

Карпова Е.П., Соколова М.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, Центральная больница №5 ОАО «РЖД», Москва

ИРРИГАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Karpova E.P., Sokolova M.V.

IRRIGATION THERAPY IN CHILDREN WITH ALLERGIC RHINITIS

В последние годы аллергический ринит (АР) приобретает большую значимость из-за высокого роста его распространенности среди населения (от 10 до 40%), особенно в детской популяции [9,10]. В России, согласно данным официальной статистики [1, 6, 8], АР встречается у 5–20% детского населения.

АР – серьезное заболевание, причиняющее значительные страдания и существенным образом влияющее на социальную и физическую активность детей и их успеваемость в школе. У 45–69% детей с АР в последующем развивается бронхиальная астма [2, 4]. J. Bousquet и соавт. [5] было доказано, что значительное ухудшение качества жизни, которое вызывает круглогодичный АР, может сравниться с изменением качества жизни при тяжелом течении бронхиальной астмы. Широкая распространенность заболевания приводит к тому, что из-за персистирующей формы АР дети пропускают до 1,5 млн школьных часов ежегодно [3]. Кроме того, АР является причиной значительных финансовых затрат. Так, прямые и косвенные расходы на диагностику и лечение АР в США превышают 4,5 млрд долларов в год [7].

Таким образом, по медико-социальной значимости влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема АР считается одной из самых актуальных.

Проблема АР находится под пристальным вниманием многих специалистов, совместная работа которых привела к созданию ряда программных документов, среди которых важную роль играет Международный консенсус, разработанный ведущими учеными Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (2001). Согласно этому документу АР – хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит Ig-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чиханья и зуда в носовой полости.

Современная стратегия лечения АР направлена на предупреждение и купирование его острых проявлений. Изучение механизмов раз-

вития заболевания позволило повысить его эффективность, используя новейшие лекарственные средства, действие которых направлено на уменьшение воспалительного процесса, защиту, увлажнение и улучшение трофики слизистой оболочки носовых ходов, а также улучшение мукоцилиарного транспорта. Среди них особое значение приобретают такие средства, как «Аквалор», обладающие способностью устранять клиническую симптоматику АР, восстанавливать носовую проходимость и улучшать качество жизни больного.

Целью данного исследования стало изучение клинической эффективности и безопасности спрея «Аквалор® софт» у детей в комплексном лечении АР. Аквалор® – стерильная изотоническая (содержание NaCl 9 г/л) натуральная 33% морская вода, содержащая все ее активные ингредиенты и минералы. Препарат способствует поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки полости носа, способствует разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках слизистой оболочки. Микроэлементы, входящие в состав «Аквалора», улучшают функцию мерцательного эпителия, что усиливает резистентность слизистой оболочки полости носа к болезнетворным бактериям и вирусам. Аквалор® способствует смыванию и удалению уличной и комнатной пыли, аллергенов и гаптен со слизистой оболочки носа, местно уменьшает воспалительный процесс и оказывает увлажняющее действие.

В задачу исследования входило изучение влияния элиминационной терапии этим препаратом на выраженность клинических симптомов АР, а также на частоту развития нежелательных явлений при применении «Аквалор софт».

Материалы и методы

В исследование были включены 44 пациента в возрасте от 5 до 16 лет с персистирующей формой круглогодичного АР. Диагноз устанавливался на основании данных аллергологического анамнеза, характерных симптомов (ринорея,

чихание, затруднение носового дыхания и зуд в полости носа), лабораторного обследования (эозинофилия крови, цитологическое исследование назального секрета, определение уровня общего IgE и аллергенспецифических IgE), а также положительных кожных проб с бытовыми, эпидермальными и пыльцевыми аллергенами.

Критерием включения в исследование явилось наличие в анамнезе проявлений круглогодичного АР в течение не менее 2 лет. В исследование не включались дети, при обследовании которых были выявлены нарушения анатомии полости носа (такие как гипертрофия носовых раковин, буллезно-измененные средние носовые раковины, деформация перегородки носа), пациенты с медикаментозным ринитом, поли-позно- измененной слизистой оболочкой полости носа, наличием кистозных и полипозных процессов в пазухах.

