

Рациональность использования эфирных масел в терапии вирусных риносинуситов у детей

Н. Э. Бойкова, Т. И. Гаращенко

Острая респираторная патология — причина 80% ежегодно регистрируемых заболеваний у детей. Так, по данным Роспотребнадзора, в 2016 г. были диагностированы 31 706 594 случая заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей, в том числе 22 992 895 у детей до 17 лет, преимущественно у детей до 14 лет (21 340 333), что сравнимо с показателями прошлых лет (в 2015 г. — более 30 млн случаев, в т. ч. более 21,9 млн у детей до 17 лет, в 2014 г. — более 28 млн, из них 20,7 млн детей) [1]. Таким образом, дети болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) намного чаще, чем взрослые, поэтому требуются новые терапевтические подходы для решения этой серьезной медико-социальной проблемы [2]. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) развивается как в горизонтальном (риносинуситы, отиты, тонзиллофарингиты), так и вертикальном направлении (ларинготрахеиты). До 65% ОРВИ у детей до одного года осложнено отитами, причем у детей после перенесенного заболевания отмечается наличие экссудата в полости среднего уха. По данным компьютерной томографии, до 90% детей с ОРВИ в первые дни заболевания имеют признаки синусита. Бактериальные риносинуситы после перенесенного ОРВИ развиваются у 10% детей [3, 4].

Хочется отметить, что среди детей младшего возраста это является серьезной проблемой, приводящей к госпитализации, а зачастую хирургическому вмешательству. У 80% детей до одного года ОРВИ протекает с осложнениями, доля острых синуситов у детей до одного года составляет 20–70%. Хронические заболевания околоносовых пазух составляют от 16% до 34% всех ЛОР-заболеваний у детей. Тяжелые орбитальные осложнения (абсцесс, флегмона орбиты) развиваются в 10–20% случаев, что происходит вследствие нерационального назначения лекарственных препаратов и гиподиагностики патологического процесса [5].

Ребенок младшего возраста в значительной степени подвержен влиянию факторов, способствующих затруднению носового дыхания. Верхние дыхательные пути ребенка устроены так, что воздух проходит через маленькую полость носа по очень длинному пути — таким образом он успевает согреться до температуры 37 °С. Физиологические особенности развития кавернозной ткани у детей разного возраста требуют дифференцированного подхода при выборе препаратов при лечении риносинуситов [4].

Назальная обструкция, ограничивая количество воздуха, необходимого для легочного дыхания, соответственно, уменьшает поступление кислорода ко всему организму, что нарушает нормальную аэрацию околоносовых пазух и среднего уха. Повышенная концентрация скапливающегося углекислого газа в свою очередь стимулирует уменьшение рН в синусах, что приводит к усилению продукции слизи, которая блокирована вследствие отека в области устьев синусов и евстахиевой трубы. Это ведет к стазу секрета, что обеспечивает благодатную почву для пролиферации патогенных микроорганизмов.

Длительное дыхание через рот снижает качество и количество воздуха, поступающего в легкие, что также способствует развитию риносинуситов и евстахеитов (туботитов), воспалению в целом в дыхательных путях, обуславливая клинику фарингита и ларингита (ринобронхиальный синдром). Это ведет к патологическим изменениям со стороны других органов и систем и нарушению гомеостаза организма.

При отсутствии патологии, которая может быть устранена только хирургическим путем (видимые девиации перегородки носа, гипертрофия нижних носовых раковин, обтурирующие полипы или опухоли полости носа и околоносовых пазух), носовое дыхание может быть улучшено медикаментозным способом, который служит для уменьшения отека слизистой оболочки полости носа, купирования блока соустьев околоносовых пазух и уменьшения объема нижних носовых раковин [3, 6].

Определенные физиологические особенности функционирования структур полости носа у детей различных возрастных групп создают предпосылки к замедлению скорости прохождения воздушной струи через полость носа, чтобы при небольшой протяженности пути от преддверия носа до гортани успеть довести состояние воздуха до физиологических параметров, необходимых для нормального функционирования нижних дыхательных путей [7].

