

УДК 616.21-002.1-085:615.23-053.2

БЕКЕТОВА Г.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

## ГОСТРІ РИНОСИНУСИТИ У ДІТЕЙ: МІСЦЕ НАЗАЛЬНИХ ДЕКОНГЕСТАНТІВ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

**Резюме.** В статті наводяться сучасні дані щодо гострих риносинуситів, їх суті, класифікації, етіології, патогенезу, підходів до лікування у дітей. Підкреслено, що запорукою успішного лікування цього захворювання є вплив на всі ланки етіопатогенезу. З огляду на провідні етіопатогенетичні ланки розвитку гострого риносинуситу комплексне його лікування вимагає призначення препаратів з протиінфекційною, протизапальною, секретолітичною та імуностимулюючою дією, а також для усунення набряку слизової оболонки носа та поліпшення якості життя хворого — назальних деконгестантів. Наведена докладна характеристика назальних деконгестантів, приділено увагу препарату нового покоління без консервантів — дозованим назальним краплям Називін® Сенситив.

**Ключові слова:** діти, гострі риносинусити, лікування, назальні деконгестанти, Називін® Сенситив.

Гострі риносинусити (ГРС) — це запальні захворювання слизової оболонки (СО) носа та приносних пазух [7]. На сьогодні для розуміння сутності ГРС принципово важливим є визнання того, що СО приносних пазух є продовженням СО носа, і синусит не розвивається без попереднього риніту, оскільки вхідними воротами для вірусу є носова порожнина; ізольоване ураження синусів практично не зустрічається (за винятком одонтогенного), і дві провідні ознаки синуситів (утруднене носове дихання і виділення з носа) є також симптомами риніту [6].

Отже, запалення СО приносних пазух (причому всіх) розвивається одночасно з ураженням носової порожнини і не є ускладненням риніту. У немовлят, приносні пазухи яких розвинуті слабо, це відносно невелике за площею ураження, а в дітей зі сформованими синусами уражується СО площею до 40 % від площі поверхні тіла (близько 1 м<sup>2</sup>) [6].

Раніше запалення носової порожнини та синусів асоціювалось, як правило, з інфекцією (частіше бактеріальною). Однак із позицій сучасного розуміння природного перебігу ГРС є очевидним, що в основі патологічного процесу лежить не тільки і не стільки інфекція. Тому, згідно з положеннями міжнародного консенсусного документа EPOS'2012, ГРС визнаний як запалення (а не інфекція) СО. Визначальна роль вірусів залишається в етіології та патогенезі тільки гострого вірусного риносинуситу (ГВРС), а бактеріальної інфекції — при гострому

бактеріальному риносинуситі (ГБРС). Отже, запалення та інфекція не є тотожними поняттями, тому з цієї точки зору термін «запалення» включає механізми і інфекційні, і неінфекційні [6, 10].

ГРС, особливо у дітей, етіологічно значною мірою пов'язаний саме з гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ), що запускають патогенетичний каскад запалення, але як етіологічний фактор швидко втрачають свою актуальність. Наростаючі запальні зміни, зокрема набряк СО, запущені вірусами чи будь-якими іншими провокуючими факторами (переохолодження, вдихання надмірно холодного чи гарячого повітря, агресивні фізичні та хімічні чинники тощо) спричиняють підвищення в'язкості носового секрету, що різко знижує ефективність мукоциліарного транспорту і на фоні наростаючої дисфункції співусть приносних пазух призводить до порушення їх дренажу. Таким чином, ГВРС швидко трансформуються в післявірусні (ГПВРС), частина з яких у подальшому обумовлена бактеріями, з формуванням ГБРС (рис. 1) [6–8].

Адреса для листування з автором:  
Бекетова Галина Володимирівна  
E-mail: docbektova@i.ua

© Бекетова Г.В., 2016

© «Здоров'я дитини», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

Отже, ГВРС є аналогом ГРВІ; ГПВРС включає в себе катаральний та серозний процеси; ГБРС відповідає гнійному запаленню. Всі клінічні форми ГРС мають складний патогенез, розшифровка й розуміння якого є важливою умовою їх ефективного лікування [6].

