

– большая часть бактерий погибает в агрессивных средах желудочно-кишечного тракта, следовательно, микроорганизмы должны быть защищены от воздействия желудочного сока и пищеварительных ферментов,

– пробиотическая культура должна быстро и эффективно способствовать колонизации кишечника нормальной микрофлорой и при этом выводиться из него в неизменном виде;

– бактерии, входящие в состав пробиотика, должны иметь высокие адгезивные свойства и оседать на слизистой оболочке кишечника, иначе они будут быстро удалены из него и не успеют оказать благотворное влияние. Всем этим требованиям отвечает препарат Бифиформ. Это единственный комбинированный пробиотик с кишечнорастворимой капсулой, защищенной двухслойной защитной оболочкой, которая растворяется в дистальных отделах тонкой кишки. В его состав, помимо высоких дозировок культур *Bifidobacterium longum* и *Enterococcus faecium*, устойчивых к антибиотикам, входит питательная среда (лактоза, глюкоза и фактор роста), которая необходима для роста и размножения бактерий. Кроме того, препарат содержит фактор адгезии (камедь), за счет чего обеспечивается «прилипание» бактерий к слизистой оболочке. Все это способствует быстрой и активной колонизации кишечника. Препарат не имеет побочных эффектов. Может назначаться детям с 2-х лет, беременным, использоваться параллельно с антибиотиками.

Бифиформ является одним из немногих пробиотиков, имеющих солидную доказательную базу. В частности, данные, полученные Е.А. Корниенко, С.Н. Дроздова, Н.Б. Серебряная (Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт особо чистых биопрепаратов) подтверждают, что Бифиформ повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* у детей. Это обусловлено снижением уровня IgE, усилением

выработки IgA (основного иммунного компонента слизистого барьера пищеварительного тракта), подавлением продукции провоспалительных цитокинов (IL-1 и ФНО), играющих ключевую роль в формировании эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны.

При использовании Бифиформа в качестве средства монотерапии в лечении ОКИ у детей положительная динамика на 2-е сутки наблюдалась у 88,3% больных. Бифиформ, в отличие от антибактериальных препаратов, способствовал нормализации микробиоценоза кишечника. По окончании 5-дневного курса лечения log-концентрации бифидобактерий нормализовалась у 85%, лактобактерий – у 95%, энтерококков – у 60% больных. Препарат оказывал также выраженный санирующий эффект в отношении патогенных (шигелл, сальмонелл) и условно-патогенных бактерий (клебсиелл, энтеробактера, стафилококка и грибов рода *Candida*) (Новокшионов А.А., Соколова Н.В., Галева Е.В., Портных О.Ю. и др. Пробиотик Бифиформ – альтернатива этиотропной антибиотико- и химиотерапии ОКИ у детей // Детские инфекции. – 2003. – №3. – С. 36-40).

На сегодняшний день накоплено большое количество исследований, которые свидетельствуют об эффективности препарата Бифиформ в терапии антибиотико-ассоциированной диареи, лактазной недостаточности. Показано также, что его включение в схему лечения лямблиоза позволяет существенно повысить эффективность базисной противолямблиозной терапии.

Препарат Бифиформ выпускается на предприятии, соответствующем стандартам GMP ЕС. Производителем штаммов, входящих в состав Бифиформ, является ведущая микробиологическая лаборатория «Кристиан Хансен» (Дания).

*Статья предоставлена газетой
«Казахстанский Фармацевтический Вестник»,
автор О. Баимбетова*

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ

**С.М. ЖУМАМБАЕВА, У.Ш. САЛТАБАЕВА,
Р.И. РОЗЕНСОН, М.А. МОРЕНКО**

Медицинский Университет Астана, г. Астана

Аллергические заболевания занимают лидирующие позиции в структуре детских болезней как по социально-экономическому ущербу, так и по влиянию на уровень здоровья и качество жизни пациентов [1, 2, 3, 4]. Одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний является аллергический ринит, характеризующийся IgE-опосредованным воспалением, которое развивается в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку носа, и наличием классических симптомов: заложенность носа, выделения из носа, чихание и зуд [5, 6, 7]. За последние несколько десятилетий отмечается неуклонный рост числа детей, страдающих этой патологией во многих странах мира, в том числе и в Казахстане. По данным разных авторов его распространенность среди населения варьирует от

10 до 35%, и удельный вес аллергического ринита (АР) в структуре аллергопатологии весьма высок, занимая 60-70% [8, 9]. Исследование распространенности симптомов аллергических заболеваний у детей в рамках программы ISAAC показало, что от 0,8 до 14,95% детей 6-7 лет, и от 39,7 до 61,4% детей в возрасте 13-14 лет имеют симптомы АР [10, 11, 12, 13].

