

УДК 611.21+611.22+611.85
ББК 56.8
Б 70

Тарасова Г.Д., Лавренова Г.В.
Б 70 Вирусные заболевания ЛОР-органов. Диагностика и лечение. – СПб.: Изда-
тельство «Диалог», 2016. – 128 с.

ISBN 978-5-8469-0118-6

В монографии представлены современные данные по вирусной патологии верхних дыхательных путей и уха. Подробно освещены проявления вирусной инфекции в носу и околоносовых пазухах. Большое внимание в книге уделено современным препаратам и рекомендациям по их применению. Отдельная глава посвящена фито- и натуротерапии при вирусной патологии. Книга предназначена для врачей-оториноларингологов, педиатров, инфекционистов, врачей общей практики, студентов медицинских вузов.

УДК 611.21+611.22+611.85
ББК 56.8

ISBN 978-5-8469-0118-6

© Издательство «Диалог», 2016
© Г.Д. Тарасова, Г.В.Лавренова, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Глава 1. Острые респираторные вирусные заболевания	6
1.1. Этиология, эпидемиология и патогенез гриппа и других ОРВЗ	7
1.2. Патогенез и основные механизмы противовирусной защиты.....	8
Глава 2. Современная профилактики гриппа	11
Глава 3. Грипп и другие ОРВЗ: особенности клинической картины и основные принципы терапии	13
3.1. Грипп и другие ОРВЗ: клиническая картина и основные дифференциально-диагностические признаки.....	13
3.2. Основные принципы терапии гриппа и других ОРВЗ	17
3.3. Иммуномодуляторы в комплексном лечении ОРВЗ.....	19
Глава 4. Осложнения гриппа и ОРВЗ	24
4.1. Группы риска.....	26
4.2. Инфекционный ринит, синусит, отит, ангина, аденоидит, фарингит, трахеит, бронхит: основные симптомы и особенности течения.....	31
Глава 5. Алгоритмы выбора лекарственных средств в зависимости от вида осложнения и формы его течения	35
5.1. Инфекционный ринит	35
5.2. Острый фарингит.....	52
5.3. Ангина.....	71
5.4. Острый риносинусит.....	73
5.5. Острый средний отит	82
5.6. Острый ларингит	88
5.7. Острый аденоидит	90
5.8. Острый бронхит, трахеит.....	91
5.9. Принципы профилактики ЛОР-патологии	97
5.10. Правила носового дыхания.....	100
Глава 6. Народные традиции в профилактике и лечении гриппа	103
Приготовление лекарств из растений в домашних условиях, их дозировка для детей и взрослых	104
Глава 7. Основные лечебные приемы при гриппе в домашних условиях	109
Промывание носа.....	109
Полоскание горла	109

Глава 8. Фитотерапия при проявлениях осложнения гриппа	111
8.1. Острое воспаление риносинусотубарной зоны	111
8.2. Аденоиды, аденоидит	112
8.3. Острый фарингит	112
8.4. Острый ларингит	113
8.5. Бронхит	114
8.6. Острый средний отит	117
8.7. Питье при гриппе	117
8.8. Витаминизирующие и тонизирующие напитки при гриппе	119
8.9. Витаминизирующие сборы	120
8.10. Сборы, повышающие иммунитет	121
8.11. Питание при гриппе	123
Список литературы	125

ВВЕДЕНИЕ

"Вирусные заболевания ЛОР-органов: диагностика и лечение" является руководством для практического врача с аналитическим обзором, клинической диагностикой, профилактикой и лечением острых вирусных заболеваний респираторного тракта и их осложнений.

