

# Лечение риносинусита у детей

Е.П.Карпова<sup>1</sup>, Е.Е.Вагина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф.Филатова, Москва, Российская Федерация

**Цель.** Повышение клинической эффективности лечения острых риносинуситов легкой степени тяжести у детей с применением согревающего геля «Дыши».

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3 до 7 лет с установленным диагнозом «острый риносинусит легкой степени тяжести». Дети были разделены на 2 группы по 30 человек: дети 1-й группы получали согревающий гель «Дыши» для детей в дополнение к стандартной комплексной терапии. Детям 2-й группы назначалась только стандартная комплексная терапия. Оценку клинической эффективности проводили на основании динамики наличия затруднения носового дыхания, количества отделяемого из носа, кашля и данных риноэндоскопического обследования.

**Результаты.** Степень затруднения носового дыхания на 3-й день лечения имела выраженную динамику в исследуемой группе и незначительную – в контрольной группе по показателю визуально-аналоговой шкалы (ВАШ): в 1-й группе –  $4,9 \pm 0,05$  балла; во 2-й –  $6,9 \pm 0,03$  балла, на 10-й день в 1-й группе –  $0,2 \pm 0,02$  балла, тогда как во 2-й –  $2,1 \pm 0,04$  балла. Выраженность ринореи по ВАШ до 5-го дня не имела выраженной динамики в обеих группах, но на 10-й день стала очевидной: в 1-й группе –  $0,9 \pm 0,05$  балла, во 2-й –  $1,7 \pm 0,03$  балла. До начала лечения кашель отмечался у 21 ребенка 1-й группы и у 19 детей 2-й. Динамика выраженности данного симптома составила до начала лечения у детей 1-й группы  $6,4 \pm 0,05$  балла, у пациентов 2-й группы –  $6,5 \pm 0,03$  балла. При контрольном осмотре на 10-й день была отмечена положительная динамика у пациентов обеих групп исследования, в 1-й группе показатель ВАШ составил  $0,02 \pm 0,05$  балла, тогда как у пациентов 2-й группы данный показатель составил  $0,3 \pm 0,04$  балла. К 5-му дню лечения выраженность отека слизистой полости носа риноэндоскопически в 1 или 0 баллов отмечалась у 21 (70%) ребенка 1-й группы и у 19 (63,3%) детей 2-й группы, количество секрета в полости носа риноэндоскопически в 1 или 0 баллов отмечалась у 14 (46,7%) детей 1-й группы и у 13 (43,3%) детей 2-й группы. В ходе клинического наблюдения было отмечено, что у детей 1-й группы, получавших базовую терапию в комплексе с согревающим гелем «Дыши», необходимость использования назальных деконгестантов снижалась по сравнению с детьми 2-й группы: 11 (36,7%) и 23 (76,7%) случая соответственно. Не отмечено в ходе исследования признаков нежелательных побочных эффектов и аллергических реакций. Родители всех пациентов исследуемой группы отметили удобство формы выпуска и схемы применения согревающего геля «Дыши» для детей.

**Заключение.** Терапевтическая эффективность согревающего геля «Дыши» для детей заключается в облегчении носового дыхания, уменьшении отека слизистой носа и выраженности кашля, что позволяет рекомендовать его для широкого практического применения в комплексной терапии риносинуситов у детей.

*Ключевые слова:* барсучий жир, левоментол, риносинусит у детей, согревающий гель «Дыши», эфирные масла

## Treatment of rhinosinusitis in children

E.P.Karpova<sup>1</sup>, E.E.Vagina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Russian Medical Academy of Post-Graduate Education, Moscow, Russian Federation;

<sup>2</sup>N.F.Filatov Children's City Clinical Hospital No 13, Moscow, Russian Federation

**The objective.** To enhance the clinical effectiveness of treatment of acute mild rhinosinusitis in children using the warming gel «Dyshy».

**Patients and methods.** The observation included 60 children aged 3 to 7 years diagnosed with «acute mild rhinosinusitis». The children were divided into 2 groups, each having 30 patients: children of group 1 received the warming gel «Dyshy» for kind additionally to standard complex therapy. Children of group 2 received only standard complex therapy. The clinical effectiveness was assessed by the dynamics of the presence or absence of nasal breathing difficulty, amounts of nasal discharge, coughing, and findings of rhinoendoscopic examination.

