

Риниты у детей первых лет жизни

С.А. Карпищенко[✉], Е.К. Тихомирова

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Нарушение носового дыхания у маленьких детей является серьезной проблемой, поскольку анатомические особенности строения полости носа и носоглотки у детей первых лет жизни могут стать предпосылкой тяжелого течения заболевания и развития осложнений. Независимо от формы ринита ведущими симптомами являются заложенность носа и ринорея. Для купирования симптомов ринита применяется множество лекарственных препаратов, свободно продающихся в аптеке, однако подавляющее большинство этих лекарств противопоказано для малышей. Среди безопасных и эффективных препаратов, устраняющих главные симптомы ринита, представлены сосудосуживающий спрей Отривин «Детям» и назальный аспиратор Отривин Бэби с каплями для орошения полости носа. Данные средства специально разработаны для детей первых лет жизни, имеют высокий профиль безопасности и эффективно устраняют заложенность и выделения из носа, быстро восстанавливая хорошее самочувствие самых маленьких пациентов.

Ключевые слова: ринит, дети, топические деконгестанты, ирригационно-элиминационная терапия, ксилометазолин

Для цитирования: Карпищенко С.А., Тихомирова Е.К. Риниты у детей первых лет жизни. Педиатрия. Consilium Medicum. 2021; 3: 224–230.
DOI: 10.26442/26586630.2021.3.201147

REVIEW

Rhinitis in children of the first years of life

Sergei A. Karpischenko[✉], Ekaterina K. Tikhomirova

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Nasal breathing disturbance in young children is a serious problem, since the anatomical features of the structure of the nasal cavity and nasopharynx in young children can become a background for the development of complications. Regardless of the form of rhinitis, the leading symptoms are nasal congestion and rhinorrhea. Many over-the-counter drugs are used to relieve rhinitis symptoms, but the vast majority of these drugs are contraindicated for babies. Among the safe and effective drugs that eliminate the main symptoms of rhinitis, the topical decongestant spray Otrivin "For children" and the nasal aspirator Otrivin Baby with drops for irrigation of the nasal cavity are used. These products are specially designed for children in the first years of life, have a high safety profile and effectively eliminate nasal congestion and discharge, quickly restoring the well-being of the youngest patients.

Keywords: rhinitis, children, topical decongestants, irrigation and elimination therapy, xylometazoline

For citation: Karpischenko SA, Tikhomirova EK. Rhinitis in children of the first years of life. Pediatrics. Consilium Medicum. 2021; 3: 224–230.
DOI: 10.26442/26586630.2021.3.201147

Введение

Полость носа играет ведущую роль в обеспечении гомеостаза верхних дыхательных путей (ВДП), выполняя дыхательную, защитную, рефлекторную, обонятельную, калориферную, транспортную, выделительную функции [1]. Слизистая оболочка полости носа (СОПН) является первой линией защиты от патогенных микроорганизмов, в ней представлено множество неспецифических факторов защиты, таких как интерферон, комплемент, лизоцим, цитокины, гликопротеиды слизи, секреторные иммуноглобулины. Нарушение защитных функций организма, активизация условно-патогенной микрофлоры приводят к воспалению слизистой оболочки (СО). Ринит – это воспалительное заболевание СОПН, сопровождающееся нарушением носового дыхания, ринореей и чиханьем [2]. Острый ринит (ОР) бывает у лиц всех возрастов, однако маленькие дети наиболее уязвимы, в первую очередь вследствие незрелости защитных механизмов СО ВДП и всего организма в целом, высоких рисков развития осложнений, ограниченного набора средств медикаментозной терапии. Острые и хронические риниты чрезвычайно распространены среди детей и составляют существенную

долю среди прочих поводов для обращения на амбулаторном приеме. Несмотря на отработанные алгоритмы лечения ринита у взрослых, необходимость в щадящем и безопасном подходе к терапии данного заболевания у детей первых лет жизни по-прежнему актуальна.

Классификация ринитов

Этиология ринита многообразна, в России и за рубежом существует множество классификаций данного заболевания. Среди пациентов с ринитами выделяют 3 основных клинических фенотипа [3, 4]:

- 1) аллергический ринит (АР);
- 2) инфекционный ринит;
- 3) неаллергический неинфекционный ринит (НАНИР, или сокращенно НАР), а также возможные их комбинации (смешанные формы, которые в некоторых документах рассматривают как 4-й клинический фенотип).

АР – заболевание, связанное с иммуноглобулин Е (IgE)-опосредованным воспалением СОПН, которое развивается вследствие контакта с аллергенами [5]. Для АР характерны симптомы ринореи, обструкции полости носа, зуд, чиханье, которые могут наблюдаться как

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Карпищенко Сергей Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: karpischenkos@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1124-1937

Тихомирова Екатерина Константиновна – аспирант каф. оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: kt-92@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6952-6543

[✉]Sergei A. Karpischenko – D. Sci. (Med.), Prof., Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: karpischenkos@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1124-1937

Ekaterina K. Tikhomirova – Graduate Student, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: kt-92@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6952-6543

по отдельности, так и одновременно. АР является одной ведущих причин хронического нарушения носового дыхания среди лиц всех возрастов. Частота симптомов данного заболевания в Российской Федерации составляет 18–38% [6]. Чаще болеют мальчики. В возрастной группе до 5 лет распространенность АР наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте. На рост встречаемости аллергических заболеваний у детей оказывают влияние факторы риска, связанные с окружающей средой, курение родителей и их пищевые привычки, загрязнение воздуха [7]. Среди основных аллергенов различают пыльцу деревьев и сорных трав, аллергены животных, клещей домашней пыли, плесневые грибки.

