

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В ПЕДИАТРИИ

© Коллектив авторов, 2003

Е. И. Самсонова, Т. Н. Смирнова, В. Е. Поляков

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИНИТАЛА В ЛЕЧЕНИИ КРУГЛОГОДИЧНОГО И СЕЗОННОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Детская поликлиника Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Аллергический ринит (АР), круглогодичный и сезонный, принадлежит к числу наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний у детей. Распространенность АР и риноконъюнктивита в последние годы по результатам разных центров колеблется от 0,8% до 14,9% среди детей 6—7 лет и от 14% до 39,7% среди детей 13—14 лет [1—5, 8, 9]. Число больных АР продолжает увеличиваться. За 3 года уровень аллергических заболеваний в Москве возрос более чем в 2 раза [4].

АР существенно влияет на качество жизни больного — чихание, ринорея, зуд в носу, затрудненное носовое дыхание, головная боль, раздражительность — все эти симптомы снижают физическую и социальную активность пациентов. Помимо того, данное заболевание опасно переходом в бронхиальную астму в тех случаях, когда своевременно не начато адекватное лечение ринита. По данным английских исследователей, у 45% больных АР предшествует появлению бронхиальной астмы [6]. По данным Хайтова Р. М., сочетание бронхиальной астмы с симптомами АР отмечалось у 53,89 % школьников Москвы. Все это диктует необходимость включения в лечебные мероприятия разнообразных средств и методов, действующих на различные звенья формирования и проявления АР.

Из лекарственных средств в терапии АР наиболее широко используют антигистаминные препараты. Самыми доступными для пациентов являются антигистаминные препараты 1-го поколения, прием которых сопровождается побочными эффектами — вялостью, сонливостью, сухостью слизистых оболочек, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Антигистаминные препараты 2-го поколения высокоеффективны и в большинстве своем лишены недостатков H_1 -блокаторов 1-го поколения, однако их назначение в ряде случаев ограничено возможным взаимодействием лекарственных средств, нарушениями сердечной проводимости в виде удлинения интервала QT, а также индивидуальной переносимостью препарата [7].

Пополнение арсенала врача эффективными средствами, которые заведомо исключают нежелательные побочные явления, — актуальная практическая задача. Решению этой задачи способствует внедрение в медицинскую практику комплексных гомеопатических препаратов с противоаллергической активностью, прошедших испытания по требованиям современной научной медицины. К таким препаратам относится гомеопатическое средство Ринитал [1, 2].

Ринитал содержит три испытанных практикой гомеопатических монопрепарата — Galphimia glauca, Cardiospermum halicacabum, Luffa operculata, — которые были открыты немецким фармакологом Вильмаром Швальбе.

Calphimia glauca воздействует прежде всего на слизистые оболочки глотки, носа и придаточных пазух, регулируя усиленное отделение секрета. При этом уменьшается зуд слизистой оболочки носа, снижается частота приступов чихания. Luffa operculata также воздействует прежде всего на слизистые оболочки носа. При ее применении уменьшается отделение носового секрета, стихают позывы к чиханию и зуд. Третий активный ингредиент препарата — Cardiospermum halicacabum — обеспечивает быстрый эффект при аллергических и воспалительных состояниях, сопровождающихся зудом. Это средство прежде всего уменьшает гиперемию слизистых оболочек носа и глаз и приводит тем самым к общему ослаблению аллергического воспаления.

Целью предпринятого нами исследования являлась оценка терапевтической эффективности комплексного гомеопатического препарата Ринитал в динамике по сравнению с терапевтическим эффектом неседативного блокатора H_1 -гистаминовых рецепторов Кларитина, рекомендованного Международной рабочей группой по лечению ринитов [3].

Для достижения цели необходимо было решить следующие задачи:

- 1) сформировать контрольную и основную группы лечения больных ринитом, различающиеся приме-

ненными для лечения препаратами (Кларитин в контрольной группе, Ринитал — в основной группе);

2) осуществить как в контрольной, так и в основной группе лечения оценку степени выраженности симптомов ринита по 5-балльной шкале;

3) производить динамическую оценку степени выраженности симптомов ринита по 5-балльной шкале по окончании 2-й и 4-й недели лечения как в контрольной, так и в основной группе лечения;

4) произвести сравнительную оценку эффективности обоих препаратов по динамике лечебного эффекта, переносимости препаратов, улучшению состояния детей в обеих группах;

5) оценить возможность применения Ринитала при ринитах у детей в амбулаторных условиях.

Под наблюдением находились 65 детей (36 мальчиков и 29 девочек) в возрасте от 3 до 15 лет, страдающих ринитом более 2 лет с приблизительно равной степенью выраженности симптомов заболевания.

Всем детям перед началом исследования проводили кожные скарификационные пробы и цитологическое исследование числа эозинофильных гранулоцитов в назальном секрете. По результатам кожных проб было установлено, что причиной сезонного АР являлась пыльца деревьев (ольха, орешник, береза), а причиной круглогодичного АР — домашняя и библиотечная пыль.

В контрольную группу включили 22 ребенка, 14 из которых с диагнозом круглогодичный АР и 8 с диагнозом сезонный АР получали общепринятое лечение неседативным антигистаминным препаратом Кларитин один раз в день в течение 30 дней.

Основная группа, состоящая из 43 детей, была разделена на 3 подгруппы: А — 19 детей с диагнозом круглогодичный АР, В — 17 детей с диагнозом сезонный АР, С — 7 детей с неаллергическим ринитом с эозинофилией (от 50 до 90% в носовом секрете) и отрицательными кожными пробами.

