ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНЫХ ДЕКОНГЕСТАНТОВ в купировании назальной обструкции при риносинуситах у детей

Риниты у детей остаются важной проблемой в педиатрии, что связано с их гетерогенностью, высокими показателями распространенности и заболеваемости [6–8]. Наиболее распространенной формой ринита среди детей является аллергический ринит (АР), распространенность которого колеблется от 12,0 до 22,0 % [7].

Согласно современным представлениям, ринит — это воспалительное заболевание слизистой носа, которое характеризуется не менее чем двумя назальными симптомами: ринореей, заложенностью носа, чиханием или назальным зудом [9]. Именно назальная обструкция является одним из тяжелых симптомов, побуждает родителей обратиться к врачу и существенно влияет на качество жизни больных. С назальной обструкцией ассоциируются нарушения сна; эмоциональные, поведенческие, когнитивные расстройства; дефицит внимания и гиперактивность больного ребенка, а постоянное дыхание ртом приводит к появлению ортодонтических проблем и становится основой для формирования осложнений со стороны лор-органов (например, развития риносинусита) [10–12].

Известно, что постоянно повторяющиеся у ребенка ОРЗ с проявлениями ринита могут привести к формированию аллергического/неаллергического ринита и хронического риносинусита — мультифакторных хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Аллергический и неаллергический риниты могут сочетаться друг с другом, с заболеваниями нижних дыхательных путей, их проявления зависят от этиологии, состава вдыхаемого воздуха, профиля сенсибилизации и многих других факторов. У детей вирусные инфекции верхних дыхательных путей приблизительно в 13 % случаев осложняются бактериальным риносинуситом [1].

В этиологии острого риносинусита ведущее значение имеют вирусы, тропные к респираторному эпителию, которые вызывают острое воспаление слизистой оболочки носа. К этим вирусам относятся: аденовирус, риновирус (более 90 серотипов), коронавирус, миксовирус гриппа, миксовирус парагриппа, энтеровирус, синцитиальный респираторный вирус. Слизистая оболочка полости носа является первым барьером на пути инфекционных агентов. При несостоятельности защитного барьера слизистой оболочки вирус проникает в клетку, где происходит освобождение его нуклеиновых кислот от белковой оболочки. В основе острого риносинусита лежат два взаимосвязанных патогенетических процесса — воспаление слизистой оболочки носовой полости и нарушение мукоцилиарного клиренса. Именно в силу незрелости адаптивных систем у детей последние часто болеют риносинуситом [2].

Практикующему врачу необходимо помнить, что осложнениями аллергического ринита часто являются различные заболевания лор-органов. Так, известно, что у пациентов с аллергическим ринитом более чем в 75 % случаев рано или поздно развивается хронический риносинусит [3].

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКОНГЕСТАНТОВ

На сегодняшний день деконгестанты — назальные сосудосуживающие препараты — наиболее популярные и действенные средства для лечения насморка у детей и взрослых. Однако группа сосудосуживающих препаратов не является однородной, и разные формы лекарственных средств, обладающие вазоконстрикторным действием, имеют разный профиль безопасности.

Являясь α-адреномиметиками, назальные деконгестанты вызывают стимуляцию адренергических рецепторов гладкой мускулатуры сосудистой стенки с развитием обратимого спазма. В зависимости от способа применения различают системные и местные (топические) деконгестанты.

Отрицательный фактор применения местных сосудосуживающих средств — высушивание слизистой оболочки носа. За счет анемизации сокращается выработка секрета бокаловидными клетками и слизистыми железами. Останавливается также и мерцательный эпителий, затрудняется самоочищение пазух носа. Это побочное действие часто является причиной развития бактериального процесса в околоносовых пазухах.

Причинами бесконтрольного использования сосудосуживающих капель являются: незнание родителей о побочном действии этих медикаментов, их широкая доступность вследствие безрецептурной продажи, отсутствие должного контроля за применением сосудосуживающих капель со стороны медицинских работников. Повышенная проницаемость слизистых оболочек у детей грудного возраста, а также склонность к развитию генерализованных реакций при использовании местных вазоактивных средств делает применение сосудосуживающих средств небезопасным, с угрозой развития тяжелых побочных реакций или легкой передозировки препарата. Сосудосуживающие назальные капли можно назначать только детям старше 6 месяцев, применять их следует не дольше 3 дней [4]. Следует информировать родителей об опасности передозировки и самовольного использования ребенком деконгестантов, о необходимости хранения препаратов в недоступных для детей местах. При назначении назальных средств врач должен указать концентрацию препарата, способ дозирования и длительность его применения.

