

Безопасность лечения была подтверждена определением уровня кортизола в сыворотке крови у обеих девочек: до лечения – у Ю. 360 нмоль/л, у Т. – 296 нмоль/л; после – 337 и 352 нмоль/л соответственно, норма – 190-650 нмоль/л.

Отсутствие как системных, так и местных побочных эффектов и высокая субъективная оценка обеими больными действия адвантана позволяет использовать препарат для лечения пациентов, страдающих псориазом.

Таким образом, внедрение в широкую практику адвантана как высокоэффективного и безопасного современного кортикостероидного наружного препарата может быть рекомендовано в лечении атопического дерматита и псориаза у детей и взрослых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика / Науч.-практ. программа. – М., 2000.
2. Гребенюк В.Н., Балаболкин И.И. // Педиатрия. – 1998. – № 5. – С. 88-91.
3. Демин В.Ф., Ключников С.О. (ред.) Лекции по актуальным проблемам педиатрии. – М., 2000.
4. Машкиллейсон А.Л., Гомберг М.А., Борисенко К.К. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1997. – № 6. – С. 54-57.
5. Павлович С.А. Основы иммунологии. – Минск, 1997.
6. Ревякина В.А., Шахмейстер И.Я., Вознесенская Н.И. Местная глюкокортикостероидная терапия аллергических заболеваний кожи у детей / Руководство для практических врачей. – М., 1999.
7. Родионов А.Н. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 5. – С. 14-22.
8. Рыжиков В.И., Гладько В.В., Трубин А.Б. // Воен.-мед. журн. – 1997. – № 9. – С. 28-30.
9. Самсонов В.А., Знаменская Л.Ф., Ляпон А.О. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 4. – С. 48-49.
10. Шахмейстер И.Я., Зудин Б.И., Лопухова Г.Н. и др. // Новые лекарственные средства. – 1996. – № 6. – С. 10-11.
11. Шахмейстер И.Я., Шимановский Н.Л. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 2. – С. 27-30.
12. Шахмейстер И.Я., Шимановский Н.Л. // Вестн. дерматол. и венерол. – 1999. – № 2 – С. 51-53.
13. Rampini E.I. // J. Dermatol. Treat. – 1992. – V.3 (Suppl. 2). – P. 27-29.

РИНИТАЛ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ

*О.Н. Тарасова, Э.А. Чистоногова, Л.Ю. Мусатенко, А.Н. Вычерова,
Л.И. Васечкина, А.Ю. Тедер, В.И. Исаев, З.М. Ашуров*
МОНИКИ

Распространенность аллергических ринитов среди населения составляет более 20% [1]. Очень часто встречается эта патология и у детей.

Диагноз аллергического ринита учреждениями практического здравоохранения выставлялся лишь у 10% детей [5]. Симптомы аллергического ринита, выражающиеся в приступах многократного чихания, заложенности и зуда носа у школьников Московского региона и г. Самарканда исследователи встречали у 17,87 и 23,96% детей соответственно [9], что, естественно, значительно ухудшало качество

их жизни. Сочетание бронхиальной астмы и аллергического ринита встречается не менее, чем в 70% случаев у взрослых и не менее, чем в 80% случаев у детей. При этом аллергический ринит является важным фактором, утяжеляющим симптоматику бронхиальной астмы, так как преимущественное дыхание через рот способствует большему попаданию аллергенов в нижние дыхательные пути, а также прямому воздействию на бронхи триггеров астмы (холодный воздух, химические раздражители и т.д.) [6].

Несомненно, имеются значительные достижения в области лечения аллергических ринитов [1]. Большую помощь оказывают антигистаминные препараты 2- и 3-го поколения, препараты кромогликата натрия. В ряде случаев используют препараты недокромила натрия, антихолинергические соединения. При необходимости проводят специфическую гипосенсибилизацию, назначают местно гормональные препараты. В ряде случаев с успехом используются различные физиотерапевтические мероприятия. Однако распространенность аллергических ринитов, огромное их влияние на качество жизни, а также в ряде случаев недостаточная эффективность лечения диктует необходимость поиска новых и усовершенствование старых методов лечения аллергических ринитов.