К таким физиологическим особенностям относятся следующие положения:

- 1) нижний носовой ход становится основным проводником воздушного потока после 7 лет;
- 2) низкая и толстая носовая перегородка;
- 3) незначительная перпендикулярная пластинка решетчатой кости с окончанием ее роста к 10 годам;
- 4) отсутствие кавернозной ткани в области свободных краев носовых раковин у детей первых лет жизни;
- 5) высокая лабильность кавернозной ткани у старших детей и регуляция ее тройничным нервом, что дает блокаду дыхания и ринорею, в том числе при смене зубов.

Ключевыми моментами в развитии синуситов являются нарушение вентиляции, дренажа и застойные явления, которые формируются в полости носа. При присоединении к этому процессу бактериальной инфекции, которая обычно появляется на 5-е сутки, у пациента развивается гнойное воспаление.

Риносинусит — заболевание слизистой оболочки в пределах узких и сложных анатомических структур, ведущее к нарушению баланса между продукцией секрета в бокаловидных клетках и серозно-слизистых железах и эвакуацией секрета клетками мерцательного эпителия. При этом снижается эффективность физиологически важного мукоцилиарного очищения, что усиливает воспалительный отек околоносовых пазух с присоединением микробной флоры и ее колонизацией [8].

Согласно клиническому определению, риносинусит — воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя и более симптомами, один из которых — блокада носа (обструкция/заложенность) или выделения из носа. В качестве возможных симптомов могут присутствовать боль или чувство давления в области лица и уменьшение или потеря обоняния.

При передней риноскопии выявляют полипы и/или слизисто-гнойные выделения преимущественно из среднего носового хода и/или отек (обструкцию) вследствие воспаления слизистой оболочки в области среднего носового хода.

Данные компьютерной томографии могут свидетельствовать об изменениях слизистой оболочки в области остиемеатального комплекса и/или околоносовых пазух, что не является признаком гнойного воспаления.

Диагноз острого синусита при ОРВИ ставится в случае усиления симптомов после 5 дней или продолжающихся симптомах после 10 дней заболевания с общей продолжительностью менее 12 недель.

Тяжесть риносинусита определяется пациентом самостоятельно на основании оценки по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В соответствии с продолжительностью заболевания выделяют острый и хронический риносинусит. Для острого риносинусита характерна продолжительность менее 12 недель и полное разрешение симптомов, в то время как хронический риносинусит длится более 12 недель без полного выздоровления и имеет склонность к обострениям.

В руководстве по ведению взрослых и детей с острым риносинуситом (ОРС) Американского общества по инфекционным болезням (Infectious Diseases Society of America, IDSA) предложены сходные, но более детализированные клинические критерии постановки диагноза риносинусита. Диагноз считается правомочным при наличии не менее двух «основных» симптомов или одного «основного» и не менее чем двух «дополнительных» симптомов [9]. Таким образом, термин «риносинусит» объединяет широкий спектр заболеваний — от ОРВИ до тяжелой бактериальной инфекции.

Согласно Европейским рекомендациям по риносинуситу (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps, EPOS) 2012 г., ОРС подразделяют на поствирусный ОРС, который характеризуется усилением симптомов после 5 дней или сохранением симптомов после 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 недель, и острый бактериальный риносинусит, который характеризуется более тяжелым течением: лихорадкой $> 38^{\circ}\text{C}$, выраженной болью в области лица, гнойным секретом в полости носа.

Основной задачей врача является определение бактериальной природы ОРС и возможности создания оттока патологического секрета. Как показывает практика, острое гнойное воспаление околоносовых пазух встречается в 3–5% случаев, в остальных случаях речь идет о вирусной природе заболевания, когда назначение системной антибактериальной терапии является неправильным.

