

ПЕДІАТРІЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

В.В. Бережной, В.Г. Козачук, И.И. Рубан, Н.П. Гляделова, Т.Г. Чухрай,
В.В. Корнева, М.Р. Лищинская

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИРРИГАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л.Шупика,

Городская детская клиническая больница №1, г. Киев

Цель. Изучить клиническую эффективность и безопасность гипертонического раствора Квикс в комплексной терапии острого ринита у детей.

Методы. Под наблюдением за период 2011-2012 гг. находилось 62 ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет с острым ринитом на фоне острой респираторно-вирусной инфекции. В 1-ю группу были включены 22 (35,48%) пациента, которые на фоне этиопатогенетической терапии (противовирусные, противовоспалительные препараты, муколитики, жаропонижающие средства) получали препарат Квикс. 20 (32,26%) больных 2-й группы получали на фоне традиционного лечения Квикс и местные деконгестанты (альфа-2-адреномиметик). В 3-ю группу входили 20 (32,26%) детей, которые принимали базисную терапию и местные деконгестанты (альфа-2-адреномиметик). Критериями эффективности терапии являлись достоверное уменьшение симптомов, продолжительности заболевания и применения местных деконгестантов, динамика риноскопической картины. Оценка каждого симптома проводили с помощью 3-балльной шкалы: 0 — признак отсутствует, 1 — легко выражен, 2 — умеренно выражен, 3 — сильно выражен.

Результаты. При первичном осмотре состояние средней степени тяжести было у 33 (53,2%) детей, легкой степени — у 29 (46,77%). Ирригационная терапия препаратом Квикс, как моно-, так и в сочетании с назальными деконгестантами, способствовала быстрому купированию клинических симптомов острого ринита. Применение гипертонического раствора Квикс позволило уменьшить использование сосудосуживающих средств и тем самым предупредить развитие осложнений. Не отмечено побочных явлений, связанных с применением спрея Квикс, все пациенты хорошо переносили препарат.

Выводы. Высокая терапевтическая эффективность, безопасность и удобство применения позволяют рекомендовать гипертонический раствор Квикс для широкого применения в педиатрической практике.

Ключевые слова: дети, острый ринит, ирригационная терапия, Квикс®.

ВСТУПЛЕНИЕ

Острые респираторные заболевания являются наиболее распро-страненной патологией у детей [1]. На территории Украины число переболевших гриппом и

другими ОРВИ за зимне-весенний період 2012г. склало около 2 млн. чел. Удельный вес данной инфекционной патологии среди детей составляет 61%, среди подростков 39,9%[3].

Всего известно около 300 возбудителей ОРВИ, более 200 из них вирусы. Ведущую этиологическую роль в формировании ОРВИ у детей раннего возраста играют респираторно-синтициальный вирус (РС-вирус), аденовирус, коронаривирус, миксовирус гриппа, миксовирус парагриппа, энтеровирус. При этом в последние годы отмечено, что инфицированность слизистой оболочки носоглотки у часто болеющих детей обусловлена смешанной флорой (37%), в 15% - микоплазмами, в 9% - хламидиями и в 5% - грибами рода *Candida* [6].

Большинство возбудителей тропны к верхним дыхательным путям, а в частности к полости носа, носоглотке и придаточным пазухам[7] Заболевания верхних дыхательных путей инфекционно-воспалительной этиологии способствуют угнетению активности мукоцилиарного транспорта, застою слизи и повышению риска вторичной бактериальной контаминации.

Самым частым клиническим симптомом ОРВИ является острый ринит, при котором развиваются гиперсекреция и отек слизистой оболочки полости носа, вследствие отека уменьшается просвет носовых ходов, затрудняется носовое дыхание и дренаж параназальных синусов. Для острого инфекционного ринита характерно внезапное начало, двустороннее проявление клинических признаков, сухость слизистой, жжение слизистой, заложенность и отек слизистой оболочки носовых ходов, затруднением носового дыхания, ринорея, наличие корочек на слизистой носовых ходов, чихание.

