

Выбор сосудосуживающих препаратов при риносинуситах у детей

Т.И. Гаращенко, Н.Э. Бойкова, Е.М. Зеленкин

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва

Choice of vasoconstrictors for children with rhinosinusitis

T.I. Garashchenko, N.E. Boikova, E.M. Zelenkin

Otorhinolaryngology Research and Clinical Center, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow

В статье отражены основные позиции по применению деконгестантов при лечении риносинуситов у детей. Проанализированы преимущества и недостатки всех классов деконгестантов, а также их роль в патогенетической терапии риносинусита. Определена роль комплексных сосудосуживающих препаратов с включением вспомогательных веществ (отдельные компоненты эфирных масел) на примере препарата Лазолван® Рино. Рациональная и своевременная терапия острого ринита у детей позволяет значительно уменьшить частоту осложнений, улучшить состояние ребенка, способствуя восстановлению нормального питания и сна. Поскольку в терапии острых риносинуситов важнейшее значение имеет скорость лечения, в первые дни заболевания акцент делается на деконгестанты. Деконгестант Лазолван® Рино компании Boehringer Ingelheim в полной мере отвечает задачам лечения острого риносинусита у детей старше 6 лет, являясь эффективным, надежным и безопасным средством, что подтверждено клиническими исследованиями.

Ключевые слова: риносинуситы, дети, деконгестанты, патогенетическая терапия.

The paper highlights the principal items of use of decongestants in the treatment of rhinosinusitis in children. It analyzes the advantages and disadvantages of all classes of decongestants and their role in the pathogenetic therapy of rhinosinusitis. The role of complex vasoconstrictors including excipients (certain components of essential oils) is defined, by using Lasolvan®Rhino as an example. The efficient and timely therapy of acute rhinitis in children can considerably reduce the frequency of complications and improve a child's health, helping restore normal eating and sleep. Since the earliest treatment is of the greatest importance in the therapy of acute rhinosinusitis, emphasis is placed on decongestants within the first days of the disease. The decongestant Lasolvan®Rhino (Boehringer Ingelheim) fully meets the goals of treatment for acute rhinosinusitis in children over 6 years of age as an effective, reliable, and safe agent, as evidenced by clinical trials.

Key words: rhinosinusitis, children, decongestants, pathogenetic therapy.

Острые респираторные заболевания составляют до 80% среди ежегодно регистрируемых заболеваний у детей. Распространение острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) может происходить как горизонтальным, так и вертикальным путем. При первом варианте патологический процесс распространяется на слизистую оболочку слуховой трубы, приводя к среднему отиту. До 65% случаев ОРВИ у детей в возрасте до 1 года осложняется отитами, причем после перенесенного заболевания отмечается наличие экссудата в полости среднего уха. Когда болезнь имеет вертикальное распространение, это приводит к развитию тонзиллофарингита и ларинготрахеита. По данным компьютерной томографии, до 90% детей с ОРВИ в первые дни болезни имеют признаки синусита. Бактериальные риносинуситы после перенесенной ОРВИ развиваются у 10% детей [1, 2].

Осложнения ОРВИ — серьезная проблема, особенно касательно детей младшего возраста. У 80% детей в возрасте до 1 года ОРВИ протекают с осложнениями, острые синуситы встречаются в 20–70% случаев. Хронические заболевания околоносовых пазух составляют от 16 до 34% всех ЛОР-заболеваний у детей. Из-за неправильной тактики лечения синуситы чреваты тяжелыми орбитальными осложнениями в 10–20% случаев [3].

Чем моложе ребенок, тем более он подвержен влиянию факторов, способствующих затруднению носового дыхания. Верхние дыхательные пути новорожденного ребенка устроены так, что воздух проходит через маленькую полость носа по очень длинному пути — таким образом, он успевает согреться до температуры 37°C. Физиологические особенности развития кавернозной ткани у детей разного возраста требуют дифференцированного подхода к выбору деконгестантов для лечения риносинуситов [4].

