

**Т.Р. Уманець, к.м.н., В.Ф. Лапшин, д.м.н., професор, завідувач відділення проблем алергії та імунореабілітації дітей, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ**

# Клінічні рекомендації з діагностики й лікування алергічного риніту в дітей

**Алергічний риніт (АР) – одна з глобальних медико-соціальних проблем. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать, що поширеність цієї патології, за даними різних авторів, становить 1-40% – сезонного АР й 1-13% – цілорічного АР. В Україні показники поширеності й захворюваності на АР залишаються низькими, що свідчить про гіподіагностику вищезгаданої патології. Так, поширеність АР серед дітей в Україні у 2009 році становила 4,86, а захворюваність – 2,04 на 1 тис. дитячого населення. Слід зазначити, що дані офіційної статистики не враховують наявність АР у дітей з бронхіальною астмою (БА), оскільки 60-80% дітей з БА страждають на АР.**

АР асоційований не тільки з БА, а й з такими запальними захворюваннями, як синусит і отит. Хоч АР не вважають тяжким захворюванням, він істотно впливає на якість життя пацієнтів. Тому сьогодні медична спільнота приділяє значну увагу АР.

Наразі розроблено чіткі діагностичні й терапевтичні директиви ВООЗ, Європейської академії алергології і клінічної імунології та інших міжнародних асоціацій у галузі алергології, що ґрунтуються на принципах доказової медицини. Згідно з наявними клінічними настановами робоча група МОЗ України (наказ МОЗ № 04.01.12-8-1178), до складу якої увійшли провідні фахівці з дитячої алергології (Л.В. Беш, С.М. Недельська, О.М. Охотнікова та ін.), розробила рекомендації з діагностики й лікування АР у дітей, які можуть стати основою для розроблення уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги дітям з АР. Нижче наведено основні положення зазначених клінічних рекомендацій.

## Термінологія

**Алергічний риніт – ІgЕ-залежне запальне захворювання слизової оболонки носа, яке виникає під впливом алергенів і клінічно характеризується появою свербіжів в носі, нападами чхання, ринореї, закладенням носа. АР пов'язаний з іншими супутніми захворюваннями, такими як кон'юнктивіт, і його потрібно розглядати як фактор ризику розвитку БА.**

## Класифікація

За варіантом перебігу:

- інтермітуючий (епізодичний, сезонний або цілорічний) АР: симптоми спостерігають епізодично, менше 4 днів на тиждень або менше 4 послідовних тижнів;
- персистуючий (сезонний або цілорічний, хронічний) АР: симптоми спостерігають понад 4 дні на тиждень або більше 4 послідовних тижнів.

За характером перебігу:

- легкий (усе нижченаведене): нормальний сон, не виникають труднощі під час щоденної активності, заняття спортом або відпочинку, немає нестерпних симптомів;
- середньоважкий/важкий (один або більше критеріїв): порушення сну, труднощі під час щоденної активності, заняття спортом або відпочинку, негативний вплив на працездатність/навчання у школі, наявні нестерпні симптоми.

За періодом захворювання:

- період загострення;
- період ремісії.

## Діагностичні критерії

Анамнестичні критерії:

- сезонний АР:
- сезонний характер скарг (симптоми щорічно з'являються й припиняються в один і той самий період з незначними коливаннями – свербіж у носі, носоглотці, часте чхання, рясні водянисті виділення з носа, утруднене носове дихання (закладення носа, блокада носа, назальна обструкція);
- імовірність одночасної появи ознак алергічного кон'юнктивіту й БА;
- погіршення самопочуття під час перебування надворі, у суху і вітряну погоду;
- наявність перехресної харчової алергії, алергії на ліки й косметичні засоби, які містять рослинні компоненти;
- цілорічний АР:
- наявність ознак риніту впродовж усього року з періодами погіршення або покращення стану;
- чіткий зв'язок із впливом побутових алергенів і алергенів тварин;

- поява або посилення симптомів під час прибирання приміщень і контакту з тваринами;

- можлива відсутність чіткого зв'язку з впливом алергенів у дітей з переважанням закладення носа:

- дитина часто використовує судинозужувальні засоби;
- виділення з носа в'язкі, порушується нюх;

- риніт перебігає без різких загострень, утруднює встановлення діагнозу алергії;

- часто спостерігають один (закладення носа, блокада носа – «блокадики») чи два симптоми (чхання, свербіж у носі, водянисті виділення – «чхальники»);

- за тривалого тяжкого перебігу риніту наявний зв'язок із впливом неспецифічних подразників – різких запахів, тютюнового диму, засобів побутової хімії, різкої зміни температури повітря;

- можливе закладення носа в сирих приміщеннях, що погано вентилуються, у сиру погоду, непереносимість продуктів, які містять дріжджі, – квасу, кисломолочних напоїв, а також антибіотиків пеніцилінової групи (алергія на плісняві гриби).

