

Ентопія, або локальний алергічний риніт, у дітей: стандарти діагностики та принципи лікування

Актуальність проблеми алергічного риніту (АР) у дітей залишається незмінною протягом кількох десятиліть. Незважаючи на те що ця хронічна алергічна патологія не належить до тяжких захворювань, надокучливі симптоми (нежить, закладеність носа, ринорея, чхання, свербіння, слезотеча) істотно знижують якість життя дитини. До того ж сучасне уявлення про послідовність розвитку різних клінічних проявів алергії у вигляді алергічного маршу та місце у ньому АР потребує підвищеної уваги педіатрів до всіх симптомів, які вказують на наявність алергії у пацієнта, адже нежить сьогодні може обернутися на бронхіальну астму завтра.

Діагноз АР, як правило, встановлюється на підставі позитивних результатів специфічних алергологічних тестів, зокрема шкірних тестів з алергенами та на виявлення специфічних імунoglobulinів E (IgE) у сироватці крові. Раніше вважали, що негативні результати алергологічного дослідження є доказом неалергічного генезу риніту. Проте у 1975 р. K.G. Huggins та J. Brostoff вперше висунули гіпотезу про те, що у пацієнтів, які мають симптоми хронічного риніту та негативні результати алергологічних тестів, IgE синтезують безпосередньо клітини слизової оболонки носа, і подальші дослідження підтвердили цю гіпотезу. Відтоді локальний АР, який характеризується локальною продукцією антитіл у відповідь на дію алергену без системних проявів atopії, отримав назву «ентопія» (D.G. Powe et al., 2003).

У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання та практичні аспекти дитячої пульмонології та алергології: стандарти медичної допомоги», яка відбулася 21-22 травня 2018 року у м. Києві, доповідь «Ентопія, або локальний алергічний риніт, у дітей: стандарти діагностики та принципи лікування» представила завідувач кафедри факультетської педіатрії Запорізького державного медичного університету, доктор медичних наук, професор Світлана Миколаївна Недельська. Пропонуємо нашим читачам стислий огляд її виступу у зручному для сприйняття форматі «запитання – відповідь».

Що являє собою «ентопія»? Яке місце у структурі запальних захворювань слизової оболонки носа займає ця патологія?

Загальновідомою є класифікація хронічного риніту, яка включає інфекційний, алергічний та неінфекційний риніт (сенільний, професійний, гормон-індукований, медикаментозний, ідіопатичний) (M.N. Shamji et al., 2017). Проте існує ще один варіант запалення слизової оболонки носа, а саме – змішаний риніт, який поєднує ознаки різних видів захворювання. Як правило, у разі негативних алергологічних тестів лікарі встановлюють діагноз «неалергічний риніт», проте у клінічних дослідженнях показано, що у більшості таких пацієнтів отримано позитивні результати провокаційних назальних тестів із алергенами, а у деяких із них виявлено локальну продукцію специфічного IgE (C. Rondón et al., 2007; C. Rondón et al., 2008). Відповідно, ентопія, чи локальний АР, – це локальне запалення слизової оболонки носа у пацієнтів із негативними результатами прик-тестів та відсутністю підвищеного рівня sIgE до інгаляційних алергенів. Тому велику кількість хворих із локальним АР раніше включали у категорію пацієнтів із неалергічним ринітом (найчастіше – ідіопатичним).

Які патофізіологічні механізми зумовлюють розвиток локального АР та появу відповідних назальних симптомів у дітей?

Виникнення локального АР зумовлюють локальна продукція у слизовій оболонці носа IgE, Т-хелперів 2 типу (Th2) і цитокінів, активація базофілів, тучних клітин та еозинофілів, а також вивільнення триптаза та еозинофільного катіонного протеїну, що підтверджують результати тесту назальної провокації (C. Rondón et al., 2009). В анамнезі таких пацієнтів зазвичай виявляють зв'язок між появою симптомів риніту та дією аероалергенів. При локальному АР, так само як і при інших варіантах запалення слизової оболонки носа, виникає явище назальної гіперактивності. Тому індукувати симптоми можуть неспецифічні подразники (тютюновий дим, різкі запахи, коливання температури та вологості навколишнього середовища та ін.).

Які діагностичні тести допоможуть педіатру встановити дитині діагноз локального АР?

Діагностика локального АР пов'язана зі значними труднощами, адже це захворювання не має специфічних ознак, які б відрізняли його від інших видів риніту.