Исследование было открытым, сравнительным, рандомизированным. Все дети были распределены на 2 группы: основную (n = 32) и группу сравнения (n = 12). Аквалор® софт назначали детям основной группы в период обострения АР. Из них 6 детей с легким течением болезни получали монотерапию этим препаратом по 1 дозе до 6–8 раз в день. Остальные (26) со среднетя-

желым и тяжелым течением заболевания — по 1 дозе 3–8 раз в день в составе комплексной терапии, включающей системные антигистаминные препараты второго поколения, назальные спреи назонекс или фликсоназ по 1 дозе 2 раза в день – 22 (84,6%) ребенка; по 1 дозе в день – 4 (15,4%) и, при необходимости, сосудосуживающие препараты в течение начальной стадии лечения. Детям в группе сравнения помимо комплексной терапии назначали промывание полости носа физиологическим раствором до 3–4 раз в день. Длительность лечения в обеих группах составила 21 день.

Клиническую эффективность лечения оценивали на основании динамики выраженности основных клинических симптомов: затруднение носового дыхания, ринорея, чихание и зуд в полости носа. Клинические симптомы оценивали по 5-балльной визуально-аналоговой шкале: до лечения, на 5–7-й, 14-й и 21-й дни лечения. За 0 баллов принимали отсутствие данного симптома, за 5 баллов – его максимальное проявление.

Результаты и обсуждение

Исходно у детей основной группы и группы сравнения отмечали соответственно затрудне-

