

Педиатрические и оториноларингологические аспекты аллергического ринита

М.Р. Богомильский, А.И. Асманов, Л.А. Бабакина

Allergic rhinitis: pediatric and otorhinolaryngological aspects

M.R. Bogomilsky, A.I. Asmanov, L.A. Babakina

Российский государственный медицинский университет; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Рассматриваются современные аспекты классификации и диагностики аллергического ринита у детей. Приведена тактика консервативного и хирургического лечения заболевания. Обсуждаемые практические вопросы касаются детских аллергологов и ЛОР-педиатров. Изложена совместная тактика ведения таких больных, обращено внимание на преемственность наблюдения и лечения специалистами.

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

The paper considers the current aspects of the classification and diagnosis of allergic rhinitis in children. It describes medical and surgical tactics for the disease. The discussed practical issues concern pediatric allergists and pediatric ENT specialists. A joint tactic for management of these patients is outlined. Attention is given to the continuity of a follow-up and treatment by specialists.

Key words: children, allergic rhinitis, diagnosis, treatment.

Согласно современным взглядам, аллергический ринит характеризуется как хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся симптомокомплексом в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости. В Международной классификации МКБ-10 выделены два основных варианта аллергического ринита: сезонный и круглогодичный. При этом, как видно из названия, сезонный аллергический ринит характеризуется строгой сезонностью, когда симптомы ежегодно проявляются в одно и то же время (в период цветения определенных видов растений). Следует отметить, что сезонный аллергический ринит довольно часто может трансформироваться в круглогодичный вариант. Это связано, как правило, с перекрестной иммунной реактивностью, возникающей

при потреблении пищевых продуктов из растений, относящихся к разным классам, но имеющих сходную химическую структуру. Такие реакции вызывают, например, пыльца амброзии, продукты подсолнуха, пыльца березы и орехи.

Круглогодичный аллергический ринит в большей степени обусловлен воздействием ингаляционных аллергенов жилищ, клещей домашней пыли, аллергенов домашних животных, тараканов, насекомых и др. Симптоматика заболевания может носить периодический или постоянный характер без четких сезонных колебаний на протяжении всего года. Одним из патогномичных признаков данной формы ринита является так называемый эффект элиминации, когда симптомы заболевания стихают или полностью нивелируются при смене постоянного места жительства.

В ряде случаев, а именно при комбинированной сенсибилизации организма бытовым и пыльцевым аллергеном, форму аллергического ринита определить достаточно сложно, даже с помощью специальных иммуноаллергологических исследований. Вероятно, этим объясняется позиция ряда авторов, предлагающих не разграничивать заболевание на сезонную и круглогодичную формы, и других ученых, рекомендующих выделять третью, смешанную, форму — аллергический ринит.

При постановке клинического диагноза выделяют три степени тяжести аллергического ринита — легкую, среднетяжелую, тяжелую. При легком течении

© Коллектив авторов, 2010

Ros Vestn Perinatol Pediat 2010; 4:81–88

Адрес для корреспонденции: Богомильский Михаил Рафаилович — член-корр. РАМН, засл. деятель науки РФ, проф., зав.каф. ЛОР-болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета

Асманов Алан Исмаилович — асп. каф. ЛОР-болезней педиатрического факультета РГМУ

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

Бабакина Лидия Александровна — к.м.н., ЛОР-аллерголог консультативной поликлиники Морозовской детской городской клинической больницы

Москва, 4-й Добрынинский пер. д. 1

наблюдается ограниченное количество симптомов, которые существенно не влияют на качество жизни. При среднетяжелой форме умеренная выраженность симптомов заболевания уже мешает нормальной жизнедеятельности, а при тяжелом течении — отмечаются выраженные, вплоть до мучительных, симптомы, серьезно ухудшающие качество жизни.

Аллергический ринит относится к наиболее распространенным заболеваниям ЛОР-органов, которым страдают от 10 до 60% людей нашей планеты [1]. Такой разброс эпидемиологических данных обусловлен регионом и проводимыми методами исследования. Вместе с тем, по данным литературы, отмечается четкая тенденция к увеличению распространенности заболевания. Так, установлено, что за последние 20 лет количество случаев сезонного аллергического ринита как у детей, так и у взрослых увеличилось почти в 3 раза [2]. При этом доля сезонного варианта в структуре аллергического ринита превышает почти в 2 раза (от 1 до 40%) долю его круглогодичной формы (от 1 до 18%) [3].

