

Насморк у детей

Насморк, или ринит (rhinitis; от греч. rhis, rhinos – нос), – воспаление слизистой оболочки носа, одно из самых частых заболеваний дыхательных путей.

Традиционно принято классифицировать ринит на острый (инфекционный специфический и неспецифический, аллергический сезонный), хронический (инфекционный, аллергический круглогодичный), вазомоторный, травматический, гипертрофический, атрофический.

В настоящее время выделяют инфекционный, аллергический и NANIPER (Non-Allergic, Non-Infectious Persistent Rhinitis) – неаллергический, неинфекционный ринит.

➔ В педиатрической практике врач наиболее часто сталкивается с острым инфекционным ринитом. В его этиологии у детей доминируют Rhinovirus, также возможны Coronavirus, RS-virus, Human metapneumovirus, Influenza virus, Parainfluenza virus, Adenovirus, Enterovirus, Bocavirus и др. Риновирусы, среди которых насчитывают свыше 100 серотипов, могут вызывать более 80% случаев острого ринита. Переохлаждение – один из частых предрасполагающих факторов для активации условно-патогенной микрофлоры в полости носа, носоглотке, восприимчивость к которой зависит от закаленности организма в отношении воздействия низких и контрастных температур.

Острым насморком обычно начинаются ОРВИ. Классические симптомы ринита – назальная обструкция, ринорея, чихание; характерно внезапное начало и двустороннее проявление клинических симптомов. Выделяют три стадии острого ринита: сухую стадию раздражения, стадию серозных выделений и стадию слизисто-гнойных выделений (А.И. Крюков, И.И. Архангельская и соавт., 2001).

I стадия – сухая стадия раздражения слизистой оболочки. В этой стадии больной отмечает ощущение жжения, шекотания и царапания

в носовой полости. Риноскопически определяется гиперемия слизистой оболочки, выделений нет, носовые ходы сужены, дыхание через нос затруднено.

II стадия – стадия серозных выделений. В этот период появляется обильное количество серозно-слизистого секрета за счет жидкости, пропотевающей из сосудов, и усиления функции бокаловидных клеток и слизистых желез. Риноскопически определяется гиперемия слизистой оболочки, выражен отек носовых раковин (за счет вазодилатации, отека стромы, переполнения венозной кровью пещеристых сплетений), который суживает просвет общего носового хода, а иногда полностью его обтурирует, что ведет к нарушению носового дыхания. Характерно слезотечение за счет раздражения чувствительных рефлексогенных зон слизистой оболочки полости носа, чихание. Отек слизистой оболочки полости носа приводит к нарушению дренажа придаточных пазух носа и среднего уха, что создает благоприятные условия для активации условно-патогенной флоры и способствует развитию бактериальных осложнений.

III стадия – стадия слизисто-гнойных выделений. В этот период изменяется характер отделяемого из полости носа, а именно: отделяемое



С.П. Кривоустов

Д.м.н., профессор, кафедра педиатрии и медицинской генетики № 2, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

становится мутным, затем желтоватым и зеленоватым. Это обусловлено наличием в нем лейкоцитов, эпителиальных клеток и муцина. Риноскопически определяются уменьшение гиперемии слизистой оболочки полости носа, отека носовых раковин (особенно нижних); слизисто-гнойные выделения с каждым днем уменьшаются и исчезают полностью. Морфологические изменения при остром рините проявляются десквамацией эпителиальных клеток, ультраструктурными изменениями поверхности реснитчатых клеток и самих ресничек, что приводит к нарушению

функции мукоцилиарной транспортной системы.

Обычно ОРВИ длится около 7 дней, примерно у 10% детей — до 2 нед (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007).

Общеизвестно, что полость носа, согревая, увлажняя и фильтруя вдыхаемый воздух, выполняет защитную функцию, а состояния, вызывающие назальную обструкцию, могут быть пусковым фактором развития патологии нижних дыхательных путей. При этом следует помнить, что носовые ходы у детей в первые годы жизни узкие, и даже небольшой отек слизистой оболочки ведет к затрудненному носовому дыханию, нарушению сосания, сна, общему беспокойству. Особого внимания требует острый ринит у новорожденных и грудных детей, у которых снижена способность дышать ртом. В целом у детей чаще, чем у взрослых, воспалительный процесс распространяется на носоглотку, слуховую трубу, гортань, трахею, бронхи, легкие.

