

# 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**

**LORDE HYPER**

Прямий шлях до виведення мокротиння!

**Перший інгаляційний муколітик натуральний та без консервантів**

**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. Показання. LORDE hyper 3% та LORDE Hual hyper 3% показаний людям з бронхітами, бронхіолітами, муковісцидозом, бронхоектатичною 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.

www.ulaizer.com