Аллергический ринит поражает 20–30% населения Великобритании [4]. Эпидемиологическая картина аллергических заболеваний, включая ринит, в Российской Федерации, по данным международной программы ISAAC (“International Study of Asthma and Allergic in Childhood”), за период с 1993 по 2000 г. составила от 3,3 до 35% (в среднем 16,5%). Распространенность аллергического ринита в разных регионах нашей страны колеблется от 9,8 до 34% [5].

Как отечественные, так и зарубежные исследователи едины в мнении, что высокая частота данной патологии и продолжающаяся тенденция к ее росту несомненно связаны с интенсивным развитием в последние годы промышленности, а именно, химизацией производства, сельского хозяйства. В возникновении и клиническом течении многих аллергических заболеваний верхних дыхательных путей большую роль играют факторы внешней среды, в том числе особенности климата, ландшафта, географического положения, загрязненность атмосферы аэроаллергенами, загрязнение окружающей среды различными ксенобиотиками [6]. Немаловажное значение в формировании аллергического ринита имеет также сенсибилизирующее действие многих вакцин и сывороток, бесконтрольное использование населением лекарственных веществ [7].

В детском возрасте чаще болеют мальчики, среди взрослых соотношение больных разного пола выравнивается [8, 9]. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей чаще возникают в возрасте 6–13 лет, хотя аллергический ринит нередко развивается у детей моложе 5 лет. Отмечены даже случаи возникновения заболевания у детей 6-месячного возраста [10].

Известно, что в основе развития аллергического ринита лежит сенсибилизация к различным видам

аллергенов [11, 12]. Истинность аллергической природы ринита принято оценивать по наличию/отсутствию соответствующей взаимосвязи имеющихся симптомов ринита и сезонной или географической экспозиции к конкретному аллергену [9].

Аллергическое воспаление, лежащее в основе ринита, является сложным процессом, при котором экзогенные аллергены запускают особую форму воспаления слизистых оболочек с вовлечением стволовых клеток, Т-лимфоцитов, эозинофилов, а также нейтрофилов при остром и хроническом воспалении органов-мишеней [13–16]. В частности, сезонный аллергический ринит вследствие аллергии к пыльце является классическим прототипом атопической болезни, основанной на IgE-опосредованном механизме, в котором основную роль играют стволовые клетки слизистой оболочки [16–18]. При круглогодичном рините ситуация несколько сложнее, поскольку при этом состоянии обычно не совсем ясны причины сенсибилизации, а также основные механизмы патогенеза.

Вместе с тем следует отметить, что симптомы, характерные для аллергического ринита, могут отмечаться при полном отсутствии какой-либо специфической сенсибилизации, являясь при этом следствием гиперреактивности слизистой носа в ответ на эндогенные и/или экзогенные стимуляторы [19–21]. Более того, аллергические и неаллергические механизмы нередко действуют в совокупности, создавая «порочный круг». При этом большое значение для клинической манифестации и прогрессирования заболевания имеют анатомические особенности респираторного тракта (искривление носовой перегородки) и некоторая сочетанная патология, сопровождающаяся стойким нарушением носового дыхания у детей (гипертрофия глоточной миндалины, полипы полости носа) [22]. Подобный неблагоприятный фон усугубляет течение и создает трудности лечения аллергического ринита у детей. Однако работ, посвященных данной проблеме, опубликовано недостаточно.

Клиническая картина заболевания у детей варьирует в зависимости от возраста ребенка. Ведущим симптомом у детей первого года жизни является нарушение носового дыхания вследствие отека слизистой оболочки носовых раковин. Как известно, у новорожденных и детей раннего возраста кавернозная ткань имеется не только в слизистой оболочке носовых раковин, но и в слизистой оболочке носа, что определяет максимальное затруднение носового дыхания у детей в данной возрастной группе. У них отмечаются симптомы интоксикации той или иной степени выраженности. Дети плохо сосут, вплоть до полного отказа от груди, становятся капризными, теряют в массе тела, в то время как свойственные детям старшего возраста приступообразное дыхание и обильное отделяемое слизистого характера в раннем

возрасте практически не встречается.

Риноскопическая картина слизистой оболочки при аллергическом рините проявляется ее отеком и синюшностью, особенно в области нижних носовых раковин.