Из всех деконгестантов системного воздействия самым безопасным является **фенилэфрин**. Его прием редко вызывает возбуждение, тревожность, раздражительность, повышение артериального давления, а быстрое выведение фенилэфрина делает его применение более безопасным у маленьких детей, у которых длительный деконгестивный эффект нежелателен в связи с риском развития негативных явлений и легкостью передозировки действующего вещества. Активируя α-адренорецепторы, расположенные на посткапиллярных сосудах и кавернозно-венозных синусах носа, фенилэфрин вызывает их сужение, уменьшает отек слизистой, устраняет назальную обструкцию и восстанавливает носовое дыхание. Он не вызывает значительное уменьшение кровотока в слизистой оболочке носа и реже провоцирует развитие медикаментозного ринита.

Фенилэфрин нормализует дренаж носовой полости, эффективно предупреждая развитие синусита, евстахиита и среднего отита. В 2000 г. Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (FDA) приняло решение о безопасности и эффективности фенилэфрина для перорального применения и его безрецептурном отпуске. В Северной Америке до настоящего времени одними из наиболее часто назначаемых препаратов при простуде у детей остаются пероральные формы фенилэфрина [5].

Хлорфенирамина малеат — блокатор H_1-гистаминовых рецепторов, который оказывает антисеротониновое, антигистаминное и слабое антихолинергическое действие. Он влияет на мускариновые холинорецепторы продолговатого мозга, чем обеспечивает эффективное уменьшение чихания, ринореи и зуда. Хлорфенирамина малеат снижает выраженность аллергических реакций, опосредованных действием гистамина, уменьшает проницаемость капилляров, сужает сосуды, устраняет отечность и гиперемию слизистой оболочки полости носа, носоглотки и придаточных пазух носа, оказывает противовоспалительное действие, устраняет симптомы ринита.

Сегодня на отечественном фармацевтическом рынке единственным безрецептурным деконгестантом для системного применения является препарат Мили Носик («Мили Хелскере Лтд.», Великобритания). В состав препарата Мили Носик входят фенилэфрин и хлорфенирамина малеат. Благодаря синергии активных компонентов и системному комплексному воздействию на основные механизмы развития ринита — устранению отека и воспалительных явлений в слизистой оболочке носа — препарат эффективно расширяет просвет носовых ходов и таким образом восстанавливает носовое дыхание, вентиляцию и дренаж околоносовых синусов. Препарат ликвидирует ринорею, восстанавливает дренаж придаточных пазух носа и евстахиевой трубы, а также благодаря пероральному пути введения не вредит слизистой оболочке носа.

Мили Носик — это единственные в Украине пероральные капли для эффективного купирования назальной обструкции при риносинусите. Капли для перорального применения Мили Носик можно использовать у детей начиная с 4-летнего возраста при острых и хронических ринитах и риносинуситах инфекционной и неинфекционной этиологии, а также — благодаря противоаллергическому компоненту — при аллергических ринитах и сенной лихорадке. Применение препарата Мили Носик также целесообразно в лечении медикаментозного ринита, вызванного длительным приемом топических сосудосуживающих средств. Замена на 5–10-дневный срок топических деконгестантов приемом препарата Мили Носик позволяет достаточно легко отказаться от сосудосуживающих капель. Слизистая оболочка полости носа постепенно приобретает нормальный вид, отмечается восстановление ее функции.

Препарат Мили Носик назначается детям и взрослым пациентам. Детям в возрасте 4–6 лет препарат назначают по 1 мл, 6–12 лет — по 1,5 мл, старше 12 лет и взрослым — по 1,5–2 мл 3 раза в сутки перорально на протяжении не более 4–5 дней. После приема препарата Мили Носик уже через 10–15 минут отмечается облегчение носового дыхания, уменьшение количества отделяемого из носа, восстановление обоняния, при этом эффект сохраняется в течение 6 часов.

К немаловажным особенностям препарата Мили Носик также относятся отсутствие привыкания и его хорошая переносимость. Мили Носик практически не вызывает нежелательных эффектов, имеет фруктовый вкус и запах, что значительно облегчает лечение ребенка. Недаром среди практикующих врачей бытует поговорка: «*Не мучай нос — прими per os!*»

Подготовила Татьяна Брандис

Список литературы находится в редакции