Лечение риносинусита помимо устранения этиологического фактора состоит в купировании воспаления, прежде всего отека, приводящего к блокированию носовых ходов и обеспечению адекватного дренажа отделяемого из полости носа и околоносовых пазух [3, 10].

В Европейских рекомендациях для врачей в разделе практики по лечению синуситов отмечается, что антибиотики следует назначать только с 5-го дня, а все остальные лекарственные препараты должны назначаться с первого дня — комбинации кортикостероидов, антигистаминные препараты обязательны для больных с аллергией в анамнезе. Для взрослых пациентов деконгестанты назначаются в обязательном порядке, вопрос о месте данного класса препаратов в педиатрической практике в Европе на данный момент остается открытым [9, 11, 12].

В клинических рекомендациях, принятых Национальной ассоциацией оториноларингологов, представлены следующие группы препаратов [8].

Основные группы препаратов, применяемых для лечения риносинуситов:

- 1) антибиотики — системно, топически, интраназально, внутривпазушно;
- 2) деконгестанты — топические и системные;
- 3) мукоактивные препараты — системно, топически, интраназально, внутривпазушно;

- 4) антигистаминные препараты — системно, топически;
- 5) кортикостероиды — топически.

Лечение пациентов с ОРС в большинстве случаев комплексное, и его объем во многом определяется характером и распространенностью воспалительного процесса [10, 12, 13].

Следует отметить, что большая роль в очищении полости носа и повышении эффективности использования топической терапии принадлежит средствам ирригационной терапии [14]. Использование интраназальной элиминационной терапии солевыми растворами выражено снижает лекарственную нагрузку и облегчает течение заболевания, очищая полость носа от патогенов, аллергенов и поллютантов [14].

Применение деконгестантов (сосудосуживающих препаратов) эффективно в плане купирования отека слизистой оболочки полости носа, однако предполагает ограничения в длительности приема и риск развития тахифилаксии [15].

Детям младшего возраста желательно применять препараты короткого действия из-за опасности длительной ишемии не только слизистой оболочки полости носа, но и мозга, что может провоцировать общие судороги. До одного года отношение к сосудосуживающим препаратам крайне осторожное. Рикошетный отек слизистой оболочки носа с развитием медикаментозного ринита способствует атрофии мерцательного эпителия, ведет к развитию истинных гипертрофических ринитов [4].

В условиях нарастания угрозы антибиотикорезистентности и увеличения количества осложнений вирусных риносинуситов практикующие врачи все большее внимание уделяют фитотерапии, эффективность которой также отражена в Клинических рекомендациях [8].

Одним из способов устранения заложенности носа у детей при инфекционном рините является ингаляция эфирными маслами. Аэрозольный способ введения лекарственного вещества наиболее физиологичен, особенно в детском возрасте. Создается высокая концентрация действующего вещества непосредственно в очаге воспаления, оно накапливается в подслизистом слое в неизмененном виде, так как поступает в организм, минуя печень [16].

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 [17].

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. Эфирные масла растений повышают число защитных иммунных клеток в 5–6 раз, обладают антигистаминным, радиопротективным действием, уменьшают уровень холестерина в крови. Практически все эфирные масла обладают бактерицидным, антисептическим и противовоспалительным действием. 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.

В настоящее время при лечении острых вирусных риносинуситов (ОРВИ) широко используются лекарственные формы для местного воздействия в виде ингаляций эфирных масел (ароматерапия). При вдыхании паров таких масел происходит бактерицидное, противовоспалительное и антисептическое воздействие, улучшается качественный состав микрофлоры верхних дыхательных путей и их проходимость, повышается местный иммунитет [18].

Достоинствами ингаляций эфирных масел являются безопасность и удобство, что позволяет применять метод для детей всех возрастных групп; максимально физиологичное введение вещества — вместе с вдыхаемым воздухом; прямое действие на слизистую оболочку органов дыхания, купирование застойных и воспалительных реакций; смягчающее действие микрочастиц масел на слизистые оболочки; возможность избежать раздражения слизистой и мацерации кожных покровов, развивающихся при длительном применении лекарственных средств в полости носа [19].

