

Современные представления об аллергическом рините у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, методы комплексной терапии

А.И. Асманов, Д.Б. Мунблит

Current concepts of allergic rhinitis in children: diagnosis, differential diagnosis, combination therapy

A.I. Asmanov, D.B. Munblit

Российский государственный медицинский университет, Москва; Лондонский Имперский Колледж, Великобритания

Рассмотрены современные подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и пошаговой комплексной терапии аллергического ринита у детей. Обсуждаются актуальные проблемы консервативного и хирургического лечения. Освещены практические вопросы тактики лечения аллергических ринитов, актуальные как для детских аллергологов, так и для ЛОР-педиатров.

Ключевые слова: дети, аллергический ринит, диагностика, методы лечения.

The paper considers current approaches to the diagnosis, differential diagnosis, and stepwise combination treatment of allergic rhinitis in children. It discusses the topical problems of medical and surgical treatments and describes the practical issues of treatment policy for allergic rhinitis, which are a challenge to both pediatric allergists and pediatric ENT-specialists.

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

Аллергический ринит — заболевание слизистой оболочки носа, вызываемое причинно-значимыми аллергенами и обусловленное IgE-опосредованными реакциями гиперчувствительности, которое характеризуется четырьмя основными симптомами: заложенностью носа, зудом в носовой полости, обильным слизистым отделяемым и чиханием [1]. Аллергический ринит наблюдается у 10–25% населения развитых стран [2], а его частота среди детей достигает, по данным некоторых авторов, 40% [3].

Известно, что аллергический ринит зачастую предшествует развитию бронхиальной астмы, являясь, таким образом, серьезным потенциальным фоном для ее формирования. Это доказано большим количеством клинико-эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, результаты которых демонстрируют довольно частое сочетание аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей [1, 4]. Распространенность астмы среди пациентов, страдающих аллергическим ри-

нитом, в среднем составляет от 10 до 40% [5, 6].

Аллергический ринит связан с огромными экономическими затратами [7], например, в США прямые и косвенные затраты (включая временную потерю трудоспособности) в 2002 г. составили 11,58 млрд долларов [8]. Кроме того, это заболевание напрямую связано с такими нарушениями качества жизни, как снижение работоспособности в школе или на работе и нарушение сна [9, 10].

На сегодняшний день существует несколько международных протоколов и консенсусов по диагностике и лечению аллергического ринита, которые включают в себя вопросы классификации, ступенчатого подхода к терапии, а также практические рекомендации. Перечисленные документы, составленные ведущими мировыми экспертами, основаны на последних научных данных. К таким протоколам относятся Международный консенсус ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma) [11], Консенсус BSACI (Великобритания) [12], Консенсус AAAAI (США) [2], Стандарты практической иммунотерапии [13].

Классификация

В течение многих лет аллергический ринит разделяли на сезонный и круглогодичный. Круглогодичный аллергический ринит вызывается бытовыми аллергенами, а сезонный — пылью и другими аллергенами, находящимися вне дома. В 2001 г. авторы консенсуса ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) предложили использовать термины «интермиттирующий» и «персистирующий» вместо «сезонный» и «кругло-

© А.И. Асманов, Д.Б. Мунблит, 2011

Ros Vestn Perinatol Pediat 2011; 3:80–87

Адрес для корреспонденции: Асманов Алан Исмаилович — асп. каф. ЛОР-болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета

117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1

Мунблит Даниил Борисович — докторант каф. педиатрии, факультета медицины, Лондонский Имперский Колледж, Великобритания

MD, MSc — Research Postgraduate, Department of Medicine, Imperial College London, UK

годовой». Также было предложено разделять ринит по степени тяжести на легкий и среднетяжелый в зависимости от влияния заболевания на работоспособность в школе/на работе, дневную активность и сон (рис. 1) [1]. Необходимо отметить, что во многих странах клиническая классификация аллергического ринита на сезонный и круглогодичный по-прежнему считается актуальной и удобной для применения в повседневной практике и может быть использована параллельно с классификацией ARIA [12].

Необходимо учитывать, что аллергический процесс зачастую носит наследственный характер, поэтому следует помнить, что наличие атопии, аллергического ринита или бронхиальной астмы в семейном анамнезе с большой вероятностью говорят в пользу диагноза «аллергический ринит» [14].

Если у пациента отмечаются два или более из перечисленных симптомов — ринорея, чихание, заложенность носа, зуд в носовой полости, которые наблюдаются в течение ≥ 1 ч в большинстве дней, необходимо в первую очередь заподозрить аллергический ринит. Для верификации аллергена, послужившего причиной возникших симптомов, следует уделить особое внимание тщательному сбору анамнеза, жилищно-бытовым условиям, наличию домашних животных, а также характеру вскармливания в периоде раннего возраста. Важное значение при сборе аллергоанамнеза уделяется также лекарственной «нагрузке» пациента, в частности, применению топических симпатомиметиков, α -блокаторов и других антигипертензивных препаратов, а также аспирина и нестероидных противовоспалительных средств [12].