Грипп и острые респираторные вирусные заболевания (ОРВЗ) являются серьезной проблемой здравоохранения практически во всех странах мира. Социально-экономические потери в результате заболевания гриппом и утраты работоспособности превышают ущерб, наносимый другими ОРВЗ, вместе взятыми. Ежегодно каждый третий житель планеты заболевает ОРВЗ, а от ежегодных эпидемий гриппа страдает от 5 до 15 % населения планеты. По данным ВОЗ в мире во время эпидемий гриппа и повышения заболеваемости ОРВЗ негриппозной этиологии ежегодно болеет от 3 до 5 млн. человек, погибает – от 20000 до 40000 человек. Каждая эпидемия сопровождается увеличением смертности не только от вирусиндуцированных болезней (грипп и его осложнения), но и от неинфекционных заболеваний. Риск смерти выше среди лиц старше 65 лет, страдающих хроническими заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Стремительно расширяющийся набор лекарственных средств безрецептурного отпуска, используемых для лечения ОРВЗ, требует квалифицированной консультации посетителей аптеки специалистом первого стола.

Термином простуда большинство населения определяет состояние поражения верхних дыхательных путей (ВДП). В действительности же это большая группа острых респираторных заболеваний, вызываемых вирусами, бактериями, хламидиями и микоплазмой пневмонии. Установить правильный диагноз может только врач, проведя дифференциальный диагноз и необходимые лабораторные исследования. Тем не менее, большинство людей при первых признаках заболевания приходят в аптеку и задача фармацевтического работника помочь такому посетителю сделать правильный выбор лекарственных препаратов для устранения отдельных клинических симптомов или настоятельно рекомендовать обратиться к врачу.

Исходя из этого, основной задачей данного пособия является освещение вопросов клинической диагностики на ранних этапах респираторной инфекции, современным лекарственным средствам, используемым для профилактики и лечения ОРВЗ и их бактериальных осложнений. В книге проведен анализ по наиболее часто регистрируемым острым вирусным заболеваниям дыхательного тракта, которые имеют разные клинические проявления и особенности терапии. Также разобраны особенности развития и клиники осложнений ОРВЗ и тактика их ведения. Особое внимание уделено препаратам, обладающим этиотропным и иммуномодулирующим действием, рекомендуемым для лечения и профилактики гриппа и других ОРВЗ. В пособии обобщены современные и традиционные принципы лечения.

В случаях течения заболевания более 7-10 дней без заметного улучшения общего состояния следует проконсультировать ребёнка со специалистом для исключения развития осложнений (синусита, среднего отита и др.).

Профилактика острого ринита заключается в осуществлении общего закаливания организма, избегании нахождения ребенка в местах массового скопления народа, особенно в период эпидемий, поддержании гигиены полости носа (использовать её промывание при посещении ребенком коллективов и проживании в промышленных городах). Гигиена полости носа состоит в очищении слизистой оболочки полости носа от осаждающихся на ней пылевых частиц и бактерий путем промывания специально разработанными средствами и др.

Известно, что основными осложнениями ОРВЗ являются инфекционный ринит, синусит, средний отит, ангина, аденоидит, фарингит, трахеит, бронхит. Эти состояния, характеризуются развитием местного воспалительного процесса, наблюдаются у человека индивидуально в зависимости от состояния местного иммунитета. При этом возможно развитие воспаления в одном месте, а возможно сочетанное поражение нескольких органов ВДП. В этом случае наблюдают ринофарингит, тонзиллофарингит или фаринготубоотит и другие. Характер и течение заболевания, как правило, зависит от возбудителя, распространенности воспалительного процесса и состояния защитных сил организма. Предлагаем алгоритмы лекарственной терапии основных осложнений ОРВЗ.

№	Наименование препарата	Дозировка	Способ применения
1	Антибиотики	...	...
2	Сосудосуживающие средства	...	...
3	Средства для промывания носа	...	...
4	Средства для ингаляций	...	...
5	Средства для закапывания в нос	...	...

Глава 5.

