

УДК
© ИЛЬЕНКОВА Н.А.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ

Н.А. Ильенкова, д.м.н., проф.

ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г.Красноярск, ФГУЗ "Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства" г.Железногорск, Красноярского края

660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, ГОУ ВПО "КрасГМА им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Росздрава". E.mail: ilen@online.ru.
662990, Красноярский край, г. Железногорск, ул. Кирова, д. 5, ФГУЗ "КБ №51 ФМБА России". E.mail: kb-51@med26.krasnoyarsk.ru.

Резюме: в лекции изложены современные сведения об аллергических ринитах у детей и подростков, включая дефиницию, возрастные особенности, клинику, диагностику, лечение.

Ключевые слова: аллергический ринит, дети, клиника, диагностика, лечение.

Дефиниция. Аллергический ринит (АР) - широко распространенное заболевание, так эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют о существенном увеличении АР во всем мире. В США различными формами АР страдают 20-40 млн людей, распространенность заболевания среди детского населения достигает 40%, в Великобритании составляет 30%, в Швеции - 28%, в Южной Африке - 17%, в Новой Зеландии и Австралии - 40%. В России, по результатам исследований, проводившихся в рамках программы ISAAC ("International Study of Asthma and Allergic in Childhood") в 1993-2000 гг., показана высокая распространенность симптомов АР в Москве и Зеленограде - 9,8- 10,4%, в Новосибирске - 22,5-29,6%, в Иркутской области - 14,8-28,6%, в Ижевске - 23%, в Кирове - 28%. Проблемой является поздняя постановка диагноза АР, поскольку выставляется он в основном у детей в возрасте 6-7 лет, тогда как первые его симптомы могут наблюдаться уже у 2-3-летних детей и даже у детей первого года жизни.

Аллергический ринит (раздел J30 по Международной классификации болезней X пересмотра - МКБ X) - хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости.

Классификация. На основе данных анамнеза, особенностей клинического течения, результатов аллергологического обследования выделяют два основных этиологических варианта АР, входящих в МКБ X: сезонный (J30.1-J30.2) и круглогодичный (J30.3-J30.4):

- сезонный аллергический ринит (САР) связан с воздействием двух основных групп аллергенов: пыльцы растений и спор плесневых грибов (вегетирующих, как правило, на растениях);

- круглогодичный аллергический ринит (КАР) связан с воздействием: ингаляционных аллергенов жилища, клещей домашней пыли и аллергенов домашних животных, тараканов и др.

Согласно рекомендациям ВОЗ (ARIA, 2001) предлагается подразделять АР по течению заболевания на интермиттирующий и персистирующий. Интер-миттирующий АР характеризуется периодически возникающими, резкими или кратковременными симптомами, длящимися менее 4 дней в неделю при САР или менее 1 мес при КАР. Персистирующий АР характеризуется более частым появлением симптомов, а именно: более 4 дней в неделю при САР или более 1 мес при КАР. При этом возможно использование следующей терминологии: интермиттирующий (умеренный - тяжелый), сезонный АР; персистирующий (легкий), круглогодичный АР; персистирующий (умеренный - тяжелый), круглогодичный АР и т.д. Однако, по мнению отечественных экспертов, для России более приемлема старая классификация АР, предусматривающая деление его на сезонный и круглогодичный с оценкой степени тяжести болезни, в основу которой положены следующие критерии: выраженность клинических симптомов, степень нарушения сна, степень влияния на повседневную деятельность и физическую активность.

В соответствии с вышеизложенными признаками легкое течение АР характеризуется ограниченным количеством симптомов, которые не мешают каждый день вести нормальный образ жизни и/или не приводят к нарушению сна. При средней степени тяжести симптомы умеренно выражены, мешают привычной деятельности и/или нарушают сон. Тяжелое течение характеризуется выраженными мучительными симптомами, из-за которых пациент не может справиться со своими повседневными обязанностями, у него существенно нарушен сон.

Этиология. Основные этиологические факторы АР: пылевые аллергены, комплекс бытовых аллергенов жилищ (клещи домашней пыли, домашняя пыль, тараканы), эпидермальные аллергены, грибковые аллергены. Основным признаком САР является его повторение в одно и то же время - в весенне-летний сезон. В средней полосе России - конец апреля-май - период пыления ветроопыляемых деревьев (ольха, ива, осина, орешник, тополь, береза, ясень, дуб и др.) и одуванчиков; июнь-июль - луговых злаковых трав и культурных злаков (тимофеевка, мятлик, ежа сборная, овсяница, райграс, пырей, лисохвост, костер, рожь, пшеница); август-сентябрь - сорняков и сложноцветных (полынь, лебеда, подсолнечник, в южных регионах одним из наиболее значимых в структуре полиноза растений является амброзия).