Назальная обструкция, ограничивая количество воздуха, необходимого для легочного дыхания, соответственно уменьшает поступление кислорода ко всему организму, что нарушает нормальную аэрацию параназальных синусов и среднего уха. Нарастание аккумуляции углекислого газа в свою очередь стимулирует уменьшение pH в синусах, повышая

© Коллектив авторов, 2016

Ros Vestn Perinatol Pediat 2016; 3: 124–131

DOI: 10.21508/1027-4065-2016-61-3-124-131

Адрес для корреспонденции: Гаращенко Татьяна Ильинична — проф., д.м.н., ученый секретарь Научно-клинического центра оториноларингологии
Бойкова Наталья Эрнестовна — к.м.н., вед. научн. сотр. отдела науки того же учреждения

Зеленкин Евгений Михайлович — д.м.н., гл. научн. сотр. того же учреждения
123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30-2

продукцию слизи, которая не может быть выведена вследствие отека в области устьев синусов и евстахиевой трубы. Это ведет к стазу секрета, что обеспечивает благоприятную почву для пролиферации микроорганизмов [2].

Длительное дыхание через рот не может обеспечить требуемое качество и количество воздуха для нижних дыхательных путей, что также способствует развитию риносинуситов и евстахиитов (туботитов), воспалению в дыхательном тракте в целом, с клинической картиной фарингита и ларингита (картина ринобронхиального синдрома) [5]. Это ведет к изменениям со стороны других органов и нарушению гомеостаза организма. В отсутствие видимых девиаций перегородки носа, необратимой гипертрофии нижних носовых раковин, полипов или опухолей полости носа и околоносовых пазух или патологии, требующей хирургического лечения, носовое дыхание может быть улучшено медикаментозным способом путем уменьшения отека слизистой оболочки и объема нижних носовых раковин.

Определенные физиологические особенности функционирования структур полости носа у детей различных возрастных групп создают предпосылки к замедлению скорости прохождения воздушной струи через полость носа, чтобы при небольшой протяженности пути от преддверия носа до гортани успеть довести состояние воздуха до физиологических параметров, необходимых для нормального функционирования нижних дыхательных путей [2]. К таким **физиологическим особенностям** относятся следующие:

- нижний носовой ход становится основным проводником воздушного потока после 7-летнего возраста;
- низкая и толстая носовая перегородка;
- незначительная перпендикулярная пластинка решетчатой кости с окончанием ее роста к 10 годам;
- отсутствие кавернозной ткани в области свободных краев носовых раковин у детей первых лет жизни;
- высокая лабильность кавернозной ткани у старших детей и регуляция ее тройничным нервом, что дает блокаду, ринорею, в том числе при смене зубов.

Кроме того, ряд **аномалий и пороков развития** может быть причиной затруднения носового дыхания:

- атрезия полости носа: полная и неполная;
- пороки развития (умножение носовых ходов, агенезия полости носа, расщепления, дистопия и др.);
- наличие в области дна носа у детей рудиментарного органа Якобсона с возможным образованием кист;
- дискретная пневматизация пазух носа, аномалии и варианты строения латеральной стенки носа (concha bullosa, bulla ethmoidalis, аномалии крючковидного отростка) и др.

В то же время эти факторы, приводящие к затруд-

нению функционирования полости носа, могут быть условиями, приводящими к развитию орбитальных, внутричерепных осложнений, стать причиной сепсиса в условиях физиологического иммунодефицита, вести к тромбозу кавернозного синуса, а также заболеваниям бронхолегочной системы [4, 6].

Обструкция устьев околоносовых пазух и затруднение оттока из них воспалительного секрета также могут приводить к развитию синусогенных осложнений. В зависимости от преимущественной локализации процесса могут формироваться орбитальные и внутричерепные осложнения. Из клеток решетчатого лабиринта процесс имеет тенденцию к распространению в полость орбиты с формированием флегмон орбиты (медиальная стенка орбиты у ребенка хрящевая). В случае, когда отек блокирует выход секрета из верхнечелюстной пазухи, развитие инфекции приводит к остеомиелиту верхней челюсти с вовлечением зубных зачатков.

Ключевыми моментами в развитии синуситов являются нарушение вентиляции, дренажа и застойные явления, которые формируются в полости носа. При присоединении бактериальной инфекции, которая обычно появляется на 5-е сутки заболевания, у пациента развивается гнойное воспаление.

Риносинусит — заболевание слизистой оболочки в пределах узких и сложных анатомических структур, ведущее к нарушению баланса между продукцией секрета в бокаловидных клетках и серозно-слизистых железах и эвакуацией секрета клетками мерцательного эпителия. При этом снижается эффективность физиологически важного мукоцилиарного очищения, что усиливает воспалительный отек околоносовых пазух с присоединением микробной флоры и ее колонизацией.

