

*Д.Н. КОКОРКИН***РОЛЬ И МЕСТО ИРРИГАЦИОННО-ОСМОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТАХ У ДЕТЕЙ***Каф. отоларингологии (зав. – проф. А.Д. Гусаков)
Запорож. академии последиплом. образования*

Острый риносинусит (ОРС) остается одним из самых распространенных заболеваний в детском возрасте. Существующие стандартные схемы лечения детей с этой патологией не отвечают на вопрос о роли и месте ирригационно-осмотической терапии при ОРС.

В практике педиатрии методика орошения полости носа давно стала самостоятельным методом профилактики гриппа и острых респираторных инфекций детского возраста. Так, по данным М.Р. Богомилского и Т.И. Гаращенко (2007), использование препаратов морской воды позволяет снизить заболеваемость детей в эпидемический и межэпидемический периоды [1]. Метод орошения полости носа и носовой части глотки солевыми растворами хорошо зарекомендовал себя в лечении больных поллинозами. Ирригация позволяет снижать кратность приема и дозу деконгестантов, антигистаминных препаратов и топических назальных стероидов. Солевые растворы способны уменьшить побочное действие кортикостероидов на слизистую оболочку полости носа и носовой части глотки [2]. В своих исследованиях Wang и соавторы (2009) доказывают, что применение солевых растворов является действенной составляющей в терапии больных ОРС и сезонным аллергическим риноконъюнктивитом [17].

Препараты морской воды показали высокую эффективность при лечении детей с персистирующей формой круглогодичного ринита [4]. По мнению С.В.Рязанцева и соавторов (2010), существует широкая до-

казательная база эффективного использования солевых растворов при ОРС детского возраста [6].

В последнее время солевые растворы стали занимать лидирующие позиции при лечении больных острым синуситом. Так, Wei и соавторы (2011) доказывают тезис о том, что орошение полости носа солевыми растворами может рассматриваться в качестве эмпирической методики терапии при синуситах детского возраста [18]. Hildenbrand и соавторы (2011) изучали эффективность ежедневных орошений полости носа у больных ОРС. Действенность рекомендаций оценивалась по трем степеням: высокая степень достоверности (А), умеренная (В) и слабая (С). Авторы пришли к выводу, что солевые орошения при ОРС показаны взрослым и детям в сочетании с базовой антибактериальной эмпирической терапией (А). В качестве профилактики гриппа и респираторных инфекций назальные ирригации следует назначать только в детском возрасте – достоверность степени В [11].

По мнению Mattos и соавторов (2011), повсеместное внедрение методики солевых орошений стало сказываться на распространенности отдельных заболеваний носа и околоносовых пазух. Авторы определяли распространенность аллергического ринита и ОРС на территории США за период 1995-2007 гг. и сделали вывод, что имеет место относительное увеличение числа пациентов с аллергическим ринитом и относительное уменьшение количества заболевших ОРС. Последнее обстоятельство, по их мнению,

основано на широком применении назальных топических стероидов и методики солевой ирригации [12].

Методика солевых орошений находит поддержку у группы экспертов EPOS и ARIA [8, 9]. Считается доказанным, что ирригация полости носа изотоническим или гипертоническим солевым раствором у пациентов с синуситами помогает облегчить симптоматику и уменьшить эндоскопические признаки заболевания. Эксперты EPOS рекомендуют назначать солевые орошения в следующих клинических ситуациях: при лечении детей с острым и хроническим синуситом, при лечении взрослых пациентов с хроническими синуситами как с полипами, так и без них, а также у лиц, перенесших операции по поводу хронического синусита [8]. В исследовательских работах EPOS доказывается преимущество гипертонических растворов. Так, Talbot и соавторы (1997) доказали, что гипертонический раствор более значимо улучшает мукоцилиарный транспорт [16]. Rabago и соавторы (2002) выявили преимущества 6-месячного применения гипертонического солевого раствора при хронических синуситах по сравнению с традиционным лечением [13].

