

Острые респираторные вирусные инфекции: принципы рациональной терапии

Профессор **В.М. Свистушкин**¹, к.м.н. **Д.М. Мустафаев**²

¹ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России

²ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к самым распространенным заболеваниям, которые на протяжении многих лет по числу случаев превосходят все другие инфекционные заболевания, вместе взятые. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется до 1 млрд случаев ОРВИ [15], в России – более 37 млн [2]. Столь частые поражения респираторного тракта объясняются многообразием этиологических факторов (более 200 возбудителей респираторных инфекций), а также быстротой и легкостью передачи возбудителей (воздушно-капельный путь), их высокой контагиозностью и изменчивостью [8]. Наиболее распространены ОРВИ в детском возрасте. Их доля совместно с гриппом составляет не менее 70% в структуре всей заболеваемости у детей [2, 15]. Взрослые болеют ОРВИ не менее 1 раза в год, в среднем – 2 раза [1].

Известно, что ОРВИ лидируют среди заболеваний не только дыхательной системы, но и заболеваемости в целом, относятся к категории массовых заболеваний и, по статистике, ежегодно составляют около 90% всех регистрируемых инфекций [2, 10, 11]. Поскольку вирусы способны вызывать частые эпидемии, возможно поражение от 5 до 20% населения ежегодно [2, 15].

В России удельный вес ОРВИ в общей структуре заболеваний дыхательной системы составляет 80–90% от всех регистрируемых инфекций: по данным 2010 г., зарегистрировано до 20 тыс. случаев на 100 тыс. населения [13]. Особенно неблагоприятно складывается ситуация в Москве: заболеваемость превышает средние данные по стране в 1,3 раза у взрослых и в 1,4 раза – у детей [13]. В осенне-зимний период заболеваемость в количественном отношении составляет порядка 800–1000 заболевших на 10 тыс. населения в неделю [2, 15].

В настоящее время известно более 200 вирусов – возбудителей ОРВИ, образующих различные группы (вирусы парагриппа, гриппа, аденовирусы, риновирусы, энтеровирусы и т. д.).

Среди ОРВИ наиболее тяжело протекают грипп, аденовирусная инфекция, инфекция, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом и вирусом парагриппа 3-го типа. По данным ВОЗ, в 6% случаев грипп является причиной летальных исходов, около 60% случаев смерти связано с вирусассоциированными респираторными заболеваниями. Непосредственной причиной смерти обычно является развитие на фоне респираторной вирусной инфекции тяжелых осложнений, таких как пневмония, бронхит, синусит, острый средний отит, энцефалопатия, бронхиальная астма, многочисленные сердечно-сосудистые и обменные нарушения [5, 15, 18, 19].

Заражение ОРВИ происходит воздушно-капельным путем, т. е. при вдыхании каплей секрета дыхательных путей больного человека, содержащих вирус. Другой путь заражения – контактный: капли, содержащие вирус, оседают на поверхностях, также вирус может находиться на руках больного, откуда он попадает на предметы и поверхности, а затем на руки здорового человека, контактирующего с поверхностями. Но попадания на руки еще недостаточно для заражения ОРВИ, необходимо, чтобы вирус попал на слизистые оболочки (полость носа и рта, глаза), обычно мы сами заносим вирус, многократно дотрагиваясь грязными руками до лица. Инкубационный период (время от заражения до появления симптомов болезни) обычно составляет 1–3 сут [1, 3, 15].

Клиническая картина ОРВИ и гриппа состоит из общих и местных симптомов. К общим симптомам относятся недомогание, выраженная головная боль, чувство разбитости, лихорадка и др. К местным – проявления воспаления слизистых оболочек верхних отделов дыхательных путей, такие как чихание, заложенность носа, насморк, боль и першение в горле, кашель. Выраженность клинических проявлений зависит от общего состояния организма и конкретного возбудителя. Так, было показано, что отдельные возбудители поражают эпителий определенного органа верхних отделов дыхательных путей. Риновирусы и коронавирусы чаще вызывают ринит и фарингит. Преимущественное поражение гортани с развитием ларинготрахеита является типичным признаком для гриппозной или парагриппозной этиологии. Вирусы Коксаки нередко вызывают фарингит, герпангины, а поражение глотки с развитием конъюнктивита характерно для аденовирусной инфекции [8, 9, 15].

