

Аллергический ринит в педиатрической практике

Аллергические и иммунопатологические заболевания называют «болезнями цивилизации». Общими признаками для этих заболеваний являются воспаление и неадекватный (чрезмерный) иммунный ответ на действие многочисленных факторов окружающей среды, являющихся чужеродными антигенами для иммунной системы человека. Медико-социальная и экономическая значимость аллергических заболеваний (АЗ), особенно респираторного тракта, определяется их широким распространением; ежегодно около 35% населения Земли обращается за медицинской помощью по поводу клинических проявлений аллергии, а по прогнозам Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (EAACI) через 15 лет более половины европейцев будут страдать тем или иным АЗ. Учитывая ситуацию с распространенностью и растущими медико-социальными издержками, знание алгоритмов диагностики и лечения АЗ у детей и взрослых необходимо как узким специалистам, так и врачам общей практики. 15-16 марта 2017 года в г. Виннице прошла научно-практическая конференция «Терапевтические чтения 2017. Достижения и перспективы», на которой были представлены обновленные рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита (АР) у детей в докладе ассистента кафедры детской отоларингологии, аудиологии и фониатрии НМАПО им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидата медицинских наук Юрия Владимировича Гавриленко.



Ю.В. Гавриленко

— В настоящее время АЗ входят в число шести наиболее часто встречающихся болезней человека. Распространенность АЗ достигла масштаба эпидемии и составляет от 10-15 до 30-40%. Этой патологией страдает каждый третий-пятый житель планеты, поэтому диагностировать и лечить АЗ приходится в основном врачам общей практики.

АР — это заболевание слизистой оболочки носа, возникающее после контакта с вдыхаемыми аллергенами и характеризующееся IgE-опосредованным воспалением. Симптомы, возникающие при таком воспалении, включают в себя заложенность (обструкцию) носа, выделения (ринорея передняя или задняя) из носа, чихание, носовой зуд.

Эпидемиология и этиопатогенез. В Украине распространенность АР среди детей в возрасте 6-7 лет составляет 38,5%, 13-14 лет — 47%, при этом мальчики болеют чаще девочек, однако с возрастом эта разница нивелируется. Характерным для эпидемиологии АР у детей является также более широкое его распространение в городах по сравнению с сельской местностью. При этом в городах преобладают пылевые аллергены, а в селах — пыльцевые, особенно во время цветения амброзии (август-сентябрь).

АР — это хроническое и дорогостоящее заболевание, симптомы которого ежедневно беспокоят пациентов, приводя к невротизации, нарушению сна и повседневной физической активности, влияют на когнитивные функции (память, внимание, мышление, речь). По данным литературы, современная характеристика АР включает ряд факторов, демонстрирующих значительное негативное влияние этой патологии на качество жизни ребенка в период активного познания им окружающего мира:

- 46% пациентов отмечают утомляемость (G. Scadding et al., EAACI 2007);
- 77% пациентов испытывают проблемы с засыпанием (M.C. Reilly et al., 1996);
- пациенты отмечают проблемы с обучением (L.A. Tanner et al., 1999);
- подростки стесняются использовать ингаляторы (P.S. Marshall et al., 1993).

Новый термин «марш сенсибилизации к аллергенам», или «аллергический марш», подразумевает этапность развития клинических проявлений аллергии в зависимости от возраста ребенка. Для детей раннего возраста

первым проявлением становится пищевая аллергия (экссудативно-катаральный диатез) и атопический дерматит вследствие сенсибилизации к 1 или 2 продуктам (белок куриного яйца, молоко, рыба, орехи, злаки, редко — свинина, говядина). По мере роста ребенка, а также расширения и изменения окружающих факторов спектр аллергенов меняется по качеству и частоте выявления: бытовые аллергены (клещи домашней пыли, грибки, аллергены животных), пыльца растений. Клиническим проявлением сенсибилизации к этим аллергенам у детей дошкольного возраста и школьников является АР, который трансформируется в обструктивный бронхит и бронхиальную астму (БА).

