

С.П. Кривоустов, д.м.н., профессор кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Обоснование интраназального применения эфирных масел и витаминов в лечении острого ринита у детей

Острым насморком обычно начинается эпизод острой респираторной вирусной инфекции в детском возрасте. Характерно внезапное начало и двустороннее клиническое проявление назальной обструкции, ринореи и чихания. В этиологии этого воспаления слизистой оболочки полости носа доминирует риновирус, но имеют значение и другие респираторные вирусы, такие как респираторно-синцитиальный вирус, человеческий метапневмовирус.



С.П. Кривоустов

Одним из типичных проявлений острой респираторной вирусной инфекции наряду с ринитом является катаральный синусит вирусной этиологии (т.е., риносинусит). Так, у 87% пациентов с острой респираторной вирусной инфекцией в патологический процесс вовлекаются околоносовые пазухи, наблюдается снижение их пневматизации, по данным компьютерной томографии (Лопатин А.С., 2004, 2008).

Важно в течение острого ринита выделять стадии патологического процесса: сухую стадию раздражения, стадию серозных выделений и стадию слизисто-гнойных выделений (Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Архангельская И.И., 2011). Учет семейным врачом и педиатром временных особенностей течения вирусного насморка у конкретного пациента с индивидуализированным подходом к выбору интраназальной этиопатогенетической терапии является отражением его искусства врачевания.

Известны следующие стадии заболевания. Первая — сухая стадия раздражения слизистой оболочки (больной отмечает ощущение жжения, щекотания и царапания в носовой полости, выделений нет, но дыхание через нос затруднено). Вторая — стадия серозных выделений (проявляется обильным количеством серозно-слизистого секрета). Профессор Н.П. Симановский (1914) очень метко определил вторую стадию серозных выделений: «На смоченном секретом платке после высыхания не остается никакого следа». Третья — стадия слизисто-гнойных выделений (отделяемое становится мутным, затем желтоватым и зеленоватым). Выделения изменяют свой цвет за счет лейкоцитов, эпителиальных клеток и муцина. Как писал Н.П. Симановский (1914), «такой секрет, высыхая, оставляет заскорузлое, грубое, сероватое или желтоватого цвета пятно, сообщающее платку вид накрахмаленного» (цитата по Крюкову А.И., Ивойлову А.Ю., Архангельской И.И., 2011). Потом выделения со временем уменьшаются и исчезают полностью.

Врачу необходимо определить, доминирует ли у ребенка отек носовых раковин (за счет вазодилатации, отека стромы, переполнения венозной кровью пещеристых сплетений) или же преобладает ринорея, каков характер отделяемого из полости носа — серозное или же оно уже стало более мутным, желтоватым или зеленоватым.

Говоря о терапевтических подходах, следует акцентировать внимание на том, что интраназальное использование лекарственных средств при остром

рините у детей должно быть взвешанным, не шаблонным и учитывать стадию патологического процесса у конкретного пациента. Нужно помнить, что морфологические изменения острого ринита проявляются десквамацией эпителиальных клеток, ультраструктурными изменениями поверхности реснитчатых клеток и самих ресничек. Поэтому одной из терапевтических задач является восстановление нарушенных трофических процессов в слизистой оболочке, ускорение процессов регенерации.

В лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей достаточно большое значение придается местному введению лекарственных средств. Они воздействуют непосредственно на очаг воспаления, создается в нем оптимальная концентрация необходимого лекарственного средства (Анютин Р.Г., 2006). В частности, в терапии острого вирусного насморка у ребенка по показаниям используют интраназальное введение человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2b, назальных деконгестантов и др.

В настоящее время хорошо известны возможности интраназального использования растительной терапии на основе эфирных масел и витаминов.

Описанный Авиценной в XI веке метод получения эфирных масел был известен арабам с VIII-IX вв., а до этого древние цивилизации для получения благовонных масел многие сотни лет использовали экстракцию пахучих цветов, трав и корней (Войткевич С.А., 1999). Соединение воедино древних источников о свойствах масел с современными знаниями о физиологии человека и химическом составе используемых препаратов позволило создать направление в технологии лекарств и фитотерапии — маслотерапию (Шиков А.Н., 2006).

В частности, таким интраназальным препаратом, содержащим масло сосны горной, масло мяты, масло эвкалиптовое, α-токоферола ацетат и тимол, является Пиновит. Он благодаря входящим в него компонентам реализует противовоспалительный и антиинфекционный потенциал, уменьшает выраженность экссудативных реакций и вязкость секрета, стимулирует регенерацию эпителия слизистой оболочки носовой полости.