Любая ОРВИ может вызвать осложнения как собственно вирусные, так и возникающие вследствие наложения бактериальной инфекции. Вероятность развития осложнений выше у детей до 3 лет, особенно до 1 года, у лиц пожилого возраста, с тяжелой соматической патологией (сахарный диабет) и хроническими нарушениями кровообращения, после перенесенного хирургического вмешательства, с иммунодефицитами (ВИЧ, врожденная патология иммунной системы).

Наиболее частыми проявлениями являются острый тонзиллофарингит, острый риносинусит, острый средний отит и т. д.

В нашей стране принято разделять тонзиллит и фарингит как заболевания, хотя и имеющие сходный этиопатогенез, но значительно различающиеся по клинической картине и тяжести течения. Спектр возбудителей тонзиллита и фарингита отличается чрезвычайным разнообразием.

ем. Примерно в 90% случаев возбудителями тонзиллофарингита являются вирусы. Причинами вирусного острого фарингита и тонзиллита могут быть аденовирусы, риновирус, коронавирус, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпштейна–Барр, вирус Коксаки А и другие. Реже встречаются бактериальные возбудители – это стрептококки группы С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria* (дифтерия), анаэробы и спирохеты (ангина Симановского–Плаута–Венсана), реже – микоплазмы и хламидии [12, 14].

Острый фарингит относится к частым заболеваниям, однако изолированно встречается гораздо реже. Чаще возникает нисходящее острое воспаление полости носа и носоглотки, возможно сочетание данных заболеваний с воспалением слизистой оболочки задней стенки глотки и миндалин. Симптомами острого фарингита являются: ощущение сухости, саднения и болезненности в глотке, гиперемия ее слизистой оболочки. Боль усиливается и может иррадиировать в ухо при глотании. На задней стенке глотки часто определяется слизисто-гнойное отделяемое. Гиперемия и припухлость распространяются с задней стенки глотки на задние небные дужки и язычок. Утолщенные и гиперемированные фолликулы задней стенки глотки выступают над поверхностью слизистой оболочки. Выраженные формы острого фарингита сопровождаются регионарным лимфаденитом и повышенной температурой тела. Дифференциальная диагностика стрептококковых фарингитов, основанная только на клинических признаках, нередко представляет собой достаточно трудную задачу даже для опытных врачей. Необходимо отметить, что наличие респираторных симптомов (кашель, ринит, охриплость и др.), а также сопутствующие конъюнктивит, стоматит или диарея, как правило, указывают на вирусную этиологию острого фарингита [12, 14].

Критериями **бактериального тонзиллита**, вызванного β-гематологическим стрептококком группы А, являются лихорадка, воспаление миндалин, увеличение передних шейных лимфатических узлов, отсутствие кашля. Если у пациента присутствуют все 4 критерия, то антибактериальная терапия может назначаться эмпирически до получения результатов бактериологического исследования при наличии эпидемиологических и клинических данных, указывающих на стрептококковую этиологию. Наличие двух или трех из перечисленных критериев, положительный тест на стрептококк группы А также являются показанием к назначению антибиотиков [12, 14].

Лечение тонзиллофарингитов вирусной этиологии, помимо противовирусных препаратов, в основном местное и состоит в исключении раздражающей пищи, назначении ингаляций и пульверизации теплых щелочных растворов. На сегодняшний день существует огромное количество препаратов для местного лечения воспалительных заболеваний глотки: Аквалор горло, мирамистин, хлоргексидин, октенисепт, гексэтидин и др. Часто используются местные комбинированные препараты с различными составляющими (эвкалиптовое масло, тартаровая кислота, анисовое масло, масло мяты перечной и др.), а также препараты, содержащие в своем составе местные анестетики [12, 14].

