

Е.Ю. Радциг¹, Н.В. Ермилова², М.Р. Богомильский¹

ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

¹Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздравсоцразвития России, ²ДГП № 99 г. Москвы

В статье описаны различные заболевания и состояния, приводящие к развитию заложенности носа у детей, а также подходы к их лечению. Основное внимание уделяется элиминационной терапии, точнее изотоническим растворам, используемым для этих целей. Описана эффективность различных форм препарата – дозированный спрей Аква Марис и недозированный Аква Марис норм – в лечении аденоидита и синусита, а также профилактике сезонного всплеска ОРВИ у детей, в том числе в организованных детских коллективах.

Ключевые слова: аденоидит, синусит, заложенность носа, детский возраст, секрет в полости носа, отек слизистой оболочки полости носа, Аква Марис, Аква Марис норм.

Authors describe both different diseases and states leading to stuffiness in nose and approaches to their treatment. Elimination therapy is emphasized, more specifically, isotonic solutions for this treatment. Efficacy of different forms of isotonic sodium chloride (dosed spray Aqua Maris and non-dosed Aqua Maris Norm is described: both in treatment of adenoiditis and rhino sinusitis and in seasonal prophylaxis of ARVI in children population, including kindergardens.

Key words: adenoiditis, sinusitis, stuffiness in nose, childhood, nasal secretion, Aqua Maris, Aqua Maris Norm.

Заложенность носа – симптом, сопровождающий целый ряд различных заболеваний и состояний, спектр которых меняется в зависимости от возраста. Наиболее «популярной» причиной появления данного симптома является воспаление

слизистой оболочки (СО) полости носа (ринит) различной этиологии, изолированное или в сочетании с воспалением СО околоносовых пазух (синусит) [1, 2]. Заложенность носа отмечается у детей с гипертрофией структур лимфоглоточного кольца

Контактная информация:

Радциг Елена Юрьевна – д.м.н., проф. каф. оториноларингологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Адрес: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1

Тел.: (495) 959-87-58, E-mail: radtsig_e@rsmu.ru

Статья поступила 10.09.12, принята к печати 17.09.12.

(глоточной и/или небных миндалин), а также при их воспалении (аденоидит). Одностороннее нарушение носового дыхания может быть при инородном теле или новообразовании соответствующей половины носа, а в сочетании с обильными водянистыми выделениями из этой же половины носа, сильными головными болями и повышенной чувствительностью СО при невралгии Слудера (невралгия основно-небного ганглия) [3]. Затруднение носового дыхания, как результат вазодилатации и гиперсекреции, возникает под действием нейропептидов (субстанция Р, нейрокинины А и К, нейропептид Y и др. – медиаторы неадренэргической холинергической нервной системы), хотя их роль и возможности лекарственных препаратов, используемых для купирования симптомов ринита, вызванного нейротрансмиттерами, не до конца изучены и оценены на сегодняшний день. Возникает заложенность носа и при прорезывании зубов, и при паратонзиллярном или заглоточном абсцессах.

Учитывая многообразие причин, различным будет и подход к выбору способа купирования данного симптома.

При определенных показаниях, возможно, это будут хирургические вмешательства – аденомотомия, аденотонзиллотомия, вскрытие абсцесса и др. Но чаще всего используются различные лекарственные средства.

Нарушение носового дыхания (заложенность носа) – симптом не патогномичный, встречается и при синусите (вызван в основном отеком СО полости носа), и при аденоидите. Что же происходит в полости носа/носоглотке при этих состояниях?

При гипертрофии глоточной миндалины степень нарушения носового дыхания связана с ее размером и перекрытием ею просвета хоан. При аденоидите патологический секрет, находящийся в полости носа и/или в носоглотке, также препятствует свободному прохождению воздушной струи. При рините/синусите ведущую роль в нарушении носового дыхания играет отек (воспалительный или невоспалительный) СО полости носа, хотя отделяемое, скапливающееся в полости носа, также препятствует прохождению воздушной струи.

Лечение назначается индивидуально в каждом конкретном случае в соответствии с общими принципами ведения больных с конкретной нозологией.