Из-за отека слизистой оболочки носа нарушается адекватный дренаж параназальных синусов, а отек слизистой в области глоточного устья слуховой трубы может приводить к снижению аэрации среднего уха. Все это создает предпосылки для активации условно-патогенной бактериальной флоры и повышает риск развития осложнений (синусит, евстахиит, средний отит).

Клинически в течении ОР выделяют три стадии, последовательно переходящие одна в другую: сухая стадия (раздражения); стадия серозных выделений; стадия слизисто-гнойных выделений (разрешения) [2, 6, 8].

Морфологические изменения при остром рините проявляются десквамацией эпителиальных клеток, ультраструктурными изменениями поверхности реснитчатых клеток и самих ресничек, повреждение мукоцилиарной транспортной системы, активации эндогенной микробной флоры.

В среднем продолжительность острого ринита 1–2 недели, что зависит от вирулентности микробной флоры, реактивности детского организма, состояния полости носа и носоглотки.

В настоящее время общепринятой является точка зрения, что ринит и синусит, как правило, протекают одновременно, так как слизистая оболочка полости носа и околоносовых пазух в сочетании с глоточной миндалинной представляют собой единую функциональную систему. Установлена корреляция выраженности воспаления в околоносовых пазухах и носовой полости [11].

ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ состоит из этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Поскольку подавляющее большинство ОРВИ имеет вирусную природу, они не требуют проведения системной антибактериальной терапии. В большинстве

случаев назначаются противовирусные препараты действие которых основано на подавление репликации вирусов.

К патогенетическим средствам терапии ОРВИ относятся противо-воспалительные препараты, подавляющие инфекционное и неинфекционное воспаления.

Симптоматическая терапия направлена на ликвидацию симптомов ОРВИ. Современный подход к лечению острых форм ринита предполагает назначение топических деконгестантов и ирригационно-элиминационной терапии. Основными принципами выбора препарата для лечения острого ринита является то, что препарат не должен наносить морфологическое или функциональное повреждение слизистой оболочке даже при длительном применении, не иметь никаких системных эффектов; нарушать активность реснитчатого эпителия.

По существующей классификации все адrenomиметики принято разделять на системные (которые не применяются в педиатрии) и топические – короткого, среднего и длительного действия. К назальным деконгестантам относятся: α -1 адrenomиметики (фенилэдрин (эпинефрин), виброцил, назол-беби); α -2 адrenomиметики (оксиметазолин, ксилометазолин, галазолин, нафазолин (нафтизин), назывин, отривин, нокспрей, инданазоламин); α -1 + α -2 адrenomиметики (псевдоэфедрин, фенилпропаноламин); α + β адrenomиметики (адrenalина гидрохлорид). Применение топических деконгестантов позволяет воздействовать непосредственно на слизистую оболочку носа, сужая расположенные в ней кровеносные сосуды и тем самым устраняя образование слизи, гиперемии и отек тканей, что приводит к уменьшению выраженности симптомов ринита и заложенности носа, а также восстановлению проходимости носовых ходов и евстахиевой трубы [12].

В отечественных протоколах по лечению гриппа и других ОРВИ при заложенности носа у детей до 6 месяцев рекомендовано увлажнять слизистую оболочку носа физиологическим раствором натрия хлорида, а сосудосуживающие назальные капли можно назначать только детям старше 6 месяцев, но применять их не дольше 3 дней. При строгом соблюдении режима дозирования. способов применения и продолжительного использования побочные и нежелательные явления встречаются редко.

Симптомы отравления назальными деконгестантами у детей чаще проявляются рефлекторной брадикардией, гипертоническим синдромом, аритмией, потливостью, тошнотой, сужением/расширением зрачков, гипотермией, нарушением периферического кровообращения, в тяжелых случаях – судорогами и комой [13]. При длительном применении большинство деконгестантов среднего и длительного действия сопровождаются снижением терапевтического эффекта, могут вызывать синдром рикошета, медика-ментозный ринит (rhinitis medicamentosa) и необратимый атрофический ринит (rhinitis sicca).