При выраженном болевом синдроме, сопровождающем острый фарингит, системные анальгетики (нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП) часто оказываются малоэффективными и применяются лишь в качестве антипиретиков. Для снятия болевого синдрома в оториноларингологии чаще всего используются парацетамол, ибупрофен или напроксен, сочетающие в себе как анальгетический, так и антипиретический эффект [12, 14].

Бактериальное поражение верхних отделов дыхательных путей может быть первичным или развиваться как суперинфекция после перенесенной острой вирусной инфекции. В настоящее время общепризнанно, что диагноз стрептококковой ангины или фарингита является показанием для проведения системной антибактериальной терапии. Больные ангиной независимо от тяжести состояния и периода болезни (даже в периоде выздоровления) нуждаются в антибактериальном лечении для предупреждения развития в последующем ревматизма, поражения сердца, гломерулонефрита [12, 14].

В настоящее время антибиотиками первого ряда для лечения острых бактериальных инфекций верхних отделов дыхательных путей являются пенициллины, в т. ч. полусинтетические (амоксциллин), аминокислотозащищенные пенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота) и цефалоспорины. Эти препараты обладают широким спектром противомикробного действия, охватывающим основных возбудителей инфекций верхних отделов дыхательных путей, низкой токсичностью [12–14].

В случае невозможности применения β-лактамов антибиотиков необходимо выбирать препарат, не вызывающий перекрестной аллергии с пенициллинами или в меньшей степени влияющий на работу желудочно-кишечного тракта. Препаратами, отвечающими данным требованиям, являются макролиды. Макролидные антибиотики до настоящего времени широко применяются в амбулаторной практике для лечения больных с бактериальными инфекциями респираторного тракта [12–14]. Однако в последнее время отмечается устойчивая тенденция к росту резистентности микробной флоры к препаратам этой группы.

Необходимо отметить, что при стрептококковом тонзиллофарингите могут возникать метатонзиллярные заболевания – ревматизм, инфекционно-аллергический эндо- и миокардит и полиартрит, холецистохолангит, гломерулонефрит. Показано, что в 1/3 случаев ревматическая лихорадка является следствием стрептококкового тонзиллита, протекающего со стертой клинической симптоматикой (удовлетворительное общее состояние, температура тела нормальная или субфебрильная, небольшое чувство першения в глотке, исчезающее через 1–2 дня), когда большинство больных не обращаются за медицинской помощью, а проводят лечение самостоятельно, без применения соответствующих антибиотиков. В этой связи лечение острого процесса необходимо проводить чрезвычайно тщательно под контролем специалиста [12, 14].

Острый риносинусит (ОРС) – достаточно часто встречающееся осложнение ОРВИ. ОРС – воспаление слизистой оболочки носа и, как минимум, одной из околоносовых пазух (ОНП). Это состояние входит в десятку наиболее часто встречающихся в амбулаторной практике врача-интерни-

ста заболеваний. Исследования с использованием компьютерной томографии показали, что при ОРВИ у 87% больных развивается риносинусит, который следует рассматривать как вирусный. В 1–2% случаев вирусная инфекция осложняется развитием бактериального ОРС [15, 17].

Бактериальный ОРС – достаточно распространенное заболевание с постоянной тенденцией к росту числа заболевших. Например, в США за последние годы по поводу ОРС было приблизительно 25 млн обращений за медицинской помощью в год. В России данная проблема осложняется еще и тем, что из года в год все большему числу больных требуется стационарное лечение. Причем удельный вес больных, госпитализированных по поводу заболеваний ОНП, ежегодно увеличивается на 1,5–2% [15, 17].

Если говорить об этиологии, то спектр возбудителей острого вирусного риносинусита практически не отличается от возбудителей ОРВИ (риновирус, аденовирус, РС-вирус, парагрипп и др.). Что касается микробного пейзажа, то самыми распространенными возбудителями бактериального ОРС являются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. В патогенезе бактериального ОРС большая роль отводится повреждению мерцательного эпителия ОНП вследствие цитотоксического действия вирусов, что, как правило, приводит к нарушению функционирования ресничек эпителиальных клеток вследствие десквамации поверхностных слоев слизистой оболочки полости носа. Вследствие этих патологических изменений угнетается мукоцилиарный клиренс, что в свою очередь создает благоприятные условия для вторичного бактериального инфицирования с образованием гнояного экссудата [15, 17].

