

Осмотическая терапия и профилактика острых риносинуситов у детей

Риниты являются одной из наиболее часто встречаемых патологий ЛОР-органов. В США ежегодно тратится около 3,4 млрд долларов на лечение ринитов. Такие значимые социально-экономические факторы, как снижение трудоспособности, ухудшение качества жизни пациентов, также непосредственно связаны с этим заболеванием. В детском возрасте риниты не ограничиваются рамками одной только отоларингологии, так как сопровождаются изменениями со стороны респираторной, иммунной и других систем организма. Поэтому в современных условиях поиск новых более эффективных, безопасных и менее дорогостоящих способов лечения ринитов является очень актуальным на сегодняшний день.

В большинстве случаев причиной высокой распространенности ринитов являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). На течение заболевания оказывают влияние различные предрасполагающие факторы: охлаждение, резкие колебания температуры, загрязненный воздух, снижение иммунологической реактивности, аллергический фон, аденоиды, гипертрофический ринит и др.

В результате нарушения функционирования естественных соустьев околоносовых пазух с полостью носа ринит очень часто протекает с вовлечением околоносовых пазух. В настоящее время в литературе все чаще встречается термин риносинусит, который включает целую группу острых и хронических воспалительных заболеваний с поражением слизистой оболочки полости носа и его придаточных пазух.

В клинической практике при первичном осмотре врачом-педиатром или отоларингологом ринит может устанавливаться как предварительный диагноз. Несмотря на это данная патология часто остается недиагностированной, так как у детей часто протекает с минимальным количеством жалоб и скудными клиническими проявлениями.

Слизистая оболочка носа представляет собой первый барьер по защите организма от воздействия разнообразных патогенных факторов внешней среды. Наиболее значимым является колонизационная резистентность, включающая комплекс специфических факторов местного иммунитета, в том числе ингибиторы микробной адгезии, биоцидные и биостатические продукты секретов, нормальную микрофлору и работу мерцательного эпителия. Мукоцилиарный клиренс обеспечивается назальным секретом и мерцательным эпителием. Источник секрета, покрывающего эпителий полости носа, — слизистые железы слизистой оболочки носа, бокаловидные клетки, трансудация из субэпителиальных капилляров, слезных желез, секрет специализированных боуменовых желез из ольфакторной зоны носа. Объем назальной секреции за 24 ч составляет от 100 мл до 1-2 л. Слизистая оболочка задних двух третей полости носа обновляется каждые 10-15 мин. Функция ресничек оптимальна при температуре 28-33°C, достаточном количестве секрета с рН 5,5-6,5. При этом чрезмерное снижение влажности, температуры до 7-10°C, увеличение рН секрета >6,5 на поверхности слизистой носа вызывают прекращение колебания ресничек.

В разгар болезни морфологически определяется мелкоклеточная инфильтрация в эпителиальном и подслизистом слое, отторжение эпителия,

локальная вазодилатация кровеносных сосудов. Последняя приводит к быстрому возникновению отека и гиперемии слизистой оболочки, в том числе в области носовых раковин, и как следствие — резкому нарушению носового дыхания, обильной ринорее, катаральным явлениям (чиханию, кашлю). Ночной кашель у детей при остром рините может появляться при оттоке слизи по задней стенке глотки. Распространению воспаления в нижележащие отделы респираторного тракта способствует сухость слизистой оболочки глотки при дыхании через рот. Из-за отека слизистой носа нарушается адекватный дренаж, а отек слизистой в области глоточного устья слуховой трубы может привести к снижению аэрации среднего уха. У детей в разные возрастные периоды в силу продолжающегося на протяжении первых 12 лет развития анатомических структур лицевого черепа инфекционно-воспалительные поражения могут проходить на различных уровнях. В первые 4 года более чем у 80% случаев риносинусит проявляется ринитом и этмоидитом, так как к моменту рождения ребенка решетчатая кость практически сформирована, тогда как развитие гайморовых пазух происходит только к 4 годам, а фронтальных и сфеноидальных синусов — к 5-12 годам.

