

Клинический случай

С.П. Кривоустов, д.м.н., профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Острый вирусный ринит у ребенка: вопросы лечения

Девочка 3-летнего возраста болеет острым респираторным заболеванием четвертый день. Беспокоит насморк, который начался остро, температура тела в первые дни заболевания достигала 38,0°C. В лечении используются капли ксилометазолина в нос. На момент осмотра температура тела составляет 36,8°C, носовое дыхание умеренно затруднено, наблюдается чихание, двухсторонние серозные назальные выделения. Слизистая зева незначительно гиперемирована. Жалобы на боль в горле отсутствуют. Лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Сыпи нет. Одышки и кашля нет, над легкими перкуторно и аускультативно изменения не отмечаются. При клиническом обследовании патологических изменений со стороны других органов и систем также не выявлено. Респираторными инфекциями ребенок болеет четыре-пять раз в году. Профилактические прививки проводились соответственно возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен.

Педиатр, справедливо считая, что основным клиническим проявлением данного респираторного заболевания является острый ринит, знает, что наиболее часто последний вызывается вирусами, а именно риновирусами. В данном случае имеют место классические симптомы острого ринита – назальная обструкция, ринорея, чихание, внезапное начало и двустороннее проявление клинических симптомов.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются высококонтагиозными заболеваниями, передающимися воздушно-капельным и контактным путями.

Также этиологическими факторами ОРВИ могут быть коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа, аденовирус, энтеровирусы, респираторно-синцитиальный вирус. Однако отсутствие соответствующих клинических проявлений, характерных для ОРВИ, делает их идентификацию маловероятной. Также нет убедительных клинических данных о бактериальной, хламидийной или микоплазменной этиологии заболевания.

Для острого ринита выделяют три стадии (А.И. Крюков, И.И. Архангельская, 2001 и др.). Первая – сухая стадия раздражения слизистой оболочки, больной отмечает ощущение жжения, щекотания и царапания в носовой полости. Вторая – стадия серозных выделений, при которой появляется обильное количество серозно-слизистого секрета за счет жидкости, пропотевающей из сосудов, и усиления функции бокаловидных клеток и слизистых желез. Третья – стадия слизисто-гнойных выделений, когда изменяется характер отделяемого из полости носа и оно становится мутным, затем желтоватым и зеленоватым, что обусловлено наличием в нем лейкоцитов, эпителиальных клеток и муцина.

Морфологические изменения при остром рините проявляются десквамацией эпителиальных клеток, ультраструктурными изменениями поверхности реснитчатых клеток и самих ресничек, что приводит к нарушению функции мукоцилиарной транспортной системы.

Отек слизистой оболочки полости носа вызывает нарушение дренажа

придаточных пазух носа и среднего уха, что создает благоприятные условия для активизации условно-патогенной флоры и способствует развитию бактериальных осложнений. Известны такие осложнения ОРВИ, острого ринита, как острый средний отит, который наблюдается у 5-30% детей, и острый бактериальный синусит, отмечающийся у 5-13% детей, кроме того, возможно обострение бронхиальной астмы у соответствующих пациентов (R.V. Turner, G.F. Hayden, 2007).

Учитывая, что у больной отсутствуют клинические симптомы острого среднего отита (нет оталгии и других проявлений), острого бактериального синусита (при осмотре на четвертый день заболевания – нормальная температура тела и ринорея, отсутствуют общие симптомы интоксикации, характерная температурная реакция, гнойная ринорея, локальный болевой синдром и кашель, усиливающийся при пробуждении после сна, нарушение восприятия запахов по утрам и др.), убедительных данных в пользу названных осложнений вирусного ринита, к счастью, нет. Антибиотики в этом случае не показаны.

Вопрос состоит в том, какие рекомендации врача по лечению ребенка с названными симптомами являются обоснованными. Конечно же, акцент должен быть сделан на консультировании родителей по вопросам ухода за ребенком. Прежде всего следует обеспечить адекватное количество теплого питья, увлажнение воздуха в помещении и носовые орошения солевым раствором (D. Rabago, A. Zgierska, 2009; D.E. Pappas, J.O. Hendley, 2012 и др.). Это и было рекомендовано врачом. С учетом указанной выше клиники и продолжительности применения назальных деконгестантов капли ксилометазолина в нос при осмотре ребенка педиатром были отменены.