Основные цели лечения ОРС: эрадикация возбудителя, предупреждение развития осложнений, облегчение клинической симптоматики, сокращение длительности заболевания.

С этих позиций ключевым методом лечения бактериального ОРС считается антибиотикотерапия. Очень важно перед началом лечения провести дифференциальную диагностику бактериального и вирусного ОРС. Это определит необходимость антибиотикотерапии. В первые 5–6 дней от начала заболевания процесс в основном является вирусным. Далее может отмечаться усиление симптомов («вторая волна»), в этом случае речь идет о присоединении бактериальной флоры и требуется назначение антибиотиков. Антибиотикотерапия показана пациентам с продолжительностью заболевания и сохранением симптомов без динамики более 10 дней, а также при наличии 2-х или более клинических критериев бактериального ОРС (гнойные выделения из носовых ходов, боль в области зубов верхней челюсти или лицевая боль, особенно односторонняя; односторонняя болезненность при пальпации в проекции верхнечелюстной пазухи или ухудшение симптомов после начального улучшения) или с тяжелым течением заболевания.

Острый средний отит (ОСО) – воспаление в полости среднего уха, которое возникает, как правило, на фоне ОРВИ. Различают катаральный и гнойный отит.

В содержимом среднего уха при ОСО в 15–20% случаев выявляются только вирусы, наиболее частым бакте-

риальным возбудителем является пневмококк, вторым по частоте (20–30%) – *H. influenzae*. При отитах с перфорацией барабанной перепонки высеваются пневмококк и, реже, β -гемолитический стрептококк группы А. При повторных отитах у леченных ранее антибиотиками больных в качестве этиологических факторов выступают резистентные *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, стафилококк, синегнойная палочка. Микоплазма вызывает буллезное воспаление барабанной перепонки (мирингит) [2].

Начало заболевания обычно острое с повышением температуры, болью в ухе «стреляющего», приступообразного характера, у детей младшей возрастной группы – с отказом от еды, немотивированным беспокойством и криком, нарушением сна. Высокая температура в отсутствие лечения может сохраняться до перфорации барабанной перепонки, после которой гнойное содержимое находит путь оттока. Воспаление из среднего уха может распространяться на сосцевидный отросток (мастоидит) и оболочки мозга (отогенный менингит).

Капли в ухо с антибиотиками при целой барабанной перепонке эффекта не оказывают, противовоспалительное действие капель со стероидами также сомнительно. Обезболивающим действием обладают капли с лидокаином.

Антибактериальная терапия при ОСО показана в обязательном порядке детям до 2-х лет жизни. В остальных случаях необходимость данного вида лечения определяется конкретной клинической ситуацией.

Высокая температура, выраженная интоксикация, выбухание барабанной перепонки при неэффективности консервативного лечения являются показанием к парацентезу (миринготомии).

Критериями выздоровления ребенка считаются: улучшение общего состояния, нормализация отоскопической картины и улучшение слуха.

Диагноз ОРВИ устанавливает врач после расспроса и осмотра больного. Дополнительные обследования и лабораторные анализы иногда необходимы для исключения других заболеваний, для подтверждения диагноза ОРВИ никаких обследований не требуется [15]. В особых случаях, в частности при подозрении на наличие пандемического гриппа H1N1, возможно проведение специализированного обследования (ПЦР-диагностика).