Согласно клиническому определению, риносинусит — воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя и более симптомами, один из которых — блокада носа (обструкция/заложенность) или выделения из носа. В качестве возможных симптомов могут присутствовать боль или чувство давления в области лица и уменьшение или потеря обоняния.

При передней риноскопии выявляют полипы и/или слизисто-гнойные выделения, преимущественно из среднего носового хода, и/или отек (обструкцию) вследствие воспаления слизистой оболочки в области среднего носового хода. Данные компьютерной томографии могут свидетельствовать об изменениях слизистой оболочки в области остиемезального комплекса и/или околоносовых пазух, что не является признаком гнойного воспаления.

Диагноз острого синусита при ОРВИ ставится в случае усиления симптомов после 5 дней или продолжающихся симптомах после 10 дней заболевания с общей продолжительностью менее 12 нед. Тяжесть риносинусита определяется пациентом самостоя-

тельно на основании оценки по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В соответствии с продолжительностью заболевания выделяют острый и хронический риносинусит. Для острого риносинусита характерна продолжительность менее 12 нед и полное разрешение симптомов, в то время как хронический риносинусит длится более 12 нед без полного выздоровления и имеет склонность к обострениям.

Лечение риносинусита, помимо устранения этиологического фактора, состоит в купировании воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию носовых ходов и обеспечению адекватного дренажа отделяемого из полости носа и околоносовых пазух [2, 7]. В Европейских рекомендациях для врачей в разделе практики по лечению синуситов отмечается, что антибиотики следует назначать только с 5-го дня заболевания, а с 1-го дня должны назначаться все остальные лекарственные препараты — комбинации кортикостероидов, антигистаминные средства обязательны для больных с аллергией в анамнезе. Для взрослых пациентов деконгестанты назначаются в обязательном порядке, вопрос о месте данного класса препаратов в педиатрической практике в Европе в настоящий момент остается открытым [8–10]. Ниже представлены группы препаратов, применяемых российскими врачами для лечения риносинуситов; характеристика действия препаратов дана в табл. 1:

- антибиотики — системно, топически, интраназально, внутрипазушно;
- деконгестанты — топические и системные;
- мукоактивные препараты — системно, топически, интраназально, внутрипазушно;
- антигистаминные препараты — системно, топически;
- кортикостероиды — топические.

При лечении риносинуситов важнейшее значение имеет скорость снижения отека. Поэтому в целях профилактики развития осложнений в первые 3–4 дня заболевания следует назначать сосудосуживающие препараты (деконгестанты). Деконгестанты — одни из древнейших в мире лекарств, используемых в медицине. Эфедрин использовался в Китае более 5000 лет назад, а кокаин более 100 лет применяется для анестезии слизистых оболочек. Ежегодно в мире продается 600 млн упаковок сосудосуживающих средств. Действие деконгестантов обусловлено рядом факторов: увеличением потока воздуха, проходящего через нос;

уменьшением кровенаполнения и ишемией; снижением температуры слизистой оболочки. Топические назальные стероиды, которые также дают выраженный противоотечный эффект, назначаются детям только с двухлетнего возраста и дают выраженный противоотечный эффект с 3–4-го дня от начала приема.

В физиологических условиях симпатическая импульсация поддерживает уровень констрикции посткапиллярных венул, поэтому объем сосудистой сети слизистой оболочки носа составляет только половину максимума. Парасимпатическая стимуляция вызывает вазодилатацию и увеличение кровенаполнения слизистой оболочки с увеличением количества и уменьшением вязкости слизи. Наоборот, при симпатической стимуляции развиваются вазоконстрикция и уменьшение кровенаполнения слизистой оболочки [11, 12]. Деконгестанты осуществляют регуляцию тонуса кровеносных сосудов, иннервируемых симпатическими нервами, вызывая вазоконстрикцию сосудов слизистой оболочки полости носа. Механизм осуществления деконгестантного эффекта обусловлен непосредственной прямой стимуляцией α -адренорецепторов или непрямым воздействием (ускорение выделения норадреналина или замедление его распада). Активность вазоконстрикторов определяется аффинностью препарата к конкретным рецепторам (фенилэфрин, оксиметазолин, адреналин). В табл. 2 представлена классификация адреномиметиков.