Постоянная заложенность носа, ринорея, нарушение сна, ежедневно беспокоящие пациентов, способствуют снижению физической, профессиональной и социальной активности, появлению психологических расстройств. Тем самым резко снижается качество жизни пациентов [14, 15, 16, 17]. Особенно актуальна данная проблема у детей в связи с нарушением адаптации ребенка в обществе. Кроме того, нередко для устранения симптомов

ринита пациенты занимаются самолечением, принимая ежедневно лекарственные препараты, дающие ряд побочных эффектов [16]. Аллергический ринит, протекающий ежегодно с сезонными обострениями, как правило, не требует госпитализации, но, как и любая хроническая патология, имеет тенденцию к утяжелению течения – симптомы становятся более выраженными, расширяется спектр причинных аллергенов, удлиняется продолжительность сезона обострения, у 15-50% больных развивается бронхиальная астма. Присоединяются проявления перекрестной пищевой аллергии в виде крапивницы, отека Квинке, анафилактических реакций [22, 23, 24]. Пациенты с осложненным течением признаются нетрудоспособными, госпитализируются в специализированные отделения, что значительно увеличивает медицинские затраты на лечение [25, 26, 27].

К неуклонно росту числа тяжелых неконтролируемых форм аллергического ринита приводят гиподиагностика и неадекватное лечение. Диагноз аллергического ринита лишь в 8% случаев ставится в течение первого года после появления начальных симптомов заболевания, и только 16-20% пациентов в дальнейшем получают надлежащее врачебное наблюдение и рациональную терапию [1, 25]. При достаточном количестве доступной информации о способах диагностики и лечения АР поиск эффективных и безопасных средств по-прежнему остается насущной проблемой в Республике Казахстан.

Адекватное лечение приводит к уменьшению клинических проявлений и улучшению качества жизни пациента, тогда как неадекватная терапия, особенно препаратами с выраженными побочными эффектами, может негативно влиять на общее состояние и способствовать утяжелению заболевания, соответственно, в большей степени ухудшая самочувствие больного [18, 19, 20, 21].

Современная терапия аллергического ринита предусматривает элиминацию этиологически значимых аллергенов, аллерген – специфическую иммунотерапию (АСИТ), фармакотерапию и обучение больных. АСИТ занимает ведущую позицию в лечении атопических заболеваний [28, 29].

Однако, имеющиеся определенные неудобства, связанные с частыми визитами к аллергологу, возможность развития системных побочных реакций и существующая группа людей, которым противопоказано проведение АСИТ, являются предпосылкой для поиска новых эффективных и безопасных средств терапии аллергического ринита. В связи с этим представляется актуальным применение в терапии аллергического ринита препаратов «нового» поколения. В начале 70-х годов были впервые разработаны интраназальные формы глюкокортикостероидов (ИГКС), зарекомендовав себя за два десятилетия как эффективные средства лечения аллергического ринита, а возможность их использования коренным образом изменила тактику ведения больных. ИГКС обладают высокой эффективностью, быстротой наступления и продолжительностью лечебного действия, высоким уровнем безопасности [30].

Сегодня мы располагаем широким выбором интраназальных ГКС: дексаметазон, беклометазон дипропионат (БДП), будесонид (БС), флутиказон фуруат (ФФ), флутиказон пропионат (ФП), мометазон фуруат (МФ). Все они различаются по фармакокинетическим и фармакодинамическим действиям. В экспериментальных и клинических исследованиях показано, что ИГКС воздействуют практически на все звенья патогенеза аллергического ринита. Их терапевтический эффект связан с противовоспалительным и противоаллергическим действием. Противоаллергическое действие ГКС заключается в одновременном воздействии на

большинство клеток, вовлекаемых в аллергический процесс, что, в конечном счете, выражается в угнетении инфильтрации слизистой оболочки носа и уменьшении содержания в секрете носа клеток аллергического воспаления, таких как тучные клетки, базофилы и эозинофилы [31, 32]. Стероиды угнетают также повышенную проницаемость сосудов и секрецию слизи. Достоинством ИГКС по сравнению с пероральными КС является минимальный риск развития системных побочных эффектов. Преимуществами фармакологического противоаллергического эффекта местных ГКС являются одновременное торможение как ранней, так и поздней фазы аллергического ответа и угнетение всех симптомов аллергического воспаления без риска возникновения побочных реакций, свойственных кортикостероидам системного действия [33].