Идеальным вариантом терапии ОРВИ является этиотропное (противовирусное) лечение, которое, к сожалению, доступно не в каждом случае. Противовирусное лечение эффективно в отношении вирусов гриппа и заключается в применении блокаторов M_2 -каналов – римантадин, амантадин – и ингибиторов нейроминидазы – занамивир и осельтамивир. Эти препараты обладают прямым действием на вирус гриппа и активны в отношении вирусов гриппа А и В. На фоне приема блокаторов M_2 -каналов было показано сокращение продолжительности проявления симптомов инфекции, снижение тяжести заболевания и частоты осложнений. Недостатками данной группы препаратов являются быстроразвивающаяся резистентность вируса и ряд нежелательных побочных явлений, сопровождающих лечение, таких как тошнота, снижение аппетита, головокружение, бессонница, в связи с чем длительность лечения не должна превышать 3–5 сут. Ингибиторы нейромини-

нидазы, в частности препарат осельтамивир, возможно применять как для лечения, так и для профилактики гриппа. Также имеются отдельные данные об эффективности некоторых иммуностимуляторов, таких как интерфероны и их индукторы [4, 5, 7, 8, 11, 19].

В последнее время с большим эффектом при ОРВИ различной этиологии используется имидазолилэтанид пентандиовой кислоты.

В настоящее время все больший авторитет завоевывает вакцинация противогриппозными вакцинами, которая позволяет снизить заболеваемость гриппом и уменьшить риск развития осложнений. Вакцины против гриппа делятся на 2 класса в зависимости от технологии изготовления: живые и инактивированные. Однако живые вакцины обладают высокой реактогенностью (развитие симптомов инфекции – головная боль, повышение температуры тела, недомогание), аллергенностью и целым рядом противопоказаний. Вот почему для массовой профилактики гриппа рекомендованы инактивированные вакцины. Самым сложным в применении вакцин является обеспечение соответствия антигенного состава штаммам вируса гриппа, актуальным в данном сезоне, именно достижение этого соответствия и является основным ограничением для более широкого применения противогриппозных вакцин. Вакцинацию рекомендуют проводить в осенний период [15, 20, 21].

До последнего времени широко используется **симптоматическая терапия ОРВИ**. Целью такого лечения является уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания и предотвращение развития осложнений. Наиболее часто симптоматическая терапия проводится для купирования лихорадки, кашля и насморка, что требует одновременного назначения нескольких лекарственных средств из разных фармакологических групп (НПВП, деконгестанты, противокашлевые средства, витамины, антиоксиданты и антигистаминные препараты) [15, 16]. В последнее время все более широкое применение получают именно комбинированные препараты для лечения ОРВИ, влияющие на весь симптомокомплекс болезни. Прием комбинированных препаратов приводит к облегчению состояния больного и уменьшению прогрессирования инфекционного процесса. Такие средства очень удобны в применении [15].

В связи с изложенными аспектами лечения респираторных вирусных инфекций и сложностями их лечения в комплексной терапии заслуживают особого внимания препараты и устройства, применяемые для санации и гигиены полости носа.

С древнейших времен человек пытался различными способами восстановить функцию слизистой оболочки полости носа, избавиться от постоянного насморка, корок, сухости. С этой целью применяются различные ингаляции, закапывания масел, промывание носовых ходов морской водой. Именно морской, т. к. обычная пресная вода при попадании в носовые ходы вызывает нарушение нормального осмотического давления, что в свою очередь приводит к нарушению колебания ресничек [3, 6].

Использование морской воды с лечебной целью было известно еще в глубокой древности. Известно, что мор-

ские купания своим пациентам назначали врачи Древнего Египта. Жители Эллады сочетали купания с приемом солнечных ванн. Чахоточным больным рекомендовались морские путешествия. Гиппократ обратил внимание на благотворное влияние морской воды на заживление ран у рыбаков. Гален настойчиво рекомендовал легочным больным дышать морским воздухом. Сведения о медицинском использовании морской воды и пены приводит Авиценна. Он рекомендовал теплой морской водой промывать раны, язвы, трещины на кожных покровах [6, 16].

Промывание полости носа (ирригационная терапия) изотоническим раствором стандартно используется в лечении различных заболеваний полости носа и ОНП. В аптеках широко представлены фабричные препараты для промывания полости носа, которые готовят на основе морской воды, доводя содержание солей до изотонической концентрации и упаковывая в удобные для распыления или промывания полости носа флаконы. Считается, что содержащиеся в морской воде соли и микроэлементы (Ca^{2+} , K^+ , Mg^+ и др.) способствуют повышению двигательной активности ресничек, активизации репаративных процессов в клетках слизистой оболочки носа и нормализации функции ее желез. В связи с отсутствием в составе веществ, способных вызвать побочные эффекты, эти лекарственные средства практически не имеют противопоказаний [6, 16].