Деконгестанты имеют существенные фармакокинетические особенности, которые определяют их клиническую эффективность и безопасность. В зависимости от продолжительности сосудосуживающего эффекта выделяют препараты короткого, среднего и длительного действия. Как все лекарственные средства, сосудосуживающие препараты имеют свои побочные эффекты. Длительное местное применение может сопровождаться развитием тахифилаксии (постепенное уменьшение эффекта), синдрома «рикошета» и так называемого медикаментозного ринита, поэтому использование этих препаратов должно быть ограничено 5–7 днями. Показано, что длительное неконтролируемое применение деконгестантов в высокой концентрации приводит к сегментарному спазму сосудов головного мозга, вплоть до инсульта [14]. При передозировке деконгестантов возможно появление таких побочных эффектов, как головная боль, брадикардия, тахикардия, повышение и снижение артериального давления.

Таблица 1. Основные группы противоотечных препаратов

Характеристика	Системные антигистамины	Топические антигистамины	Назальные стероиды	Назальные деконгестанты	Назальные кромоны
Воздействие на за- ложенность	+	+	+++	++++	+
Начало действия	1 ч	15 мин	2–12 ч	5–15 мин	Разное
Длительность	12–24 ч	6–12 ч	12–48 ч	1–12 ч	2–6 ч

Эфедрин 1% может вызывать выраженные изменения вплоть до полного слущивания эпителия. Ксилометазолин и оксиметазолин в высокой концентрации угнетают мерцательный эпителий, в то время как 0,025%-й и 0,05%-й растворы оксиметазолина не вызывают заметного изменения мерцательного эпителия и других негативных побочных эффектов.

Другой представитель данной группы препаратов — Лазолван® Рино представляет собой дозированный назальный спрей для местного применения при лечении заложенности носа, обусловленной острым ринитом при ОРВИ, синуситах, евстахиитах [1–5]. Лечебный эффект препарата определяется его уникальным составом, включающим активное вещество — трамазолина гидрохлорид, а также вспомогательные вещества эвкалиптол, левоментол и камфора, являющиеся основными компонентами эфирных масел. Лекарственный препарат Лазолван® Рино обладает тройным действием: **освобождает от заложенности носа**, благодаря оригинальной молекуле трамазолина гидрохлорида, которая начинает действовать в течение первых 5 мин (быстрый эффект) после впрыскивания, при этом эффект сохраняется до 8–10 ч (продолжительный эффект) [15]. Хорошо сбалансированная смесь ментола, камфоры и эвкалиптола в составе препарата **придает ощущение свежести и легкости дыхания**, не вызывая раздражения слизистой полости носа. Благодаря наличию в составе глицерола Лазолван® Рино **увлажняет слизистую оболочку полости носа** вследствие присущего глицеролу увлажняющего свойства. Эвкалиптол, ментол и камфора являются отдельными компонентами эфирных масел. Они обладают похожим набором терапевтических, физиологических и биологических эффектов с эфирными маслами, из которых выделены,

но с минимальным риском развития аллергических реакций. Лазолван® Рино можно назначать как взрослым, так и детям в возрасте от 6 лет. Рекомендуемая доза — однократное впрыскивание спрея (82 мкг трамазолина гидрохлорида) в каждый носовой ход с частотой до 4 раз в сутки на протяжении периода до 7 дней [15]. Основные преимущества комбинации деконгестанта и компонентов эфирных масел представлены в табл. 3.

В мультицентровом неконтролируемом наблюдательном исследовании [16] по эффективности и переносимости назального спрея Лазолван® Рино приняли участие 300 пациентов — 108 детей 6–13 лет, 30 подростков (14–18 лет) и 162 взрослых, которые использовали Лазолван® Рино 4 раза в день на протяжении периода до 10 дней. Во время визита исходного уровня пациенты осуществляли количественную оценку трех проявлений — заложенность носа, чихание и насморк — по шкале от 0 до 3 баллов (0 = отсутствие, 1 = незначительная степень тяжести, 2 = умеренная степень тяжести, 3 = значительная степень тяжести). Во время завершающего визита пациенты проводили количественную оценку проявлений со стороны носа и определяли степень улучшения по двум параметрам качества жизни (способность к осуществлению повседневной активности и качество сна) по шкале от 1 до 4 баллов (1 = значительное улучшение, 2 = умеренно выраженное улучшение, 3 = слабовыраженное улучшение, 4 = отсутствие улучшения), а также оценивали общую эффективность и переносимость по шкале от 1 до 4 баллов (1 = очень хорошая, 2 = хорошая, 3 = удовлетворительная, 4 = плохая). Кроме того, пациенты заполняли опросник для оценки удобства применения препарата и его эффекта.