АЛГОРИТМЫ ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОСЛОЖНЕНИЯ И ФОРМЫ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

5.1. Инфекционный ринит

Самое частое осложнение простуды, которое можно наблюдать – это **инфекционный ринит**. Изначально на симптоматику этого заболевания пациент не обращает внимания, считая её затянувшимися проявлениями ОРВИ. Кроме того, так как заболевание проявляется лишь в некотором повышении количества отделяемого из полости носа и, сопровождающим его, затруднением носового дыхания, которое обусловлено развитием воспаления и отеком слизистой оболочки полости носа, оно почти не нарушает повседневной жизни человека. Затруднение носового дыхания вначале обычно не выраженное, развивается постепенно и к этому состоянию больной адаптируется, не замечая его.

Инфекционный ринит при отсутствии соответствующей терапии нередко переходит в хроническую форму, которую в последствие диагностируют как катаральную форму ринита, гипертрофический или вазомоторный ринит. Подход к лечению этих заболеваний отличается от терапии инфекционного воспаления.

Течение инфекционного ринита перманентное, человек к такому состоянию привыкает и перестает замечать такие его проявления как: затруднение носового дыхания и умеренное повышение количества выделений из носа. А эти симптомы продолжают нарастать, приводя через некоторое время к выраженному нарушению качества жизни человека, проявляющееся невозможностью осуществлять свободное носовое дыхание. При терапии инфекционного ринита основную роль играют топические препараты. В ее задачи входит:

- элиминация микробных возбудителей заболевания,
- воздействие на воспалительный процесс,
- восстановление носового дыхания,
- уменьшение продукции назального секрета и восстановление его реологических свойств,
- стимуляция репаративных и трофических процессов в слизистой оболочке,
- нормализация функций защитных барьеров: мукоцилиарного транспорта и местного иммунитета слизистой оболочки.

При инфекционном рините, снижающем качество жизни, взрослые пациенты редко прибегают к помощи врача, и, как правило, занимаются

самолечением. Наиболее часто в этой ситуации они используют с целью ликвидации основного симптома — затруднения носового дыхания — различные сосудосуживающие капли в нос. Нередко вследствие отсутствия адекватного лечения, их использование продолжается длительно, нарушая трофику слизистой оболочки, и усугубляя патологические изменения в ней обусловленные воспалением.

Диагностика инфекционного ринита основывается кроме, данных анамнеза, жалоб пациента, на результатах оториноларингологического осмотра (риноскопии), включая эндоскопию, эксфолиативной цитологии назального секрета и его микробиологического исследования. При риноскопии определяют различной степени отечность слизистой оболочки полости носа и наличие, локализацию и характер отделяемого, чаще имеющего слизистый характер. Количество назального секрета при этом, как правило, умеренное, его характер может быть различным по степени вязкости: от слизистого до сухих корочек, расположенных на различных участках слизистой оболочки полости носа. Наиболее полную характеристику назального секрета дает эксфолиативная цитология.

Эксфолиативный цитологический анализ назального секрета состоит в том, что после забора носового секрета, который помещают на предметное стекло и высушивают естественным образом, его окрашивают и производят подсчет клеточного состава в процентном отношении к 200 видимым клеткам (табл. 5.). Получаемые результаты помогают провести дифференциальную диагностику между формами ринита и видом воспаления, а, кроме того, выявляют развитие деструктивных изменений в слизистой оболочке.

Таблица №5

Результаты цитологического исследования назального секрета в норме

Параметр	Норма
Ядра недиф. клеток	5-10
Эпителий реснитч.	0-1
Эпителий плоск.	0-10
Нейтрофилы	75-85
Эозинофилы	0-5
Базофилы	0
Моноциты	0-1
Лимфоциты	0-5
Эритроциты	0
Микрофлора	До ++
Слизь	До ++

Основной целью терапии ИР является устранение его симптомов, приводящих к нарушению качества жизни пациентов: затруднение носового дыхания и наличие отделяемого из носа. Удаление патологического

отделяемого из полости носа возможно несколькими способами: высмаркиванием, отсасыванием, промыванием.