### Етіологія та патогенез гострого риносинуситу

ГВРС етіологічно пов'язаний з *Rhinovirus, Coronavirus, RS-virus, Human metapneumovirus, Influenza virus, Parainfluenza virus, Adenovirus, Enterovirus*, які руйнують війчастий епітелій, порушують реологічні властивості та евакуацію назального секрету, що поглиблює патологічні зміни СО і запускає патогенетичний ланцюг ГВРС [8].

Провідним патогенетичним чинником ГПВРС є набряк СО носової порожнини та пазух, спричинений вірусами чи будь-якими провокуючими факторами. Запальні зміни призводять до збільшення товщини СО, посилення дисфункції співустья, накопичення патологічно зміненого секрету в пазусі та поглиблення запалення. Отже, ГВРС трансформується в ГПВРС, і його особливістю є відсутність провідної ролі етіологічного чинника [6].

Важливим патогенетичним фактором ГБРС, як і ГПВРС, є набряк СО носової порожнини, зокрема остіомеатального комплексу (системи вузьких щілин у решітчастому лабіринті, 2 з яких є шляхами дренажу і вентиляції верхньощелепної і лобової пазух) і синусів із порушенням реологічних властивостей назального секрету і його евакуації. Застій і накопичення в пазухах секрету та практично повний параліч мукоциліарної транспортної системи призводять до зниження активності неспецифічної та специфічної ланок локального імунітету, сприяючи патогенізації сапрофітної флори з розвитком бактеріального запалення (рис. 2). Таким чином ГПВРС трансформується в ГБРС, який діагностується у 2–7 % пацієнтів залежно від сезону та віку хворого. Відмінною особливістю ГБРС є наявність етіологічного чинника, а основною патогенетичною ланкою є бактеріальне запалення [9].

Основними ланками патогенезу всіх форм ГРС є запалення СО з прогресуючим набряком, пору-

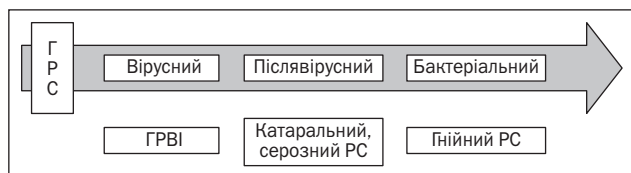


Рисунок 1. Класифікація гострих риносинуситів

шенням реології секрету і його елімінації, а також локальний імунodefіцит і дисфункція мукоциліарного транспорту. Особливістю ГПВРС є відсутність етіологічного чинника, а при вірусному і бактеріальному ГРС — навпаки, його наявність (рис. 2).

### Діагностика ГРС у дітей

Діагноз ГРС підтверджується комплексом типових клінічних ознак, часовими критеріями (терміни виникнення та тривалість симптомів) і ступенем його тяжкості (табл. 1)

Основними скаргами при ГРС у дітей є: закладеність носа, виділення з носа чи постназальне затікання, кашель, відчуття тиску, переповнення та біль у ділянці проекції приносних пазух, загальна слабкість, зниження чи втрата нюху, відчуття закладеності у вухах, зубний біль, що віддає у верхню щелепу, біль у горлі [6, 9, 11].

Лікар повинен з'ясувати: чи мають місце у хворого постійні виділення з носа (або кашель) і впродовж якого часу; чи відзначався двофазний характер захворювання — початок захворювання з ГРВІ, потім покращення стану з наступним погіршенням (виділення з носа, гарячка чи кашель). Гарячка зазвичай не має самостійного діагностичного значення, але може вказувати на тяжкість хвороби та необхідність проведення більш активного лікування. В основу шкали оцінки тяжкості захворювання покладені основні симптоми ГРС (табл. 2).

Згідно з міжнародними та вітчизняними документами, визначення ступеня тяжкості ГРС може базуватись на суб'єктивній оцінці свого стану пацієнтом за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) (рис. 3). У дітей легкому ступеню тяжкості відповідають 0–3 бали, середньому — 4–7 балів і тяжкому — 8–10 балів (EPOS'2012) [9].

