

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КРУГЛОГОДИЧНОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ*

Е.П. Карпова**, Д.А. Тулупов, Л.И. Усень, М.П. Божатова

ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования» Росздрава, г. Москва, РФ

Проблема аллергических ринитов (АР) у детей по-прежнему чрезвычайно актуальна. Это объясняется, прежде всего, высоким удельным весом этих заболеваний в структуре аллергической патологии (60–70%) и достаточно большой распространенностью в детской популяции (10–15%) [1].

АР ухудшает качество жизни, влияет на учебу, профессиональную деятельность. У 45–69% пациентов с АР в последующем развивается бронхиальная астма, у 60–70% детей с астмой выявляются симптомы АР. У детей, страдающих АР, в 70% случаев поражаются околоносовые пазухи, у 30–40% диагностируют аденоидиты, у 30% — рецидивирующие и экссудативные средние отиты, у 10% — заболевания гортани (в том числе рецидивирующие стенозы гортани — круп) [2].

Лечение детей, страдающих АР, представляет собой трудную задачу. Оно проводится комплексно, с использованием общих и местных методов воздействия на организм, а также с учетом индивидуальных особенностей больного ребенка. Выделяют следующие направления в лечении детей с АР:

- контроль над окружающей средой, предусматривающий устранение или уменьшение контакта с причинно значимыми аллергенами и неспецифическими триггерами;

- фармакотерапия;
- специфическая иммунотерапия (аллерговакцинация);
- обучение родителей, дети которых страдают АР.

Краеугольный камень в лечении АР — это разобщение больного с аллергеном. С этой целью предпринимаются мероприятия, направленные на снижение концентрации аэроаллергенов в жилых помещениях: регулярная уборка жилых помещений, удаление домашних животных, птиц, аквариума, цветов, очагов плесени. Постельные принадлежности должны быть сделаны из материалов, непроницаемых для вредных частиц. Из питания исключают пищевые продукты, которые могут стать причиной обострения АР. Не используют лекарственные средства, обладающие высокой сенсибилизирующей активностью (пенициллины, сульфаниламиды, ацетилсалициловую кислоту и другие противовоспалительные препараты). Ограничивают контакт с химическими веществами. Однако при сенсибилизации больного респираторными аллергенами, особенно бытовыми (пылевые клещи, плесневые грибы), добиться полного разобщения не представляется возможным даже при соблюдении всех правил элиминационной терапии. В таком случае с целью улучшения качества жизни и для достижения контроля заболевания пациентам с АР проводится фармакотерапия [1,3].

Основная задача лекарственной терапии АР — достижение оптимального контроля симптомов заболевания. Исходя из этого, лечение строится с учетом тяжести и частоты возникновения симптомов ринита.

Фармакотерапия предусматривает использование медикаментозных препаратов, действие которых направлено на купирование острых проявлений АР и предупреждение последующих обострений. С этой целью применяются:

- глюкокортикоидные препараты (местного, реже системного действия);
- антигистаминные препараты (системного и местного действия);
- блокаторы лейкотриеновых рецепторов;
- антихолинергические препараты (местного действия);
- сосудосуживающие препараты (местного, у лиц старше 12 лет — системного действия).

Топические сосудосуживающие препараты (деконгестанты) быстро и эффективно восстанавливают носовое дыхание при АР. Однако данная группа препаратов не оказывает положительного влияния на патогенез АР. В связи с быстрым облегчением носового дыхания деконгестанты очень популярны у больных с проявлениями ринита. Опасность применения деконгестантов при АР заключается в том, что их бесконтрольное применение приводит к развитию тахифилаксии (за счет угнетения синтеза эндогенного норадреналина). Больным требуется все большая доза лекарства для достижения эффекта. Многочисленные исследования показали, что применение некоторых деконгестантов курсом более 3–7 дней у пациентов с вазомоторным или АР усугубляет отек слизистой оболочки носа и приводит к развитию медикаментозного ринита [4].

Однако назначение деконгестантов возможно при выраженной заложенности носа в течение очень короткого промежутка времени с целью облегчения самочувствия пациента.

Вся сложность вопроса заключается в том, что группа сосудосуживающих препаратов местного действия очень неоднородна.