АР у ребенка может рассматриваться и как самостоятельное заболевание, и как часть «атопического марша», когда манифестация АР начинается уже с 2 лет. Наследственные факторы, такие как наличие у родителей atopических заболеваний в анамнезе, являются главными предрасполагающими факторами к появлению АР у ребенка [8]. Данная гипотеза дополнительно подтверждена когортным исследованием среди близнецов [9]. Оно продемонстрировало более высокую конкордантность развития АР у дошкольников среди монозиготных близнецов в сравнении с дизиготными близнецами. Интересной представляется «гигиеническая гипотеза», обуславливающая рост аллергических заболеваний среди детей снижением числа контактов со сверстниками, особенно в семьях с одним ребенком, повышением общего уровня гигиены [10]. Некоторые авторы, напротив, подчеркивают роль инфекционных агентов в качестве триггеров аллергических заболеваний [11, 12]. Большое внимание уделяется роли питания в формировании сенситизации к аллергенам в детском возрасте. Финское исследование показало положительное влияние на сокращение аллергических заболеваний у детей включения с раннего возраста в рацион рыбы и продуктов, богатых витамином D [13]. Имеются исследования, подтверждающие, что более высокое потребление витамина D матерью с пищей во время беременности снижает риски развития АР у ребенка [14].

Проявления ринитов

Среди симптомов АР у детей младшего возраста преобладают заложенность носа с отеком СО, слизистые выделения из носа. Другими характерными симптомами являются:

- раздражение и гиперемия кожи над верхней губой и на крыльях носа;
- покашливание и зуд в горле (из-за стекания слизи по задней стенке глотки);
- проявления назоокулярного рефлексa: слезотечение, инъекция сосудов склер;
- «аллергические круги» (следствие венозного застоя, вызванного отеком СО носа).

Согласно общепринятому определению **НАР** – это неIgE-опосредованное заболевание, сопровождающееся симптомами назальной обструкции, ринореей и, реже, зудом или чиханьем [15]. Точная распространенность НАР среди детей неизвестна, однако, учитывая соотношение НАР и АР как 1:3–4, можно предположить, что около 30% детей имеют симптомы НАР или смешанные формы ринита [16]. Исследования E. Toral и соавт., W. Chiang и соавт. дают похожие результаты (23,1 и 24,1% соответственно) [17, 18]. НАР – это гетерогенная группа заболеваний СОПН, среди детей встречаются следующие эндотипы [19]:

- вазомоторный (идиопатический) ринит;
- лекарственно-индуцированный ринит;
- НАР с эозинофильным синдромом;
- вкусовой (gustatory) ринит;
- гормональный ринит.

Симптомы НАР возникают в связи с действием неаллергических и неинфекционных триггеров, таких как изменения температуры окружающей среды, воздействие резких запахов и сигаретного дыма, изменения атмосферного давления и т.д. У таких лиц отсутствуют сопутствующие аллергические заболевания, аллергенспецифические IgE с помощью кожных проб или лабораторных тестов не выявляются. Главным отличием НАР от АР является отсутствие иммунных механизмов. Однако в последнее время большое внимание уделяется локальному АР (ЛАР), или энтопии. ЛАР является самостоятельной формой ринита, хотя его часто относят либо к группе АР, либо к НАР [20, 21]. ЛАР представляет собой тип хронического ринита, демонстрирующий те же фенотипические характеристики, что и АР, однако при этом у него отсутствуют признаки системной сенситизации и специфические IgE в сыворотке крови, отрицательны кожные пробы с аллергенами. Специальным методом диагностики данного состояния являются провокационные назальные тесты с аллергенами или выявление специфических IgE в назальных смывах. Однако в нашей стране данные методы широко не применяются.

Детский НАР не имеет четкого определения и часто остается недооцененным. Исследования ЛАР в детской популяции ограничены, и лишь единичные исследования подтверждают концепцию локального АР, в связи с чем многие маленькие пациенты не получают должного внимания и необходимого лечения [22, 23].

Несмотря на встречаемость АР и НАР среди дошкольников, инфекционный ринит играет доминирующую роль среди детей первых лет жизни. Для маленьких детей характерны **инфекционные риниты**, протекающие в рамках острой респираторной инфекции, вызываемой одним из несколькими респираторными вирусами. Они легко передаются при чиханье, кашле или сморкании. Острые респираторные инфекции наиболее широко распространены среди детей первых лет жизни и являются одной из ведущих причин обращения к педиатру или отоларингологу. Согласно данным Минздрава России и Роспотребнадзора, в 2018 г. заболеваемость острыми инфекциями ВДП у детей в возрасте 0–17 лет составила 75,4 тыс. случаев заболеваний на 100 тыс. человек. Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями ВДП в России составило в 2018 г. 30,9 млн случаев [24].

