

## ОСТРЫЕ РИНИТЫ У ДЕТЕЙ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕЧНУЮ ПРОБЛЕМУ

**Л. Житникова**, доктор медицинских наук, профессор,  
I МГМУ им. И.М. Сеченова  
E-mail: ravop21vec@gmail.com

*Приводятся основные сведения о причинах возникновения острых респираторных заболеваний у детей, особенностях строения верхних отделов дыхательных путей, способствующих частым эпизодам инфекций. Обсуждаются традиционные подходы к лечению острого ринита, а также их частые побочные эффекты, что делает актуальным применение ингаляций эфирными маслами, оказывающими бактерицидное и бактериостатическое действие.*

**Ключевые слова:** дети, острый ринит, простуда, деконгестанты, эфирные масла, масло Олбас, клинический эффект, профилактический эффект.

**О**стрые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) — самые распространенные болезни: на их долю приходится примерно половина всех острых инфекционных заболеваний. С ОРВИ связано 60–80% пропусков школьных занятий. В среднем каждый ребенок в течение года болеет простудой от 3 до 9 раз. Пик заболеваемости респираторными инфекциями наблюдается в период с сентября по май. Основными признаками всех видов простудных заболеваний являются насморк, чихание и заложенность носа.

Среди многочисленных возбудителей простудных заболеваний — не менее 5 различных групп вирусов (вирусы парагриппа, гриппа, риновирусы, коронавирусы, аденовирусы и др.) и более 300 их подтипов. В основном они поражают верхние дыхательные пути: нос, глотку, гортань, трахею. Известно свыше 100 типов риновирусов, вызывающих насморк.

Респираторные вирусы живут и размножаются в клетках слизистой оболочки носа и в большом количестве выделяются в окружающую среду при насморке. Некоторые вирусы способны длительное время сохраняться в организме, не вызывая никаких симптомов, но при неблагоприятных воздействиях они провоцируют заболевание.

Концентрация вирусов в выделениях из носа наиболее высока в первые 3 дня заболевания. Вирусы выделяются в окружающую среду при кашле и чихании, оседают на различных поверхностях, остаются на руках больного, сохраняются на полотенцах, носовых платках и других средствах гигиены. Здоровый человек может заразиться при вдыхании воздуха, содержащего большое количество вирусов, а также пользуясь, например, полотенцем больного; при этом вирусы попадают через руки на слизистую носа или глаз [1, 4]. В этом — одна из основных причин формирования семейного очага ОРВИ и гриппа, что предъявляет особые требования к их семейной профилактике.

ОРВИ представляют серьезную угрозу для новорожденных, детей более старшего возраста и членов семьи

с хроническими заболеваниями, особенно — с сердечно-сосудистыми и бронхолегочными.

От проникновения вируса в верхние дыхательные пути до развития основных симптомов заболевания проходит в среднем от 1 до 3 дней.

Основные симптомы ОРВИ — головная боль, чихание, заложенность носа, боль в горле, общее недомогание, усталость, кашель и сопение при вдохе через нос. Для выяснения причины затрудненного носового дыхания, которое ведет к нарушению функционирования всех органов и систем, необходимо провести дифференциальную диагностику по результатам комплексного обследования (сбор и анализ данных анамнеза; физикальный осмотр; пальпация и перкуссия; передняя риноскопия, при необходимости — лабораторные и дополнительные методы исследования: общий анализ крови, эндоскопия полости носа, цитология назального секрета, микробиологическое исследование содержимого полости носа с определением чувствительности патогенов к антибиотикам, идентификация вируса, ультразвуковое и рентгенологическое обследование, компьютерная томография).

Многие участковые врачи осматривают носовые ходы с помощью оториноскопа. При этом удается определить наличие, количество, характер и цвет отделяемого в полости носа и состояние слизистой.

Эффективное лечение ринита в амбулаторных условиях возможно при использовании ряда мер [1, 3–5]:

- экокорректирующих: свежий, теплый, увлажненный воздух (регулярное проветривание), применение фильтра-ионизатора, что уменьшает тягостное ощущение сухости, напряжения и жжения в носу;
- дезинтоксикационных: обильное теплое питье, своевременность физиологических отправлений;
- санирующих: тщательный туалет глубоких отделов носа и носоглотки;
- медикаментозных: воздействие на воспаленные ткани носовой полости и носоглотки лекарственными средствами;
- физиотерапевтических: ингаляции, электрофорез, фонофорез, лазеротерапия и др.;
- общеукрепляющих: применение витаминных и иммуномодулирующих препаратов.

Туалет полости носа и носоглотки разными способами с помощью антисептических и изотонических растворов крайне необходим для создания непосредственного контакта лечебных препаратов со слизистой оболочкой. На свободную после промывания слизистую оболочку инстиллируют капли и спреи для носа — деконгестанты, устраняющие заложенность. Из-за риска развития медикаментозного ринита эти препараты нельзя использовать более 5–7 дней. Деконгестанты с осторожностью назначают детям моложе 2 лет, так как очень мал интервал между терапевтической и токсической дозой [5]. Лучше назначать капли, в состав которых входят компоненты с противовоспалительным, противовоспалительным и местным противоаллергическим действием. Не исключено раздельное их применение с небольшими перерывами.

