

ЦИННАБСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

*М. Р. Богомилский, Т. И. Гаращенко,
Г. Л. Балясинская, А. П. Якушенкова*

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из первых мест среди ЛОР-заболеваний детского возраста, что составляет 17-22%.

Гомеопатия, располагающая большим арсеналом лечебных средств, является хорошим помощником хирурга в консервативном лечении многих хирургических заболеваний. Гомеопатическое лечение не отрицает и не противопоставляет себя хирургии, не является обособленным направлением и не может ее заменить. Однако дает возможность эффективно содействовать успеху хирургического лечения, усиливая защитные свойства организма, изменяя реакцию организма в нужную для излечения сторону. В гомеопатическом арсенале имеются средства как усиливающие, так и уменьшающие воспалительные явления, ускоряющие нагноение, отторжение некротических масс, изменяющие характер секрета, нормализующие функциональные системы, участвующие в процессе воспаления.

В связи с полиэтиологичностью синуситов у детей, преобладании вирусно-респираторной инфекции со значительными нарушениями иммунной системы, мукоцилиарного транспорта, реологических свойств носового секрета, необходимо всестороннее воздействие на все стороны процесса.

Комплексный гомеопатический препарат «Циннабсин» (Немецкий Гомеопатический Союз (DHU)) содержит в своем составе средства, влияющие на патогенез синусита и топически покрывающие большинство основных звеньев этого процесса по локализации воспаления в околоносовых пазухах (фронтит, этмоидит и т. д.), изученных и описанных в лекарственных патогенезах его составных частей. В «Циннабсине» одновременно собраны пять препаратов, известных в гомеопатической фармакопее — *Materia Medica* как активно воздействующие на течение воспаления в околоносовых пазухах. Исходя из принципа гомеопатии о том, что «подобное лечится подобным» в препарате «Циннабсин» в каждом из его составляющих в т. н. гомеопатическом патогенезе можно найти клиническую картину, характерную не только для той или иной стадии воспаления, но и преимущественного поражения отдельных околоносовых синусов. Так, *Cinnabaris* (киноварь, красный сульфат) описывает типичную клинику фронтита с сильной головной болью в области внутреннего угла глаза (этмоидит), применяется при вязкой слизи с неприятным запахом, стекающей от хоан в глотку, вызывающей неприятный вкус во рту. *Hydrastis* (гидрастис канадский) эффективен при подостром насморке с тягучим секретом, с болью в супраорбитальной области (фронтит, пе-

риостит лобной пазухи) и верхней челюсти. Изменяет реологические свойства тягучей, вязкой с прожилками крови слизи. Применяется также при озене, может воздействовать на тройничный нерв. Препарат активен у астеников, гипотрофиков. *Kalium bichromicum* применяется при остром рините с водянистыми выделениями и ощущением сухости, заложенности и давления в области корня носа (1-я стадия воспаления). Заложенность быстро переходит в стадию желеобразной, вязкой, тягучей, трудноотделяемой слизи (2-я стадия воспаления) с образованием корок, вплоть до язв, что характеризует альтеративное воспаление. Характерна боль в области лба и верхней челюсти, четко локализованная, улучшение наступает от тепла и паровой ванны. *Echinacea* обладает выраженным иммуностимулирующим эффектом при хронических рецидивирующих инфекциях. *Barium chloratum (muriaticum)* эффективен при повышенной чувствительности к холоду, уплотнении регионарных лимфоузлов, ощущении тумана и тяжести в голове, паутины на лице, нагноении миндалин, обложенном языке, охриплом голосе, кашле, чихании по ночам, «насыхании» корок в носу, носовых кровотечениях. Воздействует в трех направлениях: на вегетативную нервную систему, ретикулоэндотелиальную и иммунную.

В предпринятом нами исследовании участвовало 60 детей в возрасте от 3 до 14 лет, находящихся на лечении в ЛОР-стационаре и консультативно-диагностическом центре Морозовской ДКБ. Отбор больных осуществлялся с учетом следующих критериев включения и исключения (табл. 1).

Таблица 1

Критерии отбора пациентов

| Критерии включения | Критерии исключения |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Острый синусит ■ Обострение хронического рецидивирующего синусита ■ Продолжительность симптоматики 0-7 дней | <ul style="list-style-type: none"> ■ Значительное искривление носовой перегородки ■ Прямые показания к проведению антибиотикотерапии ■ Пациенты, получающие сопутствующую лекарственную терапию, которая может отрицательно сказаться на результатах лечения ■ Пациенты с известной или предполагаемой гиперчувствительностью к препарату «Циннабсин» ■ Пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, психическими нарушениями |

По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 3 до 6 лет — 19 (31,7%) детей, от 7 до 9 лет — 13 (21,6%), от 10 лет и старше — 28 (46,7%) детей.

О характере поражения околоносовых пазух судили по клинической, эндоскопической картине, данных рентгенологического и ультразвукового сканирования. В исследовании с катаральными формами воспаления было 37 (61,7%) детей, гнойными — 23 (38,3%), из них 7 детей с обострением хронического гнойного гайморозтмоидита (табл. 2).