Высмаркиванию ребенка следует приучать с 9 месячного возраста (он уже готов к освоению этого навыка). С 1,5-2-х лет ребенок вполне способен высморкаться самостоятельно. Однако, при наличии густого отделяемого не всегда возможно его удалить путем высмаркивания даже взрослому человеку. В этом случае следует снизить вязкость патологического отделяемого путем введения в полость носа солевого раствора.

Рекомендации по выбору такого средства всегда персонализированы и осуществляются только оториноларингологом на основании данных анамнеза и осмотра полости носа и носоглотки. Целесообразность использования ирригационно-элиминационной терапии в комплексном лечении многих заболеваний ЛОР-органов уже давно обоснована и доказана её терапевтическая эффективность. Следует помнить, что имеют место лишь локальные противопоказания к использованию ирригационно-элиминационной терапии, которые включают: полную обструкцию носового дыхания, наличие острого воспаления в области ЛОР-органов, рецидивирующие носовые кровотечения и негативизм пациента, чаще ребенка. На основании множества, выполненных нами исследований, мы установили некоторые особенности, которые следует учитывать при назначении этого вида терапии. Так, в зависимости от локализации воспалительного процесса и возраста пациента нужно подбирать вид промывания: орошение, душ, струя или полное объемное промывание. Несознательность ребенка и непредсказуемые поведенческие реакции требуют проведения ирригационно-элиминационной терапии детям раннего возраста только под контролем взрослых или врача.

При выборе средства для ирригационно-элиминационной терапии необходимо знать не только концентрацию соли, но состав, входящих в его состав электролитов. Их состав должен обладать минимальной антигенной отягощенностью, отсутствием резкого запаха и раздражающего действия.

Так, в грудном возрасте целесообразно использовать только промывание с использованием капель солевого изотонического раствора и аспиратора для носа во избежание захлебывания ребенка и попадания жидкости в полость слуховой трубы и среднего уха. Несоблюдение рекомендованных методик промывания родителями может привести к негативным явлениям, таким как острый средний отит и ларингоспазм. Учитывая эти особенности средств для промывания и, несмотря на инструкции к некоторым баллонным средствам, производящим спрей или душ, в которых указаны рекомендации для использования их, начиная с грудного возраста, мы рекомендуем в грудном возрасте назначать эти средства, **только в виде капель**, содержащих гипотонический или изотонический солевой раствор, и то одновременно с применением аспиратора для носа. При этом изотонические солевые растворы не нарушают целостность нежной слизистой оболочки полости носа детей раннего возраста (табл. 6).

С 1-го года жизни у некоторых детей можно использовать средства для промывания образующие душ и спрей со специальной конструкцией насадок, предупреждающие глубокое проникновение водной струю в дыхательные пути. Для этих средств также существуют возрастные ограничения (табл. 6). Однако, в период дошкольного возраста рационально преимущественно использовать только солевые изотонические растворы (табл. 6).

Таблица №6

Изотонические растворы

С какого возраста	Название средства	Форма введения	Состав
С грудного возраста	Мореназал	Капли назальные	Солевой раствор
	Флуимарин Физиомер юнидозы Хьюмер монодоза Аква Марис Сиалор аква Маример	Капли назальные	Морская вода
	Отривин беби			Физиологический раствор 0,74 %
	С 1-го года	Аквалор беби	Мягкий душ	Морская вода
Аквалор софт		Душ	Морская вода
Аква Марис беби		Спрей	Морская вода
Аква Марис		Спрей дозированный	Морская вода
Мореназал		Спрей	Солевой раствор
Ринорин		Спрей	Солевой раствор
Маример		Аэрозоль	Морская вода
Отривин Море Спрей			Морская вода
С 2-х лет	Аква Марис норм	Спрей	Морская вода
	Физиомер нежное промывание	спрей	Морская вода
	Флуимарин	спрей	Морская вода
С 3-х лет	Ризосин	спрей	Солевой раствор
	Физиомер мягкое промывание	спрей	Морская вода
С 4-х лет	Долфин	струя	Солевой раствор
С 6-ти лет	Физиомер умеренное промывание	струя	Морская вода
	Аквалор форте	спрей	Морская вода
С 10 лет	Физиомер сильное промывание	струя	Морская вода

Орошение полости носа изотоническими солевыми растворами необходимо при наличии субатрофического и атрофического процесса, в по-

слеоперационном периоде, при травмах носа и при длительном нахождении людей в атмосфере несвойственного для них сухого воздуха (например, при пониженной влажности в отапливаемых помещениях).