На наш взгляд, в этом несомненную помощь может оказать гомеопатическое лечение, которое в нашей стране долгое время незаслуженно третировали. К сожалению, до настоящего времени мы встречаем лишь отдельные публикации по успешному лечению различных заболеваний у детей при помощи гомеопатии. С успехом были пролечены дети 3-10 лет, болевшие одним из самых тяжелых заболеваний в отоларингологии – ювенильным папилломатозом гортани [3]. На кафедре детских болезней РГМУ на базе клинической больницы № 13 [4] доказана целесообразность применения метода гомеопатии у детей раннего возраста с дисбактериозом кишечника, дерматореспираторным синдромом и другой патологией.

Ринитал – это трехкомпонентный гомеопатический препарат, состоящий из *Galphimia glauca* (*Thryallis glauca*), произрастающей в Южной Америке, *Cardiospermum halicacabum*, распространенной в Индии, Африке и Южной Америке, и *Luffa operculata*, произрастающей в Южной Африке. Эти препараты представлены в ринитале в потенциях Д3, Д3 и Д4 соответственно. Публикации немецких ученых по эффективности этих растений встречаются с 1962 г. Есть данные о высокой эффективности ринитала при сезонном и круглогодичном рините при приеме препарата *per os*. При этом отмечалось, что «нарушение носового дыхания» наиболее трудно поддавалось лечению по сравнению с другими симптомами аллергического ринита, которые исчезали или уменьшались более чем у 80 и 70% больных соответственно. Еще более эффективными оказались ингаляции ринитала. Очень интересными являются также данные о высокой эффективности *Luffa operculata* при лечении бронхиальной астмы у детей, *Cardiospermum halicacabum* – при аллергодерматозах и *Galphimia glauca* – при аллергодерматозах и бронхиальной астме [7].

В отечественной литературе редко встречаются данные о возможной эффективности ринитала при лечении аллергического ринита [2].

Мы использовали ринитал в лечении 124 больных аллергическим ринитом, средняя длительность заболевания составляла 5,4 лет (от 0,6 года до 15 лет). У большинства больных отмечался круглогодичный аллергический ринит, у многих – в сочетании с поллинозом. Из 124 пациентов было 13 взрослых, остальные – дети в возрасте от 3 до 16 лет, подавляющее большинство – младшего и среднего школьного возраста. Ринитал получали *per os* (в виде таблеток или капель) 47 больных (как правило, в течение месяца) или ингаляционно через маску – 77 пациентов (на курс от 4 до 6 ингаляций).

Отличный и хороший лечебный эффект ринитала в целом был получен у 72,4% больных. Это выражалось, главным образом, в исчезновении или значительном улучшении затрудненного носового дыхания, так как данный симптом был основным в клинике аллергического ринита. Другие симптомы заболевания (ринорея, чихание, зуд носа) при положительном действии ринитала на заложенность носа также, как правило, исчезали. У части больных в целях получения более длительного терапевтического эффекта лечение проводили как перорально, так и ингаляционно.

Чаще после курса ингаляций ринитала в клинике прием препарата продолжали *per os* амбулаторно.

При ингаляционном пути введения ринитала отличные и хорошие результаты лечения мы получили в большем проценте случаев по сравнению с применением препарата *per os* – 80,8 и 62,5% случаев при одинаковом сроке заболевания 5,6 и 5,3 года соответственно. При пероральном приеме действие ринитала проявлялось чаще на 1-2-й неделе, нередко на 2-5-й день, в одном случае улучшение можно было отметить уже через 7 часов. В случае ингаляционного назначения ринитала положительный эффект лечения фиксировался, как правило, через 2-3 ингаляции.