Аллергический ринит у детей раннего возраста отличается крайним упорством с нередким вовлечением в процесс верхнечелюстных и задних решетчатых пазух. Часто отмечаются разрастания аденоидных вегетаций, увеличение регионарных шейных лимфатических узлов. У детей в этом возрасте при аллергическом рините выявляются и другие клинические признаки. На коже лица, чаще в области щек, заушной складки определяется сухость кожи с участками шелушения, переходящими в мокнутие. Наблюдается усиленное потоотделение, приводящее к легкому возникновению потницы и гнойничковых поражений. Характерна температурная неустойчивость. Отмечается склонность к вздутию живота, рвоте.

У детей младшего возраста заболевание сопровождается «аллергическим тиком» — дети морщат нос, а старшие дети попеременно прижимают и опускают кончик носа или приподнимают его ладонью кверху («аллергический салют»). При этом в области кончика носа формируется поперечная полоска, а под глазами «аллергические круги». С возрастом, по мере прогрессирования заболевания, формируется неправильный прикус с «готическим» небом.

Выделения из носа могут быть нейтральными или раздражающими, что ведет к мацерации кожи вокруг носа и трещинам. Нередко дети расчесывают верхнюю губу до крови, жалуются на зуд не только в области носа, но и в ушах, небе, задней стенке глотки, гортани, что сопровождается навязчивым откашливанием.

Диагностика аллергического ринита помимо клинико-anamnestических данных и локального наружного и риноскопического осмотра основывается на специальных методах исследования, среди которых рутинным общепризнан метод кожного тестирования. Кожные пробы проводятся в период ремиссии и после санации очагов хронической инфекции. Важное значение имеет также иммунологическое исследование (определение общего и аллергенспецифического IgE) в сыворотке крови и носовом секрете, что особенно актуально в случае наличия противопоказаний для проведения кожных проб.

Кроме того, существует множество дополнительных методов: исследование субпопуляций лимфоцитов, секреторная эозинофилия, провокационные назальные тесты, исследование медиаторов воспаления в назальном секрете, ринопневмометрия, определение мукоцилиарного транспорта, pH отделяемого носа, ольфактометрия, рентгенография и компьютерная томография околоносовых пазух, морфогистохимические, иммуноморфологические исследования и др. Хотя, следует подчеркнуть, большинство перечисленных методов не являются рутинными и обязательными, а используются лишь в исследовательской работе и в целях дифференциальной диагностики заболевания с ложноаллергической формой ринита, муковисцидозом, первично цилиарной недостаточностью, рецидивирующим инфекционным ринитом, медицинским ринитом, доброкачественными и злокачественными опухолями.

Однако в клинической практике, как в педиатрии, так и в детской оториноларингологии, наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика аллергического ринита и ОРВИ, критерии которой представлены в таблице.

ЛЕЧЕНИЕ

На сегодняшний день существует множество способов лечения аллергического ринита. При выборе тактики лечения исходят из того, что для этого заболевания характерны все черты классического аллергического состояния: повышенная чувствительность к аллергенам, хроническое течение с периодами обострения, формирование персистирующего аллергического воспаления и неспецифической гиперреактивности к разнообразным провоцирующим факторам, что обуславливает необходимость комплексного подхода к терапии, включающей как патогенетическое, так и симптоматическое лечение.

Трудности лечения заключаются в том, что для аллергического ринита характерно длительное, упорное течение. Существующие в настоящее время методы лечения заболевания можно разделить на следующие виды:

1. Неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия.
2. Специфическая гипосенсибилизирующая терапия.
3. Методы рефлекторного влияния.
4. Физиотерапевтические методы лечения.
5. Хирургические методы лечения.

Консервативная терапия предусматривает применение различных патогенетических и симптоматических лекарственных средств. При выборе лекарственного препарата нужно четко определить цель лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Если есть возможность прогнозирования появления симптомов (например, при сезонном рините), лучше проводить лечение, не дожидаясь обострения. Во всех случаях необходимо стремиться к устранению аллергена, т.е. проводить элиминационную терапию. Адекватная терапия аллергического ринита у детей зависит и от степени хронизации имеющихся симптомов [22, 23].