Многочисленные зарубежные и отечественные клинические исследования показали благоприятный эффект ирригационно-элиминационной терапии в лечении вирусных поражений носоглотки и околоносовых пазух. Элиминационная терапия представляет собой промывание полости носа, приводящее к многократному

разбавлению действующих на слизистую оболочку факторов (вирусов, бактерий, аллергенов, гермов и др.), механическому ее очищению. Ирригационная терапия -лечебный эффект от соляного раствора. Солевые растворы, созданные на основе океанической или морской воды. Считается, что морская вода способствует поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки, разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках. Микроэлементы, входящие в состав морской воды, улучшают функцию мерцательного эпителия, усиливают устойчивость слизистой оболочки полости носа к бактериям и вирусам, способствуют смыванию микроорганизмов, пыли и аллергенов из полости носа, уменьшают воспалительный процесс и оказывают увлажняющее действие [14]

Положительный клинический эффект ирригационной терапии обусловлен: улучшением мукоцилиарного транспорта; механическим удалением густой слизи; уменьшением биологически активных продуктов воспаления (гистамин, лейкотриены, зозинофильный катионный протеин и др.) и отека слизистой оболочки [15]. Это может способствовать восстановлению физиологического функционирования носовой полости и избежать осложнений (отит, синусит), а также перехода процесса на нижний отдел дыхательных путей (трахеит, бронхит, пневмония).

В настоящее время ирригационная терапия является неотъемлемой частью терапии заболеваний носа и околоносовых пазух с доказанной терапевтической эффективностью, что отражено в таких международных согласительных документах, как EPOS (Европейские стандарты лечения острых и полипозных синуситов) 2007 и ARIA (Европейские стандарты лечения аллергического ринита и астмы) 2008 [16].

На отечественной фармакологическом рынке солевые препараты для ирригационной терапии представлены гипотоническими, изотоническими и гипертоническими растворами.

Проведенное М.Р. Богомилским и Т.И. Гаращенко открытое контролируемое проспективное рандомизированное клиничко-эпидемио-логическое исследование показало, что использование препаратов содержащих натуральную морскую воду с элиминационной целью позволило достоверно снизить заболеваемость детей в эпидемический и межэпидемический периоды [17].

Важное значение для профилактики и подавления микробного воспаления слизистой оболочки имеет прямое бактерицидное действие гипертонического раствора. В литературе имеется много работ, посвященных оценке эффективности ирригационной терапии гипертоническими растворами. Большинство исследователей, работы которых включены в EPOS, показывают достоверное преимущество гипертонических растворов перед изотоническими. Преимущества гипертонических растворов обоснованы механизмом их действия: они способны облегчать носовое дыхание посредством осмотического эффекта, в то время как изотонические солевые растворы просто очищают и увлажняют слизистую оболочку. Противоотечное и муколитическое действие реализуется за счет выпота тканевой жидкости в носовую секрет согласно осмотическому градиенту. Так, исследования А. Talbot и соавт. показали, что буферный (рН 7,6) 3% раствор хлорида натрия способен стимулировать мукоцилиарный транспорт.

В группе здоровых добровольцев, промывавших полость носа гипертоническим буферным раствором, время транспорта сахарина уменьшилось в среднем на 3,1 мин, в то время как у лиц, использовавших для промывания изотонический буферный раствор, оно практически не изменилось [18].

O. Michel утверждает, что применение ирригационной терапии в лечении острого риносинюита или при обострении хронического риносинюита у детей приводит к ограничению потребления антибактериальных препаратов и в ряде случаев дает возможность отказаться от использования назальных деконгестантов. По мнению автора, физиологический и слабый гипер-тонический (3-5%) раствор натрия хлорида одинаково эффективны [11].

Исследования Тулупова Д.А и сов. показали, что гипертонический раствор соли успешно подавляет бактериальные патогены на слизистой оболочке, предотвращая рецидивы аденоидита у детей [19].

D. Shoseyov и соавт. [20] доказали, что применение гипертонического раствора приводило к улучшению по всем оценочным признакам (кашель, выделения из носа, постназальное затекание и рентгенологические данные), в то время как использование изотонического раствора влияло только на постназальное затекание.

