

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Кафедра педиатрии №3



ДЕКОНГЕСТАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Доцент, к.м.н. Баешко Г.И.

Ассистент Усенко Н.А.

Научно-практическая конференция «Педиатрический консилиум: разбор сложных клинических случаев», посвященная Дню защиты детей

29.05.2024

Актуальность

Особенности строения ЛОР-органов у детей:

- носовые ходы уже, чем у взрослых;
- средний носовой ход формируется к 6 месяцам жизни, нижний - к 2м годам, а верхний - после 2х лет;
- нижние носовые раковины утолщены и занимают большую часть объема полости носа.
- нижняя носовая раковина касается дна полости носа;
- слизистая оболочка полости носа обильно снабжена кровеносными сосудами;
- слуховая труба прямее и короче, чем у взрослого;
- проходит в одной плоскости с глоткой;
- носослезный канал широкий, с не развитой до конца клапанной системой

затруднение дыхания

частые отиты

конъюнктивиты

Актуальность

Ринит - воспаление слизистой оболочки носа:

Симптомы:

- **назальная обструкция (заложенность носа)**
- экссудация из носовых ходов
- чихание
- зуд



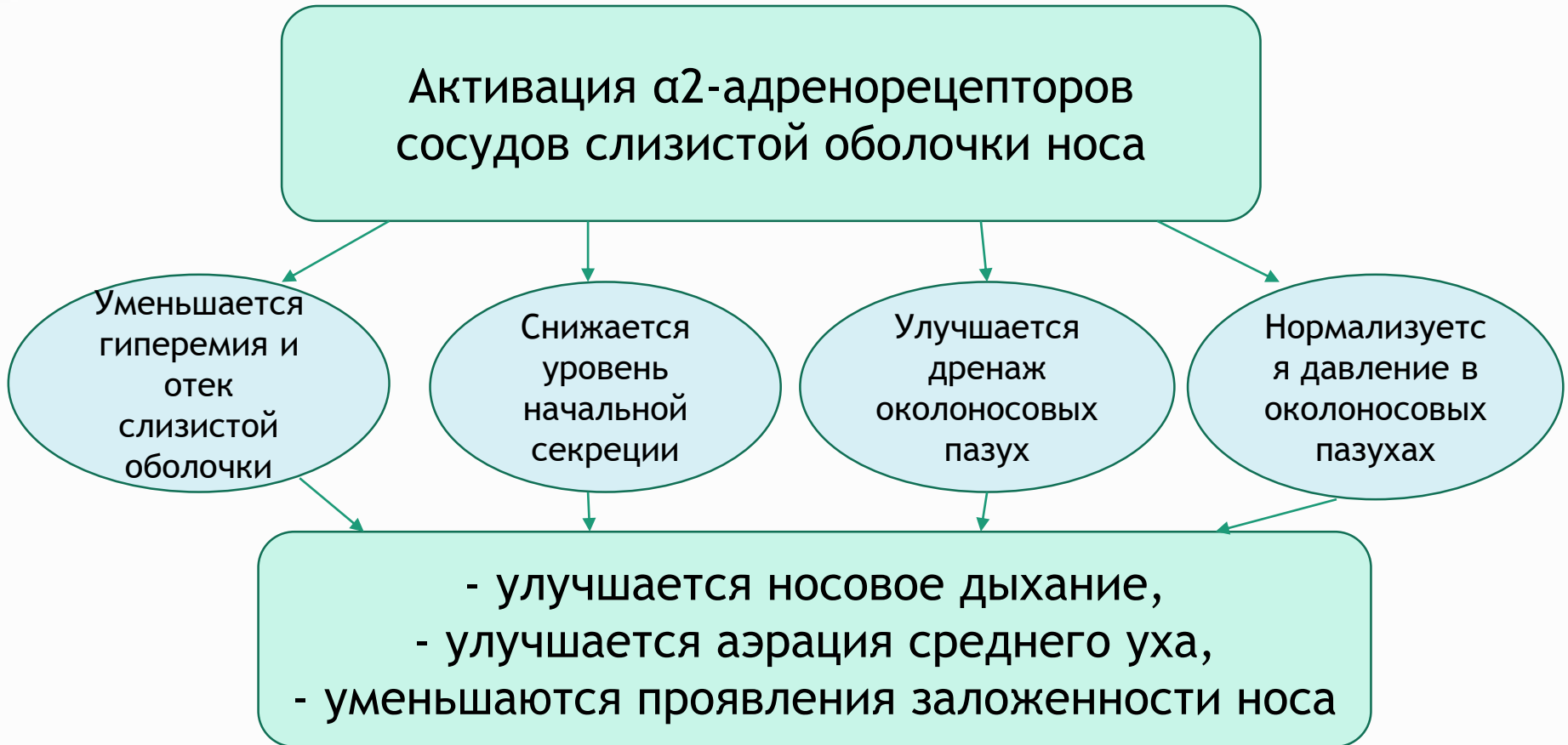
! **Отек слизистой оболочки полости носа** -
основная причина осложнений острого ринита у детей