Лишь в случаях резко выраженного отека слизистой оболочки при АР и наличия вязкого и густого патологического отделяемого возможно использование гипертонических солевых растворов (табл. 7).

Выпускаемые аэрозольные средства, содержащие гипертонический солевой раствор (**Физиомер, Квикс, Хьюмер 050** и др.), целесообразно использовать при обострении АР. Их применение быстро устраняет отек слизистой оболочки полости носа и носоглотки, профилаксируя его осложнения (риносинусит, тубоотит, средний отит). Гипертонические солевые растворы, оказывающие стимулирующее воздействие на местное кровообращение, целесообразно назначать при вазомоторной форме ринита и на первом этапе терапии атрофического ринита. При этих формах ринита такие растворы назначают коротким курсом с переходом на изотонические растворы в качестве поддерживающей терапии. Возрастные ограничения для этих растворов отражены в таблице 7.

Таблица №7

Гипертонические растворы

Возраст	Название средства	Форма струи	Состав
С 1-года	Хьюмер 050	Спрей	2,3% Морская вода
	Квикс	Спрей	2,6% Океаническая вода
	Аква Марис стронг	Спрей	Морская вода
	Маример форте	Спрей	2,2% Морская вода
	Отривин Море Эко	Спрей	2,2% Морская вода
	С 2- лет	Физиомер гипертонический	Спрей	Морская вода
Аквалор форте		Душ	2,1% Морская вода
С 6-ти лет	Физиомер сильное промывание	Струя	2,2% Морская вода

При выявлении раздражения слизистой оболочки полости носа следует рекомендовать гипотонические солевые растворы, которые будут способствовать восстановлению не только целостности слизистой оболочки полости носа, но её функционированию. Раздражение слизистой оболочки нередко имеет место в отдаленном периоде перенесенной вирусной инфекции или хирургического вмешательства, а также при длительном использовании топических деконгестантов, средств на масляной основе и топических глюкокортикостероидов. Гипотонические растворы могут служить наилучшими средствами для гигиены детей грудного возраста. Для этих средств также имеются возрастные особенности, которые отражены в таблице 8.

Таблица №8

Гипотонические растворы

Возраст	Название средства	Форма	Состав
Грудной возраст	Отривин бэби	Капли	0,74 % Солевой раствор
С 1-го года	Назол аква	Спрей	0,65 % Солевой раствор
С 3-х лет	Ризосин	Спрей	0,65 % Солевой раствор
	Аквамастер	Спрей	0,65 % Солевой раствор
	Салин	Спрей	0,65 % Солевой раствор

При выявлении густого гнойного отделяемого в полости носа и, особенно при выявлении воспалительного процесса в глоточной миндалине (аденоидите) необходимо сильное промывание в виде струи (табл. 6-8).

Больным, принимающим длительное время ингаляционные ГКС и/или де-конгестанты, в качестве сопроводительной терапии с целью предупреждения развития дистрофических изменений слизистой оболочки полости носа, следует использовать солевые растворы, содержащие декспантенол (**Аква Марис плюс, Вибролор**). Декспантенол – производное пантотеновой кислоты – водорастворимый витамин комплекса В – является составной частью кофермента А. Декспантенол стимулирует регенерацию слизистой оболочки, нормализует клеточный метаболизм, оказывает регенерирующее и слабое противовоспалительное действие. Особенности, характерные для этих средств, отражены в таблице 9.

