

## ТОПИЧЕСКИЕ ДЕКОНГЕСТАНТЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

**Ж. Каральская**, кандидат медицинских наук,

**Н. Зрячкин**, доктор медицинских наук, профессор,

**О. Макарова**, кандидат медицинских наук,

**Г. Зайцева**, кандидат медицинских наук,

Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского

**E-mail:** nizryach@yandex.ru

*Безрецептурная продажа назальных средств позволяет родителям использовать их в лечении детей раннего, грудного возраста и даже новорожденных самостоятельно, без врачебных предписаний. Порой это приводит к серьезным осложнениям, что подтверждено результатами собственных исследований – анализом 24 случаев передозировки деконгестантов у детей. Проведено систематизирование препаратов данной группы с учетом возрастного аспекта, дана информация о возможных побочных реакциях и осложнениях.*

**Ключевые слова:** дети, деконгестанты, ринит, местные реакции, общие реакции.

Заболевания ЛОР-органов – ринит, аденоидит, синусит – часто встречаются у детей. В последние годы на долю заболеваний носа и околоносовых пазух у детского населения приходится 35–37% всех случаев заболеваний верхнего отдела дыхательных путей, и у 50% больных рассматриваемая патология приобретает хроническую форму [1]. Несвоевременность лечения и его недостаточность при рините и синусите могут привести к их неблагоприятному развитию, грозным риногенным внутриглазничным и внутричерепным осложнениям, сепсису. Показатель летальности больных с риносинусогенными осложнениями остается высоким – 9–40% [5].

В последние годы в арсенале педиатров и оториноларингологов появилось большое количество местных назальных средств, позволивших отказаться от применения системных форм глюкокортикоидных, антибактериальных, антигистаминных и других препаратов. Единой классификации препаратов для назального применения нет, но, учитывая их фармакологические свойства, можно выделить следующие их группы: секретомоторные, секретолитические (ирригационные), вазоконстрикторы-антиконгестанты (деконгестанты), антибактериальные средства, противовирусные препараты, комбинированные средства, топические кортикостероиды, стабилизаторы мембран тучных клеток, топические антигистаминные средства, иммуномодулирующие препараты.

Интраназальный путь введения лекарственных средств широко используется в медицине, так как отличается простотой и отсутствием болевых ощущений у ребенка. Быстрота получения лечебного эффекта определяется способностью хорошо всасываться из-за богатой васкуляризации слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. При ее поражении интраназально введенное лекарственное

средство сразу поступает к органу-мишени, создавая здесь высокую терапевтическую концентрацию.

Вместе с тем в условиях современного аптечного рынка, перенасыщенного широко рекламируемыми лекарственными средствами, выбор оптимального препарата в каждом конкретном случае достаточно сложен. Ситуацию усугубляет обилие предлагаемых в аптеках назальных сосудосуживающих средств с различными концентрациями растворов (0,01, 0,025 и 0,05% капли Називин; 0,05 и 0,1% капли Галазолин; 0,05 и 0,1% капли Нафтизин и др.), что затрудняет выбор препарата для ребенка конкретного возраста. Так, использование 0,1% раствора («взрослая» концентрация) Нафтизина у ребенка грудного возраста приводит к развитию нежелательных системных эффектов уже после 3–4 закапываний.

Безрецептурная продажа назальных препаратов позволяет родителям использовать их в лечении детей раннего, грудного возраста и даже у новорожденных самостоятельно, без врачебных предписаний, что может приводить к серьезным осложнениям. Кроме того, назальные формы медикаментов зачастую воспринимаются родителями как «легкие» лекарственные препараты, в связи с чем их не только бесконтрольно используют, но и оставляют в доступных для детей местах, что приводит к самостоятельному приему детьми назальных препаратов внутрь.

Нарушения рекомендуемого режима дозирования (увеличение разовых доз, кратности введения), использование растворов в несоответствующих возрасту концентрациях могут привести к передозировке с развитием различных патологических состояний [2].

Легкость передозировки связана с повышенной резорбтивной поверхностью слизистых оболочек носа ребенка из-за большой величины их относительной площади.

Повышенному поступлению назальных препаратов в системный кровоток может способствовать травматизация слизистой оболочки носа, нередко возникающая из-за эффектов туалета носовых ходов – повреждение при промывании и(или) закапывании кончиком пипетки или груши.

Наиболее часто побочные эффекты возникают при применении деконгестантов.

**Местные симптомы** при передозировке топических деконгестантов проявляются жжением, ощущением сухости слизистой оболочки, чиханием. Возможно развитие медикаментозного ринита (гиперемия и отек слизистой носа с нарушением носового дыхания и «заложенностью») из-за возникновения рефрактерности сосудов слизистой носа к адреномиметикам и развития вторичной назальной вазодилатации.

**Общие реакции** при передозировке проявляются беспокойством, возбуждением, бледностью, головной болью, нарушением сна, тахикардией, артериальной гипертензией, тошнотой, судорогами, невротическими реакциями, психозом. Возможно развитие гипотермии и угнетения центральной нервной системы вплоть до комы.