Патогенез. Слизистая оболочка носа подвергается воздействию разнообразных частиц. Благодаря действию мукоцилиарной системы примерно в течение 20 мин происходит их удаление из полости носа. Однако молекулы аллергенов чрезвычайно быстро вызывают аллергическую реакцию, вследствие чего уже через несколько минут после их проникновения возникают чихание, зуд в полости носа, ринорея. Главными участниками аллергического воспаления в слизистой оболочке носа являются тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, базофилы и эндотелиальные клетки. Участие этих клеток определяет развитие ранней и поздней фазы аллергической реакции.

Ранняя фаза аллергической реакции возникает в течение нескольких минут после воздействия аллергена; происходит связывание аллергена со специфическими IgE, фиксированными на тучных клетках, что приводит к активации этих клеток и выделению ими медиаторов воспаления, которые, действуя на эффекторные клеточные структуры, вызывают симптомы АР. В раннюю фазу аллергической реакции такие медиаторы, как гистамин, триптаза, простагландин D₂, лейкотриены (В и С), кинины, действуют на

нейрорецепторы и сосуды слизистой оболочки носа, что объясняет возникновение симптомов ринита.

Поздняя фаза аллергической реакции разворачивается через 4-6 ч после экспозиции аллергена. В этот период отмечается увеличение содержания базофилов и эозинофилов в слизистой оболочке носа. Эта фаза характеризуется вторичным повышением содержания гистамина, но без повышения уровня PGD2 и триптазы, что является признаком активации именно базофилов. Вовлечение в процесс других клеток осуществляется под влиянием механизмов, индуцируемых в раннюю фазу медиаторами тучных клеток. Подготовка миграции клеток из сосудов в ткань обеспечивается изменением кровотока в микрососудах и экспрессией молекул клеточной адгезии на эндотелии и лейкоцитах.

Важную роль в поддержании аллергического воспаления в позднюю фазу аллергического ответа играют эозинофилы. Они вырабатывают ряд катионных белков, которые повреждают респираторный эпителий и усиливают синтез медиаторов воспаления. Т-лимфоциты также участвуют в механизме развития АР. Так, для активации Т-лимфоцитов необходимо прежде всего их взаимодействие с антиген-презентирующими клетками, роль которых могут выполнять клетки Лангерганса, несущие высокоаффинные рецепторы. Лимфоциты накапливаются в ткани в течение довольно продолжительного времени, поэтому цитокины Th2-лимфоцитов вовлекаются в процесс поддержания аллергического воспаления только на заключительных этапах аллергической реакции. IL-4 и IL-13, продуцируемые активированными Th2-клетками, повышают уровень аллерген-специфического IgE у больных АР после очередного воздействия аллергена.

Другие цитокины –IL-3, IL-5, гранулоцитарно-моноцитарный колони-стимулирующий фактор - участвуют в поддержании тканевой эозинофилии за счет стимуляции костномозговых клеток-предшественников, усиливая созревание эозинофилов, их последующую избирательную активацию, продление срока их жизни и угнетение их апоптоза. Принято считать, что изменение клеточного состава во время поздней фазы аллергического ответа за счет поступления эозинофилов, базофилов и Th2-клеток и, следовательно, поддержания активности тучных клеток имеет отношение к изменению общей реактивности слизистой оболочки носа. На таком измененном фоне последующие контакты с аллергеном вызывают более выраженные клинические симптомы. Однажды развившееся воспаление в слизистой оболочке носа сохраняется в течение нескольких недель после воздействия аллергена.

Новой и важной является концепция "минимального персистирующего воспаления". При персистирующем аллергическом рините экспозиция к аллергенам меняется в течение года, имеются периоды, когда это воздействие минимально. Даже при отсутствии симптомов воспаление слизистой оболочки носа сохраняется.

Морфологическим субстратом аллергического ринита является эозинофильная инфильтрация тканей, метаплазия покровного эпителия, большое количество тучных и плазматических клеток.