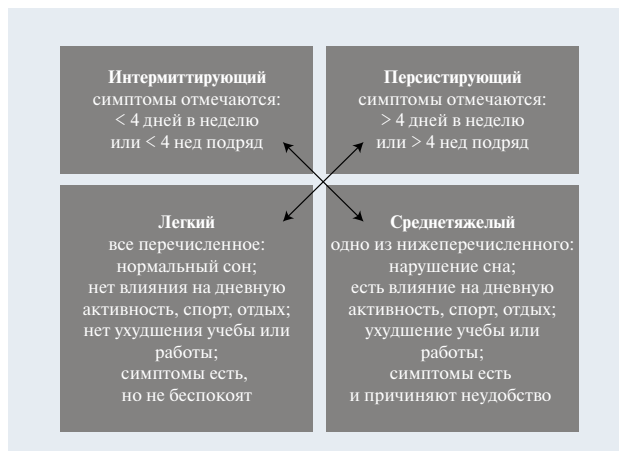


Рис. 1. Классификация тяжести аллергического ринита, согласно ARIA [1].

Диагностика

Рутинным является осмотр носовой полости у пациентов с интерmittирующим и персистирующим течением аллергического ринита. В большинстве случаев полость носа осматривается методом передней риноскопии с использованием рефлектора и зеркала, однако эндоскопическое исследование является более

информативным, так как позволяет детально рассмотреть задние отделы носовой полости, носовой перегородки, а также носоглотку, что на сегодня является «золотым стандартом» в диагностике заболеваний ЛОР-органов [11]. В некоторых случаях применение оптического гибкого эндоскопа (фиброскопа) малого диаметра может быть удобным (особенно при осмотре пациентов в возрасте до 5 лет) для оценки состояния внутриносовых структур, а также лимфоидной ткани носоглотки.

Важное значение придается диагностике нарушения носового дыхания, которое у больных аллергическим ринитом может носить длительный и стойкий характер. Зачастую у детей отмечается сочетание эндоназальной патологии (острые синуситы, хронические кистозные синуситы, полипоз) или особенностей анатомического строения (девиация носовой перегородки, гипертрофия нижних носовых раковин, парадоксальные изгибы или буллезная гипертрофия средней носовой раковины) внутриносовых структур и аллергического ринита, что усугубляет клиническое течение заболевания. В этой связи все дети с аллергическим ринитом непременно должны параллельно наблюдаться аллергологом и оториноларингологом.

Как правило, оценка степени заложенности носа проводится со слов больного и родителей, а также применяется ряд субъективных тестов. Объективную оценку назальной обструкции позволяет проводить внедрение современных технологий — риноманометрии и акустической ринометрии [2]. Риноманометрия дает возможность измерить показатели воздушного давления и частоту воздушного потока во время дыхания. Эти данные в последующем используются для определения степени воздушного сопротивления носовой полости. При акустической ринометрии отражаемый звуковой сигнал позволяет измерить площадь поперечного сечения и объем носовых ходов. Диагностическая ценность метода состоит также в возможности получить представление об архитектонике и анатомических особенностях строения полости носа, тогда как на основании риноманометрии можно судить лишь о функциональной характеристике и соотношении воздушного потока и давления в полости носа при дыхании. Оба описанных метода должны широко использоваться в клинической практике аллергологов и ЛОР-педиатров для оценки степени нарушения носового дыхания, определения деконгестивного эффекта антигистаминных препаратов и топических кортикостероидов, для сравнительной оценки до и после эндоназальных хирургических вмешательств.

Диагностические тесты

Кожные пробы относятся к самым распространенным и оптимальным методам выявления причинно-значимого аллергена. На сегодняшний день существуют разные методики проведения кожных проб, среди которых прик-тест (PRICK-test) является оптималь-

ным для применения в клинической практике по сравнению со скарификационными пробами [11]. Вместе с тем следует учитывать тот факт, что при проведении кожных проб наблюдаются как ложноположительные, так и ложноотрицательные реакции. У 15% пациентов с положительным результатом кожных проб не отмечаются клинические проявления при контакте с соответствующим аллергеном [15]. Помимо этого, среди аллергологов нет единого понимания при интерпретации результатов теста, и критерии «положительности» пробы варьируют по данным разных авторов и клиник. При оценке кожных проб необходимо учитывать возможность влияния на их результаты приема некоторых медикаментов (прежде всего антигистаминных препаратов), возраста пациента и качества экстракта аллергена. Сопутствующие дерматологические заболевания могут усложнить проведение кожных тестов. Тем не менее, несмотря на перечисленные недостатки, кожные пробы на сегодняшний день по-прежнему являются основным диагностическим методом при диагностике аллергических заболеваний [16].