Современный способ проведения ингаляции — использование пластырей, содержащих эфирные масла. Одним из средств, содержащих эфирные масла, является пластырь-ингалятор Дыши, клеящийся на одежду. В его состав входят натуральные эфирные масла мяты, эвкалипта, лаванды, пихты, терпентиновое масло и левоментол, которые обладают противовирусным, антибактериальным, противовоспалительным, болеутоляющим и тонизирующим действием. Пластырь применяется в качестве симптоматического средства в составе комплексной терапии ОРВИ. После удаления защитного покрытия эфирные масла испаряются с поверхности пластыря, уничтожают патологические микроорганизмы, находящиеся в воздухе, за счет чего снижается риск их попадания в организм человека. Терапевтическое действие пластыря обусловлено свойствами эфирных масел, входящих в его состав. Один пластырь может действовать до 8 часов.

На базе РНИМУ им. Н. И. Пирогова было проведено клиническое исследование эффективности и безопасности пластыря-ингалятора Дыши в терапии острого инфекционного ринита/ринофарингита у детей. Под амбулаторным наблюдением находились 60 пациентов с диагнозом «острый инфекционный ринит/ринофарингит» в возрасте от 3 до 7 лет: 1-я группа (30 человек) использовала пластырь Дыши и получала стандартную терапию, 2-я группа (30 человек) получала только стандартную терапию. Полученные результаты позволили сделать выводы, что добавление пластыря-ингалятора Дыши к комплексной терапии острого инфекционного ринита/ринофарингита способствует:

- более быстрому купированию симптомов ринита в целом;
- более эффективному купированию отека слизистой оболочки полости носа;
- улучшению носового дыхания;
- повышению качества ночного сна ребенка и родителей благодаря улучшению носового дыхания ночью;
- сокращению длительности заболевания на 16% и на 16,2% от количества дней, пропущенных по болезни в детском образовательном учреждении.

Не было зафиксировано ни одной аллергической реакции или других нежелательных явлений на фоне применения пластыря-ингалятора Дыши [20].

В исследовании, проведенном Е. И. Даниловой и соавт. [1], была показана выраженная клиническая эффективность пластыря-ингалятора Дыши при его использовании в комплексной терапии острых респираторных заболеваний у детей. Применение пластыря способствует облегчению таких симптомов, как заложенность носа (на 6-й день лечения выраженность затруднения носового дыхания на фоне применения пластыря Дыши была в 1,5 раза ниже, чем на фоне стандартной терапии), ночной и дневной кашель (на 6-й день лечения выраженность дневного и ночного кашля на фоне применения пластыря Дыши была в 1,9–2,1 раз ниже, чем в контрольной группе), а также их более быстрому устранению. Кроме того, отмечено сокращение потребности в сосудосуживающих средствах на 48%. Пластырь-ингалятор Дыши хорошо переносится детьми, удобен в применении, не инвазивен, не требует использования аппаратуры для проведения ингаляций, безопасен (не было зафиксировано аллергических и других побочных реакций при использовании пластыря) и на сегодняшний день может быть рекомендован в составе терапии острых респираторных инфекций у детей.

Э. Э. Локшина и соавт. [2] представили результаты собственного исследования, целью которого являлась оценка безопасности, переносимости и лечебной эффективности пластыря-ингалятора Дыши при лечении ОРЗ у детей. Авторы отмечают, что всем родителям и пациентам понравилась форма пластыря Дыши в виде наклейки на одежду, однако при первом применении пришлось убеждать 3 детей (15%) младшего возраста использовать ее. Все родители отметили, что пластырь Дыши хорошо крепится к одежде. При первом применении в 4 случаях (20%) запах наклейки родители оценили как резковатый, однако это не потребовало отмены использования пластыря. При повторном применении пластыря-ингалятора Дыши замечаний не было. В одном случае (5%) при использовании пластыря-ингалятора Дыши на одежду в проекции грудины был отмечен приятный согревающий эффект.