Таблица №9

Особенности многокомпонентных средств

Возраст	Название препарата	Форма	Состав
С 1-года	Аква Марис плюс	Спрей	Морская вода + декспантенол
С 1-года	Вибролор	Спрей	Солевой раствор + декспантенол

С целью освобождения задних отделов полости носа и носоглотки от густого тягучего отделяемого наилучший эффект мы получили при использовании отечественного устройства **Долфин**, позволяющего выполнять полное объемное промывание этих отделов. Важным является положение головы пациента при использовании баллонных форм: она должна быть несколько наклонена вперед, чтобы подбородок составлял прямую или острый угол с горизонтом, а не другой, как указано в некоторых инструкциях (рис. 1). Кроме того, пациент не должен делать вдох во время выполнения процедуры и не разговаривать, а тем более кричать, что нередко мы наблюдаем при выполнении подобных процедур родителями. Нарушение этих условий ведет к попаданию промывной жидкости в полость слуховой трубы и развитию среднего отита. Детям, которые не могут выполнять эти условия, использование такого вида терапии не показано.



Рис. 1. Неправильное положение головы при выполнении процедуры промывания полости носа.

Особый интерес представляет состав солевых растворов, которые используют в ранее упомянутых готовых формах средств для осуществления ирригационно-элиминационной терапии. Большинство из этих средств содержат специальным образом подготовленную морскую воду, в состав которой входит множество микроэлементов благоприятно влияющих на трофику и функционирование слизистой оболочки полости носа. При этом известно, что катионы Na^+ и K^+ положительно влияют на функцию мукоцилиарного транспорта, а Ca^{+} и Mg^{+} , замедляют подвижность ресничек эпителия. В морской и океанической воде всегда преобладают катионы Na^+ , что вполне удовлетворяет требованиям, предъявляемым к препаратам наносимым на слизистую оболочку.

Состав морской и океанической воды, включающий в микродозах большое число микроэлементов, благоприятно воздействует на функционирование эндокринной и иммунной систем.

Одновременно в арсенале аптек представлены средства для ирригационно-элиминационной терапии содержащие различные по составу солевые растворы (**Мореназал, Ризосин, Салин, Назол аква, Аквамастер**). Так, в препарате Мореназал катионы Ca^{+} преобладают над катионами Na^+ , что может неблагоприятно сказываться на состоянии слизистой оболочки полости носа. Кроме того, с целью длительного сохранения состава в этих средствах соответственно добавляют вещества, чаще всего это бензиловый спирт; вода очищенная; натрия гидро-фосфат; натрия дигидрофосфат; бензалкония хлорид. Необходимо отметить, что бензиловый спирт, выполняя роль консерванта, обладает при определенных концентрациях токсичностью и мутагенностью. Поэтому фармакопея США предписывает указывать на этикетке таких препаратов – «не употреблять у новорожденных». Бензиловый алкоголь также вызывает реакции гиперчувствительности. В связи с этим такие средства не могут быть рекомендованы длительными курсами.

Не рекомендуется использовать один флакон у разных людей из-за опасности распространения инфекции.

Удаление патологического отделяемого из полости носа способствует тому, что наносимые в дальнейшем на слизистую оболочку лекарст-

венные средства будут лучше всасываться, и таким образом, оказывать более высокий терапевтический эффект.

При наличии большого количества густого отделяемого в полости носа, рекомендуют промывания полости носа или ирригационная терапия.

Ирригационная терапия полости носа осуществляется с помощью пульверизатора (рис. 2) настоями растений с противовоспалительным и противоотечным действием, например травы тысячелистника, цветков календулы и ромашки, солевыми растворами 2 раза в день – утром и вечером. Температура жидкости для промывания должна быть не менее +38°C.