В клинической практике лечение обычно сводится к

Таблица. Дифференциально-диагностические признаки ОРВИ и обострившегося аллергического ринита

Клинические и параклинические признаки	ОРВИ	Обострение аллергического риносинусита
Сезонность	Осень — весна	Круглый год
Наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями	Встречается редко	Почти постоянно
Рецидивирующий характер заболевания	Менее выражен	Выражен
Наличие аллергических заболеваний других органов и систем	Наблюдается редко	Отмечается часто
Начало заболевания	Чаше острое	Чаше постепенное
Характерная температура тела	До 38—30°C	Чаше нормальная
Степень интоксикации	Умеренно выражена	Не выражена
Зуд полости носа	Отсутствует	Выражен
Чиханье	Наблюдается редко	Наблюдается часто
Периферическая кровь	Чаше нейтрофилез, повышенная СОЭ	Эозинофилия, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
Выделения из носа	Слизисто-сукровичные в значительном количестве	Чаше водянистые, обильные, нередко пенистые
Слизистая оболочка носа	Умеренно гиперемирована	Синюшная, бледно-розовая с пятнами Воячека
Носовые раковины	Увеличены в объеме, гиперемированы	Увеличены в объеме, нередко восковидные
Рентгенологические изменения в околоносовых пазухах	Отсутствуют или носят реактивный характер	Нарушения пневматизации разной степени, наличие «ложных» кист
Эффект антимикробной терапии	Выражен	Не выражен
Продолжительность болезни	1—1,5 нед	2—4 нед

следующим важнейшим мероприятием: 1) контроль за факторами окружающей среды (устранение или уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами и неспецифическими триггер-факторами); 2) собственно фармакотерапия; 3) специфическая иммунотерапия (так называемая «аллерговакцинация»), 4) обучение родителей больных детей; 5) хирургические методы лечения [14, 24].

Рекомендации Международного консенсуса по диагностике и лечению ринита выглядят следующим образом («ступенчатая схема лечения ринита»):

1. Круглогодичный аллергический ринит у детей: а) устранение аллергенов и раздражающих веществ, например, пассивного курения; б) натрия кромогликат интраназально; в) внутрь — блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, не дающие седативный эффект; в) при неэффективности или длительном воздействии аллергена — интраназальные глюкокортикоиды.

2. Сезонный аллергический ринит — устранение аллергенов, а далее в зависимости от выраженности и тяжести течения; при легком течении или перио-

дически появляющихся симптомах (при обострении) — быстродействующие блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, не обладающие седативной активностью (пероральные или топические), или натрия кромогликат местно в глаза и/или в нос; при среднетяжелом течении с выраженными проявлениями со стороны полости носа — ежедневно глюкокортикоиды интраназально (начинать лечение в начале сезона) и/или деконгестанты, а также антигистаминные средства или кромогликат в глаза; при среднетяжелом течении с выраженными «глазными» симптомами — блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, не дающие седативный эффект (внутри), или глюкокортикоиды интраназально и натрия кромогликат в глаза; при неэффективности — направить пациента к специалисту для дальнейшего обследования: эндоскопия носа, аллергологические пробы, дополнительная фармакотерапия, например, системные глюкокортикоиды; в экстренных случаях возможна иммунотерапия [25].

Антигистаминные препараты. Среди них выделяют препараты системного действия (преимущест-

венно средства нового поколения: кларитин, зиртек, кестин, телфаст, эриус и т.д.) и местного действия (виброцил, гистимет, аллергодил и т.д.).

Первые из них обладают выраженным противо-зудным свойством, уменьшают чихание, ринорею, но не оказывают заметного терапевтического воздействия при заложенности носа. Антигистаминные препараты местного действия выпускаются в виде капель, назальных спреев и применяются 2 раза в день. В ряде случаев они имеют преимущество перед их пероральными формами, в частности, оказывают более раннее действие и дают только местный эффект.

В данной группе антигистаминных препаратов особое внимание как оториноларингологов, так и аллергологов в последние годы привлекает препарат аллергодил (азеластин), производимый в Германии компанией «Меда Фармасьютикалс Швейцария ГмбХ». У пациентов с легкой и умеренной степенью аллергического ринита целесообразно использовать аллергодил. Аллергодил — альтернатива гормональным спреям при легкой и среднетяжелой формах ринита. Препарат действует быстро: эффект наступает при использовании глазных капель через 3 мин, назального спрея — 15 мин. Кроме того, экономически выгоден. Аллергодил обладает мощным H₁-антагонизмом и имеет следующие свойства: уменьшение медиаторов тучных клеток, т.е. гистамина, простагландинов, лейкотриенов; ингибирование воспалительного процесса; снижение уровня интерлейкина-4 и CD23, которые запускают синтез IgE. Указанные свойства делают аллергодил уникальным препаратом. Помимо выраженного мультиспецифического воздействия на звенья патогенеза аллергического ринита (антигистаминное, противовоспалительное, стабилизирует мембраны тучных клеток), у аллергодила по сравнению с традиционными системными антигистаминными препаратами отсутствуют системные