Определение специфических IgE в сыворотке крови проводится при невозможности осуществления кожных проб, а также, когда результаты кожных проб в сочетании с анамнезом дают сомнительные результаты. К явным преимуществам данного диагностического метода относится то, что на его результаты не влияет прием антигистаминных и других медикаментов. Кроме того, в отличие от кожных проб его можно использовать у пациентов с дермографизмом [12, 16], хотя чувствительность данной методики несколько ниже, чем у метода кожных проб (приблизительно 70% против 75%) [2].

Применение назальных провокационных проб на сегодняшний день ограничивается результатами научных исследований и практически не используется в повседневной практике [11].

Для дифференциальной диагностики аллергического ринита с поражением слизистой носа при хронических заболеваниях бронхолегочной системы может использоваться измерение уровня оксида азота в выдыхаемом через нос воздухе [17, 18].

Необходимо отметить целесообразность проведения ряда дополнительных обследований в случае сопутствующей патологии (бронхиальная астма, атопический дерматит, иммунодефицитные состояния, хроническая бронхолегочная патология, поражение околоносовых пазух, анатомические аномалии строения структур полости носа и т.д.). Для верификации нозологической формы заболевания таким пациентам проводятся дополнительные лабораторные и инструментальные методы обследования: исследование иммунного статуса, показателей функции внешнего дыхания, мукоцилиарного клиренса, потовая проба, бактериологические исследования, компьютерная томография придаточных пазух носа, а также эндоско-

пия полости носа и носоглотки [2].

Дифференциальную диагностику необходимо осуществлять, прежде всего, с заболеваниями носа и околоносовых пазух, которые сопровождаются схожими с аллергическим ринитом симптомами (заложенность носа, ринорея, слип-апноэ и др.).

В структуре причин заложенности носа у детей самой частой служит гипертрофия глоточной миндалины (аденоидных вегетаций), что нередко сопутствует аллергическому риниту у детей.

Затрудненное носовое дыхание часто обусловлено искривлением носовой перегородки, которое, сочетаясь с аллергическим ринитом, является причиной его длительного прогрессирующего течения и недостаточной эффективности медикаментозной терапии. В этой связи обязательным исследованием служит риноскопия (по возможности эндоскопия), результаты которой позволяют оценить не только состояние слизистой и носовых раковин, но и степень девиации носовой перегородки.

Другая возможная причина назальной обструкции и гиперсекреции — гипертрофия нижних носовых раковин при вазомоторном рините. В пользу аллергического ринита свидетельствуют манифестация симптомов при контакте с причинными аллергенами, бледно-серый цвет слизистой оболочки при риноскопии, положительные результаты кожных тестов, наличие специфических антител в сыворотке крови. Вазомоторные симптомы неаллергического характера, как правило, являются следствием постоянного применения сосудосуживающих и гипотензивных препаратов (медикаментозный ринит), гормональных сдвигов в организме (пубертатный период, беременность, заболевания щитовидной железы), вегетососудистой дистонии и др.

Дифференциально-диагностический ряд при аллергическом рините должен включать в себя и опухолевые процессы, для которых характерны односторонняя заложенность носа, в особенности в сочетании с гипосмией/аносмией, болью, оталгией и носовыми кровотечениями [19, 20].

Односторонняя ринорея, хотя и редко, но встречается после травм головы и лицевого скелета, а также после проведения хирургических вмешательств в полости носа (эндоназальное вскрытие околоносовых пазух, полипотомия). При указанных состояниях необходимо исключать истечение спинномозговой жидкости (ликворея), которая может имитировать ринорею [21].

Полипоз как причина заложенности носа у детей часто сопутствует аллергическому риниту. Вместе с тем на сегодняшний день по-прежнему дискуссионным остается вопрос, ведет ли аллергический процесс к полипозу [22, 23].

При проведении дифференциальной диагностики аллергического ринита у детей раннего возраста сле-

дует помнить, что симптомы, характерные для данного заболевания, особенно заложенность носа, могут встречаться у недоношенных детей и новорожденных при наличии фарингоназального рефлюкса, нервно-мышечного заболевания и расщепления неба [24].

Элиминационная терапия играет важную роль в успешном лечении аллергического ринита и сводится к различным мероприятиям, направленным на удаление аллергена из окружающей больного среды. Однако элиминация клеща домашней пыли и других бытовых аллергенов зачастую представляет очень сложную задачу. В этой связи консенсус ARIA 2001 г. присвоил элиминационной терапии всего лишь уровень доказательности D [1], а в консенсусе ARIA 2008 г. говорится, что на сегодняшний день недостаточно доказательств эффективности элиминационной терапии в отношении клеща домашней пыли [11]. Однако при «сезонной» форме ринита эффективным является смена места жительства в сезон поллинозиса, что позволяет существенно снизить выраженность симптоматики [23]. Показано, что несомненную пользу приносит элиминация аллергенов домашних животных [12].

