

Лечение вирусного риносинусита у детей натуральным растительным препаратом *Синорм*®

Д-р Эгле Градаускене

Филиал Сантаришкских клиник Вильнюсской университетской больницы
Детская больница, отделение оториноларингологии

Введение

Острые инфекционные заболевания дыхательных путей (ОИЗДП) представляют собой наиболее часто встречающиеся детские болезни. По данным Всемирной организации здравоохранения, дети в возрасте до 7 лет могут болеть ОИЗДП 6-8, а посещающие детский сад – 12-14 раз в год. У младенцев и детей до 5 лет эти инфекции составляют примерно 50% от всех заболеваний, у детей 5-12 лет – 30%. В Соединенном Королевстве было установлено, что смертность среди младенцев (за исключением новорожденных) и детей в возрасте до 5 лет по причине инфекций дыхательных путей занимает первое место (18%). В связи с данными инфекциями в Соединенном Королевстве госпитализируется 22% всех находящихся на лечении в стационаре детей, в Бельгии – 26,7%. Консультации семейного врача по причине инфекции дыхательных путей составляют от 33,5% всех визитов в Италии до 59% в Соединенном Королевстве.

Большинство респираторных инфекций в раннем детстве вызывают воспаление верхних дыхательных путей, которое дает о себе знать симптомами простуды – это насморк, першение в горле, кашель, хрипота. Обычно детям ставится диагноз – острое воспаление носоглотки (назофарингит), воспаление глоточной и небных миндалин (фаринготонзиллит), воспаление уха (отит), воспаление глоточной миндалины (аденоидит), риносинусит или воспаление гортани (ларингит). У маленьких детей возбудителями этих болезней зачастую являются вирусы: риновирусы (РВ), коронавирусы, парагриппозные, гриппозные вирусы, респираторно-синцитиальные вирусы (РСВ), аденовирусы, метапневмовирусы человека. Летом причинами возникновения острых инфекций верхних дыхательных путей могут стать энтеровирусы. Недавно были обнаружены бокавирусы, которые также связывают с ОИДП.

В этой статье рассматриваются основные критерии диагностики острого вирусного риносинусита и даются рекомендации по поводу лечения препаратами на основе лекарственных трав.

Острый риносинусит у детей

Острый риносинусит у детей – это воспаление носа и слизистой оболочки как минимум одной околоносовой (придаточной) пазухи, которое часто развивается вслед за инфекционным или аллергическим ринитом. Слизистая дыхательных путей устроена таким образом, чтобы она могла защищать организм от вредного воздействия попадающей внутрь пыли, микроорганизмов и инородных тел. Мукоцилиарный клиренс – это защитный механизм для околоносовых пазух и слизистой носа. При нарушении функции данного барьера развивается воспаление околоносовых пазух, с трудом выводится секрет, а это неизбежно вызывает быстротечное возникновение симптомов и признаков острого риносинусита.

Риносинусит можно подозревать, если состояние ребенка, больного ринитом, спустя 7 дней ухудшается или за 10 дней не улучшается. У детей до 5 лет проявляется воспаление верхнечелюстной пазухи и решетчатого лабиринта, а у детей старше 5 лет – лобной и клиновидной пазух. В начале болезни ощущается заложенность носа и/или выделения из носа и носоглотки. Затем – боль и чувство сдавленности в области синусов лица, повышение температуры, кашель, общее недомогание. Реже встречаются гнусавость голоса, отек лица, головная боль.

Диагностические критерии, такие как гнойный секрет в носу, заложенность носа, ощущение давления на лицо, повышение температуры не могут с точностью указать на происхождение риносинусита. Подтвердить или опровергнуть бактериальное происхождение можно лишь после взятия секрета на бактериологический посев.

Вирусный риносинусит длится 10-12 дней, иногда его течение может быть и более продолжительным, но симптомы идут на спад, для заболевания не характерна температура $>38^{\circ}\text{C}$ и сильная боль. Основные клинические признаки вирусного риносинусита у детей: обильный, прозрачный секрет в передних и/или задних отделах носа, который впоследствии пропадает. Секрет в заднем отделе носовой полости дает неярко выраженный кашель.