На Украинском фармакологическом рынке назальный гипертонический раствор представлен спреем Квикс (Берлин-Хеми АГ/Менарини Груп, Германия). Квикс содержит натуральную морскую воду Атлантического океана, доведенную до концентрации 2,6 % (эквивалентно 26 граммам sodium chloride/в литре) Спрей содержит комбинацию минералов и микроэлементов Атлантического океана, включая йод, хлор, кальций, натрий, магний, бром, медь, серебро, марганец, золото. Микроэлементы, входящие в его состав, улучшают мукоцилиарный транспорт и способствуют нормализации реологических свойств секрета. Он выпускается в форме дозированного спрея, имеет микродиффузное распыление, не травмирующее слизистую носа.

При таком распылении охватывается сразу большая площадь слизистой оболочки носа в отличие от капель и струи.

Благодаря антибактериальному фильтру, который встроен в насос наконечника и механизму автоматической закупорки, исключается бактериальная контаминация раствора в течение всего периода использования спрея после вскрытия флакона (до шести месяцев после первого использования). Важно подчеркнуть, что Квикс не содержит консервантов. В отличие от сосудосуживающих средств Квикс не имеет противопоказаний, за исключением аллергической реакции к морской воде, не вызывает привыкания и может использоваться длительно. Согласно инструкции, он предназначен для уменьшения заложенности носа, очищения носовой полости и околоносовых пазух, увлажнения слизистой оболочки носа. Квикс®, рекомендуется к применению с 6 месяцев у детей, а также взрослым, включая периоды беременности и кормления грудью у женщин.

Цель. Изучить клиническую эффективность и безопасность гипертонического раствора КВИКС® в комплексной терапии острого ринита у детей

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническое исследование проведено на базе инфекционного отделения (для лечения ОРВИ и их осложнений), отоларингологического отделения ГДКБ №1 г. Киева и амбулаторном лечении на кафедре педиатрии №2 НМАПО имени П.Л. Шупика.

Под наблюдением за период 2011–2012 гг. находилось 62 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с острым ринитом на фоне острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ). (Средний возраст $6,5 \pm 3,1$ года). Диагноз верифицировано на основании данных анамнеза, жалоб больного ребенка (или его родителей), субъективных и объективных симптомов, данных риноскопического обследования. Все дети осмотрены педиатром и отоларингологом.

В исследование не включались пациенты с наличием хронической патологии и врожденных пороков верхних дыхательных путей.

В ходе лечения дети были распределены на 3 клинические группы. В первую группу были включены 22 (35,48%) детей с острым ринитом, которым на фоне этиопатогенетической терапии (противовирусные, противовоспалительные препараты, муколитики, по необходимости жаропонижающие средства) рекомендовали гипертонический раствор Квикс. Согласно инструкции спрей Квикс применяли по 1–3 орошению носовых ходов 2–3 раза в день. 20 (32,26%) детей 2-группы получали на фоне традиционного лечения гипертонический раствор Квикс и местные деконгестанты (альфа₂-адреномиметик). В 3-группу входили 20 (32,26%) пациентов, которые принимали базисную терапию и местные деконгестанты (альфа₂-адреномиметик).

Критериями эффективности терапии являлось достоверное уменьшение симптомов (чихание, сухость слизистых, нарушения носового дыхания и обоняния, ринорея), в том числе сокращение сроков продолжительности заболевания и применения местных деконгестантов, динамике риноскопической картины (отечность слизистых, гиперемия слизистых, отделяемое из носа). Оценка каждого симптома проводили с помощью 3-бальной шкалы (0 – признак отсутствует, 1 – легко выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен).