У діагностиці ГВРС важливим є те, що він переважно розпочинається як прояв ГРВІ тривалістю не більше 10 днів із відсутністю негативної динаміки після 5-го дня захворювання. Найчастіше стан па-



Рисунок 2. Етіологія та патогенетичні ланки ГРС

Таблиця 1. Клінічні критерії діагностики ГРС

Гострий риносинусит	Раптова поява 2 або більше симптомів, один з яких — великий	Великі (основні) симптоми	Малі (додаткові) симптоми
		Закладеність/повна блокада/застій у носі Виділення з носа (передня ринорея або постназальне затікання)	Біль у проекції пазухи, головний біль Кашель

ціентів оцінюють як легкий або середнього ступеня тяжкості. Для ГПВРС характерним є збереження симптомів ГРС понад 10 днів або погіршення стану хворого після 5-го дня від початку захворювання, після попереднього поліпшення [9] (рис. 4).

У невеликого відсотка пацієнтів з ГПВРС має місце ГБРС — за наявності як мінімум трьох симптомів: прозорі виділення більше з одного боку і гнійний секрет у порожнині носа; виражений біль у ділянці обличчя, більше з одного боку; лихоманка > 38 °С; підвищення ШОЕ/С-реактивного білка; «дві хвили» в перебігу захворювання, тобто погіршення стану після більш легкої фази хвороби. Стан пацієнтів при ГПВРС найчастіше оцінюють як легкий чи середнього ступеня тяжкості, при ГБРС — як тяжкий [6, 9].

Додаткові методи обстеження у пацієнтів з ГРС слід розглядати в клінічно складних випадках, при рецидивуючих, ускладнених або нетипових формах захворювання. Серед них: бактеріологічне дослідження (мазки, змиви, аспірат), візуалізуючі методи обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія; при неможливості їх проведення — рентгеномографія приносних пазух). Враховують також зміни ШОЕ, рівня С-реактивного білка, прокальцитоніну та інших лабораторних показників [6].

### Лікування ГРС у дітей

Лікування ГРС у дітей, як правило, проводиться в амбулаторному режимі. Воно може бути ефективним тільки тоді, коли впливатиме на всі ланки етіопатогенезу захворювання. У зв'язку з багатофакторністю патогенезу ГРС немає доведеної ефективності будь-якого монотерапевтичного впливу, як системного, так і місцевого. Запорукою успіху є комплексна терапія, що ґрунтується на принципах доказової медицини (рис. 5) [6, 9].

При багатьох захворюваннях у дітей показане етіологічне лікування, що усуває першопричину

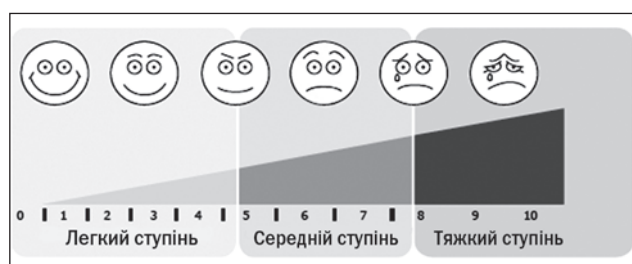


Рисунок 3. Ступені тяжкості ГРС згідно з ВАШ

патології. Однак труднощі етіологічного лікування ГВРС очевидні, оскільки вірусна інфекція «запускає» запалення і швидко зникає, тому як провідний етіологічний чинник є актуальним лише в перші дні захворювання. У зв'язку з цим протівірусні засоби використовують тільки в разі важкого перебігу ГРС на початку захворювання. При легкому чи середньому ступені тяжкості перебігу ГВРС протівірусні препарати взагалі не показані.

З огляду на провідні етіопатогенетичні ланки розвитку ГРС, комплексне лікування захворювання вимагає призначення препаратів з антиінфекційною (щодо вірусів і бактерій), протизапальною, секретолітичною, імуностимулюючою та протинабряковою дією, зокрема назальних деконгестантів (НД). І хоча згідно з EPOS'2012 [9] НД мають рівень доказовості IV і рівень рекомендацій D, вони є в рекомендаціях одного з найавторитетніших у світі керівництв із педіатрії — Nelson Textbook of Pediatrics (США) [12] щодо лікування гострого риніту, застуди, риновірусної інфекції у дітей після 6 місяців життя і широко використовуються лікарями першого контакту.

НД при ГРС, з одного боку, застосовуються як засоби симптоматичного лікування (для швидкого полегшення носового дихання), а з другого боку, зважаючи на наявність у патогенезі захворювання вираженого набряку СО носа і синусів, як елемент патогенетичної терапії.