побочные эффекты (см. схему). Более того, его применение эффективно у пациентов всех возрастных групп, резистентных к системным антигистаминным лекарственным средствам. Аллергодил является единственным признанным препаратом для лечения вазомоторного ринита. Аллергодил выпускается также в форме назального спрея и глазных капель, что особенно важно при лечении аллергических рино-конъюнктивитов у детей.

Стабилизаторы мембран тучных клеток (системного и местного действия). Натрия кромогликат (ломузол, кромосол, кромогексал, кромоглин) — препарат для местного применения, который угнетает IgE-зависимые аллергические реакции за счет предупреждения высвобождения гистамина и других медиаторов тучными клетками. Однако кромоны медленно купируют симптомы аллергии, их лечебный эффект развивается на фоне длительного и регулярного приема 3–4 раза в день. Кроме того, эффективность кромонов при круглогодичном аллергическом рините довольно низка.

Сосудосуживающие средства. Из антиконгестантов местного действия у детей чаще применяются α-адреномиметики нафтизин (санорин), галазолин (отривин) и др., которые влияют на активность симпатической регуляции тонуса кровеносных сосудов через адренергические рецепторы. Они обладают противоотечным свойством и уменьшают заложенность носа. Установлено, что кратковременное местное применение этих средств не сопровождается выраженными функциональными или морфологическими изменениями слизистой оболочки носа. Курс лечения не рекомендуется продолжать более 7–10 дней, в связи с риском развития медикаментозного ринита. Детям в возрасте до 1 года назначать местные вазоконстрикторы достаточно опасно, учитывая небольшую разницу между терапевтической и токсич-

Схема



ческой дозой [26]. Современные сосудосуживающие средства системного действия — ринопронт, колдак, клариназе и т.д. — это комбинированные препараты, оказывающие сосудосуживающее, антигистаминное и холинолитическое действие; они имеют ряд возрастных ограничений [26, 27].

Антихолинергические средства. Препараты наподобие ипратропиума бромид и окситропиума бромид используются для купирования ринореи, опосредуемой через холинергические рецепторы, расположенные на железах слизистой оболочки носа. Эти лекарственные средства назначаются в тех случаях, когда изолированная ринорея не поддается монотерапии антигистаминными препаратами или топическими кортикостероидами [28]. Ипратропиума бромид пока не получил широкого распространения в России и других странах Восточной Европы.

Глюкокортикостероидные средства. Совершенно очевидно, что адекватная терапия аллергического ринита оказывает благоприятное влияние на нижние дыхательные пути, а интраназальное назначение кортикостероидов достоверно уменьшает сезонное повышение бронхореактивности пациентов с пыльцевой аллергией [29]. Как известно, при лечении аллергического ринита предпочтение отдается топическим формам глюкокортикостероидов, так как они обладают существенными преимуществами перед системными формами: применяются в более низких (примерно в 100 раз) дозировках, оказывают минимальное системное воздействие благодаря низкой биодоступности. Они оказывают выраженное противовоспалительное и гипосенсибилизирующее действие за счет уменьшения количества тучных клеток и выделяемых ими медиаторов, а также эозинофилов, Т-лимфоцитов и клеток Лангерганса. Применение топических форм кортикостероидов позволяет добиться значительного снижения уровня секреции слизистой оболочки, продукции лейкотриенов, чувствительности рецепторов полости носа к гистамину и механическим раздражителям, а также экспрессии молекул адгезии, экстравазации плазмы и тканевого отека [30—32]. В последние годы разработка новых интраназальных кортикостероидов была ориентирована на создание эффективных препаратов с высокой противовоспалительной активностью, минимальным системным и местным побочным действием и быстрым развитием клинического эффекта [8, 31, 33]. Максимальный эффект развивается через несколько дней или недель. Поэтому необходимо их длительное применение — в течение 4—6 мес.

В настоящее время арсенал топических стероидов для лечения аллергического ринита достаточно велик: препараты беклометазона (альдецин, беконазе), триамцинолона (назакорт), мометазона (назонекс), флутиказона (фликсоназе). Флутиказона пропионат можно назначать детям в возрасте 4 лет и старше; по-

сле 5 лет могут использоваться и другие топические стероиды.