Деконгестанты различаются по фармакодинамическим особенностям, выраженности и продолжительности действия, по побочным эффектам. Все эти препараты при длительном применении вызывают развитие синдрома «рикошета». В меньшей степени это свойственно фенилэфрину, который обладает мягким вазоконстрикторным эффектом за счет высокоселективного агонизма к альфа1-адрено-рецепторам и не вызывает значительного уменьшения кровотока в слизистой оболочке носа. Лечебный эффект фенилэфрина менее выражен и менее продолжителен.

*Опубликовано: Практика педиатра. — май-июнь, 2010. — С. 6–10.

**Карпова Елена Петровна, д-р мед. н., проф., зав. каф. детской оториноларингологии ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования» Росздрава, Москва. Адрес: 123373, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28, тел.: (495) 496-64-38

Одним из комплексных препаратов на основе фенилэфрина для эндоназального применения является препарат ВИБРОЦИЛ производства «НОВАРТИС Консьюмер Хелс» (Швейцария).

Помимо фенилэфрина, который избирательно стимулирует альфа1-адренорецепторы сосудистой стенки и кавернозных тел, в состав ВИБРОЦИЛ входит диметиндена малеат, который блокирует H1-рецепторы. Благодаря наличию двух компонентов реализуются сосудосуживающий, противоотечный и противоаллергический эффекты.

Обладая мягким вазоконстрикторным эффектом за счет аффинитета к альфа1-адренорецепторам, ВИБРОЦИЛ не вызывает уменьшения кровотока в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух, следовательно, в меньшей степени нарушает ее функции.

ВИБРОЦИЛ уменьшает выделения из носа и способствует очищению носовых ходов. При этом препарат удовлетворяет основным требованиям физиологического лечения слизистой оболочки носа: сохраняет естественную уровень рН и изотоничности он не нарушает функцию реснитчатого эпителия слизистой оболочки и при отмене лечения не вызывает реактивную гиперемии. Поэтому ВИБРОЦИЛ может применяться дольше других деконгестантов — до 2 недель [5].

Препарат начинает действовать через 5 минут, к 30-й минуте назальная резистентность снижается в 3 раза, достигая максимального эффекта к 60-й минуте. Максимальная продолжительность действия препарата — до 6 часов. [6].

Все эти качества дают значительные преимущества ВИБРОЦИЛ по сравнению с другими деконгестантами при симптоматической терапии АР у детей.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность применения комбинированного препарата ВИБРОЦИЛ (капли) («НОВАРТИС Консьюмер Хелс», Швейцария) при лечении обострения персистирующих АР легкой и средней степени тяжести у детей.

Задачи исследования

1. Анализ оценки пациентами (их родителями) эффективности и удобства применения препарата ВИБРОЦИЛ.

2. Оценка клинической эффективности применения комбинированного препарата ВИБРОЦИЛ (капли) («НОВАРТИС Консьюмер Хелс», Швейцария) при лечении обострения персистирующего АР легкой и средней степени тяжести у детей.

Материалы и дизайн исследования

Под наблюдением находилось 80 детей (48 мальчиков и 32 девочки) в возрасте от 3 до 12 лет (средний возраст 7,4 года). У всех детей отмечались клинико-анамнестические и клинико-лабораторные признаки персистирующего АР легкой и средней степени тяжести. Пациенты были распределены на 2 группы:

- группа 1 (основная) — 50 пациентов получали ирригационную терапию физиологическим раствором и антигистаминный препарат (дезлоратадин: по 1,25 мг в сутки детям до 6 лет, по 2,5 мг в сутки пациентам 6 лет и старше, курс 14 дней) в сочетании с местной терапией препаратом ВИБРОЦИЛ (детям в возрасте 3–6 лет — по 2 капли в каждую ноздрю 3–4 раза в день; 6–12 лет — по 3–4 капли в каждую ноздрю 3–4 раза в день, курс лечения 14 дней);
- группа 2 (контрольная) — 30 пациентов получали только ирригационную терапию физиологиче-

ским раствором и антигистаминный препарат внутрь (дезлоратадин) курсом, аналогичным курсу у детей основной группы.