В ходе наблюдения аллергических реакций и/или развития бронхообструктивного синдрома (БОС) отмечено не было, в том числе и у пациентов с отягощенным анамнезом в отношении БОС. Других нежелательных явлений в ходе исследования также выявлено не было. При катamnестическом наблюдении 3 многодетных семей отмечен хороший профилактический эффект применения пластыря-ингалятора Дыши при семейном контакте с больными ОРЗ, больше выраженный у детей до 5 лет.

Назначение пластыря-ингалятора Дыши с первых часов заболевания ОРЗ способствовало:

- 1) улучшению носового дыхания с первых часов наблюдения в 90% случаев, при этом 75% детей не потребовалось дополнительного назначения сосудосуживающих препаратов;
- 2) спокойному сну детей в ночное время, отсутствовала необходимость в использовании сосудосуживающих препаратов на ночь у 95% детей;
- 3) более быстрому купированию катаральных симптомов, полное устранение симптомов наблюдалось у 95% пациентов к 7-му дню терапии (в контрольной группе только у 20% пациентов).

Достоверное снижение потребности в назначении сосудосуживающих препаратов на фоне применения пластыря-ингалятора Дыши уменьшает лекарственную нагрузку на пациента и количество нежелательных явлений на фоне их применения.

Пластырь-ингалятор Дыши продемонстрировал хорошую эффективность, переносимость и безопасность использования в комплексной терапии у детей при острой респираторной инфекции с 2 лет [2].

С целью профилактики ОРВИ используется композиция масло Дыши с подобранными в определенной концентрации эфирными маслами. Препарат используется для пассивных ингаляций. В его состав входят натуральные чистые эфирные масла растительного происхождения: можжевельное, гвоздичное, винтергриновое, каепутовое, эвкалиптовое, левоментол и мятное масло, которые обладают противовоспалительным,

антисептическим, антибактериальным эффектом.

Состав композиции эфирных масел Дыши (в процентном соотношении, в 10 мл)

Содержание в 10 мл:

- масло мятное (без ментола) 35,45%;
- масло эвкалиптовое 35,45%;
- масло каепутовое 18,50%;
- левоментол 4,10%;
- масло винтергриновое 3,70%;
- масло можжевельное 2,70%;
- масло гвоздичное 0,10%.

Использование смеси эфирных масел в виде ингаляций открывает новые возможности в профилактике ОРВИ [16]. С методологической точки зрения это можно назвать коллективной «пассивной» (т. е. не требующей применения специальной аппаратуры) ингаляцией. Существует несколько вариантов применения масла Дыши в организованных детских коллективах:

1. 5–6 капель масла капнуть в чашу аромалампы, предварительно заполненную водой. Снизу чаши ставится свеча-таблетка, пламя которой нагревает воду, и происходит медленное испарение масла.
2. 5–6 капель препарата капнуть в небольшой керамический сосуд (или нанести на вату) и расположить на радиаторе. Под действием тепла эфирные масла будут испаряться и распространяться по комнате.
3. 5–6 капель препарата капнуть в небольшое количество воды, затем этот раствор разбрызгать с помощью пульверизатора по комнате за 1–2 мин до прихода детей.

Сеанс ароматерапии лучше всего проводить в течение 10–15 мин 1 раз в день на протяжении всего эпидемиологического периода ОРВИ. Ингаляционный способ введения лекарства является самым физиологичным и доступным в применении у детей всех возрастных групп как с лечебной, так и с профилактической целью при ОРВИ и коллективно, и индивидуально.

Эффективность масла Дыши в профилактике ОРВИ была доказана в исследовании, проведенном А. Д. Петрушиной и соавт. Среди здоровых дошкольников старшей группы детского сада (3–4 года), проходивших профилактический курс ингаляций маслом Дыши в течение 6 мес, отмечено снижение числа случаев ОРВИ на 65% по сравнению с группой контроля [17].