Местные глюкокортикоиды позволяют уменьшить заложенность носа, зуд, чихание и ринорею. Способность препаратов этой группы улучшать проходимость носовых ходов является преимуществом перед системными антигистаминными средствами [34]. При аллергическом рините топические стероиды дают более выраженный симптоматический эффект, чем натрия кромогликат [11, 35, 36], антигистаминные [28] и сосудосуживающие средства [34].

Специфическая иммунотерапия. Специфическая иммунотерапия с подкожным введением аллергенов эмпирически использовалась для лечения респираторной аллергии с 1911 г. Курс терапии обычно состоит из фазы накопления, когда вводятся возрастающие дозы аллергенов, и фазы использования поддерживающих доз аллергенов, когда экстракты вводятся с интервалом 1—2 мес. Подтверждением эффективности лечения может быть только положительная динамика клинических проявлений заболевания. Адекватный курс (3—4 года) может привести к увеличению ремиссии заболевания. Специфическая иммунотерапия должна рассматриваться как эффективный метод противоаллергического лечения, которым достигается снижение чувствительности пациента к аллергену. Этот метод лечения должен использоваться на ранних стадиях развития аллергического заболевания в комплексе с медикаментозной терапией [15].

Неэффективность или недостаточная эффективность проводимого консервативного лечения может быть обусловлена следующими причинами:

- наличием деформаций перегородки носа. Наиболее часто причиной хронического реактивного отека могут быть острые гребни и шипы на перегородке носа, контактирующие с латеральной стенкой полости носа;

- аномалиями строения анатомических структур решетчатого лабиринта: буллы или парадоксального изгиба средней носовой раковины, деформациями крючковидного отростка, гиперпневматизацией решетчатой буллы и др. Постоянный контакт между противолежащими поверхностями деформированных внутриносковых структур способствует развитию отека слизистой оболочки;

- латентным воспалительным процессом или кистой в околоносовых пазухах;

- необратимой гипертрофией носовых раковин, особенно часто — задних отделов нижних носовых раковин, которые не видны при обычной передней риноскопии.

Обратимость патологических изменений в тканях носовых раковин, а следовательно, и потенциал возможностей консервативного лечения уточняются путем выполнения эндоскопии и риноманометрии до и после анемизации слизистой оболочки.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Хирургические вмешательства в полости носа и других отделах при аллергическом рините у детей направлены на восстановление нарушенного носового дыхания. Причиной нарушения носового дыхания у детей с ринитом являются необратимые изменения (фиброзные, сосочковые) носовых раковин, аномалии внутриносовых структур, деформации носовой перегородки, полипоз носа, хронические гнойные и кистозные синуситы. Учитывая разнообразие указанных причин, оперативные вмешательства при аллергическом рините направлены на уменьшение объема носовых раковин, коррекцию носовой перегородки и других внутриносовых аномалий, а также частичное или полное удаление небно-глоточной или небных миндалин, вскрытие околоносовых пазух (в случае невозможности их санирования иным путем).

Рассматривая показания к хирургическому вмешательству при аллергическом рините, следует помнить, что операция в этом случае является симптоматическим методом лечения. Она способна значительно улучшить носовое дыхание, но не оказывает воздействия на остальные симптомы ринита — ринорею, приступы чиханья, зуд и щекотание в полости носа, нарушение обоняния. Исключение составляют только операции при деформациях перегородки носа, являющихся причиной рефлекторного отека и источником патологической импульсации в нижние дыхательные пути.

Современные хирургические технологии позволяют, практически не повреждая слизистую оболочку, восстановить носовое дыхание, устранить аномалии строения внутриносовых структур, а при необходимости вскрыть все пораженные околоносовые пазухи, восстановить их нормальный дренаж, аэрацию и удалить патологическое содержимое. Вместе с тем аллергический ринит не является заболеванием, изначально требующим хирургического лечения. Необоснованное выполнение и неправильное планирование объема хирургического вмешательства в полости носа и на околоносовых пазухах нередко приводит к прогрессированию болезни, развитию сочетанных заболеваний, таких как бронхиальная астма.

При сезонном рините крайне нежелательно выполнение внутриносовых вмешательств во время сезона поллинозиса. Операция должна быть отложена до окончания цветения тех растений, пыльца которых вызывает симптомы заболевания. Внутриносовые оперативные вмешательства не проводятся на фоне специфической иммунотерапии, и их следует отложить до окончания курса такого лечения.