Критерии включения в исследование: дети в возрасте от 3 до 12 лет, страдающие персистирующим АР легкой и средней степени тяжести в период обострения заболевания. Комплаентность участвующих лиц (соблюдение схемы применения препарата ВИБРОЦИЛ в 1-й группе и исключение применения местных сосудосуживающих средств во 2-й группе). Критерии исключения из исследования:

- несоблюдение схемы применения препарата ВИБРОЦИЛ в 1-й группе;
- самовольное/самостоятельное применение лекарственных препаратов, которые не включены в схему лечения по протоколу исследования — в 1-й и 2-й группах;
- гипертрофия аденоидных вегетаций III степени;
- кистозно-полипозная форма риносинусита;
- выраженное искривление носовой перегородки и гипертрофия нижних носовых раковин;
- тяжелая форма течения АР;
- бронхиальная астма.

Критерии оценки эффективности:

1. Субъективная оценка. Эффективность терапии (выраженность затруднения носового дыхания, выделения из носа, чихание и зуд в носу) оценивалась самим пациентом с помощью 3-балльной сенсорно-аналоговой шкалы (САШ), где 0 баллов — отсутствие симптома, 3 балла — максимальная его выраженность.

2. Объективная оценка:

- передняя риноскопия;
- риноэндоскопия;
- акустическая ринометрия — метод, позволяющий объективно оценить носовое дыхание. Сущность акустической ринометрии заключается в исследовании полости носа звуковым сигналом по принципу эхолота: звук, посылаемый датчиком прибора, отражается от стенок полости носа. Отраженная звуковая волна регистрируется микрофоном на датчике, что позволяет оценить общий объем