Базисное лечение синусита включает назначение топических деконгестантов и антибактериальных препаратов (топических и/или системных). Последние неизменно популярны среди врачей разных специальностей (и педиатров, и оториноларингологов), хотя, по данным литературы [4], вирусные риносинуситы встречаются в 20–200 раз чаще бактериальных и примерно в 60% случаев

действительно бактериальные синуситы благополучно разрешаются без применения антибактериальных препаратов.

Использование лекарственных средств, уменьшающих отек СО полости носа, одобряется у детей с позиций Российского национального регистра лечения синуситов (2007), Европейский же рекомендательный документ рекомендует их использовать только у взрослых в качестве симптоматической терапии [5]. А вот промывание полости носа солевыми растворами имеет положительный уровень доказательности только в педиатрической практике и при остром, и при хроническом риносинусите [5]. Обязательным является промывание носоглотки и у больных аденоидитом, так как это единственная возможность удалить патологический секрет с поверхности глоточной миндалины.

Воспаление СО полости носа и околоносовых пазух может быть вызвано и IgE-опосредованным процессом, так как именно СО полости носа принимает на себя первый контакт с патогеном/аллергеном/поллютантом. Мерцательный эпителий, состоянию которого посвящены многочисленные публикации, при нормальном функционировании обеспечивает эвакуацию примерно 60% патогенов/аллергенов/поллютантов с поверхности, предупреждая повреждение целостности СО, что позволяет остальным структурам, входящим в ее состав, согреть, увлажнить и обеспечивать устойчивость к микробной инвазии посредством специфических и неспецифических факторов. Важная роль отводится и секрету, вырабатываемому бокаловидными клетками, так как его реологические свойства влияют на работу мукоцилиарного транспорта. Увеличение объема или изменение вязкости секрета нарушают нормальную деятельность мукоцилиарного транспорта, что может привести к адгезии возбудителя (вируса), нарушению структурной целостности эпителия и вторичной бактериальной инвазии.

Существуют и возрастные особенности строения СО полости носа. У детей грудного возраста преобладает слизистый компонент секреции, что приводит к быстрой и практически полной obturации полости носа слизистым секретом при любом воспалении. Топические деконгестанты у детей данной возрастной группы не достаточно эффективны, так как кавернозная ткань носовых раковин не сформирована полностью [6, 7]. В этом возрасте для устранения заложенности носа требуется тщательный туалет полости носа, включающий использование элиминационных препаратов и аспираторов [7].

Элиминационные препараты являются обязательными в лечении всех форм аллергического ринита, так как способствуют удалению не только секрета, но и уменьшают концентрацию аллергенов/поллютантов на поверхности СО полости носа. Важно проведение элиминационных мероприятий

у детей (особенно раннего возраста) из-за риска развития перекрестной сенсбилизации, поражений других органов и с профилактической целью.

Для элиминации могут использоваться различные растворы. Как правило, изготовлены они из морской воды, содержание солей в которой доведено до определенной концентрации (гипо-, гипер- и изотонической). Одним из них является препарат Аква Марис, изготавливаемый из воды Адриатического моря. Для очистки от примесей и планктона используется бактериологическая ультрафильтрация. Чтобы сохранить целебные свойства морской воды, препарат Аква Марис не подвергается обычным методам стерилизации (кипячению или радиационному γ -облучению), для этого используются мембранные фильтры с размером пор, равным 0,1 микрона. Данные технологии позволяют сохранять природные соли и полезные микроэлементы, содержащиеся в воде Адриатики, в различных формах препаратов Аква Марис.

Эффективность препарата была оценена целым рядом исследований. Одно из них было посвящено оценке эффективности препарата Аква Марис (дозированный изотонический спрей для носа) для профилактики сезонного всплеска ОРВИ у детей, посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ) [8]. Препарат использовался ежедневно дважды в день, сразу по приходе в ДДУ и перед уходом домой, в течение 3 месяцев. Результатом явилась быстрая и хорошая адаптация к посещению ДДУ, каждый третий ребенок ни разу не заболел. Сократилось количество дней, пропущенных по болезни ($2,9 \pm 0,09$ Аква Марис / $4,1 \pm 0,11$ контроль), дети контрольной группы болели чаще и тяжелее (осложнения в виде отита, синусита, пневмонии).