Эффект при интраназальном применении ГКС наступает в конце первых – начале третьих суток от начала терапии, однако максимальное лечебное действие топических ГКС наступает через несколько дней от начала регулярного применения препарата [34].

Изучение и анализ литературы показывают, что многолетний клинический опыт применения ИГКС свидетельствует об их высокой эффективности и безопасности при лечении сезонного и круглогодичного АР. Обладая выраженным противовоспалительным эффектом, интраназальные ГКС превосходят по силе действия системные антигистаминные, антилейкотриеновые препараты и топические кромоны, эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как зуд, чихание, ринорея и заложенность носа [37]. У детей с АР в сочетании с аденоидитом применение ИГКС позволяет снизить выраженность назальной обструкции и других симптомов ринита. Уменьшается степень выраженности гипертрофии аденоидных вегетаций и, следовательно, снижается необходимость в хирургическом лечении [36].

Несмотря на появление новых современных препаратов, длительное время не удавалось достоверно сравнить различия эффективности применения интраназальных глюкокортикостероидов. Немецкими учеными такой метод разработан и назван ТИХ (Therapeutic index – терапевтический индекс – определяется как соотношение суммарной эффективности по 3 показателям эффективности – общему баллу назальных симптомов; общему баллу глазных симптомов; общей оценке пациентами суммарной безопасности кортикостероида по 3 показателям безопасности – частоте возникновения эпистаксиса; влиянию на рост или уровень кортизола; глазным нежелательным явлениям – повышению внутриглазного давления; возникновению катаракты) [37].

Ниже приведена таблица терапевтических индексов, разработанная на основании метаанализа 84 исследований для 6 действующих веществ [37]:

Таким образом при систематическом обзоре данных все рассмотренные интраназальные кортикостероиды продемонстрировали доказанную эффективность и безопасность. Максимальный терапевтический индекс, демонстрирующий максимальную эффективность и минимальное количество нежелательных явлений при лечении аллергического ринита, у мометазона фуруата [37].

Мометазон фуруат, как препарат выбора, показал значительное преимущество и при сочетании аллергического и инфекционного воспаления, способствуя в значительной степени увеличению просвета носовых путей, тем самым обеспечивая достаточную аэрацию, необходимую для скорейшей ликвидации инфекционного процесса. То есть, препарат наиболее эффективен при персистирующем (круглогодичном) аллергическом рините, в том числе и в холодное время года, и является

Терапевтический индекс для параметров, баллов и заключительного соотношения по каждому действующему веществу (адаптировано из Schafer T, Schnoor M, Wagenmann M, Klimek L, Bachert C. [37])

Параметр	Беклометазона дипропионат	Будесонид	Флутиказона фуруат	Флутиказона пропионат	Мометазона фуруат	Триамцинолон
Общий балл назальных симптомов	2	2	0	2	3	1
Общий балл глазных симптомов	1	3	1	0	2	2
Общая оценка пациентами	1	3	0	2	2	2
Суммарная эффективность	4	8	1	4	7	5
Эпистаксис	2	2	3	1	1	0
Долговременные побочные эффекты	3	2	0	0	0	0
Системные глазные побочные эффекты	2	0	0	1	0	1
Суммарные побочные эффекты	7	4	3	2	1	1
Терапевтический индекс (суммарная эффективность/ Суммарные и побочные эффекты)	0,57	2	0,33	2	7	5

«зимним» приоритетным медикаментозным способом лечения аллергического ринита [38, 39].

Канадскими учеными Salapatek AM, Patel P et al. (2010) проведено рандомизированное двойное слепое исследование, целью которого явилась оценка эффективности, начала и продолжительности действия интраназального спрея мометазона фуруата посредством оценки акустической ринометрии, а также провокационных проб с помощью специализированного аэроchамбера экологического воздействия. Данный аэроchамбер – environmental challenge chamber (ЕСС) – является способом контролируемой оценки воздействия аллергенов и определения времени начала действия, эффективности и продолжительности действия противоаллергических препаратов. В результате установлено, что 200 мкг интраназального глюкокортикоида мометазона фуруата оказывает начало эффекта и выраженность заложенности носа через 6 часов, а продолжительность действия сохраняется в течение 24 часов после использования препарата [40].