Существует мнение об эффективности носовых фильтров при элиминационных мероприятиях. Назальные фильтры размещаются в носу и отфильтровывают аэроаллергены (домашняя и бытовая пыль, пыльца растений, полевых и сорных трав, шерсть животных и т.д.) и различные поллютанты воздуха, тем самым предотвращая их попадание на слизистую оболочку носа с последующим запуском аллергического каскада. Эндоназальные фильтры являются одноразовыми и состоят из двух конусообразных колпачков, соединенных между собой клипсой, и двух внутренних фильтров. Некоторые специалисты считают, что применение назальных фильтров может уменьшить симптоматику аллергического ринита и конъюнктивита в период пыления [25], однако имеющихся данных пока недостаточно для широкого применения указанной технологии.

Медикаментозная терапия

В основе фармакотерапии лежит пошаговый подход, каждая ступень которого зависит от тяжести и длительности симптоматики (рис. 2). На сегодня, согласно консенсусу ARIA 2008, существуют определенные предпочтения в терапии аллергического ринита:

- антагонисты лейкотриеновых рецепторов могут применяться при всех видах аллергического ринита;
- необходимо отдавать предпочтение второму поколению антигистаминных препаратов перед первым;
- топические стероиды на сегодняшний день считаются самыми эффективными фармакологическими препаратами в терапии аллергического ринита как у взрослых, так и у детей [11].

Системные антигистаминные препараты перво-

го поколения способны связываться с гистаминовыми рецепторами, но не вызывают их стимуляции, что дает кратковременный и обратимый эффект. Следует отметить, что сродство препаратов данной группы к H_1 -гистаминовым рецепторам недостаточно выражено, и они обладают коротким периодом полувыведения, что обуславливает необходимость многократного введения в высоких терапевтических дозах. В таких дозах эти препараты также блокируют и другие медиаторы (холинорецепторов, адренорецепторов, рецепторов серотонина). Препараты первого поколения обладают способностью проникать через гематоэнцефалический барьер, что оказывает психомоторное и седативное действие. К побочным эффектам можно отнести сонливость, нарушения когнитивных функций и парадоксальные реакции (слабость, бессонница, редко обмороки). Также могут отмечаться антихолинергические реакции (сухость слизистой рта, онемение слизистой оболочки рта, помутнение зрения), атропиноподобные реакции (боли в желудке, запоры, задержка мочи, тошнота), бронхоспазм, нарушение координации движений, атаксия и головокружение, что существенно снижает качество жизни.

Использование антигистаминных препаратов второго поколения, значительно эффективнее, поскольку они более чувствительны к периферическим H_1 -рецепторам и не проходят через гематоэнцефалический барьер. К препаратам системного действия нового поколения относятся лоратадин, дезлоратадин, фексофенадин и цетиризин. На сегодняшний день препараты данной группы признаны первой линией терапии у пациентов с аллергическим ринитом [11].

Существует мнение, что применение интраназальных антигистаминных средств может снизить проявление ринореи, чихания и ощущения зуда в носу, поскольку в ряде случаев топические формы имеют преимущество перед пероральными, в частности, оказывают более раннее действие и дают только местный эффект. В этой группе антигистаминных препаратов особое внимание как оториноларингологов, так и аллергологов в последние годы привлекает препарат аллергодил (азеластин), производимый в Германии компанией «Меда». Препарат обладает мощным H_1 -антагонизмом и имеет следующие свойства:

- уменьшение продукции медиаторов тучных клеток, т.е. гистамина, простагландинов, лейкотриенов;
- ингибирование воспалительного процесса;
- снижение уровня интерлейкина-4 и CD23, которые запускают синтез IgE.

По данным исследований М. Lytinas и соавт. [26], помимо выраженного мультиспецифического воздействия на звенья патогенеза аллергического ринита аллергодил по сравнению с традиционными системными антигистаминными препаратами обладает ши-