Лечение острого насморка, как правило, симптоматическое, рекомендуется домашний режим, обильное теплое питье. Очень важно объяснить родителям и ребенку, как правильно сморкаться: без усилий освобождать каждую половину носа, поочередно прижимая крыло носа к перегородке. По показаниям у детей назначают жаропонижающие лекарственные средства (парацетамол или ибупрофен).

Специфическая противовирусная терапия риновирусной инфекции в настоящее время не разработана. Рибавирин, применяемый в терапии RS-инфекции, при рините назначать не рекомендуют. При гриппе обсуждается назначение средств амантадинового ряда (амантадин, ремантадин) и ингибиторов нейраминидазы (озельтамивир, занамивир). Широкое применение находит человеческий рекомбинантный интерферон альфа 2b для интраназального

введения, особенно в первые часы заболевания.

Чрезвычайно важен уход за слизистой оболочкой полости носа. Необходимо помнить, что важная особенность слизистой — ее увлажненная поверхность; благодаря этому активно работают механизмы «смывания» — перемещение слизи способствует удалению микроорганизмов, при этом у детей для увлажнения слизистой широко используют 0,65% раствор хлорида натрия или раствор морской соли. Хорошо изучена роль слизистой оболочки дыхательных путей в иммунологической защите.

Широко применяются назальные деконгестанты — препараты, вызывающие вазоконстрикцию сосудов слизистой носа. Их классифицируют на системные и местные. К пероральным деконгестантам относятся псевдоэфедрин, фенилпропанол-амин, фенилэфрин. К местным интраназальным деконгестантам, в частности, относятся оксиметазолин и ксилометазолин. Благодаря их использованию уменьшаются гиперемия и отек слизистой, снижается уровень назальной секреции, восстанавливается отток слизи из параназальных синусов, что приводит к нормализации в них давления, а уменьшение отека слизистой в области глоточного устья слуховой трубы способствует адекватной аэрации среднего уха. Однако использование этих препаратов должно быть ограничено во времени — их следует применять не более 5-7 дней.

Антихолинергические препараты рекомендованы во многих зарубежных руководствах (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007 и др.). Известен ипратропия бромид, который, блокируя мускариновые рецепторы желез слизистой оболочки, уменьшает количество водянистого секрета, усиленно продуцируемого в полости носа.

В педиатрической практике широко используют препарат Синупрет,

в состав которого входят растительные компоненты (корень генцианы, цветки первоцвета, трава шавеля, цветки бузины, трава вербены), которые оказывают комплексное действие, проявляющееся секретолитическим, противовоспалительным, иммуностимулирующим, противовирусным и антибактериальным эффектами. Синупрет регулирует секрецию и нормализует вязкость слизи, устраняет мукостаз, облегчает отхождение слизи и мокроты, уменьшает отечность тканей, восстанавливает дренаж и вентиляцию околоносовых пазух, устраняет заложенность носа, нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей.

В исследовании В. Glatthae и соавт. на клетках-мишенях было показано, что экстракт травы вербены, входящей в состав Синупрета, в разведении 1:50 на 58% ингибирует вирус парагриппа I типа, на 62% — вирус гриппа (тип А), на 80% — респираторно-синцитиальный вирус. Хорошо изучена иммунофармакология данного препарата: доказана стимуляция неспецифической защиты организма — увеличение количества фагоцитов, активности нейтрофильных гранулоцитов и тканевых макрофагов, различных популяций лимфоцитов, стимуляция противовирусного иммунитета — увеличение продукции α - и γ -интерферонов (H. Ito et al., 1982; U. Schwenk, 1997).

В лечении детей с простудой, острым насморком антибиотики не показаны. Их следует назначать только при развитии бактериальных осложнений. В 7 рандомизированных контролируемых испытаниях сравнивалась эффективность антибиотиков и плацебо при острых респираторных заболеваниях у детей и взрослых; показано, что применение антибиотиков не влияло на продолжительность заболевания или периода нетрудоспособности (V. Snow, C. Mottur-Pilson, R. Gonzalesw, 2001).

