

# ТЕРАПИЯ ОСТРОГО РИНИТА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

**Н.Д. Пивнева, Е.Н. Котова, Е.Ю. Радциг,**  
кафедра оториноларингологии педиатрического факультета  
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ

**Ключевые слова:** дети, терапия, слизистая оболочка полости носа, острый ринит, композиция эфирных масел

**Keywords:** children, therapy, nasal mucosa, acute rhinitis, composition of essential oil

Одно из первых мест в структуре детской заболеваемости занимает патология верхнего отдела дыхательных путей, что составляет, по данным разных авторов, 25–50% детского населения [1, 4, 5]. До настоящего времени это является актуальной проблемой в работе как врача-педиатра, так и оториноларинголога. За последние годы частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 35–37%, из них 50% [5] переходит в хроническую форму. Ежегодно количество таких больных увеличивается на 1,5–2% [5].

Острый ринит (ОР) представляет собой острое воспаление слизистой оболочки полости носа [1]. Это заболевание относится к наиболее часто встречающимся как в детской, так и во взрослой популяциях, не имеет тенденции к снижению и может привести к серьезным осложнениям, особенно у новорожденных и детей грудного возраста. Точных эпидемиологических данных о встречаемости ОР в детском возрасте нет, так как симптомы ОР сходны с таковыми при острой респираторно-вирусной инфекции [1, 6].

По литературным данным [2, 3], частота заболеваемости ОРЗ считается максимальной в дошкольные годы. Это связано с проблема-

ми адаптивной перестройки ребенка, который постоянно находится в состоянии морфофункционального развития, что вместе с факторами окружающей среды повышает требования к организму, особенно к его регулирующим механизмам [4].

Местное предрасположение развития ОР у детей может быть обусловлено особенностями строения носовой полости, искривлением носовой перегородки, гиперплазией глоточной миндалины. Полость носа у новорожденных и грудных детей короче, уже и расположена ниже по сравнению с другими возрастными группами вследствие недоразвития лицевого скелета. Наряду с малыми размерами полости

носа имеет значение резкое сужение носовых ходов, закрытых хорошо развитыми носовыми раковинами. В данной возрастной группе часто встречается выраженное затруднение нарушения носового дыхания, особенно при скоплении слизистого секрета или корочек в полости носа [7–11]. В клинике острого ринита выделяют 3 стадии течения, последовательно переходящие одна в другую: (1) сухая стадия раздражения; (2) стадия серозных выделений и (3) стадия слизисто-гнойных выделений, или стадия разрешения [2]. Клинически каждая из этих стадий характеризуется своими специфическими жалобами и, следовательно, своим подходом к лечению. Стадии острого ринита можно рассматривать и с позиции этиопатогенеза заболевания.

Сухая стадия раздражения обычно продолжается несколько часов (редко длится в течение 1–2 сут.), начинается с ощущения сухости, напряжения, жжения, царапанья, щекотания в носу, часто в глотке и гортани, беспокоит чихание. Дыхание через нос постепенно нарушается, ухудшается обоняние (респираторная гипосмия), понижается вкус, появляется закрытая гнусавость. В этой стадии происходит инвазия вируса, его репликация в эпителиальных клетках слизистой оболочки носа. Это период участия неспецифических факторов местной защиты мукоцилиарного эпителия, секреторных антител Ig A и Ig M, иммунокомпетентных клеток и других факторов.

Стадия серозных выделений характеризуется нарастанием воспаления, в воспалительный процесс вовлекается эндотелий микроциркуляторного русла слизистой оболочки носа, происходит повышение его проницаемости и миграция иммунокомпетентных клеток из сосудистого русла в очаг воспаления. Появляется серозно-слизистое отделяемое, слезотечение, часто конъюнктивит, резко нарушается дыхание через нос, продолжается чихание, беспокоят шум и покалывание в ушах.

Стадия слизисто-гнойных выделений наступает на 4–5-й день от начала заболева-

ния. На фоне вирусного повреждения эпителия появляются условия для проявления патогенных свойств флоры, колонизирующей слизистую оболочку носа. Появляется слизисто-гнойное, вначале сероватого, потом желтоватого и зеленоватого цвета отделяемое, что обусловлено наличием в нем форменных элементов крови – лейкоцитов, лимфоцитов, а также отторгшихся эпителиальных клеток и муцина.