В своих исследованиях Shoseyov и соавторы (1998) показали, что применение гипертонического раствора приводит к улучшению по следующим признакам: кашель, отделяемое из носа, постназальное стекание, а также по данным рентгенологического обследования. Использование изотонического раствора влияет только на постназальное стекание [15]. Группа авторов под руководством Harvey опубликовала результаты работы, посвященной определению эффективности назальной ирригации. Авторы сделали вывод, что последняя может быть использована в качестве дополнительного средства при лечении больных хроническим синуситом. Преимущество должно отдаваться гипертоническим солевым растворам. Это обосновано механизмом их действия: они способны облегчать носовое дыхание посредством осмотического эффекта, а изотонические солевые растворы просто очищают и увлажняют слизистую оболочку. Противоотечное и муколитическое действие реализуется за счет вы-

пота тканевой жидкости в носовой секрет согласно осмотическому градиенту. Последнее обстоятельство позволяет ограничить прием деконгестантов и секретомуколитиков, а возможно, и полностью отказаться от них [10].

О важной роли солевых растворов при синуситах сообщают Shaikh, Wald (2010). Авторы проанализировали литературные источники Кокрановской библиотеки по вопросу эффективного применения деконгестантов, антигистаминных препаратов и солевых растворов при ОРС в детском возрасте. Сравнивались плацебо контролируемые исследования. Сделан вывод, что нет доказательной базы по эффективности деконгестантов и антигистаминных препаратов при лечении детей с ОРС. Дальнейшего изучения эффективности применения требует методика солевой ирригации [14].

Подобное суждение высказывает группа отечественных авторов в тексте «Резолюции» междисциплинарного симпозиума по вопросу терапии и профилактики заболеваний носовой части глотки у детей и назначения им терапии (Львов, 2012). Авторы рекомендуют ограничить проведение эмпирической антибактериальной терапии при синуситах, справедливо полагая, что более чем у 90 % детей в этиологии ОРС преобладают респираторные вирусы, и выступают против частого назначения деконгестантов, которые необходимо ограничить 3 сутками и то в случае крайней необходимости. Сосудосуживающие капли блокируют работу мукоцилиарного транспорта, что отрицательно сказывается на клиническом течении ОРС у детей [3].

Твердую позицию по вопросу применения деконгестантов, антигистаминных препаратов и назальных стероидов при ОРС высказали авторы «Клинических практических рекомендаций» по лечению детей с острым бактериальным риносинуситом. Рекомендации сформулированы группой экспертов IDSA (Американского общества инфекционных болезней), куда вошли специалисты по педиатрии, оториноларингологии, инфекционным болезням и эпидемиологии, которые предлагают воздерживаться от назначения деконгестантов и антигистаминных препаратов. Назальные стероиды

следует применять только у пациентов с респираторными аллергиями и то в сочетании с базовой эмпирической антибактериальной терапией. Орошение полости носа и пазух солевыми растворами как физиологическими, так и гипертоническими рекомендуется использовать в качестве вспомогательного метода лечения ОРС [5].

Материалы и методы

В работе представлены результаты лечения 63 детей в возрасте от 5 до 12 лет. Изучалась эффективность различных схем терапии больных, которая включала элементы ирригационно-осмотического метода (ИОТ), антибиотики, деконгестанты и секретомуколитики. Все пациенты были подразделены на группы: в 1-ю группу (основную) вошло 30 детей, получавших традиционный курс лечения по поводу ОРС: топиче-

ские деконгестанты (оксиметазолин), секретомуколитики (фенспирид, ацетилцистеин), антибактериальные препараты (амоксциллин, цефподоксим, цефиксим), ежедневное орошение полости носа изотоническим раствором морской воды «Аква-Марис» (50 мл). По показаниям пациентам назначалась симптоматическая терапия (анальгетики и жаропонижающее средство). Во 2-ю группу (контрольную) вошло 33 ребенка, которые получали базовый курс антибактериальной терапии в сочетании с комплексом ИОТ: ежедневное орошение и вакуум-терапия полости носа гипертоническими солевыми растворами в сочетании с впрыскиванием изотонического солевого спрея «Аква-Марис»; по показаниям осуществлялось симптоматическое лечение. При учете объективных и субъективных признаков использовалась балльная система.