В исследовании, посвященном определению эффективности использования комплекса эфирных масел при лечении острого ринита у детей, выявлено, что монотерапия маслом Дыши при легких формах ринита у детей младшего возраста эффективна в 86,4% случаев. 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 детей [21].

При лечении ринита у детей от 3 до 15 лет (исследование на базе РНИМУ им. Н. И. Пирогова) использовалась монотерапия маслом Дыши. По результатам исследования выявлено снижение отека на 70%, гиперемии слизистой оболочки полости носа — на 82%, нарушений носового дыхания — на 58%, количества выделений из носа — на 82% [16].

Одним из недостатков пассивных ингаляций является сложность их применения в местах общего пользования, общественном транспорте — именно там, где может произойти контакт ребенка с возбудителем. Решить эту проблему поможет улучшенный вариант выпуска масла Дыши с браслетом, который скоро появится в аптеках. Совместно с маслом Дыши в упаковку будет вложен специальный браслет, на который можно будет нанести масло Дыши и затем надеть на руку ребенка. Таким образом, маслом Дыши становится пользоваться еще удобнее, чем раньше, особенно в общественных местах (в саду, в школе, в общественном транспорте и т. п.).

Заключение

Проблема ОРВИ у детей в целом и острых вирусных риносинуситов в частности остается крайне актуальной в настоящее время. Острые респираторные заболевания у детей представляют не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, прежде всего из-за широкой распространенности. Наиболее высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями наблюдается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. При возникновении острых респираторных заболеваний часты осложнения — свыше 10% вирусных риносинуситов заканчиваются бактериальными осложнениями.

Перспективным и рациональным для лечения острых вирусных риносинуситов и профилактики бактериальных осложнений является ингаляционное использование эфирных масел. Комплексный препарат масло Дыши, имеющий в составе натуральные чистые эфирные масла растительного происхождения: можжевельное,

гвоздичное, винтергриновое, каепутовое, эвкалиптовое, левоментол и мятное масло, которые обладают противовоспалительным, антисептическим, антибактериальным эффектом, в форме капель для ингаляций и новой формы доставки препарата — браслета — эффективен и безопасен. Проведенные исследования показывают его эффективность в качестве средства профилактики острых респираторных заболеваний (число ОРВИ снижается на 65%). Эффективным средством для устранения симптомов острого инфекционного ринита и ОРВИ является пластырь-ингалятор Дыши. Проведенные клинические исследования показывают достоверно выраженное улучшение носового дыхания с первых часов применения, улучшение качества сна у детей в ночное время, быстрое купирование катаральных симптомов (к 7-му дню терапии полное устранение симптомов наблюдалось у 95% пациентов, в то время как в контрольной группе — только у 20%), облегчение течения заболевания. Применение пластыря-ингалятора Дыши способствует уменьшению длительности ринита на 16%. Использование пластыря Дыши позволяет снизить лекарственную нагрузку и уменьшить потребность в сосудосуживающих препаратах на 48%, а значит, и количество нежелательных явлений на фоне их применения.

Таким образом, рациональная и своевременная терапия острого вирусного риносинусита у детей позволяет значительно уменьшить частоту осложнений, улучшить состояние ребенка, способствуя восстановлению нормального питания и сна.