Контроль эффективности терапии осуществлялся ежедневно на протяжении всего курса лечения. Эффект от проведенной терапии оценивали как отличный, хороший, удовлетворительный и без эффекта. Безопасность проводимого лечения оценивалась по частоте возникновения побочных эффектов.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерных программ общепринятыми методами. Полученные данные статистически обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistic for Windows, Release 5.5, с помощью общепринятых методов вариационной статистики с вычислением средней арифметической величины (M), средней ошибки (m), среднеквадратического отклонения (SD). Достоверность различий оценивали по t - критерию Стьюдента при известном числе наблюдений (n). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном осмотре состояние средней степени тяжести было у 33 (53,2%) детей, легкой степени - 29 (46,77%). На момент включения в исследование у детей

отмечали затруднение носового дыхания ($2,45 \pm 0,08$ балла), ринорею ($2,09 \pm 0,06$ балла), чихание ($1,9 \pm 0,07$ балла), нарушение обоняния ($1,8 \pm 0,07$). Также у 45 (72,58%) пациентов наблюдалось повышение температуры тела, потливость. Беспокойство было у 52 (83,87%) малышей, нарушение сна – у трети больных. До начала лечения при риноскопическом обследовании у пациентов выявлено гиперемия слизистых носовых ходов ($2,29 \pm 0,08$ балла), отечность слизистых ($2,34 \pm 0,07$ балла), отделяемое из носа ($2,08 \pm 0,05$ балла).

Следует отметить, что положительный эффект наблюдался через $14,68 \pm 1,17$ мин после применения гипертонического раствора Квикс, через $13,0 \pm 1,12$ сосудосуживающих капель, $10,75 \pm 0,85$ мин. - ирригационной терапии и местных деконгестантов.

При сравнительном анализе динамики выраженности клинических симптомов в ходе лечения отмечали достоверное улучшение клинической картины в трех группах. Однако во 2-й группе, где больные получали гипертонический раствор и сосудосуживающий препарат, раньше нормализовалось носовое дыхание и обоняние ($p < 0,05$). Так, среднее значение во 2 группе симптома затруднения носового дыхания – составило на 3 сутки $0,65 \pm 0,13$ в то время как в первой $1,76 \pm 0,15$ и третьей $1,65 \pm 0,11$ ($p < 0,05$).

Степень нарушения обоняния на 3 сутки в второй группе в среднем составляла $0,62 \pm 0,10$ против $1,63 \pm 0,13$ у пациентов получавших гипертонический раствор Квикс, и пациентов получавших деконгестанты $1,59 \pm 0,12$ что имело статистически достоверное различие ($p < 0,05$).

Следует отметить, что нормализация носового дыхания у детей сопровождалась улучшением общего состояния, сна и аппетита.

Такие клинические симптомы как ринорея и чихание регрессировали с одинаковой частотой в трех исследуемых группах.

При анализе риноскопического исследования учитывались наличие, выраженность отечности и гиперемии слизистой, количество и характер секрета в полости носа. В результате мониторинга риноскопической картины у больных 3-х групп отмечена положительную динамику уже в первые 3 дня наблюдения.

Средняя оценка гиперемии слизистой оболочки у детей 1- группы на 3-й день наблюдения составила $1,55 \pm 0,11$ против $1,52 \pm 0,15$ во 2-группе и $1,54 \pm 0,13$ в третьей группе ($p > 0,05$), количество отделяемого из носовых ходов – $1,79 \pm 0,12$ против $1,82 \pm 0,13$ и $1,80 \pm 0,12$ соответственно ($p > 0,05$).

Статистическая разница наблюдалась в динамике отечности носовых раковин у детей, получавших гипертонический раствор Квикс назальные деконгестанты ($0,64 \pm 0,13$) с пациентами 1 ($1,66 \pm 0,12$) и третьей группы: ($1,65 \pm 0,11$) ($p < 0,05$).

Важно отметить, что начиная с 3-х суток лечения большинство детей (14 пациентов), получавшие в комплексном лечении ирригационную терапию гипертоническим раствором Квикс® и деконгестанты, полностью отказывались от применения сосудосуживающих капель.

В течение всего периода наблюдений не было зафиксировано осложнений, не отмечено побочных явлений, связанных с применением спрея Квикс. Переносимость оценивалась большинством больных (39 детей) как «хорошая» и «очень хорошая».

ВЫВОДЫ

Таким образом, ирригационная терапия гипертоническим раствором Квикс® как в моно, так и в сочетании с назальными деконгестантами способствует быстрому купированию у детей разных возрастных групп клинических симптомов острого ринита возникшего на фоне ОРВИ. Высокая терапевтическая эффективность, безопасность и удобство применения в виде дозированного спрея позволяют рекомендовать гипертонический раствор Квикс для широкого применения в педиатрии, отоларингологии и семейной медицине.