НД швидко й ефективно відновлюють носове дихання хворого при ГРС і, відповідно, покращу-



Рисунок 4. Типові терміни виникнення та тривалості симптомів, важливі для діагностики гострого післявірусного чи бактеріального риносинуситу

Таблиця 2. Ступені тяжкості ГРС

Легкий перебіг	Тяжкий перебіг
Слизова або гнійна ринорея	Теж саме +
Кашель у денний час	Висока лихоманка ( $\geq 39\text{ }^{\circ}\text{C}$ )
Температура тіла нормальна або незначно підвищена	Порушення загального самопочуття
Наявність неприємного запаху з рота (халітоз)	Головний біль
Іноді набряк тканин орбіти	

ють якість його життя [14]. Проте на сьогодні між дитячими оториноларингологами та педіатрами триває дискусія щодо повторного застосування НД, доцільності, тривалості та безпеки їх використання у дітей молодшого віку. На жаль, зараз є недостатня кількість досліджень щодо вказаних питань з точки зору доказової медицини [15].

Деконгестанти (від *congestion* — закупорка, застій) — це судинозвужуючі засоби, що використовують перорально (системні) чи місцево (топічні, назальні) для зменшення закладеності носа. НД повинні мати значимий місцевий лікувальний ефект (етіотропний, патогенетичний, симптоматичний) за відсутності пошкоджуючої, пригнічуючої, подразнюючої і резорбтивної дії [1–5, 10, 13].

**Механізм дії деконгестантів.** Деконгестанти — це симпатоміметики, тобто препарати, що є або агоністами  $\alpha 1$ - (фенілефрин),  $\alpha 2$ - (інданазоламін, нафазолін, тетризолін, ксилометазолін, оксиметазолін;  $\alpha 1$ - $\alpha 2$ -адреноміметики (фенілпропаламін, псевдоефедрин)) чи  $\alpha$ - $\beta$ -адренергічних рецепторів (адреналіну гідрохлорид), або засобами, що сприяють виділенню норадреналіну (ефедрину гідрохлорид) чи запобігають його утилізації (кокаїну гідрохлорид) [4, 5].

За тривалістю дії НД можуть бути: короткої дії (до 4–6 годин) — ефедрин, адреналін (епінефрин), нафазолін, фенілефрин, тетризолін; середньої дії (до 8–10 годин) — ксилометазолін; тривалої дії (понад 12 годин) — псевдоефедрин, оксиметазолін [3].

Принципово важливими моментами, що стосуються безпеки використання НД у дітей, є тривалість дії препарату, що обумовлює частоту за-

стосування за добу та наявність/відсутність у них консервантів [13].

Так, відомо, що НД короткої дії (до 4–6 годин — нафазолін, тетризолін та інданазолін) є найбільш токсичними для війчастих епітеліоцитів СО носа. Слід відзначити, що в деяких країнах похідні нафазоліну взагалі не рекомендовані для педіатричної практики [15], а в тих країнах, де їх використовують, відсутні дитячі форми препарату, що таїть в собі високий ризик передозування.

НД середньої тривалості дії (до 8–10 годин — ксилометазолін) не рекомендований для застосування у новонароджених та у дітей до 2 років життя [2, 3].

Ось чому в педіатрії найбільш часто як НД використовують  $\alpha 2$ -адреноміметики тривалої дії, що створені за сучасними технологіями і містять оксиметазолін, який у терапевтичних дозах не викликає порушень мукоциліарного кліренсу [4, 5].

Що стосується використання в антиконгестантних препаратах консерванту (бензалконію хлориду), то є незаперечні дані щодо його здатності пошкоджувати СО носа, підвищувати ризик розвитку медикаментозного риніту при тривалому використанні та пригнічувати мукоциліарний транспорт [2, 13].

До НД сучасного покоління зараховують дозовані назальні краплі Називін® Сенситив («Мерк», Німеччина), що містять  $\alpha 2$ -адреноміметик тривалої дії оксиметазолін і використовуються у дітей будь-якого віку: 0,01% розчин — з періоду новонародженості; 0,025% — у дітей віком від 1 до 6 років, 0,05% розчин — у пацієнтів віком від 6 років і в дорослих [10].