В рассматриваемом клиническом случае в качестве лекарственной терапии целесообразно использование экстрактов лекарственных растений с учетом достижений фитониринга – фитотерапевтического средства Синупрет. Фитониринг означает раскрытие механизмов

воздействия растений («фито») с помощью инновационных технологий и современных научных методов («инжиниринг»). При этом будет реализовано противовоспалительное, противоотечное, противовирусное действие препарата, минимизирован риск возникновения вторичных бактериальных осложнений. Важны его секретолитические свойства – нормализация вязкости и облегчение отхождения слизи. Нужно помнить о протекторных свойствах препарата в отношении эпителия и о необходимости восстановления эпителия слизистой оболочки полости носа. По данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии, почти у 90% больных ОРВИ в околоносовых пазухах развивается катаральное воспаление слизистой оболочки, наблюдается застой секрета (А.С. Лопатин, 2002 и др.). Таким образом, острый ринит правильнее называть острым риносинуситом, поскольку часто он сопровождается вовлечением в патологический процесс слизистой оболочки околоносовых пазух.

В данном случае ребенку был назначен Синупрет в форме сиропа по 2,1 мл 3 раза в сутки, длительность лечения составила семь дней.

Гармоничное сочетание в составе Синупрета экстракта корней генианы, цветков первоцвета, травы шавеля, цветков бузины и травы вербены обеспечивает комплексное многоцелевое терапевтическое действие этого фитонирингового средства в лечении ОРВИ. Данная лечебная стратегия успешно выдержала проверку временем, и на сегодняшний день накоплена убедительная доказательная база клинической эффективности и безопасности Синупрета у детей с 2-летнего возраста.

Противовирусное действие цветков первоцвета и травы вербены в составе Синупрета было показано еще в 1999 г. R.W. Marz et al. В 2002 г. P. Stierna продемонстрировал бактериостатический эффект Синупрета. В исследовании С. Schwartner (1996) было выявлено, что противовоспалительный и противоотечный эффекты Синупрета сопоставимы с таковыми противовоспалительного вещества фенилбутазона. Синупрет



С.П. Кривоустов

ингибирует циклооксигеназу и, следовательно, снижает образование медиатора воспаления простагландина E2 (H. Wagner et al., 1997), также увеличивается количество фагоцитов, активность нейтрофильных гранулоцитов и тканевых макрофагов, различных популяций лимфоцитов, повышается продукция α - и γ -интерферонов (U. Shwenk, 1997; Ito Het et al., 1982; U. Shwenk, 1997; H. Wagner et al., 1997 и др.).

Секретолитическое действие Синупрета продемонстрировано в эксперименте на стандартных моделях Перри и Бойда (Curie и др.), а первое плацебо-контролируемое клиническое испытание препарата Синупрет было проведено еще в 1979 г. в г. Фрайбурге (Германия). В 2010 г. в американском журнале *Laryngoscope* были опубликованы результаты экспериментального изучения влияния Синупрета на транспорт хлоридов с использованием клеточных культур эпителия носовой полости мышей. Синупрет повышает секрецию хлоридов эпителием респираторного тракта благодаря биофлавоноидам, повышающим проницаемость CFTR-каналов. Это достоверно улучшает гидратацию золь-фазы, нормализует вязкость секрета и активизирует мукоцилиарный клиренс, что чрезвычайно важно в борьбе с инфекционными воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей у детей.

В динамике состояние ребенка нормализовалось. Осложнений ОРВИ не было, как и необходимости в коррекции назначенного лечения. Приведенный клинический случай иллюстрирует грамотный подход клинициста к ведению ребенка с острым вирусным ринитом. Он предусматривает использование данных доказательной медицины, в частности о том, что Синупрет воздействует на все основные звенья патогенеза острого вирусного ринита.