Основная задача на начальной стадии ринита – предотвратить инвазию вируса и его репликацию в эпителиальных клетках слизистой оболочки носа. Это может быть достигнуто за счет активации неспецифических факторов местной защиты (мукоцилиарного транспорта, секреторных антител, иммунокомпетентных клеток и т. д.). С целью воздействия на нервно-рефлекторные реакции в области носа назначают отвлекающую и местно-раздражающую терапию. Описанные мероприятия наиболее действенны при их использовании с начала появления первых симптомов заболевания (I стадия заболевания), однако они эффективны и во II стадии острого ринита.

Неосложненный инфекционный ринит требует симптоматического лечения, которое включает в себя препараты для элиминационной терапии (изотонические), тепло на рефлексогенные зоны (стопы, ладони) и препараты, уменьшающие отечность слизистой оболочки полости носа [2–5]. Наиболее часто для этой цели используют сосудосуживающие препараты (синоним – топические деконгестанты), хотя есть и другие лекарственные средства, обладающие схожим действием [2–5]. Учитывая широкое (а подчас и бесконтрольное) применение именно сосудосуживающих препаратов, приводящее в ряде случаев к развитию медикаментозного ринита, нам кажется целесообразным остановиться на клинической эффективности препаратов, не предназначенных для интраназального применения, но способных купировать симптомы ринита.

Одним из таких препаратов является масло **Дыши** – композиция натуральных эфирных масел растительного происхождения. Компоненты, входящие в его состав, – можжевельное масло, гвоздичное масло, винтергриновое масло, каепутовое масло, левоментол и мятное масло – обладают противовоспалительным, антисептическим, антибактериальным эффектом.

Эффективность препарата **Дыши** была оценена у пациентов первого года жизни с неосложненным течением острого инфекционного ринита. Под наблюдением находилось 35 детей (17 девочек, 18 мальчиков) в возрасте от 2 до 11 месяцев, средний возраст – 5 месяцев. Изначально препарат **Дыши** назначался в качестве монотерапии, но допускалось применение других лекарственных средств при его неэффективности.

#### **В исследовании оценивались:**

1. Готовность родителей к использованию композиции эфирных масел **Дыши** в качестве лекарственного средства для стартовой терапии ринита у детей первого года жизни.

2. Эффективность композиции эфирных масел **Дыши** в купировании ринита у детей первого года жизни в качестве монопрепарата.

3. Переносимость композиции эфирных масел **Дыши** у детей первого года жизни.

#### **Оценивалась выраженность таких симптомов ринита, как:**

- болезненность при пальпации в области проекции ОНП;
- отек слизистой оболочки полости носа;
- нарушение носового дыхания;
- гиперемия слизистой оболочки полости носа;
- дорожка слизи в ротоглотке;
- выделения в полости носа (слизистые, слизисто-гнойные, гнойные);
- общие симптомы (температура, интоксикация, головная боль).

#### **Для оценки каждого из вышеперечисленных симптомов использовалась 5-балльная шкала, где:**

- 0 баллов – симптом отсутствует;
- 1 балл – легко выражен;
- 2 балла – умеренно выражен;
- 3 балла – сильно выражен;
- 4 балла – очень сильно выражен.

Пациенты дважды (в 1-й и 7-й день от начала болезни) посещали врача, все данные заносились в индивидуальную регистрационную карту пациента. На основании балльной оценки каждого из вышеперечисленных симптомов выводилась общая оценка выраженности симптомов ринита (в баллах) на каждом визите.

#### **Эффективность лечения оценивалась на 2-м визите следующим образом:**

- Выздоровление – общая оценка выраженности симптомов ринита на 2-м визите равна 0 баллов.
- Улучшение – общая оценка выраженности симптомов ринита на 2-м визите меньше, чем на 1-м визите.
- Без динамики – общая оценка выраженности симптомов ринита на 2-м визите одинакова с таковой на 1-м визите.
- Ухудшение – общая оценка выраженности симптомов ринита на 2-м визите больше, чем на 1-м визите.