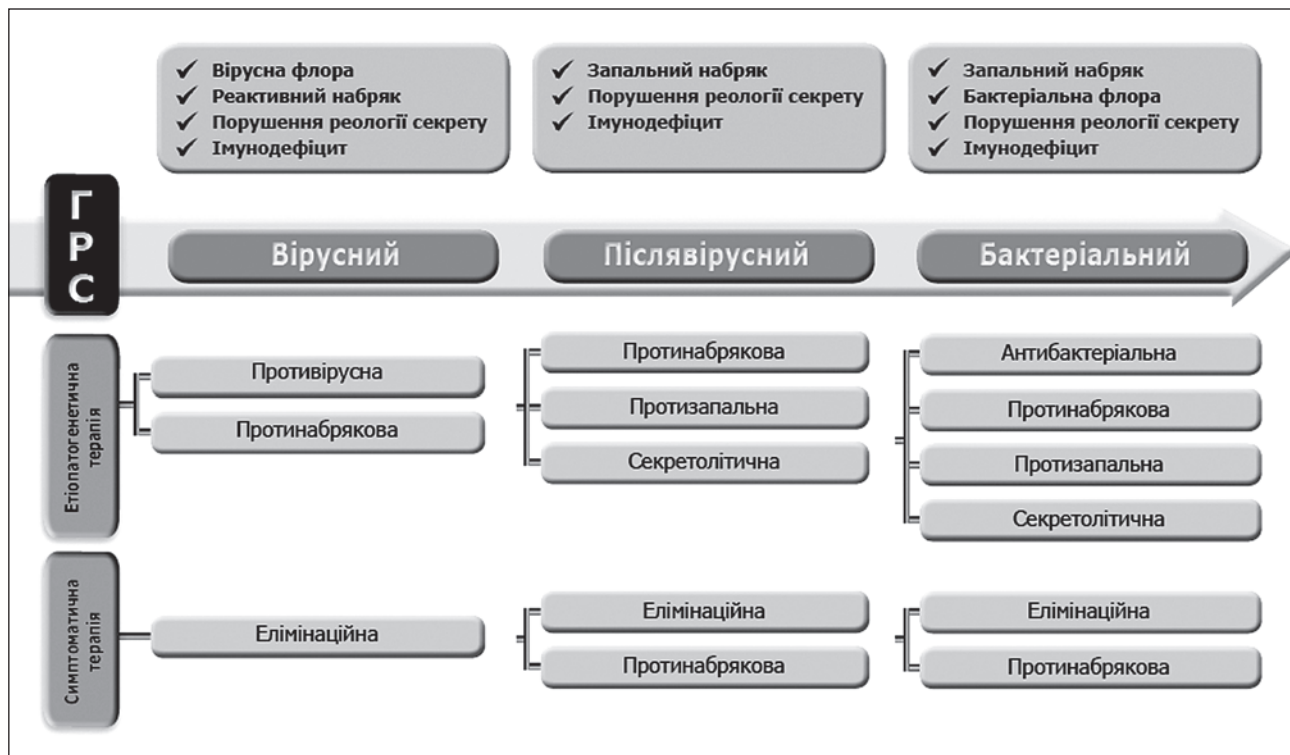


Рисунок 5. Підходи до лікування ГРС у дітей (EPOS'2012)



Препарат впливає на судини СО носа, зменшує її набряк і гіперемію, знижує кількість секрету, полегшує носове дихання, покращує аерацію приносних пазух. При місцевому інтраназальному застосуванні в терапевтичних концентраціях препарат не подразнює і не викликає гіперемію СО порожнини носа і не має системної дії. Надзвичайно важливою характеристикою засобу є відсутність у ньому консервантів, що унеможлиблює їх негативний вплив на СО носа, синусів та ефективність мукоциліарного транспорту [10].

Дозовані назальні краплі Називін® Сенситив діють тривало (до 12 годин), ефект настає швидко (до 20 секунд), система точного дозування SOMOD (1 натискання відповідає 1 дозі оксиметазоліну) запобігає вірогідності передозування препарату.

Важливо відзначити, що у дітей, особливо раннього віку, незважаючи на місцевий спосіб застосування НД, можуть виникати системні негативні ефекти. Це пов'язано з тим, що у маленьких дітей підвищена резорбтивна поверхня СО носа через більшу їх відносну площу (порівняно з масою тіла). Підвищеному надходженню НД у системний кровообіг також сприяє травматизація СО носа у разі її пошкодження при промиванні та/або закапуванні кінчиком піпетки. Ось чому в дозованих назальних краплях Називін® Сенситив є спеціальний обмежувач на ковпачку, що дає змогу безконтактно застосовувати засіб, запобігати пошкодженню ніжної СО носа у дитини, забезпечуючи зручність і безпеку використання. Окрім цього, препарат має підтверджену в численних клінічних дослідженнях відповідного дизайну ефективність і безпечність і добре переноситься дітьми будь-якого віку, покращуючи їх якість життя при ГРС [2, 13].