Деконгестанты - сосудосуживающие препараты

Классификация деконгестантов

	Тип адренорецепторов	Препарат	
По воздействию на адренорецепторы	α_1	фенилэфрин	
	α_2	оксиметазолин, ксилометазолин, нафазолин, тетризолин, трамазолин	
	α, β	эпинефрин (адреналин)	
По химической структуре	Производные имидазола	оксиметазолин, ксилометазолин, нафазолин, тетризолин, трамазолин	
	Производные бензолэтанола	фенилэфрин, эпинефрин	
По длительности эффекта	Группа препаратов	Длительность действия	Препарат
	Ультракороткого действия	30 минут – 2 часа	эпинефрин
	Короткого действия	4 – 6 часов	фенилэфрин, нафазолин, тетризолин
	Средней продолжительности	6 – 8 часов	ксилометазолин
	Длительного действия	8 – 12 часов	оксиметазолин

Механизм действия деконгестантов*



* оксиметазолин, ксилометазолин, нафазолин, тетризолин, трамазолин

Симптоматическое лечение

Заложенность носа (назальная обструкция):

- Орошение носа изотоническим/гипертоническим раствором морской воды с последующим туалетом полости носа.
- Назальные сосудосуживающие препараты. Предпочтителен оксиметазолин: детям до 1 года оксиметазолин в концентрации 0,01%, детям от 1 до 6 лет – оксиметазолин 0,025%, детям старше 6 лет – оксиметазолин 0,05% курсом до 7 дней.
- Интраназальные глюкокортикостероиды при сохранении насморка более 10 дней у детей 12 лет и старше (мометазона фураат с 2 лет, флутиказона пропионат с 4 лет) или при наличии аллергического ринита в качестве сопутствующей патологии.

Местные побочные эффекты деконгестантов

Цилиотоксическое действие

замедление биения ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа

ощущение жжения, сухости, раздражения слизистой полости носа

- нафазолин и тетризолин

- консерванты: бензалкония хлорид, моногидрат лимонной кислоты, цитрат натрия

Медикаментозный ринит

- развивается при применении сосудосуживающих препаратов свыше 7 дней;
- вследствие нарушения вегетативной регуляции сосудов и желез слизистой оболочки;
- более актуален у детей школьного возраста и взрослых.

Системный адренергический эффект деконгестантов:

- Тахикардия,
- Повышение АД,
- Гипервозбудимость.



У детей раннего возраста происходит развитие угнетения ЦНС:

- Вялость,
- Сонливость,
- Заторможенность,
- Спутанность сознания,
- Брадикардия,
- Снижение АД,
- Нарушение сознания
вплоть до комы

Системный адренергический эффект

Наиболее часто действие на ЦНС отмечается у нафазолина

- высокая резорбтивная способность препарата,
- строение флакона с невозможностью точного дозирования,
- использование нафазолина у детей до 1 года,
- применение более концентрированного раствора,
- большей кратностью применения ввиду короткой продолжительности действия,
- низкая стоимость

Клинический случай

Ребёнок Дмитрий, 3 года

Цель консультации: уточнение диагноза (брадикардия).

