

# ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОСТРОГО РИНОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ: ИЗБЕГАЯ ПОЛИПРАГМАЗИИ

М.И. Зиборова, врач-педиатр, аспирант, Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, г. Москва

**Ключевые слова:** острый ринофарингит, детский возраст, раствор серебра, антисептическое действие, местная терапия

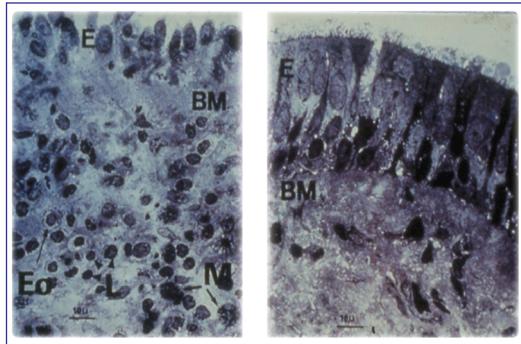
**Keywords:** acute rhinopharyngitis, child age, silver solution, antiseptic effect, regional therapy

В практике педиатра и детского отоларинголога острые и рецидивирующие ринофарингиты различной этиологии занимают лидирующее место по обращаемости родителей, достигая пика в холодный период года за счет инфекционных форм [1]. Симптомы ринофарингита (ринорея, чихание и заложенность носа, першение в горле и боль при глотании, сухой кашель и осиплость, а также выраженная интоксикация, которая проявляется астенией, миалгией, головной болью и лихорадкой) причиняют существенный дискомфорт ребенку, нарушают его социализацию, часто ведут к ограничению естественной физической активности, прогулок, столь необходимых как стимуляции эндогенных иммунных механизмов, оптимального физического и психологического развития растущего организма ребенка [2].

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРОГО РИНОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ

Сегодня хорошо известно, что типичным этиологическим агентом острых ринофарингитов и ринитов (в 65–90% случаев) являются вирусы (гриппа и парагриппа, РС-, адено-, рино-, энтеровирусы), реже – бактерии (стрепто-, стафило-, дипло-, пневмококки и другая микрофлора, обычно обнаруживаемая в носо-

глотке в непатогенной форме) [1, 3]. Характерный этиопатогенез ОРВИ включает активацию роста условно-патогенной бактериальной флоры на фоне нарушения структуры и работы слизистой носовой полости под действием вируса (см. рисунок), выполняющего роль «тroyянского коня» для бактериального размножения. Таким образом, типичной для ОРВИ является «микст» (смешанная) вирусно-бактериальная флора [1, 4].



**Рисунок.** Состояние слизистой полости носа при вирусной инфекции, через 5 дней после начала воспаления (слева) и в норме (справа).

Обозначения: Е – эпителий, ВМ – базальная мембрана, Ео – эозинофилы, L – лимфоциты, M – макрофаги [4].

На протяжении последних лет наблюдается рост внутриклеточных возбудителей (хламидии, микоплазма) и вирусов группы герпеса (Эпштейна – Барр вирусная инфекция (EBV), цитомегаловирус (CMV)) в этиологической структуре частых обострений ринофарингита, что указывает на необходимость комплексного обследования с последующим назначением специфической терапии, в особенности у часто болеющих детей. Наконец, ослабление местного иммунитета при хроническом воспалении может сопровождаться присоединением грибковой флоры.

## ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО РИНОФАРИНГИТА

В патогенезе ринофарингита воспаление глотки, как правило, возникает вторично на фоне ринита [2]. Нарушение первой линии защиты организма (проникновение вируса в слизистую) приводит к отеку слизистой оболочки носа, замедлению, а затем и полной остановке движения ресничек (нарушение мукоцилиарного клиренса), сужению носовых ходов. Ротовое дыхание способствует развитию воспалительного процесса в слизистой оболочке глотки, так как воздух в дыхательные пути поступает неочищенным, неувлажненным и недостаточно согретым [2]. Кроме того, в течении острого ринита принято выделять 3 стадии: I стадия, «сухая», – стадия раздражения, II стадия – серозных выделений, III стадия – слизисто-гнойных выделений, с общей продолжительностью острого насморка 8–14 дней [5, 7]. Следует отметить, что активная бактериальная колонизация слизистой носа, придаточных пазух и глотки типична для III стадии, что клинически сопровождается изменением структуры характера секрета (гнойное воспаление) и увеличением его вязкости.