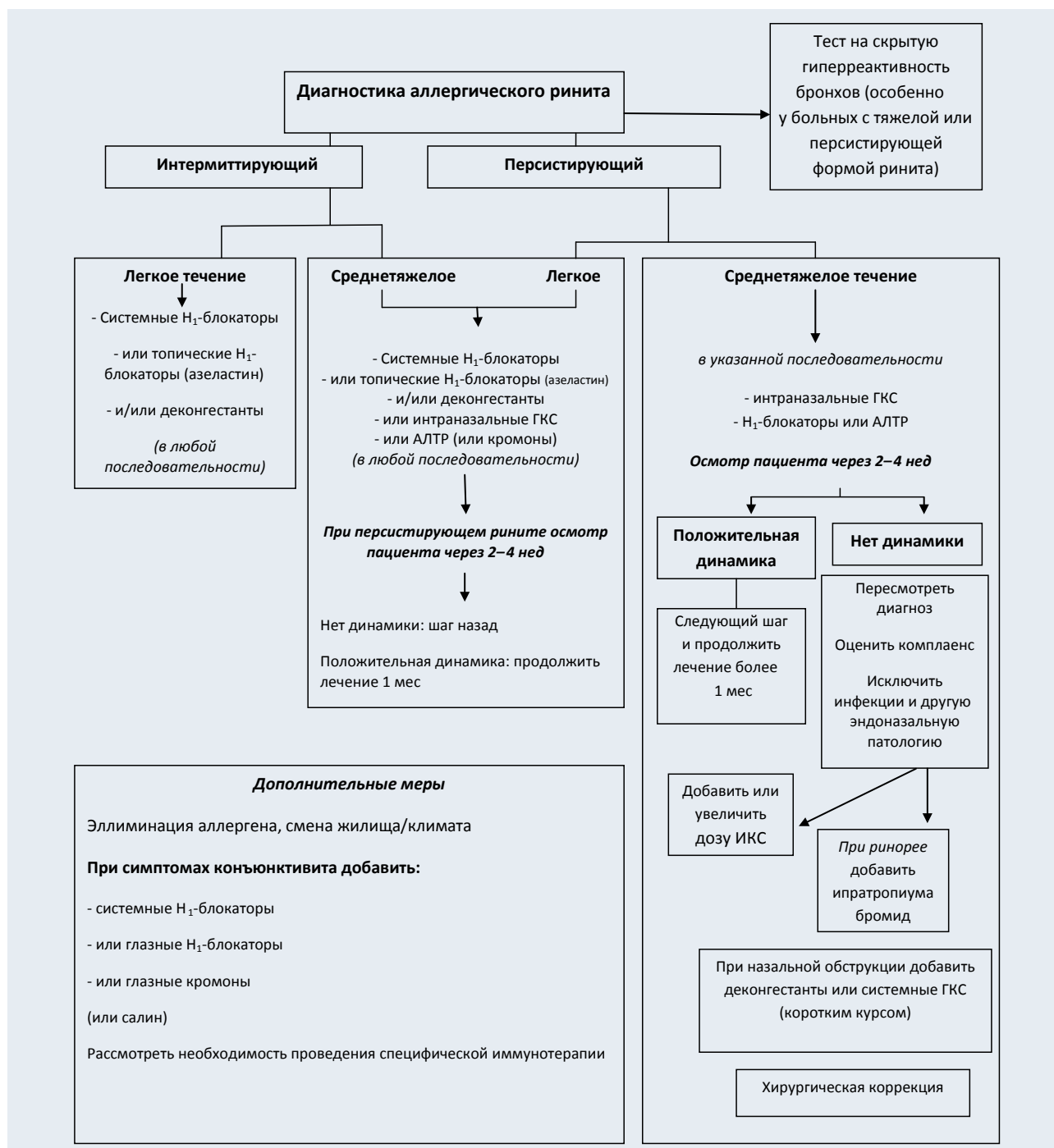


Рис. 2. подход к терапии аллергических ринитов [11].

АЛТР — антилейкотриеновые препараты; ГКС — глюкокортикостероиды; ИКС — интраназальные кортикостероиды.

роким спектром клинической эффективности (устранение заложенности носа). Более того, применение аллергодила эффективно при рините у пациентов всех возрастных групп, резистентных к системным антигистаминным препаратам. Указанное лекарственное средство является признанным препаратом для лечения вазомоторного ринита.

Аллергодил (азеластин) — обладает широким спектром действия, дает антигистаминный эффект, блокирует другие медиаторы аллергии, а также действует

как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического воспаления. Азеластин ингибирует миграцию эозинофилов, стабилизирует мембраны тучных клеток, тормозит высвобождение медиаторов аллергического воспаления из тучных клеток и базофилов, уменьшает экспрессию ICAM-1 (Inter-Cellular Adhesion Molecule 1, молекула клеточной адгезии) и содержание эозинофильного катионного белка в назальной лаважной жидкости, подавляет каскад различных реакций, которые лежат в основе развития аллергического вос-

паления. Препарат уменьшает продукцию супероксидных радикалов, подавляет поступление ионизированного кальция в цитоплазму, снижает высвобождение арахидоновой кислоты и продукцию лейкотриенов В₄. Применение аллергодила эффективно при любой форме аллергического и вазомоторного ринита, а также конъюнктивите легкой и средней степени тяжести.

Терапевтическое действие препарата начинается в течение первых 15 мин и продолжается от 10 до 12 ч. Назальный спрей разрешен к применению у детей старше 6 лет. Помимо лечебного эффекта аллергодил оказывает и профилактическое действие. Для профилактики рецидивов болезни его можно назначать на период от 3 до 6 мес.

Переносимость аллергодила в большинстве случаев хорошая. Среди побочных эффектов пациенты отмечают жжение в носу и горький вкус препарата.

