

Эфирные природные масла в лечении острых ринитов у грудных детей

К.м.н., доц. Е.Н. КОТОВА*, к.м.н. Н.Д. ПИВНЕВА

Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова (зав. кафедрой — член-корр. РАМН, засл. деятель науки, проф. М.Р. Богомильский) Минздрава России, Москва

The application of essential oils for the treatment of acute rhinitis in the breastfed infants

E.N. KOTOVA, N.D. PIVNEVA

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Ministry of Health, Moscow

Приведены особенности течения и терапии острого ринита у грудных детей, описаны возможности ингаляционного применения эфирных масел для лечения данной патологии. Представлены результаты исследования возможности, эффективности и переносимости использования композиции эфирных масел «Дыши» в монотерапии острого инфекционного ринита у детей первого года жизни.

Ключевые слова: острый ринит, грудные дети, эфирные масла.

Specific features of the clinical course of acute rhinitis in the breastfed infants are described in conjunction with the approaches to the treatment of this condition. Special attention is given to the possibilities of inhalation of essential oils for this purpose. The results of the estimation of the effectiveness and tolerability of these substances are discussed with special reference to the “Dyshi” composition designed for monotherapy of infectious rhinitis in the children during the first year of life.

Key words: acute rhinitis, breastfed infants, essential oils.

Болезни респираторного тракта составляют около 90% всей инфекционной патологии в детском возрасте [1]. Острый ринит (ОР) — это воспаление слизистой оболочки полости носа, проявляющееся затруднением носового дыхания, выделениями из носа, чиханьем и слезотечением. Наиболее часто ринит является первым проявлением острых респираторных заболеваний (ОРЗ), на долю которых приходится свыше 70% всех заболеваний дыхательных путей у детей. По данным литературы [2, 3], частота заболеваемости ОРЗ в первые два года жизни достигает в среднем 4—9 эпизодов в год.

Особое значение ОР играет при заболевании грудных детей, поскольку ситуация связана с невозможностью кормления. Воспаление слизистой оболочки носа вызывает у этих детей отек и, как следствие, затруднение дыхания через нос, при этом анатомо-физиологические особенности, характерные для детского возраста, усугубляют проявления ринита. Носовое дыхание для грудных детей крайне важно потому, что дыхание через рот почти невозможно: ему препятствует располагающийся в небольших размерах ротоглотки толстый язык, оттесняющий надгортанник кзади. Узкие носовые ходы и относительно большие носовые раковины усугубляют эту ситуацию; при недоразвитии кавернозной ткани носовых раковин слизистая оболочка носа имеет богатое кровоснабжение и быстро отекает, что приводит к сужению носовых ходов и затруднению носового дыхания. В периоде новорожденности, а также у грудного ребенка частые срыгивания способствуют раздражению слизистой оболочки носа и носо-

глотки желудочным содержимым. У детей гораздо чаще, чем у взрослых происходит распространение воспалительного процесса из полости носа на носоглотку, слуховую трубу и нижние отделы дыхательных путей. Отсутствие навыка у младенца самостоятельно очищать полость носа от секрета приводит к тому, что патологическое отделяемое стекает по задней стенке глотки, вызывая ее раздражение и воспаление. В результате для детей грудного и раннего возраста характерно проявление ОРЗ прежде всего в виде ринофарингита. Прорезывание зубов также часто сопровождается насморком, поскольку при этом происходит отек тканей, усиление кровотока в сосудах десен, которое распространяется и на слизистую носа, вызывая заложенность и выделение слизи. Отсутствие адекватного дыхания, как мы уже упоминали, нарушает акт сосания и глотания, нормальный сон. Дыхание через рот сопровождается заглатыванием воздуха (аэрофагия), что приводит к более частому и обильному срыгиванию и метеоризму. Таким образом, казалось бы, банальное затруднение носового дыхания у детей грудного возраста оказывается предметом повышенного внимания родителей и врачей.