**Results.** The degree of nasal breathing difficulty on the 3rd day of treatment showed a marked dynamics in the group of study and an insignificant one in the control group referring to the VAS parameter: in group 1 –  $4.9 \pm 0.05$  scores; in group 2 –  $6.9 \pm 0.03$  scores, on the 10th day in group 1 –  $0.2 \pm 0.02$  scores, whereas in group 2 –  $2.1 \pm 0.04$  scores. The severity of rhinorrhoea according to VAS did not have a marked dynamics in both groups till the 5th day, but on the 10th day it became evident: in group 1 –  $0.9 \pm 0.05$  scores, in group 2 –  $1.7 \pm 0.03$  scores. Before the beginning of treatment cough was noted in 21 children of group 1 and in 19 children of group 2. The dynamics of the severity of this symptom before the beginning of therapy was  $6.4 \pm 0.05$  scores in children of group 1, and  $6.5 \pm 0.03$  in patients of group 2. The control examination on the 10th day found a positive dynamics in patients of the both groups, in group 1 the VAS parameter was  $0.02 \pm 0.05$  scores, whereas in patients of group 2 this parameter was  $0.3 \pm 0.04$  scores. By the 5th day of therapy the severity of oedema of the nasal mucosa of 1 or 0 score was rhinoendoscopically found in 21 (70%) children of group 1 and in 19 (63.3%) children of group 2, the amount of secretion in the nasal cavity of 1 or 0 score was rhinoendoscopically found in 14 (46.7%) children of group 1 and in 13 (43.3%) children of group 2. As was noted during clinical observation, in children of group 1, who received basic therapy together with the warming gel «Dyshy», the necessity of using nasal decongestants decreased as compared with children of group 2: 11 (36.7%) and 23 (76.7%) cases, respectively. No signs of adverse side effects or allergic reactions were noted during the study. Parents of all patients of the studied groups reported the convenient forms of manufacturing and application schemes of the warming gel «Dyshy» for kids.

**Conclusion.** The therapeutic effectiveness of the warming gel «Dyshy» for kids consists in alleviation of nasal breathing, decrease of the oedema of nasal mucosa and the severity of cough, which permits to recommend it for wide practical application in complex therapy of rhinosinusitis in children.

*Key words:* badger fat, levomenthol, rhinosinusitis in children, warming gel «Dyshy», essential oils

**Р**иносинусит – воспалительный процесс, затрагивающий слизистую оболочку полости носа и околоносовых пазух. Острый риносинусит является заболеванием, с которым часто сталкиваются не только врачи-оториноларингологи, но и терапевты, педиатры и врачи общей практики. По данным литературы, в России острым риносинуситом ежегодно страдают свыше 10 млн человек. В США регистрируется 31 млн случаев риносинусита в год (IDSA, 2012). В странах Европы риносинуситом ежегодно страдает каждый седьмой человек (ERFOS, 2012).

Острый риносинусит у детей определяется как внезапное появление двух или более симптомов, таких как заложенность носа/затрудненное носовое дыхание, и/или бесцветные/светлые выделения из носа, и/или кашель (в дневное или ночное время). Наличие симптомов сохраняется не более 12 нед, при этом могут наблюдаться бессимптомные промежутки, в течение которых симптомы отсутствуют, если заболевание носит рецидивирующий характер. При сборе анамнеза принципиально уточнить наличие симптомов аллергии (таких, как чихание, водянистые выделения из носа, зуд и слезотечение). Острый риносинусит может возникнуть один или несколько раз за определенный период времени. Это обычно проявляется в виде эпизодов заболевания в течение одного года, но может наблюдаться и полное разрешение симптомов между эпизодами болезни, что является критерием рецидивирующего острого риносинусита.

Острый вирусный риносинусит констатируется при длительности сохранения симптомов заболевания менее 10 дней, острый поствирусный риносинусит – в том случае, если усиление симптомов заболевания после 5-го дня или сохранение симптомов более 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 нед. Если у пациента отмечается усиление выраженности ринологических симптомов спустя 5 дней от начала заболевания или симптомы сохраняются более 10 дней (с полным разрешением в течение 12 нед), но при отсутствии обоснований для констатации бактериальной этиологии острого риносинусита, авторами EP3OS рекомендован диагноз «острый поствирусный риносинусит» [1, 2].

Признаками острого бактериального риносинусита (ОБРС), требующими назначения антибиотиков, являются диагностические критерии ОБРС на основании клинических данных: симптомы не купируются или отсутствует положительная динамика в течение 10 дней, или большинство симптомов, присутствовавших на момент начала заболевания, персистируют более 10 дней; выраженные симптомы на момент начала заболевания – высокая лихорадка, наличие гнойного отделяемого из носа, болезненность в области околоносовых пазух, значительное нарушение общего состояния, которые беспокоят в течение 3–4 дней, отмечается тенденция к развитию гнойно-септи-

ческих орбитальных процессов или внутричерепных осложнений; симптомы полностью или частично купируются в течение 3–4 дней, однако в течение 10 дней от момента начала появления симптомов отмечается рецидив с возобновлением всех симптомов [1].

