



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47519 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61K 31/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ РИНОСИНУЇТІВ У ДІТЕЙ З ПАРАЗИТОЗАМИ

1

2

(21) u200908349

(22) 07.08.2009

(24) 10.02.2010

(46) 10.02.2010, Бюл.№ 3, 2010 р.

(72) БОДНЯ КАТЕРИНА ІГОРІВНА, ГАРЮК ГРИГОРІЙ ІВАНОВИЧ, ФІЛАТОВА ІРИНА ВІКТОРІВНА, ГОЛОВКО АНДРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ГОЛОВКО НАТАЛІЯ АНДРІЇВНА

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб лікування алергічних риносинуситів у дітей з паразитозами, який здійснюють шляхом медикаментозного лікування, який відрізняється

тим, що з першого дня для підвищення захищеності слизових оболонок призначають пробіотики та протягом двох тижнів пероральний десенсибілізуючий препарат дезлоратадин, протягом першого тижня призначаються деконгестанти двічі на день, один раз на день виконують анемізацію носових ходів, через 20 хвилин - санацію порожнини носа методом переміщення з тіотриазоліном, а через 30 хвилин - ендоназальний фонофорез діоксидину та гідрокортизону у співвідношенні 4:1 дітям до 6 років та 3:1 з 6 років, з другого тижня призначають топічні кортикостероїди 1 раз на день протягом двох тижнів.

Корисна модель належить до медицини, а саме до отоларингології та паразитології і може бути використана для підвищення ефективності лікування алергічних риносинуситів у дітей з паразитозами та паразитозів у дітей за рахунок санації вогнищевих процесів в ЛОР-органах.

Алергічні риніти (АР) є поширеною патологією в отоларингології та невід'ємною складовою в клініці переважної більшості алергічних хвороб. Поліетіологічність АР з індивідуальною перевагою окремих патогенетичних ланок потребує відповідного підходу з визначенням провідних механізмів. Відсутність такого підходу зумовлює досягнення лікуванням не одужання, а ремісії, що, в свою чергу, формує осередок інфекції в ЛОР-органах і приводить до необхідності збільшення курсів та тривалості лікування, постійного застосування та збільшення дози назальних топічних кортикостероїдів, звикання до деконгестантів та негативного впливу на фізичний стан та психоемоційну активність дітей (Шустов Т.І., Сомоткін М.Б. 2000 р.)

Відповідно до Міжнародного консенсусу та за даними літератури рекомендована достатня кількість медикаментів для лікування АР, що, в свою чергу, свідчить про не вирішеність проблеми (Ласиця О.І. Евріпиду Е. Сучасні аспекти діагностики і лікування алергічних ринітів у дітей у Світлі міжнародного конгресу 1994 р. // Імунологія і алергологія 1999 р. - С. 109-114). Всі препарати для лікування АР можна розподілити на однорідні групи (десенсибілізуючі, топічні кортикостероїди, топічні стабілізатори мембран тканинних базофілів). Відсут-

ність чітких індивідуальних критеріїв вибору препарату з огляду на клінічні та лабораторні показники значно знижує ефективність лікування.

При АР на тлі паразитозу паразитарна інвазія є провідною етіопатогенетичною ланкою, що зумовлює необхідність визначення особливостей АР та розробки з їх урахуванням тактики консервативного лікування.

Найбільш близькими та обраними за прототип є спосіб лікування алергічних ринітів у дітей (Заболотный Д.И. Современная фармакотерапия АР // Doctor. - 2004. - № 2. - С. 66-70), який здійснюють шляхом застосування відомих патогенетично обґрунтованих препаратів основних груп (пероральні та топічні антигістамінні, топічні та пероральні кортикостероїди, тощо), а також сорбенти, вегетотропні препарати, деконгестанти.

Впливовим критерієм для визначення тактики лікування визнається важкість клінічного перебігу, а провідні етіологічні чинники не враховуються. Тож вивчення впливу паразитарної інвазії на особливості перебігу АР та розробка на цій основі способу лікування АР у дітей з паразитозами є актуальними.

В основу корисної моделі покладено завдання удосконалення способу лікування алергічних риносинуситів у дітей з паразитозами, в якому за рахунок зміни схеми лікування, досягається можливість підвищити ефективність лікування рецидивуючих риносинуситів у дітей, уникнути оперативного втручання та сприяти підвищенню імунітету та санації при паразитозах.

(19) UA (11) 47519 (13) U

Поставлена задача вирішується в способі лікування алергічних риносинуситів у дітей з паразитозами, який здійснюють шляхом медикаментозного лікування, згідно з корисною моделлю, з першого дня для підвищення захищеності слизових оболонок призначають пробіотики та протягом двох тижнів призначають пероральний десенсибілізуючий препарат дезлоратадин, протягом першого тижня призначаються деконгестанти двічі на день, один раз на день виконують анемізацію носових ходів, через 20 хвилин - санацію порожнини носу методом переміщення з тіотріазоліном, а через 30 хвилин - ендоназальний фонофорез діоксидина та гідрокортизона у співвідношенні 4:1 до 6 років та 3:1 з 6 років, з другого тижня призначають топічні кортикостероїди 1 раз на день протягом двох тижнів.