Пероральные комплексные препараты, содержащие сосудосуживающие, антигистаминные, противовоспалительные компоненты, действуют медленно, но длительно.

Один из наиболее удобных, безопасных и эффективных методов лечения простудных ринитов — ингаляции: па-

ровые, тепловлажные, влажные, масляные и сухие; активные (с использованием ингаляторов) и пассивные (простое вдыхание лечебных компонентов). Пассивные ингаляции не имеют возрастных ограничений и являются методом, наиболее комфортным для детей, особенно раннего возраста.

Преимущества ингаляционного метода лечения:

- возможность использования у детей всех возрастных групп;
- максимальная физиологичность введения лекарственного вещества вместе с вдыхаемым воздухом;
- прямое действие на слизистую оболочку органов дыхания;
- смягчающее действие микрочастиц масла на слизистые оболочки;
- исключение раздражения слизистой и мацерации кожных покровов;
- отсутствие общего воздействия на организм, что снижает риск развития побочных эффектов, особенно у детей с аллергиями и патологией желудочно-кишечного тракта.

К числу препаратов, используемых для пассивных ингаляций, относится Олбас — комплекс натуральных эфирных масел, имеющих ряд лечебных свойств [6, 7]. Пары мятного масла (35,45%) дают бодрящий и болеутоляющий эффекты. На полость носа они оказывают дезодорирующее и легкое антисептическое действие, вызывают ощущение улучшения носового дыхания благодаря воздействию ментола на холодные рецепторы слизистой оболочки носа. Масло эвкалиптовое (35,45%) — один из

сильнейших в группе эфирных масел антисептиков, поддерживает иммунитет. Масло каепутовое (18,50%) дает легкий болеутоляющий, антимикробный, потогонный, отхаркивающий, жаропонижающий эффекты; обладает высокой гермисидной активностью в отношении *Staphylococcus aureus*; ослабляет выраженность воспалительных процессов в органах дыхания, оказывает тонизирующее действие. Левоментол (4,10%) обладает обезболивающими свойствами легкого местного анестетика, а также отхаркивающими, тонизирующими.

Масло винтергриновое (гаультерии лежачей, или зимолубки, — 3,70%) дает болеутоляющий, вяжущий, антисептический, тонизирующий эффекты; ликвидирует воспалительные процессы в органах дыхания. Масло можжевельное (2,70%) — противомикробное средство. Масло гвоздичное (0,10%) оказывает антисептическое, болеутоляющее, антигистаминное, анестетическое действие.

Препарат можно наносить на подушку или салфетку, которую помещают в изголовье постели больного. Бактериостатическое и бактерицидное действие Олбаса на микрофлору верхних дыхательных путей при ингаляционном способе введения клинически доказано. Препарат активен в отношении таких патогенных микроорганизмов, как грамположительные (*S. aureus*, *Str. pneumoniae*, *ruogenes*, *angonismus*) и граммотрицательные (*E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *P. aeruginosa*, *H. influenzae*) бактерии.

Эффективность применения масла Олбас при острых ринофарингитах у детей, в том числе грудного возраста, оценивалась в клиниках детской оториноларингологии

# Олбас масло

## КОМПОЗИЦИЯ НАТУРАЛЬНЫХ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ ДЫХАНИЯ

- Обладает бактерицидным и бактериостатическим действием.
- Эффективен в профилактике ОРВИ и комплексной терапии инфекционного ринита у детей.
- Безопасен в применении: не раздражает и не сушит слизистую носа, не вызывает привыкания.
- Разрешен к применению у детей с 3-х месяцев\*.
- Не оставляет следов на тканях — можно наносить на салфетки, детские игрушки и т. п.



ИСПОЛЬЗУЙТЕ  
В «СЕЗОН ПРОСТУД»



\* Радциг Е.Ю., Лазаревич А.А., Лобеева Н.А., Богомильский М.Р. Особенности терапии ринита у детей грудного возраста // Врач. — 2007. — № 9.

РГМУ, педиатрии МГМСУ, Научного центра здоровья детей [2, 3]. В исследовании клиники оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ приняли участие 27 детей (средний возраст – 7,5 мес). Препарат назначали в виде ингаляций по 2–3 капли на марлю или вату 3 раза в день в режиме монотерапии. Детей контрольной группы (20 человек), сопоставимой по возрасту и полу с основной, лечили сосудосуживающими каплями, 2% раствором протаргола, средствами элиминационной терапии. Пациентов осматривал оториноларинголог до начала лечения и через 7 дней. При первичном осмотре у всех детей были отмечены симптомы ринита. При осмотре на 7-й день от начала лечения симптомов ринита не было выявлено ни у одного ребенка. Средняя продолжительность ринита у детей, получавших препарат, составила 4,4 дня, в контрольной группе – 5,2 дня. На фоне приема препарата не отмечено никаких побочных явлений и нежелательных реакций. Эффективность препарата в качестве средства длительной терапии ринита (ринофарингита) оценена как отличная в 13 (48%) случаях, как хорошая – у 12 (44%) детей, как удовлетворительная – у 2 (8%).