Данная классификация острого риносинусита (ОРС) во многом определяет рекомендации EPOS по лечению этой патологии у детей. Рекомендации, представленные с позиции доказательной медицины, очерчивают четкую границу использования системной антибактериальной терапии (только при ОБРС), напоминают об актуальности применения назального душа соляными растворами с целью облегчения эвакуации секрета из полости носа (независимо от формы риносинусита) и указывают на главенствующую роль противовоспалительной терапии в виде интраназальных глюкокортикостероидов (ИНГКС) в лечении поствирусного и бактериального риносинусита у детей 12 лет и старше [1, 3–5]. Однако авторы EP3OS в своих рекомендациях по лечению острого риносинусита у детей не дают ответов на ряд вопросов. Так, остается непонятным, какие препараты следует назначать пациентам младше 12 лет с поствирусным ОРС. Согласно рекомендациям EP3OS, это только назальный душ соляными растворами, что, очевидно, не будет адекватным лечением при наличии у пациента выраженной гиперсекреции и/или назальной обструкции. Без ответа остается и вопрос о возможностях симптоматической терапии острого вирусного риносинусита (ОВРС) у детей.

Для большинства отечественных специалистов является спорным отсутствие при рассмотрении вопроса терапии ОРС в педиатрической практике такого класса препаратов, как фитотерапевтические лекарственные средства [2, 7, 9]. И это при том, что в рекомендациях EP3OS по лечению ОРС у лиц старше 18 лет фитотерапевтические лекарственные средства рекомендованы к применению при вирусных и поствирусных формах риносинуситов с высокой степенью достоверности результатов (Ib) при высочайшем уровне рекомендаций (A) [1, 8].

Интерес к ароматерапии возник еще в древних цивилизациях Египта, Китая, Индии, Греции. На протяжении многих веков натуральные эфирные масла использовались не только как препараты, вызывающие эстетические впечатления, но и в терапевтических целях [2, 6, 10].

Согласно данным существующих клинических исследований, проведенных за последнее десятилетие, перспективными и целесообразными являются методы ингаляционной терапии смесью эфирных масел, которые оказывают многопрофильное действие: антибактериальное, противовирусное, противовоспалительное, болеутоляющее, тонизирующее, облегчающее дыхание, иммуномодулирующее [1, 3, 4, 6, 8, 10]. Ряд авторов указывают, что под воздействием паров эфирных масел улучшается качественный состав микрофлоры дыхательных путей, снижается микробная обсемененность кожи и патогенность аутофлоры. Эфирные масла стимулируют гуморальный и клеточный иммунитет, активируя Т-клетки, синтез местного иммуноглобулина А, альвеолярных макрофагов и т.д.

С целью повышения клинической эффективности лечения ОРС легкой степени тяжести у детей было проведено

#### Для корреспонденции:

Карпова Елена Петровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской оториноларингологии педиатрического факультета Российской медицинской академии последипломного образования

Адрес: 123995, Москва, ул. Баррикадная, 2/1

Телефон: (495) 490-8979

Статья поступила ..., принята к печати

клиническое наблюдение, в ходе которого в схему лечения было включено применение согревающего геля «Дыши». Препарат «Дыши» представляет собой гель для нанесения на кожу, в состав которого входят барсучий жир, эфирные масла эвкалипта (*Eucalyptus Globulus*), мяты (*Mentha Piperita*), лаванды (*Lavandula Angustifolia*), пихты (*Abies Sibirica*), терпентиновое масло (*Pinus Silvestris*) и левоментол (производитель ООО «Веда» по заказу ЗАО «Аквион»). Кроме активных веществ в состав препарата входят масло вазелиновое, кремния диоксид коллоидный, ванилина бутиловый эфир.

Для достижения заявленной цели нами были поставлены следующие задачи: оценка динамики симптомов заболеваний, определение частоты возникновения осложнений ОРС у пациентов групп исследования, анализ эффективности и удобства применения согревающего геля «Дыши» для детей пациентами (их родителями) в комплексной терапии риносинуситов в условиях амбулаторного приема, а также анализ и оценка переносимости согревающего геля «Дыши» для детей (оценка безопасности) пациентами (их родителями), анализ частоты развития нежелательных побочных эффектов, ассоциированных с применением препарата.

Под наблюдением находились дети в возрасте от 3 до 7 лет с клинико-anamnestическими признаками ОРС легкой степени тяжести. Всего в исследование включено 60 человек (28 мальчиков и 32 девочки), разделенных с соблюдением принципа рандомизации по 30 человек на две группы: дети 1-й группы (17 мальчиков и 13 девочек в возрасте от 3–7 лет, средний возраст в группе составил 4,4 года) получали согревающий гель «Дыши» для детей в дополнение к стандартной комплексной терапии, включавшую ирригационную терапию, противовирусные, по необходимости – топические деконгестанты. Гель «Дыши» назначался для растирания грудной клетки и стоп ребенка 3 раза в день в течение 5 дней. При нанесении на кожу вещества, входящие в состав геля, оказывают длительное согревающее и местнораздражающее действие.