Клінічні критерії:

- продромальні ознаки – свербіж, чхання, закладення носа;
- «алергічний салют» – дитина постійно чухає ніс, морщить його;
- «алергічне сьайво» – сині й темні кола навколо очей;

- типові ознаки – значні слизуваті або водянисті виділення з носа, утруднене носове дихання, спричинене набряком слизової оболонки;

- можливі очні симптоми – свербіж повік і слезотеча, кон'юнктивіт (більш типовий для інтермітуючого риніту – у разі полінозу);

- підвищена чутливість слизової оболонки носа до неспецифічних тригерів (охолодження, пилу, різких запахів та ін).

## Лабораторні й інструментальні критерії дослідження:

- алергологічні:
- позитивні результати шкірних тестів з алергенами (прик-тест);
- наявність підвищених титрів алергенспецифічних ІgЕ-антитіл у сироватці крові;
- інструментальні:

- передня риноскопія – значна кількість прозорого, водянистого, іноді пінистого секрету в носових ходах, значний набряк, сірий або цианотичний колір слизової оболонки носових раковин, наявність характерної плямистості слизової оболонки (симптом Воячека);

- рентгенографія і комп'ютерна томографія порожнини носа та навколословних пазух (показані для діагностики ускладнень АР – риносинуситу, поліпозу носа);

- дослідження функції зовнішнього дихання з проведенням бронходилатаційного тесту (для своєчасної діагностики БА, особливо у пацієнтів із середньоважким/важким і/або персистуючим перебігом);

- цитологічне дослідження назальних мазків (риноцитограма) для виявлення еозинофільного типу запалення;
- ринопневмометрія (за наявності ринопневмометра).

Обов'язкові консультації фахівців: алерголога, дитячого отоларинголога.

## Лікування

**Комплекс терапевтичних заходів включає: елімінацію алергенів, фармакотерапію, алергенспецифічну імунотерапію, навчальні програми.**

Медикаментозне лікування АР залежить від ступеня важкості й перебігу симптомів хвороби (табл.).

Пероральні (системні) Н<sub>1</sub>-блокатори II покоління (дезлоратадин, фексофенадин, левоцетиризин, лоратадин, цетиризин) є препаратами першого вибору за винятком випадків персистуючого АР з важким перебігом/перебігом середньої важкості. Н<sub>1</sub>-блокатори I покоління не рекомендують застосовувати через несприятливе співвідношення ефективності й безпечності. На носові й очні симптоми препарати діють швидко (менш ніж через годину), при закладенні носа помірно ефективні.

Топічні (ендоназальні, очні) Н<sub>1</sub>-блокатори (азеластин) як монотерапія малоефективні.

Ендоназальні глюкокортикостероїди (мометазону фураат, флутиказону фураат) – найефективніше фармакологічне лікування АР; препарати першого вибору для персистуючого АР з важким перебігом/перебігом середньої важкості; ефективні при закладенні носа. У дітей дошкільного віку не рекомендують застосовувати беклометазону дипропіонат (впливає на ріст).

Пероральні глюкокортикостероїди не рекомендують для лікування АР.

Топічні кромони (ендоназальні, очні) – кромоглікат натрію, недокроміл натрію. Внутрішньоочні кромони високоєфективні. Ендоназальні кромони менш ефективні, ніж інтраназальні кортикостероїди й Н<sub>1</sub>-блокатори, але мають високу загальну безпечність.

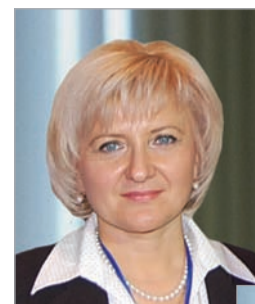
Деконгестанти – ендоназальні форми (оксиметазолін) застосовують протягом 4-5 днів (максимум до 10 днів) лікування для запобігання розвитку медикаментозного риніту.

Пероральні деконгестанти (фенілефрин, фенілпропаноламін, псевдофедрин) застосовують у випадках особливої необхідності у дітей старшого віку, зважаючи на невелику різницю між терапевтичною і токсичною дозами й можливу дію на ЦНС.