дия – слизисто-гнойных выделений, с общей продолжительностью острого насморка 8–14 дней [5, 7]. Следует отметить, что активная бактериальная колонизация слизистой носа, придаточных пазух и глотки типична для III стадии, что клинически сопровождается изменением структуры характера секрета (гнойное воспаление) и увеличением его вязкости.

## ТЕРАПИЯ ОСТРОГО РИНОФАРИНГИТА

Учитывая, что основные симптомы острого ринофарингита обычно проходят через 3–7 дней, родители пациентов не сразу обращаются к врачу, что в свою очередь приводит к затяжному течению болезни и возникновению осложнений (евстахиита, синуситов, ангины, тонзиллофарингита, патологии нижних дыхательных путей) [2].

Основой терапии острых ринофарингитов является учет стадии (I–III) заболевания, а также одновременное лечение носа и глотки. Как отмечалось ранее, в патогенезе воспаления слизистой носовых ходов и пазух ключевую роль играет нарушение мукоцилиарного клиренса – естественного механизма микробного очищения слизистой за счет движения ресничек эпителия, что способствует адгезии и размножению патогенов на эпителиальной поверхности и чему также способствует повышение вязкости секрета (в стадии слизисто-гнойного воспаления) или обилие жидкого отделяемого из носа (в стадии экссудации). Поэтому самым важным, универсальным компонентом терапии острого ринофарингита является очищение носовых ходов от микробных, раздражающих агентов – с помощью промывания носа. Для этого можно использовать минеральные составы – физиологический раствор, негазированную минеральную воду (в форме ингаляций или полосканий), растворы растительных и химических антисептиков, морскую воду в виде мелкодисперсных спреев, капель, а также самостоятельно приготовленные растворы морской соли. Элиминация является универсальной формой лечения на каждой стадии ринита/ринофа-



рингита как в стадии раздражения, когда необходима элиминация патогенов с поверхности слизистой, так и в период активной секреции (слизистого и слизисто-гнойного отделяемого) для уменьшения дискомфорта и профилактики осложнений.

Также в терапии острого ринита при ринофарингите применяют следующие группы препаратов:

- 1) противовирусные (местные и общие средства);
- 2) антибактериальные (местно в виде спреев, капель);
- 3) иммунные препараты (интерфероны и индукторы, местные кортикоиды);
- 4) деконгестанты (противоотечные – сосудосуживающие);
- 5) антисептики и вяжущие средства (растиельные, в том числе фитонциды в форме капель, ингаляций, а также минеральные и синтетические составы);
- 6) комплексные средства, сочетающие 2 и более препаратов.

Также стоит помнить, что в комплексе лечебных мер при ринофарингите применяются физиотерапевтические методы (УФО носа/зева через тубус, УВЧ, электрофорез), дыхательная гимнастика, рациональная диета с обильным питьем, облегчением рациона, а также оптимизация режима дня с достаточным отдыхом/сном и прогулками на свежем воздухе, инсоляцией.

Назначая лечение ринофарингита ребенку, помимо безопасности и эффективности,

необходимо руководствоваться критерием «лучший список препаратов – этот тот, к которому нечего прибавить, а не отнять». Поэтому предпочтительны средства, купирующие основные симптомы заболевания и позволяющие снизить фармакологическую нагрузку на детский организм.

В начальной стадии заболевания для уменьшения раздражения слизистой местно используют мази, масляные препараты, аэрозоли, иммунные и противовирусные препараты [8, 9] наряду с общими физиологическими мерами (растирания, при отсутствии гипертермии – горячие ванны, прогрев стоп, баня/сауна) [7].

