

Аллергический ринит и острая респираторная вирусная инфекция у детей — связь несомненна

В ходе научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в педиатрии при коморбидных состояниях», состоявшейся 20 февраля этого года в г. Киеве, значительное внимание было уделено аллергической патологии у детей. Известный отечественный эксперт в области детской аллергологии, глава Ассоциации педиатров Киевской области, вице-президент Ассоциации аллергологов Украины, заведующая кафедрой педиатрии № 1 Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Елена Николаевна Охотникова представила вниманию врачебной аудитории интересный доклад, посвященный особенностям ведения детей с аллергическим ринитом (АР) и острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ), а также научным данным о патогенетической взаимосвязи между этими заболеваниями.



Е.Н. Охотникова

— АР представляет собой хроническое иммуноглобулин Е-опосредованное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, развивающееся под воздействием аллергенов и клинически характеризующееся такими симптомами, как зуд в носу, приступы чихания, ринорея (лат. *rhinorrhoea*), заложенность носа и в ряде случаев — снижение обоняния. При этом симптомами, которые оказывают наиболее выраженное отрицательное влияние на качество жизни (в том числе на качество сна и способности к обучению) детей с АР, безусловно, являются обильные водянистые выделения из носа и его выраженная заложенность.

Согласно статистическим данным (ARIA/Всемирная организация здравоохранения, 2012), в целом в мире АР фиксируют почти у 1 млрд человек. При этом распространенность АР у детей достигает 40%, превышая таковую во взрослой популяции (10-30%). Таким образом, темпы роста распространенности АР в детской популяции уже приобрели характер неинфекционной эпидемии. В то же время, согласно официальным статистическим данным, в Украине распространенность АР у детей ничтожно мала и составляет лишь 5,2%. Это в первую очередь говорит о том, что данное заболевание «прячется» под масками других диагнозов. Одной из наиболее частых из них является ОРВИ. Задача педиатра состоит в том, чтобы вовремя предположить аллергический характер ринита, установить верный диагноз, назначить соответствующее лечение и принять меры по предотвращению зачастую следующего за АР развития бронхиальной астмы (БА).

Современный человек ежедневно подвергается воздействию множества различных аллергенов. Часть из них хорошо известны на протяжении тысячелетий (пыльца растений, шерсть и выделения животных, пищевые аллергены), часть — появились по мере технического прогресса и урбанизации (поллютанты, в том числе промышленные выбросы, токсины, табачный дым, клещи домашней пыли, ксенобиотики, пищевые добавки и др.). Отдельную и весьма многочисленную группу составляют аллергены микроорганизмов: бактерий и риккетсий (около 1000 видов), вирусов (около 500 видов), грибов (около 500 видов) и гельминтов (около 200 видов). При этом примерно из 500 известных на сегодня видов вирусов около 200 относятся к группе респираторных и способны вызывать ОРВИ. Среди возбудителей ОРВИ можно выделить 3 основные группы (Е.И. Бурцева, 2013):

- классические возбудители: вирусы гриппа (А, В и С), парагриппа (1, 2, 3, 4А, 4В), герпеса (HSV-I, HSV-II, HSV-IV, YSV-V), респираторно-синциальный вирус (А и В), адено- (>51 типа), рино- (>100 типов), коронавирусы (229Е, ОС43);
- возвратившиеся классические возбудители: коронавирусы (SARS — 2003 г., NL63 — 2007 г., HKU1 — 2005 г.),

MERS-CoV (2013 г.), риновирус С (2007 г.), аденовирусы типа 14 (2007 г.);

- новые возбудители: метапневмовирус (2001 г.), бокавирус (2005 г.), мимивирус (2007 г.), полиомавирусы KI и WU (2007 г.), вирус Мелака (2007 г.), полимавирус Mercel Cell (2009 г.) вирус гриппа А (H1N1) pdm09 (2009 г.), вирус Эбола (2014 г.), вирус Зика (2015 г.).