Дети 2-й группы (11 мальчиков и 19 девочек в возрасте от 3 до 7 лет, средний возраст 4,7 года) получали стандартную комплексную терапию (без использования других гелей и мазей на основе эфирных масел).

В клиническое наблюдение были включены дети в возрасте 3–7 лет с установленным диагнозом ОРС при наличии катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей продолжительностью не более 48 часов от начала заболеваний (т.е. от начала серозного отделяемого со слизистых оболочек верхних дыхательных путей).

В ходе наблюдения был проведен анализ оценки пациентами (их родителями) эффективности и удобства применения схемы лечения с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Оценку клинической эффективности проводили на основании субъективных данных (динамики таких показателей, как затруднение носового дыхания, количество отделяемого из носа, кашель) и данных риноэндоскопического обследования (отек слизистой оболочки полости носа, количество секрета). Переносимость препарата оценивали по наличию/отсутствию аллергических реакций и других нежелательных эффектов. Оценка субъективных симптомов

риносинусита проводилась с использованием 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ): 0 баллов – отсутствие симптома, 10 баллов – максимальная выраженность симптома. Оценка риноэндоскопических данных проводилась по 4-балльной ВАШ. За 0 баллов принимали отсутствие данного симптома, за 4 балла – его максимальное проявление. Контрольные осмотры пациентов проводились на 3-й, 5-й и 10-й день от первичного осмотра. Все включенные в исследование пациенты закончили исследование и прошли все визиты в соответствии с протоколом. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica v.6.0. Разницу считали статистически достоверной при  $p < 0,05$ .

При первичном осмотре с помощью ВАШ была проведена оценка выраженности основных симптомов ОРС у пациентов.

Степень затруднения носового дыхания у пациентов, согласно показателям ВАШ, до начала лечения в 1-й группе составила  $7,4 \pm 0,05$  балла, во 2-й группе –  $7,3 \pm 0,04$  балла. При контрольном осмотре на 3-й день лечения отмечали более выраженную положительную динамику в исследуемой группе и незначительную – в контрольной группе: показатель ВАШ в 1-й группе составил  $4,9 \pm 0,05$  балла; во 2-й группе –  $6,9 \pm 0,03$  балла. На 5-й день лечения эти показатели составили: в 1-й группе –  $2,14 \pm 0,02$  балла, во 2-й –  $5,3 \pm 0,03$  балла. При этом достоверное различие между группами было получено при контрольном осмотре на 10-й день от начала лечения. Так, показатель ВАШ у пациентов в 1-й группе составил  $0,2 \pm 0,02$  балла, тогда как во 2-й –  $2,1 \pm 0,04$  балла (рис. 1).

Выраженность ринореи по ВАШ в 1-й группе до начала лечения составила  $8,8 \pm 0,17$  балла, во 2-й группе –  $8,7 \pm 0,12$  балла. К 3-му дню лечения положительная динамика не была столь заметной в обеих группах, показатели составили в 1-й группе –  $7,1 \pm 0,11$  балла и во 2-й –  $7,4 \pm 0,07$  балла. На 5-й день от начала лечения у пациентов 1-й группы показатель ВАШ составил  $4,9 \pm 0,05$  балла, тогда как у детей 2-й группы балльный показатель составил  $4,7 \pm 0,6$  балла. При контрольном осмотре на 10-й день от начала лечения показатель ВАШ более значимо отличался у пациентов

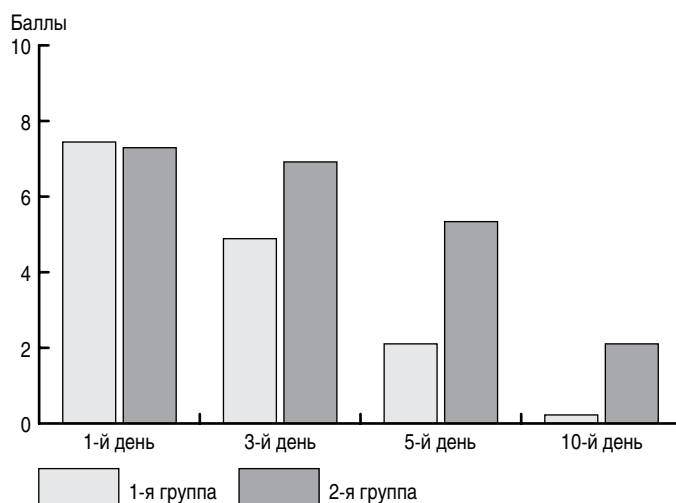


Рис. 1. Динамика выраженности симптома: затруднение носового дыхания, баллы.