Нами проанализированы истории болезни 24 детей, находившихся на лечении в 2008–2009 гг. в связи с симптомами передозировки назальных препаратов в реанимационном отделении городской детской больницы г. Энгельса, являющейся клинической базой кафедры педиатрии ФПК и ППС СГМУ. Все они были доставлены в тяжелом состоянии из дома. Среди поступивших было 3 ребенка в возрасте до 1 года, 9 детей от 1 года до 2 лет, 6 – 3-го года жизни,

Таблица 1

**Классификация топических деконгестантов по продолжительности действия**

Продолжительность эффекта	Международное непатентованное название	Торговое название
Короткое действие (до 4–6 ч)	Нафазолин	Нафтизин, Санорин, Саноринчик, Нафазол-Хемофарм
	Тетризолин	Тизин, Визин, Диабенил-Т, Октилия
	Индонозаолин	Индонозаолин, Фариал
	Фенилэфрин	Назол Бэби, Назол Кидс
Среднее действие (до 8 ч)	Ксилометазолин	Ксимелин, Галазолин, Незерил, Длянос, Отривин
Длительное действие (до 12 ч)	Оксиметазолин	Називин, Назол, Африн, Леконил, Противоотечный спрей для носа, 4-Вей и др.

Таблица 2

**Дозирование назальных деконгестантов в зависимости от возраста**

Возраст	Препарат	Способ дозирования
От рождения до 4 нед	Капли Називин 0,01% Капли Саноринчик 0,01%	По 1 капле 2–3 раза в сутки По 1 капле 2–3 раза в сутки
1 мес – 1 год	Капли Називин 0,01% Капли Саноринчик 0,01% Капли Отривин 0,05% Капли Назол Бэби 0,125%	По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1–2 капли 1–2 раза в сутки По 1 капле 3 раза в сутки
1–2 года	Капли Називин 0,025% Капли Саноринчик 0,01% Капли Отривин 0,05% Капли Назол Бэби 0,125% Капли Длянос 0,05% Капли Нафазол-Хемофарм 0,05%	По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1–2 капли 1–2 раза в сутки По 1–2 капли 4 раза в сутки По 1–2 капли 1–2 раза в сутки По 1–2 капли 1–3 раза в сутки
2 года – 6 лет	Капли Називин 0,025% Капли Галазолин 0,05% Гель Галазолин 0,05% (с 7 лет) Капли Отривин 0,05% Капли Назол Бэби 0,125% Капли Длянос 0,05% Капли Ксимелин 0,05% Спрей Ксимелин 0,05% (с 3 лет) Капли Тизин 0,05% Спрей Тизин Ксило 0,05% Капли Нафазол-Хемофарм 0,05% Капли Саноринчик 0,025% Капли Нафтизин 0,05%	По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1–2 капли 1–2 раза в сутки По 1 дозе 1–3 раза в сутки По 1–2 капли 1–2 раза в сутки По 1–2 капли 4 раза в сутки По 1–2 капли 1–2 раза в сутки По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1 дозе 3 раза в сутки По 2 капли 3–4 раза в сутки По 1 дозе 1–2 раза в сутки По 1–2 капли 1–3 раза в сутки По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 2 капли 1–3 раза в сутки
6–12 лет	Капли Назол Бэби 0,125% Капли Називин 0,05% Спрей Називин 0,05% Спрей Африн 0,05% Гель Галазолин 0,05% Капли Галазолин 0,1% Спрей Отривин 0,1% Капли Отривин 0,1% Капли Длянос 0,05% Спрей Длянос 0,1% Спрей Ксимелин 0,1% Капли Ксимелин 0,1% Спрей Назол 0,05% Спрей Назол Кидс 0,25% Капли Тизин 0,1% Спрей Тизин Ксило 0,1% Капли Нафазол-Хемофарм 0,05% Капли Саноринчик 0,05% (с 8 лет) Спрей Саноринчик 0,05% (с 8 лет) Капли Санорин 0,05% Капли Нафтизин 0,05%	По 3–4 капли 4 раза в сутки По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1–2 дозы 2–3 раза в сутки По 1 дозе 2–3 раза в сутки По 1 дозе 2–3 раза в сутки По 2–3 капли 3–4 раза в сутки По 1 дозе 3–4 раза в сутки По 2–3 капли 3–4 раза в сутки По 2–3 капли 2–3 раза в сутки По 1 дозе 2–4 раза в сутки По 1 дозе 3 раза в сутки По 1 капле 2–3 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки По 2–3 дозы 4 раза в сутки По 2–3 капли 3–4 раза в сутки По 1 дозе 3 раза в сутки По 2–3 капли 1–3 раза в сутки По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 1 дозе 2–3 раза в сутки По 1–2 капли 2–3 раза в сутки По 2 капли 1–3 раза в сутки