Литература

1. Данилова Е. И., Трусова О. Ю., Суменко В. В., Игнатова Т. Н. и др. Эффективность использования ингаляций эфирных масел у детей с острыми респираторными заболеваниями // Доктор.Ру. 2017. № 4 (133): с. 22–27.
2. Локшина Э. Э., Рычкова Т. И., Зайцева О. В. Новые возможности ингаляционной терапии эфирными маслами при острых респираторных заболеваниях у детей // Медицинский совет. 2018. № 2. С. 76–82.
3. Гаращенко Т. И. Пороки развития внутриносовых структур и риносинуситы у детей // Вестник оторинолар. 1996. № 5. С. 15–18.
4. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
5. Бойкова Н. Э. Современная концепция терапии острых и хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух у детей // Медицинский совет. 2018. № 11. С. 66–71.
6. Wald E. R., Guerra N., Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications // Pediatrics. 1991; 87: 129–133.
7. Revai K., Dobbs L. A., Nair S. et al. Incidence of acute otitis media and sinusitis complicating upper respiratory tract infection: the effect of age // Pediatrics. 2007; 119 (6): e1408–1412.
8. Рязанцев С. В., Карнеева О. В., Гаращенко Т. И., Гуров А. В., Свистушкин В. М., Спова К. И., Казанова А. В., Максимова Е. А. Острый синусит. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. М., 2016. 30 с.
9. Карнеева О. В., Полунина Т. А. Современные особенности течения и лечения риносинуситов у детей // Вопросы современной педиатрии. 2009. Т. 8. № 4. С. 136–141.
10. Гаращенко Т. И., Страчунский Л. С. Антибактериальная терапия ЛОР заболеваний в детском возрасте. В кн.: Детская оториноларингология / Под ред. М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. М.: Медицина, 2005. С. 299–317.
11. Stenner M., Rudack C. Diseases of the nose and paranasal sinuses in child GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2014; 13: Doc10. Published online. 2014 Dec 1. DOI: 10.3205/cto000113.
12. Cevc G. Differential diagnosis and proper treatment of acute rhinosinusitis: Guidance based on historical data analysis // Allergy & Rhinology. 2017; 8 (2): e45–e52. DOI: 10. 2500/ar.2017.8.0206.
13. Rotter N. Evidence and evidence gaps in therapies of nasal obstruction and rhinosinusitis // GMS Current Topics in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. 2016; 15: Doc06. DOI: 10.3205/cto000133.
14. Носуля Е. В., Винников А. К., Ким И. А. Ирригационная терапия: актуальность и эффективность // РМЖ. 2011. Т. 19. № 8. С. 490–493.
15. Jaime F., Quintó L., Alobid I., Mullol J. Overuse of diagnostic tools and medications in acute rhinosinusitis in Spain: a population-based study (the PROSINUS study) // BMJ Open. 2018; 8 (1): e018788. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018788.
16. Радциг Е. Ю., Богомилский М. Р., Лаберко Е. Л., Ерилова 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.
17. 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.
18. Лавренова Г. В. Вдыхая дивный аромат. Ароматерапия — приятный и легкий способ лечения. СПб: АСТ, 2005.
19. Ерилова Н. В., Радциг Е. Ю., Богомилский М. Р. Использование ингаляций комплексом эфирных масел для профилактики и терапии симптомов ОРВИ у детей // Вестник оторинолар. 2010; 5: 68–70.
20. Радциг Е. Ю., Ерилова Н. В., Заварохин С. И., Евсикова М. М. Инфекционный ринит: можно ли ускорить нормализацию носового дыхания? // Педиатрия. 2016. № 95 (5). С. 86–90.
21. Котова Е. Н., Пивнева Н. Д. Эфирные природные масла в лечении острых ринитов у грудных детей // Вестник оторинолар. 2014. № 1. С. 52–54.

Н. Э. Бойкова¹, кандидат медицинских наук
Т. И. Гаращенко, доктор медицинских наук, профессор

ФГБУ НКЦО ФМБА России, Москва

¹ Контактная информация: natella66@yandex.ru

Рациональность использования эфирных масел в терапии вирусных риносинуситов у детей/ Н. Э. Бойкова, Т. И. Гаращенко

Для цитирования: Лечащий врач № 9/2018; Номера страниц в выпуске: 36-41

Теги: носовое дыхание, респираторная вирусная инфекция, назальная обструкция, ночной сон

© «Открытые системы», 1992-2018. Все права
защищены.