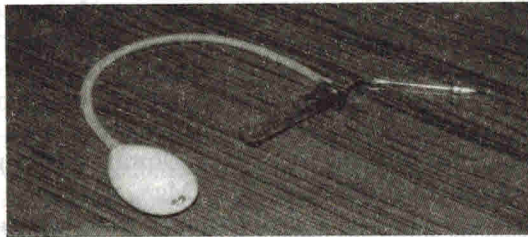


Рис. 2. Пульверизатор

Рекомендуемые растения: черный чай, кора дуба, лист эвкалипта, трава хвоща полевого, родиола розовая (золотой корень), трава чистотела. Для приготовления отвара измельченные растения следует заваривать кипятком в керамической посуде, поставить в теплое место на ночь, процедить и использовать в течение суток. Каждое растение следует использовать в течение 2-х недель, меняя на следующее.

На одну процедуру используется 50 мл жидкости. Периодически можно использовать для промывания слабощелочную минеральную воду типа «Эссентуки № 4». Залог успеха – регулярное проведение процедур. Кроме того, эта процедура может быть использована в качестве закаливающей.

Курс процедур длительный не менее 6 месяцев, с одной стороны его следует рассматривать как гигиеническую процедуру для удаления микроорганизмов, пыли и аэроаллергенов из полости носа и носоглотки, а с другой как лечебный – при использовании лекарственных препаратов и трав.

Через месяц – два от начала процедур необходимо посетить ЛОР-врача для контроля и назначения следующего курса поддерживающей терапии.

Необходимо помнить, что при наличии у ребенка аллергии на растения, их не следует использовать, ограничив арсенал средств для промывания заваркой черного чая и минеральной водой

Следующим этапом является устранение отека слизистой оболочки полости носа. С этой целью используют при этом заболевании топические деконгестанты.

Топические деконгестанты (или сосудосуживающие препараты) действуют на регуляцию тонуса симпатической системы кровеносных сосудов, активируя адренергические рецепторы и вызывая вазоконстрикцию. Они способны эффективно восстанавливать носовое дыхание, практически не всасываясь, поэтому системные побочные реакции крайне редки и незначительны.

Деконгестанты могут включать α_1 -адреномиметики (фенилэфрин, фариал), α_2 -адреномиметики (оксиметазолин, ксилометазолин, нафазолин) или вещества, способствующие выделению норадреналина (эфедрин, псевдоэфедрин, фенилпропаноламин, амфетамин). Продолжительный эффект оксиметазолина и ксилометазолина объясняется их замедленным выведением из полости носа вследствие уменьшения кровотока в слизистой оболочке. В зависимости от длительности действия местные деконгестанты разделяют на несколько групп (табл. 10).

Таблица №10

Классификация топических деконгестантов по продолжительности действия

Продолжительность действия		
Короткая 4-6 часов	Средняя 8-10 часов	Длительная более 12 часов
Эфедрин Эпинефрин Нафазолин Фенилэфрин Тетризолин	Ксилометазолин Трамазолин	Оксиметазолин

Топические деконгестанты можно подразделить на препараты, содержащие адреналин, эфедрин и имидазолины. К имидазолинам относят оксиметазолин, ксиметазолин, тетризолин, индазолин и нафазолин. Препараты короткого действия назначают до 4-х раз в сутки. Они оказывают наибольшее токсическое действие на клетки реснитчатого эпителия. Использование препаратов этой подгруппы в детском возрасте ограничено, так как их разведение может создать угрозу передозировки.

Носовые капли на основе ксиметазолина среднего срока действия запрещены у новорожденных, младенцев и детей первых 2-х лет жизни. Кратность их применения не должна превышать 3-х раз в сутки.

Производные оксиметазолина относят к препаратам длительного действия. В связи с этим режим их дозирования – 2-3 раза в течение суток. Эти препараты не вызывают нарушений мукоцилиарного клиренса.

Местные формы деконгестантов выпускают в виде спрея, капель или дозированных ингаляций. Назальный спрей – простейший способ дозировки препарата – рекомендуется детям старшего возраста и взрослым. Эффективность местных препаратов может в значительной степени сни-