4 – от 3 до 4 лет, по 1 больному 6 и 10 лет. На момент поступления дети в течение 1–2 дней болели ОРЗ с синдромом ринита. В 12 (50,0%) случаях родители использовали деконгестанты без врачебных предписаний. Пероральный прием оставленного без присмотра средства констатировали родители 7 детей, которые получали этот же препарат и интраназально. У остальных больных при применении деконгестанта не соблюдались кратность, дозировка либо возрастные ограничения. В 15 (66,67%) случаях причиной отравления стал Нафтизин, в 5 (20,83%) – Санорин, в 1 случае использовали одновременно Нафтизин и Санорин; по 1 пациенту получали Галазолин, Дл্যানос, Називин. Основными жалобами, заставившими родителей обратиться за врачебной помощью, были: сонливость детей; выраженная вялость; резкая бледность кожных покровов. При поступлении медицинские работники констатировали также гипотермию до 35°C у 8 (33,3%) пациентов, брадикардию – у 6 (25,0%), выраженный гипергидроз – у 15 (62,5%), «мраморность» кожных покровов – у 18 (75,0%), нарушения координации – у 10 (41,7%). Эти состояния потребовали лечения в реанимационном отделении в течение 1–3 дней.

**Деконгестанты** – лекарственные средства, возбуждающие  $\alpha$ -адренорецепторы. Они вызывают сужение сосудов, что способствует уменьшению притока крови, устранению отечности тканей (антиконгестивный эффект) и как следствие – восстановлению проходимости и аэродинамики воздухоносных полостей, восстановлению дренажной функции соустьев. Это позволяет обеспечить доступ других лекарственных веществ к слизистой оболочке труднодоступных отделов полости носа и околоносовых пазух и компенсировать неблагоприятное действие гипоксии на слизистую.

В последние годы при терапии острых ринитов у детей до 6 лет не рекомендуется использовать местные сосудосуживающие средства, содержащие адреналин и эфедрин [4]. Предпочтительны назальные деконгестанты ( $\alpha_1$ -адреномиметики), купирующие отечность слизистой оболочки полости носа и восстанавливающие функцию носового дыхания. Необходимо помнить, что деконгестанты не являются препаратами выбора при ринитах, это всего лишь симптоматические средства. Применять их нужно в случаях выраженного затруднения дыхания, ухудшающего качество жизни.

По длительности действия среди местных сосудосуживающих средств выделяют препараты короткого действия (до 4–6 ч), средней продолжительности действия (до 8 ч) и длительного действия (до 12 ч) [4] (табл. 1).

В табл. 2 представлены возрастные дозы деконгестантов [3, 6].

Перед применением сосудосуживающего препарата и через 5 мин после его использования следует хорошо очистить носовые ходы ребенка.

Деконгестанты у детей применяют не более 3 дней (в отдельных случаях – 5 дней) во избежание возникновения изменений слизистой оболочки носа атрофического характера, эффекта привыкания, снижения чувствительности  $\alpha_2$ -адренорецепторов к эндогенным вазоконстрикторам (адреналин, норадреналин). Возможно развитие медикаментозного ринита, атрофии и даже некроза слизистой оболочки полости носа.

До 3 лет назначают назальные капли, после 3-летнего возраста – дозированные аэрозольные спреи.

Таким образом, следует информировать родителей об опасности передозировки и самовольного использования ребенком назальных средств (особенно деконгестантов), о необходимости хранения препаратов в недоступных для детей местах.

При назначении назальных препаратов врач (участковый педиатр или оториноларинголог) должен указать концентрацию препарата, способ дозирования и длительность его применения.

## Литература

1. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская отоларингология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – 430 с.
2. Змушко Е.И., Белозеров Е.С. Медикаментозные осложнения. – СПб.: Питер, 2001. – 448 с.
3. Полякова Т.С., Лучихин Л.А., Романова О.Н. и др. Краткий справочник лекарственных препаратов для оториноларинголога / под ред. В.Т. Пальчуна. – М., 2001. – 90 с.
4. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика // Научн.-практич. программа Союза педиатров России. – М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. – 69 с.
5. Пискунов И.С., Завьялов Ф.Н., Пискунов В.С. и др. Диагностика и лечение риносинусогенных орбитальных осложнений. – Курск, 2004. – 110 с.
6. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. – М.: АстроФармСервис, 2009. – 1760 с.

## TOPICAL DECONGESTANTS IN A PEDIATRICIAN'S PRACTICE

*Zh. Karalskaya, Candidate of Medical Sciences; Professor N. Zryachkin, MD; O. Makarova, Candidate of Medical Sciences; G. Zaitseva, Candidate of Medical Sciences*

*V.I. Razumovsky Saratov State Medical University*

*The over-the-counter sale of nasal agents allows parents to use them in the treatment of infants, babies, and even neonates on their own, without any prescriptions. This may occasionally lead to serious complications, as evidenced by the authors' studies – an analysis of 24 cases of overdosage of decongestants in children. The drugs of this group are systemized by age; information on possible adverse reactions and complications is given.*

**Key words:** children, decongestants, rhinitis, local reactions, systemic reactions.