Подавляющее большинство наших больных имели также бронхиальную астму, обострения которой были отмечены только у 3 пациентов, получавших ринитал *per os*, что, вполне возможно, являлось первичным гомеопатическим обострением. При этом в связи с очень тяжелым течением бронхиальной астмы у подростков 14 и 18 лет ринитал был отменен, но у взрослой пациентки лечение риниталом было продолжено. В дальнейшем у этой больной было получено явное клиническое улучшение со стороны как ринита, так и бронхиальной астмы.

В целом мы могли отметить положительную динамику со стороны последнего заболевания у 8 наших пациентов. У 14 больных лечение риниталом аллергического ринита, как перорально, так и ингаляционно, привело к исчезновению (у 12 пациентов) или уменьшению (у двух больных) проявлений аллергического конъюнктивита. У 2 больных положительное действие ринитала на аллергический ринит со-

проводилось уменьшением проявлений атопического дерматита, но у одной больной при этом было кратковременное обострение аллергодерматоза. Отрицательной динамики со стороны аллергического ринита не было ни у одного из наших больных.

Все больные, как правило, консультировались ЛОР-врачом, обычно до и после курса лечения ринитом. Учитывая большую диагностическую ценность мазков со слизистой носа [8], данное исследование было также проведено у 31 ребенка. В мазках обнаруживали много слизи, скопления клеток цилиндрического эпителия, пролиферирующих или с признаками дистрофии, нейтрофилов; у 12 больных при этом исследовании были найдены эозинофилы, у одного ребенка обнаружены тучные клетки. У 14 детей цитология мазков со слизистой носа была повторена после лечения. При этом в случае обнаружения до лечения ринитом эозинофилов, последние либо исчезали, либо их количество значительно уменьшалось.

Катамнез удалось провести у 3 больных после лечения ринитом рерос и у 16 больных после курса ингаляций ринитала. У двух больных после окончания лечения ринитом перорально носовое дыхание оставалось свободным в течение 3-4 мес., а у третьей больной сразу после отмены ринитала началось постепенное возобновление клиники аллергического ринита. Из 16 больных, получивших курс ингаляций ринитала, у 10 проявлений аллергического ринита не было в течение 1-2 мес., затем, как правило, после провокации возобновлялись явления ринита, но в меньшей степени; у 3 больных свободное носовое дыхание оставалось в течение 4-5 мес. У 6 из 16 больных положительный эффект ингаляций ринитала отмечался только во время лечения, а после отмены данного лечения проявления аллергического ринита возвращались.

Таким образом, ринитал является эффективным лечебным средством при аллергическом рините с минимальной возможностью побочных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гущин И.С. // Аллерг., астма и клин. иммунол. – 1998. – № 9. – С. 5-9.
2. Дебрянская М.Б. // *Materia Medica*. – 1998. – № 2(18). – С. 78-80.
3. Демин В.Ф., Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И. // Новые технологии в педиатрии / Материалы конгр. педиатров России. – М., 1995. – С. 264-265.
4. Демин В.Ф., Ильенко Л.И., Перлова О.Г. // Новые технологии в педиатрии / Материалы конгр. педиатров России. – М., 1995. – С. 19-20.
5. Елкина Т.Н., Кондюрина Е.Г., Суровикина Е.А., Гавалов С.М. // IX Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 1999. – С. 325.
6. Ильина Н.И. // Аллерг., астма и клин. иммунол. – 1998. – № 9. – С. 55-57.
7. Научная информация Ринитал / *Rhinital*, Deutsche Homeopathie-Union Kalsruhe. – 1997. – 46 с.
8. Отчет о международном консенсусе по диагностике и лечению ринита // Рос. ринол. – 1996. – № 4. – С. 22.
9. Хаитов Р.М., Лусс Л.В., Арипова Т.У. и др. // Аллерг., астма и клин. иммунол. – 1998. – № 9. – С. 58-69.