Не только профилактическую, но и лечебную эффективность препарата Аква Марис дозированный спрей оценивали у детей с острым синуситом и аденоидитом в условиях ЛОР-отделения стационара [9]. Препарат Аква Марис дозированный назначали в комплексном лечении основного заболевания, включающем антибактериальные, гипосенсибилизирующие, противогрибковые, противовоспалительные средства, а также топические деконгестанты и интраназальные препараты комплексного действия (ринофлуимуцил), а затем пролонгировали его прием до 30 дней и после выписки из стационара.

Анализ состояния детей после месячного курса применения препарата Аква Марис дозированный спрей проводился на основании результатов клинического, эндоскопического и бактериологического исследований. Уже через неделю применения препарата Аква Марис патогенные микроорганизмы определялись у 10% больных (25% в группе контроля), эрадикация возбудителей отмечалась у 70% больных (50% в группе кон-

троля). Через 1 месяц эрадикация возбудителей отмечалась у 57% больных, применявших препарат Аква Марис (25% в группе контроля), реинфекция отмечалась у 7% больных (15% в группе контроля). Профилактический эффект месячного курса применения Аква Марис заключался в том, что 17% пациентов заболели ОРВИ в период сезонного всплеска заболеваемости, в группе контроля заболели 32% детей. Были сделаны выводы, что применение комбинированного метода лечения синуситов с явлениями аденоидита (стандартная терапия+элиминационная терапия препаратом Аква Марис по 1 дозе в каждую половину носа 3 раза в день) приводит к значительному клиническому и бактериологическому улучшению, выражающемуся в уменьшении симптомов воспаления и бактериологической санации лимфоидной ткани носоглотки [9].

Одними из последних стали наблюдения, посвященные оценке эффективности препарата Аква Марис норм у детей с аденоидитом и синуситом в условиях амбулаторного лечения.

Аква Марис норм – новая форма в хорошо известной линейке препаратов Аква Марис. Изотонический раствор морской воды выпускается как баллонный спрей (недозированный). Показан к применению в комплексном лечении острых и хронических воспалительных заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки; лечении и профилактике ОРВИ и гриппа, для подготовки СО полости носа к применению лекарственных средств (в том числе и использованию топических стероидов) и для элиминации патогенов/аллергенов/поллютантов из полости носа. Использовать данный препарат можно начиная с 2-летнего возраста.

Не являясь гипертоническим раствором, Аква Марис норм не обладает опосредованным противотечным действием, основная его задача – облегчить удаление патологического секрета из полости носа и носоглотки.

Под наблюдением находились 30 детей с диагнозом «острый неосложненный синусит» в возрасте от 6 до 14 лет, 30 – с диагнозом «аденоидит» в возрасте от 2 до 12 лет, которые получали в дополнение к стандартной схеме лечения препарат Аква Марис норм (промывание полости носа 4–6 раз в день). Сравнение эффективности проводилось с группой детей с аналогичной патологией (сопоставимых по возрасту и полу), получавших стандартное лечение (топический деконгестант и системный антибиотик при синусите; комплексный интраназальный препарат и антисептик интраназально при аденоидите без промывания полости носа и носоглотки).

Для объективизации оценки симптомов использовалась балльная шкала, где 0 баллов означал отсутствие симптома, а 4 балла – его максимальную выраженность.



Заложенность носа – симптом, наиболее беспокоящий пациента и/или его родителей. Нами также оценивалось время суток, в которое этот симптом наиболее нарушал качество жизни пациента.

В группе больных с воспалением глоточной миндалины заложенность носа оценивалась и как «дневная», и «ночная», и «постоянная» (рис. 1).