Жалобы: сонливость, заторможенность.

Анамнез заболевания:

- При плановом осмотре педиатром старшего брата, врачом было обращено внимание и на патологическое состояние младшего ребенка: выраженная сонливость, заторможенность, брадикардия до 70 ударов в минуту.
- Мальчик был направлен на консультативный прием к детскому кардиоревматологу.
- На приеме зафиксирована брадикардия: ЧСС - 70 уд/мин, АД до 80/60 мм рт.ст.
- СССУ?
- Отказ от госпитализации.
- Через 2 дня бригадой СМП ребенок в тяжелом состоянии доставлен в отделение детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ.

Данные объективного осмотра

- Ребенок спит, при настойчивой попытке разбудить - кратковременное пробуждение с дальнейшим засыпанием.
- При пробуждении на ответы отвечает с опозданием, невнятно.
- Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Температура тела $36,0^{\circ}\text{C}$.
- Слизистая ротоглотки бледно-розовая, без патологических включений.
- Дыхание через нос свободное.
- Перкуторно над легкими - ясный легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание, ЧД - 24 в минуту.
- Границы относительной сердечной тупости - в пределах возрастной нормы.
- При аускультации - деятельность сердца аритмичная, тоны умеренно приглушены,
- ЧСС - 55-65 уд/мин, периодически - до 45 в минуту.
- Артериальное давление снижено до 70/40 мм рт.ст.
- Живот симметричен, пальпаторно мягкий, безболезненный, петли кишечника обычных пальпаторных свойств.
- Печень на 2 см ниже края реберной дуги по правой средне-ключичной линии.
- Стул и мочеиспускание в норме.

Обследование

Клинический анализ крови: эр. - 4,05 Т/л, Нв - 126 г/л, ЦП - 0,8, Л. - 6,0 Г/л, с. - 43%, п. - 1%, э. - 1%, л. - 43%, м. - 12%, СОЭ - 4 мм/час; Ht - 39, тромбоциты - 300 Г/л.

Анализ крови биохимический: С-реактивный белок - 6 г/л, общий белок - 60,8г/л, натрий - 130,6 ммоль/л, калий - 4,01 ммоль/л, кальций - 1,26 ммоль/л, глюкоза - 4,73 ммоль/л.

Клинический анализ мочи: цвет - желтый, прозрачный, удельный вес - 1014, белок, эритроциты, глюкоза не обнаружены, Л. - 2-3 в п/зр, ацетон - отрицательный.

ЭКГ: ритм синусовый, нерегулярный, ЧСС - 45-65 уд/мин, вольтаж не снижен, НБПНПГ.

Рентгенография ОГК: сердце нормальной конфигурации.

ЭхоКГ: размеры камер сердца, сократительная способность миокарда, гемодинамика в пределах нормы, аберрантная хорда в полости левого желудочка.

Анамнез заболевания

Анамнез заболевания:

- за 1,5 недели до обращения мальчик переносил ОРВИ: острый ринофарингит.
- родители к врачу не обращались, с первого дня заболевания в лечении применяли нурофен, нафтизин, лизобакт, отвар ромашки.
- сонливость появилась на 3-й день заболевания, что было расценено родителями как проявление респираторной инфекции, лечение продолжалось.



Диагноз, лечение

Диагноз: отравление нафтизином (Т 48.5).

Ребёнок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Лечение: инфузионная терапия +
внутривенное введение атропина сульфата.