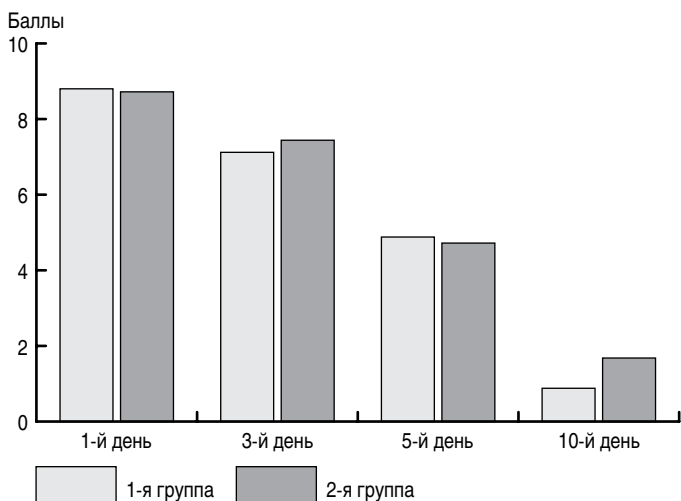


Рис. 2. Динамика выраженности ринореи, баллы.

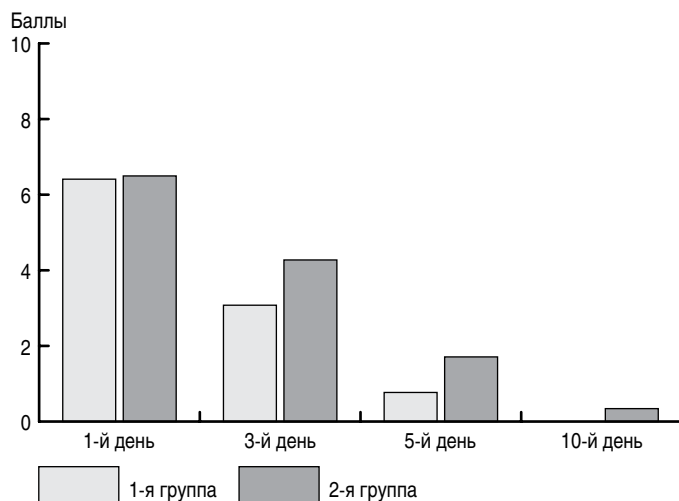


Рис. 3. Динамика выраженности кашля, баллы.

групп исследования: в 1-й группе –  $0,9 \pm 0,05$  балла, во 2-й –  $1,7 \pm 0,03$  балла (рис. 2).

В 1-й группе до начала лечения наличие кашля отмечалось у 21 ребенка. Во 2-й группе кашель выявлен у 19 детей. Динамика выраженности данного симптома составила до начала лечения у детей 1-й группы  $6,4 \pm 0,05$  балла, у пациентов 2-й группы –  $6,5 \pm 0,03$  балла. На 3-й день лечения данные показатели составили: в 1-й группе –  $3,1 \pm 0,05$  балла, во 2-й группе –  $4,3 \pm 0,04$  балла. На 5-й день исследования данные показатели уже составили: в 1-й группе –  $0,8 \pm 0,06$  балла, во 2-й группе –  $1,7 \pm 0,03$  балла. При контрольном осмотре на 10-й день была отмечена положительная динамика у пациентов обеих групп исследования, в 1-й группе показатель ВАШ составил  $0,02 \pm 0,05$  балла, тогда как у пациентов 2-й группы данный показатель составил  $0,3 \pm 0,04$  балла (рис. 3).

По данным риноэндоскопической картины отек слизистой оболочки полости носа пациентов до начала лечения составил в 1-й группе исследования  $3,5 \pm 0,05$  балла, во 2-й группе –  $3,6 \pm 0,08$  балла. На 3-й день лечения данные показатели составили: в 1-й группе –  $2,6 \pm 0,07$  балла, во 2-й группе –  $3,2 \pm 0,15$  балла, на 5-й день: в 1-й группе –  $0,7 \pm 0,05$  балла,

во 2-й группе –  $1,7 \pm 0,12$  балла. При контрольном осмотре на 10-й день была отмечена положительная динамика у пациентов обеих групп исследования, в 1-й группе показатель ВАШ составил  $0,1 \pm 0,05$  балла, тогда как у пациентов 2-й группы данный показатель составил  $0,9 \pm 0,07$  балла (рис. 4).

На основании данных риноэндоскопической картины динамика показателя количества секрета в полости носа пациентов до начала лечения составила в 1-й группе исследования  $3,7 \pm 0,05$  балла, во 2-й группе –  $3,6 \pm 0,03$  балла, на 3-й день: в 1-й группе –  $2,8 \pm 0,09$  балла, во 2-й –  $3,1 \pm 0,11$  балла, на 5-й день: в 1-й группе –  $1,9 \pm 0,06$  балла, во 2-й группе –  $2,1 \pm 0,13$  балла. При контрольном осмотре на 10-й день была отмечена положительная динамика у пациентов обеих групп исследования, в 1-й группе показатель ВАШ составил  $0,4 \pm 0,05$  балла, тогда как у пациентов 2-й группы данный показатель составил  $1,3 \pm 0,08$  балла (рис. 5).