Литература

1. Знаменская А. А., Фомина В. Л., Учайкин В. Ф., Фетисова Л. Я., Кладова О. В., Харламова Ф. С. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. Лечащий врач. 2011, 1: 13-20.
2. Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Острый инфекционный ринит у детей: вопросы профилактики и лечения. Здоров'я України. (Педіатрія. Акушерство. Гінекологія). 2010, 1: 22-23.
3. Дуда А.К. Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции: фокус на лечение. Therapia. 2012, 12 (75).
4. Крамарев С. А. Лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. Доктор. 2006, 1: 40-41.
5. Лыткина И. Н. Малышев Н. А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения. Лечащий врач. 2010, 10: 66-69.
6. Карпова Е.П., Божатова М.П. Современные аспекты терапии и профилактики заболеваний верхних отделов дыхательных путей и уха у детей. Медицинский совет. 2008, 7-8.
7. Ершов Ф.И., Гаращенко Т.И. Возможен ли контроль острых респираторных заболеваний у детей? Российская ринология. 1999, 2: 20-28.
8. Карпова Е. П. Ринит в детском возрасте. Лечащий врач. 2010, 1: 34—39.
9. Радциг Е.Ю. Возрастные особенности течения и лечения ринита у детей грудного и раннего возраста. Педиатрия. 2010, 89 (4): 96—101.
10. Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Леписева И. В. и др. Современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. Педиатрическая фармакология. 2008, 5 (1): 21—25.
11. Бизунков А.Б. Современный взгляд на лечебные возможности назальной ирригации. Клиническая иммунология. Аллергология, Инфектология. 2011, 3: 45-50.
12. Морозова С.В. Использование топических деконгестантов в лечении ринита. Практика педиатра. 2010: 24-29.
13. Назальные деконгестанты – за и против С.М. Пухлик. Здоров'я України. 9/1:32-33.
14. Карпова Е.П., Соколова М.В. Ирригационная терапия аллергического ринита у детей. Вестник оториноларингологии. 2007, 5: 54-56.
15. Tomooka Lance T. Clinical study and literature review of nasal irrigation. The Laryngoscope. 2000, 110: 1189–1193.
16. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. Ирригационная терапия гипертоническим раствором в педиатрической ринологии. Consilium medicum. Педиатр. 2009, 3: 28-31.

17. Богомільский 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: 47–49.

18. Talbot A.R., Herr T.M., Parsons D.S. Mucociliary clearance and buffered hypertonic saline solution. Laryngoscope. 1997, 107 (4): 500–503.

19. Тулупов Д.А., Карпова Е.П., Воропаева Е.А. Новый взгляд на профилактику и лечение хронического аденоидита у детей. Вестник оториноларингологии. 2011, 1: 66–69.

20. 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): 602–605.

В.В. Бережний, В.Г. Козачук, І.І. Рубан, Н.П. Гяделова,
Т.Г. Чухрай, В.В. Корнева, М.Р. Ліщинська

Ефективність іригаційної терапії в комплексному лікуванні гострого риніту у дітей

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика,

Міська дитяча клінічна лікарня №1, м. Київ

Мета. Вивчити клінічну ефективність і безпечність гіпертонічного розчину Квікс у комплексній терапії гострого риніту у дітей.

Методи. Під спостереженням за період 2011–2012 рр. знаходились 62 дитини віком від 1 до 15 років з гострим ринітом на тлі гострої респіраторно-вірусної інфекції. У 1-у групу бул включено 22 (35,48%) дітей, які на тлі етіопатогенетичної терапії (противірусні, протизапальні препарати, муколітики, жарознижувальні засоби) отримували препарат Квікс. 20 (32,26%) хворих 2-ї групи отримували на тлі традиційного лікування Квікс і місцеві деконгестанти (альфа-2-адреноміметик). У 3-ю групу входили 20 (32,26%) пацієнтів, які застосовували базисну терапію і місцеві деконгестанти (альфа-2-адреноміметик). Критеріями ефективності терапії були достовірне зменшення симптомів, тривалості захворювання і застосування місцевих деконгестантів, динаміка риноскопичної картини. Оцінку кожного симптому проводили за допомогою 3-бальної шкали: 0 — відсутність ознаки, 1 — мало виразна, 2 — помірно виразна, 3 — дуже виразна.