На сегодняшний день спектр выполняемых хирургических вмешательств при аллергическом рините у детей является достаточно широким. В числе опера-

ций следует отметить такие, как подслизистая вазотомия, субмукозная диатермия, подслизистая лазерная коагуляция, биполярная субмукозная коагуляция, коблационная субмукозная вазотомия.

Важным условием эффективности хирургического вмешательства при аллергическом рините является правильная предоперационная подготовка больных. С первого дня госпитализации и в течение недели после операции необходимо проводить антигистаминную терапию препаратами первого или второго поколения. Довольно эффективным в этом плане является препарат аллергодил, который долгое время широко применяется в европейских странах, а в последнее время и в нашей стране.

Вместе с тем следует отметить, что методы хирургического воздействия на носовые раковины у детей не всегда эффективны, что требует индивидуального подхода при определении показаний к операции. Так, при образовании полипов в носовой полости возникает необходимость неоднократного их удаления ввиду склонности к рецидивированию, что в свою очередь может способствовать прогрессированию аллергического ринита вплоть до формирования бронхиальной астмы. Поэтому с целью профилактики бронхоспастических явлений во время операции и в послеоперационном периоде детям из этой группы целесообразно назначение системных кортикостероидов кратким курсом.

Очень часто при аллергическом рините в патологический процесс вовлекается лимфаденоидное глоточное кольцо, что, собственно, отражает клиническое проявление системных реакций.

При хирургическом лечении больных аллергическим ринитом могут быть использованы различные методы, однако само вмешательство всегда должно следовать принципам функциональности и минимальной инвазивности. Это означает, что хирург всегда должен стараться минимизировать травму и не удалять неизмененную слизистую оболочку, помня о том, что именно ее целостность обеспечивает основные функции полости носа.