Следует подчеркнуть, что аллергодил можно сочетать с интраназальными кортикостероидами в лечении тяжелых форм ринита. Такая комбинация усиливает эффективность лечения.

Системные и топические деконгестанты, как правило, высокоэффективны относительно симптомов заложенности носа, однако их применение резко ограничено из соображений безопасности. Топические деконгестанты очень редко дают системный эффект и купируют симптоматику в короткие сроки. Однако применение топических форм деконгестантов более 7–10 дней может привести к «рикошетной» обструкции (медикаментозный ринит) и сухости слизистой оболочки, повреждая тем самым местный иммунитет верхних дыхательных путей. Детям в возрасте до 1 года назначать местные вазоконстрикторы достаточно опасно, учитывая небольшую разницу между терапевтической и токсическими дозами, соответственно использовать препараты этой группы для лечения назальной обструкции следует с осторожностью. Из антиконгестантов местного действия у детей чаще применяются α-адреномиметики: нафтизин (санорин), галазолин (отривин), фенилэфрин, ксилометазолин и др., которые влияют на активность симпатической регуляции тонуса кровеносных сосудов через адренергические рецепторы.

Современные сосудосуживающие средства системного действия: ринопронт, колдак, клариназе — комбинированные препараты, обладающие сосудосуживающим, антигистаминным и холинолитическим свойствами. Они имеют ряд возрастных ограничений и нередко вызывают бессонницу, раздражительность, снижение успеваемости в школе и могут приводить к сердечным приступам. Оральные деконгестанты все меньше пользуются популярностью во многих странах; в ряде стран (США, Великобритания, Австралия) в настоящее время вводятся ограничения в использовании этих средств у детей ввиду недостаточного количества исследований и существенных побочных

реакций. В результате большинство специалистов не рекомендуют назначать системные деконгестанты детям или взрослым для лечения аллергического ринита.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов представляют собой сравнительно новый способ терапии аллергического ринита. Известно, что цистеиновые лейкотриены играют важную роль в аллергическом воспалении слизистой верхних дыхательных путей, однако мало работ посвящено изучению роли лейкотриеновых антагонистов в лечении детей с аллергическим ринитом. Оценка эффективности терапии препаратами данной группы нашла отражение в обстоятельном метаанализе, который провели G. Rodrigo и A. Yafiez [27]. Авторы пришли к заключению, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов обладают одинаковой в сравнении с пероральными антигистаминными препаратами эффективностью в снижении симптоматики со стороны как носа, так и глаз и улучшают качество жизни пациентов.

Топические глюкокортикостероиды сегодня считаются наиболее эффективным средством лечения аллергического ринита, благодаря их комплексному действию на все его симптомы и все звенья патогенеза аллергического воспаления слизистой оболочки. Большинство руководств рекомендует эти препараты в качестве первой линии терапии у детей с аллергическим ринитом средней степени тяжести и среднетяжелыми формами.

На данный момент в России зарегистрировано несколько препаратов, разрешенных к применению у детей: флутиказона фуоат (авамис), мометазона фуоат (назонекс), беклометазона дипропионат (назобек и альдецин), флутиказона пропионат (фликсоназе). Существует ряд возрастных ограничений при назначении топических глюкокортикостероидов, так, назонекс — единственный интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2 лет, а беклометазон и флутиказона пропионат рекомендованы детям старше 6 лет. Метаанализы большого количества исследований показали, что назальные кортикостероиды более эффективно воздействуют на заложенность носа, чем топические антигистаминные препараты [28, 29].

Для эффективной топической терапии необходимо правильное применение назальных спреев и капель, что чрезвычайно важно для правильной доставки во все отделы полости носа и равномерного распределения препарата на слизистой оболочке. Зачастую при неправильном применении назальных спреев большая часть препарата, стекая по задней стенке глотки, попадает в пищевод.

Иммунотерапия — специфическая гипосенсибилизация организма, которая достигается путем введения специфического аллергена в минимальных, но постоянно возрастающих дозировках, что является

единственной терапевтической опцией, которая воздействует на базовые аллергические механизмы, лежащие в основе аллергического ринита, и в большинстве случаев приводит к облегчению течения заболевания и ремиссии в долгосрочной перспективе [30, 31]. Известно, что основными принципами специфической иммунотерапии являются регуляция антигенспецифического ответа, повышение соотношения IgG₄/IgE, подавление рекрутинга/активации воспалительных клеток, сдвиг иммунного ответа от Th2 к Th1 и активация регуляторных Т-клеток, что позволяет достигать стойкого клинического эффекта [32]. Согласно рекомендациям ARIA, этот вид терапии следует назначать пациентам с IgE-опосредованным механизмом заболевания, которым не удастся добиться адекватной элиминации аллергена и не отвечающим на стандартную базисную терапию.