Патогенетической основой аллергии служит наследственно обусловленный IgE-опосредованный механизм развития. В ответ на первичное попадание чужеродного антигена (аллергена) в организм происходит активация Т-хелперов 2-го типа (Th2) и распознавание антигена. При этом Th2-лимфоциты продуцируют цитокины ИЛ-4, ИЛ-13 (основные медиаторы IgE-ответа). Эти цитокины включают синтез специфических иммуноглобулинов IgE в В-лимфоцитах. Синтезированные IgE фиксируются к специфическим рецепторам на мембранах тучных клеток и базофилов, образуя комплекс «антиген — антитело». При повторном контакте с аллергеном антиген распознается фиксированными на тучной клетке антителами (IgE), происходит активация тучной клетки с высвобождением преформированных (ранее образованных) медиаторов аллергии (гистамина, серотонина, кининов и др.) и развитием острой фазы аллергической реакции.

Классификация и клиническое течение. Согласно критериям обновленного Клинического руководства по терапии АР, выпущенного Американской академией отоларингологии и хирургии головы и шеи (AAO-HNSF) в 2015 г., принята следующая классификация данного заболевания:

- сезонный АР (SAR) — вызван IgE-опосредованной воспалительной реакцией слизистой оболочки носа на сезонные аэроаллергены (пыльца растений);
- круглогодичный АР (PAR) — вызван IgE-опосредованной воспалительной реакцией слизистой оболочки носа на круглогодичные аллергены (клещи домашней пыли, плесень, аллергены домашних животных, определенные профессиональные аллергены);

- эпизодический АР — вызван IgE-опосредованной воспалительной реакцией при контакте с аэроаллергеном, не являющимся частью среды обитания человека (например, кот в доме друга).

В то же время в обновленной классификации ARIA («Аллергический ринит и его влияние на астму») выделяют следующие варианты течения АР, а также степени его тяжести (табл. 1).

Варианты течения АР	Характеристика
Интерmittирующее	Стойкое обострение ≤4 дня в неделю или ≤4 недель в году
Персистирующее	Стойкое обострение ≥4 дня в неделю или ≥4 недель в году
Тяжесть течения АР	Характеристика
Легкое	Незначительные клинические проявления, не нарушающие дневную активность и сон
Средней степени тяжести	Симптоматика, нарушающая сон и снижающая работоспособность
Тяжелое	Сонливость, существенное снижение работоспособности и качества жизни

Диагностика АР и коморбидных состояний. Наиболее часто АР выявляют терапевты и педиатры (70%), отоларингологи (10%), аллергологи (10%), дерматологи и врачи других специальностей (10%). Диагностические критерии АР, установленные в обновленном Клиническом руководстве по терапии АР (2015), приведены в таблице 2.

В ежедневной педиатрической практике в качестве дополнительного метода исследования все большее значение приобретают микроотоскопия, передняя риноскопия и орофарингоскопия, позволяющие расширить обзор и визуально оценить состояние барабанной перепонки, слизистых оболочек носа и ротоглотки ребенка. Эндоскопия носа и носоглотки и другие методы визуализации (КТ, МРТ) дают отоларингологам возможность выявить полипозные изменения слизистой оболочки, аденоиды и аденоидиты, нарушение архитектоники носа.

АР и риносинусит. Следует помнить о часто встречающейся коморбидности АР и риносинусита; патофизиологической основой служит воспаление слизистой оболочки и придаточных пазух носа (ППН), их отек и нарушение мукоцилиарного транспорта,

Таблица 2. Диагностические критерии АР согласно Клиническому руководству по терапии АР (2015)

Положения	Рекомендации	Уровень доказательств
Анамнез и обследование	Наличие 1 (или более) симптомов (обструкция, ринорея, зуд в носу, чихание) и данных объективного обследования	Класс С
Аллергологические пробы	Рекомендовано проведение оценки IgE (кожи или крови) в тех случаях, когда пациент не реагирует на эмпирическую терапию, диагноз не уточнен либо требуется определение специфического аллергена	Класс В
Диагностическая визуализация	При симптомах АР не рекомендуется рутинное назначение рентгенографии, спиральной КТ и МРТ	Класс С
Наличие сопутствующей патологии	Необходимо указывать в медицинской документации наличие сопутствующей патологии: БА, атопический дерматит, синдром обструктивного апноэ сна, конъюнктивит, риносинусит и т. д.	Класс В

что создает благоприятные условия для размножения патогенной флоры. На фоне снижения иммунной толерантности у пациентов с АР возникает клиническая картина хронического воспаления ППН.

