12781/01/01