Поляковой С.Д. и Поповой Е.А. опубликованы данные о проведенном сравнительном анализе угнетения мукоцилиарного клиренса глюкокортикостероидами, часто используемых при катетеризации евстахиевой трубы у пациентов с экссудативным средним отитом и сопутствующим аллергическим ринитом. Показано, что по сравнению с дексаметазоном и гидрокортизоном, принимая во внимание их высокую биодоступность и противопоказания к их интраназальному назначению, существенный клинический эффект и восстановление транспортной функции мерцательного эпителия был достигнут при назначении мометазона фуруата [41].

Таким образом, при изучении и анализе литературных данных можно сделать следующие **выводы**: интраназальные глюкокортикостероиды имеют большую эффективность при лечении как сезонного, так и круглогодичного аллергического ринита. Топические стероиды следует подбирать в зависимости от преобладания типа аллергического ринита, а также от наличия сочетанной патологии. В Республике Казахстан методология сравнения интраназальных кортикостероидов пока не разработана, однако ее создание может являться одним из перспективных научных направлений в клинической аллергологии и оториноларингологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Weinmayr G, Genuneit J, Nagel G, Bjorksten B, van Hage M, Priftanji A, Cooper P, Rijkjarv MA, von Mutius E, Tsanakas

J, Forastiere F, Doekes G, Garrido JB, Suarez-Varela M M, Braback L, Strachan DP. International variations in associations of allergic markers and diseases in children: ISAAC Phase Two. // Allergy. 2010;65:766–775; 2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA²LEN and AllerGen). Allergy 2008;63 Suppl 86:8-160; 3. Okubo K, Kurono Y, Fujieda S, Ogino S, Uchio E, Odajima H, Takenaka H, Baba K; Japanese Society of Allergology. Japanese guideline for allergic rhinitis. // Allergol Int. 2011 Mar;60(2):171-89; 4. Астафьева Н.Г. Аллергический ринит и его влияние на астму: роль антигистаминных препаратов при лечении и профилактике. // Росс. Аллерг. Журнал. – 2008. - №1. – С.37-48; 5. Pegas PN, Alves CA, Scotto MG, Evtugina MG, Pio CA, Freitas MC. Risk factors and prevalence of asthma and rhinitis among primary school children in Lisbon. // Rev Port Pneumol. 2011 Aug;17(3):109-16; 6. Mucci T, Govindaraj S, Tversky J. Allergic rhinitis. // Mt Sinai J Med. 2011 Sep;78(5):634-44; 7. Dykewicz MS. Management of rhinitis: guidelines, evidence basis, and systematic clinical approach for what we do. // Immunol Allergy Clin North Am. 2011 Aug;31(3):619-34; 8. Yao TC, Ou LS, Yeh KW, Lee WI, Chen LC, Huang JL; PATCH Study Group. Associations of age, gender, and BMI with prevalence of allergic diseases in children: PATCH study. // J Asthma. 2011 Jun;48(5):503-10; 9. Уразова С.Н. Особенности бронхиальной астмы у детей с эндокринопатиями // Автореф. дисс. ... д.м.н. Астана, 2010. – 34 с.; 10. Скучала Л.Н., Старосветова Е.Н., Гавриш Л.Н. Распространенность симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и аллергодерматозов у детей Северного Казахстана по критериям ISAAC // Аллергология – 2001, №4, С.10-13; 11. Chereches-Panta P, C S, Dumitrescu D, Marshall M, Mirestean I, Muresan M, Iacob D, Farcau M, Ichim GE, Nanulescu MV. Epidemiological survey 6 years apart: increased prevalence of asthma and other allergic diseases in schoolchildren aged 13-14 years in Cluj- napoca, romania (based on ISAAC questionnaire). // Maedica (Buchar). 2011 Jan;6(1):10-6; 12. Nieto A, Mazon A, Martin-Mateos MA, Plaza AM, Garde J, Alonso E, Martorell A, Boquete M, Lorente F, Ibero M, Bone J, Pamies R, Garcia JM, Echeverria L, Nevot S, Martinez-Cañavate A, Fernandez-Benitez M, Garcia-Marcos L. Pediatric allergy and immunology in Spain. // Pediatr Allergy Immunol. 2011 Nov;22(7):742-50; 13. Mohammad Y, Tabbah K, Mohammad S, Yassine F, Clayton T, Hassan M. International study of asthma and allergies in childhood: phase 3 in the Syrian Arab Republic. // East Mediterr Health J. 2010 Jul;16(7):710-6; 14. Miraglia Del Giudice M,