Спектр микроорганизмов, поражающих ВДП, представлен преимущественно вирусами. По данным Роспотребнадзора («О ситуации по заболеваемости гриппом и ОРВИ и ходом иммунизации населения в Российской Федерации») в 2021 г. среди циркулирующих вирусов определяются преимущественно респираторные вирусы негриппозной этиологии: в том числе вирусы парагриппа составили 11,0%, аденовирус – 12,3%, респираторно-синцитиальные вирусы – 2,4%, другие вирусы негриппозной этиологии – 73,9% [25]. Возбудители острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) обладают тропностью к СО всех отделов дыхательных путей, поэтому практически любой вирус может вызвать ОР.

Широкая распространенность ОРВИ среди детского населения обусловлена многообразием респираторных па-

тогенов и легкостью передачи возбудителя, особенно среди организованных детей. Наибольшая заболеваемость отмечается среди детей дошкольного возраста: в среднем ребенок 2–4 лет переносит от 4 до 8 эпизодов ОРВИ в год [26]. Расширение контактов с окружающими, посещение дошкольных учреждений приводят к постоянному контакту с инфекционными агентами. Новорожденные и дети первых месяцев жизни менее подвержены острым респираторным заболеваниям. С одной стороны, они относительно изолированы от контактов с другими людьми, с другой стороны, у них сохраняются факторы иммунитета, полученного от матери с грудным молоком. Однако чем младше ребенок, тем тяжелее протекает ОР: для детей грудного возраста характерны преобладание общих симптомов и частое развитие осложнений [27].

СОПН является первым и важнейшим барьером, блокирующим проникновение вирусов и бактерий в СО ВДП. Незрелость защитной функции респираторного эпителия и снижение местной и общей иммунной защиты организма приводят к активации персистирующей вирусной и сапрофитной флоры и запускают типичные симптомы воспалительной реакции: расширение сосудов, резкий отек СОПН, нарушение мукоцилиарного транспорта, повышение проницаемости сосудистой стенки и продукции медиаторов воспаления, усиление секреции слизи. В течении ОР различают 3 стадии.

Первая стадия – сухой ринит, характеризуется раздражением и сухостью СО. Выделений из носа при этом нет, однако может наблюдаться нарушение общего состояния – слабость, головная боль, повышение температуры тела. Маленькие дети могут жаловаться на зуд и жжение в носу и носоглотке, чиханье. Длительность стадии сухого ринита не превышает 1–2 дней.

На второй стадии – экссудации – появляются обильные выделения из носа. Сперва это могут быть водянистые прозрачные выделения, которые со временем густеют, становятся более вязкими. Интенсивный отек и набухание СОПН приводят к выраженному затруднению носового дыхания; снижается активность ресничек мерцательного эпителия, нарушается работа мукоцилиарного транспорта. Отек СО обонятельной области приводит к временному снижению или полной потере обоняния. Из-за назальной обструкции и нарушения работы транспортной функции СО происходит застой слизи в полости носа, стекание ее по задней стенке глотки или вперед. В этот период ребенок становится вялым, адинамичным, грудные дети часто плачут из-за головной боли или боли в ушах, отказываются от еды, у них ухудшается сон. Отсутствие носового дыхания может спровоцировать эпизоды ночного апноэ.

Если через 3–5 дней ринит не разрешается, он переходит в стадию слизисто-гнойных выделений. Состояние ребенка в это период улучшается, снижается температура тела, улучшается носовое дыхание. К прозрачному серозному экссудату примешиваются муцин, слущенные эпителиальные клетки, лейкоциты, эозинофилы, меняя его цвет на желтовато-зеленый или бурый. Бактериальная флора в этот период присоединяется далеко не всегда (бактериальные осложнения даже у маленьких детей не превышают 5%), и оттенок отделяемого из носа ни в коем случае не является поводом для назначения антибактериальной терапии [28].

В среднем продолжительность ОР не превышает 7–10 дней. Тяжесть течения заболевания и возможность развития осложнений зависят от реактивности организма и возраста ребенка – ринит у детей грудного возраста может протекать тяжело в форме системного заболевания с общей интоксикацией. Подобная картина обусловлена в первую очередь особенностями строения ВДП у новорожденных и детей первого года жизни. Анатомия полости носа и носоглотки детей первого года жизни значительно отличается от таковой у взрослых. Полость носа грудных детей вследствие неокончательного развития костей мозгового и лицевого скелета короче и уже как в переднезаднем направлении, так и по ширине. Относительно крупные нижние носовые раковины прилегают ко дну полости носа, таким образом резко суживая нижний носовой ход [29]. Подобные анатомические особенности резко нарушают носовое дыхание при острых воспалительных заболеваниях полости носа, что особенно неблагоприятно, так как из-за невозможности носового дыхания нарушаются акт сосания, сон, ребенок становится беспокойным, может терять в весе. Дополнительным фактором, предрасполагающим детей первых лет жизни к выраженной назальной обструкции в период ринита, является богатое кровоснабжение СО с лабильными венозными сосудами, хорошо развитыми слизистыми железами. Слуховая труба у маленьких детей короткая и относительно широкая, и, поскольку грудные дети большую часть дня находятся в горизонтальном положении, слизь из носоглотки часто попадает в слуховую трубу и среднее ухо, из-за чего ринит может осложниться отитом. Наконец, малыши не умеют высмаркиваться, и слизь с патогенными микроорганизмами стекает в глотку, вызывая фарингит и кашель, поэтому ринит часто протекает в форме назофарингита, tuboотита, ларинготрахеита.