АР и назальный полипоз. Патофизиологические механизмы, связанные с отеком и выпячиванием слизистой оболочки носа при полипозе, сходны с таковыми при АР. Сенсибилизация к ингаляционным аллергенам изменяет иммунологические параметры лимфоидной ткани и стимулирует ее гипертрофию.

АР и аденоиды. За счет выраженного отека лимфоидной ткани носоглотки у 33% детей диагностируется снижение слуха с «флюктуирующим» характером тугоухости; при хроническом аденоидите выявляется высокая сенсибилизация к бытовым (у 83%) и пыльцевым (у 56%) аллергенам; 25,2% детей до 12 лет с аденоидитом страдают АР.

АР, дисфункции слуховой трубы и секреторный отит. Слизистая оболочка евстахиевой трубы выстлана реснитчатым эпителием, который может подвергаться воздействию аллергенов у пациентов с АР, что сопровождается отеком и нарушением функции слуховой трубы. При этом в литературе активно обсуждается вопрос о том, является ли аллергическое воспаление в евстахиевой

трубе реакцией на местное раздражение или проявлением системного ответа.

Выпот из среднего уха у пациентов с АР содержит ИЛ-4 и ИЛ-5, секретирываемые клетками, что демонстрирует положительную взаимосвязь между АР и развитием экссудативного среднего отита. Поэтому детей с нарушениями слуха и рецидивирующим средним отитом необходимо обследовать на АР.

Терапия АР и коморбидных состояний. Согласно рекомендациям Клинического руководства по терапии АР (2015), лечение АР включает медикаментозные и немедикаментозные методы. Первостепенное значение при выборе метода лечения имеет выраженность, частота и тяжесть клинических проявлений. Медикаментозные методы лечения отобраны в таблице 3.

Терапия	Линия терапии	Показания	Уровень рекомендаций
Интраназальные кортикостероиды (ИКС)	1-я	Пациентам со средним и тяжелым течением АР	Класс А
Оральные антигистаминные препараты – АГП (рекомендованы препараты 2-го поколения)	1-я	Пациентам с легким течением АР, наличием начальных симптомов (зуд, чихание)	Класс А
Интраназальные АГП	2-я	Пациентам с сезонным и круглогодичным АР	Класс А
Антагонисты лейкотриеновых рецепторов		Не рекомендованы в качестве первичной терапии. Монтелукаст менее эффективен, чем оральные АГП, может использоваться в качестве референтного препарата	Класс А

Комбинированная терапия АР. У пациентов с недостаточным контролем аллергии на фоне монотерапии ИКС может быть добавлен интраназальный АГП или оксиметазолин коротким (на 3 дня) курсом. Интраназальные деконгестанты могут использоваться только в качестве средства адьювантной терапии в течение 3-5 дней из-за возможности развития синдрома «рикошета» (медикаментозного ринита). Пероральные деконгестанты в Украине не зарегистрированы.

Одновременное назначение ИКС и пероральных АГП не рекомендовано из-за отсутствия доказанной пользы этой комбинации.

Элиминационная терапия АР. Препараты разных фармакологических групп для интраназального применения, отвечающие требованиям элиминационной терапии, позволяют мягко очистить слизистую оболочку носа, обеспечив ее длительное увлажнение, не обладают раздражающим действием, комфортны в применении у детей, начиная с раннего возраста, что позволяет дополнительно повысить комплаенс терапии АР.

К данной терапии существует ряд требований:

- отсутствие раздражающего действия на слизистую оболочку и угнетающего действия на мукоцилиарный транспорт;
- низкая скорость адсорбции со слизистой оболочки и отсутствие токсического эффекта;
- широкий спектр антимикробного действия (включая противовирусный и антимикотический);
- низкая аллергенность.

