

<https://doi.org/10.34883/PI.2023.13.1.029>



Нурова Г.У. ✉, Хайруллаева З.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Оптимизация консервативного лечения риносинуситов у детей*

Вклад авторов: Нурова Г.У. – концепция исследования с разработкой ретроспективного и перспективного методов; Хайруллаева З.Ш. – обзор литературы.

Подана: 06.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: nurovaguzal22@gmail.com

Резюме

Инфекции дыхательных путей занимают первое место по распространенности среди всех заболеваний у детей. Среднестатистический ребенок болеет острыми респираторными вирусными инфекциями 6–8 раз в год. Приблизительные подсчеты показывают, что в течение жизни человек может болеть острыми респираторными вирусными инфекциями в среднем около 6 лет. Инфекции носа и ротоглотки – наиболее частая причина обращения к педиатру, терапевту или к врачу-оториноларингологу. Как правило, эти заболевания сопровождаются развитием острого риносинусита у детей из-за более узких анатомических размеров носа и придаточных пазух носа. Основное неинвазивное исследование с применением препарата Синупрет® в лечении острого риносинусита у детей подтвердило высокую эффективность и переносимость растительного комбинированного препарата при остром синусите. Широкий спектр фармакологических эффектов препарата Синупрет® и наличие двух лекарственных форм (капель и таблеток) делают его оптимальным средством в лечении заболевания у детей начиная с двух лет. Представленное исследование подтверждает высокую эффективность и хорошую переносимость лечения препаратом Синупрет®.

Ключевые слова: инфекции дыхательных путей, бактериальная суперинфекция, острый синусит, лечение синуситов, растительный препарат

* На правах рекламы.

Guzal U. Nurova ✉, Zarina Sh. Khairullayeva
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Optimization of Conservative Treatment of Rhinosinusitis in Children*

Authors' contribution: Guzal U. Nurova – study concept with elaboration of retrospective and prospective research methods; Zarina Sh. Khairullayeva – literature review.

Submitted: 06.03.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: nurovaguzal22@gmail.com

Abstract

Respiratory tract infections occupy the first place in prevalence among all diseases in children. The average child suffers from acute respiratory viral infections 6–8 times a year. Approximate calculations show that during lifetime an individual can suffer from acute respiratory viral infections for an average of about 6 years. Infections of the nose and oropharynx are the most common reason for contacting a pediatrician, therapist or an otolaryngologist. As a rule, these diseases are accompanied by the development of acute rhinosinusitis in children due to the narrower anatomical dimensions of the nose and paranasal sinuses. The main noninvasive study using Sinupret® in the treatment of acute rhinosinusitis in children confirmed the high efficacy and tolerability of the herbal combination drug in acute sinusitis. A wide range of pharmacological effects of Sinupret® and availability in two dosage forms (drops and tablets) make this medicinal product optimal remedy in the treatment of the disease in children over two years of age. The presented study confirms the high efficacy and good tolerability of treatment with Sinupret®.

Keywords: respiratory tract infections, bacterial superinfection, acute sinusitis, treatment of sinusitis, herbal preparation

■ ВВЕДЕНИЕ

Инфекции дыхательных путей занимают первое место по распространенности среди всех заболеваний у детей. Среднестатистический ребенок болеет острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) 6–8 раз в год. Приблизительные подсчеты показывают, что в течение жизни человек может болеть ОРВИ в среднем около 6 лет [7]. Инфекции носа и ротоглотки – наиболее частая причина обращения к педиатру, терапевту или лор-врачу. Как правило, эти заболевания сопровождаются развитием острого риносинусита у детей из-за более узких анатомических размеров носа и придаточных пазух носа.

* As advertising.

В большинстве случаев причиной острого риносинусита (ОРС) является вирусная инфекция (аденовирусы, риновирусы, вирусы гриппа и парагриппа). В этом случае также возможна бактериальная суперинфекция (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*) [2].

Вторичная бактериальная инфекция придаточных пазух носа после предшествующей вирусной встречается сравнительно редко, что, по некоторым оценкам, составляет 0,5–2% случаев у взрослых [10, 11] и около 5% у детей [12]. В целом распространенность бактериальной этиологии ОРС оценивается в 2–10%, в то время как вирусной – 90–98% [9]. Несмотря на это, антибиотики назначаются практически всем пациентам с симптомами ОРС. На сегодняшний день ОРС, по опросам врачей общей практики, является пятым ведущим показанием к назначению антимикробной терапии [12].