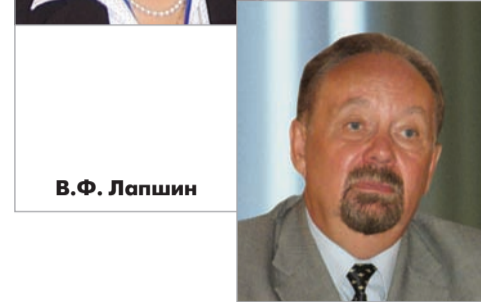
Комбіновані препарати Н<sub>1</sub>-блокатора й деконгестантів можуть бути ефективнішими, ніж їхні окремі компоненти, проте слід враховувати їх небезпечність. Зазначені препарати призначають на короткий термін при тяжкій назальній обструкції.

Таблиця. Алгоритм лікування АР

| Таблиця. Алгоритм лікування АР  |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Інтермітуючі симптоми   |  | Персистуючі симптоми   |   |
| Легкий перебіг  | Середньоважкий/важкий  | Легкий перебіг   | Середньоважкий/важкий   |
| <b>Не в порядку надання переваги:</b>   |  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• пероральні Н<sub>1</sub>-блокатори або</li> <li>• ендоназальні Н<sub>1</sub>-блокатори і/або</li> <li>• деконгестанти</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• пероральні Н<sub>1</sub>-блокатори або</li> <li>• ендоназальні Н<sub>1</sub>-блокатори і/або</li> <li>• деконгестанти або</li> <li>• ендоназальні кортикостероїди*</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ендоназальні кортикостероїди Н<sub>1</sub>-блокатори або</li> <li>• антагоністи лейкотрієнових рецепторів</li> </ul> <p style="text-align: center;">Огляд пацієнта через 2-4 тиж.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ У разі покращення – попередній етап лікування продовжити протягом місяця</li> <li>♦ У разі неефективності – переглянути діагноз; переглянути колаєнс; виключити наявність інфекції або інших причин.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Терапія</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищити дозу ендоназальних стероїдів.</li> <li>• При свербіжі/чханні додати антигістамінні препарати, при ринорей – іпратропій, при закладенні носа – деконгестанти.</li> <li>• У разі неефективності направити до дитячого отоларинголога на оперативне лікування</li> </ul> |
| Уникнення алергенів і подразнювальних факторів  |  |  |   |
| При кон'юнктивіті додати: Н <sub>1</sub> -блокатори або очні антигістамінні краплі чи очні кромони (або фізрозчин)  |  |  |   |
| Розглянути показання для проведення алергенспецифічної імунотерапії   |  |  |   |
| * Якщо для лікування супутньої астми застосовують інгаляційні кортикостероїди, слід переглянути загальну дозу інтраназальних кортикостероїдів.                            |  |  |   |



Т.Р. Уманець



В.Ф. Лапшин

Ендоназальні антихолінергічні препарати (іпратропій) призначають при АР з вираженими симптомами ринореї.

Антилейкотрієнові препарати (монтелукаст) рекомендовані для лікування сезонного АР.

Анти-IgE-терапію (омалізумаб) призначають як додаткову контролюючу терапію дітям з 12 років при важкому перебігу atopічної БА, яка поєднується з АР і неадекватно контролюється, незважаючи на лікування відповідно до п'ятого кроку терапії.

Алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ) – рекомендований метод лікування АР у дітей з 5 років (можливе призначення з трирічного віку), проводиться лише лікарем-алергологом в амбулаторних умовах в обладнаному для цього кабінеті або в умовах спеціалізованого стаціонару (початковий етап, прискорений метод парентеральної АСІТ). АСІТ знижує ризик формування БА у пацієнтів з АР і є ефективним методом лікування пілкової алергії й алергії до домашньої пилу.

## Лікування АР і БА

При одночасному лікуванні слід дотримуватися протоколів лікування зазначених захворювань. Н<sub>1</sub>-блокатори не протипоказані при лікуванні БА. Інтраназальні кортикостероїди ефективні у зменшенні загострень астми й частоти госпіталізацій.

**Доведено ефективність застосування монтелукасту в дітей віком понад 6 років у лікуванні АР й астми.**

АСІТ рекомендують при лікуванні АР й астми. Анти-IgE-терапію (омалізумаб) призначають як додаткову контролюючу терапію дітям з 12 років при важкому перебігу atopічної БА, яка поєднується з АР і неадекватно контролюється, незважаючи на лікування відповідно до п'ятого кроку терапії. АСІТ може бути поєднана з анти-IgE-терапією.

3v