Диагностика ринитов

Диагностика ОР не составляет большого труда, в большинстве случаев выявление конкретного возбудителя не требуется, за исключением подозрения на грипп или присоединение бактериальной флоры. В некоторых случаях следует проводить дифференциальную диагностику с прорезыванием зубов, острым бронхитом, внепищеводными проявлениями рефлюкса. В диагностике хронических ринитов на первый план выступает выявление сенсibilизации к респираторным аллергенам, которое, согласно клиническим рекомендациям, включает в себя кожное тестирование и определение специфических антител класса IgE. Определение содержания эозинофилов и концентрации общего IgE в крови не рекомендовано использовать с целью установления диагноза, так как данные методы имеют низкую диагностическую значимость [30]. При подтверждении аллергической природы ринита ребенок направляется к аллергологу. Для НАР необходимо уточнить содержание эозинофилов в мазках-отпечатках СОПН. Содержание 20% и более эозинофилов в риноцитогамме при отсутствии системных признаков аллергии указывает на неаллергический ринит с эозинофильным синдромом. Таким пациентам показано назначение интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС). Из-за лучевой нагрузки и необходимости седации рентгенологические методы исследования, такие как рентгенография и компьютерная томография околоносовых пазух, назначаются только при подозрении на наличие осложнений и не являются рутинным методом диагностики.

Принципы терапии ринитов

Несмотря на разнообразие типов и форм ринитов, главными задачами в терапии заболевания являются уменьшение симптомов назальной обструкции и улучшение носового дыхания. Однако арсенал препаратов, разрешенных к применению у детей первых лет жизни, резко ограничен. Поскольку в подавляющем большинстве случаев ОР имеет вирусную природу, он не требует этиотропной терапии. Назначение противовирусных препаратов оправдано при гриппе (ингибиторы нейраминидазы). Согласно клиническим рекомендациям [24] в первые дни заболевания возможно назначение интерферона α , однако убедительных доказательств его эффективности нет.

В случае неосложненного вирусного ринита местная и системная антибактериальная терапия не показана. Применение антибиотиков в профилактических целях без явных показаний не только не снижает риски присоединения бактериальной флоры, но и способствует формированию антибиотикорезистентности [31]. Применение антимикробных препаратов у пациентов с ОР возможно при наличии сопутствующей хронической патологии верхних и нижних дыхательных путей (например, муковисцидоз), иммунодефицитных состояниях. Признаками присоединения бактериальной инфекции могут служить:

- сочетание ОР с болью в ушах;
- сохранение фебрильной лихорадки в течение 3 дней и более;
- гнойные выделения из носа, стекание гнойного отделяемого по задней стенке глотки;
- сочетание ринита с кашлем, длящимся более 1 нед (особенно в тех случаях, когда отмечаются усиление кашля, нарастающая слабость, отделение густой мокроты).

При подозрении на осложненное течение ринита или длительности заболевания более 10–14 дней ребенок должен быть проконсультирован детским оториноларингологом, должны быть назначены клинический анализ крови и анализ на С-реактивный белок для решения вопроса о назначении дополнительных лекарственных препаратов.

Монотерапия системными антигистаминными препаратами при вирусных и бактериальных ринитах не оказывает значительного клинического эффекта на симптоматику. В метаанализе исследований, посвященных применению ряда системных антигистаминных препаратов в виде монотерапии у детей при простуде, не было обнаружено убедительных данных об их эффективности в сравнении с плацебо [32]. Единственный антигистаминный препарат, одобренный к применению у детей с возраста 1 мес, – диметиндена малеат (Фенистил капли). Он также входит в состав комбинированных назальных препаратов, таких как Виброцил.

Учитывая вышесказанное, лечение ОР носит преимущественно симптоматический характер. Тактика лечащего врача и родителей ребенка должна быть направлена на очищение полости носа от слизи, туалет полости носа с помощью солевых растворов, уменьшение отека СО носа.

Ирригационно-элиминационная терапия является эффективным способом санации СОПН от скопившейся слизи, бактерий и вирусов, обеспечивает поддержание нормального функционирования мукоцилиарного транспорта, уменьшая таким образом воспалительные явления в полости носа.

В зависимости от концентрации соли растворы для промывания ПН бывают изотонические (0,9–1% NaCl) и гипертонические – 2% и более (обычно 2,2%). Гипертонические растворы эффективны при густом секрете и выраженном отеке слизистой носа («забитый нос»), могут использоваться как альтернатива сосудосуживающим препаратам [33, 34], однако применение их у маленьких детей ограничено из-за раздражения СОПН. Высококонцентрированные растворы NaCl (7 мг/л и более) вызывают цилиотоксический эффект и не рекомендованы для применения в педиатрической практике [35].