На базе нашей кафедры были проведены собственные исследования по изучению этиологической структуры ОРВИ у детей первых 6 лет жизни (сезон зимавесна 2013 г.) с обструктивным бронхитом и БА. Полученные результаты показали, что респираторные вирусы присутствуют у 75% детей, при этом в их структуре доминировал бокавирус — у 52% детей. У 14,3% детей был выделен метапневмовирус, у 9,5% — риновирус, у 9,5% — респираторно-синциальный вирус, у 4,8% — вирус парагриппа 1, у 4,8% — парагриппа 3, у 4,8% — вирусные коинфекции (Е.Н. Охотникова и соавт., 2013). При анализе данных об этиологической структуре ОРВИ за 2014 г. респираторные вирусы в назальной слизи были выявлены методом полимеразной цепной реакции у 82% детей в возрасте до 6 лет с бронхообструктивным синдромом; в этот период также сохранялась выявленная тенденция к доминированию бокавируса (38%).

По данным исследования по изучению этиологической структуры ОРВИ у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом (ОСЛТ) и острым ларингитом (ОЛ), выполненного на базе кафедры детских инфекционных болезней Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого (О.Б. Надрага и соавт., 2013), вирусы были выявлены соответственно у 65 и 80% детей с указанными заболеваниями (ноябрь-декабрь 2012 г.). Согласно этим данным, у обследованных детей с ОСЛТ и ОЛ доминирующим возбудителем ОРВИ также являлся бокавирус (40-58,8%).

Таким образом, столь высокая частота инфицирования детей дошкольного возраста с обструктивным бронхитом, БА, ОСЛТ и ОЛ респираторными вирусами во многом объясняет затяжной характер течения у них ОРВИ, длительную бронхообструкцию и тяжесть обострений хронической аллергической патологии.

Как известно, АР является одним из важнейших этапов так называемого аллергического марша, финалом которого зачастую становится формирование у ребенка БА. Клиническая картина АР характеризуется разными симптомами и зависит от длительности влияния аллергенов (круглогодичная или сезонная экспозиция), возраста ребенка и особенностей коморбидных состояний. Так, в раннем детстве АР чаще протекает под «маской» повторных эпизодов ОРВИ или тонзиллофарингита. Зачастую АР у детей своевременно не диагностируется, и поэтому они необоснованно получают

неоднократные курсы лечения сосудосуживающими препаратами, отрицательно влияющими на функцию мерцательного эпителия верхних дыхательных путей, а также антибиотикотерапию, способствующую дополнительной аллергизации.

Одним из частых симптомов АР у детей является хронический кашель, возникающий в результате постназального стекания слизи по задней стенке глотки и раздражения гортани и глотки (G. Lack, 2001). Таким пациентам могут необоснованно назначаться различные отхаркивающие препараты и муколитики. Для детей с АР характерны такие визуальные проявления заболевания, как складка Денни — Моргана (поперечная складка на середине носа, которая образуется при частом потирании его рукой снизу вверх при зуде), постоянно приоткрытый рот, характерный жест при потирании кончика носа ладонью снизу вверх («аллергический салют»), темные круги под глазами («аллергические фонари»). Могут отмечаться признаки конъюнктивита, склерита и даже периорбитальный отек. При выраженном зуде иногда наблюдаются постоянные сокращения мимических мышц лица, формирующие впечатление гримасничанья ребенка.

АР является ярким представителем тех заболеваний, течение которых почти всегда сопровождается определенными коморбидными состояниями. У детей первых 6 лет жизни к таким состояниям относятся:

- конъюнктивит;
- полипоз носа;
- риносинусит;
- нарушения сна;
- гиперплазия аденоидных вегетаций и миндалин;
- обструктивное сонное апноэ;
- средний серозный отит;
- утомляемость, проблемы с обучением и поведенческие нарушения;
- БА.

При развитии ОРВИ у ребенка с АР проводится комплексное лечение согласно принятым клиническим протоколам с обязательным учетом особенностей патогенеза обоих заболеваний. Ключевую роль играет увлажнение слизистых оболочек носа и глотки. В первые дни ОРВИ с целью уменьшения выраженности ринореи и отека слизистой оболочки носа, а также уменьшения постназального стекания слизи по задней стенке глотки осуществляется промывание носовых ходов изотоническими солевыми растворами. Применение сосудосуживающих капель при этом должно быть сведено к возможному минимуму. Следует отметить, что ирригационно-элиминационная терапия изотоническими солевыми растворами (оптимально — в форме назальных спреев) у детей с АР входит в международные и национальные протоколы лечения данного заболевания. Ирригационно-элиминационная терапия оказывает следующие благоприятные эффекты,

востребованные как при ОРВИ, так и при АР:

- увлажнение слизистой оболочки носа;
- улучшение трофики слизистой оболочки;
- улучшение мукоцилиарного транспорта;
- обеспечение защиты от:
 - вирусов и бактерий;
 - аллергенов;
 - поллютантов, табачного дыма;
 - токсинов.