Как видно из данных, представленных на рис. 1, заложенность носа в дневное время существенно уменьшилась в группе больных, проводивших промывание носоглотки препаратом Аква Марис норм уже к 3-му дню от начала лечения. Заложенность носа в ночное время, наоборот, к этому дню оценивалась пациентами как более выраженная. Опрос родителей и анализ динамики данных ЛОР-осмотров позволяют сделать вывод, что регулярное промывание полости носа днем (от 4 до 6 раз) способствовало эвакуации патологического отделяемого из носоглотки и полости носа. Ночью же отсутствие промываний, положение, способствующее скоплению секрета в задних отделах полости носа/носоглотке, приводило к

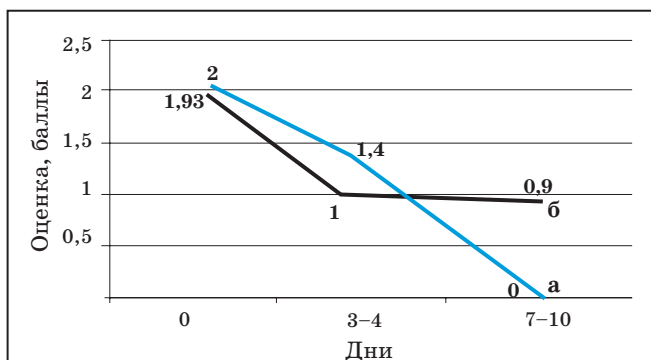


Рис. 2. Наличие стекания патологического отделяемого по задней стенке глотки у больных с диагнозом «аденоидит» на фоне применения Аква Марис норм и в группе сравнения. Здесь и на рис. 5: а – Аква Марис норм, б – контроль.

субъективно оцениваемому ухудшению носового дыхания, жалобам на храп и дыханию ртом в ночное время. Были больные, которые отмечали затруднение носового дыхания и днем, и ночью при первом визите к врачу («постоянная» заложенность носа). Элиминационная терапия и у этой группы больных также способствовала существенному улучшению состояния к 3-му дню от начала лечения (рис. 1).

Использование препарата Аква Марис норм ускорило исчезновение стекания патологического отделяемого по задней стенке глотки (рис. 2).

Использование препарата Аква Марис норм способствовало более быстрой (к 3-му дню от начала лечения) эвакуации патологического отделяемого из полости носа/носоглотки, что в свою очередь приводило к более быстрому восстановлению носового дыхания (рис. 3).

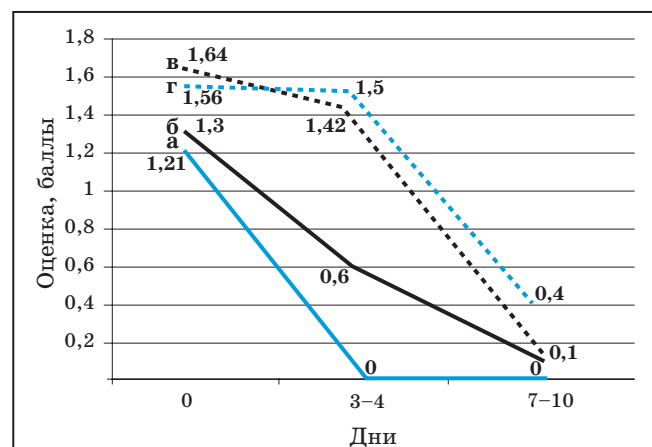


Рис. 3. Наличие и характер выделений в полости носа у больных с диагнозом «аденоидит» на фоне применения Аква Марис норм и в группе сравнения. Здесь и на рис. 6: а – слизисто-гнойные выделения, АМ; б – слизисто-гнойные выделения, контроль; г – слизистые выделения, контроль.

Эффективность проводимого лечения была оценена как излечение у 26 (86,7%) и как улучшение – у 4 больных (13,3%), получавших Аква Марис норм (рис. 4). Переносимость лечения была отмечена как «очень хорошая» у всех пациентов. Ни у одного из пациентов, применявших Аква Марис норм, не было отмечено явлений евстахиита или различных форм среднего отита.

Аналогичные симптомы оценивались и у больных с диагнозом «острый неосложненный синусит» (рис. 5–7).

