

Таким образом, опыт работы с препаратом телфаст показал эффективность и безопасность его использования у детей, страдающих бронхиальной астмой в сочетании с другими клиническими проявлениями атопии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЛЛЕРГОДИЛ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Липина В.Р., Кузнецова Г.И.

Аллергодил-назо-спрей был применен у 20 детей, страдающих круглогодичным аллергическим ринитом в сочетании с бронхиальной астмой средней и тяжелой формой.

Диагноз аллергической природы ринита был подтвержден: аллергическим кожным тестированием, проводимым ранее или в данную госпитализацию (14 детей – 70%); определением уровня общего IgE (11 детей – 50%); у 6 детей (30%) диагноз был поставлен клинически, учитывая невозможность в момент госпитализации аллергологического тестирования из-за тяжести течения астмы; при этом учитывались следующие моменты: отягощенность семейного анамнеза по атопии (аллергические заболевания по линии родителей и ближайших родственников), указание на ранние проявления атопии в форме атопического дерматита на первом году жизни и в последующем, клинические проявления аллергического ринита в виде чихания, ринореи и заложенности носа в домашних условиях.

Тяжесть клинических проявлений аллергического ринита и астмы у пациентов были различны: средне-тяжелая астма в сочетании с аллергическим ринитом средней тяжести (15 больных - 75%); тяжелая астма в сочетании с средней степени тяжести аллергическим ринитом (4 больных - 20%); средне-тяжелое течение астмы в сочетании с тяжелым аллергическим ринитом, осложненным пансинуситом (1 больной - 5%).

Аллергодил использовали не в качестве монотерапии, а в сочетании с бронхолитическими лекарственными средствами (β_2 -агонисты и/или теофиллины) у 100% пациентов или ингаляционными глюкокортикостероидами у 4 больных (20%).

Все больные на момент назначения имели клинические симптомы ринита: заложенность носа (100%); слизистое отделяемое из носа (18 детей – 85%); чихание (9 больных – 45%); зуд в носу (7 больных - 35%).

Перед назначением аллергодила все больные были осмотрены отоларингологом, при этом риноскопически выявлено: двухсторонняя заложенность носа у всех пациентов; отек слизистой нижних раковин средней степени выраженности у 19 (95%) больных и тяжелой степени выраженности, когда, слизистая практически соприкасалась с перегородкой носа; у одного больного. При рентгенологическом исследовании у этого больного был выявлен пансинусит

в виде гомогенного затемнения носа. Бледность и пастозность слизистой оболочки носа была выявлена у всех детей.

При лабораторном исследовании у всех больных перед назначением аллергодила была выявлена эозинофилия (от 5% до 12%). Проводили также бактериологическое исследование: посев отделяемого из носа у 18 детей, при этом у 2 больных был выделен *St. aureus* - необильный и обильный рост.

Детям, получавшим аллергодил-назо-спрей, не назначали системные глюкокортикостероиды и системные антигистаминные препараты, а также антибактериальную терапию.

Эффективность аллергодила оценивалась клинически: самостоятельно или родители больных вели дневник, учитывая такие симптомы, как чихание, заложенность носа, отделяемое из носа, зуд в носу. Аллергодил назначали в течение 4 недель - у 17 детей, и 6 недель - у 3 больных в дозе 0,14 мг/каждую ноздрию. Возраст детей от 2 до 14 лет.

«Хорошие» (11 больных - 55%) и «очень хорошие» (5 детей - 25%) результаты в виде стихания практически всех симптомов ринита были достигнуты уже на первой недели лечения. У трех больных с очень хорошими результатами эффект наступил на 4-сутки. Эти больные имели сочетание круглогодичного и сезонного ринита, но лечение проводилось вне сезона паллиаации. «Удовлетворительные» результаты лечения на первой неделе были отмечены у 4 детей (20%). К концу 3 недели «хорошие» и «очень хорошие» результаты отмечены у 17 больных (85%), что проявлялось отсутствием клинических симптомов (ринорея, чихание, зуд в носу) и «удовлетворительные» - у трех больных, у которых сохранялась заложенность носа, но в значительно меньшей степени выраженное, чем до начала лечения.