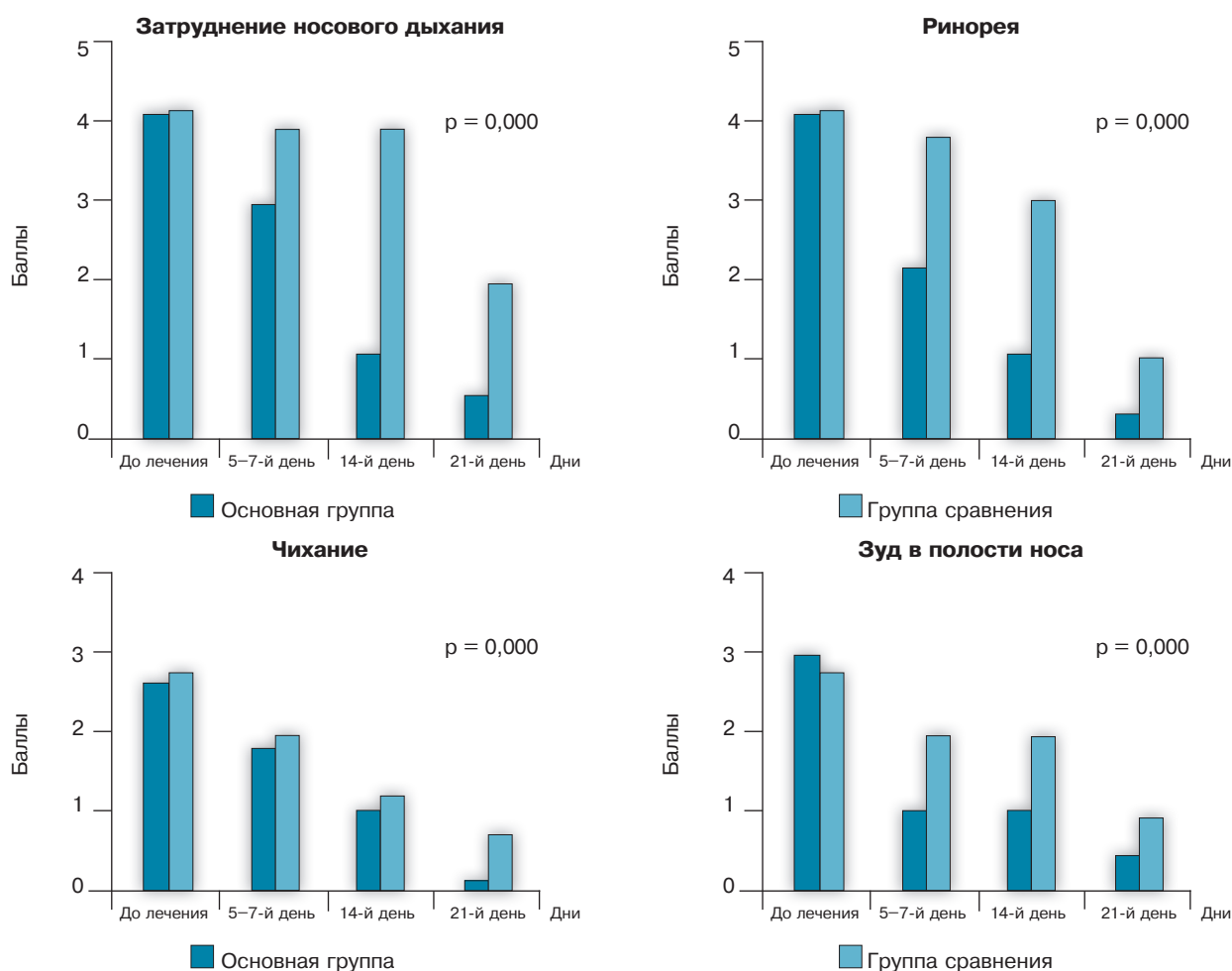


Рис. 1. Динамика выраженности клинических симптомов аллергического ринита в процессе лечения

ние носового дыхания ($4,17 \pm 0,05$ и $4,18 \pm 0,05$ балла), ринорею ($4,03 \pm 0,07$ и $4,08 \pm 0,05$ балла), чихание ($2,67 \pm 0,23$ и $2,74 \pm 0,30$ балла) и зуд в полости носа ($2,7 \pm 0,25$ и $2,31 \pm 0,27$ балла) ($p > 0,05$) (рис. 1).

При оценке клинической эффективности в основной группе на 5–7-й день наблюдали статистически значимое снижение выраженности клинических симптомов: затруднение носового дыхания ($3,07 \pm 0,12$ балла), ринорея ($2,48 \pm 0,4$ балла), чихание ($1,67 \pm 0,23$ балла) и зуд в полости носа ($1,07 \pm 0,23$ балла) ($p = 0,00$).

Положительная динамика клинических проявлений сохранялась к 14-му дню лечения. Так, выраженность затруднения носового дыхания в баллах составила $1,17 \pm 0,12$, ринореи – $1,48 \pm 0,4$, чихания – $1,01 \pm 0,23$, зуда в полости носа – $1,03 \pm 0,23$. Максимального эффекта лечебное действие препарата достигало к 21-му дню терапии ($0,17 \pm 0,12$, $0,48 \pm 0,4$, $0,01 \pm 0,23$ и $0,67 \pm 0,23$ балла соответственно; $p = 0,00$).

Суммарная балльная оценка выраженности клинических симптомов на 5–7-й, 14-й и 21-й дни лечения составила $8,29 \pm 0,25$, $4,69 \pm 0,25$ и $1,33 \pm 0,23$ балла соответственно (рис. 2).

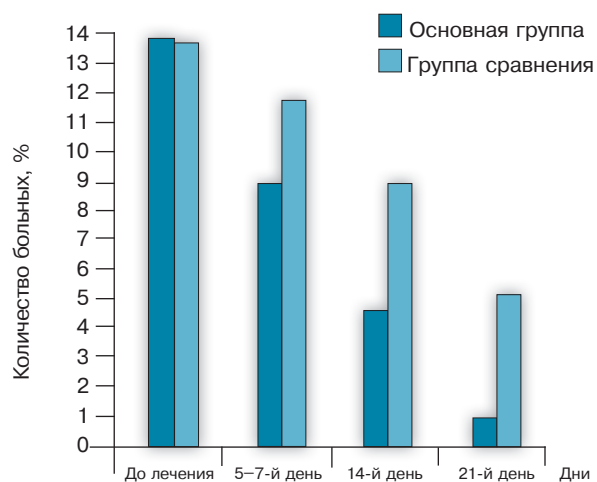


Рис. 2. Динамика суммарной балльной оценки клинических симптомов аллергического ринита