Риносинусит у детей обычно является заложностью носа, слизистым или гнойным отделяемым из носа, болью в области пазухи, интоксикационным синдромом. Самый распространенный симптом у детей (особенно младше 10 лет) — постоянное отделяемое из носа. Ринорее чаще бывает гнойной, но может быть слизистой, а иногда и водянистой. У детей младшего возраста отделяемое из носа чаще носит слизистый или водянистый характер. При осмотре полости рта и глотки можно увидеть свободный экссудат, стекающий по задней стенке глотки. Повышение температуры тела у детей имеет различную степень выраженности и связано с возрастом и длительностью заболевания. У маленьких детей в острый период повышение температуры до фебрильных цифр наблюдается чаще. Головная боль и боль в области пазух являются основными симптомами синусита у взрослых, у детей старшего возраста они наблюдаются в одной трети случаев и совсем редки у детей среднего и младшего возраста.

Естественно, что лечение ринита должно начинаться сразу после установления диагноза и включать целый комплекс мероприятий, направленных на восстановление проходимости

носа, повышение иммунореактивности организма и профилактику инфекционно-воспалительных осложнений (Приказ МЗ Украины от 24 марта 2009 г. № 181). В настоящее время для профилактики и лечения риносинуситов используют различные средства медикаментозной терапии, воздействующие на разные звенья патологического процесса, и в первую очередь направленные на эрадикацию инфекционных агентов, создание оптимальных условий для оттока отделяемого из носа и околоносовых пазух, профилактику осложнений. Только комплексное лечение с использованием противовирусных или антибактериальных препаратов, деконгестантов, солевых растворов для промывания полости носа, растительных препаратов может сократить продолжительность заболевания и уменьшить выраженность клинических симптомов.

Ирригационно-осмотическая терапия использовалась в аюрведической медицине для промывания носа как профилактическое и лечебное средство. В последнее время в мировой литературе встречается все больше данных о необходимости промывания солевыми растворами при назальной патологии. Это связано с тем, что накоплен большой опыт по использованию различных топических средств, в том числе назальных деконгестантов, которые достаточно быстро устраняют ринорее и катаральные явления, но обладают рядом побочных эффектов и не могут использоваться длительное время, особенно детьми. Солевые растворы для местного применения включены в комплексную терапию острых и хронических ринитов в качестве одного из методов лечения в руководстве Объединенного совета по аллергии, астме и иммунологии (Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of sinusitis: a practice parameter update, 2009). В руководствах Мичиганского университета по лечению риносинуситов солевые орошения описаны как метод с наименьшим количеством побочных эффектов. В обзоре (K. Thornton et al., 2011) указано, что применение ирригационной терапии может быть эффективным и в первую очередь должно использоваться при начальных признаках острого риносинусита или с целью его профилактики.

Учитывая более низкое осмотическое давление на поверхности слизистой оболочки полости носа в сравнении с плазмой крови, для поддержания нормального уровня используются гипотонические растворы с содержанием натрия хлорида 0,65% (Л.С. Овчаренко, 2008). Ирригация

раствором с такой концентрацией соли улучшает мукоцилиарный клиренс у пациентов с аллергическим ринитом и острым риносинуситом.

Процедура промывания носа солевыми растворами способствует уменьшению экспозиции на слизистой оболочке носовой полости различных микроорганизмов и повреждающих частиц, содержащихся во вдыхаемом воздухе, затрудняет резорбцию токсинов и аллергенов. Также использование солевых ирригаций улучшает разжижение слизи, нормализует ее продукцию бокаловидными клетками, размягчает подсыхающий секрет, положительно влияет на кровообращение слизистой оболочки, повышает ее чувствительность и реактивность.

В настоящее время среди ряда назальных средств, используемых для профилактики и лечения риносинуситов, можно выделить отечественный препарат Но-Соль компании «Фармак», в 1 мл раствора которого содержится 6,5 мг натрия хлорида.

Но-Соль в форме назальных капель назначается в каждый носовой ход детям в возрасте до года — по 1 капле, от года — по 1-2 капли, детям от 12 лет и старше — по 2 капли 3-4 раза в день как лечебное средство, в качестве профилактического средства — 1-4 раза в день. Препарат закапывают после очищения носовой полости от слизи, при этом голова ребенка при закапывании должна быть немного запрокинута назад и, при закапывании в правую ноздрю, наклонена влево, и наоборот. Промывание носовой полости проводится в положении лежа. После закапывания раствора следует посадить ребенка и освободить носовую полость от разреженной слизи. При использовании препарата Но-Соль в виде спрея во время впрыскивания необходимо сделать неглубокий вдох через нос, а затем в течение 2 мин полежать, запрокинув назад голову.