Таблица 2. Классификация адреномиметиков

Механизм действия	Международные непатентованные названия
Прямые адреномиметики	
α - + β -адреномиметики	Адреналина гидрохлорид
α_1 -адреномиметики	Фенилэфрин Этилэфрин
α_2 -адреномиметики	Оксиметазолин Ксилометазолин Нафазолин Инданазоламин Тетризолин Трамазолин
Непрямые адреномиметики	
Способствующие выделению норадреналина	Эфедрина гидрохлорид
Предотвращающие утилизацию норадреналина	Кокаина гидрохлорид

α_1 -адренорецепторы локализованы постсинаптически и реализуют магистральную передачу нервного возбуждения в пределах адренергического синапса. Рецепторы данного типа имеют высокую плотность у окончания синаптических нервов и расположены в стенках мелких артериальных сосудов слизистых оболочек [12]. α_2 -адренорецепторы разделяются на три функциональных подтипа: А (вызывает гипотензию, седацию, анальгезию); В (реализует гипертензивный или сосудосуживающий эффект α_2 -агонистов), С (опосредует эффекты эмоционального напряжения). α_2 -адренорецепторы (подтип В) локализованы в интимах артериальных, так и венозных сосудов [13].

Таблица 3. Деконгестанты с компонентами эфирных масел

Компоненты препарата	Терапевтическое действие	
Трамазолин гидрохлорид (процент)	α_2 (тип В) — агонист адренорецепторов	Длительный топический деконгестант (до 12 ч)
Камфора рацемическая — 14 мкг	Противоотечный, сосудосуживающий и антисептический эффект	В гомеопатии основной антидот
Левоментол (L-ментол) — 14 мкг	Антисептический, противоотечный эффект	Рефлекторное воздействие на окончание тройничного нерва
Цинеол (эвкалиптол) — 7 мкг	Противоотечное, противовоспалительное и противогрибковое действие	Эффект внутренних ингаляций

На фоне лечения улучшение симптоматики острого ринита при ОРВИ наблюдалось у 297 (99%) из 300 пациентов. Средний показатель улучшения параметров качества жизни составил $1,3 \pm 0,5$. Положительная динамика со стороны повседневной активности была зафиксирована у всех 300 пациентов, а со стороны качества сна — у 292 (97,4%). Эффективность и переносимость были субъективно оценены как «очень хорошие» или «хорошие» у 95,4 и 97,4% пациентов соответственно. Исследователи оценили эффективность и переносимость как «очень хорошие» и «хорошие» у 97,4 и 100,0% пациентов соответственно. Нежелательных явлений не наблюдалось.

Большинство (92,4%) пациентов указали, что Лазолван® Рино начинал действовать через 5 мин или раньше. С точки зрения более чем половины пациентов (52,0%), продолжительность эффекта составила от 4 до 8 ч (табл. 4). Что касается удобства применения, 76,7% пациентов указали, что оно является максимальным из возможного, при этом 57,7% пациентов отметили, что препарат не поступает в гортань. 56,7% пациентов указали, что основные компоненты эфирных масел придают спрею

приятное ощущение свежести, а 52,0% утверждали, что они облегчают дыхание, причем, с точки зрения 48,7% пациентов, они обеспечивают ощущение свободы и прохлады. Данные, указанные в дневниках пациентов, свидетельствовали о постепенном регрессе проявлений в динамике, при этом на 7-й день препарат Лазолван® Рино использовали лишь 36,7% пациентов (см. рисунок).

Конечные точки для оценки безопасности

Средняя продолжительность лечения составила 7,1 дня; значимых различий, связанных с возрастом пациентов, выявлено не было (табл. 5). В целом, 97,7% пациентов (см. рисунок) и 100,0% исследователей оценили переносимость метода терапии как «очень хорошую» или «хорошую». Нежелательных явлений не наблюдалось.