0 баллов	отсутствие симптомов болезни за весь период наблюдения
1 балл	легкие проявления симптомов < 1 суток
2 балла	умеренно выраженные симптомы < 2 суток
3 балла	умеренно выраженные симптомы в течение 2-3 суток
4 балла	выраженные симптомы > 3 суток
5 баллов	выраженные симптомы > 5 суток

Результаты исследований и их обсуждение

Средний оценочный балл субъективных признаков ОРС в обеих группах составил $2,75 \pm 0,5$. Ни по одному из этих показателей не выявлено статистически значимых различий (табл. 1). Симптомы заложенности носа и гнойное отделяемое отмечались на протяжении

всего периода лечения и исчезли к концу 5-6-х суток, при этом средний оценочный балл находился в пределах $4,0 \pm 0,5$ и $4,25 \pm 0,5$ ($p > 0,05$). В обеих группах на фоне проводимой терапии проявления интоксикации и гипертермии исчезли к концу вторых суток: соответственно группам, средний балл был равен $1,75 \pm 0,5$ и $2,0 \pm 0,5$ ($p > 0,05$).

Таблица 1

Балльная оценка субъективных признаков ОРС в группах

Изучаемый признак	Группы обследуемых	
	1-я основная (n=30)	2-я контрольная (n=33)
оценка в баллах (M±m)		
Затруднение носового дыхания	$4,0 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$
Озноб и гипертермия	$2,0 \pm 0,5$	$2,5 \pm 0,5$
Симптомы интоксикации	$1,5 \pm 0,5$	$1,5 \pm 0,5$
Отделяемое из полости носа	$4,0 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,5$
Нарушение обоняния	$3,0 \pm 0,5$	$3,5 \pm 0,5$
Головная боль	$2,0 \pm 0,5$	$2,0 \pm 0,5$

При оценке объективных признаков ОРС в группах средний балл составил $3,93 \pm 0,5$. Ни по одному из них не выявлено статистически значимых различий (табл. 2). В обеих группах объективные симптомы отме-

чались на протяжении всего периода лечения и исчезали, с незначительной временной разницей к концу 6-8-х суток. Средний оценочный балл в группах находился в пределах $4,12 \pm 0,5$ и $4,37 \pm 0,5$ ($p > 0,05$), соответственно.

Таблица 2

Балльная оценка объективных признаков ОРС в группах

Исследуемый признак	Группы обследуемых	
	1-я основная (n=30)	2-я контрольная (n=33)
	оценка в баллах (M±m)	
Гиперемия слизистой оболочки полости носа	$4,5 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$
Отек носовых раковин	$4,0 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$
Постназальное стекание	$4,0 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,5$
Гнойное отделяемое в полости носа	$4,0 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$

Заключение

Приведенные в работе сведения позволяют нам высказать общее мнение об эффективности использованных методов ИОТ при острых риносинуситах у детей. Ежедневное применение солевого спрея хорошо сочетается с вакуум-терапией околоносовых пазух гипертоническими растворами морской воды. Сочетание базовой эмпирической антибактериальной терапии с комплексом методов ИОТ позволяет избежать нежелательного эффекта полипрагмазии, а также сократить кратность приема топических деконгестантов и секретомуколитиков при лечении больных острым риносинуситом.

Представленная компанией Ядран (Хорватия) линейка препаратов «Аква-Марис» полностью удовлетворяет требования проведения ИОТ у детей. Основным компонентом продуктовой линейки «Аква-Марис» при заболеваниях уха, горла и носа является натуральная морская вода, добытая из заповедной зоны Адриатического моря. По мнению экспертов фонда ЮНЕ-

СКО, Адриатическое море – это самое чистое море нашей планеты. В его воде содержится более 80 незаменимых для человека микроэлементов, большинство из которых оказывает терапевтическое действие на слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух. Во всем мире наблюдается повышенный интерес пациентов к препаратам природного происхождения.