ОР у грудных детей может быть самостоятельным заболеванием вирусной (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, риновирусы, вирусы Коксаки и ЕСНО) и бактериальной этиологии (стрептококк, стафилококк, пневмококк и др.) или симптомом различных инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, дифтерия, менингококковая инфекция и др.) [2]. В течении ОР выделяют три стадии, последовательно переходящие одна в другую: сухая стадия (раздражения);

© Е.Н. Котова, Н.Д. Пивнева, 2014

© Вестник оторинолар., 2014

*e-mail: enkotova@yandex.ru

стадия серозных выделений; стадия слизисто-гнойных выделений (разрешения) [4]. Диагноз ОР ставят на основании данных анамнеза, жалоб родителей, субъективных и объективных симптомов, рино- и фарингоскопии. Чем младше ребенок, тем тяжелее протекает заболевание. Для грудных детей характерно также преобладание общих симптомов и частое развитие осложнений.

В силу указанных условий терапия ОР у грудных детей с одной стороны должна быть быстродействующей, а с другой — ограничивается в связи с побочными эффектами. В старшем возрасте медикаментозное лечение ОР включает в себя интраназальное введение лекарственных веществ с целью уменьшения отека, элиминации патогенов, эвакуации патологического содержимого. Для этих целей используются различные препараты, выбор которых зависит от клинических проявлений (муколитики, топические антибактериальные препараты, гомеопатические средства и др.). Как правило, для восстановления носового дыхания используют топические деконгестанты. К ним относятся селективные $\alpha 1$ -адреномиметики и симпатомиметики. Местное применение способствует уменьшению отека и гиперемии слизистой полости носа. Однако сосудосуживающие препараты, как и все лекарственные средства, имеют свои недостатки и побочные эффекты. Длительное местное применение оксиметазолина, ксилометазолина, нафазолина и др. может сопровождаться развитием тахифилаксии (постепенное уменьшение эффекта), синдрома «рикошета» и так называемого медикаментозного ринита, поэтому использовать эти препараты следует не более 5—7 дней. Большое значение имеет форма выпуска препарата. Так, носовые капли в той форме, в которой выпускается подавляющее большинство деконгестантов, практически невозможно дозировать: большая часть введенного раствора тут же стекает по дну полости носа в глотку, попадает в желудочно-кишечный тракт, где всасывается в системный кровоток. В этом случае не только не достигается необходимый лечебный эффект, но и возникает угроза передозировки препарата, которая может проявиться желудочковой экстрасистолией и короткими пароксизмами желудочковой тахикардии, ощущением тяжести в голове и конечностях [5]. Далеко не все топические деконгестанты разрешены для использования у грудных детей.

Несмотря на то, что проблема терапии острого ринита у детей раннего возраста постоянно и глубоко изучается [4, 5], а в клиническую практику внедряется ограниченное количество новых лекарственных препаратов и методов лечения, эффективность их часто носит кратковременный характер. Кроме того, необоснованное и бесконтрольное применение этих средств, в том числе местных антибиотиков, привело к тому, что увеличилось число больных, страдающих непереносимостью лекарственных препаратов. Это обстоятельство послужило толчком к поиску нетоксичных, не обладающих побочными эффектами, стимулирующих процессы саморегуляции средств. Подобными свойствами обладают натуральные растительные средства, в частности натуральные эфирные масла.

Способ лечения болезней натуральными эфирными маслами — один из наиболее древних отраслей медицины. Еще за 3000 лет до нашей эры египтяне использовали ароматические растения в медицине и косметике. В древнеиндийских текстах Аюрведы упоминаются ароматические эфирные масла в предписаниях целебного характера. Однако широкое развитие химии и химической промышлен-

ности привели к тому, что природные лекарственные средства стали постепенно вытесняться из лечения больных. Появились химические аналоги натуральных препаратов. Синтезировать же химическим путем эфирные масла так и не смогли, поскольку они содержат в себе большое количество компонентов. И только в последние годы, в связи с развитием новых знаний о свойствах эфирных масел, а также в связи с тем, что доверие к синтетическим лекарственным препаратам уменьшается из-за их возможного отрицательного побочного воздействия, вновь проявляется интерес к натуральным лекарственным средствам [6].