В результате отмечается уменьшение отека слизистой оболочки носа, количества медиаторов воспаления, обеспечивается механическое удаление густой слизи и аэроаллергенов, а также улучшение мукоцилиарного клиренса.

Кроме того, слизистые оболочки верхних дыхательных путей целесообразно увлажнять с помощью аэрозолей и паровых ингаляций. Однако следует помнить, что у детей с ОРВИ на фоне АР категорически запрещены ингаляции любыми растительными отварами, поскольку они могут вызывать аллергические реакции. Рекомендуется обильное питье, а также применение различных обволакивающих средств (таблетки для рассасывания во рту, сиропы и т.п.). В последующие дни при необходимости и по показаниям могут быть назначены муколитики с учетом конкретной клинической ситуации, фармакологических свойств препарата и возраста больного.

Безусловно, ребенок с установленным диагнозом АР нуждается в назначении базисной терапии, которая проводится в зависимости от степени тяжести заболевания (легкое, среднетяжелое, тяжелое) и типа течения (интермиттирующее или персистирующее). Согласно рекомендациям ARIA (2010), в лечении АР можно применять такие группы базисных препаратов, как интраназальные глюкокортикостероиды (ГКС), кромоны, антагонисты лейкотриенов, неседативные блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов, деконгестанты для интраназального (<10 дней) или перорального использования. Что же касается немедикаментозного лечения АР, то в настоящее время в качестве основных подходов рассматривается элиминация аллергенов и аллергенспецифическая иммунотерапия.

При анализе предлагаемого в рекомендациях ARIA (2010) алгоритма фармакотерапии АР привлекает внимание возможность применения на всех этапах лечения и при всех вариантах течения этого заболевания неседативных антигистаминных препаратов II поколения, а также более современных препаратов данной группы, разработанных на основе их фармакологически активных метаболитов. Именно таким препаратом является оригинальный препарат дезлоратадина Эриус®. Дезлоратадин представляет собой первичный активный метаболит лоратадина, который оказывает длительное

и селективное антагонистическое действие на периферические H_1 -рецепторы и при этом не проникает через гематоэнцефалический барьер.

Эриус® характеризуется мощным терапевтическим действием, которое реализуется сразу на трех различных уровнях аллергического ответа:

1) антигистаминный эффект — блокирует H_1 -гистаминовые рецепторы;

2) противоаллергический эффект — ингибирует высвобождение медиаторов аллергии из тучных клеток и базофилов;

3) противовоспалительный эффект — связан с ингибированием выброса медиаторов воспаления (провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин (IL)-4, -6, -8 и -13, и провоспалительных хемокинов), уменьшением экспрессии молекул адгезии, подавлением миграции и адгезии эозинофилов.

Применение препарата Эриус® обеспечивает эффективное устранение таких основных симптомов АР, как чихание, ринорея и зуд, а также раздражение глаз, слезотечение и покраснение, зуд неба. При этом воздействие дезлоратадина на выраженность одного из самых мучительных симптомов АР — заложенности носа — сопоставимо с таковым мощного сосудосуживающего препарата псевдоэфедрин. Это было подтверждено в ходе многоцентрового рандомизированного двойного слепого исследования с участием 1047 пациентов с сезонным аллергическим ринитом и выраженной заложенностью носа, которые принимали дезлоратадин в дозе 5 мг или псевдоэфедрин в дозе 240 мг 1 раз в день на протяжении 15 дней (A. Daily, 2001). Это свидетельствует о том, что назначение препарата Эриус® детям с АР (в том числе при развитии у них ОРВИ) может позволить снизить применение сосудосуживающих препаратов в форме капель, а значит — предупредить возникновение их известных побочных эффектов.