Таким образом, в современной детской ЛОР-практике имеется достаточно широкий спектр хирургической коррекции при аллергическом рините, при этом выбор оптимального метода должен основываться на дифференцированном подходе с учетом клинко-иммунологических и анатомо-физиологических особенностей внутриносовых структур, а любое хирургическое вмешательство, выполняемое в любом объеме, является лишь одной из составляющих в комплексном лечении больных с данной патологией. Т.е. лечение детей с аллергическим ринитом должно быть не только комплексным, но и совместным, с участием как педиатров-аллергологов, так и ЛОР-педиатров с обязательной преемственностью между ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: Медицина, 2005. Т. 2. С. 98—119.
2. Hanson L.-A., Telemo E. The growing allergy problem // Acta Paediatrica. 1997. Vol. 86. P. 916—918.
3. Druce H.M. Allergic and nonallergic rhinitis / Allergy Principles and Practice. E.Jr. Middleton, C.E. Reed (eds.). St. Louis. Mosby. Year Book, 1993. P. 1433—1453.
4. Canonica G.W. Inflammation: rhinitis and asthma. // Eur. Respir. Rev. 1997. Vol. 47, № 7. P. 286—287.
5. Елкина Т.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика аллергозов верхних дыхательных путей у школьников города Новосибирска. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск, 2000. 41 с.
6. Кученев Ю.А., Ермеков Т.Т., Джайканбиев Н.Т. Респираторные аллергозы в южных регионах Казахстана: особенности экологии и климата // Рос. ринология. 1996. № 2,3. С. 119—120.
7. Erel F., Karaevyez M., Caliskaner A.Z. et al. Effects of allergen immunotherapy on the nasal mucosa in patients with allergic rhinitis // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2000. Vol. 10, № 1. P. 14—19.
8. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение / Под ред. А.Г. Чу-чалина, И.С. Гушина, Э.Г. Улумбекова, Р.С. Фассахова. М.: ГЭОТАР, 2000. 768 с.
9. Busse W. Epidemiology of rhinitis and asthma // Eur. Respir. Rev. 1997. Vol. 47, № 7. P. 284—285.
10. Балаболкин И.И. Аллергические риниты у детей // Аллергология. 2000. № 3. С. 34—38.
11. Гушин И.С. Аллергенспецифическая иммунотерапия (гипосенсибилизация) // Лечащий врач. 2001. № 3. С. 4—15.
12. Польнер С.А. Анатомические и физиологические особенности полости носа, этиология, патогенез, клиника аллергического ринита // Materia Medica. 1999. № 3. С. 11—25.
13. Аллергические болезни у детей / Руководство для врачей. Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. М.: Медицина, 1998. 352 с.
14. Гушин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. М.: Фарморгус Принт, 1998. 250 с.
15. Canonica G.W. Special presentation / The Nose and lung Diseases. B.Wallaert, P.Chanez, P.Godard (eds.). European Respiratory Monograph. 2001. Vol. 6. P. B-D.
16. Koning H., Baert M.R., Oranje A.P. et al. Development of immune functions related to allergic mechanisms in young children // Pediatr. Res. 1996. Vol. 40. P. 363—375.
17. Pasmans S.G., Aalbers M., van der Veen M.J. et al. Reactivity to IgE-dependent histamine-releasing activity in asthma or rhinitis // Am. J. Res. Crit. Care Med. 1996. Vol. 154. P. 318—323.
18. Vandenplas Y. Strategies for prevention. Results of prevention programmes // Clin. Rev. Allergy Immunol. 1995. Vol. 13. P. 361—371.
19. Braunstahl G.-J., Kleinjan A., Overbeek S.E. et al. Segmental bronchial provocation induces inflammation in allergic rhinitis patients // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000. Vol. 161. P. 2051—2057.
20. Norman P.S. Allergic rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 1985. Vol. 75. P. 531—545.
21. Wood R.A. Prospects for the prevention of allergy in children // Cur. Opin. Pediatr. 1996. Vol. 8. P. 601—605.
22. Childhood Rhinitis and Sinusitis (Pathophysiology and Treatment). Eds. C.K. Naspitz, D.G. Tinkelman. New York and Basel: Marcel Dekker Inc., 1990. 285 p.
23. Лусс Л.В. Лечение аллергического ринита (лекарственная терапия) // Materia Medica. 1999. № 3. С. 56—71.
24. Ильина Н.И. Классификация и эпидемиология аллергического ринита // Materia Medica. 1999. № 3. С. 3—10.
25. Moiling H.-J. Allergen-specific immunotherapy in allergic rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2001. Vol. 1. № 1. P. 43—46.
26. Ревякина В.А. Бронхиальная астма и ее связь с аллергическим ринитом: подходы к терапии // Consilium medicum. 2002. Приложение №1. С. 14—16.
27. Ревякина В.А. Современный взгляд на проблему аллергических ринитов у детей // Лечащий врач. 2001. № 3. С. 22—27.
28. Scheinman P., de Blic J., Delacourt C. et al. Is there a consensus in the treatment of asthma in childhood? Paediatric Asthma. The Parthenon Publishing Group, 1992. P. 49—55.
29. Viegas M., Gomez E., Brooks J., Davies R.J. The effect of the pollen season on nasal mast cell numbers // Br. Med. J. 1987. Vol. 294. P. 414.
30. Лопатин А.С. Роль топической кортикостероидной терапии в лечении хронического полипозного риносинусита // Вестн. оторинолар. 1999. № 1. С. 54—58.
31. Foresi F., Leone C., Pelucchi A. et al. Eosinophils, mast cells, and basophils in induced sputum from patients with seasonal allergic rhinitis and perennial asthma: relationship to methacholine responsiveness // J. Allergy Clin. Immunol. 1997. Vol. 100. P. 58—64.
32. Walker S.M., Jacobson M.R., Durham S.R. Grass pollen immunotherapy. A 3-year double-blind placebo-controlled withdrawal study // J. Allergy Clin. Immunol. 1997. Vol. 99, № 1. P. 400.
33. Masuyama K., Till S.J., Jacobson M.R. et al. Nasal eosinophilia and IL-5 mRNA expression in seasonal allergic rhinitis induced by natural allergen exposure: effect of topical corticosteroids // J. Allergy Clin. Immunol. 1998. Vol. 102. P. 610—617.
34. Mygind N. Glucocorticoids and rhinitis // Allergy. 1993. Vol. 48. P. 476—490.
35. Балаболкин И.И., Лукина О.Ф., Ксензова Л.Д. и др. Аллергические риниты у детей: клиника, диагностика, лечение. Мет. рекомендации № 3 Комитета здравоохранения Правительства Москвы. М., 2000. 14 с.
36. Harding S.M., Heath S. Intranasal steroid aerosol in perennial rhinitis: comparison with an antihistamine compound // Clin. Allergy. 1976. Vol. 6. P. 369—372.

Поступила 13.05.10