Бактериальный риносинусит у детей отличается более тяжелым течением, повышением температуры $>38^{\circ}\text{C}$, и симптомы длятся более 5 дней или же спустя 5 дней принимают более тяжелый характер.

Лечение острого риносинусита у детей

При тяжелой форме острого риносинусита у детей оториноларингологи не спешат назначать комплексы лекарственных препаратов (деконгестантов или глюкокортикоидов местного действия), а пероральные антигистаминные лекарства назначают только склонным к аллергии пациентам. Антибиотики для внутреннего применения могут назначаться лишь спустя 5 суток после начала заболевания, а также когда течение болезни принимает более тяжелый характер или появляются признаки осложненной формы риносинусита: целлюлит (инфекция орбиты), хемоз, офтальмоплегия, флегмона орбиты, менингит, энцефалит, остеомиелит, бактериемия, синдром токсического шока.

Симптомный вирусный риносинусит у детей в легкой форме рекомендуется лечить препаратами растительного происхождения с параллельным промыванием носовой полости солевым раствором. Обязательна повторная консультация через 3-5 дней – для оценки динамики болезни. В случае необходимости лечение необходимо корректировать.

Лечение риносинусита у детей препаратами растительного происхождения

Растительные препараты – это лекарственные препараты, медикаменты, активные вещества или основные компоненты которых имеют растительное происхождение. Применяя аналитические методы, с целью оценки соответствия происхождения, качественного и количественного состава, других фармацевтических свойств лекарственных препаратов и сырья, которое использовалось при их производстве, проводится химическое исследование растительных препаратов. Исследования проводятся в соответствии с фитохимическими принципами, основываясь на таких науках как ботаника, таксономия растений, экология. Препараты растительного происхождения, предназначенные для лечения риносинусита у детей, должны обладать следующими фармакологическими факторами:

- секретолитическим – облегчать отток патологического секрета благодаря улучшению мукоцилиарной функции слизистой носа и придаточных (околоносовых) пазух;
- противовоспалительным – уменьшать отек слизистой оболочки;
- иммуномодулирующим – оказывать положительное воздействие на иммунную систему;
- противовирусным – подавлять размножение вирусов, блокируя рецепторы нейраминидазы.

При лечении острого вирусного риносинусита у детей одним из самых эффективных растительных препаратов является *Синорм*®.

Это эффективный комплекс лекарственных трав, предназначенный для лечения заболеваний верхних дыхательных путей. Продукт на основе целебных трав с

уникальным составом улучшает дренаж полости носа, облегчает дыхание через нос и ускоряет процесс выздоровления при различных ОИЗДП.

В состав *Синорм*® входят кора сосны, первоцвет весенний, тимьян обыкновенный, хмель обыкновенный, бузина черная.

Кора сосны (лат. *Pinus pinaster*). Кора морской сосны известна как источник флавоноидов, катехинов, проантоцианидов и фенольной кислоты. Все перечисленные вещества отличаются сильными антиоксидантными, противовоспалительными свойствами, подавляют негативное действие свободных радикалов, укрепляют иммунную систему и уменьшают проницаемость кровеносных сосудов. Препараты, изготовленные из сосны, часто применяются как в народной, так и в традиционной современной медицине.

Первоцвет весенний (лат. *Primula veris*). В листьях, цветках и корнях этого растения содержится много сапонинов, которые облегчают откашливание, улучшают секреторную функцию слизистой оболочки дыхательных путей, дренаж секрета. Производные салициловой кислоты уменьшают боль, подавляют воспаление, улучшают усвоение кислорода, понижают жар, стимулируют потоотделение. Другими важными активными веществами данного растения являются флавоновые соединения, эфирные масла, минеральные вещества, смолы, дубильные вещества и галактаны – определенный вид полисахаридов, которые отличаются иммуностимулирующими свойствами; листья первоцвета богаты витамином С и каротином.