На основі дослідження особливостей АР у дітей з паразитозами, визначали доцільність, ефективність, терміни застосування лікарських препаратів та методик у складі запропонованого алгоритму лікування.

Спосіб лікування надає змогу знизити потребу в призначенні лікарських препаратів, що метаболізуються в печінці, дозу та тривалість застосування назальних кортикостероїдів, підвищити ефективність їх дії.

Запропонований спосіб лікування здійснюють таким чином.

Безпосередньо в умовах поліклініки або, значно рідше, стаціонару протягом першого тижня призначають деконгестанти двічі на день. Один раз на день виконують анемізацію носових ходів, через 20 хвилин - санацію порожнини носу методом переміщення з тіотріазоліном, а через 30 хвилин - ендоназальний фонофорез діоксидина та гідрокортизона у співвідношенні 4:1 до 6 років та 3:1 з 6 років. В подальшому лікування не потребує повсякденного відвідування лікувального закладу та здійснюється амбулаторно.

З другого тижня призначають топічні кортикостероїди 1 раз на день протягом двох тижнів. Пероральні десенсибілізуючі препарати призначають з початку лікування тривалістю два тижні. Оптимальним препаратом для лікування АР у дітей з паразитозами є дезлоратадин з огляду на його фармакокінетичні (активний метаболіт, клінічний ефект виявляє в незмінному вигляді та не потребує метаболізму в печінці, не проходить крізь гемато-енцефалічний бар'єр, не має седативної та кардіотоксичної дії) та лікувальні (кратність прийому, можливість тривалого застосування, десенсибілізуюча та протизапальна дія) особливості, а також наявність можливості та форм застосування у дітей (фрібіс).

З першого дня для підвищення захищеності слизових оболонок призначають пробіотики (субалін, канадський йогурт). Контроль ефективності здійснюють аналізом скарг, проведенням риноскопії, визначенням вмісту Ig A та вищезначених біохімічних показників.

Приклад, який ілюструє спосіб. Хвора Д-ва, 14 років, звернулася на консультацію з приводу періодичного головного болю, утруднення носового дихання, кашлю, практично постійних виділень з

носу. Знаходиться на лікуванні з приводу токсоплазмозу, останні дослідження вмісту специфічних антитіл до токсоплазми свідчать про неповну санацію та становлять 2,062 (проти 0,281 ОЩ Крит.). Обстеження згідно із запропонованим нами алгоритмом визначення тактики лікування виявило еозинофілію носового секрету до 50-55% при відсутності змін в клінічному аналізі крові (еозинофілія - 3%), зниженні Ig A 0,98мг/мл проти 1,14 - 2,22мг/мл, підвищенні рівня Ig G до 14,99 проти 10,27 - 14,69мг/мл, Ig E 24,9MF/мл, що відповідає віковій нормі. Рівень біохімічних показників в межах норми, УЗ-дослідження внутрішніх органів патології не виявило. Проведення зазначеного курсу терапії супроводжувалось поновленням носового дихання, усуненням кашлю та дисбалансу гуморальної ланки імунітету, нормалізацією вмісту риноцитогам (рівень еозинофілів - 5-8%) через два тижні після початку лікування. В подальшому дослідження специфічних антитіл також виявило зниження вмісту антитіл до токсоплазми до 1,103 (проти 2,062 на початку лікування).

Для визначення особливостей АР у дітей з паразитозами було обстежено 32 пацієнти віком від 3 до 14 років. В плані обстеження проводилась риноскопія (в тому числі оптична), вивчення риноцитогам, клінічного аналізу крові, стану гуморального імунітету, біохімічних показників (АлАТ, АсАТ), мікробного пейзажу слизової оболонки порожнини носу.

Проведений аналіз отриманих даних свідчив про те, що АР при супутньому паразитозі у більшості дітей (84,3% - 27 пацієнтів) має ознаки інфекційно-алергічного перебігу (вміст лейкоцитів в риноцитограмах сягав до 1/2 - 3/4 п/зору з долею еозинофілів від 15-20% до 40-60%), на фоні зниження вмісту Ig A та гіперімуноглобулінемії G, відсутності еозинофіли периферичної крові, слизових або слизово-гнійних виділень з носу, ознаках хронічного аденоїдиту та переважній умовно-патогенній і сапрофітній мікрофлорі порожнини носу. Вміст АлАТ та АсАТ майже у половині обстежених був підвищеним або знаходився на верхній межі норми.

Загалом застосування запропонованого способу призвело до нормалізації риноскопичної картини, поновлення носового дихання, нормалізації клітинного вмісту риноцитогам, підвищення рівня Ig A у 29 дітей. Поліпшення біохімічних показників зареєстровано у 18 дітей, погіршення - в жодному випадку.

Визначені особливості АР при супутньому паразитозі не залежали від особливостей паразитарної інвазії (виду паразитозу), всім дітям попередньо було проведено специфічне лікування з повною або неповною санацією з огляду на титри специфічних антитіл.

Застосування запропонованого способу лікування АР з урахуванням визначених особливостей перебігу при супутньому паразитозі у дітей сприяло підвищенню ефективності лікування рецидивуючих риносинуситів у дітей, уникнути оперативного втручання та сприяти підвищенню імунітету та санації при паразитозах.