Ключевыми средствами в стадии экссудации, как серозной, так и серозно-гнойной, являются вяжущие/антисептические и противоотечные препараты. Следует, однако, отметить, что назначение последних ведет к нарушению трофики слизистой ткани и может давать побочные эффекты в виде системных реакций (за счет всасывания в слизистой носа и дальнейшей циркуляции) или медикаментозного ринита, в особенности при затяжном течении воспаления или частых рецидивах, что сокращает сроки применения до 3–5 дней [7]. Напротив, применение местных антисептиков обладает рядом преимуществ, что достигается за счет сочетания эффектов – вяжущего, противовоспалительного и антисептического [2]. Хорошо зарекомендовали себя растворы серебра, применяемые для эффективного купирования воспаления на протяжении многих веков и даже тысячелетий. За счет осаждения серебром белков они образуют защитную пленку, которая способствует уменьшению чувствительности слизистых (вязкое действие), предотвращает проникновение микроорганизмов в слизистые и вызывает их гибель (бактерицидное действие) и активирует сужение сосудов (противоотечное действие), что приводит к торможению воспалительных реакций (противовоспалительное действие). Кроме того, высокая бактериостатическая и бактерицидная эффективность растворов серебра в отношении

основных патогенных грамположительных и отрицательных возбудителей [10], более чувствительных, нежели непатогенная флора, выявляет преимущества перед местными антибиотиками, угнетающими полезную микрофлору и нарушающими биоценоз слизистых. Таким образом, комплекс эффектов, достигаемых при назначении растворов серебра, позволяет физиологично купировать основные симптомы ринита: отек слизистой (заложенность носа), активную экссудацию (насморк), местный дискомфорт (гиперчувствительность воспаленной слизистой, зуд и чихание) и тем самым избежать развития осложнений, таких как аденоидит, евстахиит, синуситы, ларингиты и др., наряду с сокращением длительности воспаления (за счет противовоспалительного и антибактериального эффекта) [2, 3, 9]. Кроме того, с учетом крайне широкой распространенности аллергопатологии и т. о. ограниченных возможностей использования растительных препаратов в терапии острого ринофарингита у этих пациентов, – антисептики на основе серебра могут быть рекомендованы детям-аллергикам в терапии как инфекционного, так и аллергического ринита, поллиноза. Стоит также помнить о возможностях лечения и профилактики грибковой флоры у детей, получающих местную и общую стероидную терапию, а также после массивного антибактериального лечения. Наконец, частое присоединение и длительное сохранение аденоидитов, адено- и тонзиллитов на фоне ОРИ продлевает показания к местному применению антисептиков, в частности растворов серебра [2].

Указанная совокупность эффектов обосновывает местное применение препаратов серебра на всех стадиях острого воспаления при рините/ринофарингите для эффективной терапии и профилактики осложнений. 

#### Список литературы:

1. Часто и длительно болеющие дети. Учеб. пособие для врачей. Министерство здравоохранения Хабаровского края, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, каф. педиатрии и неонатологии; сост. В.Ю. Тарасевич. Хабаровск, изд. центр ИПКСЗ, 2003, 19 с.
2. Зиборова Н.В., Белов В.А., Ханакаева З.К. Ринофарингиты у детей. Методические рекомендации. Пособие для врачей. Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии. М., 2012, 24 с.
3. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-Мед, 2001, 431 с.
4. Effective prevention of bacterial superinfections by phytopharmaca in the course of a viral respiratory tract infection. Prof. J.P. Guggenbichler. Ежегодная научно-практическая конференция «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному»: Фитотерапия респираторных заболеваний в педиатрической практике в Москве, 22–23.11.2012.
5. Гаращенко Т.И. Затрудненное носовое дыхание у детей: диагностика и принципы лечения // Педиатрия: Журн. им. Г.Н. Сперанского, 2008; 87: 5: 68–75.
6. Карпова Е.П., Соколова М.В. Выбор рациональных методов терапии острых инфекционных ринитов у детей с аллергоанамнезом // Лечащий врач, 2011, № 4, с. 88–92.
7. Зайцева О.В. Острый ринофарингит в педиатрической практике // Лечащий врач, 2012, № 10, с. 68–71.
8. Лопатин А.С., Овчинников А.Ю., Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н. Топические препараты для лечения острого и хронического ринита // Русский медицинский журнал, 2003; 11: 8: 446–448.
9. Ключников С.О., Зайцева О.В., Османов И.М., Крапивкин А.И., Кешишян Е.С., Блинова О.В., Быстрова О.В. Острые респираторные заболевания у детей: Пособие для врачей // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2008, № 3, с. 1–36.
10. Доморад А.А., Краснова М.В., Афиногенов Г.Е. Чувствительность к антисептикам анаэробных и аэробных микроорганизмов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2001; 3: 1: 23.