Осложнениями ОРВИ, острого ринита являются острый средний отит (у 5-30% детей), острый бактериальный синусит (у 0,502% взрослых и 5-13% детей), возможно также обострение бронхиальной астмы у соответствующей категории пациентов (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007). Однако на сегодняшний день нет доказательств, что симптоматическое лечение ОРВИ может предотвратить острый средний отит или острый бактериальный синусит.

Если проявления ринита не улучшаются, через 10-14 дней врач должен исключить синусит. Педиатру нужно помнить, что важными проявлениями гнойного синусита являются общие симптомы интоксикации, температурная реакция, затрудненное носовое дыхание, гнойная ринорея, локальный болевой синдром. Может иметь место головная боль, боль либо чувство давления в области лица, чаще в лобной области или в зоне проекции верхнечелюстной

пазухи, зубная боль, густое отделяемое из полости носа, кашель, особенно усиливающийся при пробуждении после сна, нарушение восприятия запахов.

Профилактика острого инфекционного ринита включает общее укрепление организма, рациональное питание, закаливание. Химио-профилактика и иммунопрофилактика для предупреждения простуды обычно не применяются; известна возможность иммунизации против гриппа; витамин С и эхинацея не доказали своей эффективности в профилактике простуды (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007).

Следует помнить, что острые респираторные вирусные инфекции и грипп — высококонтагиозные заболевания, передающиеся воздушно-капельным и контактным путями, поэтому ребенку необходимо избегать контакта с больными людьми. Ухаживающий персонал должен использовать маски для лица

с целью предупреждения контактов «рука/глаз», «рука/нос»; особенно важным является мытье рук. ■

Литература

1. Волосовец О.П., Кривоустов С.П., Манолова Е.П., Ершова І.Б. Лікарські рослини в лікуванні і профілактиці захворювань у дітей. — Луганськ, 2003.
2. Корж А.Н. Исследование клинической эффективности и безопасности препарата Синупрет в лечении острого риносинусита // Здоровье Украины. — 2006. — № 20.
3. Кривоустов С.П. Острые риниты у детей // Дитячий лікар. — 2009. — № 1 (1).
4. Митин Ю.В., Криничко Л.Р., Островская О.А. Современная фармакотерапия простудных заболеваний и их самых частых осложнений // Здоровье Украины. — 2006. — № 8.
5. Радциг Е.Ю. Риниты у детей: классификация, диагностика и принципы лечения // Трудный пациент. — 2006. — № 10.
6. Jones N.S. Current concepts in management of paediatric rhinosinusitis // J Laringol Otol. 1999. — 113. — 1-9.
7. Marz R.W., Ismail C., Popp M.A. Action profile and efficacy of a herbal combination preparation for the treatment of sinusitis // Wien. Med. Wochenschrift. — 1999. — V.149.
8. Nelson Textbook of Pediatrics. Robert M. Kliegman, Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Bonita F. Stanton, 18th edition. — Saunders, 2007.

Новое об известном

Синдром гиперактивности и дефицита внимания у детей может быть связан с дефицитом железа

Синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается у 5-10% детей школьного возраста и может сохраняться у 30% из них во взрослом возрасте. Синдром характеризуется неуправляемой импульсивностью, гиперактивностью, нарушением внимания и исполнительных функций.

Согласно данным исследования, проведенного доктором Eric Konofal и соавт., дефицит железа может быть связан с синдромом недостатка внимания и гиперактивности у детей. Ранее уже было установлено, что дефицит железа может приводить к нарушениям познавательной функции, затруднять обучение и вызывать психомоторные нарушения. По мнению ученых, симптомы дефицита внимания и гиперактивности связаны дисфункцией допаминергических систем, обусловленной дефицитом железа.

В исследовании принимали участие 53 ребенка от 4 до 14 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, а также 27 детей без такого синдрома (группа контроля), у которых определяли уровень ферритина и оценивали тяжесть симптомов. Выявлено, что при синдроме дефицита внимания и гиперактивности значительно снижается уровень ферритина, причем чем ниже был уровень ферритина, тем более выраженными были симптомы и когнитивный дефицит. Так, в группе исследования средний уровень ферритина составлял 22 нг/мл против 44 нг/мл у здоровых детей. Снижение уровня ферритина выявлено у 84% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности ($p=0,001$). Таким образом, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности должны быть обследованы в отношении дефицита железа.

Источник: Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 1113-1115