Анализ динамики субъективных данных и признаков объективного обследования в процессе лечения выявил более выраженные положительные изменения у детей 1-й (исследуемой) группы по сравнению с детьми 2-й (контрольной)

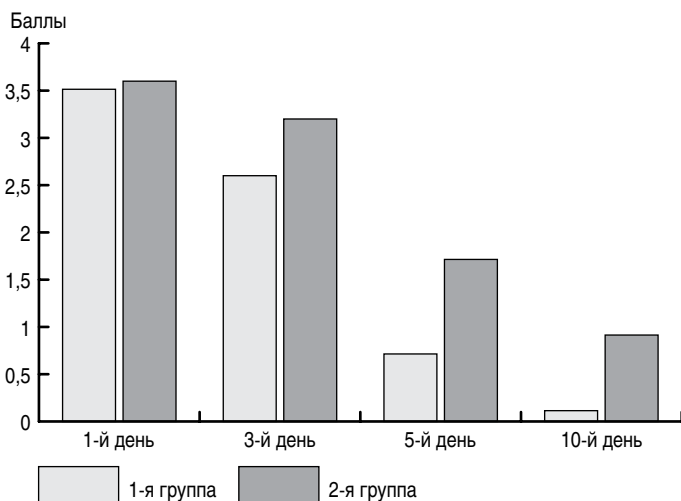


Рис. 4. Динамика выраженности отека слизистой оболочки носа риноэндоскопически, баллы.

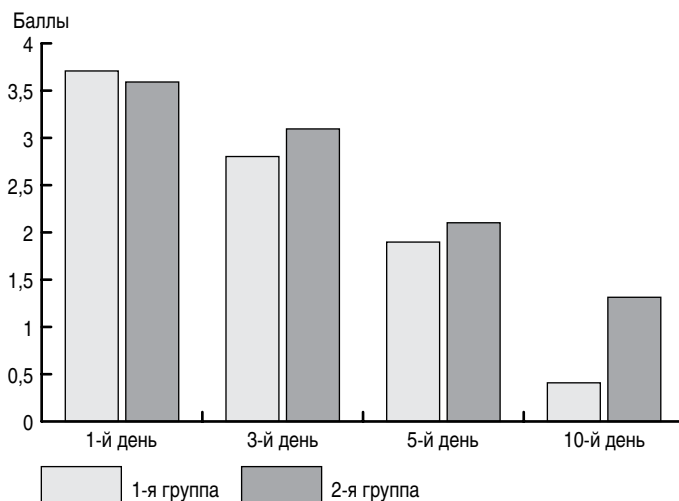


Рис. 5. Динамика показателя количества секрета в полости носа, баллы.



**ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА,  
НАСМОРК**

**НОВИНКА**



Содержит  
барсучий  
жир



**ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ,  
КАШЕЛЬ**



**ПРОФИЛАКТИКА  
ПРОСТУДЫ**

### ✓ Масло Дыши

Композиция натуральных эфирных масел.

- Эффективно в проведении профилактики простудных заболеваний<sup>1,2</sup>.
- Эфирные масла в составе обладают противовирусным, антибактериальным действием.
- Способствует развитию местного иммунного ответа<sup>2</sup>.
- Применяется для пассивных ингаляций<sup>3</sup>.
- Не вызывает привыкания.
- Не раздражает и не сушит слизистую носа.
- Обладает низкой реактогенностью.



### ✓ Согревающий гель Дыши для детей

Композиция из пяти эфирных масел, левоментола и барсучьего жира.

- Эфирные масла геля обладают противовирусными свойствами, оказывают противовоспалительное и обезболивающее действие.
- Барсучий жир активизирует кровообращение и оказывает согревающее действие.
- Выпускается в удобных флаконах с дозаторами.



### ✓ Пластырь-ингалятор Дыши

Пластырь для ингаляций, клеящийся на одежду. Изделие медицинского назначения.

- Содержит 5 эфирных масел и левоментол.
- Нормализует дыхание при заложенности носа, облегчает засыпание.
- Один пластырь действует до 8 часов.



www.akvion.ru

Подробная информация на сайте [масло-дыши.рф](http://масло-дыши.рф)



<sup>1</sup> Килина А.В., Колесникова М.Б. Эффективность применения эфирных масел в профилактике острых респираторных заболеваний у дошкольников в организованных коллективах // Вестник оториноларингологии. – 2011. – № 5.