Тимьян обыкновенный (лат. *Thymus serpyllum*). Это растение содержит эфирное масло, в состав которого входит тимол, карвакрол, п-цимол, пинен, борнеол, линалоол и др. Кроме того, в нем присутствуют органические кислоты, флавоноиды, дубильные и минеральные вещества, горькие вещества, витамин С и тритерпеновые соединения. Отличается дезинфицирующими, противовоспалительными свойствами, уменьшает спазмы, боль, успокаивает, стимулирует потоотделение, облегчает откашливание. Эфирные масла тимьяна обыкновенного отличаются и фунгицидными свойствами. Примерно 30 % эфирных масел составляет тимол, который обладает мощными антисептическими свойствами.

Хмель обыкновенный (лат. *Humulus lupulus*). В шишках хмеля обнаружены горькие вещества (гумулон и лупулон), эфирное масло, в состав которого входят мирцен, фарнезен, кариофиллен и др., дубильные вещества, органические кислоты (муравьиная, жирные кислоты, валериановая), смолы, камеди, воск, минеральные вещества, гормон эстроген, флавоноиды, кумарины, холин, аспарагин, витамины (В₁, В₃, В₆, РР, рутин), антоцианиды и др. Препараты хмеля успокаивают центральную нервную систему, уменьшают симптомы воспаления, боль. Растение обладает выраженными спазмолитическими и десенсибилизирующими свойствами. Улучшает обмен веществ, отличается бактерицидным и противогрибковым действием.

Бузина черная (лат. *Sambucus nigra*). Растение содержит следующие активные вещества: гликозиды (самбунигрин), эфирные масла, флавоноиды (рутин), дубильные вещества, органические кислоты, витамин С, минеральные вещества. Они стимулируют потоотделение, подавляют воспаление, улучшают откашливание, укрепляют и очищают организм, отличаются антивирусными свойствами, понижают жар, дезинфицируют, улучшают секрецию. В ягодах также содержится рутин, который уменьшает проницаемость кровеносных сосудов.

Действие *Синорм*® подтверждено клиническими исследованиями

В отделении оториноларингологии Детской больницы – филиала Сантаришских клиник Вильнюсской университетской больницы – проводилось клиническое исследование. В его ходе оценивалась эффективность *Синорм*® при лечении острого вирусного риносинусита. Острый риносинусит устанавливался на основании эндоскопического исследования носоглотки или посредством проведения задней риноскопии, или УЗИ околоносовых пазух. В осенние и зимние месяцы для лечения таких

пациентов с легкой формой заболевания был рекомендован препарат растительного происхождения *Синорм*® и промывание носовой полости солевым раствором. Дети, склонные к аллергии, лечились пероральными антигистаминными лекарственными препаратами и *Синорм*®. Врачи проанализировали и оценили опыт клинической работы, назначая *Синорм*® по 1 капсуле 2 р/д. детям в возрасте 6-11 лет (I группа, N 41), а также в подростковой группе – от 11 до 16 лет (II группа, N 47), где детям назначалось по 1 капсуле 3 р/д. *Синорм*® рекомендовалось применять 10 дней – столько, сколько обычно длится вирусный риносинусит. При повторном визите, т. е. спустя 10 дней, были проанализированы клинические симптомы I и II групп. В ходе анализа оценивалась продолжительность головных болей, облегчение носового дыхания, ринорея, повышенная температура до назначения *Синорм*® и в ходе болезни, спустя 10 дней. Исходя из аналогичных критериев заболевания и выздоровления, было проведено обобщение в обеих группах пациентов.

Статистический анализ данных проводился с помощью пакета SSPS (17 версия). Имеющие статистическое значение симптомы болезни после проведенного лечения полностью исчезли или перешли в более легкую форму по сравнению с симптомами в начале заболевания ($p < 0,001$) (Таблицы 1 и 2).

Число жалоб на затрудненное дыхание, повышение температуры и скопление секрета в обеих исследуемых группах в процентном выражении почти не отличалось. Тем не менее, на головную боль чаще жаловались исследуемые пациенты из II группы (рис. 1). Вероятнее всего, это происходит по анатомическим и субъективным причинам: головные боли чаще всего возникают из-за фронтальных синусов, которые начинают формироваться с 7 лет; кроме того, не все дети младше 7 лет могут выразить свои ощущения и жалобы.