Marseglia A, Leonardi S, La Rosa M, Salpietro C, Brunese FP, Arrigo T, Perrone L. Allergic rhinitis and quality of life in children. // *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2011 Oct;24(4 Suppl):25-8; **15**. Katelaris CH, Lee BW, Potter PC, Maspero JF, Cingi C, Lopatin A, Saffer M, Xu G, Walters RD. Prevalence and diversity of allergic rhinitis in regions of the world beyond Europe and North America. // *Clin Exp Allergy*. 2011 Nov 3; **16**. Braido F, Baiardini I, Lagasio C, Scif F, Canonica GW. Allergic rhinitis in asthma. // *Panminerva Med*. 2011 Jun;53(2):97-107; **17**. Ozdoganoglu T, Songu M, Inancli HM. Quality of life in allergic rhinitis. // *Ther Adv Respir Dis*. 2011 Oct 27; **18**. Navarro A, Valero A, Rosales MJ, Mullol J. Clinical use of oral antihistamines and intranasal corticosteroids in patients with allergic rhinitis. // *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011;21(5):363-9; **19**. Özgür A, Arslanoğlu S, Etit D, Demıray U, Önal HK. Comparison of nasal cytology and symptom scores in patients with seasonal allergic rhinitis, before and after treatment. // *J Laryngol Otol*. 2011 Oct;125(10):1028-32; **20**. D'Amalo G., Lobefalo G., Liccardi G., Cazzoki M. A double-blind, placebo-controlled trial of local nasal immunotherapy in allergic rhinitis in *Parietaria* pollen. // *Clin Exp Allergy*. 2009. Vol.25. P.141-148; **21**. Downie S.R., Andersson M., Rimmer S., Leuppi S.D., Xuan W., Aker-lund A., Peat S.K., Salome C.M. Association between nasal and bronchial symptoms in subjects with persistent allergic rhinitis. // *Allergy*. 2007. Mar. 59(3) P:320-6; **22**. Celikel S, Isik SR, Demir AU, Karakaya G, Kalyoncu AF. Are chronic urticaria, analgesic intolerance and seasonal rhinitis markers of different severities and phenotypes of the asthma they accompany? // *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2010;38(6):313-320; **23**. Tan RA, Corren J. The relationship of rhinitis and asthma, sinusitis, food allergy, and eczema. // *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011 Aug;31(3):481-91; **24**. Westman M, Stjärne P, Asarnej A, Kull I, van Hage M, Wickman M, Toskala E. Natural course and comorbidities of allergic and nonallergic rhinitis in children. // *J Allergy Clin Immunol*. 2011 Nov 5; **25**. Meltzer EO, Bukstein DA. The economic impact of allergic rhinitis and current guidelines for treatment. // *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2011 Feb;106(2 Suppl):S12-6; **26**. Blaiss MS. Allergic rhinitis: Direct and indirect costs. // *Allergy Asthma Proc*. 2010 Sep-Oct;31(5):375-80; **27**. Kim SY, Yoon SJ, Jo MW, Kim EJ, Kim HJ, Oh IH. Economic burden of allergic rhinitis in Korea. // *Am J Rhinol Allergy*. 2010 Sep-Oct;24(5):e110-3; **28**. Cox L, Wallace D. Specific allergy immunotherapy for allergic rhinitis: subcutaneous and sublingual. // *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011 Aug;31(3):561-99; **29**. Khinchi M.S., Poulsen L.K., Carat F. et al. Clinical efficacy of sublingual and subcutaneous immunotherapy: a randomized, placebo-controlled, double-blind, double-dummy study. // *Allergy (Suppl)*. – 2010. – Vol.93. – P.3-12; **30**. Meltzer EO. The role of nasal corticosteroids in the treatment of rhinitis. // *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011 Aug;31(3):545-60; **31**. Uller L, Emanuelsson CA, Andersson M, Erjef It JS, Greiff L, Persson CG. Early phase resolution of mucosal eosinophilic inflammation in allergic rhinitis. // *Respir Res*. 2010 May 9;11:54; **32**. Rosenwasser LJ. Current understanding of the pathophysiology of allergic rhinitis. // *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011 Aug;31(3):433-9; **33**. Rondon C, Fernandez J, Lopez S et al. Nasal inflammatory mediators and specific Immunoglobulin E production after nasal challenge with grass pollen in local allergic rhinitis // *J. Allergy Clin Immunol* 2009;124:1005–1011; **34**. Wandalsen GF, Mendes AI, Sol D. Objective improvement in nasal congestion and nasal hyperreactivity with use of nasal