О высоком профиле безопасности и хорошей переносимости оригинального препарата Эриус® свидетельствует тот факт, что он разрешен к применению у малышей уже с возраста 6 мес. Эриус® обладает без преувеличения уникальной по своим масштабам доказательной базой: его эффективность и безопасность подтверждены в ходе 192 клинических исследований, участие в которых в целом приняли более 500 000 пациентов более чем из 30 стран мира. Безопасность применения препарата Эриус® у детей продемонстрирована в 3 клинических исследованиях. Препарат назначали детям в возрасте от 6 мес до 11 лет, которым необходимо проведение антигистаминной терапии, в суточной дозе 1 мг (возрастная группа 6-11 мес), 1,25 мг (от 1 года до 5 лет) или 2,5 мг (6-11 лет). Лечение переносилось хорошо, что подтверждено результатами клинических лабораторных исследований, состоянием жизненно важных функций организма и данными ЭКГ (включая длину интервала Q-T). Препарат не оказывает кардио- и гепатотоксического действия, а также отрицательного седативного влияния на ЦНС, что обеспечивает возможность ведения детьми привычного образа жизни и сохранения способности к обучению.

Важным преимуществом препарата Эриус® в педиатрической практике является наличие жидкой лекарственной формы выпуска (сиропа), специально предназначенной для применения у детей раннего возраста. Суточная доза сиропа Эриус® составляет 2 мл для детей в возрасте 6-11 мес; 2,5 мл — в возрасте 1-5 лет; 5 мл — с 6 до 11 лет. Дети старше 12 лет могут принимать Эриус® в таблетках (5 мг). Следует подчеркнуть, что возможность приема препарата Эриус® всего 1 раз в сутки обеспечивает прекрасный комплайенс практически у всех пациентов.

Применение препарата Эриус®, обладающего доказанным антигистаминным, противоаллергическим и противовоспалительным действием, в комплексном лечении ОРВИ у детей с АР патогенетически обоснованно. Общеизвестно, что возбудители ОРВИ обладают тропностью к слизистой оболочке верхних дыхательных путей, и их патогенное действие сопровождается значимым усилением продукции медиаторов воспаления, в том числе гистамина, даже при отсутствии атопии. Есть данные о том, что при гриппе и ОРВИ достоверно повышается уровень гистамина на 2-5-е сутки от начала заболевания ($p < 0,02$) с пиком на 2-й день. При гриппе суточное количество гистамина и его метаболитов в моче не отличается от такового при обострении аллергического заболевания. У лиц с атопией возбудители ОРВИ могут выступать в роли триггерных факторов

для синтеза специфических иммуноглобулинов Е, усиливающих симптомы аллергии. Таким образом, ОРВИ и аллергические заболевания тесно патогенетически взаимосвязаны, отягощая клиническое течение друг друга. Такие серьезные аллергические заболевания, как АР и БА, нередко формируются и протекают под «маской» частых ОРВИ, которые, в свою очередь, способствуют дополнительной сенсibilизации к вирусным аллергенам и обострению аллергии. Учитывая способность современного высокоселективного антигистаминного препарата Эриус® оказывать патогенетическое воздействие на продукцию провоспалительных цитокинов и аллергических медиаторов, его назначение целесообразно и обоснованно в следующих клинических ситуациях:

- ОРВИ на фоне АР;
- ОРВИ и подозрение на АР;

- ОРВИ на фоне вазомоторного ринита.

По клиническому противоотечному эффекту Эриус® не уступает псевдоэфедрину, что позволяет быстро и эффективно облегчить состояние ребенка с выраженной заложенностью носа вследствие АР и ОРВИ. Высокий профиль безопасности, доказанная эффективность, наличие жидкой лекарственной формы выпуска (сиропа), возможность применения всего 1 раз в сутки и назначения уже с 6-месячного возраста, а также неоспоримое качество оригинального дезлоратадина Эриус® выступают дополнительными важнейшими аргументами в пользу выбора именно этого антигистаминного препарата для использования в амбулаторной педиатрической практике.

Подготовили **Марина Титомир**
и **Елена Терещенко**



Оригінальний дезлоратадин

ЕРІУС®

НАУКА ПРОТИ АЛЕРГІЇ

✓

ІННОВАЦІЙНА ФОРМУЛА¹

усуває різні симптоми алергії

✓

ПОТРІЙНА ДІЯ¹

протиалергійна, протизапальна, антигістамінна

✓

ЛИШЕ 1 РАЗ НА ДОБУ¹

активний протягом 27 годин

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Еріус®.
Реклама лікарського засобу для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для спеціалістів охорони здоров'я.
Еріус® Р.П.: таблетки наказ МОЗ України від 15.02.2017 №UA/5827/01/01, сироп – наказ МОЗ України від 29.11.2017 №UA/5827/02/01. www.aerius.com.ua
L.UA.MKT.CH.02.2018.0064