У пациентов, применявших в дополнение к базисной терапии недозированный спрей Аква Марис норм, уже к 3-му дню при риноскопии отмечались слизистые выделения из носа в меньшем, чем в группе контроля, количестве.

Эффективность курса лечения у больных острым синуситом представлена на рис. 7.

После 7–10-дневного курса лечения у 19 боль-

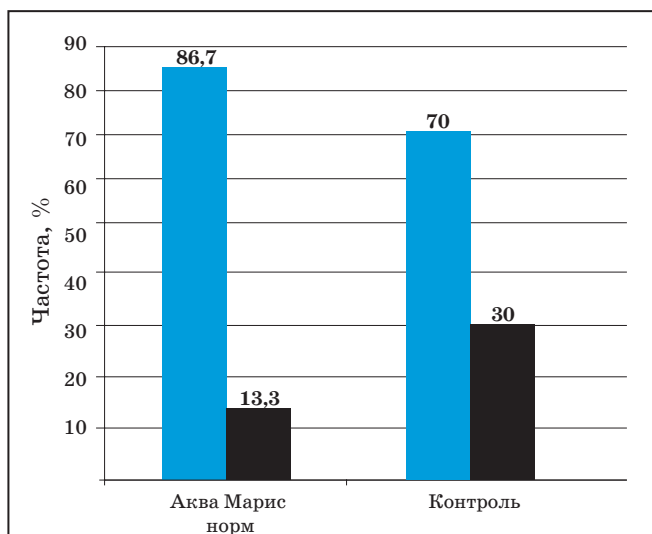


Рис. 4. Эффективность лечения больных с диагнозом «аденоидит» на фоне применения Аква Марис норм и в группе сравнения. Здесь и на рис. 7: 1-й столбик – излечение, 2-й столбик – улучшение.

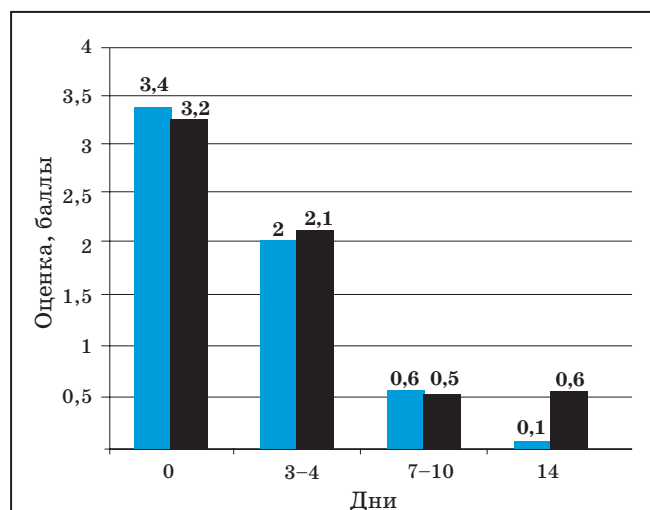


Рис. 5. Динамика заложенности носа* у больных с диагнозом «синусит» на фоне применения Аква Марис норм и в группе сравнения.

*Заложенность носа у этих пациентов оценивалась как постоянная во всех случаях.

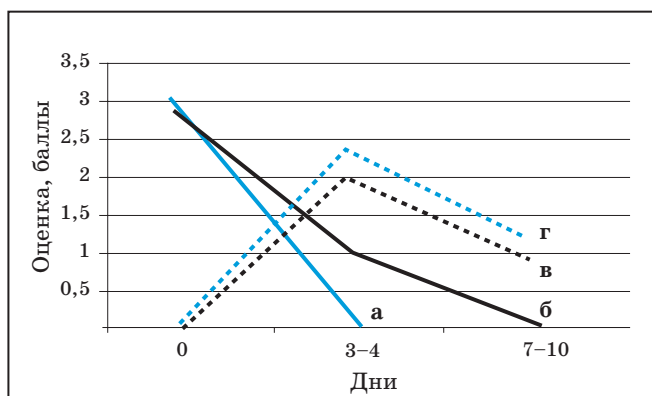


Рис. 6. Наличие и характер выделений в полости носа у больных с диагнозом «синусит» на фоне применения Аква Марис норм и в группе сравнения.