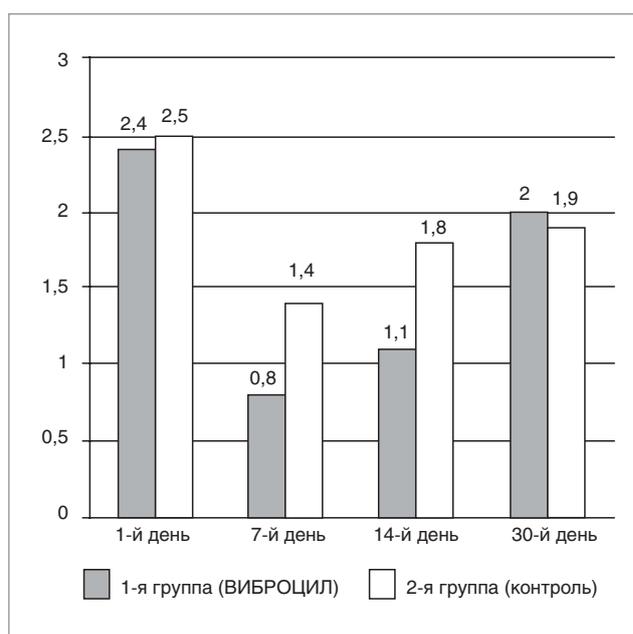


Рис. 1. Динамика выраженности затруднения носового дыхания

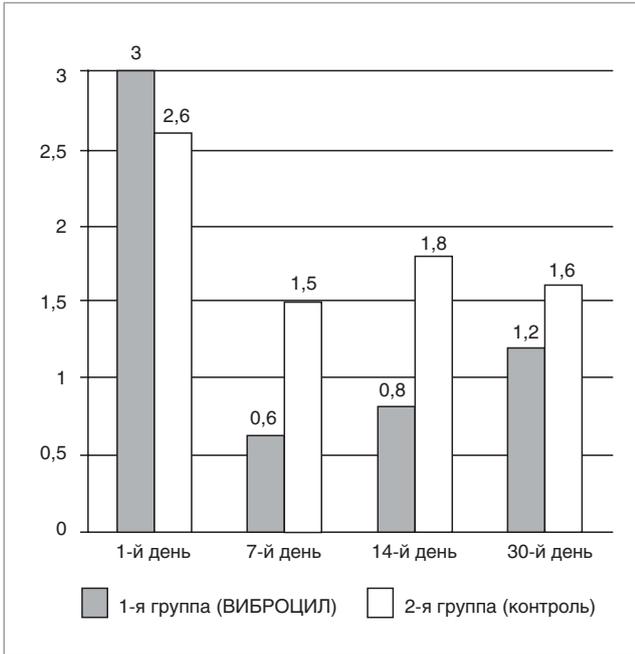


Рис. 2. Динамика ринореи

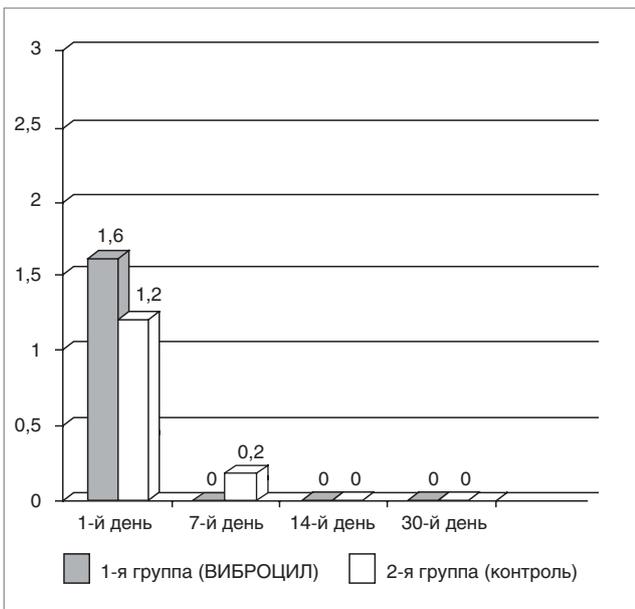


Рис. 3. Динамика выраженности зуда в носу (чихания)

полости носа (ООПН). Это позволяет оценить степень отека слизистой оболочки носа и степень накопления слизи.

3. Частота возникновения побочных эффектов на фоне проводимого лечения. Врач оценивал фарингоскопическую и риноэндоскопическую картину, а также показатели акустической ринометрии.

Контрольные осмотры проводились через 7, 14 и 30 дней после начала лечения.

Полученные результаты. Хорошие и отличные результаты лечения, по мнению родителей, отмечались у 42 (84%) пациентов основной и у 21 (70%) ребенка контрольной группы. Динамика исчезновения основных симптомов (ринореи, заложенности носа, зуда в носу и чихания) при проведении терапии была лучше у детей основной группы (рис. 1–3). При этом максимальной выраженностью эффекта от проводимой терапии

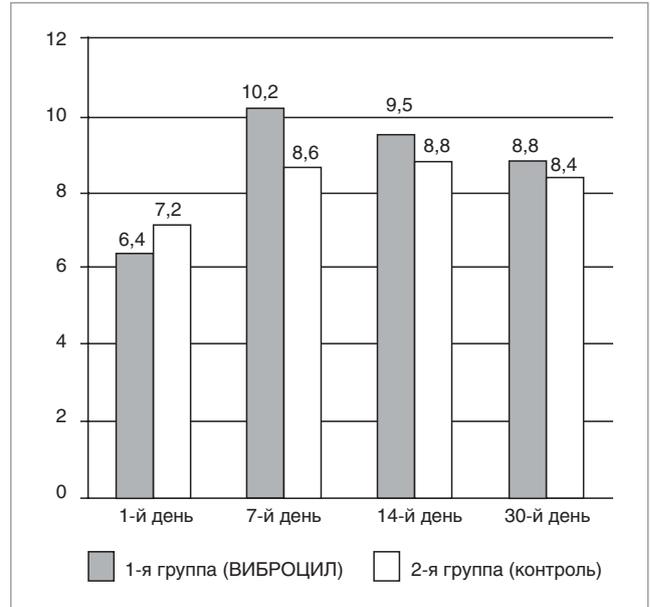


Рис. 4. Динамика показателей акустической ринометрии (ООПН, см³)

отмечали на 7-й день лечения. К 14-м суткам часть пациентов обращали внимание на умеренный регресс таких симптомов ринита, как заложенность носа и ринорея, однако, по данным САШ, различие между показателями на 7-й и 14-й день лечения не было статистически достоверным ($p > 0,05$) как у детей основной (1-й) так и контрольной (2-й) группы. При этом разница между показателями САШ, характеризующими степень затруднения носового дыхания у детей на 14-й и на 30-й дни, была значительной и достоверной ($p < 0,05$). Однако отрицательная динамика в выраженности ринореи, по данным САШ, к 30-м суткам была не столь велика, и у детей 1-й группы составила $0,4 \pm 0,07$ ($p > 0,05$).

Зуд в полости носа и чихание после начала лечения уже к 7-му дню не отмечал ни один ребенок основной группы, применявший препарат ВИБРОЦИЛ. Напротив, 7 детей контрольной группы к 7-му дню лечения продолжали жаловаться на умеренный зуд в носу, что, по данным САШ, составило $0,2 \pm 0,08$ балла. На 14-й день лечения ни один ребенок, принимавший участие в исследовании, не предъявлял жалоб на зуд в носу или регулярное чихание.