В процессе оценки клинической эффективности *Синорм*® наблюдалось облегчение симптомов в I группе (рис. 2). Во II группе симптомы приобрели более легкую форму только у части исследуемых. Причиной этого могла стать инфекция бактериального происхождения (когда возникает потребность в дополнительном антибактериальном лечении) (рис. 3).

В процессе оценки эффективности применения *Синорм*® было установлено, что в I группе, среди детей младшего возраста, признаки риносинусита чаще всего приобретали более легкую форму на 3-4 день приема лекарства. Частичное улучшение состояния отмечалось по причине того, что несколько дольше сохранялась носовая секреция. В группе старших детей, где применялись капсулы *Синорм*®, признаки риносинусита приобретали более легкую форму спустя 5 дней, у части пациентов сохранялась более обильная носовая секреция и нарушенное носовое дыхание – дольше, чем в группе младших пациентов (рис. 4).

Выводы

Острый риносинусит у детей чаще всего вызывают вирусные инфекции. Обычно его течение имеет легкую форму, проходит спонтанно, поэтому в таких случаях достаточно симптоматического лечения. Несмотря на это, данное заболевание является наиболее частой причиной визитов детей к семейному врачу, где консультации зачастую заканчиваются назначением антибиотика. Лечение вирусной инфекции антибиотиками не только не эффективно, оно может вызвать у ребенка дополнительные нежелательные явления, увеличить расходы на лечение, а короткий курс лечения влечет за собой повышение устойчивости возбудителей бактериальных инфекций к антибиотикам. Поэтому в первую очередь рекомендуется прибегнуть к современным, пришедшим от природы средствам лечения, в эффективности которых благодаря современным технологиям не приходится сомневаться. Это подтверждают и проведенные научно-клинические исследования. Стопроцентные растительные препараты справляются с большинством задач, которые ставит консервативное лечение. Проведенное клиническое

наблюдение подтвердило, что растительный препарат *Синорм*® эффективно помог преодолеть симптомы острого риносинусита в легкой форме у детей в возрасте 6–16 лет. Симптомы острого риносинусита у детей 6–11 лет приобретали более легкую форму быстрее по сравнению с пациентами 11–16 лет, а аллергические реакции на препарат *Синорм*® не были замечены.

Список литературы

1. Kišonas A. et al. Ausų, nosies, gerklės ligos. 1994, 143–144.
2. Jakštas V. et al. Cheminis fitopreparatų tyrimas. 2009, 5.
3. Rohdewald P. A review of the French maritime pine bark extract (Pycnogenol), a herbal medication with a diverse clinical pharmacology. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2002, 40, 158–168.
4. Hosseini S., Pishnamazi S., Sadrzadeh S. M. et al. Pycnogenol((R)) in the Management of Asthma. *Journal of Medicinal Food*, 2001, 4, 201–209.
5. Lau B. H., Riesen S. K., Truong K. P. et al. Pycnogenol as an adjunct in the management of childhood asthma. *Journal of Asthma*, 2004, 41, 825–832.
6. Farid R., Mirteizi A., Mirheidari M. et al. Pycnogenol® reduces clinical symptoms of knee osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*.
7. John S. Tregoning, Jürgen Schwarze, Respiratory Viral Infections in Infants: Causes, Clinical Symptoms, Virology, and Immunology. *Clinical Microbiology Reviews*, 2010, 23 (1), 74.
8. Rachael Clarke, Sonia Ross, Dr Trevor Walker, David Woods. Rational use of Antibiotics in Respiratory Tract Infections, *bpacnz August 2006*, Prieiga per internetą: <www.bpac.org.nz>.
9. Simoes Eric A. F., Cherian T., Chow J. et al. Disease Control Priorities in Developing Countries, *Acute Respiratory Infections in Children*, Chapter 25, 483–497.
10. Cotton M.F., Innes S. et al. Management of upper respiratory tract infections in children, *South African Family Practice*, 50, 2.

