

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про нововведення в сфері охорони здоров'я

Випуск ____ з проблеми «Педіатрія»

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:

Підстава: рецензія

ПЕДІАТРІЯ

Експерта МОЗ України

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЙНОГО РИНИТУ З
ПИЛКОВОЮ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ У ДІТЕЙ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

АВТОРИ
КЛИМЕНКО В.А.,
СЕРВЕТНИК А.В.,
ЗЕМЛЯНСЬКИЙ К.В.

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

м. Київ

Суть впровадження: вдосконалення лікування сезонного алергійного риніту з пилковою сенсibiliзацією з урахуванням даних аеропалінологічного моніторингу, шляхом визначення тривалості терапії в залежності від виду сенсibiliзації.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) педіатричного профілю.

Метою лікування алергійного риніту є досягнення та підтримання контролю клінічних проявів захворювання впродовж тривалого часу з урахуванням безпечності терапії, потенційних побічних ефектів та вартості лікування. Але на сьогоднішній день відсутні рекомендації щодо термінів тривалості цього лікування. Тому, визначення термінів призначення протирецидивної базисної терапії дітям з захворюваннями з пилковою сенсibiliзацією дозволить досягти клінічної ремісії з покращенням якості життя, мінімізувати небажані реакції, надасть економічний ефект. При наданні лікувально-профілактичної допомоги дітям хворим на алергійний риніт з пилковою сенсibiliзацією доцільним є застосовування певних визначених термінів прийому препаратів.

На кафедрі пропедевтики педіатрії №2 на протязі двох років було проведене аеропалінологічне дослідження та визначені терміни експозиції в повітрі причинозначущих алергенів. Виявлено, що дати появи та зникнення пилку в повітрі, абсолютні та частотні показники пилкування можуть істотно відрізняються, проте тривалість пилкування зберігає певну закономірність з року в рік. Отже, ми пропонуємо при призначенні базисної протизапальної терапії дітям з алергійним ринітом з пилковою сенсibiliзацією орієнтуватися на визначену за результатами дослідження тривалість експозиції причинозначущих алергенів і визначити такі терміни тривалості профілактичного курсу, залежно від виду сенсibiliзації: при алергії до пилку дерев вільхи, волоського горіху, ясену - 30 днів; дерев в'язу, ялиці, сосни, айланту – 40 днів; дерев липи, тополі, клену - 50 днів; дерев берези, верби, дубу - 60 днів; трав родини злакових та кропиви – 70 днів; трав родини

лободових - 50 днів; бур'янів - 80 днів.

Ефективність способу доказана на підставі спостереження за дітьми з установленими діагнозами алергійний риніт з визначеною сенсibilізацією до пилоквих алергенів.

Під нашим спостереженням перебувало 32 пацієнта (100 %) віком 6-17 років, зі встановленим діагнозом алергійний риніт, які потребували призначення протирецидивної сезонної базисної терапії. Групу порівняння склали 32 дитини з АР. Контрольну групу склали 32 дитини з АР, рандомізовані за віком та тяжкістю проявів АР.

Пилкова етіологія захворювання була підтверджена методом шкірних прик-тестів з пилковими алергенами. Лікування пацієнтів основної групи виконували наступним чином. Після визначення важкості перебігу АР, призначалися залежна від цього терапія. Дітям з легким перебігом АР (6 пацієнтів) – неседативний Н1-гістамноблокатор перорально; з помірно- та тяжким перебігом АР (26 дітей) – інтраназальний кортикостероїд мометазону фуруат протягом 1 місяця та антигістамінний препарат на рекомендований термін в залежності від типу сенсibilізації. Вибір мометазону фуруату серед інтраназальних кортикостероїдів обумовлено найбільш сприятливим профілем ефективності та безпеки даного препарату, тривалим власним позитивним досвідом застосування даного препарату у дітей. Діти групи порівняння отримували лікування «за потребою» - неседативні антигістамінні прерапати, мометазону фуруат інтраназально, деконгестанти лише при наявності клінічних симптомів протягом 3-10 днів до досягнення ремісії. Діти контрольної групи отримували лікування «за потребою». Для оцінки ефективності способу, діти спостерігалися 3 рази: 1-ий візит - перед початком лікування, 2-ий візит - у середині курсу (на 15-40 день лікування в залежності від типу сенсibilізації) та 3-ій візит - на 1-3 день після закінчення терапії. Критерії оцінки: клінічні ознаки (виділення з носу, чихання, закладеність носу, зниження нюху, кон'юнктивіт – кожна від 0 до 3 балів в залежності від тяжкості; сумарний бал клінічних ознак – від 0 до 15 балів); наявність загострення АР у сезон пилкування;

назоцитограма (на 2-му та 3-му візитах); спірографія (на 2-му та 3-му візитах); застосування назальних деконгестантів.

При оцінці ефективності способу встановлено: загострення спостерігалось лише у 3 хворих (9,4%) основної групи з легким перебігом АР, у вигляді неважких порушень носового дихання, ринореї, що потребувало підвищення ступеня базисної терапії, а саме – додавання до орального H1-гістамноблокатора додатково мометазану фуорату. У всіх пацієнтів досягнуто ремісії та контролю захворювання. Побічні ефекти терапії не зафіксовані у жодному випадку. В контрольній групі загострення АР у період пилкування спостерігалось у 29 хворих (90,6 %; $P < 0,05$). Сумарний бал клінічних ознак у період пилкування значущих алергенів (оцінка на 2-ому візиті) склав $4,3 \pm 0,6$ та $11,6 \pm 0,8$ балів для пацієнтів основної та порівняльної груп відповідно ($P < 0,05$). За даними назоцитограми еозинофілія виявлялася у 2 (6,3 %) хворих основної групи та у 17 (53,1 %) пацієнтів групи порівняння ($P < 0,05$). Застосування назальних деконгестантів протягом всього періоду спостереження відмічено у 7 (21,9 %) та 29 хворих (90,6 %; $P < 0,05$) основної та порівняльної груп відповідно. Таким чином, результати спостереження підтвердили ефективність способу «Удосконалення лікування алергійного риніту з пилковою сенсibilізацією».

Показанням до застосування розробленого способу є алергійний риніт з встановленою пилковою сенсibilізацією.

Протипоказанням до застосування є: вік дитини до 2 років, індивідуальна підвищена чутливість до одного з інгредієнтів препарату, наявність локалізованої інфекції з ураженням слизової оболонки носа, нещодавно перенесені хірургічні втручання на носі або травми носа.

Висновок: Удосконалення базисної протирецидивної терапії хворим на інтермітуючий АР з пилковою сенсibilізацією шляхом визначення конкретної тривалості курсів терапії (від 30 до 80 днів в залежності від типу сенсibilізації) надасть позитивний клінічний ефект, зменшує потребу у назальних деконгестантах, підвищує безпеку лікування.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР кафедри пропедевтики педіатрії №2 " Удосконалення діагностики та профілактики алергічних захворювань у дітей за стандартами міжнародної програми «International Study Asthma and Allergy in Children " в рамках колективної науково-дослідної роботи кафедр педіатричного профілю Харківського національного медичного університету на тему «Медико-біологічна адаптація дітей із соматичною патологією в сучасних умовах» (номер державної реєстрації 0118U000925).

За додатковою інформацією слід звертатися до автора листа: Серветник А.В., тел. 0506519050, кафедра пропедевтики педіатрії № 2, Харківський національний медичний університет, проспект Науки, буд. 4, м. Харків, 61022.