Таким образом, препарат Олбас можно использовать как средство стартовой терапии ринитов у детей, начиная с грудного возраста, в том числе и в режиме монотерапии. Длительность курса лечения при ежедневном применении препарата не ограничена. Препарат очень эффективен для профилактики острых ринитов у детей, начиная с грудного возраста, так как эфирные масла оказывают противомикробное действие [2, 4].

## Литература

1. Гаращенко Т.И. Затрудненное носовое дыхание у детей: диагностика и принципы лечения // Педиатрия. – 2008; 87 (5): 69–75.
2. Горелова Ж.Ю., Плац-Колдобенко А.Н., Миронова Л.С. и др. Опыт использования масла «Олбас» в профилактике острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста // Росс. вестн. перинатол. и педиатр. – 2009; 54 (6): 103–106.
3. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Сапаева Н.В. и др. Альтернатива топическим деконгестантам при симптоматическом лечении острого ринита у детей // Вопр. совр. педиатрии. – 2007; 6 (5): 48–51.
4. Самсыгина Г.А., Богомильский М.Р. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. – М.: Миклош, 2006. – 268 с.
5. Фадеев А.А., Демченко В.И. Острые отравления назальными сосудосуживающими препаратами у детей // Детская больница. – 2007; 1: 41–44.
6. Kedzia B., Alkiewicz J., Holderna-Kedzia E. et al. Studies on the bacteriostatic and bactericidal effect of Olbas oil preparation on the upper respiratory tract microorganisms // Otolaryngol. Pol. – 1997; 51 (27): 354–355.
7. Zalewski P., Olsewski J., Olsewska-Ziaber A. et al. Clinical evaluation of Olbas effect on nasal mucosa in acute rhinitis patients during common cold // Otolaryngol. Pol. – 1997; 51 (23): 312–314.

### ACUTE RHINITIS IN CHILDREN: A NEW VIEW OF THE PERENNIAL PROBLEM

L. Zhitnikova, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper gives basic information on the causes of acute respiratory diseases in children, the specific features of the upper airway structure, which promote frequent infection episodes. It discusses traditional approaches to treating acute rhinitis, as well as common side effects, which makes urgent inhalations of essential oils having bactericidal and bacteriostatic activities.

**Key words:** children, acute rhinitis, chill, decongestants, essential oils, Olbas oil, clinical effect, prophylactic effect.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОМ МОЧЕИСПУСКАНИИ У ЖЕНЩИН

**О. Аполихин**, доктор медицинских наук, профессор,  
**А. Сивков**, кандидат медицинских наук,  
**В. Ромих, Е. Коршунова**, кандидат медицинских наук,  
**Л. Кукушкина**,  
НИИ Урологии Росмедтехнологий, Москва  
**E-mail:** dr.kykyshkina@gmail.com

*В НИИ Урологии Росмедтехнологий проведено открытое сравнительное исследование с целью изучения клинической эффективности метода биологической обратной связи (БОС) у пациенток с дисфункциональным мочеиспусканием. При анализе результатов получены данные о высокой эффективности метода: у 97,5% пациенток доказана эффективность БОС в сочетании с электростимуляцией мышц тазового дна.*

**Ключевые слова:** биологическая обратная связь, электростимуляция мышц тазового дна, нарушения мочеиспускания, дисфункциональное мочеиспускание.

**Н**арушения мочеиспускания у женщин – одна из самых актуальных и сложных проблем женской урологии. Согласно данным литературы, нарушения мочеиспускания отмечаются примерно у 24% женщин в возрасте от 30 до 60 лет и более чем у 50% женщин старше 60 лет [6]. Одно из самых распространенных и сложных для лечения нарушений – дисфункциональное мочеиспускание (ДМ) [3].

ДМ – дискоординация расслабления мышц тазового дна и сокращений детрузора во время мочеиспускания при отсутствии неврологического заболевания. Клинически оно проявляется прерывистым и(или) колеблющимся потоком мочи. Чаще всего женщины жалуются на продолжительное, затрудненное или прерывистое мочеиспускание, дизурию, поллакиурию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря [4, 7] (рис. 1).

По данным J. Blaivas (2000), ДМ является самой распространенной формой функциональной обструкции; на его долю приходится 70% всех случаев инфравезикальной обструкции функционального генеза у женщин [3, 8].

Основной консервативный метод лечения функциональной обструкции легкой и средней степени – поведенческая терапия и тренинг мышц тазового дна. Последний предусмотрен международными рекомендациями Европейского общества урологов и Американской ассоциации урологов как стандарт лечения этого нарушения [2, 7]. Применявшиеся ранее методики (лекарственная терапия, поведенческие методы) коррекции ДП обладают низкой клинической эффективностью, а хирургическая