Таблица 1. Группа 1: дети в возрасте 6–11 лет

| Симптомы | В начале болезни | | После назначенного лечения | | | | P* |
|------------------------|----------------------|-------|----------------------------|-------|------------------|------|---------|
| | Характерные симптомы | | Полностью исчезли | | Частично исчезли | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Затрудненное дыхание | 31 | 100,0 | 26 | 83,9 | 5 | 16,1 | < 0,001 |
| Головная боль | 9 | 29,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | < 0,001 |
| Лихорадочное состояние | 14 | 45,2 | 12 | 85,7 | 2 | 14,3 | < 0,001 |
| Накопление секрета | 30 | 96,8 | 21 | 70,0 | 9 | 30,0 | < 0,001 |

*Статистически значимые симптомы полностью или частично исчезли по сравнению с симптомами в начале болезни и после лечения.

Таблица 2. Группа 2: дети в возрасте 11–16 лет

| Симптомы | В начале болезни | | После назначенного лечения | | | | P* |
|------------------------|----------------------|-------|----------------------------|------|------------------|------|---------|
| | Характерные симптомы | | Полностью исчезли | | Частично исчезли | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Затрудненное дыхание | 32 | 100,0 | 19 | 59,4 | 13 | 40,6 | < 0,001 |
| Головная боль | 18 | 56,3 | 10 | 55,6 | 8 | 44,4 | < 0,001 |
| Лихорадочное состояние | 17 | 53,1 | 12 | 70,6 | 5 | 29,4 | < 0,001 |
| Накопление секрета | 28 | 87,5 | 16 | 57,1 | 12 | 42,9 | < 0,001 |

*Статистически значимые симптомы полностью или частично исчезли по сравнению с симптомами в начале болезни и после лечения.

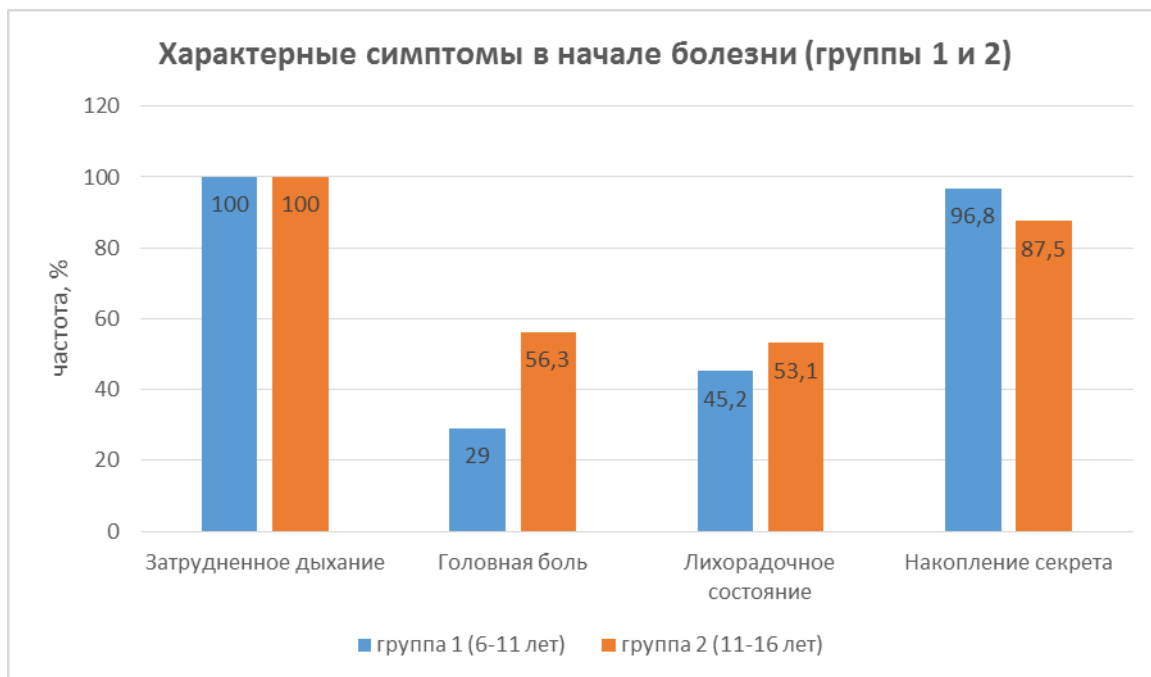


Рисунок 1. Характерные симптомы в начале болезни (группы 1 и 2)