Многочисленные исследования с участием как детей, так и взрослых показывают, что раннее назначение антибиотиков не приносит пользы по сравнению с плацебо с точки зрения облегчения симптомов, профилактики осложнений [7, 9]. Новые научные данные, полученные в последние годы, и увеличение числа устойчивых к антибиотикам патогенов требуют разработки новых методов лечения острого риносинусита, особенно в педиатрии [7, 10, 11].

Основная цель лечения риносинусита – улучшить отток секрета и вентиляцию придаточных пазух носа.

Существуют убедительные доказательства того, что лечение острого риносинусита Синупретом® у взрослых должно быть подтверждено опытом клинического применения у детей.

■ ЦЕЛЬ НЕИНВАЗИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Фитотерапевтическое средство Синупрет® используется более 70 лет в Германии и уже 30 лет – в других странах. Препарат показан для лечения острых и хронических синуситов у детей и взрослых. Содержащиеся в нем экстракты 5 лекарственных растений (*Gentiana lutea*, *Primula veris*, *Rumex acetosa*, *Sambucus nigra*, *Verbena officinalis*) продемонстрировали широкий спектр фармакологических эффектов против характерных симптомов риносинусита в нескольких исследованиях [13]. Фармакологические, токсикологические и клинические исследования препарата Синупрет®, а также его многолетний опыт клинического применения дают основания сделать вывод о его высокой эффективности и безопасности при лечении острого риносинусита у взрослых. Было проведено многоцентровое неинвазивное клиническое исследование, чтобы получить более подробные данные об эффективности и безопасности препарата у детей с синуситом.

■ МЕТОДОЛОГИЯ

Исследование проводилось с марта 2021 г. по сентябрь 2022 г. в медицинских центрах г. Бухары (в отделении отоларингологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (БОММЦ), а также в частной медицинской клинике города Бухары «Бухара ЛорМед Центр»). Были проанализированы результаты лечения 936 детей, средний возраст которых составил 6,9 года, с симптомами риносинусита. Распределение пациентов по возрасту и полу отображено в табл. 1.

Таблица 1
Разделение пациентов по полу и возрасту
Table 1
Distribution of patients by gender and age

	Девочки (n)	Мальчики (n)	Всего (n)
Итого	546	490	936
Младшая группа (2–6 лет)	253	244	497
Старшая группа (7–12 лет)	293	246	539

Две трети (64%) детей получали возрастную дозу препарата Синупрет® в виде капель 3 раза в день. Треть из них – в основном дети старшей возрастной группы – принимали таблетки Синупрет® по 1 таблетке 3 раза в день.

Первое исследование проводилось до начала лечения (декабрь – t0), контрольный визит (t1) – через 6 дней, последнее исследование (t2) – через 12 дней.

В процессе исследования была задокументирована динамика следующих симптомов:

- головные боли и боли на лице;
- носоглоточный секрет;
- затрудненное носовое дыхание;
- охриплость голоса;
- кашель.

Был проведен статистический анализ динамики этих симптомов в процессе лечения, и проведена общая оценка эффективности и переносимости препарата Синупрет®.

■ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

На момент начала исследования 74,2% детей получали сопутствующее лечение – ринологические препараты (43,8%) и антибиотики (14,8%).

Результаты

Наиболее частыми симптомами (t0), зарегистрированными до начала лечения, являлись выделение из носоглотки и затрудненное носовое дыхание. Почти все дети сообщали о большей (67%) или меньшей (33%) вязкой (83%) или водянистой (17%) консистенции секрета носоглотки, при этом 71% детей описывали секрет как окрашенный и только 29% описывали его как бесцветный. Заложенность носа наблюдалась у 98% детей всех возрастных групп. Доля детей со значительными нарушениями носового дыхания в обеих возрастных группах составляла около 40%.

Вторым наиболее распространенным симптомом был кашель (88%). 60% детей младшей возрастной группы и 57% детей старшей возрастной группы жаловались на сильный и умеренный кашель. 62,5% детей младшего возраста и 83,5% детей старших возрастных групп сообщили о головных болях и болях в области лица. Около 68% детей жаловались на охриплость голоса, которая в большинстве случаев была незначительной.