Лечение всех больных было продолжено. У больного с тяжелым течением ринита и пансинюита после проведения на 20 сутки эндоназальной блокады с дипроспаном был достигнут хороший результат. К концу 4-6 недели лечения клинические симптомы аллергического ринита полностью отсутствовали. Таким образом, к концу 4-6 недели лечения аллергодилом у больных с круглогодичным ринитом (у 3 - в сочетании с сезонным) хорошие результаты достигнуты у 90% больных, удовлетворительные - у 10%, при этом у этих больных сохранялись незначительно выраженные симптомы ринита в виде заложенности носа и чихания в утренние часы.

Побочных системных эффектов при использовании аллергодила не отмечалось. Лишь у 1 больного появилась сухость слизистой оболочки носа и чувство «жжения» в носу. 6 больных жаловались на появление горечи во рту после применения аллергодила.

Параллельно с уменьшением клинических симптомов аллергического ринита отмечалось улучшение течения сопутствующей бронхвальной астмы, что связано также с использованием аллергодила: аллергодил подавляет синтез и выделение медиаторов аллергического воспаления, т.е. избирательно блокирует H1-рецепторы гистамина, тем самым предотвращает развитие ал-

аллергической реакции немедленного типа. Нос является рефлексогенной зоной и поддерживает бронхоспазм рефлекторно. поэтому восстановление носовой проходимости оказывает положительное влияние и на течение астмы.

Таким образом, опыт применения аллергодила показал эффективность и безопасность его использования в педиатрической практике у больных с круглогодичным аллергическим ринитом, а также в сочетании ринита с бронхиальной астмой.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИКЛОСПОРИНА -А (САНДИММУНА-НЕОРАЛА) В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хрушева Н. А., Строкова Н. Д.

Циклоспорин-А (сандиммун-неорал) иммуносупрессант, имеет преимущества перед другими иммуносупрессивными препаратами: позволяет избежать побочных эффектов глюкокортикостероидов и цитостатиков за счет избирательного действия на Т- лимфоциты. В последние годы сандиммун-неорал (С-Н) используется в лечении различных иммуновоспалительных заболеваний, в том числе нефротического синдрома (НС) гломерулонефрита.

Сандиммун-неорал назначали в лечении 9 больных а НС, у 6 детей с гормоночувствительным (у 4 из них - гормонозависимый, у 2 - часторецидивирующий) и у 3 - с гормонорезистентным вариантом.

Возраст детей от 5 до 15 лет. Длительность заболевания 6 мес. - 12 лет. Течение НС у большинства детей было тяжелым: суточная протеинурия - 6-18 г, уровень сывороточного белка крови - 37-50 г/л, при этом концентрация альбумина - 6-25 г/л.

У всех больных имелась гиперхолестеринемия - 11-12,5 ммоль/л. НС у 5 детей протекал с развитием симптомов стероидотоксичности: нарушение толерантности к углеводам, остеопороз, у одного больного НС персистировал до 11 мес. Морфобиотическое исследование почки проведено 2 больным с гормонорезистентным НС, у одной больной выявлен мезангиопролиферативный гломерулонефрит с тубулоинтерстициальным компонентом (ТИК), у второго больного - фокально-сегментарный гломерулонефрит. У остальных детей биопсия почки не осуществлялась. С-Н назначали в дозе 3-5 мг/кг/сут. под ежемесячным контролем препарата в крови (70-170 нг/мл).

Лечение С-Н назначали на фоне снижения дозы преднизолона у 8 детей, одной больной проводилась монотерапия С-Н. Максимальную дозу С-Н больные получали 5-6 мес., затем доза препарата снижалась по 0,5-1,0 мг/кг/мес. до полной отмены.

Длительность лечения составила 6-12 мес. у 7 детей. Одна больная получает поддерживающую дозу С-Н. Один больной с острым гломеруло-