<sup>2</sup> Красавина Н.А., Биянов А.Н., Старцева С.Е. Использование ингаляций эфирными маслами в реабилитации детей с повторными заболеваниями // Лечащий врач. – 2011. – Октябрь. – № 9.

<sup>3</sup> Для применения не требуется специальных устройств, достаточно просто вдыхать пары эфирных масел с салфетки или любой тканой поверхности.

<sup>4</sup> Е.Н. Котова, Н.Д. Пивнева. Препараты эфирных природных масел в терапии острых ринитов у грудных детей. // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2014 г. – Том № 93. - № 1.

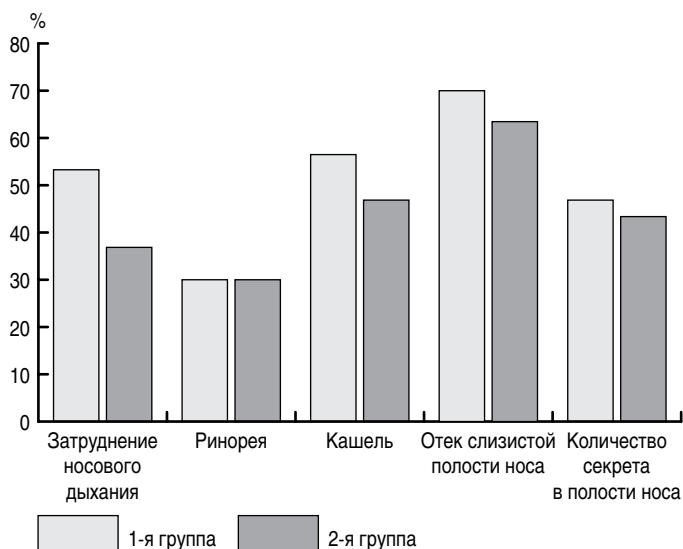


Рис. 6. Количество пациентов (%) первой и второй группы, у которых отсутствовали или были минимально выражены симптомы риносинусита на 5-й день исследования.

группы. Так, к 5-му дню лечения показатели симптомов ОРС составили: затруднение носового дыхания 1 или 0 баллов у 16 (53,3%) детей 1-й группы и у 11 (36,67%) детей 2-й группы. Выраженность ринореи в 1 или 0 баллов отмечалась у 9 (30%) детей 1-й группы и у 9 (30%) детей 2-й группы. Выраженность кашля в 1 или 0 баллов отмечалась у 17 (56,5%) детей 1-й группы и у 14 (46,67%) детей 2-й группы. Выраженность отека слизистой полости носа риноэндоскопически в 1 или 0 баллов отмечалась у 21 (70%) ребенка 1-й группы и у 19 (63,3%) детей 2-й группы. Количество секрета в полости носа риноэндоскопически в 1 или 0 баллов отмечалась у 14 (46,7%) детей 1-й группы и у 13 (43,3%) детей 2-й группы.

В ходе клинического наблюдения было отмечено, что у детей 1-й группы, получавших базовую терапию в комплексе с согревающим гелем «Дыши», необходимость использования назальных деконгестантов снижалась по сравнению с детьми 2-й группы. Так, в 1-й группе к применению назальных деконгестантов прибегли только 11 детей (36,7%), тогда как во 2-й группе такая необходимость возникла у 23 (76,7%).

За время наблюдения у детей как в 1-й, так и во 2-й группе не отмечалось повышения температуры тела выше 38,5°C, что не потребовало назначения жаропонижающих препаратов.

Во время наблюдения у 1 ребенка 1-й группы и у 5 детей 2-й группы было установлено, что на фоне проводимой терапии явления ОРС легкой степени тяжести перешли в явления поствирусного риносинусита, что потребовало изменения тактики лечения.

На 10-й день клинического наблюдения ни у одного пациента исследуемой группы, принявшего участие в клиническом наблюдении, не отмечали признаков нежелательных побочных эффектов и аллергических реакций.

Родители всех пациентов исследуемой группы отметили удобство формы выпуска и схемы применения согревающего геля «Дыши» для детей.

Результаты проведенного клинического наблюдения показали, что применение согревающего геля «Дыши» в сос-

таве комплексной терапии повышает клиническую эффективность терапии ОРС легкой степени тяжести, позволяет сократить сроки лечения, а также снижает риск возникновения осложнений данной патологии у детей (в исследуемой группе в 5 раз меньше случаев осложнения, чем в контрольной группе).

Исходя из полученных результатов клинического наблюдения, можно констатировать факт более быстрого купирования основных симптомов ОРС легкой степени тяжести на фоне комплексной терапии с применением согревающего геля «Дыши». Применение согревающего геля «Дыши» в комплексной терапии ОРС у детей позволило устранить к 5-му дню терапии следующие симптомы: затруднение носового дыхания у 53,3% пациентов (в контрольной группе – у 36,7% пациентов), кашель – у 56,5% пациентов (в контрольной группе – у 46,6% пациентов), отек слизистой носа – у 70% пациентов (в контрольной группе – у 63,3% пациентов).