Промывание носа изотоническим солевым раствором рекомендуется EPOS 2020 и ARIA 2016 в качестве дополнительной терапии при ОР, риносинусите и АР, а также в большинстве случаев заложенности носа у новорожденных, грудных детей и детей первых лет жизни. Литературные данные сообщают о безопасности и хорошей переносимости ирригационной терапии у детей [36]. Вследствие эффективности, простоты использования и отсутствия альтернативных лекарственных препаратов для малышей орошение носа физиологическим солевым раствором с последующей легкой аспирацией представляет собой эффективный метод профилактики и контроля назальной обструкции. У младенцев и грудных детей ежедневный туалет ПН играет важную роль в профилактике ее воспалительных заболеваний. Препаратом выбора для применения у детей до года является устройство Отривин Бэби – аспиратор со сменными насадками и стерильный раствор натрия хлорида 0,74%. Раствор не раздражает СОПН у маленького ребенка, а аспиратор бережно очищает нос от скопившейся слизи. Подобный подход к терапии воспалительных заболеваний ПН у детей первых лет жизни крайне важен, поскольку маленькие дети не могут высмаркиваться, а скопление слизистого секрета в ПН и носоглотке может привести к развитию осложнений. Помимо элиминационной функции Отривин Бэби увлажняет СОПН, предотвращая присоединение патогенной флоры и уменьшая раздражение. Сменные насадки аспиратора позволяют выполнять аспирацию быстро и эффективно, а встроенный фильтр предотвращает перенос инфекции из одной половины ПН в другую. Применение устройства Отривин Бэби показано для детей с первых месяцев жизни и до 2 лет, раствор и аспиратор применяют интраназально до 3–4 раз в сутки и более ежедневно до купирования воспалительного процесса со стороны ПН.

После завершения процедуры на обеих ноздрах устройство следует разобрать и тщательно промыть теплой мыльной водой. Если родитель обнаруживает, что выделения не могут быть удалены этим методом, ребенку может быть полезно предварительно обработать нос увлажняющим кремом.

Помимо очищения и увлажнения СОПН важную роль играет уменьшение ее отека. Для этого применяются местные, или топические, деконгестанты. Применение сосудосуживающих капель при насморке не только купирует симптомы ринита, но и снижает риск осложнений, таких как средний отит, евстахеит, у более старших детей – синусит. Деконгестанты для местного применения регулируют тонус сосудов СО, богатых симпатической иннервацией. Их действие обусловлено активацией аденилатциклазы клеточной мембраны, повышением уровня внутриклеточного циклического аденозинмонофос-

фата и вхождением в клетку ионов кальция. Большинство топических деконгестантов – селективные α_2 -адреномиметики. Системные деконгестанты являются неселективными и действуют на α_1 -, α_2 - и β_2 -адренорецепторы. α_2 -Адренорецепторы являются основными рецепторами сосудистой стенки носовых раковин и регулируют их объем за счет расширения и сокращения кавернозных вен. Топические сосудосуживающие препараты имеют ряд преимуществ перед системными деконгестантами:

- возможность применения препарата в минимальной дозировке;
- быстрый эффект за счет непосредственного контакта лекарственного вещества со СОПН;
- минимальное системное действие при соблюдении рекомендуемых дозировок;
- разрешены к применению у детей старше 1 года.

Тем не менее применение многих топических деконгестантов у маленьких детей может вызывать системное токсическое действие при неправильном выборе действующего вещества и его концентрации. Наиболее выраженными нежелательными эффектами обладают препараты группы имидазолина (нафазолин). Отравление нафазолином в первую очередь обусловлено его высокой системной биодоступностью. Передозировка нафазолина может привести к угнетению сознания у ребенка, коме и гипотермии. Его применение запрещено у детей младше 1 года, однако, учитывая побочные эффекты, нафазолин не следует применять у детей любого возраста [37].

К местным сосудосуживающим препаратам, разрешенным у детей первых лет жизни, относится ксилометазолин. Он обладает низкой биодоступностью (1%) и длительным сосудосуживающим эффектом до 8 ч. Назальный спрей Отривин «Детям» содержит ксилометазолин в оптимальной для детей дозировке 0,05%, разрешен с 2 лет. Его преимуществом является форма выпуска в виде дозированного спрея. Одна доза (одно впрыскивание) содержит точную концентрацию ксилометазолина для оптимального сосудосуживающего эффекта без риска передозировки и развития системных нежелательных явлений, в отличие от капельных форм. Для детей в возрасте от 2 до 5 лет для достижения стойкого уменьшения отека СОПН достаточно по одному впрыскиванию 2–3 раза в день. Рациональное применение спрея Отривин «Детям» не приводит к функциональным и морфологическим изменениям в СОПН.

Длительность применения любых топических деконгестантов не должна превышать 7 дней. Пролонгированные курсы местной сосудосуживающей терапии могут вызвать реактивный отек ПН, назальную гиперреактивность, ремоделирование СО и угнетение работы мукоцилиарного аппарата [38].