steroids in persistent allergic rhinitis. // *Am J Rhinol Allergy*. 2010 Jan-Feb;24(1):e32-6; **35**. Mori F, Barni S, Pucci N, Rossi ME, Orsi Battaglini C, Novembre E. Upper airways disease: role of corticosteroids. // *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2010 Jan-Mar;23(1 Suppl):61-6; **36**. Wongsritrang K, Ruttanaphol S. Clinical efficacy of a short course of systemic steroids in nasal polyposis. // *Rhinology*. 2011 Dec;49(5):525-32; **37**. Schafer T, Schnoor M, Wagenmann M, Klimek L, Bachert C. Therapeutic Index (TIX) for intranasal corticosteroids in the treatment of allergic rhinitis. // *Rhinology*. 2011 Aug;49(3):272-80; **38**. Meltzer EO, Shekar T, Teper AA. Mometasone furoate nasal spray for moderate-to-severe nasal congestion in subjects with seasonal allergic rhinitis. // *Allergy Asthma Proc*. 2011 Mar;32(2):159-67; **39**. Zhang L, Xu G, Wang X, Liu S, Li Y, Wang S, Yang B, Zheng C, Wang C, Dong P, Lin Z, Zhang H, Han D. Mometasone furoate nasal spray reduces symptoms and improves quality of life in Chinese patients with moderate to severe allergic rhinitis: a multicenter open-label study. // *Acta Otolaryngol*. 2009 Dec;129(12):1463-8; **40**. Salapatek AM, Patel P, Gopalan G, Varghese ST. Mometasone furoate nasal spray provides early, continuing relief of nasal congestion and improves nasal patency in allergic patients. // *Am J Rhinol Allergy*. 2010 Nov-Dec;24(6):433-8; **41**. Полякова С.Д., Попова Е.А. Критерии эффективности применения топических глюкокортикостероидов в лечении экссудативного среднего отита, ассоциированного с аллергическим ринитом // *Вестник оториноларингологии*, 2010;(5):32-4.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

БАЛАЛАРДА АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТ ЕМІНДЕГІ ИНТРАНАЗАЛЬДІ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДТЕРГЕ ЗАМАНАУИ КӨЗҚАРАС

С.М. Жумамбаева, У.Ш. Салтабаева, Р.И. Розенсон, М.А. Моренко

Астана Медициналық Университеті, Астана қ.

Аллергиялық аурулардың ішіндегі кең тарап, жиі кездесетін түрі аллергиялық ринит. АР емінің ең жоғары әсерлісі бұл интраназальді глюкокортикостероид препараттары. Неміс ғылымында ТІХ (Therapeutic index – терапиялық индекс) деген әдіс құрылған. Қазақстан мемлекетін де интраназальді глюкокортикостероидтерді салыстырмалы зерттеу институты ашылмаған, ал оның болашақта дамуы көптеген мәселелердің шешімі бола алатынына сенімдіміз.

S U M M A R Y

MODERN APPROACHES TO ADMINISTRATION OF INTRANASAL GLUCOCORTICOSTEROIDS IN CHILDREN'S ALLERGIC RHINITIS

S.M. Zhumambayeva, U.Sh. Saltabayeva, R.I. Rozenson, M.A. Morenko

Astana Medical University, Astana c.

Allergic rhinitis is the most common pathology among allergic diseases. Intranasal glucocorticosteroids are effective medicamentous treatment of allergic rhinitis, but there still hasn't been provided successful comparison of their use efficiency. Germany scientists had developed such method of evaluation. And other studies also showed that clinical experience of many years in intranasal glucocorticosteroids use indicate their high effectiveness and safety at seasonal and perennial allergic rhinitis treatment.