

## ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ НОСА НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД\*

ФГУ НКЦ оториноларингологии ФМБА России  
ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, г. Москва, РФ

**Ключевые слова:** носовое дыхание, гигиена полости носа у новорожденных и детей, острый ринит, сухость слизистой оболочки носа, Отривин Бэби.

В зимний период и межсезонье у новорожденных и детей первых лет жизни гораздо чаще возникают проблемы с носовым дыханием, и связано это не только с ростом заболеваемости инфекционным ринитом, но и с обильным образованием корочек в полости носа малыша из-за снижения влажности воздуха в большинстве помещений с центральным отоплением.

Во время отопительного сезона влагосодержание воздуха в помещениях может снижаться ниже нормативной (по ГОСТу 30494–96 в холодное время года во всех типах комнат оптимальная относительная влажность воздуха не должна быть ниже 30%). Постоянное вдыхание сухого воздуха способствует иссушиванию слизистой оболочки носа, которая проявляется за ложенностью носа, часто попеременной, повышенным образованием корок в полости носа, а так же зудом, жжением, из-за которых малыш чихает и морщит носик.

Кроме ощущения дискомфорта, сухость слизистой оболочки полости носа негативно сказывается на мукоцилиарном транспорте (МЦТ) и, как следствие, на фильтрационной функции носа — частицы пыли, бактерии и вирусы, содержащиеся в воздухе, в процессе дыхания практически беспрепятственно попадают в трахею, бронхи, легкие. В свою очередь изменения слизистой оболочки носа, в том числе возрастающая продукция гистамина при инфекционном рините, способствуют снижению МЦТ. Ситуация усугубляется в тех случаях, когда ребенок первых месяцев жизни часто и обильно срыгивает после кормления, находясь в горизонтальном положении. Это способствует раздражению и отеку слизистой оболочки носа и носоглотки вследствие попадания на нее желудочного содержимого, что приводит к длительному затруднению носового дыхания.

Нарушение дыхания через нос может быть причиной ряда расстройств у детей первых месяцев жизни. У грудных детей нарушается акт сосания и глотания, малыш начинает беспокоиться, отказывается от еды, иногда медленнее прибавляет в весе. Отсутствие носового дыхания может привести к повышению внутричерепного давления и расстройству функции центральной нервной системы. Дети первых лет жизни становятся беспокойными, капризными. У некоторых малышей отмечается нарушение сна. Выраженное и длительное затруднение носового дыхания приводит к гипоксии, что способствует замедлению развития. Дети с нарушенным носовым дыханием начинают дышать ртом, поступающий при этом в дыхательные пути холодный воздух легко приводит к простудным заболеваниям, такие дети чаще болеют.

Носовое дыхание для новорожденных и детей первых лет жизни особенно важно потому, что дыхание через рот (в первую очередь у детей первого полугодия жизни) почти невозможно, так как большой язык оттесняет надгортанник кзади. Вообще нос выполняет ряд важных функций. Так, атмосферный воздух, проходя через нос, согревается и увлажняется. Кроме того, нос является своего рода фильтром, очищающим вдыхаемый воздух. В полость носа выделяется 0,5–1 л слизи в сутки, которая движется в задних двух третях носовой полости со скоростью 8–10 мм/мин, а в передней трети — 1–2 мм/мин. Каждые 10 мин проходит новый слой слизи, которая содержит бактерицидные вещества, секреторный IgA.

Первые 3–5 месяцев жизни, являющихся периодом «физиологического гуморального иммунодефицита» человека, проходят «под прикрытием» пассивно переданных материнских антител против большинства респираторных вирусов. Исключение составляет только респираторно-синтициальная инфекция, по отношению к которой напряженность пассивного иммунитета недостаточна, особенно у недоношенных новорожденных [1]. Отек слизистой оболочки носа, корочки, скапливающиеся в полости носа, не только ухудшают мукоцилиарный транспорт и фильтрационную функцию носа, но и вызывают нарушение дренажа околоносовых пазух и среднего уха, создают благоприятные условия для активизации условно-патогенной флоры и способствуют развитию бактериальных осложнений. Следует помнить, что в детском возрасте воспалительный процесс со слизистой оболочки носа чаще, чем у взрослых, распространяется в носоглотку (аденоидит), слуховую трубу (у детей она короткая и широкая), что объясняется рядом анатомических особенностей, подробно рассматривавшихся в № 3 журнала «Лечащий Врач» за 2010 (с. 61–64).