Все родители наших пациентов отметили, что конструкция флакона солевого спрея «Аква-Марис» достаточно удобна для применения, даёт возможность легко дозировать силу и направление струи, что позволяет орошать большую поверхность слизистой оболочки, не создавая при этом неприятных ощущений. Объем флакона - 50 мл (250 доз) вполне достаточен для проведения длительной поддерживающей ирригационной терапии. Полученные результаты позволяют рекомендовать спрей «Аква-Марис» для включения в базисную схему эмпирической терапии у детей при острых риносинуситах.

1. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И. Сезонная ирригационная терапия как метод профилактики респираторных заболеваний в условиях мегаполиса у детей школьного возраста с патологией ЛОР-органов // Рос. оториноларингология. – 2007. – № 5. – С. 47-49.
2. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Бабакина Л.А. Применение элиминационного препарата Аква Марис (Ядран, Хорватия) в комплексном лечении аллергического ринита у детей // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. – №3(22). – С. 52-56.

3. Гаращенко Т.И., Безшапочный С.Б., Крючко Т.А., Беш Л.В., Косаковский А.Л., Меркулова Е.П. Резолюция участников международного междисциплинарного симпозиума по вопросам терапии и профилактики воспалительных заболеваний носоглотки у детей // *Здоров'я України*. – 2012. – Т. 18(2). – С. 57.
4. Карпова Е.П., Соколова М.В. Ирригационная терапия аллергического ринита у детей // *Вестн. оториноларингологии*. – 2007; 5: 23–4.
5. Клинические практические рекомендации Американского общества инфекционных болезней 2012 года по диагностике и лечению острого бактериального риносинусита у детей и взрослых// *Здоров'я України*. – 2012. – Т. 18(2). – С. 50-52.
6. Рязанцев С.В., Кочеровец В.И. Принципы патогенетической терапии острых синуситов: Метод. рекомендации. – СПб.: Национальный регистр, 2010.
7. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen // *Allergy*. – 2008; 63 (Suppl. 86): 8-160.
8. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps // *Rhinology*. – 2007; 45 (Suppl. 20): 1-139.
9. Friedman M., Vidyasagar R., Joseph N. A randomized, prospective, double-blind study on the efficacy of Dead Sea salt nasal irrigations // *Laryngoscope*. – 2006; 116 (6): 878–82.
10. Harvey R., Hannan S.A., Badia L., Scadding G. Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis // *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. – 2007; 137 (4): 534–2.
11. Hildenbrand T., Weber R., Heubach C., Mosges R. Nasal douching in acute rhinosinusitis // *Laryngorhinootologie*. – 2011. – Vol. 90(6). – P. 346-351.
12. Mattos J.L., Woodard C.R., Payne S.C. Trends in common rhinologic illnesses-analysis of US healthcare surveys 1995-2007//*Int.Forum Allergy Rhinol*. – 2011. – Vol.1(1). – P. 3-12.
13. Rabago D., Zgierska A., Mundi M. et al. Efficacy of daily hypertonic saline nasal irrigation among patients with sinusitis: a randomized controlled trial // *J. Family Practice*. – 2002; 51 (12): 1049–55.
14. Shaikh N., Wald E.R. Decongestants, antihistamines and nasal irrigation for acute sinusitis in children // *Cochran Database System Rev.* – 2011. – Vol. 8(12). – CD007909.
15. Shoseyov D., Bibi H., Shai P. et al. Treatment with hypertonic saline versus normal saline nasal wash of pediatric chronic sinusitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 1998; 101 (5): 602-5.
16. Talbot A.R., Herr T.M., Parsons D.S. Mucociliary clearance and buffered hypertonic saline solution // *Laryngoscope*. – 1997; 107 (4): 500-3.
17. Wang Y.H., Yang C.P., Ku M.S., Sun H.L., Lue K.H. Efficacy of nasal irrigation in the treatment of acute sinusitis in children // *Int J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* – 2009. – Vol. 73(12). – 1696-701.
18. Wei J.L., Sykes K.J., Johnson P., He J., Mayo M.S. Safety and efficacy of once-daily nasal irrigation for the treatment of pediatric chronic rhinosinusitis // *Laryngoscope*. – 2011. – Vol. 121(9). – P. 1989-2000.

Поступила в редакцию 17.08.12.

© Д.Н. Кокоркин, 2012