Тривалість дії НД оксиметазоліну зберігається протягом 12 годин. Завдяки цьому клінічний ефект досягається при більш рідкому введенні — звичайно буває достатнім їх використання не частіше, ніж 2–3 рази протягом доби. Слід зазначити, що препарати оксиметазоліну при застосуванні у рекомендованих дозах не викликають порушень мукоциліарного кліренсу [15].

Таким чином, ведення дитини з ГРС повинно бути комплексним:

- 1) з обов'язковим виключенням симптомів небезпеки (відмова від пиття, летаргія, судоми);
- 2) вирішенням питання щодо амбулаторного лікування дитини і його організацією;
- 3) дотриманням режиму дня з урахуванням віку дитини, зволоженням повітря в приміщенні;
- 4) туалетом порожнини носа ізотонічним або гіпертонічним розчином морської води (за показаннями і коротким курсом), що сприяє нормалізації реологічних характеристик назального секрету і покращенню його евакуації;
- 5) забезпеченням пацієнта достатньою кількістю теплового пиття;
- 6) контролем гарячки (парацетамол чи ібупрофен) за показаннями;

7) при вираженому утрудненні носового дихання — використанні сучасних НД без консервантів (Називін® Сенситив) коротким курсом до 5 днів;

8) консультування осіб, які доглядають дитину [6].

Комплексний багатовекторний фармакотерапевтичний вплив, спрямований на основні ланки етіопатогенезу ГРС (зменшення набряку, покращення реологічних властивостей назального слизу, реактивація мукоциліарного транспорту, зменшення запалення, боротьба з інфекцією) забезпечує найкращий лікувальний ефект та збереження якості життя хворого.

У цілому середня тривалість лікування ГРС становить 7–10 днів, із позитивною динамікою після 3–5-го дня лікування. Критеріями ефективності лікування є нормалізація загального стану дитини, температури тіла, відновлення носового дихання, зникнення патологічних виділень і запалення в порожнині носа [6].

## Список літератури

1. Кевра М.К., Гавриленко Л.Н., Королевич М.П., Максименя Г.Г., Таганович Н.Д. Клинико-фармакологическая классификация лекарственных средств. — БГМУ, 2009. — 18 с.
2. Кучко А.М., Попова О.В. Современные представления о безопасности противокашлевых и противопростудных лекарственных средств в педиатрии: системный обзор // Новости экспертизы и регистрации. — 2009. — № 5(53). — С. 20–24.
3. Лекарственные средства, справочник-путеводитель практикующего врача. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 794 с.
4. Нурмухаматов Р.А. Сосудосуживающие средства (деконгестанты) // Consilium Provisorium. — 2001. — № 1(1). — С. 21–23.
5. Овсянникова Е.М., Заплатников А.Л. Рациональное применение назальных деконгестантов при острых респираторных вирусных инфекциях у детей // РМЖ. — 2004. — № 1. — С. 36.
6. Попович В.І., Кривонустов С.П., Бекетова Г.В. Гострий риносинусит у дітей. Сучасні погляди на етіопатогенез, діагностику, лікування та профілактику // Здоров'я України. — 2015. — № 4(35). — С. 10–11.
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим на гострий риносинусит. Наказ МОЗ України № 85 від 11.02.2016 року.
8. Bergner A., Tschaikein M. Treating rhinitis in babies and toddlers // Deutsche Apothekerzeitung DAZ 44. — 2005. — Vol. 145. — P. 97–99.
9. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J., Bachert C., Alobid I., Baroody F. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS) 2012 // Rhinology. — 2012. — № 23. — P. 1–298. <http://www.rhinologyjournal.com>).
10. Franke G., Muhle V., Tschaikein M. Final report on Post-Marketing Surveillance (PMS) study: Use of Nasivin TM sanft 0,01% metered dropper for infants. Merck Productte Vertiebsgesellschaft & Co, Darmstadt, 2000.
11. Kilic S.S. Recurrent respiratory tract infection. Recent Advances in Pediatrics, New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi, 2004. — P. 1–18.
12. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed. Chapter 260 — Rhinoviruses.
13. Veronica L. Gunn, Samina H. Taha ets. Toxicity of over-the-counter cough and cold medications // Pediatrics, official journal of American academy of pediatrics. — 2007. — Vol. 108, № 3. — P. 52.
14. <http://ebn.bmj.com/content/8/1/12.full>.
15. [http://www.lorlife.kiev.ua/rhinology/2008/2008\\_4\\_36.pdf](http://www.lorlife.kiev.ua/rhinology/2008/2008_4_36.pdf).
16. Onset of Action — Oxymetazoline\_to\_combat\_rhinitis\_2004\_rus.doc