Все сказанное выше делает актуальным вопрос гигиены полости носа новорожденных и детей первых лет жизни, которые не могут самостоятельно ухаживать за полостью носа, освобождать ее от отделяемого. Многие авторы рекомендуют за 5 минут до кормления закапать малышу сосудосуживающие капли [2, 3], однако, как и все лекарственные средства, сосудосуживающие препараты имеют свои недостатки и побочные эффекты. Длительное применение местных деконгестантов может сопровождаться развитием тахифилаксии (постепенное снижение эффекта), синдрома «рикошета» и так называемого медикаментозного ринита, поэтому продолжительность их использования должна быть ограничена [3]. Кроме того, местные сосудосуживающие, вязущие

\*Опубликовано: Лечащий врач. — 2010. — 9, октябрь. — www.lvrach.ru; С. 69–71.

препараты, масляные капли не способствуют элиминации бактерий и вирусов, активность которых в межсезонье и зимой возрастает. Использование для аспирации назального секрета у новорожденных и грудных детей резиновой спринцовки неудобно — родители не сразу понимают, как правильно и с каким усилием сжимать или разжимать стенки груши для удаления слизи. Процесс удаления выделений невозможно отследить из-за непрозрачности стенок баллончика, требуется регулярная (после каждого использования) стерилизация. Кроме того, некорректное использование подобных аспираторов может привести к негативным последствиям: проталкиванию отделяемого вглубь [4].

Современным удобным и легким в использовании средством ухода за полостью носа ребенка является комплекс Отривин Бэби, включающий в себя капли для орошения полости носа — стерильный раствор с физиологическими свойствами (18 флаконов по 5 мл — 3 блока по 6 штук), назальный аспиратор и сменные насадки к нему. Комплекс предназначен для новорожденных и малышей до двух лет. Капли для орошения, содержащие натрия хлорид 0,74%, натрия гидрофосфат, натрия фосфат, макрогола глицерилрицинолеат и очищенную воду, увлажняют полость носа, промывают слизистую оболочку и носовые ходы. При необходимости удаления назального секрета после капель применяется аспиратор, с помощью которого полость носа освобождается от

слизистого секрета. Конструкцией аспиратора предусмотрено, чтобы воздух не проникал внутрь носовых ходов и чтобы слизь вновь не попадала в полость носа. Кроме того, достоинствами аспиратора Отривин Бэби можно считать то, что весь гигиенический процесс находится под контролем мамы, которая своим дыханием регулирует давление в насадке. Следует так же отметить, что использование одноразовых насадок, предусмотренное в аспираторе, способствует предотвращению реинфицирования.

Показаниями к применению комплекса «Отривин Бэби» являются:

- гигиена полости носа при острых и хронических простудных заболеваниях носа, при аллергическом рините;
- ежедневная гигиена для сохранения защитных свойств слизистой в условиях повышенной сухости или загрязнения воздуха (в т. ч. кондиционер, отопление);
- профилактика инфекционных заболеваний носа и носоглотки, а также воспалительных процессов после хирургического вмешательства.

Таким образом, можно рекомендовать отвечающий современным требованиям комплекс Отривин Бэби для широкого использования в домашних условиях, в том числе с целью профилактики острых ринитов и сухости слизистой оболочки носа в зимний период и межсезонье.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. М.: Миклош. 268 с.
2. Крюков А.И., Архангельская И.И. Острый ринит у детей // *Consilium medicum*. 2004, т. 6, № 3.
3. Карпова Е.П. Острый ринит у детей // *ПМЖ*, том 14, № 22, с. 1637–1641.
4. Карпова Е.П., Вагина Е.Е. Ирригационная терапия в педиатрической ринологии // *Вопросы современной педиатрии: научно-практический журнал Союза педиатров России*. 2009, т. 8, № 5, с. 115–118.

## Сведения об авторах:

**Зайцева О.В.** — к. мед. н., ФГУ НКЦ оториноларингологии ФМБА России, ГУ МОНКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва; ZaytsevaNCL@yandex.ru