Растительные биоактивные вещества, поступающие в организм через воздухоносные пути в виде летучих фракций, действуют в пределах низких природных концентраций. Большинство эфирных масел содержит терпены, сапонины или же аналогичные субстанции. Они обладают способностью сокращать сосуды, очищать слизистую, дыхательные пути, способствуют откашливанию и разжижению носовой слизи и мокроты. Эфирные масла входят в состав известных препаратов. Лекарственные средства «Пиносол», «Септолете», «Геломиртол» и другие стали востребованными благодаря полезным свойствам, входящих в них эфирных масел. Работами Ю.Г. Борисюка (1981) и А.Н. Остапчука и соавт. (1988) установлено, что эфирные масла растений повышают число защитных иммунных клеток в 5—6 раз, обладают антигистаминным, радиопротективным действием, уменьшают уровень холестерина в крови. Все без исключения эфирные масла обладают бактерицидным, антисептическим и противовоспалительным действием (цит. по [7]).

Состав эфирных масел определяется органическими и неорганическими веществами с широким спектром действия. Наиболее ценной составной частью эфирных масел являются азулен и хамазулен — вещества с выраженными противовоспалительными и антиаллергическими свойствами. Эфирные масла являются активными природными компонентами растений, поэтому во избежание токсических реакций при их применении необходимо соблюдение дозировки, имеются и противопоказания к их назначению. Это может быть индивидуальная непереносимость запахов, аллергия на цветущие растения (сенная лихорадка), бронхиальная астма, заболевания сердца, беременность (с повышенной чувствительностью к запахам) [7, 8].

Однако широкое применение растительных эфирных масел в оториноларингологической практике тормозится отсутствием достаточной информации об эффективности их воздействия в терапии заболеваний ЛОР-органов. Новые возможности в лечении острых респираторных инфекций открывает использование смеси эфирных масел в виде ингаляций. Одним из препаратов, используемым для этой цели, является масло «Дыши» с подобранными в определенной концентрации эфирными маслами для ингаляционного пассивного введения в полость носа при вдохе. В его состав входят натуральные чистые эфирные масла растительного происхождения: можжевеловое, гвоздичное, винтергриновое, каепутовое, эвкалиптовое, левоментол и мятное масло, которые обладают противовоспалительным, антисептическим, антибактериальным эффектом.

Эффективность данного комплекса в профилактике и терапии ОРЗ у детей неоднократно подтверждалась клиническими исследованиями [9—11]. Нашей целью было исследовать возможность, эффективность и переносимость использования композиции эфирных масел «Дыши» в мо-

нотерапии острого инфекционного ринита у детей первого года жизни. Под наблюдением находились 35 детей (17 девочек, 18 мальчиков) в возрасте от 2 до 11 мес, средний возраст — 5 мес. Изначально препарат назначался в качестве монотерапии, но допускалось применение других лекарственных средств при его неэффективности. При осмотре 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.

На основании балльной оценки каждого из вышеперечисленных симптомов выводилась общая оценка выраженности симптомов ринита (в баллах) на каждом визите (в 1-й и 7-й дни от начала болезни). Эффективность лечения оценивалась на втором визите следующим образом:

— Выздоровление — общая оценка выраженности симптомов ринита на 2-м визите равна 0 баллов.