Риноскопическая картина имела положительную динамику первые 14 дней наблюдения у детей обеих групп. При этом дети основной группы по сравнению с контрольной отмечали меньшую выраженность отека слизистой оболочки полости носа и меньшее количество секрета. К 30-му дню у детей обеих групп отмечалось умеренное усиление отечности слизистой оболочки.

По данным акустической ринометрии, ООПН у детей основной группы до начала лечения в среднем составлял $6,4 \pm 1,28$ см³, у детей контрольной группы — $7,2 \pm 1,64$ см³. На 7-е сутки ООПН у детей основной группы составлял уже $10,2 \pm 1,12$ см³; данная разница по сравнению с аналогичным показателем до начала лечения была существенной и достоверной ($p < 0,05$). Увеличение ООПН у детей контрольной группы на 7-й день лечения было менее выражено, показатель составил $8,6 \pm 1,48$ см³. К 14-му дню у детей основной группы отмечалось уменьшение значения ООПН ($9,5 \pm 1,26$ см³), что согласова-

лось с динамикой показателей САШ на данном периоде наблюдения.

Как и разница показателей САШ 7-го и 14-го дня лечения, так и разница между значениями ООПН на 7-й и 14-й день была недостоверна ($p > 0,05$). К 30-му дню наблюдения ООПН был меньше у детей как основной, так и контрольной группы, по сравнению с этим же показателем на 14-й день лечения, однако превышал значение ООПН до начала терапии. При этом разница в показателе ООПН у детей основной группы до начала лечения и через 2 недели после завершения курса терапии была существенна и достоверна ($p < 0,05$) (рис. 4).

За время исследования не было отмечено побочных эффектов, связанных с применением препарата ВИБРОЦИЛ. Большинство детей 1-й (основной) группы

применяли препарат 3 раза в день, и только 14 (28%) пациентов периодически использовали ВИБРОЦИЛ 4 раза в день (с целью улучшения носового дыхания ночью).

Выводы

Таким образом, применение препарата ВИБРОЦИЛ в комплексной терапии обострения персистирующего АР способствует повышению клинического эффекта лечения и позволяет улучшить качество жизни пациентов. При пролонгированном применении препарата ВИБРОЦИЛ (до 2 недель) не было выявлено каких-либо побочных эффектов. Это позволяет рекомендовать ВИБРОЦИЛ для симптоматической терапии персистирующих АР легкой и средней степени тяжести у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарщенко Т.Н. Современная терапия аллергических ринитов у детей // Русский медицинский журнал. — 2002. — Том 10, № 5. — С. 273—278.
2. Карпова Е.П. Лечение аллергического ринита у детей (руководство для врачей). — Гэотар-медиа, 2007. — С. 192
3. Лопатин А.С. Аллергический ринит // Русский медицинский журнал. — 2003. — Том 11, №8. — С. 446—448.
4. Рязанцев С.В. Современные деконгестанты в комплексной терапии острых и хронических заболеваний лор-органов. — 2005 / <http://www.inedicusainicus.co.in/index.php?action=2x!364xl>.
5. Adrenergic mechanisms in canine nasal venous systems MIN WANG ; LUNG Mary A; Department of Physiology, Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Sassoon Road, Hong-Kong.
6. Gunter S.: treatment of rhinitis: Not at the cost of mucosal injury! Arztl. Praxis 34, 102—103 (1982).

НОВОСТИ

Исследование: эпизодическая память развивается вплоть до семилетнего возраста

Эпизодическая память развивается вплоть до семилетнего возраста, выяснил выходец из России Владимир Слуцкий, работающий в американском Университете Огайо.

К такому выводу ученый пришел, проведя исследование, участниками которого стали дети в возрасте от 4 до 7 лет.

В частности удалось выяснить, что несмотря на то что они хорошо запоминают отдельные события и факты, вплоть до достижения семилетнего возраста у детей наблюдаются определенные проблемы с конкретизацией того, что они запомнили, и внесением этой информации в некий контекст.

Ученые считают, что подобная информация должна учитываться при обучении детей в первых классах школ.

Источник: <http://medexpert.org.ua>