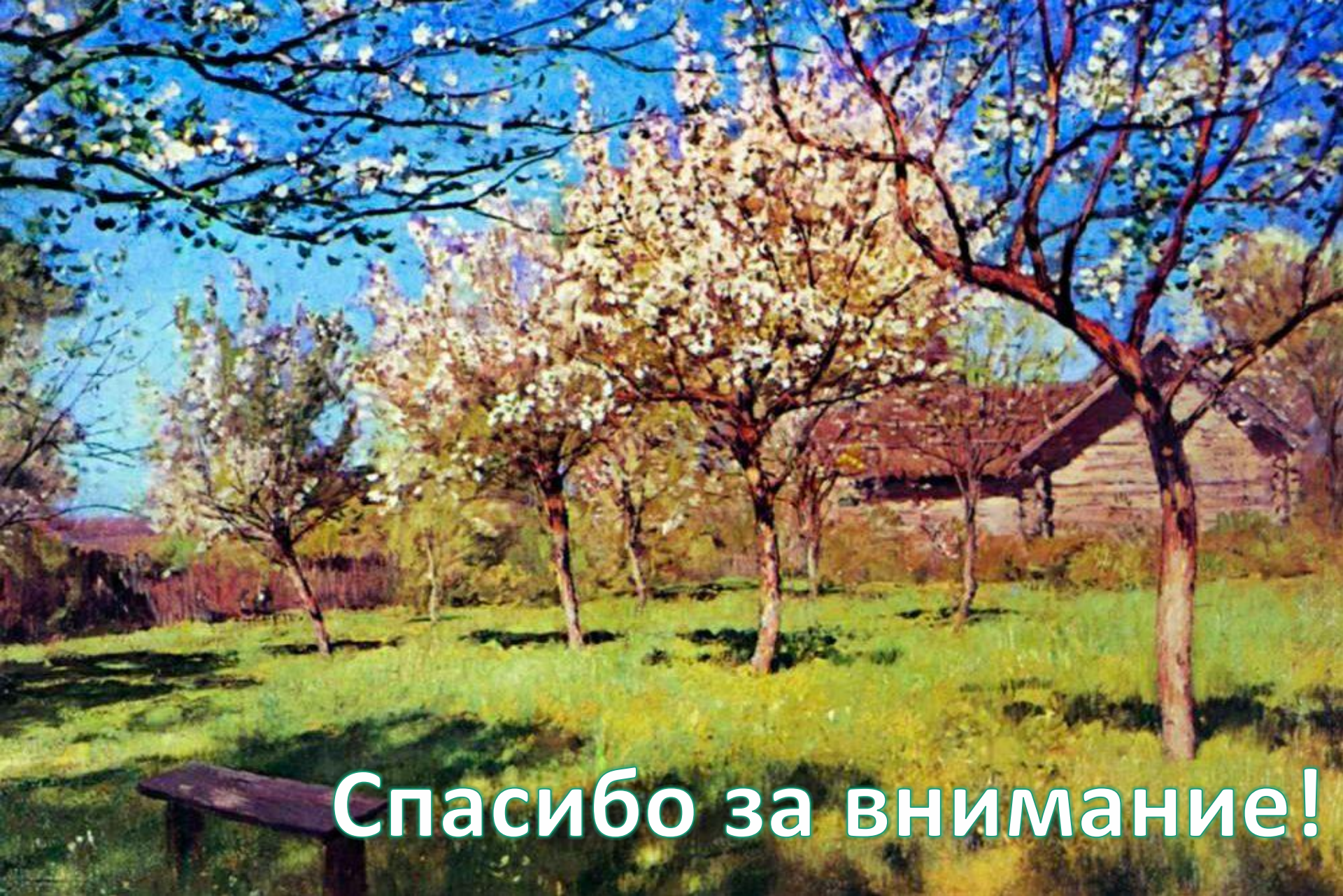
На фоне проводимой терапии состояние мальчика улучшилось: он стал активным, бодрым, восстановились возрастные показатели ЧСС и АД. В удовлетворительном состоянии ребенок выписан из отделения.

Спустя 2 месяца при контрольном осмотре у детского кардиолога:

- состояние и самочувствие мальчика удовлетворительное;
- показатели гемодинамики в пределах нормы.

Выводы

- одно из главных мест в симптоматическом лечении острого ринита занимают местные сосудосуживающие препараты.
- бесконтрольное применение может приводить к развитию осложнений, вплоть до жизнеугрожающих состояний.
- практикующим врачам следует убедительно разъяснять родителям опасность самолечения «безобидными» препаратами.



Спасибо за внимание!

Исаак Левитан. «Весна. Яблони цветут»