Оценку степени выраженности симптомов ринита (ринорея, зуд в носу, чихание, затруднение носового дыхания) осуществляли по 5-балльной шкале со следующими значениями: 0 — отсутствие симптомов, 1 — симптом легко выражен, 2 — симптом умеренно выражен, 3 — симптом сильно выражен, 4 — симптом очень сильно выражен.

В контрольной группе на фоне лечения Кларитином степень выраженности симптомов ринита перед началом лечения составила в среднем 1,35 балла, в начале 2-й недели — 0,65 балла, на 4-й неделе у 13 детей осталась затрудненность носового дыхания, поэтому средний балл равен 0,15.

В основной группе дети получали комплексный гомеопатический препарат Ринитал в каплях. Схема лечения: 10 капель ежечасно 10 раз в день в первые 2 дня, затем по 10 капель 3 раза в день (детям старше 12 лет) в течение 28 дней. Для детей в возрасте до 12 лет расчет схемы лечения был следующим: 1 капля на год жизни 8 раз в день первые 2 дня. Например, ребенку 5-летнего возраста назначали по

5 капель 8 раз в день первые 2 дня. Далее 5-летнему ребенку назначали по 5 капель 3 раза в день в течение 28 дней. Капли следовало принимать за 30 мин до еды или через 30 мин после еды, подержав их перед проглатыванием некоторое время во рту [1, 2].

Таблица

Динамика основных симптомов ринита в процессе лечения у наблюдавших больных

Группы	Симптомы, баллы	Начало лечения	2-я неделя лечения	4-я неделя лечения
Контрольная (n = 22)	Ринорея	0,8	0,3	0
	Зуд в глазах	1,0	0,4	0
	Чихание	1,4	0,5	0
	Блокада носового дыхания	2,2	1,6	0,6
	Средний балл	1,35	0,7	0,15
Основная (n=43):				
A (n = 19)	Ринорея	1,2	0,4	0
	Зуд в глазах	0,9	0,3	0
	Чихание	1,3	0,5	0
	Блокада носового дыхания	2,0	1,4	0,4
	Средний балл	1,35	0,65	0,1
B (n = 17):				
	Ринорея	0,5	0,1	0
	Зуд в глазах	1,0	0,3	0
	Чихание	1,2	0,4	0
	Блокада носового дыхания	1,7	1,2	0,4
	Средний балл	1,1	0,5	0,1
C (n = 7):				
	Ринорея	1,3	0,4	0
	Зуд в глазах	0,7	0,3	0
	Блокада носового дыхания	1,9	1,4	0,6
	Средний балл	1,2	0,6	0,15

Динамика основных симптомов ринита у детей в баллах в процессе лечения, оценка его эффективности и возможность объективного сопоставления с контрольной группой представлена в таблице.

В подгруппе А у 19 детей с круглогодичным АР выраженность симптомов на момент начала лечения Риниталом составила в среднем 1,35 балла, в начале 2-й недели — 0,65 балла. После окончания лечения (4-я неделя) у 8 детей осталось затруднение носового дыхания (средний балл 0,1).

В подгруппе В у 17 детей с сезонным АР перед началом лечения Риниталом степень выраженности симптомов составила в среднем 1,1 балла, на 2-й неделе лечения — 0,5 балла. После окончания лечения на 4-й неделе затрудненность носового дыхания осталась у 7 детей (средний балл 0,15).

Необходимо отметить быстрое действие Ринитала. Во многих наблюдениях выраженное улучшение состояния детей отмечалось уже на 2—3-й день лечения. Следует отметить и хорошую переносимость Ринитала детьми — ни у одного из 43 больных детей не отмечено побочных эффектов препарата.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что динамика основных симптомов АР при лечении комплексным гомеопатическим препаратом Ринитал практически не отличается от таковой при

лечении неседативным блокатором H_1 -гистаминовых рецепторов (Кларитин), рекомендованным Международной рабочей группой по лечению ринитов [3].

Наши наблюдения доказывают, что препарат Ринитал может быть рекомендован для лечения ринитов различной этиологии у детей в амбулаторных условиях без нанесения ущерба пациенту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дебрянская М. Б. // Materia medica. — 1998. — № 2 (18). — С. 78—81.
2. Научная информация Ринитал (Rhinal) DHU. // Немецкий Гомеопатический Союз. — Карлсруе, 2000. — 46 с.
3. Ринит. Резюме Международного соглашения по диагностике и лечению ринитов. // Ref. Allergy Supplement. — 1994. — Vol. 49, № 19.
4. Хаитов Р. М., Лусс Л. В. и др. // Аллергия, астма и клиническая иммунология. — 1998. — № 9. — С. 58—59.
5. Braun-Fahrlander C., Wuthrich B. et al. // Pediatr. Allergy Immunol. — 1997. — Vol. 8, № 2. — P. 75—82.
6. Evans R. I., Multally D. I. et al. // Chest. — 1987. — Vol. 15. — P. 21—25.
7. Settipane R. J., Hagy G. W. et al. // Allergy Proc. — 1994. — Vol. 15. — P. 21—25.
8. Stewart A., Asher I. N. et al. // Int. J. Epidemiol. — 1997. — № 26. — P. 126—136.
9. Strachan D., Sibbald B. et al. // Pediatr. Allergy Immunol. — 1997. — № 6. — P. 161—176.