Терапевтическую (лечебную) ценность морской воды определяют ее физико-химические особенности. При этом ее следует рассматривать как естественный раствор, находящийся в эквilibрированном (уравновешенном) состоянии, т. е. когда токсичность отдельных солей погашается присутствием других солей [6, 16].

Соли в морской воде находятся в основном в виде соединений, главным из которых являются хлориды (88% от веса всех растворенных твердых веществ), далее идут сульфаты (10,8%) и карбонаты (0,3%), в остальные (0,2%) входят соединения кремния, азота, фосфора, органических веществ. В процентном отношении соли распределяются следующим образом: хлористый натрий занимает доминирующее место и составляет 77,8%, затем идут хлористый магний (английская соль) – 4,7%, сернокислый кальций – 3,6%, сернокислый калий – 2,5%, углекислый калий – 0,3%, бромистый магний – 0,2% и др. В солевом составе морской воды преобладают хлориды, в речной больше карбонатов и органических соединений [6, 16].

Соленый вкус воды зависит от содержания в ней хлористого натрия, иначе поваренной соли, горький вкус формируют хлористый магний, сульфаты натрия, магния. Слабощелочная реакция морской воды, pH которой равняется 8,38–8,40, зависит от преобладающего количества щелочных элементов: натрия, кальция, магния, калия [6, 16].

Для проведения процедур в области верхних отделов дыхательных путей наиболее подходящими являются воды с концентрацией хлористого натрия от 0,5 до 3%, реже – до 5% и, как исключение, – до 10%, поэтому морская вода после ультрафиолетовой обработки разбавляется дистиллированной водой. Морская вода увлажняет сухие слизистые оболочки, способствует быстрому размягчению и отделению корок и плотного экссудата. При этом на слизистые оболочки оказывается механическое и тепловое воз-

аквалор®



№1 на рынке препаратов морской воды²

Морская вода из залива Mont Saint-Michel у берегов Франции¹



специальных форм для профилактики и комплексного лечения заболеваний носа и горла

1. Морская вода для производства Аквалора также добывается и в территориальных водах Швеции (Havets Hus, Lysekil)

2. Лидер продаж в РФ в I полугодии 2014 г. (в Евро). Источник: IMS, I полугодие 2014 г.

Устройство медицинского назначения. Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.



действие водной струи, а также специфическое трофическое действие солей и микроэлементов, способствующих восстановлению защитной функции оболочки [6, 16].

Использование в комплексной терапии ОРВИ методов санации, гигиены и промывания полости носа способствует повышению клинической эффективности терапии.

Интересной представляется линейка препаратов для промывания полости носа под названием **Аквалор**. Аквалор содержит натуральную морскую воду, которая забирается в экологически чистых районах территориальных вод Франции и Швеции.

Препараты Аквалор беби, софт и норм представляют собой стерильную изотоническую натуральную морскую воду, содержащую все ее активные ингредиенты и минералы. Препараты способствуют поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки полости носа, разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках слизистой оболочки. Микроэлементы, входящие в состав изотонических форм Аквалора, улучшают функцию мерцательного эпителия, что усиливает резистентность слизистой оболочки полости носа к болезнетворным бактериям и вирусам. Аквалор способствует смыванию и удалению уличной и комнатной пыли, аллергенов и гаптенных со слизистой оболочки носа, местно уменьшает воспалительный процесс и оказывает увлажняющее действие. Показания к его применению достаточно широки. Аквалор рекомендован для индивидуального использования и применяется для лечения и профилактики гриппа, ОРВИ, лечения ринитов и синуситов, воспалительных заболеваний ОНП, при повышенной сухости слизистой оболочки носа и образовании корок, для гигиены носа [6, 16].