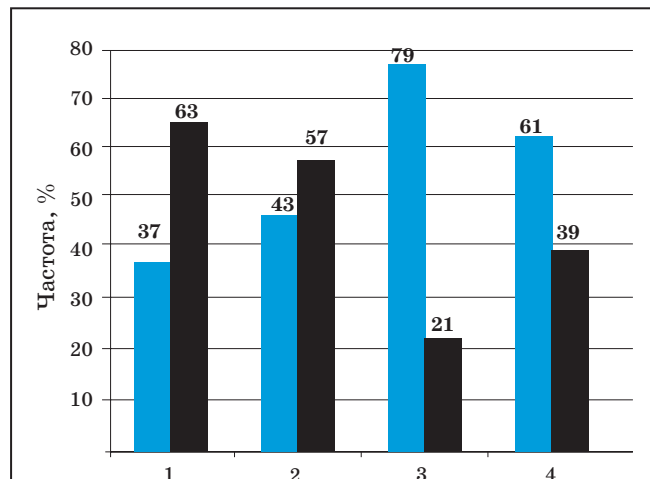


Рис. 7. Эффективность курса лечения больных с диагнозом «острый неосложненный синусит».

1 – Аква Марис норм 7 дней, 2 – контроль 7 дней, 3 – Аква Марис норм 14 дней, 4 – контроль 14 дней.

ных, применявших Аква Марис норм, и у 17 больных в группе сравнения сохранялась небольшая заложенность носа (оцениваемая как «улучшение», а не «излечение» после проведенного курса лечения). Возможной причиной можно было считать сохранение отека СО, поддерживаемого и находящимся в полости носа секретом. Для удаления его прием препарата Аква Марис норм у больных основной группы был продолжен еще на неделю, после чего вновь была оценена эффективность проводимых лечебных мероприятий. В результате 14-дневного курса применения препарата Аква Марис норм были получены результаты, подтверждающие эффективность и

целесообразность применения препарата в основной группе пациентов с синуситом по сравнению с группой сравнения.

В заключение еще раз подчеркнем безопасность использования Аква Марис норм в лечении больных с заложенностью носа различного генеза, напомнив, что курс лечения можно пролонгировать с помощью дозированной формы Аква Марис спрей с целью профилактики развития ОРВИ, особенно в период сезонного подъема заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская оториноларингология. В 2-х томах. М.: Медицина, 2008.
2. Национальное руководство по оториноларингологии. М.: ГЭОТАР, 2009.
3. Лопатин А.С. Ринит. СПб.: «Литерра», 2010: 21.
4. Sih T, Clement PAR. Pediatric Nasal and Sinus Disorders. In: Lung Biology in Health and Disease. USA: Taylor and Francis Group, 2005; 199: 451.
5. EPOS. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis. Rhinology. 2007; Suppl. 20: 19.

6. *Петров В.В., Молдавская А.А., Аведисян В.Э.* Морфогенез слизистой оболочки полости носа человека в раннем постнатальном онтогенезе и его клинические аспекты. Астрахань: Изд-во АГМА, 2007.

7. *Радциг Е.Ю., Богомильский М.Р., Лаберко Е.Л., Ермилова Н.В.* Взаимосвязь возрастных особенностей строения слизистой оболочки полости носа и способов введения препаратов для лечения острого инфекционного ринита у детей и

подростков. Педиатрия. 2012; 90 (4): 83–88.

8. *Вавилова В.П., Крекова Н.П., Сечная Е.В. и др.* Современные возможности профилактики респираторных инфекций в образовательных дошкольных учреждениях. Вестн. оториноларингологии. 2010; 3: 68–70.

9. *Гаращенко Т.И., Шишмарева Е.В.* Элиминационная терапия в лечении и профилактике аденоидитов и ОРВИ у детей. Рос. оториноларингология. 2004; 13 (6): 154–157.