Для снятия симптомов АР на первый план выходят меры по устранению причинного аллергена и профилактики контакта с ним. Среди лекарственных препаратов у детей применяют солевые растворы, топические деконгестанты коротким курсом, комбинированные интраназальные препараты, которые одновременно содержат деконгестант короткого действия фенилэфрин и антигистаминный компонент (например, капли Виброцил разрешены к применению с 1 года). Важное место в терапии АР отводится применению антигистаминных препаратов и интраназальных ГКС (мометазона фураат, азе-

ластин, флутиказона фураат, флутиказона пропионат, беклометазона дипропионат, будесонид) [39]. Некоторые из вышеперечисленных интраназальных ГКС могут применяться у детей уже с 2-летнего возраста.

Терапия НАР у детей является сложной задачей и носит исключительно симптоматический характер. Эффективность интраназальных ГКС в лечении НАР является спорной [40].

Заключение

Риниты у детей первых лет жизни требуют особого подхода к терапии. Применение местных деконгестантов, промывание носа солевым раствором и аспирация содержимого ПН являются основными мероприятиями по восстановлению дыхательной функции носа и профилактики осложнений. Специальные детские формы данных групп препаратов – Отривин «Детям» и Отривин Бэби имеют высокую эффективность и обладают высоким профилем безопасности, что позволяет быстро улучшить самочувствие и качество жизни самых маленьких пациентов.

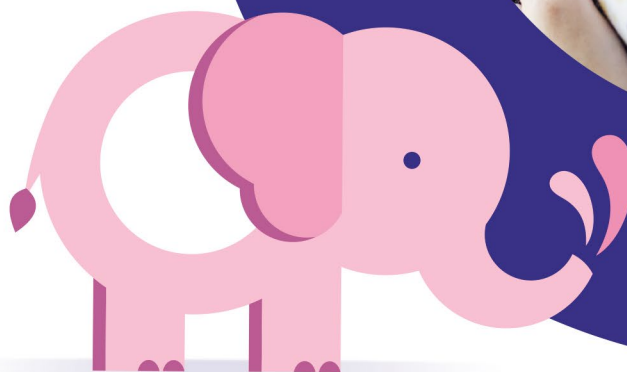
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Литература/References

1. Лопатин А.С. Ринит: руководство для врачей. М.: Литтерра, 2010 [Lopatin AS. Rhinitis: A Guide for Physicians. Moscow: Litterra, 2010 (in Russian)].
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. 3-е изд. М.: Медицинское информационное агентство, 2017 [Piskunov GZ, Piskunov SZ. Clinical rhinology. 3rd ed. Moscow: Medical Information Agency, 2017 (in Russian)].
3. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. *Allergy*. 2015;70:474–94. DOI:10.1111/all.12573
4. Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding G. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition 2007). *Clin Exp Allergy*. 2017;47(7):856–89. DOI:10.1111/cea.12953
5. Баранов А.А., Баранова-Намазова Л.С., Хаитов Р.М., и др. Аллергический ринит у детей. Клинические рекомендации. Союз педиатров России, 2016. Режим доступа: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/AP%20дети%20СПР%202026.10.2016.v2_испр_2.08.17.pdf. Ссылка активна на 06.08.2021 [Baranov AA, Baranova-Namazova LS, Khaitov RM, et al. Allergicheskii rinit u detei. Klinicheskie rekomendatsii. Soiuz pediatrov Rossii, 2016. Available at: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/AP%20дети%20СПР%202026.10.2016.v2_испр_2.08.17.pdf. Accessed: 06.08.2021 (in Russian)].
6. РАДАР. Аллергический ринит у детей: рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините. М.: Оригинал-макет, 2015 [RADAR. Allergic rhinitis in children: recommendations and an algorithm for childhood allergic rhinitis. Moscow: Original-maket, 2015 (in Russian)].
7. Ji Y, Liu Y, Yang N. Pediatric rhinitis risk factors. *Exp Ther Med*. 2016;12(4):2383–6. DOI:10.3892/etm.2016.3684
8. Illi S, Weber J, Zutavern A, et al. Perinatal influences on the development of asthma and atopy in childhood. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2014;112(2):132–9.e1. DOI:10.1016/j.anai.2013.11.019
9. Beijsterveldt CE, Boomsma DI. Genetics of parentally reported asthma, eczema and rhinitis in 5-yr-old twins. *Eur Respir J*. 2007;29(3):516–21. DOI:10.1183/09031936.00065706
10. Strachan DP, Ait-Khaled N, Foliaki S, et al. Siblings, asthma, rhinoconjunctivitis and eczema: a worldwide perspective from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *Clin Exp Allergy*. 2015;45(1):126–36. DOI:10.1111/cea.12349
11. Тюрин Ю.А., Шапкина Е.И., Мустафин И.Г., и др. Особенности мукозального иммунитета и состояния бактериоценоза при различных формах аллергического ринита. *Казанский медицинский журнал*. 2013;94(5):766–70 [Tiurin IuA, Shapkina EI, Mustafin IG,

Отривин Бэби



ЧИСТЫЙ НОСИК С САМОГО РОЖДЕНИЯ*

Удобный и современный способ ухода за носиком малыша¹:

- Для ежедневной гигиены
- При простудных заболеваниях
- При аллергическом рините

Сменные насадки
для Аспиратора



назальный
Аспиратор



Капли
для орошения
полости носа



Реклама

*Капли и аспиратор разрешены к применению у детей с рождения.