Один из важных патофизиологических механизмов АР - наличие, наряду с аллерген-специфической гиперчувствительностью, выраженной "неспецифической" гиперреактивности слизистой оболочки носа. Она характеризуется повышенным ответом назальной системы в ответ на тот или иной раздражитель неаллергенной природы.

Назальная гиперреактивность обусловлена следующими факторами: деструкцией и повышенной проницаемостью реснитчатого эпителия; усилением высвобождения

медиаторов; повышением чувствительности рецепторных, медиаторных и эффекторных клеток и, как результат, усилением потока афферентных импульсов в центральную нервную систему.

Граница между нормой и патологией зависит в большой степени от характера, силы воздействия раздражителя и выраженности ответа слизистой оболочки носа. Единичные чихания, небольшую ринорею следует рассматривать, прежде всего, как немедленную реакцию на неспецифические раздражители, т.е. вариант нормальной физиологической реакции слизистой оболочки носа.

Расшифровка механизмов развития АР является основой рациональной терапии, целью которой - воздействие на основные звенья патогенетической цепи этого заболевания.

Клиника. Основные клинические симптомы АР: ринорея (водянистые выделения из носа); чихание (нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно); зуд, реже - чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом неб и глотки), зуд носа может проявляться характерным симптомом - "аллергическим салютом" (постоянное почесывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх), в результате чего у части детей появляется поперечная носовая складка, расчесы, царапины на носу; заложенность носа (характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса; снижение обоняния).

Дополнительные симптомы АР развиваются вследствие обильного выделения секрета из носа, нарушения дренирования околоносовых пазух и проходимости слуховых (евстахиевых) труб:

- * раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и крыльями носа;
- * носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и ковыряния в носу;
- * боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);
- * боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тулоотита).

Аллергический ринит нередко сопровождается появлением глазных симптомов, которые развиваются в результате аллергического конъюнктивита и активации назокорнеального рефлекса: слезотечение, зуд, инъектированность склер и конъюнктивы, фотофобия, темные круги под глазами (следствие венозного застоя, вызванного отеком слизистой оболочки носа и придаточных пазух).

Общие неспецифические симптомы, наблюдаемые при АР:

- * слабость, недомогание, раздражительность;
- * головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания;
- * потеря аппетита, иногда тошнота, чувство дискомфорта в области живота (вследствие проглатывания большого количества слизи или при сопутствующих аллергических заболеваниях);
- * нарушение сна, подавленное настроение;
- * повышение температуры (крайне редко).

Проведение дифференциальной диагностики между САР и КАР иногда бывает затруднительно. Оценка может быть только комплексной с обязательным учетом сезонности наиболее выраженных проявлений заболеваний.

Возрастные особенности аллергического ринита у детей. До 3-летнего возраста характерны симптомы: заложенность носа с отеком слизистой оболочки и слизистыми выделениями, отек кончика носа, чихание, зуд. У детей младшего возраста АР сопровождаются "аллергическим тиком" - они морщат нос. Старшие дети попеременно прижимают и опускают кончик носа или поднимают его ладонью вверх ("аллергический салют"). При этом образуется красная поперечная полоса в области кончика носа. Под глазами формируются "аллергические круги". С возрастом может развиваться неправильный прикус с высоким стоянием верхнего неба. Выделения из носа могут быть нейтральными или раздражающими, что в последнем случае ведет к мацерации кожи вокруг входа в нос, трещинам. У детей младшего возраста выделения могут иметь вид молочной пены, жалуются на зуд не только в области носа, но и в ушах, нёбе, пытаются облегчить его с помощью звучного "щелканья" или интенсивно вибрируют пальцем в слуховом проходе. Редкий симптом зуда в гортани облегчается приступообразными кашлевыми толчками с типичным "ларингитным" звучанием. Зуд задней стенки глотки, гортани сопровождается периодическим звучным откашливанием. Течение АР у детей младшего возраста нередко сопровождается аллергическими высыпаниями на коже, наружным отитом с появлением сухих корочек или трещин в области основания мочки уха, по месту прикрепления ушной раковины.