Таблица 2

Процент пациентов, у которых на момент последнего осмотра симптомы либо их выраженность были незначительными

Table 2

Percentage of patients with slight symptoms or their severity at the time of the last examination

	Девочки	Мальчики	Симптомная выраженность	Симптоматика (%)			
				Затрудненное носовое дыхание	Головная боль и боль в лицевой области	Кашель	Хрипота
Всего	546	490					
Младшая группа (от 2 до 6 лет)	253	244	При отсутствии симптомов	62,52	96,09	70,95	94,67
			Умеренная выраженность симптомов	34,25	3,20	26,22	4,83
Старшая группа (от 7 до 12 лет)	293	246	При отсутствии симптомов	63,58	92,31	73,12	94,27
			Умеренная выраженность симптомов	33,53	5,95	23,32	5,07

Данные итогового осмотра

При последнем обследовании 93% пациентов сообщили о небольшом количестве секрета носоглотки, консистенция которого была водянистой и прозрачной у 90% из них. К концу лечения только у 0,3% детей наблюдалось значительное затруднение носового дыхания. Менее чем у 3% пациентов была заложенность носа средней степени тяжести. В отношении кашля наблюдалась выраженная положительная динамика: к концу исследования у 75% детей не было кашля, у 25% был легкий кашель. К концу лечения 96% детей в старшей возрастной группе и 92% подростков не испытывали головных болей. Только у 5% детей отмечалась умеренная охриплость голоса (табл. 2).

В ходе анализа эффективности Синупрет®-капли и Синупрет®-таблетки продемонстрировали сопоставимое действие. Было показано, что обезболивающий эффект капель Синупрет® при остром риносинусите у детей младшей возрастной группы более выражен, чем при использовании таблеток Синупрет®.

■ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ

Эффективность и переносимость были оценены как очень хорошие или хорошие у 88% детей всех возрастных групп, в среднем у 7%, у 4% не было данных об эффективности.

Всего было зарегистрировано 25 случаев (0,8%) побочных эффектов, которые были оценены как нетяжелые. В основном это желудочно-кишечные расстройства и кожная сыпь. В 50% случаев исследователи приписывали их сопутствующей антибактериальной терапии или основному заболеванию.

Эффективность лечения острого риносинусита у детей препаратом Синупрет® была оценена как очень высокая. Этот результат был достигнут в обеих возрастных группах, независимо от лекарственной формы. Представленное исследование подтверждает высокую эффективность и хорошую переносимость лечения препаратом Синупрет®.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основное неинвазивное исследование с применением препарата Синупрет® в лечении острого риносинусита у детей подтвердило высокую эффективность и переносимость растительного комбинированного препарата при остром синусите. Широкий спектр фармакологических эффектов препарата Синупрет® и наличие двух лекарственных форм (капель и таблеток) делают его оптимальным средством в лечении заболевания у детей начиная с двух лет.

Данное исследование подтвердило эффективность и хорошую переносимость препарата Синупрет® при лечении острого риносинусита у детей.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Garashchenko T.I., Radzig E.Y. Mucoregulatory drugs in the treatment of non-purulent diseases of the middle ear. *Attending physician*. 2000;1:19–23. (in Russian)
2. Vikulov G.H. Viral, bacterial respiratory infections, immunity and antibiotic therapy: what is common? The view and recommendations of a clinical immunologist and infectious disease specialist. *Consilium Medicum*. 2015;17(11):35–41. (in Russian)
3. National Medical Association of Otorhinolaryngologists, Ministry of Health of the Russian Federation. *Principles of etiopathogenetic therapy of acute sinusitis. Clinical recommendations*. Moscow. 2014; 28 p. Available at: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001405617S/HTML/. (in Russian)
4. Garashchenko T.N. *Diagnostic and therapeutic endoscopy of the upper respiratory tract in children (PhD Thesis)*. M., 1996. (in Russian)
5. Radzig E.Yu., Ermilova N.V., Lobeeva N.A., Bogomilsky M.R. Features of management of patients with prolonged forms of acute sinusitis. *Questions of modern pediatrics*. 2008;7(6):11–15. (in Russian)
6. Burkutbaeva T.N., Andreyushkina-Abdelhadi E.A., Tulepbekova N.M., Akhanov T.A. Sinupret® in combination with irrigation therapy for the treatment of children with acute post-viral rhinosinusitis. *Clinical Phytoscience*. 2017;3(10). (in Russian)
7. Mashkova T.A., Maltsev A.B. Selective prevention of rhinosinusitis in children with acute respiratory viral infection. *Issues of modern pediatrics*. 2012;11(2). (in Russian)
8. Biebach K., Kramer A. Effective treatment of children with rhinosinusitis. *Family medicine*. 2014;6:102–106. (in Russian)
9. Fokkens W., Lund V., Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinol Suppl*. 2007;1–136.
10. Gwaltney J.M. Jr., Wiesinger B.A., Patrie J.T. Acute community-acquired bacterial sinusitis: the value of antimicrobial treatment and the natural history. *Clin Infect Dis*. 2004;38:227–33.
11. Rosenfeld R.M., Andes D., Bhattacharyya N. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;137:1–31.
12. Wald E.R., Guerra N., Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. *Pediatrics*. 1991;87:129–33.
13. Anand V.K. Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 2004;193:3–5.