#### **В качестве монотерапии композиция эфирных масел **Дыши** использовалась у 22 детей (63%). На 7-й день применения эффективность монотерапии **Дыши** была оценена как:**

- выздоровление – у 19 (54%) детей;
- улучшение – у 2 (5,7%) детей;
- отсутствие эффекта – у 1 (2,85%) пациента.

Пациенты, использовавшие **Дыши** в качестве монотерапии, до начала лечения имели суммарную оценку симптомов ринита от 2 до 10 баллов, средний балл – 5,8; после лечения – от 0 до 9 баллов, средний балл – 0,72.

У 13 пациентов (37%) вместе с композицией масло **Дыши** использовались:

- 1% раствор протаргола (2 пациента, 5,7%);
- Називин 0,01% (3 пациента, 8,6%);
- Альбуцид (2 пациента, 5,7%);
- Виброцил (2 пациента, 5,7%);
- Вибуркол, свечи (1 пациент, 2,85%).

**Эффективность комплексной терапии** оценена как:

- выздоровление – у 3 пациентов (8,6%);
- улучшение – у 10 пациентов (28,4%).


Пациенты, получавшие комплексную терапию, имели выраженность симптомов ринита до начала лечения от 6 до 13 баллов, средний балл – 9,54; после лечения – 1,15 балла.

Ни у одного больного не отмечено случаев непереносимости или развития нежелательных побочных эффектов на фоне применения композиции эфирных масел **Дыши**.

### ВЫВОДЫ:

1. Композиция эфирных масел **Дыши** эффективна в качестве монотерапии при легких формах ринита у детей первого года жизни в 54% случаев.

2. При среднетяжелых формах ринита препарат может использоваться в составе комплексной терапии. На фоне применения композиции эфирных масел **Дыши** топические деконгестанты (0,01% раствор оксиметазолина) использовали 8,6% пациентов и 5,7% пациентов использовали комплексный интраназальный препарат, содержащий антигистаминный и сосудосуживающий компоненты. Таким образом, только 14,3% пациентов использовали топические (интраназальные) препараты, обладающие сосудосуживающим действием.

3. Препарат хорошо переносится, не отмечено случаев непереносимости или развития нежелательных побочных эффектов на фоне его применения ни у одного из наблюдаемых нами детей. 

### Список литературы:

1. Крюков А.И. Острый ринит. В кн.: Оториноларингология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008, с. 400–407.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
3. Радциг Е.Ю. Особенности течения и лечения острого ринита у детей грудного и раннего возраста // РМЖ, 2011, № 22, с. 36–38.
4. Карпова Е.П., Соколова М.В. Ирригационная терапия аллергического ринита у детей // Вестник отоларингологии, 2007, № 5, с. 23–24.
5. Карпова Е.П., Божатова М.П. Рациональные методы лечения ОРВИ у детей // Фарматека, 2008; 19: 89–92.
6. Марушко Ю.В. Опыт применения топических деконгестантов у детей раннего детского возраста // Лечащий врач, 2010, № 11, с. 86–90.
7. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р. Острые респираторные заболевания у детей, Миклош, 2005.
8. Лазарев В.Н., Суздальцев А.Е., Ивойлов А.Ю., Бабешко Е.А. Методы исследования адаптационных процессов и их коррекция при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух у детей: Метод. рек. М., 2002, 12 с.
9. Adam P., Stiffman M., Blake R.L. Jr. A clinical trial of hypertonic saline nasal spray in subjects with common cold or rhinosinusitis. Arch. Fam. Med., 1998 Jan–Feb; 7 (1): 39–43.
10. Cordray S., Harjo J.B., Miner L. Comparison of intranasal hypertonic dead seasalinespray and intranasal aqueous triamcinolone spray in seasonal allergic rhinitis // EarNoseThroat J., 2005 Jul; 84 (7): 426–30.
11. Shoseyov D., Bibi H., Shai P. et al. Treatment with hypertonic saline versus normal saline nasal wash of pediatric chronic sinusitis // J. Allergy Clin. Immunol., 1998, vol. 101, № 5, p. 602–605.