Диагностика. Анамнез. У пациента выясняется отягощенность семейного анамнеза по аллергическим заболеваниям и наличие других аллергических заболеваний у самого пациента (атопический дерматит, бронхиальная астма, проявления пищевой, лекарственной аллергии), которые помогают врачу в верификации аллергической природы затяжного или рецидивирующего ринита. Однако следует подчеркнуть, что отсутствие семейного и личного аллергологического анамнеза ни в коей мере не отрицает вероятность аллергической природы ринита. То же самое следует иметь в виду и в отношении факторов пре- и перинатальной патологии, которым придается особое значение отечественными педиатрами. Ни один из них не является строго доказанным фактором патогенеза АР. Важно выявить возможные предрасполагающие и провоцирующие факторы.

Кожные пробы. Этот метод диагностики *in vitro* является первым уровнем специфической аллергодиагностики. Используются скарификационные кожные пробы (наиболее приняты в России) или пробы с "микроуколом" (prick-test). Они проводятся в период клинической ремиссии основного заболевания и после санации очагов хронической инфекции. Показанием для проведения кожных проб являются данные анамнеза, указывающие на возможную роль того или иного аллергена или группы аллергенов в развитии заболевания. Скарификационные пробы просты по технике выполнения, довольно легко переносятся детьми, высоко специфичны. Для скарификационных проб используют растворы экстрактов аллергенов, содержащие 10 тыс. единиц белкового азота (PNU) в 1 мл.

Одномоментно с аллергенами ставятся пробы с экстрагирующей жидкостью (контроль отрицательной пробы) и с гистамином в разведении 1:1000 (контроль положительной пробы). Пробы с гистамином и тест-контрольной жидкостью проводятся на дистальном конце предплечья. Затем на расстоянии 3-4 см друг от друга наносятся капли соответствующих растворов. Одномоментно можно ставить 10-15 проб. При этом кожу предварительно обрабатывают 70° спиртом и дают просохнуть. Через капли стерильными скарификационными, отдельными для каждого аллергена перьями наносят царапины длиной до 5 мм. Скарификация делается так, чтобы не повредить кровеносные сосуды. Через 15 мин капли подсыхают или их промокают стерильными ватными шариками. Реакцию оценивают через 20 минут.

Противопоказанием для проведения кожных проб, кроме обострения основного заболевания, являются острые интеркуррентные инфекционные заболевания, ревматизм и туберкулез в период обострения процесса, нервные и психические заболевания, стадии декомпенсации при болезнях сердца, печени, почек и системы крови. Не проводят кожные пробы на фоне лечения кортикостероидными и антигистаминными препаратами, так как они могут снижать кожную чувствительность. При невозможности проведения кожных проб для выявления причиннозначимых аллергенов проводят определение титра специфических IgE антител в сыворотке крови. Для этого используют радиоиммунные, иммуноферментные, хемилюминесцентные методы диагностики. Повышенный уровень общего IgE в сыворотке крови подтверждает аллергический генез заболевания.

Риноскопия. При риноскопии у больных АР выявляется неравномерная окраска носовых раковин: от бледно-розовой, пятнистой до синюшной и бледной (матовой).

Отоскопия. При отоскопическом обследовании можно выявить втянутость барабанных перепонок с потерей характерного блеска или явления острого экссудативного отита, иногда с просвечивающим пенистым содержимым барабанной полости. При этом дети жалуются на треск, щелканье в ухе, острое снижение слуха.

Фарингоскопия. В носоглотке определяются обильные серозно-слизистые выделения из полости носа и слизь, продуцируемая железами носоглоточной миндалины, которые стекают по задней стенке глотки. Слизистая оболочка глотки может быть гиперемированной, миндалины - отечны, сосуды мягкого нёба инъецированы.

Эндоскопия. Эндоскопическое обследование полости носа проводится с помощью современных тонких (диаметром 1,9; 2,7; 4 мм), гибких или ригидных риноэндоскопов. При острой аллергической реакции эндоскопическая картина характеризуется обилием секрета с пузырьками воздуха; отечный передний конец нижней носовой раковины резко выступает, ярко-красный цвет (в начале воспаления) сменяется "персиковым". Средняя часть нижней носовой раковины заполняет собой носовую полость. Средний носовой ход блокируется резко отечной средней носовой раковиной, крючковидным отростком, слизистой в области вала носа. Можно видеть пульсацию, обильное выделение жидкости, резкий отек и блокаду носослезного канала с его пролапсом. Блокада этого канала ведет к стазу с последующим обильным слезотечением.