1. Инструкция по применению изделий медицинского назначения Отривин Бэби: капли для орошения полости носа РУ ФСЗ 2008/02184 от 05.07.2016, аспиратор назальный РУ ФСЗ 2008/01133 от 14.08.2018, насадки сменные для аспиратора РУ ФСЗ 2008/01134 от 14.08.2018
Товарный знак принадлежит или используется Группой Компаний ГлаксоСмитКляйн. АО «ГлаксоСмитКляйн Хелскер», Российская Федерация, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10, помещение III, комната 9, эт. 6. Тел.: 8 495 777 98 50.

0+

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ РАБОТНИКОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- et al. Osobennosti mukozal'nogo immuniteta i sostoiianiia bakteriotsenoza pri razlichnykh formakh allergicheskogo rinita. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*. 2013;94(5):766-70 (in Russian)].
12. Тригубенко Р.А., Портенко Е.Г., Столяров Д.И. Мукозальный иммунитет у пациентов с аллергическим ринитом, обусловленным нарушением микробиоценоза слизистой оболочки полости носа. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2018;24(2):81-7 [Trigubenko RA, Portenko EG, Stoliarov DI. Mukozal'nyi immunitet u patsientov s allergicheskim rinitom, obuslovlennym narusheniem mikrobiotsenoza slizistoi obolochki polosti nosa. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2018;24(2):81-7 (in Russian)].
 13. Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, et al. Intake of antioxidants during pregnancy and the risk of allergies and asthma in the offspring. *Eur J Clin Nutr*. 2011;65(8):937-43. DOI:10.1038/ejcn.2011.67
 14. Sandini U, Kukkonen AK, Poussa T, et al. Protective and risk factors for allergic diseases in high-risk children at the ages of two and five years. *Int Arch Allergy Immunol*. 2011;156(3):339-48. DOI:10.1159/000323907
 15. Poddighe D, Gelardi M, Licari A, et al. Non-allergic rhinitis in children: Epidemiological aspects, pathological features, diagnostic methodology and clinical management. *World J Methodol*. 2016;6(4):200-13. DOI:10.5662/wjm.v6.i4.200
 16. Berger WE, Schonfeld JE. Nonallergic rhinitis in children. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2007;7:112-6. DOI:10.1007/s11882-007-0008-0
 17. Topal E, Bakirtas A, Yilmaz O, et al. Predictive factors to differentiate between allergic and nonallergic rhinitis in children. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2014;4(6):447-52. DOI:10.1002/alf.21312
 18. Chiang WC, Chen YM, Tan HK, et al. Allergic rhinitis and non-allergic rhinitis in children in the tropics: prevalence and risk associations. *Pediatr Pulmonol*. 2012;47(10):1026-33. DOI:10.1002/ppul.22554
 19. Wang ZY, Jiang MJ, Zhang Y, et al. Classification of non-allergic rhinitis based on inflammatory characteristics. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(10):17523-9.
 20. Ellis AK, Keith PK. Nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2006;6(3):215-20. DOI:10.1007/s11882-006-0037-0
 21. Powe DG, Jagger C, Kleinjan A, et al. 'Entropy': localized mucosal allergic disease in the absence of systemic responses for atopy. *Clin Exp Allergy*. 2003;33:1374-9. DOI:10.1046/j.1365-2222.2003.01737.x
 22. Fuiano N, Fusilli S, Passalacqua G, et al. Allergen-specific immunoglobulin E in the skin and nasal mucosa of symptomatic and asymptomatic children sensitized to aeroallergens. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2010;20(5):425-30.
 23. Arasi S, Pajno GB, Lau S, et al. Local allergic rhinitis: A critical reappraisal from a paediatric perspective. *Pediatr Allergy Immunol*. 2016;27(6):569-73. DOI:10.1111/pai.12577
 24. Баранов А.А., Лобзин Ю.В., Баранова-Намазова Л.С., и др. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей. Клинические рекомендации. Союз педиатров, 2016. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/5/1/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii-po-okazaniyu-meditsinskoy-pomoschi-detyam-s-orvi>. Ссылка активна на 05.08.2021 [Baranov AA, Lobzin YuV, Baranova-Namazova LS, et al. Acute respiratory viral infection (ARVI) in children. Clinical guidelines. Union of Pediatricians, 2016. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/5/1/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii-po-okazaniyu-meditsinskoy-pomoschi-detyam-s-orvi>. Accessed: 05.08.2021 (in Russian)].
 25. О ситуации по заболеваемости гриппом и ОРВИ и ходом иммунизации населения в Российской Федерации. Режим доступа: https://www.rosпотреbnadzor.ru/about/info/news/page1.php?ELEMENT_ID=16574. Ссылка активна на 04.08.2021 [On the situation with the incidence of influenza and ARVI and the course of immunization of the population in the Russian Federation. Available at: https://www.rosпотреbnadzor.ru/about/info/news/page1.php?ELEMENT_ID=16574. Accessed: 04.08.2021 (in Russian)].