У детей группы сравнения на 5–7-й день также отмечали снижение выраженности затруднения носового дыхания (в баллах): $3,67 \pm 0,05$, ринореи — $3,53 \pm 0,07$, чихания — $1,74 \pm 0,30$ и зуда в полости носа — $1,87 \pm 0,27$ ($p = 0,00$). Улучшение сохранялось на протяжении всего перио-

да исследования, но на 14-й и 21-й дни терапии у детей выявили затруднение носового дыхания до $3,07 \pm 0,05$ и $2,07 \pm 0,05$ балла, ринореи – до $2,87 \pm 0,07$ и $1,57 \pm 0,07$, чихания – $1,34 \pm 0,30$ и $0,74 \pm 0,30$, зуда в полости носа – до $1,7 \pm 0,25$ и $1,03 \pm 0,27$ балла соответственно ($p = 0,00$). Суммарная балльная оценка выраженности клинических симптомов на 5–7-й, 14-й и 21-й дни лечения соответственно составила $11,64 \pm 0,17$, $8,98 \pm 0,17$ и $5,41 \pm 0,15$ балла (см. рис. 2).

При сравнительном анализе динамики выраженности клинических симптомов отмечали достоверное улучшение клинических проявлений в обеих группах, в основной группе — в значительно большей степени.

Таким образом, проведенное исследование показало, что **применение препарата Аквалор® софт в комплексной терапии АР приводило к быстрому и выраженному ослаблению симптомов исследуемого заболевания.**

Необходимо отметить, что у детей с легким течением АР ($n = 6$, монотерапия Аквалор® софт) уже на 2-е сутки и до конца лечения был отмечен выраженный регресс симптомов заболевания.

Отличный и хороший результат в основной группе был отмечен у 6 (100%) детей с легким течением АР, у 24 (92%) — со среднетяжелым и тяжелым, удовлетворительный — у 2 (8%). В группе сравнения аналогичные результаты зафиксированы соответственно у 8 (67,4%) и 4 (32,6%) детей.

В ходе исследования побочные явления в виде легкого жжения были отмечены у 1 (3,1%) ребенка, препарат не отменяли. **Переносимость препарата большинство больных оценили как хорошую и очень хорошую.**

Эффективность препарата у детей с АР нашла отражение не только в исчезновении клинических симптомов, но и в **значительном уменьшении потребления базовых препаратов для терапии АР:** сосудосуживающих капель, системных антигистаминных средств и топических ГКС. Кроме того, у пациентов с АР, получавших топические ГКС, не было отмечено побочных эффектов на фоне применения «Аквалора софт».

Таким образом, исследование показало не только высокую клиническую эффективность **Аквалора® софт**, но и продемонстрировало отсутствие серьезных побочных эффектов, что позволяет **рекомендовать этот препарат в комплексном лечении аллергических ринитов у детей.**

Список литературы

1. Генпе Н.А. Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», 9-й. М, 2002; 250–261.
2. Генпе Н.А. ПМЖ 2002; 10: 7: 353–358.
3. Aberg N., Sundell J., Eriksson B. et al. Allergy 1996;51:4: 232–237.
4. Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N. et al. WHO 2001; 23:5.
5. Bousquet J., Knani J., Dhivert H. et al. Am J. Resp Crit Care Med 1994; 149: 371–375.
6. Brunton S.A. Patient Care 2002; Suppl 1:16–25.
7. Glaxo Wellcome. Am J. Manag Care 1997; 3:8–18.
8. Gustafson R, Sjoberg O. Allergy 2000; 50: 240–245.
9. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Lancet 1998; 351: 1225–1232.
10. Landback B. Clin Exp Allergy 1998; 28: Suppl 2: 3–10.