Установлено, что стерилизованная морская вода, приведенная к изотоническому состоянию, поддерживает нормальное физиологическое состояние слизистой оболочки полости носа. При этом на слизистую оболочку благотворное воздействие оказывают микроэлементы и соли морской воды. Соли способствуют разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках слизистой оболочки. Ионы кальция и магния, содержащиеся в соли, значительно улучшают работу клеток мерцательного эпителия слизистой оболочки носа, нормализуют реологические свойства слизи, усиливают резистентность к внедрению вирусов и бактерий. Йод и хлорид натрия оказывают антисептическое действие, а также активизируют выработку защитной слизи бокаловидными клетками. Ионы цинка и селена стимулируют местный иммунитет слизистой оболочки носа и ОНП [6, 16].

Аквалор позволяет промывать нос по всей длине носовых ходов. Жидкость для промывания подается в полость носа самотеком, т. е. без дополнительного давления, что позволяет избегать воспалительных осложнений со стороны среднего уха. При промывании с поверхности слизистой оболочки носа удаляется патологический секрет вместе с вирусами, бактериями, аллергенами и пылью, уменьшается отек и воспаление, повышается тонус капилляров [6, 16].

Проведено открытое контролируемое проспективное рандомизированное клинико-эпидемиологическое исследование по изучению эффективности препарата Аквалор

как средства экстренной неспецифической профилактики ОРВИ и гриппа у детей, имеющих преимущественно рецидивирующую и хроническую патологию ЛОР-органов (ОНП и носоглотки). В клиническое исследование были включены 150 детей младшего школьного возраста, постоянно посещающих общеобразовательные учреждения г. Москвы. Все пациенты были разделены на 3 группы по 50 детей в каждой: опытная (получали Аквалор), группа сравнения 1 (не получали медикаментозной профилактики) и группа сравнения 2 (получали вакцину «Гриппол»). Было выявлено, что в опытной группе происходит снижение заболеваемости ОРВИ по отношению к группе сравнения (не получавшей профилактики) в 3 раза, по отношению к группе, вакцинированной Грипполом, – в 1,85 раза. Заметно сокращается количество тяжелых форм ОРВИ в опытной группе (снижение в среднем в 1,75 раза), что отражается на числе пропущенных дней по болезни на одного больного (происходит снижение данного показателя в среднем в 1,4 раза) [6].

Ирригационная терапия с использованием препарата Аквалор, направленная на превентивное снижение вирусной и бактериальной обсемененности верхних отделов дыхательных путей, является одним из важных направлений экстренной неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ в массовых детских коллективах.

Таким образом, изотонические формы препарата Аквалор (беби, софт, норм) могут применяться при ОРВИ с целью нормализации состояния слизистой оболочки полости носа и восстановления транспортной функции мерцательного эпителия.

В линейке препаратов Аквалор есть также препараты, содержащие гипертонические растворы морской воды (Аквалор форте и Экстра форте). Действие гипертонических растворов на слизистую оболочку полости носа основано на разнице осмотического давления межклеточного пространства слизистой оболочки и раствора морской воды, находящейся в полости носа. Когда гипертонический раствор морской воды подается на поверхность воспаленной, отечной слизистой оболочки, вся избыточная жидкость из слизистой оболочки устремляется наружу, в зону повышенного осмотического давления. В результате уменьшается отек, заложенность носа, восстанавливается носовое дыхание. Необходимым условием для достижения осмотического эффекта является достаточное количество гипертонической морской воды, подаваемой на поверхность слизистой оболочки. И здесь очень важно, чтобы препарат, содержащий гипертонический раствор морской воды, имел непрерывное распыление. Этому требованию в полной мере отвечают препараты Аквалор, содержащие гипертонический раствор морской воды: Аквалор форте и Аквалор экстра форте. Аквалор экстра форте дополнительно содержит природные экстракты алоэ вера и ромашки римской, оказывающие дополнительное противовоспалительное действие.

Широкая распространенность ОРВИ, высокая частота развития осложнений и экономические затраты диктуют необходимость своевременной профилактики и квалифицированного лечения данной патологии.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>