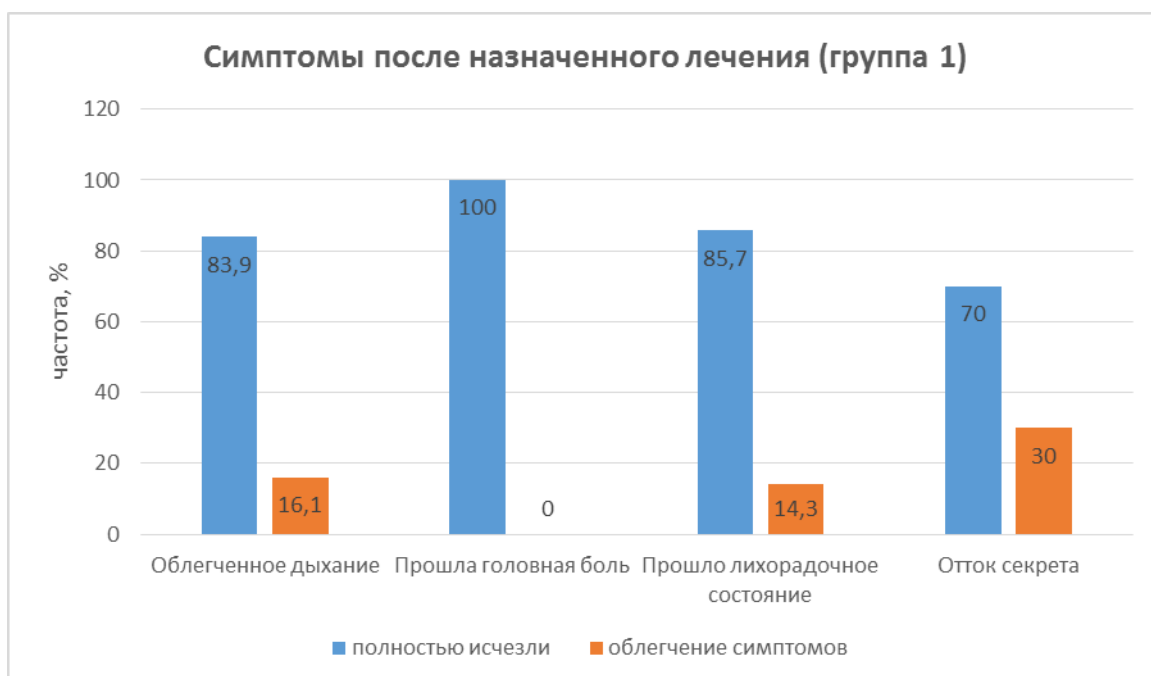


Рисунок 2. Симптомы после назначенного лечения (группа 1)