Как подчеркивают исследователи, полученные результаты свидетельствуют о том, что более чем у 95% пациентов удалось достигнуть необходимого эффекта, эффективность и переносимость были расценены как «очень хорошие» или «хорошие» как самими пациентами, так и исследователями. Улучшение хотя бы

Таблица 4. Начало терапевтического действия и продолжительность лечебного эффекта, выборка «полный набор данных для анализа»

Характеристика	Дети	Подростки	Взрослые	Всего
Пациенты, абс. (%)	108 (36,0)	30 (10,0)	162 (54,0)	300 (100)
Время, прошедшее до начала терапевтического действия, абс. (%)				
По прошествии менее чем 1 мин	21 (19,4)	6 (20,0)	27 (16,4)	54 (18,0)
Через 1 — 3 мин	59 (54,6)	15 (50,0)	63 (38,9)	137 (45,7)
Через 3 — 5 мин	24 (22,2)	7 (23,3)	55 (34,0)	86 (28,7)
По прошествии более 5 мин	3 (2,8)	2 (6,7)	17 (10,5)	22 (7,3)
Информация отсутствует	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)
Продолжительность лечебного эффекта, абс. (%)				
Менее 4 ч	30 (27,8)	7 (23,3)	57 (35,2)	94 (31,3)
От 4 до 8 ч	56 (51,9)	14 (46,7)	86 (53,1)	156 (52,0)
От 8 до 10 ч	21 (19,4)	8 (26,7)	17 (10,5)	46 (15,3)
Более 10 ч	1 (0,9)	0 (0,0)	2 (1,2)	3 (1,0)
Информация отсутствует	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (0,3)

Таблица 5. Степень воздействия препарата и результаты оценки переносимости, выборка пролеченных пациентов

Характеристика	Дети	Подростки	Взрослые	Всего
Пациенты, абс. (%)	108 (36,0)	30 (10,0)	162 (54,0)	300 (100)
Воздействие исследуемого препарата				
Среднее количество дней воздействия исследуемого препарата	7,1 (1,3)	6,8 (1,4)	7,2 (1,8)	7,1 (1,6)
Медианное количество дней воздействия исследуемого препарата	7	6	7	7
Минимальное значение	4	5	3	3
Максимальное значение	10	9	12	12
Оценка переносимости, выполненная пациентами, абс. (%)				
Очень хорошая	100 (92,6)	25 (83,3)	105 (64,8)	236 (78,7)
Хорошая	7 (6,5)	5 (16,7)	50 (30,9)	64 (21,3)
Удовлетворительная	1 (0,9)	0 (0,0)	6 (3,7)	7 (2,3)
Плохая	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Данные отсутствуют	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Оценка переносимости, выполненная исследователями, абс. (%)				
Очень хорошая	101 (93,6)	26 (86,7)	109 (67,3)	236 (78,7)
Хорошая	7 (6,5)	4 (13,3)	53 (32,7)	64 (21,3)
Удовлетворительная	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Плохая	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

по одному параметру качества жизни было зафиксировано у всех пациентов. Следует подчеркнуть, что ни одному пациенту лечение не было преждевременно отменено, это является еще одним доказательством приемлемости препарата Лазолван® Рино.

Кроме того, в настоящее исследование были включены дети и подростки, которые обычно не участвуют в контролируемых клинических исследованиях. При сравнении данных, полученных в различных возрастных группах, было выявлено, что результаты оценки эффективности (первичные конечные точки) являются аналогичными у взрослых, детей и подростков. Что касается качества жизни, у детей и подростков были получены даже более благоприятные результаты, чем у взрослых, особенно это справедливо в отношении качества сна. Аналогичным образом дети и подростки лучше переносили лечение, чем взрослые.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что препарат Лазолван® Рино хорошо переносится и является удобным в применении. В результате лечения у пациентов наблюдался регресс проявлений насморка, обусловленного простудой, а также отмечалось улучшение качества жизни.

Таким образом, при ОРВИ с симптомами вирусного риносинусита с целью профилактики бактериальных осложнений, а также улучшения качества жизни у детей старше 6 лет может быть использован препарат Лазолван® Рино. Во избежание местных осложнений топических деконгестантов, таких как медикаментозный ринит, целесообразно назначать комбинацию с интраназальной элиминационной терапией солевыми растворами. Необходимо

использовать деконгестанты в соответствующих возрасту формах (капли, спрей, дозированный аэрозоль), не превышая рекомендованной дозы и сроков применения. С особой осторожностью деконгестанты следует применять при атрофических процессах.