Эндоскопические признаки КАР с текущим хроническим воспалением проявляются в виде хронического отека нижних носовых раковин, особенно передних отделов, которые могут приобретать дольчатый вид, при этом задние отделы могут не изменяться. На отечном переднем участке средних носовых раковин появляется поперечная борозда. Слизистая оболочка средних, верхних носовых раковин, носовой перегородки, где концентрируется наибольшее количество постоянно вдыхаемых аллергенов, подвергается вначале полипозной гиперплазии, а затем могут появляться слизистые полипы. Истинные полипы носа у детей = редкое явление. Как правило, у детей с АР выявляются увеличенные аденоидные вегетации. У детей с КАР аденоидит, как и синусит приобретают черты хронического воспаления.

Рентгенография околоносовых пазух. Это исследование проводится у детей в случае подозрения на латентные или явные формы инфекционных синуситов, при подозрении на кисты пазух, при обнаружении полипов в полости носа. Для аллергического риносинусита характерны изменения околоносовых пазух в вид утолщения слизистой оболочки, тотального затемнения или подушкообразных теней, кольцевидного пристеночного отека слизистой оболочки (реже определяется горизонтальный уровень серозного экссудата).

Специальные методы обследования. Для дифференциальной диагностики АР с другими заболеваниями полости носа и пазух используется определение эозинофилии в носовом секрете (лучше использовать отпечатки с поверхности носовых раковин на специальных шлифовальных стеклах. В этом случае в мазке сохраняется не только количество эозинофилов, но и их групповое расположение, что подтверждает диагноз; высокое содержание эозинофилов подтверждает диагноз АР, однако следует подчеркнуть, что низкое содержание эозинофилов в мазках-отпечатках не исключает диагноз АР);

Лечение проводится с использованием общих и местных методов воздействия на организм с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Комплекс терапевтических мероприятий включает:

- * контроль за окружающей больного средой: устранение или уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами и неспецифическими триггерами;
- * фармакотерапию;
- * специфическую иммунотерапию (аллерговакцинацию);
- * обучение родителей детей, страдающих АР.

Контроль за средой, окружающей больного ребенка - исключение аллергенов из окружения ребенка является наиболее оптимальным направлением в терапии АР. С этой целью предпринимаются мероприятия, направленные на снижение концентрации аэроаллергенов в жилых помещениях: регулярная уборка, удаление домашних животных, аквариума, очагов плесени, цветов.

Фармакотерапия предусматривает использование препаратов, действие которых направлено на купирование острых проявлений аллергического ринита и предупреждение последующих обострений. С этой целью применяются:

- * антигистаминные препараты (системного и местного действия);
- * стабилизаторы мембран тучных клеток (системного и местного действия);
- * глюкокортикостероидные препараты (местного и системного действия);
- * сосудосуживающие препараты (местного и системного действия).

Антигистаминные препараты. 1) Системные антигистаминные препараты включают препараты первого, второго и третьего поколений. Они обладают хорошим противозудным эффектом, позволяют устранить чихание и ринорею, но не оказывают заметного терапевтического эффекта при заложенности носа. Существуют сведения о том, что активный метаболит лоратадина - дезлоратадин (эриус)- способен оказывать клинически значимое воздействие на этот симптом АР. Прием антигистаминных препаратов первого поколения ограничен их седативным и антихолинэргическим эффектами. Эти препараты в основном заменены антигистаминными средствами второго и третьего поколений - лоратадином, цетиризином, фексофенадином, дезлоратадином, -обладающими высокой терапевтической активностью и минимальными побочными эффектами. Антигистаминные препараты второго и третьего поколений, помимо блокады H₁-гистаминовых рецепторов, могут влиять и на функцию и активность клеток, участвующих в аллергическом воспалении (в частности, эозинофилов и эпителиальных клеток тормозить вызванное активированными эозинофилами высвобождение медиаторов воспаления (IL-8, GM-CSF) и молекул клеточной адгезии (ICAM-1); изменять активность и/или биодоступность провоспалительных медиаторов.

Предполагается, что эти эффекты в наибольшей степени присущи препарату дезлоратадин (Эриус), чем объясняется его более выраженное воздействие на такой симптом АР, как назальная обструкция. Длительность применения антигистаминных препаратов первого поколения составляет 7-14 дней, поскольку в дальнейшем происходит снижение их

терапевтической эффективности (привыкание). Антигистаминные препараты второго и третьего поколений могут использоваться более длительными курсами (от 14 до 28 дней и более) из-за отсутствия привыкания. Они характеризуются большей продолжительностью действия (12 до 24 ч), что позволяет назначать их один или два раза в сутки.