Результати. При первинному огляді стан захворювання середньої важкості виявлено у 33 (53,2%) дітей, легкий ступінь — у 29 (46,77%). Іригаційна терапія препаратом Квікс, як моно-, так і в поєднанні з назальними деконгестантами, сприяла швидкому купіруванню клінічних симптомів гострого риніту. Застосування гіпертонічного розчину Квікс дозволило зменшити застосування судинозвужувальних засобів і таким чином попередити розвиток ускладнень. Не виявлено побічної дії, пов'язаної із застосуванням спрею Квікс, усі пацієнти добре переносили препарат.

Висновки. Висока терапевтична ефективність, безпечність і зручність застосування дозволяють рекомендувати гіпертонічний розчин Квікс для широкого використання у педіатричній практиці.

Ключові слова: діти, гострий риніт, іригаційна терапія, Квікс®.

V.V. Bereznyi, V. H. Kozachuk, I. I. Ruban, N. P. Hliadielova,
T. H. Chuhrai, V. V. Korneva, M.R. Lishchyn'ska

Efficiency of irrigation therapy in the complex treatment of acute rhinitis in children

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Children's City Clinical Hospital № 1, Kyiv

Purpose. To investigate the clinical efficacy and safety of Kviks[®] saline in the complex treatment of acute rhinitis in children.

Methods. 62 children aged 1 - 15 with acute rhinitis against the background of the acute respiratory viral infection were under observation in 2011-2012. The 1st group consisted of 22 patients (35.48%) who received Kviks[®] against the background of etiopathogenic therapy (antiviral, anti-inflammatory drugs, mucolytics, antipyretics). 20 patients (32.26%) of the 2nd group received Kviks[®] and local decongestants (alpha-2-adrenoceptor agonists) against the background of the traditional treatment. The 3rd group consisted of 20 patients (32.26%) who received standard treatment and local decongestants (alpha-2-agonists). The criteria of the therapy's effectiveness were the significantly reduced symptoms, the duration of the illness and the use of local decongestants, the dynamics of the rhinoscopic picture. To assess the each symptom was to use a 3-point scale: 0 — no sign, 1 — mild, 2 — moderate, 3 — severe.

Results. The initial examination showed 33 (53.2%) children to have moderate symptoms, 29 (46.77%) to have mild. Kviks[®] irrigation therapy, both mono and combined with nasal decongestants, favoured the rapid arrest of the acute rhinitis clinical symptoms. Using Kviks saline[®] made possible to reduce using the vasoconstrictor agents and, thus, to prevent the development of the complications. There were no side effects associated with the use of Kviks[®] spray, all the patients were tolerant to the preparation.

Conclusion. The high therapeutic efficacy, safety and usability allow us to recommend Kviks[®] saline for widespread application in paediatric practice.

Key words: children, acute rhinitis, irrigation therapy, Kviks.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

В.В.Бережний, Т.В.Марушко, Н.П.Гяделова, Є.Ю.Марушко

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ СУДИННОЇ СТІНКИ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ТА СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика

Вступ. Згідно даним наукових досліджень системна вазомоторна ендотеліальна дисфункція є показником ступеня ризику розвитку серцево-судинних уражень при різних захворюваннях, втому числі при системних ревматичних процесах.

Мета. Вивчення стану судинної стінки у дітей хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) та системний червоний вовчак (СЧВ).

Методи. Проведено вивчення стану судинної стінки у 72 дітей, хворих на ЮРА, 14 дітей хворих на СЧВ та у 19 дітей без ревматичних захворювань та факторів ризику розвитку серцево-судинної патології.

Зб. наук. праць співробіт. НМАПО
імені П. Л. Шупика 22 (3)/2013