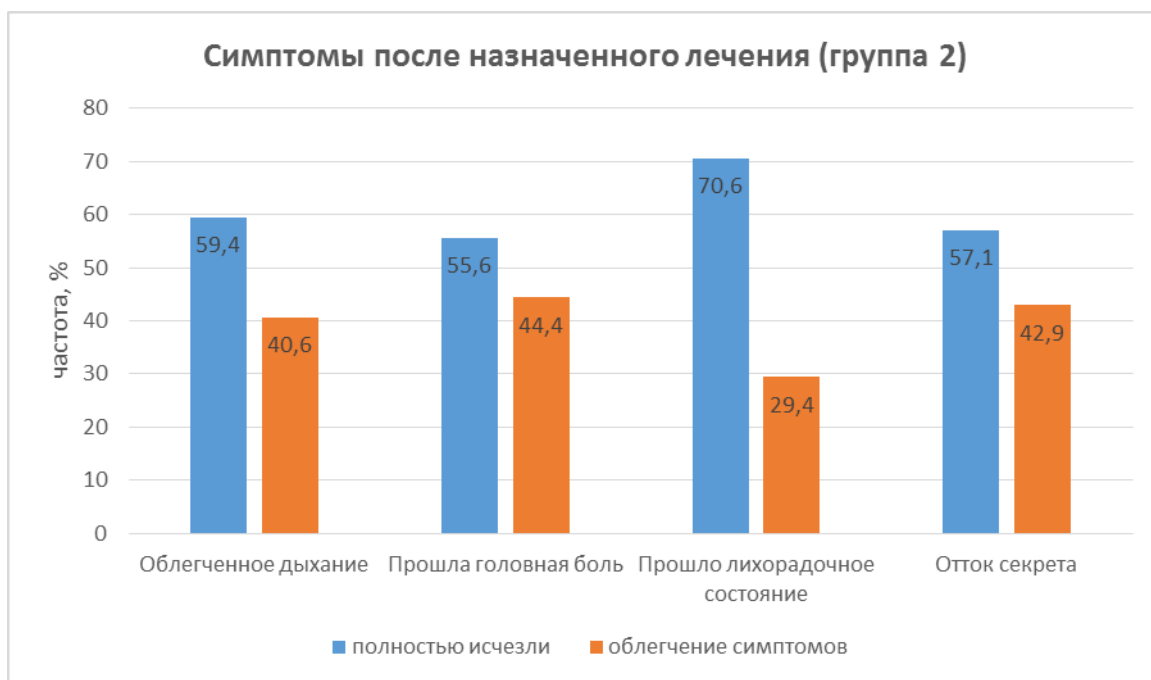


Рисунок 3. Симптомы после назначенного лечения (группа 2)

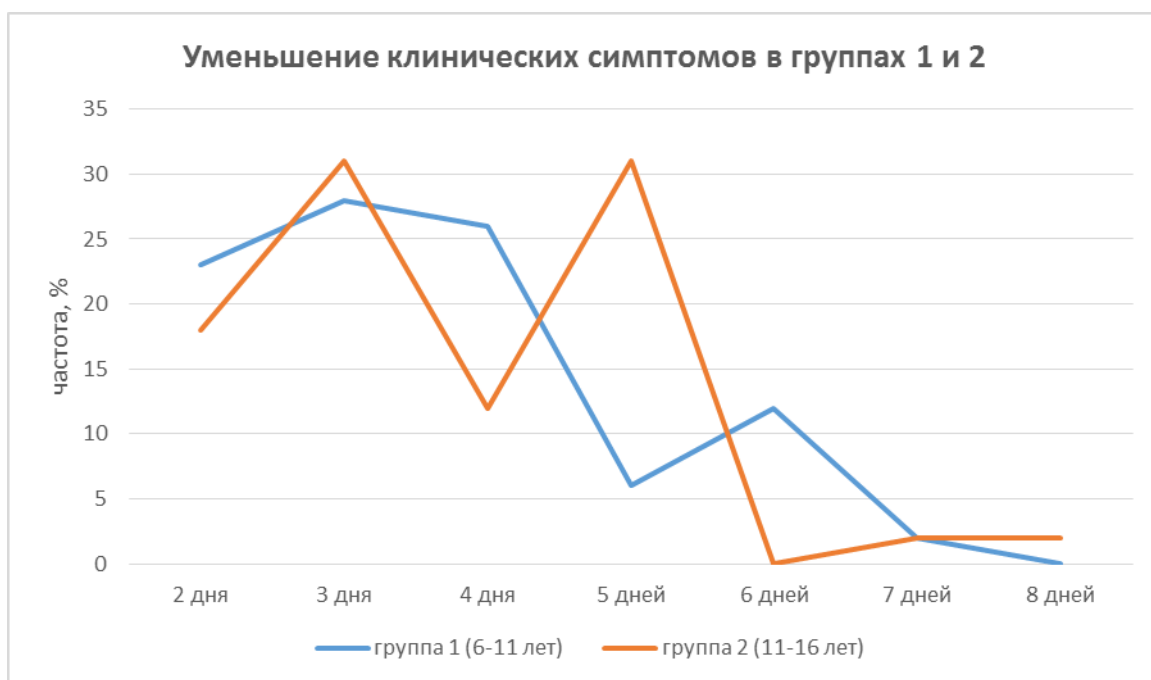


Рисунок 4. Уменьшение клинических симптомов в группах 1 и 2