Заключение

Проблема ОРВИ у детей в целом и острых риносинуситов, в частности, остается крайне актуальной в настоящее время. ОРВИ у детей представляют

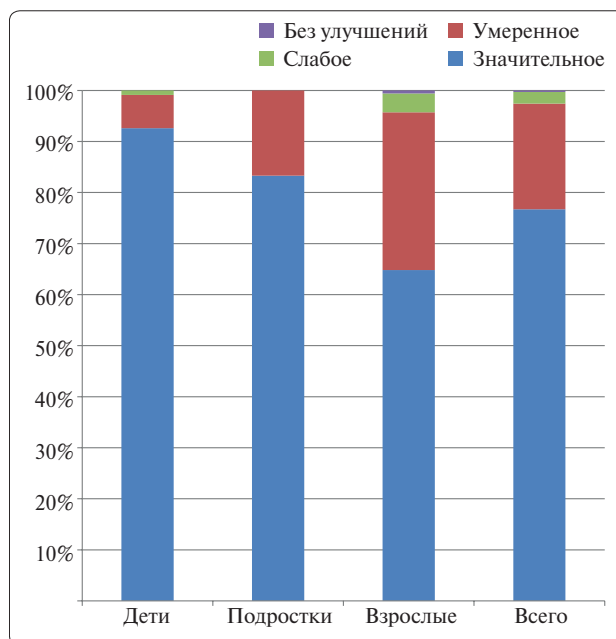


Рисунок. Оценка переносимости препарата пациентами.

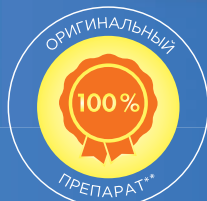
Лазолван® Рино



Тройное действие^{1,2} против насморка!

Краткая инструкция по препарату Лазолван® Рино

Показания к применению: отек слизистой оболочки носа, заложенность носа, вызванные острыми респираторными заболеваниями и / или поллинозом (ринит, сенная лихорадка). При синусите и среднем отите (евстахиите) для облегчения оттока содержимого придаточных пазух носа по рекомендации врача. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к трамазолину гидрохлориду или бензалкония гидрохлориду, а также к другим компонентам препарата, закрытоугольная глаукома, атрофический ринит, операции на черепе, осуществленные через полость носа, в анамнезе, детский возраст до 6 лет. **Побочное действие:** назальный дискомфорт. **Способ применения и дозы:** взрослым и детям старше 6 лет – по одному впрыскиванию в каждый носовой ход, до 4 впрыскиваний в каждый носовой ход в день. Не следует применять препарат более 5-7 дней без назначения врача.



1. Три активных действия: освобождает, освежает, увлажняет.

2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Лазолван® Рино.

* За исключением первого триместра беременности и только после консультации врача.

** Оригинальный лекарственный препарат – это лекарственное средство, произведенное на основе разработки новых активных субстанций и впервые появившихся на мировом фармацевтическом рынке. (Шавкова Г.В., Справочник синонимов лекарственных средств, РЦ «ФАРМЕДИНФО», 2007, стр. 6,277, 495).

Для получения полной информации см. Инструкцию по медицинскому применению препарата. Производитель: Институт де Ангели С.Р.Л., Локалита Поулли 103/С — 50066 Реггелло (Флоренция), Италия.

Регистрационный номер P N015956/01



Boehringer
Ingelheim

ООО «Берингер Ингельхайм»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16а, стр. 3.
Тел.: +7 (495) 544 50 44, факс: +7 (495) 544 56 20

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

RU/RHINO-161001

не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, прежде всего из-за широкой распространенности. Наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями отмечают у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. При ОРВИ часто наблюдаются осложнения — более 10% вирусных риносинуситов заканчиваются бактериальными осложнениями.

Таким образом, рациональная и своевременная терапия острого ринита у детей позволяет значительно уменьшить частоту осложнений, улучшить состояние ребенка, способствуя восстановлению