Изначально иммунотерапия была предназначена для лечения сезонного аллергического ринита, вызванного пылью. При применении подкожной специфической иммунотерапии экстракт аллергена вводится подкожно, в нарастающей дозе, пока концентрация аллергена не достигает дозы, необходимой для поддержания эффекта. Поддерживающая доза вводится каждый год, в течение 3 лет. Последний метаанализ, проведенный М. Calderon и соавт. [33], показал, что применение подкожной иммунотерапии у пациентов с сезонным аллергическим ринитом приводит к значительному уменьшению симптоматики и потребности в использовании лекарственных препаратов.

Несмотря на то что описанный метод лечения применяется давно и доказал свою высокую эффективность, риск развития анафилактической реакции при введении экстракта аллергена привел к тому, что стали разрабатываться другие способы доставки аллергена в организм при специфической иммунотерапии. Сублингвальная иммунотерапия используется в разных странах мира на протяжении последних 20 лет. Ее несомненными преимуществами являются: неинвазивность, низкая частота побочных эффектов и удобство применения [16], что подтвердилось в ходе метаанализа исследований у пациентов с аллергиче-

ским ринитом, опубликованного в 2005 г. На основании 22 исследований по данной тематике D. Wilson и соавт. сделали вывод, что сублингвальная иммунотерапия уменьшает симптоматику и снижает потребность в использовании лекарственных препаратов [34].

Неотъемлемым звеном успешного лечения аллергических ринитов является хирургическая коррекция сопутствующей эндоназальной патологии, так как неэффективность длительной консервативной терапии зачастую обусловлена наличием морфологических или анатомических аномалий внутриносовых структур. Довольно часто топическая терапия не приносит результатов у больных с искривленной носовой перегородкой, поскольку невозможно осуществить адекватную доставку топических препаратов во все отделы полости носа. Хирургические вмешательства в полости носа и носоглотке при аллергическом рините у детей направлены на восстановление нарушенного носового дыхания и улучшение доставки топических препаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, очевидно, что аллергический ринит у детей на сегодняшний день остается одной из ведущих проблем в педиатрии и детской оториноларингологии и представляет собой важную проблему. Имеется широкий выбор современных диагностических тестов и методов фармакотерапии, однако следует отдавать предпочтение пошаговой диагностике и терапии согласно последним рекомендациям международных консенсусов. Важно помнить о возможном наличии сопутствующей эндоназальной патологии, которая может существенно затруднять консервативное лечение, а также значительно нарушать качество жизни больного. Необходимо выявлять сопутствующие аномалии внутриносовых структур, используя современные методы диагностики, с целью их последующей хирургической коррекции. В этой связи лечение детей с аллергическим ринитом должно быть не только комплексным, но и совместным, с участием как детских аллергологов, так и ЛОР-педиатров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bousquet J., Van Cauwenberge P., Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma // J. Allergy Clin. Immunol. 2001. Vol. 108. Suppl. 5. S147—S334.
2. Wallace, D.V., Dykewicz M. S., Bernstein D. I. et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter // J. Allergy Clin. Immunol. 2008. Vol. 122. Suppl. 2. S1—S4.
3. Berger W.E. Allergic rhinitis in children: diagnosis and management strategies // Paediatr. Drugs. 2004. Vol. 6, № 4. P. 233—250.
4. Passalacqua G., Ciprandi G., Pasquali M. et al. An update on the asthma-rhinitis link // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2004. Vol. 4, № 3. P. 177—183.
5. Linneberg A., Henrik Nielsen N., Frolund L. et al. The link between allergic rhinitis and allergic asthma: a prospective population-based study. The Copenhagen Allergy Study // Allergy. 2002. Vol. 57, № 11. P. 1048—1052.
6. Leynaert B., Neukirch C., Kony S. et al. Association between asthma and rhinitis according to atopic sensitization in a population-based study // J. Allergy Clin. Immunol. 2004.

Vol. 113, № 1. P. 86—93.