Включение в схему лечения согревающего геля «Дыши» позволяет сократить объем применения деконгестантов. Кроме того, результаты клинического наблюдения показали отличную переносимость согревающего геля «Дыши», не было отмечено ни одного случая непереносимости или аллергии на фоне применения геля «Дыши».

Таким образом, терапевтическая эффективность препарата «Дыши» на основе проведенного исследования заключается в облегчении носового дыхания, уменьшении отека слизистой носа и выраженности кашля, что позволяет рекомендовать его для широкого практического применения в комплексной терапии риносинуситов у детей.

## Литература

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 (EP30S). *Rhinol Suppl.* 2012 Mar;(23):1-298.
2. Gramann J, Hippeli S, Dornisch K, Rohnert U, Beuscher N, Elstner EF. Antioxidant Properties of Essential Oils. Possible explanations for their anti-inflammatory effects. *Arzneim Forsch. Drug Res.* 2000;50(1):135-9.
3. Заплатников АЛ. Топические деконгестанты в педиатрической практике: безопасность и клиническая эффективность. *Педиатрия.* 2006;6:69-75.
4. Тулулов ДА, Карпова ЕП. О роли назальных сосудосуживающих препаратов в симптоматическом лечении острых риносинуситов у детей. *Российская ринология.* 2011;2:50.
5. Карпова ЕП, Тулулов ДА. О безопасности применения назальных сосудосуживающих препаратов в педиатрической практике. *Российская ринология.* 2014;1:12-4.
6. Карпова ЕП, Тулулов ДА. О возможности небулайзерной терапии в лечении острых риносинуситов у детей. *Российская оториноларингология.* 2013; 65(4):160-3.
7. Колесникова МБ, Килина АВ. Эффективность применения эфирных масел в профилактике острых респираторных заболеваний у дошкольников в организованных коллективах. *Вестник оториноларингологии.* 2011; 5:51-4.
8. Рязанцев СВ. Сравнение российских стандартов лечения острых синуситов с международной программой EPOS. *Consilium medicum.* 2008;10: 87-90.
9. Карпова Е.П., Божатова М.П. Рациональные методы лечения ОРВИ у детей. *Фарматека.* 2008;19:89-92.

10. Карпова ЕП, Соколова МВ. Ирригационная терапия аллергического ринита у детей. Вестник отоларингологии. 2007;5:23-4.

## References

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 (EP3OS). Rhinol Suppl. 2012 Mar;(23):1-298.
2. Gramann J, Hippeli S, Dornisch K, Rohnert U, Beuscher N, Elstner EF. Antioxidant Properties of Essential Oils. Possible explanations for their anti-inflammatory effects. *Arzneim Forsch. Drug Res.* 2000;50(1):135-9.
3. Zaplatnikov AL. Topicheskie dekongestanty v pediatricheskoy praktike: bezopasnost' i klinicheskaya effektivnost'. *Pediatrics*. 2006;6:69-75. (In Russian).
4. Tulupov DA, Karpova EP. O roli nazal'nykh sosudosuzhivayushchikh preparatov v simptomaticheskom lechenii ostrykh rinosinusitov u detey. *Rossiyskaya rinologiya*. 2011;2:50. (In Russian).
5. Karpova EP, Tulupov DA. About safety of nasal decongestant at children. *Rossiyskaya rinologiya*. 2014;1:12-4. (In Russian).

6. Karpova EP, Tulupov DA. On the possibilities of nebuliser therapy in the treatment of acute rhinosinusitis in children. *Russian otorhinolaryngology*. 2013;65(4):160-3. (In Russian).

7. Kilina AV, Kolesnikova MB. The efficacy of the application of essential oils for the prevention of acute respiratory diseases in organized groups of children. *Vestnik otorinolaringologii*. 2011;5:51-4. (In Russian).

8. Ryazantsev SV. Sravnenie rossiyskikh standartov lecheniya ostrykh sinusitov s mezhdunarodnoy programmoy EPOS. *Consilium medicum*. 2008;10:87-90. (In Russian).

9. Karpova EP, Bozhatova MP. Ratsional'nye metody lecheniya ORVI u detey. *Farmateka*. 2008;19:89-92. (In Russian).

10. Karpova EP, Sokolova MV. Irrigatsionnaya terapiya allergicheskogo rinita u detey. *Vestnik otolaringologii*. 2007;5:23-4. (In Russian).

---

### Информация о соавторе:

Вагина Елена Евгеньевна, врач-оториноларинголог  
Детской городской клинической больницы №13 им. Н.Ф.Филатова  
Адрес: 103001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, 15  
Телефон: (499) 254-9129

# На утверждение