нормального питания и сна. Поскольку в терапии острых риносинуситов важнейшее значение имеет скорость лечения, в первые дни заболевания акцент делается на деконгестанты. При этом врачам-педиатрам необходимо внимательно относиться к данной группе препаратов, их концентрации, длительности действия, побочным эффектам. Деконгестант Лазолван® Рино компании Boehringer Ingelheim в полной мере отвечает задачам лечения острого риносинусита у детей старше 6 лет, являясь эффективным, надежным и безопасным средством, что подтверждено клиническими исследованиями.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Гаращенко Т.И. Выбор сосудосуживающих препаратов при риносинуситах у детей. Тез. 16 съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». Consilium medicum 2009; 8–15. (Garashhenko T.I., The choice of vasoconstrictor drugs during rhinosinusitis in children. Consilium medicum, 2009; 8–15.)
2. Гаращенко Т.И., Стречунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОР заболеваний в детском возрасте. В кн. Детская оториноларингология. Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М., Медицина, 2005; 299–317. (Garashhenko T.I., Strachunskij L.S. Antibiotic therapy of ENT diseases in children. In: Children's otolaryngology. M.R. Bogomil'skij, V.R. Chistyakova (eds). Moscow: Meditsina, 2005; 299–317.)
3. Гаращенко Т.И. Диагностическая и лечебная эндоскопия в детской оториноларингологии. В кн. Детская оториноларингология. Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М., Медицина, 2005; 338–400. (Garashhenko T.I., Antibiotic therapy of ENT diseases in children. In: Children's otolaryngology. M.R. Bogomil'skij, V.R. Chistyakova (eds). Moscow: Medicina, 2005; 338–400.)
4. Гаращенко Т.И., Стребкова О.А. Возрастные особенности эндоскопической внутриносовой хирургии осложненных риносинуситов у детей. Рос Ринол 2002; 2: 179–182. (Garashhenko T.I., Strebkova O.A. Age features of intranasal endoscopic surgery complicated rhinosinusitis in children. Ros Rinol 2002; 2: 179–182.)
5. Passali D., Salerni L., Passali G.C., Passali F.M. Nasal decongestants in the treatment of chronic nasal obstruction: efficacy and safety of use. Expert Opinion on Drug Safety 2006; 5: 6: 783–790.
6. Гаращенко Т.И. Пороки развития внутриносовых структур и риносинуситы у детей. Вестн оторинолар 1996; 5: 15–18. (Garashhenko T.I., Malformations of the intranasal structures and rhinosinusitis in children. Vestn otorinolar 1996; 5: 15–18.)
7. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Стребкова О.А. Алгоритмы рациональной антибиотикотерапии осложненных риносинуситов у детей. Рос Ринол 2002; 2: 108–111. (Garashhenko T.I., Bogomil'skij M.R., Strebkova O.A. Algorithms for rational antibiotic therapy of complicated rhinosinusitis in children. Ros Rinol 2002; 2: 108–111.)
8. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. К вопросу о безопасности и эффективности назальных сосудосуживающих препаратов в педиатрической практике. Вопр практич педиатрии 2010; 5: 5: 1–4. (Karpova E.P., Tulupov D.A. On the question of the safety and efficacy of nasal vasoconstrictor drugs in pediatric practice. Vopr praktich peditrii 2010; 5: 5: 1–4.)
9. Тарасова Г.Д. Альтернативная терапия некоторых форм ринита. Пульмонолог и оториноларингол 2011; 3: 14–21. (Tarasova G.D. Alternative treatment of some forms of rhinitis. Pul'monol otorinolaringol 2011; 3: 14–21.)
10. Яблонева В.Н., Гаращенко Т.И. Использование деконгестантов в детской оториноларингологии. Детская оторинолар 2001; 1: 48–50. (Jabloneva V.N., Garashhenko T.I. The use of decongestants in pediatric otolaryngology, Detskaja otorinolar 2001; 1: 48–50.)
11. Нурмухаметов Р.А. Сосудосуживающие средства (деконгестанты). Consilium medicum 2001; 1: 1: 21–23. (Nurmuhametov R.A. Decongestants Consilium medicum 2001; 1: 1: 21–23.)
12. Corboz M.R., Rivelly M.A., Varty L. et al. Pharmacological characterization of postjunctional alpha-adrenoreceptors in human nasal mucosa. Am J Rhinol 2005; 19: 5: 495–502.
13. Lacroix J.S. Adrenergic and non-adrenergic mechanisms in sympathetic vascular control of the nasal mucosa. Acta Physiol Scand 1989; 136: 581: 1–63.
14. Final monograph for OTC nasal decongestant drug products; Final rule. Fed Reg 1994; 59: 43386–43412.
15. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского препарата Лазолван® Рино. 2016; <http://www.grls.rosminzdrav.ru>
16. Katona G., Sultész M., Farkas Z. et al. Treatment of acute rhinitis with a nasal spray containing tramazoline and essential oils: a multicenter, uncontrolled, observational trial. Clin Transl Allergy 2015; 5: 38.