Таблица 2

Характер воспалительного процесса в околоносовых пазухах

| Характер воспаления в пазухах | 3-6 лет | 7-9 лет | 10 лет и старше | всего |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|-----------|
| 1. Острый серозный синусит | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 2. Острый отечно-катаральный синусит | 13 | 7 | 14 | 34 |
| 3. Острый гнойный синусит | 4 | 5 | 7 | 16 |
| 4. Обострение хронического синусита | 1 | — | 6 | 7 |
| Всего | 19 | 13 | 28 | 60 |

Препарат «Циннабсин» назначался по схеме:

Дозировка и способ применения препарата «Циннабсин»

| | |
|--------------------------------|---|
| При остром заболевании: | ▶ в течение первых 1-2 дней сублингвально |
| дети до 3 лет | ▶ по 2 табл. каждые 2 часа (8 раз в день) |
| от 3 до 12 лет | ▶ по 1 табл. каждые 2 часа (8 раз в день) |
| старше 12 лет | ▶ по 1 табл. каждый час (12 раз в день) |
| В последующие дни | ▶ по 1-2 табл. 3 раза в день до выздоровления |

При остром процессе продолжительность терапии составила 28 дней, при хроническом — до 56 дней.

В процессе лечения оценивали динамику отека слизистой оболочки полости носа (рис. 1), характер и количество отделяемого (рис. 3), сроки нормализации носового дыхания (рис. 2), регрессии болевого синдрома (головная боль и боль в проекции точек выхода основных ветвей тройничного нерва) (рис. 4).

Если в первые сутки у 81,6% детей был выраженный отек слизистой оболочки полости носа и наблюдалось отсутствие или незначительное затруднение носового дыхания у 98%, то уже к 7 суткам незначительно выраженный отек выявлен у 60% детей, а у 71% нормализовалось носовое дыхание (рис. 1, 2).

Динамика отека слизистой оболочки носа при лечении
"Циннабсином"

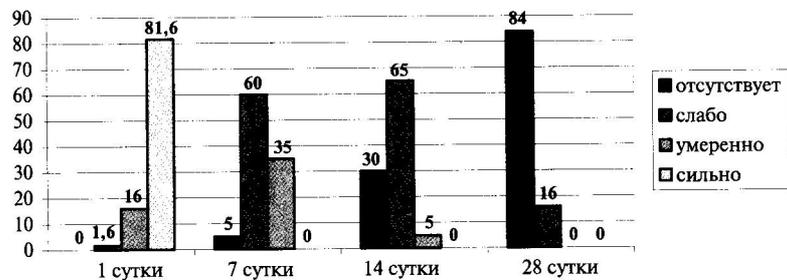


Рис. 1.

Динамика носового дыхания при лечении
"Циннабсином"

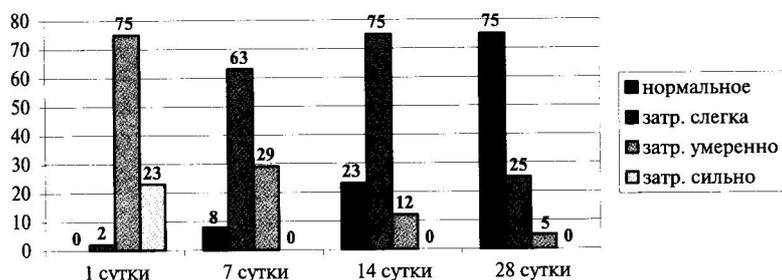


Рис. 2.

При поступлении у 57% детей было обильное отделяемое в полости носа и носовых ходах. Через 7 дней у 67% детей отделяемое не определено. К 14 суткам все показатели приходили к норме у 98% детей (рис. 3).

Динамика отделяемого из носа при лечении
"Циннабсином"

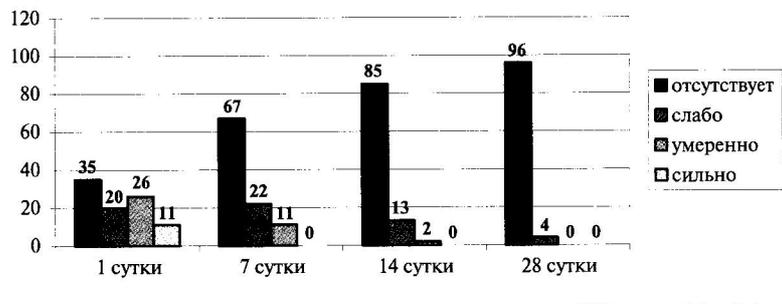


Рис. 3.

Важным симптомом, с точки зрения тяжести заболевания, является головная боль и боль в проекции пазух, которая при поступлении наблюдалась у 1/3 больных (рисунок 4). Регресс этого симптома отмечен в течение 2-3 суток на фоне интенсивного приема препарата.

Динамика головной боли и боли в области
околоносовых пазух при лечении "Циннабсином"

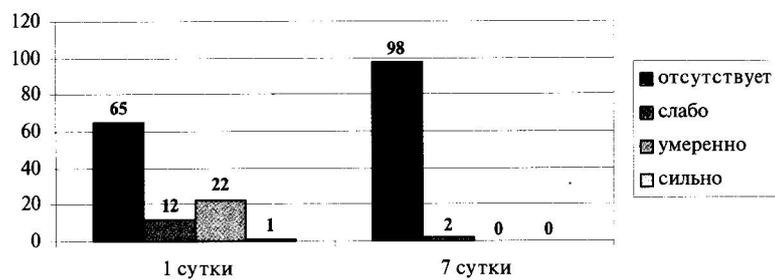


Рис. 4.

Таким образом, препарат «Циннабсин» показал свою эффективность в комплексном лечении больных как с острыми, так и хроническими синуситами. Пролонгированная терапия острого синусита комплексным гомеопатическим препаратом «Циннабсин» (до 28 дней) уменьшает вероятность рецидива и перехода заболевания в латентное течение.