Отримано 30.03.16 ■

## НАЗИВІН® СЕНСИТИВ (NASIVIN® SENSITIVE)

Р.П. № UA/11620/01/01, UA/11682/01/01, UA/11682/01/02 від 18.08.2011

**Діюча речовина.** Оксиметазолін.

**Лікарська форма.** Краплі назальні або спрей назальний.

**Фармакотерапевтична група.** Протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа. Симпатоміметики. Код АТС R01A A05.

**Показання.** Гострі респіраторні захворювання, що супроводжуються закладеністю носа (гострий риніт). Алергічний риніт. Вазомоторний риніт. Для відновлення дренажу та носового дихання при захворюваннях придаткових пазух порожнини носа, евстахіїті. Для усунення набряку перед діагностичними маніпуляціями у носових ходах.

**Побічні ефекти.** Часто: печіння або сухість слизової оболонки носа, чхання.

**Фармакологічна дія.** Оксиметазолін чинить симпатоміметичну та судинозвужувальну дію, усуваючи набряк слизової оболонки носа. Звужує

судини у місці нанесення, зменшує набряк слизової оболонки носа та верхніх дихальних шляхів, зменшує виділення з носа. Відновлює носове дихання. Усунення набряку слизової носа сприяє відновленню аерації придаткових пазух, порожнини середнього вуха, що запобігає розвитку бактеріальних ускладнень (гаймориту, синуситу, середнього отиту).

**Категорія відпуску.** Без рецепта.

**Виробник.** Мерк Зелбстмедикаціон ГмбХ, Німеччина, Мерк КГаА і Ко. Верк Шпітталъ, Австрія.

**Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату**

Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

*Бекетова Г.В.*

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина*

### **ОСТРЫЕ РИНОСИНОСИТИСЫ У ДЕТЕЙ: место назальных деконгестантов в лечении заболевания**

**Резюме.** В статье приводятся современные данные об острых риносинуситах, их сущности, классификации, этиологии, патогенезе, подходах к лечению у детей. Подчеркнуто, что залогом успешного лечения этого заболевания является воздействие на все звенья этиопатогенеза. Учитывая ведущие этиопатогенетические звенья развития острого риносинусита, комплексное его лечение требует назначения препаратов с противомикробным, противовоспалительным, секретолитическим и иммуностимулирующим действием, а также для устранения отека слизистой оболочки носа и улучшения качества жизни больного — назальных деконгестантов. Приведена подробная характеристика назальных деконгестантов, уделено внимание препарату нового поколения без консервантов — дозированным назальным каплям Називин® Сенситив.

**Ключевые слова:** дети, острые риносинуситы, лечение, назальные деконгестанты, Називин® Сенситив.

*Beketova H.V.*

*National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine*

### **ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN: a Place of Nasal Decongestants in the Treatment of the disease**

**Summary.** The article presents current data on acute rhinosinusitis, its essence, classification, etiology, pathogenesis, treatment approaches in children. It is emphasized that the key to successful treatment of this disease is the impact on all parts of pathogenesis. Given the leading etiopathogenetic links of acute rhinosinusitis, its comprehensive treatment requires prescribing of preparations with anti-infection, anti-inflammatory, secretolytic and immune-stimulating action, as well as nasal decongestants — to eliminate the swelling of the nasal mucosa and to improve the quality of life of the patient. The detailed description of nasal decongestants is presented, the attention is paid to the next generation drug without preservatives — dosed nasal drops Nasivin® Sensitive.

**Key words:** children, acute rhinosinusitis, treatment, nasal decongestants, Nasivin® Sensitive.