 26. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Лобзин Ю.В., и др. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией (острый назофарингит). 2016. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/5/1/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii-po-okazaniyu-meditsinskoy-pomoschi-detyam-s-orvi>. Ссылка активна на 05.08.2021 [Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Lobzin YuV, et al. Federal clinical guidelines for the provision of medical care to children with acute respiratory viral infection (acute nasopharyngitis). 2016. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/5/1/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii-po-okazaniyu-meditsinskoy-pomoschi-detyam-s-orvi>. Accessed: 05.08.2021 (in Russian)].
 27. Chirico G, Beccagutti F. Nasal obstruction in neonates and infants. *Minerva Pediatr*. 2010;62(5):499-505. PMID: 20940683.
 28. Van den Broek MF, Gudden C, Kluijfhout WP, et al. No evidence for distinguishing bacterial from viral acute rhinosinusitis using symptom duration and purulent rhinorrhea: a systematic review of the evidence base. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150(4):533-7. DOI:10.1177/0194599814522595
 29. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология: учебник для вузов. 2-е изд., 2007 [Bogomil'skiy MR, Chistyakova VR. Children's otorhinolaryngology: a textbook for universities. 2nd ed., 2007 (in Russian)].
 30. Федеральные клинические рекомендации по аллергическому риниту. 2020. Режим доступа: https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/471.html. Ссылка активна на 08.08.2021 [Federal Clinical Practice Guidelines for Allergic Rhinitis. 2020. Available at: https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/471.html. Accessed: 08.08.2021 (in Russian)].
 31. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(6):CD000247. DOI:10.1002/14651858.CD000247.pub3
 32. De Sutter AIM, Saraswat A, van Driel ML. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;11:CD009345. DOI:10.1002/14651858.CD009345.pub2
 33. Носуля Е.В., Винников А.К., Ким И.А. Ирригационная терапия: актуальность и эффективность. *PMЖ*. 2011(8):490 [Nosulia EV, Vinnikov AK, Kim IA. Irrigationnaia terapiia: aktual'nost' i effektivnost'. *RMZh*. 2011(8):490 (in Russian)].
 34. Карпищенко С.А., Колесникова О.М., Шумилова Н.А. Ирригационная терапия при ринитах. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2015;3:42-5 [Karpishchenko SA, Kolesnikova OM, Shumilova NA. Irrigationnaia terapiia pri rinitakh. *Pediatrics. Consilium Medicum*. 2015;3:42-5 (in Russian)].
 35. Лаберко Е.Л., Богомилский М.Р., Солдатский Ю.Л., и др. Влияние изотонического солевого раствора, содержащего бензалкония хлорид, и гипертонического раствора морской воды на функцию мерцательного эпителия полости носа in vitro. *Вестник оториноларингологии*. 2016;81(2):49-52 [Laberko EL, Bogomil'skiy MR, Soldatskiy YuL, et al. Vliianie izotonicheskogo solevogo rastvora, soderzhazhchego benzalkoniia khlorid, i gipertonicheskogo rastvora morskoi vody na funktsiiu mertsatel'nogo epiteliia polosti nosa in vitro. *Vestnik otorinolaringologii*. 2016;81(2):49-52 (in Russian)]. DOI:10.17116/otorino201681249-52
 36. Радциг Е.Ю. Особенности течения и лечения острого ринита у детей грудного и раннего возраста. *PMЖ*. 2011;22:1391 [Radtsig Elu. Osobennosti techeniia i lecheniia ostrogo rinita u detei grudnogo i rannego vozrasta. *RMZh*. 2011;22:1391 (in Russian)].
 37. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Воробьева М.П., и др. О безопасности применения назальных деконгестантов в педиатрической практике. *Вестник оториноларингологии*. 2018;83(2):46-50 [Karpova EP, Tulupov DA, Vorob'eva MP, et al. O bezopasnosti primeneniia nazal'nykh dekonstantov v pediatricheskoi praktike. *Vestnik otorinolaringologii*. 2018;83(2):46-50 (in Russian)]. DOI:10.17116/otorino201883246-50
 38. Chirico G, Quartarone G, Mallefet P. Nasal congestion in infants and children: a literature review on efficacy and safety of non-pharmacological treatments. *Minerva Pediatr*. 2014;66(6):549-57.
 39. Карпищенко С.А., Колесникова О.М. Современные аспекты лечения аллергического ринита. *Consilium Medicum*. 2019;21(3):70-4 [Karpishchenko SA, Kolesnikova OM. New aspects of allergic rhinitis treatment. *Consilium Medicum*. 2019;21(3):70-4 (in Russian)]. DOI:10.26442/20751753.2019.3.190271
 40. Segboer C, Gevorgyan A, Avdeeva K, et al. Intranasal corticosteroids for non-allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;11:CD010592. DOI:10.1002/14651858.CD010592.pub2



Статья поступила в редакцию / The article received: 10.09.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 08.10.2021