Насамперед за наявності у дитини відповідних назальних симптомів необхідно виключити класичний варіант АР як найбільш поширений клінічний прояв алергії у дітей. Для цього виконують шкірні провокаційні тести з алергенами. Якщо отримано негативні результати, визначають рівень IgE у сироватці крові. Відсутність підвищеного рівня специфічного IgE у крові чи виявлення специфічних IgE, які не відповідають анамнестичним даним та клінічній картині захворювання, є показанням до виконання локальних діагностичних тестів, а саме – визначення специфічного IgE у назальному секреті та проведення провокаційних назальних тестів з алергенами (C. Rondón et al., 2012).

Які основні принципи лікування дітей із локальним АР?

Згідно з найсучаснішими рекомендаціями ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), у пацієнтів із сезонним ринітом доцільно використовувати назальні кортикостероїди у поєднанні з пероральними блокаторами гістамінових H₁-рецепторів (рівень доказовості 1A). Доповнення терапії антигістаміновими препаратами у разі недостатньої ефективності назальних кортикостероїдів у пацієнтів із персистуючими симптомами захворювання дозволяє прискорити покращення стану пацієнта (рівень доказовості 1B). Для більш швидкого настання терапевтичного ефекту впродовж перших 2 тижнів лікування можна застосовувати у комплексі назальні кортикостероїди та назальні антигістамінні засоби (J. Brozek, L. Jan et al., 2016).

Чи всі назальні кортикостероїди мають однакову клінічну ефективність? Якому препарату цієї групи слід надати перевагу при лікуванні локального АР у дітей?

При виборі оптимального назального кортикостероїдного препарату насамперед слід звертати увагу на афінність його діючої речовини до кортикостероїдних рецепторів. Встановлено, що найвищий ступінь спорідненості до них має мометазону фуруат (Аллертек® Назо, фармацевтична компанія Польша, Франція). Метою застосування місцевих кортикостероїдів є досягнення максимального локального ефекту при мінімальній системній дії препарату. Інтраназальна форма мометазону фуруату характеризується низьким ступенем системного впливу. Високу ефективність мометазону підтверджують дані доказової медицини. У клінічному дослідженні, метою якого було порівняння швидкості настання терапевтичного ефекту при застосуванні мометазону та беклометазону у 679 педіатричних пацієнтів віком 5-11 років, встановлено, що на 16-29-й день гормонотерапії вища ефективність спостерігалася у тих дітей, які отримували мометазон (E.O. Meltzer et al., 1999). Порівняльний аналіз ефективності мометазону та флутиказону у дітей з АР показав, що на фоні прийому мометазону у них покращилося купірування назальних симптомів. Натомість флутиказон продемонстрував вищу ефективність відносно зменшення вираженості екстраназальної (системної) симптоматики АР (Ka-Kit Mak et al., 2012).



С.М. Недельська

Який топічний кортикостероїд із вмістом мометазону заслуговує уваги українських педіатрів?

Ураховуючи те, що АР, у тому числі локальна його форма, є хронічним захворюванням із маніфестацією у ранньому дитячому віці, лікування дитини з цією патологією слід розпочинати змалечку. Це, у свою чергу, зумовлює актуальність розробки дитячих лікарських форм місцевих кортикостероїдів, які б зайняли свою нішу у лікуванні пацієнтів раннього дитячого віку з локальним АР.

Саме таким лікарським засобом є спрей Аллертек® Назо, який дозволений до застосування у дітей із сезонним та цілорічним АР починаючи з 2 років. Препарат також рекомендований для проведення профілактичного лікування АР із середньотяжким і тяжким перебігом – з цією метою його призначають за 4 тижні до передбачуваного початку сезону цвітіння рослин. У дітей віком 2-11 років рекомендована добова терапевтична доза становить 100 мкг (по 50 мкг у кожному ніздрю за одне вприскування), старше 12 років – 200 мкг (по 2 вприскування у кожному ніздрю).

Підготувала Ілона Цюпа



АЛЛЕРТЕК® НАЗО

МОМЕТАЗОНУ ФУРОАТ 50 мкг/дозу

- Лікування та профілактика сезонного або цілорічного алергічного риніту
- Лікування гострих епізодів синуситів
- Лікування назальних поліпів

ВИБРОБЛЕНО у Франції

з 2-х років

ДИХАТИ ПРОСТО!

polpharma