Пиновит был изучен в практике оториноларингологии на базе ГУ «Институт оториноларингологии им. А.И. Колумийченка НАМН Украины» еще в 2003 году. Это лекарственное средство стимулирует грануляцию и эпителизацию после хирургических вмешательств в полости носа, успешно применяется в лечении пациентов с субатрофической формой ринита.

Кроме того, Пиновит представляет большой интерес для амбулаторной практики семейной медицины и педиатрии. Он, в частности, обладает противовоспалительным действием и уменьшает вязкость секрета, что обосновывает его терапевтическое применение у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями слизистой оболочки носа. Часто у ребенка с острым вирусным насморком наблюдается ринофарингит (Зайцева О.В., 2012), что также является показанием к назначению этого препарата.

К тому же, данное лекарственное средство целесообразно использовать и при наличии у курируемого ребенка острого ларинготрахеита. Острый ларингит также обычно является проявлением острой респираторной инфекции, которую вызывают респираторные вирусы, чаще парагрипп, грипп, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирусы. При этом, когда патологический процесс распространяется на слизистую оболочку трахеи, говорят о ларинготрахеите.

Пиновит используют у детей с двухлетнего возраста по 1-2 капли 3-4 раза в сутки. Курс лечения определяется индивидуально, обычно он составляет 5-7 дней. Противопоказания: аллергические риниты, повышенная чувствительность к компонентам препарата. Побочные эффекты: легкое жжение, зуд, покраснение, отек слизистой оболочки носовой полости, возможны реакции гиперчувствительности, включая кожные высыпания, покраснение, ангионевротический отек, крапивницу. У некоторых больных препарат может вызывать переходящие явления местного раздражения.

Остановимся на характеристике отдельных компонентов комплексного интраназального средства Пиновит, обосновывающих его терапевтическое применение. Так, масло сосны горной имеет более сложный состав, чем у масла сосны обыкновенной. В семенах сосны горной содержится до 30% густого, быстро высыхающего жирного масла. Наряду с монотерпеновыми углеводородами, в нем содержится два десятка кислородсодержащих душистых веществ терпенового ряда (Огнянов И., Цанкова Е., 1964, Vambagotti M.A. и соавт., 1978, Войткевич С.А., 1999). Оно обладает противовоспалительным, противовирусным, антимикробным, восстанавливающим и рядом других лечебных действий.

Масло мяты содержит ментол, около 30 соединений терпеноидного строения. Интересно, что с III столетия в Японии, куда мята попала из Китая, уже был известен ментол, а в Европе XVII-XVIII столетий его называли

«мятной камфорой» (Войткевич С.А., 1999). Известны противовоспалительные, противовирусные, антибактериальные, освежающие, обезболивающие свойства масла мяты.

Масло эвкалиптовое известно с середины XIX века. Химический состав его хорошо изучен, главным компонентом является 1,8-цинеол, а среди монотерпеновых углеводородов преобладает альфа-пинен (Garcia-Martin D., Garcia-Vallejo M.C., 1977, Ahmadouch A. и соавт., 1985, Войткевич С.А., 1999). Оказывает антимикробный, противовоспалительный и иммуностимулирующий эффект.

Витамин Е (α-токоферола ацетат) обладает антиоксидантной, регенерирующей, противовоспалительной активностью, улучшает микроциркуляцию, нормализует проницаемость капилляров, оказывает иммуномодулирующее действие и способствует смягчению слизистой оболочки носа. При местном интраназальном применении проявляет защитное, трофическое влияние на эпителий слизистой оболочки.

Тимол — основной компонент эфирного масла тимьяна (чабреца). Он обладает противовоспалительным, антимикробным, антиоксидантным эффектом, разжижает слизь и ускоряет ее эвакуацию. Брага П.К. (2005) показал, что тимол может влиять на адгезивность микроорганизмов, главный определяющий фактор бактериальной вирулентности. Также показана антиоксидантная активность тимола, которая приписывается его фенольной структуре. Так, во время дыхательных выбросов и цитолиза микроорганизмов нейтрофилы продуцируют реактивные разновидности кислорода, выпуск которых может вызвать окислительный стресс и повреждение тканей. Использование люминолзависимой хемилюминесценции показало, что тимол, инкубированный с человеческими нейтрофилами, значительно уменьшает выброс окислителя.

Таким образом, в лечении острого ринита у детей важную роль играет Пиновит как комбинированный препарат для интраназального применения, содержащий масло сосны горной, масло мяты, масло эвкалиптовое, α-токоферола ацетат и тимол. Пиновит применяется как противовоспалительный и противомикробный препарат, обладающий свойством уменьшать выраженность местных экссудативных реакций и вязкость секрета. Кроме того, Пиновит целесообразно использовать с целью эффективной регенерации эпителия слизистой оболочки полости носа.