7. *Blaiss M.S.* Cognitive, social, and economic costs of allergic rhinitis // *Allergy Asthma Proc.* 2000. Vol. 21, № 1. P. 7—13.
8. *Schoenwetter W.F., Dupclay L., Appajosyula S. et al.* Economic impact and quality-of-life burden of allergic rhinitis // *Curr. Med. Res. Opin.* 2004. Vol. 20, № 3. P. 305—317.
9. *Blaiss M.S.* Allergic rhinitis and impairment issues in schoolchildren: a consensus report // *Curr. Med. Res. Opin.* 2004. Vol. 20, № 12. P. 1937—1952.
10. *Cockburn I.M., Bailit H. L., Berndt E. R. et al.* Loss of work productivity due to illness and medical treatment // *J. Occup. Environ. Med.* 1999. Vol. 41(11): p. 948—953.
11. *Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al.* Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen) // *Allergy.* 2008. Vol. 63. Suppl. 86. P. 8—160.
12. *Scadding G.K., Durham S. R., Mirakian R. et al.* BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis // *Clin. Exp. Allergy.* 2008. Vol. 38, № 1. P. 19—42.
13. *Alvarez-Cuesta E., Bousquet J., Canonica G.W. et al.* Standards for practical allergen-specific immunotherapy // *Allergy.* 2006. Vol. 61. Suppl. 82. P. 1—20.
14. *Van Arsdel P.P., Motulsky A.G.* Frequency and heritability of asthma and allergic rhinitis in college students // *Acta Genet. Stat. Med.* 1959. № 9. P. 101—114.
15. *Droste J.H., Kerhof M., de Monchy J.G. et al.* Association of skin test reactivity, specific IgE, total IgE, and eosinophils with nasal symptoms in a community-based population study. The Dutch ECRHS Group // *J. Allergy Clin. Immunol.* 1996. Vol. 97, № 4. P. 22—932.
16. *Min Y.G.* The pathophysiology, diagnosis and treatment of allergic rhinitis // *Allergy Asthma Immunol. Res.* 2010. Vol. 2, № 2. P. 65—76.
17. *Narang I., Ersu R., Wilson N.M. et al.* Nitric oxide in chronic airway inflammation in children: diagnostic use and pathophysiological significance // *Thorax.* 2002. Vol. 57, № 7. P. 586—589.
18. *Noone P.G., Leigh M.W., Sannuti A. et al.* Primary ciliary dyskinesia: diagnostic and phenotypic features // *Am. J. Res. Crit. Care Med.* 2004. Vol. 169, № 4. P. 459—467.
19. *Baumgartner B.J., Ladd T., Esquivel C.* Low-grade adenocarcinoma of the nasal cavity--an unusual presentation: case report and review of the literature // *Ear Nose Throat J.* 2007. Vol. 86, № 2. P. 97—100.
20. *Komisar A.* Nasal obstruction due to benign and malignant neoplasms // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 1989. Vol. 22, № 2. P. 351—365.
21. *Marshall A.H., Jones N.S., Robertson I.J.* CSF rhinorrhoea: the place of endoscopic sinus surgery // *Br. J. Neurosurg.* 2001. Vol. 15, № 1. P. 8—12.
22. *Johansson L., Akerlund A., Holmberg K. et al.* Prevalence of nasal polyps in adults: the Skovde population-based study // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2003. Vol. 112, № 7. P. 625—629.
23. *Klossek J.M., Neukirch F., Pribil C. et al.* Prevalence of nasal polyposis in France: a cross-sectional, case-control study // *Allergy.* 2005. Vol. 60, № 2. P. 233—237.
24. *Olnes S.Q., Schwartz R.H., Bahadori R.S.* Consultation with the specialist: Diagnosis and management of the newborn and young infant who have nasal obstruction // *Pediatr. Rev.* 2000. Vol. 21, № 12. P. 416—420.
25. *O'Meara T.J., Sercombe J.K., Morgan G. et al.* The reduction of rhinitis symptoms by nasal filters during natural exposure to ragweed and grass pollen // *Allergy.* 2005. Vol. 60, № 4. P. 529—532.
26. *Lytinas M., Kempuraj D., Huang M. et al.* Azelastine's inhibition of histamine and tryptase release from human umbilical cord blood-derived cultured mast cells as well as rat skin mast cell-induced vascular permeability: comparison with olopatadine // *Allergy Asthma Proc.* 2002. Vol. 23, № 1. P. 45—51.
27. *Rodrigo G.J., Yanez A.* The role of antileukotriene therapy in seasonal allergic rhinitis: a systematic review of randomized trials // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2006. Vol. 96, № 6. P. 779—786.
28. *Weiner J.M., Abramson M.J., Puy R.M.* Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials // *BMJ.* 1998. Vol. 317, № 7173. P. 1624—1629.
29. *Nielsen L.P., Dahl R.* Comparison of intranasal corticosteroids and antihistamines in allergic rhinitis: a review of randomized, controlled trials // *Am. J. Respir. Med.* 2003. Vol. 2, № 1. P. 55—65.
30. *Durham S.R., Walker S.M., Varga E.M. et al.* Long-term clinical efficacy of grass-pollen immunotherapy // *N. Engl. J. Med.* 1999. Vol. 341, № 7. P. 4684—4675.
31. *Moller C., Dreborg S., Ferdousi H.A. et al.* Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study) // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2002. Vol. 109, № 2. P. 251—256.
32. *Potter P.C.* Update on sublingual immunotherapy // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2006. Vol. 96. Suppl. 1. S22—25.
33. *Calderon M.A., Alves B., Jacobson M. et al.* Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007. № 1. P. CD001936.
34. *Wilson D.R., Lima M.T., Durham S.R.* Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis: systematic review and meta-analysis // *Allergy.* 2005. Vol. 60, № 1. P. 4—12.

Поступила 22.03.11