Уникальной в этом плане представляется линейка препаратов от компании «Юрия-Фарм». Например, Лорде Гиаль Гипер содержит гиалуроновую кислоту и натрия хлорид 3%. Гиалуроновая кислота обволакивает

слизистую оболочку носа. Это позволяет уменьшить контакт с аллергеном, снять отек, сократить использование препаратов базисной терапии, предупредить развитие атрофии слизистой оболочки.

Гипертонический (3%) раствор натрия хлорида обладает антибактериальным и противовоспалительным действием, способствует разрушению микробной биопленки, а кроме того, быстро устраняет назальный отек, давая возможность ребенку дышать носом сразу после ингаляции. Препарат также характеризуется иммуномодулирующим действием.

У пациентов с АР врачи сталкиваются с частыми носовыми кровотечениями. Аминокaproновая кислота уменьшает проницаемость капилляров и укрепляет

стенки сосудов, помогая тем самым быстро остановить кровотечение, оказывает противовирусное действие.

Заключение

Лечение АР и коморбидных состояний лор-органов представляет собой актуальный и сложный вопрос в практике отоларинголога, педиатра и семейного врача.

При лечении таких пациентов следует отдавать предпочтение препаратам с доказанной высокой эффективностью и безопасностью.

Своевременное назначение базисной и комбинированной терапии должно соответствовать международным и национальным рекомендациям.

Подготовила **Наталья Позднякова**

3

LORDE HYPER

Прямий шлях до виведення мокротиння!

Перший інгаляційний муколітик натуральний та без консервантів

www.ulaizer.com

ЮРІЯ-ФАРМ

03680 м. Київ, вул. Амосова, 10
тел./факс: (044) 275-01-08, 275-92-42
www.uf.ua

ІНСТРУКЦІЯ із застосування медичного виробу LORDE hyper 3%, LORDE Hual hyper 3%. Опис. LORDE hyper 3% та LORDE Hual hyper 3% - розчин стерильний для інгаляційного введення, який полегшує дихання шляхом розрідження та покращення виведення секрету слизової оболонки верхніх та нижніх дихальних шляхів у пацієнтів з запальними захворюваннями органів дихання за рахунок осмотичного ефекту. Склад LORDE hyper 3%: 1 мл розчину містить: натрію хлорид - 30,0 мг; LORDE Hual hyper 3%: 1 мл розчину містить: натрію хлорид - 30,0 мг, натрію гіалуронат - 1,0 мг. Показаннями, LORDE hyper 3% та LORDE Hual hyper 3% показаний хворим з бронхітами, бронхіолітами, муковісцидозом, бронхоектастичною хворобою та хронічними обструктивними захворюваннями легень. Також застосовується при гострих та хронічних захворюваннях носоглотки, носової порожнини та пазух, гіпертрофії аденоїдів у дітей, щільнічного та сезонного алергічного риніту для зменшення набряку слизової, розрідження секрету та полегшення дихання. Протипоказання. LORDE hyper 3% та LORDE Hual hyper 3% протипоказаний при підвищеній індивідуальній чутливості до компонентів виробу. Спосіб застосування та дози. Використання за допомогою інгалятора. Інгаляцію розчину можна проводити за допомогою небулайзера з використанням спеціальної маски на обличчя, мундштука або назальної канюлі. Використовувати 1 контейнер 2 рази на день. За необхідності кратність використання може бути збільшена до 4 разів на день. Побічні реакції. В осіб з індивідуальною непереносимістю компонентів розчину можливі алергічні реакції. В рідко випадках можуть виникати гіперемія слизової носа, кашель або бронхоспазм. Умови зберігання. Зберігати в захищеному від сонячних променів місці при температурі від 5°C до 30°C. Упаковка. По 4 мл у контейнерах полімерних, по 10 або 60 контейнерів у паці з картоном. Назва та адреса виробника. ТОВ «Юрія-Фарм», Україна, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. Тел: +38 (044) 275-92-42; +38 (044) 275-01-08 www.uf.ua Адреса виробництва: Україна, 18030, м. Черкаси, вул. Вербовецького, 108. Реєстраційне посвідчення № 14425/2014.