Но-Соль в форме назального спрея назначают детям начиная с двухлетнего возраста — по 1-2 дозы, старше 12 лет по 2 дозы в каждый носовой ход 3-4 раза в день с лечебной целью и до 3-4 раз в день — с гигиенической целью. Средняя длительность терапии — 3 нед. Курс терапии может повторяться через месяц.

Таким образом, комплексная терапия и профилактика риносинуситов у детей должна включать осмотически-ирригационную терапию, так как она позволяет эффективно устранять симптомы заболевания на начальных этапах. Для достижения этой цели может успешно применяться препарат Но-Соль, который выпускается в виде капель и спрея, что позволяет в полной мере использовать все преимущества солевых растворов для лечения риносинуситов.

Подготовил Владимир Савченко



Цефутил

Затримати
та знешкодити!



Інформація для спеціалістів. Більш детальна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування. Р.п.: №UA/8893/01/01, №UA/8893/01/02, №UA/8893/01/03.

ЦЕФУТИЛ – напівсинтетичний цефалоспориновий антибіотик II покоління для перорального застосування.

Форма випуску: таблетки, які містять 125, 250, та 500 мг цефуросиму аксетилу; в упаковці 10 таблеток, вкритих оболонкою. Бактерицидний ефект **ЦЕФУТИЛУ** охоплює широкий спектр мікроорганізмів.

Він стійкий до дії більшості β-лактамаз та є високоактивним відносно **грампозитивних** (*St. aureus*, *Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes* та інші β-гемолітичні стрептококи групи A, *Str. agalactiae* та інші стрептококи групи B, *Bordetella pertussis*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*)

та грамнегативних бактерій (*Haemophilus influenzae et parainfluenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *E. coli*, *Salmonella spp.*, *Proteus mirabilis et rettgeri*, *Neisseria gonorrhoeae*).

Спектр дії включає штами, що є стійкими до пеніциліну, ампіциліну та амоксициліну.

Цефуросиму аксетил – неактивна сполука, що швидко гідролізується в слизовій оболонці стінки тонкої кишки з утворенням активного цефуросиму, який швидко всмоктується в кров.

Застосування **ЦЕФУТИЛУ** після прийому їжі значно підвищує біодоступність препарату.

Після перорального прийому **ЦЕФУТИЛУ** пікова концентрація у плазмі досягається через 2-3 години.

Протягом 24 годин препарат виводиться незмінений з сечого. Застосовується **ЦЕФУТИЛ** лише 2 рази на добу.

Показання для призначення ЦЕФУТИЛУ:

- інфекції дихальних шляхів
- інфекції ЛОР-органів
- інфекції нирок, нижніх сечовивідних шляхів та статевих органів
- інфекції шкіри та м'яких тканин
- інфекції кісток і суглобів;

Спосіб застосування та дози.

Застосовують внутрішньо дорослим і дітям старше 3 років.

Препарат приймають після їди.

Звичайно дорослим призначають по 250 мг 2 рази на добу.

При інфекції сечовивідних шляхів – по 125 мг 2 рази на добу.

При інфекції дихальних шляхів середнього ступеня тяжкості (бронхіти) – по 250 мг 2 рази на добу; при більш тяжких

інфекціях дихальних шляхів або підозрі на пневмонію – по 500 мг 2 рази на добу.

При пієлонефриті – по 250 мг 2 рази на добу.

При неускладненій гонорейі – одноразово 1 г препарату.

При хворобі Лайма у дорослих та дітей віком від 12 років – по 500 мг 2 рази на добу протягом 20 днів.

При більшості інфекцій дітям призначають по 125 мг 2 рази на добу (максимальна добова доза становить 250 мг). При середньому отиті або більш тяжких інфекціях дітям віком від 3 років – по 250 мг 2 рази на добу (максимальна добова доза становить 500 мг).

Протипоказання. **ЦЕФУТИЛ** протипоказаний у разі гіперчутливості до цефалоспоринових антибіотиків.

Перед початком лікування **ЦЕФУТИЛОМ** уважно ознайомтесь з інструкцією по застосуванню препарату.

Умови відпуску. За рецептом.