При выборе антигистаминного препарата должны учитываться индивидуальная чувствительность пациента к конкретному препарату, доступность и стоимость лекарственного средства, а также возможность развития нежелательных побочных эффектов (влияние на ЦНС и сердечно-сосудистую систему).

2) Топические антигистаминные препараты. В настоящее время в терапии АР используются два антигистаминных препарата для местного применения: азеластин (Аллергодил). Они применяются у детей старше 5 лет в форме назального спрея. Препарат уменьшает ринорею и чихание и при регулярном использовании могут предотвратить развитие симптомов АР. Кроме того, они выпускаются в форме глазных капель для лечения аллергического конъюнктивита. Эти препараты по эффективности сравнимы с пероральными антигистаминными средствами. В качестве местного лекарственного средства для лечения АР у детей используется комбинированный препарат Виброцил, который содержит диметинден, блокирующий H₁-гистаминовые рецепторы, и фенилэфрин, селективно стимулирующий α₁-адренергические рецепторы (слизистой оболочки носа и оказывающий сосудосуживающее и противоотечное действие).

Стабилизаторы мембран тучных клеток. К препаратам данной группы, применяемым в терапии АР, относится кетотифен (задитен), обладающий системным действием, и кромоны, используемые для местной терапии. Важное значение в лечении АР у детей имеют кромоны - препараты кромоглициевой кислоты (кромоглин, кромопол, ломусол), действующие на раннюю и позднюю фазы аллергического ВОСЛ. Они обладают умеренным терапевтическим действием по отношению к таким симптомам, как зуд, чихание, ринорея, поэтому используются в качестве профилактических средств при сезонном АР (назначаются за 14-30 дней до периода активной поллинииции), а также могут входить в курс лечения детей, страдающих круглогодичным АР легкого течения. Кромоны выпускаются в виде спреев для интраназального введения. Их назначают детям, начиная с двухлетнего возраста 3-4 раза в сут. в течение 1-2 мес. В некоторых случаях допустимо более раннее их назначение в качестве лечебного и профилактического средства у детей первого года жизни, имеющих симптомы АР легкого или среднетяжелого течения.

Местные (интраназальные) ГК являются препаратами выбора в лечении аллергического ринита, они эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как зуд, чихание, ринорея, заложенность носа.

Начало действия интраназальных ГК приходится на 2-3 день лечения, максимальный эффект развивается на 2-3 неделе. Для достижения контроля над заболеванием рекомендуют их регулярное применение. Интраназальные ГК обычно хорошо переносятся. К преимуществам препаратов этой группы относится возможность их применения 1 раз в сутки и минимальная системная абсорбция. Побочные эффекты возникают в 5-10 % случаев, среди местных эффектов наиболее распространены чихание, жжение, раздражение слизистой оболочки носовой полости. Однако эти симптомы выражены минимально и не требуют отмены препарата. Предпочтительно применение водных растворов, так как они в меньшей степени вызывают раздражение слизистой оболочки носовой полости. Мометазон, флутиказон, беклометазон и будесонид адекватно контролируют симптомы аллергического ринита и хорошо

переносятся. Мометазон применяют у детей с 2-летнего возраста, назначают по 1 ингаляции (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки.

Применение мометазона приводит к уменьшению симптомов аллергического ринита, повышает качество жизни пациентов и улучшает обонятельную функцию. Флутиказон разрешен к применению у детей с 4 лет, назначают по одной дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг. Бекламетозон применяют у детей с 6 лет, назначают по 1-2 ингаляции (50-100 мкг) 2-4 раза в сутки в зависимости от возраста. Будесонид разрешен к применению с 6 лет, назначают по одной дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 200 мкг.

Антибактериальная терапия. Развитие синусита, проходящего стадии острого отечного, катарального воспаления, не требуют назначения системной антибиотикотерапии.

Поэтому в течение первых 6-7 дней, которые и соответствуют этим стадиям, системные антибиотики можно не назначать. Представляет интерес антибактериальная терапия топического (локального) применения: фюзафюнжин (биопарокс), фрамицетин (изофра), мупироцин (бактробан), рифамицин (отофа).

Сосудосуживающие средства. Топические сосудосуживающие средства, или деконгестанты самостоятельного значения в лечении АР не имеют. Допустимая продолжительность их применения примерно в 2 раза меньше, чем у взрослых пациентов (3-7 дней).