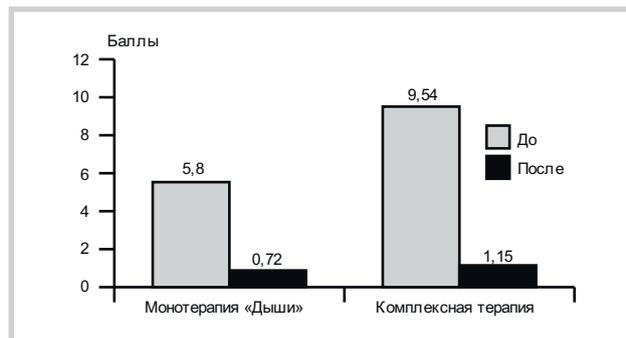
— Улучшение — общая оценка выраженности симптомов ринита на 2-м визите меньше, чем на 1-м визите.

— 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 была оценена как выздоровление — у 19 (86,4%) детей, улучшение — у 2 (9%) детей, отсутствие эффекта — у 1 (4%) пациента.

У 13 пациентов (37%) вместе с композицией масла «Дыши» использовались капли АкваМарис (5 (14%) пациентов), 1% раствор протаргола (2 (5,7%) пациента), називин 0,01% (3 (8,6%) пациента), альбуцид (2 (5,7%) пациента), виброцил (2 (5,7%) пациента), вибуркол, свечи (1 (2,85%) пациент). Эффективность комплексной терапии оценена как выздоровление — у 3 (8,6%) пациентов, улуч-



Суммарная оценка симптомов ринита (средний балл) до и после лечения у пациентов, получавших композицию эфирных масел «Дыши» в качестве монотерапии и в составе комплексной терапии.

шение — у 10 (28,4%) пациентов. Суммарная оценка симптомов ринита до и после лечения у пациентов с монотерапией маслом «Дыши» и получавших комплексную терапию, представлена на рисунке. 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 86,4% 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.

Препарат хорошо переносится, не отмечено случаев непереносимости или развития нежелательных побочных эффектов на фоне его применения ни у одного из наблюдаемых нами детей. Таким образом, указанный комплекс эфирных масел эффективен и при ОР у грудных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева О.В., Барденикова С.И., Зайцева С.В., Рычкова Т.И., Локшина Э.Э. Современные аспекты патогенетической терапии кашля у детей. Лечащий врач 2010; 2: 46—49.
2. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М: ГЭОТАР-Медиа 2006.
3. Самсыгина Г.А., Богомилский М.Р. Острые респираторные заболевания у детей. М: Миклош 2005.
4. Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Архангельская И.И. Острый ринит в детском возрасте. РМЖ 2011; 24: 1496—1500.
5. Карпова Е.П. Острый ринит у детей. РМЖ 2006; 22: 1637—1642.
6. Шеврыгин Б.В., Федорова Т.В., Пекли Ф.Ф. Опыт применения натуральных эфирных масел при хроническом фарингите у детей. Вестн оторинолар 1999; 2: 52—53.
7. Лавренова Г.В. Вдыхая дивный аромат. Ароматерапия — приятный и легкий способ лечения. СПб: АСТ 2005.
8. Нагорная Н.В. Ароматерапия в педиатрии. Прага: Cosmetio Karl Hadek International 1998.
9. Петрушина А.Д., Никогосян А.С., Кайб И.Д., Мальченко Л.А., Ушакова С.А. Использование ингаляций эфирными маслами в комплексной терапии и для профилактики ОРВИ у детей. Вопросы современной педиатрии 2012; 11: 32.
10. Радциг Е.Ю., Богомилский М.Р., Лаберко Е.Л., Ермилова Н.В. Взаимосвязь возрастных особенностей строения слизистой оболочки полости носа и способов введения препаратов для лечения острого инфекционного ринита у детей и подростков. Педиатрия 2012; 91: 4: 84—88.
11. Ермилова Н.В., Радциг Е.Ю., Богомилский М.Р. Использование ингаляций комплексом эфирных масел для профилактики и терапии симптомов ОРВИ у детей. Вестн оторинолар 2010; 5: 68—70.