Увлажняющие средства. Эта группа препаратов имеет особое значение в терапии АР у детей. В связи с возрастными ограничениями по приему других топических противоаллергических препаратов они актуальны для детей грудного и ясельного возраста. Регулярные орошения слизистых оболочек солевыми растворами снижают интенсивность зуда, ринореи, ослабляют блокаду носа (особенно при КАР), снижают концентрацию причинно-значимых аллергенов на слизистой оболочке верхних дыхательных путей.

Специфическая иммунотерапия (СИТ, аллерговакцинация) - один из важнейших методов терапии сезонного и круглогодичного аллергических ринитов. Ее проведение на ранних этапах развития заболевания позволяет добиться стойкой ремиссии.

Иммунотерапия аллергенами - это применение у больного с аллергией аллергенной вакцины в постепенно повышающихся концентрациях и объемах с достижением такой дозы, при которой происходит снижение выраженности симптомов при повторных контактах с причинно-значимым аллергеном. Большинство применяемых в России аллергенных экстрактов стандартизуется по единицам белкового азота (PNU).

Одна единица белкового азота соответствует 0,01 мкг белкового азота. Это количественная оценка дозы аллергена, которая не может служить прямой характеристикой аллергенной активности экстракта. И хотя такая система стандартизации не является точной, потребуется еще много времени и усилий, пока не будут установлены контрольные стандарты и количественные характеристики для всех существующих экстрактов аллергенов с помощью системы международных единиц (МЕ). Международные единицы основаны на сравнении аллергенной активности выпускаемого экстракта *in vitro* со стандартными референс-препаратами ВОЗ.

Схемы проведения иммунотерапии. В клинической практике используют две формы проведения иммунотерапии: круглогодичную и предсезонную.

Предсезонное лечение, проводимое при пыльцевой аллергии, начинают, как правило, за 3-6 мес до начала обострения, связанного с цветением. Больной получает инъекции аллергена каждый день до достижения максимально переносимой дозы, заканчивая курс

за 1-2 нед до начала сезона. На следующий год терапию начинают в то же время. Кроме предсезонного лечения используется круглогодичное введение причинно-значимых аллергенов, что обеспечивает более выраженный клинический эффект за счет введения большей дозы аллергена. Суммарная эффективная доза вводимого за курс аллергена не должна быть меньше 4000 единиц белкового азота (PNU). В настоящее время для проведения иммунотерапии наряду с подкожными инъекциями используют сублингвальный способ введения.

Ступенчатый подход к терапии аллергического ринита. Современные рекомендации по лечению АР у детей основаны на ступенчатом подходе с оценкой степени тяжести данного заболевания. Данный подход позволяет назначить рациональную терапию, предусматривающую использование различных препаратов системного или местного действия с учетом тяжести заболевания и выраженности назальных симптомов. Используя комбинацию препаратов у детей, страдающих АР, с соблюдением элиминационных мероприятий и проведением СИТ можно добиться длительного контроля за течением болезни и предотвратить развитие тяжелых осложнений со стороны верхних дыхательных путей.

Литература

1. Ильина Н.И. Аллергический ринит // *Consilium medicum*. - 2000. - Т. 2, №8. - С. 334-338.
2. Ревякина В.А. Современный взгляд на проблему аллергических ринитов у детей // *Лечащий врач*. - 2001. - №3. - С. 22-27.
3. Чучалин А.Г. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Руководство для практикующих врачей. - М., 2004.
4. Аллергический ринит у детей: Пособие для врачей. - М., 2002. - С. 68-70.
5. Baker J.R. (ed.) *Primer on allergic and immunologic diseases* (4 th Ed.) // *JAMA*. - 1997. - Vol. 278, №22. - P. 1799-2034.
6. Stroebe R., Graft D., Tacahashi M. et al. Health Care Guideline Rhinitis. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2000. [www.icsi.org/guidelst.htm#guidelines]
7. Dykewicz M.S., Fineman S., Nicklas R. et al. Diagnosis and management of rhinitis: parameter document of the joint task force on practice parameters in allergy, asthma, & immunology // *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology*. - 1998. - Vol. 81 (Part II). - P. 463-468.
8. Warner J.A. Controlling indoor allergens // *Pediatr. Allergy Immunol.* - 2000. - Vol. 11. - P. 208-219.

Статья поступила в редакцию 12.05.2008г.